



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



YÜKSEK LİSANS TEZİ

**AVUÇ İÇERİSİNE YAPILAN EKSTERNAL BASI UYGULAMASININ DOĞUM
AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİ**

Emine Nur ÇALIMLI CELEP

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Hüsniye DİNÇ KAYA**

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Programı

Haziran, 2022

TEZ KABUL VE ONAYI

Emine Nur ÇALIMLI CELEP tarafından, **Doç. Dr. Hüsniye DİNÇ KAYA** danışmanlığında hazırlanan "**Avuç İçerisine Yapılan Eksternal Bası Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi**" başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **10/06/2022** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Doç. Dr. Hüsniye DİNÇ KAYA	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Ebelik Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Tülay YILMAZ	☒
	İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa	Kabul
	Ebelik Anabilim Dalı	☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Neriman GÜDÜCÜ	☒
	İstinye Üniversitesi	Kabul
	Ebelik Anabilim Dalı	☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Emine Nur ÇALIMLI CELEP

Başta biricik annem olmak üzere hayat mücadelesinden hiçbir zaman vazgeçmeyen güçlü
kadınlara ithaf ediyorum...

AVUÇ İÇERİSİNE YAPILAN EKSTERNAL BASI UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.



TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimin başından itibaren desteğini her daim hissettiğim, tez çalışmamın tüm aşamalarında ise bilgi, birikim ve kıymetli tecrübelerinden faydalandığım hem akademik hem de kişisel gelişimime katkıda bulunmuş olup hala da bulunmaya devam eden, kendisi ile çalışmaktan onur duyduğum çok değerli hocam, tez danışmanım Doç. Dr. Hüsniye DİNÇ KAYA'ya,

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi birikimleri ve deneyimleri ile yolumu aydınlatan, ufkumu genişleten, birbirinden kıymetli İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum ve çalışmam boyunca gösterdikleri anlayış, nezaket ve iş birliğinden dolayı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane biriminde çalışan kıymetli çalışma arkadaşlarım, meslektaşlarım ebelere,

Çalışmama katılma nezaketini ve güvenini gösterip bu özel deneyimini benimle paylaşan beni destekleyen sevgili gebelere,

Meslek seçimimde bana yol gösterip bugünlere gelmemi sağlayan her daim arkamda olduğunu bildiğim başta canım abim Furkan ÇALIMLI olmak üzere hayatımın her safhasında bir şeyleri yapabileceğim inancını ve azmini veren, sevgileri ile beni hiç yalnız bırakmayan, çok kıymetli, bir tanecik eşsiz aileme,

Tükenmeyen sevgisi ve sabrı ile her anımda yanımda olmaya çalışan, bana sonsuz inanan, güvenen ve destekleyen, kalbini-ruhunu her daim kalbimde hissettiğim, hayat arkadaşım, canım eşim Furkan CELEP'e

Hayatımın her döneminde desteklerini esirgemeyen ve her daim yanımda olan arkadaşlarıma ve çalışmamda emeği geçen herkese sonsuz teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAYI	ii
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
TABLO LİSTESİ.....	xi
KISALTMALAR LİSTESİ	xii
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xv
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. DOĞUM SÜRECİ	5
Doğumun Evreleri	5
2.2. AĞRI.....	10
2.2.1. Ağrının Nörofizyolojisi	11
2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması.....	12
2.2.3. Ağrı Teorileri.....	14
2.2.4. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	17
2.3. DOĞUM AĞRISI	19
2.3.1. Doğum Ağrısının Özellikleri.....	19
2.3.2. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi	20
2.3.3. Doğum Ağrısının Yönetimi ve Kontrolü	22
2.4. DOĞUM DENEYİMİ.....	34
3. YÖNTEM	36
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI.....	36
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ZAMANI.....	36
3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ÖZELLİKLERİ.....	36
3.4. ARAŞTIRMA EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ.....	38
3.4.1. Örneklem Seçimi.....	38

3.4.2. Randomizasyon ve Körleme	38
3.4.3. Grupların Oluşturulması (CONSORT)	39
3.5. ARAŞTIRMA ÖLÇÜTLERİ.....	41
3.5.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri (Uygulama ve Kontrol Grupları İçin).....	41
3.5.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Uygulama ve Kontrol Grupları İçin)	41
3.5.3. Çalışmaya Alınan Vakaların Sonlanma Ölçütleri	41
3.6. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	41
3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ	42
3.7.1. Bağımsız Değişkenler	42
3.7.2. Bağımlı Değişkenler.....	42
3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	42
3.8.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	42
3.8.2. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	42
3.8.3. Doğum Eylem İzlem Formu.....	43
3.8.4. Vizüel Analog Skala.....	43
3.8.5. Doğum Deneyimi Ölçeği.....	44
3.9. KULLANILAN ARAÇ GEREÇ	46
3.9.1. Avuç İçerisine Eksternal Bası Uygulamasında Kullanılan Şimşir Tarak.....	46
3.10. VERİLERİN TOPLANMASI.....	47
3.10.1. Ön Hazırlık Aşaması	47
3.10.2. Klinik Oryantasyonunun Sağlanması.....	47
3.10.3. Uygulama Basamakları	47
3.11. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	50
3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....	51
3.13. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ.....	51
3.14. ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER	51
3.15. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU	52
4. BULGULAR	53
4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	53
4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	56
4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	63

Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	65
5. TARTIŞMA.....	68
5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	68
5.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	72
5.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	78
5.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	81
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
KAYNAKLAR.....	86
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	115
ETİK KURUL İZİN YAZISI	116
KURUM İZNİ YAZILARI	117
ÖZGEÇMİŞ	118

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 2-1: Doğum eyleminin I. ve II. evresinde spinal korda giden ağrı yolları	21
Şekil 2-2: Doğum eyleminin evrelerine göre hissedilen ağrı şiddeti ve yeri.....	21
Şekil 2-3: Nonfarmakolojik yöntemlerin sınıflandırılması	25
Şekil 3-1: Consort Akış Şeması	40
Şekil 3-2: Eksternal Bası Uygulamasında Kullanılan Şimşir Tarak	47
Şekil 3-3 Araştırmanın Akış Şeması- Akış Diyagramı	48

TABLO LİSTESİ

	Sayfa No
Tablo 3-1: Doğum Deneyimi Ölçeği Güvenirlik Değerleri.....	46
Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	54
Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	56
Tablo 4-3: Gebelerin Doğum Ağrısı Bilgi Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları	59
Tablo 4-4: Gebelerin Doğum Ağrısını Azaltmada Bildikleri Yöntemler	60
Tablo 4-5: Katılımcıların Doğum Eylemine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması	61
Tablo 4-6: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Puanlarının Farklı Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması	63
Tablo 4-7: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	66

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

ACTH: Adrenokortikotropik Hormon

ASA: American Society of Anesthesiologists

AWHONN: Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses

APGAR: Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration

DDÖ: Doğum Deneyimi Ölçeği

IASP: The International Association for The Study of Pain

İSSE: İntradermal Steril Su Enjeksiyonu

KKT: Kapı Kontrol Teorisi

LI4: Large Intestine 4

NICE: National Institute for Health and Care Excellence

SMFM: Society for Maternal-Fetal Medicine

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

TDK: Türk Dil Kurumu

TDL: Travay-Doğum-Lohusa

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

VAS: Visual Analogue Scale

WHO: World Health Organization

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

AVUÇ İÇERİSİNE YAPILAN EKSTERNAL BASI UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİ

Emine Nur ÇALIMLI CELEP

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Programı

Danışman : Doç. Dr. Hüsnüye DİNÇ KAYA

Çalımlı Celep, E. N. (2022). Avuç İçerisine Uygulanan Eksternal Bası Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Amaç: Araştırma avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem: Randomize kontrollü olarak gerçekleştirilen araştırma örneklemini Nisan-Haziran 2020 tarihleri arasında Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne doğum yapmak için başvuran ve araştırma koşullarını sağlayan 60 (30 Deney, 30 Kontrol) nullipar gebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi, Doğum Eylemi İzlem Formu, Doğum Deneyim Ölçeği ve Vizüel Analog Skala (VAS) kullanıldı. Doğum eylem sürecinin 5-6 cm, 7-8 cm ve 9-10 cm servikal dilatasyon aşamalarında deney grubundaki gebelere avuç içi eksternal bası uygulaması gerçekleştirilirken, kontrol grubu gebelere standart ebelik bakımı verildi. Her iki gruba da hastaneye kabulde, 5-6 cm, 7-8 cm, 9-10 cm servikal

dilatasyon aşamalarının öncesinde ve sonrasında ayrıca doğum sonu 30. dakikada VAS uygulandı. Veriler SPSS 24.0 programı ile sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Kolmogorov Smirnov testi, Levene testi ile bağımsız örneklem t-testi, Tek yönlü Anova testi, Varyans Analizi, KiKare testi kullanılarak analiz edildi. Tüm analizlerde $p<0,05$ değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilecektir.

Bulgular: Deney ve kontrol gruplarındaki gebeler sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından benzerdi. Uygulama sonrası gruplar arasındaki VAS ağrı skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p<0,05$). Deney gruplarındaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre doğum ağrısı VAS puanları daha düşük olduğu bulundu. Doğum deneyimi ölçeği toplam puanı açısından anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Avuç içirisine uygulanan eksternal bası, doğum eyleminde doğum ağrısını azaltmak amacıyla kullanılabilir. |

Anahtar kelimeler: Eksternal Bası, Doğum Ağrısı, Doğum Deneyimi, Nonfarmakolojik Yöntem, Ebelik Bakımı |

ABSTRACT

M.Sc. THESIS

THE EFFECT OF EXTERNAL PRESSURE APPLICATION ON THE PALM ON THE PAIN OF LABOUR AND LABOUR EXPERIENCE

Emine Nur ÇALIMLI CELEP

İstanbul University-Cerrahpaşa

Institute of Graduate Studies

Department of Midwifery

Midwifery of Programme

Supervisor : Assoc. Prof. Dr. Hüsniye DİNÇ KAYA

Çalımlı Celep, E. N. (2022). The Effect of External Pressure Application to the Palm on the Labour Pain and Labour Experience. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Department of Midwifery. Master's Degree Thesis. Istanbul.

Objective: The study was carried out to evaluate the effect of external pressure applied to the palm on labor pain and labour experience.

Material-Method: The sample of the randomized controlled study consisted of 60 nulliparous (30 experimental group, 30 control group) pregnant women who applied to Zeynep Kâmil Gynecology and Pediatrics Training and Research Hospital between April and June 2020 to give birth and met the research conditions. Descriptive Information Form, Follow-Up Form Related to Labor Action, Childbirth Experience Questionnaire(CEQ), and Visual Analogue Scale (VAS) were used in data collection. During the 5-6 cm, 7-8 cm, and 9-10 cm cervical dilatation stages of the labor process, palm external pressure was applied to the pregnant women

in the experimental group, while standard midwifery care was given to the control group pregnant. VAS was applied to both groups at admission to the hospital, before and after the 5-6 cm, 7-8 cm, 9-10 cm cervical dilatation stages, and also at the 30th minute postpartum. Data were analyzed with SPSS 24.0 program using number, percentage, mean, standard deviation, Kolmogorov Smirnov test, Levene test and independent sample t-test, One-way Anova test, Analysis of Variance, Chi-Square test. In all analyses, $p < 0.05$ values will be considered statistically significant.

Results: The pregnant women in the experimental and control groups were similar in terms of socio-demographic and obstetric characteristics. There was a statistically significant difference in VAS pain scores between the groups after the application ($p < 0.05$). It was found that women in the experimental groups had lower labor pain VAS scores than women in the control group. There was no significant difference in terms of the birth experience scale total score ($p > 0.05$).

Conclusion: External pressure applied to the palm can be used to reduce labor pain during labor. |

Bir öge seçin. Bir öge seçin.

Keywords: External Pressure, Labor Pain, Birth Experience, Nonpharmacological Method, Midwifery Care |

1. GİRİŞ

Doğum hem fizyolojik hem de psikolojik yönü olması sebebiyle bir kadın yaşamında meydana gelen en zor deneyimlerden birisidir. Bu deneyim kadınlar için en korku hissedilen ve yönetiminde de bir o kadar zorlanılan bir süreçtir. Doğum eylemi sürecine ilişkin korku hissedilmesinin en önemli sebepleri daha önce bu sürecin deneyimlenmemiş olması ve bu sürecin kadına şiddetli/dayanılmaz doğum ağrısı getireceği düşüncesidir (Kömürcü ve Ergin, 2014; Martin-Saavedra ve Ruiz Sternberg 2018; Whitburn ve diğ. 2019).

Ağrı terimi latince kökenli olan *poena* (ceza, intikam, işkence) kelimesinden türetilmiştir. Ağrı, Türk Dil Kurumu (TDK) tarafından “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2020). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Birliği (The International Association for the Study of Pain, IASP) tarafından ise ağrı “vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel duyum” olarak tanımlanmıştır (Köksal ve Taşçı Duran 2013; Eti Aslan 2014; Yağcı ve Saygın 2019; <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2020). Ağrıya sebep olan bir çok faktör bulunmakta olup bunlardan birisi doğum eylemi süreci ve doğum eyleminin kendisidir. Ağrı algılaması duyuşsal, emosyonel, psikososyal ve etnokültürel faktörlerden etkilenebilir (Köksal ve Taşçı Duran 2013; Eti Aslan 2014; Sani 2015).

Doğum ağrısı fizyolojik bir süreç olsa da bu ağrıyı yaşayan kişi için şiddetli bir ağrılı deneyimdir. Doğum ağrısı fizyolojik bir sürecin bir parçası olduğu kadar psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri içerisinde barındırmaktadır. Bu sebeple ağrı algılaması kişiden kişiye değişmekte her kişinin hissettiği ağrı birbirinden farklıdır. Doğum ağrısının fizyolojik bileşenleri doğum kanalındaki dokulara olan bası ve bu dokuların gerilmesi, psikososyal bileşenleri doğum eylemi sürecindeki stres, korku, anksiyete ve ağrı ile baş etme yeteneği, sosyokültürel bileşeni ise kişinin kültürel değerleri ve öğrenilmiş davranışlardır (Jones ve diğ. 2012; Berkiten Ergin 2013; Kheirkhah ve diğ. 2014; Sani 2015).

Doğum eylemi ve doğum eylemi sürecine ilişkin anksiyete ve korku düzeyinin artması kişinin ağrıya olan duyarlılığını arttırmakta ve buna bağlı olarak kişinin sempatik sinir sistemi

uyarılmaktadır. Uyarılan sempatik sinir sistemi ile birlikte hormonların birbirleri ile olan uyumu bozulmaktadır. Adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortizol, adrenalin (epinefrin), noradrenalin (norepinefrin) ve betaendorfin hormonlarının seviyesi artmakta buna bağlı olarak uteroplental kan akımı azalmakta olup maternal ve neonatal sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir (Mete 2013; Yılmaz Sezer 2016). Doğum ağrısının maternal ve neonatal sağlığı olumsuz etkileyebilmesi sebebi ile Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) ve Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists, ASA) doğum ağrısını bir endikasyon kabul etmekte ve tedavi edilmesi gerektiğini onaylamaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Gönenç ve Terzioğlu 2012; ACOG 2017).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)'nın 2018 verilerine göre Türkiye'deki doğumların %52'si sezaryen ile gerçekleşmiştir (http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 15 Haziran 2020). Bu sezaryen oranının %38'ini ise doğum ağrıları daha başlamadan karar verilmiş planlanmış sezaryenler oluşturmaktadır. Bu konuya dair literatür incelemesinde planlanmış sezaryen oranının yüksek olmasının en önemli sebebini gebelerin doğuma dair korkularının olduğunu bildirmektedir (Karabulutlu 2012). Doğum eyleminin tahmin edilemeyen, belirsizlikler ile dolu bir sürecin parçası olması sebebi ile çoğu kadın doğum eylemine ve doğum eylemi sürecine ilişkin korku yaşamakta ve kendi istekleri sezaryene yönelebilmektedirler. Bu konuya yönelik literatür, her beş gebe kadından birinin doğum korkusu yaşadığını tüm dünya geneline bakıldığında ise gebelerin %6-10'unun doğum korkusunu şiddetli yaşadığını tahmin etmektedir (Tsui ve diğ. 2007; Keast 2016; Ranjbaran ve diğ. 2017; Hosseini ve diğ. 2018). Kadınların yaşadığı doğum korkusu etkenlerinden biri de doğum eylemi sürecinde yaşanan doğum ağrısıdır (Uçar ve Gölbaşı 2015).

Doğum ağrısı, gebelerin doğuma ve doğum sürecine ilişkin algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Kontrol altına alınamayan doğum ağrısı gebelerin doğum eylemi sürecine ilişkin olumsuz yönde deneyimler yaşamasına ve buna bağlı olarak doğuma ait memnuniyetlerinin azalmasına neden olmaktadır. Olumsuz yöndeki bir doğum deneyimi gebelik sonrası kadında postpartum depresyona, posttravmatik stres bozukluğuna, cinsel disfonksiyona, anne ve bebek bağlanmasında yetersizliklere, emzirme sorunlarına, istenmeyen gebeliklerde küretaj istemine, bir sonra gebeliklerde sezaryen tercihinine gibi bir çok duruma ortam oluşturmaktadır (Lang ve diğ. 2006; Uçar ve Gölbaşı 2015; Amanak ve Karaçam 2018).

Bu sebeple doğum eylemi sürecinde ağrı yönetimi çok önemlidir. Doğumdaki ağrısı yönetiminde kullanılan yöntemlerin amacı anne ve bebeğe zarar vermeden doğum ağrısını azaltarak kadınların doğumlarına ait memnuniyetlerini arttırmak, kadının ve kadının çevresindekilerin olumlu bir doğum deneyimi yaşaması sağlamak olmalıdır (Lang ve diğ. 2006; Chu ve diğ. 2017; Yeşildağ ve Gölbaşı 2018; Yıldız 2019; Kaçar 2020).

Doğum ağrısının kontrolünü sağlamada farmakolojik ajan içeren farmakolojik ve farmakolojik ajan içermeyen nonfarmakolojik olmak üzere iki farklı yöntem kullanılmaktadır. Son yıllarda doğum sürecinin fizyolojik bir süreç olduğu ve doğum ağrısının da bu sürecin doğal bir parçası olarak gebe ve ağrı birlikteliğinin sağlanması düşüncesinin yaygınlaşması ile beraber doğum eylemi sürecinde nonfarmakolojik yöntemler daha çok tercih edilmeye başlanmıştır. Bu düşüncenin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemlerin daha az yan etkiye sahip olması, daha kolay uygulanabilir olması ve daha düşük maliyete mal edilmesi diğer önemli nedenlerindendir (Jones ve diğ. 2011; Chaillet ve diğ. 2014; Ali ve Ahmet 2018; ACOG 2019). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO), doğum eylemi sürecinde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (WHO 2018a).

Doğum ağrısını azaltmada veya gidermede kullanılan nonfarmakolojik yöntemler gevşeme, tensel uyarılma, zihinsel-mental uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere dört bölümden oluşmaktadır. İsveç'te yapılan bir çalışmada nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısının kontrolünde nulliparlar arasında daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Lindholm ve Hildingsson 2015). Bununla beraber kadınlar arasında nonfarmakolojik yöntemlere eğilim olduğu ve nonfarmakolojik yöntemlerin doğum deneyimi üzerinde olumlu yönde bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Ulutaş 2011; Yılmaz Sezer 2012; Jones ve diğ. 2012; Yıldırım 2014).

Literatür incelendiğinde Türkiye'de doğumda ağrının giderilmesi için avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamalarında tarak basısına ilişkin bir çalışmaya rastlanamamıştır. Avuç içerisine tarak basısı doğum eylemi sürecinde ağrının azaltılmasında etkili, basit ve ucuz bir yöntemdir. Bu yöntemin doğum eyleminde kullanımının amacı ise gebenin avuç içerisinde sıkıca tırağı tutmasıyla el parmaklarının avuç içiyle birleştiği hat (hand point) olarak bilinen akupresür noktasının uyarılması sonucu endorfin salınımı artırarak doğum ağrısını azaltmaktır (Mamuk ve Davas 2010). Bu yöntemin ebeler tarafından doğumhanelerde uygulanmasının gebeler tarafından algılanan doğum ağrısının yönetiminde etkili olacağı varsayılmakta ve de doğum eylemi sürecinde yapılan müdahalelerin azaltılmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Randomize kontrollü olarak planlan bu çalışmanın amacı, doğum eylemi sürecince avuç içerisine uygulanan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirlemektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM SÜRECİ

Kadın bedeni, gebelik süresi boyunca hem fetüsün ihtiyaçlarını karşılayarak büyümesine ve gelişmesine yardım etmekte hem de doğum eyleminin gerçekleşmesi için uygun ortamı hazırlamaktadır (Taşkın 2016).

Doğum eylemi, normal bir süreç dahilinde uterus içerisinde büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetüs ve gebelik ürünlerinin uterus kontraksiyonları ve yardımcı mekanizmalar ile doğum kanalından geçerek dışarı atılmasını içeren bir süreçtir (Coşkun 2012; Taşkın 2016).

Doğumun Evreleri

Bir düzen içerisinde gerçekleşmekte olan doğum eylemi, dört evreden meydana gelmektedir (Taşkın 2016).

2.1.1.1. Birinci Evre

Doğumun ilk evresi olmasının yanı sıra doğum eylemi sürecinin %95'ini oluşturmaktadır (Beji 2015; Bağ 2020). Friedman'a göre doğum eyleminin birinci evresi kendi içerisinde latent ve aktif olmak üzere iki ayrı faza ayrılmaktadır. Ancak çoğu kaynakta bu evre latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç ayrı faza ayrılmaktadır (Zhang ve diğ. 2010; Selman 2013; Beji 2015; Taşkın 2016; Durmaz 2018; Desai 2020; Hutchison ve Mahdy 2020).

Uterusun progresif ve ritmik kontraksiyonları sonucunda servikte efasman ve dilatasyon gerçekleşmektedir. Dilatasyon evresi olarak da isimlendirilen bu evre, düzenli ve ritmik uterus kontraksiyonları sonucunda doğum ağrıları ile başlamakta olup serviksin incilmesi ve 10 cm kadar genişlemesi ile tamamlanmaktadır. Bu evre nulliparlar kadınlarda ortalama 8-12 saat, multiparlar da 6-8 saat sürmektedir. (Zhang ve diğ. 2010; Beji 2015; Taşkın 2016; Todd 2017; Traci 2017; Desai ve Tsukerman 2020; Hutchison ve Mahdy 2020).

Latent Faz: Bu fazda doğuma dair belirtiler gizli seyretmekte olup birinci evrenin en uzun ve en az yoğunluk içeren aşamasıdır. Uterus kontraksiyonları daha geç aralıklarla gelmekte, daha az yoğunluk içermekte ve daha kısa sürmekte olup süreç ilerledikçe serviksi inceltmek ve genişletmek adına daha iyi kordineli sık ve yoğun hale gelmektedir. Hissedilen doğum ağrıları ise daha çok bel ve karın bölgesinde kendini göstermektedir (Beji 2015; Taşkın

2016; Todd 2017; Traci 2017; Öztürk Can ve diğ. 2018; ACOG 2019; Hutchison ve Mahdy 2020).

En az yoğunluk içeren latent fazda gebe kadının ağrı toleransı daha iyidir ve çevre ile iletişimini sürdürebilmektedir. Gebe kadına bu aşamada eğitim vermek ve destek olmak çok önemlidir. Ağrı ile başetmede nonfarmakolojik yöntemleri öğretmek ve uygulamak gebe kadın için fayda sağlayacaktır (Beji 2015; Taşkın 2016; Mete 2016; Öztürk Can ve diğ. 2018; ACOG 2019)

Klinik olarak, doğum eyleminin latent fazı tam olarak tanımlanamamıştır. Süresi o kadar büyük ölçüde değişebilir ki net olarak tanımlamak zordur. Zhank ve diğ. (2010)'ın yaptığı geniş spektrumlu bir çalışmada nullipar kadınlarda, 6 cm'ye kadar aktif doğum eyleminin başlamadığı konfirme edilmiştir. Servikal dilatasyon 4 cm'ye olana kadar aktif eylemden bahsedilmemesi gerektiği, 4 cm'den 5 cm'ye ilerlemenin 6 saat alabileceği, 5 cm'den 6 cm'ye ise geçişin 3 saat alabileceği ve multiparlarda 6 cm'den sonra nullipara göre daha hızlı servikal dilatasyonun izlendiği belirtilmiştir (Zhank ve diğ. 2010).

Ulusal Sağlık ve Mükemmel Bakım Enstitüsü (National Institute For Health And Care Excellence, NICE) Aralık 2014 yılında yayımladığı ve Şubat 2017 yılında güncellediği rehberde latent faz, düzenli olmayan uterus kontraksiyonları ve serviksin 4cm'ye kadar dilatasyonu olarak tanımlamıştır (NICE 2014; NICE 2017).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) 2018 yılında yayımladığı rehberde latent fazın ağırlı uterus kontraksiyonları ve serviksin 5cm'ye kadar dilatasyonu olarak tanımlanmasını önermiştir. Latent fazın süresi hakkında bir standartlaşma olmadığını belirtmiştir (WHO 2018a).

Aktif Faz: Uterus kontraksiyonlarının yoğun olarak hissedildiği faz olup latent faza göre daha kısa sürmektedir. Uterus kontraksiyonlarının hem sıklığı hem de şiddetinin artması sebebiyle servikal dilatasyon daha hızlı gerçekleşmektedir. Kontraksiyonlara bağlı doğum ağrıları daha çok kasık, bel, alt karın bölgesi ve bacaklarda hissedilmektedir. Kadının bu fazda doğum ağrılarını yoğun hissetmesi sebebiyle çevre ile iletişimi latent faza göre daha azdır (Harrington 2008; Zhang ve diğ. 2010; Selman ve Johnston 2013; Kömürcü 2013; Beji 2015; Mete 2016; Rhoades ve Cahill 2017; Öztürk Can ve diğ. 2018).

NICE Aralık 2014 yılında yayımladığı ve Şubat 2017 yılında güncellediği rehberde düzenli uterus kontraksiyonları ile beraber serviksin 4 cm'den fazla olan dilatasyonunu aktif

faz olarak tanımlamıştır. Primipar kadınlarda aktif fazın süresini ortalama 8 saat, multipar kadınlarda ise ortalama 5 saat olarak belirtmiştir (NICE 2014; NICE 2017).

WHO 2018 yılında yayımladığı rehberde düzenli ve ağırlı uterus kasılmaları ile beraber serviksin dilatasyonunun 5 cm'den 10 cm'ye hızlı ilerlemesinin aktif faz olarak tanımlanmasını önermiştir. Primipar kadınlarda aktif fazın süresini 12 saat, multipar kadınlarda ise 10 saat kabul etmiş olup bu süreyi aşmamak gerektiğini belirtmiştir (WHO 2018a).

ACOG ve Maternal Fetap Tıp Birliği'nin (Society for Maternal-Fetal Medicine, SMFM) yayınladıkları ortak görüş bildirisinde fetal ve maternal durum güven verici olduğu sürece, 6 cm'lik servikal dilatasyonun doğum eylemindeki çoğu kadın için aktif faza geçtiğinin eşik noktası olması gerektiğini bildirmiştir. Anne ve bebek için olumsuz sonuçları önlemek ve primer sezaryen oranlarını azaltmak amacıyla aktif fazda servikal dilatasyonu 6 cm kabul etmiştir (Caughey ve diğ. 2014; Abalos ve diğ. 2018; Neala ve diğ. 2018).

Aktif fazın süresi ortalama olarak nullipar kadınlarda 5 - 7 saat iken multipar ise 2 - 4 saat sürmekte olup nullipar kadınlarda serviks yaklaşık 1,00-1,2 cm/st multipar kadınlarda ise 1,2-1,5 cm/st hız ile genişlemektedir (Zhang ve diğ. 2010; Brown 2017; Rhoades ve Cahill 2017).

Geçiş Fazı: Doğum eyleminin birinci evresindeki uterus kontraksiyonlarının şiddetinin en yüksek noktaya ulaştığı fazdır. Bu faz servikal dilatasyon 8 cm olduğunda başlamakta olup prezente olan kısmın tamamen pelvis çıkımına yerleşmesi ve servikal dilatasyon ve silinmenin tamamlanmasıyla son bulmaktadır. Bu fazda membranlar açılmakta fetus doğum kanalında ilerlemekte ve fetüsün inişi hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Uterus kontraksiyonları ise düzenli ve şiddetli olup 2-3 dakikada bir başlamakta 60-90 sn sürmektedir. Geçiş fazı ortalama olarak nulliparlar gebelerde 3 saat multiparlar gebelerde ise 1 saat sürmektedir (Kaufman ve diğ. 2010; Kömürcü 2013; Beji 2015; Taşkın 2016; Durmaz 2018).

Gebenin bu fazda yorgunluğu ve rahatsızlığı daha da artmış olup diğer fazlara göre iletişimi kopuktur. Bu yüzden gebe kontrol kaybı yaşayabilmektedir. Bu dönemde gebeyi tek başına bırakmamalı, rahatlatılması sağlanmalıdır. Nonfarmakolojik yöntemleri kullanmak etkili olmaktadır (Beji 2015; Taşkın 2016; Kömürcü 2013).

2.1.1.2. İkinci Evre

Doğumun ikinci evresi 10 cm'ye kadar açılan serviksin dilatasyonu ile başlamakta olup bebeğin doğması ile sona ermektedir (Beji 2015; WHO 2018a).

Literatür içerisinde 30 yılı geçkin bir süredir, doğum eyleminin ikinci evresi trifazik diğer bir ifadeyle üç fazlı olarak değerlendirilmektedir. Sırası ile bu üç faz latent, aktif ve transizyon olarak adlandırılmaktadır. Latent faz, serviksin tam anlamı ile dilate olmasından hemen sonra gelen dönemdir. Bu dönemde uterus kontraksiyonlarında, gebe kadının dinlenmesine olanak sağlayan geçici bir sakinlik hakimdir. Fetus başının inişi ve uterus alt segmentinin gerilmesi neticesinde uterus kontraksiyonlarının sıklığı, süresi ve şiddeti artmaktadır. Gebe kadında güçlü ıkınma hissinin oluşması ile beraber ikinci evrenin aktif fazına girilmekte düzenli uterus kontraksiyonları ve maternal ıkınma birlikteliği ile fetüsün inişi gerçekleşmektedir. Fetal başın perinede görünmesine ise ikinci evrenin transizyon fazı olarak kabul edilmektedir (Kathryn 2010; Genç Koyucu ve Demirci 2016; Turan ve Yılmaz 2019).

Bazı araştırmacılar tarafından ise doğum eyleminin ikinci evresi kendi içerisinde latent ve aktif olmak üzere iki fazlı olarak değerlendirilmektedir (Piquard 1989; Aderhold 1991). Latent faz, serviksin tam dilatasyonu ile başlamakta olup gebe kadının güçlü ıkınma hissinin başlamasına kadar sürmektedir. Bu fazda sürecinde fetüs pelvis içerisinde pasif olarak ilerlemektedir. Aktif faz ise güçlü ve dizemli ıkınmalar içermekte olup bu ıkınmalar ile birlikte fetüs pelvis içerisinde daha aktif olarak ilerlemesidir (Hanson 2009; Genç Koyucu ve Demirci 2016; ACOG 2019).

Uterus kontraksiyonları doğumun birinci evresine göre daha sık ve daha yoğun gelmekte olup fetüs perineye gelene kadar devam etmektedir. Uterus kontraksiyonları ile beraber fetüsün inişi ilerledikçe fetüs başı rektuma baskı yaptığından istemsiz olarak ıkınma hissi oluşmaktadır. Uterus kontraksiyonlarına ek olarak ıkınma ile beraber bebeğin doğumu gerçekleşmektedir. Bu yüzden doğru zamanda, etkin ıkınma bu evrenin seyri açısından oldukça önem arz etmektedir (Friedman 1954; Beji 2015; Taşkın 2016; Brown 2017; Todd 2017; Traci 2017; Desai ve Tsukerman 2020; Hutchison ve Mahdy 2020). Gebe kadına ıkınma türleri ile beraber ne zaman ve nasıl ıkınacağı gebeliğin erken dönemlerinde öğretilmelidir. Ebe, doğum eyleminde kullanılacak olan ıkınma türünü evrenin gidişatına bağlı olarak belirlemeli ve gebe kadını bu konuda desteklemelidir (Beji 2015; Genç Koyucu ve Demirci 2016).

Doğum eyleminin ikinci evresinin süresi nullipar gebelerde iki saat, multipar gebelerde ise bir saat olarak belirtilmekte olup epidural anestezi uygulanan gebelerde bu süreler bir saat

daha eklenmesi kabul görmektedir. Bu sürelerin geçilmesi durumunda uzamış ikinci evre adını almakta ve müdahaleli doğum önerilmektedir (Caughey ve diğ. 2014; NICE 2014; WHO 2018b).

Erken İkinci Evre: NICE 2017 yılında güncellenen “İntrapartum Bakım” ile ilgili rehberinde erken ikinci evre, istemsiz ekspulsif kasılmalardan önce veya bu kasılmaların yokluğunda serviksin dilatasyonun tam olması olarak tanımlanmıştır (NICE 2014, NICE 2017).

WHO 2017 rehberinde ise erken ikinci evre, serviksin dilatasyonunun tam olması ile beraber fetüsün pelvis içerisinde inişinin devam etmesi ancak ıkınma hissinin olmaması olarak tanımlanmıştır (WHO 2017).

Geç İkinci Evre: NICE 2017 yılında güncellenen “İntrapartum Bakım” ile ilgili rehberinde geç ikinci evre, fetüs başının görülebiliyor olması, serviksin dilatasyonun tam olması birlikte ekspulsif kasılmaların olması veya serviksin dilatasyonun tam olması ile birlikte diğer belirtilerinin olması ve ekspulsif kasılmaların yokluğunda serviksin dilatasyonun tam olmasının doğrulanmasını takriben aktif maternal eforun olması olarak tanımlanmıştır (NICE 2017).

WHO 2017 rehberinde ise geç ikinci evre, serviksin dilatasyonunun tam olması, fetüsün pelvik tabana doğru ulaşması ve gebe kadının ıkınma hissine sahip olması olarak tanımlanmıştır (WHO 2017).

2.1.1.3. Üçüncü Evre

Bebğin doğumu ile başlamaktadır. Bebek doğduğunda uterusun hızlıca geri çekilmesi ile plasentanın kapladığı alan küçülmekte olup plasenta uterus duvarından ayrılmaktadır. Plasenta ve eklerinin tam ayrılması ile bu evre son bulmaktadır. Bu evrenin süresi 5 ile 30 dakika arasında değişmektedir (Steer ve Flint 1999; Martin ve Hutchon 2004; Taşkın 2016).

Plasentanın kendiliğinden ayrılması genellikle merkezi olarak başlamakta olup burada oluşan retroplasental pıhtı daha fazla ayrılmaya yardımcı olmaktadır. Plasentanın kendiliğinden ayrılma belirtilerine bakıldığında; vajinadan ani kan boşalması, umblikal kordun boyunda uzama görülmesi, uterusun fundus kısmının umblikus seviyesine yükselmesi, uterusun küre gibi şekil alması, simfizis pubis hizasından el ile bastırıldığında umblikal kordun içeri doğru geri kaçmaması gözlemlenmektedir (Harrington 2008; Selman ve Johnston 2013; Taşkın 2016; Brown 2017; Milton 2017; Todd 2017; Traci 2017)

NICE 2014 yılında yayınladığı en son 2017 yılında güncellediği klinik rehberinde üçüncü evrenin aktif ve fizyolojik olmak üzere iki yönetiminden bahsetmektedir. Üçüncü evrenin aktif yönetimi uterotonik ilaçların rutin olarak kullanımı, umbilikal kordonun en az 60 sn beklenerek klemplenmesi ve kesilmesi, plasentanın ayrılma belirtileri gözlemlendikten sonra kontrollü kord traksiyonu ile çekilmesini içermektedir. Üçüncü evrenin fizyolojik yönetimi ise uterotonik ilaçların rutin olarak kullanılmadığı, umbilikal kordondaki nabız durana kadar klemplenmemesi ve plasentanın maternal çaba ile doğumunu içermektedir (NICE 2014; NICE 2017; WHO 2018).

Bebğin doğumundan sonra aktif yönetim ile 30 dakika veya fizyolojik yönetim ile 60 dakika içinde plasenta ayrılması gerçekleşmez ise doğumun uzamış üçüncü evresi kabul edilmektedir (Selman ve Johnston 2013; NICE 2014; Farisoğlu ve diğ. 2019).

2.1.1.4. Dördüncü Evre

Plasenta ve eklerinin doğumundan sonraki ilk dört saati kapsamakta olup erken postpartum iyileşme dönemi olarak adlandırılmaktadır. Doğum sonrası dönemde postpartum kanama, sepsis, hipertansiyon vb. durumların belirtilerini tespit etmek amacıyla yakın gözlem yapılması gerekmektedir (Coşkun 2012; Kömürcü 2013; Taşkın 2016; Öztürk Can ve diğ. 2018)

Doğum sonrası bu evrede uterus abdomenin orta hattında yer almakta olup kontraktektir. Uterusun fundus kısmı ise simfizis pubis ve umblikus arasında el ile palpe edilmektedir. Uterusun palpasyonu ile uterus involüsyonunun kontrol etmek ve uterusu değerlendirmek kanama takibi açısından bu dönemde önemlidir (Atış Yarıcı 2016; Güner Özçerezci ve Kavlak 2016; Karahan ve Serhatlıoğlu ve Göncü 2019).

2.2. AĞRI

Ağrı terimi latince *poena* (ceza, intikam, işkence) kelimesinden türetilmiş olup TDK tarafından “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2020). IASP tarafından ise ağrı “vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel duyum” olarak tanımlanmıştır (Köksal ve Taşçı Duran 2013; Eti Aslan 2014; Yağcı ve Saygın 2019; <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2020).

Bir kişinin ağrısını ölçebilecek herhangi bir fizyolojik veya kimyasal bir test yoktur. McCaffery'nin "ağrı hastanın söylediği şeydir eğer söylüyorsa vardır" şeklinde tanımı ağrı için yapılan en faydalı ve en doğru tanımlardan biridir. Bu tanımlama ile birlikte ağrı sadece bu ağrıyı yaşayan ve hisseden kişi tarafından tanımlanabilmekte olup ağrının niteliğine, şiddetine ve etkisine göre kişiden kişiye farklılık gösteren soyut bir kavramdır (Eti Aslan 2002; Raj 2007; Yeşilçiçek Çalık 2010; Ulutaş 2011).

Ağrı, bireyin hem fizyolojik hem de psikolojik durumu üzerinde belirgin bir etkisi olabilen öznel, çok boyutlu bir deneyimdir (Eti Aslan 2002; Raj 2007).

2.2.1. Ağrının Nörofizyolojisi

Ağrı oluşumu, ağrıya sebep olan uyarının vücutta oluşturduğu doku hasarı ve dokuda bu ağrıya tepki olarak çıkan inflamasyonla başlamaktadır. Uyarın vücuda temas ettiğinde deride bulunan noisepörler (ağrı duyusu) aracılığıyla algılanmakta olup spinal kord aracılığı ile beyne iletilip değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme sonucunda vücudumuzdan tarafından ağrıya karşı fizyolojik ve psikolojik yanıtlar verilmektedir. Ağrının bu oluşum, iletim, algılanma ve yanıt süreci mekanizması "nosisepsiyon" olarak ifade edilmektedir (Aydın 2002; Steeds 2016; Uyar ve Köken 2017).

Nosiseptörler (ağrı duyusu), vücudun çeşitli yerlerinde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Vücudumuzdaki her bilgi aynı sinir uçları aracılığı ile taşınmamaktadır. Sinir lifleri kendi içerisinde A, B, C ve D olmak üzere toplam 4 grupta sınıflandırılmaktadır. Nosiseptörler ince miyelinli A delta ve miyelinsiz C sinir lifleri ile taşınmaktadır. Spinal kord, periferik sinirler ile gelen ağrı sinyallerini çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere ileterek kortekse ulaştırmaktadır. Kortekse ulaşan ağrı sinyalleri üst merkezlerde değerlendirilerek spinal korda geri dönmektedir. Ağrı sinyalleri spinal korda geri dönerken beyin sapı yolu ile ağrıyı kontrol eden inen yollar oluşturulmaktadır. İnen yollar ise bu iletim sırasında noradrenalin, serotonin ve dopamin gibi monoaminleri kullanmakta olup baskın gelen monoamin türüne göre ağrıyı azaltabilmekte veya ağrıyı arttırabilmektedir (Aydın 2002; Marchand 2008; Uyar ve Köken 2017).

Ağrıya sebep olan bir uyarının algılanması toplam dört basamakta gerçekleşmektedir. Bunlar sırasıyla transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyondur (Aydın 2002; Uyar ve Köken 2017).

Transdüksiyon (Ağrının Hissedilmesi): Uyarının sinir uçlarında bulunan nosiseptörler aracılığı ile elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü basamaktır (Topçu Yıldızeli 2008; Avcıbay 2009; Avcıbay ve Alan 2011; Steeds 2016).

Transmisyon (Ağrının İletilmesi): Nosiseptör tarafından algılanmış olan uyarının elektiriksel aktivite ile sinir sistemi boyunca iletim işleminin yapıldığı basamaktır. Elektriksel aktivite öncelikle periferden spinal korda iletilmekte olup daha sonra spinal kordun arka boynuzunda işlenmekte ve beyin sapı ve talamusa iletilmektedir. En son olarak da talamustan kortekse iletim gerçekleşmektedir (Topçu Yıldızeli 2008; Avcıbay 2009; Avcıbay ve Alan 2011; Steeds 2016).

Modülasyon (Ağrının Düzenlenmesi): Nosiseptif transmisyonun nöral etkenler ile değiştirildiği basamaktır. Spinal kord seviyesinde gerçekleşmekte olup nosiseptif uyarının artışı veya inhibisyonunu içerebilmektedir (Topçu Yıldızeli 2008; Avcıbay 2009; Avcıbay ve Alan 2011; Steeds 2016).

Persepsiyon (Ağrının Algılanması): İlk üç aşama ile birlikte subjektif, emosyonel ve psikolojik faktörlerle etkileşimi sonucunda ağrı uyarınının algılanmasının sağlandığı son basamaktır (Topçu Yıldızeli 2008; Avcıbay 2009; Avcıbay ve Alan 2011; Steeds 2016).

Bu dört basamağın tamamına “nosisepsiyon” adı verilmekte olup transdüksiyon periferde, transmisyon perifer ve spinal kordda, modülasyon spinal kordda ve son olarak persepsiyon ise üst merkezlerde gerçekleşmektedir (Raj 2007; Avcıbay 2009).

2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı çok boyutlu bir kavramdır. Bu yüzden ağrının doğru bir şekilde değerlendirilip etkili bir şekilde yönetilebilmesi için ağrının sınıflandırılması gerekmektedir. Ağrının sınıflandırılması farklı şekillerde yapılabilmektedir. Ağrının başlama süresine göre, kaynaklandığı bölgeye göre, mekanizmasına göre, etyopatogeneze göre ve duyum şekline göre sınıflandırma yapılabilmektedir (Aydın 2002; Çöçelli ve diğ. 2008; Eti Aslan 2014).

2.2.2.1. Başlama Süresine Göre Ağrı Sınıflandırılması

Akut Ağrı: Tanımlanabilir bir ağrıdır ve ağrı yeri lokalizedir. 6 aydan fazla uzun sürmemektedir. Sendrom ya da herhangi bir hastalık hali değil sadece bir semptomdur. Vücuda zarar vermekte olan bir olayın varlığını göstermektedir. Bir nevi alarm görevi görmekte olup ağrının kaynağı bulunduğu amacına ulaşmış olmaktadır (Eti Aslan 2002; Yıldırım 2014; Yağcı ve Saygın 2019).

Kronik ağrı: Ağrı yerini tanımlamak güç olup genellikle yaygındır. Akut olarak başlayıp kronik ağrıya dönüşebildiği gibi sinsi de başlayabilmektedir. 6 aydan fazla sürmekte olup kişi ağrının ne zaman başladığını bilemeyebilmektedir (Aydın 2002; Yıldırım 2014; Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.2.2. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflandırılması

Somatik ağrı: Somatik sinir liflerinden kaynaklanmakta olup ani olarak başlayan, iyi lokalize edilebilen ağrılardır. Batma, zonklama, sızlama şeklindedir. Çıkık, kırık, travma gibi durumlarda görülen ağrılar somatik ağrıya örnek gösterilmektedir (Aydın 2002; Yıldırım 2014).

Visseral Ağrı: İç organlardan kaynaklanmakta olup yavaş yavaş artan ağrıların eşlik ettiği lokalizasyonun güç olduğu ağrılardır. Toraks, abdomen veya pelvik bölgedeki dokulardan köken almaktadır. Kolik veya kramp şeklinde olup başka bölgelere yansıyabilmektedir. Kardiyak bir ağrının sol kola, diyafragmatik bir ağrının ise sol omuza yansması visseral ağrı örnek gösterilmektedir (Aydın 2002; Yağcı ve Saygın 2019).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonundan kaynaklanmakta olup vasküler tipte, yanma tarzındaki ağrılardır. Soğuk ortamda ağrı daha da şiddetlenmektedir (Aydın 2002).

Periferik Ağrı: Kas, tendon veya bizzat periferik sinirlerin kendinden kaynaklanan ağrılardır (Aydın 2002; Eti Aslan 2002; Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.2.3. Mekanizmasına Göre Ağrı Sınıflandırılması

Nosiseptif Ağrı: Sinir sistemi haricinde tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlere “nosiseptör” adı verilmektedir. Bu reseptörler, algılanan uyarıyı, ağrı ileten lifler aracılığıyla spinal korda, oradan da talamusa iletmektedir. Talamustan ise serebral kortekse iletimi yapılan sinyaller ağrı olarak algılanmaktadır (Raj 2007; Avcıbay 2009; Yıldırım 2014).

Nöropatik (Nonnosiseptif) Ağrı: Nosiseptörlerin sürece dahil olmadığı ağrı türüdür. Santral veya periferik sinir sisteminin disfonksiyonu sonucu oluşmaktadır. Ağrı, saplanıcı, uyuşma, karıncalanma, elektrik çarpması ve yanma şeklinde hissedilmektedir. Ağrı eşiği azaldığı için ağrısız olan bir uyarı bile ağrıya neden olabilmekte ve uyarıya abartılı yanıt verilebilmektedir (Melek ve diğ. 2005; Avcıbay 2009).

Deafferentasyon Ağrısı: Santral ve periferik sinir sistemi yaralanmalarıyla somatosensoryal uyarı iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesintiye uğrayıp kesilmesi ile oluşmaktadır (Aydın 2002; Yıldırım 2014).

Reaktif Ağrı: Motor veya sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılması sonucu ortaya çıkan ağrı türüdür. Myofasial ağrılar bu ağrıya örnek verilmektedir (Aydın 2002; Yıldırım 2014).

Psikosomatik/Psikojenik Ağrı: Anksiyete, depresyon gibi psikolojik sorunlar temelini oluşturmakta olup doku hasarı varmış gibi bir algılama olmakta ve ağrı hissedilmektedir (Aydın 2002; İpek 2014; Yıldırım 2014).

2.2.2.4. Etiyopatogeneze Göre Ağrı Sınıflandırılması

Mekanik Ağrı: Anatomik yapıda görülen anormallikler, travma veya kas zayıflıklarından kaynaklanmaktadır. Kas, tendon ve kemik yapısının yoğun olduğu bacak ve bel bölgeleri mekanik ağrının en çok hissedildiği bölgelerdir (Aydın 2002).

İnflamatuvar Ağrı: Enfeksiyon, iltahaplı romatizmalar ve kanserojen tutulumlarından kaynaklanmaktadır. Brusella, tüberküloz ve ankilozan spondilit bu ağrı çeşidine örnek verilmektedir (Aydın 2002).

2.2.2.5. Duyum Şekline Göre Ağrı Sınıflandırılması

Ağrı ani olarak keskin ve batıcı şekilde gelişebilmekte olduğu gibi, yavaş yavaş artarak da gelişebilmektedir. Künt, bazen de yanıcı olabilmektedir (Aydın 2002).

2.2.3. Ağrı Teorileri

Ağrı teorileri ilk olarak eski Yunan uygarlığı döneminde ortaya çıkmış olup ilk ağrı teorisi ise Democritos tarafından geliştirilmiştir. Democritos göre ağrı, vücut içerisindeki keskin partiküllerin normal durumdaki partiküllere çarparak meydana getirdiği rahatsızlıktır (Aydın 2002; Raj 2007).

Ağrı teorileri, ağrının değerlendirilmesinde ve bu ağrının giderilebilmesi için yol gösterici olmaktadır. Ağrı giderme yöntemlerinde ağrının fizyolojik ve psikolojik yönleri birlikte değerlendirilerek doğru yöntemin seçimine karar verilmelidir (Mamuk ve Davas 2010; Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.3.1. Kapı Kontrol Teorisi

Kapı Kontrol Teorisi (KKT), 1980'lerde geliştirilmiş olup 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüş olan bir teoridir. Bu teori, ağrının ilk olarak spinal kordda kontrol edildiği ideasını savunmaktadır. Kapı kontrol teorisine göre deriden gelen uyarılar spinal kord ve beyinde modülasyona uğramaktadır. Spinal kord geçmiş zamanda yalnızca bir durak olarak varsayılmaktaydı. Bu teorinin önemi ise spinal kordun yalnızca bir

durak olmadığını ve ağrının kontrolünde yalnız başına bir engel organ olarak çalıştığının görülmesini sağlamaktır (Aydın 2002; Steeds 2016; Treede 2016; Bonapace ve diğ. 2018).

Teoriye göre ağrı varlığı ve şiddeti nörolojik uyaranların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol etmekte olup kapı açık ise ağrı duyusu uyarıları bilinç düzeyine ulaşmakta ve ağrı ağrı hissedilmektedir. Ancak kapı kapalı ise ağrı duyusu uyarıları bilinç düzeyine ulaşamamakta ve ağrı hissedilmemektedir. Bu teorinin üç yönü bulunmaktadır (Aydın 2002; Mamuk ve Davas 2010; Moralar Genç ve diğ. 2011; Bonapace ve diğ. 2018; Yağcı ve Saygın 2019).

Deri uyarısı ağrıyı giderebilir: Teoriye göre ağrı uyaranları küçük çaptaki lifler ile taşınmakta olup büyük çaptaki lifler, küçük çaptaki liflerin taşımakta olduğu uyarılara kapıyı kapatmaktadır. Deri içerisinde çok sayıda büyük çapta lif bulunması sebebi ile dokunma uyaranlarının çoğu ağrı giderme gücüne sahip bulunmaktadır. Dokunma uyaranlarına örnek olarak masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütanöz elektriksel sinir stimisyanonu ve akupunktur gibi uyarılar örnek olarak gösterilebilmektedir (Aydın 2002; Mamuk ve Davas 2010; Moralar Genç ve diğ. 2011; Ulutaş 2011; Bonapace ve diğ. 2018; Yağcı ve Saygın 2019).

Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir: Beyin sapında bulunan retiküler yapı duyuşal girdileri düzenlemektedir. Kişi yeterli veya aşırı düzeyde duyuşal uyaran alırsa beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini baskılayarak kapıyı kapatmaktadır. Kişinin eğer duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları baskılanamaz, kapı açık olduğu için ağrı uyarıları geçmektedir. Ağrıyı giderme yöntemlerinde belli derecelere sahip duyuşal girdi bulunmaktadır. Düşleme, dikkati başka tarafa yöneltme gibi yöntemler ile kişinin ağrısı düzenlenebilmektedir (Aydın 2002; Mamuk ve Davas 2010; Moralar Genç ve diğ. 2011; Ulutaş 2011; Bonapace ve diğ. 2018; Yağcı ve Saygın 2019).

Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duyusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir: Kişinin duygu, düşünce ve belleğinde bulunan olaylar korteksteki tetik, ağrı uyarılarını aktive etmekte ve bilinç düzeyine geçmektedir. Ağrı duyusuna ait geçmiş deneyimler kişinin o anda ağrıya vereceği dönütü etkilemektedir (Aydın 2002; Mamuk ve Davas 2010; Moralar Genç ve diğ. 2011; Bonapace ve diğ. 2018; Yağcı ve Saygın 2019).

2.2.3.2. Endorfin Teorileri

1970'lerin ortalarında bulunan, vücudun kendisinin sentezlediği narkotiklere benzer madde olarak tanımlanmış olan hormona endorfin adı verilmiştir. Endorfin terimi “endojen” ve

“morfin” sözcüklerinin birleşiminden meydana gelmiş olup içerisinde morfin bulunan anlamına gelmektedir. Endorfinin α - endorfin, β - endorfin, γ - endorfin ve λ - endorfin olmak üzere toplam dört tipi bulunmakta olup bunlardan en önemlisi analjezik tesirli olan β endorfindir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Babacan 2011; Ulutaş 2011).

Endorfinler, ağrılı uyaranların geçişini engellemek ve ağrı duyusunun bilinç düzeyine ulaşmasını bloke etmek amacıyla beyin ve spinal kord sinir uçlarında bulunan narkotik reseptörlere tutunurlar. Reseptörlere bağlanan endorfinler artık etkisini göstermeye başlamaktadır (Tuncay 2016; Mamuk 2017; Bonapace 2018; Eroğlu 2018; Şanlı 2018).

Vücudun içerisinde bulunduğu strese karşılık olarak verdiği cevap endorfin üretimidir. Her kişide endorfin üretim miktarı değişken olup ağrı ile baş etme yolları kullanıldıkça kişideki endorfin miktarı azalabilmekte veya artabilmektedir. Bu sebeple her kişinin ağrı eşiği birbirinden farklıdır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Yeşilçiçek Çalık 2010; Ulutaş 2011).

Yapılan çalışmalarda endorfin düzeylerinin azalmasında veya yükselmesinde etkili olan faktörler tanımlanmıştır. Endorfin düzeyinin azalmasında uzun süreli ağrı, tekrarlayan stres ve morfin veya alkolün uzun süre kullanımı etkilidir. Endorfin düzeyinin artmasında ise hafif ağrı, hafif stres, fizik egzersiz, akupunktur bazı türleri, yoğun travma ve traanskütanöz elektriksel sinir stimulasyonu uygulamaları ve cinsel aktivite etkilidir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Yeşilçiçek Çalık 2010; Ulutaş 2011).

Gebelik süresince doğal olarak sentezlenen endorfin, gebeliğin sonuna doğru seviyesini artırarak anne adayının kendini doğuma hazır hissetmesini sağlamaktadır. Giderek artan endorfin seviyesi “amnezi” olarak bilinen gebelikte de görülen unutkanlığın sebebidir. Annelerin, doğum ağrılarını unutmada endorfinlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

2.2.3.3. *İnteraktif Ağrı Modeli*

Ağrısı olan ve bu ağrıya tepki veren kişinin içinde bulunduğu çeşitli sosyal sistemler vardır. Aile, kültür ve içinde bulunulan bakım sistemleri sosyal sistemlere örnek verilebilir. Bu sosyal sistemler kişinin ağrıyı algılamasını, yorumlamasını, yansıtma şeklini ve de ağrı ile baş etme yöntemlerini etkilemektedir. Sosyal sistemler aynı zamanda bakım veren kişilerin de davranışlarını düzenleyip şekillendirmekte ve ağrının giderilmesine önemli bir biçimde etki etmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Tuncay 2016; Eroğlu 2018).

2.2.3.4. Spesifite Teorisi

Max Von Frey tarafından öne atılan bir teoridir. Ciltte sıcak, soğuk, ağrı, basınç gibi duyuları algılayan reseptörler bulunmaktadır. Başka bir ifade ile spesifik bir uyarının beyinde uyarı temsil eden özel bir reseptörü bulunmaktadır. Cilt uyarıldığında ağrı duyusuna yol açmakta olup ağrı tipinin değerlendirilmesi ise beyinde gerçekleşmektedir (Treede 2006; Chen 2011; Moayedi 2013).

2.2.3.5. Pattern Teorisi

1894 yılında Goldscheider tarafından ileri sürülmüş bir teoridir. Bu teoriye göre uyarılar spinal korda ulaştıktan sonra ağrı duyusunun başlaması ve hissedilebilmesi için uyarının birikmesi gerekmektedir. Bu birikim ise sinir sistemindeki akımlar ile gerçekleşmektedir. Nöronun bir kollaterali kendisinin yeniden uyarılması için uyarılmakta olup feedback nöronu sürekli deşarj halinde tutmaktadır (Erdine 2003; Chen 2011; Moayedi 2013; Mamuk 2017).

2.2.3.6. Yoğunluk Teorisi

Alman nörolog W. Erb 1874 yılında ağrı yoğunluğu teorisini geliştirmiştir. Bu teoriye göre vücut içerisindeki spesifik organlardan daha çok, uyarıcı tarafından üretilen ağrının, sinirlerin daha etkin aktivasyonu ile iletilmesidir. Omuriliğin dorsal boynuzunda bulunan geniş aralıklı nöronların keşfi bu teoriyi doğrulamıştır. Yoğunluk teori ile ağrının kendi kendine bir uyarıcı olmasından daha çok, yeteri kadar yoğunluğa ulaşan ağrının sinirler tarafından iletilildiğini savunmaktadır (Chen 2011; Moayedi 2013).

2.2.4. Ağrı Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Ağrıyı en basit değerlendirme yolu kişiye ağrısının var olup olmadığını sormaktır. Ancak bu soruya verilen “var” veya “yok” yanıtı ağrının değerlendirilebilmesi için yeterli değildir. Ağrı değerlendirilmesinde ağrının şiddeti, tipi, özelliği, yeri, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan veya arttıran etmenler gibi özelliklerin bilinmesi gerekmekte olup bu özellikler ağrıyı değerlendirirken göz önünde bulundurulmalıdır (Mamuk ve Davas 2010; Kömürcü 2014).

Ağrıyı değerlendirirken kişinin subjektif olarak sözcükler ile ifade ettiği ağrıyı olabildiğince objektif hale dönüştürerek ölçülebilir hale çevirmek gerektirir. Böylelikle bakımı sürdüren sağlık ekibi üyeleri arasında farklı yorumlamaların önüne geçilmektedir. Ağrının subjektiflikten kurtulup objektif hale dönüşüp ölçülebilmesi için de ağrıyı değerlendiren ölçeklerin kullanılması gerekmektedir (Mamuk ve Davas 2010; Kömürcü 2014).

Günümüzde ağrının objektif olarak ölçümünde tek boyutlu veya çok boyutlu ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bu ölçekler ile akut ağrının değerlendirilmesinin yanı sıra uygulanan tedavinin etkinliğinin izleniminde de kullanılmaktadır. Ağrının ölçümünde kullanılacak ölçeği belirlemede ağrının tipi, ağrıyı hisseden kişi ve ölçeği kullanacak olan sağlık personelinin özellikleri gibi etmenler etkilidir (Winkelman ve diğ. 2008; Mamuk ve Davas 2010; Kömürcü 2014).

2.2.4.1. Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler, ağrı şiddetini doğrudan ölçmeye yöneliktir. Ağrının değerlendirmesini ağrı hissini yaşayan kişi yapmaktadır. Özellikle akut ağrının değerlendirilmesi ve uygulanan tedavinin etkinliğinin izleniminde tek boyutlu ölçekler kullanılmaktadır.

Bu ölçekler;

- Sözel Kategori Ölçeği
- Sayısal Ölçekler
- Görsel Kıyaslama Ölçeği- (Visual Analog Skala-VAS)
- Yüz İfadesi Ölçeği
- Burfort Ağrı Termometresi
- Kutu Ölçeği (Mamuk ve Davas 2010; Carvalho ve Cohen 2013).

2.2.4.2. Çok Boyutlu Ölçekler

Ağrının şiddeti, niteliği, lokalizasyonu, ve ağrıyı etkileyen etmenler gibi özelliklerle ağrı tüm yönleri ile değerlendirmektedir. Ağrıyı tüm yönleri ile ele almasından dolayı tek boyutlu ölçeklerden ayrılır. Ağrının değerlendirilmesi ise zaman almakta olup anlaşılması güçtür. Bu sebeple akut ağrının değerlendirilmesinde ve uygulanan tedavinin etkinliğinin izlenmesinde çok boyutlu ölçeklerin kullanımını sınırlandırmaktadır.

Çok boyutlu ölçekler;

- McGill Melzack Ağrı Soru Formu
- Darmount Ağrı Soru Formu
- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı

- Kısa Ağrı Sorgulaması
- Ağrı Algılama Profili
- Davranış Modelleri (Winkelman ve diğ. 2008; Mamuk ve Davas 2010).

2.3. DOĞUM AĞRISI

Doğum eylemi sürecinde hissedilen ağrı, doğal bir sürecin bir parçası olmasına rağmen bilinen en şiddetli ağrı çeşitlerinden birisidir (Sayiner 2009; Özsoy ve diğ. 2018; Yılmaz 2019). Doğum ağrısı, doğal bir süreç içerisinde olması, belirli bir sürede gerçekleşmesi, annenin bebeği için isteyerek bu ağrıya göğüs girmesi ve sonucunda bebeğin doğumu ile pozitif bir olayın olması sebebiyle diğer ağrı çeşitlerinden ayrılmaktadır (Ergin ve Kömürcü 2013; Gonzalez 2016).

Fizyolojik sürecin bir parçası olmasına rağmen zor kontrol edilebilen doğum ağrısı, kontrol edilemediği takdirde anne ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu sebep ACOG ve ASA tedavi için doğum ağrısını endikasyon kabul etmektedir (Mamuk ve Davas 2010; Gönenç ve Terzioğlu 2012; ACOG 2017).

Doğum ağrısı doğum eyleminin birinci ve ikinci evrelerinde belirgin olup ilk aşamada visseral, ikinci aşamada ise somatik karakterde hissedilmektedir (Şahin ve Owen 2006).

Doğum ağrısı, kişinin fizyolojisi, psikolojisi ve sosyokültürel ortamı gibi birçok etmenden etkilenmekte olup kişiden kişiye doğum ağrısı algısı farklılık göstermektedir. Kültür yalnızca kişinin ailesini, içerisinde bulunduğu toplum standartlarını ve inançlarını içermemekte sağlık sistemini ve sağlık sisteminin sağlayıcılarını içermektedir. Bu sebeple doğum ağrısını verilen tepkiler kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Mamuk ve Davas 2010; Taşkın 2016).

2.3.1. Doğum Ağrısının Özellikleri

- Fizyolojik bir sürecin parçasıdır.
- Doğum ağrısı pozitif bir hastalığa işaret değildir.
- Doğum ağrısı beklenmekte olup hazırlık için zamanı vardır.
- Belirli bir zaman dilimini içerir.
- Sürekli değil, aralıktır. Dinlenme dönemleri vardır.
- Şiddeti değişkendir (Mamuk ve Davas 2010; Yeşilçiçek Çalık 2010).

2.3.2. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

Doğum eyleminin birinci evresinde visseral karakterde olan ağrı; servikal dilatasyon ve efasmana, uterus kontraksiyonlarıyla oluşan uterustaki hipoksiye, uterusun alt segmenti myometriumda biriken metabolitler sonucunda kas liflerindeki iskemiye ve komşu dokulara olan baskıya bağlı hissedilmektedir (Şahin ve Owen 2006; Raj 2007; Moralar Genç ve diğ. 2011).

Uterus ve serviksin afferent lifleri sempatik sinirler ile gelen delta A ve C lifleridir. Bu lifler uterin ve servikal pleksuslar, inferior, orta, superior ve hipogastrik pleksuslar ve alt torasik sempatik zincirden geçip eylemin ilk başlarında T11 ve T12 sinir uçları düzeyinden eylem ilerledikçe ise T10, T11, T12 ve L1 sinir uçları düzeyinden spinal korda girmektedir. Doğum eyleminin birinci evresinde bu liflerin yakın olduğu bölgeye uygulanan anestezik enjeksiyonu ağrıyı azaltır (Şahin ve Owen 2006; Raj 2007; Moralar Genç ve diğ. 2011; Chu ve diğ. 2017).

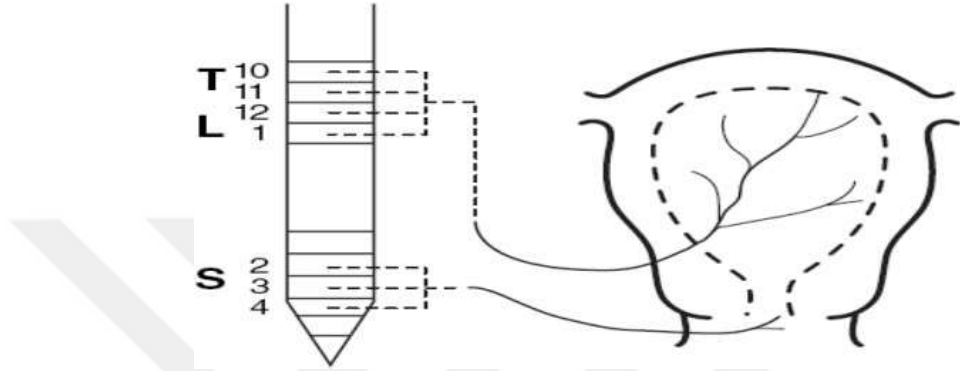
Erken birinci evrede, T11-T12 bölgesinde künt bir ağrı hissedilmekte olup doğum eylemi ilerledikçe ağrı giderek şiddetlenir ve T10-L1 sinirlerle karın, alt bel ve üst sakral bölgeye iletilir. Bu sebeple gebe kadınlar ağrıyı, karın duvarının alt bölgesinde, lumbal bölgenin ve sakrumun üzerinde hisseder. Fetüs başının inişiyle beraber lumbosakral pleksusta meydana gelen bası nedeniyle ağrı belde, bacaklarda ve kalçalarda da hissedilir (Lowe 2002; Moralar ve diğ. 2011).

Perineal ağrının başlaması fetusun pelvik kanalda ilerlediğini ve doğum eyleminin ikinci evresinin başladığını göstermektedir. Doğum eyleminin ikinci evresinde somatik karakterde olan ağrı; vajina ve perinedeki gerilmeye, fetüsün perineye ve çevre dokulara olan basıncına, basınç sonucu oluşan genişlemeye, uterin ligament ve pelvik organlar üzerindeki traksiyona, pelvik taban kaslarının distansiyonuna bağlı hissedilmektedir (Şahin ve Owen 2006; Raj 2007; Moralar Genç ve diğ. 2011).

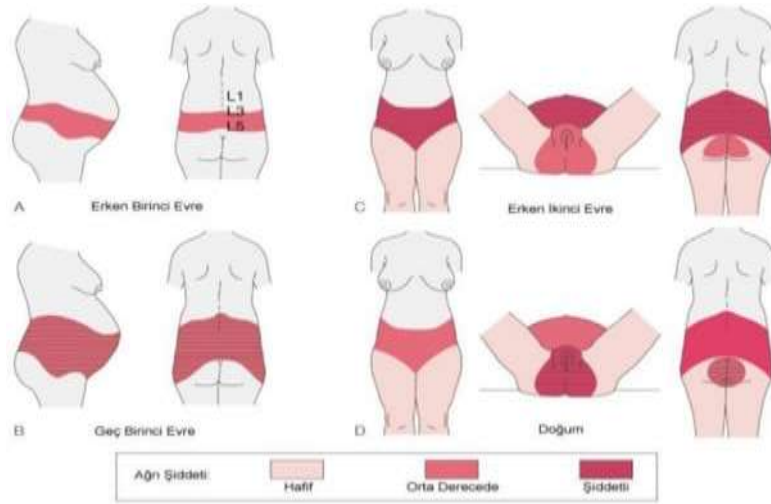
Perinenin motor ve duyuşal lifleri, pudental sinir tarafından S2, S3 ve S4 segmentlerindeki sinir uçlarından spinal korda iletilirler. Spinal kordun bütün seviyelerinden kalkan afferent impulslar beyine ulaşır ve ağrı hissedilir (Öztürk 2006).

Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki ağrı; plasentanın atılması ve aynı zamanda uterusun eski haline ve formuna dönebilmesini sağlamak amacıyla oluşan uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak hissedilmektedir (Mamuk 2017).

Doğumun eyleminin ilk evresinde ağrı iletiminde sempatik sinir sistemi aktif rol alırken, doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sempatik sinir sistemine ek olarak perineden gelen uyarılarla, pudental ve sakral sinirlerin somatik lifleri de rol almaktadır (Şahin ve Owen 2006; Raj 2007; Moralar Genç ve diğ. 2011).



Şekil 2-1: Doğum eyleminin I. ve II. evresinde spinal korda giden ağrı yolları (Özyuvacı 2007)



Şekil 2-2: Doğum eyleminin evrelerine göre hissedilen ağrı şiddeti ve yeri (Lowe 1996)

2.3.3. Doğum Ağrısının Yönetimi ve Kontrolü

Geçmişteki deneyimlerin nasıl hatırlandığı veya doğum eylemindeki ağrıyı nasıl etkilediğini ölçmek zordur. Ancak doğum ağrısı, çoğu gebe için korkutucu aileleri için ise büyük bir kaygı sebebidir. Bu sebeple gebeler bu süreçte bir desteğe ihtiyaç duymaktadır. Doğum ağrısının yönetilmesinde sağlık profesyonelleri olarak gebeye bu süreçte yapılacak uygulamaların niteliği ve etkinliği gebenin ağrı ile uyumlu hale gelmesi noktasında son derece önemlidir (Mamuk ve Davas 2010; Lagrew 2018).

Doğum ağrısı her ne kadar doğal bir sürecin parçası olsa da kontrol altına alınamadığında anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. ACOG ve ASA doğum ağrısını tedavi olunması gereken bir endikasyon olarak kabul etmektedir (Mamuk ve Davas 2010).

Doğum ağrısının kontrolünde iki yöntem belirlenmiş olup bunlar farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerdir. Bu iki yöntemin ortak amacı; kadınların doğum ağrısını azaltmak, ağrı sonucunda çıkan duygusal çıktıları kontrol etmek ya da gebenin duygusal çıktıları kendisinin kontrol edebilmesi sağlamaktır (Mamuk ve Davas 2010).

Doğum ağrısının yönetiminde yalnızca farmakolojik yöntemlere bağlı kalınmayıp güvenli doğum ortamının sağlanması, nitelikli sağlık profesyonelleriyle gebeye destek verilmesi ve gebenin özgüvenini sağlayacak bir yaklaşım sergilenmesi gerekmektedir. Mevcut farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin yararları ve riskleri konusunda gebeye danışmanlık verilerek gebe karar verme sürecinin içerisine dahil edilmelidir. Gebe karar verme sürecine dahil edilmediğinde ise bu süreç sağlık personeli için de daha zor, güçsüz ve bağımlı hale gelmektedir (Simkin ve Bolding 2004; Mamuk ve Davas 2010; Lagrew 2018).

2.3.3.1. Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısını azaltmada veya gidermede kullanılan farmakolojik yöntemler sistemik, bölgesel ve genel anestezi olmak üzere üç bölüme ayrılmaktadır (Demirgöz Bal 2017).

2.3.3.1.1. Sistemik Anestezi

Opioid Analjezikler: Kuvvetli analjezi özelliklerinden dolayı opioidler doğumda sıklıkla kullanılmaktadırlar. Opioidler merkezi sinir sistemin bulunan ağrı reseptörlerine bağlanarak etkisini gösterirler. Doğumda ağrıyı azaltmak amaçlı diamorfin, meptazinol ve pethidin olmak üzere üç sistemik opioid bulunmaktadır. Bu opioidlerin her ne kadar benzer ağrı kesici özellikleri olsa da bir o kadar da yan etkisi mevcuttur. Opioidlerin tamamı plasentayı

geçerek neonatal solunum depresyonu ve sedasyonuna sebep olabilmektedir. Maternal yan etkileri ise mide boşalmasının gecikmesi, bulantı-kusma, baş dönmesi ve hipoventilasyondur. Bu yan etkilere ek olarak yeni doğmuş bebek ilaç etkisi ile uyuyorken ilk emzirme zorlaşabilmekte ve erken dönemde anne sütünün azalmasına yol açabilmektedir (Moralı Genç ve diğ. 2011; Demirgöz Bal 2017).

İnhalasyon Analjezisi; Doğum travayı analjezisinde ilk kullanılan yöntemdir. %50 nitrik oksit ve %50 oksijen karıştırılarak nitronox adı verilen gaz karışımı elde edilmektedir. Bu gaz karışımı en sık kullanılan analjeziktir. Nitrik oksit merkezi sinir sistemindeki nöral ve sinaptik geçişleri engelleyerek çalışmaktadır. Bulantı-kusma veya baş ağrısına neden olabilmektedir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Çelik ve Apilioğulları 2012; Demirgöz Bal 2017).

2.3.3.1.2. Bölgesel Anestezi

Bilinç kaybı olmadan uygulanan anesteziye dir. Ağrısız ya da preses doğum son zamanlarda giderek ön planda olan bölgesel analjezikler, doğum sırasında annenin bilinç kaybı olmadan uyanık kalması, ağrısı olmadan doğuma destek olabilmesi ve bebeğini doğar doğmaz görebilmesi sebebiyle genel anesteziye göre daha çok artısı bulunmakta olup daha çok tercih edilmelerini sağlamıştır (Caton ve diğ. 2002; Varassi ve diğ. 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011).

Bölgesel doğum analjezisi spinal blok, epidural blok, kombine spinal-epidural blok, kaudal blok, paravertebral blok, lomber sempatik blok, pudental sinir bloğu ve perineal infiltrasyon şeklinde uygulanabilmektedir (Caton ve diğ. 2002; Varassi ve diğ. 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008; Ulutaş 2011; Çelik ve Apilioğulları 2012).

Spinal Anestezi: Lokal anesteziğin L3, L4 veya L5 yani subarkanoid boşluğa gelecek şekilde enjekte edilmesi işlemidir. Bu işlemde anestezi madde BOS ile karışır ve omurilik sinirlerinde iletimi inhibe eder. Böylelikle o bölgenin aşağısına doğru bir his kaybı oluşmaktadır. Derin hipotansiyon, yüksek blok oluşturma riski, daha fazla baş ağrısı ve uteroplasental kan akımında düşüşlere daha sık rastlama spinal anestezinin epidural anesteziye göre dezavantajlarıdır. Avantajı ise etkisinin daha hızlı başlaması ve daha kolay yapılmasıdır (Şentürk Yazıcı 2009; Ulutaş 2011).

Epidural Anestezi: Lokal anesteziğin epidural boşluğa enjekte edilmesidir. Doğum eylemin ilk evresinde T10-L1, ikinci evresinde S2-S4 bloğu, sezaryende ise T4'e kadar

segmental analjezi genişletilmelidir. Bölgesel anestezi yöntemlerinden en sık kullanılanıdır. Çünkü doğum eylemi sırasında fizyolojik yanıtları en aza indirdiği için gebenin kooperasyonunu artırmaktadır. Ağrı hissinin ortadan kalkmasıyla maternal stres hormonları ve katekolaminlerin konsantrasyonları azalmakta olup uteroplasental perfüzyona ve uterusun kasılmasına büyük katkı sağlamaktadır (Varassi ve diğ. 2007; Şentürk Yazıcı 2009).

Kombine Spinal-Epidural Anestezi: Bu anestezinde şeklinde ilk olarak epidural aralığa girilir ve sonrasında epidural iğne içerisinden spinal iğne ile subaraknoid boşluğa girilir. Daha sonrasında dura ponksiyonuna lokal anestezi enjekte edilip spinal iğne çekilir ve sonrasında epidural kateter yerleştirilir. Lokal anestezikler ile birlikte opioidlerin kombinasyonu sonucunda analjezi kalitesini artırırken aynı zamanda her iki ilacın dozunu da azaltmaktadır. Böylelikle her iki ilacın yan etkisi de azalmaktadır. Kombine spinal-epidural anestezinin en büyük avantajı etkisinin hızlıca başlaması ve gebenin hareketini kısıtlamamasıdır (Varassi ve diğ. 2007; Kömürcü ve Berkiten 2008; Moralar Genç ve diğ. 2011; Kömürcü 2013; Demirgöz Bal 2017).

Perinenin Lokal İnfiltrasyonu: Epizyotomi sırasında, doğum eylemi sonrasında kadının vajinal bölgesinde oluşan laserasyonda veya vajinal bölgeye herhangi bir işlem yapılacaksa tercih edilen bölgesel anestezidir (Demirgöz Bal 2017).

Pudendal Blok: Doğum eyleminin ikinci evresinde daha çok epizyotomi uygulamasında kullanılmaktadır. Vakum, forseps gibi müdahaleli doğumlarda ya da doğum sonrası oluşan laserasyonda da uygulanmaktadır. Vajinal doğumlarda çok tercih edilen basit güvenilir bir anestezi türüdür (Şentürk Yazıcı 2009; Demirgöz Bal 2017).

Paraservikal Blok: Doğum eyleminin aktif fazında kullanılmakta olup fetal bradikardi, fetal asidoza sebep olduğu için günümüzde daha az uygulanmaktadır. Uterus kasılması ile oluşan ağrının azaltılmasında başarılı iken pelvik taban gerilmesiyle ortaya çıkan ağrının giderilmesinde etkisizdir. En büyük dezavantajı kısa sürelidir, sık tekrar edilmelidir (Şentürk Yazıcı 2009; Demirgöz Bal 2017).

2.3.3.1.3. Genel Anestezi

Genel anestezi, bölgesel anestezinin kişi tarafından reddedildiği veya kişi için kontrendike olduğunda ve doğumun hızlı bir şekilde sonlandırılmasına gerektiğinde uygulanmaktadır. Genel anestezi sezaryen doğumlarda sıklıkla kullanılan yöntem olmasına

rağmen komplikasyon yönünden birçok soruna neden olmakta ve komplikasyonlarının bölgesel anesteziye göre 17 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir(Lynch ve Scholz 2005).

2.3.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısını azaltmada veya gidermede kullanılan farmakolojik yöntemler gevşeme, zihinsel/mental uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere toplam dört ayrı bölümden oluşmaktadır (Avcıbay ve Alan 2011).

Gevşeme	Mental Uyarılma	Tensel Uyarılma	Solunum Teknikleri
-Biofeedback -Hareket/Pozisyon -Hipnoz -Akupunktur -Akupress -Müzik -Sofroloji -Haptonomi -Ses Çıkarma	-Odaklanma -Dikkat Dağıtma -Hayal Kurma	-TENS -Intradermal Sıvı Enjeksiyonu -Yüzeysel Soğuk Sıcak Uygulama -Hidroterapi- Banyo/Duş -Masaj -Aromaterapi	-Dick Read -Lamaze

Şekil 2-3: Nonfarmakolojik yöntemlerin sınıflandırılması (Acıbay ve Alan 2011)

2.3.3.2.1. Gevşeme Teknikleri

Doğum eylemi sürecinde gevşeme; uterus kan akışını hızlandırıp fetal oksijenlenmeyi sağladığı ve uterus kontraksiyonlarının etkinliğini arttırıp ağrısı sırasında gerginliği azaltarak iletişimi kolaylaştırdığı için çok önemlidir (Bonapace 2018).

Gevşeme teknikleri, nonfarmakolojik yöntemlerinin temelini oluşturmakta olup tüm tekniklerin kullanımı için de gereklidir. Bu teknikler ile doğum eylemi sürecindeki kadınların korku ve anksiyete düzeylerine etki etmekte ve ağrı düzeyleri azaltılmaktadır (Gönenç 2013; Bonapace 2018).

Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback): Biyolojik geri bildirim, doğum eylemi sürecinde kullanılan bir gevşeme tekniği olup kişinin kendi bedeni üzerinde ağrıya yanıt olarak gerçekleşen fiziksel ve fizyolojik değişiklikleri (kalp tepe atımı, kalp basıncı, servikal dilatasyon, kontraksiyonlar vb.) kontrol edebilme teorisidir. Bu teorisinin etki mekanizmasını kapı kontrol teorisi oluşturmaktadır (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay ve Alan 2011).

Doğum eylemi sürecinde yaşanan fiziksel ve fizyolojik değişiklikler (kalp tepe atımı, kalp basıncı, servikal dilatasyon, kontraksiyonlar vb.) hakkında gebeye bilgi verilerek doğum ağrısı sırasında bu bilgiler gebeden geri istenir. Böylelikle gebenin kendi bedenine ilgi duyması sağlanarak dikkat farklı bir noktaya çekilmekte ve ağrının daha az algılanması sağlanmaktadır (Öztürk 2006; Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay ve Alan 2011).

Hareket ve Pozisyon: Hareket ve pozisyon değişikliği doğum ağrıları ile uyumlanmada kullanılan bir teknik olup uygulanan hareket ve pozisyon zamana ve kültüre göre değişiklik göstermektedir. Doğum eylemi sürecindeki kadın geçmişten günümüze kendiliğinden yürüyüş yapmış, hareket etmiş, pozisyon değiştirmiştir (Avcıbay ve Alan 2011; Serçekuş 2012; Başkaya 2018).

En sık kullanılan hareket ve pozisyonlar; ayakta dikey durma, yürüme, gezinme, oturma, yarı oturma, ritmik dans etme, partnerine, yatağa, sandalyeye, doğum topuna ya da herhangi bir şeye doğru eğilme, çömelme, el-diz ve diz-göğüs pozisyonudur (Avcıbay 2011; Rathfisch 2012; Serçekuş 2012; Başkaya 2018).

Hareket ve pozisyon özgürlüğü kadınların bel, sırt ağrılarını hafifletmekte fetüsün rotasyon ve inişini kolaylaştırmakta ve travay süresini kısaltmaktadır (Serçekuş 2012; Başkaya 2018).

Hipnoz: Konsantrasyon gerektiren derin fiziksel gevşeme durumudur. Hipnoz altındaki kişi, dışarıdan gelen uyaranlara karşı duyarsız iken hipnozu yapan kişiye karşı bir uyanıklık içerisinde. Hipnozu yapan kişiyi dinlemekte, algılamakta, yargılamakta ve hatta yanıt vermektedir. Bu nedenle hipnoz bir uyku hali değildir (Simkin ve Bolding 2004; Öztürk 2006; Mamuk ve Davas 2010; Yeşilçiçek Çalık 2010).

Doğum eylemi sürecinde gebe trans hale gelmekte ve bu halini doğum eylemi tamamlanana kadar sürdürmektedir. Gebenin ağrısı doğum eylemi sürecinde devam etmekte fakat gebenin ağrısı algılamasında farklılıklar olmaktadır. Diğer bir ifade ile gebe ağrısı algılamakta fakat canı yanmamaktadır. Gebeye hipnoz hali boyunca terapötik önerilerde bulunarak, korku ve kaygıyı azaltmasına odaklanılmaktadır. Bu sebeple doğumun ilk evresi kısaltmakta ve gebeye olumlu doğum deneyimi sağlamaktadır (Simkin ve Bolding 2004; Tournaire, Theau-Yonneau 2007; Öztürk 2006; Mamuk 2008; Yeşilçiçek Çalık 2010; Yılmaz 2019).

Akupunktur: Vücudun belli bölgelerindeki noktalara bu işlemde özel olarak kullanılan ince iğneler batırılmaktadır. Akupunkturun amacı iğne batırılan bölgede biriken enerji yoğunluğunun dağıtılması esasına dayanmakta olup bölgedeki enerji akışını engellemekte ve de oluşan ağrıyı azaltmaktadır. Etki mekanizmasına bakıldığında ise iki teori ileri sürülmektedir. İlk teoriye göre iğne batırılması ile kapı kontrol mekanizması aktive olarak spinal korda ulaşan ağrı uyaranlarını bloke etmektedir. İkinci teori ise iğne batırılan bölgede nörotransmitör konsantrasyonu değiştirmekte ve endorfin miktarını arttırmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Kömürcü 2014; Beji 2015; Demirgöz Bal 2017).

Eğitimli ve bu konuda sertifikalı bir kişi tarafından akupunktur uygulaması yapılmalıdır. Özel bir ekip gerektirmesi ve pahalı olması akupunkturun dezavantajlarındadır (Mamuk ve Davas 2010; Demirgöz Bal 2017).

Akupresür: Akupresür (Shiatsu), *shi* (parmak) ve *atsu* (basınç-pres) kelimelerinden oluşmakta olup sözcük anlamı olarak “parmak basısı” anlamına gelmektedir (Akgün 2019). Vücudumuzda enerjinin dolaşmasını sağlayan meridyenler bulunmaktadır. Bu meridyenler enerjinin geri yüklenmesi ve dengelenmesini sağlamaktadır. Vücudun belli bölgelerindeki noktalara bası uygulanarak enerji yoğunluğu dağıtılarak kişinin rahatlatılması sağlanmaktadır. İğnesiz akupunktur olarak da bilinmekte olup bası için genellikle herhangi bir alet, eller veya parmaklar kullanılmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Avcıbay ve Alan 2011; Beji 2015; Demirgöz Bal 2017).

Akupunktura alternatif olarak invazif olmaması, uygulanması kolay ve ucuz olması sebebi ile güvenli ve etkilidir. Akupunktur noktalarına el veya parmakların yanı sıra top, havlu, tarak, buz kesesi, küçük boncuklar, bilyeler, akupresür bandı vb. materyallerle bası uygulanarak da gerçekleştirilebilmektedir (Lee ve diğ. 2011; Avcıbay ve Alan 2011; Gönenç 2013; Kömürcü 2013; Akgün 2019).

Akupresür genellikle ağrı yönetiminde kullanılmaktadır (Ahmedov 2015; Akgün 2019). Ağrı yönetiminde, ağrıyla bağlantılı organ, komşu organlar ve bu organlarla bağlantılı meridyenler üzerindeki noktalar belirlenmektedir (Ahmedov 2015; Akgün 2019). Semptoma ait belirlenen nokta semptomu engellemek için beyindeki ilişkili korteksleri uyatarak etki göstermektedir (Chae ve diğ. 2013). Aynı zamanda akupresürün ağrı yönetiminde, endojen endorfin ve seratonin nörotransmitterlerinde de rol aldığı bilinmektedir. Ağrıyla ilişkili noktalara uygulanan bası, beyin aktivitesini izleyerek opioid, endojen endorfin ve seratonin

nörotransmitterlerinin salınımını arttırmaktadır (Pritchard 2013; Chen ve Wang 2014; Akgün 2019).

Menstrüasyon, doğum ve doğum sonu dönemdeki ağrının yönetiminde GB21, LI4, SP6, BL67 ve BL32 ve olmak üzere farklı noktaların kullanıldığı bilinmektedir (Kordi ve diğ. 2011; Pritchard 2013; Ozgoli ve diğ. 2015; Akbarzadeh ve diğ. 2015; Blödt ve diğ. 2018; Akgün 2019). Konuya dair yapılan çalışmalar incelendiğinde Mollart ve diğ. (2015)'in yaptığı sistematik derlemede, yüksek kalitedeki araştırmaların genelinde LI4 ve SP6 ve noktalarının diğer akupresür noktalara göre uterus ile bağlantılı doğum ağrısının yönetiminde daha etkin olduğu bildirilmiştir (Mollart ve diğ. 2015).

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farklı akupresür uygulaması noktaları bulunmaktadır. Ele uygulanan akupresür noktalarına bakıldığında bu noktalardan biri “hand points” olarak bilinmekte olup yer olarak da el parmaklarının avuç içiyle birleştiği bölgedir. Hand points noktasını uyarmak için avuç içine tarak gibi bir cisim alınarak bası uygulanması gerekmektedir. Bası sonucunda endorfin salınımını artmakta ve doğum ağrısının azaldığı bilinmektedir. Elde bulunan diğer bir nokta ise Hoko veya LI4 olarak bilinen, elin başparmağı ile işaret parmağının arasında bulunan noktadır. Bu noktalara bası uygulaması her kontraksiyon geldiğinde uygulanmakta ve her ele 20 dakika olmak üzere devam etmektedir. Bu uygulamaların doğum ağrısını azalttığı sonuçlarına ulaşılmıştır (Başer 2015; Beji 2015; Mamuk ve Davas 2010; Topçu ve Dişsiz 2018; <http://acupuncture.rhizome.net.nz/acupressure> Erişim tarihi: 20.06.2020).

Yeşilçiçek Çalık ve Kömürcü'nün 2010 yılında yapmış olduğu bir çalışmada akupresür uygulanan gebelerin çoğunun diğerlerine göre daha olumlu bir doğum deneyimi yaşadığı, doğumu algılamalarının daha pozitif olduğu ve akupresür uygulamasından oldukça memnun kaldıklarını (%78) bildirilmişlerdir (Yeşilçiçek Çalık ve Kömürcü 2014).

Müzik: Müzik, belirli ritm veya melodi gibi organize bileşenleri içererek kişiler üzerinde güçlü bir etki yaratan işitsel bir uyarandır. Müzik terapi uygulamasının düşük maliyetli olması, invaziv bir işlem olmadığı için yan etkilerinin olmaması ve basit uygulanması sebebi ile fiziksel, psikolojik ve emosyonel iyileşmede kullanılan bir tekniktir (Dinç Kaya ve diğ. 2021; Kılıç ve Gürkan 2021).

Gebelikte müzik terapi uygulaması ile gebenin bedeninde hissettiği negatif duygular nötralize edilmekte, stres düzeyini arttırılmakta, gebelikte oluşan kaygı ve anksiyete azaltılmaktadır. Temeli kapı kontrol teorisine dayanan müzik terapi ile doğum ağrısının daha az algılanmasına büyük oranda yardımcı olmakta ve maternal ve fetal bağlanma artmaktadır (Çetin ve diğ. 2017; Dinç Kaya ve diğ. 2021; Kılıç ve Gürkan 2021).

Sofroloji: Kişiye nefes, gevşeme, konsantrasyon, kendi kendine telkin tekniklerini öğreten bir öğretim yoludur. Bu teknik ile beraber kişi kendi kapasitesiyle iletişime geçmekte ve kendi kapasitesine ulaşmaktadır. Hipnoz, telkin, meditasyon ve gevşeme teknikleri kapsayan bir alandır (Tournaire ve Theau 2007; Avcıbay ve Alan 2011).

Haptonomi: Dokunma ve hissetmenin bilimidir. İnsanlar arasındaki emosyonel ilişkiyi ve etkileşimi konu olarak ele almaktadır. Haptonomiyi uygulayan ebeveynler ile anne karnındaki bebekleri arasında dokunmayla kurulacak bağ, doğum eylemi sürecinin hızlanmasını ve doğumun daha kolay olacağı düşünülmektedir (Tournaire ve Theau 2007; Avcıbay ve Alan 2011).

Ses Çıkarma: Doğum eylemi sürecinde ses çıkarmak veya inlemek ağrıyı hafifletmek amacıyla kullanılan gevşeme tekniklerinden birisidir. Gebeler doğum eylemi sürecinde sese karşı duyarlıdır ve bu süreç içerisinde zorlandıkları zamanlarda ses çıkararak veya inleyerek rahatlamaya çalışmaktadırlar. Doğum eylemi sürecinde bağırarak, inlemek, ağlamak, gülmek, kahkaha atmak ya da çığlık atmak gebenin kendisini serbest bırakmasını sağlayabilmektedir (Liu 2010; Avcıbay ve Alan 2011; Rathfisch 2012)

Gebenin ses çıkarması daha çok bağırma, inleme, figan etme, mırıldanma vb. gibi olup ritmik şekilde tekrar etmektedir. Bu durum gebenin doğum ağrısından korktuğu için bu şekilde davranması anlamına gelmemektedir. Bu davranış sanılanın tam aksine gebenin kendi bedenine dikkatini yönelterek enerjisi sesli yollarla dışarı vermesidir (Avcıbay ve Alan 2011; Rathfisch 2012).

2.3.3.2.2. Zihinsel/Mental Uyarılma Teknikleri

Zihinsel/mental uyarılma teknikleri ile gebenin düşüncelerini ve o andaki dikkatini başka uyaranlara doğru çekmesi amaçlanmaktadır. Bu teknik sakin bir hayal kurma ortamı sağlamakta gevşemeye ve rahatlamaya yardımcı olmaktadır (Karaman 2017).

Hayal Kurma: Dikkatin ağrı dışında başka bir yöne çekilerek odaklanma sağlanmaktadır. Eğer bir gebe hayal kurabilmiş, o hayalde kaybolabilmiş ve gevşemeyi sağlayabilmiş ise her bir uterus kontraksiyonunda kendi hayaline yoğunlaşabilir ve bu hayali uzun süre sürdürebilir. Bu sayede gebe doğum ağrısı algısını azaltmakta doğum ağrısı eşiğini ise yükseltmektedir. Doğumhanede çalışan sağlık profesyoneli travaydaki gebeye hayal kurma tekniği ile gebeye doğum sürecinde her uterus kontraksiyonunda serviksin dilate olduğunu ve ıkınmasıyla bebeğin aşağıya doğru indiğini hayalinde canlandırma sağlayarak yardımcı olabilir (Mucuk 2010; Hamlacı 2013; Yıldırım 2014; Karaman 2017).

Dikkatini Odaklama/Dikkatini Dağıtma:

Doğum eylemi sürecinde özellikle uterus kontraksiyonunda dikkati dağıtarak tamamen yok etmez ancak ağrıyla baş edilmesini sağlayabilmektedir. Gebenin ağrı eşiği yükselmekte algıladığı ağrı şiddeti ise azalmaktadır (Kömürcü ve Berkiten 2008; Hamlacı 2013; Yıldırım 2014).

Küçük objeler dikkati odaklama yönteminde kullanılabilen bebek, çocuk veya hayvan resimleri, oyuncaklar, biblolar odak noktası olabilmektedir. Gebeler evden getirdikleri bebeklerine ait eşyayı odak nokta olarak kullanabilirler (Hamlacı 2013; Yıldırım 2014).

2.3.3.2.3. Tensel Uyarılma Teknikleri

Bir kişiye dokunma duygusu ile o kişiye değer vermek, güven vermek, önemsemek, sevgi göstermek vb. gibi mesaj iletilimi yapılmaktadır. Sağlık sektöründe iyileştirmeleri arttırmak amacıyla bedenin yumuşak dokuları bilinçli ve sistematik bir şekilde manipüle edilmesi ile o kişi ağrı sürecinde rahatlatılmakta ve de ağrı algısı azaltılmaktadır (Kömürcü 2014).

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, TENS): Derinin titreşim ve şiddeti değişebilen düşük voltajlı elektrik uyarımları yayan bir elektrot ile uyarılmasıdır. TENS ağrı uyarımlarının geçişini inhibe ederek endorfinlerin ve encefalinlerin salınımını uyarmakta ve de bu sayede ağrı kontrolünü sağlamaktadır. TENS'in etki mekanizması üzerine en çok kabul edilen teoriler kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisidir (Mamuk ve Davas 2010; Avcıbay ve Alan 2011; Kömürcü 2014).

Doğum eylemi sürecinde doğum ağrısını azaltmak amacıyla kullanılmakta olup noninvaziv bir işlemdir Gebelikte iki elektrot kullanılmakta olup bunlardan birincisi doğumun ilk evresinde sırttaki T10-L1 seviyesine, ikinci ise doğumun ikinci evresinde S2-S4 seviyesine yerleştirilmektedir. Elektrik stimülasyonunun yoğunluğu ve süresi ise ağrıyı optimize etmek

amacıyla gebeye verilen bir kontrol kumandasıyla değiştirilebilmektedir (Mamuk ve Davas 2010; Kömürcü 2014).

Intradermal Steril Su Enjeksiyonu (İSSE): Doğum eylemi sürecindeki bel ağrılarını azaltmak amacıyla kullanılan bir tekniktir. Posterior superior iliak spina üzerine dört ayrı noktaya 0,05-0,1 ml steril su enjeksiyonu uygulanması işlemidir. İlk önce iki intradermal enjeksiyon her biri birini olmak üzere posterior superior iliak spinalar üzerine uygulanır daha sonra diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin 3 cm aşağı ve 1 cm medialine doğru uygulanmaktadır. Enjekte edilen steril su sinir uçlarını uyararak ağrı hislerini inhibe etmektedir (Yılar 2014; Yılar 2016; Fouly ve diğ. 2018; Martensson ve diğ. 2018; Lee ve diğ. 2019).

ISSE tekniğinin maternal ve neonatal sağlığına olumsuz bir etkisinin olmaması, eğitilmiş ebeler tarafından uygulanabilmesi, teknik açıdan bakıldığında zor bir işlem olmaması ve ucuz olması en önemli avantajlarından. Etki süresinin kısa olması sebebiyle tekrar tekrar işlem gerektirmesi, sadece bel ağrısında etkili olması ve enjeksiyon işlemi yapılırken iğne batma ağrısının hissedilmesi ise bu tekniğin dezavantajlarından (Mamuk ve Davas 2010; Yılar 2014; Yılar 2016).

Sıcak - Soğuk Uygulama: Doğum eylemi sürecinde sıcak uygulama iskemi ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkarak vazodilatasyon etkisi ile doğum ağrılarını azaltabilmektedir. Vazodilatasyon etkisi ile kan dolaşımını arttırmakta ve de bu sayede impulsları stimüle etmekte olan hücre metabolitlerinin eliminasyonunu sağlamaktadır. Isı reseptörleri tarafından ağrıyı azaltan refleksleri harekete geçirmekte ve böylece kas spazmında ve kas spazmına bağlı ağrıda azalmalar olmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Çalışkan 2012; Kömürcü 2013; Ganji 2013; Başer 2015).

Sıcak uygulama doğum eylemi sürecinde daha çok bel ağrılarını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır. Sıcak uygulama yaparken ısıtılmış kompres, sıcak su şişesi, cam bilye, termofor, ped (hot pack) gibi çeşitli materyaller kullanılabilmekte olup daha çok gebenin sırtına, beline, alt karnına, kasığına veya perine bölgesine uygulanmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Çalışkan 2012; Ganji 2013; Kömürcü 2013; Smith 2018).

Doğum eylemi sürecinde soğuk uygulama kalın çaplı sinir liflerinin uyarılması sağlayarak derinin duyarlılığını azaltmakta ve bunun sonucunda da doğum ağrılarının hafiflemesini sağlamaktadır. Soğuk uygulama ile kas spazmı, inflamasyon ve ödem azalmaktadır. Ağrıyı azaltmak için soğuk uygulamanın lokal etkisinden faydalanılmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Ganji 2013; Kömürcü 2013; Başer 2015)

Soğuk uygulama doğum eylemi sürecinde daha çok sırt, bel, göğüs, yüz, kol ve el bölgelerine uygulanabilmekte olup bu uygulamayı yaparken buzla dolu poşet, buz topu, buzlu şişe, soğutulmuş metal kap, soğuk havlu, soğuk ped (cold pack) gibi çeşitli materyaller kullanılabilir (Mamuk ve Davas 2010; Kazan 2011; Kömürcü 2013).

Hidroterapi: Doğum eylemi sürecinde suyun kullanımı ağrıların giderilmesi ve rahatlamayı sağlamaktadır. Vücudun belli bir kısmına veya tamamına uygulanabilmektedir. Başlıca hidroterapi yöntemleri oturma banyosu, buhar banyosu, sıcak veya soğuk kompres ve buz uygulamalarını kapsamaktadır. Küvet ya da masajlı, buharlı banyonun yanı sıra duş şeklinde de hidroterapi yapılabilir (Kömürcü 2014; Beji 2015; Yılar 2016; Demirgöz Bal 2017).

Özellikle ılık suya girmek gebenin doğum ağrısını algılaması üzerinde etki göstermektedir. Gebe karnını kapatacak şekilde ılık suya dalarak gevşemesini sağlamak, doğum ağrısını azaltmakta ve de doğum sürecini ilerletmektedir. Çünkü ılık su endorfin salınımını uyarmakta, kas gerginliğini azaltmakta ve kasları gevşetmektedir (Kömürcü 2014; Beji 2015; Yılar 2016; Demirgöz Bal 2017).

Masaj: Bedenin yumuşak dokularına sistematik bir şekilde el ile yapılan işlemdir. Ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak, kas spazmını gidermek, rahatlamayı sağlamak gibi bir çok faydası bulunmaktadır. Masajın etki mekanizması kapı kontrol ve endorfin teorisine dayanmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Eti Aslan, 2014; Demirgöz Bal, Dereli Yılmaz, 2017).

Masaj klasik masaj ve özel teknikli masaj (swedish masaj, thai masajı, spor masajı vb.) olmak üzere iki başlıkta incelenmektedir. Masaj içerisinde kullanılan efloraj, petrisaj, friksiyon, vibrasyon ve tapotman olmak üzere beş masaj hareketi bulunmaktadır (Başer 2015).

Doğum eylemi sürecinde masaj kişiye bağlı bir durum olup herhangi bir uygulama rutini bulunmamaktadır. Gebe kendisini iyi hissettiren masaj çeşidini kendisi belirlemelidir. Bu masajlar içerisinde yüz, omuz, boyun, bel, abdomen, alt ekstremiteler, endorfin ve sakral bası masajı bulunmaktadır (Mamuk ve Davas 2010; Topçu ve Dişsiz, 2018). Doğum eyleminde sürecinde yapılan masaj, doğum süreci ile baş etmeye yardımcı olmakta, gebelerin kontrol duygusunu arttırmakta ve dikkati ağrıdan başka yöne çekerek doğum ağrısını azaltmaktadır (Silva 2013; Ganji 2015; Smith 2018; Rajiani 2019).

Aromaterapi: Bitkisel kaynakların tedavi edici özelliklerinden yararlanabilmek amacıyla bitkilerden çıkarılıp damıtılan yüksek konsantrasyonlu uçucu yağların veya kokuların

kullanılması işlemidir (Kömürcü ve Berkiten 2008; Avcıbay ve Alan 2011; Amanak ve diğ. 2013; Yılar Erkek ve Pasinlioğlu 2016).

Aromaterapide 60 çeşitten fazla bitkiden yararlanılmakta olup lavanta yağı, gül yağı, zeytinyağı, sardunya, ada çayı, yasemin, sandal ağacı, okaliptüs ve çeşitli tütsüler en çok bilinen aromatik bitkilerdendir (Kömürcü ve Berkiten 2008).

Uçucu yağların vücudun kendi sakinleştirici, uyarıcı ve rahatlatıcı nörotransmitterlerini arttığı düşünülmektedir. Yağlar ile deriye masaj yapılabilir. Buharlı infüzyon veya inhalasyon yoluyla da kullanılabilir (Simkin ve Boldig 2004; Khorshid ve Yapucu 2005; Tournaire ve Yonneau 2007). Aromatik ajanların banyo suyuna eklenmesi, masaj ile birlikte kullanılması, tütsü olarak yakılması, inhaler olarak kullanılması, kompresleme yapılması çeşitli kullanım şekillerindendir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Avcıbay ve Alan 2011; Amanak ve diğ. 2013; Yılar Erkek ve Pasinlioğlu 2016).

2.3.3.2.4. Solunum Teknikleri

Doğru kullanıldığı zaman kadının ağrı eşiğini yükselterek ağrıyı daha az algılamasını sağlamakta, gevşeyip rahatlamasına yardımcı olmakta, ve uteroplasental dolaşımı rahatlatarak doğum ağrısıyla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır. Doğum ağrısıyla baş etmede bir çok geliştirilmiş model bulunmakta en çok kullanılan solunum teknikleri Dick Read ve Lamaze'dir (Karabulutlu 2014).

Dick Read Metodu: İngiliz kadın doğum hekimi olan Grantly Dick Read, gebelik ve doğum eylemini “*anneliği tüm deneyimlerin ötesinde güzel ve ağrısız bir doğum*” olarak tanımlamıştır. Read, doğum ağrısının nedeninin korku olduğunu ve bu metod ile “korku-gerilim- ağrı” zincirinin eğitim yolu ile yok edileceğini söylemektedir. Doğumun anatomisi ve fizyolojisi, relaksasyon teknikleri, solunum teknikleri, egzersiz hareketleri ve hijyene ilişkin gebenin eğitilmesini amaçlamaktadır (Dinç ve diğ. 2014; Karabulutlu 2014).

Lamaze Metodu: Fernand Lamaze tarafından geliştirilen bu metod gebenin bağırması veya kontrolü yitirmesi yerine kontrollü bir şekilde solunum modelleri ile birlikte uterus kasılmalarını taklit etmeye yönlendirmektedir. Gebe her bir uterus kontraksiyonu başlangıcında derin bir nefes alır ve kontraksiyon boyunca hızlı ve yüzeysel nefesler almaya devam etmektedir. Gebe düşüncelerini herhangi bir şeye odaklamaya aynı zamanda kas gevşemesine yoğunlaşmaya çalışmaktadır. Solunum teknikleri hakkında gebe bilgi verilerek gebenin uygulaması sağlanmaktadır. Bu sayede anksiyete, korku ve ağrının azaltılacaktır. Bu sürecin en

ideal zamanı gebenin iletişiminin dışarıya dmnük olduğu latent fazdır (Dinç ve diğ. 2014; Karabulutlu 2014).

Lamaze Solunum Tekniğı ilk düzey (normal solunum), ikinci düzey (yavaş-derin göğüs solunumu), üçüncü düzey (hızlı-yüzeyel göğüs solunumu) ve dördüncü düzey (üfleme-abdominal solunum) olmak üzere dört aşamada gerçekleşmektedir (Karabulutlu 2014).

2.4. DOĞUM DENEYİMİ

Doğum ve doğum eylemi süreci bir kadının hayatında yaşadığı en muazzam deneyimlerden birisi olduğu gibi anneliğe geçişin de gerçekleştiğı fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin yer aldığı bir deneyimdir (Karaçam ve Akyüz 2011). Bu doğrultuda doğum eylemi sürecinin sağlıklı ve bir o kadar da doyurucu bir deneyim olarak hatırlanması için nitelikli bir bakım almasının gerekliliğı ortaya çıkmaktadır (Karaman ve Yıldız 2018; WHO 2018b).

Bu bakımı sağlayan kişi olan ebe ve hemşirelere büyük bir yük düşmektedir. Ebeler, kadınların doğumlarındaki anksiyete ve korkularını azaltmalı, onları doğum eylemi sürecine hazırlamalı ve olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamalıdır. Kadının doğum öncesi ve doğum konusundaki bilgileri değerlendirilerek doğum ağrısıyla baş edebilmesi adına her kadına özgü bir bakım planı yapılmalıdır. Ebeler ve hemşireler kadınlara fiziksel, duygusal, psikolojik açıdan her türlü bilgiyi vermeli, kadının aklında soru işareti kalmaması adına kadının soru sormasını desteklemeli ve doğum eylemi sürecinde savunucu rolünü kullanarak kadını hakkını savunmalıdır. Doğum destekçisi olan sağlık profesyonelleri, kadına yardım ederek gereksinimlerini karşılama, benlik saygısını artırma, konforu sağlama ve olumlu doğum deneyimi yaşamasını sağlamaktadırlar (Karaçam ve Akyüz 2011; Kömürcü 2013; İpek 2014; Soriano-Vidalve diğ. 2016; Türkmen 2017).

Doğum deneyimi travay sürecinde olan bir gebenin geçirdiğı bu süreci ne derece olumlu yönde algıladığı ile alakalıdır. Doğum ağrısı çekmek, doğumda sosyal destek görmek gibi birtakım parametreler doğum deneyimini etkilemektedir. Olumlu bir doğum deneyiminin en önemli göstergesi ise doğuma ilişkin memnuniyettir. Gebenin doğumuna ilişkin memnuniyetini yüksek tutmak için doğum eylemi sürecinde kadına destek olunmalı, konforu artırılmalı ve özellikle doğum ağrısıyla başa çıkmaya çalışı kadına yardımcı olunmalıdır (Kömürcü 2013; Soriano-Vidal ve diğ. 2016).

Gebeler olumlu doğum deneyimlerinin yanı sıra olumsuz doğum deneyimleri de algılayabilmektedir bunun nedenlerinden birisi doğum beklentilerinin karşılanmaması sonucu hissettikleri hayal kırıklığı duygusudur. Doğumda yaşanan hayal kırıklığına bağlı olarak gebenin doğuma ilişkin yüklediği anlamın olumsuzluğuna, vajinal doğum istemeyerek sezeryana talebin artmasına sebep olmaktadır (Aslan ve Okumuş 2017; Müslüman 2021). Kadın sağlığı ve Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireliği Birliği (Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses, AWHONN) kadına bakım veren kişilerin sürekli doğum desteği sağlamaları durumunda, farmakolojik yöntem kullanımının daha az olduğunu, sezaryen oranının azaldığını ve kadınların doğumlarına ait doğum deneyimi memnuniyet düzeyinin arttığını belirtmiştir (AWHONN 2016).

Doğum yapan kadınların doğumlarına ilişkin doğum deneyimine ait görüşlerin bildirildiği sistematik bir derlemede kadınların çoğunluğunun ilk olarak olumlu bir doğum deneyimlemek istediği bildirilmiştir (Downe ve diğ. 2018). Doğum deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden biri doğumda algılanan ağrıdır. Rosseland ve diğ. (2020)'ın yaptığı çalışmada doğum deneyiminin, doğumda yaşanan ağrı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Rosseland ve diğ. 2020). Doğum ağrısının yönetiminde, doğum eylemi sürecinde uygulanan birçok nonfarmakolojik yöntem, sadece algılanan doğum ağrısının azaltılmasının yanı sıra doğum desteğinin duygusal ve psikososyal boyutlarını geliştirerek olumlu doğum deneyimi oluşturmaktadır (Kaçar 2020).

3. YÖNTEM

Çalışmanın bu bölümü araştırma yöntemine ilişkin hususları içermektedir. Öncelikle araştırmanın amacı ve kapsamına dair bilgilere yer verilmiş olup araştırmanın hipotezleri, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın ölçekleri de bu kısımda yer almıştır. Son olarak da araştırmanın veri analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlere yer verilmiş ve araştırmanın sınırlılıklarına ilişkin açıklamalar yapılmıştır.

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ VE AMACI

Araştırma randomize kontrollü, deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın amacı doğum eyleminin birinci evresinde avuç içerisine uygulanan eksternal baskı uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirlemektir.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ZAMANI

Araştırma İstanbul ili Üsküdar ilçesinde bulunan T.C. S. B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 30.04.2020 - 30.06.2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya ilişkin uygulamalar hastanenin doğumhane birimindeki travay-doğum-lohusa (TDL) odalarında gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER ÖZELLİKLERİ

Araştırma İstanbul ili Üsküdar ilçesinde bulunan T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Doğumhane Biriminde yapılmıştır.

Adı geçen hastane kurulduğu 1862 yılından beri hizmet sunmaya devam etmekte olup güçlendirme ve renovasyon faaliyetleri ile Aralık 2017 tarihinde 352 yatak kapasitesine ulaşmıştır. Bir dal hastanesi olmasının yanı sıra İstanbul ili Anadolu yakasının en büyük kadın hastalıkları ve doğum hastanesidir. Eğitim Araştırma Hastanesi olması nedeniyle de İstanbul'da her sosyo-ekonomik düzeyde her kültürel kesime hizmet etmektedir.

Hastane üç bloktan oluşmakta olup doğumhane birimi B blok 1. katta yer almaktadır. Doğumhane içerisinde dört yataktan oluşan bir yakın gözlem odası, 11 TDL odası, ameliyathane ve yenidoğan bebek odası yer almaktadır. TDL odaları tek kişilik olup içerisinde

dönüştürülebiri yatak (hem hasta yatağı hem de jinekolojik doğum yatağı), doğum masası, pilates topu, televizyon, buzdolabı, refakatçi yatağı olabilen koltuk, banyo, lavabo, giysi dolabı, yenidoğan için radyant ısıtıcı ve canlandırma gereksinimi için ise gerekli ekipman donanımı bulunmaktadır. Doğumhane birimi içerisinde her daim ulaşılabilir defibrilatör cihazı, nonstress test cihazları, ultrasonografi cihazları, vakum aspiratörleri, seyyar oksijen tüpleri, yenidoğan için transport küvözleri, yetişkin ve yenidoğan için ayrı acil masaları mevcuttur.

Kadın doğum acilden veya poliklinikten yatışı yapılan gebeler doğumhaneye alınarak tüm travay-doğum-lohusa süresince doğumhanede takip edilmektedir. Doğumhaneye kabul edilen gebe, ebeler tarafından odasına alınmaktadır. Gebenin odasında anamnezi alınıp damar yolu açılarak hekim istemine göre rutin laboratuvar tetkikleri için kan alınır. Daha sonrasında gebe, hastane önlüğü giydirilerek yatağına alınır ve vital bulguları ölçülüp ardından ilk bimanuel muayanesi yapılmaktadır. Travay takibi yapılan gebe, ebesinin gösterdiği egzersizleri yapmakta olup sürekli yağata bağımlı kalmamaktadır. Doğum anında ise gebe, doğumunu odasında gerçekleştirmektedir. Anne ve bebek için sorunsuz geçen bir doğum sonrası, bebek anne kucağına verilip ten tene temas yapılmaktadır. Ten tene temas sonrası yenidoğana ilk müdahale bebek hemşiresi, yenidoğan bebek odasında çalışan ebe veya TDL odasındaki ebe tarafından gerçekleştirilmektedir (yenidoğan bebek odası ve doğumhanede çalışan her ebe ve hemşirenin yenidoğan canlandırma programı uygulayıcı sertifikası olması zorunludur). Yenidoğana ileri müdahale gerekecek durumlarda mutlaka yenidoğan hekimine haber verilmekte olup doğumhane içerisindeki yenidoğan bebek odasına transferi sağlanmaktadır.

Doğum sonrası yenidoğan bebek odasında ilk takibi ve aşıları yapılan bebek, hemen annesiyle buluşturulmaktadır. Annelere bebek hemşiresi veya ebesi tarafından anne sütü ve emzirme hakkında eğitim verilmekte olup bebeklerini emzirmeleri konusunda teşvik edilmektedir. Anne ve bebeğin doğumhanede kaldığı süre zarfında ise emzirme takibi yapılmaktadır. Doğum gerçekleştikten sonra anne ve bebek için herhangi bir sıkıntı yoksa iki saat sonra B blok 2. katta bulunan doğum sonu servisine ebe ve personel ile birlikte transferleri sağlanmaktadır.

Doğumhane biriminde vardiya sistemi ile çalışılmakta gündüz 08.00-16.00 ve gece 16.00-08.00 vardiyası bulunmaktadır. Sorumlu ebe dahil olmak üzere toplam 25 ebe sadece doğumhane (yenidoğan bebek odası hariç) biriminde çalışmaktadır. Gündüz vardiyasında 7-8 ebe gece vardiyasında ise 6 ebe çalışmaktadır. Hastanenin bir dal hastanesi olması sebebiyle

doğumhane biriminde sadece ebeler çalışmakta olup doğumhane içerisinde yenidoğan bebek odasında ise ebe veya hemşire çalışabilmektedir.

Araştırma için bu kurumun seçilmesinde, kurumun bir dal hastanesi olması, spontan vajinal doğum sayısının yüksek olması, her sosyo-ekonomik düzeyde her kültürel kesimden kadına hizmet etmesi, araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması ve bununla ilişkili olarak idari iznin kolaylıkla sağlanması etkili olmuştur.

3.4. ARAŞTIRMA EVREN VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ

Araştırma evrenini, İstanbul ili T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane Birimi'ne 30.04.2020 - 30.06.2020 tarihleri arasında doğum yapmak amacıyla başvuran tüm gebeler oluşturmuştur.

3.4.1. Örneklem Seçimi

Araştırmanın yapıldığı Doğumhane Birimi'nde 2019 yılında doğum yapan toplam gebe sayısı 6581 olarak saptanmış olup bu doğumların 3273'ünü vajinal doğum oluşturmuştur. Vajinal doğumların ise 2847'si primipar gebeler tarafından gerçekleştirilmiş olup araştırmanın örneklem hesabı da bu sayı üzerinden hesaplanmıştır. Bu araştırma deneysel olarak planlandığı için her bir gruba alınacak kişi sayısını belirleyebilmek için güç analizi uygulanmıştır (Cohen 1992; Murphy 2004; Kul 2011; Süt 2011). Örneklem büyüklüğü, %80 güç, 0,05 hata payı ve 0,5 etki düzeyi ile G*Power (3.0.10) Programı kullanılarak hesaplandığında, gerekli minimum örneklem büyüklüğü toplam en az 52, deney ve kontrol gruplarının her biri için en az 26 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir. Çalışma sürecinde veri kaybı olabileceği düşüncesi ile her iki gruba en az 30 gebenin alınması uygun görülmüştür.

3.4.2. Randomizasyon ve Körleme

Çalışmanın randomizasyonu için örneklem kriterine uygun olan gebeler için 1'den 60'a kadar olan sayılar bilgisayar destekli randomizasyon programı (<https://www.randomizer.org>) kullanılarak 2 grup için randomize edilmiştir. Randomizasyon işlemi bu şekilde gerçekleştirilmiş gebelerin tamamen rastgele, eşit şansla ve bağımsız olarak gruplara seçilmesi sağlanmıştır. Randomizasyon sonrası grupların hangisinin deney hangisinin kontrol grubuna ait olduğunu belirlemek için kura yöntemi kullanılmıştır.

Randomizasyon yapılırken Randomizer.org programı kullanılarak yapılan rastgele sıralamada;

20, 59, 37, 18, 11, 32, 38, 49, 41, 48, 28, 58, 33, 57, 25, 29, 3, 4, 42, 12, 13, 45, 9, 35, 26, 23, 31, 43, 6, 7 deney grubunu temsil ederken, 47, 3, 43, 46, 23, 32, 7, 17, 1, 5, 20, 57, 6, 50, 39, 55, 13, 8, 26, 41, 24, 59, 35, 31, 21, 2, 4, 48, 25, 22 kontrol grubunu temsil etmiştir. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin yapılan uygulamalardan etkilenmemeleri adına birbirleri ile etkileşimini engellemek için gebe herhangi bir gruba randomize edildikten sonra doğum eylemi gerçekleşene kadar diğer gruba başka bir gebe alınmamıştır.

Araştırmada araştırmacı tarafından körleme yapılmamıştır fakat verilerin analizini yapan istatistikçi deney ve kontrol gruplarına karşı kördür.

3.4.3. Grupların Oluşturulması (CONSORT)

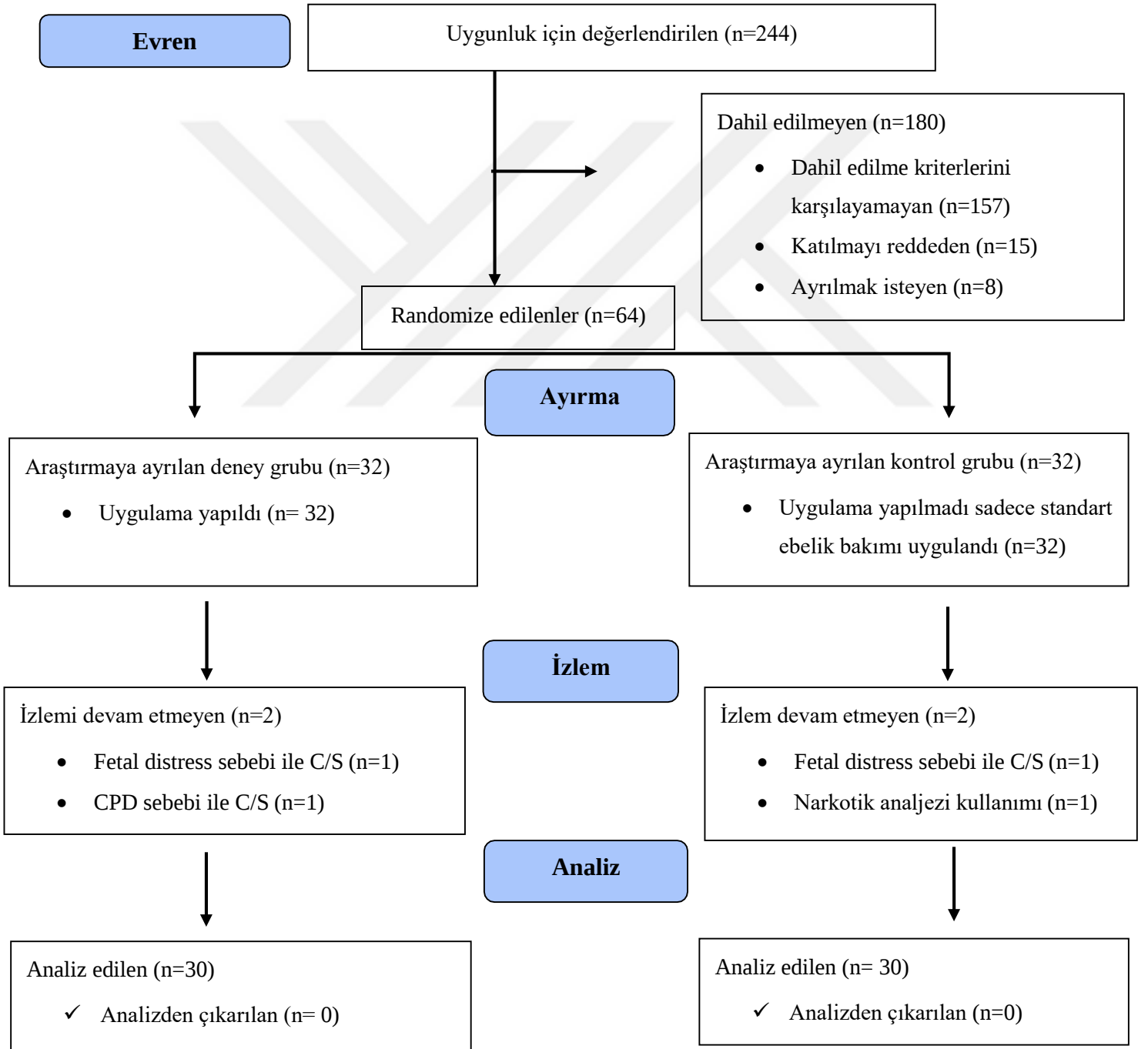
Araştırmacı, normal çalışma mesaisi içinde çalıştığı günlerde tez çalışmasını da gerçekleştirmiştir. Randomizasyonu yapılan gebeler, Deney ve Kontrol Grubuna alınmıştır. Araştırmacının gebenin travay takibi, doğum süreci ve eksternal bası uygulamasını zamana bağlı kalmaksızın rahat yapabilmesi ve gebelerin birbirlerine yapılan uygulamalardan etkilenmemeleri adına gebe herhangi bir gruba randomize edildikten sonra doğum eylemi gerçekleşene kadar diğer gruba başka bir gebe alınmamıştır. Araştırmacın çalışma mesaisine ve gebelerin travay süreci uzunluklarına göre bir çalışma gününde minimum bir maksimum üç gebe çalışmaya dahil edilebilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı Doğumhane Birimi'nde 2019 yılında vajinal doğum yapan primipar gebe sayısı toplam 2847'dir. Bir günde ortalama 7 primipar gebe doğum yapmaktadır. Araştırmacının çalışma süresi mesai yoğunluğu sebebiyle bir ayda ortalama 15 gündür. Araştırmanın veri toplamasında iki aylık süreçte ulaşılan nullipar gebe sayısı 244'tür. Ulaşılan 244 gebeden 157'si çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlamaması, 15'i çalışmaya katılmayı reddetmesi ve 8'i çalışmadan ayrılmak istemesi sebebiyle toplam 180'i çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterlerini sağlayan 64 gebe ise randomize edilerek gruplara ayrılmış olup Consort akış şeması Şekil 3-1'de sunulmuştur.

Consort akış şeması CONSORT 2018 doğrultusunda (<http://www.consort-statement.org/consort-statement/flow-diagram>) hazırlanmıştır.

Şekil 3-1: Consort Akış Şeması

CONSORT
TRANSPARENT REPORTING of TRIALS
CONSORT 2018 Flow Diagram



3.5. ARAŞTIRMA ÖLÇÜTLERİ

3.5.1. Çalışmaya Alınma Ölçütleri (Uygulama ve Kontrol Grupları İçin)

- *18-35 yaş aralığında olmak
- *Nullipar gebe olmak
- *Miadında gebe olmak (37-42. gebelik haftaları arasında)
- *Vajinal doğum beklentisinde olmak
- *Tekiz gebeliği olmak
- *Verteks prezantasyonunda olmak
- *Fetüsün ağırlığı 2500-4000 gr olmak
- *Gebe ve fetüs açısından komplikasyonsuz gebelik süreci geçirmiş olmak

3.5.2. Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri (Uygulama ve Kontrol Grupları İçin)

- *Multipar gebe olmak
- *Çoğul gebeliği olmak
- *Yüksek riskli gebe olmak
- *El ve avuç içi ile ilgili herhangi bir hastalık ve sakatlığa sahip olmak
- *İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sağlık sorununa sahip olmak

3.5.3. Çalışmaya Alınan Vakaların Sonlanma Ölçütleri

- *Bebeğin travay sürecinde veya doğum esnasında kaybı
- *Doğumun sezaryen ile gerçekleşmesi
- *Doğum ağrısına farmakolojik ve/veya nonfarmakolojik yöntemlerle müdahale edilmesi

3.6. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H₁: Doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında, avuç içrisine uygulanan eksternal bası doğum ağrı düzeyini azaltır.

H₂: Doğum eyleminin birinci evresinin geçiş fazında, avuç içrisine uygulanan eksternal bası doğum ağrı düzeyini azaltır.

H₃: Doğum eylem sürecinde avuç içerisine uygulanan eksternal bası, postpartum 30. dakikadaki ağrı düzeyini azaltır.

H₄: Doğum eylem sürecinde avuç içerisine uygulanan eksternal bası postpartum 30. dakikadaki olumlu doğum deneyimi artırır.

3.7. ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

3.7.1. Bağımsız Değişkenler

Gebelerin sosyo-demografik özellikleri (yaşı, evlilik süresi, aile tipi, yaşadığı yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, ekonomik düzeyi, sosyal güvencesi, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu), gebelik sayısı ve avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasıdır.

3.7.2. Bağımlı Değişkenler

Doğum eyleminin süresi, Visual Analog Skala Ölçeği'nden alınan puanlar ve Doğum Deneyim Ölçeği'nden alınan puandır.

3.8. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Çalışmada veriler, araştırmaya katılım onamının alındığı “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu”, literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Doğum Eylemi İzlem Formu”, doğum ağrısını değerlendiren “Vizüel Analog Skala (Visual Analogue Scale, VAS)” ve postpartum 24 saat içinde doğum deneyimini değerlendiren “Doğum Deneyimi Ölçeği” kullanılarak elde edilmiştir.

3.8.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmanın kim tarafından ne için, nerede, ne zaman ve nasıl yapılacağını anlatıldığı, alınacak olan bilgilerin sadece bilimsel çalışma için kullanılacağı, bir başkası ile paylaşılmayacağını yazılı olduğu ve katılımcının, çalışmaya gönüllü olarak katılma onamının alındığı bir formdur (EK-I).

3.8.2. Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda (Öztürk 2006; Mucuk 2010; Hamlacı 2013; Yıldırım 2014; Deniz 2019; Kaçar 2019; Tandoğan 2021) hazırlanan bu form, katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini içeren iki bölümden oluşmakta olup toplamda 25 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikleri içeren birinci bölümde yaş,

boy, kilo, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu ve mesleği, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, evin gelir durumu, sosyal güvence durumu, yaşadığı yer ve aile tipi olmak üzere 11 soru yer almaktadır. Obstetrik özellikleri içeren ikinci bölümde ise son adet tarihi, gebelik sayısı, düşük sayısı, küretaj sayısı, gebe kalış şekli, gebeliği isteme durumu, eşin gebeliği isteme durumu, gebelik öncesi adet ağrısı varlığı ve şiddeti, gebelikte ilaç kullanma durumu, gebelikte ortaya çıkan herhangi bir sağlık problemi varlığı, gebelikte düzenli kontrollere gitme durumu ve sayısı, gebelikte doğum ağrısını azaltmaya veya daha az algılamaya yönelik bilgi sahibi olma durumu ve bu bilgilerin kaynağı ile bilgi içeriği olmak üzere 14 soru yer almaktadır (EK-II).

3.8.3. Doğum Eylem İzlem Formu

Araştırmacı tarafından literatür incelemesi doğrultusunda hazırlanan bu form, hem doğum sürecinin izlem ve takibini kolaylaştırmak hem de doğum sürecindeki verileri kayıt altına almak amacıyla oluşturulmuştur. Toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Gebenin hastaneye (doğumhane) kabul edildiği saat, gebenin hastaneye kabul edildiğindeki ilk bimanuel muayene bulgusu, doğumun birinci evresinde ebe desteği dışında yapılan uygulamalar, doğumun birinci evresinde uygulanan ilaçlar, gebenin avuç içine yapılan eksternal bası uygulaması önce bimanuel muayene bulgusu ve fetal kalp hızı, gebenin eksternal bası uygulaması öncesi vital bulguları, doğum şekli, epizyotomi veya laserasyon var olma durumu, doğum eyleminin başlama ve bitiş saati, plasentanın doğum saati, bebeğin cinsiyeti, bebeğin ağırlık-boy-baş doğum bilgileri ve APGAR (Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration) skorlaması bu form ile kayıt altına alınmaktadır (EK-III).

3.8.4. Vizüel Analog Skala

Ağrıyı ölçmek amacıyla yaygın olarak kullanılan tek boyutlu ölçeklerden birisidir. Her iki ucu kelime tanımlayıcılarıyla sabitlenmiş olup genellikle 100 mm uzunluğunda yatay veya dikey bir çizgidir. Çizginin bir ucu ağrının olmadığını, ağrısızlığı tanımlarken diğer ucu dayanılmaz şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır. Ağrı 0'dan 10'a doğru ölçeklendirilmekte olup lineer özelliklere sahiptir ve her ardışık artış arasındaki ağrı farkı birbirine eşittir. Örneğin 60 mm'lik bir VAS ağrı skoru, 30 mm'lik bir VAS skoruna göre iki kat daha fazla ağrıya işaret etmektedir. 30 ve 40 mm'lik bir VAS skoru arasındaki fark ile 70 ve 80 mm'lik bir VAS skoru arasındaki fark aynı büyüklükte olup birbirine eşittir. (Myles 1999; Bijur 2001; Bodian 2001; Crichton 2001; Hawker 2011).

Doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olan VAS'ta ağrı değerlendirmesini hasta kendisi yapmaktadır. VAS'ta standardizasyonu belirlemek amacıyla Cline ve diğ. (1992)'nin

yaptığı araştırma sonucunda VAS'ın yatay kullanımına göre dikey kullanımının hastalar tarafından daha anlaşılır olduğu saptanmıştır (Aslan 2002).

Araştırmada VAS değerlendirmeleri, araştırmacı tarafından gebe ile birlikte yapılmıştır. VAS puanlarının ne zaman değerlendirileceğine ilişkin bilgiler EK-IV Vizüel Analog Ağrı Skalası Formu'nda yer almaktadır. Toplam 8 adet VAS puanı değerlendirilmiştir. Deney grubu için VAS I puanı hastaneye kabulde, VAS II birinci eksternal bası uygulamasından hemen önce (5-6 cm servikal açıklık), VAS III puanı birinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra, VAS IV puanı ikinci eksternal bası uygulamasından hemen önce (7-8 cm servikal açıklık), VAS V puanı ikinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra, VAS VI puanı üçüncü eksternal bası uygulamasından hemen önce (9-10 cm servikal açıklık), VAS VII puanı üçüncü eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra ve VAS VIII puanı ise doğum sonu 30. dakikada değerlendirilmiştir.

Kontrol grubu için VAS I puanı hastaneye kabulde, VAS II servikal dilatasyon 5-6 cm olduktan sonra, VAS III puanı servikal dilatasyon 5-6 cm olduktan 30 dakika sonra, VAS IV puanı servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan sonra, VAS V puanı servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 30 dakika sonra, VAS VI puanı servikal dilatasyon 9-10 cm olduktan sonra, VAS VII puanı servikal dilatasyon 9-10 cm olduktan 30 dakika sonra ve VAS VIII puanı doğum sonu 30. dakikada değerlendirilmiştir (EK-IV).

3.8.5. Doğum Deneyimi Ölçeği

Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ), 2010 yılında Dencker ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olup Mamuk ve diğerleri tarafından 2017 yılında Türkçe uyarlaması ve geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir. Bu ölçeğin amacı kadınların doğum deneyimlerini farklı boyutlarıyla değerlendirmektir.

Ölçek 22 maddeden oluşmakta ve doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güvenlik/anılar ve kararlara katılım olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. Doğum süreci alt boyutu içerisinde 8 madde yer almakta ve bu maddeler sırasıyla 1, 2, 4, 5, 6, 19, 20, 21'dir. Doğum süreci alt boyunda kadınların doğum süreci, doğum ağrısı ve kişisel kontrollerine yönelik duyguları değerlendirilmektedir. Profesyonel yardım/destek alt boyunda 5 madde yer almakta olup bu maddeler sırasıyla 13, 14, 15, 16, 17'dir. Bu alt boyutta kadınların süreç ile ilgili bilgilendirilme ve ebelik bakımı değerlendirilmektedir. Algılanan güvenlik/anılar alt boyutunda 6 madde yer almakta ve bu maddeler sırasıyla 3, 7, 8, 9, 18, 22'dir. Bu alt boyutta doğuma ilişkin anılar ve güvenlik duygusu değerlendirilmektedir. Kararlara katılım alt

boyutunda 3 madde yer almakta ve bunlar sırasıyla 10, 11, 12'dir. Bu alt boyutta ise doğum pozisyonları, hareket etme ve doğum ağrısının azaltılmasına ilişkin kararlara katılım değerlendirilmektedir.

Ölçekte bulunan ilk 19 madde dörtlü likert türü ile son 3 maddesi ise VAS kullanılarak değerlendirilmektedir. DD  'de dörtlü likert türü için 1'den 4'e kadar puanlama yapılmaktadır. Puanlama, Tamamen katılıyorum = 4, çoğunlukla katılıyorum = 3, Kısmen katılıyorum = 2, Hiç katılmıyorum = 1 şeklindedir.   l  kte 3, 5, 8, 9 ve 20 numaralı maddeler olumsuz ifade içermekte olup puanlama tersine çevrilerek yapılmaktadır.

Ölçekten alınan puanlar arttıkça gebenin olumlu d  o  um deneyimi yaşadığı sonucuna ulaşılmaktadır (Dencker ve di  . 2010; Soriano-Vidal ve di  . 2016; Mamuk ve di  . 2019).

Ölçeğin türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında madde-toplam puan korelasyon güvenirlik katsayılarının ,25 ile ,58 arasında değiştiği görülmektedir. Ölçek alt boyut maddelerinin alt boyut toplam puanları ile korelasyonlarının d  o  um süreci boyutunda $r=,35-.61$, Profesyonel yardım/destek boyutunda $r=,54-.77$, Algılanan güvenlik/Anılar boyutunda $r=,52-.69$, Kararlara katılım boyutunda ise $r=,65-.78$ arasında dağıldığını bildirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği açısından tüm maddelerin doğrulayıcı faktör analizi sonucunda elde edilen faktör yükleri ,34-.79 arasında yer almıştır. Ölçeğin güvenirliliğinin sınındığı iç tutarlık için yapılan analizinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı d  o  um süreci boyutu için $\alpha=,56$, profesyonel destek/yardım boyutu için $\alpha=,73$, algılanan güvenlik boyutu için $\alpha=,63$ kararlara katılım boyutu için $\alpha=,64$ ve ölçeğin tamamı için $\alpha=,76$ olarak bildirilmiştir (Mamuk ve di  . 2019) (EK V-VI).

Mevcut   alı  madaki Cronbach alfa güvenirlik katsayıları Tablo 3-1'de gösterilmiştir.

	Mamuk ve diğ. Çalışmasındaki Cronbach''s Alpha Güvenirlik Katsayısı (n=250)	Mevcut Çalışmadaki Cronbach''s Alpha Güvenirlik Katsayısı (n=60)	İfade Sayısı
Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ)	0,79	0,87	22
Doğum Süreci	0,56	0,55	8
Profesyonel Yardım/destek	0,73	0,88	5
Algılanan Güvenlik /Anılar	0,63	0,53	6
Kararlara Katılım	0,64	0,72	3

Tablo 3-1: Doğum Deneyimi Ölçeği Güvenirlik Değerleri

3.9. KULLANILAN ARAÇ GEREÇ

3.9.1. Avuç İçerisine Eksternal Bası Uygulamasında Kullanılan Şimşir Tarak

Avuç içerisine eksternal bası uygulaması yapmak amacıyla şimşir tarak kullanılmıştır. Tarağın boyu 10 cm, eni ise 5 cm'dir. Tarağın parmak uçlarına gelecek olan kısmı tasarımı sayesinde kolaylıkla tutulabilmektedir. Tarağın avuç içerisine gelen kısmı ise tarak uçlarının künt olması sebebi ile can yakmamakta ve ele zarar vermemektedir.

TDK şimşiri; odunu sarımsı renkli ve çok sert olan bir ağaççık olarak tanımlamaktadır (TDK <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 21 Temmuz 2020). Şimşir ağacının çok sert ve dayanıklı bir ağaç cinsi olması sebebi ile tarak cinsi olarak şimşir tercih edilmiştir. Çalışmada on adet şimşir tarak kullanılmıştır. Kullanılan şimşir taraklar araştırmacı temin edilmiştir. Kullanılmış olan şimşir tarak tekrar kullanılmak üzere dezenfentan ile temizlenerek kurumaya bırakılmıştır. Daha sonra dezenfekte edilen tarak diğer katılımcılarda kullanılmıştır.

Avuç içine şimşir tarak kullanımını, ilk olarak araştırmacı kendi üzerinde uygulayarak katılımcılara göstermiştir. Katılımcılar uygulama yaparken araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Bu araştırmada katılımcılar tarafından eksternal bası uygulamasına ilişkin tarak uygulanırken herhangi bir zararlı etki görülmemiştir.



Şekil 3-2: Eksternal Bası Uygulamasında Kullanılan Şimsir Tarak

3.10. VERİLERİN TOPLANMASI

3.10.1. Ön Hazırlık Aşaması

Etik kurul onayı ve kurum izni alınmasının ardından çalışmanın yapılacağı kurumla işbirliğinin yapılması sağlanmış, çalışmanın amacı, içeriği ve uygulama metodu hakkında birim yöneticilerine bilgi verilmiştir.

3.10.2. Klinik Oryantasyonunun Sağlanması

Doğumhane biriminde çalışan ebeler ve hekimlere çalışmanın amacı, içeriği ve eksternal bası uygulaması hakkında bilgi verilmiş olup randomizasyonun nasıl yapılacağı, uygulama metodu ve takibi yapılacak olan nullipar gebelere hangi aşamada VAS değerlendirmesinin yapılacağı hakkında da ayrıntılı açıklamalar yapılmıştır.

3.10.3. Uygulama Basamakları

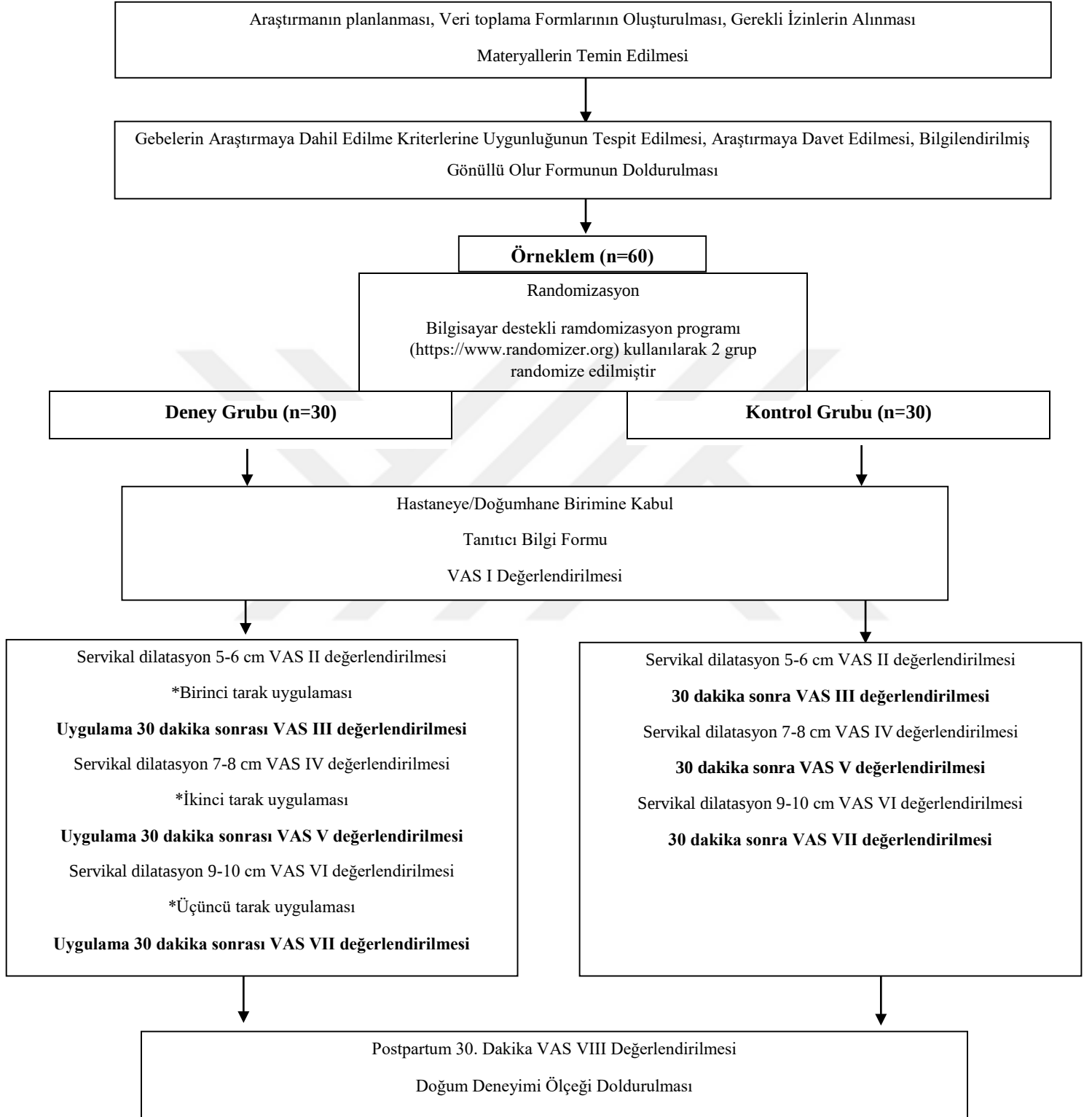
3.10.3.1. Bilgilendirme

Araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi konusunda genel bilgiler verilerek araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden ve de araştırmaya alınma ölçütlerine uyan gebelere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmıştır.

3.10.3.2. Uygulama

Araştırma sürecinde izlenen tüm adımlar oluşturulan akış şeması/akış diyagramı ile Şekil 3-3'te sunulmuştur.

Şekil 3-3: Araştırmanın Akış Şeması- Akış Diyagramı



Deney Grubu Uygulaması: Deney grubunu oluşturan gebelere avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulaması hakkında bilgi verilmiştir. Avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasının nasıl, ne zaman ve ne kadar süre uygulanacağı ile ilgili bilgiler araştırmacı tarafından uygulamalı olarak anlatılmıştır. Avuç içerisine eksternal bası uygulamasında kullanılacak olan tarak araştırmacı tarafından tanıtılarak araştırmacının uygulama basamağına geçilmiştir.

Uygulama Basamakları: Gebenin doğumhane birimine kabulünde ilk VAS değerlendirmesi yapılmış olup ardından bimanuel muayene ile servikal dilatasyonu belirlenmiştir. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun ve aynı zamanda çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler çalışmaya dahil edilip Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

Servikal dilatasyon 5-6 cm iken ikinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirildikten sonra dört kontraksiyon boyunca yaklaşık olarak 20 dakika, gebe her iki avuç içerisine tarak ile eksternal bası uygulaması yapmıştır. Gebenin, kontraksiyon başlangıcı sırasında avuç içerisine tarak ile eksternal bası yapması sağlanmış olup kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir. Bu uygulamaların akabinde 30 dakika sonra üçüncü VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Servikal dilatasyon 7-8 cm iken dördüncü VAS değerlendirmesi gerçekleştirildikten sonra dört kontraksiyon boyunca yaklaşık olarak 16 dakika, gebe her iki avuç içerisine tarak ile eksternal bası uygulaması yapmıştır. Gebenin, kontraksiyon başlangıcı sırasında avuç içerisine tarak ile eksternal bası yapması sağlanmış olup kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir. Bu uygulamaların akabinde 30 dakika sonra beşinci VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Servikal dilatasyon 9-10 cm iken altıncı VAS değerlendirmesi gerçekleştirildikten sonra dört kontraksiyon boyunca yaklaşık olarak 10 dakika, gebe her iki avuç içerisine tarak ile eksternal bası uygulaması yapmıştır. Gebenin, kontraksiyon başlangıcı sırasında avuç içerisine tarak ile eksternal bası yapması sağlanmış olup kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir. Bu uygulamaların akabinde 30 dakika sonra yedinci VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Postpartum 30. dakikada son olarak sekizinci VAS değerlendirmesi yapılmış olup ardından Doğum Deneyimi Ölçeği araştırmacı tarafından katılımcı ile birlikte soru-cevap şeklinde doldurulmuştur.

Kontrol Grubu Uygulaması: Kontrol grubunu oluşturan katılımcılara da hastanede bütün gebelere uygulanan rutin ebelik bakım ve hizmeti verilmiştir. Ek bir uygulama yapılmamış olup bimanuel muayene yapılarak servikal dilatasyon takibi yapılmıştır.

Uygulama Basamakları: Gebenin doğumhane birimine kabulünde ilk VAS değerlendirmesi yapılmış olup ardından bimanuel muayene ile servikal dilatasyonu belirlenmiştir. Çalışmaya alınma kriterlerine uygun ve aynı zamanda çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebeler çalışmaya dahil edilip Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ve Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur.

Servikal dilatasyon 5-6 cm iken ikinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiş olup 30 dakika sonra üçüncü VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

Servikal dilatasyon 7-8 cm iken dördüncü VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiş olup 30 dakika sonra beşinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Servikal dilatasyon 9-10 cm iken altıncı VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiş olup 30 dakika sonra yedinci VAS değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir.

Postpartum 30. dakikada son olarak sekizinci VAS değerlendirmesi yapılmış olup ardından Doğum Deneyimi Ölçeği araştırmacı tarafından katılımcı ile birlikte soru-cevap şeklinde doldurulmuştur.

3.11. ARAŞTIRMADA KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 24.0 programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hipotez testlerine geçmeden önce verilerin dağılım özelliğine Kolmogorov Smirnov testi ve varyans homojenliğine Levene testi ile bakılmış ve normal dağılım sağlandığından bağımsız iki grup arasında sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında sürekli verilerin karşılaştırılmasında Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Grup içinde tekrarlı ölçümlerde Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova) yapılmıştır. Kategorik (nominal) ölçüm düzeyindeki veriler arasındaki ilişki de ise KiKare testi kullanılmıştır. Araştırma öncesinde örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında ise Power

Analizinden yararlanılmıştır. Tüm analizlerde $p < 0,05$ (iki yönlü) değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.12. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

- Araştırmanın yalnızca Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gelen ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ile sınırlı olması, tüm gebelere genellenememesi
- Araştırma yalnızca sağlıklı gebeler ile yürütüldüğü için riskli gebelere genellenememesi
- Araştırmada uygulayıcı ve değerlendirici kişinin aynı kişi olması
- Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan VAS'ın subjektif ölçüm aracı olması ve buna dayalı olarak ağrının değerlendirilmesi

3.13. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

- Araştırmanın randomize kontrollü bir çalışma olması
- Araştırmanın yapıldığı hastanenin bir kadın doğum hastanesi olması sebebiyle fiziki yeterliliğinin (gebelerin tek kişilik TDLodalarında kalması) iyi olması
- Araştırmacının bu hastanede ve doğumhane biriminde çalışması
- Doğumhane biriminde çalışan sağlık personellerinin çalışma esnasında araştırmacı ile işbirliği sağlaması
- Araştırmanın maliyetinin düşük olması
- Araştırmanın randomize kontrollü bir çalışma olması

3.14. ARAŞTIRMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

- COVID-19 salgını sebebiyle gerekli etik izinlerin geç alınabilmesi ve İstanbul İli Anadolu yakası tek temiz bölge kadın doğum hastane olması sebebiyle yüksek riskli gebe takibi ile çalışma kriterlerine uygun vaka bulma süresinin uzaması
- COVID-19 salgını sebebiyle araştırmacının görevlendirme olarak başka birime çekilmesi sebebi ile çalışma süresinin uzaması

- Araştırmacının COVID-19 virüsüne yakalanması
- Hastaneye başvuran gebelerin çoğunluğunun göçmen olması ve iletişim problemi yaşanması sebebi ile çalışma kriterlerine uygun vaka bulma süresinin uzaması
- Araştırmacının çalışmadığı günlerde de vaka almak için hastanede bulunmak durumunda kalması
- Çalışan asistan hekim ve ebe grubunun 8 saatlik vardiya aralıkları ile değişmesi ve araştırmacının her defasında yeni asistan grubuna çalışmayı baştan anlatmak zorunda kalması
- Bazı gebelerin araştırmacı ile kurdukları ilişkiyi suistimal davranışları göstermeleri (Covid-19 salgını sebebi ile refakatçi yasağı olmasına rağmen refakatçi talep etme, sürekli olarak eş, aile, yakın dost görme talep etme ve isteği olmayınca uygulamayı yapmayı reddetme)

3.15. ARAŞTIRMANIN ETİK BOYUTU

Araştırmanın yapılabilmesi için Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 29.04.2020 tarih ve 64 nolu kararı (EK-VII), T.C.S.B. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 29.04.2020 tarihli E-11391090-514.10 sayılı kurum kararı (EK-VIII) ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü 07.05.2021 tarih ve 2021/20 sayılı karar (EK-IX) ile izin alınmıştır.

Doğum Deneyimi Ölçeği'nin kullanım izni için ölçeği Türçeye uyarlayan Mamuk ve diğ. (2019)'dan izin alınmıştır (EK-X).

Çalışmayı katılmayı kabul eden gebelerden, araştırmanın kim tarafından ne için, nerede, ne zaman ve nasıl yapılacağını anlatıldığı, alınacak olan bilgilerin sadece çalışma için kullanılacağı, birbaşkası ile paylaşılmayacağını, katılımcının haklarının belirtildiği sözel ve yazılı onamlarının alındığı Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGÖF) (EK-I) doldurtulmuş ve ardından çalışmaya başlanmıştır.

4. BULGULAR

Avuç içirisine yapılan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın bulgular kısmı 4 başlık altında toplanmıştır.

1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular
4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya dâhil edilen gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre ayrı ayrı sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular edinmek amacıyla yaş, boy, kilo, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvencesi olup olmama durumu, eşin yaşı, eşin eğitim durumu, yaşadığı yer ve aile tipini kapsayan sosyo-demografik özellikleri içeren sorular sorulmuştur. Bu bilgiler ile amaçlanan araştırmaya katılan gebelerin profilini belirlemek, bağımlı bağımsız değişkenlerin etkileşiminde gebelerin demografik özelliklerini de göz önünde bulundurarak daha sağlıklı yorumlamalarda bulunmaktır.

Tablo 4-1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyodemografik Özellikler	Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		t	p
	Ortalama ± SS		Ortalama ± SS			
Yaş	24,76±5,13		24,80±4,32		0,027	0,978
Boy (cm)	163,200±5,20		162,53±4,81		0,515	0,609
Kilo (kg)	74,43±9,08		76,10±9,10		0,710	0,481
Evlilik Süresi	21,68±17,98		16,76±13,28		1,199	0,235
Eşin Yaşı	27,03±4,81		26,76±4,67		0,218	0,828
	Sayı	%	Sayı	%	χ2	p
Eğitim Durumu					2,533	0,771
Okur Yazar	2	6,7	2	6,7		
İlkokul	8	26,7	13	43,3		
Ortaokul	7	23,3	7	23,3		
Lise	9	30	5	16,7		
Lisans	3	10	2	6,7		
Lisansüstü	1	3,3	1	3,3		
Çalışma Durumu					2,584	0,108
Çalışıyor	14	46,7	8	26,7		
Çalışmıyor	16	53,3	22	73,3		
Meslek					2,599	0,458
Ev Hanımı	16	53,3	22	73,3		
İşçi	7	23,3	4	13,3		
Memur	5	16,7	3	10,0		
Serbest Meslek	2	6,7	1	3,3		
Gelir Durumu					0,254	0,881
Geliri Giderinden Az	5	16,7	4	13,3		
Geliri Giderine Denk	22	73,3	22	73,3		
Geliri Giderinden Fazla	3	10	4	13,3		
Sağlık Güvence Durumu					0,351	0,554
Var	28	93,3	29	96,7		
Yok	2	6,7	1	3,3		
Aile Tipi					3,520	0,172
Çekirdek Aile	24	80,0	25	83,3		
Geniş Aile	3	10	5	16,7		
Parçalanmış	3	10	0			
Eş Eğitim Durumu					4,071	,396
İlkokul	5	16,7	2	6,7		
Ortaokul	11	36,7	17	56,7		
Lise	8	26,7	8	26,7		
Lisans	5	16,7	3	10		
Lisansüstü	1	3,3	0			
Yaşanılan Yer					0,000	1,000
İl	22	73,3	22	73,3		
İlçe	7	23,3	7	23,3		
Köy	1	3,3	1	3,3		

* $p < 0,05$; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent samples t test), χ^2 : Ki kare testi (Chi-Square Testi)

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre yaş, boy uzunlukları, kilo, evlilik süreleri ve eşlerin yaşlarına ait bilgiler Tablo 4-1’de sunulmuştur.

Buna göre araştırmaya dâhil edilen tüm gebelerin (n=60) yaş ortalaması $24,78 \pm 4,70$ (Min=18, Max=35), boy uzunluğu ortalaması $162,86 \pm 4,98$ cm (Min=151, Max=174), beden ağırlığı ortalaması $75,26 \pm 9,05$ kg (Min=58, Max=98), evlilik süresi ortalaması $19,18 \pm 15,82$ ay (Min=3, Max=84), eşlerinin yaş ortalaması $26,90 \pm 4,70$ (Min=18, Max=34) olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş, boy uzunluğu, beden ağırlığı, evlilik süresi ve eş yaşı açısından iki grup arasında **bağımsız örneklem t testi** analizi ile yapılan karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$, Tablo 4-1). Bu durum çalışma grubunun homojen olduğunu göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre eğitim durumları, çalışma durumları, meslek, gelir durumları, sağlık güvence durumları, aile tipi, yaşanılan yer ve eşin eğitim durumlarına ilişkin bilgiler Tablo 4-1’de sunulmuştur.

Buna göre araştırmaya dahil edilen tüm gebelerin (n=60); %35’inin (n=21) ilköğretim, %23,3’ünün (n=14) ortaokul ve %23,3’ünün (n=14) lise düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumuna bakıldığında grubun çoğunluğunun çalışmadığı (%63,3, n=38) ev hanımı (%63,3, n=38) olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında ise %46,7’sinin (n=28) ortaokul, %26,7’sinin (n=16) lise ve %13,3’ünün (n=8) üniversite düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılan tüm gebelerin %15’inin (n=9) gelirinin giderinden az olduğu, %95’inin (n=57) sosyal güvencesinin olduğu, %73,3’ünün (n=44) bir il/şehirden yaşadığı ve % 81,7’sinin (n=49) çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan katılımcıların eğitim durumları, çalışma durumları, meslek, gelir durumları, sağlık güvence durumları, aile tipi, yaşanılan yer ve eşin eğitim durumuna göre dağılımları kıkare analizi ile karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0,05$, Tablo 4-1). Bu durum çalışma grubunun homojen olduğunu göstermektedir.

4.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre ayrı obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasına ilişkin bilgiler edinmek amacıyla; gebelik sayısı, düşük sayısı, iki gebelik arası süresi, nasıl gebe kalındığı, gebeliği kendinin ve eşinin isteme durumu, gebelik öncesi adet ağrısı olma durumu ve adet ağrısının şiddeti, gebelikte ilaç kullanma durumu, gebelikte herhangi bir sağlık problemi geçirme durumu, gebelikte düzenli antenatal kontrollere gelme durumu, sıklığı ve kontrolü hangi sağlık profesyonelinin yaptığı, gebelikte doğum ağrısına ilişkin bilgi alma durumu, bilgileri hangi kaynaktan öğrendiği ve hangi yöntemleri bildiğini içeren sorular sorulmuştur. Bu sorular ile gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin profilini belirlemek ve bağımlı bağımsız değişkenlerin etkileşiminde bu profili de göz önünde bulundurarak daha sağlıklı yorumlar yapmak amaçlanmıştır.

Tablo 4-2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		t	p
	Ortalama ± SS		Ortalama ± SS			
Gebelik Sayısı	1,43±1,00		1,30±0,53		0,641	0,524
Düşük Sayısı	1,57±1,51		1,16±0,40		0,633	0,540
İki Gebelik Arası Süre (ay)	8,80±2,10		7,92±2,13		1,467	0,149
	Sayı	%	Sayı	%	χ ²	p
Nasıl Gebe Kalındı					0,351	0,554
Kendiliğinden	29	96,7	28	93,3		
Tüp Bebek	1	3,3	2	6,7		
Gebeliği İsteme					2,069	0,150
Var	28	93,3	30	100		
Yok	2	6,7	0	0		
Eşin Gebeliği İsteme					0,741 ^b	0,389
Var	26	86,7	28	93,3		
Yok	4	13,3	2	6,7		
Adet Ağrısı					0,000	1,000
Var	24	80	24	80		
Yok	6	20	6	20		
Adet Ağrısı Şiddeti					3,221	,359
Hafif	11	45,8	15	62,5		
Orta	8	33,3	3	12,5		
Şiddetli	4	16,7	4	16,7		
Dayanılmaz	1	4,2	2	8,3		
Gebelikte İlaç					1,002 ^b	0,317
Evet	26	86,7	23	76,7		

Hayır	4	13,3	7	23,3		
Ne Tür İlaç					0,248	0,970
Vitamin-demir preparatı	17	65,4	16	69,6		
Antibiyotik	6	23,1	4	17,4		
Antiemetik	1	3,8	1	4,3		
Progestan	2	7,7	2	8,7		
Sağlık Problemi					0,077	,781
Evet	10	33,3	9	30		
Hayır	20	66,7	21	70		
Ne Tür Sağlık Problemi					0,683	,877
Bulantı-kusma	1	10	1	11,1		
Kanama	2	20	2	22,2		
İdrar yolu enfeksiyonu	6	60	4	44,4		
Ağrı-kasılma	1	10	2	22,2		
Düzenli Antenatal Kontrol					0,000	1,000
Evet	25	83,3	25	83,3		
Hayır	5	16,7	5	16,7		
Düzenli Kontrol Nereye					5,197	0,158
Aile Sağlığı Merkezi	2	8,3	1	4		
Kamu Hastanesi	13	54,2	21	84		
Özel Hekim Muayenehanesi	3	12,5	1	4		
Özel Hastane	6	25	2	8		
Kontrolü Yapan					1,132	0,558
Ebe	4	13,3	5	16,7		
Hemşire	3	10	1	3,3		
Doktor	23	76,7	24	80		

* $p < 0,05$; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), χ^2 : Ki kare testi (Chi-Square Testi), b: Fisher's Exact test

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol grupları ayrı olarak obstetrik özelliklerini ilişkin bilgiler tablo 4-2'de sunulmuştur.

Buna göre araştırmaya katılan deney grubu gebelerin gebelik sayısı ortalaması $1,43 \pm 1,00$, düşük sayısı ortalaması $1,57 \pm 1,51$ ve iki gebelik arası geçen süre ortalaması ay olarak $8,80 \pm 2,10$ 'dur. Birden fazla gebelik sayısına sahip olan gebeler, canlı doğum öyküsüne sahip olmayan nulliparlardır. Araştırmaya katılan kontrol grubu gebelerin ise gebelik sayısı ortalaması $1,30 \pm 0,53$, düşük sayısı ortalaması $1,16 \pm 0,40$ ve iki gebelik arası geçen süre ortalaması ay olarak $7,92 \pm 2,13$ 'tür. Deney grubu gebeleri gibi birden fazla gebelik sayısına sahip olan kontrol grubu gebeleri canlı doğum öyküsüne sahip olmayan nulliparlardır. Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sayısı ortalaması, düşük sayısı ortalaması ve iki gebelik arası geçen süre ortalaması açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerin %96,7'si kendiliğinden gebe kalmış olup oluşan bu gebeliği gebelerin %93,3'ünü kadın kendisi isterken %86,7'sini kadının eşi de

istemektedir. Kontrol grubu gebelerin ise %93,3'ü kendiliğinde gebe kalmıştır. Gebelerin tamamı (%100) bu gebeliği isterken gebelerin eşlerinin %93,3'ü istemektedir. Araştırmaya katılan gebelerin nasıl gebe kaldığı, gebeliği isteme durumu ve eşinin gebeliği isteme durumu açısından gruplar arasında bir farklılık tespit edilememiştir.

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerin gebelik öncesi adet ağrısı yaşayanların oranı %80 (n=24) olup bu gebelerin %20,9'u (n=5) adet ağrısını şiddetli yaşamaktadır. Kontrol grubu gebelerinin ise %80'i (n=24) gebelik öncesi adet ağrısı yaşamakta olup bu gebelerin %25'i (n=6) adet ağrısını şiddetli bulduklarını ifade etmiştir. İki grup açısından bakıldığında ise herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerin %86,7'sinin (n=26) gebeliği sürecinde ilaç kullanma durumu olmuş ve ilaç kullananların en çok kullandığı ilaç %65,4 (n=17) vitamin ve demir preparatlarıdır. Deney grubu gebelerinin %33,3'ü (n=10) gebeliği süresince herhangi bir sağlık problemi yaşamış ve bu yaşanan sağlık problemi en çok (%60, n=6) idrar yolları enfeksiyonu olmuştur. Kontrol grubu gebelerine bakıldığında ise %76,7'sinin (n=23) ilaç kullanımı olmuş, kullanılan ilaç olarak en çok (%69,6, n=6) vitamin ve demir preparatları belirlenmiş, %30'u (n=9) herhangi bir sağlık problemi yaşamış ve yaşanan sağlık problemi olarak en çok (%44,4, n=4) idrar yolları enfeksiyonu saptanmıştır. Araştırmaya katılan gebelerin gebelikte ilaç kullanımı, kullanılan ilaç türü, gebelikte sağlık problemi yaşama durumu ve yaşanan sağlık problemi açısından deney ve kontrol grubu katılımcıları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre gebelikte düzenli antenatal kontrollere gelme durumuna bakıldığında; deney grubu gebelerinin gebelikte düzenli olarak antenatal kontrollere gelme oranı %83,3 (n=25), kontrol grubunda yer alan gebelerin de gebelikleri sürecinde düzenli olarak antenatal kontrollere gelme oranı deney grubu ile aynı (%83,3 n=25) bulunmuştur. İki grup arası bir farklılık saptanmamıştır.

Düzenli olarak antenatal kontrollere gelme sıklığı incelendiğinde araştırmaya katılan tüm gebelerin düzenli olarak antenatal kontrollere gitme ortalaması $8,36 \pm 2,14$ kez (Min=4, Max=12) olarak belirlenmiştir. Gebelerin nereye antenatal kontrole gittiğine ve kontrolün kimin yaptığına bakıldığında ise deney grubu gebelerinin (n=30) %54,2'sinin (n=13) kamu hastanesine gittiği, %76,7'sinin (n=23) antenatal kontrolü doktor tarafından yaptığı, kontrol

grubu gebelerinin (n=30) ise %84'ünün (n=21) kamu hastanesine gittiği ve %80'inin (n=24) antenatal kontrolünün doktor tarafından yapıldığı bulunmuştur.

Tablo 4-3: Gebelerin Doğum Ağrısı Bilgi Durumları ve Bilgi Edinme Kaynakları

	Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Doğum Ağrısı Bilgisi					0,300	0,584
Evet	11	36,7	9	30		
Hayır	19	63,3	21	70		
Hangi Kaynaktan					0,279	0,971
Ebe	2	18,2	1	11,1		
İnternet	3	27,3	3	33,3		
Kitaplar	1	9,1	1	11,1		
Arkadaş/Tanıdık	1	9,1	1	11,1		
Diğer	4	36,4	3	33,3		

*p<0,05; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), χ^2 : Ki kare testi (Chi-Square Testi), b: Fisher's Exact test

Araştırmaya katılan gebelerin deney ve kontrol gruplarına göre doğum ağrısı bilgi durumları ve bu bilgi edinme kaynakları hakkındaki bilgiler Tablo 4-3'te sunulmuştur. Araştırmaya katılan deney grubu gebelerinin doğum ağrısına yönelik bilgi alanlarının oranı %36,7 (n=11) iken, bu oran kontrol grubunda %30 (n=9) olarak bulunmuştur. Bu bilgileri hangi kaynaktan öğrendiklerine bakıldığında ise deney grubunun en yüksek bilgi alma kaynağı gebe okulu (%36,4) kontrol grubunun ise en yüksek internet (%33,3) ve (%33,3) gebe okulu olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grubu beraber olmak üzere araştırmaya katılan tüm gebeler incelendiğinde 60 gebenin %33,3'ünün (n=20) doğum ağrısına yönelik bilgi aldığı, bilgi alan gebelerin %11,6'sının (n=7) gebe okulundan bilgi aldığı, %10'unun (n=6) internetten bilgi aldığı ve %5'inin (n=3) ise ebelerden bilgi aldığı belirlenmiştir. En az bilgi alınan kaynaklar ise %3,3 (n=2) oran ile arkadaş/tanıdık ve kitaplar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4-4: Gebelerin Doğum Ağrısını Azaltmada Bildikleri Yöntemler

	Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		χ^2	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Masaj					0,087	0,769
Evet	8	72,7	6	66,7		
Hayır	3	27,3	3	33,3		
Duş					1,684	0,184
Evet	7	63,6	8	88,9		
Hayır	4	36,4	1	11,1		
Nefes Egzersizi					0,606	0,436
Evet	9	81,8	6	66,7		
Hayır	2	18,2	3	33,3		
Pozisyon Değiştirme					0,194	0,660
Evet	9	81,8	8	88,9		
Hayır	2	18,2	1	11,1		
Yoga					0,861	0,353
Evet	1	9,1	0	0		
Hayır	10	90,9	9	100		
Müzik					0,669	0,413
Evet	1	9,1	2	22,2		
Hayır	10	90,9	7	77		
Akupresür					0,861	0,353
Evet	1	9,1	0	0		
Hayır	10	90,9	9	100		
Aromaterapi					0,194	0,660
Evet	2	18,2	1	11,1		
Hayır	9	81,8	8	88,9		
Sıcak Soğuk Uygulama					1,174	0,279
Evet	6	54,5	7	77,8		
Hayır	5	45,5	2	22,2		
Pilates					0,642	0,423
Evet	3	27,3	4	44,4		
Hayır	8	72,7	5	55,6		

* $p < 0,05$; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), χ^2 : Ki kare testi (Chi-Square Testi), b: Fisher's Exact test

**Katılımcılar birden fazla yöntem yazmıştır.

Araştırmaya katılan tüm gebelere doğum ağrısını azaltmada bildikleri yöntem sorulduğunda soruya gelen yanıtlar on yöntem altında birleştirilmiş olup Tablo 4-4'te sunulmuştur. Bu soruya cevap veren deney grubu gebelerin en yüksek %81,8 oran ile nefes egzersizi ve pozisyon değiştirme en düşük %9,1 oran ile yoga, müzik ve akupresür yöntemlerini bildiklerini belirtmişlerdir. Bu soruya cevap veren kontrol grubu gebeleri incelendiğinde; en yüksek %88,9 oran ile duş ve pozisyon değiştirme olur iken yoga ve akupresür yöntemlerini hiç bilmedikleri (%0) saptanmıştır.

Tablo 4-5: Katılımcıların Doğum Eylemine İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu (N=30)		Kontrol Grubu (N=30)		t	p
	Ortalama ± SS		Ortalama ± SS			
Hastanede Kalış Süresi (saat)	16,60±8,62		16,00±7,22		0,292	0,771
2. Evre Süresi (dakika)	10,73±4,29		10,93±3,81		0,191	0,849
3. Evre Süresi (dakika)	6,76±5,11		8,66±5,71		1,356	0,180
Bebek Boyu	49,33±1,49		49,33±1,21		0,000	1,000
Bebek Baş Çevresi	34,43±1,07		34,43±0,81		0,000	1,000
Bebek Ağırlığı	3203,00±374,00		3246,66±383,90		0,446	0,657
APGAR 1. dk	7,30±0,70		7,23±0,67		0,374	0,710
APGAR 5. dk	8,50±0,68		8,46±0,57		0,205	0,838
İlk Tarak Uygulama Süresi (dakika)	20,16±2,64		-		-	-
İkinci Tarak Uygulama Süresi (dakika)	16,13±1,22		-		-	-
Üçüncü Tarak Uygulama Süresi (dakika)	10,33±1,49		-		-	-
İlk Hastane Başvurundaki Servikal Açıklık	3,06±1,31		3,16±1,01		0,330	,743
	Sayı	%	Sayı	%	χ ²	p
Amniyotomi					5,934	0,015*
Evet	15	50	6	20		
Hayır	15	50	24	80		
İndüksiyon (Synptan)					1,964	0,161
Evet	26	86,7	29	96,7		
Hayır	4	13,3	1	3,3		
Oksijenin inhalasyonu					0,131	0,718
Evet	5	16,7	4	13,3		
Hayır	25	83,3	26	86,7		
Lavman					0,884	,347
Evet	22	73,3	25	83,3		
Hayır	8	26,7	5	16,7		
Hidrasyon					0,800	0,371
Evet	9	30,0	6	20		
Hayır	21	70,0	24	80		
Aç Bırakma					0,131	0,718
Evet	5	16,7	4	13,3		
Hayır	25	83,3	26	86,7		
Balon Tampon					2,857	0,091
Evet	12	40,0	6	20		
Hayır	18	60,0	24	80		
Propess					1,763	0,184
Evet	14	46,7	9	30		
Hayır	16	53,3	21	70		
Sefazol					0,098	0,754
Evet	6	20	7	23,3		
Hayır	24	80	23	76,7		

Buscopan					0,077	0,781
Evet	9	30	10	33,3		
Hayır	21	70	20	66,7		
Doğum Şekli					1,002	0,317
Spontan vajinal doğum	26	86,7	23	76,7		
Vajinal müdahaleli doğum	4	13,3	7	23,3		
Kesi yırtık durumu					0,000	1,000
Epizyotomi	24	80	24	80		
Laserasyon	6	20	6	20		
Cinsiyet					2,411	0,121
Kız	17	56,7	11	36,7		
Erkek	13	43,3	19	63,3		

* $p < 0,05$; t: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test), χ^2 : Ki kare testi (Chi-Square Testi), b: Fisher's Exact test

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerinin hastanede kalış süresi ortalaması $16,60 \pm 8,62$ saat, 2. evre süresi $10,73 \pm 4,29$ dakika ve 3. evre süresi $6,76 \pm 5,11$ dakikadır. Kontrol grubu gebelerinin ise hastanede kalış süresi ortalaması $16,00 \pm 7,22$ saat, 2.evre süresi $10,93 \pm 3,8$ dakika ve 3. evre süresi $8,66 \pm 5,71$ dakika olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerinin bebeklerinin boy ortalaması $49,33 \pm 1,49$, baş çevresi ortalaması $34,43 \pm 1,07$ ve ağırlık ortalaması $3203,00 \pm 374,00$ 'dir. Deney grubu gebelerinin bebeklerinin 1. ve 5. dk APGAR ortalamaları sırasıyla $7,30 \pm 0,70$ ve $8,50 \pm 0,68$ 'dir. Kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin ise boy ortalaması $49,33 \pm 1,21$, baş çevresi ortalaması $34,43 \pm 0,81$ ve ağırlık ortalaması $3246,66 \pm 383,90$ 'dir. Kontrol grubu gebelerinin bebeklerinin APGAR ortalamaları ise 1. dakika $7,23 \pm 0,67$ 5. dakika $8,46 \pm 0,57$ 'dir. İki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan deney grubunun avuç içerisine uyguladığı eksternal bası uygulaması incelendiğinde; gebelerin 5-6 cm servikal açıklığa sahip iken dört kontraksiyon boyunca uyguladığı ilk tarak süresi ortalaması $20,16 \pm 2,64$ dakika, 7-8 cm servikal açıklığa sahip iken dört kontraksiyon boyunca uyguladığı ikinci tarak süresi ortalaması $16,13 \pm 1,22$ dakika ve 9-10 cm servikal açıklığa sahip iken dört kontraksiyon boyunca uyguladığı üçüncü tarak süresi ortalaması ise $10,33 \pm 1,49$ dakikadır. Kontrol grubu gebelerine eksternal bası uygulaması yapılmamış olup rutin hastane bakımı verilmiştir.

Doğumhaneye yatışı yapılan deney grubu gebelerinin ilk vajinal muayene bulgu ortalaması $3,06 \pm 1,31$ cm iken kontrol grubu gebelerinin ortalaması $3,16 \pm 1,01$ cm'dir. İki grup arasında doğumhaneye yatışı yapıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene bulgusu açısından bir fark saptanmamıştır.

Gebelere doğum sürecinde hekim direktifiyle yapılan farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleler incelendiğinde; deney grubu gebelerinin %50'sine (n=15) amniyotomi yapılmış, %90'ına (n=27) suni oksitosin (indüksiyon) kullanmış, %16,7'sine (n=5) oksijen inhalasyon desteği sağlanmış, %73,3'üne (n=22) lavman yapılmış, %30'una (n=9) hidrasyon takılmış, %16,7'sine (n=5) yemek

yedirilmeyip aç bırakılmış, %40'ına (n=12) serviksi genişletmek için balon takılmış, %46,7'sine (n=14) propess uygulanmış, %20'sine (n=6) antibiyotik tedavisi başlanmış ve %30'una (n=9) buscopan uygulanmıştır. Kontrol grubu gebelerinin ise %20'sine (n=6) amniyotomi yapılmış, %96,7'sine (n=29) suni oksitosin (indüksiyon) kullanmış, %13,3'üne (n=4) oksijen inhalasyon desteği sağlanmış, %83,3'üne (n=25) lavman yapılmış, %20'sine (n=6) hidrasyon takılmış, %13,3'üne (n=4) yemek yedirilmeyip aç bırakılmış, %20'sine (n=6) serviksi genişletmek için balon takılmış, %30'una (n=9) propess uygulanmış, %23,3'üne (n=7) antibiyotik tedavisi başlanmış ve %33,3'üne (n=10) buscopan uygulanmıştır. Deney ve kontrol grubu arasında amniyotomi uygulaması dışında bir farklılık saptanmamıştır.

4.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan gebelerin hastaneye kabul, eksternal bası uygulama öncesi uygulama sonrası ve çeşitli dönemlere ait ölçümlerde VAS ağrı puanlara ilişkin bulgular Tablo4-6'da sunulmuştur.

Tablo 4-6: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Puanlarının Farklı Ölçümlerine Göre Karşılaştırılması

Gruplar		Hastaneye Kabul (VASI) 1	Servikal dilatasyon 5-6 cm olunca (VASII) 2	Birinci uygulamadan 30 dakika sonra (VASIII) 3	Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca (VASIV) 4	İkinci uygulamadan 30 dakika sonra (VASV) 5	Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca (VASVI) 6	Üçüncü uygulamadan 30 dakika sonra (VASVII) 7	Postpartum 30. dakikada (VASVIII) 8	F ₂	p ₂	İkili Karşılaştırma
		X±SS (Min-Max)	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS			1-2 arasında 2-3 arasında 4-5 arasında 6-7 arasında
Deney Grubu		2,76±1,97	5,53±1,71	6,20±1,62	7,50±1,22	7,06±1,33	9,83±0,53	8,76±1,00	1,20±0,76	181,694	0,000	arasında yapılan VAS ölçümleri arasındaki fark anlamlıdır.
Kontrol Grubu		3,76±1,63	5,66±1,32	6,96±1,27	8,10±1,24	8,63±1,32	9,70±0,65	9,76±0,50	1,43±0,77	247,859	0,000	
	t ₁	2,136	0,337	2,033	1,884	4,557	0,869	4,867	1,177			
	p ₁ b	0,037*	0,737	0,047*	0,065	0,000*	0,388	0,000*	0,224			

a: Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures Anova), b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Deney ve kontrol grubundaki katılımcıların VAS ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; hastaneye kabul aşamasında (VAS I) deney ve kontrol gruplarının ağrı puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. Buna göre deney grubun ağrı ortalaması, kontrol grubuna göre daha düşük hesaplanmıştır ($p<0,05$). Servikal dilatasyon 5-6 cm olunca yapılan ağrı ölçümünde ise (VAS II) hem deney grubun hem de kontrol grubunun ağrı ortalamaları VAS I ölçümüne göre kıyaslandığında yükselmiştir. Bu iki ölçüm arasındaki fark tekrarlı ölçüm ANOVA testine göre istatistiksel olarak her iki grupta da anlamlıdır ($p<0,05$). Ancak servikal dilatasyon 5-6 cm olunca yapılan ağrı ölçümünde deney ve kontrol gruplarının VAS ağrı ortalamaları arasındaki fark bağımsız örneklem t testine göre anlamlı değildir ($p>0,05$). Buna göre Servikal dilatasyon 5-6 cm olunca her iki grubun da ağrı skorları birbirine yaklaşmıştır. Bunun temel nedeni deney grubunun ağrı skorundaki artışın kontrol grubuna göre daha yüksek olmasıdır. Birinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan ağrı ölçümünde ise (VAS III) hem deney grubun hem de kontrol grubunun ağrı ortalamaları VAS II ölçümüne göre kıyaslandığında bir miktar yükselmiştir. Ancak deney grubundaki ağrı ortalamasının artışı kontrol grubundaki ağrı ortalamasındaki artışın altındadır. Ayrıca VAS II ölçümünde $5,66\pm1,32$ olan kontrol grubu ortalaması uygulama sonrasında VAS III ölçümünde $6,96\pm1,27$ 'ye yükselmiştir. Deney grubunda ise $5,53\pm1,71$ olan VAS II ortalaması Birinci eksternal bası uygulaması sonrasında VAS III ölçümünde $6,20\pm1,62$ 'ye yükselmiştir. Bir diğer ifade ile birinci eksternal bası uygulaması daha az bir ağrı artışına neden olmuştur. Bu nedenle de VAS II ölçümünde deney ve kontrol gruplarının VAS ağrı ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değilken, Birinci eksternal bası uygulaması sonrasında VAS III ölçümünde iki grup arasındaki fark deney grubu lehine anlamlı şekilde daha düşük hesaplanmıştır ($p<0,05$).

Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV ölçümünde her iki grupta da ağrı ortalaması önceki ölçümlere göre yükselmiştir. Ancak servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV ölçümünde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Ancak deney grubunun ağrı ortalaması kontrol grubuna göre yine daha düşüktür. İkinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS V ölçümünde ise deney grubunda Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV ölçümü ortalaması ile İkinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS V ölçümü ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). İkinci eksternal bası uygulaması sonrası deney grubunda ağrı ortalaması $7,50\pm1,22$ 'den $7,06\pm1,33$ 'e düşmüştür. Uygulamanın etkisini gösteren bir diğer sonuç ise kontrol grubunun ölçümleridir. Kontrol grubunda Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV ölçümü ortalaması ile İkinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS V ölçümü ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Ancak deney grubunun aksine kontrol grubunda VAS V ağrı ortalaması VAS IV'e göre yükselmiştir. İkinci eksternal bası uygulaması sonrası kontrol grubunda ağrı ortalaması $8,10\pm1,24$ 'ten $8,63\pm1,32$ 'ye yükselmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testine göre servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV ölçümünde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan

anlamli değilken, İkinci eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS V ölçümünde iki grup arasındaki fark deney grubunun lehine olacak şekilde daha düşük hesaplanmıştır ($p<0,05$).

Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümünde her iki grubunda ağrı ortalaması önceki ölçümlere göre yükselmiştir. Ancak servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümünde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Ancak deney grubunun ağrı ortalaması kontrol grubuna göre yine daha düşüktür. Üçüncü eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS VII ölçümünde ise deney grubunda Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümü ortalaması ile üçüncü eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS VII ölçümü ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Üçüncü eksternal bası uygulaması sonrası deney grubunda ağrı ortalaması $9,83\pm0,53$ 'ten $8,76\pm1,00$ 'e düşmüştür. Uygulamanın etkisini gösteren bir diğer sonuç ise kontrol grubunun ölçümleridir. Kontrol grubunda servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümü ortalaması ile üçüncü eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS VII ölçümü ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p<0,05$). Ancak deney grubunun aksine kontrol grubunda VAS VII ağrı ortalaması VAS VI'ya göre yükselmiştir. Üçüncü eksternal bası uygulaması sonrası kontrol grubunda ağrı ortalaması $9,70\pm0,65$ 'ten $9,76\pm0,50$ 'ye yükselmiştir. Yapılan bağımsız örneklem t testine göre servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümünde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değilken, üçüncü eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan VAS VII ölçümünde iki grup arasındaki fark deney grubunun lehine olacak şekilde daha düşük hesaplanmıştır ($p<0,05$).

Araştırmada son olarak postpartum 30. dakikada VAS VIII ağrı ölçümü hem deney grubuna hem de kontrol grubuna yapılmıştır. Buna göre postpartum 30. dakikada yapılan VAS VIII ağrı ölçümüne göre deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte kontrol grubunda daha yüksek bulunmuştur. Diğer taraftan hem deney grubunda hem de kontrol grubunda postpartum 30. dakikada VAS VIII ağrı ölçümü ortalamaları diğer ölçümlere göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşmüştür ($p<0,05$).

4.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Araştırmanın bu kısmında deney grubu ve kontrol grubu gebelerin doğum sürecinde algıladıkları doğum deneyimine ait bulguların karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Doğum deneyimi ölçeği doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güven/anılar ve kararlara katılım olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Araştırmada doğum deneyimi

ölçeği dört alt boyutta ele alınmış olup deney ve kontrol grubunun karşılaştırılması incelenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeği ve Alt boyutlarından aldıkları puanlara ilişkin bulgular Tablo 4-7’de sunulmuştur.

Tablo 4-7: Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Gruplar	Doğum Süreci	Profesyonel Yardım/Destek	Algılanan Güvenlik/Anılar	Kararlara Katılım	Toplam Doğum Deneyimi
	X±SS	X±SS	X±SS	X±SS	
Deney Grubu	2,45±,39	2,16±,69	2,14±,41	2,67±,70	2,33±,40
Kontrol Grubu	2,45±,34	1,93±,57	2,22±,38	2,74±,67	2,31±,39
t ₁	-0,87	1,423	0,802	0,374	0,176
p _{1b}	0,931	0,160	0,426	0,710	0,861

b: Bağımsız Örneklem T Testi (Independent Samples T Test)

Doğum Süreci alt boyutu açısından deney ve kontrol grubundaki gebeler incelendiğinde; deney grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 2,45±,39 iken, bu ortalama kontrol grubundaki gebelerde 2,45±,34 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (t₁= -0,87, p_{1b}=0,931).

Doğum deneyimi ölçeğinin ikinci alt boyutu olan Profesyonel Yardım/Destek alt boyutu açısından deney grubundaki gebelerin doğum deneyimi ortalaması 2,16±,69 iken, bu ortalama kontrol grubundaki gebelerde 1,93±,57 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (t₁= 1,423, p_{1b}=0,160).

Doğum deneyimi ölçeğinin üçüncü alt boyutu olan Algılanan Güven/Anılar alt boyutu açısından doğum deneyimi ortalaması 2,14±,41 iken, bu ortalama kontrol grubundaki gebelerde 2,22±,38 olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (t₁= 0,802, p_{1b}=0,426).

Doğum deneyimi ölçeğinin son alt boyutu olan Kararlara Katılım alt boyutu açısından doğum deneyimi ortalaması 2,67±,70 iken, bu ortalama kontrol grubundaki gebelerde 2,74±,67

olarak hesaplanmıştır. Ortalamalar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($t_1=0,374$, $p_{1b}=0,710$).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde hem toplam doğum deneyiminde hem de tüm alt boyutlarda deney grubu ve kontrol grubunun doğum deneyimi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$).



5. TARTIŞMA

Avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmamızda deney (n=30) ve kontrol (n=30) olmak üzere toplam 60 gebe çalışmaya alınmıştır. Randomize kontrollü çalışmamızdan elde edilen bulgular kısmı literatür ışığında dört başlık altında toplanarak tartışılmıştır.

1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması
4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda olduğu bulunmuştur. Araştırmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalaması deney grubunda $24,76 \pm 5,13$ kontrol grubunda ise $24,80 \pm 4,32$ yaş (her iki grup için de Min=18 Max=35) bulunmuştur. Araştırmamızdaki yaş ortalaması ile TNSA 2018 en yüksek yaşa özel doğurganlık yaş ortalaması karşılaştırıldığında veriler birbirleriyle uygunluk göstermektedir (TNSA 2018).

Gebelikte avuç içine eksternal bası uygulamalarını konu alan güncel literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Öztürk (2006)'ün çalışmasında buz uygulama grubu yaş ortalaması $23,52 \pm 4,14$, silikon uygulamaya grubu yaş ortalaması $23,44 \pm 4,08$ ve kontrol grubu yaş ortalaması ise $23,52 \pm 4,14$ olarak bildirilmiştir (Öztürk 2006). Öztürk Altınayak (2020)'in çalışmasında yaş ortalaması soğuk uygulama yapılan kupresür grubunda $24,28 \pm 3,86$, akupresür grubunda $24,25 \pm 3,28$, sıcak uygulama yapılan akupresür grubunda $23,97 \pm 2,86$ ve kontrol grubunda ise $24,17 \pm 4,23$ yaş bildirmiştir (Öztürk Altınayak 2020). Deniz (2019)'in

çalışmasında yaş ortalaması deney grubu katılımcılarda $26,7 \pm 4,8$, kontrol grubu katılımcılarda $27,8 \pm 5,6$ ve plasebo grubu katılımcılarında ise $26,9 \pm 4,9$ 'dur (Deniz 2019). Yıldırım (2014)'ın çalışmasında yaş ortalaması deney grubunun $28,08 \pm 6,39$ kontrol grubunun ise $28,72 \pm 6,28$ bildirilmiştir (Yıldırım 2014). Sucuk (2010) ve Hamlacı (2013)'nın çalışmasında deney ve kontrol gruplarına özgü ayrı ayrı yaş ortalamalarına yer verilmemiş olup çalışmaya katılan tüm gebelerin yaş ortalamaları verilmiştir. Bu veriler sırasıyla $23,65 \pm 4,91$ ve $24,6 \pm 4,58$ olarak bildirilmiştir (Sucuk 2010; Hamlacı 2013). Çalışma yaş ortalaması bulgularımızı uluslararası çalışma bulguları ile karşılaştırdığımızda benzer şekilde yaş ortalamaları bildirilmiştir (Dabiri ve Shahi, 2014; Asadi ve diğ. 2015; Ozgoli ve diğ. 2016). Araştırmadan elde edilen yaş ortalaması verileri ve güncel literatürde yapılan çalışmaların verileri birbirleriyle uyumludur.

Araştırmaya katılan katılımcıların boy uzunluklarına bakıldığında ise deney grubu katılımcıların ortalama boy uzunlukları $163,200 \pm 5,20$ cm iken, kontrol grubunun ortalama boy uzunluğu ise $162,53 \pm 4,81$ cm olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan deney grubu gebelerin ortalama vücut ağırlıkları $74,43 \pm 9,08$ kg ve kontrol grubundaki gebelerin $76,10 \pm 9,10$ kg olarak hesaplanmıştır. Türkmen (2017)'in çalışmasında ortalama boy uzunlukları sıcak uygulama grubunda $162,74 \pm 4,69$, masaj grubunda $163,53 \pm 6,02$, kontrol grubunda $163,30 \pm 4,14$ cm olarak bildirilmiştir (Türkmen 2017). Deniz (2019)'ın çalışmasında ortalama boy uzunluklarını deney grubu $161,0 \pm 5,8$, kontrol grubu $161,6 \pm 5,6$ ve plasebo $163,6 \pm 7,3$ belirlemiş olup aynı çalışmada ortalama vücut ağırlıklarını ise deney $69,3 \pm 17,9$, kontrol $70,3 \pm 18,2$ ve plasebo $69,1 \pm 21,1$ olarak bildirmiştir (Deniz 2019). Araştırmadan elde edilen boy uzunluğu ve vücut ağırlığı verileri ile literatürde yapılan çalışmaların verileri birbirleriyle uyumludur.

Araştırmaya katılan deney grubu gebelerin evlilik süreleri ortalama $21,68 \pm 17,98$ ay ve kontrol grubu gebelerin evlilik süreleri ortalama ise $16,76 \pm 13,28$ ay bulunmuştur. Araştırmaya katılan tüm gebelerin evlilik süreleri ortalama ise $19,18 \pm 15,82$ (Min=3, Max=84) aydır. Kaçar (2019)'in çalışmasında araştırmaya katılan tüm gebelerin evlilik süre ortalaması $19,49 \pm 11,62$ (Min=1, Max=60) aydır (Kaçar 2019). Tandoğan (2021)'in çalışmasında deney grubunun evlilik süresi ortalaması $1,50 \pm 0,80$, kontrol grubunda ise ortalama $2,00 \pm 1,60$ yıl olduğu bildirilmiştir (Tandoğan 2021). Literatür verileri ile çalışma grubumuzun verileri birbirleriyle uyumludur.

Araştırmaya katılan tüm gebelerin (n=60); %35'inin (n=21) ilköğretim, %23,3'ünün (n=14) ortaokul ve %35'inin (n=21) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan %6,7'sinin (n=4) ise hiç eğitim almadığı fakat okuma yazmayı bildiği

saptanmıştır. TNSA 2018 raporu verilerine göre 15-49 yaş aralığındaki tüm kadınların %29'u ilkokul, %20'si ortaokul ve %41'i lise ve üzeri eğitim seviyesine sahiptir. İstanbul bölgesi incelendiğinde; kadınların %7,3'ünün ilköğretimi bitirmediği, %27,3'ünün ilkokul mezunu, %17,9'unun ortaokul mezunu ve %47,6'sının ise lise ve üzeri bir eğitim durumuna sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonucu ile İstanbul bölgesindeki kadınların eğitim düzeyi karşılaştırıldığında, genel anlamda veriler uyumlu olmasına karşın, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olma oranı daha düşük bulunmuştur. Bu durum çalışmanın yapıldığı hastaneye çoğunlukla göçmen başvuruyor olması ve de sosyo-ekonomik düzeyi orta veya düşük olan gebeler tarafından tercih edilmesinden dolayı kaynaklanabilmektedir. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında katılımcıların %45,5'inin ilkokul, %21,6'sının ortaokul ve %23,9'unun lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Yıldırım (2014)'ın çalışmasında ise araştırmaya katılan tüm katılımcıların %59,7'si ilköğretim mezunudur. Aynı çalışmada deney grubunun %55,6'sının ilköğretim düzeyinde kontrol grubunun ise %63,9'unun ilköğretim düzeyinde eğitime sahip olduğu bildirilmiştir (Yıldırım 2014). Bu çalışmaya göre araştırma grubumuzun eğitim durumu daha yüksek çıkmıştır fakat araştırma ayrıntılı incelendiğinde ilköğretim mezunu içerisinde ortaöğretim mezunu olanlara da yer verilmiştir. Bu araştırmalar doğrultusunda araştırma grubumuzun eğitim durumu, diğer çalışma verileri ile farklılık göstermemektedir.

Gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumuna bakıldığında grubun çoğunluğunun çalışmadığı (%63,3, n=38) ev hanımı (%63,3, n=38) olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 verileri incelendiğinde 15-49 yaş arası kadınların %28'inin herhangi bir işte çalıştığı %64'ünün ise herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre bakıldığında ise 20-24 yaş grubundaki kadınların %68,7'si ve 25-29 yaş grubundaki kadınların %59,8'i ve 30-34 yaş grubundaki kadınların ise 58,9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır. Öztürk Altınayak (2020)'ın çalışmasında soğuk uygulamalı akupresür grubunda kadınların %71,4'ü akupresür grubunda kadınların %68,6'sı, sıcak uygulamalı akupresür grubunda kadınların %68,6'sı ve kontrol grubunda kadınların %91,4'nün çalışmadığını bildirmiştir. Araştırmaya dahil edilen tüm kadınların ise %75'i çalışmamaktadır (Öztürk Altınayak 2020). Literatürdeki araştırma verileri ve TNSA 2018 verileri ile bu araştırma verileri uyumlu olup kadınların halen büyük bir çoğunluğu gelir getiren bir işte herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Araştırmaya katılan tüm gebelerden %73,3'ü geliri giderine denk, %15'i gelirinin giderinden az olduğunu ve %11,7'si gelirinin giderinden fazla olduğunu beyan etmiştir. Öztürk

Altınayak (2020)'ın çalışmasında katılan tüm gebelerin %65'inin geliri giderine denk, %20,0'sinin geliri giderinden az ve %15'inin ise geliri giderinden fazla olduğu bildirilmiştir (Öztürk Altınayak 2020). Literatür verileri ile çalışma grubumuzun verileri birbirleriyle uyumludur.

Araştırmaya katılan tüm gebelerden %95'i (n=57) sağlık güvencesine sahip olduğunu beyan ederken %5'i (n=3) ise herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı beyan etmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'deki kadınların %9'u herhangi bir sağlık güvencesine sahip değildir. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında araştırmaya katılan katılımcıların %98,8'inin sağlık güvencesinin olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Araştırmadan elde edilen sonuç TNSA 2018 ve literatür verileri ile benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan tüm gebelerden % 81,7'sinin (n=49) çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir. Kaçar (2019)'ın çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin %79,5'inin çekirdek aile tipinde yaşadığı bildirilmiştir (Kaçar 2019). Türkmen (2017)'in çalışmasında sıcak uygulama grubunda katılımcıların %90,6'sının, masaj grubundaki katılımcıların %87,9'unun, kontrol grubunda katılımcıların %93,9'unun çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir (Türkmen 2017). Literatür verileri ile çalışma grubumuzun verileri birbirleriyle uyumludur.

Araştırmaya katılan gebelerin eşlerinin eğitim durumuna bakıldığında %46,7'sinin ortaokul, %26,7'sinin lise, %13,3'ünün üniversite ve %11,7'sinin ilkokul düzeyinde eğitim aldığı belirlenmiştir. Hamlacı'nın (2013) çalışmasında gebelerin eşlerinin %46,6'sının okur-yazar/ilkokul, %22,7 ortaokul ve %29,5'unun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Bu çalışmaya göre araştırmamızdaki gebelerin eşlerinin eğitim düzeyi yüksek bulunmuştur. Çalışmanın 2013 yılında yapılmış olması ve de okur-yazar ve ilkokul eğitim düzeyini aynı gruba dahil etmesi açısından bu fark kabul görebilmektedir. Yıldırım (2014)'ın çalışmasında ise gebelerin eşlerinin %56,9'u ilköğretim (ilkokul ve ortaokul) ve %26,4'ü lise mezunu bildirilmiştir (Yıldırım 2014). Araştırmamızdan elde edilen veriler literatür ile benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %73,3'ünün bir il/şehirden yaşadığı, %23,3'ünün ilçede yaşadığı ve %3'ünün ise köyde yaşadığı belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %78,8'i kentsel bölgede yaşamaktadır. Sucuk (2010)'un LI4 ve SP6 akupunktur noktasına uygulanan basının doğum ağrısına ve süresine etkisini incelediği çalışmada katılımcıların %60,8'i ilde, %16,7'si ilçede ve %22,5'i köyde yaşadığı bildirilmiştir (Sucuk 2010). Öztürk

Altınayak (2020)'ın çalışmasında ise katılımcıların %50'si ilde, %35,7'si ilçede ve 14,3'ü köyde yaşadığı bildirilmiştir (Öztürk Altınayak 2020). Araştırma verileri ile TNSA verileri benzer niteliktedir fakat literatür verileri ile benzer nitelikte değildir. Literatür verileri incelendiğinde araştırma için veri toplanan illerin sırasıyla Kayseri ve Tokat olduğu saptanmıştır. Araştırmamızda ise veri toplanan yer İstanbul ilidir. İllerin bulunduğu coğrafi konum, göç durumu, sosyoekonomik durum vs. göze alındığında literatür verileri ile araştırma verileri arasındaki bu farkın olması kabul görülmektedir.

5.2. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan 60 katılımcının %73,3'ünün ilk gebeliği, %21,7'si düşük yapma öyküsüne sahip ve %6,7'sinin küretaj olduğu belirlenmiştir. Deney grubu katılımcıların gebelik sayısı ortalaması $1,43 \pm 1,00$ düşük sayı ortalaması $1,57 \pm 1,51$ 'dir. Kontrol grubunun ise gebelik sayısı ortalaması $1,30 \pm 0,53$ düşük sayı ortalaması $1,16 \pm 0,40$ 'dir. TÜİK 2021 doğum istatistiklerine bakıldığında 15-49 yaş toplam doğurganlık hızı 1,70'dir. İllere göre incelendiğinde ise İstanbul'un toplam doğurganlık hızının 1,59'a eşit veya daha düşük olduğu bildirilmiştir. Kaçar (2019)'ın çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin %83,3'ünün ilk gebeliği, %8,5'i düşük yapma öyküsüne sahip ve %7,6'sının küretaj olduğu bildirilmiştir (Kaçar 2019). TNSA 2018 verilerine göre ise düşük %18,6 oranında gerçekleşmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler literatür, TNSA 2013 ve TÜİK 2021 verileri ile birbirine benzemektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %95'i normal yollar ile kendiliğinden gebe kalmış olup %96,7'si gebeliği istemekte %90'nın eşi de bu gebeliği istemektedir. Türkmen (2017)'in çalışmasında araştırmaya katılan katılımcıların %92,9'u isteyerek gebe kaldığını bildirmiştir (Türkmen 2017). Şinik (2021)'in çalışmasında ise deney grubu gebelerin %96,2'sinin, kontrol grubunda gebelerin tamamının gebeliklerini istediği bildirilmiştir (Şinik 2021). TNSA 2018 verilerine göre 15-49 yaş aralığındaki ilk doğumunu yapacak kadınların %90,4'ü gebeliklerini istemektedir. Araştırmamızdan elde edilen veriler literatür ile benzer niteliktedir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi dismenore oranı %80 olarak belirlenmiş olup bu ağrıyı yaşayanların %54,2'si bu ağrıyı hafif olarak tanımlamıştır. Sucuk (2010)'un çalışmasında gebelerin %66,7'si gebelik öncesi dönemde dismenore şikayeti olduğunu bildirmiş olup şikayeti olanların %32,3'ü ise bu ağrıyı hafif olarak tanımlamıştır (Sucuk 2010).

Tandoğan (2021)'ın çalışmasında gebelik öncesi dismenore öyküsü deney grubunda %87,1, kontrol grubunda ise %77,4 olarak saptanmış olup dismenoresi olan gebelerin deney grubunda %63,0'ü ve kontrol grubunda %70,8'i çoğunlukla hafif ve orta şiddetli ağrı duydukları bildirilmiştir (Tandoğan 2021). Çalışmamızda literatür ile karşılaştırıldığında literatürdeki verilerde farklılıklar göze çarpmaktadır. Güncel literatür ile karşılaştırıldığında araştırmamızdan elde edilen veriler literatür ile uyumludur. Fakat kişiye bu soruların doğum eylemi sürecinde sorulması ve cevabın kişinin kendi beyanına bağlı olması verinin yüksek çıkmasının nedenlerinden biri olarak ele alınabilmektedir.

Araştıramaya katılan gebelerin %81,7'si gebeliklerinde ilaç kullandıkları belirlenmiş olup ilaç kullanan gebelerde %67,3'ünün kullandığı ilacın vitamin ve demir preparatları olduğu tespit edilmiştir. Öztürk (2006)'ün çalışmasında araştırmaya katılan katılımcıların %91,3'ünün gebelikleri sürecinde ilaç kullandıkları, %79,4'ünün ise kullandıkları ilacın vitamin ve demir preparatları olduğu bildirilmiştir (Öztürk 2006). Hamlacı (2013)'nın çalışmasında ise araştırmaya katılan gebelerin gebelik süresince ilaç kullanma oranlarının %86,4 olduğu, ilaç kullananların ise %90,8'inin demir ve vitamin ilacı kullandığı bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Tuncer Yılmaz (2021)'ın çalışmasında araştırmaya katılan gebelerin %78,2'si gebelikleri sürecinde ilaç kullandıklarını, ilaç kullananların ise %91'inin demir, vitamin, ve folik asiti beraber kullandığı belirlenmiştir (Tuncer Yılmaz 2021). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermekte fakat araştırmamızda vitamin ve demir preparatı kullanımı daha düşük bulunmuştur. Gebelik sürecinde kullanılan vitamin ve demir preparatları, düzenli olarak antenatal kontrollere gitmek ve bakım almak ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda araştırmaya katılan gebelerin tamamının doğum öncesi düzenli olarak kontrollere gitmemiş ve antenatal bakım almamış olması bu durumu etkilediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %31,7 (n=19)'sinin gebeliklerinde sağlık problem yaşadığı ve bu sağlık problemlerinin de %52,6'sının idrar yolu enfeksiyonu %21,1'inin kanama %15,8'inin ağrı-kasılma ve %10,5'inin bulantı-kusma olduğu saptanmıştır. Öztürk (2006)'ün çalışmasında katılımcıların gebelikleri sürecinde problem yaşama durumu ve eğer yaşadıysa yaşadıkları problem türlerine bakıldığında katılımcıların %85,3'ünün gebeliklerinde problem yaşadığı ve bu problemlerden %60,1'nin bulantı kusma ve %22,5'inin idrar yolu enfeksiyonu olduğu bildirilmiştir (Öztürk 2006). Hamlacı (2013)'nın çalışmasında gebelerin %60,2'sinin gebeliğinde sağlık problemi yaşadığı ve bu sağlık problemi yaşayan gebelerin de %84,9'unun

bulantı-kusma ve %16,9'unun idrar yolu enfeksiyonu yaşadığı bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Tuncer Yılmaz (2021)'in çalışmasında ise gebelerin % 38,4'ü gebelikleri sürecinde problem yaşadığını bildirmiş olup gebelik sürecinde yaşanan problemlerden %57,3'ünün bulantı kusma ve %32,6'sının idrar yolu enfeksiyonu olduğu belirlenmiştir (Tuncer Yılmaz 2021). Araştırmamızda veriler literatürde yapılan çalışma verileri karşılaştırıldığında gebelerin gebeliğe ilişkin sağlık problemi yaşama durumu çalışmamızda daha düşük bulunmuştur. Gebelik sürecinin ilk haftalarında başlayan ve daha sonra kaybolan bulantı-kusma ilk trimesterdeki gebelerde %50-80 sıklığında görülmekte olup doğal bir süreç gibi düşünülmekte ve bir sağlık problemi olarak düşünülmemektedir. Ancak literatürde yapılan çalışmalarda doğal bir sürecin parçası olan bulantı-kusma bir sağlık problemi olarak ele alınmış ve bu yüzden veriler daha yüksek bildirilmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik sürecinde düzenli olarak antenatal kontrollere gitme oranı %83,3 olup ortalaması $8,36 \pm 2,14$ kez (Min=4, Max=12) olarak belirlenmiştir. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında gidilen antenatal kontrollere gitme sayısı ortalamasının $8,54 \pm 2,84$ olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Deniz (2019)'in çalışmasında deney grubunun $9,89 \pm 3,4$ kez, kontrol grubunun $8,71 \pm 3,14$ kez ve plasebo grubunun $10,6 \pm 3,73$ kez antenatal kontrole gittiği bildirilmiştir (Deniz 2019). Türkmen (2017)'in çalışmasında ise sıcak uygulama grubunun %81,2'si, masaj grubunun %90,9'u ve kontrol grubunun ise %90,9'u antenatal dönemde beş kez ve üzerinde kontrole gitmiştir (Türkmen 2017). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile uyumludur.

Araştırmaya katılan gebelerin %33,3'ünün doğum ağrısını azaltmaya yönelik bilgi aldığını ve bu bilgiyi alan gebelerin ise %35'ini gebe okulundan %30'unu internetten %15'ini ebeden %10'unu kitaptan ve %10'unu arkadaş ve tanıdıktan aldığı saptanmıştır. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında gebelerin %37,5'unun doğum ağrısını azaltmaya yönelik bilgi aldığı bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Kaçar (2019)'in çalışmasında doğum ağrısını azaltmaya yönelik gebelerin %24,4'ünün bilgi aldığı bildirilmiş olup doğum ağrısına ilişkin bilgi alan gebelerin %46'sının internetten bilgi aldığı, %24'ünün arkadaş ve tanıdıktan bilgi aldığı ve %22'sinin ise ebelerden bilgi aldığı sonucuna ulaşılmıştır (Kaçar 2019). Araştırmaya katılan ve doğum ağrısını azaltmaya yönelik bilgi alan gebelerin (%33,3, n=20) bildikleri yöntemler sorulduğunda en çok bilinen yöntemler sırasıyla pozisyon değişikliği %85 (n=17), nefes egzersisi %75 (n=15), duş %75 (n=15), masaj %70 (n=14) ve sıcak-soğuk uygulama %65 (n=13)'dür. Kaçar (2019)'in çalışmasında doğum ağrısını azaltmaya yönelik en çok bilinen

yöntem %66,6 oran ile nefes egzersizi ve yürüyüş yöntemleridir (Kaçar 2019). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan nullipar gebelerin hastaneye geldiği saatten doğuma kadar geçen ortalama süreleri deney grubunun $16,60 \pm 8,62$ kontrol grubunun ise $16,00 \pm 7,22$ saattir. Nullipar, primipar ve multipar gebelerin rastgele dahil edildiği Sucuk (2010)'un çalışmasında tüm grupların ortalaması $18,56 \pm 14,97$ saat olarak bildirilmiştir. (Sucuk 2010). Yalnızca primipar gebelerin dahil edildiği Öztürk Altınayak (2020)'in çalışmasında soğuk uygulama yapılan akupresür grubunda $936,17 \pm 270,67$ akupresür grubunda $909,91 \pm 336,88$ sıcak uygulama yapılan akupresür grubunda $1001,31 \pm 539,82$ ve kontrol grubunda $807,88 \pm 337,75$ dakika olarak bildirilmiştir (Öztürk Altınayak 2020). Primipar ve multipar gebelerin rastgele dahil edildiği Deniz (2019)'in çalışmasında deney grubunda $743 \pm 379,8$ kontrol grubunda $920,5 \pm 472,1$ ve plasebo grubunda $906,9 \pm 375,1$ dakika bildirilmiştir (Deniz 2019). Literatüre bakıldığında doğum eyleminin birinci evresinde ortalama aktif faz süresi nulliparlarda 6 ile 18 saat, multiparlarda ise 2 ile 10 saat geçiş fazı süresi ise nulliparlarda 3 saat, multiparlarda ise 1 saat sürmektedir. Doğum eyleminin ikinci evresi ise nulliparlarda 3 saat, multiparlarda 2 saatte tamamlanmaktadır (Taşkın 2016; Yıldız 2019). Bu bilgiler ışığında nullipar bir gebe için aktif fazdan doğumun tamamlanmasına kadar geçen süre ortalama 12-24 saat arasında tamamlanmaktadır. Araştırmamızda ortalama doğum süresi 16 saat bulunmuş olup literatür ile uyumludur. Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin doğum eyleminin ikinci evre süresi deney grubunda $10,73 \pm 4,29$ kontrol grubunda $10,93 \pm 3,81$ dakika üçüncü evre süresi deney grubunda $6,76 \pm 5,11$ kontrol grubunda ise $8,66 \pm 5,71$ dakika olarak belirlenmiştir. Hamlacı (2013)'nın çalışmasındaki verilere bakıldığında ikinci evre süresi deney grubunda $6,84 \pm 3,67$ kontrol grubunda $8,02 \pm 4,45$ dakika üçüncü evre süresi deney grubunda $7,68 \pm 3,08$ kontrol grubunda ise $9,29 \pm 4,02$ dakika olarak bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Deniz (2019)'in çalışmasında üçüncü evre süresi deney grubunda $7,3 \pm 2,8$ kontrol grubunda $9,1 \pm 5$ ve plasebo grubunda $9,07 \pm 4,9$ dakika olarak bildirilmiştir (Deniz 2019). Öztürk Altınayak (2020)'in çalışmasında ise üçüncü evre süresi soğuk uygulama yapılan akupresür grubunda $8,42 \pm 5,62$ akupresür grubunda $13,85 \pm 1,58$ sıcak uygulama yapılan akupresür grubunda $10,11 \pm 5,57$ ve kontrol grubunda $7,80 \pm 4,51$ dakika olarak bildirilmiştir (Öztürk Altınayak 2020). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir ancak ikinci evrenin

süresi çalışmamızda yaklaşık iki dakika uzun bulunmuştur. Literatürde daha önce doğum yapmamış bir kadının doğum süresi doğum yapmış bir kadına göre daha uzun sürdüğü bilinmektedir. Çalışmamıza yalnızca nullipar kadınlar dahil edilmiştir bu sebeple çalışmamızda ikinci evre süre olarak daha uzun sürmüştür.

Araştırmaya katılan gebelerin yenidoğanlarının ağırlık ortalamaları $3224,83 \pm 376$ gr, boy uzunluk $49,33 \pm 1,34$ cm, baş çevrelerinin ortalamaları $34,43 \pm 0,94$ cm olarak hesaplanmıştır. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında yenidoğan ağırlık ortalamaları $3256,7 \pm 385$ gr, boy uzunluk ortalamaları $51,02 \pm 1,61$ cm, baş çevrelerinin ortalamaları ise $35,14 \pm 1,2$ cm olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Öztürk (2006)'ün çalışmasında yenidoğanların vücut ağırlığı ortalaması $3275,33 \pm 343,38$ gr olarak bildirilmiştir (Öztürk 2006). Deniz (2019)'in çalışmasında ise yenidoğanların ağırlıkları deney grubunda $3378 \pm 358,4$ gr, kontrol grubunda $3426,6 \pm 424,2$ gr, plasebo grubunda $3381,3 \pm 465,8$ gr, yenidoğanların boy uzunlukları deney grubunda $50,1 \pm 2,9$ cm, kontrol grubunda $49,8 \pm 2,9$ cm, plasebo grubunda $50,5 \pm 1,2$ cm yenidoğanların baş çevresi ölçümleri deney grubunda $35,8 \pm 2,7$ cm, kontrol grubunda $35 \pm 1,4$ cm, plasebo grubunda $35,4 \pm 1,4$ cm bildirilmiştir (Deniz 2019). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Yenidoğanların APGAR puanlarına bakıldığında birinci dakika APGAR puan ortalamalarının $7,26 \pm 0,68$, beşinci dakikada APGAR puan ortalamasının $8,48 \pm 0,62$ olduğu saptanmıştır. Öztürk (2006)'ün çalışmasında birinci dakika APGAR puan ortalaması $6,94 \pm 0,56$ beşinci dakika APGAR puan ortalamaları ise $8,98 \pm 0,38$ olduğu belirlenmiştir (Öztürk 2006). Hamlacı (2013)'nın çalışmasında birinci dakikada APGAR puan ortalamalarının $8,88 \pm 0,41$ beşinci dakika APGAR puan ortalamaları $9,88 \pm 0,41$ olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Yıldırım (2014)'in çalışmasında yenidoğanların birinci dakikadaki APGAR puan ortalamalarının $8,51 \pm 0,503$, beşinci dakikadaki APGAR puan ortalamalarının ise $9,87 \pm 0,373$ olduğu bildirilmiştir (Yıldırım 2014). Deniz (2019)'in yenidoğanların APGAR puanlarına bakıldığında ise birinci dakika APGAR puan ortalaması deney grubunda $7,2 \pm 1$, kontrol grubunda $7,4 \pm 0,7$ ve plasebo grubunda $7,1 \pm 0,8$ beşinci dakika APGAR puan ortalaması deney grubunda $8,9 \pm 0,2$, kontrol grubunda ise $8,9 \pm 0,3$ ve plasebo grubunda $8,8 \pm 0,4$ olarak bildirilmiştir (Deniz 2019). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile benzerlik göstermektedir.

Doğumhaneye yatışı yapılan deney grubu gebelerinin ilk vajinal muayene bulgu ortalaması $3,06 \pm 1,31$ cm iken kontrol grubu gebelerinin ortalaması $3,16 \pm 1,01$ cm'dir. Hamlacı

(2013)'nın çalışmasında hastane gelen deney grubu gebelerinin ilk vajinal muayene bulgu ortalaması $3,38 \pm 0,86$ cm kontrol grubu gebelerin $3,3 \pm 0,98$ cm olduğu bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Araştırmadan elde edilen veriler literatürde yapılan çalışma verileri ile uyumludur.

Gebelere doğum sürecinde hekim direktifiyle yapılan farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahaleler incelendiğinde; araştırmaya katılan tüm gebelerden %93,3'üne suni oksitosin (indüksiyon) başlanmış, %78,3'üne lavman yapılmış, %38,3'üne propess uygulanmış, %35'ine amniyotomi yapılmış, %31,7'sine buscopan uygulanmış %30'una serviksi genişletmek için balon takılmış, %25'ine hidrasyon takılmış, %21,7'sine antibiyotik tedavisi başlanmış %15'ine oksijen inhalasyon desteği sağlanmış ve %15'ine yemek yedirilmeyip aç bırakılmıştır. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında çalışmaya katılan katılımcıların tamamının doğum eyleminin birinci evresinde yemek yedirilmediği aç bırakıldığı, %92'sine lavman yapıldığı, %76,1'ine suni oksitosin başlandığı ve %46,6'sına amniyotomi uygulaması yapıldığı bildirilmiştir (Hamlacı 2013). Deniz (2019)'un çalışmasında deney grubundakilerin %31'ine plasebo grubundakilerin %38'ine ve kontrol grubundakilerin %31'ine amniyotomi uygulaması yapıldığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada deney grubunun gebelerinin %28'i, plasebo grubu gebelerinin %44'ü ve kontrol grubu gebelerinin %28'i oksijen inhalasyon desteği aldığı bildirilmiştir (Deniz 2019). Tuncer Yılmaz (2021)'in çalışmasında gebelerin %59,8'ine indüksiyon veya augmentasyon uygulandığı, %31'ine amniyotomi uygulandığı ve %35,4'ünde oral beslenmenin sonlandırıldığı belirlenmiştir (Tuncer Yılmaz 2021). Araştırma verileri ile literatür verileri karşılaştırıldığında farklılıklar göze çarpmaktadır. Bu farklılıkların sebebi gebelerin travay izlemleri sırasında rutin uygulanan girişimler hastane protokollerine ve hekim direktiflerine göre farklılık göstermektedir.

Araştırmaya katılan nullipar gebelerin %20'sine epizyotomi uygulaması yapılmamış olup sadece laserasyon olduğu %80'ine ise epizyotomi uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Öztürk (2006)'ın primipar, multipar rastgele dahil edildiği çalışmasında epizyotomi ve laserasyonu ayrı olarak ele alınmamış olup gebelerin %86,7'sinde epizyotomi/laserasyon olduğu belirlenmiştir (Öztürk 2006). Şinik (2021)'in çalışmasında primipar gebelerin tamamına (%100) epizyotomi uygulaması yapıldığı bildirilmiştir (Şinik 2021). Yıldırım (2019)'ın araştırmaya dahil edilen gebelerin yarısının primipar yarısının multipar çalışmasında deney grubunun %14'ünde epizyotomi, %18'inde laserasyon olduğu kontrol grubun ise %16'sında epizyotomi, %22'sinde laserasyon olduğu bildirilmiştir (Yıldırım 2019). Araştırma verileri literatür ile karşılaştırıldığında farklılıklar gözükmemektedir. Epizyotomi uygulaması hastane

protokolü veya hekim direktifine bağlı değişkenlik gösterebilmektedir. Ayrıca daha önce doğum yapmış bir kadının vajinal kas yapısı yapmamış bir kadına göre farklıdır ve buna bağlı olarak epizyotomi uygulaması değişkenlik göstermektedir. Bu konuda literatür incelendiğinde; Kütük ve diğ. (2014)'ın 1317 doğuma ilişkin verileri retrospektif incelediği çalışmasında epizyotomi uygulama oranı %88,6 saptanmış olup bu oran nulliparlar kadınlarda %89,7 olarak bildirilmiştir (Kütük ve diğ. 2014). Şahin ve diğ. (2007)'ın çalışmasında epizyotomi uygulaması tüm doğumların %65'inde, primiparların ise %90'ından fazlasında yapıldığı bildirilmektedir (Şahin ve diğ. 2007). Sayiner ve diğ. (2007)'ın araştırmasında primiparlarda %96,7 multiparlarda ise %51,8 epizyotomi uygulaması oranı bildirilmiştir (Sayiner ve diğ. 2007).

5.3. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin VAS Ağrı Skalası Puanlarının Farklı Zamanlardaki Ölçümlerinin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmamızda gebelerin hastaneye kabul aşamasında değerlendirilen ağrı ortalaması (VAS I) deney grubunda $2,76 \pm 1,97$ iken kontrol grubunda $3,76 \pm 1,63$ 'dir Deney ve kontrol gruplarının ağrı puanları incelendiğinde deney grubunun ağrı ortalaması, kontrol grubuna göre daha düşük hesaplanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 4-6). VAS skorlarını etkilememesi yönünden servikal dilatasyonların benzerlik gösterdiği Hamlacı (2013)'ın çalışma incelenmiştir. Hamlacı (2013)'ın eldeki LI4 noktasına uyguladığı akupresür çalışmasında kadınların hastaneye kabulünde değerlendirilen ağrı puan ortalaması incelendiğinde deney grubundaki kadınların VAS I puan ortalaması $3,42 \pm 1,51$ iken, kontrol grubundaki kadınların ise $3,52 \pm 1,6$ 'dır (Hamlacı 2013). Literatürdeki veri çalışmamızdaki veri ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin servikal dilatasyonu 5-6 cm olunca yapılan ağrı değerlendirilmesinde (VAS II) deney grubunun $5,53 \pm 1,71$, kontrol grubunda $5,66 \pm 1,32$ 'dir. Yapılan bu ağrı değerlendirilmesi VAS I ölçümü ile karşılaştırıldığında değerlerin yükseldiği görülmektedir. Bu iki ölçüm arasındaki fark tekrarlı ölçüm ANOVA testine göre istatistiksel olarak her iki grupta da anlamlıdır ($p < 0,05$). Ancak servikal dilatasyon 5-6 cm olunca yapılan ağrı ölçümünde deney ve kontrol gruplarının VAS ağrı ortalamaları arasındaki fark bağımsız örneklem t testine göre ise anlamlı değildir ($p > 0,05$). Buna durumda servikal dilatasyon 5-6 cm olunca her iki grubun da ağrı skorları birbirine yaklaşmıştır. Bunun temel nedeni deney grubunun ağrı skorundaki artışın kontrol grubuna göre daha yüksek olmasıdır. Hamlacı (2013)'nın çalışmasında servikal dilatasyon 4-5 cm'e ulaştığında yapılacak ilk uygulama öncesinde değerlendirilen VAS II puan ortalamaları deney grubunda $4,65 \pm 1,36$ iken, kontrol grubunda ise

bu değer $4,88 \pm 1,37$ 'dir. Hastaneye kabulde değerlendirilmiş olan VAS skoruna göre artış söz konusudur (Hamlacı, 2013). Doğum eyleminin ilerlemesi ile VAS skorlarını arttırmaktadır fakat deney ve kontrol grubundaki VAS skorlarında farklılık olmamaktadır. VAS skorlarında farklılık olmaması ve literatürdeki veriler ile uyumlu olması çalışmamızı destekler yöndedir.

Birinci avuç içi eksternal bası uygulamasından 30 dakika sonra yapılan ağrı lmnde (VAS III) deney grubunun ağrı ortalaması $6,20 \pm 1,62$ kontrol grubunun $6,96 \pm 1,27$ 'dir. Hem deney grubun hem de kontrol grubunun ağrı ortalamaları VAS II lm ile karşılaştırıldığında bir artış gzmektedir. VAS II lmnde $5,66 \pm 1,32$ olan kontrol grubu ortalaması uygulama sonrasında VAS III lmnde $6,96 \pm 1,27$ 'ye yükselmiştir. Deney grubunda ise $5,53 \pm 1,71$ olan VAS II ortalaması uygulama sonrasında VAS III lmnde $6,20 \pm 1,62$ 'ye yükselmiştir. Bu veriler bize gösteriyorki birinci uygulama deney grubunda daha az bir ağrı artışına neden olmuştur dolayısıyla uygulamanın etkisinin devam ettiğini göstermektedir. VAS III lmnde iki grup arasındaki fark deney grubu lehine anlamlı şekilde daha düşük hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Hamlacı (2013)'nın eldeki LI4 noktasına uyguladığı akupressrn doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında da birinci uygulama sonrası VAS skorlarını deney grubunda daha düşük bulunmuştur (Hamlacı, 2013).

Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca yapılan VAS IV lmnde deney grubunun ağrı ortalaması $7,50 \pm 1,22$ kontrol grubunun $8,10 \pm 1,24$ 'dir. VAS IV lmnde deney ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Ancak deney grubunun ağrı ortalaması kontrol grubuna göre yine daha düşük olduğu dikkat çekmektedir.

İkinci uygulamadan 30 dakika sonra yapılan VAS V lmnde deney grubunun ağrı ortalaması $7,06 \pm 1,33$ iken kontrol grubunun $8,63 \pm 1,32$ 'dir. İkinci uygulamadan 30 dakika sonra yapılan VAS V lm ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,05$). Deney grubunda VAS IV lm ortalaması VAS V göre daha yüksektir. Kontrol grubunda ise deney grubunun aksine VAS IV lm ortalaması VAS V göre daha düşüktür. VAS V lmnde iki grup arasındaki fark deney grubunun lehine olacak şekilde daha düşük hesaplanmıştır ($p < 0,05$). Bu bulgular bize deney grubunda, avuç içi eksternal bası uygulaması sonrası VAS puanlarının dolayısıyla doğum ağrısı şiddetinin azaldığını belirtmektedir. Hamlacı (2013)'nın eldeki LI4 noktasına uyguladığı akupresürün doğum ağrısına olan etkisini incelediği çalışmasında da ikinci uygulama sonrası VAS skorlarını deney grubunda daha düşük bulunmuştur (Hamlacı, 2013).

Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca yapılan VAS VI ölçümünde deney grubunun ağrı ortalaması $9,83 \pm 0,53$ kontrol grubunun $9,70 \pm 0,65$ 'dir. Her iki grubunda ağrı ortalaması önceki ölçümlere göre yükselmiş olup deney ve kontrol grupları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Üçüncü uygulamadan 30 dakika sonra yapılan VAS VII ölçümünde deney grubunun ağrı ortalaması $8,76 \pm 1,00$ kontrol grubunun $9,76 \pm 0,50$ 'dir. Deney grubunda VAS VI ölçümü ortalaması ile VAS VII ölçümü ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Üçüncü uygulama sonrası deney grubunda ağrı ortalaması $9,83 \pm 0,53$ 'ten $8,76 \pm 1,00$ 'e düşmüştür. Kontrol grubunda VAS VI ölçümü ortalaması ile VAS VII ölçümü ortalaması arasındaki farkın istatistiksel anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Ancak deney grubunun aksine kontrol grubunda VAS VII ağrı ortalaması VAS VI'ya göre yükselmiştir. VAS VII ölçümünde iki grup arasındaki fark deney grubunun lehine olacak şekilde daha düşük hesaplanmış olup avuç içine bası uygulamasının doğum ağrısını azalttığını göstermektedir ($p < 0,05$).

Araştırmada son olarak postpartum 30. dakikada değerlendirilen VAS VIII ağrı ölçümü hem deney grubuna hem de kontrol grubuna yapılmış olup benzer sonuç bulunmuştur. Hem deney grubunda hem de kontrol grubunda postpartum 30. dakikada VAS VIII ağrı ölçümü ortalamaları diğer ölçümlere göre istatistiksel anlamlı bir şekilde düşmüştür ($p < 0,05$). Bunun sebebi olarak da annelik duygusu olduğu düşünülmektedir. Zorlu bir süreçten çıkan gebe bebeğine kavuşmasının içgüsüyle oksitosin devreye girmekte ve de tüm ağrılarını unutmaktadır.

VAS skorları çalışmamızda da görüldüğü gibi avuç içi eksternal bası uygulaması doğum ağrısına en çok etkiyi ikinci uygulamadan sonra göstermiştir. En az etki ise ilk uygulamadan sonra görülmüştür (Tablo 4-6). Hamlacı (2013)'nın doğum ağrısının algılanmasında LI4 noktasına uygulanan akupresürün etkisini araştırdığı randomize kontrollü çalışmada LI4 akupunktur noktasına uygulanan akupresür uygulamasının ikinci akupresür uygulamasından sonra istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bildirmiştir (Hamlacı, 2013). Literatür çalışma bulgularımızı destekler yöndedir.

Literatürde doğum ağrısı üzerine ele uygulanan çalışmalar incelendiğinde, Öztürk (2006)'ün kadınlarda doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz uygulamasının etkisini incelendiği çalışmada, kadınların LI4 akupresür noktasına buz balonları uyguladıkları deney grubunda VAS puan ortalamaları düşük saptanmış ve LI4 noktasına buz uygulamasının doğum

ağrısını azalttığı belirlemiştir (Öztürk 2006). Sehhatie Shafaie ve diğ. (2013)'ın nullipar kadınlarda Hugo point noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına olan etkisinin incelendiği araştırmada, deney grubundaki kadınların yapılan uygulamadan sonra doğum ağrıların azaldığı saptamıştır (Sehhatie Shafaie ve diğ. 2013). Deniz (2019)'ın doğum eyleminde LI4 akupresür noktasına yapılan basının doğum ağrısı ve süresine olan etkisinin incelediği çalışmasında deney grubundaki katılımcıların ağrı skorlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (Deniz, 2019). Yıldırım (2014)'ın LI4 akupresür bölgesine uygulanan buz basısının gebelerin doğum ağrısını azalttığı, doğum sürecini olumlu yönde etkilediği ve doğum süresini kısalttığı bildirmiştir (Yıldırım 2014). Hamidzadeh ve diğ. (2012)'ın LI4 noktasına yapılan akupresür uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisini araştırdıkları araştırmada doğum ağrısı skorlarında yapılan uygulamadan 120 dakika sonrasına kadar doğum ağrısının azaldığı bildirmişlerdir (Hamidzadeh ve diğ. 2012).

Bundan başka nonfarmakolojik yöntemlerin karşılaştırıldığı farklı çalışmalar incelendiğinde, Kaplan (2021) tensel uyarılma yöntemlerinden refleksolojinin doğumun aktif, geçiş ve ikinci evrenin süresini kısalttığını, ağrı puan ortalamalarını azalttığını bildirmiştir (Kaplan, 2021). Kaçar (2019) sakral bölgeye uygulanan mekanik ve sıcak mekanik masajın doğum ağrısında etkili olduğunu bildirmiştir (Kaçar, 2019). Gönenç (2013) masaj ve akupresürü beraber uygulandığında gebelerin algıladığı ağrıyı azaltmada etkili olduğunu bildirmiştir (Gönenç, 2013). Sade (2020) doğumda gebe kadınlara uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısını azalttığını bildirmiştir (Sade 2020). Baljon ve diğ. (2020) doğum eyleminin birinci evresinde primipar gebelere uygulanan nefes egzersizi, sırt masajı ve ayak refleksolojisinin VAS puan ortalamaları düşürdüğünü bildirmiştir (Baljon ve diğ. 2020).

Travayda avuç içerisine eksternal bası uygulanan gebeler ile uygulanmayan gebelerin ağrı algısına ilişkin VAS puanları arasında fark olduğu avuç içerisine eksternal bası uygulamasının ağrıyı azaltmada kullanılabilen bir uygulama olduğu kabul edilebilir (H1-H2).

5.4. Deney Grubu ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Deneyimi Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum deneyimi travay sürecinde olan bir gebenin geçirdiği bu süreci ne derece olumlu yönde algıladığı ile alakalıdır. Doğum ağrısı çekmek, doğumda sosyal destek görmek gibi birtakım parametreler doğum deneyimini etkilemektedir. Olumlu bir doğum deneyiminin en önemli göstergesi ise doğuma ilişkin memnuniyettir. Gebenin doğumuna ilişkin memnuniyetini

yüksek tutmak için doğum eylemi sürecinde kadına destek olmak ve özellikle doğum ağrısıyla başa çıkmaya çalışırken kadına yardımcı olmak çok önemlidir (Kömürcü 2013).

Gebeler olumlu doğum deneyimlerinin yanı sıra olumsuz doğum deneyimleri de algılayabilmektedir bunun nedenlerinden birisi doğum beklentilerinin karşılanmaması sonucu hissettikleri hayal kırıklığı duygusudur. Doğumda yaşanan hayal kırıklığına bağlı olarak gebenin doğuma ilişkin yüklediği anlamın olumsuzluğuna, vajinal doğum istemeyerek sezeryana talebin artmasına sebep olmaktadır (Aslan ve Okumuş, 2017; Müslüman, 2021). AWHONN kadına bakım veren kişilerin sürekli doğum desteği sağlamaları durumunda, farmakolojik yöntem kullanımının daha az olduğunu, sezaryen oranının azaldığını ve kadınların doğumlarına ait doğum deneyimi memnuniyet düzeyinin arttığını belirtmiştir (AWHONN 2016).

Doğum yapan kadınların doğumlarına ilişkin doğum deneyimine ait görüşlerin bildirildiği sistematik bir derlemede kadınların çoğunluğunun ilk olarak olumlu bir doğum deneyimlemek istediği bildirilmiştir (Downe ve diğ. 2018). Doğum deneyimini etkileyen en önemli faktörlerden biri doğumda algılanan ağrıdır. Rosseland ve diğ. (2020)'ın yaptığı çalışmada doğum deneyiminin, doğumda yaşanan ağrı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Rosseland ve diğ. 2020).

Literatürü incelediğimizde gebenin olumlu doğum deneyimi algılamasının ve doğumuna dair memnuniyetinin artırılması için nonfarmakolojik yöntemler uygulanmakta ve bu yöntemlerden destek alınmaktadır. Doğum sürecinde uygulanan nonfarmakolojik yöntemler, algılanan doğum ağrısının azaltılmasının yanı sıra verilen doğum desteğinin duygusal ve psikososyal niteliklerini de geliştirerek olumlu doğum deneyimi kazandırmaktadır (Hamlacı ve Yazıcı 2018; Kaçar 2020)

Smith ve diğ. (2018)'nın 19 çalışmayı inceledikleri sistematik derlemede nonfarmakolojik yöntemlerden gevşeme tekniklerini uygulayan kadınların doğum ağrısının azaldığı ve bu uygulamadan memnun oldukları sonucuna ulaşmışlardır (Smith ve diğ. 2018).

Mamuk (2017)'un doktora tezi araştırmasının sonuçlarına göre doğum eyleminde lumbosakral bölgeye yapılan intradermal steril su enjeksiyonu tekniğinin, doğumda memnuniyetin arttığını saptamıştır (Mamuk 2017).

Yıldırım (2014)'ın yüksek lisans tezi araştırmasının sonuçlarına göre LI4 akupresür noktasına yapılan buz basısının gebelerin doğum ağrısı düzeyini azalttığını ve doğum sürecini olumlu yönde etkilediğini bildirilmiştir (Yıldırım 2014).

Gönenç (2013)'in doktora tezi çalışmasında masaj uygulamasının doğumun tüm evrelerinde doğum ile ilgili olumlu algının oluşmasını sağladığını bildirmiştir. Masaj ve akupresürün beraber uygulandığı durumlarda doğum ağrısı ve anksiyete düzeyinin düştüğü, doğum algısını pozitif açıdan etkilediği sonucuna varmıştır (Gönenç 2013).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, toplam doğum deneyimi ve tüm alt boyutları deney ve kontrol grubunun doğum deneyimi ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu doğrultuda mevcut çalışmadaki H_4 hipotezi reddedilmiştir. Bunun sebebi olarak araştırma yapılan hastanenin bir kadın doğum hastanesi olması ve tek kişilik TDL odalarının olması sebebiyle her iki gruba da standart ebe desteğinin verilmesi, sirkülasyonu fazla olan bir hastane olması sebebiyle bir çok ebe ve asistan hekim ile aynı gebenin ilgilenmesi sonucunda gebenin sağlık profesyoneline karşı güven duymaması, covid pandemisi nedeniyle gebenin yanına eşi veya aile yakını alınmaması sebebiyle gebede yalnızlık, çaresizlik duygusunun hakim olması olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine olan etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre;

- Araştırma örneklemine dahil edilen kadınların yaş ortalaması, deney grubundaki gebelerin $24,76 \pm 5,13$, kontrol grubundaki gebelerin ise $24,80 \pm 4,32$ yıl olduğu, gebelerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu,
- Araştırma örneklemine dahil edilen kadınların gebelik sayısı ortalaması, deney grubundaki gebelerin $1,43 \pm 1,00$ olarak saptanırken, kontrol grubundaki gebelerin gebelik sayısı ortalamasının $1,30 \pm 0,53$ olduğu belirlendi. Gebelerin obstetrik özellikler açısından aralarında istatistiksel olarak farklılık olmadığı,
- Araştırma örneklemine dahil edilen deney ve kontrol grubu kadınların hastanede kalış süresi ve doğumun ikinci evre süresi karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir farklılığın bulunmadığı,
- Araştırma örneklemine alınan deney ve kontrol grubu kadınlarda doğum eylemi süreci ilerledikçe doğum ağrısı ve VAS puanlarında artış olduğu,
- Doğum eyleminin aktif fazında, avuç içerisine yapılan eksternal basının uygulamasının doğum ağrı düzeyini azalttığı, (H_1 hipotezi doğrulanmıştır)
- Doğum eyleminin geçiş fazında, avuç içerisine yapılan eksternal basının uygulamasının doğum ağrı düzeyini azalttığı, (H_2 hipotezi doğrulanmıştır)
- Araştırma örneklemine dahil edilen deney ve kontrol grubu kadınların hastaneye kabulünde yapılan VAS değerlendirmesinde alınan VAS puanlarının ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmadığı,
- VAS değerlendirmesi ,23,4,5,6 ve 7’de deney grubun ağrı puanının en düşük, kontrol grubunun ağrı puanının yüksek olduğu belirlenmiştir. Dolayısıyla avuç içerisine yapılan eksternal basının ağrı algısını azalttığı,

- Doğum eylem sürecinde avuç içerisine uygulanan eksternal bası, postpartum 30. dakikadaki ağrı düzeyini etkilemediği (H₃ hipotezi reddedilmiştir)
- Doğum eylemi sürecinde avuç içerisine uygulanan eksternal bası postpartum 30. Dakikaki olumlu doğum deneyimini etkilemediği, (H₄ hipotezi reddedilmiştir)
- Araştırma örneklemine dahil edilen deney ve kontrol grubu kadınların postpartum dönemdeki VAS puanlarının ortalamaları açısından anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur.

Doğum eylemi sürecinde avuç içerisine uygulanan eksternal bası uygulamasının doğum ağrısına ve doğum deneyimine etkisini saptamak amacı ile yapılan çalışmadan elde edilen bulguların ve sonuçların değerlendirilmesi sonucunda;

- Avuç içerisine yapılan eksternal bası, doğum eylemi sürecinde algılanan ağrıyı azaltması ve doğum deneyimini olumlu etkilemesi ayrıca fetal ve metarnal sağlığa olumsuz etkilerinin olmaması sebebiyle doğumhanelerde çalışan ebeler tarafından uygulanmasının hayata geçirilmesi,
- Doğumhanede çalışan ebelere ası doğum ağrısı azaltmak ve doğumdan memnuniyeti artırarak olumlu bir doğum deneyimi için doğum ağrısının yönetiminde avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamasının kullanımına yönelik hizmet içi eğitim ve kurs programlarının hazırlanması,
- Doğum eylemi sürecinde gebelerin doğum ağrısı ve doğum ağrısının yönetiminde kullanılabilecek yöntemler konusunda bilgilendirilirken avuç içerisine uygulanan eksternal bası uygulamaların eklenmesi,
- Gebe okullarında verilen doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler konusunun içerisine avuç içerisine uygulanan eksternal bası uygulamaları konusunun ilave edilmesi,
- Türkiye’de avuç içerisine yapılan eksternal bası uygulamalarında tarak basısına ilişkin daha fazla araştırmalar yapılması ve yapılacak araştırmalarda bu yöntemin diğer nonfarmakolojik yöntemlerle entegre edilip uluslararası ve ulusal literatüre kazandırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., ... & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 223, 123-132.

ACOG (2017). Committee Opinion. approaches to limit intervention during labor and birth. No 687. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet. Gynecol*; 129: 20-8.

ACOG (2019). Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. No:766

Aderhold, K. J., & Roberts, J. E. (1991). Phases of second stage labor: Four descriptive case studies. *Journal of Nurse-midwifery*, 36(5), 267-275.

Ahmedov Ş. (2015). Akupresür El Kitabı (1. Baskı). Ankara: Spor Yayınevi ve Kitabevi.

Akbarzadeh, M., Moradi, Z., Jowkar, A., Zare, N., & Hadianfard, M. J. (2015). Comparing the effects of acupressure at the Jian Jing-Gall Bladder Meridian (GB-21) point on the severity of labor pain, duration and cesarean rate in mono-and bi-stage interventions. *Women's Health Bulletin*, 2(1), 1-7.

Akgün, M. (2019). Sezaryen Sonrası Ağrı Üzerine Akupresör'ün Etkisinin İncelenmesi: Randomize, Tek Körlü, Plasebo Kontrollü Bir Çalışma. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.

Ali, S. A. S. K., & Ahmed, H. M. (2018). Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. *Pain Management Nursing*, 19(3), 288-294.

Altınayak Öztürk, S. (2020). Doğum Eyleminde Ele Uygulanan Farklı Akupresüre Uygulamalarının Endorfin Seviyesi ve Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum.

Amanak, K., & Karaçam, Z. (2018). Sezaryen ile doğum yapan kadınların postpartum erken dönemde öz bakım ve bebek bakımı konularında yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *İzmir Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 28(1), 17-22.

Asadi, N., & Fri. (2015). Effects of LI-4 and SP-6 Acupuncture on Labor Pain, Cortisol Level and Duration of Labor. *Journal of Acupuncture and Meridian Studies*, 8 (5), 249-254.

Aslan, F.E. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1), 9-16.

Aslan, Ş. ve Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *HSP*, 4(1), 32-40.

Atış Yarıcı F. (2016). Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı Ve Korku Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Avcıbay B. (2009). Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Avcıbay B., Alan S. (2011). Doğum ağrısı kontrolünde nonfarmakolojik yöntemler, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 18-24.

AWHONN. (2016). Leading Nursing Journal Explores Importance of Normal Physiologic Childbirth.

Aydın, O. N. (2002). Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3(2), 37-48.

Babacan, A. (2011). Ağrı, Ağrı Yolları ve Ağrılı Hastaya Yaklaşım. <https://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20754> Erişim tarihi: 21 Temmuz 2020

Bağ, L. (2020) Valethamat Bromür Ve Hyosin-N-Butilbromür'ün Doğumun Aktif Fazı Ve Ortalama Doğum Süreleri Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya.

Baljon KJ., Roml MH., Ismai AH., Khuan L, Chew BH.(2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and backmassage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and new born out come among primigravida during the first stage of labor in Saudi Arabia: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*. 10(6):1-13.

Başer M., Taşçı S.(2015). Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı Ve Destekleyici Uygulamalar. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

Başkaya Y., Sayiner F. (2018) Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(1), 113-119.

Beji, N. K. (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları(1. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.

Berkiten Ergin, A. (2013). Doğum Ağrısının Fizyolojisi. N. Kömürcü (Ed.), İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Betts D: Natural Pain relief techniques for childbirth using. Acupressure. <http://acupuncture.rhizome.net.nz/acupressure>. Erişim tarihi: 11 Ağustos 2020

Bijur, P. E., Silver, W., & Gallagher, E. J. (2001). Reliability of the visual analog scale for measurement of acute pain. *Academic emergency medicine*, 8(12), 1153-1157.

Blödt, S., Pach, D., von Eisenhart-Rothe, S., Lotz, F., Roll, S., Icke, K., & Witt, C. M. (2018). Effectiveness of app-based self-acupressure for women with menstrual pain compared to usual care: a randomized pragmatic trial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(2), 227-e1.

- Bodian, C. A., Freedman, G., Hossain, S., Eisenkraft, J. B., & Beilin, Y. (2001). The visual analog scale for pain: clinical significance in postoperative patients. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 95(6), 1356-1361.
- Bonapace, J., Gagné, G., Challet, N., Gagnon, R., Hébert, E., & Buckley, S. (2018). No.355- Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to Its Management. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 40(2), 227- 245.
- Brown, H. L. (2017). Management of Normal Labor. MSD Manual Professional Version.
- Carvalho, B., & Cohen, S. E. (2013). Measuring the labor pain experience: delivery still far off. *International journal of obstetric anesthesia*, 22(1), 6-9.
- Caton, D., Corry, M. P., Frigoletto, F. D., Hopkins, D. P., Lieberman, E., Mayberry, L., ... & Young, D. (2002). The nature and management of labor pain: executive summary. *American Journal of obstetrics and Gynecology*, 186(5), S1-S15.
- Chae, Y., Chang, D. S., Lee, S. H., Jung, W. M., Lee, I. S., Jackson, S., ... & Wallraven, C. (2013). Inserting needles into the body: a meta-analysis of brain activity associated with acupuncture needle stimulation. *The journal of pain*, 14(3), 215-222.
- Chaillet, N., Belaid, L., Crochetière, C., Roy, L., Gagné, G., Moutquin, J. M., ... Bonapace, J. (2014). Nonpharmacologic approaches for pain management during labor compared with usual care: a meta-analysis. *Birth*, 41(2), 122–137.
- Chen YW, Wang HH.(2014). The effectiveness of acupressure on relieving pain: a systematic review. *Pain Management Nursing*. 15(2):539-550.
- Chu, A., Ma, S., Datta, S. (2017). Analgesia in labour and delivery. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(6), 184-190.
- Cline, M. E., Herman, J., Shaw, E. R., & Morton, R. D. (1992). Standardization of the visual analogue scale. *Nursing research*. 41(6):378-379.
- Coşkun, A. (2012). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Crichton, N. (2001). Visual analogue scale (VAS). *J Clin Nurs*, 10(5), 706-6.
- Çalık, K. Y., & Kömürcü, N. (2014). SP6 noktasına akupresür uygulanan gebelerin doğum eylemine ve akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(1), 29-37.
- Çalışkan N. (2012). Sıcak-Soğuk Uygulamalar. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı (1. Baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Çelik, J.B. ve Apilioğulları, S. (2012). Obstetrik Analjezi, Anestezi ve İlaçların Fetüs Üzerine Etkisi, İçinde M.N. Çiçek ve ark. (Ed.). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi (3. Baskı). Ankara: Atlas Kitapçılık.

- Çetin, F., Tan, A., & Merih, Y. (2017). Türk müziğinin gebelik ve yenidoğan üzerindeki etkileri. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 48(3), 124-130.
- Çöçelli, L. P., Bacaksız, B. D., & Owayolu, N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(2), 53-58.
- Dabiri, F., & Shahi, A. (2014). The effect of LI4 acupressure on labor pain intensity and duration of labor: a randomized controlled trial. *Oman medical journal*, 29(6), 425-429.
- Demirgöz Bal, M., Dereli Yılmaz, S. (Ed.). 2017. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. Ankara: Akademisyen Kitabevi A.Ş.
- Deniz, D. (2019). LI4 Akupresör Noktasına Uygulanan Basının Doğum Ağrısına Ve Doğum Süresine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Desai, N. M., & Tsukerman, A. (2021). Vaginal Delivery. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Dinç, H. K., Günaydın, S., & Kurt, G. (2021). Gebelikte ve Doğum Ağrısının Kontrolünde Müzikoterapinin Kullanımı. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 194-199.
- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T. ve Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68-76.
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O., Bonet, M. ve Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PloS one*, 13(4).
- Durmaz, A. (2018). Doğum Eylemi. F. Yeşilçicek Çalık, Kıymet Coşar Çetin (Ed.), Normal Doğum ve Sonrası Dönem içinde (1. Baskı.) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Eroğlu, A., & Arslan, S. (2018). Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 52-60.
- Ersanlı, C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Eti Aslan F. (2014). Ağrı Doğası ve Kontrolü. Akademisyen Kitabevi.
- Eti Aslan F. (2002) Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6: 9-16
- Farisoğlu, N. (2019). Vajinal doğum sonrası plasentanın kendiliğinden ayrılma zamanının ve bu süreyi etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(1), 42-45.
- Fouly, H., Herdan, R., Habib, D., & Yeh, C. (2018). Effectiveness of injecting lower dose subcutaneous sterile water versus saline to relief labor back pain: Randomized controlled trial. *European Journal of Midwifery*, 2(3), 1-9.

Friedman E. (1954). The graphic analysis of labour. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68: 1568-75.

Ganji Z, Shirvani MA., Abhari F.(2013). The Effect of İntermittent Local Heat and Cold on Labor Pain and Child Birth Outcome. *Iran Journal Nursing and Midwifery Research*, 18: 298-303.

Genç Koyucu, R., & Demirci, N. (2016). Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 2(1), 33-39.

Gonzalez, M. N., Trehan, G., & Kamel, I. (2016). Pain management during labor part 1: Pathophysiology of labor pain and maternal evaluation for labor analgesia. *Topics in Obstetrics & Gynecology*, 36(11), 1-7.

Gönenç, M. İ. (2013). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara.

Gönenç, M. İ., Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj Ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3). 129-143.

Güner Özçerezci Ö, Kavlak O. (2016). Perinatoloji ve Bakım. Sevil Ü, Ertem G. (ed.) Doğumun Mekanizması, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

Hamidzadeh A, Shahpourian F, Orak RJ, Montazeri AS, Khosravi A. (2012). Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *J Midwifery Womens Health*, 57:133-138.

Hamlacı, Y., & Yazıcı, S. (2017). The effect of acupressure applied to point li4 on perceived labor pains. *Holistic nursing practice*, 31(3), 167-176.

Hamlacı, Y. (2013). LI4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Hanson L. (2009) Second-Stage labour care challenges in spontaneous bearing down. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 23(1): 31-39.

Harrington, L. (2008). Normal Labor and Delivery. *The Global Library of Women's Medicine*.

Hawker, G. A., Mian, S., Kendzerska, T., & French, M. (2011). Measures of Adult Pain. *Arthritis Care & Research*, 63, 240-252.

Hosseini, S. E., Bagheri, M., & Honarparvaran, N. (2013). Investigating the effect of music on labor pain and progress in the active stage of first labor. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 17(11), 1479-1487.

Hutchison, J., Mahdy, H., and Hutchison, J. (2020). "Stages of labor," in *StatPearls* (Treasure Island, FL: StatPearls Publishing). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/> Erişim Tarihi: 10 Haziran 2020.

International Association for the study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/?ItemNumber=1698>, Erişim Tarihi: 10 Haziran 2020.

İpek A. (2014). Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Dairesel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane database of systematic reviews*, (3), 1-161.

Kaçar, N. (2019). Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Kaçar, N. (2020). Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Ebelik Uygulamaları. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 113-130.

Kaplan, E. (2021). Yönlendirilmiş İmgelem Ve Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısı, Süresi Ve Doğum Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Gaziantep.

Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3), 210-218.

Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. *Kafkas Bilim Dergisi*, 1(1), 43-50.

Karaçam, Z., & Akyüz, E. Ö. (2011). Supportive care in labor and the rol of midwife/nurse. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 19(1), 45-53.

Karahan N, Serhatlıoğlu Göncü S. (2019). Doğum Süreci. Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. Baskı). Özkan Arslan H (ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Karaman, Ö. E. (2017). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Karaman, Ö. E., & Yıldız, H. (2018). Freedom of Movement during Labor: How? What does it Provide? What is the Role of Obstetrics and Gynecology Nurses. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 78-87.

Kaufman, M., Stead, L., Holmes, J., Schachel, P. (2010). First aid for the obstetrics and gynecology clerkship. *McGraw Hill Medical*, 3, 65-94.

Osborne, K. (2010). *Pushing techniques used by midwives when providing second stage labor care* (Doctoral dissertation, Marquette University).

Keast, K. (2016). How Midwives Are Reducing Fear Of Childbirth. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, 24(4), 30.

Kheirkhah, M., Vali Pour, N. S., Nisani, L., & Haghani, H. (2014). Comparing the Effects of Aromatherapy with Rose Oils and Warm Foot Bath on Anxiety in the First Stage of Labor in Nulliparous Women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(9).

Kılıç ve Can Gürkan. (2021). Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Dönemde Müzik Terapinin Kanıt Temelli Kullanımı. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 47-60.

Kordi M, Firoozi M, Esmaili H. (2011). Effect of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor in nuliparous women. *Journal of Hayat*, 6(3):95-101.

Köksal, Ö., & Duran, E. T. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(3), 144-148.

Kömürcü, N., Berkiten Ergin, A. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık.

Kömürcü, N., Berkiten Ergin A. (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-farmakolojik Yöntemler. Doğum Ağrısı ve Yönetimi (1. Baskı). İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık.

Kömürcü, N., Ergin, A. B. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi (2. Baskı). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Kütük S. M. (2014). Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi. *Erciyes Üniversitesi Deneyimi Türkiye Klinikleri Journal Gynecoloji Obstetri*, 23(3) : 154-159.

Lagrew, D. C., Low, L. K., Brennan, R., & friends. (2018). National Paternship for Maternal Safety: Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births Supporting Intended Vaginal Births. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3), 503-513.

Lang, A. J., Sorrell, J. T., Rodgers, C. S., Lebeck, M. M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*, 10(3), 263–270.

Lee N., Coxeter P., Beckmann M., Webster J., Wright V., Smith T., Kildea S. (2011) A randomised non-inferiority controlled trial of a single versus a fourintradermal sterile water injection technique for relief of continuous lower back pain during labour. *Pregnancy Childbirth*, 11(1), 1-9.

Lee, N., Jomeen, J., Mårtensson, L. B., Emery, V., & Kildea, S. (2019). Knowledge and use of sterile water injections amongst midwives in the United Kingdom: A cross-sectional study. *Midwifery*, 68(1), 9-14.

Lindholm, A., Hildingsson, I. (2015). Women's preferences and received pain relief in childbirth– a prospective longitudinal study in a northern region of Sweden. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 74–81.

Liu, Y. H., Chang, M. Y., & Chen, C. H. (2010). Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 19(7-8), 1065–1072.

Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 16–23.

- Lynch J, Scholz S. (2005). Anaesthetic-related complications of caesarean section. *Zentralbl Gynakol*, 127(2): 91-95
- Mamuk R, Davas N. İ. (2010). Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3): 137-144.
- Mamuk, R. (2017). Lumbosakral Bölgeye Uygulanan Intradermal Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Mamuk, R., Şahin N.H., Dişsiz M. (2019). The Turkish Version of the Childbirth Experience
- Marchand, S. (2008). The Physiology of Pain Mechanism: From The Periphery to The Brain. *Rheumatic Disease Clinics of North America*, 34(2), 285-309.
- Martensson, L. B., Hutton, E. K., Lee, N., Kildea, S., Gao, Y., & Bergh, I. (2018). Sterile Water Injections for Childbirth Pain: An Evidenced Based Guide to Practice. *Women and Birth*, 31(5), 380-385.
- Martin, W. L., & Hutchon, S. P. (2004). Mechanism and management of normal labour. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 14(5), 301-308.
- Martin-Saavedra, J. S., Vergara-Mendez, L. D., & Talero-Gutiérrez, C. (2018). Music is an effective intervention for the management of pain: An umbrella review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 32(March), 103-114.
- Melek İ. M., Serarslan Y, Duman T. (2005). Nöropatik ağrı mekanizmaları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 27:97-105.
- Mete, S. (2016). Doğum Süreci (3. Baksı). İstanbul Tıp Kitabevi. 16-123.
- Milton, S.H. (2017). Normal Labor and Delivery. Medscape.
- Moayedi, M., & Davis, K. D. (2013). Theories of Pain: From Specificity to Gate Control. *Journal of Neurophysiology*, 109(1), 5-12.
- Mollart LJ, Adam J, Foureur M. (2005). Impact of acupuncture on onset of labour and labour duration: A systematic review. *Women and Birth*, 28(3):199-206.
- Moralar Genç D, Türkmen Ü. A., Altan A. (2011). Doğum Analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 27(1):5-11.
- Mucuk, S. (2010). LI4 Ve Sp6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Müslüman, M. (2021). Doğumda Algılanan Destekleyici Bakım Ve Travmatik Doğum Algısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Myles, P. S., Troedel, S., Boquest, M., & Reeves, M. (1999). The Pain Visual Analog Scale: Is It Linear Or Nonlinear?. *Anesthesia & Analgesia*, 87(6), 1517.

Neal, J. L., Lowe, N. K., Phillippi, J. C., Carlson, N. S., Knupp, A. M., & Dietrich, M. S. (2018). Likelihood of cesarean birth among parous women after applying leading active labor diagnostic guidelines. *Midwifery*, 67, 64-69.

NICE (2014). Intrapartum Care For Healthy Women And Babies. Clinical Guidline.

NICE (2015). Intrapartum Care. Quality Standart.

Ozgoli G, Sedigh Mobarakabadi S, Heshmat R, Alavi Majd H, Sheikhan Z. (2016). Effect of LI4 and BL32 acupressure on labor pain and delivery outcome in the first stage of labor in primiparous women: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 29:175-180.

Öztürk Can, H., Yücel, U., Hadımlı, A. (2018). Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.

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

Özyuvacı E.(2007). Doğum Ağrısı Mekanizma ve Kontrolünde Güncel Yaklaşımlar. *Klinik Gelişim*, 20(3): 46–52.

Pritchard S. Tui Na (2013). A manual of Chinese massage therapy Çeviren: Duan Z. Introduction To Tui Na (1. Baskı). World Scientific Publishing, Singapore.

Raj, P.P. (2007). Ağrı Taksonomisi, İçinde S. Erdine (Ed.). Ağrı. İstanbul: Nobel Kitabevi.

Rajiani, I., & Fri. (2019). Application of Digital Rubbing Massage in Pain Level, Comfort and Duration of Labor Phase. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(1), 391-395.

Ranjbaran, M., Khorsandi, M., Matourypour, P., & Shamsi, M. (2017). Effect of massage therapy on labor pain reduction in primiparous women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials in Iran. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research*, 22(4), 257.

Rathfisch G.(2012). Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Rhoades, J. S., & Cahill, A. G. (2017). Defining and Managing Normal and Abnormal First Stage of Labor. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. 44(4), 535-545.
Rowlands, S., & Permezel, M. (1998). Physiology of Pain in Labour. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3), 347-362.

Rosseland, L. A., Reme, S. E., Simonsen, T. B., Thoresen, M., Nielsen, C. S. ve Gran, M. E. (2020). Are labor pain and birth experience associated with persistent pain and postpartum depression? A prospective cohort study. *Scandinavian Journal Of Pain*, 20(3), 591–602.

Sade, G. (2020). Doğumda Uygulanan Kontrollü Masajın Doğum Ağrısı Ve Süresi İle Anne Memnuniyetine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Sani, R. (2015). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1).

Sayiner, F. D., Demirci, N. (2007) Prenatal perineal masajın vaginal doğumlarda etkinliği (Effectiveness of Prenatal Perineal Massage in Vaginal Delivery). *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 15(60), 146-154.

Sehhatie-Shafaie F., Kazemzadeh R., Amani F., Heshmat R.. (2013) The effect of acupressure on sanyinjiao and hugo points on labor pain in nulliparous women: a randomized clinical trial. *J Caring Sci*, 2: 123-129

Selman, T., & Johnston, T. (2013). Mechanisms and Management of Normal Labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 23(7), 208-213.

Serçekuş P., İsbir G. G.(2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *Taf Prev Med Bull*, 11(1): 97-102.

Silva, G. RB., et all. (2013). Massage Reduced Severity of Pain during Labour: A Randomised Trial. *J Physiother*. 59(2). 109-116.

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

Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., Dahlen, H. G., Ee, C. C., & Suganuma, M. (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).

Soriano-Vidal, F. J., Oliver-Roig, Cabrero-Garcia, J., Congost-Maestre, N. Dencker, A. ve Richart-Martinez, M. (2016). The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 372.

Steeds E. C. (2016). The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*, 34(2): 55-59.

Steer, P., & Caroline, F. (1999). ABC of Labour Care: Physiology and Management of Normal Labour. *TheBMJ*.

Şahin N. H., Yıldırım G, Aslan E. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital, Türkiye Klinikleri. *J Gynecol Obst*, 17(1), 37-43

Şahin Ş., Owen MD.(2006). Ağrısız Doğum Ve Sezeryan Anestezi(1. Baskı). İstanbul: Nobel ve GüneşTıp Kitapevi.

Şanlı, Y. (2018). Travayda Gebey Uygulanan Ayak Masajının Doğum Sürecine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.

Şentürk Yazıcı, F. (2009). Epidural Analjezi İle Doğumun Travay ve Fetüs Üzerine Etkileri. Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Şinik, M. (2021). İlk Doğumunu Yapan Gebelerde Müzik Dinletisinin Algılanan Doğum Ağrısı ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yozgat Bozok Üniversitesi, Yozgat.

Tandoğan, Ö. ve Oskay, Ü. (2021). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 39–44.

Taşkın L. (Ed.). 2016. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. Baskı). Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi.

TNSA 2018. http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf, Erişim tarihi: 15 Haziran 2020

Todd, N. (2017). Pregnancy and The Stages of Labor and Childbirth. WebMD.

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

Topçu, İ., Dişsiz, M. (2018). Doğum eyleminde kullanılan manipülatif ve beden temelli tamamlayıcı-alternatif yöntemler. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 1(2), 33-37.

Tournaire, M., & Theau- Yonneau, A. (2007). Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief during Labor. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 4(4). 409-417.

Traci, C. J. (2017). Normal Labor and Delivery Process. WebMD.

Treede, R. D. (2016). Gain Control Mechanisms In The Nociceptive System. *PAIN*. 157(6).

Tsui, M. H., Pang, M. W., Melender, H. L., Xu, L., Lau, T. K., & Leung, T. N. (2007). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women & Health*, 44(4), 79-92.

TUİK. (2021). Doğum İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2021-45547> adresinden erişildi.

Tuncay, S. (2016). Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Tuncer Yılmaz, B.(2021). Angle Doğum Ağrısı Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması Ve Nonfarmakolojik Yöntem Kullanılarak Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Doktoraz Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.

Turan A., Yılmaz T. (2019). Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması Ve Yönetimi. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 102-119.

Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr/>, Erişim tarihi: 10 Haziran 2020

Türkmen, H. (2017). Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İzmir.

Uçar, T., Gölbaşı Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54–58.

Ulutaş, A. (2011). Ebelerin Doğum Eyleminde Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Uygulamaları ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

Uyar, M., & Köken, İ. (2017). Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. *Türk Ortopedi ve Travmatoloji Birliği Derneği Dergisi*, 16, 70-76.

Varassi, G., Marinangeli F. ve Beltrutti D. (2007). Doğum Ağrısı ve Analjezisi, İçinde S. Erdine (Ed.). Ağrı (3. Baskı). İstanbul: Nobel Kitabevi; 142-148.

Whitburn, L. Y., Jones, L. E., Davey, M. A., & McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28–38.

Winkelman C, Norman D, Maloni JA, Kless JR.(2008). Pain measurement during labor: comparing the visual analog scale with dermatome assessment. *Applied Nursing Research*, 21:104-109.

WHO. (2017). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth.

WHO Recommendations. (2018a). Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-%20eng.pdf?sequence=1> Erişim tarihi: 2 Temmuz 2020

World Health Organization (WHO), (2018b). WHO recommendation on definition and duration of the second stage of labour.

Yağcı, Ü., Saygın, M. (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(2), 209-220.

Yeşilçiçek Çalık K. (2010). Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.

Yeşildağ, B., Gölbaşı, Z. (2018). Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(3), 104-111.

Yılar Erkek, Z. ve Pasinlioğlu, T. (2016). Doğum Ağrısında Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 0–0.

Yılar, Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Erzurum.

Yılar, Z. (2014). Doğum Eyleminde Bel Ağrısının Hafifletilmesinde İntradermal Steril Su Enjeksiyonu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(3), 179-186.

Yıldırım, E. (2014). Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

Yıldırım, E. (2019). Doğumun Birinci Evresinde Sakral Bölgeye Uygulanan Soğuk Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi, Doktora Tezi, İstanbul.

Yıldız, H. (2019). Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 98-105

Yılmaz Sezer N. (2012). Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yılmaz Sezer, N. (2016). Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti Ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

Yılmaz, T. (2019). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. H. Arslan Özkan (Ed.), Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. Baskı). Ankara: Akademisyen Kitabevi.

Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. (2010). Doğumun normal ilk evresinin doğal tarihi. *Obstet Gynecol*, 115(4): 705-10.

EK-I

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırmanın Adı / Protokol Numarası: Avuç İçine Yapılan Eksternal Bası Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi

Araştırmanın Amacı: Doğum eyleminin birinci evresinde avuç içerisine uygulanan eksternal basının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini değerlendirmektir.

Araştırmanın Süresi: 3 ay

Araştırmaya Katılan Gönüllü Sayısı: 60

Araştırmada İzlenecek Yöntem: Doğum eyleminin birinci evresinde avuç içerisine uygulanan eksternal basının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini belirleyebilmek amacı ile deneysel tipte planlanan çalışma, 01.04.2020-31.06.2021 tarihleri arasında uygulanacaktır. Veriler, literatür doğrultusunda hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu”, doğum ağrısını değerlendirmede kullanılacak “Vizüel Ağrı Skalası, VAS” ve doğumdan hemen sonra 24 saat içinde doğum deneyimini değerlendiren “Doğum Deneyimi Ölçeği” ile toplanacaktır.

Alternatif Tedavi ve Girişimler: Araştırma kapsamında kişinin vücut bütünlüğünü bozacak herhangi bir girişim uygulanmayacak olup belirli rahim ağzı açıklıklarında avuç içerisine doğum ağrısı taşıyan şimşir tarak basısı yapılacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Araştırmanın herhangi bir riski yoktur.

Araştırma İlacının Olası Yan Etkileri: Araştırma sırasında herhangi bir ilaç kullanılmayacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Boyunca Ulaşılabilecek Kişi Ad- Soyad / Telefonu:

Ebe Emine Nur ÇALIMLI, 0506 126 48 03

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı ebe tarafından yapıldı. Araştırmadan makul ölçüde beklenen ve benim açımdan hedeflenen yararlarla ilgili olarak bilgilendirileceğim. İlgili mevzuat gereğince kimliğimi ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanamayacağı; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimliğimin gizli kalacağı, araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde zamanında bilgilendirileceğimi, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Araştırmaya dahil olduğumda herhangi bir ücret almayacağımı biliyorum.

Tarih:

Gönüllünün Adı-Soyadı/İmzası

EK-II

TANITICI BİLGİ FORMU

Sevgili Katılımcılar,

Bu çalışma, doğum eyleminin birinci evresinde avuç içerisine uygulanan eksternal basının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini araştırmak amacıyla hazırlanmıştır. Hazırlanan bu formu ve ölçekleri eksiksiz ve doğru olarak cevaplamamız, araştırmamızda sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi için son derece önemlidir. Sorunun cevabı size göre ne ise seçeneklerin yanındaki () içine X işareti koyunuz. Çalışmaya katılımınız gönüllüdür. Verdiğiniz bilgiler gizli kalacaktır. Yardımlarınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Hüsnüye DİNÇ

Ebe Emine Nur ÇALIMLI

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı

Gebenin Adı Soyadı:

Telefon Numarası:

Tarih: Anket No: Grup:

BÖLÜM I: Gebenin Sosyo-Demografik Özellikleri:

1)Yaşınız? Boy: cm Kilo:kg

2)Kaç yıldır evlisiniz?

3)Eğitim durumunuz nedir?

1. Okur-yazar değil ()

5. Lise Mezunu ()

2. Okur – yazar ()

6. Üniversite Mezunu ()

3. İlkokul mezunu ()

7. Lisansüstü ()

4. Ortaokul mezunu ()

4)Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1. Evet () 2. Hayır ()

5)Ne İş Yapıyorsunuz? 1. Ev hanımı () 2. İşçi () 3. Memur () 4. Serbest meslek () 5. Diğer ()

6)Eşinizin yaşı kaç?

7)Eşinizin eğitim durumu nedir?

1. Okur-yazar değil ()

5. Lise Mezunu ()

2. Okur – yazar ()

6. Üniversite Mezunu ()

3. İlkokul mezunu ()

7. Lisansüstü ()

4. Ortaokul mezunu ()

8)Eviniz gelir durumu nedir? 1. Gelir giderden az () 2. Gelir gidere denk () 3. Gelir giderden fazla ()

EK-II DEVAMI

9)Sosyal güvenceniz var mı? 1. Var () 2. Yok ()

10)Yaşadığınız yer neresidir? 1. İl () 2. İlçe () 3. Köy ()

11)Aile tipiniz nedir?

1. Çekirdek aile (anne-baba-çocuklar) () 2. Geniş aile (anne-baba-çocuklar-akrabalar) () 3. Parçalanmış aile ()

BÖLÜM II: Obstetrik Özellikler:

1)Son adet tarihiniz:

2)Aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Gebelik Sayınız (G).... Düşük Sayınız (A).... Küretaj Sayınız (D&C)....

3)Nasıl gebe kaldınız? 1. Normal yollar ile(kendiliğinden) () 2. Tedavi ile(Tüp bebek, aşılama vb.) ()

4)İsteyerek mi gebe kaldınız? 1. Evet () 2. Hayır ()

5)Eşiniz gebeliğinizi istiyor muydu? 1. Evet () 2. Hayır ()

6)Gebelikten önce adetleriniz ağırlı olur muydu? 1. Evet () 2. Hayır ()

7)Adet ağrınızın şiddetini tarif eder misiniz? 1. Hafif () 2. Orta () 3. Şiddetli () 4. Dayanılmaz ()

8)Gebeliğinizde ilaç kullandınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

9)Cevabınız evet ise, ne tür ilaç kullandınız?.....

10)Gebeliğinizde herhangi bir sağlık probleminiz oldu mu? 1. Evet () 2. Hayır ()

11)Cevabınız evet ise, Ne tür bir sağlık probleminiz oldu?

1. Bulantı-kusma () 2. Kanama () 3. İdrar yolu enf. () 4. Üst solunum yolları enf. () 5. Ağrı/kasılma () 6. Diğer..... ()

12)Gebelikte düzenli olarak kontrollere geldiniz mi? 1. Evet ise kaç kez? Evet ()kez 2. Hayır ()

13)Cevabınız evet ise, kontrollere nereye gittiniz?

1. Aile Sağlığı Merkezi () 2. Kamu Hastanesi () 3. Özel hekim muayenehanesi () 4. Özel hastane () 5. Diğer... ()

14)Doğum öncesi kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

1. Ebe () 2. Hemşire () 3. Doktor () 4. Diğer..... ()

15)Gebeliğiniz esnasında, doğum sırasında, doğum ağrısını azaltmaya veya daha az algılamaya yönelik yöntemler hakkında bilgi aldınız mı? 1. Evet () 2. Hayır ()

16)Cevabınız evet ise, bu bilgileri hangi kaynaktan edindiniz?

1. Ebe () 2. İnternet () 3. Hekim () 4. Kitaplar () 5. Arkadaş/ Tanıdık Birileri () 6. Diğer () (belirtiniz)

17)Cevabınız evet ise, hangi yöntemlerden haberdarsınız?

.....

EK-III

DOĞUM EYLEMİ İZLEM FORMU

1. Gebenin hastaneye kabul edildiği saat:
2. Gebenin hastaneye kabul edildiğindeki muayene bulguları:
3. Doğumun 1. Evresinde ebe desteği dışında yapılan uygulamalar

- | | | |
|-----------------|---------------------------|---------------|
| 1. Amniyotomi | 4. Oksijen
inhalasyonu | 6. Hidrasyon |
| 2. İndüksiyon | 5. Lavman | 7. Aç bırakma |
| 3. Mobilizasyon | | 8. Diğer... |

4. Doğumun 1. Evresinde uygulanan ilaçlar

- | | |
|-------------|--------------|
| 1. Synpitan | 5. Sefazol |
| 2. Propess | 6. Cytotec |
| 3. Epidosin | 7. Hidrasyon |
| 4. Dolantin | 8. Diğer... |

5. Gebenin muayene bulguları

BULGULAR	Uygulama I	Uygulama II	Uygulama III
Dilatasyon			
Efasman			
Fetal Kalp Hızı			

6. Gebenin ~~vital~~ bulguları

	Uygulama I	Uygulama II	Uygulama III
Kan Basıncı			
Nabız			
Ateş			
Solunum			

7. Doğum Şekli: Spontan Vajinal Doğum () Vajinal Müdahaleli Doğum ()

8. Epizyotomi () Laserasyon ()

9. Doğumun Başlama ve Bitiş Saati:

10. Plasentanın Doğuş Saati:

11. Bebeğin Boy: Baş: Ağırlık: Cinsiyet:

12. Yenidoğan Apgar Skoru: 1. dk| 5.dk

EK-VI

VİZÜEL ANALOG AĞRI SKALASI (VAS)

I. Uygulama Başlangıç Saati:

Bitiş Saati:

II. Uygulama Başlangıç Saati:

Bitiş Saati:

III. Uygulama Başlangıç Saati:

Bitiş Saati:

	VAS PUANI	SERVIKAL DİLATASYON
VAS I		
VAS II		
VAS III		
VAS IV		
VAS V		
VAS VI		
VAS VII		
VAS VIII		



Şekil 1: 10 EN DAYANILMAZ AĞRIYI 0 İSE HİÇ AĞRININ OLMADIĞINI İFADE ETMEKTEDİR. 10'DAN 0'A DOĞRU AĞRININ ŞİDDETİ AZALMAKTADIR.



NOT: VAS ölçümleri aşağıdaki şekilde yapılacaktır.

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU
VAS I	Hastaneye kabulde	Hastaneye kabulde
VAS II	Servikal dilatasyon 5-6 cm olunca	Servikal dilatasyon 5-6 cm olunca
VAS III	Birinci akubası uygulamasından 30 dakika sonra	Servikal dilatasyon 5-6 cm olduktan 30 dakika sonra
VAS IV	Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca	Servikal dilatasyon 7-8 cm olunca
VAS V	İkinci akubası uygulamasından 30 dakika sonra	Servikal dilatasyon 7-8 cm olduktan 30 dakika sonra
VAS VI	Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca	Servikal dilatasyon 9-10 cm olunca
VAS VII	Üçüncü akubası uygulamasından 30 dakika sonra	Servikal dilatasyon 9-10 cm olduktan 30 dakika sonra
VAS VIII	Postpartum 30. dakikada	Postpartum 30. dakikada

EK-V

DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ – 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

_____ X _____

En sevdiğim meyvedir

Anket bir sonraki sayfadan başlamaktadır.
Katıldığınız ve görüşlerinizi paylaştığınız için teşekkürler.

EK-V DEVAMI

1. Doğum süreci ve doğum beklediğim gibiydi.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

2. Doğum süreci ve doğum sırasında kendimi güçlü hissettim.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

3. Doğum süreci ve doğum sırasında korktum.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

4. Doğum süreci ve doğum sırasında yapabileceğimi hissettim.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

5. Doğum süreci ve doğum sırasında yorgun düştüm.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

6. Doğum süreci ve doğum sırasında mutlu olduğumu hissettim.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

EK-V DEVAMI

7. Doğumuma ilişkin birçok olumlu anım var.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

8. Doğumuma ilişkin birçok olumsuz anım var.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

9. Doğumuma ilişkin bazı anılarım beni üzüyor.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

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

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

11. Doğum pozisyonuma karar vermede söz sahibi olduğumu hissettim.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

12. Ağrımın giderilmesinde seçeneklerimin olduğunu hissettim.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

EK-V DEVAMI

13.Ebe / Hemşire bana yeterince zaman ayırdı.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

14.Ebe /Hemşire eşime yeterince zaman ayırdı.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

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

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

16.Ebe / Hemşire benim ihtiyaçlarımı anladı.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

17.Ebe / Hemşire tarafından çok iyi bakıldığımı hissettim.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

18.Ekibin tıbbi becerilerine ilişkin izlenimim kendimi güvende hissettirdi.

Tamamen
kabiliyorum

☐

Çoğunlukla
kabiliyorum

☐

Kısmen
kabiliyorum

☐

Hiç
kabiliyorum

☐

EK-V DEVAMI

19.Durumun üstesinden iyi geldiğimi düşündüm.

Tamamen
katılıyorum

☐

Çoğunlukla
katılıyorum

☐

Kısmen
katılıyorum

☐

Hiç
katılmıyorum

☐

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

Ağrı yok

Düğünelebilecek 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

Katıldığınız için teşekkürler!

EK-VI

DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ (DDÖ) KULLANIM YÖNERGESİ

Orjinal dili İsveççe olan Doğum Deneyimi Ölçeği (DDÖ) 2010 yılında Dencker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kadınların doğum deneyimini farklı boyutlarıyla ölçmek amacıyla geliştirilen ölçeğin dört alt boyutu ve 22 maddesi bulunmaktadır.

Doğum süreci alt boyutunda yer alan 8 madde; 1, 2, 4, 5, 6, 19, 20, 21'dir. Bu başlık altında kadınların kişisel kontrol hissi, doğum süreci ile doğum ağrısına ilişkin hisleri değerlendirilmektedir.

Profesyonel yardım / destek alt boyutunda bulunan 5 madde; 13, 14, 15, 16, 17'dir. Bu maddelerde bilgilendirilme ve ebelik bakımı değerlendirilmektedir.

Algılanan güvenlik /Anılar alt boyutunda yer alan 6 madde; 3, 7, 8, 9, 18, 22'dir. Bu maddelerde güvenlik hissi ve doğuma dair hatıralar / anılar sorgulanmaktadır.

Kararlara katılım alt boyutunda bulunan 3 madde; 10, 11, 12'dir. Bu alt boyutta hareket etme, doğum pozisyonu ve doğum ağrısının giderilmesine dair kararlara katılım durumu sorgulanmaktadır.

Ölçeğin ilk 19 maddesi dörtlü likret son üç maddesi ise VAS kullanılarak değerlendirilmektedir. DDÖ'de ilk 19 madde 1'den 4'e kadar puanlanmaktadır. Tamamen katılıyorum = 1, Çoğunlukla katılıyorum = 2, Kısmen katılıyorum = 3, Hiç katılmıyorum = 4'dür.

VAS ölçeğindeki skorlar ise kategorik olarak 0-40 =1, 41-60 = 2, 61-80 = 3, 81-100 = 4 olarak sınıflandırılmıştır.

Ölçeğin 3, 5, 8, 9 ve 20 numaralı soruları olumsuz ifade içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça anne adayının iyi bir doğum deneyimi yaşadığına işaret etmektedir (Dencker ve ark 2010; Soriano-Vidal ve ark 2016).

Türkçeye uyarlanan Doğum Deneyimi Ölçeği'nin güvenirlik çalışmasında iç tutarlılığı için yapılan analizde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı doğum süreci boyutu için 0.56, profesyonel destek/yardım boyutu için 0.73, algılanan güvenlik boyutu için 0.63 kararlara katılım boyutu için 0.64, ve toplam ölçek Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.76 olarak bulunmuştur. Tespit edilen bu değerle ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir olduğu saptanmıştır.

EK-VIII



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ZEYNEP KAMIL KADIN VE
ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - ZEYNEP KAMIL SAĞLIK KURULU BİRİMİ
30.04.2022 10:36 - E-11391090 - 514.10 - 49



00139327300

Sayı : E-11391090-514.10
Konu : Etik Kurul Onayı ve Kurum Onayı

İLGİLİ MAKAMA

29.04.2020 tarih ve 64 Karar Numaralı "Avuç İçine Yapılan Eksternal Bası Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi" isimli çalışmanın 29.04.2020 tarihinde Etik Kurul Onayı ve Kurum Onayı verilmiştir. Etik Kurul Kararı ektedir. Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Semra KAYATAŞ ESER
Başhekim

Ek: EMİNE NUR ÇALIMLI ETİK KURUL ONAY BELGESİ

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 56236334c522-4cd1-8718-b42b4964cd59 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-chys>

Zeynep Kamil Mahallesi, Dr. Burhanettin Östübel Sokakı No:10, 34668

Üsküdar/İstanbul

Telefon: Faks No:

e-Posta: zeynel.ozcan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: zhsaglikkurulu@gmail.com

Bilgi için: Zeynel ÖZCAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: 0216 391 06 80 -1056



EK-IX



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Emine Nur ÇALIMLI'nın Tez İzni
Hk.

ZEYNEP KAMİL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE

İlgi : 27/04/2021 tarihli ve 11391090-772.99-99-61 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi olan ve aynı zamanda Hastanemiz doğumhane biriminde ebe olarak çalışan Emine Nur ÇALIMLI'nın "Avuç İçine Yapılan Eksternal Bası Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumlarda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 07.05.2021 tarih ve 2021/20 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: cd12daed-d6b4-4483-9320-44877fa7f671 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>
EĞİTİM VE TESCİL BİRİMİ

Telefon: Faks No:

e-Posta: cemile.ozaslan@saglik.gov.tr İnternet Adresi: .

Bilgi için: Cemile ÖZASLAN

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



EK-X

Ölçek Kullanıma Dair İzin Hakk. Gelen Kutusu x ✕ 🖨️ 🔗

 **Emine Nur Çalimli** <enurcalimli@gmail.com> 30 Oca 2020 Per 22:30 ★ ↩️ ⋮

Alıcı: rojijn ▾

Merhaba Sayın Rojijn Hocam,

Ben Emine Nur Çalimli. T.C. Sağlık Bakanlığı S.B.Ü. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğumhanede ebe olarak çalışıyorum. Aynı zamanda İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü'nde Ebelik Anabilim Dalında Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. Ders dönemim bitmiş olup şu an tez aşamasındayım.

"Avuç İçerisine Yapılan Tarak Basısının Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisi" isimli yüksek lisans tez çalışmam için geçerlik ve güvenirliğini yaptığınız Doğum Deneyimi Ölçeği'nin Türkçe formunu kullanmak için sizden izin istiyorum. İzin verirsiniz çok sevinirim.

Sevgi ve Saygılarımla...

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

AVUÇ İÇERİSİNE YAPILAN EKSTERNAL BASI UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM DENEYİMİNE ETKİSİ

ÖRNEK NİTELİK RAPORU

% 18	% 18	% 3	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 8
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 1
3	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	% 1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	dspace.akdeniz.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
7	libratez.cu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
8	Submitted to Atatürk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

nek.istanbul.edu.tr:4444

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

- ☒ **Etik Kurul izni gerekmektedir.**
- ☐ **Etik Kurul izni gerekmemektedir.**

Emine Nur ÇALIMLI CELEP
(İmza)



KURUM İZİNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

- ☒ Kurum izni gerekmektedir.
- ☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Emine Nur ÇALIMLI CELEP
(İmza)



