



**İNTRAPARTUM DÖNEMDE REBOZO
UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI, KAYGI VE
DOĞUM DENEYİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeliha TURAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR

Doktora Tezi – 2023

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

**İNTRAPARTUM DÖNEMDE REBOZO UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI,
KAYGI VE DOĞUM DENEYİMİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Zeliha TURAN

**Hemşirelik Anabilim Dalı
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
Doktora Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR**

**MALATYA
2023**

T.C.
İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

ETİK BEYANI

İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak “Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR” danışmanlığında hazırlayıp sunduğum “İntrapartum Dönemde Rebozo Uygulamasının Doğum Ağrısı, Kaygı ve Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi” başlıklı Doktora tezim içinde elde ettiğim verileri, bilgileri, belgeleri akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tezimde yararlandığım eserlere bilimsel kurallara uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, tezimin özgün olduğunu, tezimin çalışma ve yazımında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

...../...../2023

Zeliha TURAN

İmza

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.Doğum Eylemi ve Evreleri.....	3
2.1.1.Doğum Eyleminin Birinci Evresi.....	4
2.1.2.Doğum Eyleminin İkinci Evresi.....	5
2.1.3.Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi.....	6
2.1.4.Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi.....	6
2.2.Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler.....	6
2.2.1.Doğum Kanalı.....	6
2.2.2.Fetüs.....	7
2.2.3.Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Birincil ve İkincil Güçler.....	7
2.2.4.Annenin Psikososyal Durumu.....	7
2.3.Doğum Eyleminin Başlaması.....	8
2.3.1.Doğum Eyleminin Başlamasında Rol Oynayan Faktörler.....	8
2.3.2.Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri.....	8
2.4.Doğum Eyleminde Ağrı Korku-Kaygı ve Doğum Deneyimi.....	10
2.5.İnatpartum Dönemde Rebozo Tekniği Uygulaması.....	11
3. MATERYAL VE METOD.....	16
3.1.Araştırmanın Türü.....	16
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	16
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	17
3.4.Randomizasyonun Belirlenmesi.....	18
3.5.Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı.....	19
3.6.Veritoplama Araçları.....	20
3.6.1.Kişisel Bilgi Formu.....	20
3.6.2.Visual Analog Skala (VAS)	21
3.6.3.Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE)-STAI FORM TK-I.....	21

3.6.4.Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ)-CEQ.....	21
3.6.5.Travay İzlem Formu.....	22
3.7.Verilerin Toplanması.....	22
3.8.Rebozo Tekniği Uygulaması Hemşirelik Girişimleri.....	24
3.9.Araştırmanın Akış Şeması.....	27
3.10.Bağımlı-Bağımsız ve Kontrol Değişkenler.....	27
3.11.Verilerin Değerlendirilmesi.....	27
3.12.Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
3.13.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	28
3.14.Araştırmanın Zorlukları.....	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	58
EK-1.Özgeçmiş.....	58
EK-2.Kişisel Bilgi Formu.....	59
EK-3.Visual Analog Skala (VAS)	61
EK-4.Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE)-STAI FORM TK-I.....	62
EK-5.Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ)-CEQ.....	63
EK-6.Travay İzlem Formu.....	67
EK-7.Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu.....	68
EK-8.Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....	71
EK-9.Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu.....	74
EK-10.SDKE-STAI FORM TK-I Kullanım İzni.....	78
EK-11.DDÖ-CEQ Kullanım İzni.....	79
EK-12.Rebozo Eğitimi Katılım Belgeleri.....	80

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince desteğini esirgemeyen ve tez çalışmamın her aşamasında yanımda olan çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Yurdagül YAĞMUR'a,

Tez izleme komitesi ve tez savunma sınavımda jüri olarak yer alan ve tez çalışmam süresince değerli önerileri ile tezime katkı sağlayan çok değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Sermin TİMUR TAŞHAN ve Doç. Dr. Tuba UÇAR'a,

Tez savunma jürim de yer alan, değerli önerileri ile tezime katkı sağlayan çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Hülya DEMİRCİ'ye,

Tez savunma jürim de yer alan ve değerli katkılarını sunan, aynı zamanda akademik hayatımda çok kıymetli bir yere sahip olan, maddi ve manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Fatma KORUK'a,

Tez sürecim boyunca değerli önerileri ve veri analizi desteği ile tez çalışmama paha biçilmez katkı sağlayan çok değerli hocam Sayın Prof. Dr. İbrahim KORUK'a,

Tez sürecim boyunca beni destekleyen, yardımlarını esirgemeyen, moral ve motivasyonumu her zaman artıran çok kıymetli arkadaşlarım Doç. Dr. Derya TÜLÜCE, Öğr. Gör. Kübra AKCAN ve Hemşire Ayşe Eda KINACI'ya,

Doktora eğitimim süresince stresimi ve kahrımı çok çeken, başarılı olmam yolunda maddi manevi desteğini hiçbir zaman esirgemeyen başta annem olmak üzere sevgili aileme,

Kıymetli meslektaşlarım başta olmak üzere tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu'nda çalışan tüm sağlık profesyonellerine,

Tez çalışmama katılmayı kabul ederek çalışmama büyük katkı sağlayan tüm kıymetli kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Zeliha TURAN

ÖZET

İntrapartum Dönemde Rebozo Uygulamasının Doğum Ağrısı, Kaygı ve Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi

Amaç: Araştırma, rebozo uygulamasının intrapartum dönemde doğum ağrısı, kaygı ve doğum deneyimi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapıldı.

Materyal ve Metot: Bu araştırma, randomize kontrollü çalışma olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu'na doğum eylemini gerçekleştirmek için yatışı yapılan gebe kadınlar oluşturdu. Araştırmanın örneklemine toplam 62 primipar gebe kadın (31 deney grubu, 31 kontrol grubu) dahil edildi. Deney grubunda yer alan kadınlara latent, aktif ve geçiş fazlarında rebozo uygulandı. Kontrol grubundaki kadınlara rutin hastane bakımı uygulandı. Kadınların ağrı düzeylerini belirlemek için VAS, kaygı düzeylerini belirlemek için SDKE, doğum sonrasında doğum deneyimlerini değerlendirmek için DDÖ kullanıldı.

Bulgular: Deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerine göre daha düşük olduğu bulundu ($p<0.01$). Deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası kaygı düzeyleri ile doğum deneyimi ölçek puan ortalamaları açısından benzer olduğu belirlendi ($p>0.05$). Deney grubunda yer alan kadınların rebozodan memnun oldukları, sonraki doğumlarında rebozoyu tercih etmek istedikleri ve başka kadınlara da tavsiye edebilecekleri belirlendi.

Sonuç: Rebozonun doğum ağrısıyla baş etmede kullanılabilecek bir yöntem olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Doğum Ağrısı, Doğum Deneyimi, Doğum Evresi, Kaygı, Primiparite, Rebozo.

ABSTRACT

The Effect of Rebozo Administration on Labor Pain, Anxiety and Childbirth Experience in the Intrapartum Period

Aim: The study was conducted to determine the effect of rebozo administration on labor pain, anxiety and labor experience in the intrapartum period.

Material and Method: This study was conducted as a randomized controlled trial. The population of the study consisted of pregnant women who were admitted to the delivery room of Şanlıurfa Training and Research Hospital for labor and delivery. A total of 62 primiparous pregnant women (31 experimental group, 31 control group) were included in the sample of the study. Women in the experimental group underwent rebozo in the latent, active and transition phases. Women in the control group received routine hospital care. VAS was used to determine the women's pain levels, STAI FORM TX-I was used to determine their anxiety levels, and CEQ was used to evaluate their birth experiences after delivery.

Results: It was found that the post-application VAS values of the women in the experimental group were lower than the post-application VAS values of the women in the control group ($p<0.01$). It was determined that women in the experimental and control groups were similar in terms of post-application anxiety levels and birth experience scale mean scores ($p>0.05$). It was determined that the women in the experimental group were satisfied with rebozo, wanted to prefer rebozo in their next births and could recommend it to other women.

Conclusion: Rebozo has been identified as a method of coping with labor pain.

Keywords: Labor Pain, Childbirth Experience, Labor Stage, Anxiety, Primiparity, Rebozo.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

CEQ	: Childbirth Experience Questionnaire
DDÖ	: Doğum Deneyimi Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MAG	: Miadında Ağrılı Gebe
NST	: Non-Stres Test
SDKE	: Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri
SDL	: Sancı Doğum Lohusa
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
VAS	: Visual Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2.1. Ayakta Eleme Hareketi.....	12
Şekil 2.2. El Diz Pozisyonunda Eleme Hareketi.....	13
Şekil 2.3. Sırtüstü Pozisyonunda Eleme Hareketi.....	13
Şekil 2.4. Oturur Pozisyonunda Eleme Hareketi.....	13
Şekil 2.5. Pelvik Bağın Gevşetilmesi.....	14
Şekil 2.6. Nefes Almaya Yardımcı Olmak.....	15
Şekil 2.7. Elmaları Sallama Hareketi.....	15
Şekil 3.1. G-Power Hesaplaması.....	18
Şekil 3.2. Randomizasyonun Hesaplanması.....	18
Şekil 3.3. CONSORT 2010 Akış Diyagramı.	20
Şekil 3.4. Ayakta Eleme Hareketinin Uygulanması.....	25
Şekil 3.5. Pelvik Bağın Gevşetilmesi Hareketinin Uygulanması.....	26
Şekil 3.6. Elmaları Sallama Hareketinin Uygulanması.....	26
Şekil 3.7. Araştırmanın Akış Şeması.....	27

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 4.1. Kadınları Tanıtıcı Özelliklerin Dağılımı (N: 62).....	29
Tablo 4.2. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.3. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası VAS Değerlerinin Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	31
Tablo 4.4. Deney Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası VAS Değerlerine İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	33
Tablo 4.5. Kontrol Grubundaki Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası VAS Değerlerine İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları.....	35
Tablo 4.6. Kadınların Durumluk Kaygı Düzeylerine Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.7. Kadınların DDÖ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarına Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.8. Deney Grubundaki Kadınların Rebozoya İlişkin Düşüncelerinin Dağılımı (n: 31)	38
Tablo 4.9. Kadınların Travaya İlişkin Özelliklerine Göre Gruplar Arası Karşılaştırılması (N: 62)	40
Tablo 4.10. Yenidoğana İlişkin Özelliklerine Göre Grupların Karşılaştırılması	43

1. GİRİŞ

Doğumda algılanan ağrı subjektiftir ve her kadında farklı duygular barındırır. Ayrıca, fizyolojik temelli olmasının yanı sıra, sosyal, kültürel, çevresel ve ruhsal faktörlerin etkisi altındadır. Doğum ağrısının oluşumunda etkili olan fizyolojik faktörler, intrapartum süreçte kemik pelvise olan baskı ve yumuşak dokulardaki gerilme ile ilişkilidir. Psiko-sosyal faktörler ise, gebe kadının yaşamış olduğu korku ve anksiyete ile baş edebilme durumuyla ilgilidir (1). Doğum sürecinde birbirini izleyen ya da ortaya çıkmasına neden olan korku, ağrı ve anksiyete döngüsü söz konusudur. Doğum ağrısındaki artışla birlikte, kadının doğuma ilişkin korkusu da artış göstermektedir. Artan korkuyla birlikte kadın gerilmekte, gerilim sonucu da anksiyete düzeyi artmaktadır. Anksiyete düzeyi artan kadının ise, algıladığı doğum ağrısı daha fazla olmaktadır. Sağlıklı bir doğum süreci açısından, bu kısır döngü döngünün önlenmesi ya da ortadan kaldırılması önemlidir. Bunun için, doğum eylemi süresince destekleyici bakım (doğum desteği) sürdürülmeli ve non-farmakolojik yöntemler kullanarak algılanan ağrı düzeyinin azaltılması esastır. Algılanan ağrı düzeyinin azalması, kadının gevşeyip rahatlamasına yardımcı olarak korku ve anksiyetesinin de azalmasında etkili olabilir (2-4). Bunlarla birlikte, gebe kadının yaşamış olduğu toplumun kültürel değerleri ve geçmişteki deneyimleri algılanan ağrı ve ağrıya verilen tepkiyi etkilemektedir (5-6).

Doğum ağrısı, eylemin ilerlediğine işaret eden fizyolojik bir belirteç olmasının yanı sıra ağrının iyi yönetilememesi durumunda, maternal ve fetal sağlık açısından risk oluşturabilmektedir. Bu nedenle, Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği, doğum ağrısının hafifletilebilmesi için uygun müdahalelerin planlanmasını önermektedir (7). Ağrının yönetiminde non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması, kadınların “doğumu doğal bir olay olarak” görmesine yardımcı olmakta ve normal vajinal doğuma ilişkin memnuniyeti arttırarak, sezaryen doğum oranlarının azaltılmasına katkıda bulunmaktadır (8). Bunların yanı sıra, kadının kendi doğumunda aktif rol almasını, emzirme süresi ve oranlarının istendik düzeyde olmasını, yenidoğanın emme davranışlarını, anne ile bebeği arasındaki bağlanmayı ve kadının postpartum ruh sağlığını da olumlu yönde etkilemektedir (9-11). Benzer şekilde, Cochrane sonuçları da intrapartum dönemdeki destekleyici uygulamaların; doğum süresinin kısalması, normal vajinal doğumun artması ve böylece sezaryen doğum oranlarının azalması, anne ve yenidoğanlar için olumlu

sonuçlar ile pozitif doğum ve bakım deneyimleri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (12, 13).

Bilinen non-farmakolojik uygulamalar; hareket özgürlüğü, masaj, dikkat dağıtma, hayal kurma, müzik, doğum topu egzersizi, biofeedback, yoga, refleksoloji, akupunktur, akupressür, trasktan elektriksel sinir stimülasyonu, İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (İSSE), aromaterapi ve hipnoz'dur (14, 15). Bunlara ek olarak, geleneksel bir uygulama olan Rebozo mevcuttur. Rebozo tekniği, Latin Amerika kökenlidir ve non-invaziv ilaç dışı pratik bir uygulamadır. Meksika'da yaşayan kadınların başlarına ve omuzlarına takmak için kullandıkları 2 metre uzunluğunda, 70 cm genişliğinde, yumuşak, esnek ve renkli bir kumaş ile yapılan rebozo tekniği, pelvik alanda ritmik hareketler yaratarak ağrı düzeyinin azalması veya ortadan kalkmasını sağlamaktadır. Ayrıca rebozo tekniği, bel ağrısı, sırt ağrısı, stres, yorgunluk ve fetal malpozisyonlarda kullanılmakta ve vücudun birçok bölgesine uygulanabilmektedir. Bunun yanı sıra, kadın ayakta iken, otururken, uzanırken veya el-diz pozisyonundayken ebe veya hemşireler tarafından yapılabilir. Kontraksiyonlar sırasında veya arasında, 5-10 dakika kadar uygulanabilir ya da kadın isterse eğer bu sürede artırma veya azaltma yapılabilir (16).

Literatürde rebozo tekniğinin doğum sürecinde kullanımına ilişkin yayınlanmış araştırmalar kısıtlı olmakla birlikte, bizim ülkemizde yalnızca bir çalışmaya rastlanmıştır (17). Bu bilgiler doğrultusunda, bu araştırmada rebozo uygulamasının intrapartum dönemde doğum ağrısı, kaygı ve doğum deneyimi üzerine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri;

H1 İnapartum dönemde gebelere uygulanan rebozo tekniği, doğum ağrısı düzeyini azaltır.

H2 İnapartum dönemde gebelere uygulanan rebozo tekniği, kaygı düzeyini azaltır.

H3 İnapartum dönemde gebelere uygulanan rebozo tekniği, doğum deneyimini pozitif değerlendirme algısını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi ve Evreleri

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan itibaren yaklaşık 9 ay 10 gün sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı doğal bir süreçtir (18-19). Bununla birlikte normal spontan doğum eylemi, serviksin efesman ve dilatasyonuna neden olan ve gittikçe sıklaşıp şiddeti artan uterus kontraksiyonlarıyla birlikte fetus ve eklerinin (amniyotik mayi, plasenta ve membranlar) uterustan ayrılarak vajen yoluyla fizyolojik olarak dışarı atılmasıdır (19-22). Bu süreçte, eylemin kendiliğinden başlaması, baş-pelvis uygunsuzluğu olmadan vertex pozisyonunda tek-canlı bir fetüsün olması, annenin ve fetüsün sağlıklı olması beklenmektedir (23).

Uluslararası Ebelik Konfederasyonu, normal doğumu anne ile fetüs arasındaki fizyolojik ve psikolojik etkileşime dayanan benzersiz, dinamik bir süreç olarak tanımlamaktadır (24). Kadının öz sezgileri doğrultusunda doğumunda aktif olarak rol aldığı, sağlık izlem ve takipleri dışında sağlık profesyonellerinin izleyici konumunda olduğu ve herhangi bir anestezi ajan ya da müdahalenin uygulanmadığı doğumlar, “doğal doğum” olarak ifade edilmektedir (25). Her doğum bireye özgü olup, kendine has özellikler içermektedir. Ayrıca, süreç içerisinde anne ile bebek arasındaki fiziksel bağla birlikte, duygusal ve tinsel ilişki de kendine mahsustur. Bu açıdan, benzersiz olan ve duygusal öğeler içeren bu özel anın korunması doğal doğumun temelini oluşturur. Yani bütüncül bir yaklaşımla doğuma, anneye ve bebeğe duyulan saygı gözetilir (26). Doğum sürecinin sağlıklı bir şekilde yönetilebilmesi için 2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), intrapartum bakım rehberini yayınlamış olup, bu rehberde kadınların gizlilik ve mahremiyetini koruyan, zarar veren tedaviden uzak, bilgilendirilmeyi içeren, kanıta dayalı uygulamaların öncelikli olduğu, doğumda sürekli destek almayı içeren bakımı tanımlamıştır. Ayrıca bu rehberde, bakımı alan kadın ve sağlık profesyonelleri arasında saygılı bakım ve etkili iletişimin kurulması, doğum ağrısının yönetimi ve doğum pozisyonlarına ilişkin kanıt temelli uygulama önerileri verilmiştir (27).

Doğum eylemi, gerçek doğum ağrıları ile başlayıp, servikal efesman ve dilatasyonun tamamlanmasıyla birlikte, fetüs ve eklerinin doğumu ile doğum sonrası 1-2 saatlik süreyi kapsayan, kendisine özgü özellikleri olan ve birbirini takip eden dört farklı

evreden oluşmaktadır (28). Bununla birlikte, doğum eyleminin evrelere ayrılmasının doğruluğuna ilişkin tartışmalar süregelmektedir. Doğum eyleminin birinci evresinde durgun ve aktif ayrımlarının yapılması klinik görüşler esas alınarak yapıldığı için gerçekçil yaşam deneyimleriyle uyum sağlayamayabileceği belirtilmektedir. Buna karşın, doğumu evrelere ayırmış olmanın, bakım veren sağlık profesyonelinin belirli bir sistem doğrultusunda yönlendirebileceği ve anneye gerekli desteğin yapılabilmesi hususunda daha yararlı olabileceği de ifade edilmektedir (29).

2.1.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Bu evre, silinme ve dilatasyon evresidir. Düzenli uterus kontraksiyonları ile birlikte başlayıp, servikal efesman ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar geçen süredir. Nulliparlarda bu evre ortalama 8 ila 12 saat sürerken, multiparlarda 6 ila 8 saat sürmektedir. Doğumun en uzun süren evresi olan bu evre, kendi arasında üçe ayrılır ve bu ayrımlar fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sonucunda meydana gelir. Bu evreler; latent, aktif ve geçiş fazıdır (30).

Latent Faz

Süresi ve şiddeti gittikçe artış gösteren uterus kontraksiyonları ile başlar ve servikal dilatasyonun 4 cm olmasıyla sona erer. Bu fazda servikal değişiklikler yavaş olmakla birlikte, servikte esneme ve yumuşama söz konusudur. (31). Latent fazın süresi ve servikal değişiklikler kadınlar arasında farklılık gösterebilmektedir. Nullipar kadınlarda bu evre ortalama 6 saat sürmekle birlikte, bu sürenin 20 saati aşmaması gerekmektedir. Multiparlarda ise ortalama 4-5 saat sürmekte ve 14 saatten uzun sürmemesi gerekmektedir. Latent fazın başında kontraksiyonlar 10 ila 20 dakika arayla gelir ve 5-20 saniye sürer. Zamanla kontraksiyon sıklığı 5-7 dakikaya iner ve süresi 30-40 saniyeye çıkar (18).

Aktif Faz

Servikal dilatasyonun 3-4 cm olmasıyla başlar ve 8 cm'e ulaşması ile sona erer. Bu evrenin nulliparlardaki ortalama süresi 5.8 saattir ve 12 saati aşmaması gerekir. Multiparlardaki ortalama süresi ise 2.5 saattir ve 6 saati aşmaması gerekir. Bu fazda kontraksiyonlar 3 ila 5 dakikada bir gelir ve yaklaşık olarak 45-60 saniye devam eder (31). Kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddeti artar. Sakral bölge, alt abdominal bölge, bacak ve kasıklarda ağrı hissedilir. Kadının bu fazda algıladığı ağrı artmakta ve çevreyle olan iletişimi azalmaya başlamaktadır (18, 32, 33). Ayrıca, kadında belirsiz davranışlar ve içe dönme söz konusudur. Kontraksiyonun başlamasıyla birlikte, kadın hareketsiz kalabilir, yakınındaki bir kişiye ya da bir eşyaya sıkıca tutunabilir ya da bacaklarını

aralayıarak kalçasını sallayabilir. Şiddetli kontraksiyonlar sırasında ise gözlerini kapatıp yoğun ve ritmik nefes alıp vererek, inleyip ağlayabilir. Genellikle “su” veya “belim” şeklinde konuşmalar söz konusudur (29).

Geçiş Fazı

Servikal dilatasyonun 8 cm olmasıyla başlar ve 10 cm olmasıyla son bulur. Kontraksiyonların bu evredeki ortalama süresi 60-90 saniyedir ve 2 dakikadan daha kısa aralıklarla gelir. Birkaç kontraksiyonun sonunda bu evre sonlanabileceği gibi bazı kadınlarda daha uzun sürebilmektedir. Ortalama 2 saat süren bu evrede fetal iniş hızla gerçekleşir. Bu evrede kadın ağrı ve stres düzeyi çok yüksek olabilir. Ağrı daha çok perine bölgesi ve sakral bölgede hissedilir. Kadının en çok zorlandığı, dayanılması güç bir evredir. Kadının ağrının varlığını kabullenmesi, iletişimi sürdürmesi ve uyum gösterebilmesi açısından desteğe ihtiyacı artar (18, 32, 33). En şiddetli ağrıyı yaşayan kadın, ihtiyaçlarını dile getirebilir ya da hoşlanmadığı şeyleri kolaylıkla ifade edebilir. Örneğin, “Ben evime gitmek istiyorum”, “Fikrimi değiştirdim, beni sezaryene alın/epidural uygulayın” gibi ifadelerde bulunabilir. Ağlama, inleme, bağırma veya istem dışı ıkınma olabilir. Ajitasyon, gerginlik, kontraksiyonlara bağlı el ve ayak parmaklarında karıncalanma veya uyuşukluk görülebilir. Etrafındaki kişilerin konuşma ve hareketlerini algılamayabilir (29).

2.1.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Bu evre, Servikal dilatasyonun 10 cm olması ile başlayan ve fetüsün doğumunun gerçekleşmesine kadar olan süreyi kapsar (18, 19). Doğumun gerçekleşmesi için geçen süre primiparlarda genellikle 30 dakika ile 5 saat, multiparlarda ise 5 ila 30 dakika arasındır. Bu evrede kontraksiyonlar 1.5-2 dakikada bir gelip, 60-90 saniye sürmektedir (34). Bu evrede fetüs perineye ulaşmaya kadar doğum kanalındaki inişine devam eder. Bu süreçte vajinal kanaldan geçişi fetal başın duruşu, kemik yapısı ve büyüklüğü etkilemektedir. Bu aşamayı geçebilmek için fetüs, çenesini göğsüne doğru iyice yaklaştırmaktadır. Vajinal kanalın ortasında fetal baş pelvik kaviteye ulaşmıştır. Bu evrede fetüsün başı rektuma baskı yaptığı için kendiliğinden ıkınma hissi gelişir. Bu ıkınma ile birlikte fetüsün önde gelen kısmının servikse olan baskısı Ferguson refleksini uyarır ve böylece oksitosin salınımını, dolayısıyla da kontraksiyonların şiddetini artırır. Hem doğum süreci hem de anne-bebek sağlığı açısından kadınların ıkınma şekli önemlidir. ıkınma hissi ile birlikte bu evrede sıklıkla amniyon kesesinin açılması, dilatasyon kanamasının artması, bulantı-kusma hissi ile kadında huzursuzluk görülür.

Ayrıca artan kontraksiyonlar ile fetal başın rektuma olan baskısına bağlı defekasyon yapma ve bebeğin geldiği hissi gelişir (35).

2.1.3. Doğumun Eyleminin Üçüncü Evresi

Bu evre, fetüsün doğumundan hemen sonra başlar ve plasenta ve eklerinin atılması ile sona erer (36). Plasentanın uterus duvarından ayrılması ile buradaki kılcal damarlarda kanama ve uterin kontraksiyonlar söz konusudur. Bebeğin doğumundan yaklaşık 3-5 dakika sonra başlayan ve 2-2.5 dakikada bir gelen kontraksiyonlar, plasenta ve membranların uterustan atılmasına kadar devam eder. Tamamen atıldıktan sonra ise boş uterusun kontrakte ve sert bir şekilde palpe edilmesi sürecin normal gittiğine işaretler. Bu evre, doğum sayısı fark etmeksizin ortalama 5-10 dakika sürmekte ve 30 dakikayı aşmaması gerekmektedir (34).

2.1.4. Doğumun Eyleminin Dördüncü Evresi

Bu evre, kanama kontrol evresidir. Plasenta ve eklerinin doğumundan sonraki ilk 4 saatlik süreyi kapsamaktadır (37). Kadına anestezi ajan uygulanmış olması ve ilk üç evreye ilişkin herhangi bir komplikasyon gelişmiş olması, bu süreyi uzatabilmektedir. Anne ve yenidoğan için hayati önem taşıyan bir evredir. Üreme sistemi başta olmak üzere bütün maternal sistem, gebelik öncesi haline dönmeye başlar. İntra-uterin hayattan ekstra-uterin hayata geçiş yapan yenidoğanın adaptasyonu da eş zamanlı olarak bu evrede başlamaktadır. Ailenin diğer üyelerinin yenidoğanla iletişim kurma isteğinin olduğu bu evreyi özelleştiren bir diğer faktör de, bağlanma sürecinin başlamasıdır. Emzirmeye başlamak için mükemmel bir zaman olan bu dönemde, bebek uyanıktır ve uyarılara karşı açıktır. Bu nedenle en kısa zamanda başlatılması gereken emzirme, uterustaki kontraksiyonları artırarak kanamayı azaltacak ve böylece anne ile bebek arasında sağlıklı bir bağlanmayı sağlayacaktır (31).

2.2. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

İntrapartum süreci genel olarak doğum kanalı, fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil ve ikincil güçler ile annenin psikososyal durumu olmak üzere dört farklı faktör etkilemektedir.

2.2.1. Doğum Kanalı

Kemik pelvisin ölçüleri ile tipi doğum kanalı için önemli özelliklerdendir. Doğum için en uygun pelvis tipi jinekoid tip pelvistir. Bu pelvis tipinde iskiyal spinalar silik olup, interspinöz aralık 10 santimetreden uzundur. Diğer pelvis türleri doğum için uygun değildir. Doğum kanalı için diğer önemli özellikler ise, serviksin silinme ve dilate olma özelliği ile vajina ve vajinal açıklığın esnekliğidir (39).

2.2.2. Fetüs

Doğum eylemi sürecinde fetüse ilişkin incelenmesi gereken önemli etkenler; fetüsün şekli, genişliği, kilosu ve dayanıklılığı gibi özellikleri ile annenin pelvisi ile uyumu, duruş pozisyonu (habitus/postür), yatış pozisyonu (situsu/lie), ve pelvise yerleşme durumu (prezantasyonu)'dur. Bu doğrultuda;

- **Fetal başın özellikleri;** fetal baş gövdeden büyük olduğu için doğum eylemi açısından önemlidir.
- **Fetüsün duruş pozisyonu;** Fetal vücut ve ekstremitelerin fleksiyon ya da ekstansiyonda olması durumudur. Fetüsün normal duruş pozisyonunda; sırtının yuvarlak, çenenin fleksiyonda, kolların önde göğüs kafesinde birleştirilmiş ve umbilikal kordun kol ile bacakların arasından uzanır şekilde olması gerekmektedir.
- **Fetüsün yatışı;** fetüsün uzun eksenini ile annenin uzun eksenini arasındaki ilişkisidir. Fetüsün oksiput pozisyonu süreci zorlaştırırken, longitudinal pozisyonu süreci kolaylaştırmaktadır (40).

2.2.3. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Birincil ve İkincil Güçler

Doğum eyleminde rolü olan birincil güç, uterus kontraksiyonlarıdır. Servikal efesman ve dilatasyonu başlatan uterus kontraksiyonlarının süre, sıklık ve şiddeti fetüsün doğum kanalından inişinde önemlidir (41). Uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerin ilki oksitosin hormonu iken, ikincisi uterin kornustaki pace-maker'lerdir (42).

Doğum eyleminin gerçekleşmesinde rolü olan ikincil güçler, gebe kadının fetüsü itmek için diyafram ve abdominal kaslarını kullanması ile ortaya çıkmaktadır. İkincil güçlerin, efesman ve dilatasyon tamamlandıktan sonra bebeğin doğmasına yardımcı olan en önemli güçtür. Bu nedenle, kadının bu gücü doğru kullanması önemlidir (43).

2.2.4. Annenin Psikososyal Durumu

Doğum eylemi süreci, nasıl ilerleyeceğine ilişkin gebelerin merak ettikleri bir dönemdir. Multipar kadınlar, mevcut doğumda hangi durumlarla karşılaşacağı kaygısını yaşarken, primipar kadınlar süreç boyunca karşılaşacakları durumları bilmedikleri için kaygıyı daha fazla yaşamaktadırlar. Anne adayının bedenlen doğuma hazır olması, doğuma ilişkin önceki deneyimleri, travay sürecinde aldığı destek ve duygusal durumu kadınların psikososyal durumunu etkileyen faktörlerdendir (44).

2.3. Doğum Eyleminin Başlaması

Doğum eylemi, düzenli ve rahatsız edici-sancılı uterus kontraksiyonlarının servikste efesman ve dilatasyona neden olduğu fizyolojik bir süreçtir (45). Doğum eyleminin mekanizması; serviksin efesman ve dilatasyonu sonucunda, prezente olan fetüs kısmının aktif hareketler yaparak doğum kanalından ilerlemesi sürecidir (46, 47). Doğum kanalında ilerleyen fetüs, annenin pelvisi ile uyumlanabilmek için bazı rotasyonlar yaparak şekil değiştirmektedir. Fetüsün yapmış olduğu bu şekil değişikliklerine kardinal hareketler adı verilmektedir. Bu hareketler sırasıyla yerleşme (angajman), iniş, fleksiyon, internal (iç) rotasyon, ekstansiyon, eksternal (dış) rotasyon, ekspulsiyon'dur (45, 47).

2.3.1. Doğum Eyleminin Başlamasında Rol Oynayan Faktörler

Tam olarak bilinmese de, doğum eylemini başlattığı düşünülen bazı teoriler bulunmaktadır. Bunlar; uterusun gerilme teorisi, hormonal uyarı ve miyometrial aktivitedir (45).

Uterusun Gerilme Teorisi

En eski teorilerden birisidir. Bu teoride; miadına ulaşmış olan uterus gerilir ve gerilen olan uterusun, içinde yer alanları boşaltma ihtiyacı hissettiği düşünülmektedir. Bu teori eski olmasına rağmen prematür ve postmatür eylemleri açıklamada hala yetersizdir (45).

Hormonal Uyarı

Doğum eyleminde, uterusu baskılayarak etkili kontraksiyonların ortaya çıkmasında oksitosin, kortizol, östrojen-progesteron ve prostoglandinlerin rolü olduğu belirtilmektedir (25).

Miyometrial Aktivite

Kontraksiyonlar sonucunda uterusun üst segmentinde yer alan kaslar kalınlaşırken, alt segmentinde yer alan kaslar ise incelir. Bu iki segmenti retraksiyon halkası adı verilen fizyolojik bölme birbirinden ayırmaktadır (46).

2.3.2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

Doğum eyleminin yakın bir zamanda başlayacağına işaret eden bazı subjektif belirtiler mevcuttur. Bunlar;

- **Braxton hicks kontraksiyonları:** Gebelik süresince düzensiz ve hafif görülen kontraksiyonlar, terme yaklaştıkça ağırlı hale gelirler ve fark edilebilirler (31, 46, 48-50).
- **Düzenli uterus kontraksiyonları:** İntrapartum sürecin başında kontraksiyonlar hafif-orta şiddette, kısa sürelidir ve 20 ila 30 dakika arayla

gelir. Zaman ilerledikçe kontraksiyonların şiddeti artar, süresi uzar ve daha sık gelir. Başlangıçta 30 saniye süreli olan kontraksiyonlar, eylem ilerledikçe 50 ila 90 saniye süreli olur ve iki-üç dakikada bir gelir (31, 32, 46, 49, 50).

- **Hafifleme:** Fetüs, kemik pelvis girimine indikçe diyaframa olan basınç azaldığı için kadınlar daha rahat nefes aldığını hissederler. Ancak mesaneye olan basınç arttığı için de kadınlarda sık idrara çıkma ortaya çıkar. Fetal başın pelvik alana yaptığı basınç, bacaklarda kramp ve ödem gelişimine neden olabilir. Çoğunlukla nullipar kadınlarda görülen hafifleme, yaklaşık olarak doğumdan iki ila üç hafta önce meydana gelir (46, 48).
- **Artmış vajinal sekresyonlar:** Fetüsün yapmış olduğu basınç, vajinal mukoza üzerinde tıkanıklığa neden olur. Bu tıkanıklık, açık renkli ve iritan olmayan vajinal sekresyonların miktarını artırır. Müküs miktarındaki bu artış nedeniyle kadınlar, perineal ped kullanımı ihtiyacı hissedebilir (48).
- **Servikal olgunlaşma ve değişiklikler:** Terme yaklaştıkça, relaksin hormonu ve artan su içeriğine bağlı servikste yumuşama meydana gelir. Bu yumuşama ya da olgunlaşma, serviksin doğum sırasındaki kontraksiyonlara uyumunu kolaylaştırır. Hafiflemeyle birlikte fetüs kemik pelviste ilerledikçe, fetüsün önde gelen kısmı servikse bası uygular ve servikal efesman-dilatasyon sürecini başlatır (32, 48).
- **Efesman:** Uterin serviksin kısalması, incelmesi ve incecik bir zar halini almasıdır. Efesman, yüzde (%) ile tariflenir ve % 100 olduğunda servikal kanalın uzunluğu tamamen kaybolmuştur, serviks ince bir zar halini almıştır (31, 32, 49).
- **Dilatasyon:** Serviksin 10 cm'e kadar açılmasıdır. Hem efesman hem de dilatasyon vajinal muayene ile değerlendirilir (31, 32, 49). Servikal kapillerde küçük rüptürler oluşmasına neden olan efesman ve dilatasyon sonucu, gebelik süresince serviksi tıkayan müküs/nişane itilir. Müküs, pembemsi-kahverengimsi kan ve kalın müküsten oluşur. Bu karışım, doğum eylemi başlamadan birkaç hafta önce atılabileceği gibi doğumdan birkaç gün önce de atılabilir. Özellikle, nulliparlarda doğum eylemi başlayıncaya kadar bu atılım gerçekleşmeyebilir. En son yapılmış olan vajinal muayene ya da koitus da, küçük miktarlarda nişane atılımına sebep olabilir (46, 48, 50).

- **Enerji artışı:** Doğum eyleminden yaklaşık 24-48 saat önce artan epinefrin salgısı ile birlikte kadınlarda ani enerji artışı görülür (31, 32, 48).
- **Kilo kaybı:** Gebelik süresinin sonlarına yaklaşıldığında, plasenta yaşlanmaya başlar. Yaşlanmayla birlikte, plasentanın salgıladığı progesteron düzeyi azalır. Bu endokrin değişim sonucu gebelik boyunca biriken bazı sıvılar vücuttan atılır. Bu nedenle sıvı kaybı ortaya çıkar. Bu kaybın miktarı 2.2 kg ile 6.6 kg arasında değişiklik gösterebilmektedir (31, 32, 48).
- **Gastrointestinal sistem sorunları:** Doğum eylemi başlamadan hemen önce, kadınlarda diyare, sindirim sorunları, bulantı-kusma gibi yakınmalar görülebilir (31, 32, 49).
- **Sırt Ağrısı:** Gebelikteki sırt ağrısının temel nedeni; relaksin hormonundaki artışa bağlı pelvik eklemlerde gevşemedir. Bir diğer neden de uterusun alt segmentindeki ve serviksteki gerilmedir. Sırt ağrısı, normal doğumda, yalnızca kontraksiyonların başlangıcında ve servikal dilatasyonun erken safhalarında belirgindir (31).
- **Amniyon kesesinin açılması (membran rüptürü):** Serviksteki efesman ve dilatasyonun sonlarına yaklaştıkça, uterus içindeki artan basınca bağlı, amniyotik zarlar direnç gösteremeyeceği bir noktada kendiliğinden açılır. Bu açılma genellikle doğumun ikinci evresinin sonuna doğru olur. Eğer açılma henüz eylem başlamadan gerçekleşirse bu durum erken membran rüptürüdür (31, 32, 49). Açılma gerçekleştikten 12-24 saat sonra doğum eyleminin kendiliğinden başlaması beklenir (31).

2.4. Doğum Eyleminde Ağrı Korku-Kaygı ve Doğum Deneyimi

Doğum ağrısı subjektiftir ve birçok faktörün etkisi altındadır. Normal bir sürecin ögesi olan doğum ağrısı, diğer ağrı türlerinden farklı olarak, doğum eyleminin ilerlemesi ve anne ile bebeğinin buluşması için gerekli olan hormonlarla uyum içerisinde (51-54). Doğumun evrelerine göre farklılık gösteren doğum ağrısı; birinci evrede çoğunlukla uterus kontraksiyonları ve servikal uyarı kaynaklı doku özellikli ağrı iken, ikinci evrede vajina ve perinedeki gerilme, pelvik taban kaslarının distansiyonu, uterus ve pelvik organlar üzerine olan bası nedeniyle somatik özelliktedir. Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evrelerinde ise doku hasarı ve travma kaynaklı özellik göstermekte ve plasentanın atılımı ve uterusun involüsyonu kaynaklı ortaya çıkmaktadır (53).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği, genellikle uyum sağlayıcı nitelikte olan ağrının işlevselliğin yanı sıra, psiko-sosyal iyi olma hali üzerine olumsuz etkilerinin olabileceğini belirtmiştir. Williams ve Craig, ağrıyı, “duyusal, duygusal, bilişsel ve sosyal bileşenlerle gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili rahatsız edici bir deneyim” olarak tanımlamışlardır (55). Doğum ağrısının şiddetli algılanmasına bağlı olarak uterus kan akımında azalma, kalp debisi ve oksijen tüketiminde artma ve ciddi solunum alkalozu görülebilmektedir (56). Bu istenmeyen olumsuz fizyolojik değişiklikler, fetal oksijenasyonu bozmakta, fetal hipoksemiye ve metabolik asidoza neden olabilmektedir. Bunlara ek olarak, yoğun hissedilen doğum ağrısı, travma sonrası stres bozukluğu için zemin hazırlamakta ve olumsuz bir postpartum deneyime neden olmaktadır (57).

Doğum sırasında algılanan aşırı ağrı, korkuyu artırır ve kadını ağrıya karşı daha duyarlı hale getirir. Böylece, korku-gerginlik-acı döngüsü ortaya çıkar. Pozitif bir doğum deneyimi için bu döngüyü kırmak gerekmektedir. Ayrıca korku, stres hormonlarının salgılanmasına neden olan kortizolün dolaşıma katılmasına neden olur. Yüksek kortizol seviyesi ise, uterin arterlerdeki kan akımının azalmasına neden olur, bu da kontraksiyonların yavaşlamasına veya durmasına neden olur. Uterus kontraksiyonlarının etkinliğindeki düşüş de, doğumun süresinin uzamasına neden olmaktadır. Uzun süren bir doğum, bebek ve anne açısından komplikasyonları artırabilmektedir. Tüm bunlara karşın doğum ağrısı ile uyum sağlama, kadınların doğum sürecine ilişkin memnuniyetlerini sağlamaktadır. Bunun için, doğum ağrısının süresini ve yoğunluğunu güvenli bir aralığa indirebilecek ve böylece ağrıya uyumlanmayı kolaylaştıracak yöntemleri benimsemek gerekmektedir (58).

Doğum ağrısının giderilmesinde kullanılabilecek birçok farmakolojik ve non-farmakolojik yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemler, hem anne hem de bebek üzerinde olumsuz etki bırakmadan ağrının giderilmesinin yanı sıra annenin konforlu bir doğum deneyimlemesi amacıyla uygulanmaktadır. Herhangi bir farmakolojik ajan kullanılmadan kadının gevşemesine ve ağrısını en az algılamasına yardımcı olan non-farmakolojik yöntemler, hem girişimsel olmadığı hem de maliyet etkin olduğu için genellikle farmakolojik yöntemlere tercih edilmektedir (59).

2.5. İntrapartum Dönemde Rebozo Tekniği Uygulaması

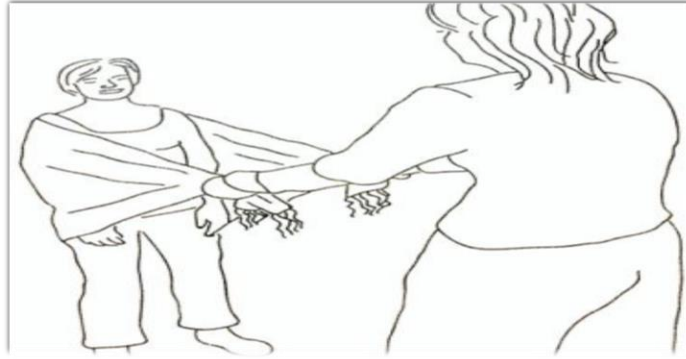
Rebozo tekniği, doğum sürecinde rahatlatıcı masaj olarak kullanılmaktadır. Uygulayıcı tarafından rebozonun gebe kadının sırtına, beline, pelvik bölgesine, omuzlarına ve karın çevresine yerleştirilmesi ve yumuşak sallama hareketleri ile yapılmaktadır. Rebozo tekniğinin farklı pozisyonlarda uygulanması ile uterus

kontraksiyonları ile baş etmeye çalışan gebe kadının gevşemesi sağlanarak ağrı düzeyi azaltılabilmekte ve eylemin ilerlemesine pozitif yönlü katkı sağlanabilmektedir (60).

Rebozo tekniği, kadın ayakta dururken, otururken, uzanırken veya el-diz pozisyonundayken uygulanabilen invaziv olmayan bir tekniktir (61). Ayrıca, uygulama sırasında rebozo, yastık, jimnastik topu, sandalye, minder veya yatak kullanılarak yapılabilmektedir (16). Rebozonun hangi formunun ne kadar süreyle uygulanması gerektiğine ilişkin literatürde detaylı bilgilere rastlanmamış olup, bu durum uygulamayı yapan gebe kadının tercihine bırakılmıştır (60).

‘Eleme’ Adı Verilen Ritmik Hareket

Ayakta eleme hareketi; uygulama için kadın, sırtının sadece üst kısmı duvara değecek şekilde duvara yaslanır. Ayakları kalça genişliğinde açık, vücudu oldukça düz ve kalçası duvara değmiyor olmalıdır. Rebozonun ortası, sütyen hattından kalçasının hemen altına kadar olan alanı kaplayacak şekilde arkasına yerleştirilir. Uygulayıcı, rebozoyu karnının ön kısmına yakın tutarak ona dönük durur (Şekil 2.1) (62) Rebozonun gergin olması gerekir, çünkü rebozo bazı yerlerde sarkırsa rahatsız edici ve etkisiz olacaktır. Harekete ‘eleme’ denir ve rebozo, pelviste hoş bir ritmik hareket oluşturabilmek için bir yandan öteki yana hareket ettirilir, bu da gevşemeyi teşvik edebilir ve bebeğin bazı faydalı hareketlerini kolaylaştırabilir. Çoğu kadın bu teknikten çok hoşlanmaktadır (63).



Şekil 2.1. Ayakta eleme hareketi

El diz pozisyonunda eleme hareketi; uygulama için kadının el-diz pozisyonunda olması gerekir (Şekil 2.2) (62). Vücudun gevşemesine olanak sağlaması açısından uygulama sırasında kadın pilates topundan destek alabilir (64). Büyüyen uterusun ağırlığını desteklemek için rebozo, tamamen açılarak gebenin karnını kaplayacak şekilde yerleştirilir ve hafifçe şala traksiyon yapılır (65, 66). Ardından nazikçe bir yandan diğer yana eleme hareketi yapılır. Uygulama sayesinde yer çekimi etkisinden faydalanılarak

fetal-optimal konumlandırma sağlanmış olur. Bu açıdan, oksiput posterior fetal baş pozisyonlarında kullanımı oldukça idealdir (66).



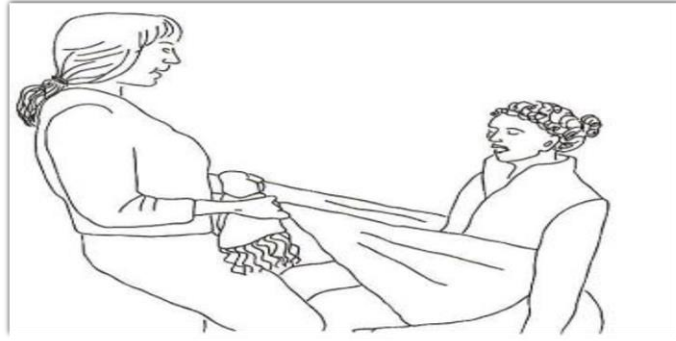
Şekil 2.2. El diz pozisyonunda eleme hareketi

Sırtüstü pozisyonda eleme hareketi; kadın yerde sırtüstü yatarken belinin ve kalçasının etrafından rebozo geçirilerek hafif traksiyonla eleme ve sallama hareketi yapılır (Şekil 2.3) (62). Uygulayıcı, kadının üzerinde bacakları hafif aralık olacak şekilde yer almalıdır. Rebozonun her iki ucu eşit uzunlukta ve seviyede uygulayan kişinin kalça seviyesinde olmalıdır (64). Uygulama, intrapartum dönemin erken evresinde endorfin salınımını arttırarak gebenin sinir sisteminin rahatlamasına yardımcı olmaktadır (65, 66).



Şekil 2.3. Sırtüstü pozisyonda eleme hareketi

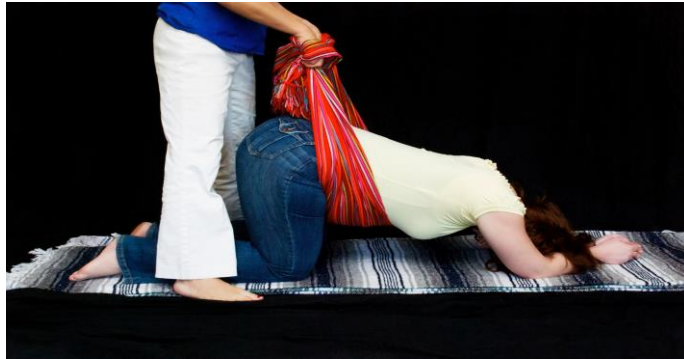
Oturur pozisyonda eleme hareketi; kadın, bir sandalye ya da pilates topunda otururken rebozo, kadının kalçasının ve belinin etrafından geçirilerek hafif traksiyonla eleme hareketi yapılır (Şekil 2.4) (62). Doğumun birinci evresinin başlarında, kontraksiyonlar sırasında ya da kontraksiyonlar arasında kadını rahatlatmak, sırtında ve belinde oluşan gerginliği azaltma amaçlı kullanılan bir harekettir (65).



Şekil 2.4. Oturur pozisyonda eleme hareketi

Pelvik Bağı Gevşetilmesi

Amerika’lı evde doğum ebesi Gail Tully, pelvik bağlardaki gerilimin fetüsün doğum kanalı içerisinde hareket etmesi gereken alanı etkileyebileceğini ve bu tekniğin bu gerilimi azaltmayı amaçladığını öne sürmektedir. Kadın dört ayak pozisyonundayken (veya vücudunun üst kısmı bir puf, doğum topu veya sandalye üzerinde dururken), aynı yöne bakacak şekilde arkasında durulur ve rebozoyu tüm ‘abdomen’ rebozonun içinde olacak şekilde karnının etrafına yerleştirilir (Şekil 2.5) (65). Gebe kadına, bu hareketin uterusun önünde uzanan pelvik bağı gevşetmek için yapılacağı söylenir. Göbeğinin sarkmasına izin vermesi ve rahatlamayı düşünmesi için gebe cesaretlendirilir. Uygulayıcı, rebozonun gevşek kısımlarının olmamasına dikkat eder ve gerginliği biraz artırmak için rebozoyu kendine doğru çeker (63).



Şekil 2.5. Pelvik bağı gevşetilmesi

Nefes Almaya Yardımcı Olmak

Bir kadının doğum sırasında nefes almasını yavaşlatmak, onun kasılmaları daha iyi yönetebildiğini hissetmesinin anahtarıdır. Bu teknik, bir sandalyeye derin bir şekilde oturmadan önce rebozonun kadının bel çevresine yerleştirilmesini içerir (Şekil 2.6) (65). Rebozodaki gerilimin sağlanması ve ardından gebenin nefesinin gözlemlenmesi gerekir. Gebe kadın nefes alırken uygulayıcı rebozoyu kendine doğru çeker (onu sandalyeden kaldırmaya yetecek kadar değil, rebozoda güçlü bir gerilim olacak şekilde).

Gebe kadın nefesini verirken ve sandalyeye derin bir şekilde gömülürken rebozonun gerginliği yavaşça bırakılır. Gebe, nefes alıp vermeyle çalışmanın bu ritmini sürdürürken, nefesle birlikte tekrar gerilimi artırmadan önce nefes vermede biraz beklenir. Bu bekleyiş, verdiği nefesin aldığı nefesten daha uzun olmasını teşvik edecek ve böylece hiperventilasyondan kaçınmasına yardımcı olacaktır (63).



Şekil 2.6. Nefes almaya yardımcı olmak

Elmaları Sallama Hareketi

Kadın diz çöküp başını yere koyar (isterse başını yastığa koyabilir), rebozo kalça üzerine yerleştirilir ve rebozonun uçları kendisine yakın tutulur (Şekil 2.7) (62). Uygulayıcı, bu pozisyonda, oldukça yavaş ve yumuşak ‘eleme’ hareketini kullanır; ancak bu daha canlı bir ‘sallama’ hareketidir. İyi bir sallanmaya neden olmak için rebozoda iyi bir gerginlik olduğundan emin olunmalıdır (Bu asla kalça üzerinde sürüklenen bir ‘kesme’ hareketi değil, geniş bir alanda çekiş sağlamak için bir şal uygulaması ve kalçaların sallanmasına neden olan bir hareket olmalıdır). Bu uygulama, pelvik kasların gevşemesine yardımcı olmaktadır (63).



Şekil 2.7. Elmaları sallama hareketi

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma, randomize kontrollü çalışma olarak yürütüldü.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Doğum Salonu'nda 04.08.2022-19.05.2023 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın bu hastanede yapılma nedeni; İlde yıllık en fazla doğumun yapıldığı hastane olmasıdır. Bu hastanede 2021 yılında toplam 26.714 doğum gerçekleşmiş olup, vajinal yolla gerçekleşen doğum sayısı 16.730'dur.

Doğum salonu, hastanenin birinci katında yer almakta olup, kendi içerisinde Miadında Ağrılı Gebe (MAG), Sancı Doğum Lohusa (SDL), bebek bakım odası ve acil ameliyathane birimlerinden oluşmaktadır. MAG bölümünde 15 oda, SDL bölümünde 15 oda bulunmaktadır. Bütün odalar tek kişiliktir ve içerisinde istenildiği zaman jinekolojik masa formuna dönüşebilen birer adet yatak, oksijen sistemi, Non-Stres Test (NST) cihazı, hasta başı monitörü ve küvöz bulunmaktadır. Ayrıca kadınların kullanımına uygun tuvalet, banyo ve gardrop yer almaktadır. Doğum salonunda çalışanlar, vardiya usulü çalışmakta olup, her bir vardiyada 16-17 ebe, 2 kadın doğum uzmanı, 2 pediatri uzmanı, 2 sekreter ve 5-6 temizlik personeli çalışmaktadır.

Doğum salonunda riskli durumlar hariç sürekli mobilizasyon uygulaması mevcuttur. Doğum ağrısının yönetiminde herhangi bir farmakolojik yöntem kullanılmamaktadır. Oksitosin indüksiyonu, lavman ve amniyotomi uygulamaları ihtiyaç duyulduğunda yapılmaktadır. Doğum salonuna girişi yapılan gebelerin öncelikle MAG bölümünde anamnezi alınmakta, vajinal muayenesi yapılmakta ve NST ile fetal kalp atımı ve kontraksiyonların değerlendirilmesi yapılmaktadır. Değerlendirmesi yapılan gebelerin servikal açıklığı 6-7 cm oluncaya kadar takipleri bu bölümde yapılmaktadır. Servikal açıklık 6-7 cm olduktan sonra gebeler SDL bölümüne transfer edilmektedir. Doğum gerçekleşinceye kadar takipleri SDL bölümünde yapılmakta ve doğum sonrası gerekli bakımları yapıp ilk emzirme sağlandıktan sonra Postpartum Servisine transferleri yapılmaktadır. Postpartum servisi hastanenin dördüncü katında yer almakta olup, toplamda 48 yatak bulunmaktadır. Postpartum servisine yatışı yapılan kadınların taburculuğu postpartum 12 saat dolduktan sonra gerçekleşmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu'na doğum eylemini gerçekleştirmek için yatışı yapılan gebe kadınlar oluşturdu.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaş üstü olmak,
- Primipar olmak,
- İletişim kurabilmek,
- Miadında tek-verteks ve sağlıklı fetüsün varlığı,
- Herhangi bir sakatlık ya da hastalığın olmayışı,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

Araştırmadan dışlama kriterleri;

- Eylem sürecinde sedatif veya farmakolojik ilaç uygulanmış olması (morfin, petidin gibi opioidler; lidokain, bupivakain gibi lokal anestezikler; oksitosin, prostoglandin gibi uterotonikler; kalsiyum kanal blokerleri, kortikosteroidler gibi tokolitikler),
- Maternal veya fetal komplikasyon gelişmiş olması,
- Herhangi bir nedenle sezaryene alınmış olmak.

Örneklem büyüklüğü Power analizi ile belirlendi. Bunun için, çalışmanın başlangıcında deney grubunda 8, kontrol grubunda 8 olmak üzere toplam 16 gebe ile pilot uygulama yapıldı ve son bileşen olarak etki büyüklüğü Visual Analog Skala (VAS) baz alınarak hesaplandı. Buna göre, deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerleri; latent fazda 4.38 ± 2.066 , aktif fazda 7.13 ± 1.246 , geçiş fazında 9.50 ± 0.535 olarak bulundu. Kontrol grubundaki kadınların ise latent fazda 4.00 ± 1.309 , aktif fazda 7.38 ± 0.744 , geçiş fazında 9.88 ± 0.354 olarak hesaplandı. Etki büyüklüğü latent fazda 0.456, aktif fazda 0.340, geçiş fazında ise 0.167'dir. G-Power programı üzerinde tüm değerleri kapsayacak şekilde ve etki büyüklüğü 0.4 alınarak yapılan hesaplamada örneklem büyüklüğü toplam 59 olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki katılımcı sayısının eşit olması açısından her bir grup için minimum 30 olmak üzere, toplamda 60 olarak hesaplandı. Olası örneklem kaybı açısından %15 fazlası alınarak her bir grup için 35, toplamda ise 70 kişi olacak şekilde randomizasyon yapıldı (Şekil 3.1).

F tests – ANCOVA: Fixed effects, main effects and interactions		
Analysis:	A priori: Compute required sample size	
Input:	Effect size f	= 0.4
	α err prob	= 0.05
	Power (1- β err prob)	= 0.85
	Numerator df	= 1
	Number of groups	= 2
	Number of covariates	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 9.4400000
	Critical F	= 4.0129734
	Denominator df	= 56
	Total sample size	= 59
	Actual power	= 0.8552913

Şekil 3.1. G-Power hesaplaması.

3.4. Randomizasyonun Belirlenmesi

Seçim yanlılığını önlemek için, katılımcıların deney ya da kontrol grubunda yer alma durumları sabit olasılıklı rastgeleleştirme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlendi. Buna göre, olası örneklem kayıpları göz önüne alınarak her bir grupta 35 kişi olacak şekilde 70 kişi ile örneklem hesaplaması <https://www.randomizer.org/> sitesine giriş yapılarak oluşturuldu (Şekil 3.2).

2 Sets of 34 Unique Numbers Per Set	
Range: From 1 to 70	
Set #1	
49, 38, 16, 1, 63, 4, 35, 34, 45, 8, 66, 33, 18, 13, 57, 6, 15, 23, 42, 25, 56, 61, 60, 39, 36, 31, 32, 58, 20, 67, 40, 11, 69, 37, 29	
Set #2	
7, 46, 17, 9, 14, 68, 12, 41, 64, 52, 62, 47, 19, 55, 22, 26, 51, 5, 43, 44, 27, 50, 54, 59, 2, 28, 24, 3, 48, 65, 70, 53, 10, 21, 30	

Şekil 3.2. Randomizasyonun hesaplanması.

Bilgisayar destekli yapılan bu randomizasyona göre, doğum salonuna kabul sırasına göre 1'den 70'e kadar numaralandırıldı. Araştırmaya dahil edilme kriterleri açısından uygun olan kadınlar çalışmaya dahil edildikten sonra gruplara rastgele ve bir önceki grup atamasından bağımsız bir şekilde atandılar. Böylece, çalışmanın analiz aşamasında, yapılan uygulamaya ilişkin gruplar arasında elde edilebilecek olası bir farklılığın, seçme veya deney ve kontrol gruplarına dağıtım aşamasındaki yanlı bir davranışa bağlı olma olasılığı ortadan kaldırıldı.

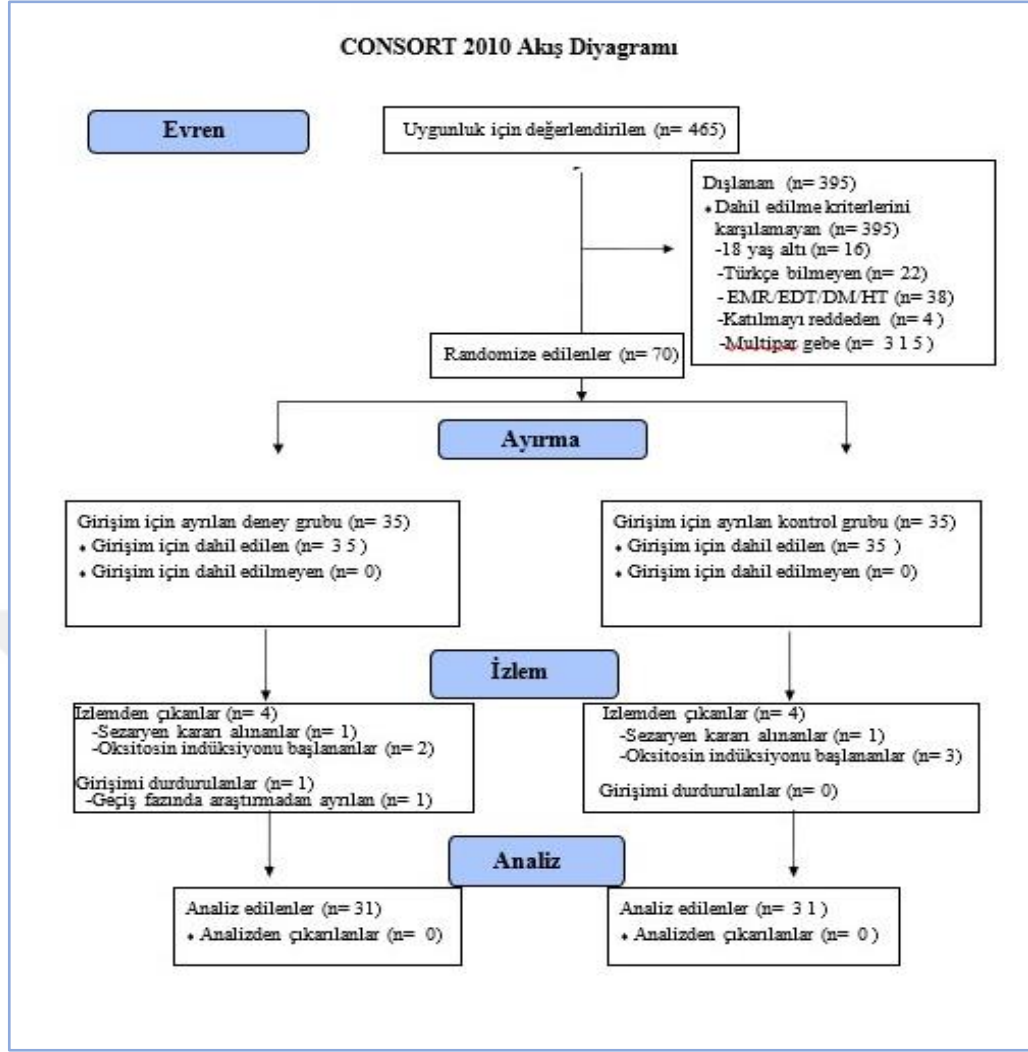
Değerlendirme yanlılığı açısından, açık etiketli körleme, yani körleme yapılmayan bir çalışma gerçekleştirildi. Değerlendirme yanlılığında amaç, araştırmacının, yapılan uygulamayı biliyor olması nedeniyle, klinik açıdan değerlendirme, verilerin

toplanması ve kullanılabilir hale getirilmesi, raporlamanın ve istatistiksel analizlerin yapılması sırasında yanlış davranmalarını önlemektir. Bu çalışma, müdahale gerektiren somut bir içerik barındırması, dolayısıyla müdahalenin araştırmacı ve katılımcılar tarafından bilinmesi nedeniyle, araştırmacıyı gruplara kör etmek mümkün olmadı. Bu nedenle, katılımcıların gruplara atanması, müdahale süreci ve veri toplama aşamalarında araştırmacı tarafından körleme yapılamadı.

Deney grubunda yer alan katılımcıların latent faz ve aktif fazdaki uygulamaları MAG bölümünde yer alan, içerisinde yatak, dolap, yer minderi ve doğum topunun mevcut olduğu bir odada yapıldı. Bu oda, gebe kadınların tedavi-bakımında kullanılmadığı için uygulama süreci diğer gebe kadınlardan soyutlanmış oldu. Geçiş fazında olan kadınların takipleri SDL bölümünde kişisel odalarda yapıldığı için, bu aşamada da kadınların birbirleriyle olan iletişimleri engellenmiş oldu.

3.5. Araştırmanın CONSORT Akış Diyagramı

Araştırma süresince, CONSORT Beyanı rehber alındı. CONSORT Beyanı, randomize araştırmaların raporlanması için kanıta dayalı, minimum tavsiyeler setidir. Araştırma bulgularının raporlarının hazırlanmasında araştırmacılara bir yol sunar. Raporlamanın eksiksiz ve şeffaf olmasını sağlar. Ayrıca, eleştirel bir değerlendirme yapmalarına ve yorumlamalarına yardımcı olur. CONSORT Beyanı'nda 25 maddeden oluşan bir kontrol listesi ile bir akış diyagramı bulunmaktadır. Kontrol listesi öğeleri, araştırmanın tasarım, analiz ve yorumlamasının yapılma biçimini raporlamaya odaklanır. Akış şeması ise, araştırma boyunca tüm katılımcıların ilerleyişini gösterir (67). Bu çalışmanın CONSORT Akış Diyagramı Şekil 3.3'de verildi.



Şekil 3.3. CONSORT 2010 akış diyagramı.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu, Travay İzlem Formu, Visual Analog Skala (VAS), Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) ve Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ) kullanılarak yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür (17, 68) doğrultusunda geliştirilmiş olan bu form, araştırmaya katılan kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir durumu, yaşanan yer) içeren beş soru; obstetrik özelliklerini (gebelik haftası ve gebeliğin planlı olma durumu) içeren iki soru; deney grubundaki kadınların rebozo uygulamasını nasıl değerlendirdiğine ilişkin (uygulamanın ağrı, korku/kaygı üzerindeki etkinliği, uygulamanın tekrar yapılması ve tavsiye edilme durumu, uygulama sırasında yaşanan sıkıntılar) beş soru olmak üzere toplam 12 soru içermektedir.

3.6.2. Visual Analog Skala (VAS)

Visual analog skala, sayısal olarak ölçümü mümkün olmayan nitel özelliklerin sayılarla ifade edilmesi için kullanılan bir ölçüm aracıdır. Bireylerdeki ağrının şiddetini sayısal olarak betimlemek amacıyla, Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiştir (69). Bu ölçüm aracı, 10 cm uzunluğunda bir cetveldir ve sol ucunda “ağrı yok” ifadesi yazarken, sağ ucunda “dayanılmaz ağrı” dayanılmaz ağrı” ifadesi yazmaktadır. Lineer özelliklere sahip olduğu için her artış arasındaki fark eşittir. Kullanım özelliği gereği sayılarla bireyleri yönlendirmemesi, değerlendirmenin kolay-hızlı olması ve kısa sürede sonuç vermesi nedeniyle en yaygın kullanılan tek boyutlu ölçek türüdür (70, 71). VAS değerinin 10’a yaklaşmış olması ağrının çok şiddetli olduğunu gösterirken, 0’a yaklaşmış olması ağrının azaldığı şeklinde değerlendirilir (69).

3.6.3. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE)-STAI FORM TK-I

Spielberg ve ark. tarafından 1964 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır. Kişinin o anda yaşadığı kaygıyı ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmaktadır. Kısa ifadelerden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin, güvenirlik katsayısı 0.83 ile 0.87 arasındadır (72, 73).

Duygu ya da davranışlarla ilgili olan envanter maddeleri, yaşantının şiddetine göre; 1= hiç, 2= biraz, 3= çok ve 4= tamamıyla seçenekleriyle değerlendirilmektedir. Envanterin 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18. maddeleri ile pozitif puanlar (toplam anksiyete puanını artıran) verilirken; 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. maddeleri ile negatif puanlar (toplam anksiyete puanını azaltan) verilmektedir. Değerlendirilme yapılırken; her madde için maddenin pozitif ya da negatif olma özelliğine göre 1 (ya da -1) ile 4 (ya da -4) arasında bir puan verilmektedir. Sonrasında ise elde edilecek toplam puana 50 sabiti eklenmektedir. Elde edilebilecek en yüksek puan değeri 80, en düşük puan değeri ise 20’dir. Alınan toplam anksiyete puanı ne kadar yüksekse, envanteri dolduran kişinin anksiyete düzeyi de o kadar yüksektir (72). Bu çalışmada, ölçeğin güvenirlik katsayısı 0.84 olarak hesaplandı.

3.6.4. Doğum Deneyim Ölçeği (DDÖ)-CEQ

Ölçek, kadınların doğum deneyimlerini farklı kapsamlarıyla değerlendirmek için Dencker ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Mamuk ve arkadaşları 2017 yılında yapmıştır. Ölçeğin; doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güvenlik ve kararlara katılım alt boyutları vardır ve toplamda 22 maddeden oluşmaktadır. Doğum süreci alt boyutunu 1, 2, 4, 5, 6,

19, 20 ve 21. maddeler oluşturur ve kadınların doğum süreci ve doğum ağrısına yönelik duygularını değerlendirmeye yöneliktir. Profesyonel yardım/destek alt boyutunu 13, 14, 15, 16 ve 17. maddeler oluşturur ve ebe/hemşire bakımını değerlendirilmesine yöneliktir. Algılanan güvenlik alt boyutunu 3, 7, 8, 9, 18 ve 22. maddeler oluşturur ve doğuma ait anılar ile güvenlik duygusunu değerlendirmeye yöneliktir. Kararlara katılım alt boyutunu 10, 11 ve 12. maddeler oluşturur ve doğum pozisyonu ile doğum ağrısının azaltılmasına ilişkin alınan kararlara katılma durumunu değerlendirir. Ölçeğin ilk 19 maddesi dörtlülük türündedir ve 1'den 4'e kadar puanlama yapılarak (Tamamen katılıyorum= 1, Çoğunlukla katılıyorum= 2, Kısmen katılıyorum= 3, Hiç katılmıyorum= 4) kullanılır. Ölçeğin son üç maddesi ise VAS ile değerlendirilir ve kategorik olarak 0-40= 1, 41-60= 2, 61-80= 3, 81-100= 4 olarak sınıflandırılmıştır. Ölçekte yer alan 3, 5, 8, 9 ve 20. maddeler, olumsuz ifadeleri kapsar ve bu maddelerde tersine çevrilmiş puanlama yapılmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısının 0.76 olduğu bildirilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça kadının doğum deneyimini olumlu yaşama düzeyi de artmaktadır (74). Bu çalışmada, ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.74 olarak hesaplandı.

3.6.5. Travay İzlem Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak ve Partograf Formu baz alınarak (75, 76) geliştirilen bu form, araştırmaya dahil olan katılımcıların doğumhaneye kabulünden doğuma kadar geçen süreci takip edebilmek amacıyla hazırlandı. Doğumun evrelerine göre vajinal muayene bulguları, fetal kalp atım hızı, kontraksiyon özellikleri, kullanılan ilaçların dozu ve saati, doğumun saati, ikinci evrenin süresi, epizyotomi ve laserasyon durumu, yeni doğanın boy ve kilosu ile 1 ve 5. dakikalardaki Apgar skorları gibi sorulara yer verildi.

3.7. Verilerin Toplanması

Örnekleme kriterlerine uyan gebe kadınlardan;

Deney grubuna alınan kadınlara;

- Latent fazda olanlara (servikal açıklık 1-4 cm olanlar) araştırmaya yönelik açıklama yapılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamaları sağlandı. Sonrasında Kişisel Bilgi Formu dolduruldu. Servikal açıklığı 3-4 cm olan kadınların maternal ve fetal bulguları (efesman yüzdesi, fetal baş seviyesi ve fetal kalp hızı ile kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddeti) Travay İzlem Formu'na kaydedildi. Durumluk Kaygı Envanteri ile kaygı düzeyleri, VAS ile ağrı düzeyi belirlendi. Daha sonra, kontraksiyon aralarında rebozo tekniği (ayakta eleme hareketi) iki-üç kez uygulandı. Uygulama süresi, katılımcılar

arasında benzerlik göstermesi açısından ortalama 6-7 dk ile sınırlandırıldı. Uygulama sonrası VAS ile ağrı düzeyi yeniden değerlendirildi. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi.

- Servikal açıklık 6-7 cm olunca (aktif faz) kadınların maternal ve fetal bulguları travay izlem formuna kaydedildi ve VAS ile ağrı düzeyi belirlendi. Ardından, kontraksiyon esnasında rebozo tekniği (pelvik bağın gevşetilmesi) iki-üç kez uygulandı. Uygulama süresi, katılımcılar arasında benzerlik göstermesi açısından ortalama 6-7 dk ile sınırlandırıldı. Uygulama sonrasında VAS ile ağrı düzeyi yeniden değerlendirildi. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi.
- Servikal açıklık 8-9 cm olunca (geçiş fazı) kadınların maternal ve fetal bulguları travay izlem formuna kaydedildi ve VAS ile ağrı düzeyi belirlendi. Rebozo tekniği (elmaları sallama hareketi) kontraksiyon sırasında iki-üç kez uygulandı. Uygulama süresi, katılımcılar arasında benzerlik göstermesi açısından ortalama 3-4 dk ile sınırlandırıldı. Geçiş fazındaki uygulama süresi aralığının, latent faz ve aktif faza göre daha kısa olması, bu fazda daha uzun süreli ve sık sık gelen kontraksiyonlar kaynaklıdır. Uygulama sonrasında Durumluk Kaygı Envanteri ile kaygı düzeyleri, VAS ile ağrı düzeyleri değerlendirildi. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi. Geçiş fazı tamamlandıktan ve doğum eylemi gerçekleştikten sonra, toplam ikinci evre süresi, bebeğin kilosu, boyu, 1. ve 5. dakikadaki Apgar skorları ile epizyo açılma ve laserasyon oluşma durumları travay izlem formuna kaydedildi.
- Doğum deneyiminin değerlendirilmesi, doğum eyleminin dördüncü evresinde (Plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saat içerisinde), postpartum servisinde kadınların yatmakta oldukları odalarda DDÖ kullanılarak yapıldı. Ayrıca bu aşamada Kişisel Bilgi Formu'nda yer alan Yönteme İlişkin Düşünceler bölümü ile rebozo uygulamasına ilişkin geri bildirim alındı.

Kontrol grubunda yer alan kadınlara;

- Rutin hastane uygulamaları dışında herhangi bir uygulama yapılmayan gebelerden latent fazda olanlara (Servikal açıklık 1-4 cm olanlar) araştırmaya yönelik açıklama yapılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamaları sağlandı. Servikal açıklığı 3-4 cm olan kadınların maternal ve fetal bulguları (efesman yüzdesi, fetal başın seviyesi, fetal kalp hızı ile

kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddeti) travay izlem formuna kaydedildi. SDKE ile kaygı düzeyleri belirlendi. Deney grubundaki kadınların bu aşamada iki VAS ölçümü arasındaki geçen süre ortalama 6-7 dk olduğu için, grupların benzerlik göstermesi açısından kontrol grubundaki kadınların VAS ile ağrı düzeyleri 6-7 dk ara ile iki kez ölçüldü. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi.

- Servikal açıklık 6-7 cm olunca (aktif faz) kadınların maternal ve fetal bulguları travay izlem formuna kaydedildi. Deney grubundaki kadınların bu aşamada iki VAS ölçümü arasındaki geçen süre ortalama 6-7 dk olduğu için, grupların benzerlik göstermesi açısından kontrol grubundaki kadınların VAS ile ağrı düzeyleri 6-7 dk ara ile iki kez ölçüldü. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi.
- Servikal açıklık 8-9 cm olunca (geçiş fazı) kadınların maternal ve fetal bulguları travay izlem formuna kaydedildi ve VAS ile ağrı düzeyi belirlendi. Deney grubundaki kadınların bu aşamada iki VAS ölçümü arasındaki geçen süre ortalama 3-4 dk olduğu için, grupların benzerlik göstermesi açısından kontrol grubundaki kadınların VAS ile ağrı düzeyleri 3-4 dk ara ile iki kez ölçüldü. SDKE ile kaygı düzeyleri belirlendi. Maternal ve fetal bulguların takibine devam edildi. Geçiş fazı tamamlandıktan ve doğum eylemi gerçekleştikten sonra, toplam ikinci evre süresi, bebeğin kilosu, boyu, 1. ve 5. dakikadaki Apgar skorları ile epizyo açılma ve laserasyon oluşma durumları Travay İzlem Formu'na kaydedildi.
- Doğum deneyiminin değerlendirilmesi, doğum eyleminin dördüncü evresinde (Plasenta doğduktan sonraki ilk 4 saat içerisinde), postpartum servisinde kadınların yatmakta oldukları odalarda DDÖ kullanılarak yapıldı.

3.8. Rebozo Tekniği Uygulaması Hemşirelik Girişimleri

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmacı, doğumda rebozo uygulamasına ilişkin farklı tarihlerde ve farklı eğitimcilerden birer günlük eğitim almıştır (Ek 12). Bu eğitimler kapsamında;

Deney grubuna alınan kadınlara;

- **Ayakta eleme hareketi;** latent fazda, servikal açıklığı 3-4 cm olan kadınlara uygulanan rebozo tekniği için; öncelikle gebeden bir duvar önünde ve sert bir zemin üzerinde ayakta durması istendi. Ardından, rebozo, tam ortadan

katlanılarak kadının sırtının alt kısmından kalçasının alt kısmına kadar sarıldı. Kadına ayaklarını hafifçe ayırması ve vücudunu düz tutup yalnızca sırtını duvara yaslaması söylendi. Ayrıca, ayaklarına eşit derecede ağırlık vermesi, tüm ağırlığını rebozoya bırakmaması belirtildi. Ardından gebe kadın ile karşılıklı olacak şekilde ayaklar hafifçe aralandı ve rebozo karnın ön kısmına yakın mesafede tutuldu. Güvenli bir tutuş için rebozonun iki ucu bilek etrafına sarıldı ve dinlendirici bir ritimle rebozonun bir tarafından diğerine geçişi başlatıldı. Bunu yaparken kadından kendisini kasmaması, rahat nefes alıp vermesi, gözlerini kapatması, bebeğiyle ilgili hayal kurması, eğer isterse şarkı söylemesi ve rebozonun hareketlerini takip ederek belirli bir ritimde uygulayıcıya uyum göstermesi istenildi. Uygulama sırasında rebozunun gergin olması sağlandı ve eleme hareketi kadını rahatsız etmeyecek düzeyde yumuşak bir şekilde yapıldı. Kadının gözlerinin açık olması durumunda göz teması kurmaya ve ses tonunun uygun olmasına özen gösterildi. Uygulama sırasında yapılan hareketten memnun olma veya rahatsızlık duyma durumu değerlendirildi (Şekil 3.4).



Şekil 3.4. Ayakta eleme hareketinin uygulanması

- **Pelvik bağın gevşetilmesi;** aktif fazda yani servikal açıklığı 6-7 cm olan kadınlara uygulanan rebozo tekniği, doğum topu eşliğinde yapıldı. Bunun için kadından dört ayak pozisyonundayken öne doğru eğilmesi ve göğsünü topa yaslaması istendi. Ardından kadınla aynı yöne bakacak şekilde arkasında duruldu ve rebozo, dar bir şekilde katlanarak kadının tüm karnını kapsayacak şekilde sarmalandı. Sonrasında rebozo her iki ucundan tutuldu ve kontraksiyon esnasında gevşetilerek kadına topu öne doğru yuvarlaması ve nefes alması söylendi. Ardından rebozo, 1-2 cm yukarıya traksiyonla geri çekildi ve kadından nefes vererek geriye gelmesi istendi. Bu şekilde ileri geri gidip gelme hareketleri ile kadına hareket özgürlüğü sağlanmış olmanın yanı sıra solunum

egzersizi de yaptırılmış oldu. Uygulama sırasında kadına göbeğinin sarkmasına izin vermesi ve rahat olması söylendi. Ayrıca, rebozonun gevşek kısımlarının olmamasına ve ses tonunun uygun olmasına özen gösterildi. Uygulama sırasında yapılan hareketten memnun olma veya rahatsızlık duyma durumu değerlendirildi (Şekil 3.5).



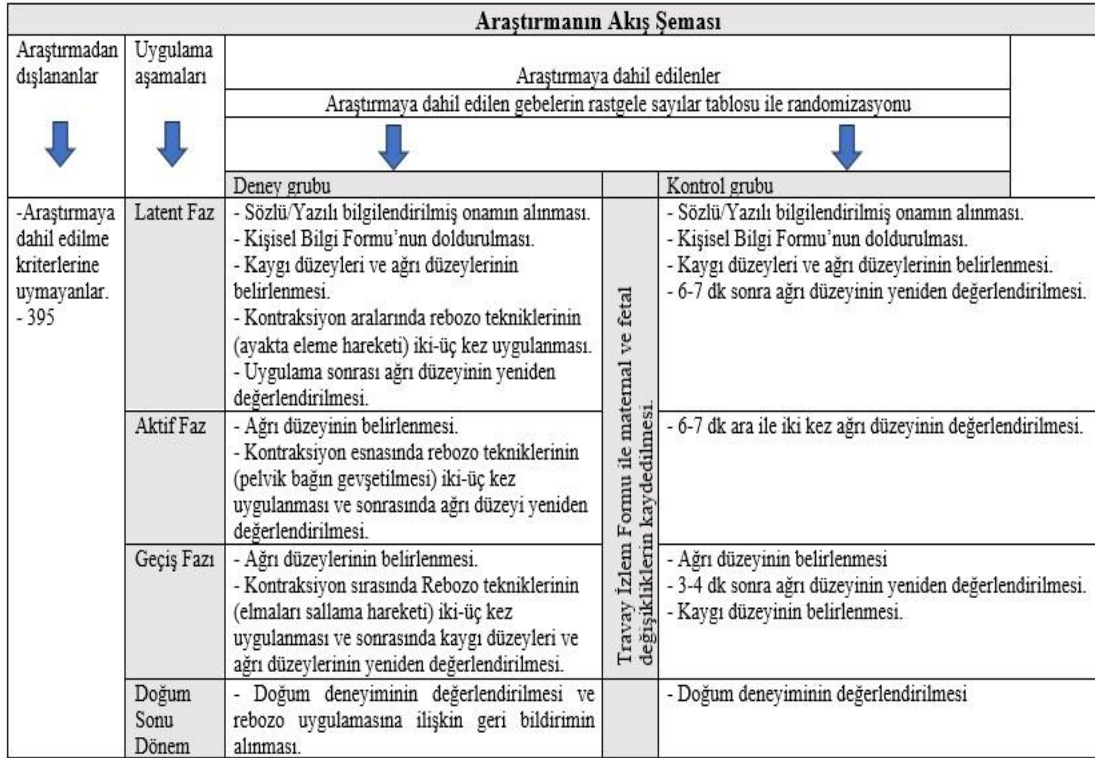
Şekil 3.5. Pelvik bağın gevşetilmesi hareketinin uygulanması

- **Elmaları sallama hareketi;** doğumun geçiş fazında yani servikal açıklık 8-9 cm olunca, yatağında uzanan kadının diz çökmesi ve eğer isterlerse başlarını bir yastığa koymaları sağlandı. Kadına kendisini rahat bırakması ve özellikle pelvik çıkımını gevşetmesi söylendi. Kadının arkasında duruldu ve rebozo, kalça etrafına sarılarak elma ağacı silkeler gibi ritmik sallanma hareketleri yapıldı. Etkili bir sallanma için rebozonun gergin olması sağlandı. Uygulama sırasında yapılan hareketten memnun olma veya rahatsızlık duyma durumu değerlendirildi (Şekil 3.6).



Şekil 3.6. Elmaları sallama hareketinin uygulanması

3.9. Araştırmanın Akış Şeması



Şekil 3.7. Araştırmanın akış şeması

3.10. Bağımlı-Bağımsız ve Kontrol Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin ağrı düzeyi, durumluk kaygı düzeyleri, doğum deneyimi, yönetime ilişkin düşünceler araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız Değişkenler: Uygulanan rebozo teknikleri araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Kontrol Değişkenleri: Gebe kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile epizyotomi ve laserasyon durumu kontrol değişkenidir.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri analizi SPSS 24.0 paket programı ile yapıldı. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler (kategorik ölçümler sayı ve yüzde; sayısal ölçümler ortalama ve standart sapma/gerekli durumlarda da ortanca ve minimum-maksimum) ve korelasyon analizleri ile değerlendirildi. Deney ve kontrol gruplarının değişkenlere göre korelasyonu için; bağımsız gruplarda t-testi (sürekli verilerde) ve ki-kare testi (kategorik verilerde) yapıldı. Bağımsız gruplarda normal dağılım göstermeyen verilerin korelasyonunda Mann-Whitney U testi ve tekrarlayan verilerin korelasyonunda Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisini belirlemek, ayrıca bağımlı değişken ile ilişkisi bulunan ortak değişkenlerin (covariate) analiz edilmesinde kullanılan varyans analizi ile regresyon analizini birlikte değerlendirmek için

Ancova (kovaryans) yapıldı. Ancovada; ortak değişken kaynaklı etki çıkartılarak, bağımlı değişkendeki değişimin bağımsız değişkenle olan ilişkisi araştırılmaktadır. Deney ve kontrol gruplarının ölçeklerden aldıkları toplam puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırması için bağımsız gruplarda t-testi kullanıldı. Bulgular %95.0 güven aralığında $p<0.05$ anlamlılık düzeyinde yorumlandı.

3.12. Araştırmanın Etik Boyutu

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden uygulamanın yapılabilmesi için gerekli kurum izni, Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan Etik Kurul Onayı (09.05.2022 tarih ve HRÜ/22.09.06 sayılı) ve Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü'nden Bilimsel Araştırma Çalışma izni alındı. Ayrıca, araştırmada kullanılacak olan ölçeklerin yazarlarından elektronik posta yoluyla iletişim kurularak ölçek kullanım izni alındı. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu kullanılarak araştırmaya dahil edilen tüm kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi ve beklenen yararları açıklanarak yazılı izinleri alındı. Araştırmanın ClinicalTrials.gov'a kaydı yapılmış olup, kayıt numarası: NCT05583825'tir.

3.13. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın tek merkezli olması ve yalnızca primipar kadınların örnekleme dahil edilmiş olması nedeniyle, elde edilen veriler yalnızca çalışma grubundaki primipar kadınlar için genellenebilir.

3.14. Araştırmanın Zorlukları

Araştırmanın doğum eyleminin latent fazında başlaması ve postpartum dönemin dördüncü saatine kadar devam etmiş olması, araştırmacının uzun saatler hastanede kalmasını gerektirdiği için zorluk teşkil etmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınları tanıtıcı özelliklerin dağılımı (N: 62)

Değişken	X±SS	min- max
Yaş	22.66±4.23	18-39
Gebelik haftası	38±1.149	37-41
	n	%
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar ve altı	19	30.6
İlköğretim ve üstü	43	69.4
Çalışma durumu		
Evet	0	0.00
Hayır	62	100.0
Ekonomik durum		
İyi	0	0.00
Orta	45	72.6
Kötü	17	27.4
Yaşanılan yer		
İl merkezi	20	32.3
Kırsal	42	67.7
Gebeliğin planlı olma durumu		
Evet	62	100.0
Hayır	0	0.00

Kadınların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1’de verildi. Buna göre, kadınların yaş ortalaması 22.66±4.23’tür ve %30.6’sı temel eğitim düzeyini tamamlamamıştır. Ayrıca, hiçbirisi gelir getiren herhangi bir işte çalışmamakta ve gelir düzeylerini orta (%72.6) ya da kötü (%27.4) olarak algılamaktadır. Yaşamını kırsalda geçirenlerin oranı %67.7’dir. Kadınların tamamının (%100.0) gebeliği planlı gebelik olup, gebelik haftası ortalamaları 38±1.149’dur. (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre gruplar arası karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler	Deney Grubu n (%)	Kontrol Grubu n (%)	Toplam n (%)	X ² /df	p
Eğitim düzeyi					
Okur-yazar ve altı	9 (%29.0)	10 (%32.3)	19 (%30.6)	0.076/1	0.783
İlköğretim ve üstü	22 (%71.0)	21 (%67.7)	43 (%69.4)		
Çalışma durumu					
Hayır	31 (%100.0)	31 (%100.0)	62 (%100.0)	. ^a	-
Ekonomik durum					
Orta	21 (%67.7)	24 (%77.4)	45 (%72.6)	0.729/1	0.393
Kötü	10 (%32.3)	7 (%22.6)	17 (%27.4)		
Yaşanılan yer					
İl merkezi	9 (%29.0)	11 (%35.5)	20 (%32.3)	0.295/1	0.587
Kırsal	22 (%71.0)	20 (%64.5)	42 (%67.7)		
Gebeliğin planlı olma durumu					
Evet	31 (%100.0)	31 (%100.0)	62 (%100.0)	. ^a	-
	Deney Grubu	Kontrol Grubu	t	df	p
	X±SS	X±SS			
Yaş	23.61±4.447	21.71±3.840	1.803	60	0.076
Gebelik haftası	38.29±1.243	37.87±1.024	1.449	60	0.152

X²: Pearson Ki-Kare; t: Bağımsız Gruplarda T-Testi; ^a: Çalışma_durumu sabit olduğu için herhangi bir istatistik hesaplanmamıştır.

Tanıtıcı özelliklerine göre deney ve kontrol grubundaki kadınların karşılaştırılması Tablo 4.2’de verildi. Buna göre yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, ekonomik durum ve yaşanılan yer açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (p>0.05). Ayrıca gebeliğin planlı olma durumu ve gebelik haftası açısından da grupların benzer olduğu görüldü (p>0.05) (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS değerlerinin gruplar arası karşılaştırılması

VAS Ölçümü	Deney Grubu (n: 31)	Kontrol Grubu (n: 31)	F	p	np ²
	Median (min-max)	Median (min-max)			
Latent faz					
Uygulama öncesi	5.00 (3-10)	4.00 (1-9)	78.875	0.000*	0.572
Uygulama sonrası	4.00 (1-8)	5.00 (1-9)			
Aktif faz					
Uygulama öncesi	7.00 (5-10)	7.00 (4-10)	71.281	0.000*	0.547
Uygulama sonrası	6.00 (3-10)	7.00 (5-10)			
Geçi fazı					
Uygulama öncesi	10.00 (8-10)	10.00 (9-10)	9.978	0.002*	0.145
Uygulama sonrası	10.00 (6-10)	10.00 (9-10)			

F: ANCOVA: Kovaryans Analizi; np²: Parsiyel Eta Kare; *p<0.01 düzeyinde anlamlılık.

Kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS değerlerinin gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3’de verildi. Deney grubundaki kadınların uygulama öncesi VAS değerleri latent fazda 5.00 (3-10), aktif fazda 7.00 (5-10), geçiş fazında 10.00 (8-10)’dur. Uygulama sonrası VAS değerleri ise latent fazda 4.00 (1-8), aktif fazda 6.00 (3-10), geçiş fazında 10.00 (6-10)’dur. Kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi VAS değerleri latent fazda 4.00 (1-9), aktif fazda 7.00 (4-10), geçiş fazında 10.00 (9-10)’dur. Uygulama sonrası VAS değerleri ise latent fazda 5.00 (1-9), aktif fazda 7.00 (5-10), geçiş fazında 10.00 (9-10)’dur. Buna göre latent, aktif ve geçiş fazında deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerine göre anlamlı derecede düştüğü belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.3).



Tablo 4.4. Deney grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS değerlerine ilişkin Wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları

VAS Ölçümü	Sıralar	N	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Latent faz US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	30	15.50	465.00	-4.904 ^c	0.000*
	Pozitif sıralar	0	0.00	0.00		
	Eşit	1	-			
	Total	31	-			
Aktif faz US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	26	13.50	351.00	-4.549 ^c	0.000*
	Pozitif sıralar	0	0.00	0.00		
	Eşit	5	-			
	Total	31	-			
Geçiş fazı US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	12	7.04	84.50	-3.000 ^c	0.003*
	Pozitif sıralar	1	6.50	6.50		
	Eşit	18	-			
	Total	31	-			

Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; ^aUygulama Sonrası; ^bUygulama Öncesi; ^cPozitif Sıralar Temeline Dayalı; *p<0.01 düzeyinde anlamlılık.

Deney grubundaki kadınların grup içi uygulama öncesi ve sonrası VAS değerleri arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar Tablo 4.4’de verildi. Buna göre, deney grubundaki kadınların latent, aktif ve geçiş fazında uygulama öncesi ve sonrası VAS değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (latent faz $Z = -4.904$, $p = 0.000$; aktif faz $Z = -4.549$, $p = 0.000$; geçiş fazı $Z = -3.000$; $p = 0.003$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamı dikkate alındığında, gözlenen bu farkın negatif sıralar yani uygulama öncesi VAS değerleri lehine olduğu, buna göre deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin anlamlı derecede düştüğü belirlendi (Tablo 4.4).



Tablo 4.5. Kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS değerlerine ilişkin Wilcoxon işaretli sıralar testi sonuçları

VAS Ölçümü	Sıralar	n	Sıra Ortalaması	Sıra Toplamı	Z	p
Latent faz US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	2	1.75	3.50	-0.272 ^c	0.785
	Pozitif sıralar	1	2.50	2.50		
	Eşit	28				
	Total	31				
Aktif faz US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	0	0.00	0.00	-2.121 ^d	0.034
	Pozitif sıralar	5	3.00	15.00		
	Eşit	26				
	Total	31				
Geçiş fazı US^a-UÖ^b	Negatif sıralar	0	0.00	0.00	-1.000 ^d	0.317
	Pozitif sıralar	1	1.00	1.00		
	Eşit	30				
	Total	31				

Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi; ; ^aUygulama Sonrası; ^bUygulama Öncesi; ^cPozitif Sıralar Temeline Dayalı; ^dNegatif Sıralar Temeline Dayalı.

Kontrol grubundaki kadınların grup içi uygulama öncesi ve uygulama sonrası VAS değerleri arasındaki ilişkiyi gösteren sonuçlar Tablo 4.5’de verildi. Buna göre, kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve uygulama sonrası VAS değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi (latent faz $Z = -0.272$, $p = 0.785$) aktif faz $Z = -2.121$, $p = 0.034$; geçiş fazı $Z = -1.000$; $p = 0.317$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, gözlenen bu farkın latent fazda negatif sıralar yani uygulama öncesi VAS değerleri lehine olduğu, buna göre kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin düştüğü ancak, bu düşüşün anlamlı olmadığı görüldü. Aktif faz ve geçiş fazındaki gözlenen farkın ise pozitif sıralar yani uygulama sonrası VAS değerleri lehine olduğu, buna göre kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin arttığı ancak, bu artışın anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Kadınların durumluk kaygı düzeylerine göre gruplar arası karşılaştırılması

Kaygı Ölçümü	Deney Grubu (n: 31) X±SS	Kontrol Grubu (n: 31) X±SS	t	df	p
Uygulama öncesi	42.90±6.40	43.90±7.42	-0.568	60	0.572
Uygulama sonrası	51.74±6.75	54.00±6.40	-1.351	60	0.182

t: Bağımsız Gruplarda T-Testi.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.6’da verildi. Deney grubundaki kadınların uygulama öncesi durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 42.90±6.40 iken, uygulama sonrası durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 51.74±6.75’tir. Kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 43.90±7.42 iken, uygulama sonrası durumluk kaygı düzeyleri ortalaması 54.00±6.40’tır. Buna göre deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi (uygulama öncesi $t = -0.568$, $p = 0.572$; uygulama sonrası $t = -1.351$, $p = 0.182$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7. Kadınların DDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına göre gruplar arası karşılaştırılması

Doğum Deneyimi	Deney Grubu (n: 31)	Kontrol Grubu (n: 31)	t	df	p
	X±SS	X±SS			
Doğum süreci alt boyutu	22.90±1.51	23.45±1.65	-1.364	60	0.178
Profesyonel yardım/destek alt boyutu	12.58±2.82	11.35±3.47	1.523	60	0.133
Algılanan güvenlik alt boyutu	19.64±2.33	20.58±2.57	-1.498	60	0.139
Kararlara katılım alt boyutu	9.03±1.55	9.03±1.60	0.000	60	1.000
Ölçek toplam	64.16±4.32	64.41±5.45	-0.206	60	0.837

t: Bağımsız Gruplarda T-Testi.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların DDÖ alt boyut ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular Tablo 4.7’de verildi. Deney grubundaki kadınların doğum süreci alt boyut puan ortalaması 22.90 ± 1.51 , profesyonel yardım/destek alt boyut puan ortalaması 12.58 ± 2.82 , algılanan güvenlik alt boyut puan ortalaması 19.64 ± 2.33 , kararlara katılım alt boyut puan ortalaması 9.03 ± 1.55 ve ölçek toplam puan ortalaması 64.16 ± 4.32 ’dir. Kontrol grubundaki kadınların doğum süreci alt boyut puan ortalaması 23.45 ± 1.65 , profesyonel yardım/destek alt boyut puan ortalaması 11.35 ± 3.47 , algılanan güvenlik alt boyut puan ortalaması 20.58 ± 2.57 , kararlara katılım alt boyut puan ortalaması 9.03 ± 1.60 ve ölçek toplam puan ortalaması 64.41 ± 5.45 ’dir. Buna göre DDÖ alt boyut ve ölçek toplam puanları açısından grupların benzer olduğu, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlendi (doğum süreci alt boyutu $t = -1.364$, $p = 0.178$; profesyonel yardım/destek alt boyutu $t = 1.523$, $p = 0.133$; algılanan güvenlik alt boyutu $t = -1.498$, $p = 0.139$; kararlara katılım alt boyutu $t = 0.000$, $p = 1.000$; ölçek toplam puanı $t = -0.206$, $p = 0.837$ (Tablo 4.7).

Tablo 4.8. Deney grubundaki kadınların rebozoya ilişkin düşüncelerinin dağılımı (n: 31)

Değişken	Grup	n	%
Doğum ağrısını azaltmada etkili olma durumu	Evet	13	42.0
	Kısmen	18	58.0
	Hayır	0	0.00
Doğum süresince korku/kaygıyı azaltmada etkili olma durumu	Evet	10	32.2
	Kısmen	16	51.6
	Hayır	5	16.2
Bir sonraki doğumda yöntemi kullanma düşüncesi	Evet	31	100.0
	Hayır	0	0.00
Doğum yapacak başka kadınlara yöntemi tavsiye etme durumu	Evet	31	100.0
	Hayır	0	0.00
Yöntemin uygulanmasına ilişkin sıkıntı yaşama durumu	Evet	2	4.0
	Hayır	29	96.0

Deney grubundaki kadınların rebozoya ilişkin düşünceleri Tablo 4.8’de verildi. Buna göre deney grubundaki kadınlar, rebozonun tamamen (%42.0) ya da kısmen (%58.0) doğum ağrısını azalttığını belirtmişlerdir. Ayrıca, büyük çoğunluğu (%83.8) rebozonun kaygıyı tamamen (%32.2) ya da kısmen (%51.6) azalttığını ifade etmişlerdir. Kadınların tamamı (%100.0), bir sonraki doğumunda rebozoyu kullanmak istediklerini ve doğum yapacak başka kadınlara tavsiye edebileceklerini belirtmişlerdir. Yöntemin uygulanması esnasında iki kadında (%4) sıkıntı yaşanmıştır (birkaç saniye süren baş dönmesi) (Tablo 4.8).



Tablo 4.9. Kadınların travaya ilişkin özelliklerine göre gruplar arası karşılaştırılması (N: 62)

Özellikler	Deney Grubu (n: 31) Ortanca (Min-Max)	Kontrol Grubu (n: 31) Ortanca (Min-Max)	MWU	p
Latent faz efesman yüzdesi	60 (50-70)	60 (50-75)	377.5	0.121
Aktif faz efesman yüzdesi	70 (60-80)	70 (60-80)	412.5	0.296
Geçiş faz efesman yüzdesi	85 (75-90)	80 (80-90)	452.5	0.657
Latent faz baş seviyesi	-2 ((-3)-0)	-1 ((-3)-0)	370.5	0.090
Aktif faz baş seviyesi	0 ((-1)-1)	0 ((-1)-1)	360.5	0.063
Geçiş fazı baş seviyesi	2 (0-2)	2 (1-3)	366.0	0.055
Latent faz kontraksiyon sıklığı (sayı/20 dk içinde)	2 (1-3)	2 (1-3)	466.5	0.825
Latent faz kontraksiyon süresi (sn)	35 (30-45)	35 (30-40)	476.5	0.952
Latent faz kontraksiyon şiddeti (mmHg)	40 (30-55)	40 (30-50)	479.5	0.988
Aktif faz kontraksiyon sıklığı (sayı/20 dk içinde)	3 (1-4)	3 (1-4)	391.5	0.184
Aktif faz kontraksiyon süresi (sn)	50 (30-60)	50 (40-60)	436.0	0.521
Aktif faz kontraksiyon şiddeti (mmHg)	55 (40-70)	55 (40-75)	400.5	0.251
Geçiş fazı kontraksiyon sıklığı (sayı/20 dk içinde)	4 (3-5)	4 (3-5)	380.5	0.121
Geçiş fazı kontraksiyon süresi (sn)	65 (55-80)	70 (55-85)	374.5	0.126
Geçiş fazı kontraksiyon şiddeti (mmHg)	80 (70-90)	80 (70-95)	435.5	0.513
Toplam aktif faz süresi (dk)	185 (95-420)	155 (60-480)	285.0	0.006*
Toplam geçiş fazı süresi (dk)	45 (18-105)	40 (20-94)	462.0	0.794
Toplam ikinci evre süresi (dk)	8 (3-22)	7 (3-36)	419.0	0.383

	Deney Grubu (n: 31)	Kontrol Grubu (n: 31)	Toplam	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Epizyo açılma durumu				
Evet	31 (%100.0)	29 (%93.5)	60 (%96.8)	0.492
Hayır	0 (%0.0)	2 (%6.5)	2 (%3.2)	
Laserasyon oluşma durumu				
Evet	14 (%45.2)	15 (%48.4)	29 (%46.8)	1.000
Hayır	17 (%54.8)	16 (%51.6)	33 (%53.2)	

MWU: Mann-Whitney U testi. *p<0.01 düzeyinde anlamlılık.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların travay sürecine ilişkin özelliklerine göre karşılaştırıldığı bulgular Tablo 4.9'da verildi. Deney grubundaki kadınların efesman yüzdeleri latent fazda 60 (50-70), aktif fazda 70 (60-80), geçiş fazında 85 (75-90)'tir. Fetal baş seviyeleri latent fazda -2 ((-3)-0), aktif fazda 0 ((-1)-1), geçiş fazında 2 (0-2)'dir. Kontraksiyon sıklığı (sayı/20 dk içinde) latent fazda 2 (1-3), aktif fazda 3 (1-4), geçiş fazında 4 (3-5)'dir. Kontraksiyon süresi (sn) latent fazda 35 (30-45), aktif fazda 50 (30-60), geçiş fazında 65 (55-80)'dir. Kontraksiyon şiddeti (mmHg) latent fazda 40 (30-55), aktif fazda 55 (40-70), geçiş fazında 80 (70-90)'dır. Toplam aktif faz süresi (dk) 185 (95-420), toplam geçiş fazı süresi (dk) 45 (18-105), toplam ikinci evre süresi (dk) 8 (3-22)'dir. Ayrıca kadınların tamamında (%100.0) epizyonun açıldığı, %45.2'sinde ise laserasyon olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

Kontrol grubundaki kadınların efesman yüzdeleri latent fazda 60 (50-75), aktif fazda 70 (60-80), geçiş fazında 80 (80-90)'dır. Fetal baş seviyeleri latent fazda -1 ((-3)-0), aktif fazda 0 ((-1)-1), geçiş fazında 2 (1-3)'dir. Kontraksiyon sıklığı (sayı/20 dk içinde) latent fazda 2 (1-3), aktif fazda 3 (1-4), geçiş fazında 4 (3-5)'dir. Kontraksiyon süresi (sn) latent fazda 35 (30-40), aktif fazda 50 (40-60), geçiş fazında 70 (55-85)'dir. Kontraksiyon şiddeti (mmHg) latent fazda 40 (30-50), aktif fazda 55 (40-75), geçiş fazında 80 (70-95)'tir. Toplam aktif faz süresi (dk) 155 (60-480), toplam geçiş fazı süresi (dk) 40 (20-94), toplam ikinci evre süresi (dk) 7 (3-36)'dir. Ayrıca kadınların %93.5'inde epizyonun açıldığı, %48.4'ünde ise laserasyon olduğu belirlendi (Tablo 4.9).

Bu verilere göre, deney grubunda yer alan kadınların toplam aktif faz sürelerinin kontrol grubundaki kadınların toplam aktif faz sürelerine göre daha düşük olduğu, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Latent, aktif ve geçiş fazındaki efesman yüzdeleri, fetal baş seviyeleri, kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddetleri, toplam geçiş fazı ve ikinci evre süresi, epizyo açılma ve laserasyon oluşma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10. Yenidoğana ilişkin özelliklerine göre grupların karşılaştırılması (N: 62)

Özellikler	Deney Grubu (n: 31)	Kontrol Grubu (n: 31)	MWU	p
	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)		
Bebeğin kilosu (kg)	3100 (2350-3920)	3030 (2200-3550)	460.5	0.778
Bebeğin boyu (cm)	49 (48-51)	49 (47-51)	440.0	0.547
Apgar 1. dakika	8 (7-8)	8 (7-8)	480.5	1.000
Apgar 5. dakika	10 (8-10)	10 (9-10)	466.0	0.583

MWU: Mann-Whitney U testi. *p<0.01 düzeyinde anlamlı.

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların yenidoğana ilişkin özelliklerine göre karşılaştırıldığı bulgular Tablo 4.10'da verildi. Deney grubundaki kadınların bebeğinin kilosu (kg) 3100 (2350-3920), boyu (cm) 49 (48-51), 1. dakika Apgar skoru 8 (7-8), 5. dakika Apgar skoru 10 (8-10)'dur. Kontrol grubundaki kadınların bebeğinin kilosu (kg) 3030 (2200-3550), boyu (cm) 49 (47-51), 1. dakika Apgar skoru 8 (7-8), 5. dakika Apgar skoru 10 (9-10)'dur. Bu verilere göre, bebeğin kilosu ve boyu ile 1. ve 5. dakika Apgar skorları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.10).



5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, geleneksel bir uygulama olan ve intrapartum süreçteki etkilerine ilişkin bilimsel olarak kanıtlanmış randomize çalışmaların sınırlı olduğu rebozonun primipar kadınlarda doğum ağrısı, kaygı ve doğum deneyimi üzerine etkisi değerlendirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen deney ve kontrol grubundaki kadınların tanıtıcı özellikleri ve obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Bu özellikler, çalışmanın bağımlı değişkenlerinden olan doğum ağrısı, durumluk kaygı düzeyi ve doğum memnuniyetini her iki grupta da etkileyebileceği düşünülen sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından grupların homojen olduğunu göstermektedir. Bunlarla birlikte, kadınların eğitim düzeyi, yaşanılan yer, gelir getiren bir işte çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyine ilişkin dağılımları, ağrıyla baş etme, doğum korkusu ve kendine güven gibi doğum sürecini önemli ölçüde etkileyebileceği düşünülen bireysel özellikler açısından dezavantajlı bir grup olduğu söylenebilir. Buna karşın, kadınların tamamının (%100.0) gebeliğinin planlı yani istenen gebelik olması (Tablo 4.2), doğum sürecini daha iyi yönetmeye katkı sağlayabilecek bir faktördür. Nitekim, isteyerek ya da planlayarak gebe kalan kadınlar zihinsel ve ruhsal açıdan kendilerini gebelikteki değişim ve yakınmalara, doğuma ve doğumla birlikte değişecek olan rol ve sorumluluklara hazır hissederler (77).

Deney ve kontrol grubunun latent, aktif ve geçiş fazlarında uygulama öncesi VAS değerleri benzer bulundu ($p>0.05$) (Tablo 4.3). Bu bulgu, her iki grupta yer alan kadınların ilk değerlendirmede ağrı düzeyleri açısından homojen olduğunu göstermektedir. Uygulama sonrası ise deney grubundaki kadınların latent, aktif ve geçiş fazındaki VAS değerlerinin kontrol grubundaki kadınların latent, aktif ve geçiş fazındaki uygulama sonrası VAS değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düştüğü belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.3). Bu bulgular çalışmanın, “H1 İntrapartum dönemde gebelere uygulanan rebozo tekniği, doğum ağrısı düzeyini azaltır” hipotezini doğrulamaktadır.

Literatürde, rebozonun doğum ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğu belirtilmiştir (16, 17, 61, 78-83). Iversen ve arkadaşları tarafından yapılan ve doğum eylemi sürecinde rebozo tekniklerini kullanma deneyimi olan kadınların dahil edildiği

nitel çalışmada, rebozonun doğum sürecinde yaşanan ağrıyı ve dolayısıyla analjezik ajan ihtiyacını azalttığı saptanmıştır (16). Tandoğan'ın doğum eyleminde kullanılan rebozo tekniğinin doğum ağrısı üzerine etkisini incelediği çalışmasında; deney grubunda yer alan kadınlara doğum eyleminin latent fazında 5 dk, aktif fazında 10 dk rebozo tekniği uygulanmış ve VAS ile ağrı düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda, deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin anlamlı derecede düştüğü belirtilmiştir (17). Purwanti (61), Mahmoud Mahmoud Saadoon ve Fouad Mohammed (78), Simbolon ve Siburian (79), yapmış oldukları çalışmalarda, doğumun aktif fazında uygulanan rebozonun ağrıyı anlamlı derecede azalttığını belirtmişlerdir. Rebozonun doğum ağrısı üzerine etkisinin incelendiği bir diğer çalışmada; aktif fazın başında ve sonunda 5'er dakika, geçiş fazında 5 dk olmak üzere uygulanan rebozonun VAS değerlerini anlamlı ölçüde azalttığı bulunmuştur (80). Yarı deneysel bir çalışmada, rebozo ve efloraj tekniklerinin doğum ağrısını anlamlı düzeyde azalttığı bildirilmiştir (81). Damayanti ve Fatimah'ın vaka sunumu çalışmasında rebozonun ağrı düzeyini azalttığı belirtilmiştir (82). Bir başka çalışmada, primipar kadınlara doğum eyleminin birinci evresi süresince akupressür ve rebozo uygulanmış. Uygulamanın kadınlarda ağrıyı azalttığı belirtilmiştir (83). Bu verilerden yola çıkarak rebozonun doğum ağrısını yönetmede etkili bir yöntem olduğu söylenebilir.

Bu sonuçlara ek olarak, deney grubundaki kadınların grup içi latent, aktif ve geçiş fazında uygulama öncesi ve sonrası VAS değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi ($p<0.01$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, deney grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin anlamlı derecede düştüğü belirlendi (Tablo 4.4). Kontrol grubundaki kadınların ise grup içi VAS değerleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlendi ($p>0.05$). Fark puanlarının sıra ortalaması ve toplamaları dikkate alındığında, latent fazda kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin düştüğü ancak, bu düşüşün anlamlı olmadığı görüldü. Aktif faz ve geçiş fazında ise kontrol grubundaki kadınların uygulama sonrası VAS değerlerinin arttığı ancak, bu artışın anlamlı olmadığı belirlendi (Tablo 4.5). Bu sonuçlar VAS değerleri açısından gruplar arası karşılaştırma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı düzeyleri SDKE ile değerlendirildi (Tablo 4.6). Deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluluk kaygılarının orta düzeyde olduğu belirlendi. Bu sonuç, deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir ($p>0.05$). Bu durum, bireysel özellikler ve beklentiler, doğum salonundaki uygulamalar, tek kişilik odalarda doğumlar gerçekleşmiş olsa da diğer doğum yapan kadınların seslerinin duyulabiliyor olması, çalışanların tutum ve davranışları ve rebozonun uygulanma süresi ile ilişkili olabilir. Ayrıca, her iki grupta yer alan kadınların kaygı düzeylerinin ikinci değerlendirmede artmış olması, geçiş fazında fizyolojik olarak artan kontraksiyonlarla birlikte algılanan ağrı ve korku kaynaklı olabilir. Bu veriler, çalışmanın “H2 İntrapartum dönemde gebelere uygulanan Rebozo tekniği, kaygı düzeyini azaltır” hipotezini reddetmektedir.

Literatürde, rebozonun doğum eylemi sürecinde kadınların kaygı düzeylerini belirlemeye yönelik etkisi ile ilgili sınırlı çalışma mevcuttur (16, 61, 78). Nitel bir çalışmada; daha önceki doğumunda rebozo tekniğini kullanan kadınların görüşleri alınmış olup, çalışma sonucuna göre rebozonun bakım verici ya da rebozo uygulayıcısı ile iş birliğini artırdığı ve önemli psikolojik katkılar sağladığı belirtilmiştir (16). Purwanti, yapmış olduğu çalışmada doğumun aktif fazında uygulanan rebozonun kaygı düzeyini anlamlı derecede azalttığını belirtmiştir (61). Primipar kadınlarla yapılan yarı deneysel bir çalışmada, doğumun aktif fazında uygulanan rebozonun kaygı düzeyini önemli düzeyde azalttığı bildirilmiştir (78).

Doğum deneyimi, travay sürecindeki bir gebenin, bu süreci ne derece olumlu algıladığı ile ilgilidir. Kadının doğum deneyimine ilişkin memnuniyet durumu, bireysel istek veya beklentileri, doğum destekçisinin varlığı ve destek alma durumu, gebe kadın ile doğum destekçisi arasındaki bağın ve iletişimin niteliği ve karar alma süreçlerinde söz hakkının olmasıyla ilgilidir. Bu açıdan, doğum hekimleri, ebeler, hemşireler, travay sırasında destek verenler ve diğer intrapartum bakım uygulayıcıları, spontan doğumda düşük riskli kadınların tedavi-bakımlarının uygun planlanabilmesi için gebe kadınla iş birliği halinde olmalı ve müdahaleye dayalı teknikleri minimum düzeyde kullanmalıdır. Böylece, kadınların intrapartum süreci yüksek düzeyde memnuniyet ile tamamlamalarına yardımcı olabilirler (84). Bu çalışmada, deney ve kontrol grubundaki kadınların DDÖ alt boyut ve ölçek toplam puanlarının karşılaştırılmasında grupların benzer olduğu belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.7). Deney ve kontrol grubundaki kadınların orta düzeyin üstünde olumlu doğum deneyimine sahip olduğu belirlendi. Bu benzerlik, sosyo-kültürel özellikler ve yakın çevreden doğuma ilişkin edinilen bilgilerin kadınların doğumu algılama biçimlerinde önemli etkiler bırakmış olması kaynaklı olabilir. Ayrıca, bireysel özellikler ve beklentiler, araştırmanın yürütüldüğü birimde sirkülasyonun fazla olması, rutin ebe/hemşire bakımının dışında sürekli profesyonel desteğin olmayışı, gebenin

yanına eş veya aile yakınlarının alınmaması ve rebozonun uygulanma süresinin sınırlandırılmış olması da bu sonucu etkilemiş olabilir. Elde edilen bulgular, çalışmanın “H3 İntrapartum dönemde gebelere uygulanan Rebozo tekniği, doğum deneyimini pozitif değerlendirme algısını artırır” hipotezini reddetmektedir.

Bu sonuçlardan farklı olarak, yapılan çalışmalarda rebozonun doğum deneyimi veya doğumdan memnuniyeti olumlu etkilediği belirtilmiştir (17, 78). Tandoğan, yapmış olduğu çalışmada, doğumun latent fazı ve aktif fazında uygulanan rebozonun doğum deneyimini ve doğumdan memnuniyeti pozitif yönde artırdığını belirtmiştir (17). Primipar kadınlarla yapılan yarı deneysel bir çalışmada, doğumun aktif fazında uygulanan rebozonun doğuma ilişkin memnuniyet düzeyini artırdığı bildirilmiştir (78).

Araştırmanın son aşamasında, deney grubundaki kadınların rebozoya ilişkin düşünceleri değerlendirildi. Buna göre rebozo ile ilgili olumsuz geri bildirim alınmadı. Deney grubundaki kadınlar, rebozonun doğum ağrısını ve kaygıyı azalttığını belirttiler. Ancak buna karşın, deney grubundaki kadınların kaygı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınların kaygı düzeylerine göre fark yaratmamış olmasının nedeni, ilk ölçüm ile ikinci ölçüm arasında geçen sürenin uzun olması (ilk ölçüm latent fazdaki rebozo uygulama öncesi, ikinci ölçüm geçiş fazındaki rebozo uygulaması sonrası) olabilir. Bu sonuçlara ek olarak, kadınların tamamı bir sonraki doğumunda rebozoyu kullanmak istediklerini ve doğum yapacak başka kadınlara tavsiye edebileceklerini ifade ettiler. Yöntemin uygulanması esnasında araştırmanın devamını etkileyebilecek önemli bir sorun yaşanmamakla birlikte, yalnızca iki kadında latent fazda uygulanan rebozo esnasında hafif ve anlık baş dönmesi görüldü (Tablo 4.8).

Iversen ve arkadaşları, yapmış oldukları nitel çalışmada kadınların rebozoyla ilgili genel deneyimlerini değerlendirmiştir. Çalışma sonucuna göre; kadınların rebozo tekniği deneyimleriyle ilgili genel olarak olumlu ifadelerde bulunduğu ve hem fiziksel hem de psikolojik yararlarının olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (16). Tandoğan, çalışmasında rebozo tekniğinin uygulanmasıyla ilgili kadınların görüşlerini değerlendirmiş ve buna göre; kadınlar, rebozonun doğum ağrılarıyla baş etmeye yardımcı olmasının yanı sıra rahatlatıcı ve kaygıyı azaltıcı bir teknik olduğunu ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınlar yöntemden memnun olduklarını, sonraki doğumlarında yöntemi tekrar tercih edebileceklerini ve başkalarına da tavsiye edeceklerini ifade etmişlerdir (17).

Deney grubunda yer alan kadınların aktif faz sürelerinin kontrol grubundaki kadınların aktif faz sürelerine göre anlamlı düzeyde daha kısa olduğu belirlendi ($p<0.01$) (Tablo 4.9). Latent ve aktif fazda deney grubundaki kadınlara farklı pozisyonlarda

uygulanan rebozonun, pelvik hareketliliği artırdığı, gevşeme ve rahatlamayı sağlayarak fetal inişi hızlandırdığı ve böylece aktif faz sürelerini kısaltmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, rebozo uygulamasının deney grubundaki kadınlarda doğum ağrısı ile baş etmeyi kolaylaştırarak aktif faz süresinin kısalmasına katkıda bulunmuş olabilir. Bu sonuçlara benzer şekilde, primipar kadınlarla yapılan bir çalışmada, doğumun aktif fazında uygulanan rebozonun aktif faz süresini azalttığı belirtilmiştir (79). Afrilia ve arkadaşları, yapmış oldukları çalışmada primipar kadınlara uygulanan rebozonun doğumun birinci evresinin süresini kısalttığını bildirmişlerdir (85). Bir başka çalışmada, rebozonun primipar kadınlarda aktif faz süresini kısalttığı belirtilmiştir (80). Bu sonuçlardan farklı olarak, Tandoğan'ın çalışmasında, rebozonun aktif faz süresinde anlamlı etki yaratmadığı belirtilmiştir (17).

Dünya Sağlık Örgütü, doğum sürecinde kullanılan non-farmakolojik uygulamaların kabul edilebilirliği için güvenilir, maternal ve fetal sağlığa zarar vermeme standardını kabul etmektedir (19). Çalışmada, travay sonucuna ilişkin verilerden, doğumun latent, aktif ve geçiş fazındaki efesman yüzdeleri, fetal baş seviyeleri, kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddetleri, toplam geçiş fazı ve ikinci evre süresi, epizyo açılma ve laserasyon oluşma durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Özellikle deney grubunun aleyhine bir sonuç olmadığı düşünüldüğünde, doğumun birinci evresinde uygulanan rebozonun maternal ve fetal sonuçları olumsuz etkilemediği söylenebilir. Nitekim, De Keijzer ve Van Tuly, doğumun latent fazında uygulanan rebozo tekniğinin diğer non-farmakolojik uygulamalara benzer şekilde maternal sonuçları olumsuz etkilemediği ve rebozonun latent fazda ebe/hemşire tarafından uygulanabilecek bir yöntem olduğunu belirtmiştir (60). Benzer şekilde Uludağ, çalışmasında, rebozonun maternal ve fetal sonuçları olumsuz etkilemediğini bildirmiştir (80).

Deney ve kontrol grubunda yer alan kadınların yenidoğana ilişkin özelliklerine göre karşılaştırılmasında, gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Özellikle 1. ve 5. dakika Apgar skorları açısından düşünüldüğünde, rebozonun neonatal açıdan deney grubu üzerinde olumsuz bir etki yaratmamış olması önemlidir. Cohen ve Thomas, fetal malpozisyonun (fetal oksiput posterior) iyileştirilmesinde rebozo tekniğini kullanmış ve çalışmalarında, 1. ve 5. dakika Apgar skorları neonatal çıktıların olumsuz etkilenmediğini belirtmişlerdir (64). Bunlarla birlikte, rebozonun neonatal etkilerini belirlemeye yönelik daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İntrapartum dönemde primipar kadınlara uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı, kaygı ve doğum deneyimi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Rebozo uygulaması sonrası, deney grubundaki kadınların latent, aktif ve geçiş fazındaki ağrı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınların latent, aktif ve geçiş fazındaki ağrı düzeylerine göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.01$).
- Rebozo uygulaması sonrası, deney ve kontrol grubundaki kadınların durumluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p>0.05$).
- Deney ve kontrol grubundaki kadınların DDÖ alt boyut ve ölçek toplam puanları arasında anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0.05$).
- Deney grubundaki kadınların, rebozo uygulamasına ilişkin düşüncelerinde; “doğum ağrısını ve kaygıyı azalttığını, sonraki doğumlarında rebozoyu kullanmak istediklerini ve doğum yapacak başka kadınlara önerebilecekleri” saptandı.
- Deney grubunda yer alan kadınların toplam aktif faz sürelerinin kontrol grubundaki kadınların toplam aktif faz sürelerine göre daha düşük olduğu belirlendi ($p<0.01$).
- Rebozo uygulamasının maternal, fetal ve neonatal sağlığı olumsuz etkilemediği belirlendi.

Öneriler

- Rebozo tekniğinin, doğum ağrısıyla baş etme yöntemlerinden birisi olarak uygulanması,
- Doğum salonunda çalışan sağlık profesyonellerine rebozoya ilişkin hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Rebozo tekniğinin farklı pozisyon ve sürelerde, kaygı, doğum deneyimi, doğum süresi, maternal ve fetal etkilerine ilişkin çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ergin A. Doğum ağrısının değerlendirilmesi. *Türkiye Klin Doğum-Kadın Sağlığı ve Hast Hemşireliği-Özel Konular* 2015, 1: 6–14.
2. Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
3. Gönenç İM. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressürün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
4. İpek A. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
5. Sani RM. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015, 2: 1-7.
6. Ağ SDS. Doğum ağrısının doğası ve mekanizması. *Türkiye Klin Doğum-Kadın Sağlığı ve Hast Hemşireliği-Özel Konular* 2015, 1: 1–5.
7. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği. Committee opinion: Pain relief during labor, no 295. *Obstet. Gynecol*, 2015: 104-213.
8. Tandoğan Ö, Oskay Ü. Doğum ağrısının giderilmesinde Rebozo Tekniği. Derleme. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2021, 3: 39-44.
9. Amanak K, Karaçam A. Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Tepecik Eğit. ve Araşt. Hast. Dergisi* 2018, 28: 17-22.
10. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4: 54-8.
11. Tatarlar A, Tokat M. Vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, emme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi. *TAF Prev Med Bull* 2016, 15: 83-91.
12. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, 7: CD003766.

13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2013, 7: CD003766.
14. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2010, 44: 137-44.
15. Yeşildağ B, Gölbaşı Z. Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2018, 8: 104-11.
16. Iversen M, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard, H. Danish women's experiences of the Rebozo Technique during labour: A qualitative explorative study. *Sex Reprod Healthc* 2017, 11: 79-85.
17. Tandoğan Ö. Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniği'nin Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Memnuniyetine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2021.
18. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016.
19. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: *World Health Organization*, 2018.
20. Gök B. Yeni Tasarlanmış Doğum Kıyafetinin Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Konforu, Doğum Algısı ve İlk Emzirmeye İlişkin Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2020.
21. Arslan H. Doğum Eylemi. İçinde: Tankuter K (Editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. 2012:195-213.
22. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2011.
23. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara, Nobel Kitap Evi, 2020: 1-16.
24. Çalık KY, Çetin, FÇ. *Normal Doğum ve Sonrası Dönem*. İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018.
25. Mete S. Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *DEUHYO ED* 2013, 6: 93-8.
26. Ratfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2012.
27. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations on Intrapartum Care For a Positive Childbirth Experience, 2018.

28. World Health Organization. WHO Recommendation on Definition and Duration of the Second Stage of Labour, 2018.
29. Charles C. Travay ve Normal Doğum. İçinde: Öztürk Can H, Hadımlı A, Yücel U (Çeviri Editörleri). *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*. Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2018.
30. Başgöl Ş, Kızılkaya Beji N. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015, 5: 32-9.
31. Yılmaz SD. Doğumun Birinci Evresi. İçinde: Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S (Editörler). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. İstanbul, Akademisyen Yayınevi, 2017: 1-41.
32. Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Kızılkaya Beji N (Editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 364-75.
33. Yeşilçicek Çalık K. Doğum eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2010.
34. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 16. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2020: 275-433.
35. Yılmaz SD. Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi. İçinde: Bal MD, Yılmaz SD (Editörler). *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2017: 131-4.
36. Bağ L. Valethamat Bromür Ve Hyosin-N-Butilbromür'ün Doğumun Aktif Fazı ve Ortalama Doğum Süreleri Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
37. Akpınar G. Doğumun İkinci Evresinde Uygulanan Fundal Basının Doğum Çıktıları ve Yenidoğan Oksijen Satürasyonu Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2020.
38. Jacob AA. *Comprehensive Textbook Of Midwifery & Gynecological Nursing*, 5. Baskı. Jaypee Brothers Medical Publishers, 2018: 45-89.
39. Debelew GT, Afework, MF, Yalew AW. Factors affecting birth preparedness and complication readiness in Jimma Zone, Southwest Ethiopia: A multilevel analysis. *Pan Afr Med J* 2014, 19: 272.

40. Taşhan, ST, Koyuncu SB. Kadınların doğuma yönelik kullandıkları geleneksel yöntemler ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg* 2018, 9: 150-5.
41. Göker N. Travayda Aktif Faz Süresinin, Doğumun İkinci Evresine ve Postpartum Konfora Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2019.
42. Horasanlı JE, Demirbaş N. Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin doğum tercihlerini etkileyen faktörler ve doğum eylemine bakış açıları nelerdir?. *Bozok Med J* 2020, 10: 47-54.
43. Bilgin NÇ, Bedriye AK, Potur DC, Ayhan F. Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *HSP* 2018, 5: 342-52.
44. Uğuz, Y. Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Şekli ve Kadınların Doğuma İlişkin Görüşlerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, 2021.
45. Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Kızılkaya Beji N (Editör). *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 2016: 363-376.
46. Güner ÖÖ, Kavlak O. Doğum. İçinde: Sevil Ü, Ertem G (Editörler). *Perinatoloji ve Bakım*, 1. Baskı. İzmir, Ankara Nobel Tıp kitapevleri, 2016: 299-366.
47. Taskın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2016: 280-300.
48. Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion CM, Alden K. *Maternity Women's Health Care*, 11th ed, St. Louis, MO, Elsevier, 2016: 381-408.
49. Durmaz A. Doğum Eylemi. İçinde: Çalık YK, Çetin CF (Editörler). *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, 1. Baskı. İstanbul, Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 2018: 1-36.
50. Arıkan CD. Normal Doğum Eyleminin Klinik Seyri. İçinde: Demir SC, Küçükgöz Güleç Ü (Çeviri Editörleri). *Oxorn-FooteEylem & Doğum*. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014: 120-41.
51. Kömürcü N. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2013: 14.
52. Gaskin IM. *Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi*, 1. Baskı. Altınkaya Erkök Ö, Birinci Gül Z (Çevirenler). İstanbul, Sinek Sekiz Yayınevi, 2015: 85-367.

53. Gonzalez MN, Trehan G, Kamel I. Pain management during labor part I: Pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. *Topics in Obstetrics & Gynecology* 2016, 36: 1-7.
54. Bonapace J, Gagné G, Challet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S. No.355- physiologic basis of pain in labour and delivery: An evidence-based approach to its management. *JOGC* 2018, 40: 227-45.
55. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, Keefe FJ, Mogil JS, Ringkamp M, Sluka KA, Song XJ, Stevens B, Sullivan MD, Tutelman PR, Ushida T, Vader K. The revised international association for the study of pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain* 2020, 161: 1976-82.
56. Hu Y, Lu H, Huang J, Zang Y. Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *JCN* 2021, 30: 23-4.
57. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafriz N. Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health* 2018, 15: 73.
58. Çiçek S, Başar F. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther in Clin Pract* 2017, 29: 213-9.
59. Young A, Shipe M, Smith M. Non-pharmacological pain management in labor: A systematic review. *The University of Akron* 2021.
60. De Keijzer M, Van Tuyl T. *The Rebozo Technique Unfolded: Workbook Rebozo Massage*. Netherlands: Self-Published, 2015.
61. Purwanti AS. Effect of application rebozo techniques on pain intensity and anxiety levels to the mother gives birth 1 St phase of active. *ICH* 2020: 70–6.
62. Vinaver N, Keijzer M, Tuyl T. *A técnica do Rebozo Revelada – Guia de massagem para a gravidez e parto*. São Paulo: Lexema Editora, 2015.
63. De Keijzer M, Van Tuyl T. *The Rebozo Technique Unfolded: Work Book Rebozo Massage*. Rebozo, 2010.
64. Cohen SR, Thomas CR. Rebozo technique for fetal malposition in labor. *J Midwifery Women's Health* 2015, 60: 445–51.
65. Kirby G. Comfort and strength in labor using the rebozo, 2011, <https://docplayer.net/100690365-Comfort-and-strength-in-labor-using-the-rebozo.html> Son Erişim Tarihi 25 Temmuz 2023.

66. Additional Birth Tools For Labour Companions. *Hypnobirthing Intenational The Mongan Method*, <https://hypnobirthing.com.au/blog/additional-birth-tools-for-labour-companions/> Son Erişim Tarihi 25 Temmuz 2023.
67. CONSORT 2010 Beyanı. <https://www.consort-statement.org/> Son Erişim Tarihi 5 Aralık 2022.
68. apar Y. Doğum Ağrısının Yönetiminde Sıcak ve Soğuk Akupresür Uygulamasının Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2019.
69. Bond MR, Pilowski I. Subjective assesment of pain and its relationship to the administiration of analgesics in patients with adevanced cancer. *J Psychosom Res* 1966, 10: 203-8.
70. Beigi SM, Valiani M, Alavi M, Mohamadirizi S. The relationship between attitude toward labor pain and length of the first, second, and third stages in primigravida women. *J Educ Health Promot* 2019, 8: 130.
71. Steel A, Adams J, Sibbritt D, Broom A, Frawley J, Gallois C. The influence of complementary and alternative medicine use in pregnancy on labor pain management choices: Results from a nationally representative sample of 1,835 women. *J Altern and Complement Med* 2014, 20: 87-97.
72. Öner N, Le-Compte A. *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri*, 2. Baskı. İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998: 640.
73. Aydemir , Köroğlu, E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara, Medico Graphics Maatbası, 2007: 153-61.
74. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan non-farmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni* 2010, 44: 137-44.
75. Karaçam Z, Arslan Kurnaz D, Güneş Öztürk G. Doğum eyleminde lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *EGE HFD*, 2020, 36: 23-33.
76. Sakcak B, Nazik H, Göçer P, Seyfettinoğlu S, Adıgüzel C, Narin R. Sağlık çalışanlarının doğumda partograf kullanım becerisinin geliştirilmesi. *Kocaeli Medical J*, 2016, 5: 25-9.
77. Aktaş D, Gökğöz N. Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi . *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015, 4: 65-82.

78. Mahmoud Mahmoud Saadoon OHAY, Fouad Mohammed, S. Effect of applying rebozo techniques on pain intensity and anxiety among primiparous women during the active phase of labor. *EJHC* 2023, 14: 476-86.
79. Simbolon GAH, Siburian UD. Efektifitas teknik rebozo dalam lama persalinan kala I fase aktif pada ibu bersalin primigravida di wilayah Kabupaten Tapanuli Utara bulan Januari s/d Oktober 2020. *Jurnal Ilmiah Indonesia* 2021, 6: 140-56.
80. Uludağ DS. Doğum Eyleminde Uygulanan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, 2022.
81. Maryati L, Nursitiyaroh N. The effect of the rebozo and effleurage techniques on reducing contraction pain during labor at TPMB Lina Maryati in 2022. *IJHP* 2023, 3: 717–22.
82. Damayanti A, Fatimah YU. The Effect of Rebozo Technique to Reducing Pain and Progress Maternity. (*ICIHCCE*) 2021, 3: 208-10.
83. Wahyuni Bahrum S, Sri Rejeki I, Fajri F. The effectiveness of acupressur and rebozzo techniques in preparation for delivery in mandiri midwife practices, gowa regency. *IJHP* 2022, 3: 259–64.
84. ACOG Committee opinion no. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstet Gynecol* 2019, 133: 164-73.
85. Afrilia, EM, Suksesty CE. Pengaruh teknik rebozo terhadap lama kala 1 dalam persalinan pervaginam. *IMJ* 2021, 5: 28-32.

EKLER

EK-1. Özgeçmiş



EK-2. Kişisel Bilgi Formu

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?

2. Eğitim durumunuz nedir?

1. Türkçe bilmiyor
2. Okur-yazar değil
3. Okur-yazar
4. İlköğretim
5. Ortaöğretim
6. Üniversite ve üzeri

3. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet (İşiniz/mesleğiniz)
2. Hayır

4. Gelir giderinizi düşündüğünüzde ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?

1. İyi
2. Orta
3. Kötü

5. Nerede Oturuyorsunuz?

1. İl Merkezi
2. İlçe
3. Köy

B. OBSTETRİK ÖZELLİKLER

6. Gebelik haftanız nedir?.....

7. Gebeliğinizi planlayarak/isteyerek mi gerçekleştirdiniz?

1. Evet
2. Hayır

C. YÖNTEME İLİŞKİN DÜŞÜNCELER

8. Size uygulanan Rebozo Tekniği doğum ağrınızı azaltmada etkili oldu mu?

1. Evet
2. Kısmen
3. Hayır (Nedeninizi belirtiniz.....)

9. Uygulanan bu yöntem doğum süresince korku/kaygınızı azaltmada etkili oldu mu?

1. Evet
2. Kısmen
3. Hayır (Nedeninizi belirtiniz.....)

10. Bir sonraki doğumunuzda Rebozo Tekniğini kullanmayı düşünür müsünüz?

1. Evet
2. Hayır (Nedeninizi belirtiniz.....)

11. Doğum yapacak başka kadınlara size uygulanan yöntemin kullanılmasını tavsiye eder misiniz?

1. Evet
2. Hayır (Nedeninizi belirtiniz.....)

12. Yöntemin uygulanmasına ilişkin yaşadığınız sıkıntılar var mıydı?

1. Evet (Belirtiniz.....)
2. Hayır

EK-3. Visual Analog Skala (VAS)

VİSUAL ANALOG SKALA (VAS) YÖNERGE:

VAS, ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. VAS; üzerinde 0'dan 10'a kadar sayıların yer aldığı bir cetveldir. Ağrı şiddeti 0-10 arası değişen rakamlarla ifade edilmekte; ağrının olmaması 0, en şiddetli ağrı olması 10 rakamı ile belirlenmektedir.

Ağrı anında nasıl hissettiğinizi size uygun şekilde rakamı daire içine alarak işaretleyin.

1 - Hiç ağrım yok.

10- Çok şiddetli dayanılamayacak ağrı var.

Değerlendirme:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ağrı Yok Dayanılmaz Ağrı

EK-4. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE): STAI FORM TK-I

SPIELBERGER DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ (SDKE): STAI FORM TK-I

Uygulama Zamanı: Latent Faz () Geçiş Fazı ()

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

	Hayır	Biraz	Çok	Tamamıyla
1. Şu anda sakinim.	()	()	()	()
2. Kendimi emniyette hissediyorum.	()	()	()	()
3. Şu anda sinirlerim gergin.	()	()	()	()
4. Pişmanlık duygusu içindeyim.	()	()	()	()
5. Şu anda huzur içindeyim.	()	()	()	()
6. Şu anda hiç keyfim yok.	()	()	()	()
7. Başıma geleceklerden endişe ediyorum.	()	()	()	()
8. Kendimi dinlenmiş hissediyorum.	()	()	()	()
9. Şu anda kaygılıyım.	()	()	()	()
10. Kendimi rahat hissediyorum.	()	()	()	()
11. Kendime güvenim var.	()	()	()	()
12. Şu anda asabım bozuk.	()	()	()	()
13. Çok sinirliyim.	()	()	()	()
14. Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.	()	()	()	()
15. Kendimi rahatlamış hissediyorum.	()	()	()	()
16. Şu anda halimden memnunum.	()	()	()	()
17. Şu anda endişeliyim.	()	()	()	()
18. Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum.	()	()	()	()
19. Şu anda sevinçliyim.	()	()	()	()
20. Şu anda keyfim yerinde.	()	()	()	()

EK-5. Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ)-CEQ

DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (DDÖ)– CEQ

Sevgili anne,

Doğum bakımının hedeflerinden biri de anne için olumlu bir doğum deneyimi sağlamaktır. Bu anketin amacı, nasıl bir doğum deneyimi geçirdiğinizi öğrenmektir. Cevaplarınız, yeni anne olan diğer kadınlardan alınan cevaplarla birlikte, doğum bakımının değerlendirilmesi amacıyla kullanılacaktır. Tüm sorulara cevap vermeniz önemlidir.

Deneyiminizi iki şekilde belirtebilirsiniz; birincisi kutu işaretleyerek diğeri hat üzerinde işaretleme yaparak.

Örneğin:

Düşüncelerinize en iyi şekilde karşılık gelen seçimin altındaki kutuyu işaretleyiniz.

1. Her gün elma yerim.

Tamamen
Katılıyorum
☐

Çoğunlukla
Katılıyorum
☐

Çoğunlukla
Katılmıyorum
☐

Hiç
Katılmıyorum
☐

Başlangıç ve bitiş noktaları arasındaki hat üzerinde düşüncelerinize en iyi şekilde karşılık gelen yeri işaretleyiniz.

2. Elmayı ne kadar seversiniz?

Hiç sevmem  En sevdiğim meyvedir

Anket bir sonraki sayfadan başlamaktadır.

Katıldığınız ve görüşlerinizi paylaştığınız için teşekkürler.

1. Doğum süreci ve doğum beklediğim gibiydi.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

2. Doğum süreci ve doğum sırasında kendimi güçlü hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

3. Doğum süreci ve doğum sırasında korktum.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

4. Doğum süreci ve doğum sırasında yapabileceğimi hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

5. Doğum süreci ve doğum sırasında yorgun düştüm.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

6. Doğum süreci ve doğum sırasında mutlu olduğumu hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

7. Doğumuma ilişkin birçok olumlu anım var.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

8. Doğumuma ilişkin birçok olumsuz anım var.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

9. Doğumuma ilişkin bazı anılarım beni üzüyor.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

10. Ayakta kalma ya da uzanabilme konusunda söz sahibi olduğumu hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

11. Doğum pozisyonuma karar vermede söz sahibi olduğumu hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

12. Ağrının giderilmesinde seçeneklerimin olduğunu hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

13. Ebe / Hemşire bana yeterince zaman ayırdı.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

14. Ebe / Hemşire eşime yeterince zaman ayırdı.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

15. Ebe / Hemşire doğum süreci ve doğum sırasında neler olduğuna ilişkin beni bilgilendirdi.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

16. Ebe / Hemşire benim ihtiyaçlarımı anladı.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

17. Ebe / Hemşire tarafından çok iyi bakıldığımı hissettim.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

18. Ekibin tıbbi becerilerine ilişkin izlenimim kendimi güvende hissettirdi.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

19. Durumun üstesinden iyi geldiğimi düşündüm.

Tamamen	Çoğunlukla	Çoğunlukla	Hiç
Katılıyorum	Katılıyorum	Katılmıyorum	Katılmıyorum
☐	☐	☐	☐

20. Doğumunuzu bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, ne kadar ağrı hissettiniz?

Ağrı yok

Düşünülebilecek en kötü ağrı

21. Doğumunuz bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, ne kadar kontrollü olduğunuzu düşünüyorsunuz?

Kontrol Yok

Tamamen Kontrollü

22. Doğumunuz bir bütün olarak değerlendirdiğinizde, kendinizi ne kadar güvende hissettiniz?

Hiç Güvende Değil

Tamamen Güvende

Ekleme istediklerinizi aşağıdaki kutuya yazınız.

Katıldığımız için teşekkürler...



EK-6. Travay İzlem Formu

TRAVAY İZLEM FORMU

EYLEMİN BİRİNCİ EVRESİ								
Grup No:						Uygulamaya İlişkin Bilgi Verilen Saat:		
Doğum Salonuna Yatış Tarih ve Saati:						Uygulamanın Başlama Saati:		
						Uygulamanın Bitiş Saati:		
		Vajinal Muayene Bulguları			Fetal Kalp Hızı	Kontraksiyon Özellikleri		
Saat	Doğum Evresi	Dilatasyon	Efesman	Başın Seviyesi		Sıklığı	Süresi	Şiddeti
	Latent Faz (1-4 cm)							
	Aktif Faz (5-7 cm)							
	Geçiş Fazı (8-10 cm)							
Kullanılan İlaçlar:								
Oksitosin /Dozu/Saati:								
Diğer:								
Yöntemin Uygulanmasına İlişkin Açıklamalar:								

EYLEMİN İKİNCİ EVRESİ		YENİDOĞANA İLİŞKİN VERİLER
Doğumun Gerçekleştiği Tarih ve Saat:		Kilo:
İkinci Evrenin Başlangıç ve Bitiş Saati:		Boy:
Toplam İkinci Evre Süresi:		
Epizyotomi Var/Yok:		Apgar Skoru 1. Dakika:
Laserasyon Var/Yok:		Apgar Skoru 5. Dakika
Var ise Yeri ve Derecesi:		
Ek Notlar:		

EK-7. Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu







EK-8. Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı







EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu









EK-10. Spielberger Durumluk Kaygı Envanteri (SDKE) - STAI FORM TK-I
Kullanım İzni



EK-11. Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ)-CEQ Kullanım İzni



EK-12. Rebozo Eğitimi Katılım Belgeleri

