



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



DOKTORA TEZİ

**DOĞUM EYLEMİNDE KULLANILAN REBOZO TEKNİĞİ'NİN
ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA VE DOĞUM MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

ÖZDEN TANDOĞAN

**DANIŞMAN
PROF. DR. ÜMRAN OSKAY**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANA BİLİM DALI KADIN SAĞLIĞI VE
HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DOKTORA
PROGRAMI**

İSTANBUL-2021

TEZ ONAYI

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.10.2021 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Ümran Oskay
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Fakültesi

Doç. Dr. İlkay Güngör Satılmış
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik

Doç. Dr. Meltem Demirgöz Bal
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Prof. Dr. Nurdan Demirci
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



İTHAF

Varlığıyla hayatıma yeniden şekil veren canım kızım Ece'ye ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Sadece doktora tez çalışmamda değil akademik hayatıma da desteklerini esirgemeyip bana her zaman yol gösterici olan, bundan sonrada devam edeceğine emin olduğum, titizliği ile tezimin en güzel şekilde tamamlanması için benimle birlikte çalışan, sabrı, sevgi ve ilgisini hep hissettiğim çok değerli hocam **Prof. Dr. Ümran Oskay'a**,

Doktora eğitimim boyunca yolumuza her zaman ışık tutarak yol gösteren, sabrı sevgi ve bilgisine hayran olduğum çok değerli hocalarım, **Prof. Dr. Nevin Hotun Şahin, Doç. Dr. İlkey Güngör Satılmış, Prof. Dr. Ergül Arslan'a**,

Tez jürümde yer alıp tezimin en güzel şekilde ilerlemesi için bilgilerini bizimle paylaşan çok değerli hocam, **Doç. Dr. Meltem Demirgöz Bal'a**,

Tez sürecim boyunca her aradığımda yardımlarını benden esirgemeyip bilgilerini benimle severek paylaşan çok değerli **Dr. Öğr. Üyesi Rojgin Mamuk'a**,

Akademik hayatımda her sıkıştığımda yardımlarını benden esirgemeyen, yol gösteren gizli kahramanım canım **Dr. Öğr. Üyesi Meltem Mecdî Kaydırak'a**,

Küçük yardımları ile hayatımızı kolaylaştırıp bize destek, arkadaş olan İstanbul Üniversitesi Florence Nihgtingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı'nda görev yapan akademik kadroda olan **Arş. Gör. Büşra Yılmaz, Arş. Gör. Zehra Kaya, Arş. Gör. Mehtap Gümüşay, Arş. Gör. Burcu Dişli'ye**,

Tez veri aşamasında bana yardımcı olan tek tek isimlerini yazamadığım çok değerli ekip olan İstanbul Esenler Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışan tüm çalışanlara, doktora eğitimim boyunca yolumu aydınlatan herkese,

Beni bugünlere getiren Taşkın aileme, desteklerini esirgemeyen Tandoğan aileme,

Elbette bu zorlu yolda en büyük sabrı ve özveriyi gösteren en büyük yardımcım canım eşim **Mehmet Murat Tandoğan'a** ve küçük kalbiyle en büyük fedakarlığı sergileyen canım kızım **Ece Tandoğan'a** çok teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	HATA! YER İŞARETİ TANIMLANMAMIŞ.
İTHAF	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	Xİ
ÖZET	Xİİ
ABSTRACT.....	Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Süreci	5
2.1.1. Birinci Evre.....	5
2.1.1.1. Latent Faz	5
2.1.1.2. Aktif Faz.....	5
2.1.1.3. Geçiş Fazı	6
2.1.2. İkinci Evre	6
2.1.3. Üçüncü Evre	6
2.1.4. Dördüncü Evre	6
2.2. Doğum Ağrısı.....	7
2.2.1. Doğum Ağrısının Nöro-Fizyolojisi.....	7
2.2.3. Doğumun Birinci Evresindeki Ağrı.....	8
2.2.4. Doğumun İkinci Evresindeki Ağrı	9
2.3. Doğum Eylemindeki Ağrıyla Etkileyen Faktörler	10
2.3.1. Fizyolojik Nedenler.....	10
2.3.2. Psikolojik Nedenler.....	11
2.4. Doğum Eylemindeki Ağrının Anne ve Bebek Sağlığına Olumsuz Etkileri.....	12
2.5. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler	13
2.5.1. Sistemik Analjezi	13
2.5.2. Bölgesel Aneztezi ve Analjezi	14

2.6. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler	14
2.6.1. Gevşeme ve Rahatlama Teknikleri	15
2.6.2. Tensel Uyarılma Yöntemleri.....	17
2.6.3. Mental Uyarılma Teknikleri.....	20
2.7.1. Rebozo Tekniği'nin Uygulama Aşamasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar	22
2.7.2. Rebozo Tekniği'nin Gebelikte Kullanımı	23
2.7.3. Rebozo Tekniği'nin Doğum Eyleminde Kullanımı	23
2.7.4. Rebozo Tekniği'nin Doğum Sırasında Uygulanması	23
2.7.4.2. Rebozo Tekniği-2.....	24
2.7.4.3. Rebozo Tekniği-3.....	25
2.7.4.4. Rebozo Tekniği-4.....	26
2.7.4.5. Rebozo Tekniği-5.....	27
2.7.4.6. Rebozo Tekniği-6.....	28
2.7.4.7. Rebozo Tekniği 7	29
2.7.4.8. Rebozo Tekniği 8	30
2.8. Doğum Ağrısı ile Baş Etmede Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları	31
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	34
3.1. Araştırmanın Amacı.....	34
3.2. Araştırmanın Tipi	34
3.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	34
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	34
3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	34
3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	36
3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması.....	37
3.6.2. Örneklem seçimi (randomizasyon ve çalışmanın gruplarına vaka seçimi).....	38
3.6.3. Örneklem Özellikleri.....	41
3.7. Veri Toplama Araçları	41
3.7.1 Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (EK- 2).....	42
3.7.2. Doğum Eylemi İzlem Formu (EK -3).....	42
3.7.3. Doğum Deneyim Ölçeği (EK-4)	42
3.7.4. Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (EK-5)	43

	viii
3.7.5. Vizuel Analog Skala (EK -6)	44
3.7.6. Postpartum Görüşme Formu (EK -7).....	44
3.8. Araştırmanın Uygulanması	45
3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması	45
3.8.2. Araştırmanın Uygulama Adımları.....	45
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	47
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri.....	48
3.12. Araştırmanın Zorlukları	48
4. BULGULAR.....	50
5. TARTIŞMA	71
5.1. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri Karşılaştırılması....	72
5.2 Gebelerin Doğum Eylemindeki Vital ve Vajinal Muayene Bulguları ile Doğum Sonrası Vital Bulgularının Tartışılması	75
5.3. Gebelerin Doğum Eylemindeki VAS Puanlarının Tartışılması	77
5.4. Gebelerin Geçirdiği Doğum Eyleminin Süreleri ve Yenidoğan Özelliklerinin Tartışılması	79
5.5. Gebelerin Geçirdikleri Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	81
5.6. Kadınlara Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulguların Tartışılması	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	85
KAYNAKLAR	89
FORMLAR	102
ETİK KURUL KARARI	126
KURUM İZNİ.....	127
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	129
ÖZGEÇMİŞ	130

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Antropometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması	59
Tablo 4-2: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Fazlarına Göre Vital Bulgularının Karşılaştırılması	62
Tablo 4-3: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğuma İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular... ..	65
Tablo 4-4: Rebozo ve Kontrol Grubunun Doğumun Fazlarına Göre Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası VAS Skorlarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4-5: Rebozo ve Kontrol Grubunun Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulgular...72	
Tablo 4-6: Rebozo ve Kontrol Gruplarının Doğum Deneyimi Ölçeği Alt boyut ve Toplam Puan Ortalamasına Göre Karşılaştırılması	74
Tablo 4-7: Rebozo ve Kontrol Gruplarının Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına Göre Karşılaştırılması	76
Tablo 4-9: Rebozo Grubunun Yönteme İlişkin Değerlendirme Karşılaştırması	78

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Doğum Ağrısında Nöronların Uyarılması.....	20
Şekil 2-2: Doğum Evrelerine Göre Ağrının Dağılımı.....	21
Şekil 2-3: Rebozonun Kullanımları Alanları	31
Şekil 2-4: Rebozo Tekniği -1	33
Şekil 2-5: Rebozo Tekniği-2.....	34
Şekil 2-6: Rebozo Tekniği-3.....	35
Şekil 2-7: Rebozo Tekniği-4.....	36
Şekil 2-8: Rebozo Tekniği-5.....	37
Şekil 2-9: Rebozo Tekniği-6.....	39
Şekil 2-10: Rebozo Tekniği-7.....	40
Şekil 2-11: Rebozo Tekniği-8.....	40
Şekil 3-1- Anne Dostu Hastane Travay Odası	45
Şekil 3-2: Power Analizi.....	46
Şekil 3-3: Consort Akış Şeması	48
Şekil 3-4: Araştırma Akış Şeması.....	57
Şekil 4-1: Rebozo ve kontrol grubunun uygulama öncesi ve sonrası VAS ağrı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı	70
Şekil 4-2 Rebozo ve kontrol grubunun Doğum Deneyimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı	74
Şekil 4-3: Rebozo ve kontrol grubunun Mackey Doğum Memnuniyeti toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı	76

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

TENS: Traskütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

IASP: Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP)

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

SPSS: İstatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences)

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

SD: Standart Sapma

X²: Ki-kare

ÖZET

Tandoğan, Özden (2021). Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniği'nin Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Memnuniyetine Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD Doktora Programı. Doktora Tezi. İstanbul.

Amaç: Çalışma “Doğum Eyleminde Rebozo Tekniği'nin Algılanan Doğum Ağrısına, Doğum Deneyimi ve Memnuniyetine Etkisi” nin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirildi.

Gereç-Yöntem: Çalışma Ocak - Mayıs 2021 tarihleri arasında, anne dostu bir hastanenin doğumhaneye yatışı yapılan ve araştırma kriterlerine uyan 72 primipar gebe (Rebozo: 37; Kontrol: 35) ile yürütüldü. Her iki grupta dilatasyon 4 cm'e ulaştığında tanıtıcı bilgi formu uygulandı ve takibe alındı. Doğumun latent fazında (0-6cm) rebozo grubundaki gebelere, yatar pozisyonunda pelvis bölgesine 5 dk. Rebozo Tekniği uygulandı. Uygulama öncesi ve sonrası ağrı skorları ve fetal kalp atım hızı kaydedildi. Servikal efasman (6-8cm)'da rebozo grubundaki gebelere, önce abdominal bölgeye 5. dakika sonra kalça bölgesine 5 dakika Rebozo Tekniği uygulandı. İşlem öncesi ve sonrası fetal kalp atım hızı ve ağrı skoru değerlendirildi. Kontrol grubundaki gebelerin takipleri yapılarak ağrı skorları değerlendirildi. Tüm kadınlarla postpartum 24. Saatte Doğum Deneyimi Ölçeği, Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği ve postpartum değerlendirme formu uygulandı. Veriler SPSS 25.0 programı ile tanımlayıcı istatistikler, Pearson Ki-kare, Mann Whitney U kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Gruplar, obstetrik, sosyo-demografik ve antropometrik özellikler açısından benzerdi. Uygulama sonrası gruplar arasındaki VAS ağrı skorları açısından aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$). Rebozo grubu kadınlarda tüm alt boyut ve toplam ölçek puan ortalamaları arasındaki farkın hem Doğum Deneyimi Ölçeği'nde hem de Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği'nde istatistiksel anlamda ileri düzeyde olduğu bulundu ($p<0.001$).

Sonuç: Rebozo Tekniği, doğum eyleminde doğum ağrısını azaltmak, olumlu doğum deneyimi sağlamak ve doğumdan memnuniyeti artırmak amaçlı kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Rebozo Tekniği, Doğum Ağrısı, Doğum Deneyimi, Doğum Memnuniyeti, Nonfarmakolojik Yöntem

ABSTRACT

Tandoğan, Özden (2021). The Effect of Rebozo Technique Used in Labor on Perceived Labor Pain and Birth Satisfaction. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Women Health and Diseases Nursing Doctorate Programme. Dissertation. İstanbul

Objective: The study was carried out in a randomized controlled manner to evaluate the "Effect of Rebozo Technique in Labor on Perceived Labor Pain, Birth Experience and Satisfaction".

Materials-Methods: The study was conducted with 72 primiparous pregnant women (Rebozo: 37; Control: 35) who were admitted to the delivery room of a mother-friendly hospital between January and May 2021 and met the research criteria. When dilatation reached 4 cm in both groups, an introductory information form was applied and followed up. In the latent phase of labor (0-6cm) pregnant women in the rebozo group, 5 minutes in the pelvis in the supine position. Rebozo Technique was applied. Pain scores and fetal heart rate were recorded before and after the application. Rebozo Technique was applied to the pregnant women in the rebozo group for cervical effacement (6-8 cm), first for the abdominal region for 5 minutes and then for the hip region for 5 minutes. Fetal heart rate and pain score were evaluated before and after the procedure. Pain scores were evaluated by following the pregnant women in the control group. Postpartum 24 hour Birth Experience Scale, Mackey Birth Satisfaction Rating Scale and postpartum evaluation form were applied to all women. Data were analyzed with SPSS 25.0 program using descriptive statistics, Pearson Chi-square, Mann Whitney U.

Results: The groups were similar in terms of obstetric, socio-demographic and anthropometric characteristics. After the application, the difference between the groups in terms of VAS pain scores was statistically significant ($p<0.001$). The difference between the mean scores of all sub-dimensions and total scales in women in the Rebozo group was found to be statistically advanced in both the Birth Experience Scale and the Mackey Birth Satisfaction Assessment Scale ($p<0.001$).

Conclusion: The Rebozo Technique can be used in labor to reduce labor pain, provide a positive birth experience and increase birth satisfaction.

Keywords: Rebozo Technique, Labor Pain, Birth Experience, Birth, Satisfaction, Nonpharmacological Method

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum hem fizyolojik hem de psikolojik yönleriyle çok boyutlu, aileler için şüphesiz ki özel deneyimlerden biridir. Doğum eylemi sürecince yaşanan olumsuz durumlar maternal ve neonatal sağlığı etkilerken, doğumdan beklenen memnuniyeti de azaltmaktadır (Akın, 2017; Gönenç, 2013). İntrapartum süreçte verilen bakımın kadınların doğum deneyiminden memnuniyetlerini artırarak doğum beklentilerini karşıladığı bilinmektedir. Bununla birlikte doğum sürecini olumlu geçiren kadınların postpartum yaşam kalitesi, emzirme süresi ve emzirme oranları artmaktadır. Ayrıca olumlu bir doğum hikayesi olan kadının doğum sonu ruhsal sağlığı da olumlu olacaktır (Amanak ve Karaçam 2018; Uçar 2015). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği'nin (The International Association for the Study of Pain) tanımına göre ağrı; bedenin herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek ya da olası bir doku hasarı ile bulunan, bireyin geçmiş deneyimleriyle ilgili hoş olmayan duyuşsal ve emosyonel bir duyum ve davranış olarak belirtilen en geçerli tanımdır (IASP, 2021).

Doğum ağrılı bir deneyimdir. Kompleks ve sübjektif olan doğum eylemindeki ağrı, bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı deneyimidir. Doğum ağrısı, fizyolojik olduğu kadar psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri olan bireylere göre değişebilen ağrı türüdür. Fizyolojik bileşenler; doğum kanalına ait dokulara olan basınç ve dokuların gerilmesi, psikososyal bileşenler ise; doğum sürecindeki korku, anksiyete ve baş etme yeteneği ile ilgilidir. Kültürel değerler ve öğrenilmiş davranışlar ağrıya cevabı etkileyen sosyokültürel boyutudur. Doğum ağrısı, bilinen bu özelliklerinin yanında ağrı derecesi kontraksiyonların sıklığı, süresi ve şiddetiyle servikal açıklığa göre değişmektedir (Berkiten Ergin, 2013; Sani, 2015a). Gebenin doğum ağrısıyla baş etmede zorlandığı durumlarda maternal ve neonatal sağlığa olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu yüzden Amerikan Obstetri ve Jinekoloji doğum ağrısının tedavi edilmesi gerektiğini kabul etmiştir (IASP, 2021). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasının (TNSA) 2018 verileri tüm doğumlara göre Türkiye'deki sezaryen oranının %52 olduğuna işaret etmektedir (TNSA, 2018). Bu oranın %38'ini doğum ağrıları başlamadan önce karar verilen sezeryan oranlarını kapsamaktadır. İlgili literatürde planlanmış sezeryan oranlarının yüksek olmasının en önemli nedenlerinin başında kadınların doğum korkuları olduğu bildirilir (Karabulutlu, 2012). Doğum eyleminin belirsizliklerle dolu olması ve doğumun tahmin

edilemeyen bir süreç olmasından dolayı pek çok kadın doğum eylemine yönelik korku yaşamaktadır. Gebelerin yaşadığı doğum korkusu nedenlerinden biri de doğum eyleminde yaşanan doğum ağrısıdır (Uçar, 2015).

Doğum ağrısını gidermeye yönelik farmakolojik ve nonfarmakolojik uygulamalar yapılmaktadır. Farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltırken, kadınların doğumun fizyolojik gerçeğinden uzaklaşmasına yöneltmiştir. Kadınların ağrıyla birlikteliklerinin sağlanması doğumu doğal bir olay olarak kabul görmesini sağlayacaktır. Nonfarmakolojik yöntemler, kadınların ağrıyla birlikteliğini sağlayarak doğumda ağrının yönetilmesinde kullanılabilir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (WHO, 2018). Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması normal doğumda gebe memnuniyetini artırarak sezaryen oranlarının azaltılmasında etkili olabilmektedir. Ayrıca nonfarmakolojik yöntemler, anneler tarafından sevilen ve doğumda konforlu bulunan yöntemlerdir. İsveç'te geniş kapsamlı yapılan bir çalışmayla (n=936), nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısının yönetiminde nulliparlar arasında daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemlerin doğum deneyimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve kadınlar arasında nonfarmakolojik yöntemlere eğilim olduğu da görülmektedir (Lindholm & Hildingsson, 2015). Literatürde nonfarmakolojik yöntemleri; Biofeedback, müzik, yoga, doğum topu egzersizi, masaj, refleksoloji, akupunktur, akupressür, dikkat dağıtma, hayal kurma, hipnoz, hareket özgürlüğü, Traskütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS), intradermal steril su enjeksiyonu, aromaterapi olarak sıralandığı bildirilmektedir (Mamuk ve Davas, 2010; Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018). Diğer farklı yöntemlerden biri ise Meksika'da gelenekselleşmiş bir uygulama olan Rebozo Tekniği'dir. Bu yöntem, Latin Amerika kökenli 'Rebozo' adı verilen uygulaması pratik olan bir uygulamadır. Köklü bir geçmişe sahip olan 'Rebozo' uzun ve renkli süslemelerden dokunan kendine özel şal veya atkı türü bir kumaştır. Latin Amerika'da bölgelere göre doku ve desen farklılıkları göstermektedir. Rebozo doğum öncesinde, doğum sırasında ve doğum sonunda kullanılabilir (Iversen & et. all, 2017). Son zamanlarda kullanımı giderek yaygınlaşan Rebozo tekniği; kadın ayakta iken, uzanırken veya elleri ve dizleri üzerinde iken uygulanan invaziv olmayan pratik bir yöntemdir. Bu yöntem kadının sakral bölgesine hafif bir masaj şeklindedir. Rebozo tekniğinin amacı; annenin pelvisinde ritmik bir hareket yaratarak ağrının giderilmesi ve pelvis kaslarını

gevşeterek fetüsün doğum için uygun bir pozisyona girmesine yardımcı olmaktadır (Iversen & et. all., 2017). Ebe veya hemşireler tarafından kadında bir ahenk sağlanarak rahatlıkla uygulanabilir (De Keijzer & Van Tuly, 2015). Rebozo Tekniği'ne ilişkin kısıtlı çalışmada, birçok kadın tekniğin doğum ağrısını azalttığını bildirmişlerdir. Bununla birlikte kadınlar, kontraksiyonlar sırasında rahatladıklarını ve dikkatlerinin ağrıdan farklı alana yöneldiğini söylemişlerdir (Cohen & Thomas, 2015; Iversen & et. all., 2017). Araştırmalarda da görüldüğü gibi Rebozo'nun olumlu psikolojik etkisiyle kadınlarda ağrının daha az algılandığı görülmektedir. Danimarka'da 2014 yılında planlanmış vajinal doğumların yaklaşık %2'sinde kadınların Rebozo yöntemini kullandıkları; günümüzde ise, Danimarkalı kadınların yaklaşık %9'nun bu yöntemi kullandığı bildirilmiştir (Iversen & et. all., 2017). Rebozonun günümüzde kullanımı halen ebelerin geleneksel uygulamalarıyla yapılmaktadır. Rebozo geleneksel bir uygulama olarak kullanıldığı için kanıta dayalı çalışmalara ihtiyaç vardır. DSÖ, geleneksel uygulamalar üzerine yapılan çalışmaların eksikliğini ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2018). Ebeler/Hemşireler doğum eylemi boyunca kadına en yakın sağlık profesyonelleri olup travay süresince bakım uygulayıcılarıdır. Ebe ve hemşirelerin uygulamalarının, gebelerin doğum ağrısını daha az algılamasında, doğuma daha iyi uyum sağlamasında ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasında etkili olduğu bilinmektedir (Ertem ve Sevil, 2005). Son zamanlarda nonfarmakolojik yöntemlere olan ilginin artmasıyla sağlık profesyoneli olmayan kişilerin bu yöntemleri uyguladığı görülmektedir. Bu yanlış uygulamaların önüne geçmek adına sağlık profesyonellerinin nonfarmakolojik yöntemleri uygulanmasında rol alması bir zorunluluk haline gelmiştir. Ayrıca gebenin ağrı ve anksiyetesinin azaltılmasında sağlanan destek gebe tarafından olumlu algılanıp bebeğine ve doğuma yönelik hoş duygular geliştirebilmektedir. Doğumda gebeye verilen destek olumlu bir etki oluşturarak doğum eyleminin kısalmasına ve hoş bir deneyim olarak hatırlanmasına da katkıda bulunur (Dağlar ve Aydemir, 2011).

Literatürde Türkiye'de doğumda ağrının giderilmesi için Rebozo tekniğinin kullanılmasına ilişkin bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Rebozo tekniği doğum sürecinde ağrının azaltılmasında etkili, basit ve ucuz bir yöntemdir. Bu tekniğin doğum eyleminde kullanım amacı; annenin pelvisinde ritmik bir hareket sağlayarak ağrının dindirilmesi ve pelvis kasların gevşetilerek bebeğin doğum için en uygun pozisyonu almasına yardımcı olmaktadır. Bunun yanı sıra ağrının hafifletilmesi dışında; stres, yorgunluk, bebeğin anne

uterusta pozisyon değişiklik ihtiyacı gibi durumlarda etkili olması nedeniyle vücutta pek çok bölgeye uygulandığı bildirilmektedir (Tandoğan ve Oskay, 2021). Bu yöntemin ebe/hemşireler tarafından doğumhanelerde kullanılması kadınlar tarafından algılanan doğum ağrısının yönetiminde etkili olacağı ayrıca doğuma yapılan müdahalelerin azaltılmasını sağlayacağı düşünülmektedir. Bununla birlikte, Rebozo tekniğiyle sunulan destekleyici bakımın, anne ve bebek sağlığına olumlu katkı oluşturabileceğini ve özellikle doğumun birinci evresinde anneye sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini artırabileceği öngörülmektedir. Randomize kontrolü olarak planlan bu çalışmanın amacı, doğum eylemi sürecince uygulanan Rebozo Tekniği'nin kullanımın doğum ağrısına, doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyetine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Süreci

Kadının doğası gereği yaşamında geçirdiği en eşsiz dönemlerden biri de gebelik ve ardından deneyimlenen doğum sürecidir. Doğum, menstrual döngüden 40 hafta sonra büyüme ve gelişmesini tamamlayan fetüsün ve eklerinin doğum kanalından dışarı atıldığı bir süreçtir. Kendiliğinden başlayıp düzenli gelen kontraksiyonlarla ilerleyen, baş-pelvis uyumsuzluğu olmayan vertex pozisyonundaki canlı tek bir fetüsün herhangi bir girişim olmaksızın doğması normal doğum süreci olarak bilinir. Doğumun evrelerinin süresi her bir kadında farklılık göstermekle birlikte bu sürelerin başlangıcını tanımlamak önemlidir. Doğum süreci dört evrede gerçekleşir (Dereli Yılmaz, 2017; Singh, Kohli & Vardhan, 2018).

2.1.1. Birinci Evre

Doğum sürecinin birinci evresi zamanla sıklaşan kontraksiyonlarla başlamakta serviksin tam dilatasyonu ile tamamlanmaktadır. Doğumun ne zaman başladığını belirlemek net olmamakla birlikte genellikle kontraksiyonların 3 ila 5 dakika aralıklarla hissedildiği zaman başladığı kabul edilmektedir. Bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere kendi içinde 3 bölüme ayrılır (Durmaz, 2018).

2.1.1.1. Latent Faz

Bu faz doğumhaneye kabul aşamasından sonra gebenin bakım ve izlemine içerir. Algılanan kontraksiyon şiddeti zayıftır. Birinci evrenin en uzun fazı olarak tanımlanan latent faz, servikal dilatasyon 6 cm olduğunda sonlanır. Primarlarda ortalama 9 saat iken, multiparlarda 6 saat sürmektedir. Bu dönemde anne ve fetüsün fiziksel değişkenlerinin değerlendirilmesi odaklı bakım verilir. (Karahan ve Serhatlıoğlu Göncü, 2019).

2.1.1.2. Aktif Faz

Doğum sürecinin birinci evresinin aktif fazı servikal dilatasyon 6 cm olduğunda başlar. Bu fazda servikal dilatasyon genellikle saatte 1,2-1,5 cm genişler, 2-5 dk'da bir gelen kontraksiyonlar 30-60 saniye sürer. Aktif faz nulliplarlarda 3 saat iken, multiparlarda 2 saat sürmektedir (Karahan ve Serhatlıoğlu Göncü, 2019).

2.1.1.3. Geçiş Fazı

Geçiş fazında servikal dilatasyon 8cm'den 10cm'ye ilerlemiş, kontraksiyonların şiddeti en yüksek derecede, sıklık ise 2-3 dakikaya inmiştir. Bu evrede kadının duyduğu rahatsızlık fazladır. Özellikle bu fazda, sağlık personeli tarafından cesaretlendirilmeli ağrıyla başa çıkmada yardımcı uygulamalar yapılmalıdır. Geçiş fazı, primiparlarda 3 saat, multiparlarda 1 saat sürmektedir (Durmaz, 2018).

2.1.2. İkinci Evre

Doğum eyleminin ikinci evresi serviksin tam dilatasyonu ile başlayan, bebeğin başının doğum yolundan çıkmasıyla sonlanan süreci kapsamaktadır (Durmaz, 2018).

Doğum eyleminin ikinci evresi iki faza ayrılmaktadır. Birinci aşama tam servikal dilatasyon ile başlayıp güçlü ıkmama dürtüsünün hissedilmesiyle sonlanan pasif faz veya iniş fazı olarak, ikinci faz ise aktif faz ya da perineal faz olarak isimlendirilir. Bu evrede kadınlarda düzenli ve ritmik ıkmamalarla vajina ve rektumda aşırı basınç ve yanma hissi görülür (Durmaz, 2018; Karahan ve Serhatlıoğlu Göncü, 2019; Vural, 2020). Doğumun ikinci aşamasında spontan (açık glottis) veya valsalva manevra (kapalı glottis) teknikleri kullanılır. Başar ve Hürata'nın (2018) nullipar kadınlarda ıkmama tekniklerinin doğum süresine etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, ikinci evrenin süresini kısaltmada spontan ıkmamanın etkili olduğu belirtilmiştir (Başar, F., ve Hürata 2018).

2.1.3. Üçüncü Evre

Bebeğin başının doğumuyla başlayıp plasentanın uterustan atılmasıyla sonlanan doğumun üçüncü evresi yaklaşık 5-30 dakikada tamamlanır. Bu evrede postpartum kanamanın önlenmesi için doğumun aktif yönetimi önerilmektedir. Aktif yönetim; doğumdan hemen sonra bir profilaktik uterotonik ajanın uygulanması, kordun erken klemplenmesi ve kontrollü kord traksiyonu ile uterus masajını içermektedir (Du, Ye, & Zheng, 2014). Doğumun bu evresinde uygulanacak profilaktik uterotonik ajanların anne ölüm oranlarının yarısından fazlasını önleyebileceği bildirilmektedir (WHO, 2012).

2.1.4. Dördüncü Evre

Doğum eyleminin dördüncü evresi plasentanın doğumu sonrasındaki ilk dört saati kapsamaktadır. Anne ve bebeğin buluşmasıyla ten tene temasın sağlanması, emzirmenin başlatılması ve bebeğin yeni hayatına geçişinin başarıyla tamamlanması bu evreyi önemli

kılmaktadır. Annenin bütün sistemlerinin hızlı bir şekilde doğum öncesi döneme döndüğü evredir (Durmaz, 2018).

2.2. Doğum Ağrısı

İnsanın var olduğundan beri kullanılan ağrı terimi, antik Yunan tarihinde intikam ya da cezayı çağrıştırmaktadır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği (IASP) tarafından ağrı ‘vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimlerinden etkilenen, hoş olmayan, emosyonel bir his ve duygu durumu’ olarak ifade edilmektedir (Çöçelli ve ark., 2008; IASP, 2021).

Ağrı biyokimyasal, bilişsel, psikolojik, nörofizyolojik ve çevresel duyumlardan oluşan çok kapsamlı bir deneyimdir. Ağrı bedenın herhangi bir yerinde oluşan ya da oluşabilecek doku hasarına karşı verilen reaksiyondur. Ağrının vücut için koruyucu bir sistem olduğunu söylemek mümkündür

Ağrının fizyolojisinde süreç, spesifik reseptörlerin ağrı oluşturabilecek uyaranları tetiklemesiyle ortaya çıkar. Ağrı algısı, bu uyaranların omuriliğe ve oradan da merkezi sisteme iletildiğinde oluşur (Gürel, 2011).

Doğum, ağrıyla birlikte bütünleşmiştir. Doğum sürecindeki ağrı kadının doğası gereği deneyimlediği bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı türlerinden kabul edilmektedir. Doğum ağrısı birçok fiziksel ve psikolojik değişken barındıran sübjektif bir durum olmasıyla öznelleştirilmiş doğal bir fenomendir. Bu nedenle doğum sürecindeki algılanan ağrı her kadında farklı yoğunlukta ve farklı bölgelerde deneyimlenmektedir. Doğum ağrısı; travmatik bir sinir lezyonundan sonra devam eden yanıcı ağrıdan sonra bilinen en yoğun, ciddi ve evrensel olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2019).

Doğum zor bir süreçtir. Doğum ağrısına genellikle doğum sürecinde yaşanan kaygı ve korkunun eşlik etmesi doğumda görülen ağrıya katkıda bulunmaktadır. Ayrıca kadının ait olduğu kültür, daha önceki doğum deneyimi, kadına doğum sürecinde verilen destek, doğumun gerçekleştiği ortam ağrının yorumlanmasında etkilidir (Berkiten Ergin, 2013).

2.2.1. Doğum Ağrısının Nöro-Fizyolojisi

Doğum ağrısının fizyolojisinde, pelvik organların nosiseptör kökenli olduğu, periferik sistem, spinal kord, lateral medial sistemler ve korteks aktif rol oynadığı, hormonal uyarıların denetimi altında olduğu bilinmektedir. Sempatik sinir sisteminin stimülasyonu sonucu adrenalin salgılanmasıyla postganlioner sinir dallarından çıkan beta

reseptörlerinde gevşemeye, parasempatik sinir sisteminin stimülasyonu sonucu ise noradrenalin salgılanmasıyla alfa reseptörlerinde kasılmaya neden olur (Tuncay, 2016).

Pelvik organlar sinirler ve hormonal uyarımların denetiminde, bütün düz kaslarda olduğu gibi myometrium da sempatik ve parasempatik sinirlerin kontrolündedir. Doğumda yaşanan fazla korku ve endişeli durumlarda sempatik sisteminin etkisiyle katekolaminlerin salınımının doruk yapmasıyla alfa reseptörlerinde damarların vazokonstriksiyonuna, beta reseptörlerinde ise damarların gevşemesine ve vazodilatasyona neden olmaktadır. Katekolaminler yalnızca oksitosin ile endorfinin eş güdümlü salgılanması ile zirve yapmaktadır. Bu durumda düzenli olarak gelen kasılmalarda ağrı toleransı gelişir. Sempatik ve parasempatik sistemin uyumlu çalışmadığı zamanlarda ağrı daha çok hissedilir. Örneğin katekolaminlerin az salgılandığı durumlarda oksitosin salınımı da azalmaktadır. Bu durum aralıksız kasılmaların oluşmasına beraberinde gevşeme olmadan serviksin açılmasını engellediğinden doğumun duraksamasına da neden olmaktadır. Ayrıca aşırı korku ve endişeli durumlarda salgılanan katekolamin ile ilişkili plasentadan bebeğe geçen kan akımı dolayısıyla oksijen azalması ve uterus kontraksiyonlarının azalmasıyla da uzayan travay görüldüğü de ilgili literatürde bildirilmektedir (Akarsu Höbek, 2018; Berkiten Ergin, 2013; Üzel ve Özbacı, 2009). Bu nedenler ile adrenalin düzeyinin düşük tutulması ve neokorteksi uyarımının etkinleştirilmemesi ağrı reseptörlerini daha az etkilenmesine neden olduğu için ayrıca önemlidir (Akarsu Höbek, 2018).

Ağrı reseptörleri her bir bölgede özelleştiği için tüm uyaranlara karşı değil belli uyaranlara cevap vermektedirler. Uterustaki ağrı reseptörleri dokulardaki aşırı gerilme ve yırtılmalara karşı duyarlıdır. Doğum ağrısı da bu dokulardaki aşırı gerilme ve yırtılma ile ilişkilidir (Rathfisch, 2018).

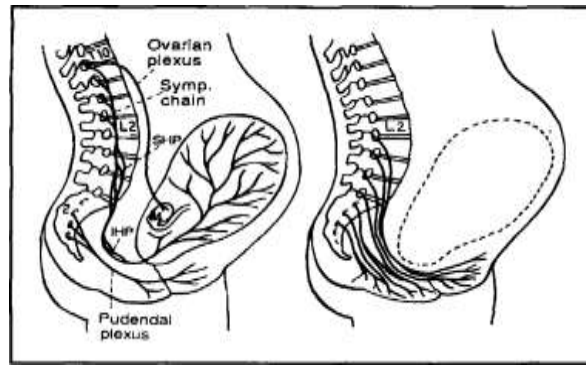
2.2.3. Doğumun Birinci Evresindeki Ağrı

Doğum eyleminde birçok fizyolojik faktör ağrıya neden olmaktadır. Doğum eyleminin birinci evresinde kontraksiyon sırasında gerçekleşen servikal dilatasyon ve efasman, uterusta miyometriyumunu besleyen arterlerin baskılanmasıyla oluşan iskemi ve fetüsün başının pelvik kısımlara baskı yapması hissedilen ağrının derecesine katkıda bulunmaktadır. Diğer visseral ağrı türlerinde olduğu gibi eylemin birinci evresindeki doğum ağrısı, genellikle abdominal duvar, lumbosakral bölge, iliak krestler ve gluteuslara kademeli olarak yayılmaktadır (Yılmaz, 2019). Ağrı impulsları T10 ve T12 spinal sinir

segmentleri arasında alt torosik ve üst sempatik sinirler aracılığıyla iletilmektedir (Şekil 2-1). Bu evrede bazı kadınlar geniş çapta ağrı ifade ederken bazı kadınlar belin alt bölgesinde sürekli gelen kontraksiyona bağlı devamlı bir ağrıdan söz etmektedir. Doğum eyleminin birinci aşaması perineal ağrının başlamasıyla bitmektedir. Bu aynı zamanda bebeğin ilerlediğini de göstermektedir. Melzack'ın bir çalışmasında fetüs ağırlığı ile hissedilen ağrı arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Buna karşın yapılan farklı bir çalışmada, primipar kadınlarda algılan ağrı ile fetüs ağırlığı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır (Klostergaard et al., 2001; Melzack, R., & Schaffelberg 1987).

2.2.4. Doğumun İkinci Evresindeki Ağrı

Doğum eyleminin ikinci aşamasında ağrı, iyi lokalize olan, daha yoğun, yanıcı ve keskin bir ağrı şeklinde tanımlanmakta ve somatik ağrı olarak isimlendirilmektedir. Kadınlar bu ağrıyı perineal bölge, anüs, kalça ve bacaklarda hissettiğini belirtmektedirler. Bu aşamada görülen ağrı, pelvik organlar üzerindeki distansiyon, kontraksiyon esnasında uteroservikal destek kaybı, mesane ve rektum üzerinde oluşan baskı ve yumuşak doku laserasyonların meydana getirdiği ağrı uyarılarından kaynaklanmaktadır (Yılmaz, 2019). Bu uyarılar sakral pleksus vasıtasıyla S2'den S4'e pudental sinirler tarafından iletilmektedir. Pelvik organlardan iletilen afferent uyarılar vasıtasıyla nöronların uyarılmasını, ön abdomen duvarı, iliak sırt, gluteal bölge, uyluk ve lumbosakral bölgelerde ağrı görünmesine neden olur (Lowe, 1996).



Şekil 2-1: Doğum ağrısında Nöronların Uyarılması Kaynak: (Lowe, 1996)

2.2.5. Doğum Üçüncü ve Dördüncü Evresindeki Ağrı

Doğum eyleminin üçüncü aşamasında hissedilen ağrı algısı erken postpartum dönemde deneyimlenen algıyla eşdeğerdedir. Doğum eylemindeki ağrı, multiparlara kıyasla nulliplarlarda daha fazla görülürken eylemin farklı aşamalarında farklı yer ve yoğunlukta değişkenlik göstermektedir (Lowe, 1996; Yılmaz, 2019), (Şekil 2-2)



Şekil 2-2: Doğum Evrelerine Göre Ağrının Dağılımı (Kaynak: Gönenç, 2013)

2.3. Doğum Eylemindeki Ağrıyı Etkileyen Faktörler

Doğum ağrısı bireysel bir deneyim olduğu gibi ağrıya cevabın oluşmasında birçok bilişsel, sosyal ve çevresel faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Doğum eylemindeki ağrının her kadında çeşitlilik göstermesi fizyolojik ve psikolojik nedenlerle ilişkilidir (Yılmaz, 2019).

2.3.1. Fizyolojik Nedenler

Doğum ağrısı bireysel bir deneyim olduğu gibi ağrıya cevabın oluşmasında birçok bilişsel, sosyal ve çevresel faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Doğum eylemindeki ağrının her kadında çeşitlilik göstermesi fizyolojik ve psikolojik nedenlerle ilişkilidir (Üzel ve Özbalcı, 2009).

2.3.1.1. Uterin Hipoksi

Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresindeki ağrının başlıca nedenlerinden biri düzenli ve ritmik kontraksiyonlardır. Her bir kontraksiyonda uterusu giden kan akımını önemli derecede azaltmakta bunun sonucunda kadında ciddi bir ağrı görülmektedir. Bu aşamada ağrı, serviksin dilatasyonu, kasılmaların süresi ve sıklığı ile ilişkilidir.

Kontraksiyonunun bitimiyle kan akımı sağlanır ve gevşeme hissedilir (Berkiten Ergin, 2013).

2.3.1.2. Perinenin Gerilmesi

Fetüs başının ilerlemesi, perineye olan baskıyı artırarak gerilmesine ve çevre dokuların yırtılmasını sağlayarak bu bölgede ağrıya sebep olmaktadır. Ayrıca perineal sinirlerde oluşan baskı ile spontan anestezi sağlandığı da varsayılmaktadır (Ergin, 2014).

2.3.1.3. Fetüsün Pozisyonu ve Ağırlığı

Hunter ve ark. (2007) inceledikleri Cochrane sistematik derlemesinde, fetüsün oksiput posterior pozisyonunda olması ağrıyı anlamlı derecede artırdığı ve doğum süresinin uzattığını vurgulamışlardır (Hunter, Hofmeyr & Kulier, 2007).

2.3.1.4. Doğum Ortamı ve Destek Kişinin Varlığı

Kadınların doğumda kendini güvende hissetmesine ve destek kişinin varlığına ihtiyacı vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2014 yılında doğum sırasındaki desteğin kadın üzerindeki etkisini inceledikleri sistematik analiz raporunda sürekli doğum desteği alan kadınların spontan doğum yapma olasılığının daha yüksek olduğu ve müdahale olmadan doğum yapabildiklerini bildirmişlerdir (Bohren et al. 2017; WHO, 2018). Doğum ortamının gürültüsü, parlaklığı, aşırı sıcak veya soğuk olması, çevrenin hareket açısından kısıtlılığı doğum algısını etkileyebildiği gibi ağrı ile baş edebilme yetisine de etkisi vardır (Lowe 2002; Stark, Remyne, & Zwelling 2016). Ebe ve hemşireler rahat bir çevrenin oluşmasında rol oynayabilir.

2.3.1.5. Annenin Fiziksel Durumu ve Deneyimi

Gebenin yaşı, doğum kanalı ve annenin yetersiz beslenmesi distosiye neden olduğu için ağrı ile baş etme becerisini etkileyen önemli faktörlerdir. Ayrıca geçmişte yaşanan uzun doğumlar, fetal malprezantasyon gibi obstetrik etkenler kadının ağrı eşiğini anlamlı derecede azaltmaktadır (Berkiten Ergin, 2013)

2.3.2. Psikolojik Nedenler

Doğumun kadının içgüdüsel sergilediği başarılı bir eylem olması için, fizyolojik faktörler kadar psikolojik faktörler de son derece önemlidir. Bu nedenle doğum sürecinde kadını etkileyen psikolojik faktörleri bilmek, sürecin doğru yönlendirilmesinde dikkate alınması gereken kriterlerdendir (Rathfisch, 2018; Serçekuş ve Okumuş, 2009).

Doğum anında yaşanan anksiyete ve korku, algılanan daha fazla doğum ağrısı, uzamış doğum eylemi ve olumsuz doğum deneyimine neden olabildiği bildirilmektedir (Serçekuş ve Okumuş 2009). Kadının korku ve huzursuzluk hissi katekolaminler gibi stres hormonlarının artmasına böylece uterusu giden kan akımının azaltarak ağrılı kasılmalara sebep olur. İlaveten artmış adrenalin kasılmaları tetikleyen oksitosinin azalmasına da yol açmaktadır (Berkiten Ergin, 2013).

Yetersiz doğum desteği ve doğumda yaşanan sürekli kaygı da sıklıkla bildirilen doğum korkuları olarak tanımlanmaktadır. Çinli kadınlar arasında sürekli kaygı ile doğum korkusu arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca nulliparlar kadınlarda multiparlara göre daha yüksek doğum korkusu bulunmuştur (Jokić-Begić, Žigić, & Radoš, 2014). Doğuma yönelik pozitif algının artmasıyla doğum korkusunun azaldığı ifade edilir (Rathfisch, 2018).

2.4. Doğum Eylemindeki Ağrının Anne ve Bebek Sağlığına Olumsuz Etkileri

Doğum ağrısının güncel tedavi anlayışında, doğumda yaşanan ağrı ve onun meydana getirdiği stresin anne ve bebek sağlığı üzerinde oluşturabileceği olumsuz etkiler nedeni ile aktif bir şekilde yönetilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Aslan Demiröz, Altunkaya ve Ferlengez, 2019) Örneğin aşırı stres ve kaygı katekolaminler gibi stres hormonlarının büyük miktarlarda salgılanmasına, uterusu giden kan akımında sınırlamanın yol açtığı ağrıya neden olmaktadır. Ağrı hissine korku eşlik etmekte bu durum adrenalin miktarında artışa ve kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olarak doğum eylemi uzamasına veya durmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak fetüste solunum zorluğu ve azalmış plazma hacmi gibi klinik tablolar görülmektedir (Rathfisch, 2018).

Doğum eylemindeki ağrı bedende fizyolojik stres reaksiyonunu aktive etmektedir. Böylece annede kan basıncında yükselme, kalbe dönen kan miktarında artma ve taşikardi gibi fizyolojik belirtiler görülmektedir. Bu durumun sebebi her bir kasılmada uterustaki kan miktarının dolaşıma verilmesidir. Kan basıncındaki bu artışlar kalbin yükünü ciddi şekilde artırmaktadır. Anksiyete ve korku sempatik cevabı etkilemekte dolayısıyla kalp debisine artmasına sebep olabilmektedir. Bu durum sağlıklı gebelerde bir sorun meydana

getirmezken kalp hastalığı, preeklampsia veya pulmoner hipertansiyonu gibi hastalığı olan gebeler için risk oluşturmaktadır (Çevik ve Taşci 2017; Mamuk 2017).

2.5. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetiminde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Bugünün teknolojisine paralel olarak doğum ağrısının azaltmayı amaçlayan farmakolojik yöntemler özellikle gelişmiş ülkelerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, kadınların önemli bir kısmının (%75) doğum sırasında ağrının giderilmesinde farmakolojik yöntemleri kullandığı, en yaygın olarak nitroz oksit (gaz) (%50), epidural (%29,7) ve opioidlerin (petidin) (%22) kullandığını ifade edilerek dikkatleri çekmiştir (Özdamar, 2014). Ülkemizde kullanılan farmakolojik yöntemlerin kullanımına ilişkin verilere literatürde rastlanılmamıştır.

Doğumda kullanılan farmakolojik yöntemler ağrıyı azaltması, anne ve bebek sağlığını tehlikeye sokmaması gerekmektedir. Özellikle seçilen yöntemin, ağrıyla birlikteliğin şiddetli hale gelmeden dolayısıyla yükselmiş katekolaminlerin etkisi ile kadında aşırı ağrı görülmeden uygulanması oldukça önemlidir (Yılmaz, 2019). Bu yöntemlerin türü tercihe, hastahane koşullarına doğumun evresi, planlanan doğum şekli ve kültürel özelliklere göre değişebilmekle birlikte en yaygın kullanılan yöntemler; nitrous oksit ve oksijen karışımının inhalasyonu, parenteral opioidler, hasta kontrollü analjezi (remifentanil) ve santral epidural analjeziden (sinir bloku için epidural ile uygulanan regional analjezi) oluşmaktadır. Jones ve arkadaşların (2012) tarafından yapılan sistematik literatür çalışmasında ağrı yönetiminde kullanılan farmakolojik yöntemlerin sayısız yan etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Jones & et. al., 2012a). Uluslararası literatürde doğumda epidural anestezinin anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar, epidural anestezi kullanımının annede ateş, titreme, enfeksiyon gibi pek çok yan etkileri yaratması ayrıca emzirme sürecine olumsuz etkisi, fetüste asfiksiye neden olması ve doğumun ikinci evresini uzatması gibi istenmeyen durumları oluşturduğu ifade edilmektedir (Eriksen, Nohr, & Kjcergaard 2011; Kemp et al. 2013).

2.5.1. Sistemik Analjezi

Analjezik, bilinç yitimi olmadan doğum ağrısının hafifletilmesinde çoğunlukla kullanılmaktadır.

Opinoidler; solunum depresyonu, baş dönmesi, bulantı, kusma sedasyon, mide boşalmasının gecikmesi, doğum eyleminde bebeği solunum sıkıntısına sokması ve doğumdan sonra yenidoğanın uyku eğimine soktuğu için emzirmede yaşanan sorunlar gibi nedenlerden ötürü kullanımı gittikçe azaltmakta olan primer ajanlardır. Meperidin ve Fentanil çoğunlukla kullanılan opinoid analjezikler arasındadır (Morolar ve ark., 2013; Yılmaz, 2019).

Anksiyolitik ve Sedatif-Hipnotikler; Barbüratlar, difenilmetan türevleri (hidroksizin), benzodiazepinler (diazepam) gibi sedatif ajanlar doğumda korku ve anksiyeteyi gidermede sıklıkla kullanılmaktadır. Benzodiazepinler opinoid ajanlarla beraber verildiklerinde ağrıyı ağrıyı azaltır ancak sedasyon düzeyi travaydaki kadınlarda kabul görmeyen düzeye çıkmaktadır (Özdamar, 2014).

İnhalasyon Analjezisi; Azot protoksid ile oksijen beraber kullanılımları halinde güvenli analjezi yöntemi olarak kullanılabilir. Bulantı kusma gibi yan etkilerinin olmasının yanında yenidoğanda solunum depresyonuna neden olmadığı bildirilmektedir. (Özdamar, 2014).

2.5.2. Bölgesel Anestezi ve Analjezi

Pudental Sinir Bloğu; Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde, forseps, vakum ve epizyotomi gibi müdahalelerde vulva ve perine bölgesinin ağrısının giderilmesinde kullanılan etkin bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu yöntemde paraservikal ile pudental sinirler anestezie alınır (Morolar ve ark., 2013).

Spinal Anestezi; Tek doz veya bir opinoid agonisti ile hızlı bir biçimde analjeziyi başlatır. Doğumun ikinci evresinde kullanımı uygun olmamasına karşılık doğumun ilk evresinde kullanılabilir (Yılmaz, 2019)

Epidural Anestezi; Doğum için en etkin farmakolojik yöntemlerden biri olarak kabul edilmekte birlikte fetüsün pelvisten inişi sırasında oluşan bası hissini tamamiyle ortadan kaldırmaz. Dördüncü ve beşinci omurlar arasına uygun anestezi maddenin epidural alana enjeksiyon yapılarak kullanılmaktadır (Özdamar, 2014).

2.6. Doğum Eylemindeki Ağrının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

Günümüzde kadına prenatal bakımın önemini esas alan ve kadının doğum ağrısının kontrol edebilme yeteneğini kolaylaştıran nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı ivme kazanmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerde sadece ağrının miktarına değil aynı

zamanda psiko-duygusal ve ruhsal bileşenlere odaklanarak çok çeşitli teknikleri içeren bir yaklaşım söz konusudur. Bu yaklaşımda gevşeme ve rahatlama, tensel uyarılma, zihinsel-mental uyarılma ve solunum tekniklerinden oluşan dört farklı teknik ifade edilmektedir (Berkiten Ergin, 2017; Gönenç, 2013).

Nonfarmakolojik yöntemlerin etki mekanizması kapı kontrol teorisiyle açıklanmaktadır. İlk basamak büyük ve küçük sinir liflerinden çıkan sinyallerin omurilik üzerinden serebral kortekse taşınıp burada yorumlanmasıdır. Uterus, serviks ve pelvis eklerindeki sinyaller ince, küçük, miyelin veya miyelinsiz lifler vasıtasıyla iletilirler. Derisel uyarımlar ise büyük ve kalın liflerden gelen sinyaller ile iletilir ve bu liflerden geçiş daha hızlı olmaktadır. Bu sebeple temasa dayanan uyarımlar ağrı sinyallerini engelleyebilmektedir (Mamuk ve Davas, 2010).

Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliği ve güvenilirliğinin karşılaştırıldığı bir Cochrane sistematik derlemesinde, nonfarmakolojik yöntemlerin anne ve bebek sağlığı için güvenilir olduğu, ancak doğum ağrısının etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların sınırlı sayıda ve düşük kaliteli verilerden elde edilmiş olması nedeniyle daha fazla araştırmaya gereksinim olduğunu vurgulanmıştır (Jones & et. al., 2012b). Bir başka sistematik inceleme sonucunda non-farmakolojik yöntemlerin doğum eyleminin birinci ve ikinci aşamasında kullanılması önerilmiş ve deriye uygulanan ağrı tekniklerinin doğum ağrısının hafifletilmesinde etkili olduğu belirtilmiştir (Durmaz ve Ayşegül 2015). Avantajı ise farmakolojik yöntemlere kıyasla nonfarmakolojik yöntemlerin yan etkisi veya alerjik etkisi bulunmamaktadır. Ayrıca doğumu yavaşlatmaz ya da durdurmaz.

2.6.1. Gevşeme ve Rahatlama Teknikleri

2.6.1.1. Biofeedback

Biofeedback, kadınlara kalp atış hızı, kas gerginliği veya vücut ısı gibi fizyolojik değişimlerin farkındalığını ve bu değişimleri nasıl kontrol edebileceğini antenal dönemde öğretmeyi amaçlayan bir terapidir (Barragán, Solà, & Juando 2011).

Doğuma hazırlık sınıflarında Biofeedback kullanımının primipar gebelerde doğum sırasındaki ağrı algılamasını değerlendiren Cochrane sistematik derlemesinde, kontrol ve vaka grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı rapor edilmiştir. 2015 yılında yapılan farklı bir çalışma da ise biofeedback kullanımı aromaterapi grubuyla

kıyaslandığında doğum sırasındaki ağrıyı ve doğum süresini azaltmada da etkili olduğu belirtilmiştir (Janula & Mahipal 2015; Janula & Singh 2013).

Hipnoz, hayal kurmaya benzer şekilde bilinçli bir farkındalık oluşturarak derin odaklanmayı sağlar. Bu odaklanma sözlü veya sözsüz iletişimlerle gerçekleşir. Kadınlar hipnozu doğum sırasında çeşitli şekillerde kullanabilir. Örneğin kasılmaları bebeğe kavuşmanın bir yolu olarak algılanması, kadını ağrıdan uzaklaştırabilir ve gevşetebilir.

Hipnozun doğum sırasında ağrı üzerindeki etkisini değerlendiren halen yeterince çalışma bulunmamaktadır. 2016 yılında incelen Cochrane sistematik derlemesinde hipnozun doğum sırasında genel analjezi kullanımını azaltabildiği ancak epidural kullanımı azaltmadığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada vaka grubu ile kontrol grubu arasında doğum memnuniyeti, doğumla başa çıkabilme becerisi veya spontan vajinal doğum oranı açısından net bir fark bulunamamıştır (Madden et. al., 2016).

2.6.1.2. Müzik

Antik çağlardan beri müziğin insanlar üzerindeki rahatlatıcı etkisi bilinmektedir. Müzik insana fizyolojik, psikolojik ve sosyo-duygusal faydalar sağlayabilmektedir. Aynı zamanda endorfin salgılanmasını artırarak rahatlama ve gevşeme sağlar. Bu durum doğum ağrısını azaltmada kullanılabilmektedir (Bertiken Ergin, 2017).

Primiparlar da müziğin doğum eylemindeki ağrı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir meta analiz sistematik derlemesinde, standart bakım verilen gebelere göre müzik verilen gebelerin ağrı ile başa çıkabilme becerisinin daha gelişmiş olduğu vurgulanmıştır (Chuang & et. al., 2019).

2.6.1.3. Yoga

Bedenin, ruhun ve zihnin bir bütün olarak değerlendirilmesini amaçlayan yoga, yüzlerce yıl öteden günümüze ulaşmış, fiziksel zindelik sağlayabilmek için en tercih edilir yollardan biri haline gelmiştir (Chen et al., 2017).

Gebelikte yoga, doğum eyleminde kasların rahatlama, uterus ve periton kaslarının güçlendirilmesi bunun yanında kan dolaşımının desteklenmesi, yorgunluk ve ödem gibi sağlık problemlerini giderilmesinin sağlanmasında etkili olmaktadır (Esencan Yılmaz, 2018).

Gebelik sırasında yapılan yoga egzersizlerinin doğum ağrısı üzerine etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada, çalışma grubunda anlamlı derecede ağrı

toleranslarının olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada kontrol grubunda daha çok sezeryan ve daha az normal doğum görülmüştür (Bolanthakodi et. all., 2018).

2.6.1.4. Doğum Topu Egzersizi

Doğum topu egzersizi, doğum sırasında gevşeme ve rahatlamayı sağlamak amacıyla kullanılan, ucuz, kullanımı kolay ve invaziv olmayan nonfarmakolojik uygulamalardan biridir. Doğum topu pilates topuna benzer şekildedir ve gebenin anatomisine uygun olarak tasarlanmıştır.

Doğum sırasında doğum topları kullanmanın anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerini araştıran bir meta-analiz araştırmasında, çalışmaya katılan gebeler 20 ile 90 dakikalık periyotta doğum topuyla egzersiz yapmışlardır. Çalışma sonunda doğum topu ile yapılan egzersizlerin doğum ağrıları üzerinde etkili olduğu ancak metarnal ve neonatal sonuçlar üzerinde herhangi bir fark yaratmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte doğum topu egzersizinin doğum ağrısını azaltmada etkinliğini ortaya koyan çalışmaların düşük kaliteli araştırmalar olmasından dolayı daha fazla araştırmaya gereksinim olduğu belirtilmiştir (Delgado et. all., 2019).

2.6.2. Tensel Uyarılma Yöntemleri

2.6.2.1. Masaj

Masaj vücudun belli noktalarındaki doku ve kaslara istemli ve sistematik bir biçimde palpasyonu ve manipölasyonudur. Bu yöntem ile doku reseptörlerinin uyarılır ve omurilik tarafından beyne iletilir. Bunun sonucunda endorfin salınımının artırdığı, ödem ve ağrının azaldığı düşünülmektedir (Mamuk, 2017).

Marlin ve tarafından aktif fazda uygulanan sırt masajının doğum ağrısına etkisini belirlemek için yaptığı bir çalışmada, annelerin %71'inde orta derecede ağrı, %16'sında hafif derecede ağrı ve %13'ünde ise şiddetli ağrı hissettikleri görülmüştür. Çalışmanın sonucunda, sırt masajının aktif fazda doğum ağrısı üzerinde etkili olduğu belirtildiği gibi sağlık çalışanlarının sırt masajını aktif olarak uygulaması sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine de katkı sağlayacağı ifade edilmiştir (Marlin, 2020).

2.6.2.2. Refleksoloji

Refleksoloji, binlerce yıllık geçmişe sahip olan vücudun belirli spesifik bölgelerine karşılık gelen ayaklardaki refleks noktalarına basınç uygulanarak iyileşme içeren bir dengeleme sistemidir.

Literatürde refleksoloji uygulamasının doğum sürecindeki etkinliğini araştıran çalışmalar mevcuttur. 2015'te İran'da yapılan bir çalışmada refleksolojinin doğum ağrısı, doğum süresi ve anksiyeteyi azalttığı ve Apgar skorlarını artırdığı belirtilmiştir (Dolatian, 2011). Ülkemizde 2014'te yapılan bir tez çalışmasında, ayak refleksolojisinin doğum ağrısı azalttığı ve doğum sürecinin ikinci aşamasının süresini kısaltarak doğum sürecine olumlu etkisinin olduğu vurgulanmıştır (Yılar, 2014).

2.6.2.3. Şiropraktik

Yunanca 'chiropractic' kelimesinden gelmekte olan şiropraktik, kas, kemik, eklem tendon ve ligamentlerden oluşan bağ dokularında oluşan rahatsızlıklarda elle yapılan uygulama anlamına gelmektedir (Yılar Erkek ve Pasinlioğlu, 2016). Bu uygulamanın doğum sırasında etkilerini araştıran bir çalışmada, Şiropraktik uygulamasının doğumda bel ağrısını, doğum süresini ve doğumda yapılan müdahale gereksinimini azalttığı belirtilmiştir (Borggren, 2007).

2.6.2.4. Reiki ve Terapötik Dokunma

Japonca bir sözcük olan Reiki, 'evrensel yaşam enerjisi' anlamında kullanılmaktadır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte enerji teorileri ile yorumlanmaktadır. Reiki dokunma terapisine ilişkin literatür incelemeleri ışığında, Reiki'nin ağrıyı gidermede etkili olduğu ancak yapılan çalışmaların sınırlı sayıda olduğu göze çarpmaktadır. Bununla birlikte doğum ağrısının giderilmesine yönelik herhangi bir çalışmanın olmadığı görülmektedir (Amanak ve Karaçam, 2018; Yılar Erkek ve Pasinlioğlu, 2016).

2.6.2.5. Akupunktur

Akupunktur binlerce yıl ötesinden beri Çin'de uygulanmasına rağmen son on yılda batı tıp topluluğu tarafından benimsenmeye başlanmıştır. Bu uygulama ince iğnelerin vücudun akupunktur noktalarına sokulması ile algılanan ağrının azaltılmasını amaçlamaktadır (Akarsu Höbek, 2018).

Doğumda akupunktur ağrının giderilmesi ve servikal olgunlaşmanın oluşması için kullanılabilir. Ancak doğum eyleminin indüksiyonu veya hızlandırılması için etkili olduğu kanıtlanmamıştır. Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan uygulamaları içeren çalışmaların incelendiği bir sistematik derlemede, çalışmalarda L14 noktasına uygulanan akupunkturun doğum ağrısı üzerinde etkili olmadığı ancak SP6

noktasına akupunktur uygulandığında iğne 30 dakika tutulduğunda doğum ağrısını azalttığı saptanmıştır (Durmaz, 2015).

2.6.2.6. Akupressür

Akupressür vücudun homeostazını harekete geçiren için deri üzerine spesifik noktalara parmak veya avuç içi kullanılarak yapılan terapötik bir mesaj uygulamasıdır. Akupressür uygulamasının amacı, ağrı sorunun giderilmesi, analjezik kullanımlarının azaltılması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Çevk ve Taşci, 2017b). 2020 yılında yapılan bir tez çalışmasında, doğum eyleminde ele farklı akupressür uygulamalarının doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu özellikle sıcak uygulamalı akupressürün endorfin seviyesini artırmada daha etkili olduğu görülmüştür (Altınayak Öztürk, 2020).

2.6.2.7. Aromaterapi

Bitkilerden elde edilen, genellikle solunum veya masaj yoluyla uygulayan bir tedavi yöntemi olan aromaterapi, tarih boyunca tıp tarihinde ağrı için kullanılan başlıca tedavi seçeneklerinden biridir. Yapılan bir meta analiz literatür incelemesinde, aromaterapinin doğum ağrısını ve süresini azaltmada etkili olduğunu ve anne ve bebek sağlığı açısından kullanımın güvenilir olduğu kanıtlanmıştır. Ancak aynı çalışmada sonuçların heterojen olması nedeniyle, daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu da belirtilmiştir (Chen & et. all, 2019). Aromaterapinin doğuma etkisinin araştırıldığı sistematik bir derlemede, kullanılan aromaterapilerin, anksiyeteyi azalttığı, gevşemeyi kolaylaştırdığı ve doğum ağrısı üzerinde azaltıcı bir etkisi olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca yorgunluk, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine de pozitif etkileri olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada kullanılan esansiyel yağlardan adaçayı ve yaseminin doğumda ağrı gidermede kullanıldığı da belirtilmektedir (Berkiten Ergin ve Mallı, 2019). Aromaterapinin etkisini incelemek için yapılmış hemşirelik lisansüstü tez araştırılmalarını değerlendiren farklı bir sistematik derlemede ise, yapılan çalışmaların son on yılda ivme kazandığı ve güvenlik önlemleri çerçevesinde yapılan uygulamalardan oldukça olumlu sonuçlar elde edilmesi dikkat çekmektedir (Zor, Küçükkelepçe Şimşek, ve Gölbaşı 2021).

2.6.2.8. Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)

Transkutanöz elektriksel sinir uyarımı, belirli frekans ile verilen düşük voltajlı elektrik dalgalarının cilde uygulanmasıdır. Düşük şiddetli akımlar verilerek endorfinlerin

salınması ve spinal nöral kapının açılmasını sağlanarak ağrı veren yollar engellenir. Yöntemin etkinliğini açıklayan en fazla kabul gören teori endorfin ve kapı kontrol teorisidir.

Doğumda TENS kullanımı anne ve bebek sağlığı üzerinde herhangi bir risk oluşturmadığı bilinmesine rağmen, literatürde olumlu ve olumsuz yönleri tartışılmaktadır (Özdamar, 2014). TENS 'in doğumda ağrıyı azalttığına dair sınırlı kanıtlar olduğu bu uygulamanın sadece hastane ortamında kullanılabilir olduğu vurgulanmıştır (Dowswell & et. all., 2011). Bununla birlikte doğum ağrısında randomize kontrollü yapılan farklı bir çalışmada, TENS uygulanmasının ağrıyı önemli derecede azalttığı ve anne-bebek sağlığı sonuçlarında fark yaratmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Santana & et.all., 2016). Ülkemizde yapılan lisansüstü tez çalışmasında TENS uygulamasının özellikle doğumun birinci evresinin aktif fazında doğum ağrısını gidermede etkili olduğunu belirtilmiştir (Korkmaz Yıldız, 2003).

2.6.2.9. Steril Su Enjeksiyonu

Steril su enjeksiyonu tekniğinde, 0.05 ile 1 ml arasında suyun ince bir enjektör yardımı ile sakrum çevresinde 4 bölgeye geçişi sıvı dolu papüller oluşturması böylece serbest sinir uçları uyarılarak ağrının giderilmesini amaçlanmaktadır. Bu tekniğin etki mekanizmasında kapı kontrol ve endorfin teorisinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Steril su enjeksiyonunun doğum ağrısına etkisinin incelendiği randomize kontrollü bir çalışmada, tekniğin bel ağrısı algısına ilişkin VAS puanlarını düşürdüğü, maternal ve fetal sağlık açısından güvenilir olduğu, gebelerin ağrı skorlarını azaltmada anlamlı derecede etkili, memnuniyet verici ve önerilebilir olarak belirlenmiştir (Mamuk, 2017). Lumbosakral bölgeye intradermal ve subkutan steril su enjeksiyonunun doğum ağrısına etkisinin incelendiği farklı randomize kontrollü bir çalışmada da uygulamanın doğum ağrısını azalttığı aynı zamanda doğum memnuniyetini pozitif etkilediği bildirilmiştir (Akdeniz, 2021).

2.6.3. Mental Uyarılma Teknikleri

2.6.3.1. Hayal Kurma

Kadının odak noktasını ağrı dışında farklı bir noktaya çevrilmesi gevşemenin oluşmasında oldukça etkili olmaktadır. Doğum eylemi süresince hayal kurma sağlanabilirse ağrı kontrolü sağlanabilir veya diğer yöntemlerle birlikte uzun süre devam

ettirilebilir. Literatürde sıcaklık ve güvenlik hissini veren ve gevşemeyi sağlayan hayallerin rahatlama sağladığı bulunmuştur (Yıldırım ve Şahin, 2003).

2.6.3.2. Odaklanma/Dikkat Dağıtma

Kadının doğum eylemi süresince hareketsiz nesnelere odaklanması, kontraksiyon anında dikkati doğrudan farklı bir yöne vermesini sağlayabilir. Bu durum doğum ağrısı yönetiminde dikkatin sürdürülmesine yardımcı olmakta ayrıca ağrı kontrolünde diğer yöntemler ile kullanılmaktadır (Yılmaz, 2019).

2.7. Rebozo Tekniği

Meksika kültüründe Rebozo bezi kadınlar tarafından bir atkı veya şal gibi birçok farklı şekilde kullanılabilen iki metre uzunluğunda 70cm genişliğinde uzun, esneyebilen pamuk ve renkli bir kumaş olup saygı gören bir sembol olarak yaygın olarak kullanılmaktadır. Örneğin Meksikalı bir kadın rebozoyu üzerinde taşıyorsa o kadının evli olduğu anlaşılmaktadır. Bu kültürde çocukların rebozo içinde taşınması oldukça alışıldık bir durumdur. Anneler rebozoyu özellikle bebeklerini taşıma maksatlı kullanmaktadır. Farklı bir kullanımı ise baş üzerinde taşınan bir objeye destek olmak için kadınlar tarafından başa takılmaktadır (Şekil 3-1; (De Keijzer & Van Tuly, 2015; Tandoğan ve Oskay 2021).



Şekil 2-3: Rebozonun Kullanımları Alanları Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.1. Rebozo Tekniği'nin Uygulama Aşamasında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- Rebozo en az iki metre uzunluğunda olmalıdır. Kumaş tercihen pamuktan ve elastik olmalıdır.
- Rebozo uygulanacak bölgeye eşit uzunluk ve düz bir şekilde serilmelidir. Şalın boyutunu masaj yapılacak kısmına göre ayarlanmalıdır.
- Rebozonun uygulanacak kişinin altına simetrik olarak serilir böylece şalın her iki ucunun eşit olmasını sağlanmaktadır.
- Rebozo yeterince uzunsa, daha iyi kavrayabilmek için uygulayıcının bileğine bir kez sarılabilir.
- Rebozonun yeterince gergin olması uygulanan bölgeye eşit bir destek sunabilmesini sağlamaktadır.
- Ortamın sessiz ve rahat pozisyonda olması oldukça önemlidir.
- Rebozo masajı yerde uygulanacak ise yoga matı kullanılabilir.
- Rebozo uygulanan kişi sessiz ve hareketsiz kalması masaj sırasında rahatlamasını kolaylaştırır.
- Uygulayıcı kollarını düz tutmalı uygulamayı tüm bedenini kullanarak yapmalıdır.
- Uygulama sırasında kollar düz, dizler hafif bükük olmalı uygulama tüm beden hareketleri kullanılarak yapılmalıdır.
- Bazen kollarınızı veya rebozoyu çaprazlamak güzeldir ve ardından bez daha geniş bir hareket yaratır ve daha fazla koruyucu rahatlık sunar.
- Rebozo ile yaptığınız her aşamada, uygulamanın doğru yapıp yapılmadığı kontrol edilmeli ve tahrişe neden olmadığından emin olunmalıdır.
- Rebozo masajı için sabit bir süre yoktur. Bu durum uygulanan kişinin ihtiyacına ve uygulayıcının enerjisine göre değişebilmektedir.

Çoğu zaman rebozo masajının etkili olup olmadığı, uygulanan kişinin yüz ifadelerden anlaşılmaktadır. Sıklıkla rebozo uygulanan kişi, hemen gevşemekte ve rebozo hareket etmeye başladığında yüzünde bir gülümseme ifadesi görünmektedir. Rebozo masajı sırasında kemiklerin kırılma olasılığı yüksek olması nedeniyle uygulanmaması gereken tek grup, osteoporozu olan kişilerdir. Rebozo masajı beğenilmediğinde, masajın bırakılması ve ısrar edilmemesi daha olumlu bir tutum olduğu da vurgulanmaktadır (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

2.7.2. Rebozo Tekniği'nin Gebelikte Kullanımı

Multipar gebelerin genişleyen uterus kaslarının aşırı gerilmesinden kaynaklı malprezantasyonlar görülebilmektedir. Buna bağlı olarak kadınlarda, gebelikte ve postpartum dönemde sırt ve karın ağrısı prevalansında artış gözükmektedir. Batı kültüründe uterus kaslarını desteklemek ve ortaya çıkan ağrıyı dindirmek için pelvik destek kemerleri kullanırken Meksika kültüründe kadınlar bu durumu rahatlatmak için rebozoyu kullanmaktadır. Rebozo gebelikte yaşanan sorunların çözülebilmesi için gebenin sırt ve bel bölgesine sarılarak vücut postürünü korumak amaçlı kullanılabilmektedir. Böylelikle gebelikte yaşanan ağrı sorununa çözüm sağlanmış olur.

Genellikle gebenin rutin kontrolünde, kadının pelvik bölgesine rebozo uygulanmakta böylece doğum öncesi gebenin ebe/hemşireye güven hissi de kazanılmış olmaktadır. Gebelikte kullanılan rebozo aynı zamanda fetüsün uterusu optimal pozisyonu almasına da yardımcı olmaktadır (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

2.7.3. Rebozo Tekniği'nin Doğum Eyleminde Kullanımı

Gebelikte uygulanan rebozo masajını doğum eyleminde de rahatlatıcı masaj olarak kullanılmaktadır. Ebe tarafından rebozo gebenin sırt, bel, pelvik bölge, omuz ve karın çevresine yerleştirerek yumuşak sallama hareketleri ile uygulanmaktadır. Kadın uterin kontraksiyonlar ile mücadele ederken farklı pozisyonlarda rebozo uygulanması gevşeme sağlanarak ağrı düzeyini etkileyebilmekte bunun yanı sıra eylemin ilerlemesine pozitif yönde katkıda bulunmaktadır (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

2.7.4. Rebozo Tekniği'nin Doğum Sırasında Uygulanması

Rebozo Tekniği'nin ne kadar süre içerisinde ve hangi çeşit formda yapılması gerektiğine dair ayrıntılar literatürde rastlanmamış olup bu durum uygulanan kişinin tercihine bırakılmıştır (De Keijzer & Van Tuly, 2015). Doğumda ağrı ile ilgili faktörleri inceleyen çalışma sayısı yok denecek kadar sınırlıdır. Eldeki bilgilerin büyük bir kısmı henüz kanıtlanmamış çalışmalara dayanmaktadır.

2.7.4.1. Rebozo Tekniği-1

Bu teknik dilatasyon fazında veya gebeliğin herhangi bir döneminde, bel ve pelvik bölgeyi rahatlatmak amacıyla kullanılmaktadır. Hazırlık aşamasında gebenin ayakta sert bir zemin üzerinde durması istenir. Uygulayıcı ve gebe hafifçe ayaklarını ayırarak karşılıklı aynı pozisyonu alırlar. Gebenin güvenli bir şekilde ayakta durması ve rebozo

hareketleri esnasında gebenin ağırlığı ile uygulayıcının yerinden çekilmemesi güvenlik açısından dikkat edilmesi gereken noktalardandır. Bu durumu kontrol edebilmek adına üçüncü bir kişinin gebenin sırtının arkasında durması istenebilir. Rebozo tam ortadan katlanılarak gebenin omuz ve sırt çevresine sarmalanır. Kadın tüm ağırlığını rebozoya bırakmaması, her iki ayağına eşit derecede ağırlık vermesi rebozonun ahengine uyum sağlaması açısından ayrıca önemlidir. Bu durum iki kişinin birbirine güven duyarak bir denge ve uyum içinde akışta olmasına benzetilebilir. Denge ve ahengın yakalanması biraz zaman alabilir (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

Uygulama aşamasında; rebozonun iki ucu bilek etrafına sarılır böylece güvenilir bir tutuş sağlanmış olur. Rebozonun bir tarafından diğerine geçiş hareketi dinlendirici bir ritimle başlamaktadır. Bunu yaparken kadın rebozonun hareketlerini takip etmeli belli bir ritimde uygulayıcı ile benzeri uyum göstermelidir. Burada önemli olan uygulayıcının hareketleri yönetmesi, ritmin ahengini gebeye öğretmesi, büyük ve yavaş hareketler veyahut kısa akan hareketler içermesi uygulama açısından önemlidir (Şekil 2-4).



Şekil 2-4: Rebozo Tekniği-1 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.2. Rebozo Tekniği-2

Teknik 2’de doğumda kontraksiyon sırasında kadının sırtını rahatlatmak amacıyla kullanılmaktadır. Hazırlık evresinde gebe kadının herhangi bir yere oturması istenir. Uygulayıcının dengede durabilmesi için hafifçe ayaklarını ararlar. Rebozo, gebenin omuzlarına yerleştirilir. Kadın hafifçe geriye yaslı olsa bile her taraftan desteklendiğini ve rahat olduğu hissetmelidir. Kadının masaja alışması için biraz zaman verilebilir. Bunun için ritimlere yavaş yavaş başlanmalı ardından hızı artırılmalıdır. Burada tercih yine

kadına bırakılmalıdır. Tüm bu hazırlıklara ilave olarak rebozonun kadının kalçasını kapladığından emin olmak gerekir. Bu teknik ile karın kasları gevşeyeceği için Braxton-Hicks kasılmaları olan gebelerde veya doğum sırasında kullanılabilir (De Keijzer & Van Tuly 2015).

Uygulama sırasında; Kadının nefes aldığı ritme odaklanarak aynı ritim ile rebozo ile masaj uygulanabilir. Birkaç dakika boyunca kadının nefes alma ritmini takip edildiğinde, muhtemelen bir süre sonra bu ritmin yavaş yavaş hafifleyeceğini ve nefes almanın daha derinleştiği fark edilir. Rebozonun her iki tarafının da sağlam tutulduğuna ve rebozonun çok fazla gergin olmamasına dikkat etmek gerekir. Elde çok daha fazla kumaş olması, uygulayıcı için zor olabilir bu nedenle şalın ayarlamasının iyi yapılması önem arz etmektedir. Uygulamaya yavaş ve sessiz bir ritimle başlanır ve gebeyi yumuşak bir tutumla hareket ettirilir (Şekil 2-5).



Şekil 2-5: Rebozo Tekniği-2 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.3. Rebozo Tekniği-3

Bu teknik gebelik ve özellikle doğumun geçiş evresinde kullanılmaktadır. Gebenin yerde bir şilte veya battaniyenin üzerinde yüzü uygulayıcıya dönük olacak şekilde yan yatması istenir. Ardından rebozonun tam orta yeri gebenin omurga kısmına denk gelmesi sağlanır ve gebenin tüm sırtı kaplanarak uygulama aşamasına geçilir.

Uygulama aşamasında; Rebozonun alt ve üst kısmıyla dönüşümlü olarak ritmik şekilde hareket ettirilir. Küçük hareketlerle başlayıp, daha büyük bir hareketlere geçilebilir. Bu teknikte kadının kadın ileri ve geri yuvarlanma esasına dayanır. Rebozonun alta kalan kısmı çekildiğinde kadın geriye doğru hafifçe yuvarlanmakta, üst kısmı çekildiğinde öne doğru ilerlemektedir. Bu hareket akıcı bir şekilde yapılması

gebenin belli bir ahenkte yuvarlanmasını pelvise ve abdomen bölgesine masaj yapılmasını sağlamaktadır. Yavaş ve dinlendirici hareketler ile kadına masaj yapılır. Burada önemli olan rebozonun alt kısmının sıkıca tutulması kadının güvenliğini açısından önemlidir (Şekil 2-6).



Şekil 2-6: Rebozo Tekniği-3 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.4. Rebozo Tekniği-4

Bu teknik, gebeliğin herhangi bir döneminde veya doğumda kontraksiyon esnasında, abdomen bölgesine uygulanan okşayıcı bir masaj olarak adlandırılmaktadır. Bu teknikte kadının pelvik kaslarında önemli bir gevşeme hissi uyandırması amaçlanmaktadır. Eğer kadın bu teknik ile ritmik dansa teslim olabilirse, abdomenin kucaklanması bebekte harika bir duyguya dönüşebilmektedir. Dolayısıyla doğum sırasında kullanımı yaygın olarak tercih edilmektedir.

Masajı uygulamadan önce gebenin kaymamasına dikkat edilmesi ve sert bir zemine dayandırılması gerekmektedir. Örneğin bir sandalye, kanepe arkası, masa kenarı veya duvara ellerini dayayabilir veya partnerinin ve arkadaşının desteğini isteyebilir. Daha sonra dizleri hafifçe bükülmüş olarak karnını öne doğru eğmelidir. Gebenin eğimi, abdomenin alt kısmında rebozonun buruşma ihtimalini artırır, bu da masajı etkileyebilmektedir. Uygulayıcının yeterli mesafede kadının arkasında durması gerekmektedir.

Uygulama aşamasında; gebeyi küçük ve yavaş veya daha hızlı değişken hareketler ile masaj uygulanır. Rebozonun sıkıca çekilmemesi gereklidir. Doğumda

kadının kontraksiyonlar ile mücadelesinde, abdomenin dolayısıyla bebeğin pelvis ile hareketi, hoş bir deneyime dönüşmektedir. Kasılma sırasında fazla uygulanabilmesinde sakınca görülmemiştir. Bununla birlikte bu teknikte, kasılma anında bir yandan rebozoyu çekerken diğer yandan sakruma baskı uygulanarak destek sağlanabilmektedir. Kadının tercihine göre, karın ve sırt aynı anda veya sırayla desteklendiği bir ritmin yakalanması hoş giden bir deneyim olabilmektedir (Şekil 2-7).



Şekil 2-7: Rebozo Tekniği-4 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.5. Rebozo Tekniği-5

Bu teknikte diğer uygulamalarda olduğu gibi gebeliğin herhangi bir döneminde veya doğumda kontraksiyon esnasında, teknik 4 ile kombinasyon şeklinde kullanılabilir. Tercih sırası kadına bırakılmaktadır. Gebenin yastık yığını üzeri veya bir kanep, yatak veya yoga matı üzerine bacakları ve dizleri üstünde konumlanması istenir. Ayrıca doğum topu üzerinde de kullanılabilen farklı varyasyonları da vardır. Uygulayıcı gebeye daha fazla destek olmak adına dizlerini gebenin ischioma yaslayarak kadının arkasına geçer (Şekil 2-8).

Uygulama aşamasında; tüm uygulamalarda olduğu gibi rebozonun tam ortası kadının abdomen bölgesine yerleştirilir. Abdominal kaslarda oluşabilecek problemlerin önüne geçmek için rebozonun hafifçe çekilmesi ve abdomen çevresinin desteklenmesi gereklidir. Bu uygulama sandalye üzerinde, ayakta sert bir alana dayandırma şeklinde olabildiği gibi uygulama sırasında sakruma basınç masajı yapılarak uygulamaya devam edilebilmektedir.

Rebozonun sol ve sađ tarafını dñnüşümlü olarak çekerek ritmik hareketler ile uygulama başlanır. Uygulayıcı bir eli ile rebozonun uçlarını tutarken, diğer eli ile gebenin sakrum bölgesine basınçlı şekilde masaj uygulayabilir. Kadın nefes aldığıında rebozo biraz gevşetilir ve nefes verirken gerilir Masajın ahengi kadının solunumuna göre ayarlanabilmektedir. Tüm işlem boyunca, uygulayıcının eli sakrum bölgesi üzerindedir. Bu aynı zamanda kontraksiyon sırasında solunum tekniklerini de destekleyici bir uygulama olarak kullanılabilir.

Doğumda kadına kasılma sırasında pelvik eğim yardımcı olabilir. Rebozo birkaç kez katlanarak ince bir biçime getirilir ve pelvis kemiği etrafına sarılır. Rebozo, kadının hoşuna gittiği kadar yukarı doğru çekilir. Bu hareketle pelvise bir eğim verilecek ve sırtın alt kısmını rahatlatılacaktır. Rebozonun pelvisin ön tarafındaki desteği kasılmalar sırasında rahatlatma sağlayabilmektedir. Kadının isteği boyunca ya da tam bir kasılma sırasında uygulanabilir. Bu nedenle uygulayıcının doğru postürde olması ve rebozoyu kadının vücuduna mümkün olduğunca yakın tutması önemlidir. Bu uygulama ile bebekte adeta hamakta sallanma hissi uyandırdığı söylenir (De Keijzer & Van Tuly, 2015).



Şekil 2-8: Rebozo Tekniği-5 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.6. Rebozo Tekniği-6

Bu teknik gebelikte veya doğum sonrası dönemde belirgin bir sorun olduğunda veya doğumun herhangi bir evresinde rahatlatma sağlamak amacıyla kullanılan bir uygulamadır. Uygulama öncesi kadının bir mindere veya yatağa sırt üstü uzanması sağlanır. Uygulamanın daha rahat yapılabilmesi için gebenin dizlerinin altına bir yastık konulabilir. Uygulayıcının sırt ağrısına neden olabilen ve uygulayıcıyı yoran hareketlerden kaçınmak için masaj sırasında kadına yakın ve dik durmalı denge kontrol edilmelidir.

Uygulama aşamasında; rebozonun kalçanın altına düzgün olarak yerleştirildiğinden ve tüm pelvik alanı kapladığından emin olunmalıdır. Bu tutuş kumaşın tam olarak kavranması, kadının doğru bir pozisyonda yukarı kaldırılmasına yardımcı olmaktadır. Uygulayıcı bu pozisyonda uzanan kadının kalça bölgesi üzerinde ayaktaadır. Kadının kalça kısmı uygulayıcının ayakları aralanır ve kadının ayakları ortada olacak şekilde pozisyon alınır. Kumaş dönüşümlü olarak bir taraftan diğerine hafifçe ritmik hareketler ile sallanmaya başlanır. Pelvik bölgenin hareket ettirilmesine ilişkin bebeğin uterusu sallanmasını gerçekleştirir. Kadının rahat edeceği, yavaş veya hızlı bir ritim seçilir. Birkaç sallanma hareketinden sonra rebozo yavaş yavaş yere bırakılmakta, masaj sırasında birkaç kez yapılabilmektedir. Rebozo ne kadar yavaş indirilirse, kadında o kadar fazla rahatlama görülmektedir. Doğum sırasında kadının yerde yatmasına bir sakınca yok ise, latent fazda kullanılan sakinleştirici etkisi olan bir uygulama olarak kullanılmaktadır (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

Uygulama sırasında kadının yerden 1cm'den fazla yükseğe kaldırılması, uygulayıcının masajı gerçekleştirmesini güçleştirmektedir. Bununla birlikte daima bacaklar esnetilerek kadın kaldırılmalı, kollara gereksiz ağırlık bindirilmesinden sakınılmalıdır. Bu tutumlar, masajın daha uzun süre devam etmesini sağlamaktadır (Şekil 2-9).



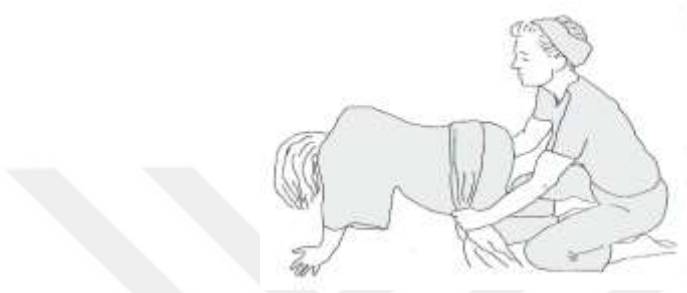
Şekil 2-9: Rebozo Tekniği-6 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.7. Rebozo Tekniği 7

Bu uygulama hem gebelik hem de doğumun geçiş fazında pelvik tabanı rahatlatmak amacıyla kullanılmaktadır. Kadından el ve dizleri üzerinde durması ve öne doğru çok fazla eğimli durmaması ayrıca sırtını düz tutması istenir. Eğer kadın bu süreçte

masajın yerde yapılmasını ister ise, uygulayıcı kadının başı önünde diz çökölüp masaj bu pozisyonda yapılabilir (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

Uygulama aşamasında; rebozo kadın hoşlandığı sürece, kalça bölgesine sarmalanıp kısa veya hızlı ritmik sallanma hareketleri ile masaj yapılmaktadır. Bu uygulama esnasında uygulayıcının doğru pozisyonu bulması zor olabilir. Bu nedenle kadına yakın oturulması uygulamanın kolay yapılabilmesi için oldukça önemlidir (Şekil 2-10).



Şekil 2-10: Rebozo Tekniği-7 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.7.4.8. Rebozo Tekniği 8

Son yıllarda doğum topunun gebelik veya doğum sırasında giderek daha fazla kullanıldığı, doğumda topa yaslanmanın veya oturmanın kadında çok rahatlatıcı bir etki yarattığı yapılan çalışmalarda görülmektedir. Doğum topu, kasılma sırasında fetüs için optimal pozisyonu almasını sağlarken ağrının giderilmesine de yardımcı olmaktadır. Bu nedenle doğum topu egzersizi doğumda etkili bir şekilde kullanılmaktadır (Gao et all., 2015).

Kadının doğum topu üzerinde diz ile pelvisin aynı yükseklikte veya daha aşağıda olması kadında yaratacağı durum açısından önemlidir. Örneğin travayda kasılmalar sırasında kadının dizlerinin topun üzerinde olması kasık ve karın bölgesinde hoş olmayan bir duygu yaratabilmektedir.

Bununla birlikte dizlerin çok alçakta olması da pelvis çıkımındaki açığı daraltarak bebeğin inişine engel olabilmektedir.

Rebozo ile uygulanan tekniklerin çoğunda kadın yerde veya yatakta sırt üstü pozisyonudadır. Ayrıca bir şeye dayandırılabilir veya yaslandırılabilir veya bir sandalyeye oturabilir. Bir başka kullanma biçimi de doğum topu ile uygulanan tekniktir. Kadın kontraksiyonlar sırasında ıkınma dürtüsüyle rebozoyu çekmesi ile yapılan bu teknikte,

eş/partner tarafından doğum topunun arkasından destek olunması istenir. Bir sonraki kasılmaya kadar kadın doğum topuna yaslanabilir. Bununla birlikte kadına doğum topu ile hafif yuvarlanma, sallanma, zıplama gibi hareketleri yapmasına müsaade edilir. Bu hareketler özellikle pelvik taban ve pelvik bölge için rahatlatıcı pozisyonlardır. Rebozo ile doğum topunu kullanmanın birçok farklı yararı vardır. Örneğin kasılma sırasında kadına hareket rahatlığının sağlanması, kadında dikkat dağınıklığı yaratmasına ilişkin ağrının giderilmesinde etkili olduğu düşünülmektedir (De Keijze & Van Tuly, 2015).

Doğum topunun farklı bir kullanımı da rebozonun dar bir şekilde katlanarak kadının kasıklarının etrafına yerleştirildiği uygulamadır. Burada kadının öne doğru eğilmesi ve göğsünün topa yaslanması istenir. Uygulayıcı şalın her iki ucundan tutar ve kasılma sırasında kadın topu öne doğru yuvarladığında rebozoyu gevşeterek kadının nefes almasını söyler. Daha sonra rebozoyu çekerek kadının geriye gelmesini ile kadın nefes verir. Böylece ileri geri hareketler sağlanarak kadına hem hareket özgürlüğü hem de solunum egzersizi yaptırılmış olur (Şekil 2-11).



Şekil 2-11: Rebozo Tekniği- 8 Kaynak: (De Keijzer & Van Tuly, 2015)

2.8. Doğum Ağrısı ile Baş Etmede Ebe ve Hemşirelerin Rol ve Sorumlulukları

Doğum eylemi kadının hayatında yaşadığı muazzam deneyimlerden biri olduğu gibi aynı zamanda anneliğe geçişin sağlandığı fizyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerin rol oynadığı bir deneyim olarak bilinmektedir (Karaçam ve Akyüz, 2011). Bu doğrultuda doğum sürecinin sağlıklı ve doyurucu bir deneyim olarak hatırlanmasında nitelikli hemşirelik bakımının önemi ortaya çıkmaktadır. DSÖ'nün Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden biri olan sağlıklı yaşamların güvence altına alınması ve her yaşta esenliği desteklenmesi hedefinde doğuma dair sağlıklı kadın ve bebek mantalitesinin ötesinde

sağlıklı ve potansiyellerinde doğum deneyimi yaşamalarına odaklanılmıştır. Bu sebeple kadın doğum hemşireliğin doğum destekliğindeki rolü; anne adayı ve ailesinin sağlığını korunması ve yaşam kalitesinin yükseltilmesidir (Karaman ve Yıldız 2018; WHO, 2018).

Doğum sırasında bakım ve destek, güçlü hemşirelik hizmetlerinin göstergesidir. Bu doğrultuda, doğum eyleminin fizyolojik ve psikolojik süreçlerinin değerlendirilmesi, normal fizyolojik süreçlerin kolaylaştırılması (doğum eyleminde harekete izin verilmesi) duygusal destek, bilgi ve danışmanlık sağlanması, uterin aktivite ve fetal oksijenasyon dahil olmak üzere maternal ve fetal durumun değerlendirilmesi, doğum sırasında aile ve destekçilerinin aktif rol oynamasının sağlanması ve kadının bakım hizmetlerini koordine etmek için sağlık ekibinin diğer üyeleriyle doğrudan işbirliği kadın sağlığı hemşiresinin sorumlulukları arasında yer almaktadır (WHO, 2018).

Doğum eylemi süresince hemşireler tarafından sağlanan nitelikli desteğe ilişkin kadında doğum ağrısı ile baş edebilme yeteneğinin gelişmesine paralel olarak psikososyal sonuçların iyileştiği, daha az müdahaleli doğumların gerçekleştiği, maternal ve neonatal sağlığın kalitesinin yükseldiği bilinmektedir. Bu nedenle profesyonel kadın sağlığı hemşiresinin yetişmesi, saha da çalışan sağlık profesyonellerinin sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilip spesifik bakımın benimsenmesi, ülkemizdeki anne ve çocuk sağlık göstergelerini olumlu yönde değiştirecektir.

Doğum sırasında ağrının yönetilmesi; ağrının tanımlanması, değerlendirilmesi, elverişli uygulamaların planlanması ve ebe/hemşirenin aktif rol alması ile başlar. Son yıllarda giderek popüleritesi ivme kazanan nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlerin yanında ağrının giderilmesinde farklı bir seçenek halini almıştır. Çalışmalarda ebe/hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanmasında bağımsız rolleri olduğu ve gebe ile iş birliği halinde yapılabileceği uygulamalar olması sebebiyle bu yöntemlerin etkilerini ve sınırlarını bilmesi gerektiği belirtilmektedir (Yıldırım ve Şahin 2003; Akarsu Höbek, 2018). Fazlaca sayıda yapılan araştırmalarla, ebe/hemşirenin doğum eyleminde uyguladığı nonfarmakolojik girişimlerin, doğumda ağrı skalasının azalmasında, yaşanan anksiyetesinin hafifletilmesinde böylece doğuma yönelik pozitif doğum hikayelerine önemli etkileri olduğu kanıtlanmıştır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Melzack, R., & Schaffelberg, 1987). Ebe ve hemşireler nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması sırasında, her doğum eyleminin birbirinden farklı olduğunu ve ağrının sosyokültürel bileşenlerden oluştuğunu göz önünde bulundurarak gebenin adaptasyonuna uygun seçimlerde bulunması ayrıca önemlidir. İlaveten ebe ve hemşirenin

ağrıya karşı tutumu, gebeyle olan iletişimi ve yaklaşımı doğuma ait korku ve endişelerin giderilmesinde de etkili olmaktadır. Bu nedenlerle ebe ve hemşirelerin mezuniyet öncesi ve ileriki meslek hayatlarındaki eğitimlerinde doğum ağrısının kontrolündeki rolü ve etkinliğinin önemi görev tanımlarında vurgulanmalıdır. Böylece doğumun her evresinde kadının en büyük destekçisi ve yardımcısı olan ebe ve hemşireler, güncel uygulamalar çerçevesinde, kanıta dayalı uygulamaların sonuçları doğrultusunda doğum eyleminde ağrı ile baş etmede becerilerinin artırabilirler.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma, doğum eyleminde uygulanan Rebozo Tekniği'nin algılanan doğum ağrısına, doğum deneyimi ve memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla planlandı.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırmanın tipi tek kör, deneysel ve randomize kontrollü araştırma özelliğindedir.

3.3. Araştırmanın Hipotezleri

Uygulama sonrası;

H1: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların uygulanmayan kadınlara göre ağrı algısına ilişkin VAS puanları daha düşüktür.

H2: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre toplam doğum süreleri daha kısadır.

H3: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre doğum memnuniyeti daha yüksektir.

H4: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların doğum deneyimleri uygulanmayan kadınlara göre daha olumludur.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken; Doğumun aktif ve pasif fazında Rebozo Tekniği uygulanarak masaj yapma araştırmanın bağımsız değişkenidir.

Bağımsız Değişken; Gebelerin algıladıkları ağrı düzeyi (travay sürecinde – Latent Fazda dilatasyon 6 cm'den itibaren) ve (postpartum 24. Saatte) doğum memnuniyeti ve algılanan doğum deneyimi araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.5. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma 18.01.2021- 14.05.2021 tarihleri arasında T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Doğumhane biriminde gerçekleştirilmiştir.

İstanbul ili Avrupa yakasında bulunan hastane Ocak 2015 tarihinden bu yana 120 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir. 2017 yılında 'Bebek Dostu Hastane' ünvanını ve

yine aynı yıl İstanbul ilinin ilk ‘Anne Dostu Hastane’ ünvanı almıştır. Çoğunlukla Suriyeli göçmen kadınlara hizmet veren bu hastane genellikle sosyoekonomik durumu düşük olan Esenler bölge halkının ihtiyaçlarını karşılamaktadır. Hastane seçiminde araştırmacının daha önce çalıştığı kurum olması nedeniyle ilk tercih, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Hastanesi olmuş ancak gerekli izinlerin alınması nedeniyle hastane değişikliğine gidilmiştir. İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nin seçilmesinin nedeni, ‘Anne Dostu Hastane’ olması ve farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulanması hastanenin politikası tarafından desteklenmesidir.

Doğumhane biriminin içerisinde; 8 tane Travay-Doğum-Lohusa (TDL) odası, 1 tane yeni doğan izlem odası ve 1 tane de suda travay ünitesi bulunmaktadır. TDL odaları tek kişilik olup içerisinde bir adet istenildiğinde jinekolojik masaya dönüşebilen yatak, acil durumlarda kullanılmak üzere oksijen sistemi, fetal mönitör Non-Stress Test (NST)), hasta başı monitörü mevcuttur (Şekil: 3.1). Ayrıca kişinin kullanımına uygun tek kişilik banyo ve tuvalet, gardrop, buzdolabı, koltuk, televizyon, plates topu ve mat bulunmakta, yenidoğan için ise radyan ısıtıcılı bakım yatağı mevcuttur. Yenidoğana ilk müdahale yenidoğan hemşireleri tarafından TDL odasında yapılmaktadır. Ayrıca yenidoğan izlem odasında; seyyar SpO2 cihazı, aspirasyon sistemi, monitör ve transport küvözü bulunmaktadır.

Doğum biriminde personeller vardiya usulü çalışmakta, gündüz mesaisinde; 5 ebe, 1 kadın doğum uzmanı, 4 bebek hemşiresi, 1 pediatri uzmanı, 2 tıbbi sekreter ve 2 temizlik personeli mevcuttur. Gece mesaisinde ise 4 ebe, 1 kadın doğum uzmanı, 3 bebek hemşiresi, 1 pediatri uzmanı, 1 tıbbi sekreter ve 2 temizlik personeli şeklinde çalışılmaktadır. Doğum eylemi için acil kadın doğum birimine başvuran gebelerin ilk anamnezi ve vajinal muayenesi ve fetal monitorizasyonu acil ebesi tarafından yapılır. En son uzman tarafından ultrasonda değerlendirilmesi yapılır. Değerlendirme sonunda–acil ve riskli bir durum yok ise- uzman görüşüne göre gebenin doğum birimine doğum için yatırışı yapılır. Doğum birimine gelen gebenin kabulü ebeler tarafından yapılır. Gebenin detaylı anamnezi alınmasından sonra TDL odası tanıtılarak hasta önlüğü giydirilir. Damar yolu açılarak incelenmek üzere kan örnekleri (Hemogram, kan gurubu, biyokimya, mikrobiyoloji, koagülasyon ve tam idrar incelemesi) alınır. Ardından gebenin vital bulguları alınarak kaydedilir ve NST cihazı ile yakın izleme başlanır. Doktor istemi doğrultusunda travay süresince uygun tedavi ve girişimler ebeler tarafından

uygulanmaktadır. Riskli olmayan durumlarda ve müsaitlik durumunda sürekli mobilizasyon ve ılık duş Rutin doğum ünitesi işleyişinde doğum ağrısının kontrolünde hiçbir farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntem kullanılmamaktadır. Ancak riskli olmayan durumlarda ve müsaitlik halinde sürekli mobilizasyon ve ılık duş verilebilmektedir. Oksitosin indüksiyonu, lavman ve amniyotomi müdahaleler rutin olarak yapılmamakta anne dostu hastane yöntemlerine uygun olarak çalışılmaktadır. Travay takibi, doğum ve doğumsonu iki saatlik süreç takibi ebeler tarafından aynı odada gerçekleşmektedir. Yenidoğana yapılan müdahaleler yenidoğan hemşireleri ve pediatri uzmanları tarafından yapılmaktadır. Postpartum ikinci saatte lohusa stabil ise doğumsonu servisine transferi gerçekleşir. Stabil olmayan durumlarda lohusanın takip süreci uzatılıp uygun koşullar sağlandığı zaman doğumsonun servisine transferi yapılır. Ameliyathane, doğumhanenin karşısında bulunmaktadır. Doğum biriminde takibi olan gebeler için acil sezeryan durumunda gebenin en hızlı bir şekilde aktarımı yapılmaktadır.

3.6. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ocak 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında İstanbul Esenler Hastanesi'nde doğum yapan tüm kadınlar oluşturdu. Bu tarihler arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler deney ve kontrol grubuna dahil edildi. Araştırmanın örneklemine İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğumhane birimine Ocak 2021- Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran, araştırmayı kabul eden, örneklem seçim kriterlerine uyan gebeler dahil edildi.



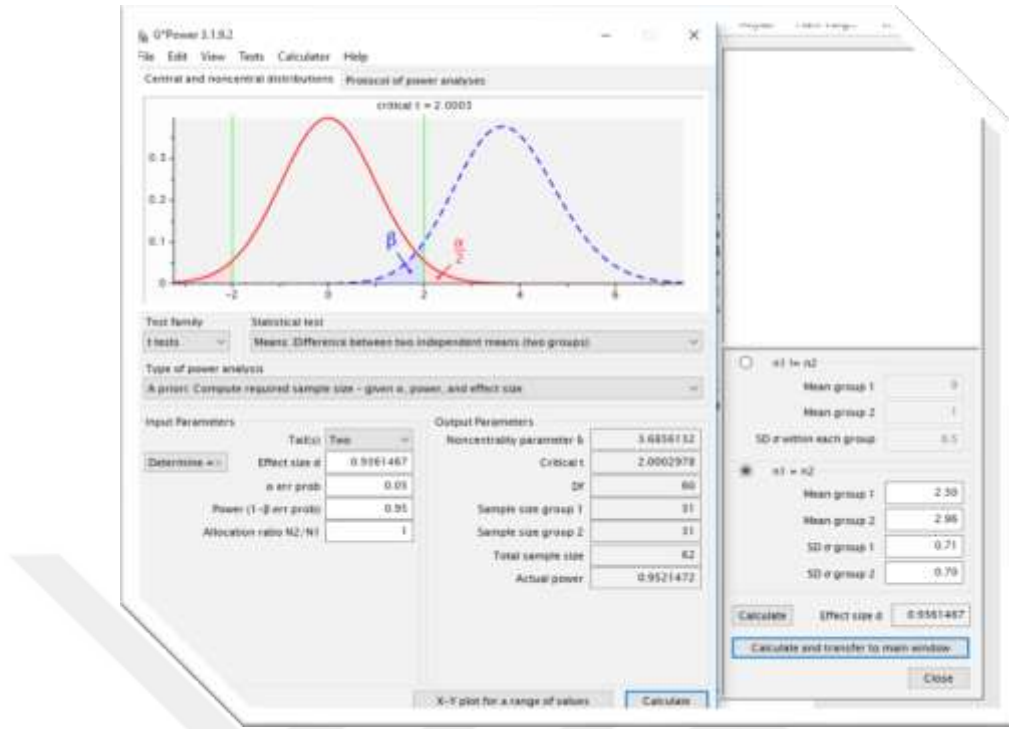
Şekil 3-1- Anne Dostu Hastane Travay Odası

3.6.1. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Reboza tekniğinin algılanan doğum ağrısına, doğum memnuniyeti ve deneyimine etkisini görmek için gerekli minimum örneklem büyüklüğü power (güç) analizi yardımı ile belirlenmiştir. Bu araştırmada önsel olarak gerekli minimum örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan power analizinde tüm hesaplamalar G-Power 3.1.9.2. programı üzerinden gerçekleştirilmiş ve ek olarak da ekran görüntüleri sunulmuştur (Şekil 3-2).

Araştırmada ana amaç rebozo tekniğinin algılanan doğum ağrısına, doğum memnuniyeti ve deneyimine etkisini incelemek olduğu için power analizinde kullanılacak olan test bağımsız örneklem t testi olarak belirlenmiştir. Bu testin seçilmesinin nedeni deney ve kontrol grubu şeklinde randomize kontrollü bir çalışma olmasıdır.

Çalışmada gerçekte olmayan bir etki, fark ya da ilişkiyi varmış gibi bulabilme ihtimalini ifade eden, yalancı pozitiflik olarak da bilenen ve genellikle α hatası olarak adlandırılan I.tip hata düzeyi power analizinde %5 olarak kabul edilmiştir. Diğer taraftan gerçekte olan bir etki, fark ya da ilişkiyi çalışma sonuçlarının yokmuş gibi gösterme ihtimali olarak ifade edilen, yalancı negatiflik olarak bilenen ve genellikle β hatası olarak adlandırılan II. tip hata düzeyi %5 olarak kabul edilmiştir. Bu durumda bu çalışma %95 güç ile gerçekleştirilmiş olacaktır. Çalışmada gruplara dağılım oranı, yani her bir grupta yer alacak olan örneklem sayısının birbirine oranının 1 olacağı, araştırma hipotezinin de çift taraflı hipotez olduğu durumu altında power analizini gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada Power analizinde etki büyüklüğü Gönenç (2013) doktora tezindeki bulgulardan yararlanılarak hesaplanmıştır. Power analizinde son bileşen olarak etki büyüklüğü Gönenç'in çalışmasında olduğu gibi VAS değerleri baz alınarak hesaplanmıştır. Buna göre çalışmada Gönenç, Akupressür Uygulaması ve Masaj uygulaması yapılan gebelerde VAS skorunu 2.30 ± 0.702 , herhangi bir uygulama yapılmayan grupta ise 2.96 ± 0.715 olarak bulgulamıştır. G-Power programı üzerinde ilgili bulgular kullanılarak yapılan hesaplama sonucunda etki büyüklüğü 0,93 olarak hesaplanmıştır. Bu açıklamalardan sonra çalışmada %5 birinci tip hata, 0,93 standardize etki büyüklüğü, 1 gruplara dağılım oranı ve %95 güç ile gerekli minimum örneklem büyüklüğü her bir grup için en az 31 toplamda 62 olarak G-Power programı yardımı ile hesaplanmıştır. Örneklem kaybı göz önüne alınarak her bir grup için 40 toplamda ise 80 gebe olacak şekilde randomize edilmiştir.



Şekil 3-2: Power Analizi

3.6.2. Örneklem seçimi (randomizasyon ve çalışmanın gruplarına vaka seçimi)

Grupların dağılımı randomizasyon kontrollü çalışmalarda kullanılan bilgisayar program modülünden (<http://www.randomizer.org/form.htm>) yararlanılarak basit rasgele olarak yapılmıştır. Bu programı kullanılarak yapılan randomizasyonda;

1. Grup (Deney Grubu):

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

2. Grup (Kontrol Grubu):

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

Deney Grubu; Rebozo Tekniği uygulanan 40 gebe

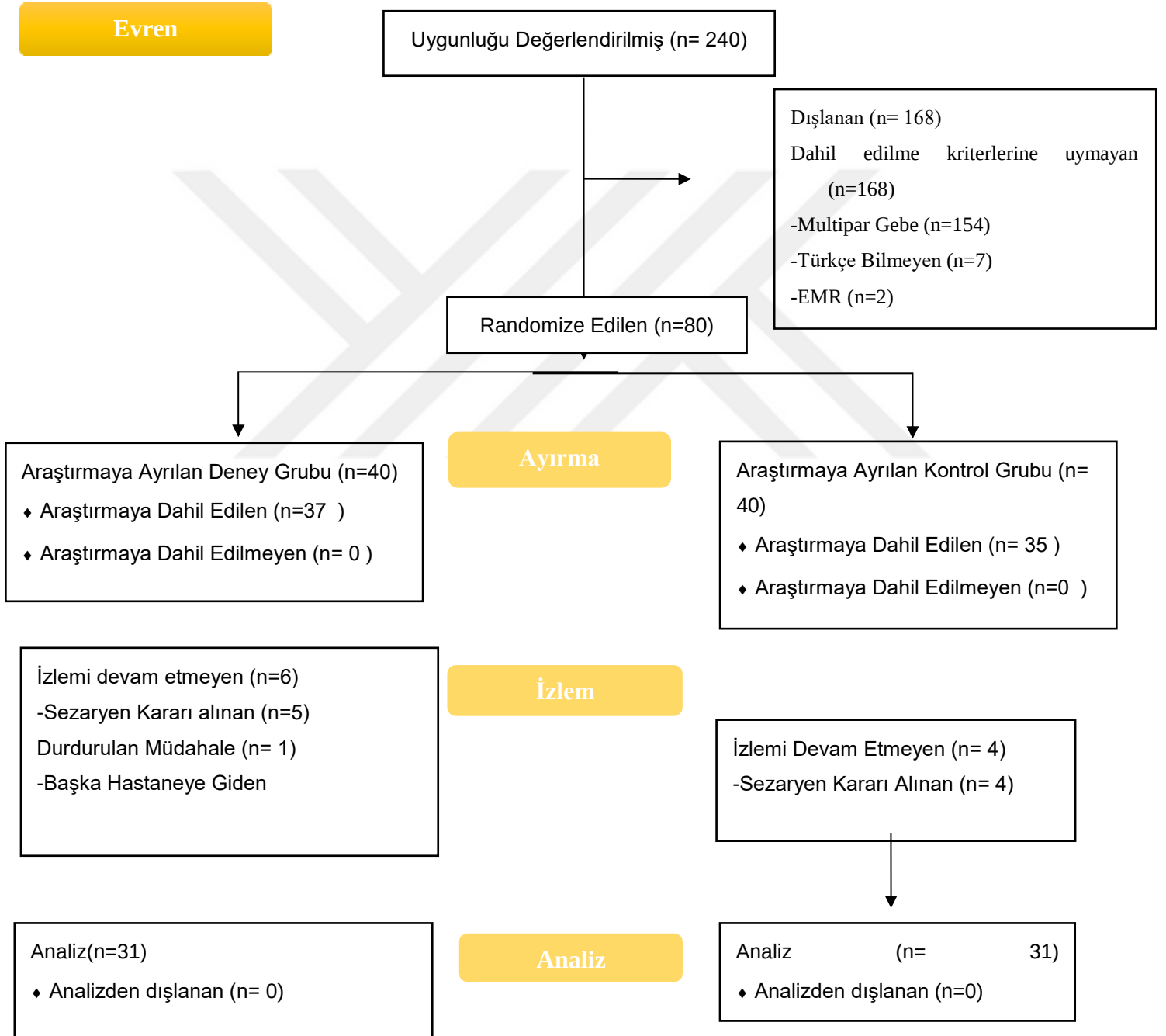
Kontrol Grubu; Rebozo Tekniği uygulanmayan rutin takip edilen 40 gebe

Çalışmanın içeriği müdahale gerektiren somut kapsam içermesi nedeniyle araştırmacıyı gruplara kör etmek mümkün olmamıştır. Ancak randomizasyon bilgisayar ortamında yapılmıştır. Gebelerin gruplara atanmasında, müdahale ve veri toplama aşamalarında araştırmacı tarafından körleme yapılamadan gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların gruplara atanmasında bilgisayarla oluşturulan iki randomizasyon dizisi oluşturulmuştur. Katılımcılar doğum birimine kabul sırasına göre 1' den 80'e kadar numaralandırılmış ve www.randomize.org kullanılarak numaraların atanması yapılmıştır. Araştırmacının doğum biriminde olduğu gün ve saatlerde kabul sırasına göre gelen ve dahil edilme kriterlerine uyan gebeler belirlenen sayılara göre gruplara ayrılmıştır. Deney ve kontrol gruplarına atanan kadınlar kişiye özel odalarda takip edildiği için birbirleriyle olan iletişimi engellenmiştir. Araştırma, online olarak Consort sistemine kaydedilerek dizaynı ve adımları CONSORT akış şeması örnek alınarak yapıldı. Consort akış şeması Şekil 3-3 verildi.



CONSORT

TRANSPARENT REPORTING of TRIALS



Şekil 3-3: Consort Akış Şeması

3.6.3. Örneklem Özellikleri

Örnekleme Dahil Edilme Kriterleri

- Miadında primipar gebeler (37-41 gebelik haftasında olanlar),
- Tekil gebelikler
- Gebelik döneminde risk faktörü olmayanlar (Preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamnios, gestasyonel diyabet, plasenta anomalileri, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetus, fetal distres, makrozomik bebekler vb.),
- Herhangi bir kronik hastalığı olmayan kadınlar,
- Tanı konulmuş bir psikiyatri hastalığı olmayanlar,
- Fetüsün longitudinal ve vertex pozisyonunda olanlar,
- Travayda Beden Kitle İndeksi (BKİ) 30'un altında olanlar,
- Servikal dilatasyonu en az 4-5 cm olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlar

Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Travay esnasında doğumun ilerlememesi nedeni ile sezaryan kararı alınan gebeler
- Travay esnasında farmakolojik müdahale uygulanan gebeler,
- Çoğul gebelikler,
- Doğum eylemi sürecince beklenmedik maternal-fetal risk durumlarından herhangi birinin gelişmesi,
- Çalışmayı yarıda bırakan veya ayrılmak isteyen gebeler,
- Türkçe bilmeyen gebeler,

3.7. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya dahil olan tüm katılımcılardan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (EK-1.) dahil olmak üzere, verilerin elde edilmesi için; Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-2.), Doğum Eylem İzlem Formu (EK-3.), Doğum Deneyim Ölçeği (EK-4.), Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (EK-5.) ve Vizuel Analog Ağrı Skalası (EK-

6.), ve Postartum Görüşme Formu (EK-7.)’nu doldurmaları istendi. Doğum Eylem izlem formu araştırmacı tarafından doğum eylemine göre kaydedildi.

3.7.1 Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (EK- 2)

Araştırmacılar tarafından literatür taraması yapılarak hazırlanan bu form gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerine yönelik; yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu ve sosyal güvenceye ilişkin sorulara yer verilmiştir. Jinekolojik özelliklerine yönelik; dismenore öyküsü, şiddeti ve jinekolojik ameliyat olma durumu gibi sorular sorulmuştur. Genel sağlık öyküsüne yönelik; gebelik öncesi ve sonrası kilosu ve beden kitle indeksi sorgulanmış, bundan başka rutin kontrol alma durumu ve doğuma hazırlık eğitimi alma, gebelikte yaşadığı sıkıntılar, gebelikte kullandığı ilaçlar gibi sorulara da yer verilerek toplamda 17 soru hazırlanmıştır.

3.7.2. Doğum Eylemi İzlem Formu (EK -3)

Bu form araştırmaya dahil olan katılımcıların doğumhaneye kabulünden doğuma kadar geçen süreyi takip edebilmek amacıyla hazırlanmıştır. Doğumun evrelerine ilişkin süreler, maternal duruma ilişkin dilatasyon, efasman, tansiyon, nabız, solunum, kontraksiyon sıklığı, süresi, şiddeti gibi bulgular, yenidoğana ilişkin fetal kalp atım hızı, başın ilerleme seviyesi gibi veriler kayıt altına alınmıştır. Doğum saati, ikinci evrenin süresi, epiyotomi durumu, plesentanın ayrılma süresi, yenidoğanın 1 ve 5. dakikalardaki APGAR skorları, yenidoğanın cinsiyeti, kilo ve boyu, anne ile ilk temas zamanı ve doğumdan sonra komplikasyon gelişme durumları gibi sorulara yer verilmiştir.

3.7.3. Doğum Deneyim Ölçeği (EK-4)

Bu ölçek, Dencker ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı; kadınların doğum deneyimlerini farklı kapsamlarıyla değerlendirmektir. Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği Mamuk ve arkadaşları tarafından 2017 yılında yapılmıştır. Ölçeğin araştırmada kullanılabilmesi için yazardan gerekli izin alınmıştır (EK-10). Ölçeğin doğum süreci, profesyonel yardım/destek, algılanan güvenlik, kararlara katılım alt boyutlarından oluşmak üzere dört alt boyut ve 22 maddeden oluşmaktadır. Doğum süreci alt boyutu ile ilgili maddeler; 1, 2, 4, 5, 6, 19, 20 ve 21’dir. Bu maddeler altında kadınların doğum süreci ve doğum ağrısına yönelik duyguları değerlendirilmektedir. Profesyonel yardım/destek alt boyutuna ilişkin maddeler; 13, 14, 15, 16 ve 17’dir. Bu maddeler ile ebe/hemşire bakımı değerlendirilmektedir. Algılanan güvenlik alt boyutuna

ilişkin maddeler; 3,7, 8, 9, 18 ve 22'dir. Bu maddelerde doğuma ait anılar ve güvenlik duygusu değerlendirilir. Kararlara katılın alt boyutu ile ilgili maddeler; 10, 11 ve 12'dir. Bu maddeler doğrultusunda doğum pozisyonu, doğum ağrısının azaltılmasına ait kararlara katılma durumu sorgulanmaktadır. Ölçekte ilk 19 madde dörtlü Likert türünde ve son üç maddesi Vizuel Analog Skala (VAS) kullanılmasıyla değerlendirilmektedir. İlk 19 madde 1'den 4'e kadar puanlama yapılarak kullanılır. Puanlama şu şekilde tanımlanmıştır; Tamamen katılıyorum = 1, Çoğunlukla katılıyorum = 2, Kısmen katılıyorum = 3, Hiç katılmıyorum = 4 'dür. Ölçeğin 3, 5, 8, 9 ve 20. Maddeleri olumsuz ifadeleri kapsamı bakımından bu maddelerde tersine çevrilmiş puanlama yapılmaktadır. Bu ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,76 olduğu bildirilmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşadığı sonucuna varılmaktadır (Mamuk, 2017). Bu çalışma için Doğum Deneyimi ölçeğinin toplam ve alt boyutları bazında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları incelendiğinde; 0.775-0.917 arasında değiştiği elde edilmiştir. Tespit edilen katsayılara göre ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

3.7.4. Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (EK-5)

Orijinal adı Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scala olan bu ölçek, doğum deneyimine tamamiyle ilişkili olan faktörleri incelemek ve doğum memnuniyet bileşenlerini daha anlaşılır bir tanımını yapabilmek için Marlene C. Mackey tarafından 1995 yılında geliştirilmiştir (Goodman, Mackey ve Tavakoli, 2004). Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliği Gelebek tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Bu ölçeği araştırmada kullanabilmek için sorumlu yazardan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-11). Ölçek 6 alt boyut ile 34 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar; kişinin doğumdan memnuniyet alt boyutu, 5, 6, 7, 8, 9, 10 ve 11. maddeleridir. Bebekten memnuniyeti alt boyutu ile ilgili maddeler; 12, 13 ve 14'tür. Ebe/hemşireden memnuniyeti içeren alt boyut maddeleri; 15, 17, 19, 21 ve 23'tür. Doktordan memnuniyeti gösteren alt boyut maddeleri; 16, 18, 20, 22, 24, 26, 28 ve 30'dur. Genel olarak doğum memnuniyetine ait alt boyut maddeleri; 1, 2 ve 3'tür. Bu ölçek orijinalinden farklı olarak her doğumda eşlerin doğuma eşlik etmemesi nedeniyle 'Eşinden memnuniyet' faktörü ölçek dışı bırakılmıştır. Ölçek beşli Likert tipindedir. Ölçekte puanlama; 1. Hiç memnun değilim, 2. Memnun değilim 3. Ne memnunum ne değilim, 4. Memnunum, 5. Çok memnunum olarak hesaplanmaktadır. Alınan toplam puan arttıkça doğum memnuniyeti de artmaktadır. En düşük puan 34, en yüksek puan ise 170'tir. Ölçeği oluşturan 32 maddenin Cronbach's Alpha değeri 0.936 olarak bulunmuştur

(Gelebek, 2014). Bu çalışma için Mackey Doğum Memnuniyeti ölçeğinin toplam ve alt boyutları bazında Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları incelendiğinde; 0.835-0.975 arasında değiştiği elde edilmiştir. Elde edilen katsayılara göre ölçeğin iç tutarlılığının oldukça güvenilir olduğu görülmektedir.

3.7.5. Vizuel Analog Skala (EK -6)

Visual analog skalanın (VAS) formatı görsel olarak hazırlanmış sayısal olarak belirlenemeyen kişisel ağrı değerleri sayısal olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 1966 yılında Bond ve Pilowsky tarafından geliştirilmiş ve ilk kez kullanılmıştır (Bond ve Pilowsky, 1966). Ölçek, yatay cetvelinin bir ucunda ağrı yok '0' , diğer ucunda dayanılmaz ağrı '10' yazan rakamlardan oluşmaktadır. Doğru ölçümün yapılabilmesi için VAS'ın kullanımı hastaya açık bir şekilde anlatılmalıdır. Hastadan cetvelin iki uç nokta üzerinde bulunan ağrı şiddetini en iyi yansıtan noktalardan birini işaretleyerek belirtmesi istenmelidir. Hastanın işaretlediği nokta ile ağrı yok noktası arasındaki uzaklık santim olarak kaydedilir. Bu ölçeğin kullanımının avantajları; geniş bir tanım olan doğum ağrısını tanılamada yardımcı olması, sayılarla kişiyi yönlendirmesi ve ağrı değerlendirmede kolay anlaşılır olması olarak bildirilmektedir. Ölçeğin kullanımının dezavantajları ise hastaların gelişigüzel işaretleme yaparak yanılgı yaratması, tekrarlı ölçümlerin aynı cetvel üzerinde yapılması durumunda karışıklıklara neden olabilmesi olarak vurgulanmaktadır (Talu, 2007).

Araştırmada, tekrarlı ölçümler kullanıldığı için her VAS kullanım aşamasında, ayrı hazırlanan görsel ölçek kullanılmış hastaya cetvel üzerinde işaretleme yapması istenmiştir.

3.7.6. Postpartum Görüşme Formu (EK -7)

Postpartum görüşme formu doğumdan 24 saatte lohusa kadını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu formda hastanın vital buguları (tansiyon,nabız, solunum, ateş), hemoglobin değeri, doğumdan sonra idara çıkma durumu, bebek ile iletişimin ne zaman başladığı, ilk emzirilme saati gibi sorulara yer verilmiştir. Ayrıca kadının doğumu nasıl değerlendirdiği, uygulama yapılma durumu, yapıldıysa uygulamaya ilişkin; uygulamanın etkinliği, uygulama sırasında yaşanan sıkıntılar, uygulamanın ağrı ve kaygı ile ilişkisi, uygulamanın tekrar yapılması ve tavsiye edilmesine yönelik sorularla birlikte toplamda 17 soru yer almıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

3.8.1. Araştırmanın Ön Uygulaması

Planlanan Rebozo Tekniği'nin doğumun evrelerinde uygulanabilirliğini saptamak amacıyla İstanbul Esenler Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde vajinal doğum yapmak için başvuran 10 kadına ön uygulama yapılmıştır. Gebe kadınlara latent fazda (0-6cm), uygulama öncesi ve sonrası el doppleri ile Fetal Kalp Atım Hızı ve VAS skalası ile ağrı değerlendirildikten sonra gebe yatar pozisyonda iken pelvis bölgesine 10 dk. 'ya kadar planlanan işlem uygulayıcı yorduğundan yapılması güçleşmiştir. Bu sebeple en fazla 5 dk. olmasına karar verilmiştir. Ayrıca geçiş fazında dilatasyon 8-10 cm iken; planlanan uygulama için hem hastane protokollerine istisnaden hastanın kaldırılmasına izin verilmemiş hem de hastanın ağrı şiddetinin artmasından dolayı hasta kendisine uygulama yapılmasını reddetmiştir. Ayrıca olası komplikasyonlar öngörülerek çalışmada planlanan geçiş fazında dilatasyon 8-10 cm iken uygulamaların yapılmamasına karar verilmiştir. Ancak doğum izlem formuna doğum sürecinin takip edilmesi kararı alınmıştır.

3.8.2. Araştırmanın Uygulama Adımları

Araştırmanın akış şeması şekil 3-4'te verilmiştir. Araştırmanın uygulama adımları aşağıdaki gibidir.

Deney Grubu Uygulama Adımları

1.Adım: Gebe ile tanışıldıktan sonra araştırmanın amacı, içeriği ve uygulanacak yöntem ile ilgili bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, araştırmacılara tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamaları istendi. Araştırmacı tarafından doğum eyleminin Latent fazında tanıtıcı bilgi formu doldurularak verilerin kaydedilmesine başlanıldı.

2.Adım: Latent fazda dilatasyon 4-5 cm iken; uygulama öncesi el doppleri ile Fetal Kalp Atım Hızı (FKH) araştırmacılar tarafından hazırlanan Doğum İzlem Formuna kaydedildi. İlk olarak uygulamadan önce hastanın ağrısını VAS skalası üzerine değerlendirmesi istendi. Gebenin pelvis bölgesine rebozonun tam orta yeri gebenin pelvis bölgesine denk gelecek şekilde yerleşmesi sağlandı. Rebozonun bu şekilde yerleşmesinin amacı; iki ucunun eşitlenmesi ile uygulamanın rahatlıkla yapılabilmesinin sağlandı. Yerleşme işlemi sağlandıktan sonra hastanın onayını alarak yatağa çıkıldı. Ardından hastanın pelvis bölgesine 5 dakika Rebozo Tekniği uygulandı. Uygulama esnasında

hastadan gözlerini kapatması, o anda bebeğini düşünmesi istendi. Son bir dakikada ise Rebozonun iki ucundan tutularak hastanın bel çevresi 1 cm yavaşça kaldırılıp tekrar yavaşça indirildi. Bu işlem şu şekilde yapıldı; hasta ile senkronize bir biçimde araştırmacının 1-4'e kadar sayması ile hastanın da yavaşça nefes alması söylenerek hasta yavaşça yukarı doğru çekildi. Daha sonra 5-8'e kadar yavaşça nefes vermesi söylenerek hasta çok yumuşak bir şekilde yatağa bırakıldı. Burada 4-8 solunum egzersizi yaptırılarak Rebozo Tekniği'nin uygulanması harmanlandı. İşlemden sonra hastadan ağrısını VAS skalası üzerinden değerlendirmesi istendi. Ayrıca uygulama sonrası FKH hızı Doğum İzlem Formuna kaydedilmiş takiplerine devam edildi.

3.Adım: Aktif fazda dilatasyon 6-8 cm iken; uygulama öncesi el doppleri Fetal Kalp Atım Hızı Doğum Eylemi İzlem Formuna işlendi. Uygulamadan önce hastadan ağrısını VAS skalası üzerinde değerlendirmesi istendi. Daha sonra uygulamanın yapılabilmesi için hastanın da rızası ile hasta ayağa kaldırılıp sert bir zemine ellerini dayaması istendi. Rebozonun tam orta kısmı hastanın abdominal bölgesine yerleştirildi ve burada rebozonun kenarlarının hastanın karın bölgesini kesmemesine ve herhangi bir rahatsızlık vermemesine özellikle dikkat edildi. Rebozonun uç kısımlarından tutularak hastanın abdominal bölgesi 5 dk. süre boyunca araştırmacı tarafından sallanılarak uygulama yapıldı. Bu işlem bebeğin rahatsız olabileceğini de düşünerek yavaş hareketlerle özenli bir şekilde yapıldı. Ayrıca hastaya sık sık rahatsız olduğu bir durum olup olmadığı sorularak işleme devam edildi. Bu işlemin bitmesinin hemen ardından hastanın bu sefer kalça bölgesinin tamamı rebozo ile sarıldı ve tekrar 5 dakika sallama uygulaması gerçekleştirildi. Uygulamadan sonra el doppleri ile FKH değerlendirilip kayıt işlemi yapıldı. Hastadan ağrısını VAS skalası üzerine değerlendirmesi istendi. Hastanın takiplerine devam edilerek kayıtlar alındı.

4.Adım: Geçiş fazında dilatasyon 8-10cm iken; hastaya herhangi bir uygulama yapılmamış, Fetal Kalp Atım Hızı ve VAS skalası ile ağrı değerlendirildi. Geçiş fazdaki takipler doğum izlem formuna kaydedildi.

5.Adım: Postpartum dönemde (doğumdan 24 saat sonra) lohusayla görüşme sağlanmış bu aşamada Doğum Deneyimi Ölçeği, Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği ve postpartum değerlendirme formu dolduruldu.

Kontrol Grubu Uygulama Adımları

1.Adım: Gebe ile tanışıldıktan sonra araştırmanın amacı, içeriği ve uygulanacak yöntem ile ilgili bilgi verildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastaların, araştırmacılara tarafından hazırlanan bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamaları istenmiştir. Araştırmacı tarafından doğum eyleminin Latent fazında tanıtıcı bilgi formu doldurularak verilerin kaydedilmesine başlandı.

2.Adım: Hastane uygulamaları kapsamında rutin uygulamalarla latent fazda dilatasyon 0-6cm iken; VAS ağrı skalası ile hastadan ağrısını değerlendirilmesi istendi. Hastanın takipleri değerlendirme formuna kaydedildi.

3.Adım: Hastane uygulamaları kapsamında rutin uygulamalarla aktif fazda dilatasyon 6-8 cm iken; VAS ağrı skalası ile hastadan ağrı değerlendirmesi istendi. Hastanın takibine devam edilmiş veriler kayıt altına alındı.

4.Adım: Hastane uygulamaları kapsamında rutin uygulamalarında hastanın takibi yapılmış geçiş fazında dilatasyon 8-10 cm iken; VAS ağrı skalası ile hastadan ağrısını değerlendirmesi istendi. Veriler kayıt altına alındı.

5.Adım: Postpartum dönemde (doğumdan 24 saat sonra) lohusayla görüşme sağlanmış bu aşamada Doğum Deneyimi Ölçeği, Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği ve postpartum değerlendirme formu dolduruldu.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada her iki grup içinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler gibi tanımlayıcı istatistiklere yer verildi. Kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların değerlendirilmesinde hangi testlerin kullanılacağına karar vermek için Shapiro Wilks normal dağılıma uygunluk testi yapıldı. Deney ve kontrol grubu sonuçlarının büyük bir çoğunluğu normal dağılıma uymadığı için veri analizinde parametrik olmayan testlerle ilerlendi. Numerik veriler için gruplar arası karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi, kategorik verileri karşılaştırmak için ise Ki-kare testi kullanıldı. Çalışma kapsamında yer alan Doğum Deneyimi ve Doğum Memnuniyeti toplam ve ölçek alt boyutlarının güvenilirliğini ölçmek için Cronbach Alfa Katsayısı kullanıldı. Ölçeğin Alfa katsayısı ne kadar yüksek olursa, ölçekte bulunan maddelerin o ölçüde birbirleriyle tutarlı ve aynı özelliğin öğelerini yordayan maddelerden oluştuğu varsayılır. Maddelerin varyansları toplamının genel varyansa ortalanması ile bulunan ve 0 ile 1 arasında değer alan alfa katsayısı ölçekte yer alan soruların homojen

bir yapıyı açıklamak üzere bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını araştırır (Akgül, A., Çevik, O.(2005). Araştırmadaki sonuçlar istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ kabul edildi ve %95’lik güven aralığında incelendi. Verilerin analizi SPSS for Windows (Statistical Package for Social Sciences version 25.0) paket programı ile yapıldı.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmaya dair daha önce yapılmış randomize kontrollü bir çalışmanın olmamasından dolayı tezin tartışma bölümünün kısır kalması
- Rebozo Tekniği’ne ilişkin henüz etkisi belirlenmeyen birçok uygulama olması ve tezin üç farklı yöntemle sınırlı kalması
- Uygulama gebenin ağrısını belli bir sürede azaltması

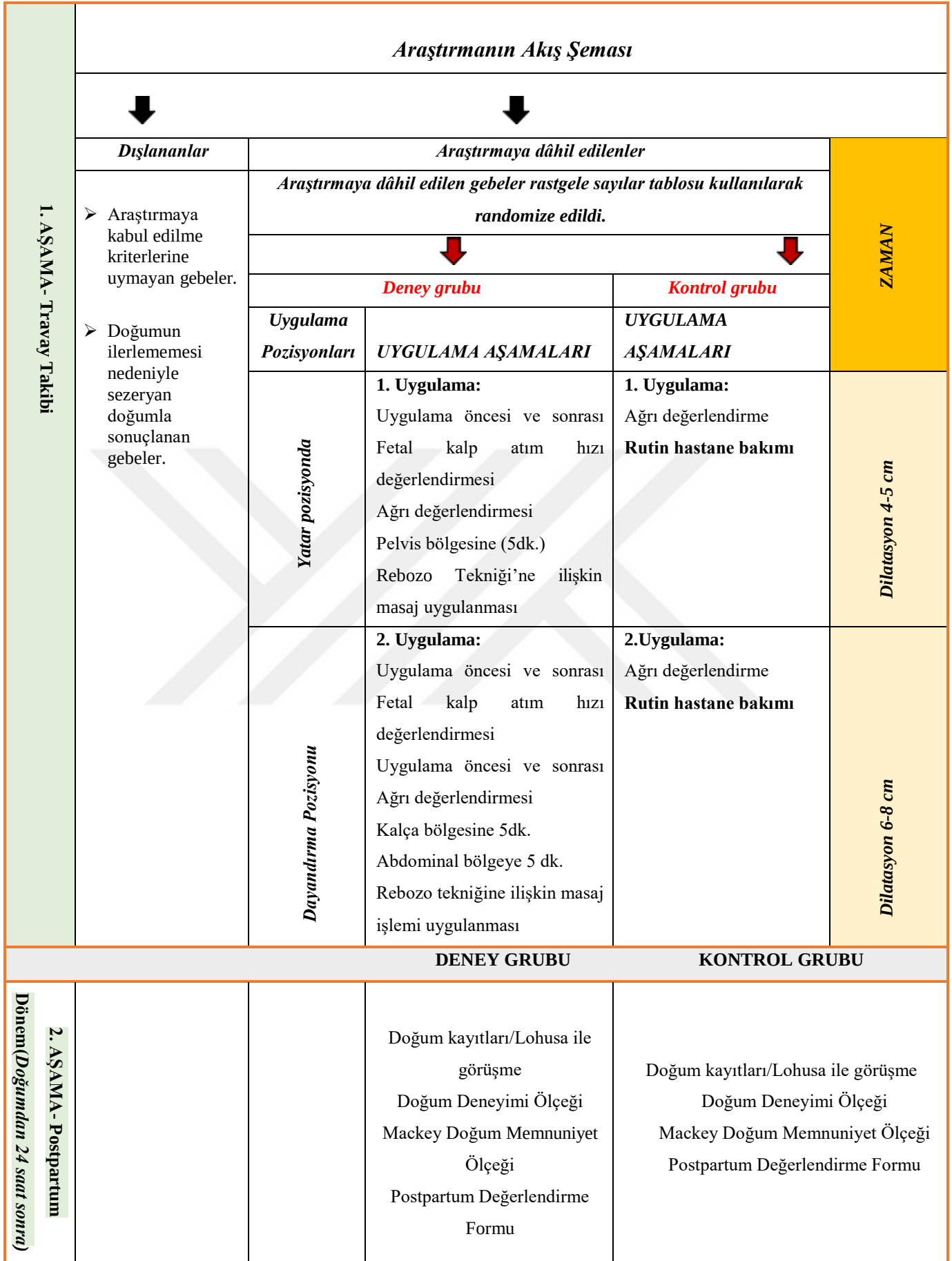
Araştırmanın müdahalesiz oksiput anterior prezantasyonda, vajinal doğum yapan kadınlara uygulanmıştır. Bu nedenle müdahaleli doğum yapan gebe kadınlara genellemez.

3.11. Araştırmanın Güçlü Yönleri

- Araştırmacının Rebozo Tekniği’ne ilişkin eğitimi tekniği bilen ebelerden almış olması
- Araştırmanın doğum ağrısının azaltılmasında yeni bir teknik olan uygulamanın randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılan ilk çalışma olması
- Araştırmanın yapıldığı hastanenin ‘Anne Dostu Hastane’ olması ve ebelerin sayıca çok olması nedeniyle doğumhane ekibi ile uyum içinde çalışılması
- Uygulamadan çekilmek isteyen veya uygulamayı rahatsız edici bulan hiç hasta olmaması

3.12. Araştırmanın Zorlukları

- Araştırmanın kurum izninin alınma aşaması Pandemi dönemine denk gelmesinden dolayı izinlerin durdurulması ile tez sürecinin uzaması
- Maske ile çalışılmasının uygulamayı güçleştirmesi



Şekil 3-4: Araştırmanın Akış Şeması

4. BULGULAR

Tablo 4-1: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Sosyo-Demografik, Obstetrik ve Antropometrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Rebozo (n:31)		Kontrol (n:31)		Z_{MWU}	p değeri
	Ortalama±SS		Ortalama±SS			
Yaş	23.27±4.50		22.70±3.70		-0.771	0.441
Eğitim Süresi (yıl)	7.90±4.50		7.90±4.00		-0.085	0.932
Evlilik Süresi (yıl)	1.50±0.80		2.00±1.60		-0.796	0.426
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2_{KW}	p değeri
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	6	19.4	3	9.7	1.170	0.473
Çalışmıyor	25	80.6	28	90.3		
Dismenore Durumu						
Evet	27	87.1	24	77.4	0.995	0.508
Hayır	4	12.9	7	22.6		
Dismeore Şiddeti						
Hafif- Orta şiddetli	17	63.0	17	70.8	0.354	0.552
Şiddetli	10	37.0	7	29.2		
Gebeliğin Planlı Olması						
Evet	27	87.1	24	77.4	0.995	0.508
Hayır	4	12.9	7	22.6		
Düzenli Antenale Kontrol Gitme						
Evet	26	83.9	31	100.0	5.439	0.053
Hayır	5	16.1	-	-		
Antenal Kontrol Sayısı						
1-4 arası	5	16.1	2	6.5	1.449	0.425
4 ve üstü	26	83.9	29	93.5		
	Ortalama±SS		Ortalama±SS		Z_{MWU}	p değeri
Gestasyon Haftası	38.60±1.40		39.50±1.20		-2.732	0.007**
Gebelik Öncesi BKİ (kg/m2)	22.27±4.08		22.62±4.59		-0.007	0.994
Gebelikte BKİ (kg/m2)	27.86±4.42		28.05±4.43		-0.197	0.844
	Sayı	%	Sayı	%	χ^2_{KW}	p değeri
Doğum Öncesi						
Hazırlık Sınıfına Katılma						
Evet	1	3.2	2	6.5	0.350	1.000
Hayır	30	96.8	29	93.5		

Gebelikte Takviye							
Alma Durumu****	Sayı	%	Sayı	%	Z _{MWU}	p değeri	
Demir	26	83.9	28	90.3	0.574	0.707	
Folik asit	4	12.9	4	12.9	0.000	1.000	
						χ^2_{KW}	P
Doğumdan Korkma Durumu							
Korku yaşadım	22	71.0		22	71.0	0.000	1.000
Korku yaşamadım	9	29.0		9	29.0		
Korku Nedeni ****							
Ağrı yaşama korkusu	14	63.6		17	77.3		
Sezeryan olma korkusu	5	22.7		5	22.7		
Z _{MWU} : Mann-Whitney U X ² _{KW} : Kruskal Wallis *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.00 düzeyinde anlamlı **** Birden çok cevap alınmıştır.							

Tablo 4-1’de rebozo ve kontrol grubu kapsamında bulunan gebelerin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, medeni hal durumlarını içeren sosyodemografik bilgiler ile obstetrik ve antropometrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi. Gebelerin yaş ortalaması rebozo grubunda 23.27±4.50, kontrol grubunda ise 22.70±3.70 yıl olarak bulundu. Rebozo ve kontrol grubunda olan gebelerin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 4-1; p: 0.441).

Gruplardaki gebelerin eğitim sürelerine bakıldığında; rebozo grubunda ortalama eğitim düzeyinin 7.90±4.50, kontrol grubunda ortalama eğitim düzeyinin 7.90±4.00 yıl olarak hesaplandı. Her iki gruptaki gebelerin ortaöğretim eğitim seviyesinde ve grupların birbirine benzer olduğu görüldü (Tablo 4-1; p: 0.932).

Gebelerin rebozo grubunda %80.6’sı, kontrol grubunda ise %90.3’ünün herhangi bir işte çalışmadığı ve grupların çalışma durumları açısından birbirine benzer olduğu belirlendi (Tablo 4-1, Z_{MWU}: 1.170; p: 0.473). Rebozo grubunda ortalama 1.50±0.80, kontrol grubunda ise ortalama 2.00±1,60 yıldır evli olduğu ve gruplar arasında evlilik süreleri açısından farklılık olmadığı saptandı (Tablo 4-1; Z_{MWU}:-0.796; p: 0.426).

Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin obstetrik özelliklerine ilişkin bilgiler incelendiğinde, gebelik öncesi dismenore öyküsü rebozo grubunda %87.1, kontrol grubunda ise %77.4 olarak hesaplandı. Dismenoresi olan gebelerin rebozo grubunda (%63.0) ve kontrol grubunda (%70.8) da çoğunlukla hafif ve orta şiddetli ağrı duydukları saptandı (Tablo 4-1). Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin, gebelik öncesi dismenore öyküsü ve dismenore şiddeti açısından karşılaştırıldığında, gruplarının birbirine benzer olduğu bulundu (Tablo 4-1; X²_{KW}:0.354; p>0.05). Rebozo grubundaki gebelerin

gestasyonel hafta ortalamasının 38.60 ± 1.40 , kontrol grubundaki gebelerin gestasyonel hafta ortalamasının 39.50 ± 1.20 olduğu belirlendi. Her iki grupta yer alan gebelerin gestasyonel hafta ortalamalarının karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiksel anlamda farkın olduğu saptandı (Tablo 4-1, Z_{MWU} : -2.732; p : 0.007). Kontrol grubundaki gebelerin, rebozo grubuna oranla 1 hafta ileride olduğu hesaplandı.

Gebeliklerin rebozo grubunda %87.1, kontrol grubunda %77.4 olarak her iki grupta da çoğunlukla planlı olduğu görüldü. Araştırmada her iki grupta bulunan gebelerin büyük çoğunluğunun düzenli olarak doğum öncesi kontrollere gittiği belirlendi. Gidilen kontrol sayısı her iki grupta 4 ve üstü sayıda olduğu görüldü. Rebozo ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum öncesi bakım alma ve alınan bakım sayısı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu görüldü (Tablo 4-1, sırasıyla X^2_{KW} : 5.439; p :0.053; X^2_{KW} : 1.449; p : 0.425).

Araştırmaya alınan gebelerin neredeyse tamamının doğum öncesi hazırlık sınıfına katılmadığı ve rebozo ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı bulundu (Tablo 4-1; Z_{MWU} : 0.350; p : 1.000). Gebelerin takviye alma durumları rebozo grubunda %83.9'nün demir, %12.9'nun folik asit aldığı görüldü. Kontrol grubundaki gebelerin ise %90.3'nün demir, %12.9'nun folik asit aldığı saptandı. Her iki grupta da gebelik sürecince takviye aldıkları ve grupların takviye alma açısından birbirine benzer aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlendi (Tablo 4-1; sırasıyla, Z_{MWU} : 0.574; p : 0.707; Z_{MWU} : 0.000; p :1.000)

Kadınların antropometrik özelliklerine bakıldığında, rebozo grubunun gebelik öncesi BKİ 'sinin ortalama 22.27 ± 4.08 , gebelikte BKİ'sinin ortalama 27.86 ± 4.42 olarak bulundu. Kontrol grubunun gebelik öncesi BKİ'sinin 22.62 ± 4.59 , gebelikte BKİ'sinin 28.05 ± 4.43 olduğu saptandı. Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin arasında gebelik öncesi BKİ ve gebelikte BKİ gibi antropometrik özellikler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4-1, sırasıyla Z_{MWU} : -0.007 ; p : 0.994; Z_{MWU} : -0.197; p : 0.844). Tablo 4-1'de yer almamakla birlikte araştırmaya alınan gebelerin gebelik öncesinde ortalama olarak normal kilolu (%64,5) olduğu bulundu ve gebelikle birlikte bu oranın düştüğü (%30,6) gebelerin fazla kilolu duruma geçtiği görüldü.

Araştırma kapsamında bulunan gebelerin doğum ile ilgili korku parametresi incelendiğinde, her iki grupta da doğumda hissedilen korku oranının (%71) benzer olduğu, rebozo ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir olmadığı bulundu

(Tablo 4-1; z_{MWU} : 0000; p : 1.000). Rebozo grubundaki gebelerin %14'ü, kontrol grubundaki gebelerin ise %17'si en fazla doğumdaki ağrıdan korkularını ifade etti. Sezaryen olmaktan (%5) korkma oranının ise her iki grupta da aynı olduğu saptandı.



Tablo 4-2: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Fazlarına Göre Hayati Bulgularının Karşılaştırılması

Özellikler	Latent Faz (4-6cm)			Aktif Faz (6-8cm)			Geçiş Faz (8-10cm)			Postpartum Dönemi (Doğumdan 24 saat sonra)		
	Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri	Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri	Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri	Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU} /p	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU} /p	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU} /p	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU} /p
Solumun (1dk)	19.52±2.00	19.58±1.86	-0.109 0.913	18.45±2.10	19.39±1.80	-1.92/ 0.055	18.32±2.14	19.48±1.82	-2.159/ 0.03*	19.13±1.59	19.19±1.49	-0.071/ 0.944
Nabız (dk)	86.23±8.43	85.29±5.74	-0.738 0.460	83.42±5.82	84.81±6.42	-0.888/ 0.374	81.87±5.61	85.68±7.89	-1.825/ 0.068	88.84±5.5	85.65±16.72 8	-1.314/ 0.189
Sistolik Basınç (mmHg)	117.19±8.41	116.74±8.4 9	-0.103 0.918	114.42±10	113.87±8.4 2	-0.18/ 0.857	113.61±9.92	113.61±7.68	-0.417/ 0.676	114.52±9.25	115.32±8.2	-0.636 /0.525
Diastolik Basınç (mmHg)	69.77±6.75	72.74±7.92	-1.576 0.115	73.71±6.42	72.29±7.25	-0.535/ 0.592	75.06±6.83	74.03±8.02	-0.333/ 0.739	70.97±10.31	68.87±10.47	-0.828 /0.408

Z_{MWU}: Mann-Whitney U p<0.05 düzeyinde anlamlı

Rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin doğumun evrelerinde ve postpartum 24. saatinde hayati bulguları Tablo 4-2’de bulunmaktadır. Rebozo ve kontrol grubu arasında latent faz evresinde solunum, nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı gibi maternal vital parametreler karşılaştırıldığında, latent evrede olan gebelerin hayati bulguları açısından istatistik olarak anlamlı farkın olmadığı saptandı (Tablo 4-1; sırasıyla Z_{MWU} : -0.109, p: 0.913; Z_{MWU} : -0.738; p: 0.460; Z_{MWU} : -0.103; p: 0.918; Z_{MWU} : -1.576; p: 0.115). Rebozo grubuna dahil olan gebelerin hayati bulgu ortalamaları; solunum 19.52 ± 2.00 , nabız 86.23 ± 8.43 , sistolik basınç 117.19 ± 8.41 , diyastolik basınç 69.77 ± 6.75 bulundu. Araştırmaya dahil olan kontrol grubundaki gebelerin hayati bulgu ortalamaları ise; solunum 19.58 ± 1.86 , nabız 85.29 ± 5.74 , sistolik basınç 116.74 ± 8.49 ve diyastolik basınç 72.74 ± 7.92 olarak hesaplandı (Tablo 4-2).

Aktif faz evresinde solunum, nabız, sistolik ve diyastolik kan basıncı gibi bulguların karşılaştırılmasında, rebozo grubundaki gebelerin hayati bulgu ortalamaları solunum 18.45 ± 2.10 , nabız 83.42 ± 5.82 , sistolik basınç 114.42 ± 10 ve diyastolik basınç 73.71 ± 6.42 olduğu görüldü. Kontrol grubunda yer alan gebelerin hayati bulgu ortalaması ise; solunum 19.39 ± 1.80 , nabız 84.81 ± 6.42 , sistolik basınç 113.87 ± 8.42 ve diyastolik basınç 72.29 ± 7.25 olarak bulundu. Aktif faz evresinde gruplara göre hayati bulgular birbirine benzerdi (Tablo 4-2; sırasıyla Z_{MWU} : -1.92, p: 0.055; Z_{MWU} : -0.888; p: 0.374; Z_{MWU} : -0.18; p: 0.857; Z_{MWU} : -0.535; p: 0.592).

Geçiş fazı evresinde rebozo ve kontrol gruplarına katılan gebelerin solunum, nabız, sistolik basınç ve diyastolik basınç gibi hayati bulgularının karşılaştırılmasında, gruplar arasında sadece solunum parametresi açısından düşük düzeyde anlamlı farklılık olduğu belirlendi. Rebozo grubunda bulunan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre solunum sayısının daha az olduğu görüldü (Tablo 4-2; Z_{MWU} : -2.159; p: 0.03). Nabız, sistolik basınç ve diyastolik basınç gibi özellikler açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu (Tablo 4-2, sırasıyla Z_{MWU} : -1.825; p: 0.068; Z_{MWU} : -0.417; p: 0.676; Z_{MWU} : -0.333; p: 0.739). Rebozo grubunda yer alan gebelerin hayati bulgu ortalamalarının solunum 18.32 ± 2.14 , nabız 81.87 ± 5.61 , sistolik basınç 113.61 ± 9.92 ve diyastolik basınç 75.06 ± 6.83 olduğu saptandı. Kontrol grubunda bulunan gebelerin solunum 19.48 ± 1.82 , nabız 85.68 ± 7.89 , sistolik basınç 113.61 ± 7.68 , diyastolik basınç 74.03 ± 8.02 olarak bulundu. Grupların aktif faz evresinde nabız, sistolik basınç ve diyastolik basınç gibi özellikleri birbirine benzerdi (Tablo 4-2).

Rebozo ve kontrol gruplarının; solunum, nabız, sistolik basınç, diyastolik basınç gibi maternal hayati bulgularının postpartum 24. Saatte karşılaştırılmasında, gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 4-2; sırasıyla Z_{MWU} : -0.071; p: 0.944; Z_{MWU} : -1.314; p: 0.189; Z_{MWU} : -0.636; p: 0.525; Z_{MWU} :-0.828; p: 0.408). Rebozo grubunda yer alan gebelerin hayati bulgu ortalamaları; solunum 19.13 ± 1.59 , nabız 88.84 ± 5.5 , sistolik basınç 114.52 ± 9.25 , diyastolik basınç 70.97 ± 10.31 olduğu belirlendi. Kontrol grubunda bulunan gebelerin hayati bulgu ortalamaları; solunum 19.19 ± 1.49 , nabız 85.65 ± 16.72 8, sistolik basınç 115.32 ± 8.2 ve diyastolik basıncın ortalamasının 68.87 ± 10.47 olarak saptandı. Gruplar arasında postpartum 24. saatte hayati bulgular açısından birbirine benzer olduğu görüldü.



Tablo 4-3: Rebozo ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Travaya İlişkin Özelliklerine Ait Bulgular

Özellikler	Latent Faz (4-5cm) ****				Aktif Faz (6-7cm)				Geçiş Fazı (8-10cm)			
	Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri		Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test Değeri		Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Test	
	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU}	p	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU}	p	Ort. ±SS	Ort. ±SS	Z _{MWU}	p
<i>Servikal Efasman (%)</i>	61.61±8.98	60.97±7.90	-0.456	0.649	69.68±8.36	64.58±13.31	-1.598	0.110	65.81±26.55	65.55±26.45	-0.046	0.963
<i>Servikal Dilatasyon (cm)</i>	5.61±0.50	5.71±0.46	-0.799	0.425	6.03±0.18	6.68±0.60	-4.835	0.000***	8.61±0.8	8.87±0.62	-1.378	0.168
<i>Baş Seviyesi</i>	2.90±0.30	2.94±0.25	-0.463	0.644	2.55±0.57	2.65±0.61	-0.898	0.369	1.90±0.94	1.61±0.76	-1.673	0.094
<i>Fetal Kalp Hızı (dk.)</i>	138.97±9.17	139.39±9.04	-0.933	0.351	141.00±6.94	140.77±6.13	-0.319	0.75	132.03±10.48	131.77±13.45	-0.444	0.657
<i>Kontraksiyon Sayısı (10 dk içinde)</i>	2.42±0.67	2.35±0.84	-0.476	0.634	3.45±0.2	3.48±0.96	-0.129	0.898	3.19±0.87	3.90±0.79	-3.097	0.002**
<i>Kontraksiyon Sıklığı Süresi(sn.)</i>	262.9±103.25	291.94±132.35	-0.809	0.419	179.68±34.69	187.1±58.26	-0.129	0.898	202.9±59.17	160.97±38.76	-3.097	0.002**
<i>Kontraksiyon Şiddeti</i>	28.84±4.39	32.32±5.72	-2.481	0.013*	43.1±11.19	48.26±11.43	-1.853	0.064	71.52±9.55	76.06±12.79	-1.655	0.098
<i>Faz Süresi (dk.)</i>	118.06±52.24	118.71±70.56	-0.276	0.783	76.52±46.74	83.71±48.89	-0.631	0.528	46.29±40.76	68.71±36.51	-2.712	0.007**
	Rebozo (n:31) Ortalama±SS		Kontrol (n:31) Ortalama±SS		Z _{MWU}		p					
<i>İkinci Evrenin Süresi</i>	15.97±19.17		31.58±19.10		-3.497		0.000***					
<i>Plesantanın Ayrılma süresi</i>	14.65±5.02		15.48±8.59		-0.254		0.799					
<i>Toplam Doğum Süresi</i>	269.50±117.10		318.20±127.00		-0.916		0.360					

Z_{MWU}: Mann-Whitney U testit. *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 düzeyinde anlamlı ****Latent fazda (4cm) doğumhane yatışı yapılan kadınlar dahil edilmiştir.

Tablo 4-3'te rebozo ve kontrol grubu arasında doğumun ilerleyişini gösteren özellikler ile doğum evresinin fazlarında fetal kalp atım hızı, kontraksiyona ilişkin özellikler, ikinci evrenin, süresi plasentanın ayrılma süresi ve toplam doğum sürelerine ait bilgiler bulunmaktadır.

Rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin latent evrede servikal dilatasyon, efasman, fetal baş seviyesi, fetal kalp sesi gibi özellikler açısından karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -0.456; p : 0.649; Z_{MWU} : -0.799; p : 0.425; Z_{MWU} : -0.463; p : 0.644; Z_{MWU} : -0.933; p : 0.351) Rebozo grubu gebelerin doğumun ilerleyişini gösteren özelliklerin ortalamaları; servikal efasman 61.61 ± 8.98 , servikal dilatasyon 5.61 ± 0.50 , baş seviyesi 2.90 ± 0.30 ve latent evredeki fetal kalp atım hız ortalaması 138.97 ± 9.17 olarak hesaplandı. Kontrol grubu gebelerin doğumun ilerleyişini gösteren özelliklerin ortalamaları; servikal efasman 60.97 ± 7.90 , servikal dilatasyon 5.71 ± 0.46 , baş seviyesi 2.94 ± 0.25 ve latent evredeki fetal kalp atım hız ortalaması 139.39 ± 9.04 olduğu saptandı. Grupların latent fazda servikal efasman ve dilatasyon, fetal baş seviyesi ve fetal kalp atım hızları açısından normal sınırlar içinde ve benzer olduğu görüldü.

Aktif evrede rebozo ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğumun ilerleyişini gösteren özellikler ile fetal baş iniş seviyesi ve fetal kalp atım hızları açısından değerlendirildiğinde, gruplar arasında sadece servikal dilatasyon açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık saptandı (Tablo 4-3; Z_{MWU} : -4.835; p : 0.000). Aktif fazda kontrol grubundaki (6.68 ± 0.60) gebelerin rebozo grubundaki (6.03 ± 0.18) gebelere göre daha hızlı servikal açıklığa ulaştığı görüldü. Rebozo grubu gebelerin servikal efasman ortalaması 69.68 ± 8.36 , fetal başın iniş seviyesi ortalaması 2.55 ± 0.57 ve fetal kalp atım hızı ortalaması 141.00 ± 6.94 olarak hesaplandı. Kontrol grubu gebelerin servikal efasman ortalaması 64.58 ± 13.31 , fetal başın iniş seviyesi ortalaması 64.58 ± 13.31 ve fetal kalp atım hızı ortalaması 64.58 ± 13.31 olduğu bulundu. Servikal dilatasyon ve fetal baş seviyesi açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı, fetal kalp atım hızının her iki grupta da normal değerler içinde olup grupların birbirleriyle benzer olduğu görüldü (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -1.598; p : 0.110; Z_{MWU} : -0.898; p : 0.369; Z_{MWU} : -0.319; p : 0.75).

Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazında doğumun ilerleyişini gösteren özellikler ile fetal baş iniş seviyesi ve fetal kalp atım hızları açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Grupların servikal efasman ve dilatasyon,

fetal baş iniş seviyesi ve fetal kalp atım hızları açısından birbirleriyle benzer olduğu bulundu (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -0.046; p: 0.963; Z_{MWU} : -1.378; p: 0.168; Z_{MWU} : -1.673; p: 0.094; Z_{MWU} : -0.444; p: 0.657). Rebozo grubu gebelerin servikal efasman ortalaması 65.81 ± 26.55 iken, kontrol grubu gebelerin servikal efasman ortalaması 65.55 ± 26.45 , rebozo grubu gebelerin servikal dilatasyon ortalaması 8.61 ± 0.8 iken, kontrol grubu servikal ortalama 8.87 ± 0.62 , rebozo grubu gebelerin fetal baş iniş seviyesi ortalaması 1.90 ± 0.94 iken, kontrol grubu gebelerin fetal baş iniş seviyesi ortalaması 1.61 ± 0.76 olarak hesaplandı. Fetal kalp hızı rebozo grubu gebelerde 132.03 ± 10.48 , kontrol grubu gebelerde 131.77 ± 13.45 olduğu, her iki gruptaki fetal kalp hızının normal sınırlarda benzer olduğu saptandı.

Rebozo ve kontrol grubuna dahil olan gebelerin latent fazdaki kontraksiyon özellikleri incelendiğinde, rebozo grubu gebelerin kontraksiyon sayı ortalaması 2.42 ± 0.67 , kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 262.9 ± 103.25 , kontraksiyon şiddeti ortalaması 28.84 ± 4.39 27 olarak bulundu. Kontrol grubu gebelerin kontraksiyon sayı ortalaması 2.35 ± 0.84 , kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 291.94 ± 132.35 , kontraksiyon şiddeti ortalaması 32.32 ± 5.72 olduğu bulundu. Grupların kontraksiyon özelliklerine göre karşılaştırılmasında, gruplar arasında kontraksiyon şiddeti açısından istatistiksel olarak düşük düzeyde bir farklılığın olduğu hesaplandı (Tablo 4-3; Z_{MWU} : -2.481; p: 0.013). Gruplar arasında kontraksiyon sayısı ve kontraksiyon sıklığı süresi açısından birbirine benzer olduğu görüldü. (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -0.476; p: 0.634; Z_{MWU} : -0.809; p: 0.419).

Araştırmaya alınan gebelerin aktif fazdaki kontraksiyon özelliklerine göre karşılaştırıldığında, grupların kontraksiyon sayı, kontraksiyon sıklığı süresi ve kontraksiyon şiddet özellikleri açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -0.129; p: 0.898; Z_{MWU} : -0.129; p: 0.898; Z_{MWU} : -1.853; p: 0.064). Rebozo grubu gebelerin kontraksiyon sayı ortalaması 3.45 ± 0.2 , kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 179.68 ± 34.69 ve kontraksiyon şiddet ortalaması 43.1 ± 11.19 olarak hesaplandı. Kontrol grubu gebelerin kontraksiyon sayı ortalaması 3.48 ± 0.96 , kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 187.1 ± 58.26 ve kontraksiyon şiddet ortalaması 48.26 ± 11.434 olduğu tespit edildi. Grupların kontraksiyon özellikleri açısından birbirleriyle benzer özellikte olduğu bulundu. *(Kontraksiyon şiddeti NST değerlerinden alınmıştır.)*

Rebozo ve kontrol grubuna yer alan gebelerin geçiş fazındaki kontraksiyon özellikleri değerlendirildiğinde, rebozo grubu gebelerin kontraksiyon sayı ortalaması 3.19 ± 0.87 ,

kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 202.9 ± 59.17 ve kontraksiyon şiddet ortalaması 71.52 ± 9.55 'dir. Kontrol grubundaki gebelerin ise, kontraksiyon sayı ortalaması 3.90 ± 0.79 , kontraksiyon sıklığı süre (sn) ortalaması 160.97 ± 38.76 ve kontraksiyon şiddet ortalaması 76.06 ± 12.79 'dir. Gruplar arası kontraksiyon sayı, kontraksiyon sıklığı süre ve kontraksiyon şiddet ortalaması açısından karşılaştırıldığında, rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin kontraksiyon sayı ve kontraksiyon sıklığı süresi açısından istatistiksel anlamda ileri derecede anlamlı farkın olduğu tespit edildi (Tablo 4-3; sırasıyla Z_{MWU} : -3.097; p : 0.002 ; Z_{MWU} : -3.097; p :0.002). Geçiş fazında kontrol grubundaki gebelerin rebozo grubuna göre 10 dakika içerisinde oluşan kontraksiyon sayısının anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü. Rebozo grubu gebelerin ise, kontrol grubu gebelere göre kontraksiyon sıklığı süresinin daha yüksek olduğu hesaplandı. Rebozo ve kontrol grubunda bulunan gebelerin kontraksiyon şiddeti açısından incelendiğinde, gruplar arası kontraksiyon şiddeti karşılaştırılmasında, iki grupta da kontraksiyon şiddetinin birbirleriyle benzer olduğu tespit edildi (Tablo 4-3; Z_{MWU} : -1.655; p : 0.098).

Araştırma kapsamında yer alan tüm gebelerin yatışı latent evrede dilatasyon 4cm iken gerçekleşmiş olup, rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eyleminin birinci evresinin fazları, ikinci evrenin süresi, plasenta ayrılma süresi ve toplam doğum süresi açısından incelendiğinde, rebozo grubunun latent evre süre ortalaması 118.06 ± 52.24 , kontrol grubunun latent evre süre ortalaması 118.71 ± 70.56 olarak hesaplandı. İki grubun latent evre süre açısından karşılaştırılmasında ise, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü (Tablo 4-3; Z_{MWU} :-0.276; p : 0.783). Rebozo grubunda yer alan gebelerin aktif evre süre ortalaması 76.52 ± 46.74 iken, kontrol grubunda yer alan gebelerin aktif süre ortalaması 83.71 ± 48.89 olduğu görüldü. Grupların aktif evre süre ortalamaları karşılaştırılmasında, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi (Tablo 4-3; Z_{MWU} : -0.631; p : 0.5289). Rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin aktif evre süreleri açısından benzer oldukları bulundu. Rebozo grubunda yer alan gebelerin geçiş evre süre ortalaması 46.29 ± 40.76 , kontrol grubunda yer alan gebelerin geçiş evre süre ortalaması ise, 68.71 ± 36.51 olduğu görüldü. İki grubun geçiş evre süre ortalamaları açısından karşılaştırılmasında, gruplar arası istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu görülmüştür (Tablo 4-3; Z_{MWU} :-2.712; p : 0.007). Rebozo grubu gebelerin geçiş evre sürelerinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu saptanmıştır.

Rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin ikinci evre süre ortalamaları incelendiğinde, rebozo grubu gebelerin ikinci evre süre ortalaması 15.97 ± 19.17 iken, kontrol grubu gebelerin ikinci evre süre ortalaması 31.58 ± 19.10 olduğu hesaplandı. Grupların ikinci evre süre ortalamaları karşılaştırıldığında, rebozo grubundaki gebelerin ikinci evre sürelerinin, kontrol grubundaki gebelerden düşük olmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptandı (Tablo 4-3; $Z_{MWU}:-3.497$; $p: 0.000$). Rebozo grubunda bulunan gebelerin ikinci evre süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu tespit edildi.

Plasentanın ayrılma süreleri açısından rebozo ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında, gruplara göre plasenta ayrılma süreleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 4-3; $Z_{MWU}:-0.254$; $p: 0.799$). Rebozo grubu gebelerin plasenta ayrılma süre ortalaması 14.65 ± 5.02 iken, kontrol grubu gebelerin plasenta ayrılma süre ortalaması 15.48 ± 8.59 'dir. Gruplar plasenta ayrılma süre ortalaması açısından benzerdir.

Rebozo grubu ve kontrol grubunda yer alan gebelerin toplam doğum süresi açısından yapılan incelemede, rebozo grubundaki gebelerin toplam doğum süre ortalaması 269.50 ± 117.10 , kontrol grubundaki gebelerin doğum süre ortalaması 318.20 ± 127.00 olarak hesaplandı. Gruplara göre toplam süreleri arasında istatistiksel anlamda farklılık bulunmadı (Tablo 4-3; $Z_{MWU}:-0.916$; $p: 0.360$).

Tablo 4-4: Rebozo ve Kontrol Grubunun Doğumun Fazlarına Göre Uygulama Öncesi ve Uygulama Sonrası VAS Skorlarının Karşılaştırılması

VAS Skoru	Uygulama Öncesi				Uygulama Sonrası			
	Rebozo	Kontrol	Z_{MWU} değeri	p değeri	Rebozo	Kontrol	Z_{MWU} değeri	p değeri
	(n:31)	(n:31)			(n:31)	(n:31)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS			Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Latent Faz	7.29±2.12	8.00±1.67	-1.454	0.146	4.35±2.11	8.00±1.67	-5.716	0.000
						8 (5-10)		***
Aktif Faz	8.55±1.48	9.26±1.09	-2.043	0.041*	5.32±1.70	9.26±1.09	-6.569	0.000

Geçiş Faz	9.87±0.50	9.74±0.58	-1.403	0.161	-	-	-	

Z_{MWU} : Mann-Whitney U testi. *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001 düzeyinde anlamlı

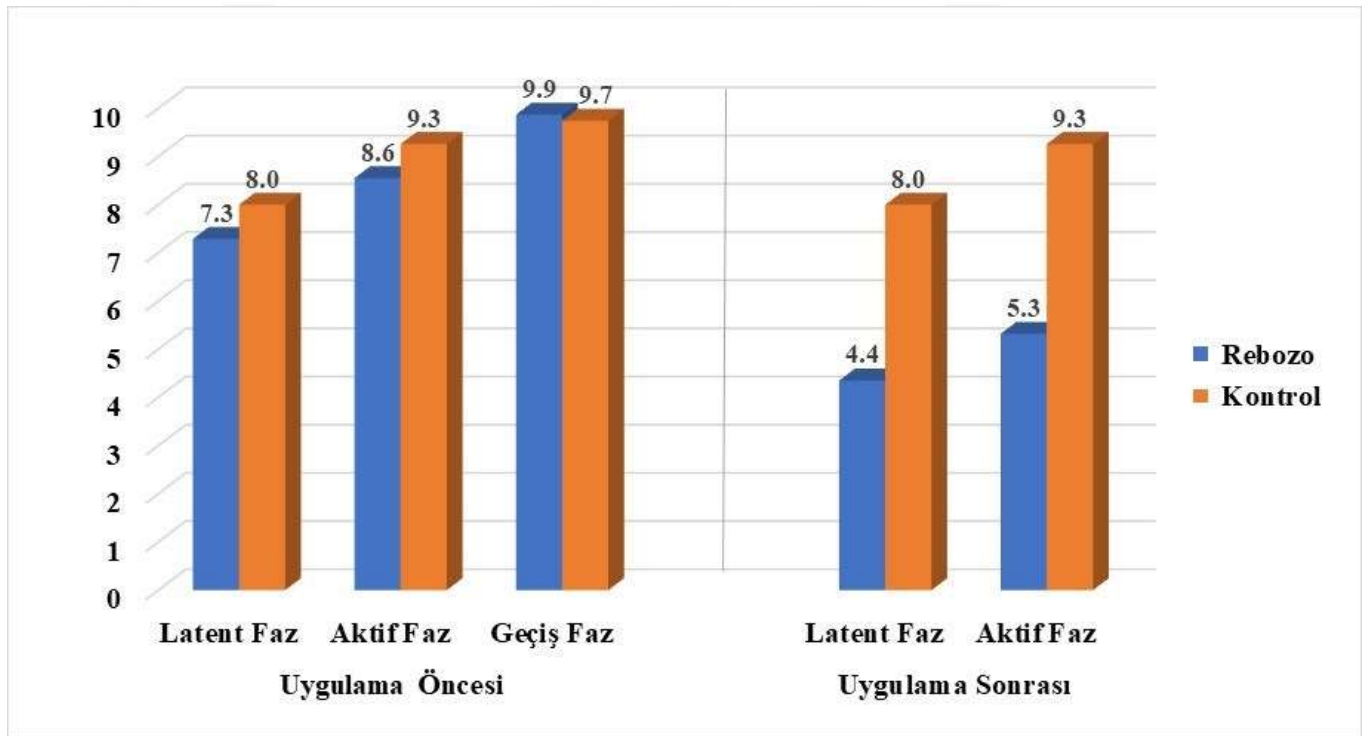
Rebozo ve kontrol grubuna dahil olan gebelerin uygulama yapılan evrelerdeki uygulama öncesi ve uygulama sonrası VAS skorlarının karşılaştırılması Tablo 4-4'te yer almaktadır. Araştırmaya dahil olan rebozo grubundaki gebelerin VAS ölçeğine göre ağrı ortalamaları; uygulama öncesi latent evrede 7.29±2.12 iken, uygulama sonrası 4.35±2.11, aktif evrede uygulama öncesi 8.55±1.48 iken, uygulama sonrası 5.32±1.70 olarak hesaplandı. Araştırmaya dahil olan kontrol grubundaki gebelerin VAS ölçeğine göre ağrı ortalamaları ise; uygulama öncesi latent evrede 8.00±1.67, aktif evrede 9.26±1.09 olarak belirlendi (Tablo 4-4).

Gruplara göre rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin latent evrede uygulama öncesi VAS ağrı skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, uygulama sonrası ileri düzeyde anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (Tablo 4-4; sırasıyla Z_{MWU} : -1.454; p: 0.146; Z_{MWU} : -5.716; p: 0.000).

Gruplara göre rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin aktif evrede uygulama öncesi VAS ağrı skorları arasında istatistiksel olarak düşük düzeyde anlamlı fark varken, uygulama sonrası VAS ağrı

skorları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık görüldü (Tablo 4-4; sırasıyla $Z_{MWU}:-2.043$; $p: 0.041$; $Z_{MWU}: -6.569$; $p: 0.000$).

Rebozo ve kontrol grubuna dahil olan gebelerin geçiş evre uygulama öncesi VAS ölçeğine göre ağrı ortalamaları ise; rebozo grubu gebelerde 9.87 ± 0.50 , kontrol grubu gebelerde 9.74 ± 0.58 olarak hesaplandı. Geçiş evresinde gruplar arasında VAS ağrı skorları karşılaştırılmasında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü (Tablo 4-4; $Z_{MWU}: -1.403$; $p: 0.161$).



Şekil 4-1: Rebozo ve kontrol grubunun uygulama öncesi ve sonrası VAS ağrı ölçeği puan ortalamalarının dağılımı

Tablo 4-5: Rebozo ve Kontrol Grubunun Yenidoğan Özelliklerine İlişkin Bulgular

		<i>Rebozo</i> (n:31) <i>Ortalama±SS</i>		<i>Kontrol</i> (n:31) <i>Ortalama±SS</i>		<i>Z</i> _{MWU} değeri	<i>p</i> değeri
<i>Yenidoğanın</i>	<i>doğum</i>	3064.35±289.88		3170.97±309.42		-1.218	0.223
<i>ağırlığı (gr)</i>							
<i>APGAR Puanı (1. dk)</i>		7.87±0.76		7.97±0.87		-1.002	0.316
<i>APGAR Puanı (5. dk)</i>		8.94±0.63		9.10±0.40		-0.911	0.363
		<i>Sayı</i>	<i>%</i>	<i>Sayı</i>	<i>%</i>	χ^2_{KW}	<i>p</i> değeri
<i>Yenidoğanın Cinsiyeti</i>							
Kız		13	41.9	15	48.4	0.261	0.799
Erkek		18	58.1	16	v		
<i>Ten Tene Temas Zamanı</i>							
İlk 5 dakika içinde		25	80.6	22	71.0	0.791	0.554
İlk 5 dakika sonrasında		6	19.4	9	29.0		
<i>İlk Emzirilme Zamanı</i>							
İlk yarım saat içinde		24	77.4	21	67.7	0.729	0.570
İlk yarım saatten sonra		7	22.6	10	32.3		

Z_{MWU}: Mann-Whitney U testi.

Tablo 4-5'te her iki grubun yenidoğanın doğum ağırlığı ve doğumdan sonraki 1.dk ve 5.dk.'daki APGAR puanları ile yenidoğanın cinsiyet özellikleri, doğumdan sonra ilk 5 dakika içindeki ten tene temas zamanı ve ilk yarım saat içerisinde emzirilme zamanı gibi bilgiler yer almaktadır.

Rebozo grubundaki yenidoğanların doğum ağırlığı 3064.35±289.88 iken, kontrol grubundaki yenidoğanların doğum ağırlığı 3170.97±309.42 olarak bulundu. Rebozo ve kontrol grubunda bulunan yenidoğanların doğum ağırlığı açısından benzer oldukları saptandı (Tablo 4-5; Z_{MWU}:-1.218; p: 0.223).

Rebozo grubundaki bebeklerin 1. dakika APGAR puanı ortalaması 7.87±0.76 ve 5. dakika APGAR puanı ortalaması 8.94±0.63 olduğu görüldü. Kontrol grubundaki bebeklerin 1. dakika APGAR puan ortalaması 7.97±0.87 ve 5. dakika APGAR puan ortalaması 9.10±0.40 olduğu

bulundu. Grupların 1.dakika APGAR puanları ile 5. dakika APGAR puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görüldü (Tablo 4-5; sırasıyla Z_{MWU} : -1.002 ; p: 0.316; Z_{MWU} : -0.911; p: 0.363).

Rebozo grubu bebeklerin %41.9'un kız ve %58.1'nin erkek olduğu, kontrol grubu bebeklerin ise %48.4 kız ve %51.6'sının erkek olduğu saptandı. Gruplar arasında cinsiyet özellikleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı (Tablo 4-5; Z_{MWU} : 0.261; p: 0.799).

Rebozo grubu bebeklerin %80'nin doğum sonrası ilk 5 dakika içindeki anne ile ten temasının kurulduğu görülürken, kontrol grubu bebeklerin %71.0'nin ilk 5 dakika içerisinde anne ile ten temaslarının sağlandığı, gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ancak rebozo grubu bebeklerin ilk 5 dakika içinde anne ile buluşmaları, kontrol grubu bebeklere göre daha kısa sürede olduğu saptandı (Tablo 4-5; X^2_{KW} : 0.791; p: 0.554). Her iki grupta da doğum sonraki ilk dakikalarda anne ile bebeğin buluşmasının ağırlıklı olarak gerçekleştiği görüldü.

Rebozo ve kontrol grubundaki bebeklerin doğum sonra ilk yarım saat içinde emzirilme oranları incelendiğinde, rebozo grubu bebeklerin ilk yarım saat emzirilme oranının %77.4, kontrol grubu bebeklerin ilk yarım saat emzirilme oranının %67.7 olduğu görüldü. Gruplardaki bebeklerin ilk yarım saat içinde emzirilme oranlarının karşılaştırılmasında, rebozo grubu bebeklerin kontrol grubu bebeklere göre daha yüksek oranda ilk yarım saat içinde emzirildiği ancak gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı hesaplandı (Tablo 4-5; X^2_{KW} : 0.819; p: 0.664).

Tablo 4-6: Rebozo ve Kontrol Gruplarının Doğum Deneyimi Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına Göre Karşılaştırılması

<i>Doğum Deneyimi Ölçeği</i>	Rebozo	Kontrol	Z_{MWU} değeri	p değeri
	(n:31)	(n:31)		
	Ortalama±SS	Ortalama±SS		
<i>Kararlara Katılım</i>	9.84±1.49	6.58±1.88	-5.785	0.000***
<i>Doğum Süreci</i>	23.65±3.80	17.97±4.05	-4.816	0.000***
<i>Profesyonel Yardım / Destek</i>	15.45±2.22	11.90±3.88	-4.006	0.000***
<i>Algılanan Güvenlik /Anılar</i>	19.58±2.45	15.13±3.47	-4.932	0.000***
<i>Doğum Deneyimi Toplam Puanı</i>	68.52±6.55	51.58±10.84	-5.641	0.000***

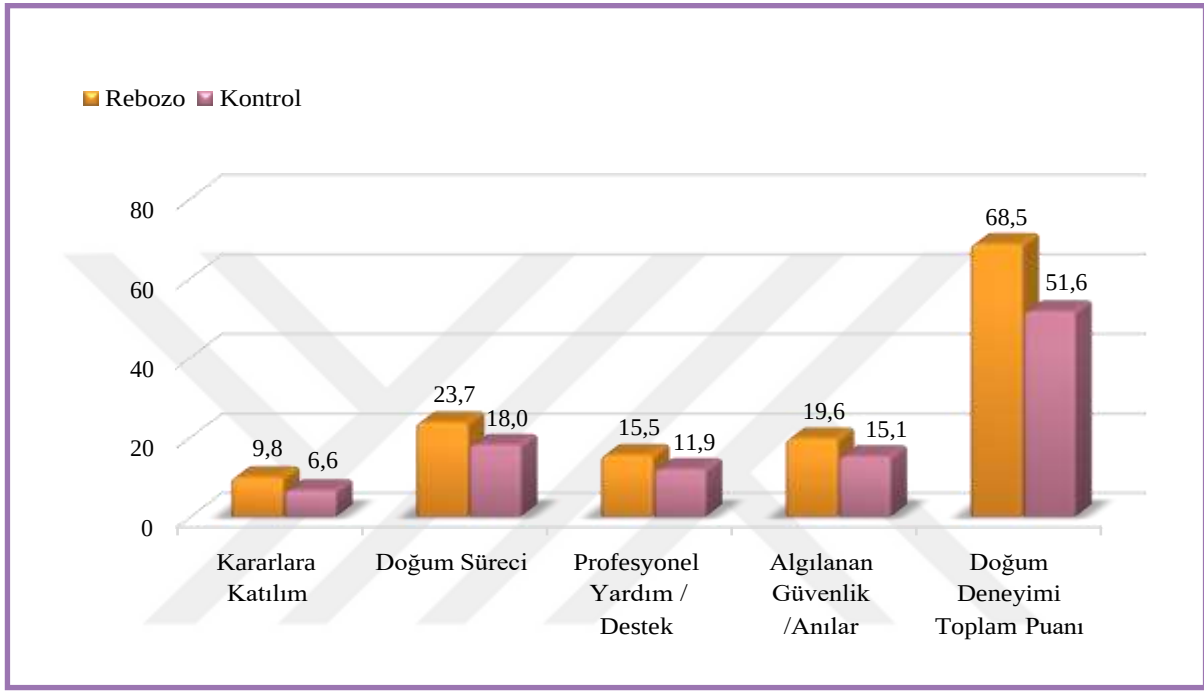
Z_{MWU}: Mann-Whitney U testi. ***p<0.001 düzeyinde anlamlı

Tablo 4-6’de çalışmaya katılan rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeği’nden aldıkları puanların rebozo ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmasını içeren bulgulara yer verildi.

Doğum Deneyimi toplam puan ortalamaları rebozo grubunda 68.52±6.55, kontrol grubunda 51.58±10.84’dır. Her iki grupta puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu hesaplandı (Tablo 4-6; Z_{MWU}: -5.641; p: 0.000).

Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin Doğum Deneyimi Ölçeği’nin alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, gruplar arasında ‘kararlara katılım’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 9.84±1.49, kontrol grubu annelerde 6.58±1.88, ‘Doğum süreci’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 23.65±3.80, kontrol grubu annelerde 17.97±4.05, ‘Profesyonel Yardım / Destek’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 15.45±2.22, kontrol grubu annelerde 11.90±3.88, ‘Algılanan Güvenlik /Anılar’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 19.58±2.45, kontrol grubu annelerde 15.13±3.47 olduğu görüldü. Rebozo grubu ve kontrol grubu annelerin Doğum Deneyimi alt

boyut puan ortalamaları karşılaştırılmasında, gruplar arasında tüm alt boyutlar açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu (Tablo 4-6; sırasıyla Z_{MWU} : -5.785; p : 0.000; Z_{MWU} : -4.816; p : 0.000; Z_{MWU} : -4.006; p : 0.000; Z_{MWU} : -4.932; p : 0.000; Z_{MWU} : -5.641; p : 0.000). Rebozo grubundaki annelerin kontrol grubuna göre doğum sürecindeki deneyiminin daha olumlu olduğu saptandı (Tablo 4-6; Şekil 4-2).



Şekil 4-2 Rebozo ve kontrol grubunun Doğum Deneyimi Ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı

Tablo 4-7: Rebozo ve Kontrol Gruplarının Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamasına Göre Karşılaştırılması

Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeğinin Alt Boyutları		Rebozo (n:31)	Kontrol (n:31)	Z_{MWU} değeri	p değeri
		Ortalama±SS	Ortalama±SS		
Kişinin Kendinden	Memnuniyet	40.84±5.13	25.97±7.80	-6.134	0.000***
Doğum Sancısı ve	Doğum Eyleminden Genel Memnuniyet	13.61±1.89	9.65±3.14	-5.008	0.000***
Doktordan	Memnuniyet	11.55±6.84	14.61±10.85	-0.934	0.350
Ebeden/Hemşireden	Memnuniyet	43.35±2.65	31.19±8.31	-6.051	0.000***
Bebekten	Memnuniyet	14.68±0.91	12.55±3.10	-3.610	0.000***
Toplam Puanı		124.03±6.96	93.97±25.81	-4.491	0.000***

Z_{MWU}: Mann-Whitney U ***p<0.001 düzeyinde anlamlı

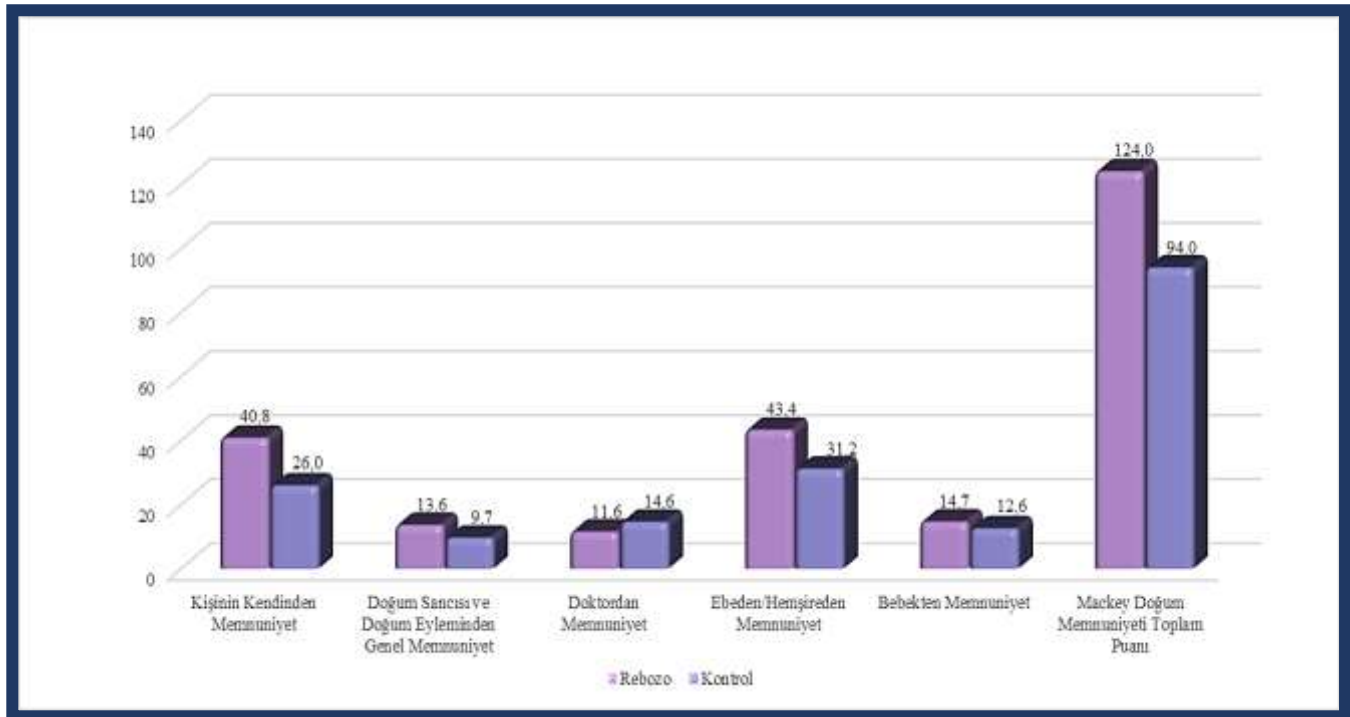
Tablo 4-7’de çalışmaya dahil olan annelerin Mackey Doğum Memnuniyet Ölçeği’nden aldıkları puanların rebozo ve kontrol grubuna göre karşılaştırılmasını içeren bulgulara yer verildi.

Mackey Doğum Memnuniyeti toplam puan ortalamaları rebozo grubunda 124.03±6.96, kontrol grubunda ise 93.97±25.81’dir. Her iki grupta puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu hesaplandı (Tablo 4-7; Z_{MWU}: -4.491; p: 0.000).

Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeği’nin alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde, ‘Kendinden Memnuniyet’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 40.84±5.13, kontrol grubu annelerde ise 25.97±7.80, ‘Doğumdan Memnuniyet’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 13.61±1.89, deney grubu annelerde 9.65±3.14, ‘Doktordan Memnuniyet’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 11.55±6.84, kontrol grubu annelerde 14.61±10.85, ‘Ebeden/Hemşireden Memnuniyet’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 43.35±2.65, kontrol grubu annelerde

31.19±8.31, ‘Bebekten Memnuniyet’ alt boyutu rebozo grubu annelerde 14.68±0.91, kontrol grubu annelerde 12.55±3.10 olarak tespit edildi. Rebozo ve kontrol grubu annelerin Mackey Doğum Memnuniyet alt boyut puan ortalamaları, ‘Doktordan Memnuniyet’ alt boyutu hariç, tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu. (Tablo 4-7; sırasıyla Z_{MWU} : -6.134; p: 0.000; Z_{MWU} : -5.008; p: 0.000; Z_{MWU} : -0.934; p: 0.350; Z_{MWU} : -6.051; p: 0.000; Z_{MWU} : -3.610; p: 0.000; Z_{MWU} : -4.491; p: 0.000).

Rebozo grubunda bulunan annelerin doğum sürecindeki deneyimi kontrol grubundaki annelere göre daha olumlu olduğu saptandı. Doğum sürecinde her iki gruptaki annelerin doktordan memnuniyet durumlarının benzer olduğu tespit edildi.



Şekil 4-3: Rebozo ve kontrol grubunun Mackey Doğum Memnuniyeti toplam ve alt boyut puan ortalamalarına göre dağılımı

Tablo 4-8: Rebozo Grubunun Yönteme İlişkin Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

	<i>Evet</i>		<i>Hayır</i>	
	n	(%)	n	(%)
<i>Doğumda uygulanan Rebozo Tekniği'nden memnun kaldım</i>	31	(%100)		
<i>Rebozo Tekniği doğum sancılarım ile baş edebilmeme yardımcı oldu</i>	31	(%100)		
<i>Rebozo Tekniği doğumdaki kaygımı azalttı</i>	31	(%100)		
<i>Rebozo Tekniği doğumda beni rahatlattı</i>	31	(%100)		
<i>Rebozo Tekniği uygulanırken sıkıntı yaşadım.</i>			31	(%100)
<i>Tekrar doğum yapsam bu işlemin uygulanması isterim</i>	31	(%100)		
<i>Rebozo Tekniği'ni kesinlikle başkalarına tavsiye ederim.</i>	31	(%100)		

Rebozo Tekniği'nin uygulamasına dair gebelerin görüşlerine ilişkin bulgular Tablo 4-11'da yer almaktadır.

Rebozo grubunun yönteme ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde; yöntemin rahatlamaya olan etkisi (%100), yöntemden memnuniyet (%100), yöntemin kaygıyı azaltmaya etkisi (%100), doğum sancıları ile başa çıkmaya yardımcı olması (%100), yöntemin uygulanmasını yeniden tercih etme (%100), yöntemi tavsiye etme (%100) ve yöntem kullanımından sıkıntı yaşamamış olma durumlarının (%100) rebozo grubuna dahil olan tüm katılımcıların olumlu değerlendirme yaptığı saptandı (Tablo 4-11).

5. TARTIŞMA

Güncel literatür incelendiğinde Rebozo Tekniği'nin; algılanan doğum ağrısı, doğum deneyimi ve doğum memnuniyetine etkisini araştırmak amacıyla yapılmış olan bu çalışma ile benzer çalışmanın olmaması, uygulamanın geleneksel bir uygulama olması ve bu konuda henüz yayınlanmış araştırmaların deneysel olmamasından dolayı nedenlerin bu konunun ele alınmasında kısıtlılıklar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple çalışmadan elde ettiğimiz sonuçlar; doğum ağrısını gidermede kullanılan refleksoloji, TENS uygulaması, akupresür, akupunktur, solunum teknikleri, nefes egzersizleri gibi analjezik olmayan yöntemlerin doğum memnuniyetine ve doğum deneyimine etkilerini değerlendiren araştırmalar ışığında tartışılmıştır.

Tarihsel süreçte feminist aktivistler doğumda kullanılan analjeziklerin kadının ağrıdan özgürleşerek doğumda acı çekmesinin ortadan kaldırılmasının kadının hakkı olduğu savunmuşlardır. Bu görüşe istaden doğumun giderek doğallığından uzaklaştırılmış, hekim kontrollünde ve sürekli müdahaleye ihtiyaç duyulan tıbbi bir süreç olduğu meşrulaştırılmıştır. Teknoloji ile birlikte hızla gelişen tıp sayesinde kadınlar doğumlarında özgürleşmek isterken tamamıyla kontrolü kaybetmişlerdir. Halbuki doğum yapabilmek, kadın bedeninin en tabi ve hayranlık uyandıran bir fonksiyonu olduğu şüphe götürmezdir (Kulakaç, 2021). Bugün doğuma tıbbi yaklaşım ve gereksiz müdahalelerin varlığı tartışma konusudur. Birçok kanıta dayalı çalışmanın gereksiz müdahalelerin maternal ve fetal sağlığa ilişkin çıktıları iyileştirmede ayrıca sezeryan oranlarını etkilediğine dair sonuçları dikkat çekicidir (Bugg, Siddiqui, & Thornton 2013; Downe et al. 2013; Miller & Miller 2012; Rathfish ve Güngör 2009; Smyth, Markham, & Dowswell 2013). Dahası gereksiz müdahaleler ile doğum eyleminde sağlanan bakımda anne ve bebeğin ihtiyaçlarına ve iyilik durumunun devamına yönelik olmaktan ziyade sağlık profesyonellerinin gereksinimlerine veya tıbbi uygulamaların kolaylaştırılması yönünde olmuştur (Rathfisch, 2018).

Güncel gelişmeler doğumda kadınların otonomi ve karar verme süreçlerinin artırdığını gösterse de doğuma ilişkin mitler hala varlığını sürdürmektedir. Bunlardan en yaygın olanı doğum ağrısı ve buna ilişkin korku furiasının hala etkili olmasıdır. Giderek ivme kazanan 'ağrısız doğum' bilincinin içselleştirilmesi beraberinde aneztezik ilaçların kullanımının artması da söz konusudur (Kulakaç, 2021). Ancak doğuma müdahale olması ile kadının doğumda otonomisi ile çelişmektedir. Bu nedenlerle doğum eyleminde anneliğin özgünlüğünün sağlandığı doğal, kadın merkezli, geleneksel yaklaşımın olması aynı zamanda kadın ile doğum eylemine destek veren kişilerin işbirliği içinde olması önem arz etmektedir. Bu da invaziv olmayan yöntemlerin

kullanılması ve kullanımının artırılması ile sağlanabilmektedir. Bu bağlamda doğum sırasında ideal olan doğum ağrısının yönetilmesinde daha çok invaziv olmayan yöntemlerin artırılarak uygulanmasıdır (Whitburn & et. all., 2014). Güncel ve geleneksel bir uygulama olan Rebozo Tekniği'nin doğum eyleminde algılanan ağrı, doğum deneyimi ve memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları şu başlıklar altında tartışılmıştır.

Bunlar;

- Gebe Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri Karşılaştırılması
- Gebelerin Doğum Eylemindeki Vital ve Fizik Muayene Bulguları ile Doğum Sonrası Vital Bulgularının Tartışılması
- Gebe Kadınların VAS Ağrı Skorlarının Karşılaştırılması
- Gebelerin Geçirdiği Doğum Eyleminin Süreleri ve Yenidoğan Özelliklerinin Tartışılması
- Kadınlara Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Tartışılması
- Kadınlara Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulguların Tartışılması

5.1. Gebe Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri Karşılaştırılması

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen rebozo ve kontrol grubundaki kadınların yaş, eğitim ve evlilik süreleri, çalışma durumları gibi özelliklerin sorgulandığı sosyo-demografik bilgiler ile dismonere ve doğum öncesi bakım ve doğum öncesi eğitim alma gibi obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verildi. Ayrıca doğuma ait yaşadığı korku ile ilgili bulgular ele alındı. Çalışma örneklemine katılan gebelerin sosyo-demografik özellikler ile obstetrik özellikler arasında farkın görülmemesi, çalışmanın ideal bir temelle dayandırılarak yapılmış bir çalışma olduğunu görüldü. Literatür doğrultusunda konu ile ilişkili tartışılacak olan çalışma bulgularının, olabildiğince ağrıyı etkileyebileceği düşünülen etmenler açısından tartışıldı.

Ağrı üzerine etkili faktörler çok çeşitli olmasıyla birlikte bunlardan biri de anne yaşıdır. Anne yaşı ile ağrı arasında bağlantı olduğunu gösteren verilerin doğruluğu her ne kadar zayıf olsa da yaşın ilerlemesi ile ağrı toleransının arttığı ve ağrı bildirimlerinin azaldığı söylenmektedir (Lowe 1989; Mamuk, 2017). Bununla birlikte ilk doğumu yapan kadınların ikinci ve üçüncü doğumunu yapan kadınlara göre daha yüksek derecede ağrı hissettikleri vurgulanmaktadır (Berkiten Ergin, 2013). Şirin'in 2016'da yaptığı adölesan örneklem grubunun doğum üzerindeki etkilerini değerlendirdikleri lisansüstü tez çalışmasında (n=300) vaka grubunun yaş ortalamasını 17.86 ± 1.08 , kontrol grubunun yaş ortalamasını 23.93 ± 1.80 olarak belirleyerek algılanan doğum ağrısının da adölesan grupta daha şiddetli olduğunu belirtmiştir (Şirin, 2016). Doğum ağrısı ile yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, ilk doğumunu yapan annelerin ortalama yaşlarının

benzer olduğu göze çarpmaktadır. Ayrıca TNSA 2018 araştırma verilerine göre 25-49 yaş grubu kadınların ilk doğumda ortalama yaşın 23.3 olduğu bildirilmiştir (TNSA, 2018). Bu durum ülkemizde ilk doğumunu yapan kadınlarda ağrı toleranslarının da oldukça az olduğunun göstergesi olarak düşünülebilir. Ancak son yıllarda ileri anne yaşında artışı göz önünde bulundurmak gereklidir. Örneğin TÜİK verilerine göre 2020 yılında ilk doğumunu gerçekleştiren kadınların ortalama yaşı 26.5 olduğu açıklanmıştır (TÜİK, 2020). Kadınların doğum eylemi sırasında Rebozo Tekniği ile ilgili deneyimlerinin araştırıldığı nitel çalışmada ise annelerin ortalama yaşı 32.4 olarak belirtilmiştir (Iversen et al. 2017). Ülkemizde ilgili literatürde çalışma örneğine benzer araştırmaya rastlanılmadı. Bu sebeple çalışmaya katılan örneklem grubunun yaş ortalaması yapılan doğum ağrısı ve masaj ile yapılan diğer çalışmalarla değerlendirildi. Bu çalışmalarda anne yaşının ortalaması; Çapar (2019) 21.98 ± 3.23 , Kaplan (2021) 22.2 ± 3.4 , Gönenç (2013) 23.4 ± 3.16 ve Altınayak (2020) 24.28 ± 3.86 olarak bildirilmiştir (Altınayak Öztürk 2020; Çapar 2019; Gönenç 2013; Kaplan 2021). Bu çalışmaya katılan örneklem grubunun yaş ortalaması sırasıyla rebozo grubunun 23.27 ± 4.50 ve kontrol grubunun 22.70 ± 3.70 olduğu ve gruplar arasında farklılık olmadığı tespit edildi ($p > 0,05$; Tablo 4-1). Çalışmanın doğum ağrısı ve masaj ile yapılan diğer çalışmalarla benzer nitelikte olduğu görüldü.

Araştırma örneklemine dahil edilen her iki gruptaki kadınların eğitim düzeylerinin ortaokul seviyesinde ve grupların benzer olduğu bulundu ($p > 0,05$; Tablo 4-1). Bu çalışma ile aynı bölgede yapılan Akdeniz'in tez çalışmasında (2021), araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyelerinin lise altı olduğunu tespit etmiştir (Akdeniz, 2021). TNSA 2018 verilerinde de 15-49 yaş aralığındaki kadınların ortalama eğitim sürelerinin 8 yıl olduğu görülmektedir. Bu bulgu, çalışmadaki katılımcıların eğitim düzeyinin ülke ve çalışmanın yapıldığı bölge genelinde olduğunu göstermektedir (TNSA, 2018).

Çalışmaya dahil edilen kadınların kazanç sağlayan herhangi bir işte çalışmadığı bulunmuş, bu durumun gruplar arasında da benzer olduğu görüldü ($p > 0,05$ Tablo 4-1). TNSA 2018 verileri ile karşılaştırdığımızda, Türkiye 'de 15-49 yaş arasındaki kadınların %64'ün son 12 ayda gelir getiren bir işte çalışmadığı görülmektedir. Buradan yola çıkarak çalışma, ülke geneli ile paralellik gösterdiği ayrıca ülkede yaşanan Covid-19 pandemisi nedeniyle işsizlik oranlarındaki artışa paralel olarak bu durumun kadın işsizliğine daha çok yansması ile açıklanabilir.

Dismenore kadınların en çok yakındıkları jinekolojik sağlık sorunlarından biridir. Dismenore öyküsünün varlığı ile doğum ağrısı arasında ilişkisel bir bağlantının olduğunu bildirilmektedir. Örneğin dismenore öyküsü olan kadınların daha yüksek prostaglandin seviyelerine sahip olduğu, doğum eyleminde bu seviyenin zaten artmasından dolayı bu kadınların

daha şiddetli ağrı duyduklarından bahsedilmektedir (Bernardi & et. all., 2017; Dawood, 2006). Çalışmadaki katılımcıların rebozo grubunun yarısından fazlasında (%55,6) dismenore öyküsü olduğu bulundu. Bununla birlikte gruplar arasında menstrüasyon döneminde dismenore dağılımları arasında anlamlı bir fark olmadığı da görüldü ($p>0,05$; Tablo 4-1). Bu benzerlik ile katılımcıların ağrı algıları bakımından benzer olduğu varsayılabilir. Çalışmadaki kadınların hiç biri daha önce jinekolojik ameliyat olmadığını ifade etti. Bu durum araştırmanın gücünü ve güvenilirliğini göstermesi açısından önemlidir.

Maternal mortalite oranlarının artmasının nedenlerinin bir diğer faktörü de doğum öncesi bakım eksikliği veya yokluğudur. Koruyucu sağlık hizmetlerin arasında yer alan doğum öncesi bakım ile maternal ve fetal sağlığının korunması, olası risklerin erken belirlenmesi ve ciddi sorunlara yol açmadan önlemlerin alınabilmesi için ayrıca önemlidir (Tatar, 1990; Turan, Ceylan ve Teyikçi, 2008). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca bakımın standardize edilmesini sağlamak amacıyla 'Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi' yayınlanmıştır. TNSA 2018 veri sonuçlarına göre, doğum öncesi bakım alma oranını %96 olduğunu, kadınların %94'ü veya daha fazlasının uzman/nitelikli bir kişiden doğum öncesi hizmet aldığı bildirilmektedir. Çalışmadaki kadınların her iki grupta da düzenli olarak antenatal bakım hizmeti aldığı bulundu (Tablo 4-1). Bu durumdan yola çıkılarak ülke genelinde doğum öncesi bakım hizmetinin önemi ve ulaşılabilirliği ve çalışmadaki kadınların da bu hizmetti almış oldukları söylenebilir.

TNSA 2018 verilerine dayanarak ülke genelinde kadınların %89.7'sinin doğum öncesi bakım sayısı 4'ün üzerinde olduğu bildirilmektedir. Çalışmadaki gebe kadınların 4 ve üzeri sayıda doğum öncesi bakım hizmeti aldığı bulundu (Tablo 4-1). Bu durum gruplar arasındaki dağılımın da istatistiksel olarak farklı olmadığı göstermektedir ($p>0.05$).

Prenatal eğitimin annenin kendine olan güvenin artması ile anksiyetesinin azalmasına orantılı olarak doğum ağrısı ile başa çıkmada da çok önemli etkileri olduğu belirtilmektedir (Dinç ve ark., 2014; Esencan ve ark., 2018). Gebe eğitiminin doğum sonuçlarına etkisinin araştırıldığı çalışmalarda, gebe eğitimi alan kadınlar ile eğitimi almayan kadınlar karşılaştırılmış ağrı değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu belirlenmiştir (Aktan, 2015; Çoşar ve Demirci, 2012). Doğuma iyi hazırlık yapılmamış olması, beraberinde endişe ve güvensizliği de getirdiğinden doğumun doğal akışını da bozmaktadır (Rathfisch, 2018). Bu çalışmada neredeyse tamamı gebelik döneminde doğuma hazırlık eğitimi veya doğuma hazırlık sınıflarına katılmadığı bulundu (Tablo 4-1). Bu durum çalışmanın Covid-19 pandemi döneminde yapılmış olması nedeniyle gebelerin mümkün olduğu kadar hastane ortamından uzak tutulmuş olması ve bu dönemde çalışmanın yapıldığı hastanede gebe okulunun hizmet vermemesi sebebiyle

beklendik bir durumdur. Ancak örneklem grubuna dahil edilen kadınların gebelik eğitimi veya doğuma hazırlık sınıflarından bilgi almamış olmaları doğum sürecinde ağrı algısı üzerinde olumsuz etkiler yarattığını düşündürmektedir.

Çalışmada katılımcıların doğuma hazırlık eğitimi almamış olmalarına rağmen her iki grupta da gebelik süresince düzenli kontrollere gittiği ve antenatal bakım aldıkları tespit edildi (Tablo 4-1). Bu bulgu çalışmanın yapıldığı bölgedeki gebelerin antenatal hizmetlere ulaşılabilirliğini ve çalışma bulgularını olumlu yönde desteklediğini düşündürmektedir. Korku normal doğum eyleminde çok sık karşılaşılan bir durumdur. Korku doğum eyleminin yavaşlaması veya durmasına neden olarak doğumda ciddi bir risk oluşturmaktadır. Bu sebeple gebelik kontrollerinden başlanarak kadınların kaygı ve korku düzeyleri değerlendirilmeli gerekli durumlarda yönlendirmeler yapılmalıdır (Rathfisch, 2018). Yapılan çalışmalarda doğum korkusu prevalansının, primiparlarda multiparlara göre daha yüksek olduğu, kadınların çoğunun hafif düzeyde korku yaşadığı, daha az oranın ise ciddi düzeyde korkuları olduğunu göstermektedir (Rouhe et al., 2009; Spice et al., 2009). Ülkemizde kadınlarda doğum korkusunun araştırıldığı yapılan bir çalışma da ise, kadınların %50,4'ün normal doğumdan korktuğu bilgisi verilmektedir (Dönmez, Yeniel ve Kavlak 2014). Gönenç'in çalışmasında (2013) kadınların %76,7'si normal doğumdan korktuklarını bulmuştur (Gönenç, 2013). Çalışmada örneklem grubuna dahil edilen kadınlara doğuma ilişkin korkularının olduğu görüldü. Kadınların büyük çoğunluğu (%71) doğumdan korktuklarını özellikle doğumda ağrı yaşamaktan korktuklarını tespit edildi (Tablo 4-3). Gruplar arasında farklılık olmadığı görüldü. ($p>0,05$). Çalışma kapsamındaki gebelerin doğum sürecine ait bilgilerin yetersizliği olması ve sosyo-kültürel farklılıklar gibi etmenlerin doğuma dair korku oranlarını etkilediği düşünülmektedir.

5.2 Gebelerin Doğum Eylemindeki Vital ve Vajinal Muayene Bulguları ile Doğum Sonrası Vital Bulgularının Tartışılması

Örneklem grubuna dahil olan rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin doğumun birinci evresinin latent evresine ait hayati bulgular karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p>0.05$; Tablo 4-3). Ulusal ve uluslararası literatürde bu çalışma ile ilgili benzer sonuçlara rastlanılmamıştır. Nonfarmakolojik uygulamaların doğum sürecine etkilerinin araştırıldığı çalışmalardan biri olan Pooneh (2020)'in doğumun latent evresinde primipar gebelerde ayak mesajının etkilerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında, ayak mesajının maternal bulguları olumsuz etkilemediğini saptamıştır (Pooneh, 2020). İpek'in (2014) doğumda gebelerin alt sırt bölgesine uygulanan masajın etkisini araştıran çalışmasında, gebelerin

maternal vital bulgularının kontrol grubu ile benzer olduğunu belirtmiştir (İpek, 2014). Bu sonuçlardan yola çıkarak doğum eyleminde uygulanan Rebozo Tekniği'nin diğer nonfarmakolojik uygulamalar gibi doğumun ilk evresi olan latent fazda maternal sonuçları olumsuz etkilemediği ve Rebozo Tekniği'nin latent evrede ebe/hemşire tarafından uygulanabilir olduğunu göstermektedir (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

Çalışmanın doğumun birinci evresinin aktif fazında rebozo ve kontrol grubundaki gebelere ait vital bulguların karşılaştırılmasında, gruplar arasında vital bulgular açısından istatistiksel olarak benzerlik olduğu bulundu (Tablo 4-2; $p>0.05$). Çapar'ın gebelere uyguladığı sıcak ve soğuk akupressür uygulamasının doğum sürecine etkilerini incelediği çalışmasında, doğum süresince tüm gruplarda yer alan gebelerin maternal bulgularının birbirine benzer olduğu ve uygulamanın vital bulgu değerlerini olumsuz etkilemediğini saptamıştır (Çapar, 2019). Farklı bir nonfarmakolojik uygulama olan Swedish masajının doğum sürecine etkilerinin incelendiği Tırkaz'ın (2019) çalışmasında, masaj uygulamasından sonra annelerin yaşam bulguları deney ve kontrol gruplarında benzer olduğu bulunmuştur (Tırkaz, 2019). Rebozo Tekniği'ni farklı masaj uygulamaları ile benzer olduğu varsayıldığında, bu uygulamalardaki kadınlarda olduğu vital bulgularının normal aralıklarda olduğu saptandı.

Doğumun birinci evresinin geçiş fazında rebozo ve kontrol grubundaki kadınların yaşamsal bulguların karşılaştırılmasında, bir dakika içerisindeki solunum sayıları açısından istatistiksel olarak düşük düzeyde bir farklılığın olduğu saptanmıştır (Tablo 4-2; $p: 0.03$). Gruplar arasında doğumun birinci evresinin tüm evrelerinde nabız, sistolik ve diyastolik basınç açısından farklılığın olmayışı bu durumun rastlantısal olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Dilatasyonun tamamlanması güçlü uterus kontraksiyonlarının serviksi yukarı doğru çekmesi ile gerçekleşir. Bu nedenle güçlü uterus kontraksiyonlarının düzenli aralıklarla gelmesi doğumun gerçekleşmesini sağlayan temel öğelerdendir. Doğumun birinci evresinin latent fazında kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakika aralığında 15-20 saniye sürerken, gittikçe sıklaşarak 5-7 dakikada 30-40 saniyeleri bulan güçlü kasılmalar görülür. Aktif fazda ise bu süre daha kısalarak her bir kontraksiyon 2-5 dakika aralığında 40-60 saniye uzunluğundadır. Doğumun geçiş fazında kontraksiyonların şiddeti pik noktasına ulaşmıştır. Kontraksiyonlar 2-3 dakika aralığında 60-90 saniye uzunluğuna ulaşır (Durmaz, 2018). Rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin fizik muayene bulgularının karşılaştırılmasında, kontrol grubunun sadece servikal dilatasyon bulgusunun rebozo grubuna göre anlamlı derece yüksek olduğu görüldü (Rebozo grubu: 6.03 ± 0.18 , Kontrol grubu: 6.68 ± 0.60 ; $p: .000$). Bu bulgunun dışında servikal efasman ölçüleri bakımından bir fark görülmedi (Rebozo grubu: 69.68 ± 8.36 , Kontrol grubu: 64.58 ± 13.31 $p: 0,110$). Primipar

kadınlarda servikal efasmanın, dilatasyondan önce tamamlandığı dikkate alındığında bu durumun rebozo grubu aleyhine olmadığını düşünüldü. Çalışmadaki servikal dilatasyon ve servikal efasman ve literatürde bildirildiği gibi ilerlemiş olduğu belirlendi (Tablo 4-3). Rebozo ve kontrol gruplarının fetal baş seviyesi ve fetal kalp atım hız değerleri karşılaştırıldığında, doğumun tüm evrelerinde Rebozo Tekniği uygulamasından sonra değerlendirilen fetal baş iniş seviyesi ve fetal kalp atım hız değerleri rebozo ve kontrol grupları arasında benzerlik olduğu ve istatistiksel anlamda anlamlı farklılığın olmadığı görüldü (Tablo 4-3; $p>0.05$). Bu durum travay esnasında Rebozo Tekniği'nin uygulanması fetal baş iniş seviyelerinde ve fetal kalp atım hızlarında değişikliğe neden olmadığını göstermektedir. Uluslararası literatürde bulunan kısıtlı çalışmalarda da Rebozo Tekniği'nin fetal sonuçlara etkisinin olduğunu gösteren bir bilgiye ulaşılamamıştır (Cohen & Thomas, 2015; Iversen et al., 2017). DSÖ tarafından doğumda kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin kabul edilebilir olması için güvenilir, maternal ve fetal sağlığa zarar vermeme standardı kabul edilmektedir (WHO, 2018). Literatürde Rebozo Tekniği'nin geleneksel kullanılabilir bir uygulama olduğu bildirilmiştir (De Keijzer & Van Tuly, 2015).

Rebozo grubu ve kontrol grubunun istatistiksel karşılaştırılmasında, kontrol grubunun latent fazda kontraksiyon şiddeti rebozo grubunun kontraksiyon şiddetine göre yüksek bulundu ($p: 0,013$). Bu bulgunun diğer evrelerde görülmemesi aynı zamanda latent fazda sayı ve sıklık süresi açısından aktif fazda ise tüm özelliklerin benzer olması yönünden tesadüfi olduğu düşünüldü (Tablo 4-3; $p>0,05$). Bunun dışında iki grup arasında geçiş fazında kontraksiyon sayı ve sıklık süresi açısından karşılaştırıldığında yine kontrol grubunu için anlamlı derecede farklılık olduğu bulundu (sıklık $p: 0,002$; süre $p: 0,002$). Bu evrede rebozo grubu latent ve aktif fazı daha konforlu geçirdiği için geçiş fazına etkileri devam etmiş olabileceğini ve kadınların bu evreyi daha rahat geçirdiklerini ayrıca rebozo grubu katılımcıların ağrıyı tolere etme yeteneğini kazanmış olma ihtimalini de düşünülmektedir. Ulusal ve uluslararası literatürde bu sonuçlarla kıyaslanabilecek Rebozo Tekniği'ne ilişkin herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Postpartum dönem 24. Saatinde solunum, nabız, sistolik basınç ve diyastolik basınç ölçüm değerleri açısından karşılaştırılmasında, rebozo ve kontrol grubu anneler arasında farklılık saptanmadı. Bu sonuçlardan Rebozo Tekniği'nin lohusalarda vital değerleri etkilemediğini söylenebilir.

5.3. Gebelerin Doğum Eylemindeki VAS Puanlarının Tartışılması

Ağrı sübjektif bir bulgu olduğu için tanımlamak zordur. Ağrının kanıtı kişinin ona yüklediği anlamdır (Berkiten Ergin, 2013). Doğumun başlaması ve ilerlemesiyle ağrı algısı,

fizyolojik ve psikolojik birçok faktörün etkisi altındadır. Fetüsün ilerlemesi, doğum kanalı, eylemin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçler gibi fizyolojik faktörler ağrının şiddetini değiştirmektedir. Doğum eylemi, latent, aktif ve geçiş fazlarına doğru ilerledikçe doğum ağrısının da şiddetlenmesi söz konusudur (Avcıbay ve Alan 2011). Bu bölümde çalışmanın doğumun latent ve aktif fazında Rebozo Tekniği'nin uygulama öncesi ve sonrası ağrı seviyeleri değerlendirildi.

Çalışma örneklemine dahil olan rebozo ve kontrol grubundaki kadınların latent fazdaki VAS skorları karşılaştırıldığında, rebozo grubu ve kontrol grubu arasında uygulama öncesi fark bulunmazken ($p:0,146$), rebozo grubunun uygulama sonrası VAS skorları kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptandı (Tablo 4-5). Ayrıca gruplar arasında anlamlı derecede farklılıklar olduğu bulundu ($p: 0,000$; Tablo 4-3). Literatürde doğum eyleminin birinci evresinin latent fazında Rebozo Tekniği uygulamasının etkinliğini değerlendiren bir çalışma ile karşılaşılmadı. Pooneh (2020) latent fazda kadınlara uyguladığı refleksoloji çalışmasının sonucunda, vaka grubundaki kadınlar ile kontrol grubu karşılaştırılmış, vaka grubundaki gebelerin daha az ağrı algıladığı bulgusu ortaya çıkmıştır (Pooneh, 2020). Çevik ve Karaduman'ın (2020) sakral masaj ile doğum ağrısı ve anksiyete ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, latent evrede deney grubunun VAS skorlarını 3.57 ± 1.43 olarak bildirmiştir. Yine aynı çalışmada sakral masaj sonrası deney grubu ile kontrol grubu arasında VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Karaduman ve Akküz Çevik, 2020). Benzer şekilde, Park ve arkadaşlarının (2003) gebe kadınların SP6 noktasına akupressürün uygulamasının doğum sürecine etkisini araştırdıkları bir çalışmada, latent evrede uygulama öncesi ve sonrası VAS puanları karşılaştırılmıştır. Uygulama yapılan grubun VAS puanlarında anlamlı derece düşmeler olduğu görülmüştür (Park & et. all.,2003). Çalışma sonucunda Rebozo Tekniği'nin latent evrede uygulanmasının doğum ağrısı üzerinde etkin ve literatürü destekler nitelikte olduğunu görmekteyiz (De Keijzer & Van 2015).

Çalışmada doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında rebozo grubunun uygulama sonrası VAS ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edildi ($p: ,000$). Purwanti'nin (2020) doğumun birinci evresinin aktif fazında, Rebozo Tekniği'nin ağrıyı gidermede etkisini karşılaştırmak amacıyla ön test-son test düzeni kullanılarak yaptığı çalışmada, gebe kadınlara doğumun aktif evresinde Rebozo Tekniği'ni uygulanmış, ilk ve son değerlendirme ağrı puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır ($p: 0,000$; (Purwanti, 2020). Iversen ve ark.'nın (2017) yaptıkları Rebozo Tekniği'ne ilişkin nitel çalışmada kadınlar, rebozo uygulamasından sonra daha az ağrı hissettiklerini belirtmişlerdir (Iversen & et all. 2017). Bundan

başka nonfarmakolojik yöntemlerin karşılaştırıldığı farklı çalışmalarda, Kaplan (2021) tensel uyarılma yöntemlerinin (refleksoloji) doğumun aktif, geçiş ve ikinci evrenin süresini kısalttığını, ağrı puan ortalamalarını azalttığını, Sade (2020) doğumda gebe kadınlara uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısını azalttığını bildirmiştir (Kaplan, 2021; Sade, 2020). Yıldırım (2001) birinci evrede ebe-hemşire desteği ile uygulanan solunum ve tensel uyarıcı tekniklerin ağrıyı azalttığını saptamıştır (Yıldırım, 2001). Gönenç (2013) ise masaj ve akupresurun beraberinde uygulandığında gebelerin algıladığı ağrıyı azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir (Gönenç, 2013; Kaplan, 2021; Sade, 2020). Deniz'in doğum eyleminde LI4 akupresör noktasına uygulanan basının doğum ağrısı ve süresine etkisini değerlendiren randomize, kontrollü ve plasebo tasarımlı deneysel çalışmasında, uygulama sonrası gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık olduğu, deney grubundaki katılımcıların ağrı skorlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir (Deniz, 2019). Benzer şekilde Ersöz'ün 2019 yılında sakral masajın doğum ağrısı üzerine etkisini araştıran randomize kontrollü çalışmada da, masaj uygulamasının doğum ağrı skorlarını etkilediği belirtilmiştir (Ersöz, 2019). Çalışmadaki uygulama sonrası ağrı skorları değişimi Rebozo Tekniği'nin doğum eyleminin aktif fazında etkili olduğunu, literatürde bulunan bu konuya ilişkin kısıtlı çalışmalar ile masaj uygulamasına dair farklı çalışmalarla benzer niteliktedir. Çalışmadaki sonuçlar, uygulama yapılan kadınlarda ağrı yoğunluğunu azaltması ve kadınların ağrı ile baş etme becerilerini artırması yönünden Rebozo Tekniği'nin etkili nonfarmakolojik yöntem olarak rahatlıkla kullanılabilir olduğunu göstermektedir. Bu teknik ile sallama hareketi yapılan bölgedeki kaslarda gevşeme etkisi yaratması ağrı algısını azalttığını veya sallama hareketi ile ağrının sinirler aracılığı ile taşınması engellendiğinden hissedilen ağrı yoğunluğunda değişim yaşanıldığı düşünülmektedir. Rebozo Tekniği masaj uygulaması niteliğini taşıması göz önüne alındığında uygulamanın, serotonin ve dopamin düzeylerini arttırmış olabileceği, uygulama yapılan bölgedeki kan akımının artmasına bağlı oksijenasyonun artması ve kadında gevşeme hissini sağlayarak ağrı algısını azalttığı düşünülmektedir. Tüm bu sonuçlardan yola çıkılarak; **Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınlar ile uygulanmayan kadınların ağrı algısına ilişkin VAS puanları arasında fark olduğu Rebozo Tekniği'nin ağrıyı azaltmada kullanılabilen bir uygulama olduğu kabul edilebilir (H1).**

5.4. Gebelerin Geçirdiği Doğum Eyleminin Süreleri ve Yenidoğan Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmadaki rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin doğumun birinci evresinin latent, aktif ve geçiş faz süresi, ikinci evre ve plesantanın ayrılma süresi ve toplam doğum süresine göre karşılaştırıldıklarında, gruplar arasında latent ve aktif faz süresi ve plesantanın ayrılma süresi

arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0.05$), grupların doğumun birinci evresinin geçiş fazı ile doğumun ikinci evre süreleri açısından gruplar arasında anlamlı farklar olduğu bulundu (Tablo 4-3; $p<0.05$). Rebozo Tekniği uygulanan gebelerin geçiş faz süresi ile ikinci evrenin süresinin, deney grubuna göre daha kısa olduğu saptandı (Tablo 4-3; $p<0.05$). Ulusal ve uluslararası literatürde Rebozo Tekniği'nin doğum süresine etkisini değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Doğumun birinci ve ikinci evrelerinde masaj uygulanan ve uygulanmayan grupların doğum sürelerini değerlendiren çalışmalarda, masajın doğum sürelerini kısaltmada istatistiksel olarak anlamlı fark yaratmadığı belirtilmiştir (Chang, Wang & Chen, 2002; Janssen, Shroff & Jaspar, 2012). Doğum eyleminde SP6 noktasına akupresürün doğum ağrısı ve doğum süresine etkisi araştıran farklı bir çalışmada, akupresür uygulamasının uygulanmayan gruba göre doğum süresinin daha kısa olduğu bulunmuştur. Kanıta dayalı incelemelere dayanarak DSÖ, fizyolojik doğum sürecini destekleyen ve hareket özgürlüğü imkanı veren duvara yaslanma, yürüme, sallanma hareketleri vb. uygulamaları önermekte, sabit bir pozisyonda kalınmaması vurgulanmaktadır (The Royal Collage Midwives-RCM, 2012). Karaman'ın (2017) travay sürecince sağlanan hareket serbestliğinin doğum sürecine etkisini değerlendiren randomize kontrollü çalışmasında, çalışma grubundaki gebelerin dilatasyon süresi (ÇG: $6,4\pm0,8$ -KG: $7,4\pm1,0$) ve ekspulsiyon sürelerinin (ÇG: $16,0\pm5,1$, KG: $23,4\pm6,6$), çalışma grubunda daha kısa olduğunu belirtilmiştir (Karaman, 2017). Thilagavaty (2012) doğumun birinci evresinin aktif fazında gebelerin kullandıkları dik pozisyon ile supune pozisyonlarının etkisi karşılaştırılmış, dik pozisyonda kalan olan gebelerin doğumun ikinci evresinin daha kısa olduğu görülmüştür (Thilagavaty, 2012). Bu çalışma sonucuna göre uygulamanın doğumun birinci evresinin geçiş fazı ile doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmada etkili olmasını, aktif fazda ayakta yapılan Rebozo Tekniği'nin geçiş fazını etkilemiş olabileceğine böylece Rebozo Tekniği'nin doğumun ilerleyişini hızlandığı varsayılabilir. Rebozo Tekniği kadın ayakta dayandırma pozisyonda yapıldığında pelvik hareketleri indüklediği göz önüne alındığında, uygulamanın DSÖ'nün önerilerine uygun olduğunu göstermektedir (De Keijzer & Van Tuly, 2015;WHO, 2018). Doğum eyleminde Rebozo Tekniği'nin uygulanması bu açıdan bakıldığında doğuma hareket özgürlüğü katması ve DSÖ önerilerini destekler düzeyde olması bakımından avantajlı ve doğum evrelerini kısaltmada etkili bir yöntem olduğunu söyleyebiliriz. **Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre toplam doğum süreleri daha kısa olduğu, doğum süresine etkili bir uygulama olduğu kabul edilebilir (H2).**

Doğum ağrısının giderilmesinde kullanılan invaziv olmayan yöntemler fetüse zarar vermeyerek fetal hemoaztazı sürdürmesi beklenir (Pooneh, 2020). Literatürde fetal ağırlığın

doğumda ağrı üzerine etkili faktörlerden sayılması ve APGAR skorlarının fetal iyilik halini göstermesi nedeniyle çalışmada fetal ağırlık ve APGAR skorları incelenmiştir. Çalışma sonuçlarına bakıldığında her iki grubun yenidoğan ağırlığı ve APGAR 1. ve 5.dakikalarda gruplar arasında istatistiksel anlamda farklılık olmadığı saptandı ($p>0.05$). Cohen ve Thomas'ında 2015'te Rebozo Tekniği uygulamasının fetal malprezantasyon sonuçlarına etkisini araştırdıkları çalışmada, uygulamanın neonatal sonuçları etkilemediği belirtilmiştir. Bu konuda yapılmış bir diğer çalışmada da tekniğin bebek sağlığına olumsuz etki yarattığına ilişkin veriler bulunmamaktadır (Cohen ve Thomas, 2015; Iversen et al. 2017). Bu çalışmada da bebeklerin APGAR skorlarının normal standartlar içinde olduğu ve yapılan kısıtlı sayıdaki çalışmalarla benzerlik göstererek travayda uygulanmasının APGAR sonuçlarına etkisinin olmadığı görülmektedir.

5.5. Gebelerin Geçirdikleri Doğum Deneyimine İlişkin Bulguların Tartışılması

Günümüzde doğum bakım hizmetlerinin kalitesinde, maternal ve fetal morbilite ve mortalitenin azaltılmasının yanında doğumda annenin konforunun da artırılması amaçlanmaktadır (Soriano-Vidal & et.all, 2016). Doğum ile ilgili memnuniyet, olumlu doğum deneyiminin en önemli göstergesidir (Bilgin ve ark., 2018). Kadınların olumsuz doğum deneyimlerinin bir diğer nedeni de doğum beklentilerinin karşılanmaması sonucu yaşadıkları hayal kırıklığıdır. Doğumda yaşanan hayal kırıklığı sonucunda kadının doğuma yüklediği anlamın olumsuzluğuna, vajinal doğumdan kaçıp sezeryan doğum talebinin artmasına neden olmaktadır (Aslan ve Okumuş, 2017; Müslüman, 2021). Literatürde kadının gebelik ve doğum deneyimi, anne ve bebek bağlanması ve doğuma yüklenen anlam ile ilişkilendirilebilecek bir durum olduğu ifade edilmektedir (Bay, 2019; Şahin, 2021). Doğum deneyimine ait görüşlerin bildirildiği sistematik bir derlemede, doğum yapan kadınların çoğunluğunun ilk olarak pozitif doğum deneyimlemek istediği gösterilmiştir (Downe & et. all, 2018). Cook ve Loomis'in yaptığı (2012) nitel çalışmada, kadınların doğum esnasında desteklenmesi, verilen intrapartum bakımında gereksiz müdahalelerden kaçınılması ve ağrı yönetim stratejilerinin uygulanması doğum memnuniyetini artırarak doğum deneyimini pozitif yönde etkilediğini bildirilmiştir (Cook & Loomis, 2012). Doğumda algılanan ağrı, doğum deneyimini etkilemede önemli bir faktördür. Rosseland ve ark. (2020) çalışmasında doğum deneyiminin, doğumda yaşanan ağrı ile bağlantılı olduğu bildirilmiştir (Rosseland ve et. all, 2020). Doğumda uygulanan birçok nanfarmakolojik yöntem, sadece yaşanan doğum ağrısının azaltılmasında değil aynı zamanda doğum desteğinin duygusal ve psikososyal boyutlarını geliştirerek pozitif doğum deneyimi kazandırmaktadır (Kaçar, 2020). Bu çalışmada Rebozo

Tekniği uygulanan kadınların doğum deneyimlerinin incelenmesi hedeflenmiş, bunun için Doğum Deneyimi Ölçeği kullanılmıştır.

Rebozo ve kontrol grubundaki kadınların DDÖ'ün alt boyut ve toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, gruplar arasında tüm alt boyut puan ortalamaları ve toplam puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılıklar olduğu saptandı (Tablo 4-9; p: 0.000). Rebozo grubu gebelerin puan ortalamaları kontrol grubu gebelere göre daha yüksek olduğu bulundu. Travayda uygulanan Rebozo Tekniği algılanan ağrının azaltmasının yanında doğum deneyimi algısını da olumlu etkilediği görülmektedir. Kaçar'ın mekanik ve sıcak masaj uygulamasının doğuma etkilerini incelediği yüksek lisans tez çalışmasında, uygulamaların doğum ağrısının yönetiminde güvenilir bir yöntem olarak kullanıldığı gibi doğum sonu memnuniyeti de arttırdığını belirtmiştir (Kaçar, 2019). Çalık ve Kömücü'nün (2014) travay esnasında SP6 noktasına akupresür uygulamasının doğum eylemine etkisini incelediği çalışmada, akupresür uygulanan kadınların doğum deneyimlerinin uygulanmayan kadınlara göre daha olumlu olduğu ve doğum algılamalarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (Çalık ve Kömürçü, 2014). İran'da akupresür uygulamasının doğum deneyimi üzerine incelendiği bir çalışmada, akupresürün pozitif bir doğum deneyimi ve doğum memnuniyetini sağlamaya yönelik bir yöntem olarak kullanılabilceği ifade edilmiştir. Erdoğan ve ark. çalışmasında, doğum esnasında gebenin beline uygulanan masajının doğum ağrısını azaltmada ve doğumdan memnuniyeti artırmada önemli bir etkisi olduğu belirlenmiştir (Erdoğan, Yanikkerem ve Göker, 2017). Çalışmada rebozo ve kontrol grubu kadınlar, anne dostu hastane bakım standartlarında bakım almışlardır. Rebozo grubu kadınların ölçek puanlarının yüksek olması Rebozo Tekniği'nin, kadınlarda profesyonel destek aldığı hissi yaratmasıyla gebe kadınları psikolojik yönde olumlu etkilediği ve uygulamanın karşılıklı etkileşim halinde yapılmasının doğum sürecinde kadının yalnız olmadığı hissini kazandırmış olabileceği düşünülmektedir. Bu durum rebozo grubu kadınların doğum deneyimlerini olumlu etkilediği söylenebilir. **H3: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre doğum memnuniyeti daha yüksek olduğu, doğum esnasında uygulanabilir olduğu kabul edilebilir.**

Rebozo Tekniği'nin klinik kullanımında kanıta dayalı bir uygulama olduğu göstermesi, tekniğin hem ulusal hem de uluslararası düzeyde bundan sonra uygulanması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

5.6. Kadınlara Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğumda verilen bakımın, kalite değerlendirilmesinde kullanılan kriterlerden biri de doğum memnuniyetidir (Akın, 2017). Doğum memnuniyeti yaş, doğum öncesi hazırlık, eş veya sağlık personeli tarafından sağlanan doğum desteği, fiziksel koşullar ve kişisel ağrı düzeyi gibi birçok faktörden etkilendiği bilinmektedir (Hodnett, 2002). Doğumda memnuniyeti etkileyen faktörlerin göz önünde bulundurulması ve bakımda ihtiyaç duyulan gereksinimlerin karşılanmasıyla yaşam kalitesinin artacağı unutulmamalıdır (Bilgin ve ark., 2018). Öte yandan memnuniyet düzeyi yüksek bir doğum eyleminin gerçekleşmesi ile kadınlarda özgüvenin artırdığı, anne-bebek bağlanmasının daha güçlendiği ve bir sonraki doğumlarına olumlu katkı sağladığı çalışmalarla desteklenmektedir (Rijnders & et all., 2008; Waldenström et. all., 2004). Olumsuz ve istenmeyen doğum deneyimi ise; emzirmede ve maternal bağlanmada yetersizlik, doğum sonu depresyon, çocuğun bakımının ihmal edilmesi, cinsel isteksizlik, başka bir bebeğe sahip olma kararının verilememesi ve sonraki doğuma yönelik korku ile ilişkilendirilmektedir (Bilgin ve ark., 2018). Doğum bakımı ile ilgili kararlara katılmak ve sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmek, olumlu doğum deneyimi oluşmasında kadının kendine olan güvenini ve bebeğe olan sevgisini artırır. Kadınların doğum deneyimlerini anlamak, doğum sırasında ve sonrasında bireyselleştirilmiş bakımın sağlanması önemlidir (Namujju & et. all., 2008).

Çalışmaya katılan rebozo ve kontrol grubu kadınların alt boyut ve toplam puan ölçek puanları karşılaştırıldığında, alt boyut puan ortalamaları, ‘Doktordan Memnuniyet’ alt boyutu hariç, tüm alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu bulundu (Tablo 4-8; $p<0.05$). Diğer alt boyutlar açısından rebozo grubu annelerin kontrol grubu annelere göre daha yüksek puan aldığı görüldü. Çalışmanın yapıldığı hastanenin anne dostu hastane olması ve doğumhanede bakımın sağlayıcılarının ebe/hemşireler olduğu göz önüne alındığında bu durumun beklendiği bir sonuç olduğu düşünülebilir. Ebe/hemşirenin doğumda varlığı, doğumda ağrı ve doğumdan memnuniyet sonuçlarını olumlu yönde etkileyerek kadına güç vermektedir (Şimşek, Demirci ve Bolsoy, 2018). Bu nedenle ebe/hemşirenin doğumdaki desteği terapötik bir değerdir. DSÖ önerilerinde ebe/hemşirelik hizmetlerinin istenilen düzeyde verildiği ortamlarda, gebelerin intrapartum dönemde sürekli bakım modeli önerilmektedir (WHO, 2018). Anne dostu hastane uygulamalarında; profesyonel ebelik/hemşirelik bakımı, kanıtına dayalı uygulamaların rutin olarak uygulanmaması ve nanfarmakolojik uygulamaların kullanılabilirliği yer almaktadır. Tüm bu ölçütler DSÖ’nün intrapartum bakım önerileri ile uyumaktadır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar Rebozo Tekniği’nin anne dostu hastanelerde kolayca uygulanabilirliğini ve DSÖ tarafından önerilen intrapartum bakım modeliyle de uyumakta

olduğunu göstermektedir. Ghani'nin (2014) çalışmasında, doğumda yapılan sıcak ve soğuk uygulamanın kadınlarda müdahale sonrası ağrı skorlarını ve kaygı düzeylerini düşürdüğü, doğumdan memnuniyet seviyelerini ise arttırdığı bulunmuştur (Ghani, 2014). Çevik ve İncedal'ın 2019 yılında yapmış oldukları primipar gebelerde refleksoloji uygulamasının doğuma etkilerini inceledikleri randomize kontrollü çalışmada, refleksoloji yapılan kadınların doğumun birinci evresinde ağrı skorları kaygı düzeyleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derece düşük, doğumdan memnuniyet puan ortalamaları ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Akköz Çevik ve İncedal, 2020). Mahmudikohani ve ark., (2016) 39-40 haftada olan gebelere akupresür yaptığı çalışmada, müdahale grubu gebelerin kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde doğum memnuniyetlerinin olduğu, Erdoğan ve ark., (2017) doğumda bel bölgesine uygulanan masajın doğum ağrısına ve doğum memnuniyetini artırmada önemli etkisini olduğu belirtmiştir (Erdoğan ve ark., 2017; Mahmoudikohani et. all., 2019). Doğumda uygulanan nanfarmakolojik yöntemler kadınların doğumdan memnuniyeti artırmada etkilidir. Özellikle yapılan uygulama ağrıyı azaltmak için kullanıldığında doğum memnuniyetinin arttığı, doğum deneyiminin de olumlu yönde etkilendiği fark edilmektedir. Literatür bilgilerine bakıldığında masaj veya tensel yapılan uygulamalarda doğum memnuniyetini artırmada nanfarmakolojik yöntemlerin uygulanabilir olduğu görülmektedir. Rebozo Tekniği'de masaj uygulamalarına benzer nitelikte olması bakımından doğumda memnuniyeti artırıcı etkisi olduğu söylenebilir. **H3: Travay esnasında Rebozo Tekniği uygulanan kadınların, uygulanmayan kadınlara göre doğum memnuniyeti daha yüksek olduğu** hipotezi kabul edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Rebozo Tekniği'nin doğum ağrısı, doğum deneyimi ve doğum memnuniyetinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucuna göre;

- Çalışma örneklemine dahil olan kadınların yaş ortalaması, rebozo grubundaki gebelerde 23.27 ± 4.50 , kontrol grubundaki gebelerde ise 22.70 ± 3.70 yıl olduğu, gebelerin sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu,
- Çalışma örneklemine katılan kadınların gestasyonel hafta ortalaması, rebozo grubundaki gebelerin 38.60 ± 1.40 olarak saptanırken, kontrol grubundaki gebelerin gestasyonel hafta ortalamasının 39.50 ± 1.20 olduğu belirlendi. Gebelerin obstetrik özellikler açısından aralarında istatistiksel olarak farklılık olmadığı,
- Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin arasında gebelik öncesi BKİ ve gebelikte BKİ gibi antropometrik özellikler açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı,
- Çalışma kapsamına dahil olan gebelerin doğum ile ilgili korku parametresi incelendiğinde, her iki grupta da doğumda hissedilen korku oranının (%71) benzer olduğu, rebozo ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir olmadığı,
- Doğum eyleminin birinci evresinin latent ve aktif evrede rebozo ve kontrol grubunda yer alan gebelerin vital bulguları açısından istatistik olarak anlamlı farkın olmadığı,
- Doğum eyleminin birinci evresinin geçiş fazında rebozo grubunda bulunan gebelerin kontrol grubundaki gebelere göre solunum sayısının daha az olduğu, diğer parametreler açısından benzer olduğu,
- Postpartum 24. saatte çalışma kapsamındaki gebelerin vital bulgular açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın bulunmadığı,
- Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin latent fazda servikal efasman ve dilatasyon, fetal baş seviyesi ve fetal kalp atım hızları açısından normal sınırlar içinde ve benzer olduğu,
- Aktif fazda çalışmaya dahil olan kadınlarda, kontrol grubundaki (6.68 ± 0.60) gebelerin rebozo grubundaki (6.03 ± 0.18) gebelere göre daha hızlı servikal açıklığa ulaştığı, servikal efasman, fetal baş seviyesi ve fetal kalp atım hızlarının normal değerlerde ve benzer olduğu,

- Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin geçiş fazda servikal efasman ve dilatasyon, fetal baş seviyesi ve fetal kalp atım hızlarının normal sınırlarda ve benzer olduğu,
- Rebozo grubundaki gebelerin latent fazda kontraksiyon şiddeti ortalaması 28.84 ± 4.39 27 olarak saptanırken, kontrol grubundaki gebelerin kontraksiyon şiddet ortalaması kontraksiyon şiddeti ortalaması 32.32 ± 5.72 olarak saptandı. Gruplar arasında kontraksiyon şiddeti açısından istatistiksel olarak düşük düzeyde bir farklılığın olduğu, (p: 0.013).
- Çalışmaya dahil edilen rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazında kontraksiyon sayısı, sayı sıklığı süresi ve şiddet ortalamasında gruplara arasında istatistiksel anlamda farklılığın olmadığı, (Tablo 4-3)
- Rebozo ve kontrol grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evresinin geçiş fazında kontraksiyon şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı fark ($p > 0.05$) bulunmazken, kontraksiyon sayısı ve sıklığının süresi açısından gruplar arasında istatistiksel anlamda farklı olduğu ($p < 0.01$), kontrol grubunun 10 dakika içinde daha sık aralıklarla daha fazla sayıda ağrı yaşadığı,
- Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin latent, aktif ve geçiş faz sürelerine göre, gruplar arasında latent ve aktif faz sürelerinde istatistiksel anlamda fark bulunmazken ($p > 0.05$), rebozo grubunun geçiş fazının ortalamasının istatistiksel anlamda daha az olduğu ($p < 0.01$),
- Çalışma örneklemine dahil olan Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin ikinci evrenin süre ortalamasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu ($p < 0.001$), rebozo grubuna dahil olan gebelerin ikinci evrelerinin daha kısa olduğu,
- Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin plasenta ayrılma süre ortalamasının birbirine benzer olduğu, toplam doğum sürelerinin istatistiksel anlamda farklılık ($p > 0.05$) görülmemesine rağmen rebozo grubundaki gebelerin toplam doğum süresinin daha az olduğu (Tablo 4-3),
- Çalışma örneklemine dahil edilen rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin latent evrede VAS skor ortalamasında uygulama sonrasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ($p < 0.001$), aktif fazda hem uygulama öncesi hem de uygulama sonrası istatistiksel anlamda ileri düzeyde farklılık olduğu,
- Çalışmaya katılan hem rebozo grubundaki hem de kontrol grubundaki yenidoğanların doğum ağırlığı ortalaması (rebozo: 3064.35 ± 289.88 ; kontrol: 3170.97 ± 309.42), APGAR 1. Dakika ortalaması (rebozo: 7.87 ± 0.76 ; kontrol: 7.97 ± 0.87) APGAR 5.

Dakika ortalaması (rebozo: 8.94 ± 0.63 ; kontrol: 9.10 ± 0.40) olarak normal değerler içinde olduğu,

- Her iki gruptaki yenidoğanların doğumdan sonra ilk 5. Dakika içinde ten tene temaslarının sağlandığı, ilk yarım saat içinde emzirilmenin başlatıldığı (Tablo 4-6),
- Çalışmaya katılan rebozo grubundaki kadınların Doğum Deneyimi Ölçeğinden aldıkları toplam puan (rebozo: 68.52 ± 6.55 ; kontrol: 51.58 ± 10.84), kararlara katılım alt boyut puan ortalaması (rebozo: 9.84 ± 1.49 ; kontrol: 6.58 ± 1.88), doğum süreci alt boyut puan ortalaması (rebozo: 23.65 ± 3.80 ; kontrol: 17.97 ± 4.05) profesyonel yardım/destek alt boyutu puan ortalaması (rebozo: 15.45 ± 2.22 ; kontrol: 11.90 ± 3.88) ve algılanan güvenlik/anılar alt boyutu puan ortalamasının (rebozo: 19.58 ± 2.45 ; kontrol: 15.13 ± 3.47) kontrol grubundan daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel anlamda ileri düzeyde farklılık olduğu ($p < 0.001$),
- Çalışma kapsamında rebozo grubuna dahil olan kadınların Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeğinden aldıkları toplam puan (rebozo: 124.03 ± 6.96 ; kontrol: 93.97 ± 25.81), kişinin kendinden memnuniyet alt boyut puan ortalaması (rebozo: 40.84 ± 5.13 ; kontrol: 25.97 ± 7.80), doğum sancısı ve doğum eyleminden genel memnuniyet alt boyut puan ortalaması (rebozo: 13.61 ± 1.89 ; kontrol: 9.65 ± 3.14), ebeden/hemşireden memnuniyet alt boyut puan ortalaması (rebozo: 43.35 ± 2.65 ; kontrol: 31.19 ± 8.31) ve bebekten memnuniyet alt boyut puan ortalamasının (rebozo: 14.68 ± 0.91 ; kontrol: 12.55 ± 3.10) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında ileri düzeyde farklılığın olduğu ($p < 0.001$), her iki gruptaki kadınların doktordan memnuniyet alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları (rebozo: 11.55 ± 6.84 ; kontrol: 14.61 ± 10.85) açısından istatistiksel düzeyde farklılık saptanmazken , rebozo grubundaki kadınlarda daha düşük olduğu puan ortalamasının olduğu,
- Çalışmaya dahil edilen rebozo grubundaki kadınların tamamının yöntemden memnun kaldığı (%100), uygulamanın ağrı ile baş edebilmede yardımcı olduğu (%100), kaygısını azalttığı (%100), rahatlamasını sağladığı (%100), tekrar doğum yaptığında işlemin tekrar yapılmasını istediği (%100), ve uygulamayı başkalarına tavsiye ettikleri (%100), bulundu (Tablo 4-11).

Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda,

- ✓ Rebozo Tekniği'nin doğumu kısaltması, doğumda yaşanan ağrıyı azaltması, doğum deneyimi olumlu etkilediği ve doğum memnuniyetini arttırdığı ayrıca fetal ve metarnal

sağlığa olumsuz etkilerinin olmamasından dolayı doğumhanelerde ebe/hemşireler tarafından uygulanmasının hayata geçirilmesi,

- ✓ Rebozo Tekniği'ne ilişkin kısıtlı sayıda araştırmaların olmasından dolayı uygulamanın gebelik, doğum süreci ve doğum sonrası dönemde de araştırmaların uluslararası ve ulusal literatüre kazandırılması,
- ✓ Rebozo Tekniği'nin ebe/hemşire tarafından bir modele temellendirilmesi ve geliştirilmesi,
- ✓ Rebozo Tekniği'ne ilişkin doğumda kullanılan farklı tekniklerin uygulanabilirliğinin araştırılması,
- ✓ Rebozo Tekniği'ne ilişkin hizmetiçi eğitim ve kursların düzenlenmesi önerilir.



KAYNAKLAR

- "The Royal Collage Midwives-RCM. (2012). *Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Supporting Women in Labour*. London.
- Akarsu Höbek, R. (2018). Doğum Eyleminde Ağrı Yönetimi. F. Yeşilçicek Çalık, Kıymet, Coşar Çetin (Ed.), *Normal Doğum ve Sonrası Dönem* içinde (1. bs., ss. 103–117). İstanbul: İstanbul Tı Kiabevleri.
- Akdeniz, D. (2021). *Lumbosakral Bölgeye Uygulanan İntradermal ve Subkutan Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısı Üzerine Etkisi*. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Akköz Çevik, S. ve Incedal, İ. (2020). The effect of reflexology on labor pain, anxiety, labor duration, and birth satisfaction in primiparous pregnant women: a randomized controlled trial. *Health Care for Women International*, 42, 710–725.
- Altınayak Öztürk, S. (2020). *Doğum Eyleminde Ele Uygulanan Farklı Akupresure Uygulamalarının Endorfin Seviyesi ve Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 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. doi:10.5222/terh.2018.017
- Aslan Demiröz, D., Altunkaya, N. ve Ferlengez, A. G. (2019). Assesment of the approach to the painless delivery: A survey study. *Haseki Tip Bulteni*, 57(2), 180–184. doi:10.4274/haseki.galenos.2018.4602
- Aslan, Ş. ve Okumuş, F. (2017). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *HSP*, 4(1), 32–40.
- Avcıbay, B. ve Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nanfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 18–24.
- Barragán, L. I., Solà, I. ve Juando, C. . (2011). Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). doi:10.1002/14651858.cd006168.pub2
- Başar, F. ve Başar, F., & Hürata, S. Ş. (2018). the Effect of Pushing Techniques on Duration of the Second Labor Stage, Mother and Fetus: a Randomized Controlled Trial. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 3(3), 123–134.

doi:10.23884/ijhsrp.2018.3.3.04

- Bay, F. (2019). *Kadınlarda Travmatik Doğum Algısı Ve Postpartum Depresyon İle İlişkisi*. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Berkiten Ergin, A. (2013). Doğum Ağrısının Fizyolojisi. N. Kömürcü (Ed.), *Doğum Ağrısı ve Yönetimim* içinde (2. bs., ss. 22–38). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Berkiten Ergin, A. (2017). Doğum Ağrısıyla Başetme. M. Demirgöz Bal (Ed.), *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum* içinde (1. bs., ss. 70–98). İstanbul: İstanbul: Akademisyen Kitabevi.
- Berkiten Ergin, A. ve Mallı, P. (2019). Aromatherapy in Childbirth: A Systematic Review. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 13–21. doi:10.30934/kusbed.496775
- Bernardi, M., Lazzeri, L., Perelli, F., Reis, F. . ve Petraglia, F. (2017). Dysmenorrhea and related disorders. *Research*, 6, 1–7.
- Berrin Aktan. (2015). *Klinik Pilates Egzersizleri ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitimine Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bertiken Ergin, A. (2017). Doğum Ağrısıyla Başetme. M. Demirgöz Bal ve S. Dereli Yılmaz (Ed.), *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum* içinde (1. bs., s. 92). İstanbul.
- Bihter, A. ve Karaca Saydam, B. (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 2018–224.
- Bilgin, N. Ç., Bedriye, A. K., Potur, D. C. ve Ayhan, F. (y.y.). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 342–352.
- Bilgin, N. Ç., Bedriye, A. K., Potur, D. C. ve Ayhan, F. (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 5(3), 342–352.
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K. ve Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6
- Bolanthakodi, C., Raghunandan, C., Saili, A., Mondal, S. ve Saxena, P. (2018). Prenatal yoga: Effects on alleviation of labor pain and birth outcomes. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(12), 1181–1188.

- Bond, M. R. ve Pilowsky, I. (1966). Subjective assessment of pain and its relationship to the administration of analgesics in patients with advanced cancer. *Journal of psychosomatic research*.
- Borggren, C. L. (2007). Pregnancy and chiropractic: a narrative review of the literature. *Journal of chiropractic medicine*, 6(2), 70–74.
- Bugg, G., Siddiqui, F. ve Thornton, J. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi:10.1002/14651858.CD007123
- Çalık, K. Y. ve Kömürcü, N. (2014). SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. *MÜSBED*, 4(1), 29–37.
- Çapar, Y. (2019). *Doğum ağrısının yönetiminde sıcak ve soğuk akupresür uygulamasının doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çavlin, A. (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe University of Population Studies. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf adresinden erişildi.
- Çevk, B. ve Taşci, S. (2017a). SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ JOURNAL OF HEALTH SCIENCES Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayın Organıdır AKUPRES UYGULAMASININ AĞRI YÖNETİMİNE ETKİSİ EFFECT OF ACUPRESSURE APPLICATION ON PAIN MANAGEMENT. *Journal of Health Sciences*).
- Çevk, B. ve Taşci, S. (2017b). Akupres Uygulamasının Ağrı Yönetimine Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 26(3), 257–261.
- Chang, M. Y., Wang, S. Y. ve Chen, C. . (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1), 68–73.
- Chen, P. J., Yang, L., Chou, C. C., Li, C. C., Yu, C. C., & Liaw, J. J. (2017). Effects of Prenatal Yoga on Women's Stress and Immune Function Across Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Complementary Therapies In Medicine*, 31, 109–17.
- Chen, S. F., Wang, C. H., Chan, P. T., Chiang, H. W., Hu, T. M., Tam, K. W. ve Loh, E. W. (2019). Labour pain control by aromatherapy: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Women and Birth*, 32(4), 327–335.
- Chuang, C. H. C., Po-Cheng; Lee, ChihChen Sophia; Chen, Chung-Hey; Tu, Yu-Kang; Wu, S.

- (2019). Chuang, C. H. C., Po-Cheng; Lee, ChihChen Sophia; Chen, Chung-Hey; Tu, Yu-Kang; Wu, Shih-Chung. *Journal of advanced nursing*, 75(4), 723–733. doi:10.1111/jan.13871
- Çöçelli, P., Bacaksız, L., Deniz, B. ve Ovayolu, L. N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp dergisi*, 14, 53–58.
- Cohen, S.R., T. C. . (2015). Rebozo Technique for fetal malposition in labor. *Journal of Midwifery and women's Health*, 60(4), 445–451. doi:10.1111/jmwh.12352
- Cohen, S. R. ve Thomas, C. R. (2015). Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60(4), 445–451. doi:10.1111/jmwh.12352
- Cook, K. ve Loomis, C. (2012). The Impact of Choice and Control on Women's Childbirth Experiences. *The Journal of Perinatal Education*, 21(3), 158–168.
- Çoşar, F. ve Demirci, N. (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *SDU Journal of Health Science Institute/SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 18–30.
- Dağlar, G. ve Aydemir, N. (2011). Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebelik bakım uygulamaları. *Sted*, 20(1).
- Dawood, M. . (2006). Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. *Obstet Gynecol*, 108, 428–41.
- De Keijzer, M ve Van, T. T. (2015). *The Rebozo Technique Unfolded: Workbook Rebozo Massage*. Netherlands: Self-published.
- De Keijzer M. & Van Tuly T. (2015). *The Rebozo Technique Unfolded*. Netherlands: Self-published.
- Delgado, A., Maia, T., Melo, R. S. ve Lemos, A. (2019). Birth ball use for women in labor: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 35, 92–101. doi:10.1016/j.ctcp.2019.01.015
- Deniz, D. (2019). *LI4 akupresör noktasına uygulanan basının doğum ağrısına ve doğum süresine etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Dereli Yılmaz, S. (2017). Doğum Eylemi. M. Demirgöz Bal ve S. Dereli Yılmaz (Ed.), *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum* içinde (1. bs., ss. 1–38). İstanbul: Akademisyen Kitabevi.

- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T. ve Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(1), 68. doi:10.17681/hsp.99216
- Dolatian, M., Hasanpour, A., Montazeri, S. H., Heshmat, R. ve Majd, H. A. (2011). The Effect of Reflexology on Pain Intensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iran Red Crescent Medical Journal*, 13(7), 475–479.
- Dönmez, S., Yeniel, Ö. A. ve Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 30(3), 908–920.
- 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).
- Downe, Soo, Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G. ve Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD010088.pub2
- Dowswell, T., Bedwell, C., Lavender, T. ve Neilson, J. P. (2011). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain management in labour. doi:10.1002/14651858.CD007214.pub2
- Du, Y., Ye, M. ve Zheng, F. (2014). Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. Wiley-Blackwell Publishing Ltd. doi:10.1111/aogs.12424
- Durmaz, A. (2018). Doğum Eylemi. F. Yeşilçicek Çalık, Kıymet Coşar Çetin (Ed.), *Normal Doğum ve Sonrası Dönem* içinde (1. bs., ss. 16–24). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Durmaz Ayşegül, K. N. (2015). Doğum Ağrısının Yönetiminde Non-farmakolojik Yöntemler: Sistematik İnceleme. *Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing*, 1(3), 48–63.
- Erdogan, S. U., Yanikkerem, E. ve Göker, A. (2017). Effects of low back massage on perceived birth pain and satisfaction. *Complementary therapies in clinical practice*, 28, 169–175.
- Eriksen, L. M., Nohr, E. A. ve Kjcergaard, H. (2011). Mode of Delivery after Epidural Analgesia in a Cohort of Low-Risk Nulliparas. *Birth*, 38(4), 317–326.
- Ersöz, M. (2019). *Travayda uygulanan sakral masajın doğum ağrısı, kaygı düzeyi ve doğum sürecine etkisi*. Ebelik Anabilim Dalı.

- Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2005). Doğum ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 117–123.
- Esencan, T. Y., Karabulut, Ö., Yıldırım, A. D., Abbasoğlu, D. E., Külek, H. ve Şimşek, Ç., ... ve Kılıçcı, Ç. (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 26(1), 31–43.
- Esencan Yılmaz, T. (2018). *Yoga ve Meditasyonun Doğum Sürecine Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Fışkın, G. ve Oskay, Ü. (2015). Postpartum Kanama Risk Değerlendirmesi , Yönetimi ve Ebe-Hemşirenin Rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 72–77.
- Gelebek, N. (2014). *Mackey doğum memnuniyeti değerlendirme ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ghani, R. M. A. (2014). Effect of heat and cold therapy during the first stage of labor on women perception of birth experience: a randomized controlled trial. *Journal Biology, Agriculture and Healthcare*, 4(6).
- Gönenç, İ. M. (2013). *Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür ' Ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine Ve Maliyetine Etkisi*. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Goodman, P., Mackey, M. C. ve Tavakoli, A. S. (2004). Factors Related To Childbirth Satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 46(2), 212–219.
- Gürel, F. S. (2011). Ağrının Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular*, 2(2), 10–14.
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 160–172.
- Hunter, S., Hofmeyr, G. ve Kulier, R. (2007). Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 17(4). doi:10.1002/14651858.CD001063.pub3
- IASP. (2011). Definition of Pain. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain> adresinden erişildi.
- IASP. (2021). Pain Treatment Services. <https://www.iasp-pain.org/resources/guidelines/pain->

treatment-services/ adresinden erişildi.

- İpek, A. (2014). *Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Iversen, M.L., Midtgaard, J., Ekelin, M. ve Hegaard, K. (2017). Danish women's experiences of the Rebozo technique during labour: a qualitative explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 11, 79–85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005
- Iversen, Mette Langeland, Midtgaard, J., Ekelin, M. ve Hegaard, H. K. (2017). Danish women's experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 11, 79–85. doi:10.1016/j.srhc.2016.10.005
- Janssen, P., Shroff, F. ve Jaspar, P. (2012). Massage Therapy and Labor Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Int J Ther Massage Bodywork*, 5(4), 15–20.
- Janula, R. ve Mahipal, S. (2015). Effectiveness of aromatherapy and biofeedback in promotion of labour outcome during childbirth among primigravidas. *Health Science Journal*, 9(1), 1–5.
- Janula, R. ve Singh, M. (2013). Effectiveness of Biofeedback as a Tool to Reduce the Perception of Labour Pain among Primigravidas: Pilot Study . Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 4(7).
- Jokić-Begić, N., Žigić, L. ve Radoš, S. N. (2014). Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: Different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 35(1), 22–28. doi:10.3109/0167482X.2013.866647
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. P. (2012a). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd009234.pub2
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., ... Neilson, J. P. (2012b). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). doi:10.1002/14651858.cd009234.pub2
- Kaçar, N. (2019). *Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Kaçar, N. (2020). Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Ebelik Uygulamaları.

- Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, (August), 113–130. doi:10.46413/boneyusbad.712439
- Kaplan, E. (2021). *Yönlendirilmiş imgelem ve ayak refleksolojisinin doğum ağrısı, süresi ve doğum memnuniyeti üzerine etkisi*. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karabulutlu, Ö. (2012). Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(3).
- Karaçam, Z. ve Akyüz, Ö. (2011). Supportive care in labor and the role of midwife/nurse. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2011, 19(1), 45–53.
- Karaduman, S., & Akküz Çevik, S. (2020). The effect of sacral massage on labor pain and anxiety: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1–9.
- Karahan, N. ve Serhatlıoğlu Göncü, S. (2019). Doğum Süreci. H. Arslan Özkan (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (1. Baskı., ss. 410–429). Ankara.
- Karaman, Ö. E. (2017). *Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karaman, Ö. E. ve 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. doi:10.5336/nurses.2017-57080
- Kemp, E., Kingswood, C. J., Kibuka, M. ve Thornton, J. G. (2013). Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1.
- Klostergaard, K. M., Terp, M. R., Poulsen, C., Agger, A. O., & Rasmussen, K. L. (2001). Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 99(2), 195-198.
- Korkmaz Yıldız, N. (2003). *İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden TENS'in doğum ağrısını algılamaya etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Köşüş, A., Köşüş, N. ve Çapar, M. (2007). Nullipar Gebelerde Sürekli Epidural Analjezinin Maternal ve Fetal Sonuçları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 17, 436-441.
- Kulakaç, Ö. (2021). Feminist Perspektiften Doğumun Medikalizasyonu: Kadının Yaşam Dönemleri, Uygulamalar Önlemler. *Türkiye Klinikleri*, 1, 22–35.

- 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. doi:10.1016/j.srhc.2014.10.001
- ling Gao, L., Liu, X. J., Fu, B. L. ve Xie, W. (2015). Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery*, 31(9), 865–870. doi:10.1016/j.midw.2015.05.003
- Lowe, N. K. (2002). The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol*, 186, 16–23. doi:10.1067/mob.2002.121427
- Lowe, N K. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN / NAACOG*, 25(1), 82–92. doi:10.1111/j.1552-6909.1996.tb02517.x
- Lowe, Nancy K. (1989). Explaining the pain of active labor: The importance of maternal confidence. *Research in Nursing & Health*, 12(4), 237–245. doi:10.1002/nur.4770120406
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A., Matthewson, M. ve Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Mahmoudikohani, F. Torkzahrani, S., Saatchi, K. ve Nasiri, M. (2019). Effects of acupressure on the childbirth satisfaction and experience of birth: A randomized controlled trial. *Journal of bodywork and movement therapies*, 23(4), 728–732.
- Mamuk, R., Davas, N. . (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 İntradermal Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Mamuk, Rojgin. (2017). *Lumbosakral Bölgeye Uygulanan İntradermal Steril Su Enjeksiyonunun Doğumda Ağrı Algısına Etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Marlin, R. (2020). Reduction of labour pain with back massage. *Enfermería Clínica*, 30, 209–212.
- Melzack, R., & Schaffelberg, D. (1987). Low-back pain during labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156(4), 901-905.
- Miller, D. ve Miller, L. (2012). Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 278–83.

- Morolar, D. ., Türkmen, Ü. ., Altan, A., Arısoy, R., Tahaoğlu, E. ve Özbakım, E. (2013). Doğum Analjezisinde epidural sürekli infüzyon ve hasta kontrollü epidural bolus uygulamasının karşılaştırılması. *Ağrı*, 25(1), 19–26.
- Müslüman, M. (2021). *Doğumda algılanan destekleyici bakım ve travmatik doğum algısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Namujju, J., Muhindo, R., Mselle, L. T., Waiswa, P., Nankumbi, J. ve Muwanguzi, P. (2008). Childbirth experiences and their derived meaning: a qualitative study among postnatal mothers in Mbale regional referral hospital, Uganda. *Reproductive health*, 15(1), 1–11.
- Özdamar, D. (2014). Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler. N. Kömürücü (Ed.), *Doğum Ağrısı ve Yönetimi* içinde (2. bs., ss. 47–59). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Park, Y., Cho, J., Kwon, J., Ahn, E., Lim, J. ve Chang, S. (2003). The effect of san-yin-Jiao (SP6) acupressure on labor progression. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 189, 209.
- Pooneh, D. A. (2020). *Primipar annelerde latent fazda yapılan ayak masajının doğum ağrısı algısı üzerine etkisi*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Purwanti, A. S. (y.y.). Effect Of Application Rebozo Techniques On Pain Intensity And Anxiety Levels To The Mother Gives Birth 1 St Phase Of Active. *In International Conference On Health Science*, 70–76.
- Rathfisch, G. (2018). Doğuma Yön Veren Rehber: Ağrı. *Doğal Doğum Felsefesi* içinde (2. bs., s. 99). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Rathfish, Y. ve Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *HEMAR-G*, 11(3), 53–64.
- Rijnders, M., Baston, H., Schönbeck, Y., Van Der Pal, K., Prins, M. ve Green, J. (2008). Perinatal Factors Related To Negative Or Positive Recall Of Birth Experience In Women 3 Years Postpartum In The Netherlands. *Birth*, 35, 107–16.
- 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.
- Rouhe, H. ve Salmela-Aro, K.E. Halmesmäki, and Saisto, T. (2009). Fear of Childbirth According to Parity, Gestational Age, and Obstetric History. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*.

- Sade, G. (2020). *Doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisi*. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Şahin, M. (2021). *Gebelerde travmatik doğum algısı ve anne bağlanması ilişkisi*. Hemşirelik Ana Bilim Dalı.
- Sani, R. . (2015a). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*, 1(1).
- Sani, R. M. (2015b). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. *Faculty of Health Sciences Journal*, 1(1).
- Santana, L. S., Gallo, R. B. S., Ferreira, C. H. J., Duarte, G., Quintana, S. M. ve Marcolin, A. C. (2016). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: A randomised trial. *Journal of Physiotherapy*, 62(1), 29–34. doi:10.1016/j.jphys.2015.11.002
- Serçekuş, P. ve Okumuş, H. (2009). Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 25(2), 155–162. doi:10.1016/j.midw.2007.02.005
- Şimşek, H. N., Demirci, H. ve Bolsoy, N. (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 97–103.
- Singh, S., Kohli, U. A. ve Vardhan, S. (2018). Management of prolonged second stage of labor. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 7(7), 2527. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20182855
- Şirin, F. (2016). *Adölesan Yaşta Doğum Yapan Kadınların Gebelik, Doğum Ve Doğum Sonu Döneme İlişkin Özellikleri*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Smyth, R., Markham, C. ve Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6. doi:10.1002/14651858.CD006167.pub4
- 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. doi:10.1186/s12884-016-1100-z
- Spice, K., Jones, S.L., Hadjistavropoulos, H.D., Kowalyk, K., Stewart, S. . (2009). Prenatal fear of childbirth and anxiety sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 30(3), 168–74.

- Stark, M. A., Remyense, M. ve Zwelling, E. (2016). Importance of the Birth Environment to Support Physiologic Birth. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 45(2), 285–294. doi:10.1016/j.jogn.2015.12.008
- Talu, G. K. (2007). Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi. S. Erdine (Ed.), *Ağrı içinde* (ss. 61-68.). İstanbul: Nobel Matbaacılık.
- Tandoğan, Ö. ve Oskay, Ü. (2021). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği. *Bandırma Onyediyünlü Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 39–44.
- Tatar, N. (1990). Prenatal Bakımın Önemi ve bu Alandaki Son Gelişmeler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6(2), 41–47.
- Thilagavaty, G. (2012). Maternal birthing position and outcome of labor. *The Journal of Family Welfare*, 58(1), 68–73.
- Tırkaz, E. (2019). *Swedish masajın kadınların kaygı düzeyi doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi*. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- TUİK. (2020). Doğum İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229> 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.
- Turan, T., Ceylan, S. S. ve Teyikçi, S. (2008). Annelerin Düzenli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(9), 158–160.
- Uçar, T. ve G. Z. (2015). Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 54–58.
- Üzel, N. ve Özbalcı, S. (2009). Doğumun Fizyolojisi. U. Beyazova (Ed.), *Bağlanma içinde* (1. bs., s. 27). München: Modern Tıp Kitabevi.
- Vural, G. (2020). Doğum Eylemi. L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği içinde* (16. bs., s. 281). Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Waldenström, U, Hildingsson, I., Rubertsson, C. ve Rådestad, I. A. (2004). Negative Birth Experience: Prevalence And Risk Factors İn A National Sample. *Birth*, 31, 17–27.
- Whitburn, L., Jones, L. E., Davey, M. A. ve Small, R. (2014). Women' s experiences of labour

- pain and the role of the mind: An exploratory study. *Midwifery*, 30(9), 1029-1035.
- WHO. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. World Health Organization. http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/9789241548502/en/ adresinden erişildi.
- World Health Organization. (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> adresinden erişildi.
- Yeşildağ, B., Gölbaşı, Z. (2018). Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin etkinliğini değerlendiren lisansüstü tez çalışmalarının incelenmesi. *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*. Ankara Üniversitesi.
- Yıldırım, G ve Şahin, N. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 14–19. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/618.pdf> adresinden erişildi.
- Yıldırım, Gülay. (2001). *Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yılmaz, T. (2019). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. H. Arslan Özkan (Ed.), *Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* içinde (1. bs., ss. 433–447). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Zor, M., Küçükkelepçe Şimşek, D. ve Gölbaşı, Z. (2021). Türkiye’de Aromaterapinin Etkisine Yönelik Yapılan Hemşirelik Tezlerinin İncelenmesi. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 1, 77–94. doi:10.18663/tjcl.

FORMLAR

EK-1 BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, çalışmanın adı Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniği'nin Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Memnuniyetine Etkisi'dir. Bu çalışmanın amacı, doğum eyleminde doğum ağrı algısının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerlendirmek den Rebozo Tekniği'nin Gebelerde doğum ağrısına algısına, doğum memnuniyetine etkisini değerlendirmek için planlanmıştır.

Kararınızdan önce araştırma hakkında size bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Uygulamalar doğum salonuna kabulünüz ile başlayıp, doğum masasına alınmanızla sonlanacaktır. Rebozo, sağlık ve konforu artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Uygulama dinlenme anında ve ağrı anında yatar pozisyondayken, oturur ve ayakta iken uygulanacak daha sonra ağrınız VAS ağrı skalası ile değerlendirilecektir. Çalışmada yer almayı Kabul etmenizle birlikte hastanede bulunduğunuz süre içinde 'Tanıtıcı Bilgi Formu' doğum eylemi sürecince 'Doğum Eylemi İzlem Formu' na doğum süreniz, açıklığınız, bebeğinizin kalp atım atımları, ağrınızın şiddeti, sayısı, süresi, yaşam bulgularınız doğum fazlarına göre kaydedilecektir. Doğumdan sonra size verilecek olan Doğum Deneyimi ve Doğum Memnuniyet ölçeği ve Doğumsonu görüşme formunu nasıl dolduracağınız konusunda bilgilendirileceksiniz. Çalışmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 80'dir. Çalışma 12 ay sürecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden istenen size yöneltilen soruları cevaplamanız, doğum

sonrasında istenen 'Postpartum Görüşme Formu', 'Doğum Deneyim Ölçeği' ve 'Doğum Memnuniyet Ölçeği'ni doldurmanızdır.

Bu araştırmanın size ve bebeğinize herhangi bir risk ve zararı, söz konusu değildir. Sizin ve bebeğiniz için beklenen yararları bulunmaktadır. Bunlar arasında; doğum sürenizin daha kısa olması, doğum ağrılarınızın hafiflemesi, doğum memnuniyetinizin artmasıdır. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Özden Tandoğan tarafından çalışmaya dahil edileceksiniz. İlk görüşmede 17 soruluk 'Tanıtıcı Bilgi Formu', doğum eyleminde gebe ve bebek takibi için 'Doğum eylemi İzlem Formu' ve ağrınızın değerlendirileceği ağrı skalası doldurulacaktır. Çalışma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0506 788 00 70 numaralı telefondan araştırmacı Özden Tandoğan ile

görüşebilirsiniz. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan araştırmanın gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda veriler gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya katılma Onayı: Gönüllüden bu kısmı kendi el yazısı ile yazması istenecektir.



EK_2 TANITICI BİLGİ FORMU

Tarih:

Anket No:

1.Grup:

1.Deney Grubu:

2.Kontrol Grubu (KG) :

2.Yaşınız:

3.Kaç yıl Okudunuz?

4.Çalışma durumunuz?

1)Çalışıyor 2) Çalışmıyor

5.) Çalışıyor iseniz Mesleğiniz?

1) Memur 2) İşçi 3) Serbest Meslek 4) Diğer...

6.) Evlilik Yılıınız:

7.)Planlı bir gebelik mi?

1) Evet 2)Hayır

8.) Gebeliğinizde doğum öncesi kontrollere düzenli gittiniz mi?

1) Evet (Kaç kez.....) 2)Hayır

9.)Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katıldınız mı?

1) Evet 2)Hayır

10.) Boy:..... Gebelik öncesinde Kilosu: Doğum öncesinde son kilosu:

11.) Normal doğum ile ilgili yaşadığınız bir korku var mı, varsa tanımlayınız?

1) yok

2) ağrı yaşama korkusu

3) Sezaryen olma korkusu

4) Bebeğin sağlığının bozulacağı korkusu

5)Diğer:

12. Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadığınız mı?

- ☐ Sorun yaşamadım ☐ Bulantı-Kusma ☐ Kanama ☐ Yorgunluk ☐ İdrar yolu enf.
☐ Ağrı/kasılma ☐ Diğer.....

13. Gebeliğinizde ilaç kullandığınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır Kullanmadım

14. Cevabınız evet ise; ne tür ilaç kullandınız?

1. Demir ve vitamin
2. Antibiyotik
3. Antidepresan
4. Folik asit
5. Diğer.....

15. Daha önce jinekolojik bir ameliyat oldunuz mu?

- ☐ Hayır ☐ Evet.ise belirtiniz(.....)

16. Gebelikten önce adet ağrılarınız oluyor muydu?

- ☐ Evet ☐ Hayır

17. Cevabınız evet ise Adet ağrınızın şiddetini tarif eder misiniz?

- ☐ Hafif ☐ Rahatsız edici ☐ Şiddetli ☐ Çok şiddetli ☐ Dayanılmaz

EK-3 DOĞUM EYLEMİNDE KULLANILACAK GEBE İZLEM FORMU

[illegible]

İKİNCİ EVRE:	YENİDOĞAN:
Doğum Tarihi Ve Saati:	Cinsiyet:
Başlangıç-Bitiş Saati: İkinci Evrenin Süresi:	Kilo Ve Boy:
Epizyotomi: ☐ Var ☐ Yok	Apgar Skoru (1' Ve 5'):
Epizyotomi yok ise spontan yırtıkların yer ve derecesi:	Bebekle İlk Temas Zamanı:
Ped Takibi Kanama Miktarı:	Doğumda bebekte Komplikasyon Gelişme Durumu: ☐ Var ☐ Yok
Plesentanın Ayrılma Süresi: Doğuma Müdahale Durumu: ☐ Vakum ☐ Sezeryan ☐ Müdahale yok	Var ise; ☐ Kordon Dolanması ☐ Mekonyum ☐ Solunum Problemi ☐ Diğer.....

EK-4 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 —————  En sevdiğim meyvedir

Anket bir sonraki sayfadan başlamaktadır.

Katıldığınız ve görüşlerinizi paylaştığınız için teşekkürler.

1. Doğum süreci ve doğum beklediğim gibiydi.

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

2. Doğum süreci ve doğum sırasında kendimi güçlü hissettim.

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

3. Doğum süreci ve doğum sırasında korktum.

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

4. Doğum süreci ve doğum sırasında yapabileceğimi hissettim.

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

5. Doğum süreci ve doğum sırasında yorgun düştüm.

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

6. Doğum süreci ve doğum sırasında mutlu olduğumu hissettim.

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

7. Doğumuma ilişkin birçok olumlu anım var.

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

8. Doğumuma ilişkin birçok olumsuz anım var.

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

9. Doğumuma ilişkin bazı anılarım beni üzüyor.

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

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

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

11. Doğum pozisyonuma karar vermede söz sahibi olduğumu hissettim.

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

12. Ağrımın giderilmesinde seçeneklerimin olduğunu hissettim.

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

13. Ebe / Hemşire bana yeterince zaman ayırdı.

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

14. Ebe / Hemşire eşime yeterince zaman ayırdı.

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

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

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

16. Ebe / Hemşire benim ihtiyaçlarımı anladı.

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

17. Ebe / Hemşire tarafından çok iyi bakıldığımı hissettim.

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

18. Ekibin tıbbi becerilerine ilişkin izlenimim kendimi güvende hissettirdi.

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

19. Durumun üstesinden iyi geldiğimi düşündüm.

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

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

Ağrı yok

Düşünülebilecek en kötü ağrı

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

Kontrol Yok

Tamamen Kontrollü

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

Hiç Güvende Değil

Tamamen Güvende

Ekleme istediklerinizi aşağıdaki kutuya yazınız.

Katıldığınız için teşekkürler!

EK-5 MACKEY DOĞUM MEMNUNİYETİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ
TÜRKÇE FORMU

Aşağıda bulunan maddelerin her biri doğum deneyiminizden ne kadar memnun olup olmadığını ölçmektedir. Her madde için sadece bir seçeneği işaretleyiniz. Cevaplar hakkında yorum yazabilirsiniz.

	Hiç Memnun Değilim	Memnun Değilim	Ne memnunum Ne Değilim	Memnunum	Çok Memnunum
1.Doğum sancılarınız başladıktan, doğum anına kadar olan sürede yaşadığınız deneyimden genel olarak memnuniyetiniz Yorumunuz:	1	2	3	4	5
2.Doğum anında yaşadığınız deneyimden genel olarak memnuniyetiniz Yorumunuz:	1	2	3	4	5
3.Doğum sancılarınız başladıktan sonra doğum anına kadar geçen sürede size uygulanan işlemler için verilen kararlara katılımınızdan memnuniyetiniz Yorumunuz:	1	2	3	4	5

4.Doğum anında size uygulanan işlemler için verilen kararlara katılımınızdan memnuniyetiniz Yorumunuz:	1	2	3	4	5
5.Doğum sancılarınız ile baş edebilme durumunuzdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
6.Doğum sancılarınız sırasındaki rahatınızdan memnuniyetiniz Yorumunuz:	1	2	3	4	5
7.Doğum anındaki rahatınızdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
8.Doğum sancılarınız sırasında duygularınızı kontrol edebilme durumunuzdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
9.Doğum anında duygularınızı kontrol edebilme durumunuzdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5

10.Doğum sancılarınız sırasında davranışlarınızı kontrol edebilme durumunuzdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
11.Doğum anında davranışlarınızı kontrol edebilme durumunuzdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
12.Doğumdan sonra bebeğinizin genel görünümünden memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
13.Doğum yaptıktan sonra bebeğinizi ilk defa kucağınıza verdikleri zamandan memnuniyetiniz. Yorumunuz	1	2	3	4	5
14.Doğum yaptıktan sonra bebeğinizi ilk defa beslediğiniz zamandan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
15.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebe/hemşire tarafından size sağlanan fiziksel bakımdan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
16.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktor tarafından sağlanan	1	2	3	4	5

fiziksel bakımdan memnuniyetiniz.					
Yorumunuz:					
17.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebenin/hemşirenin bilgi, beceri ve yeterliliğinden memnuniyetiniz.	1	2	3	4	5
Yorumunuz:					
18.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktorun bilgi, beceri ve yeterliliğinden memnuniyetiniz.	1	2	3	4	5
Yorumunuz:					
19.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebe/hemşire tarafından yapılan açıklamalar ve bilgi verme durumundan memnuniyetiniz.	1	2	3	4	5
Yorumunuz:					
20.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktor tarafından yapılan açıklamalar ve bilgi verme durumundan memnuniyetiniz.	1	2	3	4	5
Yorumunuz:					
21.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebe/hemşire tarafından size verilen önem ve kişisel ilgiden memnuniyetiniz.	1	2	3	4	5
Yorumunuz:					

22.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktor tarafından size verilen önem ve kişisel ilgiden memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
23.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebe/hemşire tarafından solunum ve rahatlama teknikleri ile ilgili gördüğünüz yardım ve destekten memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
24.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktor tarafından solunum ve rahatlama teknikleri ile ilgili gördüğünüz yardım ve destekten memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
25.Doğum sancılarınız sırasında ebenin/hemşirenin sizinle geçirdiği zamandan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
26.Doğum sancılarınız sırasında doktorun sizinle geçirdiği zamandan memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
27.Doğum sancılarınız ve doğum anında	1	2	3	4	5

ebenin/hemşirenin size karşı olan davranışından memnuniyetiniz. Yorumunuz:					
28.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktorun size karşı olan davranışından memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
29.Doğum sancılarınız ve doğum anında ebenin / hemşirenin ihtiyaçlarınıza karşı gösterdiği hassasiyetten memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
30.Doğum sancılarınız ve doğum anında doktorun ihtiyaçlarınıza karşı gösterdiği hassasiyetten memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
31.Doğum sancılarınız ve doğum anında aldığınız bakımdan genel olarak memnuniyetiniz. Yorumunuz:	1	2	3	4	5
32.Doğum deneyiminizden genel olarak ne kadar memnunsunuz? Yorumunuz:	1	2	3	4	5

EK-6 VİSUAL ANALOG SKALA (VAS) YÖNERGE:

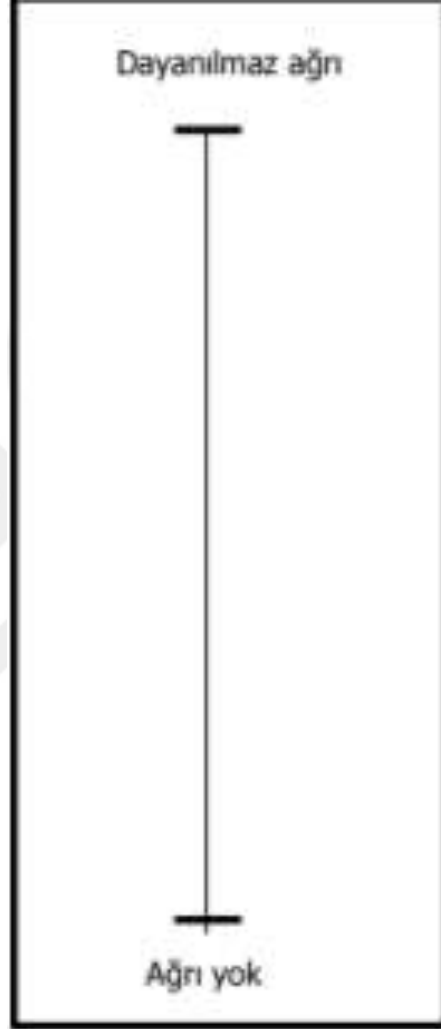
VAS, ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. VAS; üzerinde 0'dan 10'a kadar sayıların yer aldığı bir cetveldir. Ağrı şiddeti 0-10 arası değişen rakamlarla ifade edilmekte; ağrının olmaması 0, en şiddetli ağrı olması 10 rakamı ile belirlenmektedir. Ağrı anında nasıl hissettiğinizi size uygun şekilde rakamı daire içine alarak işaretleyin.

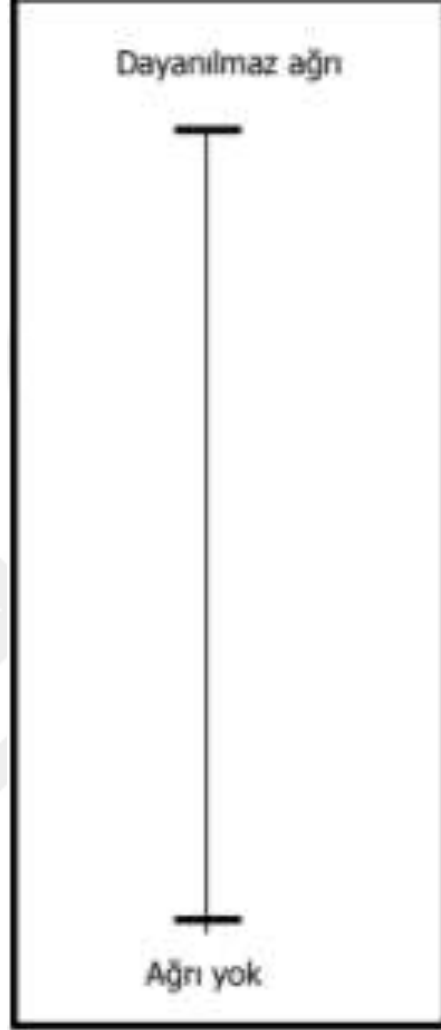
1 - Hiç ağrı yok. 10- Çok şiddetli dayanılamayacak ağrı var.

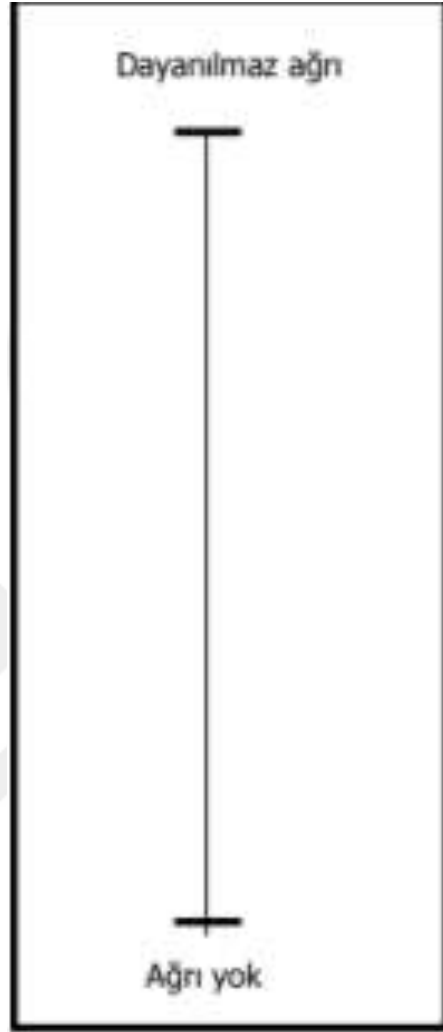
1. Değerlendirme: (Dilatasyon 0-4cm):

Dayanılmaz ağrı

Ağrı yok

2.Değerlendirme: (Dilatasyon 5-6cm):

3.Değerlendirme: (Dilatasyon 7-8cm):

4.Değerlendirme: (Dilatasyon 9-10cm)

EK-7 POSTPARTUM DÖNEMDE GÖRÜŞME FORMU

Doğumsonu (24 saat sonra) Değerlendirme

Ateş: **TA:** **Nabız:** **Solunum:**

Hemoglobin değeri: **Loşia Miktarı:** **Loşia Rengi:**

1.) Doğumdan sonra idrara çıktınız mı?

☐ Evet Zamanı: ☐ Hayır

2.) Cevabınız Evet ise İdrar yaparken ağrı /yanmanız var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

3.) Doğum sonrası bebeğinizle iletişim ne zaman başladı?

☐ İlk 5 dakika içinde ☐ 5-10 dakika ☐ 10-20 dakika ☐ 20 dakika ve sonra

4.) Bebeğinizi ilk olarak ne zaman emzirdiniz? saat

☐ İlk yarım saat içinde

☐ İlk 1 saat içinde Nedeni:

☐ 2.ve 3.saat içinde Nedeni:

☐ 4. Saatten sonra Nedeni:

5.) Bebeğinizde doğumdan sonra herhangi bir sorun oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

6.) Evet ise; ☐ Ateş ☐ Kızarıklık ☐ Memeyi reddetme ☐ Sarılık Diğer:

7.) Doğum sürenizi nasıl değerlendirirsiniz?

☐ Beklediğimden uzundu ☐ Beklediğim gibiydi ☐ Beklediğimden kısaydı

8.) Doğum eylemi süresince mahremiyetinize dikkat edildi mi?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

9.) Doğumda sizi rahatlatan herhangi bir uygulama yapıldı mı?

☐ Evet ☐ Hayır

10.) Cevap evet ise ne yapıldı?:.....

11.) Doğum süresince yapılan rebozo tekniği rahatlamanızda etkili oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

12.) Uygulanan rebozo yöntemi doğum sürecince sizi memnun etti mi?

☐ Evet ☐ Hayır

13.) Uygulanan bu yöntem doğumda kaygınızı azaltmada etkili oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır

14.) Uygulanan bu yöntem ile Doğum sancıları/ağrılarıyla başa çıkabilmenize yardımcı oldu mu?

☐ Evet ☐ Hayır ☐ Kısmen

15.)Tekerar doğum yaparsanız doğumda uygulanan işlemin tekerar uygulanmasını ister miydiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

16.) Doğumda uygulanan işlemin yakınlarınıza tavsiye eder misiniz?

☐ Evet ☐ Hayır

17.) Yöntem kullanımı sırasında yaşadığınız sıkıntılar var mıydı?

☐ Evet ☐ Hayır Cevabınız evet ise nedenini belirtiniz:.....

ETİK KURUL KARARI

KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 15916306-604.01.013
Konu : Uz. Dr. Nurgül YILMAZ ve Özden
TANDOĞAN'ın Doktora Tez İzni Hk.

ESENLER KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNE

İlgi : 09/12/2020 tarihli ve 64376970-799-4831 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınız ile Kurumunuzda görevli DR177279 sicil no'lu Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Nurgül YILMAZ'ın İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü öğrencisi Özden TANDOĞAN ile birlikte yürüteceği ve doktora tez danışmanlığını Prof. Dr. Ümrân YEŞİLTEPE OKSAY'ın yürütücülüğünde "**Doğum Eyleminde Kullanılan Reboza Tekniğinin Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Memnuniyetine Etkisi**" başlıklı doktora çalışmasını, hastanenizde yapması ile ilgili başvuru evrakları Başkanlığımıza iletilmiştir.

Söz konusu araştırma talebi, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **23.12.2020 tarih ve 2020/48 sayılı** kararınca uygun görülmüştür. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması, çalışma bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin çalışmada adı geçen **Uzm. Dr. Nurgül YILMAZ ve Özden TANDOĞAN'a** tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır,
Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sk. No:8 / 1 Yenimahalle / Bakırköy

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Telefon: Faks No:

SÜREKLİ İŞÇİ

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul saglik.gov.tr

Telefon No: (0 212) 638 33 99

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d20f19c6-d206-430b-9afb-f2ac4156ed15 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

DOĞUM EYLEMİNDE KULLANILAN REBOZO TEKNİĞİ'NİN ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA VE DOĞUM MEMNUNİYETİNE ETKİSİ			
ORJİNALLİK RAPORU			
%9	%7	%3	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
BİRİNCİ KAYNAKLAR			
1	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	%1	
2	Nurten Kaya, Artür Salmaslıoğlu, Banu Terzi, Nuray Turan, Bülent Acunaş. "The reliability of site determination methods in ventrogluteal area injection: A cross-sectional study", International Journal of Nursing Studies, 2015 Yayın	%1	
3	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1	
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1	
5	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%1	
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	<%1	
7	toad.halileksi.net İnternet Kaynağı	<%1	

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Yayınlar

1. Tandoğan Özden, Oskay Ümran (2021). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği . Bandırma Onyed Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 3(1), 39-44., Doi: 10.46413/boneyusbad.820235.
2. Tandoğan Özden, Küğcümen Gözde, Güngör Satılmış İlkay (2020). Ebelik Öğrencilerinin Doğumda Lamaze Felsefesi Hakkında Bilgi Ve Görüşleri. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 6(1), 1-13.
3. Tandoğan Özden, Kaydırak Meltem,Oskay Ümran (2019). Erkeklerin Cinsel Yaşamla İlgili Cinsel Mitleri. Androloji Bülteni. (21), 134-139; Doi: 10.24898/Tandro.2019.54154
4. Tandoğan Özden,Oskay Ümran (2019). İnternet Ve Cinsellik. Androloji Bülteni, Doi: 10.24898/Tandro.2019.54154.
5. Kutlu Leman, Baykal Dilek, Tandoğan Özden, Urfa Hülya (2019). Üniversite Öğrencilerinin Bilimsel Ve Sosyal Etkinliklere Katılma İhtiyaçlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.
6. Hoşgör Haydar,Koç Tütüncü Sema,Gündüz Hoşgör Derya,Tandoğan Özden (2017). Üniversite Öğrencileri Arasında Sosyal Medyadaki Gelişmeleri Kaçırma Korkusu Yaygınlığının Farklı Değişkenler Açısındanincelenmesi. International Journal Of Academic Value Studies, 3(17), 213-223.
7. Hoşgör Haydar,Tandoğan Özden, Gündüz Hoşgör Derya (2017). Nomofobinin Günlük Akıllı Telefon Kullanım Süresi Ve Okul Başarısı Üzerindeki Etkisi: Sağlık Personeli Adayları Örneği. Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, 5(46), 573-595.

Tebliğler

1. Küğcümen Gözde,Tandoğan Özden,Güngör Satılmış İlkay (2018). Kadınların Sosyal Oositkriyoprezervasyonu Hakkındakigörüşleri: Bir Sistematik Derleme. Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
2. Tandoğan Özden,Küğcümen Gözde,Güngör Satılmış İlkay (2018). Ebelik Öğrencilerinin Doğumda Lamaze Felsefesi Hakkında Bilgi Ve Görüşleri.

1. Uluslararası 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Sınıfları Eğitimi Ve Eğiticiliği (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)

3. Tandoğan Özden, Küğcümen Gözde, Güngör Satılmış İlkay (2018). Knowledge And Opinions Of Midwifery And Nursing Students Concerning Oocyte Cryopreservation. 26th World Congress On Controversies In Obstetrics, Gynecology Infertility (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
4. Tandoğan Özden, Şahin Nevin (2018). Perinatal Hasta Güvenliğinde Riskli Durumlar ve hemşirenin Rolü. 8. Kadın Doğum Günleri (Özet Bildiri/Sözlü Sunum).
5. Sarı Esra, Tandoğan Özden, Güngör Satılmış İlkay (2019). Türkiye’de Farklı Sosyokültürel Yapıda İki Şehirde Emzirme İle İlgili Geleneksel Uygulamalar: İstanbul Ve Van Örnekleme. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi, 77 (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
6. Kutlu Leman, Yıldız Karaahmet Aysu, Turan Ayşenur, Bilgiç Şule, Tandoğan Özden. (2019). Ebelik Öğrencilerinin Yaz Stajı ile İlgili Görüşlerinin ve Memnuniyetinin Değerlendirilmesi 2. Uluslararası, 3. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri, Kongre Özet Kitabı, İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul. (Özet Bildiri/Sözlü Sunum)
7. Leman Kutlu, Dilek Baykal, Seyhan Karademir, Hanife Delipoyraz, Özden Tandoğan, Sevgi Dindar (2018). Üniversite Öğrencilerinin Bilimsel ve Sosyal Etkinliklere Katılma İhtiyaçlarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi 1. Uluslararası, 2. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi. İstanbul Medipol Üniversitesi (Özet Bildiri/Poster Bildiri).
8. Tandoğan Özden, Oskay Ümran (2020). Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği. 1. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, (Özet Bildiri/Poster Bildiri).

Sertifikalar

1. Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, Sağlık Bakanlığı, 2009
2. İlk Yardım Eğitici Eğitimi Sertifikası, Uygulamalı Eğitim, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, 2016
3. Doğumda Bel Ağrısı ile Başetmede Bir Yöntem: Lumbosakral Bölgeye İntradermal Steril su Enjeksiyonu, Doğum ağrısı, İstanbul Kadın Doğum Günleri, Kurs, 2017

4. Emzirmeye Destek Becerileri Geliştirme Kursu, Emzirme, Medipol Üniversitesi, Ebelik Günleri, Kurs, 2018
5. Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi, Doğuma Hazırlık, Medipol Üniversitesi, Ebelik Günleri, Kurs, 2019
6. Rebozo Techniques and Practice, Blankenberge, Belgium, Kurs, Midwifery Today, 2019.
7. Sistematik Derleme ve Meta Analiz, Yapma ve Yayına Hazırlama, Online Eğitim , TC. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi , Kurs, 2020
8. Gözlemsel Ve Deneysel Araştırmalar, Yapma ve Yayına Hazırlama, Online Eğitim, TC. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Kurs, 2020
9. Doğum Yönetiminde Rebozo, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Ebelik Günleri Kongresi, Kurs, 2020

Konuşmalar

1. Terapötik Doğum Ortamının Oluşturulmasında Ebelinin Rolü, Kongre Oturumu, Medipol Üniversitesi, Ebelik Günleri Kongresi, 2019

Kongre Düzenleme

1. Haliç Üniversitesi I. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, Online Kongre, Haliç Üniversitesi, Kongre Düzenleme, 2020
2. 4. Uluslararası 5. Ulusal Ebelik Kongresi, Online Kongre, Haliç Üniversitesi, Kongre Düzenleme, 2021

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kayak, yüzme

EK- 10 DOĞUM DENEYİMİ ÖLÇEĞİ KULLANIM İZİNİ

←

📁

🕒

🗑️

📧

🕒

🔍

📁

📁

⋮

2 ileti dizisinden 1, ... < > 🗑️

Ölçek Kullanımı için Gelen Kutusu x

🖨️ 📄



rojlin mamuk <rojlinmamuk@gmail.com>

Alıcı: ben ▾

26 Oca 2020 Paz 21:35

☆ ↶ ⋮

Merhaba Özden,

Doğum Deneyimi Ölçeği tez konunuza uygun bir ölçme aracı olup, kullanmanızdan memnuniyet duyarız. Ölçek ve yönergesi ektedir. Tez sürecinde kolaylıklar ve başarılar dilerim.

Sevgi ve selamlarımla

Yrd. Doç. Dr.Rojlin MAMUK
Doğu Akdeniz Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü

3 Ek

📎 📎



Doğum Deneyimi Öl...



Doğum deneyimi öl...



Doğum Deneyimi Öl...

↶ Yanıtla

➡ Yönlendir

EK-11 MACKEY DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEK İZİNİ

Ölçek İzni

NG

Naciye Gelebek <ncycelik@yahoo.com>
7.12.2020 Pzt 19:47
Kime: Özden TANDOĞAN

Sayın TANDOĞAN,

Mackey Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçeği kullanmanızdan mutluluk duyar, başarılar dilerim.

Uzm. Ebe Naciye GELEBEK

Özden TANDOĞAN <ozdentandogan@halic.edu.tr> şunları yazdı (1 Ara 2020 13:36):

Sayın Naciye Gelebek,
İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Fakültesi'nde doktora öğrencisiyim. "Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Memnuniyetine Etkisi" konulu doktora tezimde, geliştirdiğiniz "Mackey Doğum Memnuniyeti Ölçeği" ni kullanmak için izninizi istiyorum.

Saygılar,



rebozo.nl



certificate of participation

Özden Tandoğan

has participated at 31. October 2019
in the workshop:

Basic Rebozo technique

During the workshop all basic techniques, as described in
The Workbook Rebozo Massage, has been discussed,
practiced and experienced.

The workshop was given by Thea van Tuyt,
author of 'The Rebozo Technique Unfolded'

Vof www.rebozo.nl
Van Spaenweg 26
6862 XK Oosterbeek
The Netherlands

t: 0031(0)6-44080244
m: info@rebozo.nl
KVK: 59379294
BTW: NL853450055801