

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

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN
MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN ALGILANAN DOĞUM
AĞRISINA, GEBENİN ANKSİYETESİNE VE MALİYETE
ETKİSİ**

İlknur Münevver Gönenç

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

ANKARA

2013

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

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN
MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN ALGILANAN DOĞUM
AĞRISINA, GEBENİN ANKSİYETESİNE VE MALİYETE
ETKİSİ**

İlknur Münevver Gönenç

**Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

**ANKARA
2013**

Anabilim Dalı :Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Program :Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği
 Tez Başlığı :Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik
 Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına
 Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı :İlknur M. Gönenç
 Savunma Sınavı Tarihi :15.07.2013

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof.Dr.Gülümser Kublay
 H. Ü. Hemşirelik Fakültesi
 Tez danışmanı: Prof.Dr. Füsun Terzioğlu
 H. Ü. Hemşirelik Fakültesi
 Üye: Prof.Dr. Bayram Şahin
 H. Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
 Üye: Doç.Dr.Gül Pınar
 YY. B.Ü. Sağlık Bilimleri Fak
 Üye: Yrd.Doç.Gülten Koç
 H. Ü. Hemşirelik Fakültesi

(Handwritten signatures of the jury members)

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

(Handwritten signature)
 Prof.Dr. Ersin FADILIOĞLU
 Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı aşağıdaki ismi geçen kişilere içtenlikle teşekkür etmektedir.

Sayın Prof. Dr. Füsün Terzioğlu'na tez danışmanım olarak doktora eğitimim boyunca gelişimim için verdiği kıymetli destek ve katkıdan dolayı,

Sayın Prof. Dr. Lale Taşkın'a değerli bilgi, görüş ve önerileri ile tez çalışmama ve eğitime verdiği değerli katkılardan dolayı,

Sayın Prof. Dr. Bayram Şahin'e ve Sayın Doç. Dr. Aygül Akyüz'e tez izlem komitesinde bu çalışmanın planlanmasında ve yürütülmesinde verdiği bilimsel katkılardan dolayı,

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum salonunda çalışan hemşirelere, ebelere ve hekimlere çalışmanın uygulama aşamasındaki katkılarından dolayı,

Çalışmamın her aşamasında verdiği manevi destekten, sabır ve anlayıştan dolayı Ankara Üniversitesi Ebelik Bölümü öğretim elemanları Sayın Doç. Dr. Sibel İlhan Erkal, Sayın Doç. Dr. Serkan Yılmaz'a ve Sayın Neslihan Yılmaz Sezer'e

Hayatımın her döneminde üstün özverileri ile beni destekleyen anneme, babama ve kardeşlerime,

Ve yaşamımın her alanında beni destekleyen, bu günlere ulaşmamı kolaylaştıran, tez çalışmalarım sürecinde sabır ve anlayışlarını benden esirgemeyen değerli eşim H.Anıl Gönenç, oğlum Arda Anıl Gönenç ve kızım Ezgi Beril Gönenç'e teşekkür ederim.

ÖZET

Gönenç, İ.M. Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür'ün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2013. Bu araştırma, doğum eyleminin birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür uygulamalarının algılanan doğum ağrısının yönetimine, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak 08.08.2012-08.03.2013 tarihinde arasında Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır. Örneklem kapsamına alınan katılımcılar 4 gruba 30 kişi olacak şekilde alınmış ve toplam 120 kişiye ulaşılmıştır. Müdahale gruplarında masaj, akupressür, hem masaj hem de akupressür uygulanmış, kontrol grubuna alınan gebelere hiçbir müdahale yapılmamıştır. Masaj, gebelere latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm) ,aktif fazda (servikal dilatasyon 6-7 cm), geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-9 cm) 30 dakika uygulanmıştır. Akupresür bandı araştırmacı tarafından SP6 noktasına doğumun her fazında 30 dk uygulanmıştır. Gebenin algıladığı ağrı düzeyi Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) ile, gebenin kaygı düzeyi Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) ile, annenin doğum algısı ise Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Maliyet hesaplaması, kullanılan tıbbi malzemeler ve ilaç dışı malzemeler üzerinden hesaplanmıştır. Veriler frekans ve yüzde hesaplamaları, ki kare testi, student T testi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve Tukey HSD testi ile değerlendirilmiştir. Doğumun birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde, gebelerin anksiyetisini azaltmada, doğumun olumlu algılanmasında masaj ve akupressür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu fakat masaj uygulamasının daha etkin olduğu belirlenmiştir. Masaj uygulamasının doğumun birinci evresinde maliyeti azalttığı saptanmıştır. Bu araştırmanın örneklem sayısı fazla olan farklı hasta grupları üzerinde yapılacak çalışmalara yol göstereceği düşünülmektedir. Masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetiminde güvenilir bir şekilde kullanılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Masaj, akupressür, doğum ağrısı, anksiyete, doğum algısı, doğum maliyeti, doğumda anne memnuniyeti, hemşirelik.

ABSTRACT

Gönenç, İ.M. The effect of massage and acupressure as non-pharmacologic methods, used for labor pain control, on perceived labor pain, anxiety of pregnant and cost. Hacettepe University Institute of Health Sciences, Obstetrics and Gynecological Nursing Programme Doctorate Thesis, Ankara, 2013. This research was conducted to determine the effect of massage and acupressure as non-pharmacologic methods, used for labor pain control in initial phase of labor, on perceived labor pain, anxiety of pregnant and cost as a randomized controlled study between the dates August 2012 and March 2013 in Dr. Zekai Tahir Burak Women Health Training and Research Hospital. Participants in the sampling were taken into four implementation groups as 30 people in each group and total sample size reached 120. Women in each group were given massage or acupressure, or both together. Women in control group weren't given any intervention. A 30 minutes massage was applied to participants latent phase when cervical dilatation is 3 to 4 cm, active phase when cervical dilatation is 6 to 7 cm, and deceleration phase when cervical dilatation is 8 to 9 cm. An acupressure band was placed to SP6 point and a 30 minutes implementation was applied to participants in each phase of labor by researcher. The level of pain perceived, the level of anxiety, and mother's labor perception were evaluated by using Visual Analogy Scale (VAS), Spielberger's State Anxiety Inventory, and Perception of Birth Scale respectively. Cost was calculated including medical and non medical materials, used in study. Data were evaluated via frequency and percentage calculations, chi square test, Student's *t*-test, one way analysis of variance, and correlation and Tukey's HSD test. Implementations, massage and acupressure, were found to be effective on reducing initial phase labor pain and anxiety, and on positive perception of labor. But, it is determined that massage implementation is more efficient than acupressure. Massage implementation is determined to be cost efficient in the initial face of labor. It is thought that this study is going to lead other studies which will be applied on different patient groups that have more samplings. Massage and acupressure implementations are suggested as reliable ways on labor pain management.

Key Words: Massage, acupressure, labor pain, anxiety, labor perception, labor cost, labor satisfaction, nursing.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
No	
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xi
TABLolar	xii
GRAFİKLER	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Hipotezleri	6
1.3.1. Araştırmanın Alt Hipotezleri	7
2. GENEL BİLGİLER	8
2.1. Ağrı	8
2.1.1. Ağrı Teorileri	8
2.1.2. Ağrı Türleri	9
2.2. Doğum Ağrısı	10
2.2.1. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi ve Ağrı Yolları	10
2.2.2. Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı	11
2.2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Ağrı	11
2.2.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Ağrı	13
2.2.2.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Ağrı	14
2.2.2.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresinde Ağrı	14
2.3. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler	14
2.3.1. Fiziksel Faktörler	14
2.3.2. Psikososyal Faktörler	15
2.4. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri	16

2.4.1.Doğum Ağrısının Anne Sağlığına Olumsuz Etkileri	16
2.4.2.Doğum Ağrısının Fetüs/Yenidoğan Sağlığına Etkileri	18
2.5.Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi	18
2.5.Doğum Ağrısının Kontrolü	20
2.5.1.Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler	20
2.5.2.Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler	21
2.5.2.1.Gevşeme/ Rahatlama Teknikleri	21
2.5.2.2.Zihinsel-Mental Uyarılma	22
2.5.2.3.Solunum Teknikleri	22
2.5.2.4.Tensel Uyarılma Teknikleri	22
2.5.2.4.1.Akupressür	22
2.5.2.4.2.Masaj	28
2.7. Doğum Ağrısını Kontrol Altına Almada Ebe/Hemşirenin Rolü	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM	35
3.1. Araştırmanın Şekli	35
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	35
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	37
3.4. Verilerin Toplanması	38
3.4.1.Veri Toplama Araçları	38
3.4.2. Ön Uygulaması	41
3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması	42
3.5. Araştırmanın Etik Boyutu	48
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
3.7. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler	49
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	50
4. BULGULAR	52
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik, Evlilik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular	53
4.2. Gebelerin Dismenore, Genel Ağrı ve Doğum Ağrısına Ait Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular	57

4.3. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Algılanan Ağrı Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular	61
4.4. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Anksiyete Düzeyine Etkisine Yönelik Bulgular	66
4.5. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Doğum ve Yenidoğanın Bazı Özelliklerine Etkisine İlişkin Bulgular	72
4.6. Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerine ve Doğum Algılarına İlişkin Bulgular	77
4.7. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Maliyete Etkisine İlişkin Bulgular	83
4.8. Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkileri İnceleyen Bulgular	85
5. TARTIŞMA	88
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	101
6.1. Sonuçlar	101
6.2. Öneriler	111
7. KAYNAKLAR	113
8. EKLER	130

SİMGELER VE KISALTMALAR

TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American Congress Of Obstetricians And Gynecologists)
ASA	Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists)
CNM	Amerikan Ebe-Hemşireler Koleji (American College of Nurse-Midwives)
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain)
MASF	Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu
TENS	Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation)
VAS	Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizuel Analog Skala)
ADAÖ	Annenin Doğumu Algılama Ölçeği
EFM	Elektronik Fetal Monitörizasyon

ŞEKİLLER	Sayfa No
Şekil 2.1. Doğumda Ağrı Yolları	11
Şekil 2.2. Doğum Eylemi Sürecinde Ağrı	13
Şekil 2.3. Doğumda Korku, Gerginlik ve Ağrı Döngüsü	16
Şekil 2.4. Vücuttaki Ana Meridyen Kanalları	23
Şekil 2.5. SP6, BL67 ve LI4 Akupressür Noktaları	25
Şekil 3.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale; VAS)	40
Şekil 3.2. Sakruma Dairesel Hareketler Uygulanması	43
Şekil 3.3 Sakral Bölgeden-Omuza Kadar Uygulanan Masaj Tekniği	43
Şekil 3.4. SP6 noktasının tespiti	44

TABLolar	Sayfa No
Tablo 2.1. Vücut Yüzeyinde Bulunan Meridyenler ve Başlama-Bitiş Noktaları	24
Tablo 3.1. Örneklem Kapsamına Alınacak Gruplar	37
Tablo 4.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	53
Tablo 4.1.2. Kadınların Şimdiki Gebeliklerine Ait Bazı Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	55
Tablo 4.2.1. Gebelerin Genel Ağrı Durumuna ve Dismenoreye İlişkin Bazı Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	57
Tablo 4.2.3. Gebelerin Doğum Sürecinde Korku ve Doğum Ağrısı ile Başetmeye İlişkin Bazı İfadelerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	59
Tablo 4.3.1. Gebelerin Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Masaj ve Akupressür Müdahale Öncesi/Sonrası ile Doğum Sonunda VAS Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	61
Tablo 4.4.1. Gebelerin Süreklilik Anksiyete Puan Ortalamaları ile Latent ve Aktif Faz Durumluluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı	66
Tablo 4.4.2. Gebelerin Latent Faz Durumluluk Anksiyete Puan Ortalaması, Aktif Faz Durumluluk Anksiyete Puan Ortalaması ve Süreklilik Anksiyete Puan Ortalaması Arasındaki İlişkilerin Gruplara Göre İncelenmesi	69
Tablo 4.5.1. Doğumun Bazı Evresindeki Sürelerin Gruplara Göre Dağılımı	72
Tablo 4.5.2. Gebelerin Oksitosin ve Oksijen Tedavisi Alma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı	74
Tablo 4.5.3. Yenidoğanların APGAR Skorları ve Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımı	76
Tablo 4.6.1. Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerinin Gruplara Göre Dağılımı	77
Tablo 4.6.2. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı	79
Tablo 4.6.3. Annelerin ADAÖ Puan Ortalamaları ile ADAÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	81

Tablo 4.7.1. Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Malzemelerin Maliyetlerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı	83
Tablo 4.8.1. Müdahale Grubundaki Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	85
Tablo 4.8.2. Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi	87

GRAFİKLER**Sayfa No**

Grafik 4.1.Gebelerin Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Masaj ve Akupressür Müdahale Öncesi/Sonrası ile Doğum Sonunda VAS Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre Dağılım Grafiği	62
Grafik 4.2.Gebelerin Süreklilik Anksiyete Puanları İle Latent Faz ve Geçiş Fazı Durumluluk Anksiyete Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı	67
Grafik 4.3.Doğumun Bazı Evresindeki Sürelerin Çalışma Gruplarına Göre Dağılım Grafiği	73
Grafik 4.4.Grupların Oksitosin ve Oksijen Tedavisi Alma Durumlarına Göre Dağılım Grafiği	75

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir. Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte doğum ağrısı, bugün bilinen ve tanımlanan en kuvvetli ağrılardan birisidir (1). Bireyin yaşı, eğitim düzeyi, doğum sayısı, yaşadığı kültür, ağrının birey için anlamı, doğumla ilgili önceki deneyimleri, anksiyete düzeyi, doğum öncesi dönemde bakım ve ağrıyla baş etme konusunda eğitim alması, doğum süresince aile ve sağlık üyelerinin desteği gibi faktörler anne adayının doğum ağrısını algılamasını ve baş etme düzeyini etkileyebilmektedir (2-5).

Doğumda ağrı fizyolojik bir olaydır. Ancak doğum ağrısının kontrol altına alınamadığı durumlarda oluşan stres anne, fetus ve yenidoğan sağlığını olumsuz olarak etkilediği için obstetrik anlamda önemlidir (6-8). Doğum ağrısı ve doğuma bağlı yaşanan stres sonucunda sempatik sinir sistemi aktive olmaktadır. Sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı annenin plazma katekolamin, kortizol ve glukojen konsantrasyonu yükselmektedir (9-11). Periferik vazokonstriksiyon nedeniyle plasantal kan akımı azalmaktadır (10,12). Uteroplasantal dolaşımın engellenmesi, fetusun oksijenlenmesinin bozulmasına, fetüste metabolik asidoza ve fetal hipoksiye neden olmaktadır (7,13,14). Yoğun katekolamin sentezinin bir etkisi de oksitosinin salınımını inhibe etmesidir. Buna bağlı olarak uterus kontraksiyonların süresi kısalmakta, sıklığı ve doğum sürecine etkisi azalmaktadır (9). Sık sık ve yoğun gelen ağrı annenin anksiyete seviyesini artırmakta ve annenin yorulmasına neden olmaktadır (6,15,16). Eylemde artan anksiyete ise kas gerginliğini artırmakta ve doğum ağrısının daha şiddetli hissedilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak korku, anksiyete ve ağrı arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilemektedir (5).

Doğum eyleminde yaşanan ağrının bir diğer olumsuz etkisi de doğum eyleminden ve doğum ağrısından duyulan korkunun, kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendirmesidir (16-18). Literatürde, sezaryen doğumun psikososyal nedenleri arasında olumsuz doğum eylemi deneyimi, yetersiz bakım, doğum ağrısından duyulan korku ve doğum sürecine bağlı yaşanan kaygı

belirlenmektedir (19-21). Pang ve arkadaşlarının (2008) yaptıkları çalışmada kadınların %24.4'ünün (22), Nerum ve ark. (2006) çalışmada ise %31'inin doğum ağrısından korktukları için elektif sezaryeni tercih ettikleri ortaya konmuştur (23). Benzer şekilde, ülkemizde yapılan çalışmalarda da, kadınların normal doğum ve doğum ağrısı korkusuna bağlı olarak sezaryen tercih etme oranları Bektaş'ın (2008) çalışmasında %19 (24), Akyol'un (2011) çalışmasında %33 (25) ve Gözükar'ın (2008) çalışmasında %71.1 olarak belirtilmiştir (26). Duman ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada da sezaryen doğumu tercih etme nedeni olarak ilk sırada doğum ağrısı yer almaktadır (27). Dünya Sağlık Örgütü, maternal mortalite ve morbitide oranlarının artmaması için sezaryen oranının %5-15 arasında olmasını önermektedir (28). Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığının Anne Dostu Hastane Uygulaması kriterlerine göre; primer sezaryene ihtiyacı olan gebe oranı devlet hastaneleri için $\leq$ %20, üçüncü düzey referans hastaneleri (Üniversite hastaneleri, Eğitim ve Araştırma hastaneleri) için $\leq$ %25 olarak belirtilmektedir (29). Ülkemizde sezaryen oranı belirtilen bu değerlerin çok üzerindedir. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %37'si sezaryen ile yapılmış ve TNSA-2003 verilerine göre sezaryen ile doğum hızı, (%21) büyük ölçüde yükselmiştir (30). İsteğe bağlı sezaryen oranlarının kontrol edilebilmesi için gebelere kaliteli ve yeterli sayıda antenatal bakım verilmesi ve doğum ağrısının kontrol edilmesi önemlidir.

Doğum ağrısı, kadının doğum eylemine yönelik algısını da olumsuz etkilemektedir. Doğum ağrısının kontrol altına alınamaması gebelerin doğumu negatif algılamasına, doğumla ilgili olumsuz deneyimler yaşamasına ve memnuniyetlerinin azalmasına neden olmaktadır (31,32). Kadınların doğum eylemine yönelik algısı, kadının kendi sağlığını, bebeğinin sağlığını ve aile ilişkilerini etkilemektedir. Olumsuz bir doğum deneyimi kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, istenmeyen gebeliklerde kürtaj, sonraki doğumlarda sezaryen isteği, cinsel disfonksiyon, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, bebeği ihmal gibi durumlara neden olabilmektedir (31,33,34). Doğum ağrısının rahatlatılması anne adayının doğumda memnuniyetinin artırılmasını ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlayacaktır.

Anne ve fetüs sağlığına olumsuz etkilerinden dolayı doğum ağrısı ve doğuma bağlı yaşanan anksiyete ile baş etmede anneye yardımcı olunması gerekmektedir. Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan farmakolojik yöntemler, sistemik etkili anestezi ve analjezikler ile rejional (bölgesel) etkili analjezik ve anestezi olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (35,36). Sistemik etkili yöntemler annede ve plesanta aracılığı ile fetüste istenmeyen etkilere neden olmaktadır (37). Ayrıca annenin doğum sırasında eyleme katılamaması ve doğum sürecinde yaşananları hatırlamaması gibi sakıncaları beraberinde taşımaktadır (38). Bölgesel anestezi yöntemlerinin ise bulantı, kusma, idrar retansiyonu, alerjik reaksiyonlar ve solunum depresyonu gibi annenin sağlığına olumsuz etkileri bulunmaktadır (38). Ayrıca doğumun maliyetini artırmaktadır.

Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en az algılamaya yönelten yöntemlerdir (39). Nonfarmakolojik yöntemler invaziv değildir, uygulaması kolaydır ve güvenilirdir (5,35,40). Gebenin ve çevresindeki destek kişilerin aktif olarak eyleme katılmasına olanak sağlar. Diğer yandan maliyeti azalmanda etkilidir (35,41). Anne ve fetüs sağlığı açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz, yan etki ya da allerji riskleri yoktur (35,42). Bir diğer olumlu etkisi ise; doğum ağrısını rahatlatmak için kullanılan yöntemlerin, algılanan doğum ağrısını azaltarak gebenin anksiyete düzeyini düşürmesi ve annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşamasını sağlamasıdır.

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme, zihinsel-mental uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (13,35). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan tensel uyarılma yöntemleri dokunma ve masaj, transkütan elektriksel sinir stimölasyonu (TENS), intradermal su enjeksiyonu, soğuk ve sıcak uygulama, hidroterapi, akupunktur ve akupressür gibi yöntemlerdir (35,43).

Tensel uyarılma teknikleri, kapı kontrol ve endorfin teorilerine göre ağrı kontrolünü sağlamaktadır. Kapı kontrol sistemine göre, ağrı özelleşmiş nöral sistemlerin etkileşimi sonucunda gerçekleşmektedir. Bu teoriye göre spinal kordun dorsal boynuzu bir kapı görevi görmektedir (5). Tensel uyarılma teknikleri spinal kortta bulunan kapıyı kapatarak ağrı sinyallerinin beyine ulaşmasını engellemekte, bu yolla ağrı algısını azaltmaktadır (5). Diğer teoriye göre ise, tensel uyarılma teknikleri endorfinlerin salınımını artırmaktadır. Endorfinler, vücut tarafından salgılanan narkotiklere benzer maddelerdir. Opioid reseptörlerini uyararak analjezi oluşturmaktadır. Endorfinlerin çoğu morfin kadar aktif etkilidirler ve 15 - 60 dakika süren bir analjezi oluştururlar (44).

Doğum ağrısını rahatlatmak için kullanılan en eski tensel uyarılma yöntemi masajdır. Masaj, sağlık ve iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Masaj doğum sırasında gevşemeyi sağlar, ağrının şiddetini azaltır, kas spazmını gevşetir, fiziksel aktiviteyi artırır, dikkati başka yöne çeker ve genel rahatlatma sağlar (45,47). Field ve arkadaşlarının (1997) yaptıkları çalışmada, masajın doğum ağrısını, annenin anksiyetesini ve depresif modunu azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (45). Masaj uygulaması, serotonin ve dopamin düzeyini artırırken, norepinefrin ve kortizol seviyesini düşürmektedir (47). Literatürde, doğumun 1. evresinde masaj uygulanan kadınların doğum süresinin ve hastanede kalış süresinin kısaldığı ve doğum sonu depresyon oranlarının daha az olduğu belirtilmektedir (46,48). Masajın doğum ağrısının kontrolüne olan etkisinin incelendiği başka bir çalışmada masaj uygulanan grupta doğumun 1. ve 2. evrelerinde kadınların algıladıkları ağrı şiddetinde azalma olduğu, doğumun 3 evresinde algılanan ağrı düzeyinde fark olmadığı belirtilmiştir (49). Literatürde benzer şekilde, masajın doğum ağrısını ve annenin anksiyetesini azalttığı ve anne ve bebek sağlığına hiçbir olumsuz etkisinin olmadığını belirten çalışmalarda yer almaktadır (46,50,51).

Tensel uyarım tekniklerinden bir diğeri olan akupressür, akupunktur noktalarına uygulanan basınç işlemidir. Basınç uygulaması parmak, tenis topu, havlu veya akupressür bandı v.b. cisimler kullanılarak yapılabilir (52-54). Vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına basınç uygulayarak,

enerji kanallarının kan dolaşımı gibi düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir (55). Akupressür, non-invazif, ucuz, uygulanması kolay, emniyetli bir yöntemdir. Bu uygulamayı iyi bir danışmanlıkla gebeler kendi kendilerine de uygulayabilmektedir. Doğum ağrısının kontrolünde önemli olan akupunktur noktalarından birisi SP6 noktasıdır. SP6 noktası posterior malleous kemiğinin 3-4 parmak yukarisındadır. SP6 noktası dalak meridyeni üzerindedir. Bu noktaya yapılan bası, ağrı eşiğinin yükselmesine neden olur, kan akımını artırır ve vücutta endorfin salınımını uyarır. Yapılan çalışmalara göre, SP6 noktasına akupressür uygulaması gebenin algıladığı ağrı düzeyini azaltmakta ve doğumun süresini kısaltmaktadır (52,54). Chang ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada, doğum eyleminde SP6 noktasına akupressür uygulanan ve uygulanmayan gebelerde sezaryen oranı karşılaştırılmış, akupressür uygulanan grupta sezaryen oranının düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (56). Kashanian ve Shahali (2010) tarafından yapılan çalışmada da, SP6 noktasına akupressür uygulanan grupta sezaryen oranı %10, kontrol grubunda %41.7 olarak belirlenmiştir (57). Aynı çalışmaya göre SP6 noktasına yapılan akupressür uygulaması, oksitosin kullanımını da istatistiksel olarak anlamlı oranda azaltmaktadır (57).

Yapılan çalışmalarda, nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının gebenin algıladığı ağrı düzeyini, anksiyetesini, doğum sürecinde ilaç kullanımını, sezaryen olma oranını azalttığı, doğumun süresini ve annenin hastanede kalış süresini kısalttığı vurgulanmaktadır (46,44-50,52-54,56,57). Sağlık sistemlerinde malzeme giderleri önemli bir maliyet unsurudur. Toplam hastane giderlerinin yaklaşık %40'ını malzeme giderleri oluşturmaktadır (58). Bu nedenle, ilaç kullanımının ve sezaryen oranlarının azalması, doğum süresinin ve annenin hastanede kalış süresinin kısalması hastane maliyetinin azalmasını sağlayacak ve ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır.

Nonfarmakolojik uygulamalar, ebe ve hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği ve gebeyle işbirliği içerisinde olabileceği uygulamalardır (59,60). Doğum salonlarında çalışan ebe/hemşire doğum ağrısıyla baş etmede

nonfarmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını, maliyetini bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (61).

Dünya’da ve ülkemiz’de yapılan çalışmalarda tensel uyaram yöntemlerinden masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının kontrolüne etkisi tek tek çalışılmış fakat bu iki yöntemin birlikte doğum ağrısına ve maliyete etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Masaj ve akupressürün algılanan doğum ağrısı ve gebelerin anksiyete düzeyini azalması, gevşeme ve rahatlamayı sağlayarak anne fetüsün oksijen ihtiyacını azaltması, annenin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlaması ve doğumdan memnuniyetin artırması öngörülmektedir. Bu araştırmanın sonucuna göre hemşireler doğumun birinci evresinde anneye sundukları bakım hizmetlerinin kalitesinin artırabilecekler, nonfarmakolojik yöntemlerin seçiminde daha aktif rol oynayabilecekler, tensel yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönlerini karşılaştırabileceklerdir. Bu yaklaşımın aynı zamanda sağlık bakım harcamalarında katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Hemşirelerin maliyet etkin çalışması, kaliteli hizmet sunumunu geliştirmede ve sağlık bakım hizmetlerinin maliyetini düşürmede oldukça önemlidir. Nonfarmakolojik yöntemlerin (akupressür ve masaj), doğum sürecinde farmakolojik ajanların kullanımını, sezaryen ve müdahaleli doğum oranını azaltacağı ve doğum süresini kısaltacağı için maliyet yönünden etkin olacağı düşünülmektedir. Bu açıdan, nonfarmakolojik yöntemlerin maliyet etkisini ele alması nedeniyle bu çalışma fark yaratacaktır. Araştırma sonuçlarına göre, anne ve fetüs sağlığı yükseltilecek, maliyet etkin olarak gebeye en doğru yöntemi seçebilecek ve sağlık harcamalarının kontrolünde rol alacaktır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür uygulamalarının, doğumun birinci evresinde algılanan doğum ağrısının yönetimine, gebenin anksiyetesine ve maliyete (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

1.3 Araştırma Hipotezleri

H₁: Doğum ağrısının yönetiminde, sadece masaj uygulamasının gebenin algıladığı ağrı düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H₂: Doğum ağrısının yönetiminde, sadece akupressür uygulamasının gebenin algıladığı ağrı düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H₃: Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressür, beraber uygulandığında gebenin algıladığı ağrı düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H₄: Sadece masaj uygulamasının doğum birinci evresindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyeti azaltmada etkisi vardır.

H₅: Sadece akupressür uygulamasının doğum birinci evresindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyeti azaltmada etkisi vardır.

H₆: Masaj ve akupressür, beraber uygulandığında doğum sürecindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyeti azaltmada etkisi vardır.

H₇: Sadece masaj uygulamasının gebenin anksiyete düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H₈: Sadece akupressür uygulamasının gebenin anksiyete düzeyini azaltmada etkisi vardır.

H₉: Masaj ve akupressür, beraber uygulandığında gebenin anksiyete düzeyini azaltmada etkisi vardır.

1.3.1. Araştırmanın Alt Hipotezleri

H₁: Sadece masaj uygulamasının Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) puan ortalamasının yükseltilmesinde etkisi vardır.

H₂: Sadece akupressür uygulamasının ADAÖ puan ortalamasının yükseltilmesinde etkisi vardır.

H₃: Masaj ve akupressür, beraber uygulandığında ADAÖ puan ortalamasının yükseltilmesinde etkisi vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. AĞRI

Ağrı, insanoğlunun yüzyıllardır yaşadığı, paylaştığı ve yaşamını olumsuz olarak etkileyen bir duygudur. Pek çok insanın yaşadığı genel bir deneyim olmasına rağmen kişiye özgü, öznel bir semptomdur. Ağrı, insanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve bireyleri profesyonel yardım almaya en fazla motive eden semptomdur (62). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatının (International Association for the Study of Pain; IASP) yaptığı tanıma göre ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, emosyonel, hoş olmayan bir duygudur (63,64). Ağrı, iç ve dış uyaranlara karşı, organizmanın bir savunma mekanizması olarak olaya gösterdiği tepkileri kapsayan duygusal ve duyusal olumsuz bir deneyimdir (65).

2.1.1. Ağrı Teorileri

Ağrının iletilmesi, algılanması ve değerlendirilmesine yönelik birçok teori ileri sürülmüştür. Tarihsel gelişime göre bu teoriler aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır (66).

- a) **Primitif Teori:** Ağrının açıklanmasına yönelik ilk teori Aristo tarafından ileri sürmüştür. Aristo'ya göre ağrı bir duyudan çok duygu ve heyecan şekli olup, zevkin karşıtıdır.
- b) **Spesifik Teori:** Bu teoriye göre ağrılı uyaranları periferden spinal korda, oradan da talamus ve korteksteki spesifik merkezlere taşıyan, spesifik ağrı yolları bulunmaktadır. Ağrı diğer duyularda olduğu gibi kendine özgü yollarla taşınmaktadır.
- c) **Model (Pattern) Teorileri:** Bu teoride ağrı duyusunun periferde aynı şekilde algılandığı fakat sinir lifleri ve hücrelerden geçen elektrik uyarısının sıklık ve kuvvetine göre değişik şekilde algılandığı ileri sürülmüştür. Bu teorinin en önemli dayanağı summosyon (eklenme) kavramıdır. Buna göre ağrılı uyaranlar (impuls) spinal korda girdikten

sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerektiği belirtilmektedir.

d) Yoğunluk Teorisi: Bu teoriye göre ağrı dokunma, ısı, görme, koku ve tat duyularını ileten sinir uçlarının aşırı şekilde uyarılması sonucu ortaya çıkmaktadır. Herhangi bir duyu yolu, potansiyel ağrı yolu olarak düşünülmüştür.

e) Kapı Kontrol Teorisi: Kapı kontrol teorisi 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür ve ağrı konusunda bir devrim olarak kabul edilmektedir (13,67,68). Bu teoriye göre ağrı özelleşmiş nöral sistemlerin etkileşimi sonucunda gerçekleşmektedir (69). Ağrılı uyaranlar ağrı şeklinde algılanmadan önce bir kapı kontrol mekanizması ile düzenlenmektedir (66). Spinal kordun dorsal boynuzu bir kapı fonksiyonu görmektedir (7,69). Posterior kökün ince miyelinli A delta lifleri, ağrı lifleridir. Bunlar substantia gelatinosa (SG) hücrelerini inhibe ederek iletimi kolaylaştırmakta yani kapıyı açmaktadır. Kalın, miyelinsiz C lifleri ise SG hücrelerini uyararak iletimi inhibe etmekte yani kapıyı kapatmaktadır (70,71) . Bu kalın lifler, dokunma ve basınç reseptörlerine bağlıdırlar. Bu reseptörler uyarıldığında ağrının geçişi önlenmiş olmaktadır. Masaj, dokunma, TENS, vibrasyon, müzik, ve benzeri uygulamalara bağlı olarak C lifleri uyarılmakta ve ağrının sinirler aracılığı ile taşınması engellenmektedir. Dikkati dağıtan bu yöntemlerin spinal kordda bulunan kapıyı kapatarak ağrı sinyallerinin beyine ulaşmasını engelledikleri düşünülmektedir (68,69).

2.1.2. Ağrı Türleri

Ağrının, subjektif bir duyum olması, bireyler ve yaşanan ortam açısından büyük farklılıklar göstermesi, standart bir sınıflandırma yapılamamasına neden olmaktadır. Ağrıyı değişik parametrelere göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılmaktadır (63,64,67). Ağrı;

- 1- Fizyolojik belirtilerine göre
- 2- Süresine göre (akut veya kronik)

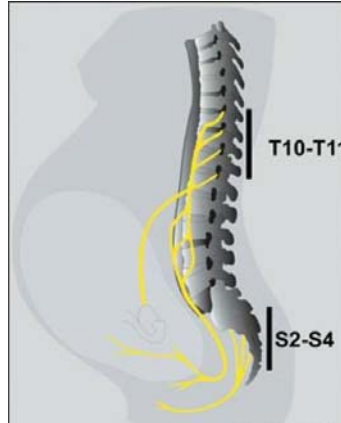
- 3- Kaynaklandığı bölgeye göre (somatik, visseral, sempatik, periferel)
- 4- Mekanizmalarına göre (nosiseptif, nöropatik, deaferantasyon, reaktif, psikosomatik)
- 5- Etiyolojisine göre (postpoeratif ağrı, kanser ağrısı, doğum ağrısı, v.b) (tulunay)
- 6- Etkilenen bölgeye göre (baş ağrısı, sırt ağrısı, v.b.) değerlendirilmektedir.

2.2. DOĞUM AĞRISI

Bugün bilinen ve tanımlanan en kuvvetli ağrılardan biri doğum eylemi sırasında yaşanan ağrıdır. Literatürde doğum ağrısının bel ağrısı, kanser ağrısı, fantom ağrısı ve postherpetik nevralji gibi kronik ağrılardan ve kırık veya laserasyon gibi akut ağrılardan daha şiddetli algılandığı belirtilmiştir (72). Doğum ağrısı kontrolü çok zor olan şiddetli bir ağrı deneyimidir (1). Kompleks, subjektif ve doğum eylemindeki kadının uyarılan duyularına karşı gelişen çok boyutlu bir cevaptır. Doğum ağrısı doğası gereği hastalık, rahatsızlık, travma cerrahi ve tıbbi işlemler sonucu oluşan ağrılardan farklıdır (35). Doğum ağrısının yaşamın doğal bir sürecinin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi ve çocuğun doğumunun, yaşamın en pozitif olaylarından biri olması nedeniyle annenin bebeği için bu ağrılara katlanması özellikleriyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (38,74).

2.2.1. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi ve Ağrı Yolları

Doğum ağrısı primer olarak uterus ve perinedeki nosiseptörlerden kaynaklanır ve uterus, serviks, pelvis ve perineden ağrılı uyarıları alan spinal kord segmentleri tarafından innerve edilen dermatomlar yoluyla hissedilir (75). Doğum sırasında uterustan gelen ağrılı uyarılar sempatik sinir sisteminin sensoryal lifleri ile iletilirler. Ağrılı uyarıların iletiminde uterus, pelvis, alt hipogastrik, üst hipogastrik ve lumbar sinir pleksusları rol alır. Uyarılar alt torasik sempatik zincir, 10., 11. Ve 12 torasik sinirler ve birinci lumbar sinirlerin sempatik lifleri ile omuriliğe iletilirler. Uterus kontraksiyonları şiddetlendikçe 12. torakal ve 1. Lumbal sinirlerde uyarılır (1,36,76,77). Spinal kordun tüm seviyelerinden kalkan afferet impulslar beyine ulaşır ve ağrı algılanır (Şekil 2.1.).



Şekil 2.1. Doğumda Ağrı Yolları

William ve Urmev (78)'den alınmıştır.

2.2.2. Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı

Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir. Bu aşamalara göre doğum ağrısının özellikleri aşağıda belirtilmiştir (69).

2.2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Ağrı

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Bu evre primiparlarda yaklaşık 8-12 saat, multiparlarda 6-8 saat sürmektedir. Doğumun bu evresinde ağrı, serviksin efasmanı, dilatasyonu, distansiyonu ve gerilmesine neden olan uterus kontraksiyonları sonucunda oluşmaktadır (1,7,36). Uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik sıvının basıncı artmakta, uterus alt segmenti ve serviks gerilmektedir (36,75). Doğumun birinci evresinde ağrı, uterus kontraksiyonları sırasında, uterus ve fundustaki kas lifleri arasında bulunan sinir lifleri üzerine oluşan basıya ve inflamatuvar değişikliklerle bağlı olarak oluşturmaktadır. Kontraksiyonlar sırasında myometriyumda oluşan hipoksi ve komşu dokulara olan baskı bu evrede oluşan ağrının diğer nedenler arasındadır. (73,76,80,81).

Doğumun birinci evresinde ağrı visseral bir ağrıdır. Ağrı ilk önce T11-12 sinirleri ile sonra bu iletiye eklenen T10-L1 sinirlerinin sempatik lifleri ile omuriliğe iletilmektedir. Bu ağrı diğer visseral ağrılarda olduğu gibi progresif bir biçimde artmakta ve abdominal duvar, lumbosakral bölge, iliak bölge ve gluteuslarda yaygın olarak hissedilmektedir (7,13,36,73). Bu evrede hissedilen ağrı pelvik eklemler, vajina ve perineden gelen akut süperfisyal ağrının, uterus ve serviksten gelen akut

viseral ağrının ve abdominal duvar ve belden gelen cilt ve kaslara yansıyan ağrının bir toplamıdır (73,81).

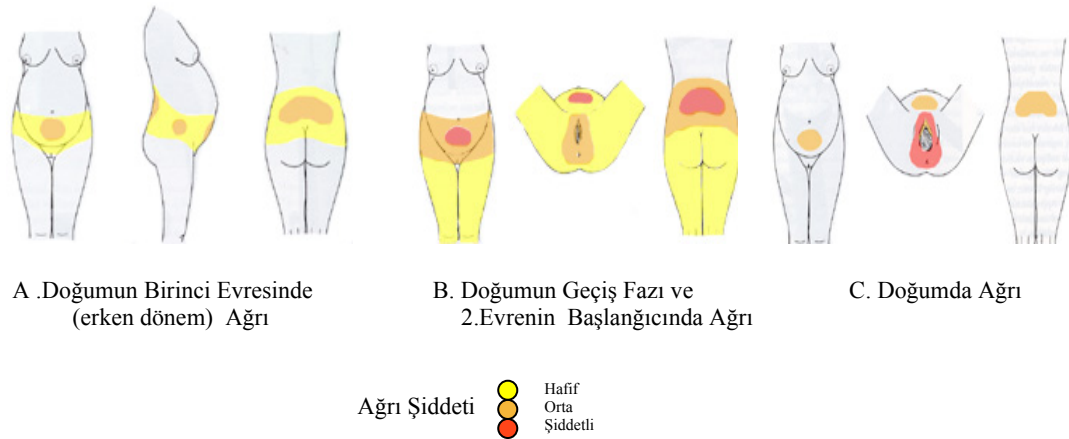
Doğumun birinci evresi kendi içerisinde latent, aktif ve geçiş faz olarak üç faza ayrılmaktadır. Bu fazların her birinde doğum ağrısının özellikleri değişmektedir (7,69).

Doğumun birinci evresinin ilk fazı olan latent faz düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlamaktadır (35,36,69). Düzenli kontraksiyonların 10-15 dk bir gelen, 30 mm/hg basınç ile başlayan, sıklığı, süresi ve şiddeti giderek artan kontraksiyonlardır (36,69). Latent faz servikal dilatasyon 4 cm olana kadar sürmektedir. Latent faz nulliparlarda 8-9 saat olup, 20 saati geçmemelidir. Multiparlarda ise yaklaşık 5-6 saat olup, 14 saati geçmemesi gerekmektedir (69).

Latent fazda, eylemin ilerlemesi ile birlikte uterus kontraksiyonlarının şiddeti, süresi ve sıklığı artmaktadır. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelen ve 15-20 saniye süren kontraksiyonlar görülürken eylemin ilerlemesi ile 5-7 dakikada bir gelen, süreleri 30-40 saniye olan kontraksiyonlar ortaya çıkmaktadır (35,69). Bu fazda kontraksiyonların şiddeti hafiftir (Şekil 2.2.). Kasılmalarda intaruterin basınç 30 mm/hg üzerinde olmadıkça ağrı hissedilmemektedir (36). Bu dönem anne ile iletişime geçilebilecek en uygun dönemdir. Anne ağrı ile başedebilir ve kendisine verilen bilgileri anlayabilir. Antenatal bakım döneminde doğum sürecine ve ağrı yönetimine ilişkin bilgi almayan kadınlara bu dönemde bilgi verilebilir ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı için anne desteklenebilir (5,7,35).

Doğumun birinci evresinin ikinci fazı olan aktif faz, servikal açıklık 5 cm olduğunda başlamakta ve servikal dilatasyon 8 cm'e ulaştığında sona ermektedir (69,79,82). Bu evrede fetüs doğum kanalında ilerlemektedir. Aktif fazda 2-5 dakikada bir gelen 60-80 saniye süren ve 40-50 mm/hg basınç şiddetinde kontraksiyonlar meydana gelmektedir (36).

Üçüncü ve son faz ise geçiş fazıdır. Geçiş fazı servikal dilatasyonun 8 cm olmasından dilatasyonun tamamlanmasına kadar süren evredir. Bu dönemde kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelmekte ve 60-90 saniye sürmektedir. Bu dönemin nulliparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenmektedir. (7,69,80).



Şekil 2.2. Doğum Eylemi Sürecinde Ağrı
Loedermilk and Perry (37)'den alınmıştır.

2.2.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Ağrı

Doğum eylemin ikinci evresi serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanmaktadır (7,83). İkinci evre servikal dilatasyonun tamamlanmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5 ile 30 dakika arasında değişmektedir. Bu evrede 1.5-2 dakikada bir gelen, 60-90 saniye süren kontraksiyonlarla karakterizedir (38,70)

Doğumun ikinci evresinde hissedilen ağrı somatik bir ağrıdır (37,79,82). Bu evrede ağrı iletiminde sempatik sinir sistemi ile birlikte perineden gelen uyarılar, pudental ve sakral sinirlerin somatik lifleri de önemli rol oynamaktadır (77). Ağrılı uyarılar perinedeki ağrıya duyarlı bölgelerden doğmakta ve pudental sinirin somatik lifleri S2,3,4'üncü segmentlerinden santral sinir sistemine girmektedir (76,79). İkinci evrede tam dilate olmuş serviksten gelen noisepatif stimülasyon azalmaktadır. Fetüsün önde gelen kısmının pelvis ve perinedeki ağrıya duyarlı bölgeleri geçerek oluşturduğu ağrı, mevcut ağrıya eklenmektedir (79). Bu evrede ağrı uterus kaslarının hipoksisine, fetüsün perineye ve çevre dokulara olan baskına bağlı oluşmaktadır (79-82). Ayrıca giderek ilerleyen distansiyon vajina, üretra, mesane, pelvik kavite kasları, periton ve uterus ligamentlerinin fasya ve subkutan dokularını gererek yırtmaktadır. Bu evrede sırt ya da belde ağrı, uterusu kramp ya da alt vajinal kanal ve pudentumda ayrılma hissi şeklinde olabilmektedir (Bkz.Şekil

2.2). Bazı kadınlarda bu evrede L1-L3 ve S2 dermatomlarının etkilenmesi ile yansıyan, yanıcı ve kramp tarzında ağrı hissedilebilmektedir (76,79).

2.2.3.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Ağrı

Doğum eyleminin üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra başlamakta ve plasentanın ayrılıp atılması ile sonlanmaktadır (7,85). Bu evre 5 dakika ile 30 dakika arasında sürmektedir. Üçüncü evrenin süresinin uzaması hemoraji riskini artırmaktadır (37). Üçüncü evrede ağrı, plasentanın atılması sırasında oluşan uterus kontraksiyonlarına ve servikal dilatasyona bağlı olarak meydana gelmektedir (7,13). Ayrıca fetüsün aşağı inişi sırasında oluşan doku hasarında bu evrede ağrının oluşmasında etkili faktörlerdendir (79).

2.2.3.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresinde Ağrı

Eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içerir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Anestezinin uygulandığı durumlarda veya eylem de komplikasyon geliştiğinde dördüncü evre uzayabilir (7,13,70). Bu dönemde ağrı fetüsün aşağı inişi ve plasentanın atılması sırasında oluşan doku hasarında bağlı olarak meydana gelmektedir (79).

2.3.DOĞUM AĞRISINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

2.3.1. Fiziksel Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasını etkileyen 4 temel fiziksel faktör vardır. Bunlar doku iskemisi, servikal dilatasyon, pelvik yapı üzerindeki basınç, vajina ve perinedeki gerilimdir.

Kontraksiyonlar sırasında uterusu giden kan akımı azalmakta, doku hipoksisi gerçekleşmektedir. Uterusta oluşan iskemi ağrıya neden olmaktadır. Kontraksiyonların şiddeti artıkça iskemi artmakta ve buna bağlı olarak ağrı şiddetlenmektedir. Serviksin silinme ve dilatasyonu alt uterin segment sinir gangliyonlarını uyarak ağrıya neden olmaktadır (7,13) servikal dilatasyon artıkça ağrının süresi, sıklığı ve şiddeti de artmaktadır.

Doğum ağrısını etkileyen bir diğer fiziksel faktörde pelvik yapı üzerindeki basınç ve gerilimdir. Basınç ve gerilim artıkça ağrının şiddeti artmaktadır. Fetüsün inişi ile özellikle de doğum ağrısının ikinci aşamasında vajina ve perinede belirgin bir distansiyon oluşmaktadır. Vajina ve perinedeki distansiyon ve basınç arttıkça ağrı artmaktadır (69,73,76)

2.3.2. Psikososyal Faktörler

Gebelerin algıladıkları doğum ağrısını fizyolojik faktörlerin yanı sıra bazı psikososyal faktörlerinde etkilediği bilinmektedir. Annenin yaşadığı kültür, geçmiş ağrı deneyimleri, gebeliğin ve doğumun anne için anlamı, ağrı ile baş etmede kullandığı yöntemler, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılma durumu, antenatal bakım hizmeti alma durumu, destek sistemleri gibi faktörler doğum ağrısını algılamayı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (7,13,69,80,83,84).

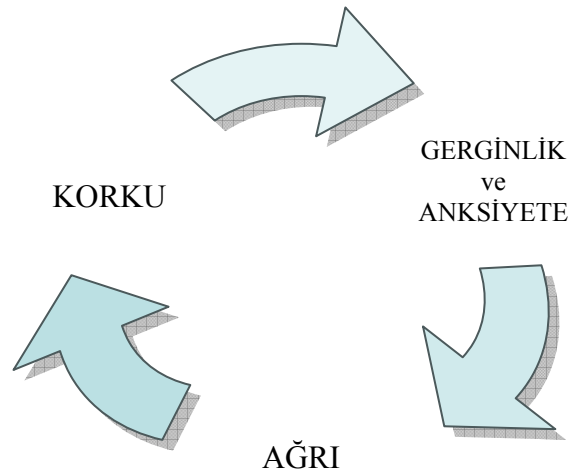
Anksiyete ve Korkunun Doğum Ağrısı Üzerinde Etkisi

Annenin anksiyete düzeyi ve doğum sürecine ilişkin korkuları doğum ağrısını etkileyen psikososyal faktörler arasında yer almaktadır. Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek gebelerin doğum ağrısının algılanışın değiştirebilmektedir (15,35).

Anksiyete ve korku kas tonüsünü artırmakta, beyine ve iskelet kaslarına giden kan akımını azaltmaktadır. Gebelerin doğum sürecinde yaşadığı korku ve anksiyetede pelvik kasların gerilmesine neden olmakta, uterusun itici güce ve gebe tarafından doğum anında ortaya konan itici güce karşı direnç oluşturmaktadır. Pelvik kaslarda anksiyeteye bağlı oluşan gerilimin uzaması genel yorgunluğa, ağrının daha fazla hissedilmesine ve ağrı ile baş etme gücünün azalmasına neden olmaktadır (80,83). Anksiyete duygusu, gebelerin olaylara orantısız, uygunsuz ve abartılmış yanıtlar verilmesine ve kontrol kaybına neden olabilmektedir. Kişinin kendine güven duygusunu azaltmaktadır. Bu durum, gebelerin kendisini yeteneksiz, beceriksiz olarak algılamasına neden olmakta, ağrı ile baş edememesine neden olmaktadır.

Doğumda korku, ağrı ve gerginlik döngüsü oluşmaktadır. Bireyin doğum ağrısının şiddetlenmesi ile birlikte doğum sürecine ilişkin korkusu artmakta, gebe korktukça gerilmekte ve anksiyete seviyesi artmakta, anksiyete seviyesi artıkça daha

fazla ağrı hissetmektedir. Bir süre sonra bu durum kısır bir döngüye dönüşmektedir. Bu nedenle doğum sürecinde bu döngünün kırılması önemlidir (Şekil 2.3.) (85). Doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılması algılanan doğum ağrısının azalmasına, gebelerin gevşeyip rahatlamasına neden olacak buna bağlı olarak korku ve anksiyeteyi azaltacaktır.



Şekil 2.3. Doğumda Korku, Gerginlik ve Ağrı Döngüsü

Kadayıfçı and Barış-Güzel (85)'den alınmıştır.

2.4. DOĞUM AĞRISININ OLUMSUZ ETKİLERİ

2.4.1. Doğum Ağrısının Anne Sağlığına Olumsuz Etkileri

Doğum ağrısı şiddetli ve kompleks otonom cevabı uyarmaktadır. Bu cevap, anne sağlığını olumsuz etkilediği için obstetrik anlamda önemlidir. Doğum ağrısı ve doğuma bağlı yaşanan stres sonucunda sempatik sinir sistemi aktive olmaktadır (9-11). Aktif doğum sırasında ağrı, adrenelin düzeyinde %300-600, noradrenalin düzeyinde %200-400 artışa neden olabilmektedir (73). Sempatik sinir sisteminin uyarılmasına bağlı annenin plazma katekolamin, kortizol ve glukojen konsantrasyonu yükselmektedir (9-11). Katekalominler annenin kalp atım hızında, kalbin stroke volümünde (atım miktarı) ve kalp kontraksiyonlarında artışa neden olmaktadır (10,12). Bütün bunlar sonucunda myokardın yükünün artması oksijen ihtiyacını artırmaktadır.

Doğum ağrısı tidal volüm ve dakika volümünde belirgin değişiklikler oluşturan güçlü bir solunumsal uyarandır. Doğumun birinci aşamasında dakikada

solunum hacmi normalin %75-150'si kadar arttırabilmekte ve ikinci aşamada ise bu artış normalin %300'üne kadar çıkabilmektedir. Bu hiperventilasyon durumu anne kanındaki karbonik asit düzeyinin azalmasına ve solunum alkalozuna neden olmaktadır (77,86). Hiperventilasyon sırasında arterial karbondioksit basıncı gebelikte normal seviyesi olan 32 mmHg'dan 16-20 mmHg'ya düşmekte, pH'da 7.55-7.60 düzeyine ulaşmaktadır (73,75).

Doğum sırasında kardiyak debide progresif artış 1. evrenin sonlarında ve 2. evrede %40-50, hatta bazı olgularda %100'e ulaşmaktadır. Uterus kontraksiyonları analjezi uygulanmadığında sistolik ve diastolik kan basınçlarında 20-30 mmHg artışa neden olmaktadır. Kalp debisinde ve kan basıncında meydana gelen artış sonucunda sol ventrikülün yükü önemli derecede artmaktadır. Bu artış sağlıklı gebelerde iyi tolere edilebilirken kalp hastalığı, preeklampsi, anemi gibi durumlarda zararlı etkilere neden olmaktadır (73).

Doğum ağrısına bağlı yoğun katekolamin sentezi annenin hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosini inhibe etmektedir. Buna bağlı olarak uterus kontraksiyonların süresi kısaltmakta, sıklığı ve doğum sürecine etkisi azalmaktadır (9). Bazende ağrı ve anksiyete düzensiz uterus kontraksiyonlarına neden olabilmektedir (73).

Doğum ağrısının asit-baz dengesi üzerinde de etkisi vardır. Anne kanındaki serbest yağ asitleri ve laktat doğum sırasında en üst düzeye ulaşmaktadır. Ayrıca doğum ağrısı gastrin salgılanmasını uyarılmakta ve gastrik asit sekresyonu artmaktadır. Bu durum gastrointestinal problemlere de neden olmaktadır (73,74,77). Ağrı ve stres, gastrointestinal motilite ve fonksiyonların inhibisyonuna neden olarak gastrik boşalmayı geciktirmektedir (67,73).

Gebelerde ağrı sonucunda meydana gelen bu fizyolojik etkiler annedeki anksiyete, moral çöküklüğü, bitkinlik, açlık ve doğum eforu ile daha da kötüleşmektedir. Primiparlarda ve dismenoresi olanlarda ağrı ve ağrıyla yaşanan bu fizyolojik değişimler daha da şiddetlenmektedir (59).

Annenin doğum eyleminde yaşadığı sıkıntılar ve doğum ağrısının hafifletilmesinde başarısız olunması; doğum eyleminden memnuniyeti azaltmakta, annenin tükenmesine sebep olarak anne bebek etkileşimini zorlaştırmaktadır.

Annenin diğer doğumlara yönelik tepkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (61,74). Kontrol altına alınmamış şiddetli doğum ağrısı erken veya geç postpartum depresyona zemin hazırlayabildiği gibi, gelecek dönemlerde cinsel ilişki ile ilgili negatif düşünceler oluşmasına da neden olabilmektedir (8,74,87).

2.4.2. Doğum Ağrısının Fetüs/Yenidoğan Sağlığına Etkileri

Doğum eyleminde kontraksiyonların en güçlü olduğu dönemde intervillöz kan akımının azalması plesantal gaz değişiminde geçici azalmaya yol açmaktadır. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyon ile daha da ilerlemektedir. Annede oluşan ciddi düzeydeki solunum alkolozu anneden fetüse oksijen geçişinin azalmasına neden olmaktadır (73).

Doğum ağrısının vücutta oluşturduğu strese bağlı annenin plazma norepinefrin seviyesi de artmakta, bu durum uterusun kan akımında azalmaya neden olmaktadır (11). Normal sağlıklı bir fetüste, dolaşımda depolanmış olan oksijen kısa süreli olarak plesantal hipoperfüzyon sırasında fetal oksijenizasyonu sürdürmeye yeterli olacaktır. Ancak preeklampsi, kalp hastalığı, diabet gibi maternal nedenler sonucunda etkilenmiş fetüslerde, fetal hipoksi tolere edilememekte ve perinatal morbitite ve mortaliteye neden olabilmektedir (73).

2.5. DOĞUM AĞRISININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Ağrıyı en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak, sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli olmamaktadır. Değerlendirme sırasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, yeri, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle ağrı değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir (35).

Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçekler; hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrının şiddetini ve niteliğini objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren sağlık ekibi üyeleri arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermelidir. Genel olarak ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu veya çok boyutlu yöntemler kullanılmaktadır (35,67). Tek Boyutlu Ölçekler; Sözel kategori ölçeği, Sayısal ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala- VAS), Burford Ağrı Termometresi

(BAT)'dir. Çok Boyutlu Ölçekler ise; Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Ağrı Algılama Profili ve Davranış Modelleri'dir (88,89).

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemeye kullanılmaktadır. Çok boyutlu ölçeklerde ise ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ile ağrının şiddeti gibi birçok özelliğin aynı form kullanılarak değerlendirilmesini sağlamaktadır (35,67,88).

Ağrıyı değerlendirirken kullanılacak ölçeği belirlemede; ağrının tipi, hastanın ve ölçeği kullanacak ebe/hemşire/hekimin özelliği gibi bir çok faktörün etkili olduğu bilinmektedir (89). Ağrının farklı bireylerde farklı nitelikte ve nicelikte olması, annenin bilişsel ve kültürel özellikleri kadar, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin ağrıya bakışı da ağrının değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. Ağrının değerlendirilmesi; uygun tedavinin planlanması ve sürdürülen tedavinin etkinliğinin anlaşılmasına yardımcı olması ve ağrı sürecinde anne ile işbirliği yapılması açısından önemlidir (67).

Doğum ağrısını değerlendirmede en fazla kullanılan ölçekler; McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF) ve Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale- VAS)' dir (67,88).

Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu dört bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer almıştır (89). Formun birinci bölümü; ağrının yeri ve derinliği, ikinci bölümü; duygusal, algısal ağrı değerlendirmesini, üçüncü bölümü; ağrının zamanla ilişkisini, dördüncü bölümü ise ağrı şiddetini belirlemeye yöneliktir (35)

Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale; VAS); çoğunlukla 10 cm uzunluğunda, yatay ya da dikey; "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir hattır. Bu hat sadece düz bir hat olabileceği gibi, eşit aralıklar halinde bölünmüş ya da ağrı tanımlamada, hat üzerine konan tanımlama kelimelerine de sahip olabilir. Genel olarak vertikal hattın daha kolay anlaşıldığı kabul edilmektedir. VAS'nın kullanılması hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Hasta ağrısının şiddetini, bu hat üzerinde uygun gördüğü yerde işaret ile belirtir. Ağrı yok başlangıcı ile, bu nokta arası "cm" olarak ölçülüp kayda alınır (89,90). Görsel kıyaslama ölçeğinde 0 cm= ağrı yok, 0.5-3 cm= hafif ağrı, 3.5cm-6.5 cm= orta ağrı, 7.0 cm- 10.0 cm= şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu şekilde kullanımı ile çabuk sonuç vermesi ve kolay anlaşılır olması sayesinde VAS'ın akut ağrı şiddetini belirlemede en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir (35).

2.6. DOĞUM AĞRISININ KONTROLÜ

Doğum ağrısının anne ve fetus sağlığını olumsuz etkileri nedeniyle Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists, ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) doğum ağrısını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmekte ve doğum ağrısının kontrol altına alınmasını önermektedir (91). Doğum ağrısının kontrolünde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

2.6.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının azaltmak için kullanılan farmakolojik yöntemler, sistemik etkili anestezi ve analjezikler ve regional (bölgesel) etkili analjezik ve anestezi olarak ikiye ayrılmaktadır (78,79).

Sistemik olarak uygulanan anestezi ve analjezikler narkotikler, sedatifler, trankilizanlar, amnetikler, inhalasyonel analjezi ve intravenöz genel anestezi (35,36). Sistemik etkili yöntemler uygulaması kolay olan yöntemlerdir. Fakat sistemik etkili ilaçlar kan-beyin bariyerini geçerek merkezi analjezik etki oluştururken, diğer yandan plesantayı geçerek fetusta de istenmeyen etkilere neden olmaktadır (37). Ayrıca solunum depresyonu, kusma veya regüritasyon sonucu aspirasyon pnömonisi,

obstriksiyon, annenin doğum sırasında eyleme katılamaması ve doğum sürecinde yaşananları hatırlamaması gibi sakıncaları beraberinde taşımaktadır (37,38).

En sık kullanılan rejyonel anestezi formları spinal, lumbal, epidural, kaudal, paraservikal, pudental ve lokal perineal infiltrasyondur. Her tekniğin spesifik uygulaması vardır (92,93). Bu uygulamalarla ağrı impulslarını taşıyan bazı sinirler veya sinirlerin hepsi geçici olarak bloke edilmektedir (93). Bölgesel anestezi yöntemleri annenin doğum sırasında uyanık olmasını sağlaması, sağlık ekibiyle işbirliğini artırması ve hem vajinal hem de sezeryan doğum için uygun olması nedeniyle sistemik etkili yöntemlere göre daha çok tercih edilmektedir (59). Ancak doğum sırasında verilen bölgesel anesteziklerin, bulantı, kusma, idrar retansiyonu, alerjik reaksiyonlar ve solunum depresyonu gibi annenin sağlığına olumsuz etkileri bulunmaktadır (7,80). Literatürde bölgesel anestezi türlerinden, epidural anestezinin doğumun 1.ve 2. evresinin süresini uzattığı, müdahaleli doğum ve sezaryen doğum oranını anlamlı bir biçimde artırdığı belirtilmektedir (94-96). Annede epidural uygulamasına bağlı hipotansiyon gelişir ise, uteroplesantal kan akımı azalmakta ve fetal asfiksiye neden olmaktadır. Bölgesel anestezikler yenidoğanın nörolojik davranışlarını da etkilemektedir (7,37). Ayrıca doğumun maliyetini artırmaktadır.

2.6.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (13,35,61).

2.6.2.1. Gevşeme/ Rahatlama Teknikleri

Gevşeme ve rahatlama nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır. Gevşeme ve rahatlama tekniklerinde doğum yapan kadının gerginliği ve anksiyetesi azaltılarak algılanan ağrı düzeyi azalmaktadır. Gevşeme ağrıya olan toleransı artırmaktadır (35). Biyolojik geri bildirim (86,97), hareket ve pozisyon (7,83), hipnoz (7,40,98,99), ses çıkarma (33), müzik (13,84,100) doğum ağrısının kontrolünde kullanılan gevşeme ve rahatlama teknikleri arasında yer almaktadır.

2.6.2.2. Zihinsel-Mental Uyarılma

Zihinsel/mental uyarılma teknikleri ile annenin dikkati ve düşüncelerinin başka uyaranlara çekilmesi durumudur. Bu teknik aynı zamanda sakin bir hayal kurma ortamı sağlayarak gevşemeye de yardımcı olur. Zihinsel uyarılma (7,13), odaklama ve dikkati dağıtma (35) doğum algılanan doğum ağrısını azaltmada ve anneyi rahatlatmada kullanılan zihinsel/mental uyarılma tekniklerinden bazılarıdır.

2.6.2.3. Solunum Teknikleri

Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşiğini yükseltmekte, rahatlamasını ve gevşemesini sağlamakta, utero - plasental dolaşımı hızlandırmakta ve doğum ağrısıyla baş etme gücünü artırmaktadır. Doğumda farklı solunum teknikleri doğum eyleminin evrelerine ve annenin gereksinimine göre uygulanabilmektedir (80). Solunum teknikleri genellikle doğum öncesi sınıflarda öğretilmekte doğum ağrısı döneminde annenin dikkatini dağıtma olarak kullanılmaktadır. Solunum teknikleri gevşeme ile birlikte kullanıldıklarında daha etkin olmaktadır (35).

2.6.2.4. Tensel Uyarılma Teknikleri

Tensel uyarılma teknikleri kapı kontrol ve endorfin teorilerine göre ağrı kontrolünü sağlamaktadır. Doğumda ağrıyı azaltan tensel uyarılma teknikleri içerisinde kolayca uygulanabilen çeşitli yöntemler yer almaktadır. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) (35,37,70), intradermel su enjeksiyonu (7,101), sıcak (39,102) ve soğuk uygulama (7,35,70), buz masajı (103,104), hidroterapi-banyo (40,83), homeopati (7,84), aromaterapi (70,105), refleksoloji (35), akupunktur (35) ,akupressür ve masaj doğum ağrısının yönetiminde kullanılan tensel temas teknikleri arasında yer almaktadır.

2.6.2.4.1. Akupressür

Akupressür, çok eski bir tedavi yöntemi olan akupunkturdan türetilmiştir. Akupunktur da belli noktalara iğne batırılırken, akupressürde aynı noktalara eller, parmaklar (özellikle başparmaklar) veya tarak, buz kesesi, tenis topu gibi farklı nesnelerle basınç uygulanmaktadır (40,106,107). Akupressür sadece semptomları ortadan kaldıran değil hastalıkları tedavi eden bir disiplindir. Akupressür obstetri ve

jinekolojide; infertilite, sırt ağrısı, pelvik ağrı (108), dismenore (109) ve hiperemesis gravidarum (110,111) ve doğum eyleminde de kullanılmaktadır (108).

Akupressür merkezi kavramı vücudun kendi kendini iyileştirmesidir. Akupressür uygulamasında esas prensip meridyen adı verilen enerji akış yolları üzerinde bulunan belli noktalara uygulanacak bası ile vücuttaki enerji dengesini korumak, bozulmuş ise düzeltmektir (106,112). Vücut yüzeyinde bulunan meridyenlerden geçen ve bedenimiz yüklü bulunan enerjiye “chi” enerjisi denilmektedir. Chi bilimsel olarak tam anlamıyla açıklanamasa da bir çeşit elektro manyetik akım olarak değerlendirilmektedir. Meridyenler üzerinde Çince’de “aku”, Japonca’da tsubo adı verilen noktalar mevcuttur ve bu noktalar enerjinin bir sonraki noktaya geçişi için gerekli iletinin yapıldığı yerlerdir. Bu noktalara basınç uygulanması bölgede tıkanmış olan enerjinin harekete geçirilmesini veya aşırı aktif olan chi enerjisinin dağıtılarak basıncın giderilmesini sağlamaktadır (107,112).

Akupressürde 12’si esas olmak üzere toplam 32 meridyen olduğu bilinmektedir. Vital enerji 12 meridyende 24 saat boyunca akmaktadır. Her bir kanaldan enerjinin akış süresi ise iki saattir (112-114). Bu on iki meridyenden altısı yin, enerji koruyucu ve dağıtıcı, diğer altısı yang enerji üreten meridyenlerdir (113,114). Yin ve yang arasındaki denge bireyin sağlıklı olmasına, dengenin bozulması ise bireyin sağlığının bozulmasına neden olmaktadır. Vücutta bulunan meridyenler ilgili oldukları organlara göre isimlendirilmektedir. 12 ana meridyeni oluşturan organlar; akciğer, perikard, kalp, ince bağırsak, kalın bağırsak, dalak, karaciğer, böbrek, mide, safra kesesi, idrar kesesidir (Tablo 1.1. Şekil 2.4). Ying ve yang arasındaki etkileşimin bozulması sadece akışın bozulduğu organları değil öncesinde ve sonrasında bulunan organları da etkilemektedir (113-116).

Tablo 2.1. Vücut Yüzeyinde Bulunan Meridyenler ve Başlama-Bitiş Noktaları

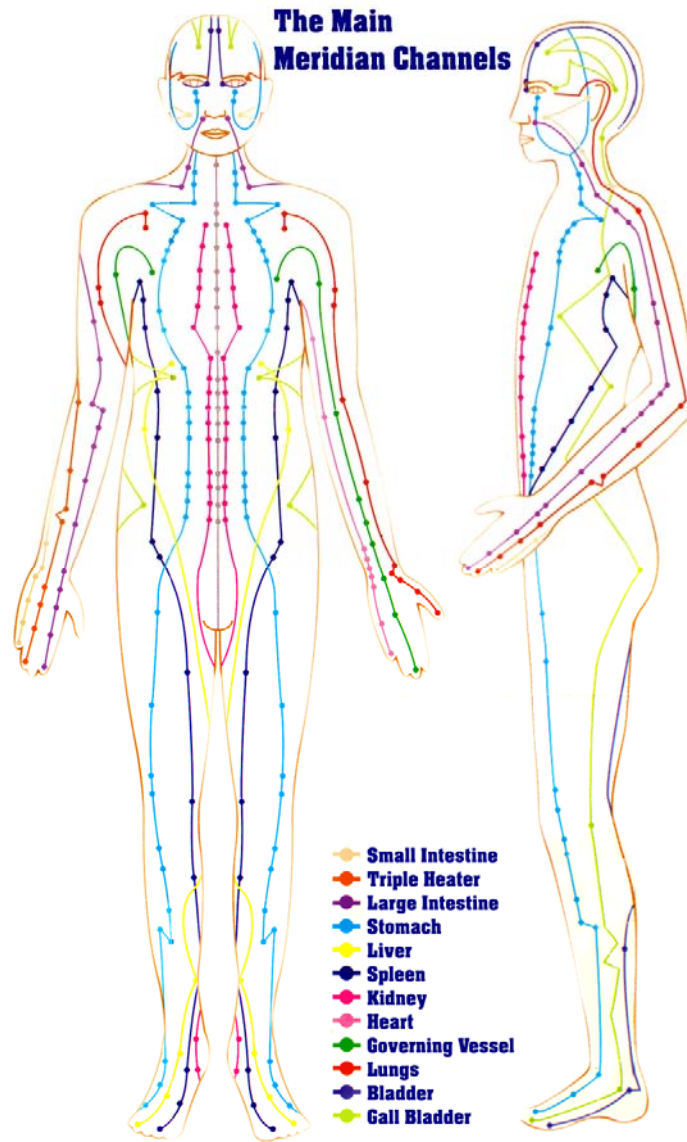
Meridyen İsmi	Başlama ve Sonlanma Noktaları
• Akciğer Meridyeni (Lung=Lu)	• Lu ₁ -Lu ₁₁
• Kalın Barsak (Large Intestine=LI)	• LI ₁ - LI ₂₀
• Mide (Stomach=St)	• St ₁ -St ₄₅
• Dalak (Spleen=Sp)	• Sp ₁ -Sp ₂₁
• Kalp (Hand=H)	• H ₁ - H ₉
• İnce Barsak (Small Intestine=Si)	• Si ₁ -Si ₁₉
• İdrar Kesesi (Urinary Bladder=UB)	• UB ₁ -UB ₆₇
• Böbrek (Kidney=Ki)	• K ₁ -K ₂₇
• Safra Kesesi (Gall Bladder=GB)	• GB ₁ - GB ₄₄
• Karaciğer (Liver=Liv)	• Liv ₁ - Liv ₁₄
• Perikard (Perikard=P)	• P ₁ -P ₉
• Sanjiao (Triple Warmer= Sj)	• Sj ₁ -Sj ₂₃

Akupressürün etkili olabilmesi için akupunktur noktalarının doğru tespit edilmesi gerekmektedir. Akupunktur noktalarının yerlerinin belirlenmesinde üç temel metot vardır. Bunlar (112,117);

1. Yüzeysel, anatomik belirteç yerlerinden hareketle noktaları belirlemek
2. Kemik oranlarının ölçülmesi ile nokta yerlerini belirlemek
3. Parmak ölçümleri ile nokta yerlerini belirlemek

Akupunktur uygulamasında ölçü önemli bir yer tutmaktadır. Bir noktanın başka bir yere uzaklığının ölçümünde Cun (Sun) denilen ölçü birimi kullanılmaktadır. Bu birim yaklaşık 2.5 cm karşılığı olup baş parmak eni ve el orta parmağının birinci ve ikinci boğumları arasındaki mesafe bir Cun (Sun) olarak kabul edilmektedir. Dört parmağın yan yana tutulması ile oluşan uzunluk 3 cun'dur. Bu ölçü akupressür uygulanacak kişinin parmağı ile alınmalıdır (116,118).

Literatürde, akupunktur noktalarının düşük rezistansa sahip olduğu belirtilmektedir. Bu prensibe dayanarak akupunktur noktalarının doğru tespiti sağlayan punktometre (akupunktoskop) denilen cihazlar geliştirilmiştir. Bu cihazlar akupunktur noktalarında uyarı vermektedir (119).



Şekil 2.4. Vücuttaki Ana Meridyen Kanalları

<http://files.theamt.com/files/diagrams/meridian-channels.gif>. (120)'den alınmıştır.

Akupressür ve akupunktur vücutta 4 temel etkisi bulunmaktadır.

- **Analjezik etki:** Akupressür ve akupunktur çoğu ağrıyı etkin bir şekilde giderebilmektedir. Akupressür ve akupunkturun ağrı kesici etkisinin kapı kontrol teorisine, nosiseptif afferent teorisine ve endorfin teorisine dayandığı düşünülmektedir. Kapı kontrol teorisine göre akupunktur noktalarına uygulanan bası, dokunma ve bası reseptörlerini olan kalın myelinsiz C liflerini harekete geçirerek, ağrılı uyarıların kortekse ulaşmasını

engellemektedir. Nosisseptif afferent teorisine göre ise akupressür mekoreseptörleri uyararak ağrının beyine iletilmesini engellemektedir. Endorfin teorisine göre ise, akupunktur noktalarına yapılan masaj endorfin vücudun doğal analjezik maddesi olan endorfin salgılanmasına neden olmaktadır (116-118,121).

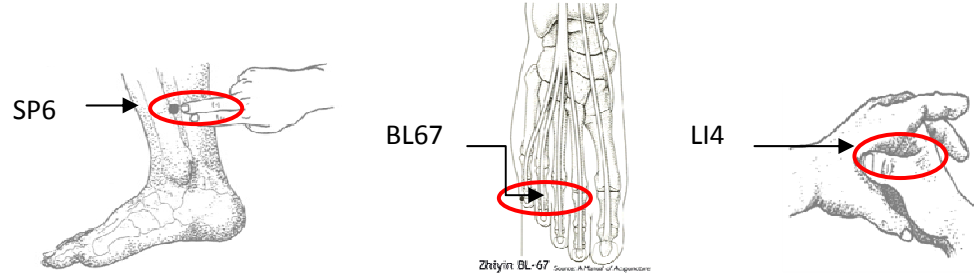
- **Homeostatik etki:** Akupressür ve akupunktur otonom sinir sistemi üzerinden vücudun iç dengesini korumasını sağlamaktadır. Sempatik ve parasempatik sistemi dengeleyerek, ter salgısını, böbrek çalışmasını, solunumu fonksiyonlarını ve iyon dengesini ayarlamaktadır (115,116,119).
- **İmmüniteyi artırıcı etki:** Akupressür ve akupunktur immün sistemin aktivitelerinin düzenlenmesini sağlamakta ve hastalıklara karşı vücut direncini artırmaktadır (113,119).
- **Sedatif ve psikolojik etki:** Akupressür ve akupunkturun sakinleştirici ve yatıştırıcı bir etkisi vardır. Sempatik sinir sistemi aktivitesi inhibe ederek parasempatik aktiviteyi uyarmaktadır (116,119).

Akupressür uygulaması sırasında dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Bunlar (117);

1. Akupressür bütünlüğü bozulmuş deriye uygulanmamalıdır.
2. Deride enfeksiyon ya da hastalık olduğu durumlarda uygulanmamalıdır.
3. Varis olan bölgelere akupressür uygulamamaya dikkat edilmelidir.
4. Ateşli hastalıklarda akupressür uygulamamaya dikkat edilmelidir
5. Akupressürün yapılmaması gereken en önemli durumlardan biriside uygulanan kişinin akupressürden rahatsızlık hissetmesi ya da akupressür uygulamasını istememesidir. Böyle bir durumda kişinin isteklerine saygı duyulmalıdır.

Doğumda akupressür tekniklerinin kullanımı;

İntrapartum dönemde akupressür doğum ağrısını kontrol altına almak, gebenin anksiyetesini azaltarak rahatlamasını ve gevşemesini sağlamak, doğum eyleminin indüksiyonunu sağlamak, sezaryen oranını azaltmak amacıyla kullanılmaktadır (52,56,57). Doğum ağrısını kontrol altına almak amacıyla en yaygın kullanılan akupressür noktaları SP6, LI4 ve BL67 noktalarıdır (108) (Şekil 2.5).



Şekil 2.5. SP6, BL67 ve LI4 Akupressür Noktaları

<http://acupuncture.rhizome.net.nz/Acupressure> (108)'den alınmıştır.

SP6 Noktası; tibianın arkasındaki bilek kemiğinin içinde, medial malleolusun 4 parmak yukarısına denk gelmektedir. Bir başka deyişle tibianın posterior sınırında medial malleolusun uç noktasının direk 3 cun üzeridir (Şekil 2.5). Yapılan çalışmalara göre, SP6 noktasına akupressür uygulamasının gebenin algıladığı ağrı düzeyini azalttığı ve doğumun süresini kısalttığı ortaya konmuştur (52,57). Bazı çalışmalarda ise, SP6 noktasına akupressür uygulamasının sezaryen oranını (56,57) ve oksitosin kullanım oranını azalttığını (57) belirtilmektedir.

LI4 noktası; radial tarafta ikinci metakarpal kemiğin ortasında olup, I ve II. karpal kemiklerin arasındaki orta noktaya denk gelmektedir (Şekil 2.5). Literatürde LI4 noktasına akupresür uygulamasının algılanan doğum ağrısını azaltmada (122,124) ve doğum süresini kısaltmada (122-124) etkili olduğu gösterilmiştir. Öztürk ve Saruhan 'ın (2008) yaptığı çalışmada LI4 bölgesine buz uygulamasının algılanan doğum ağrısını azaltmada etkisi olmadığını fakat LI4 noktasına buz uygulanan gebelerin doğumda rahatladıklarını ifade ettikleri tespit edilmiştir (103). LI4 ve GB21 noktalarına 5-10 dakika akupressür uygulanmasının doğumun ikinci evresinde eylemin ilerlemediği durumunda bebeğin doğum kanalından ilerlemesine yardımcı olabileceği bildirilmektedir (125).

BL67 noktası; ayak küçük parmağının dış kenarında, tırnak bitim noktasında, derinliği 0,1-0,2 cm'dir. Literatüre göre bu noktaya bası yapılması doğumda kullanılan diğer akupunktur noktalarına benzer şekilde doğum ağrısını azaltmakta, doğum indiksiyonunu sağlamakta doğumun spontan başlamasına yardımcı olmaktadır (108, 126).

2.6.2.4.2.Masaj

Masaj bugün bilinen en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Çok eski çağlardan beri, ağrı ve rahatsızlıkların giderilmesinde sıvazlama, ovma hareketleri çeşitli kültürler tarafından tedavi amaçlı kullanılmaktadır (127).

Masaj, sağlık ve iyileşmeyi artırmak için vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak manipüle edilmesidir (35). Bir başka tanıma göre masaj, yumuşak dokuları mekanik olarak uyararak, sistematik manipülasyonlar ile organizmada fizyolojik ve psikolojik etkiler yaratma eğilimidir (128). Masaj fiziksel kondisyonu korumak, kas tonüsünü artırmak, gevşeme sağlamak, dolaşımı hızlandırmak, tüm vücut sistemleri arasındaki etkileşimi dengelemek amacıyla tek başına ya da soğuk ve sıcak tedavi ajanları ile birlikte kullanılabilir (127). Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanmaktadır.

Masajın uygulandığı doku üzerinde ve genel olarak vücudumuzun tüm sistemleri üzerinde fizyolojik, mekanik ve psikolojik etkileri vardır. Bu etkiler aşağıda belirtildiği gibi sınıflandırılmaktadır (106,127-131);

1) Mekanik Etkiler;

- a) ***Derideki etkileri***; deride kan dolaşımını hızlandırarak dokuları okjenizasyonunun ve beslenmesini sağlar, atık maddelerin deriden uzaklaşmasını sağlar. Ekzokrin bezlerden salınan yağ sekresyonunu ve terlemeyi artırır. Sebum üretimini artırarak enfeksiyonlara karşı vücut direncini yükseltir.
- b) ***Skar dokusu üzerinde etkileri***; subkutan skar dokusunu gevşetir, deri-derialtı yapışıklıkları önler.
- c) ***İç organlar üzerinde etkileri***; akciğerlerde mukusun çözülmesine yardımcı olur, abdominal distansiyonu azaltır, barsak peristaltizimini artırır, sindirimi kolaylaştırır.

2) Fizyolojik Etkiler;

- a) **Metabolizmaya etkisi;** kas aktivitesi sonrasında kasta biriken toksinlerin ve diğer atık maddelerin uzaklaşmasını sağlar. Masaj yapılan bölgede oksijenlenmeyi artırarak ağrı ve yorgunluğu azaltır.
- b) **Dolaşım sistemine etkisi;** venöz dönüşü hızlandırır, venöz basıncı artırarak arterial dolaşımı artırır. Hemodiliüsyona yol açar. Lenfatik drenajı artırarak atık maddelerin masaj yapılan bölgeden uzaklaştırılmasının sağlar ve ödemi azaltır.
- c) **Sinir sistemi üzerine etkisi;** parasempatik sistemi uyarır, sempatik aktiviteyi inhibasyonuna yardımcı olur. Endorfinlerin salınımını artırarak ve kapı kontrol mekanizmasını uyararak algılanan ağrıyı azaltır.
- d) **Solunum sistemi üzerinde etkileri;** solunum kaslarının gevşemesini sağlayarak akciğer kapasitesini artırır. Toraksa uygulanan uyarıcı masaj manipülasyonları, solunumun derinleşmesine katkıda bulunur.
- e) **Üriner sistem üzerinde etkileri;** dokulardaki kan dolaşımını ve lenf drenajını artırarak daha fazla miktarda idrar atılımını sağlar.

3) Psikolojik Etkiler;

- a) Gevşemeyi sağlayarak stres ve anksiyeteyi azaltır.
- b) İyi hali ve kendine güven duygusu yaratır.
- c) Gevşeme sağlayarak tüm vücut imajını ve algısını olumlu olarak etkiler.
- d) Bireylerin kendini önemli ve değerli hissetmesini sağlar.

Temel Masaj Manipülasyonları (106, 127-131);

- a) **Sıvazlama: Öfloraj (Stroking):** Öfloraj masajın temel manipülasyonudur. Öfloraj deri üzerinde yapılan sıvazlama hareketidir. Öfloraj yüzeysel ya da derin olarak uygulanabilir.
- b) **Yoğurma: Petrisaj (Kneading):** Yüzeysel fasya ve altındaki kas kitlesini kaldırmaya, yuvarlamaya ve hafifçe sıkmaya yarayan harekettir.

c) Friksiyon: Parmak uçları ya da başparmakla yapılan küçük alanlı dairesel ve eliptik bastırma ve kaydırma hareketidir.

d) Darbeleme: Tapotman, Perküsyon: El veya eller ile ritmik, hızlı ve yaylanıcı tarzda vücut üzerine vurma hareketidir.

e) Titreşim (Vibrasyon): El ve parmaklar vücuda sıkıca temas ettirilerek uygulanan titreme hareketidir.

Genel olarak tüm masaj uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken önemli ilkeler vardır. Bu ilkelere masaj sırasında mutlaka dikkat edilmesi gerekmektedir (106,127,128).

Masaj sırasında dikkat edilmesi gereken ilkeler (106,127,128);

1. Masaj kalbe doğru ve kas liflerinin yönünde yapılmalıdır.
2. Masaj yapılan kısım iyi desteklenmeli, masaj yapılan bölgesinin tam anlamıyla gevşemesine sağlayacak uygun pozisyon verilmelidir.
3. Masaj manipülasyonları ritmik bir şekilde yapılmalı, manipülasyonların hızı uygulanan masaj tekniğine ve masaj yapılan bölgeye göre ayarlanmalıdır.
4. Dinlendirme masajında hareketlerin hızı, istirahat nabızı ritmine uygun olmalıdır.
5. Masaj yapacak kişinin tırnakları kısa elleri temiz olmalıdır. Masaja başlamadan önce eller masaj yapılan alanda otuz saniye kadar dinlendirilmelidir. Masaj başladıktan sonra masaj uygulayan kişinin ellerinin vücutla teması kesintiye uğramamalıdır.
6. Masaj sırasında yağlar kullanılacak ise, yağ direkt masaj uygulanan bölgeye uygulanmamalıdır. Önce ele dökülerek masaj uygulanacak alana sürülmelidir.
7. Yemeklerden hemen sonra masaj uygulanmamalıdır.
8. Masaj sırasında hasta mahremiyetine dikkat edilmelidir,
9. Masaj uygulaması sırasında hem masaj yapan kişinin hem de masaj yapılan kişinin vücut mekaniklerinin korunmasına özen gösterilmelidir.
10. Masajın işe yarayıp yaramadığı konusunda geri bildirim alınmalıdır.

Masaj uygulamasının kontraendike olduğu bazı durumlar bulunmaktadır. ateroskleroz, tromboemboli, emboli, ciddi varikoz venler, akut flebit gibi damar hastalıkları, deri enfeksiyonları ve hastalıkları, akut inflamatuvar hastalıklar (grip, nezle gibi) ve akut yaralanmalar masaj uygulamalarının kontraendike olduğu durumlardır. Masaj uygulayan kişinin masajın sakıncalı olduğu bu durumları bilmesi ve bu durumlar açısından hastanın değerlendirmesi gerekmektedir (127-129).

Doğumda masaj tekniklerinin kullanımı;

Doğumda masaj tekniklerinin kullanımı gebeleri gevşetip rahatlatmakta, anksiyetesini ve ağrısını azaltmakta, önemsenmek, güven vermek gibi pozitif mesajların iletilmesini sağlamaktadır. Masaj, kadının doğumu pozitif olarak algılamasına destek olmaktadır.

Masajın doğum sürecinde ağrıyı azaltmada ki etkisi kapı kontrol teorisine göre açıklanmaktadır. Ayrıca, masaj ile morfine benzer maddelerin salınışı gerçekleşmektedir. Masaj, serotonin ve dopamin düzeyini artırırken, norepinefrin ve kortizol seviyesini düşürmektedir. Mekanoreseptörleri uyararak, masaj yapılan bölgedeki dolaşımı hızlandırmakta ve böylece dokuların oksijenasyonunda artışını sağlamaktadır (35,41,83). Kas gerginliğini azaltmakta ve bireyin gevşemesini sağlamaktadır. Masaj yapılan bölgedeki lenf drenajını artırarak bölgede biriken toksinlerin uzaklaştırmakta ve böylece ağrıyı azaltmaktadır

Masaj, gebe kadın tarafından kendisine yapılabilir veya bir başkası tarafından yapılabilir.

a)Kadının Kendisinin Yaptığı Masajlar: Gebe kadın, doğum eyleminde rahatsızlık veren ağrılarla baş edebilmek için karnını, bacaklarını ya da beline masaj yapılabilir (7). Gebelerin kendi kendilerine yaptıkları masaj, daha çok birinci evrenin erken dönemlerinde etkin olmaktadır. Gebe tarafından masaj yumuşak dokunuşlar ile ovma hareketi şeklinde yapılmalı, parmaklar sürekli deriye temas etmelidir (35). Bazı kadınlar için abdomene özellikle umblikusa yakın bölgelere dokunmak rahatsız edici olabilmektedir. Doğum eylemi sırasında avuç içi ya da ayak tabanının uyarılması, avuç içinde bir nesneyi sıkıca tutmaları ve soğuk yatak parmaklıklarına dokunmanın rahatlamalarını sağlayabilir (7,35,37).

b)Başkasının Yaptığı Masajlar: Gebenin partneri, hemşire/ebe veya doğuma destek olan diğer kişiler tarafından kadının sırtına, karnına, bacaklarına, ayaklarına masaj uygulanabilir (7,35,40).

- **Abdomen Masajı:** Doğumda ağrının en çok hissedildiği bölgelerden birisi abdomenin alt yarısı ve subrapubik bölgedir. Bu bölgelere uygulanacak masaj kadının rahatlamasını sağlayacaktır (132). Genellikle abdomen masajı kontraksiyonlar arasında saat yönünde yapılır (35). Bu bölgeye uygulanacak basıncın yüzeysel olması gerekir. Abdomene yapılan masaj hareketlerinin solunumla senkronize olması önerilir (132).
- **Bel Masajı:** Bel ağrısı fetüs başının her bir kontraksiyon ile koksiks ve sakruma yaptığı basınçtan kaynaklanmaktadır. Özellikle lumbosakral bölgede hissedilmekte ve doğum ilerledikçe şiddetlenmektedir (132). Bel bölgesine uygulanan masaj, anne ayakta, yan yatar ya da oturur pozisyondayken uygulanabilmektedir. Eğer anne yan yatar ya da oturur pozisyonda ise başın altına ve dizlerin arasına birer yastık yerleştirilebilir. Tek el veya bir elle diğer eli destekleyerek yapılan kneading (yoğurma hareketi) hareketi gebeyi rahatlatmaktadır. Ellerin taban ya da yassı kısmı kullanılarak sakrum bölgesine uygulanan ovma işlemi, sakrum ve koksiks bölgesine küçük dairesel hareketlerle basınç uygulanması annenin bel ağrısını rahatlatan diğer uygulamalardır (7,59,133).
- **Omuz ve Boyun Masajı:** Omuzdan kürek kemiğine kadar olan bölgeye dairesel hareketlerle masaj uygulanmaktadır. Her iki omuzun çıkıntılı kenar kısımları ovulur ve kollara doğru hareket ettirilir. Bu hareket 3-4 kez tekrarlanabilir. Boyun bölgesi ovulurken gergin bölgeler aranmalı ve buraya daha fazla zaman harcanmalıdır. Omuzlara ve boyun bölgesine anne başı öne eğilerek masaj uygulanır (35,133).
- **Alt Ekstremitte Masajı:** Doğum eylemi sırasında bacak ve ayaklara uygulanacak efloraj, stroking ve kneading hareketlerini içeren masaj rahatlatıcı olmaktadır (Masaj teknikleri). Ayak masajı birçok refleks noktayı uyarmakta ve doğum eyleminin daha kolay geçmesine sağlamaktadır (59,133).

2.7. DOĞUM AĞRISINI KONTROL ALTINA ALMADA EBE/HEMŞİRENİN ROLÜ

Doğum salonlarında çalışan ebe ve hemşirelerin en önemli görevleri doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla sonuçlanmasını sağlamaktır. Özellikle doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasına etkisi olduğu da bilinmektedir. Ebe/hemşire, ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Literatürde doğum eyleminde görev alan ebe/hemşirelerin ağrıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerini ve sınırlarını bilmeleri, yöntemlerin uygulanmasında anneye destek olunması gerektiğini belirtilmektedir (59). Ebe ve hemşireler ağrı kontrolünde vazgeçilmez ve önemli bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde ebe/hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; ebe/hemşirenin gebe ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, gebenin ağrı ile ilgili geçmiş deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bu bilgileri bakım sırasında kullanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini gebeye öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, sonuçları izlemesi ve empatik yaklaşımıdır (64,89). Ebe ve hemşirelerin bu rolleri onları teknolojik gelişimlerle elde edilemeyen ve sağlık bakımında uzun süreli etkileri olan ayrıcalıklı bir yere koymaktadır (64).

Ebe/hemşirelerin doğum eyleminde gebe kadına destek olması ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolü sağlamanın bir çok olumlu etkisi bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda ebe/hemşirelerin gebe kadına doğum eyleminde destek olması ve nonfarmakolojik girişimlerde bulunmasının ağrı skorlarını düşürmesinin yanı sıra; doğumun ilk evresini kısalttığı, epidural anestezi ve sezeryan oranını azalttığı (134,135), anksiyeteyi önemli dercede azalttığı, doğuma ilişkin daha pozitif duygular yaşanmasını sağladığı (136,137), doğum eyleminden memnuniyeti arttırdığı (138), farmakolojik destek ihtiyacını azalttığı (139) ve yenidoğanın iyilik halini arttırdığı (131) gösterilmiştir.

Doğum ağrısının kontrolünde ebe/hemşirelerin farmakolojik yöntemlere karar verme sorumluluğu yoktur. Doğum ağrısının farmakolojik kontrolünde gebenin

hazırlanması ve ilaçların uygulanması sırasında ve sonrasında gebenin bakımı, uygulanan tedavinin etkilerinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi gibi rolleri bulunmaktadır. Fakat, ebe/hemşireler nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımında bağımsız karar verme gücüne sahiptir. Ebe ve hemşirelerin gebenin doğum ağrısını değerlendirip, birey için uygun nonfarmakolojik yöntemi seçip uygulaması doğum sürecinin yönetiminde söz sahibi olmalarını sağlayacaktır. Gebelere nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesinden ve uygulanmasından ebe/hemşire sorumlu olmalıdır. Doğum salonunda anneye bakım veren ebe/hemşire annenin ağrısının şiddetini belirlemeli ve ağrı kontrolünde ne tür yöntemler kullanılacağını anneye anlatarak onun katılımını sağlamalıdır (71,89). Doğum eylemi, her birey tarafından farklı yorumlanan ve öznel bir olaydır. Bu nedenle ebe/hemşire her gebeyi birbirinden bağımsız değerlendirmelidir (7). Ayrıca hemşire doğum ağrısına karşı kendi tutumunda belirlemelidir. Teropatik bir tutum oluşturmak için hemşire ağrı konusunda kendi duygularını ve inançlarını tanımalıdır. Hemşirenin doğum ağrısına karşı tutumu gebeye yaklaşımını etkileyecektir (64). Doğum eylemi süresince gebelerin doğuma ilişkin bazı korku ve endişeleri olmaktadır. Ebe/hemşireler bu endişeleri ortaya çıkarmalı ve ortadan kaldırmaya yönelik müdahalelerde bulunmalıdır. Ebe/ hemşire, doğum öncesinde kadının bilgi düzeyini ölçmeli, destek stratejilerini ve planlarını belirlemeli, ağrıyla baş etmede kullanılabilecek yöntemlerin amaçları, uygulama biçimleri, olumlu-olumsuz yönleri, riskleri konusunda aileyi bilgilendirmelidir. Ebe/hemşire nonfarmakolojik yöntemleri uygulayarak ağrıyla başetmede yetersiz kaldığında ise farmakolojik ajanların uygulanmasını sağlayarak doğum eyleminin olumlu duygu, deneyim ve sağlıklı anne-bebekle sonuçlanmasını sağlamalıdır (35,69,80,83,84). Yapılan bir çalışmada doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alan ebe/hemşirelerin, doğum ağrısı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanmada kendilerini daha yeterli buldukları saptanmıştır (140). Ebe ve hemşirelerin doğum ağrısında etkin rol alabilmesi için doğum ağrısı ve yönetimi ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına katılması gerekmektedir. Ebe ve hemşirelerin doğum ağrısının yönetiminde rollerinin görev tanımlarında belirlenmesi ve nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanabilmesi için uygun alt yapının oluşturulması gerekli diğer unsurlardandır (140).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum eyleminin birinci evresinde doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetimine, gebenin anksiyetesine ve doğum birinci evresindeki maliyete (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) etkisinin belirlenmesi amacıyla müdahaleli randomize vaka kontrol çalışması olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonu'nda yapılmıştır. Araştırmanın yapılacağı yer olarak bu hastanenin seçilme nedeni; Ankara'da yıllık doğum sayısının en fazla olduğu hastane olması ve araştırmacının işbirliğinin kolay olmasıdır.

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne doğum için başvuran gebelerin yatışları doğum salonuna ya da yüksek riskli gebelikler ünitesine yapılmaktadır. Hastanenin istatistik biriminden elde edilen verilere göre, 2011 yılında doğum salonu yatışı yapılan 7381 gebe normal doğum yapmıştır (141).

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın sağlığı ve doğum uygulamalarının yapıldığı kliniklerde toplam yatak kapasitesi 390'dır. Hastanenin kadın sağlığı ve doğum alanında eğitim ve hizmet faaliyetleri perinatoloji, reproduktif endokrinoloji ve jinekolojik-onkoloji olarak 3 ana branş halinde yürütülmektedir. Perinatoloji bölümü kendi içinde obstetri, yüksek riskli gebelikler, antenatal izlem polikliniği olarak ayrılmaktadır.

Hastanenin doğum salonunda 1 ameliyathane, 10 refakatsiz doğum odası, 1 suda doğum odası, 3 refakatli doğum odası, 1 hasta kabul odası, 1 yenidoğan bakım odası, 1 tane eğitim odası, 3 travay odası yer almaktadır. Doğum Salonu travay olarak kullanılan bölümlerinde toplam 30 yatak vardır. Gebeler doğumlarını tek kişilik odalarda yapmaktadır.

Doğum salonunda 1 servis sorumlu hemşiresi, 1 eğitim ebesi, 31 ebe, 23 hemşire (toplam 54 ebe+hemşire), 11 doktor görev almaktadır. Doğum salonunda görev yapan ebe ve hemşireler 08:00-16:00, 16:00-08:00 olmak üzere iki shift halinde çalışmaktadır. Ebe ve hemşireler 12'şer kişiden oluşan 4 grup ile hizmeti yürütmektedir. Bu gruplardan 1 tanesi gündüz shiftinde, 3 tanesi gece shiftinde çalışmakta, shiftler arasında haftalık rotasyon yapılmaktadır. Her grubun çalışma düzeni grubun sorumlu hemşire/ebesi tarafından sağlanmaktadır.

Hastanede doğumlar doktorlar tarafından yaptırılmaktadır. Doğum salonunda çalışan ebeler, gebenin kliniğe kabulünü, doktor tarafından istemi yapılmış laboratuvar tetkikleri için uygun örneğin alınmasını, travay süresince hastanın izlemi ve bakımını, rutin uygulama içerisinde yer almamakla birlikte bazı non-farmakolojik yöntemlerin (masaj, nefes tekniği, emosyonel destek) uygulanmasını yapmaktadır. Doğum için kullanılacak malzemelerin teminini, hazırlanmasını, doğumda annenin desteklenmesi, doğum sonu bebek bakımını, emzirmenin başlatılmasını ve annenin erken postpartum dönemindeki bakımını sağlamaktadır. Doğum salonunda çalışan tüm ebe/hemşireler hastane eğitim hemşireleri tarafından yürütülen hizmet içi eğitim programına ve klinik eğitim ebesi tarafından yürütülen klinik eğitim programına katılmaktadır. 2013 yılı klinik eğitim programında nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasında ebe ve hemşirelerin rolü konusu 45 dakikalık süren bir seminerde doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelere sorumlu hemşire tarafından anlatılmıştır. Doğum salonunda çalışan 2 hemşire ve 2 ebenin Doğuma Hazırlık Kursu Eğitimci Eğitimi sertifikası bulunmaktadır. Doğum salonunda çalışan tüm hemşire ve ebelerin neonatal resüsitasyon sertifikası bulunmaktadır.

Hastanenin normal prosedürüne göre doğum salonuna yatışı yapılan gebelerin hasta kabul ünitesinde anamnezi alınmakta ve doğum ünitesi tanıtılmaktadır. Aynı ünite laboratuvar testleri için kan örneği alınmakta ve intravenöz kateter takılmaktadır. Gebeler doğumun 1. evresinde travay bölümünde takip edilmektedir. Hastanenin doğum salonunda doğum ağrısının yönetimine ilişkin herhangi bir protokol bulunmamaktadır. Rutin olmamakla birlikte bu ünite takip edilen gebelerin algıladıkları ağrı düzeylerini azaltmak için non-farmakolojik ağrı

yöntemlerinden masaj, nefes tekniği ve emosyonel destek teknikleri ebe ve hemşireler tarafından kullanılmaktadır. Bu yöntemler doğru teknikte ve etkin olarak uygulanmamaktadır. Doğumun 2.ve 3.evresi için gebe doğum odasına alınmakta, doğum yaptıktan sonrada aynı odada dinlendirildikten sonra postpartum servisine teslim edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum salonuna yatışı yapılan ve son bir yıl içinde normal doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum salonuna yatışı yapılan ve son bir yıl içinde normal doğum yapan kadın sayısı hastane kayıtlarına göre 7381'dir (141).

Araştırmada, 2^2 faktöriyel deneme düzeyi kullanarak gruplar oluşturulmuştur. Buna göre 4 farklı grup ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Tablo 1'de örneklem kapsamına alınan kadınların sayısı ve müdahale gruplarına göre seçilme biçimleri gösterilmiştir. Yapılan araştırmada, 120 (4x30) örneklem, %5 yanılma payı ile gruplar arası farklılığı %100 güç ile ortaya koyabilmektedir.

Tablo 3.1. Örneklem Kapsamına Alınacak Gruplar

Grup No	Araştırma Grupları		Örneklem Sayısı
Grup	Masaj	Akupressür Bandı	n
1	+	-	30
2	-	+	30
3	+	+	30
4	-	-	30
Toplam			120

Tabloda görüldüğü gibi oluşturulan 4 grubun her birine 30 gebe alınarak toplam 120 gebe araştırmanın örneklemi oluşturulmuştur.

3.3.1 Örneklem seçim kriterleri;

a) Vajinal doğum için endikasyonu olan,

- b) Primipar
- c) 20-30 yaşlar arasında
- d) Servikal dilatasyon 3 cm olan
- e) Eğitim durumu ilköğretim ve üzeri olan
- f) Miadında gebeliği olan (38- 42 gebelik haftası),
- g) Tek, sağlıklı, vertex pozisyonunda fetüse sahip olan
- h) Doğum eyleminde distosiye neden olabilecek herhangi bir komplikasyonu olmayan (kontraksiyon anomalileri, doğum objesi, doğum kanalına ait distosiler, annenin psikoloji ile ilgili distosi gibi)
- i) Doğumun birinci evresi süresince analjezi ve anestezi kullanılmayan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, Kişisel Bilgi Formu (Ek 1), Doğum Eyleminde Kullanılacak Gebe İzlem Formu (Ek 2), Uygulanan Yöntemlere İlişkin Soru Formu (Ek 3), Maliyet İzlem Formu (Ek 4), Görsel Kıyaslama Ölçeği (Vizual Analog Skala- VAS) (Ek 5), Spielberger Durumluk ve Sürekli kaygı Envanteri (Ek 6) ve Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Perception of Birth Scale-POBS) (Ek 7) aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.1.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-1)

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (2-5,36,46-49,54-58) olarak hazırlanan ve uzman görüşü¹ alınarak geliştirilen kişisel bilgi formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyal güvence durumu gibi) içeren 12 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölümde şimdiki gebeliğe ilişkin özellikleri (gebelik haftası, gebeliği isteme durumu, gebelikte problem yaşama durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu gibi) içeren 13 soru, üçüncü bölümde ise gebelerin ağrı ile ilgili

¹ Prof.Dr. Lale Taşkın, Prof.Dr. Füsun Terzioğlu, Prof.Dr. Bayram Şahin

deneyimleri ve baş etme yöntemlerini (ağrı durumunda yapılan girişimler, ağrı ile baş etmede bilgi alma durumu gibi) içeren 5 soru bulunmaktadır

3.4.1.2. Doğum Eyleminde Kullanılacak Gebe İzlem Formu (EK-2)

Doğum Eyleminde Kullanılacak Gebe İzlem Formu, gebelere doğum eylemine yönelik yapılan uygulamaları (uygulamanın başlama ve bitiş saati, tuşe bulguları, kontraksiyon özellikleri, VAS gibi) içeren ve doğum eylemi süresince kullanılan formdur.

3.4.1.3. Uygulanan Yöntemlere İlişkin Soru Formu (EK-3)

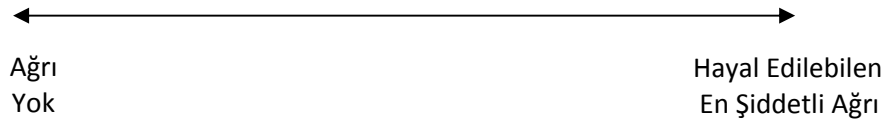
Doğum ağrısını azaltmak için gebeye uygulanan masaj ve akupressür yöntemlerine ilişkin (memnuniyet durumu, tekrar kullanma durumu v.b) sorular yer almaktadır.

3.4.1.4. Maliyet İzlem Formu (EK-4)

Maliyet İzlem Formu, doğum sürecinde kullanılan tıbbi ve ilaç dışı malzemenin adı, miktarı ve birim fiyatına ilişkin bilgileri içermektedir.

3.4.1.5. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analog Skala-VAS) (EK- 5)

VAS, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm. (100 mm.)'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi ağrısını bir çizgi çizerek, nokta koyarak ya da işaret ederek belirtmektedir (Şekil 1). Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu santimetre olarak ölçülür ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini gösterir (67). Cline ve ark. (1992) VAS'da standardizasyonu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışma sonucunda VAS'ın dikey kullanımın hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir (142). VAS ilk kez Price ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilmiştir (143). Eti-Aslan'ın 1998 yılında yaptığı çalışma da postoperatif ağrı değerlendirilmesinde (akut ağrıda) VAS'ın daha duyarlı olduğu ve ağrıyı daha iyi tanımladığı belirtilmiştir (144). Ülkemizde, nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı yönetimine etkisini araştıran bir çok çalışmada da görsel kıyaslama ölçeği kullanılmıştır (103,123,145).



Şekil 3.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS)

3.4.1.6. Spielberger Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (EK-6)

Spielberg ve ark. tarafından 1964 yılında geliştirilen ölçek, kişinin o anda yaşadığı kaygıyı ve kişilik özelliği olarak devamlı yaşadığı kaygıyı ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmaktadır. Türkçeye Öner ve Le Compte (1983) tarafından uyarlanmıştır. Kısa ifadelerden oluşan, kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Durumluk Kaygı Envanteri (DKE) kişinin sadece o anda yaşadığı kaygı düzeyini belirlerken, Sürekli Kaygı Envanteri (SKE) son 7 gün bireyin yaşadığı kaygıyı ölçmek üzere geliştirilmiştir (146,147). Ölçeğin SKE bölümünde, alfa korelasyon ile saptanan güvenilirlik katsayısı 0.83 ile 0.87 arasındadır. DKE bölümü için, güvenilirlik katsayısı 0.94 ile 0.96 arasındadır (146,147). Çalışmamızda Durumluk Anksiyete Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.853, Sürekli Ölçeği Cronbach's alfa değeri 0.752 bulunmuştur.

3.4.1.7. Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) (EK-7)

Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) annelerin normal veya planlanmamış sezeryan doğumlarda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını değerlendiren bir araçtır. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği 1979 yılında Marut&Mercer tarafından 29 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir (148). Cranley, ve arkadaşları (1983) bu ölçeğin planlı sezeryan doğumlarda da uygulanabilmesi amacıyla 28 maddelik bir versiyonunu geliştirmiştir (149). Fawcett ve Knauth 1996 yılında yaptıkları faktör analizi çalışmalarında ADAÖ'ni 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi bir ölçek haline getirmişlerdir. Ölçeğin alt boyutları; doğum anındaki deneyimler (7 madde; 3, 5, 6, 8, 15, 17, 18), doğumun ağrı dönemindeki deneyimler (7 madde; 1, 2, 4, 7, 9, 10, 16), doğum sonu (4 madde; 22,23,24,25), eşin katılımı (4 madde; 11,12,20,21), farkında olma (3 madde;

13,14,19)'dır. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nde her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılmalıdır (150).

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nin Türkçe'ye çevrilmesi ve geçerlik güvenirlik çalışması Güngör ve Beji tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.90 ve iki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.83 ve 0.81 bulunmuştur (151). Çalışmamızda ADAÖ'i Cronbach's alfa değeri 0.850 olarak belirlenmiştir.

3.4.2. Ön Uygulama

Hazırlanan veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, 01.08.2012-07.08.2012 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Salonu ünitesinde 10 hasta ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra formlara son şekli verilmiştir.

Ön uygulama öncesinde, kişisel bilgi formunda yer alan “kaç kez kontrole gittiniz?” sorusu “düzenli antenatal izlem yaptırdınız mı?” sorusu ile değiştirilmiştir. Doğum Eyleminde Kullanılacak Hasta İzlem Formu'nda yer alan “doğum ağrılarının başladığı saat/gün” sorusu gebelerin tam anlamıyla ağrılarının ne zaman başladığını ifade edememeleri nedeniyle çıkarılmıştır. Uygulanan Yöntemlere İlişkin Soru Formunda ve Maliyet İzlem Formu'nda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır.

Araştırmanın ön uygulanması sırasında ağrı değerlendirmede VAS ölçeği ile birlikte kullanılması planlanan “McGill Ağrı Soru Formu”nun doldurulmasında ve Annelerin memnuniyetlerini değerlendirmek amacıyla kullanılması planlanan “Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği”nin doldurulmasında çok güçlük yaşanmıştır. Formlar, bazı gebeler tarafından anlaşılammış ve doldurulması reddedilmiştir. McGill Melzack Ağrı Soru Formunun ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmanın amacına uygun olmadığı tespit edilmiştir. Tez izlem jürisi tarafından McGill Melzack Ağrı Soru Formunun ve Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği'nin araştırmadan

çıkarılmasına karar verilmiştir. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği yerine “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği” kullanılmıştır.

3.4.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Araştırmanın verileri 08.08.2012-08.03.22013 tarihleri arasında toplanmıştır. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, örneklem seçim kriterlere uyan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Masaj uygulanan grupta 30 gebe, akupressür grubunda 30 gebe, akupressür ve masaj grubunda 30 gebe ve kontrol grubunda 30 gebe olmak üzere toplam 120 gebeye ulaşılmıştır.

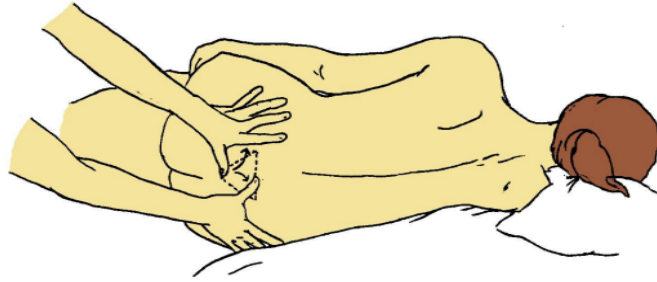
Araştırmada 3 farklı müdahale grubu bulunmaktadır. Bir gruba masaj, bir gruba akupressür bir gruba ise hem masaj hem de akupressür uygulanmıştır. Kontrol grubunda yer alan gebelere ise rutin hastane uygulamaları dışında hiçbir müdahale yapılmıştır. Araştırmacı yapılan müdahalelerle ilgili olarak “Pranic Energy Healing Level I” (EK 8), “Gebelik, Doğum ve Loğusa İçin Masaj Teknikleri” (EK 9), “Hemşirelikte Ağrı Yönetimi” (EK 10), “Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi” (EK 11) kurslarına katılmış, başarı ile tamamlamıştır.

Grupların randomize olarak seçilmesini sağlamak amacıyla, araştırmacı tarafından çalışma gruplarından 30’şar adet yazılmış ve kura çekilerek uygulama sırası belirlenmiştir. Bu sıraya göre gebeler gruplara atanmıştır. Uygulama öncesinde müdahale gruplarında yer alan gebelere kendilerine yapılacak müdahale/müdahalelerin amaçları, uygulama şekilleri, anne ve fetus sağlığı üzerine etkileri, uygulama sırasında kullanılan malzemeler konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmanın müdahale gruplarına aşağıda belirtilen uygulamalar yapılmıştır.

Masajı uygulanan grup:

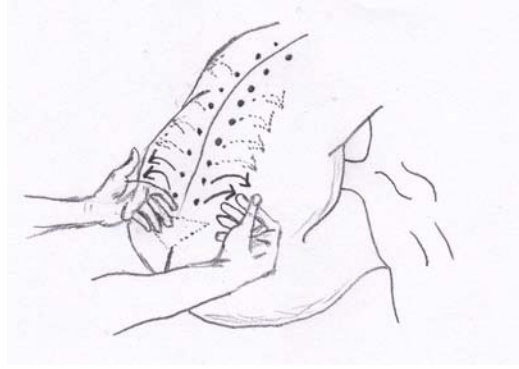
Masaj derideki dokunma reseptörleri uyarılmasıdır. Masaj bölgeye kan akımını artırarak dokulardaki iskemiye önlemekte ve endorfin salınımını artırmaktadır (124,128). Gebeye masaj yan yatar pozisyondayken ya da oturur pozisyondayken uygulanmıştır. Yan yatar pozisyondayken hastanın bel kısmı

yastıkla desteklenmiştir. Gebeye dinlenme anında ve kontraksiyon anında farklı masaj uygulanmıştır. Dinlenme anında uygulanacak masajın başlangıcında, başparmak ile sakrumda dairesel hareket uygulanmıştır (Şekil 3.2.)



Şekil 3.2. Sakruma Dairesel Hareketler Uygulanması
Stillerman (133)'dan alınmıştır.

Daha sonra sakrumdan başlayıp omuz bölgesine kadar spinanın her bir yanından bel bölgesine doğru parmak uçları ile yarım daire çizilmiştir. Bu işlem sonucunda sırtta palmiye şekli çizilmiştir (Resim 3.2). Omuzlardan kollara doğru efloraj işlemi yapılmıştır.



Şekil 3.3 Sakral Bölgeden-Omuza Kadar Uygulanan Masaj Tekniği

Spinanın her iki yanına (yaklaşık 1,5 cm aralıklarla) başparmak ile dairesel hareketler ile efloraj işlemi uygulanmıştır. En son boyun bölgesine ve saçlı deriye efloraj işlemi yapıp masaj sonlandırılmıştır. Kontraksiyon anında ise avuç içi direkt annenin sakrumuna yerleştirilmiş ve diğer el ile annenin omuzları desteklenmiştir. Sakral bölgeye 10 sn efloraj hareketi uygulanmıştır. Kontraksiyon süresince efloraj

hareketi tekrarlanmıştır. Masaj latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm), aktif fazda (servikal dilatasyon 6-7 cm), geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-9 cm) 30 dakika uygulanmıştır.

Akupressür bandı uygulanan grup:

Akupresür, akupunktur noktalarına uygulanan basınç işlemidir. Basınç uygulaması parmak, tenis topu, havlu veya akupressür bandı v.b. cisimler kullanılarak yapılabilmektedir (40,106,107). Bu çalışmada akupressür uygulaması, gebelerin SP6 akupunktur noktasına akupressür bandı kullanılarak yapılmıştır. Bu gruptaki kadınlar, Doğum Salonu Travay Ünitesine geldiğinde SP6 noktası üzerine akupresür bandı takılmıştır. Doğum ağrısı için kullanılan SP6 noktası dalak meridyeni üzerinde, posterior malleous kemiğinin 3-4 parmak yukarısındadır (Şekil 3.4). Bu nokta araştırmacı tarafından acu-point cihazı kullanılarak tespit edilmiş ve kalemle işaretlenmiştir.



Şekil 3.4. SP6 noktasının tespiti

Betts (151)'den alınmıştır.

Akupresür bandı araştırmacı tarafından SP6 noktasına yerleştirilmiştir. Servikal dilatasyon 3-4 cm , 6-7 cm ve 8-9 cm iken seçilen akupunktur noktasına 30 dk akupressür uygulanmıştır. İnsan vücundaki meridyen enerji akımının dolaşım döngüsünün yaklaşık 24 dk'da gerçekleşmesinden dolayı akupressürün uygulama süresi 30 dk olarak belirlenmiştir (52).

Masaj ve akupressür uygulanan grup

Masaj ve akupressür müdahalelerinin birlikte uygulandığı gruba servikal dilatasyon 3-4 cm, 6-7 cm ve 8-9 cm iken masaj ve akupressür aynı anda

uygulanmıştır. SP6 noktası araştırmacı tarafından acu-point cihazı kullanılarak tespit edilmiş ve kalemle işaretlenmiş, akupressür bandı takılmıştır. Akupressür bandı takılır takılmaz masaj uygulamasına başlanmıştır.

Kontrol Grubu

Araştırmanın kontrol grubunda bulunan gebelere rutin hastane uygulamalarının dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır.

Araştırmanın I. Aşamasında Yapılan Uygulamalar;

A. Gebenin araştırmaya dahil edilmesi sırasında yapılan işlemler;

- Aydınlatılmış onam alınmıştır.
- Veri Toplama Formu doldurulmuştur.

B. Travay ünitesinde gebenin takibi sırasında yapılan işlemler;

- Gebeler gruplara randomize olarak seçilmiştir.
- Müdahale gruplarına latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm iken), aktif fazda (servikal dilatasyon 6-7 cm iken) ve geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-9 cm iken) uygun müdahale/müdahaleler yapılmıştır. Kontrol grubuna rutin hastane uygulamaları dışında herhangi bir müdahale yapılmamıştır.
- Her fazda akupressür ve masaj uygulamasından hemen önce ve uygulamalardan hemen sonra gebenin algıladığı ağrı düzeyi Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS) ile değerlendirilmiştir.
- Uygulama süresince hastanın kontraksiyonlarının süresi, şiddeti, sıklığı ve fetal kalp atımı external fetal monitörizasyon (EFM) cihazı ile sürekli olarak değerlendirilmiştir. Latent faz, aktif faz ve geçiş fazında ki kontraksiyonlarının süresi, şiddeti, sıklığı ve fetal kalp atımı saatlik olarak Doğum Eyleminde Kullanılacak Gebe İzlem Formu'na kayıt edilmiştir.
- Gebenin kaygı düzeyi latent fazda ve aktif fazda DKE kullanılarak belirlenmiştir.

C. Doğumun dördüncü evresinde yapılan işlemler

- VAS kullanılarak ağrı skoru hesaplanmıştır.

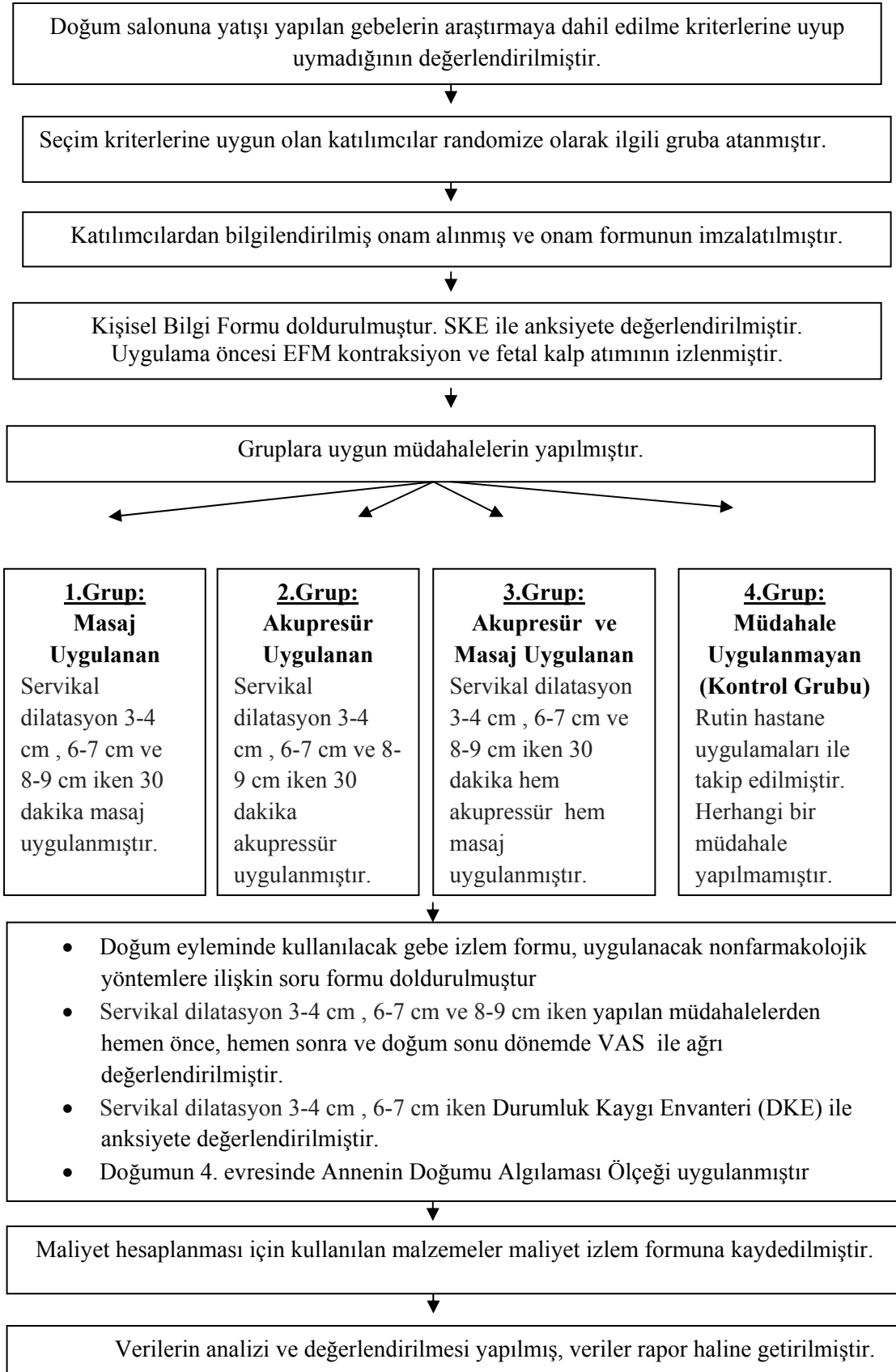
- Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği uygulanmıştır.

Araştırmacı, gebenin doğum salonuna yatışından 2.evrenin bitişine kadar doğum salonunda kalmıştır. Uygulamalara bağlı olarak anneye ya da fetüse ait herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Araştırmanın II. Aşamasında Yapılan Uygulamalar;

Doğum eylemindeki maliyet hesaplaması, doğum salonunda kullanılan tıbbi (ilaçlar, kan ve kan ürünleri, mayiler vb.) ve ilaç dışı malzeme (intraket, enjektör, serum seti, sonda, infüzyon pompası cihaz kullanım ücreti vb.) üzerinden hesaplanmıştır. Araştırmanın uygulandığı gebeler için kullanılan tıbbi ve sarf malzemeler araştırmacı tarafından gözlem yapılarak ve gebelerin dosyaları incelenerek tespit edilmiştir. Doğumun birinci evresinde uygulamanın başlatıldığı (servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden) andan doğum anına kadar geçen sürede kullanılan malzemeler tespit edilmiş ve maliyet izlem formuna işaretlenmiştir. Doğumun birinci evresinde kullanılan tüm malzemelerin 2012 ihale birim fiyatları hastanenin satın alma biriminden alınmıştır. Kullanılan malzemelerin birim fiyatları üzerinden hesaplama yapılmıştır. Kullanılan tıbbi cihazların birim fiyatlarının hesaplanmasında cihazların kullanım ömürleri göz önüne alınmıştır. Cihazın ücreti, cihaz kullanım ömrü süresine bölünerek yıllık kullanım ücreti, yıllık kullanım ücretine bağlı olarak da günlük ve saatlik kullanım ücreti hesaplanmıştır. Kullanılan malzemenin toplam maliyeti Türk Lirası olarak hesaplanıp, gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN UYGULAMA AKIŞ ŞEMASI



3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulanması için Dr Zekai Tahir Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama ve Koordinasyon biriminden yazılı izin alınmıştır (EK 12). Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvurulmuş ve yazılı izin alınmıştır (EK 13). Etik kurula yapılan ilk başvuruda araştırma “Farmakolojik (Meperidin) ve Nonfarmakolojik Yöntemlerin (Sırt Masajı Ve Akupressür) Doğum Ağrısının Yönetimine Ve Maliyete Etkisi” şeklinde başvurulmuş fakat etik kurul raporunda çalışmanın bir kolunda ilaç (meperidin) kullanıldığı için çalışmanın ilaç çalışması (faz 4) olarak kabul edilmesi ve ilaç çalışması için gerekli formların doldurulması gerektiği belirtilmiştir. Ek olarak çalışmada kullanılacak olan “meperidin” bedelinin çalışmaya katılan gönüllülere/SGK'ya yüklenmemesi, araştırmacı tarafından karşılanması gerektiği bildirilmiş çalışma etik açıdan uygun görülmemiştir (EK-14) . Araştırmacı tarafından Faz 4 çalışma yürütülemeyeceği için çalışmadan meperidin grubu çıkarılmış ve tezin “Nonfarmakolojik Yöntemlerin (Masaj ve Akupressür) Doğum Ağrısının Yönetimine Ve Maliyete Etkisi” şeklinde düzeltilerek tekrar etik kurul onayına sunulmuştur. Araştırmanın son halinin etik açıdan uygunluğu için Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bu çalışma araştırmaya gebelere ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek maliyet getirmemiştir.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın örneklemini Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan gebeler oluşturmaktadır. Araştırma doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden sadece masaj ve akupressürün etkinliğini karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada SP6 akupunktur noktasına akupressür uygulanmıştır. Bu çalışma, akupressür ve masaj uygulamalarının doğumun 1. evresindeki ağrı yönetimine, anksiyeteye ve maliyete etkisini

kapsamaktadır. Bu nedenle doğumun diğer evrelerine genellenemez. Araştırmada maliyet analizi yapılmamış, uygulanan yöntemlerin maliyete etkisi araştırılmıştır.

3.7. Araştırma Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın yapıldığı hastanede meperidin (dolantin) yaygın olarak kullanılmaktadır. Araştırma kapsamına alınan gebelere meperidin uygulanmasını engellemek araştırmacıyı zor durumda bırakmıştır. Araştırmacının uygulama yaptığı zaman içerisinde birçok primipar gebe meperidin uygulaması nedeniyle çalışma kapsamına alınamamıştır.

Araştırmanın uygulandığı hastanede doğum ünitesinde çalışan hekimlerin sayıca çok olması ve ekip üyelerinin sık değişmesi, her yeni gelen grup için araştırmaya uyum süreci gerektirmiştir. Araştırmacı, doğum ünitesinde çalışan grupların hepsine araştırmanın amacını, yöntemini ve sürecini anlatmış, çalışma grubuna alınan hastalara ek müdahale yapılmaması konusunda ikna etmiştir. Bu süreç esnasında gebelere yapılan bazı müdahaleler nedeniyle (meperidin uygulanması, epidural anestezi uygulanması v.b) vakalar araştırma kapsamı dışında bırakılmak zorunda kalmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebeler 3-4 cm dilatasyon ile takip edilmeye başlanmış ve doğumun dördüncü evresine kadar takip edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin primipar olması, sürecin uzamasına neden olmuştur. İzlem süresi 14 saate kadar uzayan vakalar takip edilmiştir. Bu durum araştırmacının gece ve gündüz olmak üzere uzun süre hastanede kalmasını gerektirmiştir.

Masaj uygulaması, EFM izlemine 30 dakika ara verilmesini neden olmuştur. Bazı hekimler bu uygulamayı uygun görmemiş ve EFM izlemine ara vermek istememişlerdir. Bu durumda araştırmacı EFM izlemine ara verilmesi nedeniyle anne ve bebek sağlığında oluşabilecek risklerin sorumluluğunu almak zorunda kalmıştır.

Araştırma sürecinde, masaj uygulanan 1 gebe mekonyum aspirasyonu, 1 gebe fetal distres nedeniyle sezaryen ile doğum yapmış, 2 gebeye ise meperidin uygulanmıştır. Akupressür uygulanan 1 gebe ilerlemeyen eylem nedeniyle, 2 gebe ise fetal distres nedeniyle sezaryen ile doğum yapmış, 1 gebeye ise meperidin

uygulanmıştır. İki yöntemin uygulandığı 1 gebe ilerlemeyen eylem nedeniyle, 1 gebe ise fetal distres nedeniyle sezaryen ile doğum yapmış, 1 gebeye ise meperidin uygulanmıştır. Hiçbir yöntemin uygulanmadığı 1 gebe ilerlemeyen eylem, 4 gebe fetal distres ve 1 gebe ablasyo plesanta nedeniyle sezaryen ile doğum yapmış, 3 gebeye meperidin, 2 gebeye de epidural anestezi uygulanmıştır. Bu nedenle toplam 22 hasta belirli süre takip edildikten sonra, çalışmada kapsamı dışında bırakılmıştır. Bu durum çalışmanın toplam vaka sayısına ulaşma süresini uzatmıştır.

Hastanenin travay ünitesinde hastalar aynı odada takip edilmekte, hastaya ait oda bulunmamaktadır. Bu durum araştırma kriterlerine uymaması nedeniyle çalışma kapsamına alınamayan gebelerin kendini kötü hissetmesine neden olmuştur.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesi Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 17.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans ve yüzde hesaplamaları, ki kare testi, sample T testi, tek yönlü varyans analizi ve bu analiz sonucunda farklılığı yaratan grupların incelenmesinde ikili karşılaştırma testlerinden Tukey HSD testi, ve korelasyon kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; kadının yaşı, eğitim durumu, şuan yaşadığı yer, aile tipi, çalışma durumu, algılanan gelir düzeyi, antenatal bakım alma durumu, doğum öncesi eğitim alma durumu, düzenli egzersiz yapma durumu, dismenore yaşama durumu, servikal dilatasyon ve efasmanları, yenidoğan APGAR skoru, yenidoğan kilosudur.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri; gebelerin ağrı skoru ortalaması, doğumun latent fazının, aktif fazının ve geçiş fazının süresi, kaygı düzeyi puanı, doğum algısı ölçeği puanı ve doğumdaki toplam maliyettir.

Katılımcılara VAS puanları hesaplanırken, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm. (100 mm.)'lik bir çizelge üzerinde kendi ağrısını işaretlemesi istenilmiştir. Ağrının hiç olmadığı yerden hastanın

işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu santimetre olarak ölçülerek bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini olarak alınmıştır (67).

Katılımcıların SKE-DKE puan hesaplanırken; Durumluk Kaygı Envanterinde ki doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılacak, elde edilecek toplam puana 50 eklenmiştir. Puanlama sunucunda elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Hesaplanan toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır. Sürekli Kaygı Envateri puanı hesaplanırken, doğrudan ifadelerin toplam puanından tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı çıkarılacak, elde edilecek toplam puana 35 eklenmiştir. Puanlama sunucunda elde edilebilecek en yüksek puan 80, en düşük puan ise 20'dir. Hesaplanan toplam kaygı puanı ne kadar yüksekse ölçeği dolduran kişinin kaygı düzeyi o kadar fazladır. Sürekli ve Durumluk Envanterinde 0-19 arası puan "Anksiyete Yok", 20-39 arası puan "Hafif Anksiyete", 40-59 arası puan "Orta Dereceli Anksiyete", 60-79 arası puan "Ağır Düzeyde Anksiyete", 80 puan "Panik" olarak derecelendirilmektedir (146,147).

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nin toplam puanının hesaplanması için her maddeden alınan puan toplanmıştır. Ancak 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılmıştır. Ölçekten alınan puanın artması annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı anlamına gelmektedir (150).

Doğum eylemindeki maliyet hesaplamasında kullanılan tıbbi ve ilaç dışı malzemelerin 2012 yılına ait ücretleri üzerinden toplam maliyet Türk Lirası olarak hesaplanmış ve gruplar arasında karşılaştırma yapılmıştır.

4.BULGULAR

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun birinci evresinde algılanan doğum ağrısının yönetimine, gebenin anksiyetesine ve maliyete (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen bulgular sekiz başlık altında ele alınmıştır.

- 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik, Evlilik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.2. Gebelerin Dismenore, Genel Ağrı ve Doğum Ağrısına Ait Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular
- 4.3. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Algılanan Ağrı Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular
- 4.4. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Anksiyete Düzeyine Etkisine Yönelik Bulgular
- 4.5. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Doğum ve Yenidoğanın Bazı Özelliklerine Etkisine İlişkin Bulgular
- 4.6. Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerine ve Doğum Algılarına İlişkin Bulgular
- 4.7. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Maliyete Etkisine İlişkin Bulgular
- 4.8. Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkileri İnceleyen Bulgular

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik, Evlilik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımları

n:120

Sosyo-Demografik Özellikler	1.Grup (M) Ort.±SS		2. Grup (A) Ort.±SS		3. Grup (M+A) Ort.±SS		4. Grup (K) Ort.±SS		Toplam Ort.±SS	
Yaş	23.4±3.23		24.1±3.38		23.7±2.94		22.4±2.96		23.4±3.16	
Evlilik Süresi (Ay)	20.6±9.89		23.1±13.3		19.2±9.09		20.3±8.47		20.8±10.2	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Eğitim Durumu										
İlköğretim	11	36.7	9	30.0	10	33.3	14	46.7	44	36.7
Lise	14	46.7	12	40.0	15	50.0	10	33.3	51	42.5
Üniversite ve lisans üstü eğitim	5	16.6	9	30.0	5	16.7	6	20.0	25	20.8
Yaşanılan Yer										
İl	15	50.0	21	70.0	21	70.0	25	83.3	82	68.3
İlçe	10	33.3	7	23.3	3	10.0	3	10.0	23	19.2
Kasaba/Belde	3	10.0	2	6.7	2	6.7	0	0.0	7	5.8
Köy	2	6.7	0	0.0	4	13.3	2	6.7	8	6.7
Aile Tipi										
Çekirdek	22	73.3	20	66.7	19	63.3	14	46.7	75	62.5
Geniş	8	26.7	10	33.3	11	36.7	16	53.3	45	37.5
Çalışma Durumu										
Çalışıyor	3	10.0	5	16.7	2	6.7	3	10.0	13	10.8
Çalışmıyor	27	90.0	25	83.3	28	93.3	27	90.0	107	89.2
Gelirini Algılama Durumu										
Gelir giderden düşük	8	26.7	12	40.0	12	40.0	12	40.0	44	36.7
Gelir gidere eşit	19	63.3	15	50.0	16	53.3	18	60.0	68	56.7
Gelir giderden fazla	3	10.0	3	10.0	2	6.7	0	0.0	8	6.6
Egzersiz Yapma Durumu										
Evet	4	13.3	1	3.3	2	6.7	2	6.7	9	7.5
Hayır	26	86.7	29	96.7	28	93.3	28	93.3	111	92.5
Beden Kitle İndeksi										
Zayıf	0	0.0	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	0.8
Normal	4	13.3	11	36.7	7	23.3	7	23.3	29	24.2
Fazla Kilolu	17	56.7	13	43.3	16	53.4	10	33.3	56	46.7
Obez	9	30.0	6	20.0	6	20.0	13	43.4	34	28.3

Tablo 4.1.1’de araştırmaya katılan gebelerin bazı sosyo-demografik özelliklerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 23.4 ve evlilik süresi ortalaması 20.8 aydır. Gebelerin sadece bir tanesi evli olmadığını ifade etmiştir. Gebelerin % 42.5’i lise mezunu, %

36.7'si ise ilköğretim mezunu olduğu, %68.3'ü ilde yaşadığını, %62.5'i çekirdek aile yapısına sahip olduğunu, %89.2'si herhangi bir işte çalışmadığını, %56.7'si ise gelir-gider durumunu eşit olarak algıladığını ifade etmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte, çalışan kadınların 7 tanesi işçi, 3 tanesi memur ve 3 tanesi serbest meslekte çalıştığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %96.7'si sosyal güvencesinin olduğunu ifade etmiştir.

Gebelerin %24.2'sinin normal, %75'nin ise normalin üzerinde (preobez-obez) beden kitle indeksine sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin % 92.5'i egzersiz yapmadığını ifade etmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte, egzersiz yaptığını ifade eden 8 kişinin 2 tanesi germe, 5 tanesi aerobik, 1 tanesi ise hem germe hem de aerobik türünde egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir. Tabloda belirtilmemekle birlikte gebelerin 4 tanesi haftanın her günü, 2 tanesi haftada 4 gün, 2 tanesi haftada 3 gün, 15 dk ile 60 dk arasında değişen sürelerde egzersiz yaptıklarını ifade etmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin, yaş ortalaması, evlilik süresi ortalaması, eğitim durumu, aile tipi, gebelerin beden kitle indeksi, egzersiz yapma durumu, yaşanan yer, çalışma durumu, algılanan gelir durumu ve sosyal güvence varlığı açısından gruplar benzer özellik göstermektedir.

Tablo 4.1.2. Kadınların Şimdiki Gebeliklerine Ait Bazı Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

Şimdiki Gebeliğe İlişkin Bazı Özellikler	n:120									
	Çalışma Grupları									
	1. Grup (M)		2. Grup (A)		3. Grup (M+A)		4. Grup (K)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Gebelik Haftası										
40 hafta ve altı	25	83.3	25	83.3	21	70.0	24	80.0	95	79.2
40 hafta üzeri	5	16.7	5	16.7	9	30.0	6	20.0	25	20.8
Gebeliği İsteme Durumu										
Evet	29	96.7	28	93.3	29	96.7	30	100.0	116	96.7
Hayır	1	3.3	2	6.7	1	3.3	0	0.0	4	3.3
Gebelikte Problem Yaşama Durumu										
Evet	6	20.0	8	26.7	5	16.7	6	20.0	25	20.8
Hayır	24	80.0	22	73.3	25	83.3	24	80.0	95	79.2
Düzenli Antenatal İzlem Durumu										
Evet	28	93.3	30	100.0	29	96.7	29	96.7	116	96.7
Hayır	2	6.7	0	0.0	1	3.3	1	3.3	4	3.3
Antenatal İzlem Yeri										
Devlet Hastanesi	26	86.6	27	90.0	27	90.0	26	86.7	106	88.3
Özel Hast./Muayene.	2	6.7	3	10.0	2	6.7	1	3.3	8	6.7
İkisinde	2	6.7	0	0.0	1	3.3	3	10.0	6	5.0

Tablo 4.1.2’de kadınların şimdiki gebeliklerine ait bazı özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır.

Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre, gebelerin %98.3’ü doğal yollarla, iki gebe inseminasyon tedavisi ile gebe kaldığını ifade etmiştir. Gebelerin %79.2’sinin gestasyonel gebelik haftasının 40 hafta ve altında olduğu ve %96.7’sinin isteyerek gebe kaldığı ve %79.2’sinin gebeliğinde herhangi bir problem yaşamadığı belirlenmiştir. Tabloda gösterilmemekle birlikte, gebeliğinde problem yaşadığını ifade eden gebelerin %32’si idrar yolu enfeksiyonu, %24’ü bulantı-kusma, %16’sı kanama gibi sorunlar yaşadıklarını ifade etmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin önemli bir kısmı gebeliğine ilişkin muayene-takip yaptırdığını (%99.2), takip yaptıran gebelerin de düzenli antenatal izlem yaptırdığını (%96.7) belirtmiştir. Gebelerin çoğu antenatal izlemlerini devlet

hastanesinde yaptırdığını (%88.3) ifade etmişlerdir. Tabloda yer almamakla birlikte, gebelerin tamamı antenatal takiplerinin hekim tarafından yapıldığını belirtmiş olup, gebelerin tamamına yakını doğum öncesi hazırlık eğitimine katılmadığını (%98.3) ve doğum eylemi ile baş etme (%95) konularında herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Doğum eylemi ile baş etmeye yönelik eğitim aldığını ifade eden 6 kişi, hekimden (2 kişi), hemşireden (2 kişi), medya-internette (1 kişi) ve okulda öğretmeninden (1 kişi) bu eğitimi aldığını ifade etmiştir.

Araştırmamızda gestasyonel gebelik haftası, gebelikte problem yaşama durumu, gebeliklerini isteme durumu, gebelikle ilgili muayene-takip yaptırma durumu ve muayene yaptırılan yer, doğum öncesi hazırlık eğitimi ve doğum eylemi ile baş etmeye yönelik eğitim alma durumu açısından grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır.

4.2. Gebelerin Dismenore, Genel Ağrı ve Doğum Ağrısına Ait Bazı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Gebelerin Genel Ağrı Durumuna ve Dismenoreye İlişkin Bazı Özelliklerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

Genel Ağrı Durumuna ve Dismenoreye İlişkin Bazı Özellikler	n:120									
	1.Grup (M)		2. Grup (A)		3. Grup (M+A)		4. Grup (K)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ağrı ile Başetmede Kullanılan Yöntem										
Farmakolojik	4	13.3	5	16.7	3	10.0	12	40.0	24	20.0
Nonfarmakolojik	7	23.3	5	16.7	17	56.7	8	26.7	37	30.8
İki Yöntem Birlikte	17	56.7	20	66.7	8	26.7	8	26.7	53	44.2
Hiçbir Şey	2	6.7	0	0.0	2	6.7	2	6.7	6	5.0
Ağrı ile Baş Etmeye Yönelik Eğitim Alma Durumu										
Evet	5	16.7	7	23.3	5	16.7	3	10.0	20	16.7
Hayır	25	83.3	23	76.7	25	83.3	27	90.0	100	83.3
Dismenore Yaşama Durumu										
Evet	14	46.7	17	56.7	15	50.0	12	40.0	58	48.4
Bazen	6	20.0	6	20.0	3	10.0	10	33.3	25	20.8
Hayır	10	33.3	7	23.3	12	40.0	8	26.7	37	30.8
Dismenore ile Başetmede Yöntem Kullanma Durumu										
Evet	14	70.0	21	91.3	16	88.9	20	90.9	71	85.5
Hayır	6	30.0	2	8.7	2	11.1	2	9.1	12	14.5
Dismenore ile Başetmede Kullanılan Yöntem										
Farmakolojik	7	50.0	6	28.6	2	12.5	10	50.0	25	35.2
Nonfarmakolojik	2	14.3	3	14.3	5	31.3	7	35.0	17	23.9
Her İki Yöntem	5	35.7	12	57.1	9	56.2	3	15.0	29	40.8

Tablo 4.2.1 'de gebelerin genel ağrı durumuna ve dismenoreye ilişkin bazı özelliklerinin çalışma gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin %44.2'si genel olarak ağrı ile başetmede hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemleri birlikte kullandıklarını bildirmişlerdir. Gebelerin genel olarak ağrı ile baş etmede kullandıkları yöntemlerin gruplara göre dağılımı incelendiğinde 1. (M) ve 2. (A) grupta yer alan gebelerde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanım

oranının yüksek olduğu (sırasıyla %56.7; %66.7), 3. grupta (M+A) yer alan gebelerde nonfarmakolojik yöntemlerin (%56.7), 4. (K) grupta yer alan gebelerde ise farmakolojik yöntemlerin kullanım oranının yüksek olduğu (%40.0) belirlenmiştir.

Araştırmamıza katılan gebelerin %83.3'ünün ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemler ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir. Tabloda gösterilmemekle birlikte, eğitim aldığını ifade eden gebelerin çoğunluğu bu eğitimi televizyondan aldığını (%50) , geri kalanı ise internet (%15), akraba/arkadaş (%15), sağlık personeli (%15) ve kitap (%5) aracılığıyla aldığını belirtmiştir.

Araştırma kapsamına aldığımız gebelerin %48.4'ü dismenore deneyimi yaşadığını belirtmiştir. Dismenoresinin olduğunu ifade eden gebelerin %85.5'i ağrı ile baş etmede bir yöntem kullandığını ifade etmiştir. Dismenore ile baş etmede yöntem kullandığını ifade eden gebelerin %41.4'ü farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri birlikte kullandığını, %34.3'ü sadece farmakolojik yöntemleri, %24.3'ü ise sadece nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını ifade etmişlerdir. Tabloda belirtilmemekle birlikte, farmakolojik yöntem kullandığını ifade eden gebelerin tamamı herhangi bir ağrı kesici ilaç aldığını, nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını ifade eden gebelerin ise %45.3'ü uyuma-istirahat, %22.6'sı sıcak uygulama, %11.3'ü şekerli su, %7.5'i bitkisel çaylar içtiğini belirtmişlerdir.

Tablo 4.2.2. Gebelerin Doğum Sürecinde Korku ve Doğum Ağrısı ile Başetmeye İlişkin Bazı İfadelerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

n:120

Doğum Sürecinde Korku ve Doğum Ağrısı ile Başetmeye İlişkin Bazı İfadeler	1. Grup (M)		2. Grup (A)		3. Grup (M+A)		4. Grup (K)		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum Sürecine Yönelik Korku										
Yaşayan	23	76.7	25	83.3	21	70.0	23	76.7	92	76.7
Yaşamayan	7	23.3	5	16.7	9	30.0	7	23.3	28	23.3
Doğum Korkusunun Türüne İlişkin İfadeler*										
Çok Şiddetli Ağrı Yaşama Korkusu	17	73.9	20	80.0	16	76.2	17	68.0	70	74.5
Sezaryen Olma Korkusu	7	30.4	3	12.0	3	14.3	7	28.0	20	21.2
Ölüm Korkusu	3	13.0	4	16.0	5	23.8	9	36.0	21	22.3
Bebeğin Sağlığının Bozulacağı Korkusu	9	39.1	14	56.0	14	66.7	14	56.0	51	54.3
Doğum Salonu Ortamından Korkma	7	30.4	5	20.0	2	9.5	9	36.0	23	24.5
Vajinal Muayene Korkusu	3	13.0	4	16.0	0	0.0	2	8.0	9	9.6
Personelden Korkma	0	0.0	1	4.0	1	4.8	5	20.0	7	7.4
Doğum Anından Korkma	3	13.0	2	8.0	3	14.3	0	0.0	8	8.5
Doğum Ağrısı İle Baş Etmede Yöntem Kullanmayı Düşünme Durumu										
Var	3	10.0	3	10.0	2	6.7	2	6.7	10	8.3
Yok	27	90.0	27	90.0	28	93.3	28	93.3	110	91.7

* Bu soruya birden fazla yanıt verilmiştir. Yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.2.2’de gebelerin doğum sürecinde korku ve doğum ağrısı ile başetmeye ilişkin bazı ifadelerinin çalışma gruplarına göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin %76.7’si doğum sürecine ilişkin korkusunun olduğunu ifade etmiştir. Doğum sürecine ilişkin korkusunun olduğunu ifade eden gebelerin %74.5’i şiddetli ağrı yaşamaktan, %54.3’ü bebeğin sağlığının bozulacağından, %24.5’i doğum salonunda ki ortamdan, %22.3’nün ölümden ve %21.3’ü sezaryen olmaktan korktuğunu belirtmişlerdir.

Gebelerin çoğunluğu doğum ağrısından korktuğunu ifade etmesine rağmen sadece %8.3’ü doğum ağrısı ile baş etmede kullanmayı düşündüğü bir yöntem olduğunu, %91.7 ise herhangi bir yöntem kullanmayı düşünmediğini ifade etmiştir.

Tabloda yer almamakla birlikte, yöntem kullanmayı düşünen 5 gebe derin nefes alıp verme, 1 gebe dua, 1 gebe bitkisel yöntem, 1 gebe epidural anestezi, 1 gebe masaj, odaklanma-dikkati başka yöne çekme ve 1 gebe ise ılık duş yöntemlerini kullanmayı düşündüğünü belirtmiştir. Yöntem kullanmayı düşündüğünü ifade eden gebelerden 2 tanesi masaj grubunda, 2 tanesi akupressür grubunda, 1 tanesi her iki yöntemin kullanıldığı grupta, 2 tanesi de kontrol grubunda olmak üzere 7 tanesi ifade ettikleri yöntemi kullandıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.3. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Algılanan Ağrı Düzeyine Etkisine İlişkin Bulgular

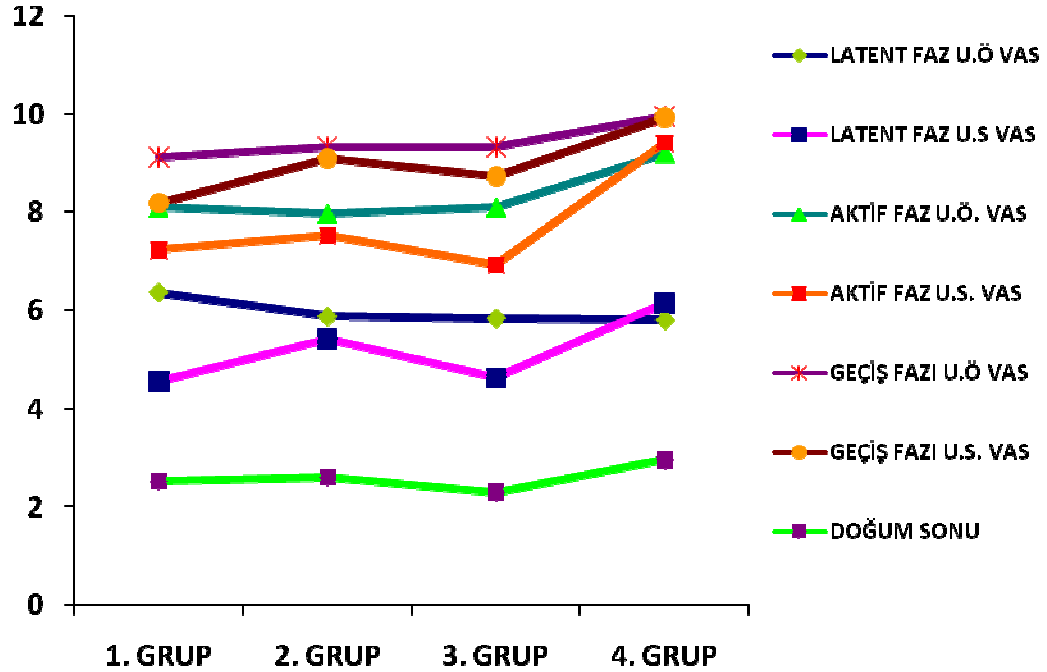
Tablo 4.3.1. Gebelerin Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Masaj ve Akupressür Müdahale Öncesi/Sonrası ile Doğum Sonunda VAS Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

Gruplar	M*	A**	Latent Faz	Latent Faz	İstatistiksel	Aktif Faz	Aktif Faz	İstatistiksel	Geçiş Fazı	Geçiş Fazı	İstatistiksel	Doğum Sonu VAS
			Müdahale	Müdahale		Müdahale	Müdahale		Müdahale	Müdahale		
			Öncesi VAS	Sonrası VAS		Öncesi VAS	Sonrası VAS		Öncesi VAS	Sonrası VAS		
			Ort±S.S	Ort±S.S		Ort±S.S	Ort±S.S		Ort±S.S	Ort±S.S		Ort±S.S
1. Grup (n=30)	+	-	6.36 ± 1.098	4.56 ± 1.356	t: 8.523 p<0.01	8.10 ± 0.959	7.23 ± 1.330	t: 4.419 p<0.01	9.13 ± 0.628	8.18 ± 1.021	t: 6.238 p<0.01	2.53± 0.571
2. Grup (n=30)	-	+	5.87 ± 1.634	5.43 ± 1.851	t: 1,531 p:0.141	7.97 ± 1.402	7.53 ± 1.502	t: 2.359 p=0.025	9.33 ± 0.711	9.10 ± 0.845	t: 1.882 p=0.070	2.60 ± 0.621
3. Grup (n=30)	+	+	5.83 ± 1.488	4.63 ± 1.520	t: 5.410 p<0.001	8.10 ± 1.029	6.93 ± 1.230	t: 6.484 p<0.001	9.33 ± 0.182	8.73 ± 0.691	t: 5.288 p<0.001	2.30 ± 0.702
4. Grup (n=30)	-	-	5.80 ± 1.401	6.16 ± 1.464	t:-3.612 p<0.001	9.20± 0.886	9.40 ± 0.770	t: -2.693 p=0.012	9.96 ± 0.250	9.93 ± 0.253	t: 1.000 p=0.326	2.96 ± 0.715
İstatistiksel	f		1.100	7.042		8.408	24.131		10.947	28.159		4.923
Analiz	p		0.352	0.001		0.001	0.001		0.001	0.000		0.003
Gruplar Arası Farklılık				(1-4;3-4)		(1-4;2-4;3-4)	(1-4;2-4;3-4)		(1-4;2-4;3-4)	(1-2;1-3;1-4;2-4;3-4)		(3-4)

*Masaj Uygulaması

**Akupressür Uygulaması

Grafik 4.1. Gebelerin Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Masaj ve Akupressür Müdahale Öncesi/Sonrası ile Doğum Sonunda VAS Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre Dağılım Grafiği



Tablo 4.3.1’de ve Grafik 4.1’de gebelerin VAS skoru ortalamalarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Gebelerin hiçbir müdahale yapılmadan önce (latent fazda müdahale öncesi) VAS skorları karşılaştırıldığında masaj uygulanan grupta VAS skorunun en yüksek (6.36 ± 1.098), hiçbir müdahalenin yapılmadığı grupta ise en düşük (5.80 ± 1.401) olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin latent fazda müdahale öncesindeki VAS skorlarının ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Gebelerin latent fazda müdahale sonrası ifade ettikleri VAS skorlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skorunun masaj uygulanan gruba ait olduğu (4.56 ± 1.356), en yüksek VAS skorunun ise hiçbir yöntemin uygulanmadığı gruba ait olduğu (6.16 ± 1.464) belirlenmiştir. Gebelerin latent fazda müdahale sonrasında VAS skorlarının ortalamaları açısından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 1. (M) ve 3. (M+A) gruptaki gebelerin VAS skorlarının 2. (A) ve 4. (Kontrol;K) gruptaki gebelerin VAS skorlarından daha

düşük olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin latent fazda, müdahale öncesi ve sonrası VAS skorlarının ortalamaları karşılaştırıldığında 1.(M) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerin müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre azaldığı ve VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 4. grubun (K) latent fazda müdahale sonrası VAS skorlarının ise müdahale öncesi VAS skorlarına göre arttığı saptanmış ve müdahale öncesi ile sonrası VAS puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). 2. grubun latent fazda müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre azaldığı fakat müdahale öncesi ile sonrası VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırmaya kapsamına alınan gebelerin doğumun aktif fazında, müdahale öncesi belirttikleri VAS skoru ortalamalarının en düşük akupressür uygulanan 2. gruba ait olduğu (7.97 ± 1.402), en yüksek VAS skorunun ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı 4. gruba ait olduğu (9.20 ± 0.886) tespit edilmiştir. Doğumun aktif fazında müdahale sonrasında ki VAS skoru ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Doğumun aktif fazında müdahale öncesinde 1. (M), 2.(A) ve 3. (M+A) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarının 4. (K) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarından düşük olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin doğumun aktif fazında, müdahale sonrasında ki VAS skorlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortalamasını her iki müdahalenin yapıldığı 3. gruba ait olduğu (6.93 ± 1.230), en yüksek skorun ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı 4. gruba ait olduğu (9.40 ± 0.770) belirlenmiştir. Gruplar arasında aktif fazda müdahale sonrası ifade edilen VAS puanları açısından farkın istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Aktif fazda müdahale sonrası VAS skoru ortalamasının 1. (M), 2. (A) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerde 4. gruptaki (K) gebelere göre daha düşük olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin aktif fazda, müdahale öncesi ve sonrası VAS skorlarının ortalamaları karşılaştırıldığında 1.(M), 2.(A) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerin müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre azaldığı ve VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 4. grubun (K) aktif fazda müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre arttığı saptanmış ve müdahale öncesi ile sonrası VAS puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Doğumun geçiş fazında gebelerin müdahale öncesindeki VAS skoru ortalamasının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük VAS skorunun masaj yapılan gruba ait olduğu (9.13 ± 0.628), en yüksek VAS skorunun ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı gruba ait olduğu (9.96 ± 0.250) belirlenmiştir. Doğumun geçiş fazında 1.(M), 2. (A) ve 3. (MA) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarının 4. Gruptaki (K) gebelerin VAS skoru ortalamalarından düşük olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Doğumun geçiş fazında müdahale sonrasındaki VAS puanlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, masaj uygulanan grupta en düşük (8.18 ± 1.021), hiçbir uygulamanın yapılmadığı grupta ise en yüksek olduğu (9.93 ± 0.253) tespit edilmiştir. Doğumun geçiş fazında müdahale sonrası 1.(M), 2.(A) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerin VAS skorları 4. gruptaki gebelerin VAS skorlarından düşük olup, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). 1. (M) grupta 2. (A) ve 3. (MA) grubun VAS skoru ortalamaları karşılaştırıldığında 1. (M) grubun VAS skoru ortalamasının 2. (A) ve 3. gruba (MA) göre düşük olduğu ve bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebelerin geçiş fazında, müdahale öncesi ve sonrası VAS skorlarının ortalamaları karşılaştırıldığında 1.(M) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerin müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre azaldığı ve VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 2. (A) ve 4.(K) grubun latent fazda müdahale sonrası VAS skorlarının müdahale öncesi VAS skorlarına göre azaldığı fakat müdahale öncesi ile sonrası VAS skorları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gebelerin doğum sonrası (doğumun 4. Evresinde) VAS skoru ortalamalarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde, en düşük VAS skoru ortalamasının masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı 3. gruba ait olduğu (2.30 ± 0.702), en yüksek skorun ise hiçbir uygulamanın yapılmadığı 4. gruba ait olduğu (2.96 ± 0.715) tespit edilmiştir. Kadınların doğum sonrası VAS skoru ortalamaları açısından gruplar arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Doğum sonrası VAS skoru ortalamasının 3. (M+A) grupta 1.(M), 2.(A) ve 4.(K) gruba göre düşük olduğu saptanmış ve bu gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

4.4. Gebelere Uygulanan Masaj ve Aküpressür Uygulamalarının Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisine Yönelik Bulgular

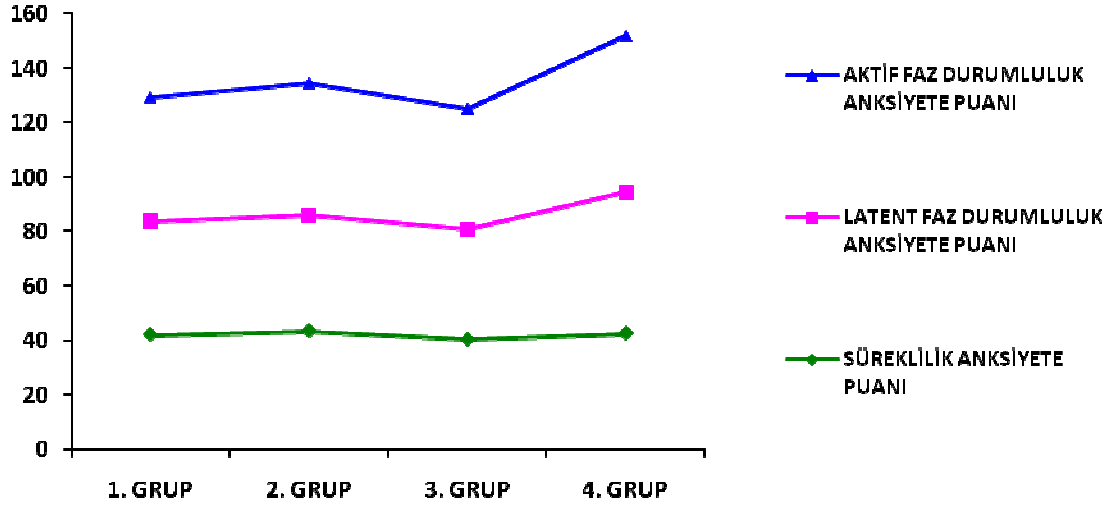
Tablo 4.4.1. Gebelerin Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları ile Latent ve Aktif Faz Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gruplara Göre Dağılımı

Gruplar	<i>M</i> *	<i>A</i> **	n:120		
			Sürekli Anksiyete Puanı	Latent Faz (3-4 cm) Durumluk Anksiyete Puanı	Aktif Faz (6-7 cm) Durumluk Anksiyete Puanı
			Ort±S.S	Ort±S.S	Ort±S.S
1. Grup (n=30)	+	-	42.07 ± 6.279	42.50±7.128	45.03±7.049
2. Grup (n=30)	-	+	43.41 ± 8.109	43.31± 9.917	49.51± 7.399
3. Grup (n=30)	+	+	40.33 ± 8.640	41.80± 7.087	44.60± 5.623
4. Grup (n=30)	-	-	42.55 ± 7.443	55.64± 6.832	62.07± 7.028
İstatistiksel Analiz	F		1.722	20.493	39.688
	p		0.472	0.001	0.001
Gruplar Arası Farklılık				(1-4;2-4;3-4)	(1-4;2-4;3-4;2-3)

*Masaj Uygulaması

**Aküpressür Uygulaması

Grafik 4.2. Gebelerin Sürekli Anksiyete Puanları İle Latent Faz ve Geçiş Fazı Durumluk Anksiyete Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı



Tablo 4.4.1’de ve Grafik 4.2’de gebelerin sürekli anksiyete puanları ile doğumun latent ve aktif fazlarındaki durumluk anksiyete puanlarının gruplara göre dağılımı ve dağılımlarının istatistiksel analizi yer almaktadır. Gebelerin sürekli anksiyete puanları karşılaştırıldığında, en düşük puanın her iki uygulamanın yapıldığı 3. grupta (40.33 ± 8.640), en yüksek puanın ise akupressür uygulanan 2. grupta olduğu (43.41 ± 8.109) tespit edilmiştir. Gebelerin sürekli anksiyete puanları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmamızda doğumun latent fazında müdahale sonrası durumluk anksiyete puan ortalamasının en düşük masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı 3. gruba (M+A) ait olduğu (41.80 ± 7.087), en yüksek ise hiçbir uygulamanın yapılmadığı 4. gruba (K) ait olduğu (55.64 ± 6.832) tespit edilmiştir. Benzer şekilde, aktif fazda uygulama sonrası durumluk anksiyete puanlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük puanın 3. gruba (M+A) ait olduğu (44.60 ± 5.623), en yüksek puanın ise 4. gruba (K) ait olduğu (62.07 ± 7.028) saptanmıştır. Doğumun latent ve aktif fazlarında gebelerin müdahale sonrasındaki durumluk anksiyete

puanları açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Doğumun latent ve aktif fazında müdahale sonrasında gebelerin durumluk anksiyete puanının 4 grupta (K) yer alan gebelerde 1.(M) , 2. (A) ve 3. grupta (M+A) bulunan gebelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.4.2, $p<0.05$).

Tablo 4.4.2 Gebelerin Latent Faz Durumluk Anksiyete Puan Ortalaması, Aktif Faz Durumluk Anksiyete Puan Ortalaması ve Sürekli Anksiyete Puan Ortalaması Arasındaki İlişkilerin Gruplara Göre İncelenmesi

Yapılan Müdahale			Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	Durumluk Anksiyete (Aktif Faz)	Sürekli Ölçeği
Masaj	Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	r		0.535	0.432
		p		0.002	0.017
		r	0.535		0.140
		p	0.002		0.460
	Sürekli Anksiyete	r	0.432	0.140	
		p	0.017	0.460	
		r		.614	.392
		p		0.001	0.036
Akupressür	Durumluk Anksiyete (Aktif Faz)	r	0.614		0.352
		p	0.001		0.061
		r	0.392	0.352	
		p	0.036	0.061	
	Sürekli Anksiyete	r		0.469	0.735
		p		0.009	0.001
		r	0.469		0.531
		p	0.009		0.003
Sırt Masajı+ Akupressür	Sürekli Anksiyete	r	0.735	0.531	
		p	0.001	0.003	
	Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	r		0.766	0.075
		p		0.001	0.704
		r	0.766		0.004
		p	0.001		0.984
	Sürekli Anksiyete	r	0.075	0.004	
		p	0.704	0.984	
Kontrol	Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	r		0.766	0.004
		p		0.001	0.984
		r	0.766		0.004
		p	0.001		0.984
	Sürekli Anksiyete	r	0.075	0.004	
		p	0.704	0.984	
		r		0.766	0.004
		p		0.001	0.984

Tablo 4.4.2 'de gebelerin latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması, aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ve sürekli anksiyete puan ortalaması arasındaki ilişkilerin gruplara göre incelenmesi yer almaktadır.

Masaj uygulanan grupta latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması arasında %53.5 oranında, sürekli anksiyete puan ortalaması ile ise %43.2 oranında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza masaj uygulanan grupta göre latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması arttıkça, aktif faz durumluk ve sürekli puan ortalamaları artmaktadır. Masaj uygulanan grupta aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Akupressür uygulanan grupta latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması arasında %61.4 oranında, sürekli anksiyete puan ortalaması ile ise %39.2 oranında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre akupressür uygulanan grupta latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması arttıkça, aktif faz durumluk ve sürekli puan ortalamaları artmaktadır. Akupressür uygulanan grupta aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grupta latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk ve sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması arasında %46.9 oranında orta kuvvetli pozitif yönlü bir ilişki, sürekli anksiyete puan ortalaması ile ise %73.5 oranında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grupta latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması arttıkça,

aktif faz durumluk ve sürekli puan ortalamaları artmakta, azaldıkça azalmaktadır. Masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grupta aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli anksiyete puan ortalaması arasında %53.1 oranında pozitif yönlü orta kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grupta, aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması arttıkça, sürekli puan ortalamaları artmakta, azaldıkça azalmaktadır.

Hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda, latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli anksiyete puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması arasında %76.6 oranında pozitif yönlü güçlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre kontrol grubunda latent faz durumluk anksiyete puan ortalaması arttıkça, aktif faz durumluk puan ortalamaları artmakta, azaldıkça azalmaktadır. Kontrol grubunda aktif faz durumluk anksiyete puan ortalaması ile sürekli anksiyete puan ortalaması arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

4.5. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Doğum ve Yenidoğanın Bazı Özelliklerine Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.5.1. Doğumun Bazı Evresindeki Sürelerin Gruplara Göre Dağılımı

n:120							
Gruplar	Uygulama		Aktif Faz Süre* (Dk)	Geçiş Faz Süre** (Dk)	Masaj/Akupressür Süresi*** (Dk)	Dilatasyon Süresi**** (Dk)	Doğumun Süresi***** (Dk)
	M	A	(Min.-Mak.)	(Min.-Mak.)	(Min.-Mak.)	(Min.-Mak.)	(Min.-Mak.)
1. Grup (n=30)	+	-	60 (30-360)	37.5 (10-150)	210 (90-590)	245 (105-670)	252 (110-685)
2. Grup (n=30)	-	+	60 (30-280)	47.5 (10-180)	201 (75-540)	267.5 (85-600)	280 (90-610)
3. Grup (n=30)	+	+	90 (30-420)	30 (10-120)	277.5 (90-720)	330 (120-735)	350 (125-745)
4. Grup (n=30)	-	-	90 (60-300)	52.5 (15-90)	300 (90-630)	350 (155-690)	355 (165-695)
İstatistiksel Analiz	Kruskal-Wallis p		6,183 0.103	6,828 0.078	8,389 0.039	7,552 0.056	7,308 0.063
İstatistiksel Farklılık					(1-4;2-4)		

*Servikal dilatasyonun 5cm olduğu evreden 8 cm olmasına kadar geçen süre.

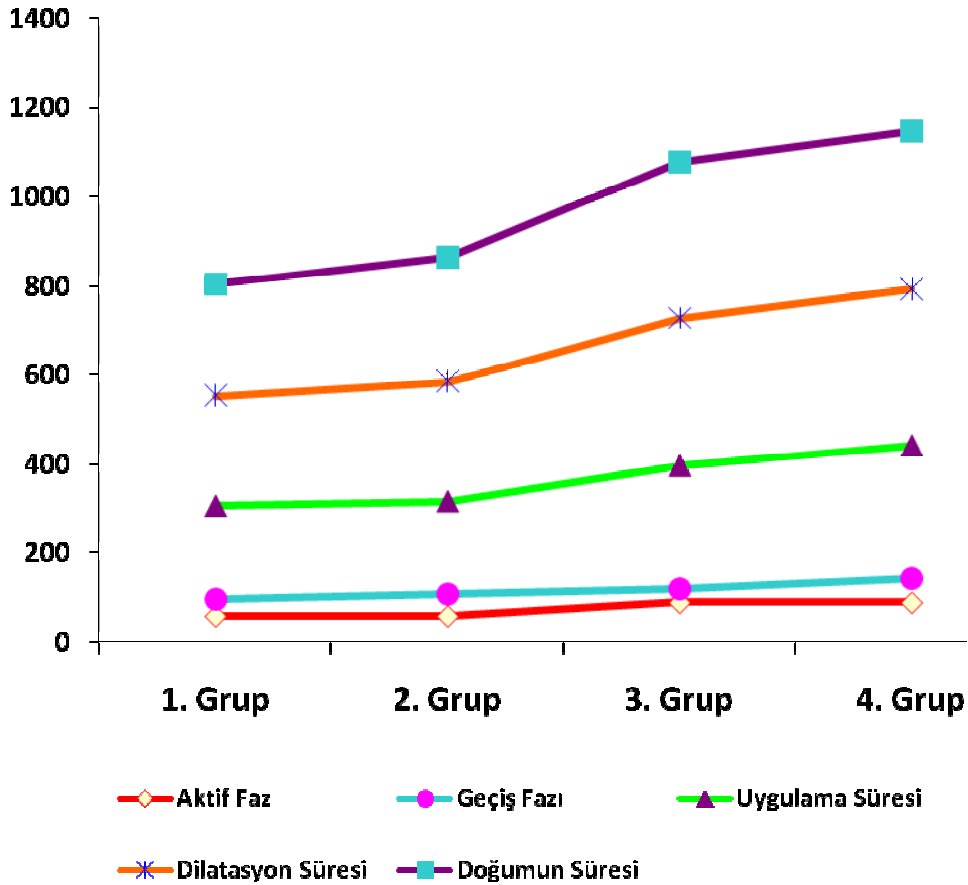
**Servikal dilatasyonun 8 cm olduğu evreden 10 cm olmasına kadar geçen süre

*** Servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden 8 cm olmasına kadar geçen süre.

**** Servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden, 10 cm olmasına kadar geçen süre

*****Servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden doğuma kadar geçen süre

Grafik 4.3. Doğumun Bazı Evresindeki Sürelerin Çalışma Gruplarına Göre Dağılım Grafiği



Tablo 4.5.1 ve Grafik 4.3’de doğumun bazı evrelerindeki sürelerin çalışma gruplarına göre dağılımları yer almaktadır. Doğumdaki bazı sürelerin gruplara göre dağılımı incelendiğinde, aktif fazın süresinin 1. (M) ve 2. (A) gruplarda en kısa (60 dk) olduğu, en uzun (90 dk) ise 3. (MA) ve 4. (K) grupta olduğu saptanmıştır. Doğumun geçiş fazının süreleri açısından karşılaştırıldığında ise en kısa sürenin (30 dakika) 3. (MA) gruba ait olduğu, en uzun sürenin (52,5 dakika) ise 4. (K) gruba ait olduğu tespit edilmiştir. Doğumun aktif ve geçiş fazı süreleri açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Araştırma sonuçlarımıza göre uygulama yapılan sürenin (servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden servikal dilatasyonun 8cm olduğu evreye kadar geçen süre) 1. (M) ve 2.(A) gruplarda en kısa olduğu (210 dk.) , en uzun (300 dk.) ise

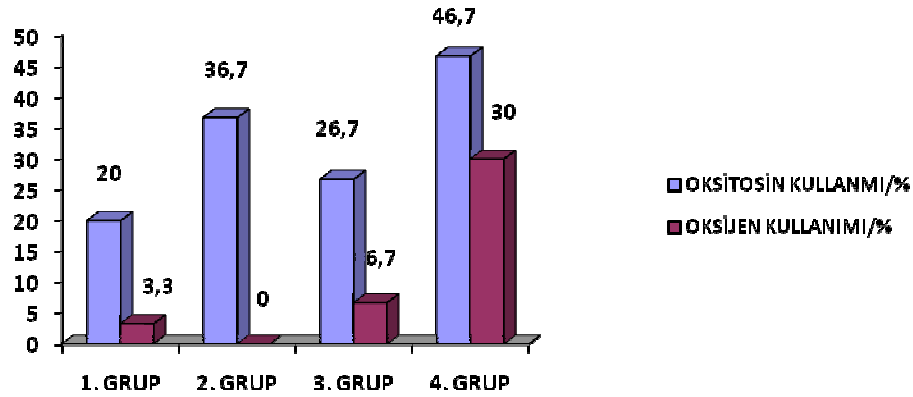
4. (K) gruba ait olduğu belirlenmiştir. Uygulama süresi açısından, gruplar arasında fark istatistiksel açıdan önemli olup, 1. (M) ve 2. (A) grubun uygulama sürelerinin 4.(K) grubun uygulama süresinden kısa olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Dilatasyon süresi (Servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden dilatasyonun 10 cm olduğu evreye kadar geçen süre) açısından gruplar karşılaştırıldığında sırt masajı grubunda bu sürenin en kısa olduğu (245 dk) , en uzun (350 dk) ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı gruba ait olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmamıştır ($p>0.05$). Benzer şekilde doğum süresi (servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden doğuma kadar geçen süre) açısından gruplar karşılaştırıldığında en kısa sürenin (252.5 dk) masaj grubuna, en uzun sürenin ise (355 dk) hiçbir müdahalenin yapılmadığı gruba ait olduğu saptanmış, bu gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.5.2. Gebelerin Oksitosin ve Oksijen Tedavisi Alma Durumlarının Gruplara Göre Dağılımı

n:120											İstatistiksel Analiz
İlaç Kullanma Durumu	1.Grup (M)		2. Grup (A)		3. Grup (M+A)		4. Grup (K)		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Oksijen Tedavisi Alma Durumu											
Alan	1	3.3	0	0.0	2	6.7	9	30	12	10	-
Almayan	29	96.7	30	100.0	28	93.3	21	70	108	90	
Oksitosin Tedavisi Alma Durumu											
Alan	6	20.0	11	36.7	8	26.7	14	46.7	39	32.5	0.134
Almayan	24	80.0	19	63.3	22	73.3	16	53.3	81	67.5	
Oksitosin Uygulanma Süresi (dk)	Ortanca (Min.-Mak.)		Ortanca (Min.Mak)		Ortanca (Min.Mak)		Ortanca (Min.Mak)		Ortanca (Min.Mak)		0.136
	147,5		180		220		465		202,5		
	(45-415)		(40-505)		(60-925)		(30-955)		(30-955)		

Grafik 4.4. Grupların Oksitosin ve Oksijen Tedavisi Alma Durumlarına Göre Dağılımları



Tablo 4.5.2’te ve Grafik 4.4’de grupların oksitosin ve oksijen tedavisi alma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Kontrol grubundaki kadınların yarıya yakını oksitosin tedavisi almış olup (%46.7), bu oran masaj grubunda 5 hastadan 1’e (%20), akupressür grubunda 5 hastadan 2’ye (%36.7), her iki uygulamanın yapıldığı grupta 3 hastadan 1’e (%26.7) düşmektedir. Kontrol grubunda oksitosin tedavisi alma oranı diğer gruplara oranla daha yüksek olmasına rağmen gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı tespit edilmiştir. Oksitosin uygulama süreleri açısından gruplar karşılaştırıldığında benzer şekilde en kısa sürenin (177.5 ± 138.699) masaj grubuna ait olduğu, en uzun sürenin (428 ± 300.991) ise kontrol gruba ait olduğu tespit edilmiştir. Oksitosin kullanım süreleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur.

Gebelerin oksijen tedavisi alma durumu incelendiğinde, hiçbir müdahalenin yapılmadığı kontrol grubunda yaklaşık 3 hastadan 1’inin (%30) oksijen tedavisi aldığı, bu oranın sırt masajı grubunda %3.3, her iki uygulamanın yapıldığı grupta ise %6.7 olduğu saptanmıştır. Akupressür grubunda bulunan hiçbir gebe oksijen tedavisi almamıştır. Araştırmamızın kontrol grubu olan 4. gruptaki gebelerin, oksijen tedavisi alma oranının diğer gruplarda bulunan gebelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5.3. Yenidoğanların APGAR Skorları ve Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımı

n:120				
Gruplar	n	1. Dakika Apgar Skoru	5. Dakika Apgar Skoru	Yeni Doğanın Kilosu
1.Grup	30	7.03 ± 0.186	9.03 ± 0.186	3359.66 ± 319.603
2.Grup	30	7.00 ± 0.000	9.00 ± 0.000	3165.5 ± 270.655
3.Grup	30	7.00 ± 0.000	9.00 ± 0.000	3300.17 ± 367.342
4.Grup	30	6.97 ± 0.18	8.97 ± 0.180	3201.61 ± 351.09
İstatistiksel	f	1.333	2.514	1.333
Analiz	p	0.266	0.266	0.095

Tablo 4.5.3'te yenidoğanların APGAR skorları ve doğum ağırlıklarına göre dağılımı yer almaktadır. Gruplar arası fark incelendiğinde 1. ve 5. dakika APGAR skorlarının en düşük (sırasıyla; 6.97 ± 0.18 ; 8.97 ± 0.18) hiçbir uygulamanın yapılmadığı grupta olduğu, en yüksek puanın (sırasıyla; 7.03 ± 0.186 ; 9.03 ± 0.186) ise masaj grubunda olduğu belirlenmiş, gruplar arasında ki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Yenidoğanların doğum ağırlıklarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en yüksek doğum ağırlığı ortalamasının 1. gruba (S), en düşük ortalamasının ise 2. gruba (A) ait olduğu saptanmış, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır.

4.6.Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerine ve Doğum Algılarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.6.1. Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerinin Gruplara Göre Dağılımı

n:120								
Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşler	1.Grup		2.Grup		3.Grup		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uygulanan Yöntemden Memnun Kalma Durumu								
Memnun Kalan	29	96.7	28	93.3	30	100	87	96.7
Memnun Kalmayan	1	3.3	2	6.7	0	0	3	3.3
Bir Sonraki Doğumunda Uygulanan Yöntemi Kullanmayı İsteme Durumu								
İsteyen	29	96.7	28	93.3	30	100	87	96.7
İstemeyen	1	3.3	2	6.7	0	0	3	3.3
Doğum Yapacak Başka Kadınlara Uygulanan Yöntem/Yöntemleri Tavsiye Etmeyi Düşünme Durumu								
Düşünen	29	96.7	28	93.3	30	100	87	96.7
Düşünmeyen	1	3.3	2	6.7	0	0	3	3.3

Tabloya 4.6.1.'de gebelerin uygulanan nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin görüşlerinin gruplara göre dağılımı verilmiştir. Masaj uygulanan gebelerin bulunduğu 1. grupta, kadınların %96.6'sı yöntemden memnun kaldığını, bir sonraki doğumda da kullanmak istediğini ve doğum yapacak diğer gebelere tavsiye etmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Akupressür uygulanan gebelerin bulunduğu 2. grupta kadınların %93.3'ü uygulanan yöntemden memnun olduğunu, bir sonraki doğumda kullanmak istediğini ve doğum yapacak kişilere tavsiye etmeyi düşündüğünü ifade etmişlerdir. Her iki müdahalenin yapıldığı 3. grupta bulunan gebelerin ise tamamı yöntemden memnun olduğunu, bir sonraki doğumunda kullanmak istediğini ve doğum yapacak tüm kadınlara tavsiye etmeyi düşündüklerini bildirmişlerdir.

Tabloda verilmemekle birlikte, gebelerin yöntemden memnun kalma nedenlerine göre dağılımları incelendiğinde, masaj grubunda bulunan gebelerin %89.3'ü ağrılarının azaldığını, %53.6'sı kendini iyi hissedip, rahatladığını, %14.3'ü

doğumunun hızlandığını ifade etmiştir. Akupressür grubunda bulunan gebelerin ise %82.5'i ağrılarının azaldığını, %25'i sancılarının sıklaştığını ve doğumunun hızlandığını, %17.9'u ise kendini iyi hissedip, rahatladığını belirtmişlerdir. Her iki müdahalenin yapıldığı grupta ise gebelerin %96.7'si ağrılarının azaldığını, %46.7'si kendini iyi hissedip, rahatladığını, %13.3 ise doğumunun kolaylaştığını ve kendini güvende hissettiğini bildirmişlerdir.

Tabloda verilmemekle birlikte, masaj grubunda bulunan gebelerin tamamı, akupressür grubunda bulunan gebelerin %90'nı, masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grupta ise %93.3'ü müdahaleler sırasında sıkıntı yaşamadığını belirtmiştir. Akupressür grubunda 2 gebe akupressür bandının takılı olduğu yerde ağrı, 1 gebe ise kaşıntı nedeniyle, masaj ve akupressür grubunda ise 1 gebe hafif ağrı, 1 gebe bant yerinde kaşıntı nedeniyle sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.6.2. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) ve Alt Gruplarından Aldıkları Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı

ADAÖ Alt Gruplar	1.Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	Toplam	İstatistiksel Analiz	Gruplara Arası Farklılık
	(M)	(A)	(M+A)	(K)			
	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Ort.+S.S		
Doğum Anındaki Deneyimler	23.36±3.99	21.46±3.71	24.66±3.97	17.56±10.10	21.76±6.57	F: 7.770 p: 0.001	(1-4; 3-4)
Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler	25.20±3.33	22.56±3.46	26.06±3.97	17.03±3.54	22.71±5.00	F:38.624 p:0.001	(1-2; 1-4; 2-3; 2-4; 3-4)
Doğum Sonu	17.86±1.16	17.86±1.17	18.00±0.98	15.60±1.52	17.33±1.57	F:26.765 p:0.001	(1-4; 2-4; 3-4)
Eş Katılımı	11.80±2.45	11.53±2.28	11.96±2.32	9.96±2.68	11.31±2.54	F:4.232 p: 0.007	(1-4; 3-4)
Farkındalık	11.46±2.20	10.80±2.13	11.20±2.18	7.83±2.16	10.32±2.59	F:17.959 p: 0.001	(1-4; 2-4; 3-4)
ADAÖ Toplam Puanı	89.70±9.56	84.23±9.17	91.90±10.49	68.00± 15.37	83.45±14.67	F:26.795 p: 0.001	(1-4; 2-4;3-4)

Tablo 4.6.2’de ADAÖ ve ADAÖ alt gruplarından aldıkları puanlarının gruplara göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmadan elde ettiğimiz bulgulara göre doğum anındaki deneyimler ADAÖ alt ölçek puanı ortalaması en yüksek olan grubun 3. grup (M+A), en düşük olan grubun ise 4. grup (K) olduğu belirlenmiştir. Doğum anındaki deneyimler ADAÖ alt ölçek puanı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). 1. grubun (M) ve 3. grubun (M+A) doğum anındaki deneyimler alt ölçek puanının 4. Gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur. Doğumun ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puan ortalamasının benzer şekilde en yüksek 3. gruba (M+A), en düşük ise 4. gruba ait olduğu belirlenmiştir. Doğumun ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puanı açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). 1. grubun (M), 2. grubun (A) ve 3. grubun (M+A) doğumun ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puan ortalamasının 4. Gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Müdahale grupları kendi aralarında karşılaştırıldığında ise 1. grubun (M) ve 3. grubun (M+A) doğumun ağrı dönemindeki deneyimler ADAÖ alt ölçek puan ortalamasının 2. Gruba (A) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Benzer şekilde doğum sonu ADAÖ alt ölçek puanı en yüksek olan grubun 3. grup, en düşük olan grubun ise 4. Grup (K) olduğu saptanmış olup, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). 1. grubun (M), 2. grubun (A) ve 3. grubun (M+A) doğum sonu ADAÖ alt ölçek puan ortalamasının 4. Gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Eş katılımı alt ölçek puanlarının dağılımı incelendiğinde, en yüksek puanın 3. gruba (A), en düşük puanın 4. gruba (K) ait olduğu saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$). 1. grubun (M) ve 3. grubun (M+A) eş katılımı ADAÖ alt ölçek puan ortalamasının 4. gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$). Farkındalık ADAÖ alt ölçek puan ortalamasının en yüksek 1. gruba (M), en düşük 4. gruba (K) ait olduğu saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$).

1. grubun (M), 2. grubun (A) ve 3. grubun (M+A) farkındalık ADAÖ alt ölçek puan ortalamasının 4. gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

ADAÖ toplam puan ortalamasının gruplara göre dağılımı incelendiğinde en yüksek puan ortalamasının masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı 3. gruba (M+A) ait olduğu, en düşük puanın ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı 4. gruba (K) ait olduğu saptanmış belirlenmiştir. 1. grubun (M), 2. grubun (A) ve 3. grubun (M+A) ADAÖ toplam puan ortalamasının 4. gruba (K) göre yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ($p<0.01$).

Tablo 4.6.3. Annelerin ADAÖ Puan Ortalamaları ile ADAÖ Alt Ölçek Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

		Doğum Anındaki Deneyimler	Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler	Doğum Sonu	Eş Katılımı	Farkındalık
ADAÖ Toplam Puanı	r	0,874	0,904	0,689	0,546	0,742
	p	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001
Doğum Anındaki Deneyimler	r		0,680	0,489	0,309	0,499
	p		0,001	0,001	0,001	0,001
Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler	r			0,617	0,419	0,675
	p			0,001	0,001	0,001
Doğum Sonu	r				0,333	0,532
	p				0,001	0,001
Eş Katılımı	r					0,313
	p					0,001

Tablo 4.6.3’de Annelerin ADAÖ puan ortalamaları ile ADAÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin incelenmesi yer almaktadır. ADAÖ toplam puanları ile doğum anındaki deneyimler, doğumun ağrı dönemindeki deneyimler ve farkındalık alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde güçlü, doğum sonu ve eş katılımı alt ölçek puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu, ADAÖ toplam puanları arttıkça alt ölçeklerdeki puanlarında arttığı belirlenmiştir.

Annelerin doğum anındaki deneyimler ADAÖ alt ölçek puanı ile doğumun ağrı dönemindeki deneyimler ADAÖ alt ölçek puanı arasında pozitif yönde orta

kuvvette bir ilişki olduğu, doğumun ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puanı arttıkça doğum anındaki deneyimler alt ölçek puanının da arttığı saptanmıştır. Ölçeğin doğumun ağrı dönemindeki deneyimler ADAÖ alt ölçek puanı ile doğum sonu, eş katılımı ve farkındalık ADAÖ alt ölçek puanları arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olduğu, annelerin doğumun ağrı dönemindeki deneyimler ile doğum anındaki deneyimler alt ölçek puanları arttıkça doğum sonu alt ölçek puanlarında artmaktadır. ADAÖ'nin doğum sonu alt ölçek puanı ile doğumun ağrı dönemindeki deneyimler, doğum anındaki deneyimler, doğum sonu alt ölçek puanları arasında pozitif yönde orta kuvvette bir ilişki olup eş katılımı puanları artıkça, doğumun ağrı dönemindeki deneyimler, doğum anındaki deneyimler ve doğum sonu alt ölçek puanlarının arttığı tespit edilmiştir. Annelerin farkındalık ADAÖ alt ölçek puanları ile doğumun ağrı dönemindeki deneyimler, doğum anındaki deneyimler, doğum sonu ve eş katılımı ADAÖ alt ölçek puanları arasında orta kuvvette bir ilişki olup, doğumun ağrı dönemindeki deneyimler, doğum anındaki deneyimler, doğum sonu ve eş katılımı alt ölçek puanları arttıkça farkındalık alt ölçek puanlarının arttığı saptanmıştır.

4.7. Gebelere Uygulanan Masaj ve Aküpressür Uygulamalarının Maliyete Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.7.1 Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Malzemelerin Maliyetlerinin Çalışma Gruplarına Göre Dağılımı

Malzeme Maliyetleri	1.Grup	2. Grup	3. Grup	4. Grup	n:120
	(M)	(A)	(M+A)	(K)	İstatistiksel
	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Ort.+S.S	Analiz
Tıbbi Malzeme Maliyeti (TL)	6.435±1.704	6.201±1.914	7.022±3.523	12.18±5.674	F:18.859 p:0.001
İlaç Dışı Malzemelerin Maliyeti (TL)	5.050±6.502	11.23±5.306	12.47±4.327	7.033±4.722	F:13.116 p:0.001
Toplam Maliyet (TL)	11.48±7.023	17.43±5.954	19.51±5.313	19.50±7.647	F:10.071 p:0.001

Tablo 4.7.1’de doğumun birinci evresinde kullanılan malzemelerin ücretlerinin gruplara göre dağılımı yer almaktadır.

Doğumun birinci evresinde kullanılan tıbbi malzemelerin ücretlerinin gruplara göre dağılımı incelendiğinde en düşük tutarın 1. gruba (M) ait olduğu (6.435±1.704) , en yüksek tutarın ise 4. gruba (K) ait olduğu (12.18±5.674) tespit edilmiştir. 1.(M), 2.(A), 3.(M+A) gruplarda doğumun brinci evresinde kullanılan tıbbi malzemelerin ücretlerinin 4. gruba (K) göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir (p<0.01).

Doğumun birinci evresinde kullanılan ilaç dışı malzemelerin (sarf malzemeler, tıbbi cihaz kullanımı v.b) ücretlerinin ortalamaları açısından gruplar karşılaştırıldığında en düşük tutarın 1. gruba (M) ait olduğu (5.050±6.502) , en yüksek tutarın ise 3. gruba (M+A) ait olduğu (12.47±4.327) tespit edilmiştir. 1. grupta (M) kullanılan ilaç dışı malzeme ücretlerinin 2.(A), 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu

belirlenmiştir (Tablo 4.7.1, $p<0.05$). 4. grupta kullanılan ilaç dışı malzeme ücretlerinin ise 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Kullanılan malzemelerin toplam ücretleri açısından gruplar karşılaştırıldığında en düşük ücretin 1. gruba (M) ait olduğu (11.48+7.023), en yüksek ücretin ise 3. gruba ait olduğu tespit edilmiştir. 1. grupta (M) kullanılan ilaç dışı malzeme ücretlerinin 2.(A), 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 2. grup, 3.grup ve 4. Grubun toplam ücretleri karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

4.8. Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkileri İnceleyen Bulgular

Tablo 4.8.1. Müdahale Grubundaki Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

n:90

Doğumun Birinci Evresi ve Doğum Sonu VAS		Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	Durumluk Anksiyete (Aktif Faz)	Sürekli Anksiyete	Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği
		41,73 ± 6,480	45,60 ± 5,930	42,39 ± 7,805	88,61 ± 10,180
Latent Faz Müdahale Öncesi VAS	r	0,112	0,029	0,252	-0,165
	p	0,298	0,787	0,017	0,119
Latent Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,362	0,343	0,254	-0,283
	p	0,001	0,001	0,016	0,007
Aktif Faz Müdahale Öncesi VAS	r	-0,073	0,011	-0,004	-0,027
	p	0,496	0,921	0,968	0,799
Aktif Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,168	0,251	0,124	-0,182
	p	0,115	0,017	0,248	0,085
Geçiş Faz Müdahale Öncesi VAS	r	-0,014	0,194	0,075	-0,032
	p	0,896	0,069	0,483	0,766
Geçiş Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,024	0,328	0,113	-0,203
	p	0,821	0,002	0,293	0,055
Doğum Sonu VAS	r	-0,024	0,073	0,146	-0,073
	p	0,825	0,495	0,171	0,495

Tablo 4.8.1’de müdahale grubundaki gebelerin doğumun bazı evrelerindeki VAS skorları ile durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve ADAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin incelenmesi yer almaktadır. Doğumun bazı evrelerindeki VAS skorları ile latent ve aktif faz durumluk anksiyete puanları, sürekli anksiyete puanı ve ADAÖ puanları arasında ilişki incelendiğinde, latent Faz müdahale öncesi, VAS puanı ile sürekli ölçek puanı arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak önemli olduğu

belirlenmiştir. Latent Faz müdahale öncesi VAS puanı ile sürekli ölçek puanı arasında %25.2 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu, latent faz müdahale öncesi VAS puanı artıkça buna paralel olarak sürekli anksiyete puanının da arttığı saptanmıştır. Latent faz müdahale sonrası VAS skoru ile latent faz durumluk anksiyete puanı arasında %36.2 oranında, aktif faz durumluk anksiyete puanı arasında %34.3 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre, latent faz müdahale sonrası VAS skoru arttıkça, latent ve aktif faz durumluk anksiyete puanları artmaktadır. Latent Faz müdahale sonrası VAS skoru ile ADAÖ puanı arasında ise %28.3 oranında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Latent faz müdahale sonrası VAS skoru arttıkça ADAÖ puanı azalmaktadır. Aktif faz müdahale sonrasında ise VAS skoru ile aktif faz durumluk anksiyete puanı arasında %25.1 oranında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gebelerin aktif faz müdahale sonrası VAS skorları artıkça, aktif faz durumluk anksiyete puanları da artmaktadır. Tam aksine VAS skorları azaldıkça anksiyete puanları da azalmaktadır. Geçiş faz müdahale sonrasında ise geçiş faz müdahale öncesi VAS skoru ile aktif faz durumluk anksiyete puanı arasında %32.8 oranında, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu saptanmıştır. Araştırma bulgularımıza göre gebelerin geçiş faz müdahale sonrası VAS skorları artıkça aktif faz durumluk anksiyete puanları artmaktadır. Buna paralel şekilde VAS skorları azaldıkça anksiyete puanları azalmaktadır.

Doğum sonu VAS skorları incelendiğinde, doğum sonu VAS skoru ile aktif faz durumluk anksiyete puanları ve ADAÖ puanı arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.8.2. Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları ile Durumluk Anksiyete, Sürekli Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Doğumun Birinci Evresi ve Doğum Sonu VAS		Durumluk Anksiyete (Latent Faz)	Durumluk Anksiyete (Aktif Faz)	Sürekli Anksiyete	ADAÖ
		52,28 ± 5,503	58,42 ± 5,698	42,53 ± 7,579	68 ± 15,373
Latent Faz Müdahale Öncesi VAS	r	0,229	0,221	-0,099	-0,049
	p	0,242	0,259	0,617	0,796
Latent Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,038	-0,012	-0,087	0,130
	p	0,846	0,952	0,659	0,493
Aktif Faz Müdahale Öncesi VAS	r	0,084	0,172	0,164	-0,106
	p	0,669	0,382	0,404	0,576
Aktif Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,183	0,178	0,072	-0,111
	p	0,350	0,364	0,714	0,560
Geçiş Faz Müdahale Öncesi VAS	r	-0,097	-0,088	0,066	0,049
	p	0,625	0,655	0,740	0,797
Geçiş Faz Müdahale Sonrası VAS	r	0,323	0,368	-0,092	0,009
	p	0,094	0,054	0,642	0,963
Doğum Sonu VAS	r	-0,181	-0,263	-0,198	0,105
	p	0,356	0,177	0,314	0,579

Tablo 4.8.2’de kontrol grubundaki gebelerin doğumun bazı evrelerindeki VAS skorları ile durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve ADAÖ puan ortalamaları arasındaki ilişkilerin incelenmesi yer almaktadır. Doğumun bazı evrelerindeki VAS skorları ile latent ve aktif faz durumluk anksiyete puanları, sürekli anksiyete puanı ve ADAÖ puanları arasında ilişki incelendiğinde arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$).

TARTIŞMA

Doğum ağrısı, kadının yaşamı boyunca deneyimlediği en şiddetli ağrı tiplerinden biridir (153). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (American Congress Of Obstetricians And Gynecologists; ACOG) ve Amerikan Anesteziyoloji Derneği (American Society of Anesthesiologists; ASA) doğum ağrısını, olumsuz etkilerinden dolayı tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmekte ve kontrol altına alınmasını önermektedir (91). Doğum ağrısı kontrol altına alınmadığı durumlarda anne ve fetus sağlığına olumsuz olarak etkilenmektedir. Bu nedenle doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biri olmalıdır. Doğum sürecinde kadının rahatlatılması ve doğum ağrısının yönetimi hemşirenin, ebeinin, doktorun ve doğuma yardımcı diğer kişilerin görev ve sorumluluğundadır (13).

Doğum ağrısı, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler ile kontrol altına alınabilmektedir (7,37). Ağrının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımı günümüzde giderek artmaktadır. Literatürde doğum ağrısının kontrolünde; nonfarmakolojik yöntemlerden biyofeedback (86,94) hayal kurma (7,35), transkutan elektriksel sinir stimülasyonu (153,154), akupunktur (155,156) intradermal su enjeksiyonu (157-159), soğuk ve sıcak uygulama (7,35), hidroterapi (40,83), hipnoz (7,98), müzik ve audianaljezi (84,100) gibi yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Bazı çalışmalarda ise, nonfarmakolojik yöntemlerden akupressür ve masajın algılanan ağrıyı (51,57,160,176) ve annenin anksiyetesini azalttığı (57,161,176), müdahaleli doğumu ve sezaryen oranını (54,56) düşürdüğü belirtilmekte ve bu yöntemlerin kullanımı önerilmektedir. Literatürde doğumda ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlerin etkisini karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalarda akupressür ve masajın etkinliğini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu araştırma, hemşirelerin nonfarmakolojik yöntemlerin seçiminde aktif rol almalarında ve tensel yöntemlerin olumlu ve olumsuz yönlerini karşılaştırmalarında literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu çalışmada doğum ağrısını etkilediği düşünülen faktörlerden; yaş, evlilik süresi, eğitim düzeyi, aile tipi, gebelik haftası, gebelikte problem yaşama durumu,

dismenore yaşama durumu ve dismonere ile baş etmede yöntem kullanma durumu açısından gruplar benzer dağılım göstermektedir. Bu durumun çalışmamızın gücünü artıracakı düşünülmektedir (Tablo 4.1.1, Tablo 4.1.2, Tablo 4.2.1).

Doğum ağrısını algılamayı etkileyen faktörlerden biride gebelerin prenatal eğitim alma durumudur (69). Literatürde doğum öncesi dönemde ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınların, katılmayanlara oranla doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşadıkları belirtilmektedir (9). Doğuma hazırlık eğitimi alan annelerin ağrıya karşı dayanma gücü artmakta ve farmakolojik ajanlara gereksinimleri azalmaktadır (162). Çalışmamızda gebelerin önemli bir kısmı doğum öncesi hazırlık eğitimi (%98.3) ya da doğum eylemi ile baş etmeye yönelik herhangi bir eğitim almadığını (%95) belirtmiştir (Tablo 4.1.2). Chung ve arkadaşlarının (2003) yaptıkları çalışmada gebelerin %20.5'i (126), Lee ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada %53.3'ü doğum öncesi hazırlık eğitimi almıştır (52). Öztürk ve Saruhan (2006) tarafından yapılan çalışmada araştırmamıza benzer şekilde gebelerin önemli bir kısmının doğuma yönelik herhangi bir eğitim almadıkları (%93.3) belirlenmiştir (103). Ülkemizde prenatal eğitimler daha çok antenatal polikliniklerde muayene öncesi ve sonrası yapılmakta ve gebelere düzenli bir eğitim programı sunulmamaktadır. Son yıllarda doğuma hazırlık eğitimlerinin anne, fetus ve yenidoğan sağlığına olumlu etkileri göz önüne alınarak prenatal sınıfların sayıları giderek artırılmaktadır. Bu durumun annelerin doğum ağrısını ile baş etmelerine olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Gebelerin doğum sürecine ilişkin korkuları bireyin doğum ağrısını algılamasını etkileyebilmektedir. Çalışmamızda, gebelerin önemli bir kısmı (%76.7) doğum sürecine ilişkin korkusunun olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.2.2, $p>0,05$). Mucuk ve Başer'in (2010) yaptıkları çalışmada gebelerin %85'nin (145), Yanikkerem ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2007) ise vajinal doğum yapan kadınların %64.8'inin (163), Ersanlı'nın yaptığı çalışmada (2009) %85'inin doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (164). Avusturyalı gebelerle yapılan bir çalışmada, gebelerin %48'inin orta dereceli, %26'sının şiddetli doğum korkusu olduğu belirlenmiştir (165). Çalışmamızın aksine Adams ve arkadaşlarının (2012) servikal dilatasyonu 3-4 cm olan 2206 gebe ile yaptıkları araştırmada, gebelerin doğum

korkusu değerlendirmiş ve doğumdan korkan gebelerin oranının %7.5 olduğunu saptamıştır (166) . Benzer şekilde, Heimstad ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada gebelerin %5.5'inin (167), Waldenström ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada (2006) %10'unundan azının doğum korkusu yaşadığı belirtilmiştir (168). Çalışma kapsamına alınan gebelerin sosyal, kültürel farklılıklar, ülkelerde gebelere yönelik verilen sağlık hizmetlerindeki farklılıklar, doğuma hazırlık eğitimlerine katılımlar, doğum sürecini algılamadaki farklılıklar gibi faktörlerin doğum korkusu oranlarını etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin önemli bir kısmı (%71) doğum korkusunun en önemli nedeninin doğumda şiddetli ağrı yaşamak olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.2.2). Bu durumun çalışmamıza katılan gebelerin önemli bir kısmının doğum öncesi hazırlık eğitimi ve doğum eylemi ile baş etmeye yönelik herhangi bir eğitim almamasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Antenatal dönemde gebelerin doğuma ilişkin korkularının ortaya çıkarılmasının ve bu korkular ile baş etmesinin sağlanmasının gebelerin doğum öncesi anksiyete ve gerginliklerini azaltacağı, bu durumun da gebelerin ağrı toleransını artıracığı düşünülmektedir.

Doğum eylemi ilerledikçe doğum ağrısının sıklığı, şiddeti ve süresi artmaktadır (7,69). Doğumun birinci evresinin latent, aktif ve geçiş fazlarında gebelerin algıladıkları ağrı düzeyleri değişmektedir. Bu nedenle çalışmamızda doğumun üç fazında da ayrı uygulama yapılmış ve gebelerin algıladıkları ağrı düzeyleri değerlendirilmiştir. Çalışmamıza katılan gebelerin latent fazda uygulama sonrası; masaj uygulanan grubun VAS skorunun en düşük düzeyde olduğu, masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grubun VAS skorunun da masaj uygulanan grubun VAS skoruna yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1, $p<0,05$). Literatürde SP6 noktasına uygulanan akupressür ile masaj uygulamasının etkinliğini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Farklı nonfarmakolojik yöntemlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, servikal dilatasyon 3-4 cm'iken ele uygulanan buz masajı ile aynı noktaya uygulanan akupressürün doğum ağrısını azaltmada etkisi karşılaştırılmış, masaj uygulanan grubun uygulamadan 30 dakika sonraki VAS skorunun daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (160). Masaj uygulamasının etkinliğini inceleyen bir başka çalışmada, çalışmamıza benzer

şekilde doğumun üç fazında 30 dakikalık masaj uygulanmış ve gebelerde algılanan doğum ağrısı değerlendirilmiştir. Latent fazda masaj uygulanan grubun ağrı skorunun uygulanmayan gruba göre düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirtilmiştir (44). Literatürde yapılan diğer çalışmalarda araştırma sonuçlarımızla paralellik göstermekte olup, masaj uygulamasının latent fazda doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğunu göstermektedir (44,45,51,170,175). Masaj uygulamasının, serotonin ve dopamin düzeyini artırarak, masaj yapılan bölgedeki dokuların oksijenasyonunu artırarak, gebenin gerginliğini azaltıp gevşemesini sağlayarak algılanan ağrıyı azalttığı düşünülmektedir.

Gebelere uygulanan akupressürün doğum ağrısına etkisini inceleyen bazı araştırmalarda, çalışmamıza benzer şekilde doğumun latent fazında akupressür uygulanan grup ile uygulanmayan grubun, VAS skorları değerlendirilmiş gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirtilmiştir (103,145,172). Çalışma sonuçlarımızın aksine akupressür uygulamasının latent fazda algılanan doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (52,57,120,173). Kaskahanian ve Shadab (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, servikal dilatasyon 3-4 cm'iken gebelerin SP6 noktasına 30 dakika boyunca akupressür uygulanmış, akupressür uygulanan grubun VAS skorunun düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (57). Benzer şekilde, Lee ve arkadaşları (2004) ile Hamid ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmalarda, servikal dilatasyon 3 cm iken, SP6 noktasına akupressür uygulanmış ve SP6 noktasına bası uygulanmadan sadece dokunma işlemi yapılan grupla ağrı skorları arasında fark olup olmadığı karşılaştırılmıştır. Uygulamadan hemen sonra, 30 dk sonra, 60 dk sonra VAS ile ağrı değerlendirilmesi yapılmış, tüm ölçümlerde akupresssür uygulanan grubun VAS puanlarının düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir (52,174). Park ve arkadaşları (2003) tarafından, SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum sürecine etkisinin incelendiği bir çalışmada, latent fazda (dilatasyon 3cm) uygulama öncesi ve uygulama sonrası VAS skorları karşılaştırmış ve akupressür uygulanan grubun VAS skorundaki düşüşün istatistiksel olarak önemli olduğunu belirtilmiştir (173). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da servikal dilatasyon 2-3 cm iken SP6 noktasına uygulanan (15 kez) akupressürün latent fazda algılanan doğum ağrısını

azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (123). Çalışma sonuçlarımızı göre doğumun latent fazında masaj uygulamasının doğum ağrısının yönetiminde etkin, akupressür uygulamasının ise etkin olmadığı düşünülmektedir. Çalışma sonucumuzun masaj uygulamasında tensel temasın akupressür uygulamasına göre daha geniş bir yüzeyde olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin aktif fazda uygulama öncesi ifade ettikleri en düşük VAS skorunun akupressür uygulanan gruba ait olduğu ($7,97 \pm 1,402$), masaj uygulanan grup (8.10 ± 0.959) ile masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı grubun VAS skorunun (8.10 ± 1.029) akupressür grubuna yakın olduğu saptanmıştır. Kontrol grubunun VAS skorunun müdahale gruplarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1). Gebelerin aktif fazda uygulama sonrası VAS skorları karşılaştırıldığında, en düşük skorların sırasıyla masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı gruba, masaj grubuna ve akupressür uygulanan gruba ait olduğu, kontrol grubunun VAS skorunun müdahale gruplarından yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1, $p < 0,05$). Çalışma sonuçlarına göre aktif fazda ağrı yönetiminde akupressür ve masaj uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu belirlenmiştir. Literatürde doğumun aktif fazında masaj uygulaması ve SP6 noktasına yapılan akupressürün doğum ağrısının kontrolünde etkinliklerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Hajiami (2012) alışmasında, ele uygulanan buz masajı ile akupressürün etkinliğini karşılaştırmış, buz masajının doğum ağrısının kontrolünde akupressre göre daha etkin olduğunu belirtmiştir (160). Literatürde masaj ve akupressür uygulamalarının aktif fazda doğum ağrısına etkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan bazı çalışmalarda doğumda masaj uygulamasının ağrı yönetiminde etkili olduğu (45,169-171,175,176) ve epidural analjezi kullanımını geciktirdiği belirtilmektedir (175). Çalışmamızın benzer şekilde, Chang ve arkadaşlarının (2006) 60 gebe ile yaptığı çalışmada, masaj uygulanan grup ile uygulanmayan grubun VAS skorları karşılaştırılmış, doğumun aktif fazında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu, aktif fazda masaj uygulanan grupta bulunan gebelerin %3.3 dayanılmaz bir ağrı tanımlarken bu oranın masaj uygulanmayan grupta %23.3 olarak saptandığı ve masajın hem fiziksel hem de mental rahatlatıcı etkisinin olduğu vurgulanmıştır (169). Literatürde akupressürün aktif fazda algılanan doğum ağrısına etkisi incelendiğinde, Chung ve arkadaşları (2003) tarafından yapılan çalışmada

akupressür uygulanan grubun, aktif fazda ki VAS skorunun uygulanmayan gruba göre düşük olduğu belirtilmiş, akupressür uygulamasının doğumun aktif fazında algılanan doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu vurgulanmıştır (126). Benzer şekilde, Hjelmstedt ve arkadaşlarının 141 nullipar gebe ile yaptıkları çalışmalarında, aktif fazda SP6 noktasına akupressür uygulanan grupta VAS skorunun (74.0) uygulanmayan gruba göre düşük olduğu ve aktif fazda uygulanan akupressürün doğum ağrısını azalttığı ($p<0,05$) saptanmıştır (177). Yeşilçicek-Çalık ve Kömürcü tarafından yapılan çalışmada (2010), servikal dilatasyon 5-6 cm iken SP6 noktasına uygulanan (10 kez) akupressürün doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğu belirtilmiştir (123). Sehhatie-Shafaie ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada da (2013) akupressürün doğumun aktif fazında algılanan doğum ağrısını azalttığı belirtilmekte ve doğum sürecinde etkin kullanımı önerilmektedir (178). Literatürde çalışmamızın aksine akupressür uygulamasının doğumun aktif fazında ağrı yönetiminde etkisiz olduğunu gösteren çalışmada bulunmaktadır (145). Çalışmamızda doğumun aktif fazında masaj ve akupressür uygulamalarının ayrı ayrı uygulandığında ve beraber uygulandığında ağrı yönetiminde etkin olduğu belirlenmiştir. Masaj ve akupressür uygulamalarının kapı kontrol mekanizmasını uyarak, endorfinlerin salınımını artırarak ve annenin dikkatini ağrıdan başka yöne çekerek gebelerin algıladıkları ağrıyı azalttığı, gebenin rahatlayıp gevşemesini sağladığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğumun geçiş fazında müdahale öncesi ve sonrası en düşük VAS skoru ortalamasının masaj grubuna ait olduğu belirlenmiş, kontrol grubunun VAS skorunun müdahale gruplarına göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1, $p<0.05$). Geçiş fazında uygulama sonrasında, masaj ve akupressürün uygulamalarının beraber uygulandığı grubun ve masaj grubunun VAS skorunun akupressür grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1; $p<0,05$). Araştırma sonuçlarımıza göre, doğumun geçiş fazında ağrı kontrolünde masaj uygulamasının akupressür uygulamasına göre daha etkili olduğu söylenebilir (Tablo 4.3.1). Literatürde doğumun geçiş fazında masaj uygulaması ile SP6 noktasına uygulanan akupressürün etkinliklerini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan çalışmalarda, doğumun geçiş fazında masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısını azalttığı (44,51,171,176), doğum ağrısı korkusuna bağlı olan sezaryen

oranlarını düşürdüğü (51) ve annelerin doğumda pozitif deneyimler yaşamasını sağladığı (175) saptanmıştır. Chang ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada ise, doğumun geçiş fazında masaj uygulanan grup ile uygulanmayan grubun VAS skorları arasında bir değişim olmadığı belirtilmiştir (169). Doğum ağrısının kontrolünde akupressür uygulamasının etkisini inceleyen bir çalışmada, servikal dilatasyon 9-10 cm iken SP6 noktasına uygulanan (10 kez) akupressürün doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğu belirtilmiştir (123). Chung (2003) ün 127 primipar gebe ile yapılan çalışmasında ise, eylemin geçiş fazında akupressür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında VAS skorları açısından fark olmadığı saptanmıştır (126). Çalışma sonuçlarımıza göre doğumun geçiş fazında masaj ve akupressür uygulamalarının her ikisinin de doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğu fakat tek başına masaj uygulamasının ve masaj ve akupressürün beraber uygulamanın akupressürün tek başına uygulanmasına göre daha etkin olduğu söylenebilir. Bu sonucun, masaj uygulamasına bağlı olduğu, masaj uygulamasında tensel temasın daha fazla olmasına bağlı olarak daha geniş alanda, mekanoreseptörlerin uyarılmasına, akupressür uygulamasına göre daha geniş alanda dolaşımı hızlandırarak dokuların oksijenasyonunu artırılmasına ve toksin maddelerin ağrı bölgesinden uzaklaştırılmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Doğum ağrısının kontrol altına alınmadığı durumlarda gebenin anksiyete ve gerginliği artmaktadır. Anksiyete ve korku düzeyi arttıkça, ağrıya duyarlılık artmakta ve kadının ağrıyı kontrol etmeye yönelik becerilerini zayıflamaktadır (15,35). Gebelerin algıladıkları ağrı düzeyinin düşürülmesi anksiyete ve gerginliğin azaltılmasını sağlayacaktır. Araştırmamızda, çalışma gruplarında sürekli anksiyete puan ortalamaları açısından fark olmadığı, latent faz ve aktif faz durumluk anksiyete puan ortalamasının sırasıyla masaj ve akupressürün beraber uygulandığı grupta, masaj grubunda ve akupressür gruplarında düşük olduğu, kontrol grubunun anksiyete puan ortalamasının müdahale gruplarına göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.1, $p<0.05$). Latent fazda durumluk anksiyete puan ortalaması açısından masaj ve akupressür grupları arasında fark bulunmazken (Tablo 4.4.1 $p>0.05$), aktif faz durumluk anksiyete puan ortalamasının masaj uygulanan grupta akupressür uygulanan gruba göre düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.1, $p>0.05$). Literatürde masaj ve SP6 noktasına akupressür uygulamalarının gebelerin anksiyete düzeylerine

etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Kaviani ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları çalışmada LI4 noktasına uygulanan akupressür ile aynı noktaya uygulanan buz masajının nullipar gebelerin anksiyete düzeyine etkisi karşılaştırılmış, iki yönteminde gebelerin anksiyete seviyelerini düşürdüğü fakat buz masajının daha etkili olduğu belirtilmiştir (179). Yapılan çalışmalarda, masaj uygulamasının doğum sürecinde gebelerin anksiyete düzeyini azaltmada etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (171,180). Bunun yanı sıra Chang ve arkadaşları (2002) ve Pilevarzadeh ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada masaj uygulamasının gebelerin anksiyete düzeyini düşürmede sadece latent fazda etkili olduğu aktif ve geçiş fazlarında kontrol grubu ile masaj grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (176). Literatürde SP6 noktasına uygulanan akupressürün gebelerin anksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğunu belirten çalışmalarda yer almaktadır (52,161). Çalışma sonuçlarımıza göre doğumun latent fazında masaj ve akupressür uygulamasının gebelerin anksiyete puan ortalamalarını düşürmede etkili olduğu, doğumun aktif fazında masaj uygulamasının akupressür uygulamasına göre daha etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun masaj uygulamasında tensel temasın daha fazla olmasına bağlı olarak, serotonin ve dopamin düzeyinin daha fazla artmasına ve norepinefrin ve kortizol seviyesini daha fazla düşmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun aktif fazı ve geçiş fazı ile dilatasyon süresine etkisi olmadığı ($p>0.05$), masaj ve akupressür uygulanan gruplarda müdahale süresinin (servikal dilatasyon 3-4 cm'den 8 cm olana kadar geçen süre) kontrol grubuna göre daha kısa olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.1; $p<0.05$). Jannsen ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada (2013) masaj uygulanan ve uygulanmayan gruplarda doğumun birinci ve ikinci evrelerinin süresi arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir (175). Yapılan başka bir çalışmada ise masaj uygulamasının doğum sürelerini kısaltmada etkisinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (44). Akupressürün doğum süresine etkisinin değerlendirildiği bazı çalışmalarda SP6 noktasına akupressür uygulamasının doğumun aktif faz süresine (112) doğumun birinci evre süresine ve ikinci evre süresine (115,173) etkisinin olmadığı belirtilmektedir. Çalışmamızın aksine bazı çalışmalarda doğum sürecinde uygulanan akupressürün doğumun aktif faz süresini (57), dilatasyon

süresini (52) ve doğum süresini (181) kısaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Çalışma sonuçlarımıza göre, masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun bazı evrelerindeki süreleri kısaltmada etkisinin yeterli olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun araştırmanın uygulandığı hastanede hekimlerin aktif doğum yönetimin tercih edilmesine ve doğumu hızlı ilerlemeyen gebelerin spontan izlenmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmamızda kontrol grubuna alınan gebeler spontan olarak doğumu hızlı ilerleyen gebeler olup, doğumu yavaş ilerleyen gebelere doğumu hızlandırmak için bazı ilaçlar (meperidin v.b) uygulanmıştır. Bu gebeler çalışmada kapsam dışı bırakılmıştır.

Çalışmamızda, masaj ve akupressür uygulamasının oksitosin kullanım süresine etkisi incelendiğinde; en kısa oksitosin kullanım süresinin (177.5 ± 138.699) masaj grubuna ait olduğu, en uzun sürenin ($428 \pm 300,991$) ise kontrol gruba ait olduğu ancak aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı belirlenmiştir tespit edilmiştir (Tablo 4.5.2, $p > 0.05$). Chang (2006) nın çalışmasında da masaj uygulanan grupta oksitosin kullanımını uygulanmayan gruba göre düşük olduğu fakat aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirtilmiştir (169). Yapılan bazı çalışmalarda da çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde doğumda gebelere uygulanan akupressürün oksitosin kullanım düzeyine etkisinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirtilmektedir (177). Bunun yanı sıra, literatürde düzenli masajın (182) ve akupresürün (57) oksitosin salınımını arttırdığını belirten çalışmalarda bulunmaktadır. Çalışmamızda masaj ve akupressür uygulamalarının doğumda oksitosin kullanma oranlarını etkilememesinin nedeni, ülkemizde oksitosin kullanımı ile ilgili standartların olmamasına ve hekimlerin doğumda indüksiyon kullanımını yaygın ve rutin bir uygulama olarak tercih etmesine bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Masaj ve akupressür uygulamalarının gebelerin oksijen tedavisi alma durumlarına etkisi incelendiğinde, kontrol grubunda yaklaşık üç hastadan birine oksijen tedavisi uygulandığı (%30), bu oranın masaj grubunda (%3.3) ve her iki uygulamanın yapıldığı grupta (%6.7) oldukça düşük olduğu, akupressür grubunda ise hiçbir gebenin oksijen tedavisi almadığı belirlenmiştir.. Araştırma sonuçlarımıza göre, kontrol grubu olan 4. gruptaki gebelerin, oksijen tedavisi alma oranının

müdahale gruplarında bulunan gebelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.2). Bu sonucun, masaj ve akupressür uygulamalarının gebelerin kas gerginliğini azaltarak, gevşemesini sağlayarak, norepinefrin ve kortizol seviyesini düşürerek annenin ve fetüsün oksijen ihtiyacını azaltmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, masaj ve akupressür uygulamalarının yenidoğanın APGAR skorlarına etkisinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.3, $p>0.05$). Çalışmamıza benzer şekilde yapılan bazı çalışmalarda akupressür uygulanan grupla, uygulanmayan gruplar arasında yenidoğanın APGAR skoru açısından istatistiksel olarak önemli bir farklılık olmadığı ortaya konmuştur (57,170,174,177). Bu sonucun masaj ve akupressür uygulamalarının fetüsün oksijen ihtiyacını artırmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Çalışma sonucumuza göre masaj ve akupressürün yenidoğanın iyilik halini olumsuz olarak etkilemediği bu nedenle yenidoğan sağlığı açısından güvenli bir şekilde kullanılabileceği ifade edilebilir.

Masaj ve akupressür uygulamalarının gebelerin memnuniyet düzeyine etkisi incelendiğinde, gebelerin neredeyse tamamının uygulanan yöntemlerden memnun kaldığı, bir sonraki doğumda da kullanmak istediği ve doğum yapacak diğer gebelere tavsiye etmeyi düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4.6.1). Müdahale yapılan tüm gruplardaki gebelerin yöntemden memnun kalmalarının en önemli nedeninin ağrılarının azalması olarak belirttiği tespit edilmiştir. Literatürde masaj ve akupressür uygulamalarının gebelerin memnuniyet düzeyine etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak masaj ve akupressür uygulamalarının annenin memnuniyet düzeylerine etkisini ayrı ayrı inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Chang ve arkadaşları tarafından (2002) yapılan bir çalışmada masaj uygulanan gebelerin doğum deneyiminin pozitif olduğu, kadınların ve eşlerinin önemli bir kısmının doğumdan memnuniyet düzeylerinin çok yüksek olduğunu belirtilmiştir (44). Yapılan bazı çalışmalarda ise gebelerin çoğunluğunun masaj uygulamasının doğumda ağrılarını azalttığını (176), psikolojik destek sağladığını (45,176) ve doğumda fayda sağladığını ifade ettikleri (176) belirlenmiştir. Moradi ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada doğumun aktif fazında gebelerin GB-21 and SP6 noktalarına akupressür uygulanmış ve akupressür uygulanan gruplarda kontrol

grubuna göre pozitif doğum deneyiminin ve memnuniyetin yüksek olduğu belirtilmiştir (183). Çalışmamızın aksine yapılan bir çalışmada ise SP6 noktasına akupressür uygulamasının annelerin doğum deneyimine etkisinin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirtilmiştir (177). Çalışma elde edilen bulgulara göre masaj ve akupressürün doğumda memnuniyet oranlarını artırdığı ve annenin olumlu deneyimler yaşamasını sağladığı saptanmıştır (Tablo 4.6.1 ve Tablo 4.6.2). Bu sonucun masaj ve akupressür uygulanan gebelerde ağrı ve anksiyete düzeyinin düşük olmasına, hemşire tarafından birebir bakım hizmeti sunulmasına, hemşire tarafından sunulan primer bakım hizmetinin gebeyi özel ve değerli hissettirmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Masaj ve akupressür uygulamalarının, annelerin olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlayarak, kadının çevresindeki gebelere normal doğum konusunda vereceği geri bildirimlerini ve bir sonraki gebeliğinde normal doğum yapma konusunda kararını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kontrol grubundaki annelerin ADAÖ puan ortalamasının müdahale gruplarına göre düşük olduğu (Tablo 4.6.2; $p<0.05$), masaj ve akupressür birlikte uygulandığı grupta yer alan annelerin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı, doğum algısı açısından masaj ve akupressür uygulamalarının her ikisinin de etkili olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.6.2). Bu sonucun, masaj ve akupressür uygulamalarında gebelerin gerginliklerinin azalmasına, gevşemelerine rahatlamalarına, anksiyete ve ağrılarının azalmasına ve travay süresince hemşire tarafından verilen desteğe bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda kullanılan malzemelerin toplam ücretleri açısından gruplar karşılaştırıldığında en düşük ücretin masaj uygulanan gruba ait olduğu ($11.48+7.023$), en yüksek ücretin ise masaj ve akupressür'ün birlikte uygulandığı gruba ait olduğu tespit edilmiştir. 1. grupta (M) kullanılan toplam malzeme ücretlerinin 2.(A), 3.(A+M) ve 4.(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.1; $p<0,05$). Araştırma sonuçlarımıza göre masaj uygulamasının doğumda maliyeti azalttığı, akupressür uygulamasının ise maliyeti etkilemediği tespit edilmiştir. Akupressür uygulanan gruplarda, tıbbi malzeme kullanım ücretleri kontrol grubuna göre düşük iken, akupressür bandı kullanımına bağlı olarak ilaç dışı malzeme

kullanım ücretleri yüksektir. Bu durum akupresür uygulanan gruplarda maliyetin artmasına neden olmaktadır. Kontrol grubunda maliyetin artmasının ise oksijen kullanımının kontrol grubunda diğer gruplara göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Oksijen tedavisi alan gebenin ve fetüsün iyilik halini desteklemek için ekstra intravenöz sıvı tedavisi uygulanmaktadır. Oksijen kullanımının artmasına paralel olarak oksijen seti, İV mayi, mayi seti vb. malzemelerin kullanımı artmakta, gebe yataktan kaldırılmadığı için mesane eliminasyonu yatakta yapılmaktadır. Bu durum mesane kateterizasyonu ile ilgili malzeme kullanımının kontrol grubunda bulunan gebelerde artışına neden olmaktadır. İstatistiksel olarak önemli olmamakla birlikte doğumdaki bazı sürelerin ve oksitosin kullanımının kontrol grubunda yüksek olmasının maliyeti etkileyen faktörler arasında yer aldığı düşünülmektedir. Literatürde masaj ve akupressür uygulamalarının maliyete etkisini karşılaştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda masaj uygulamasının doğum maliyetini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (44,176).

Araştırma sonuçlarımıza göre, doğumda masaj uygulaması ile doğum maliyetinin kontrol grubuna göre 8.02 TL azaltıldığı tespit edilmiştir. Uygulama yapılan hastanenin 2012 yılında normal doğum sayısı 7833 olduğu göz önüne alınırsa, doğumda masaj kullanımının hastanenin maliyetini 62820,66 TL azaltacağı düşünülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre tüm ülke genelinde 2012 yılında toplam canlı doğum sayısının 1.279.864 olduğu belirtilmektedir (184). Bu durum göz önüne alınır ise doğumda masaj kullanımı ile ülke genelindeki sağlık harcamalarının 10.264.509,28 TL azaltılabileceği öngörülmektedir.

Çalışma sonuçlarımıza göre, eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarında müdahale sonrasında gebelerin algıladıkları ağrı düzeyi azaldıkça anksiyete düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda müdahale gruplarında doğumun latent fazında gebelerin ağrı düzeyi azaldıkça doğumu daha olumlu algıladıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.8.1; $p<0.01$). Literatürde, araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde gebelerin ağrı düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında kuvvetli bir ilişki olduğunu, ağrı düzeyi artıkça gebelerin endişe düzeylerinin de arttığı gösteren çalışmalar yer almaktadır. (185-187). Yapılan bazı çalışmalarda da

gebelerin ağrı düzeyini azaltmaya yönelik nonfarmakolojik bazı yöntemlerin kullanımlarının gebelerin olumlu doğum deneyimi yaşamasını sağladığı ve doğumdan memnuniyet düzeylerinin arttırdığı belirtilmiştir (44,176,184). Çalışmamızda kontrol grubunda gebelerin algıladıkları ağrı düzeyi ile anksiyete ve ADAÖ puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişkiye ise rastlanmamıştır (Tablo 4.8.2; $p>0.05$). Bu durumun müdahale grubundaki gebelerin doğum ağrısının azaltılması ile gevşeyip rahatlamasına, korkusunun azalmasına, kendini güvende hissetmesine ve anksiyete ile başetme güçlerinin artmasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada, gebelere sunulan masaj ve akupressür uygulamaları ile (masaj uygulaması daha etkin) algılanan doğum ağrısının ve gebelerin anksiyete düzeyinin azaltılabileceği, gebe ve fetüsün oksijen ihtiyacını azaltılabileceği, doğumda olumlu bir algı oluşmasının sağlanabileceği ve memnuniyetin artırılabilceği belirlenmiştir. Ayrıca masaj uygulamasının hem tıbbi hem de ilaç dışı malzemeler olmak üzere toplam doğum maliyeti, akupressür uygulamasının ise sadece tıbbi malzeme maliyetini azaltacağı düşünülmektedir. Uygulanan nonfarmakolojik yaklaşımların yararları göz önüne alındığında doğum ağrısının kontrolünde bu iki uygulamanın ebe ve hemşireler tarafından güvenle kullanılabileceği düşünülmektedir. Nonfarmakolojik yöntemlerin hemşire/ebeler tarafından kullanılmasının hemşire/ebelerin bağımsız rollerini kullanmalarını sağlayacağı, gebe ile iletişimlerini artıracığı ve doğumda gebelere sunulan bakım hizmetlerinin kalitesini yükselteceği, hemşirelik hizmetlerine yönelik memnuniyeti artıracığı ön görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

6.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik, Evlilik ve Gebelik Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 23,4 ve evlilik süresi ortalaması 20.8 aydır. Gebelerin % 42.5'i lise mezunu olup, %68,3'ü ilde yaşamakta olup %89,2'si herhangi bir işte çalışmamaktadır. Araştırmaya katılan gebelerin %96.7'si sosyal güvencesinin olduğunu ifade etmiştir (Tablo 4.1.1).
2. Araştırma sonuçlarımıza göre, gebelerin %79.2'sinin gestasyonel gebelik haftasının 40 hafta ve altında olduğu ve %96.7'sinin isteyerek gebe kaldığı ve %79.2'sinin gebeliğinde herhangi bir problem yaşamadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Araştırma kapsamına alınan gebelerin %99.2'si gebeliğine ilişkin muayene-takip yaptırmış olup, tamamına yakını doğum öncesi hazırlık eğitimine katılmadığını (%98.3) ve doğum eylemi ile baş etme (%95) konularında herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir.

6.1.2. Gebelerin Dismenore, Genel Ağrı ve Doğum Ağrısına Ait Bazı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

1. Gebelerin %44.2'si genel olarak ağrı ile başetmede hem farmakolojik hem de nonfarmakolojik yöntemleri birlikte kullandıklarını ifade etmiş olup, %83.3'ü ağrı ile baş etmede kullanılan yöntemler ile ilgili herhangi bir eğitim almadığı belirtmiştir (4.2.1).
2. Araştırma kapsamına aldığımız gebelerin %48.4'ü dismenore deneyimi yaşamaktadır. Dismenoresinin olduğunu ifade eden gebelerin %85.5'i ağrı ile baş etmede bir yöntem kullandığını ifade etmiş olup, yöntem kullandığını ifade eden gebelerin %41.4'ü farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri birlikte kullandığını, %34.3'ü sadece farmakolojik yöntemleri, %24.3'ü ise sadece nonfarmakolojik yöntemleri kullandığını belirtmiştir (Tablo 4.2.1).

6.1.3. Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Algılanan Ağrı Düzeyine Etkisine İlişkin Sonuçlar

1. Gebelerin hiçbir müdahale yapılmadan önceki (latent fazda uygulama öncesi) VAS skorlarının masaj uygulanan grupta en yüksek (6.36 ± 1.098), kontrol grubunda ise en düşük (5.80 ± 1.401) olduğu tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p>0,05$).
2. Gebelerin latent fazda müdahale sonrası ifade ettikleri en düşük VAS skorunun masaj uygulanan gruba ait olduğu (4.56 ± 1.356), en yüksek VAS skorunun ise kontrol grubuna ait olduğu (6.16 ± 1.464) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$). 1. (M) ve 3. (M+A) gruptaki gebelerin VAS skorlarının 2. (A) ve 4. (K) gruptaki gebelerin VAS skorlarından daha düşük olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).
3. Doğumun aktif fazında, müdahale yapılmadan önce en düşük VAS skoru ortalamalarının akupressür uygulanan 2. gruba ait olduğu (7.97 ± 1.402), en yüksek VAS skorunun ise kontrol grubuna ait olduğu (9.20 ± 0.886) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$). Doğumun aktif fazında 1. (M), 2.(A) ve 3. (M+A) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarının 4. (K) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarından düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).
4. Doğumun aktif fazında, yapılan müdahale sonrasında en düşük VAS skoru ortalamasını her iki müdahalenin yapıldığı (masaj ve akupressür) 3. gruba ait olduğu (6.93 ± 1.230), en yüksek skorun ise kontrol grubuna ait olduğu (9.40 ± 0.770) belirlenmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$). Aktif fazda müdahale sonrası VAS skoru ortalamasının 1. (M), 2. (A) ve 3.(MA) gruptaki gebelerde 4.

gruptaki (K) gebelere göre daha düşük olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).

5. Doğumun geçiş fazında gebelerin müdahale öncesindeki VAS skoru ortalamasının en düşük masaj yapılan gruba ait olduğu (9.13 ± 0.628), en yüksek VAS skorunun ise kontrol grubuna ait olduğu (9.96 ± 0.250) belirlenmiş olup, 1.(M), 2. (A) ve 3. (MA) gruptaki gebelerin VAS skoru ortalamalarının 4. Gruptaki (K) gebelerin VAS skoru ortalamalarından düşük olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).
6. Doğumun geçiş fazında müdahale sonrasında ki en düşük VAS puanlarının masaj uygulanan grupta (8.18 ± 1.021), en yüksek skorun ise hiçbir uygulama yapılmayan grupta olduğu (9.93 ± 0.253) tespit edilmiştir. Doğumun geçiş fazında müdahale sonrası 1.(M), 2.(A) ve 3.(M+A) gruptaki gebelerin VAS skorları 4. gruptaki gebelerin VAS skorlarından düşük olup, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). 1. (M) grubun VAS skoru ortalamasının 2. (A) ve 3. gruba (MA) göre düşük olup ve aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).
7. Doğum sonrası (doğumun 4. evresinde) VAS skoru ortalamalarının en düşük masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı gruba ait olduğu (2.30 ± 0.702), en yüksek skorun ise hiçbir uygulama yapılmayan gruba ait olduğu (2.96 ± 0.715) tespit edilmiştir (Tablo 4.3.1, $p<0.05$). Doğum sonrası VAS skoru ortalamasının 3. (M+A) grupta 1.(M), 2.(A) ve 4.(K) gruba göre düşük olduğu saptanmış ve aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p<0.05$).

6.1.4 Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Anksiyete Düzeyine Etkisine Yönelik Sonuçlar

1. Gebelerin sürekli anksiyete puanlarının en düşük her iki uygulamanın (masaj ve akupressür) yapıldığı 3. gruba ait olduğu (40.33 ± 8.640), en yüksek puanın ise akupressür uygulanan 2. gruba ait olduğu (43.41 ± 8.09) saptanmıştır. Gebelerin sürekli anksiyete puanları açısından gruplar

arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.4.1; $p>0.05$).

2. Doğumun latent fazında müdahale sonrası en düşük durumluk anksiyete puan ortalamasının masaj ve akupressürün birlikte uygulandığı gruba ait olduğu (41.80 ± 7.087), en yüksek puan ortalamasının ise kontrol grubuna ait olduğu (55.64 ± 6.832) tespit edilmiştir. Doğumun latent fazında müdahale sonrasında gebelerin durumluk anksiyete puanlarının 4 grupta (K) yer alan gebelerde 1.(M) , 2. (A) ve 3. grupta (M+A) bulunan gebelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.4.1; $p<0.05$).
3. Doğumun aktif fazında uygulama sonrası durumluk anksiyete puanlarının en düşük 3. gruba (M+A) ait olduğu (44.60 ± 5.623) , en yüksek ise 4. gruba (K) ait olduğu (62.07 ± 7.028) saptanmıştır. Doğumun aktif fazında müdahale sonrasında gebelerin durumluk anksiyete puanının 4 grupta (K) yer alan gebelerde 1.(M) , 2. (A) ve 3. grupta (M+A) bulunan gebelerin puanlarından yüksek olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.4.1; $p<0.05$).

6.1.5 Gebelere Uygulanan Masaj ve Akupressür Uygulamalarının Doğum ve Yenidoğanın Bazı Özelliklerine Etkisine İlişkin Sonuçlar

1. Doğumun aktif faz süresinin 1. (M) ve 2. (A) gruplarda kısa (60 dk) olduğu, 3. (MA) ve 4. (K) gruplarda ise uzun (90 dk) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.1; $p>0,05$).
2. Doğumun geçiş fazı süresinin en kısa (30 dakika) 3. (M+A) grupta en uzun (52,5 dakika) ise 4. (K) grupta olmasına rağmen gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.1; $p>0.05$).
3. Araştırmamızda uygulama yapılan sürenin (servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden servikal dilatasyonun 8cm olduğu evreye kadar geçen süre) 1. (M) ve 2.(A) gruplarda en kısa olduğu (210 dk.) , en uzun (300 dk.) ise 4. (K)

grupta olduğu saptanmış ve gruplar aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.5.1; $p<0.05$).

4. Dilatasyon süresinin (Servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden dilatasyonun 10 cm olduğu evreye kadar geçen süre) masaj grubunda en kısa olduğu (245 dk) , en uzun (350 dk) ise hiçbir müdahalenin yapılmadığı gruba ait olduğu belirlenmiş olup aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.5.1; $p>0.05$).
5. Doğum süresinin (servikal dilatasyonun 3-4 cm olduğu evreden doğuma kadar geçen süre) en kısa (252,5 dk) masaj grubuna, en uzun ise (355 dk) hiçbir müdahalenin yapılmadığı gruba ait olduğu saptanmış, aralarındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.5.1; $p>0.05$).
6. Kontrol grubundaki gebelerin %46.7'si, akupressür grubunda %36.7'si, her iki uygulamanın yapıldığı grupta %26.7'si, sırt masajı grubunda %20'si oksitosin tedavisi almış olup, aralarındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5.2; $p>0.05$). Oksitosin uygulama süresinin en kısa masaj grubuna (177.5 ± 138.699), en uzun (428 ± 300.991) ise kontrol grubuna ait olduğu tespit edilmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.5.2; $p>0.05$).
7. Kontrol grubunda gebelerin %30'u, sırt masajı grubunda %3.3, her iki uygulamanın yapıldığı grupta ise %6.7'si oksijen tedavisi almıştır. Akupressür grubunda bulunan hiçbir gebeye oksijen tedavisi uygulanmamıştır. Araştırmamızın kontrol grubu olan 4. gruptaki gebelerin, oksijen tedavisi alma oranının diğer gruplarda bulunan gebelere göre yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.5.2; $p<0.05$).
8. Yenidoğanların 1. ve 5. dakika APGAR skorlarının en düşük (sırasıyla; 6.97 ± 0.18 ; 8.97 ± 0.18) hiçbir uygulamanın yapılmadığı kontrol grubunda olduğu, en yüksek puanın (sırasıyla; 7.03 ± 0.186 ; 9.03 ± 0.186) ise masaj grubunda olduğu belirlenmiş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Tablo 4.5.3; $p>0.05$).

6.1.6. Gebelerin Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemlere İlişkin Görüşlerine ve Doğum Algılarına İlişkin Sonuçlar

1. Müdahale gruplarının hepsinde, annelerin neredeyse tamamının uygulanan yöntemlerden memnun kaldığı, bir sonraki doğumda da kullanmak istediği ve doğum yapacak diğer gebelere tavsiye etmeyi düşündüğü saptanmıştır (Tablo 4.6.1).
2. Masaj grubunda bulunan gebelerin %89.3'ü ağrılarının azaldığını, %53.6'sı kendini iyi hissedip, rahatladığını, %14.3'ü doğumunun hızlandığı için yöntemden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir.
3. Akupressür grubunda bulunan gebelerin %82.5'i ağrılarının azaldığını, %25'i sancılarının sıklaştığını ve doğumunun hızlandığını, 17.9'u ise kendini iyi hissedip, rahatladığı için yöntemden memnun kaldıklarını belirtmişlerdir.
4. Her iki müdahalenin (masaj ve akupressür) yapıldığı grupta gebelerin %96.7'si ağrılarının azaldığını, %46.7'si kendini iyi hissedip, rahatladığını, %13.3 ise doğumunun kolaylaştığını ve kendini güvende hissettiği için yöntemden memnun kaldıklarını bildirmişlerdir.
5. ADAÖ toplam puanı ortalamasının en yüksek 3. grupta (M+A) yer alan gebelere (91.90 ± 10.49), en düşük ise 4. grupta (K) yer alan gebelere ait olduğu (68.00 ± 15.37) tespit edilmiştir. Annelerin ADAÖ puanlarının ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2; $p < 0.05$). 4. Grubun (K) ADAÖ puan ortalamasının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.6.2; $p < 0.05$).
6. ADAÖ Ölçeğinin alt puanlarının gruplara göre dağılımı incelendiğinde doğum anındaki deneyimler alt ölçek puanlarının en yüksek 3. gruba (M+A) (24.66 ± 3.97), en düşük ise 4. gruba (K) ait olduğu (17.56 ± 10.10) tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur

(Tablo 4.6.2; $p<0.05$). 1. (M) ve 3. (M+A) gruptaki gebelerin doğum anındaki deneyim alt ölçek puanlarının 2. (A) ve 4. (K) gruptaki gebelerin puanlarından daha yüksek olduğu ve doğum anını daha olumlu değerlendirdikleri saptanmış, gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.3, $p<0.05$).

7. Annelerin doğum ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puanlarının en yüksek 3. grupta (M+A) yer aldığı (26.06 ± 3.97), en düşük ise 4. grupta (K) yer aldığı (17.03 ± 3.54) tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$). 1. (M) grupta bulunan annelerin doğum ağrı dönemindeki deneyimler alt ölçek puan ortalamalarının 2.(A) ve 4. (K) grupta bulunan annelerin puanlarına göre, 2. grupta (A) bulunan annelerin puan ortalamalarının 4. grupta (K) bulunan annelerin puan ortalamalarına göre, 3. grupta (M+A) bulunan annelerin puan ortalamalarının ise 2. (A) ve 4. grupta (M+A) bulunan annelerin puan ortalamalarına göre daha yüksek olduğu tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$).
8. Annelerin doğum sonu alt ölçek puanlarının en yüksek 3. grupta (M+A) yer alan annelere (18.00 ± 0.98), en düşük puanların ise 4. grupta (K) yer alan annelere ait olduğu (15.60 ± 1.52) tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$). 1.(M), 2.(A), 3.(M+A) grupta bulunan annelerin doğum sonu dönemindeki deneyimler alt ölçek puan ortalamalarının 4. grupta (K) bulunan annelerin puanlarına göre daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 4.6.3, $p<0.05$).
9. Annelerin eş katılımı alt ölçek puanlarının en yüksek 3. grupta (M+A) yer alan annelere ait olduğu (11.96 ± 2.32), en düşük puanların ise 4. grupta (K) yer alan annelere ait olduğu (9.96 ± 2.68) tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$). 1. (M), 3.(M+A) grupta bulunan annelerin eş katılımı alt ölçek puan ortalamalarının 2.(A) ve 4. grupta (K) bulunan annelerin puanlarına göre daha yüksek olduğu

tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.3, $p<0.05$).

10. Annelerin farkındalık alt ölçek puanlarının en yüksek 1. grupta (M+A) yer alan annelere ait olduğu (11.46 ± 2.20), en düşük ise 4. grupta (K) yer alan annelere ait olduğu (7.83 ± 2.16) tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$). 1.(M), 2.(A), 3.(M+A) grupta bulunan annelerin farkındalık alt ölçek puan ortalamalarının 4. grupta (K) bulunan gebelerin puanlarına göre daha yüksek olduğu ve doğum anında yaşananların daha çok farkında oldukları tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (Tablo 4.6.2, $p<0.05$).

6.1.7. Gebelere Uygulanan Masaj ve Aküpressür Uygulamalarının Maliyete Etkisine İlişkin Sonuçlar

1. Doğumun birinci evresinde kullanılan tıbbi malzemelerin ücretlerinin en düşük 1. gruba (M) ait olduğu (6.435 ± 1.704) , en yüksek ise 4. gruba (K) ait olduğu (12.18 ± 5.674) tespit edilmiştir. 1.(M), 2.(A), 3.(M+A) gruplarda doğumun birinci evresinde kullanılan tıbbi malzemelerin ücretlerinin 4. gruba (K) göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7.1, $p<0.05$).
2. Doğumun 1. evresinde kullanılan ilaç dışı malzemelerin (sarf malzemeler, tıbbi cihaz kullanımı v.b) ücretlerinin ortalamaları açısından en düşük tutarın 1. gruba (M) ait olduğu (5.050 ± 6.502) , en yüksek tutarın ise 3. gruba (M+A) ait olduğu (12.47 ± 4.327) tespit edilmiştir. Birinci grupta (M) kullanılan ilaç dışı malzeme ücretlerinin 2.(A), 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.1, $p<0.05$). 4. grupta kullanılan ilaç dışı malzeme ücretlerinin ise 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.7.1, $p<0.05$).

3. Kullanılan malzemelerin toplam ücretlerinin en düşük 1. gruba (M) ait olduğu (11.48+7.023), en yüksek ise 3. gruba ait olduğu tespit edilmiştir. 1. grupta (M) kullanılan malzeme ücretlerinin 2.(A), 3.(A+M) ve 4(K) gruba göre daha düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.2, $p<0.05$). 2. Grup (A), 3.grup (M+A) ve 4. grubun (K) toplam ücretleri karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7.1; $p>0.05$).

6.1.8. Gebelerin Doğumun Bazı Evrelerindeki VAS Skorları İle Anksiyete ve ADAÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkileri İnceleyen Sonuçlar

1. Araştırma sonuçlarımıza göre müdahale gruplarındaki gebelerin latent faz müdahale öncesi VAS skoru artıkça buna paralel olarak sürekli anksiyete puanının arttığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.1; $p<0.05$).
2. Müdahale gruplarındaki gebelerin latent faz müdahale sonrası VAS skoru arttıkça, latent ve aktif faz durumluk anksiyete puanlarının arttığı, ADAÖ puanının azaldığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.1; $p<0.05$).
3. Müdahale gruplarındaki gebelerin aktif faz müdahale sonrası VAS skorları artıkça, aktif faz durumluk anksiyete puanlarının arttığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.1; $p<0.05$).
4. Müdahale gruplarındaki gebelerin geçiş faz müdahale sonrası VAS skorları artıkça aktif faz durumluk anksiyete puanlarının arttığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.1; $p<0.05$).
5. Müdahale gruplarındaki gebelerin doğum sonu VAS skoru ile aktif faz durumluk anksiyete puanları ve ADAÖ puanı arasındaki ilişkilerin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.1; $p>0.05$).
6. Kontrol grubundaki gebelerin doğumun bazı evrelerindeki VAS skorları ile durumluk anksiyete, sürekli anksiyete ve ADAÖ puan ortalamaları arasındaki

ilişkilerin istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.8.2; $p>0.05$).

6.2. ÖNERİLER

Araştırmamızda masaj uygulamasının doğumun tüm fazlarında gebelerin algıladıkları doğum ağrısını azalttığı, anksiyete seviyesini düşürdüğü, doğumda memnuniyeti artırdığı, doğum algısını olumlu yönde etkilediği ve doğumda toplam maliyeti azalttığı saptanmıştır. Masaj ve akupressür beraber uygulandığında, doğumun tüm fazlarında gebelerin algıladıkları doğum ağrısını azalttığı, anksiyete seviyesini düşürdüğü, doğumda memnuniyeti artırdığı, doğum algısını olumlu yönde etkilediği tıbbi malzeme kullanım maliyetini düşürdüğü, fakat toplam maliyeti etkilemediği belirlenmiştir. Akupressür uygulamasının ise aktif ve geçiş fazlarında doğum ağrısını azalttığı, gebelerin anksiyete seviyesini düşürdüğü doğumda memnuniyeti artırdığı, doğum algısını olumlu yönde etkilediği tıbbi malzeme kullanım maliyetini düşürdüğü fakat toplam maliyeti maliyet açısından herhangi bir etkisinin bulunmadığı saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulguların değerlendirilmesinden sonra aşağıdaki öneriler getirilmiştir.

- Masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetiminde güvenilir bir şekilde kullanılması, travayda gebelere sunulan bakımda bu yöntemlerin uygulanmasına yer verilmesi,
- Masaj ve akupressür uygulamaları konusunda doğumu destekleyen sağlık personellerinin özellikle nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanmasında kilit öneme sahip olan ebe ve hemşirelerin eğitilmesi,
- Masaj ve akupressür uygulamaları konusunda eğitimli personellere bu yöntemlerin uygulanması konusunda yetki ve sorumluluk verilmesi,
- Masaj ve akupressür uygulamalarının antenatal dönemde gebe ve ailesine öğretilmesi ve doğumda kullanımı konusunda uygun ortam sağlanması,
- Masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun 2. ve 3. evresinde doğum ağrısına, doğum süresine ve maliyete etkilerinin araştırılması,
- Masaj ve akupressür uygulamalarının doğum maliyetine etkisi konusunda maliyet analizi yapılması

- Masaj ve akupressür uygulamalarının maliyete etkisinin örneklem sayısı fazla olan gruplar üzerinde ayrıntılı olarak çalışılması,
- Doğum ağrısının kontrolüne yönelik olarak kullanılan farklı akupunktur noktalarına yapılan akupressürün uygulamalarının ve diğer nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerine yönelik çalışmaların planlanması önerilir

KAYNAKLAR

1. Özatamer, O., Alkış, N., Batislam, Y. ve Küçük, Y.D. (2002). *Anesteziye Güncel Konular*. Ankara:Nobel Tıp Kitapevi.
2. Fridh, G.,Kopare, T.,Johansson F.G. ve Norvell K.T. (1988). Factors associated with more intense labor pain, *Research in Nursing & Health*,11(2),117-124.
3. Niven, C. ve Gijsbers, K. (1984). Obstetric and non-obstetric factors related to labour pain. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2(2),61-78.
4. Lang, A.J.,Sorrell J.T., Rodgers C.S. ve Lebeck M.M.(2006) Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*,10,263-270.
5. Taşkın, T. (2011). Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. L.Taşkın (Ed.). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (s.307-333). Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık.
6. Karaman, S. (2003). Obstetrik Analjezi, V. Fırat (Ed.). *Obstetrik Acillere Yaklaşım ve Obstetrik Anestezi-Analjezi* (s.23-45), İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu.
7. Lowdermilk P.,Wilson H.W. (2006). *Maternal Child Nursing Care*.(3th.ed.). U.S.A: Elsevier Limited.
8. Eisenach J.C.(2004). The Pain of Childbirth and Its effect on The Mother and The Fetus. Chestnut D.H.(Ed.). *Obstetric Anesthesia*.(s.288-299). U.S.A.:Elsevier Limited.
9. Taşcı, E. ve Sevil, Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*,17(3),181-186.
10. Benedetto, C., Zonca, M., Bonino, L., Belfari, S. ve Gollo, E. (2008). Pain Control During Labour. G. Buonocore, C.V. Bellieni (Ed.), *Neonatal Pain. Suffering, Pain and Risk of Brain Damage in the Fetus and Newborn* (s.25-31), Italy.Springer.
11. Dewan, D. M. ve Hood, D. D. (1997). *Practical Obstetric Anesthesia*. London: W.B. Saunders Company,95-105.
12. Aitkenhead, A. R., Rowbotham, D. J. ve Smith, G. (2001). *Textbook of anaesthesia*. (Fourth edition). Newyork: Churchill Livingstone,629-638

13. Creehan P.A. (2008). Pain Relief and Comfort Measures in Labor. R.K.Simpson. ve P.A. Creehan (Ed.). *Perinatal Nursing* (3rd.ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
14. Kandemir, H., Belet, N., Aydin, M. ve Küçüködük, Ş .(2001). Elektif Sezaryan ve Normal Vajinal Yolla Doğan Bebeklerde Acth, Kortizol, Büyüme Hormonu, Prolaktin ve Kan Glukoz Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Journal of experimental and clinical medicine*,18, 30-35.
15. Lederman, R. P. (1995). Treatment Strategies For Anxiety, Stress, And Developmental Conflict During Reproduction. *Behavioral Medicine*, 21(3),113.
16. Sayiner, D. F., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E. ve Savcı, A. (2009). Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler, *Perinatoloji Dergisi* ,17(3),104 – 112.
17. Robson, S., Carey, A., Mishra, R. ve Dear, K .(2008). Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(4),415-20.
18. Fenwick,F., Staff,L., Gamble,J., Creedy,D.K. ve Bayes,S. (2010). Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Original Research Article Midwifery*, 26(4), 394-400.
19. Lee, L., Holroyd, E. ve Ng, C. (2001). Exploring factors influencing Chinese women's decision to have elective caesarean surgery. *Midwifery*, 17,314–322.
20. Gamble, J. ve Creedy, D.(2001). Women's preference for a cesarean section: Incidence and associated factor. *Birth*,28,101–110.
21. Chong, E. ve Mongelli, M. (2003). Attitudes of Singapore women toward cesarean section and vaginal deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 80,189–194.
22. Pang, M.W., Leung, T. N., Lau, T.K. ve Hang C.T.K.(2008). Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*,35(2),121-8.

23. Nerum, H., Halvorsen, L., Sørli, T. ve Oian, P. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling?. *Birth*, 33(3),221-8.
24. Bektaş, E. ve Bayrak, E. E., (2008) *Hastanemiz Gebe Polikliniğine Basvuran Gebelerde Normal Doğum Ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket Çalışması*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. İstanbul.
25. Akyol, A.,Yağcı G.Ş. ve Tekirdağ, A.İ. (2011). Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatric Cerrahi Dergisi*, 3(2):55-63.
26. Gözükar, F. and Eroğlu, K. (2008). İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–46.
27. Duman, Z., Köken, N.K.,Şahin, F.K., Coşar,E., Arıöz T.D. ve Aral,İ.(2007). Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen İle İlgili Düşünceleri. *Perinatoloji Dergisi*,15(1),7-11.
28. World Health Organization (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 24,436-437.
29. Anne Dostu Hastane Kriterleri (2011). Erişim Tarihi: 20.12.2011, http://www.canakkalesaglik.gov.tr/dosyalar/acsap/anne_dostu_logo_yarismasi.pdf,
30. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. TNSA-2008 (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdleri Enstitüsü. Erişim Tarihi 10.10.2011, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa-2008_on_rapor-tr.pdf.
31. Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C. ve Radestad, I. (2004). A Negative Birth Experience: Prevalence and Risk Factors in a National Sample. *Birth*,31(1),17-26.
32. Kannan, S., Jamison, R.N. ve Datta, S.(2001). Maternal Satisfaction and Pain Control in Women Electing Natural Childbirth. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*,26, 468-472.

33. Britton, J.R. (2006). Global Satisfaction with Perinatal Hospital Care: Stability and Relationship to Anxiety, Depression, And Stressful Medical Events. *American Journal of Medical Quality*, 21(3),200-205.
34. Goodman, P., Mackey, M.C. ve Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Issues and Innovations In Nursing Practice*, 46(2),212-219.
35. Kömürcü,N. ve Ergin,A. (2008). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Bedray Yayıncılık.
36. Çelik B. J. (2006). Obstetrik Analjezi ve Anestezi. N. Çiçek, C. Akyürek, Ç. Çelik ve A. Haberal (Ed.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi* (s.111-119) .Ankara: Güneş Kitapevi.
37. Loedermilk, L.D. ve Perry S.E. (2004). *Maternal&Wome's Health Care* (Eighth Editions) U.S.A: Mosby.
38. Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(2), 117-123
39. Brown, S.,T., Douglas,C. ve Flood L.,P. (2001), Women's Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *Journal of Perinatal Education*,10(3),1-8.
40. Simkin, P.P. ve O'hara, M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetric& Gynecology*. 186(5),131-59.
41. Mucuk, S. ve Başer, M.(2009). Doğum Ağrısını Hafifletmede Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (3),61-67.
42. Ceylan, I. (2006), Opioidler&Anestezi, Erişim Tarihi: 24.12.2011, <http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/opioid.htm>.
43. Simkin, P., Bolding, A. (2004). Update On Nonpharmacologic Approaches To Relieve pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49 (6), 489-504.

44. Chang, M.Y., Wang, S.Y. and Chen, C.H. (2002). Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 8(1),68-73.
45. Field, T., Hernandez, R., Taylor, S., Quntino O. ve Burman, I. (1997). Labor pain is reduced by massage therapy. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynaecology*, 18(4),286-291.
46. Moyer, C. A., Rounds, j. ve Hannum, J.W. (2004). A Meta-Analysis of Massage Therapy. *Research Psychological Bulletin*,130(1),3-18.
47. Field, T. (2010). Pregnancy and labor massage. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*,5(2),177–181.
48. Chang, M.Y., Chen, C.H. ve Huang, K.F. (2006), A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*, 14(3),190-197.
49. Reif, M. H., Field, T., Krasnegor, J. ve Theakston, H. (2001), Lower Back Pain is Reduced and Range of Motion Increased After Massage Therapy. *International Journal of Neuroscience*, 106(3-49),131-145.
50. Smith, C.A. , Levett, K.M., Collins, C.T. ve Jones, L. (2012). Massage, Reflexology And Other Manual Methods for Pain Management İn Labour. *Cochrane Database Sistemic Review*. 15(2) doi:10.1002/14651858.CD009290.pub2.
51. Khodakarami, N., Safarzadeh, A. ve Fathizadeh, N. (2005). Effect Of Massage Therapy on Pain Severity And Labor of Primipara Women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 10(3).
52. Lee, M. K., Chang, S. B. ve Kang, D. H. (2004). Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 10(6),959-965.
53. Gentz, B.A. (2001) Alternative Therapies For The Management Of Pain İn Labor and Delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4), 704-732.
54. Haris, P.,E. (1997). Acupressure: A Review of the Literature. *Complementary Therapies in Medicine*, 5,156-161.

55. Wenzhu, M., Wenjing, B., Caixia, L., Peijuan, Z., Liying, X., Chunhua Z, ve diğeri (2011) ,Effects of Sanyinjiao (SP6) with electroacupuncture on labour pain in women during labour. *Complementary Therapies in Medicine*, 19, 13-18.
56. Chang, S.B., Park, Y.W., Cho, J.S., Lee, M.K., Lee, B.C. ve Lee, S.J. (2004), Differences Of Cesarean Section Rates According To San-Yin-Jiao (SP6) Acupressure For Women in Labo., *Journal of Korean Academy of Nursing*, 34(2),324-332.
57. Kashanian M ve Shahali S (2009), Effects of Acupressure at The Sanyinjiao Point (SP6) on The Process of Active Phase of Labor in Nulliparas Women, *Journal of Maternal Fetal Neonatal Medicine*,15,1-4.
58. Yüksel, H. ve Çelikoğlu, C.,C. (2001). Hastanelerde envanter kontrolünde malzeme ihtiyaç planlaması sisteminden yararlanılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2),163-175.
59. Yıldırım, G. ve Şahin, N.H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1), 14-19.
60. Erem, G ve Sevil, Ü. (2005).Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2),117-123.
61. Gorrie, T., Kinney, M., E. ve Murray, S. (1994). *Foundation of Maternal Newborn Nursing*. Philadelphia: W.B.Sounders Company, s.362-369.
62. Hader, C.F. ve Guy, J. (2004). Your Hand in Pain Management. *Nursing Management*, 35 (11), 21-28.
63. Merskey, H. ve Bogduk, N. (1994). Part III: Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usage. H. Merskey ve N. Bogduk (Ed.), *Classification of Chronic Pain, IASP Task Force on Taxonomy* (2nd ed., s. 209-214). Seattle, WA: IASP Press.
64. Eti-Aslan F. (2010). Ağrı. Karadakovan A.,Eti-Aslan F. (Ed.). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*. Adana: Nobel Matbaacılık.
65. Macario, A. ve Scibetta, C. (2000). Analgesia for Labour Pain. *Anesthesiology* 92(3), 841-850.

66. Kayhan, Z.(2004). *Klinik Anestezi*. Ankara:Logos Yayıncılık.
67. Tulunay, M., Tulunay, F.,C. (2000). Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri, S Erdine (Ed), *Ağrı*, İstanbul:Alemdar Ofset,91-107.
68. Carroll, D. ve Bowsher, D. (1993). *Pain Management and Nursing Care*. England:Butterworth-Heinemann.
69. Vural,G. (2011). Doğum Eylemi. L.Taşkın (Ed.) *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (s.275-303) . Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
70. Mamuk, R. ve Davas, N. İ. (2010). Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
71. Kocaman, G. (1994). *Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları*. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
72. Pillitteri, A. (1992). *Maternal and Child Health Nursing Care of The Childbearing and Childrearing Family*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
73. Şahin Ş. (2006).Doğum Ağrısının Mekanizması ve Etkileri. Ş.Şahin ve M.D.Owen (Ed.). *Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi*.Bursa: Nobel &Güneş Kitabevi.
74. Erdine, S. (2007). *Ağrı*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
75. Moralar-Genç D.(2011). Türkmen Ü.A., Altan A., Doğum Analjezisi, Okmeydanı Tıp Dergisi 27(1), 5-11.
76. DecCherney, A.H.,Nathan,L.,Goodwin,T.M.,Laufer,N.(2010). *Güncel Obstetrik ve Jinekolojik Tanı ve Tedavi* (B.Tıraş,Çev.) Ankara : Güneş Tıp Kitapevleri.(2007).
- 77.Erdine S. (2008). *Rejyonel Anestezi*.Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
78. William F. ve Urmey, M.D.(t.y). Regional Anesthesia Topic of the Week: Obstetric Anesthesia. Erişim Tarihi: 25.06.2013, www.nysora.com/regional_anesthesia/3144-regional-anesthesia-topic-of-week-obstetric-anesthesia.html.
79. Holdcroft, A. ve Thomas, T.A. (2000). *Principles and Practice of Obstetric Anaesthesia and Analgesia*. Oxford: Blacwell Science Ltd.

80. Olds, S.B., London, M.L. ve Ladewig, P.A.W. (1999). *Maternal-Newborn Nursing: A Family and Community-Based Approach*. New Jersey: Prentice Hall Health.
81. Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein M.C., Ratcliffe S.R. (2003). The Nature and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief. *American Family Physician*. 68(6):1109-1112.
82. Günel S. ve Tuncer S. (2004). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı Tedavi* (1.basım). İstanbul: Pelikan Tıp Teknik Yayıncılık.
83. Ricci S.S. (2007). *Essentials of Maternity Newborn and Women's Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
84. McCormick C. (2009). The First Stage of Labor Physiology and Early Care. D.M. Fraser, M.A. Cooper (Ed.). *Myles Textbook for Midwives* (15th.ed.). China: Elsevier Limited.
85. Kadayıfçı O, Barış-Güzel A. (2005). Lamaze Yöntemi Nedir?. Kadayıfçı O (Ed.). *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum*. İzmir: Nobel Matbaacılık.
86. Lowe, N.K. (2002). The Nature of Labor Pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186 (5), 16-24.
87. Simkin, P., Pain, Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal Perinatal Education*. 20(3), 166-176.
88. Hawker, G.A., Mian S., Kendzerska, T., French, M. (2011). Measures of Adult Pain. *Arthritis Care & Research*, 63(11), 240-252.
89. Aslan, F.E. ve Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. *Ağrı*, 17 (2), 44-51.
90. Güzel demir. E. (1995). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Sendrom*, 11-21
91. Pain Relief During Labor, ACOG Committee Opinion. (2004). *American College of Obstetricians and Gynecologists Obstetric Gynecology*. 104:213.
92. Ramamurthy, S., Rogers, J.N. ve Alanmanou, E. (2006). *Decision Making in Pain Management*. (2nd Ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.

93. Reynolds, F. (2000). *Regional Analgesia in Obstetrics: A Millenium Update*. London: Springer
94. Thorp, J. A. , Daniel, H., Albin, R. M., McNitt, J. M., Bruce, A.,Cohen, G. R. ve diğ erleri. (1993). The Effect of Intrapartum Epidural Analgesia on Nulliparous Labor: A Randomized, Controlled, Prospective Trial, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 169(4), 851-858.
95. Özkan, T., Ergun, B., Akhan, S. E., Dö ver, Ş., Büyükören, A (1999). Epidural Analjezinin Doğ um Eylemi Üzerine Etkilerive Epidural Analjezi İç in Kullanılaniki Farklı Kombinasyonun Karşı laştırılması. *Turkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics*. 9,79-85
96. Halpern, S.H., Leighton, B.L., Ohlsson, A., Barrett, J.F., Rice, A.(1998). Effect of epidural vs parenteral opioid analgesia on the progress of labor: a meta-analysis. *Journal of American Medical Association*, 280(24), 2105-10.
97. Barragan-Loayza, I.M., Sola, I.,Prats C.J. (2011). Biyofeedback for Pain Management During Labor. *Cochrane Database Syst.Rev*. 15 (6).
98. Serç ekuş P. Doğ um Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing. *T.S.K. Koruyucu Hekimlik Dergisi*. 10(2),239-242.
99. Landolt, A.S. ve Milling, L.S. (2011). The Efficacy of Hypnosis as an Intervention for Labor and Delivery Pain: A Comprehensive Methodological Review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1022–1031.
100. Kö mürç ü, N. (1999). Travayda Dinletilen Tedavi Müziğ inin Gebenin Anksiyetesine Etkisi. *Hemş irelik Formu*, 2(3), 89-96.
101. Tournaire, M. ve Yonneau, A.T. (2007). Complementary and Alternative Approaches to Pain Relief During Labor. *Evidence-Based Complementary Alternative Medicine*, 15, 1-9.
102. Mamuk, R. (2008). *Vajinal Doğ umun İkinci Aş amasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütü nlüğ üne ve Ağ rıya Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

103. Öztürk, H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*,1,18-37.
104. Waters, B.L. ve Raisler, J. (2003). Ice Massage for The Reduction of Labor Pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 48(317), 21.
105. Avcıbay, B ve Alan, S. Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 43(3),18-24.
- 106.Tuna N.(2004). *A'dan Z'ye Masaj* (6.Baskı). Ankara. Nobel Matbacılık.
- 107.Tugay N. (2007). Doğu ve Melez Kültürlere Ait Masaj Teknikleri. İ. Yüksel (Ed.).*Masaj Teknikleri* (s.169-191). Ankara: Alp Yayınevi.
108. Acupressure.(t.y.). Erişim Tarihi:20.01.2013,
<http://acupuncture.rhizome.net.nz/acupressure-intro.aspx>,
109. Chen, H.M. ve Chen C.H.(2004). Effect of Acupressure at the Sanjinjiao Point on Primary Dysmenorrhea. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4),380-387.
110. Werntoft E ve Dykes A. (2001).Effect Of Acupressure On Nausea And Vomiting During Pregnancy: A Randomized, Placebo-Controlled Pilot Study. *The Journal of Reproductive Medicine*,46,835–839.
111. Shin, H.S., Song, Y.A. ve Seo, A. (2007).Effect Of Nei-Guan Point (P 6) Acupressure On Ketonuria Levels, Nausea And Vomiting İn Hyperemesis Gravidarum. *Journal of Advanced Nursing*,59:510–519.
112. Çevik C.(2001). *Medikal Akupunktur*. İstanbul. Promat A.Ş.
113. Alper S. (2000). Akupunktur; Lazer ve Magnetoterapi. M. Beyazova ve Y. Gölçe-Kutsal (Ed.). *Fiziksel ve Rehabilitatif Tıpta Tedavi Yaklaşımları* (s.820-823). Ankara. Güneş Kitapevi.
114. Koçal, F. H. (2007). *Akupunkturla Ağrılı Hastalıkların Tedavisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.
115. Ma Y., Ma M. ve Cho Z.H. (2005). Biomedical Acupuncture For Pain Management: An İntegrate Approach. U.S.A: Elsevier Churchill Livingstone.

116. Sezen, K. (2002). *Akupunktur Teorik ve Pratik*. M. N. Ankara: Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri.
117. Sandifer, J. (1999). *Akupresür* (D. Yazıcıoğlu , Çev.). İstanbul: Alkım Yayınevi. (1997).
118. Ziyal, N. (1989). *Bilimsel Akupunktur*. İstanbul: Cem Ofset Matbaacılık Sanayi A.Ş.
119. Tekeoğlu İ. (1988). *Temel Akupunktur*. İstanbul: Acar Matbaacılık Tesisleri.
120. The Main Meridian Channels. (t.y.). Erişim Tarihi: 20.01.2013. <http://files.theamt.com/files/diagrams/meridian-channels.gif>.
121. Dung H., Clogston C.P. ve Dunn W.J. (2004). *Acupuncture an Anatomical Approach*. London: CRP Press.
122. Hamidzadeh, A., Shahpourian, F. ve Orak, J.R., Effects of LI4 Acupressure on Labor Pain in the First Stage of Labor. *Journal of Midwifery&Women's Health*, 57(2), 133-128.
123. Yeşilççek-Çalık, K., Kömürcü, N. (2010). *Doğum Eyleminde SP6 noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi*. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi. İstanbul.
124. Shafaie-Sehhatie, F., Kazemzadeh, R., Amani, F., Heshmat, R. (2013). The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hegu Points on Labor Pain in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2(2), 123-129.
125. Betts, D., (2003) Natural Pain Relief Techniques for Childbirth Using Acupressure During Labour 'Promoting a Natural Labour & Partner Involvement'. Erişim Tarihi: 20.01.2013, <http://atlanta-acupuncture.net/Acupressure%20for%20labor%20induction%20and%20childbirth.pdf>, Erişim
126. Chung, U.L., Hung, L.C., Kou, S.C. ve Huang, C.L. (2003). Effects of LI4 and BL67 acupressure on labour pain and uterine contractions in the first stage of labour. *J Nurse Res*, 11(4), 251-260

127. Yüksel İ.(2007). *Klasik Masaj Teknikleri*. İ. Yüksel (Ed.).Masaj Teknikleri (s. 15-155). Ankara: Alp Yayınevi.
128. Madenci E. (2007). Klasik Masaj. *Türk Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53(2),58-61.
129. Sarı H. (2004). Masaj. H. Oğuz, E. Dursun ve N. Dursun (Ed.). *Tıbbi Rehabilitasyon* (s.375-378). İstanbul: Nobel Matbaacılık.
130. Tuna N. (2000). Masaj. M. Beyazova ve Y. Gölçe-Kutsal (Ed.). *Fiziksel ve Rehabilitatif Tıpta Tedavi Yaklaşımları* (s.842-853). Ankara: Güneş Kitabevi.
131. Couldridge, G. ve Rosser, M. (2004). *Body Massage: Therapy Basics*.(Third Edition) London: Hodder Education.
132. Karakaya-Çıtak, İ.,Gebelerde Bebeklerde ve Çocuklarda Masaj, İ. Yüksel (Ed.).*Masaj Teknikleri* (s.169-191). Ankara : Alp Yayınevi.
133. Stillerman E. (1992), *Mother Massage*. Kanada: Dell Publishhing,83-87.
134. Gau, M.L., Yichang, C., Tian, S.H. ve Chia, K. (2001). Effects of Birth Ball Exercise on Pain and Self-Efficacy During Childbirth: A Randomised Controlled Trialin Taiwan. *Midwifery*. Doi:10.1016/J.Midw.2011.02.004.
135. Akın, B. ve Soğukpınar, N. (2011). Doğum Eyleminin Birinci Evresindeki Maternal Mobilizasyonun Fetüs ve Yenidoğan Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. *I.Uluslararası, II.Ulusal Ebelik Kongre Kitabı*.
136. Chang, S.C. ve diğerleri. (2011). Effects of a Pushing Intervention on Pain, Fatigue and Birthing Experiences among Taiwanese Women During the Second Stage of Labour. *Midwifery*, 27 (6), 825-831.
137. Waldenstro, U. (1999). Experience of Labor and Birth in 1111 Women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 471–482.
138. Kimber, L. ve diğerleri. (2008). Massage or Music For Pain Relief in Labour: A Pilot Randomised Placebo Controlled Trial. *European Journal of Pain*, 12, 961–969.
139. American College of Nurse-Midwives (CMN) Data Group (1998). Midwifery Management of Pain In Labor. *Journal of Nurse-Midwifery*, 43 (2), 77-82.

140. Yılmaz-Sezer, N., Koç, G.(2012). *Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme Ve Kullanma Durumları*. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
141. Sağlık Bakanlığı Dr. Zekai Tahir Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi İstatistik Birimi (2011) ,Ankara.
142. Cline, M.E., Herman, J., Show, F., Marton, R.D .(1992) Standardization of the visual analogue scale, *Nurs Res*,41(6):378-379.
143. Price, D.D., McGrath, P.A., Rafii, A. (1983) Buckingham, B., The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain*, 17 , 45-56.
144. Eti-Aslan F (1998) Postoperatif ağrı değerlendirmesinde görsel kıyaslama ve basit tanımlayıcı ölçeklerin duyarlılık ve seçiciliklerinin karşılaştırılması. *VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi*, Ankara, S.178-186.
145. Mucuk, S. ve Başer, S. (2010). *LI4 ve SP6 akupunktur Noktasına Uyarının Doğum ağrısı ve Süresine Etkisi*. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
146. Öner, N .ve Le-Compte, A. (1998), *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri*, 2. basım. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
147. Aydemir, Ö.,Köroğlu, E. (2007). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara: Medico Graphics Matbaası.153-161.
148. Marut, J.S., Mercer, R.T. (1979). Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 28, 260-266.
149. Cranley, M.S., Hedahl, K.J., Pegg, S.H. (1983). Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nursing Research*. 32 (1): 10-15.
150. Fawcett, J., Knauth, D. (1996). The factor structure of the perception of birth scale. *Nursing Research*. 45 (2): 83-86.
151. Gungor, I., Beji, N.K. (2007). Effects of Fathers' Attendance to Labour and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 213-231.

152. Betts, D., Sanjinjiao SP-6 (t.y.). Erişim Tarihi: 20.12.2011. <http://acupuncture.rhizome.net.nz/Acupressure/unestablished.aspx>.
153. Jones L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates S., Newburn, M., ve diğerleri. (2012). Pain Management for Women in Labour: an Overview of Systematic Reviews (Review). The Cochrane Library.
154. Ho, L.F. Lee,L.I. ve Ma, G.G. (2011) Intrapartum Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pain Relief and Outcome of Labor. Hong Kong Journal Obstetric Midwifery, 11,54-58.
155. Cho, S.H., Lee, A.H. ve Ernst, B.E. (2010). Acupuncture for Pain Relief in Labour: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. DOI: 10.1111/J.1471-0528.2010.02570.X.
156. Ziaei, S. ve Hajipour, L. (2006). Effect of Acupuncture on Labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 92, 71-72.
157. Fogarty, V.(2008). Intradermal sterile water injections for the relief of low back pain in labour-A systematic review of the literature. *Women Birth* 21(4),157-63.
158. Martensson, L. ve Wallin, G. (2008). Sterile water injections as treatment for low-back pain during labour. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 48(4),369-74.
159. Bahasadri, S., Ahmadi-Abhari, S., Dehghani-Nik, M. ve Habibi, G.R. (2006). Subcutaneous sterile water injection for labour pain: a randomised controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*.46(2):102-6.
160. Hajiamini, Z., Masaoud S.N., Ebadi, A., Mahbounh, A. (2012). Comparing The Effects of Ice Massage and Acupressure on Labour Pain Reduction. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 18, 169-172.
161. Lee, M. K. (2003). Effects of San-Yin-Jiao (SP6) Acupressure on Anxiety, Pulse and Neonatal Status in Women during Labor, *Korean J Women Health Nurs*. 9(2):138-151.

162. Şeker S. ve Sevil, Ü. (2006). *Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna ve Bebeğini Algılamasına Etkisi*. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
163. Yanıkkerem-Uçum, E., Kitapçioğlu, G., Karadeniz, G. (2010). Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 5(13), 107-123.
164. Ersanlı, C. ve Kömürcü, N. (2007). *İndüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi*. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
165. Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S., Hauck Y.(2009). Pre- and Postpartum Level of Childbirth Fear of Childbirth:A Australian Example. *Social Science& Medicine*, 63(1), 64-75.
166. Adams, S.S., Eberhard-Gran, M., Eskild, A. (2012). Fear of Childbirth and Duration of Labour: A Study of 2206 Women with Intended Vaginal Delivery. *An International Journal of Obstetrics &Gynaecology*, 119(10), 1238-1246.
167. Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E., Schei, B. (2006). The Association Between Antenatal Anxiety and Fear of Childbirth in Nulliparous Women: A Prospective Study. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scansinavica*, 85(4), 435-440.
168. Waldenström, U., Hildingsson, E. ve Ryding, E. (2006). Antenatal Fear of Childbirth and Its Association with Subsequent Caesarean Section and Experience of Childbirth. . *An International Journal of Obstetrics &Gynaecology*, 113(6), 638-646.
169. Chang, Y. M., Chen, H.C. ve Huang, K.F. (2006). A Comparison of Massage Effects on Labor Pain Using the McGill Pain Questionnaire. *Journal of Nursing Research*, 14(3), 190-196.
170. Lee, K.J., Chang, C.J. ve Jo, H.S.(2003). Effects of Full Massage on Labor Pain Delivery Stress Reaction for Primipara During Labor. *Korean Journal Women Health Nursing*, 9(3), 224-234.

171. Mortazavi, S.H., Khaki, S., Moradi, R., Heidari, K. ve Rahimparvar-Vasegh S.F. (2012). Effects of Massage Therapy and Presence of Attendant on Pain, Anxiety and Satisfaction During Labor. *Maternal Fetal Medicine*, 286, 19-23.
172. Heydari, P., Mojdeh, F., Mazloun, S.R., Tanbakuei, K. ve Judaki, K. (2008). The effect of SP6 acupressure on length of labor. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 11(2), 15-22.
173. 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(6 Suppl):209.
174. Hamid, N. A. E. F. A. E., H. E. Obaya, ve H. M. Gaafar (2012), Effect of Acupressure on Labor pain and Duration of Delivery among laboring Women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 1(1), 8-14.
175. 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.
176. Pilevarzadeh, M., Salari, S. ve Shafiei, N. (2002). Effect of Massage on Reducing Pain and Anxiety During Labour. *Journal of Reproduction & Infertility*, 3(4).
177. Hjelmstedt, A., Shenoy, S.T., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L., ve diğ erleri. (2010). Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89(11), 1453-1459.
178. Sehhatie-Shafaie, F., Kazamzadeh, R., Amani, F. ve Heshmat, R., The Effect of Acupressure on Sanyinjiao and Hugo Points on Labor Pain in Nulliparaous Women: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2 (2), 123-129.
179. Kaviani, M., Ashoori, M., Azima, S., Rajaei-Fard, A.R. ve Hadian-Fard, M.J. (2012). Comparing the Effect of Two Methods of Acupressure and Ice Massage on the Pain, Anxiety Levels and Labor Length in the Point LI-4, *The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 20(2); 220-228.
180. Latifses, V., Bendell-Estroff, D., Field, T., Bush, J.P. (2005). Fathers Massaging and Relaxing Their Pregnant Wives Lowered Anxiety and Facilitated Marital Adjustment. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 9(4), 277-282.

181. Kim, Y.R., Chang, S.B., Lee, M.K.ve Maeng, W.J. (2002) Effects on Labor Pain and Length of Delivery Time for Primipara Women treated by San-Yin-Jian(SP-6) Acupressure and Hob-Gog(LI-4) Acupressure. *Korean J Women Health Nurs* ,8(2),244-56.
182. Mc Nabb, M.T., Kimber, L., Haines, A.ve McCourt, C. (2006). Does Regular Massage from Late Pregnancy to Birth Decrease Maternal Pain Perception During Labour abd Birth?-A feasibility Study tı İInvestigate a Programme of Massage , Controlled Breathing and Visualization, from 36 Weeks of Pregnancy Until Birth. *Comlementary Therapies in Clinical Practice*. 12,222-231.
183. Moradi, Z., Akbarzadeh, M., Zare, N., Hadian, F., Mohamad, J. ve Jowkar, A. (2012). Comparative Study of Effect of Two-Staged Acupressure at GB-21 and SP-6 Points on the Labor Pain of Active Phase in Nulliparous Women, *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology & Infertility*, 15(26),33.
184. Doğum İstatistikleri, 2012. (2013). Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi: 20.06.2013. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618>
185. Avcıbay, B. ve Alan, S. (2009). *Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Adana.
186. Lang, A.J., Sorrell, J.T., Rodgers, C.S. ve Lebeck, M.M. (2006). Anxiety sensitivity as a predictor of labor pain. *European Journal of Pain*,10(3),263-70.
187. Curzik, D., Jokic-Begic, N .(2011). Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*,32(4),198-203.

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

BÖLÜM I) SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Tarih :.....

1. Kaç yaşındasınız?
2. Eğitim düzeyiniz nedir?
() İlköğretim 1. kademe () İlköğretim 2. Kademe () Lise () Üniversite ve ↑
3. Boyunuz: cm Kilonuz:kg
4. Gebelik öncesi kilonuz:.....kg
5. Medeni durumunuz:
() Bekar () Evli Bekar iseniz 7. Soruya geçiniz.
6. Evli iseniz evlilik süreniz?
7. Su anda yaşadığınız yer? () Köy () Belde/Kasaba () İlçe () İl
8. Aile tipiniz? () Çekirdek () Geniş () Parçalanmış
9. Çalışma durumunuz? () Çalışıyor () Çalışmıyor
10. Ne iş yapıyorsunuz?
() Emekli () İşçi () Memur () Serbest meslek () Diğer
11. Gelir Durumunuz nasıl tanımlarsınız?
() Gelir giderden düşük () Gelir gidere denk () Gelir giderden fazla
12. Sosyal güvenceniz var mı?
() Evet () Hayır

BÖLÜM II) ŞİMDİKİ GEBELİĞİNE İLİŞKİN BİLGİLER:

1. Gebelik Haftası:.....
2. İsteyerek mi gebe kaldınız? () Evet () Hayır
3. Gebeliğinizde herhangi bir problem oldu mu?
() Evet () Hayır (Cevabınız hayır ise 5. Soruya geçiniz.)
4. Ne tür problem oldu?
() Bulantı-kusma
() Kanama
() İdrar yolu enf.
() Üst solunum yolları enf.
() Ağrı/kasılma () Diğer.....

5. Gebelik sırasında muayene ve takip yaptırdınız mı?
 ()Evet () Hayır (Cevap hayır ise 8.soruya geçiniz)
6. Takip/Muayeneleri nerede yaptırdınız?
 a) Özel hekim-özel muayene
 b) Hastane-hekim
 c) Sağlık ocağı-hekim
 d) Sağlık ocağı-ebe
 e) Ev-ebe
 f) Diğer.....
7. Kontrolleriniz düzenli miydi?.....
8. Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katıldınız mı? ()Evet () Hayır
9. Gebelik sürecinde doğum eylemi ile başetmeye yönelik eğitim aldınız mı?
 ()Evet () Hayır (Cevabınız hayır ise 11.soruya geçiniz)
10. Bu eğitimi kimden aldınız?
 a. Hekim
 b. Hemşire
 c. Ebe
 d. Diğer.....
11. Gebelik öncesinde düzenli egzersiz yapar mıydınız?
 ()Evet () Hayır

Cevabınız Evet ise; Hangi çeşit egzersiz yapıyor dunuz? Hangi sıklıkla ve ne kadar süre ile yaptınız?

Germe egzersizleri

()Hayır () Evet ise Süre/dk Sıklık...../gün

Aerobik egzersizler (yürüme, koşma v.b)

()Hayır () Evet ise Süre/dk Sıklık...../gün

Anaerobik egzersizler (ağırlık kaldırma v.b)

()Hayır () Evet ise Süre/dk Sıklık...../gün

12. Doğal yollarla mı gebe kaldınız? ()Evet () Hayır

Cevabınız hayır ise gebelik için kullandığınız ilaç yada yöntemler:

.....

13. Doğum süreci ile ilgili yaşadığınız bir korku var mı, varsa tanımlayınız.

- ☐ Yok
- ☐ Çok şiddetli ağrı yaşama korkusu
- ☐ Sezaryen olma korkusu
- ☐ Ölüm korkusu
- ☐ Bebeğin sağlığının bozulacağı korkusu
- ☐ Doğum salonunda ki ortamdan korkma,
- ☐ Diğer (belirtiniz):.....

BÖLÜM III: AĞRI İLE İLGİLİ DENEYİMLER VE BAŞETME YÖNTEMLERİ

1. Gebelikten önce adet ağrınız (dismenore) var mıydı?

- ☐ Evet ☐ Bazen ☐ Hayır (3.soruya geçiniz)

2. Adet ağrınızı gidermek için ne yapıyorsunuz?

- ☐ Hiçbir şey yapmam ☐ Ağrı kesici alırım. ☐ Uyurum/İstirahat ederim.
- ☐ Ilık duş/banyo yaparım. ☐ Masaj (karına/sırtta) yaparım.
- ☐ Egzersiz yaparım ☐ Diğer (lütfen belirtiniz.....)

3. Her hangi bir ağrınız olduğunda ağrıyı gidermek için ne tür girişimlerde bulunursunuz?

- ☐ Hiçbir şey yapmam ☐ Ağrı kesici alırım. ☐ Uyurum/İstirahat ederim.
- ☐ Ilık duş/banyo yaparım. ☐ Masaj (karına/sırtta) yaparım.
- ☐ Egzersiz yaparım ☐ Sıcak Uygulama yaparım. ☐ Diğer.....

4. Ağrı ile baş etmede kullanılabilecek yöntemler ile ilgili herhangi bir bilginiz var mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır

Evet ise bu bilgiyi nereden aldınız?

- ☐ Sağlık personelinin
- ☐ Televizyondan
- ☐ İnternette
- ☐ Kitap/Ansiklopediden
- ☐ Akraba/ Arkadaşdan
- ☐ Diğer (Belirtiniz):

Aldığınız bilginin içeriğini belirtiniz:

.....

5. Doğum ağrısı ile baş etmek için kullanmayı düşündüğünüz bir yöntem var mı?

()Evet () Hayır

Cevabınız Evet ise Yöntem:.....

Yöntemin bilgi kaynağı:.....

Yöntemi şuana kadar uyguladınız mı?

()Evet () Hayır

EK 2. DOĞUM EYLEMİNDE KULLANILACAK GEBE İZLEM FORMU

Hastaneye geldiği saat:.....

Grup No:.....

Uygulama/Uygulamalar hakkında bilgi verilen saat:.....

Uygulamanın başladığı saat:.....

Uygulamanın bitiş saati:.....

		TUŞE BULGULARI				FKA	KONTRAKSİYON ÖZELLİKLERİ			YAŞAM BULGULARI			Uygulama Öncesi VAS	Uygulama Sonrası VAS	Yöntemin uygulanması sırasında yaşanan sorun /sorunlar varsa belirtiniz
Saat	Doğum Evresi	Dilatasyon	Silinme	Başın Seviyesi	Amnion SIVISI		Sıklığı	Süresi	Şiddeti	TA	Nabız	Solunum			
	Latent Faz														
	Aktif Faz														
	Geçiş Fazı														

Kullanılan ilaçlar; Oksijen: () Evet () Hayır Dozu:.....Saati:.....

Notlar:.....

Oksitosin: () Evet () Hayır Dozu:.....Saati:.....

Notlar:.....

Dolantin: () Evet () Hayır Dozu:..... Saati:.....

Notlar:.....

Diğer (Belirtiniz):..... Dozu:..... Saati:.....

Notlar:.....

Uygulanan Yöntemle ilgili notlar

.....
.....
.....

Doğum Saati:..... **Yenidoğan Kilosu:**..... **Yenidoğanın 1.ve 5.dk APGAR:**.....

Epizyotomi: () Var () Yok **Doğum Sonu VAS skoru:**.....

EK 3 . UYGULANAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERE İLİŞKİN SORU FORMU

1. Doğum ağrınızı rahatlatmak için size hangi yöntem uygulandı?

- a. Sırt masajı
- b. Akupressür bandı
- c. Sırt masajı ve akupressür bandı birlikte
- d. Hiçbirşey

Cevabınız hiçbirşey ise testi sonlandırınız.

2. Doğum ağrınızı rahatlatmak için size uygulanan non-farmakolojik yöntemden/yöntemlerden memnun kaldınız mı?

Evet () Hayır ()

Nedeninizi belirtiniz:.....

3. Bir sonraki doğumunuzda non-farmakolojik yöntemi/yöntemleri kullanmayı düşünür müsünüz?

Evet () Hayır ()

Nedeninizi belirtiniz:.....

4. Doğum yapacak başka kadınlara size uygulanan yöntemin/yöntemlerin kullanılmasını tavsiye eder misiniz?

Evet () Hayır ()

Masaj ve akupressür uygulaması birlikte uygulanan grupta değilseniz 7. Soruya geçiniz.

5. Doğum eylemi sırasında sizce uyguladığımız yöntemlerden hangisi doğum ağrınızla baş etmenizi sağladı?,

.....

6. Doğum eylemi sırasında sizce uyguladığımız yöntemlerden hangisi doğum ağrınızla baş etmenize hiç etkisi olmadı?

.....

7. Yöntem kullanımı sırasında yaşadığınız sıkıntılar var mıydı?

Evet () Hayır ()

Cevabınız evet ise nedenini belirtiniz:.....

EK 4. MALİYET İZLEM FORMU

	Kullanılan Tıbbi Malzeme	Miktarı	Birim Fiyatı	Toplam Maliyeti
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
TIBBİ MALZEME GENEL TOPLAM				
	Kullanılan Sarf Malzeme	Miktarı	Birim Fiyatı	Toplam Maliyeti
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
SARF MALZEME GENEL TOPLAM				

TOPLAM MALİYET: SARF MALZEME GENEL TOPLAM+ SARF MALZEME GENEL TOPLAM

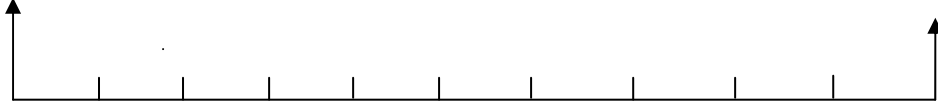
Toplam Maliyet:.....

EK 5. VİZUEL ANALOG SKALA (VAS)

Anket No:

Tarih:

Değerlendirme saati:

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.**Hiç ağrı olmaması****En şiddetli ağrı**

EK 6: SPIELBERGER DURUMLUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (SDAÖ): STAI FORM TK-I

Uygulama Zamanı: Latent Faz () Aktif Faz ()

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

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

SPIELBERGER SÜREKLİK ÖLÇEĞİ (SDAÖ):STAI FORM TK-I

	<u>Hayır</u>	<u>Biraz</u>	<u>Çok</u>	<u>Tamamıyla</u>
21. Genellikle keyfim yerindedir.	()	()	()	()
22. Genellikle çabuk yorulurum.	()	()	()	()
23. Genellikle kolay ağlarım.	()	()	()	()
24. Başkaları kadar mutlu olmak isterim.	()	()	()	()
25. Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaç.	()	()	()	()
26. Kendimi dinlenmiş hissedirim.	()	()	()	()
27. Genellikle sakin, kendime hekim ve soğukkanlıyım.	()	()	()	()
28. Güçlüklerin, yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.	()	()	()	()
29. Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.	()	()	()	()
30. Genellikle mutluyum.	()	()	()	()
31. Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.	()	()	()	()
32. Genellikle kendime güvenim yoktur.	()	()	()	()
33. Genellikle kendimi emniyette hissedirim.	()	()	()	()
34. Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım.	()	()	()	()
35. Genellikle kendimi hüznümlü hissedirim.	()	()	()	()
36. Genellikle hayatımdan memnunum.	()	()	()	()
37. Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.	()	()	()	()
38. Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutmam.	()	()	()	()
39. Akli başında kararlı bir insanım.	()	()	()	()
40. Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.	()	()	()	()

EK 7. ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ (PERCEPTION OF BIRTH SCALE-POBS)

Lütfen her soruda, belirtilen duygularınızı en iyi tanımlayan sütundaki rakamı işaretleyiniz.

1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
2. Doğum sancıları sırasında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
4. Doğum sancıları sırasında ne kadar rahattınız?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
6. Doğum sırasında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz ?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olma ile ilgili beklentileriniz ne derecede gerçekleşti?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz ?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
11. Doğum sancılarınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
15. Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar rahatsız ediciydi?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5

16. Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
18. Doğum anında ne kadar korkmuştunuz?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığınızdan daha zorlu mu oldu?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
21. Doğum sancıları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	<i>Hiç</i>	<i>Biraz</i>	<i>Orta</i>	<i>Çok</i>	<i>Çok fazla</i>
	1	2	3	4	5
24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?					
	Hemen	1 saat içinde	2 saat içinde	4 saat içinde	8 saat içinde ve ↑
	5	4	3	2	1
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?					
	Hemen	1 saat içinde	2 saat içinde	4 saat içinde	8 saat içinde ve ↑
	5	4	3	2	1

**EK.8. "PRANIC ENERGY HEALING LEVEL I" KURSU KATILIMCI
BELGESİ**



THE INNER SCIENCES

Certificate of Recognition

This is to certify that

TUR/ANB-14-12/010
Country

M. ILKUNUR GÖNENÇ

has successfully completed the

Pranic Energy Healing Level 1

according to

MASTER CHOA KOK SUI

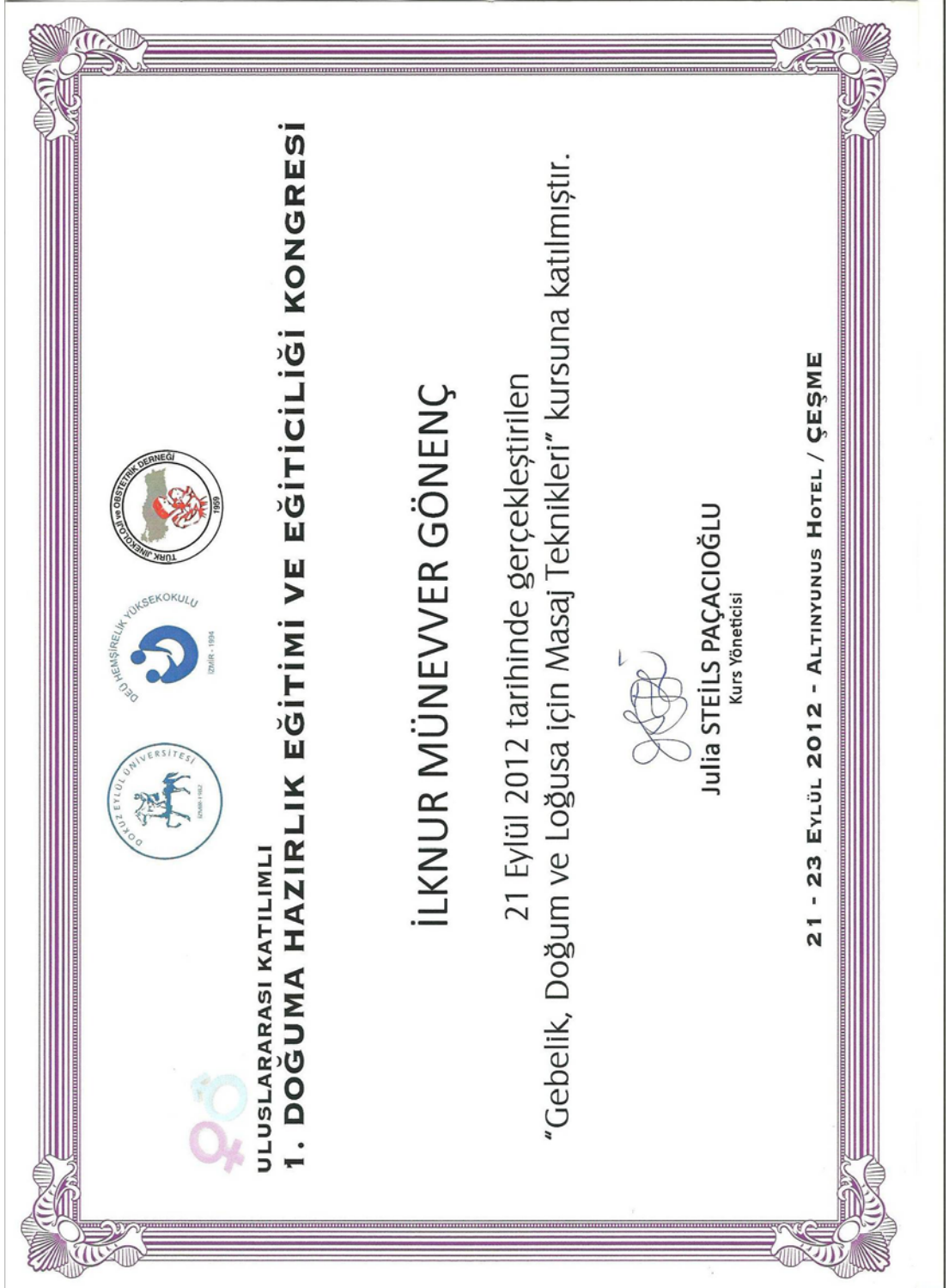
given this 27 day of May 2012

Choa Kok Sui
Lecturer



THE INNER SCIENCES
www.TheInnerSciences.net

**EK. 9. “GEBELİK, DOĞUM VE LOĞUSA İÇİN MASAJ TEKNİKLERİ”
KURSU KATILIMCI BELGESİ**



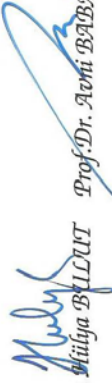
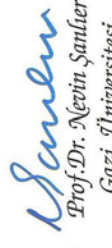
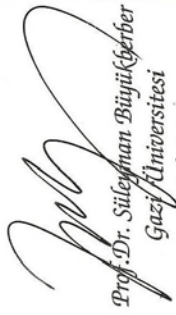
EK. 10. HEMŞİRELİKTE AĞRI YÖNETİMİ KURSU KATILIMCI BELGESİ



KATILIM BELGESİ

Sayın: *İLKÖR MÜNEMER GÖNENÇ.....*

21-22 Ocak 2013 tarihleri arasında düzenlenen Hemşirelikte Ağrı Yönetimi (16 saat) Kursu'na katılmıştır.

Doç. Dr. Mülüm BİLAL
 Prof. Dr. Nevin Şanlıer
 Prof. Dr. Süleyman Büyükköşer
 Gazi Üniversitesi
 Gazi Üniversitesi
 Gazi Üniversitesi
 Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan
 Kurs Başkanları

**EK. 11. “DOĞUM ÖNCESİ HAZIRLIK SINIFI EĞİTİCİ EĞİTİMİ” KURSU
KATILIMCI BELGESİ**

	KATILIM BELGESİ	
Sayın	İlknur Münevver Gönenç	
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu tarafından 26-27 Mart 2011 tarihleri arasında İzmir’de düzenlenen		
Doğum Öncesi Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi Kursu’na katılmıştır.		
	Doç. Dr. Samiye METE Kurs Koordinatörü	
	Prof. Dr. Hülya OKUMUŞ Kurs Koordinatörü	

EK. 12. ARAŞTIRMANIN KURUM İZNİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
DR. ZEKAI TAHİR BURAK KADIN SAĞLIĞI
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI



Karar No:15
Konu: Tez Başvurusu

27/01/2012

EĞİTİM PLANLAMA KOORDİNASYON KURULU KARARI

Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü doktora öğrencisi İlknur M.GÖNENÇ'in **"Farmakolojik (Medepirin) ve Nanfarmakolojik Yöntemlerin(Sırt masajı, akupressür) Doğum Ağrısının Yönetimine ve Maliyetine Etkisi"** konulu tez başvurusu; Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu tarafından kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Cavidan GÜLERMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Doç.Dr.Gülnur ÖZAKŞIT
Eğitim Görevlisi/EPKK Üyesi

Op.Dr.Leyla MOZLA MAHMUTOĞLU
EPKK Başkanı/Başhekim

EK. 13. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİN RAPORU

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Nonfarmakolojik yöntemlerin (sırt masajı ve akuprësür) doğam ağrısının yönetimine ve maliyetine etkisi			
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/ŞOYADI	Doç.Dr.Füsun Terzioğlu			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ	FAZ 1	☐		
		FAZ 2	☐		
		FAZ 3	☐		
FAZ 4		☐			
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yeni Bir Endikasyon	☐			
	Yüksek Doz Araştırması	☐			
	Diğer ise belirtiniz: Prospektif Çalışma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐	



ASLI GİBİDİR

12.7.2012

EK. 13. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİN RAPORU-DEVAM

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dil	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐			
	SİGORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐			
	ILAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:12-390-12	Tarih: 23 Temmuz 2012			
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.				

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ÇALIŞMA ESASI: Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Mehmet MELLİ	Farmakoloji	A.Ü.Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Cihan YURDAYDIN	Gastroenteroloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Ahmet DEMİRKAZIK	Tıbbi Onkoloji	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Tanju ÖZÇELİKAY	Farmakoloji	A.Ü.Eczacılık Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Nuhan PURALI	Biyofizik	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Cem ATBAŞOĞLU	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Görevli
Prof.Dr.Hakan UNCÜ	Genel Cerrahi	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	Yurtdışında
Prof.Dr.Serdar ÖZTÜRK	Biyokimya	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Serap SIVRI	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Muharrem ÖZEN	Hukuk	A.Ü.Hukuk Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Prof.Dr.Banu ÇAKIR	Halk Sağlığı	H.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Nüket KUTLAY	Tıbbi Genetik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Derya ÖZTUNA	Biyostatistik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Volkan KAYAS	Tıp Tarihi ve Etik	A.Ü. Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	İznilis
Gülşüm ASLAN	Arkeoloji	-	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	

* :Toplantıda Bulunma

EK. 14.

Ek-9. Raportör Değerlendirme Formu**RAPORTÖR DEĞERLENDİRME FORMU**

Tarih: 27.06.2012

Araştırmanın Adı: Farmakolojik (meperidin) ve nonfarmakolojik yöntemlerin (sırt masajı ve akupressür) doğrum ağrısının yönetimine ve maliyetine etkisi

Karar:

1. Söz konusu çalışmanın bir kolunda ilaç (meperidin) kullanıldığı için çalışmanın ilaç çalışması (Faz 4) olarak kabul edilmesi gerekir. İlaç çalışması için gerekli formların (KADB-F20-R.00 ve KADB-F16-R.00) doldurulması gerekmektedir.
2. Çalışmada kullanılacak ilaç olan "Meperidin" bedelinin çalışmaya katılan gönüllülere/SGK'ya yüklenmemesi, araştırmacılar tarafından karşılanması (KADB-F16-R.00 bütçe formunda belirtilerek) gerekmektedir.
3. Çalışmanın meperidin uygulama tercihini de kapsayacak şekilde randomize hale getirilmesi gerekmektedir.
4. Çalışmaya dahil edilme/edilmeme kriterleri arasında spontan doğum veya doğum indüksiyonu da yer almalıdır.

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN
ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA ve MALİYETE ETKİSİ İSİMLİ
ARAŞTIRMANIN
BİLGİLENDİRME ve OLUR ALMA FORMU
(MASAJ GRUBU)**

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür’ün Algılanan Doğum Ağrısına ve Maliyete Etkisi”dir

Doktora tezi olarak planlanan bu araştırma, masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetimine ve doğum sürecindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyete etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma Ağustos 2012 - Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 120 dir. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, örneklem seçim kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Masaj ve akupressür olmak üzere 2 farklı müdahale uygulanacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rastgele seçilerek uygulama gruplarına atanacaktır. Size bu çalışmada, masaj yapılacaktır. Masaj, sağlık ve iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Masaj size, yan yatar pozisyondayken ya da oturur pozisyondayken uygulanacaktır. Dinlenme anında ve ağrı anında farklı masaj uygulanacaktır. Masaj uygulaması, doğum salonuna kabulünüz ile başlayıp, doğum masasına alınmanızla sonlandırılacaktır. Uygulama sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Uygulamaların etkinliği Ağrı skalaları, Kaygı ölçeği ve memnuniyet ölçeği kullanılarak değerlendirilecektir. Bu araştırma sırasında doğum ağrınızı rahatlatmak için bir takım uygulamalar yapılacak ve konforlu bir doğum yapmanızı sağlanacaktır. Ayrıca doğum ağrılarınız takip edilecek, herhangi bir olumsuz durum gerçekleşir ise erken dönemde tespiti sağlanacaktır. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu

çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı Soyadı ; İlknur Gönenç, Prof.Dr.Fusun Terzioğlu ,

İletişim Adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Altındağ/ANKARA,

Tel:0 312 319 14 50

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı İlknur Gönenç tarafından, Doktora Tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı İlknur Gönenç'e bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığı:

Adı Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN
ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA ve MALİYETE ETKİSİ İSİMLİ
ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRME ve OLUR ALMA FORMU
(AKUPRESSÜR GRUBU)**

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür’ün Algılanan Doğum Ağrısına ve Maliyete Etkisi”dir

Doktora tezi olarak planlanan bu araştırma, masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetimine ve doğum sürecindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyete etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma Ağustos 2012 - Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 120 dir. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, örneklem seçim kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Masaj ve akupressür olmak üzere 2 farklı müdahale uygulanacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rastgele seçilerek uygulama gruplarına atanacaktır. Size bu çalışmada, akupressür yapılacaktır. Akupressür, Akupunktur noktalarına uygulanan basınç işlemidir. Basınç uygulaması akupressür bandı kullanılarak yapılacaktır. Uygulama sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Uygulama doğum salonuna kabulünüz ile başlayıp, doğum masasına alınmanızla sonlandırılacaktır. Akupressür bandı araştırmacı tarafından akupunktur noktasına (SP6) yerleştirilecektir. Bebeğin doğumuna kadar akupressür bandı çıkarılmayacaktır. Ağrı anında çok şiddetli ağrı hissettiğinizde bant üzerinde yer alan düğmeye baş parmakları ile bası yapmanız istenilecektir. Uygulamanın etkinliği Ağrı skalaları, Kaygı ölçeği ve memnuniyet ölçeği kullanılarak değerlendirilecektir. Bu araştırma sırasında doğum ağrınızı rahatlatmak için bir takım uygulamalar yapılacak ve konforlu bir doğum yapmanızı sağlayacaktır. Ayrıca doğum ağrılarınız takip edilecek, herhangi bir olumsuz durum gerçekleşir ise erken dönemde tespiti sağlanacaktır. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da

sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı Soyadı ; İlknur Gönenç, Prof.Dr.Fusun Terzioğlu ,

İletişim Adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Altındağ/ANKARA,

Tel:0 312 319 14 50

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı İlknur Gönenç tarafından, Doktora Tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı İlknur Gönenç'e bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığı:

Adı Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN
ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA ve MALİYETE ETKİSİ İSİMLİ
ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRME ve OLUR ALMA FORMU
(MASAJ ve AKUPRESSÜR GRUBU)**

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj Ve Akupressür’ün Algılanan Doğum Ağrısına ve Maliyete Etkisi”dir

Doktora tezi olarak planlanan bu araştırma, masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetimine ve doğum sürecindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyete etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma Ağustos 2012 - Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 120 dir. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, örneklem seçim kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Masaj ve akupressür olmak üzere 2 farklı müdahale uygulanacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rastgele seçilerek uygulama gruplarına atanacaktır. Size bu çalışmada, masaj ve akupressür yapılacaktır. Uygulamalar doğum salonuna kabulünüz ile başlayıp, doğum masasına alınmanızla sonlandırılacaktır. Masaj, sağlık ve iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Masaj size, yan yatar pozisyondayken ya da oturur pozisyondayken uygulanacaktır. Dinlenme anında ve ağrı anında farklı masaj uygulanacaktır. Akupressür, Akupunktur noktalarına uygulanan basınç işlemidir. Basınç uygulaması akupressür bandı kullanılarak yapılacaktır. Akupressür bandı araştırmacı tarafından akupunktur noktasına (SP6) yerleştirilecektir. Bebeğin doğumuna kadar akupressür bandı çıkarılmayacaktır. Ağrı anında çok şiddetli ağrı hissettiğinizde bant üzerinde yer alan düğmeye baş parmakları ile bası yapmanız istenilecektir. Sırt masajı ve akupressür uygulamaları sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Uygulamaların etkinliği Ağrı skalaları, Kaygı ölçeği ve memnuniyet ölçeği kullanılarak değerlendirilecektir. Uygulamalar sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Bu araştırma sırasında doğum ağrınızı rahatlatmak için bir takım uygulamalar yapılacak ve konforlu bir doğum yapmanızı sağlanacaktır. Ayrıca doğum ağrılarınız takip edilecek, herhangi bir olumsuz durum gerçekleşir ise erken dönemde tespiti sağlanacaktır. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal

güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı Soyadı ; İlkur Gönenç, Prof.Dr.Fusun Terzioğlu ,

İletişim Adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Altındağ/ANKARA,

Tel:0 312 319 14 50

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı İlkur Gönenç tarafından, Doktora Tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı İlkur Gönenç'e bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada

katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığı:

Adı

Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza

**DOĞUM AĞRISININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLERDEN MASAJ VE AKUPRESSÜR'ÜN
ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA ve MALİYETE ETKİSİ İSİMLİ
ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRME ve OLUR ALMA FORMU
(KONTROL GRUBU)**

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı, Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür’ün Algılanan Doğum Ağrısına ve Maliyete Etkisi”dir

Doktora tezi olarak planlanan bu araştırma, masaj ve akupressür uygulamalarının doğum ağrısının yönetimine ve doğum sürecindeki (tıbbi ve ilaç dışı malzeme kullanımına ilişkin) maliyete etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma Ağustos 2012 - Eylül 2013 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 120 dir. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Doğum Salonuna yatışı yapılan, örneklem seçim kriterlere uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve normal doğum yapan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Masaj ve akupressür olmak üzere 2 farklı müdahale uygulanacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rastgele seçilerek uygulama gruplarına atanacaktır. Size bu çalışmada, herhangi bir müdahale yapılmayacaktır. Sizden elde edilen bilgiler, sırt masajı ve akupressür uygulanan grupların etkinliğini değerlendirmek için kullanılacaktır. Çalışma sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Çalışma sırasında size Ağrı skalaları, Kaygı ölçeği ve memnuniyet ölçeği uygulanacaktır. Bu araştırma sırasında doğum ağrılarınız takip edilecek, herhangi bir olumsuz durum gerçekleşir ise erken dönemde tespiti sağlanacaktır. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı Soyadı ; İlknur Gönenç, Prof.Dr.Fusun Terzioğlu ,

İletişim Adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü
Altındağ/ANKARA,

Tel:0 312 319 14 50

Katılımcının Beyanı:

Sayın araştırmacı İlknur Gönenç tarafından, Doktora Tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı İlknur Gönenç'e bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

Görüşme tanığı:

Adı

Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefonu:

Tarih ve İmza:

EK TABLolar

Ek Tablo 1. Gebelerin Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Masaj ve Akupressür Müdahale Öncesi/Sonrası ile Doğum Sonunda VAS Skorlarının Çalışma Gruplarına Göre İstatistiksel Analizlerinin Dağılımı

			1. Grup (M)	2. Grup (A)	3. Grup (M+A)	4. Grup (K)
	1. Grup	30				
Latent Faz (3-4 cm)	2. Grup	30				
Müdahale Öncesi	3. Grup	30				
VAS skoru	4. Grup	30				
	1. Grup	30				**
Latent Faz (3-4 cm)	2. Grup	30				
Müdahale Sonrası	3. Grup	30				**
VAS skoru	4. Grup	30	**		**	
	1. Grup	30				**
Aktif Faz (6-7 cm)	2. Grup	30				**
Müdahale Öncesi	3. Grup	30				**
VAS skoru	4. Grup	30	**	**	**	
	1. Grup	30				**
Aktif Faz (6-7 cm)	2. Grup	30				**
Müdahale Sonrası	3. Grup	30				**
VAS skoru	4. Grup	30	**	**	**	
	1. Grup	30				**
Geçiş Faz (8-9 cm)	2. Grup	30				**
Müdahale Öncesi	3. Grup	30				**
VAS skoru	4. Grup	30	**	**	**	
	1. Grup	30		**	*	*
Geçiş Faz (8-9 cm)	2. Grup	30	**			**
Müdahale Sonrası	3. Grup	30	*			**
VAS skoru	4. Grup	30	*	**	**	

Ek Tablo 2. Gebelerin Sürekli Anksiyete Puan Ortalamaları ile Latent ve Aktif Faz Durumluk Anksiyete Puan Ortalamalarının Gruplara Göre İstatistiksel Analizlerinin Dağılımı

Gruplar		Farklılıklar			
		1. Grup	2.Grup	3.Grup	4.Grup
Sürekli Anksiyete Puanı	1.Grup				
	2.Grup				
	3.Grup				
	4.Grup				
Latent Faz (3-4 cm) Durumluk Anksiyete Puanı	1.Grup				**
	2.Grup				**
	3.Grup				**
	4.Grup	**	**	**	
Aktif Faz (6-7 cm) Durumluk Anksiyete Puanı	1.Grup				**
	2.Grup			*	**
	3.Grup		*		**
	4.Grup	**	**	**	

Ek Tablo 3. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) ve ADAÖ Alt Gruplarından Aldıkları Puanlarının Gruplara Göre İstatistiksel Analizlerinin Dağılımı

			1. Grup (M)	2. Grup (A)	3. Grup (M+A)	4. Grup (K)
Doğum Anındaki Deneyimler	1. Grup	30				**
	2. Grup	30				**
	3. Grup	30				**
	4. Grup	30	**	**	**	
Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler	1. Grup	30		**		**
	2. Grup	30	**		**	**
	3. Grup	30		**		**
	4. Grup	30	**	**	**	
Doğum Sonu	1. Grup	30				**
	2. Grup	30				
	3. Grup	30				**
	4. Grup	30	**		**	
Eş Katılımı	1. Grup	30				**
	2. Grup	30				**
	3. Grup	30				**
	4. Grup	30	**	**	**	
Farkındalık	1. Grup	30				**
	2. Grup	30				**
	3. Grup	30				**
	4. Grup	30	**	**	**	
ADAÖ Toplam Puanı	1. Grup	30				**
	2. Grup	30				**
	3. Grup	30				**
	4. Grup	30	**	**	**	

Ek Tablo 4. Gebelerin Gruplarına Göre Doğumun Birinci Evresinde Kullanılan Malzemelerin Ortalama Ücretlerinin İstatistiksel Analizlerinin Dağılımı

n:120

			1. Grup	2.Grup	3.Grup	4.Grup
	1. Grup	30				**
Tıbbi	2.Grup	30				**
Malzemelerin	3.Grup	30				**
Maliyeti	4.Grup	30	**	**	**	
	1. Grup	30		**	**	
İlaç Dışı	2.Grup	30	**			**
Malzemelerin	3.Grup	30	**			**
Maliyeti	4.Grup	30		**	**	
	1. Grup	30		**	**	**
Toplam	2.Grup	30	**			
Maliyet	3.Grup	30	**			
	4.Grup	30	**			

Ek Tablo. 5. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre VAS Skorlarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Aktif Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Geçiş Fazı Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Doğum Sonu VAS Ort±S.S
Eğitim Durumu					
İlköğretim	44	6,11 ± 1,104	8,39 ± 1,224	9,50 ± 0,628	2,80 ± 0,795
Lise	51	5,88 ± 1,644	8,29± 1,237	9,37 ± 0,720	2,43 ± 0,575
Lisans ve üzeri	25	5,88 ± 1,363	8,36 ± 1,036	9,48 ± 0,653	2,60 ± 0,764
İstatistiksel Analiz	f	0,378	0,074	0,473	3,176
	p	0,686	0,929	0,624	0,045
Yaşanan Yer					
İl	82	5,89 ± 1,387	8,36± 1,262	9,51 ± 0,689	2,67± 0,721
İlçe	23	5,82 ± 1,435	8,08± 1,040	9,30 ± 0,634	2,14 ± 0,377
Kasaba/Belde	7	7,14 ± 1,069	8,42 ± 0,975	9,28 ± 0,487	2,47 ± 0,730
Köy	8	6,12 ± 1,457	8,75± 0,886	9,25 ± 0,707	2,67 ± 0,721
İstatistiksel Analiz	f	1,875	0,690	0,966	1,465
	p	0,138	0,560	0,412	0,228
Aile Tipi					
Çekirdek	75	5,99 ± 1,380	8,28± 1,085	9,40 ± 0,716	2,52± 0,644
Geniş	45	5,93 ± 1,452	8,44± 1,341	9,14 ± 0,933	2,73 ± 0,809
İstatistiksel Analiz	t	0,201	-0,735	-0,877	-1,1593
	p	0,841	0,464	0,382	0,114
Toplam	120	5,96± 1,401	8,34± 1,184	9,44± 0,671	2,60± 0,714

Ek Tablo. 6. Gebelerin Beden Kitle İndeksi ve Egzersiz Yapma Durumlarına Göre VAS skorlarının Dağılımı

Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Aktif Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Geçiş Fazı Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Doğum Sonu VAS Ort±S.S
Beden Kitle İndeksi					
Zayıf	1	8.00	8.00	9.00	2.00
Normal	29	5.79±1.73	8.31±1.33	9.48±0.737	2.68±0.71
Preobez	56	6.16±1.30	8.33±1.21	9.37±0.648	2.48±0.60
Obez	34	5.73±1.18	8.38±1.04	9.52±0.662	2.73±0.86
İstatistiksel Analiz	f	1.536	0.047	0.552	1.311
	p	0.209	0.987	0.648	0.274
Egzersiz Yapma Durumu					
Evet	9	6,11± 1,269	8,22±0,666	9,44±0,527	2,33±0,500
Hayır	111	5,95± 1,416	8,35 ± 1,211	9,44±0,683	2,62±0,726
İstatistiksel Analiz	t	0.320	-0.313	-1.165	0.013
	p	0.749	0.755	0.246	0.990

Ek Tablo 7. Gebelerin çalışma durumuna ve algıladıkları gelir durumuna göre VAS skorlarının dağılımı

n:120					
Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Aktif Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Geçiş Fazı Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Doğum Sonu VAS Ort±S.S
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	13	5,84 ± 1,281	7,76± 1,235	9,15 ± 0,800	2,61± 0,650
Çalışmıyor	107	5,98 ± 1,420	8,41± 1,165	9,47 ± 0,649	2,59 ± 0,725
Toplam	120	5,96± 1,401	8,34± 1,184	9,44± 0,671	2,60± 0,714
İstatistiksel Analiz	t	-0,327	-1,864	-1,649	0,082
	p	0,744	0,065	0,102	0,935
Algılanan Gelir Durumu					
Gelir Giderden Düşük	44	5,77 ± 1,611	8,43± 1,318	9,36 ± 0,780	2,61± 0,813
Gelir Gidere Eşit	68	6,05 ± 1,279	8,36± 1,063	9,55 ± 0,556	2,60 ± 0,672
Gelir Giderden Fazla	8	6,25± 1,164	7,62± 1,302	8,87± 0,640	2,50± 0,534
Toplam	120	5,96± 1,401	8,34± 1,184	9,44± 0,671	2,60± 0,714
İstatistiksel Analiz	f	0,728	0,016	1,625	0,300
	p	0,485	0,985	0,201	0,742

Ek Tablo 8. Kadınların Dismenore ile İlişkin Bazı Özelliklerine Göre VAS Skorlarının Dağılımı

Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Aktif Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Geçiş Fazı Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Doğum Sonu VAS Ort±S.S
Dismenore Yaşama Durumu					
Evet	58	6,05 ± 1,39	8,32 ± 0,998	8,93 ± 1,04	2,53 ± 0,730
Bazen	25	5,76 ± 1,47	8,24 ± 1,422	9,14 ± 1,03	2,72 ± 0,678
Hayır	37	5,97 ± 1,38	8,43 ± 1,302	8,97 ± 0,865	2,62 ± 0,720
İstatistiksel Analiz	f	0,375	0,202	0,232	0,609
	p	0,688	0,817	0,794	0,546
Dismenore İle Başetmede Yöntem Kullanma Durumu					
Evet	12	6,58 ± 1,331	8,25 ± 1,055	9,33 ± 0,651	2,58 ± 0,514
Hayır	71	5,85 ± 1,417	8,30 ± 1,153	9,45 ± 0,692	2,59 ± 0,747
İstatistiksel Analiz	t	1,153	-0,168	-0,547	-0,037
	p	0,102	0,867	0,586	0,971
Dismenore İle Başetmede Kullanılan Yöntem					
Farmakolojik	25	5,96 ± 1,171	8,52 ± 1,159	9,68 ± 0,556	2,64 ± 0,757
Nonfarmakolojik	17	5,70 ± 1,571	8,23 ± 1,347	9,29 ± 0,771	2,705±0,919
Her İki Yöntem	29	5,86 ± 1,552	8,17 ± 1,037	9,34 ± 0,720	2,48±0,633
İstatistiksel Analiz	F	0,159	0,649	2,218	0,551
	p	0,853	0,526	0,117	0,579

Ek Tablo 9. Kadınların Gebeliği Ait Bazı Özelliklerine Göre VAS Skorlarının Dağılımı

		n:120			
Gebeliğe Ait Bazı Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz	Aktif Faz	Geçiş Fazı	Doğum Sonu
		Uygulama	Uygulama	Uygulama	VAS
		Öncesi VAS	Öncesi VAS	Öncesi VAS	
		Ort±S.S	Ort±S.S	Ort±S.S	Ort±S.S
Gebelik Haftası					
40 hafta ve altı	95	5,94 ± 1,37	8,27 ± 1,24	9,41 ± 0,691	2,58 ± 0,691
40 hafta üzeri	25	6,04 ± 1,54	8,60 ± 0,91	9,56 ± 0,583	2,64 ± 0,810
İstatistiksel Analiz	t	-0,293	-1,228	-0,991	-0,313
	p	0,770	0,228	0,222	0,755
Gebeliği İsteme Durumu					
Evet	116	5,96 ± 1,401	8,37± 1,176	9,45 ± 0,677	2,59± 0,709
Hayır	4	6,00 ± 1,632	7,25± 0,957	9,00 ± 0,000	2,75 ± 0,957
İstatistiksel Analiz	t	-0,048	1,895	1,343	-0,042
	p	0,962	0,061	0,182	0,671
Gebelikte Problem Yaşama Durumu					
Evet	25	6,24 ±1,588	8,60 ±1,384	9,44 ±0,583	2,68 ±0,748
Hayır	95	5,89 ± 1,348	8,27 ±1,124	9,44 ± 0,695	2,57 ±0,708
İstatistiksel Analiz	t	1,097	1,228	-0,014	0,627
	p	0,275	0,222	0,989	0,532
Düzenli Antenatal İzlem Alma Durumu					
Alan	119	5,97 ±1,410	8,32 ±1,192	9,44 ±0,676	2,59 ±0,722
Hayır	95	5,75 ± 5,75	8,75 ±0,957	9,25 ± 0,500	2,57 ±0,500
İstatistiksel Analiz	t	0,755	-0,700	0,579	-0,425
	p	0,755	0,486	0,486	0,671

Ek Tablo 10. Gebelerin Doğum Öncesi Hazırlık Eğitimi Ve Doğum Eylemi ile Başetmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre VAS Skorlarının Dağılımı

n:120					
Özellikler	Kişi Sayısı	Latent Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Aktif Faz Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Geçiş Fazı Uygulama Öncesi VAS Ort±S.S	Doğum Sonu VAS Ort±S.S
Doğum Öncesi Hazırlık Eğitimi Alma Durumu					
Evet	2	6,50 ± 0,707	8,00 ± 0,707	10,0 ± 0,000	3,00 ± 1,414
Hayır	118	5,95 ± 1,410	8,34 ± 1,1193	9,43 ± 0,672	2,59 ± 0,706
İstatistiksel Analiz	t	0,541	-0,410	1,189	0,797
	p	0,590	0,683	0,237	0,427
Doğum Eylemi İle Başetmeye Yönelik Eğitim Alma Durumu					
Evet	6	5,50 ± 1,760	8,66± 1,5055	9,83 ± 0,408	2,33± 0,816
Hayır	114	5,99 ± 1,385	8,32± 1,171	8,94 ± 0,986	2,61 ± 0,710
Toplam	120	5,96± 1,401	8,34± 1,184	9,44± 0,671	2,60± 0,714
İstatistiksel Analiz	t	-0,836	0,688	1,474	-0,937
	p	0,405	0,493	0,143	0,351

Ek Tablo. 11. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:120

Sosyo-Demografik Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Eğitim Durumu			
İlköğretim	44	81.6+14.24	f:0,575
Lise	51	84.2+15.01	
Lisans ve üzeri	25	85.1+14.98	p:0,564
Yaşanılan Yer			
İl	82	82.08+16.59	f:0,942
İlçe	23	87.8+11.70	
Kasaba/Belde	7	83.57+10.87	p:0,423
Köy	8	84.87+16.59	
Aile Tipi			
Çekirdek	75	85.38+15.15	t:0.120
Geniş	45	80.24+13.39	p:0,063

Ek Tablo. 12. Gebelerin Beden Kitle İndeksi ve Egzersiz Yapma Durumlarına Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:120

Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Beden Kitle İndeksi			
Zayıf	1	81.0	f: 0.389
Normal	29	80.93+15.27	p:0.761
Preobez	56	84.26+13.22	
Obez	34	84.35+16.72	
Egzersiz Yapma Durumu			
Evet	82	82.08+16.59	t:1.907
Hayır	23	87.8+11.70	p:0.059

Ek Tablo 13. Gebelerin Çalışma Durumuna ve Algıladıkları Gelir Durumuna Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:120

Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Çalışma Durumu			
Evet	13	83.92±18.08	t:0,575
Hayır	107	83.40±14.31	p:0,564
Algılanan Gelir Durumu			
Gelir Giderden Düşük	44	83.63±15.04	f:0,942
Gelir Gidere Eşit	68	83.13±14.65	p:0,423
Gelir Giderden Fazla	8	85.25±14.49	

Ek Tablo 14. Kadınların Dismenore İle İlişkin Bazı Özelliklerine Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:120

Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Dismenore Yaşama Durumu			
Evet	58	84,50±14.13	f:2.971
Bazen	25	77.32±15.41	p:0.055
Hayır	37	85.97±14.25	
Dismenore İle Başetmede Yöntem Kullanma Durumu			
Evet	12	82.50±13.76	t:0,041
Hayır	71	82.30±15.07	p:0,967
Dismenore İle Başetmede Kullanılan Yöntem			
Farmakolojik	25	79.6±14.59	f:4,155
Nonfarmakolojik	17	76.4±17.47	p:0,020
Her İki Yöntem	29	88.06±12.20	

Ek Tablo 15. Kadınların Gebeliği Ait Bazı Özelliklerine Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

n:120

Sosyo-Demografik Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Gebelik Haftası			
40 hafta ve altı	95	83.14±14.84	t: -0,451
40 hafta üzeri	25	84.64±14.25	p: 0,653
Gebeliği İsteme Durumu			
Evet	116	83.45±14.67	t:-0,006
Hayır	4	83.50±17.01	p:0,995
Gebelikte Problem Yaşama Durumu			
Evet	25	81.56±15.88	t:-0,725
Hayır	95	83.95±14.39	p:0,995
Düzenli Antenatal İzlem Alma Durumu			
Alan	119	83.42±14.57	t:-0,144
Almayan	95	84.50±20.07	p:0,886

Ek Tablo 16. Gebelerin Doğum Öncesi Hazırlık Eğitimi ve Doğum Eylemi İle Başetmeye Yönelik Eğitim Alma Durumlarına Göre ADAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Kişi Sayısı	ADAÖ Puan Ortalaması Ort±S.S	İstatistiksel Analiz
Doğum Öncesi Hazırlık Eğitimi Alma Durumu			
Evet	2	84.00±18.38	t:0.052
Hayır	118	83.44±14.70	p:0.958
Doğum Eylemi İle Başetmeye Yönelik Eğitim Alma Durumu			
Evet	6	79.66±13.85	t:0.518
Hayır	114	83.65±14.65	p:-0.648

