

**T.C.
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
(DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ)**

**EKSPRESSİF DOKUNMANIN DOĞUM AĞRISI VE ANNE
MEMNUNİYETİNE ETKİSİ**

**Hazırlayan
Rabiye ERENOĞLU**

**Danışman
Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER**

Doktora Tezi

**Bu çalışma; Erciyes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi
tarafından TSD-11-3632 kodlu proje ile desteklenmiştir.**

**Ağustos 2013
KAYSERİ**

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

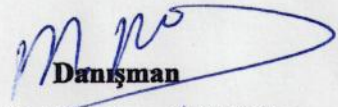
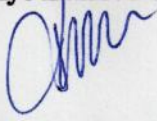
Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Rabiye ERENOĞLU

İmza:

YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI

“Ekspressif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi” adlı **Doktora Tezi**, Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Hazırlayan**Rabiye ERENOĞLU****Danışman****Doç.Dr.Mürüvvet BAŞER****Anabilim Dalı Başkanı****Prof.Dr. E.Ümit SEViĞ**

Doç.Dr. Mürüvvet BAŞER danışmanlığında **Rabiye ERENOĞLU** tarafından hazırlanan **“Ekspressif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi”** adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Hemşirelik** Anabilim Dalı **Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programında Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

31 /7 / 2013

JÜRİ

İmza

Danışman : Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER (Hemşirelik AD)

Üye : Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ (Hemşirelik AD)

Üye : Doç.Dr. İskender GÜN (Tıp Fak. Halk Sağlığı AD)

Üye : Yrd. Doç.Dr. Salime MUCUK (Hemşirelik AD)

Üye : Yrd. Doç.Dr. Tülay ÖZKAN (Hemşirelik AD)

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof.Dr. Saim ÖZDAMAR

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim süresince son derece sabır ve hoşgörölü davranan, beni yönlendiren ve yardımlarını esirgemeyen, yetişmemde emeği geçen ve her zaman örnek aldığım saygıdeğer hocam, tez danışmanım Sayın Doç.Dr. Mürüvvet Başer'e

Tezimi hazırlama aşamasında, önerilerini esirgemeyen değerli Hocalarım; Sayın Doç.Dr. İskender Gün ve Yrd. Doç.Dr. Salime Mucuk'a,

Çalışmamın istatistiksel analizinde son derece sabırla bana destek veren Sayın Yrd. Doç.Dr. Ferhan Elmalı'ya,

Tezimin yürütölmesi sırasında bana her türlü kolaylığı, anlayışı gösteren kurumum Sağlık Bilimleri Faköltesi Hemşirelik Bölümü'nün değerli Hocaları ve arkadaşlarıma,

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği Yöneticilerine,

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği Doğum Salonunda çalışan tez çalışması boyunca her türlü desteği esirgemeyen değerli ebe ve hemşirelere,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm gebelere,

Desteklerini hayatımın her anında yanımda hissettiğim kıymetli aileme,

Tezin tüm aşamalarında emeği geçen herkese en içten duygularımınla teşekkür ederim.

EKSPRESSİF DOKUNMANIN DOĞUM AĞRISI VE ANNE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Rabiye ERENOĞLU

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı,
Doktora Tezi, Haziran 2013,
Danışman: Doç. Dr. Mürüvvet BAŞER**

ÖZET

Bu araştırma, doğum eyleminin birinci evresinde uygulanan ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır.

Kayseri Eğitim Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği'ne doğum yapmak üzere başvuran 40 gebenin müdahale grubuna, 40 gebenin kontrol grubuna randomizasyonu bilgisayar aracılığı ile yapılmıştır. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri tanıtım formu aracılığıyla belirlenmiştir. Müdahale grubu gebelere doğumun ikinci evresinde 15-20 dk süreyle ekspresif dokunma uygulanmıştır. Kontrol grubu gebelere ise doğum kliniğinde yapılan rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Gebelerin yaşam bulguları ile obstetrik verileri ölçülerek kaydedilmiştir. Ağrı düzeyleri Painmatcher ve Visüel Analog Skala ile memnuniyet düzeyleri ise Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki-kare, t testi, Mann Whitney U ve Spearman-Korelasyon testleri kullanılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda α yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Çalışmaya katılan müdahale grubunun ağrı duyusu/duyusal eşiği ortalaması ekspresif dokunma öncesi 7.1 iken, sonrası 5.9, dokunma öncesi ağrı eşiği ortalaması 6.7 iken, sonrası 6.0' olup, ağrı değeri ortalaması dokunma öncesi 6.8 iken sonrası bu değeri 6.1 olarak ölçülmüştür ($p<0.01$). Kontrol grubunun uygulama öncesi ağrı duyusu, ağrı eşiği ve ağrı değeri ortalamaları sırasıyla 6.9, 6.9 ve 7.1'dir. Uygulama sonrası değerlendirilen ağrı duyusu ortalaması 6.7, ağrı eşiği ortalaması 7.0 ve ağrı değeri ortalaması 7.3 olarak saptanmıştır ($p>0.05$). Müdahale grubundaki ağrı düzeyindeki artış kontrol grubuna göre daha az olduğu saptanmıştır ($p<0.01$).

Müdahale grubunun Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin toplam puan ve alt başlıklarının büyük çoğunluğunda kontrol grubuna göre daha yüksek ortalamalara sahip olduğu ve ölçeğinin "rahatlatma" ve "beklentilerin karşılanması" alt başlığı puan ortalaması karşılaştırıldığında da aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Müdahale sonrası Visüel Analog Skala ve Painmatcher skorları ortalamaları arasındaki korelasyon bulgularında; hem müdahale grubu, hemde kontrol grubunda Visüel Analog Skala değeri ile Painmatcher her üç skorunun değeri arasında pozitif yönde, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak; doğumda uygulanan ekspresif dokunmanın; ağrı duyusu üzerinde olumlu etkileri olduğu ve doğum ağrısını azalttığı, anne memnuniyet düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, anne memnuniyeti, ekspresif dokunma.

EFFECT OF EXPRESSIVE TOUCHING ON LABOUR PAIN AND MATERNAL SATISFACTION

**Rabiye ERENOĞLU, Erciyes University, Institution of Health Sciences,
Department of Gynaecology and Obstetric Nursing,
Doctoral Dissertation, June 2013
Supervisor: Assoc. Prof. Mürüvvet BAŞER**

ABSTRACT

This randomized controlled study was conducted to determine the effect of expressive touching applied in the second period of labour on labour pain and maternal satisfaction. The randomization of pregnant women who have applied to Labour Clinic of Kayseri Education Research Hospital to give birth was done by computer assigning to intervention group (n=40) or control group (n=40). Socio-demographic characteristics of the pregnant women were determined with a descriptive form. A 15-20 minute expressive touching was applied on the second period of labour in intervention group women. No other application except for routine procedures was done to control group in the labour clinic. Vital findings and obstetric data of the pregnant women were recorded. Level of pain was determined with Painmatcher and Visual Analogue Scale while level of satisfaction was determined with the Evaluation Scale of Maternal Satisfaction in Normal Labour. Chi-square, t-test, Mann Whitney U test and Spearman-Correlation test were performed to statistically analyze the data. Alpha error level was set as 0.05 in all comparisons.

Mean pain sense/sensorial threshold of intervention group before expressive touching was 7.1 and it was 5.9 after expressive touching while mean pre-expressive touching threshold of pain was 6.7 and mean post-expressive touching of pain was 6.0 and the mean pain value was 6.8 before expressive touching ($p<0.01$). Mean pre-expressive touching pain sense threshold, pain threshold and pain value of control group were 6.9, 6.9 and 7.1, respectively while mean post-expressive touching pain sense threshold was 6.7, pain threshold was 7.0 and pain value was 7.3 ($p>0.05$).

The increment in pain level of intervention group was found to be less compared to control group ($p<0.05$). It was determined that intervention group had higher mean values of total and of most of the sub-titles in Evaluation Scale of Maternal Satisfaction in Normal Labour compared to control group and there was a statistical significance between mean scores from sub-titles of “relief” and “meeting the expectations” of both groups ($p<0.05$). Correlation findings about mean post-intervention scores of Painmatcher and Visual Analogue Scale showed that there was a positively moderate and significant correlation between mean Visual Analogue Scale and Pain matcher scores in both intervention group and control group.

Consequently expressive touching during labour was found to have favourable effects on pain sense and to decrease labour pain, and to increase maternal satisfaction.

Keywords: Labour pain, maternal satisfaction, expressive touching.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa no</u>
İÇ KAPAK.....	i
BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK SAYFASI	ii
YÖNERGEYE UYGUNLUK SAYFASI.....	iii
KABUL VE ONAY SAYFASI	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLO LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL VE GRAFİK LİSTESİ	xii
KISALTMALAR	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1. DOĞUM SÜRECİ.....	3
2.2. DOĞUMUN EVRELERİ	4
2.2.1. Birinci Evre.....	4
2.2.2. İkinci Evre	4
2.2.3. Üçüncü Evre	5
2.2.4. Dördüncü Evre	5
2.3.DOĞUM AĞRISI.....	5
2.3.1 Ağrının Tanımı ve Doğum Ağrısı.....	5
2.3.2. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi ve Ağrı Yolları.....	6
2.3.3. Doğum Ağrısının Özellikleri	6
2.3.4. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi.....	7
2.4.DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİNDE ANNEYE VERİLEN HEMŞİRELİK DESTEĞİNİN ÖNEMİ	8
2.5.DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	9
2.6. DOĞUM HİZMETLERİNDE ANNE MEMNUNİYETİ	14

	<u>Sayfa no</u>
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ	16
3.2.ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ.....	16
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	17
3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ	17
3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	18
3.5.1. Gebe Tanıtım Formu.....	18
3.5.2. Doğum Sürecine İlişkin İzlem Formu.....	18
3.5.3. Visüel Analog Skala (VAS).....	18
3.5.4. Painmatcher (Ağrı ölçer cihazı).....	20
3.5.5. Anne Memnuniyeti Ölçeği.....	22
3.6. ÖN UYGULAMA	23
3.7. VERİLERİN TOPLANMASI	23
3.7.1.Müdahale Grubuna Yapılan Uygulamalar	24
3.7.2.Kontrol Grubuna Yapılan Uygulamalar.....	25
3.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	27
3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ	28
4.BULGULAR.....	28
4.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	28
4. 2. GEBELERİN YAŞAM BULGULARINA İLİŞKİN SONUÇLAR	30
4.3. GEBELERİN DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BULGULAR	32
4.4. ANNE MEMNUNİYETİNE İLİŞKİN BULGULAR	35
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	39
5.1. EKSPRESSİF DOKUNMANIN DOĞUM AĞRISINA ETKİSİ.....	39
5.2. PAİNMATCHER VE VAS ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN SONUÇLARIN TARTIŞILMASI.....	41
5.3. EKSPRESSİF DOKUNMANIN ANNE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ	43
6.KAYNAKLAR	45
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1	Anne Memnuniyeti Ölçeğinin Alt Boyutları, Alt Boyutlara Ait olan Maddeler ve Alt Boyut Minimum ve Maksimum Puanları	21
Tablo 4.1.1	Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.1.2	Gebelerin Travaya İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	29
Tablo 4.2	Gebelerin Terapötik Dokunma Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Dağılımı	30
Tablo 4.3.1	Gebelerin Ekspresif Dokunma Öncesi ve Sonrası Painmatcher (PM) ve VAS’a Göre Ağrı Ortalamalarının Dağılımı	32
Tablo 4.3.2	Grupların Müdahale Öncesi PM ve VAS Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	33
Tablo 4.3.3	Grupların Müdahale Sonrası PM ve VAS Ortalamaları Arasındaki Korelasyon	34
Tablo 4.4.1	Gebelerin Anne Memnuniyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.4.2	Çalışmaya Katılan Kadınların Anne Memnuniyeti Düzeylerinin Dağılımı	36
Tablo 4.4.3	Gruplara Göre Anne Memnuniyeti Ölçeği “Rahatlatma” ve “Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı” Alt Başlığı Puan Ortalaması ile Müdahale sonrası VAS ve PM Ortalaması Arasında İlişkinin Dağılımı	37
Şekil 3.1	Visual Analog Skala	19
Şekil 3.2	Painmatcher Cihazı	20
Şekil 3.3	Uygulama Akış Şeması	26

KISALTMALAR

Ark.	: Arkadařları
BAT	: Burford Ağrı Termometresi
DSİİFF	: Doğum Sürecine İlişkin İzlem Formu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
FKS	: Fetal Kalp Sesi
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
GTF	: Gebe Tanıtım Formu
IASP	: The International Association for the Study of Pain
KB	: Kan Basıncı
KEAHDK	: Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği
KG	: Kontrol Grubu
MG	: Müdahale Grubu
Mm Hg	: Milimetre Civa
NDAMDÖ	: Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
Ort	: Ortalama
PM	: Pain Matcher (Ağrı Ölçer)
PRI-R	: The Mcgill Pain Questionnaire
SKÖ	: Sözel Kategori Ölçeği
VAS	: Visual Analog Skala

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eylemi kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülmektedir. Annenin bu dönemdeki memnuniyeti kadın sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından son derece önemlidir. Olumsuz bir doğum deneyimi kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, daha sonraki süreçte gebeliklerin istenmemesi ve kürtaja eğilim, sonraki doğumlarda sezeryan isteği, cinsel disfonksiyon, anne bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları ve bebeği ihmal gibi durumlara neden olabilmektedir. Bu nedenle doğum sürecindeki kadının hemşirelik bakımının odağı, yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir (1-5).

Sayiner ve Özerdoğan'ın (6) kaynağında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınladığı kanıta dayalı 6 uygulamada; sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceği belirtilmektedir. Aynı kaynakta doğumun kendiliğinden başlaması gerektiği, doğum boyunca hareket özgürlüğünün olması ve gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmesi, gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılması gerektiği önerilmektedir.

Doğum eylemi sırasında kadınlar hemşirelerin en fazla emosyonel destek davranışlarını yararlı olarak bildirmişlerdir. Hemşirelerin, doğum sürecindeki kadına verdikleri desteğin, doğum deneyimine ilişkin olumlu duyguları ve kadının başa çıkma çabalarını, dolayısıyla da memnuniyeti artırdığı bildirilmiştir. Ayrıca sürekli hemşirelik desteğinin

doğumun süresi ve analjezi ihtiyacını azalttığı, forseps, vakum, sezaryen doğum gibi girişimlerin olasılığını azalttığı ve anne memnuniyetini arttırdığı bildirilmektedir (7).

Gençalp'in (8) İstanbul'da bir doğumevinde yaptığı ve doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmasında, deney grubu annelerde gözlenen ağlama, dudak ısırma, çığlık atma gibi olumsuz tepkilerin daha az olduğu doğum sürelerinin kısaldığı ve emzirmenin daha fazla olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin doğum sürecindeki kadına en yakın ve ilişki kurabilecek konumda olması nedeniyle verdiği sürekli desteğin ve uygulamaların önemi daha da artmaktadır. Ayrıca doğumun özellikle ikinci aşamasında nefes alıp verme / gevşemeyi sağlama, yardım etme, doğru ıkınmada destek olma, doğum için en uygun pozisyonu verme, mahremiyete dikkat etme, psikolojik destek sağlama, stresörleri azaltma ve tensel temas sağlama önemli hemşirelik girişimleri arasındadır.

Bu araştırma, doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda) anneye verilecek destekleyici bakım kapsamında uygulanacak ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine olan etkisini belirlemek amacıyla, randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- H1: Doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda) gebeye uygulanan ekspresif dokunma ağrı algısını azaltır.
- H2: Doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda) uygulanan ekspresif dokunma gebenin rahatlığını artırır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM SÜRECİ

Kadınların hayatında menstruasyon, gebelik, emzirme, menopoş gibi yaşam deneyimlerinden biri de doğum eylemidir. Doğum, doğal bir süreç olması ile birlikte annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen önemli bir deneyimdir. Gebelerin, eylem sürecinde duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha yoğun gereksinim duyduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Doğum eyleminde yeterli ve nitelikli tıbbi bakım ve hemşirelik bakımı, sağlıklı ve doyurucu bir deneyim geçirerek sağlıklı bir bebeğe kavuşmayı mümkün kılacaktır (9).

Her kadının doğum eylemi hakkında bazı beklentileri vardır. Bu beklentilerden en önemlisi doğum ağrısı ile başarılı bir şekilde başa çıkabilmektir. Doğum ağrılarıyla baş edebilen kadının, doğum eylemiyle ilgili görüşlerinin olumlu olduğu yapılan çalışmalarla da gösterilmiştir (8,9). Ayrıca kadının bu dönemdeki memnuniyeti, kadının kendi sağlığı, bebeğinin sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından da son derece önemlidir. Olumsuz bir doğum deneyimi kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, sonraki doğumlarda sezeryan isteği, cinsel disfonksiyon, anne bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları, bebeği ihmal gibi durumlara neden olabilmektedir (8-10).

2.2. DOĞUMUN EVRELERİ

Fizyolojik olarak normal doğum, fetusun doğum kanalından inişi sırasında, servikal kanalda düzenli ve ilerleyici, açılma ve silinme sağlayan uterus kontraksiyonlarının devam ettiği bir süreçtir. Doğum süreci dört evreye ayrılır. Her bir evrenin kendine özgü özelliği vardır (11,12).

2.2.1. Birinci Evre

Bu evre gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme (%100) ve dilatasyonun (10 cm) tamamlanması ile sonlanır. Doğumun birinci evresi hem primiparlarda, hemde multiparlarda uzundur. Bu evre kendi içinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (11,12).

- **Latent Faz:** Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar, silinme tama yakın, dilatasyon 2-3 cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda ortalama 8 saat, multiparlarda ise ortalama 5 saat sürer. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelir ve 15-20 saniye sürer (10-12).
- **Aktif Faz:** Servikal açıklık 3cm olduğunda başlar ve 8cm olduğunda biter. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelir ve ortalama 45-60 saniye sürer. Aktif faz ortalama primiparlarda 4, multiparlarda 2 saat sürer (10-12).
- **Geçiş Fazı:** Dilatasyon yaklaşık 8cm olduğunda başlar, 10 cm olunca sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. Geçiş fazının süresi primiparlarda yaklaşık 1 saat, multiparlarda ise 30 dakikadır. Gebe için doğum eyleminin en güç dönemidir. Doğumun oldukça zor bir dönemidir, kadın çok hassastır, sinirlidir ve kontrolünü kaybedebilir (10-12).

2.2.2. İkinci Evre

Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğması ile sonlanır. Kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. İkinci evre serviksin dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dakika kadar sürmektedir. Kadın genellikle bu evrede kontrol etme duygusunu tekrar kazanır. Kontraksiyonlar ve ağrısı çok güçlü ve yoğundur fakat kontrolünde olduğunu hisseder, fetusu iterek süreci tamamlayacağını ve bunun için bir şeyler yaptığının bilincindedir. Kadın kontraksiyonlar sırasında fetusu dışarıya itmek için çok fazla fiziksel güç sarf eder, kontraksiyon aralarında ise etrafında olanları unutabilir ve

uykulu gözükebilir. Bebeğin doğumuyla birlikte ikinci evre sonlandığında muazzam bir rahatlama ve heyecan hisseder (11,12).

2.2.3.Üçüncü Evre

Eylemin üçüncü evresi bebeğin doğması ile başlayıp plasenta ve membranların atılması ile sonlanır. Bu evre yaklaşık 15-30 dakika sürer (11,12).

2.2.4. Dördüncü Evre

Plasentanın atılması ile başlayan ve ilk dört saatlik süreyi kapsayan dönemdir. Doğum sonrası erken dönem olarak nitelendirilen bu evre anne ve bebek için çeşitli tehlikeleri içerdiğinden yakın gözlem gerektirir (11,12).

2.3. DOĞUM AĞRISI

2.3.1 Ağrının Tanımı ve Doğum Ağrısı

Ağrı, kompleks ve kişisel bir durumdur ve sadece anatomik yapıları ve fizyolojik davranışları değil psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri de içerir. Ağrı, aynı zamanda kişiyi profesyonel yardım almaya en fazla motive eden semptomdur (13-15). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan tanılamaya göre ağrı, “vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan, emosyonel bir duyum, davranış şeklidir (13-16). McCaffery ve Pasero (17,18) tarafından yapılan tanımda ağrı, “hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlanmıştır.

Doğum ağrısı fizyolojik sürecin bir devamı olduğu halde kadınlara endişe, korku ve kaygı hissettiren en akut ağrıdır. Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ve kontrolü en zor ağrılardandır. Doğum ağrısının bireysel fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri vardır. Amerika’da 2001 yılında Doğallık ve Doğumdaki Ağrı Yönetimi adlı kanıt temelli Sempozyum’da savunulan görüş “doğumdaki ağrıda en önemli nokta, doğumdaki ağrıyı bilmek değil, doğumdaki kadına ihtiyaçları doğrultusunda danışmanlık yapabilmek” şeklindedir (6,19).

2.3.2. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi ve Ağrı Yolları

Uterus ve serviksin afferent lifleri primer olarak, sempatik sinirlerle giden A delta ve C lifleridir. Anatomik çalışmalarda bu lifler ard arda uterin ve servikal pleksuslar, inferior, orta, superior ve hipogastrik pleksuslar ve alt torasik sempatik zincirden geçip T10, T11, T12 ve L1 sinir kökleri yolu ile korda girer. Doğumun birinci evresinde bu liflerin yakın olduğu bölgeye yapılan anestezi enjeksiyonu ağrıyı azaltır. Doğum ağrısında parasempatik sinirlerle giden afferent lifler belirgin değildir. Uterustan çıkan vagal afferentler de doğum ağrısının şiddetini değiştirmektedir (16,20-23).

Doğum eyleminin ilk safhasının sonlarında perineal ağrının başlaması fetusun ilerlediğini ve doğumun ikinci evresinin başladığını gösterir. İkinci evredeki ağrı vajina ve perinenin gerilmesiyle oluşur. Perineal bölgenin duysal innervasyonu nervus pudentalis tarafından taşınır ve impulslar pudental sinirler yolu ile gider ve S2, S3 ve S4 segmentlerdeki sinirlere girer. Spinal kordun tüm seviyelerinden kalkan afferet impulslar beyine ulaşır ve ağrı algılanır (16,21-23).

2.3.3. Doğum Ağrısının Özellikleri

Somatik ağrıdan farklı olmak üzere visseral ağrı çoğunlukla internal yaralanmaya bağlı değildir. Diğer visseral organlardaki gibi ağrı, uterus veya serviksin gerilme ve dilatasyonuna bağlıdır. Zararlı somatik uyarılardan farklı olarak bu uyarılar ağrı doğurur, ancak direkt yaralanma yapmazlar. Doğum ağrısının anneyi doğum eyleminin başladığı konusunda uyarması yanında yararı yoktur, ağrının oluşturduğu stres fetusa zararlı olabildiği için tedavi edilmelidir (23,24).

Visseral ağrının diğer formlarında olduğu gibi doğum ağrısı zayıf lokalize edilmektedir. Erken travayda ağrı T11 – T12 dermatomlarında iken, I. evrenin aktif fazında T10 ve L1'e inmektedir. Bu dermatomlarda ağrı tümüyle aynı değildir, ancak yollarla tarif edilen, ara sıra sadece bir tarafta ve sıklıkla sırta vuran bir ağrı vardır. Bu, aşağı uterin segment ve servikse dağılımına denk gelmektedir (23-25).

Literatüre bakıldığında doğumdaki ağrı teorileri;

Kapı Kontrol Teorisi

- Düşleme
- Dikkati başka yöne çekme

Endorfin Teoriler

- Fiziksel egzersiz, yoğun travma, masaj,

İnteraktif Ağrı Modeli

- Aile, kültür, bakım sistemi şeklinde gruplanarak açıklanmıştır (19,23).

2.3.4. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum ağrısının değerlendirmesinde; doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde ve oluşabilecek komplikasyonların tanılanmasında hemşirelik hizmetleri oldukça önemlidir. Ağrının algısal boyutu subjektif bir durumdur ve bu nedenle değerlendirilmesi ve tedavisinde, ağrının algısal yönü kadar duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını dikkate almak gerekmektedir. Diğer önemli bir nokta; değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin ağrıya bakışı ve algısı ağrının değerlendirilmesinde oldukça önemlidir (25-27).

Genel olarak ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu veya çok boyutlu yöntemler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır (19).

Ağrı değerlendirmesinde kullanılan tek boyutlu ölçekler; Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ), Sayısal Ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Burford Ağrı Termometresi (BAT)'dir. Çok boyutlu ölçekler ise; The Mcgill Pain Questionnaire (PRI-R), Ağrı Soru Formu, Dartmouth Ağrı Soru Formu, Davranış Modelleri, Ağrı Algılama Profili, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi'dir (19, 23, 25, 27).

Çok boyutlu ölçekler ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ve ağrının şiddeti gibi birçok boyut aynı anda değerlendirilmektedir. En fazla kullanılan, güvenilirlik ve geçerliği en fazla test edilen Melzack ve Torgerson' un geliştirdiği McGill-Ağrı Anketidir (19, 23, 25, 27).

Doğum ağrısının değerlendirmesinde sıkça kullanılan Visual Analog Skala (VAS), kullanımı kolay, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı değerlendirme yöntemidir. Sayısal değerlendirme yöntemi olarak, ağrı tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı bir yöntemdir. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10–100) düzeyine kadar ulaşır (23, 25, 27).

Ayrıca doğum ağrısında diğer araçlara nispeten literatürde yeni bir eşleştirme aleti olarak bildirilen PainMatcher (PM); hastanın belli bir alandaki ağrı yoğunluğunu elektriksel uyarılarla eşleştirmesine olanak tanımaktadır. Bu aletin psikometrik özellikleri hem kronik ve hem de akut ağrı durumlarında incelenmiştir (28-31). PM'in, -VAS'ın da dahil olduğu- bazı çalışmalarda güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (28-30,32). Ayrıca, PM'in duyuşal ağrı ve ağrı eşiklerini güvenilir bir şekilde tahmin ettiği de ortaya çıkarılmıştır. (33-35)

2.4. DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİNDE ANNEYE VERİLEN HEMŞİRELİK DESTEĞİNİN ÖNEMİ

Kızılkaya'nın (36) kaynağında Bryanton'nın belirttiğine göre, doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin çalışmada hemşirelerin yeterli olmalarının ve fiziksel bakım vermelerinin tek başına yeterli bulunmadığını, kişisel yeteneklerinin, teknik yeteneklerinden daha fazla kadınlar tarafından önemli olarak algılandığını vurgulanmıştır. Kızılkaya'nın (36) kaynağında Mackey et al. belirttiğine göre, teknik olarak yeterliliğin önemine karşın hal ve hareket tarzı, destekleyici bakım verme ve her bir kadını tek bir birey olarak kabul etme hemşirenin en önemli niteliğidir. Aynı zamanda en önemli destekleyici hemşirelik davranışlarının, hemşirenin kadının gereksinimlerini tanımlayıp karşılaması, doğum süresince hemşirenin varlığı, güvenini kazanma, rahatını sağlama ve ilgili olma olduğu belirtilmiştir.

Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşlerinin incelendiği çalışmada, kadınların olumlu bir doğum deneyimi edinmelerinde ve doğum stresiyle başa çıkmalarında hemşirenin özellikle emosyonel destek sağlamasının çok önemli bir unsur olduğu saptanmıştır (36).

Normal doğum eyleminde doğum hemşiresinin bakım verirken klinik kararları bilmesi, aynı zamanda bu kararın esnekliği ve doğum yapan kadının tercihlerine saygı duyması

çok önemlidir. Doğum eyleminde gebe kadına bakım veren hemşire ve doğuma eşlik eden sağlık profesyonelleri istekli, yeterli derecede bilgili olmalıdırlar (36).

2.5. DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİNE YÖNELİK DESTEKLEYİCİ HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

DSÖ Uygulama Rehberi'nde, normal doğumda, bakımın amacını güvenli bir şekilde mümkün olan en az müdahale ile sağlıklı bir anne ve bebeğe ulaşmak olarak belirtilip, doğum sürecinde doğuma müdahale için geçerli bir nedeninin olması gerektiği vurgulanmıştır. Bu rehberde bakım verenlerin görevlerini;

- Eylem sırasında, doğum anında ve sonraki dönemde kadını, eşini ve ailesini destekleme,
- Eylemdeki kadını gözleme: fetal monitörizasyonunu, doğum sonu bebeğin değerlendirilmesi, risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve problemlerin erken tespit edilmesi,
- Gerektiğinde amniyotomi, epizyotomi, doğum sonu bebek bakımı gibi küçük müdahaleleri yapma,
- Eğer risk faktörleri varsa yada komplikasyon gelişmişse daha ileri bakıma ulaşmasını sağlama olarak açıkça belirtmiştir (37).

Günümüzde doğumda fetal monitörlerin ve diğer tıbbi müdahalelerin yaygın olarak kullanımı ile eylemde hemşirelik bakımının destekleyici uygulamalardan daha ziyade teknik uygulamalara yöneldiği görülmektedir. Ancak doğum eyleminde destekleyici bakım önemli bir hemşirelik fonksiyonudur. Eylemde destekleyici hemşirelik bakımı kadının anksiyete, rahatsızlık, yalnızlık ya da yorgunluğunu kendi güçlerini kullanarak azaltmayı amaçlayan, ihtiyaç ve isteklerini bilen ve saygı gösteren tıbbi olmayan bakımdır (8,38).

Doğum eyleminde destekleyici hemşirelik bakımının, eylem süresinde, anestezi ve analjezi kullanımında, müdahaleli vajinal doğum hızında, oksitosin kullanımında, sezaryen hızında ve ağrı algısında azalmaya neden olduğu, ayrıca doğum süreci ile ilgili anne memnuniyetinde artma ve annenin kendini daha iyi hissetmesini gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar annelerin doğuma ilişkin yeterli bilgilerinin, eş ya da yakınların desteği olduğunda ve profesyonel bakım aldıklarında olumlu, mutlu ve sağlıklı bir doğum geçirdiklerini göstermektedir (39-44).

Campbell et al. (45) yaptıkları çalışmada doğumda daula desteği alan kadınların doğum sürelerinin destek almayan kadınlara göre kısaldığı saptanmıştır.

Doğum anında annenin, kendini rahat hissetmesinde ve kendi kontrolünü sağlamasında hem fiziksel ve hem de duygusal yönden desteklenmiş olması oldukça önemlidir. Literatürde destekleyici bakım; Bireysel ilgi, fiziksel bakım (annenin sırtına ve beline masaj yapma, sırtını yastıklarla destekleme, mahremiyetinin korunmasına özen gösterme), bilgi verme, ağrı ile başetme yöntemlerini öğretme ve uygulatma (solunum, gevşeme, pozisyon değiştirme), stress, anksiyete ve belirsizlik duygularının kontrolünde terapötik yöntemleri(el tutma, masaj, göz göze temas, cesaret verici yaklaşımlar vs) uygulama şeklinde açıklanmaktadır (8, 36, 42, 46-48).

Sürekli doğum desteğinin özellikle stres hormonlarının azalmasına bağlı olarak anne anksiyetesini azaltması şeklinde yarar sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca katekolamin salgısının arttığı durumda, vazokonstriksiyon ve dolayısıyla uterusu olan kan akımının azalması doğumun yavaş ilerlemesi ve fetüste potansiyel zarara neden olabildiği belirtilmektedir (40). Hodnett et al. (41) on altı randomize kontrollü çalışmayı incelediği meta- analizde; sürekli doğum desteğinin analjezi kullanımını azalttığı rapor edilmiştir . Dokuz sistematik incelemenin yapıldığı bir araştırmada, çoğu durumda doğumda desteklenmiş kadınların doğum sonu dönemde algılarının geliştiği bildirilmiştir (42). Yapılan bir diğer araştırmada da; doğum süresince desteklenen kadınların, anneliğe karşı daha olumlu tutum geliştirebildiği belirtilmektedir (49).

Doğum eyleminde annenin bakım gereksinimleri karşılanmadığında, kadınlar yoğun anksiyete ve korku yaşayabilir ve daha fazla ağrı hissedebilirler. Bundan dolayı, anneler doğum olayına aktif olarak katılamayabilir ve hem anneler hem de aileler doğum eylemiyle başetmede güçlük yaşayabilirler. Bu durum, annenin doğum eyleminin uzamasına ve fetüsün solunum sıkıntısı yaşamasına hazırlayıcı bir faktör olabilir. Doğum süreciyle başedebilmesi için anneyi cesaretlendirmeli ve duygusal yönden ona destek olunmalıdır. Hemşire annenin gereksinimleri doğrultusunda fiziksel bakımını sağlarken ve bu bakımları verirken kurulan iletişimle anne rahatlayacak, kendine güveni artacak, doğum eylemine aktif katılacak ve kendisini değerli hissedecektir. Tüm bu olumlu kazanımlar annenin gelecekteki annelik rolünü benimsemesini etkileyecektir (46, 50).

Şentürk ve Akkuzu'nun (25) yaptığı araştırmadaki kadınların %69'u doğumhanede aldıkları hizmetlerden memnun olduklarını, buna karşın gebelerin %26.2'si doğumlarını yaptıran sağlık personelinin kendilerine saygısız davrandığını, saygısız davranışlar içinde birinci sırada hakaret etmenin yer aldığını belirtmiştir. Şahin ve ark. (51) yaptıkları çalışmada; travaydaki kadınların %70'inin normal spontan vajinal doğum yaptığı ve %58'ine doğum ağrısıyla baş etmede hiç bir şey yapılmadığı belirlenmiştir. Diğer çalışmalarda doğumhanede stajyer ebe ve hemşirelerin solunum egzersizleri ve masaj teknikleri gibi nonfarmakolojik girişimler uyguladıkları ve bu girişimlerinin doğum korkusu stresini ve ağrıyı azalttığı saptanmıştır (52, 53). Yiğit ve ark. (50) yaptıkları çalışmada kadınların doğum masası ile ilgili düşüncelerine bakıldığında, %36.7'sinin "zordu" ifadesini kullandığı saptanmıştır. Pınar ve Pınar'ın (46) kaynağında Kömürcü'nün belirttiğine göre; eylemdeki annenin duygusal desteğe ve bireysel ilgiye daha fazla ihtiyaç duyduğu, bu doğrultuda ebe / hemşirelerin, eylem süresince anneye karşı "yardım etme", "anlayışlı davranma", "fiziksel bakım ve rahatlığını sağlama" gibi gereksinimlerine duyarlı olmaları gerektiği vurgulanmıştır. Timur ve Şahin'nin (49) yaptıkları çalışmada; kadınların %74.5'i doğum eyleminde destek olacak birine ihtiyaç duyduğunu ve %57.4'ü doğumdan korktuğu için destek olacak birine ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Kadınlar çoğunlukla destek olacak kişi olarak sırasıyla annesini (%43.8), eşini (%30.7), kardeşini (%25.2) ve bir sağlık personelinin (%10.2) istemiştir. Kadınlar en fazla cesaretlendirilmeye ihtiyaç duyduklarını (%41.6) ifade etmişlerdir. Turan ve ark. (47) İstanbul'da yaptığı çalışmada doğum sürecinde kadınların %83'ü, Morhason-Bello et al. (48) yaptığı çalışmada ise %75'i yanında destek olacak birini istemiştir.

Yapılan araştırmalar göstermektedir ki; doğum anında anneye bakım veren hemşire anneye rahatlatıcı ve güven verici biçimde davranmalı, söylediklerini dinlemeli, sorularına cevap vermeli ve anlayacağı şekilde açıklama yapmalıdır. Bununla birlikte anneyi cesaretlendirmeli, onun davranış ve ifadelerini kabul etmeli ve onu yargılamamalıdır. Literatürde destekleyici bakım içinde el tutma ve ekspresif dokunmadan da bahsedilmektedir (6,9).

Doğum eyleminde ağrısı olan gebelere hemşirenin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte terapötik dokunmanın gebenin anksiyetesini ve dolayısıyla da ağrı algısını azalttığı çalışmalarla bildirilmiştir. Bazı kadınlar, doğum eylemi sırasında avuç içi ya da ayak tabanının sürekli uyarılmasının kendilerini rahatlatıldığını söylemektedir. Doğum eyleminde kadınlar aynı anda el ve ayaklarını ovmaktan, ellerini kuvvetlice çırpma ya da sıkıca tutmaktan ve soğuk yatak parmaklıklarına dokunmaktan hoşlandıklarını belirtmektedir. Özellikle kadınlar, sert bir maddeyi avuç içinde sıkmayı da rahatlatıcı bulmaktadırlar. Örneğin plastik bir tarağın dişleri avuç içine basınç oluşturacak şekilde yerleştirilip sıkılması kadını büyük ölçüde rahatlatmaktadır. Genellikle kontraksiyon anında çoğu kadın bir başkasının elini sıkıca tutmayı da isteyebilmektedir (6,9).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iletişimde kullanılan ve sözsüz iletişimin bir şekli olan dokunma, sağlık çalışanlarının hasta ile etkileşiminde birçok amaca hizmet etmektedir. Dokunma yoluyla hastalara yakınlık, ilgi, güven, cesaret, içtenlik, sıcaklık, empati, saygı, destek, anlayış, kabul etme, yardıma isteklilik gibi mesajlar iletilmektedir (56).

Deriye uygulanan dokunma hareketleri ile alıcılar uyarılır, beyne giden iletiler kişi tarafından yorumlanarak yanıtlanır. Hasta bakımında dokunma, hemşirenin elindeki deri yüzeyi ile hasta vücudu arasındaki temas taktiği olarak bilinir (57).

Literatürde üç farklı dokunma modeli belirtilmektedir;

1. Fiziksel duyu modeli: Enstrümantal dokunma olarak da bilinen bu dokunma şekli, fiziksel içerikli olan pansuman, enjeksiyon gibi bir görevi yerine getirirken gerçekleştirilen dokunmadır.
2. Psikolojik-hümanistik model; hasta ile iletişim kurmak için gerçekleştirilen modeldir.
3. Alan modeli: Enerji alanını etkileyerek hasta bir kişiyi iyileştirmektir. Alan modeli; terapötik ve ekspresif dokunmayı içerir (58).

Terapötik dokunma bir hemşirelik müdahalesidir. Terapötik dokunmanın savunucuları, bunun hemşirelik uygulamalarının ayrılmaz bir parçası olduğunu ve hastalara uygulandığında geniş anlamda iyileşme ve rahatlama sağlamayı kolaylaştırdığını savunmaktadırlar. Hemşirelik literatüründe dokunmanın doğum sırasında ve sonrasında rahatlama ve gevşemeyi sağladığı belirtilmektedir (59).

Randolph (60) yaptığı çalışmasında dokunmanın stresin fizyolojik göstergeleri üzerinde anlamlı bir azalma sağladığını saptamıştır. Uzak doğuda binlerce yıldır uygulanmakta olan terapötik masaj ağrı, bulantı, yorgunluk ve anksiyete gibi semptomların azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması, kasların gevşetilmesi, dolaşımın artırılması gibi fiziksel yararlarının yanı sıra mental yararları da olan güvenli ve etkili bir yöntemdir (61). Günümüzde doğum sırasında terapötik dokunma ve masaj terapisini içeren manuel tedavi şekli kullanılmaktadır. Terapötik dokunmanın amacı, doğumda sevecenlik ve güven duygusunun olduğu iletişimi sağlamaktır. Doğum sırasında sırtta, karına, kalçaya, bacağına, sakruma veya perineye elle uygulanan basıncın uterus kontraksiyonlarının neden olduğu ağrıyı azaltabildiği belirtilmektedir (62). Yapılan bir çalışmada akraba, arkadaş, eşler, hemşire ve doktor tarafından sağlanan dokunmanın hastaların %94'ü tarafından olumlu olarak algılandığı belirtilmektedir. Hastalara güven veren dokunma şeklinin anksiyeteyi azalttığı rapor edilmiştir (63). Otuz hastayı içeren retrospektif bir diğer çalışmada; doğum sırasında dokunma eyleminde bulunulan gebelerin %77'sinin ağrısının azaldığı ve yine %40'nın analjeziye duyduğu ihtiyacın azaldığı belirlenmiştir (62).

Ekspresif dokunma; duyguları dokunarak anlatma biçimidir. Ekspresif dokunmada temasın etkisiyle deri yüzeyindeki enerjinin harekete geçirilmesi söz konusudur. Ekspresif dokunma özel eğitim gerektirmediği için hemşireler tarafından uygulanabilir. Duyusal içerikli ve güven verici özelliği olan ekspresif dokunma, hastaya psikolojik olarak kendisine değer verildiği duygusunu yaşatır, hasta-hemşire etkileşimini artırır, hastanın psiko-sosyal sorunlarını azaltır ve fizyolojik olarak; solunum, kan basıncı ve nabızı düşürerek fizyolojik iyileşme üzerine de etki eder (57, 59, 64).

Literatürde hemşirelerin dokunmayı kullanarak hastalara mesaj iletme durumu incelenmiş, gizlilik, anlama, içtenlik, saygı, ilgi, güvenlik, rahatlık, sıcaklık, cesaret, kabul gibi mesajların iletildiği belirtilmiştir (56, 65). Ekspresif dokunma, hemşirenin hoşgörüsü ve hastanın isteğine göre tedavi ile birlikte uygulanabilir. Hemşirenin hastaya etkili dokunma uygulayabilmesi için hastanın vücudunu dokunulmayacak bir alan olarak görmemesi gerekir. Ekspresif dokunmada, en sık dokunulan vücut bölümleri eller, kollar, alın, saçlar ve omuzlardır (58). Ekspresif dokunma için 15-20 dakikalık sürenin yeterli olduğu belirtilmektedir. El üzerine yapılan ekspresif

dokunmanın etkili olabilmesi için ele dokunma sürecinde masaj yapılır ve masaj öncesi - sonrası kol ve omuza aralıklı olarak nazıkçe dokunulmalıdır (66).

2.6. DOĞUM HİZMETLERİNDE ANNE MEMNUNİYETİ

Kadınların yaşamında çok önemli bir deneyim olarak görülen doğum ve kadının bu dönemdeki memnuniyeti, anne-çocuk sağlığı ve olumlu aile ilişkileri açısından son derece önemlidir. Doğumun daha güvenli hale getirilmesi ile birlikte doğum sürecinde bakımın odağı olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi olmaya başlamıştır. Bu nedenlerle kadınların doğum ve postnatal dönemdeki deneyimleri ve aldığı bakımdan memnuniyetinin değerlendirilmesine verilen önem giderek artmaktadır (36).

Günümüzde doğumda teknolojinin yaygın kullanımı, sezeryan doğum oranlarında artış, doğumun indüksiyonu ve epidural analjezi, doğumun ve verilen tıbbi bakım ile hemşirelik bakımının doğasını değiştirmiştir. Bu değişimler kadınların doğum deneyimlerini ve memnuniyetlerini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemiştir. Birçok sağlık merkezinde perinatal dönemde ebeveynlerin yaşadıkları deneyimlerden memnuniyetleri değerlendirilerek sağlık çalışanları ve yöneticiler tarafından kadının ve ailenin memnuniyetini etkileyen faktörlere daha fazla dikkat edilmektedir (67).

Ülkemizde hasta memnuniyeti araştırmalarında; hastaların genel memnuniyet düzeylerinin %65-%92 arasında seyrettiği belirlenmiştir (68). Ülkemizde bir çalışmada kadınların hastanelerin doğum hizmetlerinden memnuniyetinin %54 ile %90 arasında olduğu bildirilmiştir. Yapılan diğer bir çalışmada, doğum sırasında gereksiz işlemlerin yoğunluğu, doğumda annelere destek olmaması, emzirmenin desteklenmemesi ve yetersiz bilgilendirme ve danışmanlık annelere verilen hizmetlerin genel özelliği olarak bulunmuştur (69).

Doğumda annelerin deneyimlerini ve memnuniyetini değerlendirmede farklı ölçüm yöntemleri kullanılmıştır. Bu ölçekler arasında Janssen et al. (67) tarafından Kanada'da geliştirilen Obstetrik Bakımdan Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği, Smith (70) tarafından İngiltere'de geliştirilen Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyetleri İle İlgili Görüşleri Anketi, Wijma et al. (71) tarafından İsveç'te geliştirilen Wijma Doğum Beklentileri ve Deneyimleri Anketi, Amerika Birleşik Devletleri'nde 1979 yılında Marut & Mercer (72) tarafından geliştirilen Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği ve Hodnett ve Simmons-Tropea (73) tarafından 1987 yılında Kanada'da geliştirilen ve

Türkçe'ye uyarlaması 1998 yılında Gençalp tarafından yapılan Doğum Duygulanım Ölçeği sayılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Çalışma, Kayseri İl merkezindeki Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğum Kliniği (KEAHDK)'nde yapılmıştır. Kayseri'de bu hastane dışında, üniversite hastanesi ve çeşitli özel hastanelerin doğum servislerinde de doğum hizmetleri verilmektedir. KEAHDK'nde gerçekleştirilen normal doğum sayıları diğerlerine göre daha fazla olmaktadır. Yatak kapasitesi 200 olan hastane, 8 klinik (Doğum salonu, Lohusa, Jinekoloji, Prenatal, Septik, Çocuk, Acil servisleri ve Ameliyathane) ve 5 poliklinik (Aile Planlaması, Gebe, Jinekoloji, Menopoz ve Çocuk) ile hizmet vermektedir. Septik servisinde 24 haftanın altı gebelikler ile kanamalı gebelikler, prenatal servisinde 24 haftanın üstü riskli gebelikler ve kanamalı olmayan gebelikler, jinekoloji servisinde sezaryen olanlar ile jinekolojik vakalar, lohusa servisinde normal vajinal yolla doğum yapan anneler yatmaktadır. Doğum salonunda ise travayda ve doğum yapmakta olan gebeler hizmet almaktadır.

Doğum salonunda üç adet travay odası bulunmaktadır. Travay odaları beşer kişilik olup, 15 yatak bulunmaktadır. Doğum salonunda ikisi tek kişilik, biri iki kişilik olan üç doğum odası vardır. Doğum odalarının hepsinde radyan ısıtıcı, oksijen tüpü, aspiratör, elektronik tartı ve ilaçlar ile gerekli malzemelerin bulunduğu dolaplar bulunmaktadır.

Ayrıca dört NST aleti ile dört yatağın yer aldığı bir oda, gebelerin muayenelerinin yapıldığı iki muayene masası, bir ultrason ve ultrason çekimi sırasında kullanılan bir yatağın olduğu bir muayene odası da doğum salonunda yer almaktadır.

Travaydaki gebelerin takibi ile normal doğumları ebe ve hemşireler yaptırmakta, normalden sapan durumları doktora haber vermektedirler. Doğum salonundaki tüm gebelerin 08, 16 ve 24 saatlerinde günde üç kez genel takipleri yapılmaktadır. Daha sonraki takipler ise gebenin durumuna göre gerekli görüldüğünde yapılmaktadır. Doğum sürecinin hızlanması ve ağrıyı daha az hissetmeleri için uygun olan gebeler yürümeye teşvik edilmektedir. Doğumdan sonra bakımları yapılan anne ve bebek lohusa servisine gönderilmektedir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini KEAHDK doğum salonunda normal doğum yapan tüm gebeler oluşturmuştur. KEAHDK’nde 2010 yılında 6127 doğum gerçekleşmiştir. Bu doğumların 3630’ü vajinal doğum, 2487’si ise sezaryen doğum şeklindedir.

Örneklem büyüklüğü, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Bioistatistik Anabilim Dalı tarafından, NCSS–PASS programı kullanılarak hesaplanmıştır. Lın ve Taylor’ın (74) çalışması referans alınarak hesaplama yapılmıştır. Böylece çalışmaya $\alpha= 0.05$ ve $\beta=0.10$ olacak şekilde, müdahale ve kontrol gruplarına minimum 35’er gebe olacak şekilde toplam 70 gebenin alınması gerektiği belirlenmiştir. Ancak kayıpların olabileceği düşünüldüğünden çalışmaya 40 kontrol, 40 müdahale olmak üzere toplam 80 gebe alınmıştır. Gebelerin hangi grupta yer alacağı bilgisayar aracılığı ile belirlenmiş ve randomize edilmiştir.

3.4. ARAŞTIRMAYA ALINMA KRİTERLERİ

Çalışma kapsamına alınan gebeler aşağıdaki ölçütlere göre belirlenmiştir:

- 18 yaş ve üstü,
- Miadındaki (38–42 hafta) gebeler,
- Tek fetüs ve baş prezantasyonu olan,
- Servikal dilatasyonu 7-8 cm olan,
- Kontraksiyonları düzenli olan,
- Sözel iletişim kurabilen,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler alınmıştır.

Plasenta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyoz ve polihidroamniyoz, pozisyon / prezentasyon bozukluğu v.b. gibi komplikasyonu olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.5. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri, gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile tıbbi ve obstetrik öyküsünü belirlemek üzere ‘Gebe Tanıtım Formu’, doğum sürecini ve anne memnuniyetini değerlendirmek için ‘Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu’ ve Anne “Normal Doğumda Anne Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği” aracılığıyla toplanmıştır. Gebelerin eylemdeki ağrı düzeyleri Visüel Analog Skala ve Painmatcher aracılığı ile belirlenmiştir.

3.5.1. Gebe Tanıtım Formu (GTF) (Ek 1)

Gebelere uygulanmak üzere, araştırmacı tarafından ilgili literatür (8-12) taranarak geliştirilen form 6 sorudan oluşmaktadır. Formda; gebenin sosyo-demografik özellikleri, obstetrik öyküsü, şimdiki gebeliğine ilişkin bilgileri içeren sorular yer almaktadır. Sosyo-demografik veriler içinde; gebenin yaşı, evlilik süresi, öğrenim durumu ve yaşadığı yer sorgulanmıştır. Obstetrik öyküsü içinde; gebelik, doğum, doğum süreleri durumu yer almaktadır.

3.5.2 Doğum Sürecine İlişkin İzlem Formu (DSİİFF) (Ek 2)

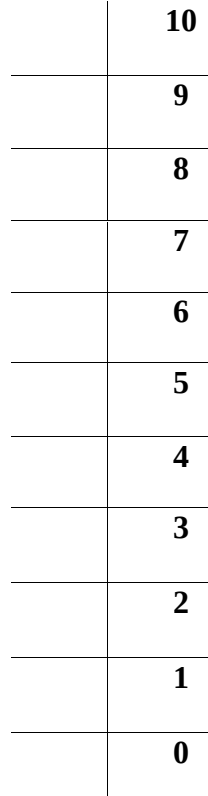
Eylem sürecini değerlendirmeye yönelik olarak hazırlanmış olan forma servikal silinme ve açıklık, kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddeti, fetal kalp sesleri (FKS), indüksiyon alıp-almadığı, gebenin yaşam bulguları ve ağrı düzeyleri (Visüel Analog Skala ve Painmatcher ölçüm değerleri) kaydedilmiştir.

3.5.3 Visüel Analog Skala (VAS) (Ek 3)

VAS birçok çalışmada doğum ağrısının yoğunluğunu değerlendirmek için kullanılmış, güvenilir ve geçerli olduğu bulunmuştur. Subjektif algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılmaktadır (23).

Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan, ağrının yoğunluğunu niceliksel olarak belirlemek için kullanılan 0-10 cm’lik bir cetvel şeklinde ölçektir (Şekil 3.1). Cetvel üzerinde hasta/birey kendi ağrısını işaretlemektedir. İşaretlenen bu çizgi ağrı algısı düzeyini belirlemede sayısal veri olarak kullanılmaktadır.

VAS’ da standardizasyonu sağlamak amacıyla yapılan çalışmalarda VAS’ın dikey kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtilmiştir. Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın yüksek olduğu bildirilmiştir (23).



Şekil 3.1. VAS

3.5.4 Painmatcher- Ağrı ölçer cihazı (PM) (Ek 4)

PM İsveç’de Cefar-compex (<http://www.hellopro.fr/electrostimulateur-painmatcher-cefarcompex-2011992-0899-produit.html>) tarafından üretilen, elektrik stimülasyonunun deri üzerine uygulanarak ağrı eşiği ile birlikte ağrı düzeyini saptayan hem deneysel uygulamalarda hem de klinik uygulamalarda kullanılmış bir ağrı ölçer aracıdır (Şekil 3.2). PM 10 Hz’lik frekanslarla monofazik kare pulsları ileten- kontrollü, sürekli, akım, elektrik stimülasyonu olan mikro işlemcidir. 15 mA lik puls büyüklüğünde iki elektrotla sahiptir. Ağrıyı değerlendirebilmek için aletin başparmağı ile işaret parmağı arasında tutulması gerekmektedir. Hasta / bireyden herhangi bir şey hissettiğinde (duyusal eşik), ağrı hissettiğinde (ağrı eşiği) ya da devam eden ağrı ile eşleşen bir ağrı (ağrı eşleşmesi) hissettiğinde aleti bırakması istenir. Skorlar, LCD ekranda puls genişliğine bağlı olarak 0 ila 99 arasında değişen değerler şeklinde görünür. Her bir seans üç skor verir ve bunlar aletin hafızasına kaydedilir. Kalp pili olanlar tarafından kullanılmamalıdır (75)



Şekil 3.2. Painmatcher

Aşağıda Painmatcher cihazının kullanım basamakları görülmektedir(Ek 4)

PainMatcher cihazı ağrının ölçülmesi, kaydedilmesi için kullanılan bir cihazdır. Ellerinde duyu algılama yeteneği ve tam kapsamlı motor becerisi olan herhangi bir kişi, PainMatcher(ağrıölçer) cihazını kullanabilir. PainMatcher, elde taşınabilir tipte, pille çalışan bir cihazdır ve tıbbi eğitilmiş personelin talimatlara göre kullanılması gereklidir.



PainMatcher cihazı ile yapılan bir seans bir, iki veya üç ölçümden ibarettir.

- ❖ Bir seans genellikle bir dakikadan daha az sürer.
- ❖ Hasta, PainMatcher cihazının sol tarafındaki elektrotları sol elinin baş parmağı ve işaret parmağı arasında, kısaç seklinde kavrayarak tutar.
- ❖ Bir seans örneği: Üç farklı ölçüm yürütülür;



1-İlk aşamada; Uyarma işlemini başlatmak için elektrotlar sıkıca kavranır. Herhangi bir akım hissedildiğinde hemen kavrama gevşetilir. Ortaya çıkan (skor) değeri; duyusal eşik (ağrı duyusu) değeridir.



2-İkinci aşamada; tekrar elektrotlar sıkıca kavranır. Akımın ağrı verdiği hissedildiğinde, en az seviyede ağrılı olsa bile, hemen kavrama gevşetilir. Ortaya çıkan (skor) değeri; ağrı eşiği değeridir.



3-Son aşamada; Uyarma işlemini başlatmak için tekrar elektrotlar sıkıca kavranır. Akım, gerçek fiziksel ağrı kadar şiddetli olduğunda, hemen kavrama gevşetilir. Ortaya çıkan (skor) değeri; ağrı değeri (ağrı eşleştirme) değeridir.

3.5.5. Normal Doğumda Anne Memnuniyeti Ölçeği (NDAMDÖ) (Ek 5)

Doğum eylemi sırasında gebelerin rahatlık ve konforunu değerlendirebilecek başka bir ölçme aracı bulunamadığı için bu ölçekten yararlanılmıştır. Güngör (76) tarafından geliştirilen ölçek annelerin doğumda ve hastaneden taburcu olmadan önce erken postpartum dönemdeki deneyimlerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir.. Ölçek 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmakta olup annelerin kendisi tarafından doldurulabilmektedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1- Katılmıyorum, 2- Kısmen katılıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum ve 5- Kesinlikle katılıyorum) 5'li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. Ölçekteki 13 madde (7-10, 19-22, 35, 36, 38, 41, 42) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde 1- Katılmıyorum, 2- Kısmen katılıyorum, 3- Kararsızım, 4- Katılıyorum ve 5- Kesinlikle katılıyorum yerine 5- Katılmıyorum, 4- Kısmen katılıyorum, 3- Kararsızım, 2- Katılıyorum ve 1- Kesinlikle katılıyorum şeklinde puanlanır. Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı "toplam ölçek puanını" verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise "toplam alt boyut puanı" olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. NDAMÖ için hesaplanan kesme noktası puanı 150.5 olarak belirlenmiştir (>150.5 memnuniyet düzeyi yüksek, <150.5 memnuniyet düzeyi düşük). Alt boyutlara ait olan maddeler ve alt boyut minimum ve maksimum puanları Şekil 3' te verilmiştir. Alt boyutlarda Cronbach Alfa katsayısının, 0.67 ile 0.89 arasında değiştiği ve toplam ölçeğin iç tutarlılığın çok yüksek olduğu (cronbach alfa= .91) belirlenmiştir (Tablo 3.1)

Tablo 3.1. Anne Memnuniyeti Ölçeğinin Alt Boyutları, Alt Boyutlara Ait olan Maddeler ve Alt Boyut Minimum ve Maksimum Puanları

Alt boyutlar	Maddeler	Minimum Puan	Maksimum Puan
1. Sağlık Ekibini Algılayışı	1, 2, 3, 4	4	20
2. Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	5, 6	2	10
3. Rahatlatma	7, 8, 9, 10	4	20
4. Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18	8	40
5. Bebekle Tanışma	19, 20, 21	3	15
6. Postpartum Bakım	22, 23, 24, 25, 26, 27	6	30
7. Hastane Odası	28, 29, 30, 31	4	20
8. Hastane Olanakları	32, 33, 34	3	15
9. Mahremiyete Saygı	35, 36, 37, 38	4	20
10. Beklentileri Karşıllanması	39, 40, 41, 42, 43	5	25

3.6. ÖN UYGULAMA

Hazırlanan veri toplama araçlarının işlerliğini tespit etmek için KEAHDK Doğum Salonuna doğum yapmak üzere başvuran 15 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada GTF ile DSİİFF’nda gerekli düzenlemeler yapılarak son şekli verilmiştir. GTF’da birinci soruda “okuryazar olmayan” ifade “okuryazar” şeklinde değiştirilmiştir. DSİİFF’a “indüksiyon alımı” ifadesi eklenmiştir. PM cihazının gebe kadınlar üzerinde kullanılabilirliği de sağlanmıştır. Ayrıca çalışmanın ön uygulamasına başlamadan önce, cihazın kullanımı için, Erciyes Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Biyomedikal Mühendisliği Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Mahmut Tokmakçı ile cihazın satış temsilcisinden kullanıma ilişkin bilgi ve öneriler alınmıştır. Ön uygulamaya alınan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7. VERİLERİN TOPLANMASI

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, kliniğin başhemşiresi, doğum salonu sorumlu ebesi, diğer ebe ve hemşireler ile görüşülecek araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilmiştir.

Verilerin toplanması sırasında gebelerin rutin bakım ve tedavileri devam etmiştir. Doğum salonunun rutinlerine ek olarak gebelerin rahatını sağlamak ve emosyonel destek sağlamak amacıyla eylem sırasında müdahale grubundaki gebelerin eli araştırmacı tarafından tutularak müdahale edilmiştir. Ekspresif dokunma özel eğitim gerektirmediği için hemşire tarafından doğrudan deriye temas şeklinde uygulanabilen bir müdahaledir. Ekspresif dokunma, ellerin vücut ısısında olması dışında herhangi bir hazırlık gerektirmeyen bir uygulamadır. Kontrol grubundaki gebelere ise yalnızca doğum salonu rutinleri uygulanmış, destekleyici hemşirelik girişimleri uygulanmamıştır.

3.7.1. Müdahale grubuna (mg) yapılan uygulamalar

Çalışmanın başında araştırma kriterlerine uyan gebeler ile tanışılarak GTF doldurulmuştur. Daha sonra doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda); sırasıyla aşağıda yazılı olan uygulamalar yapılmıştır:

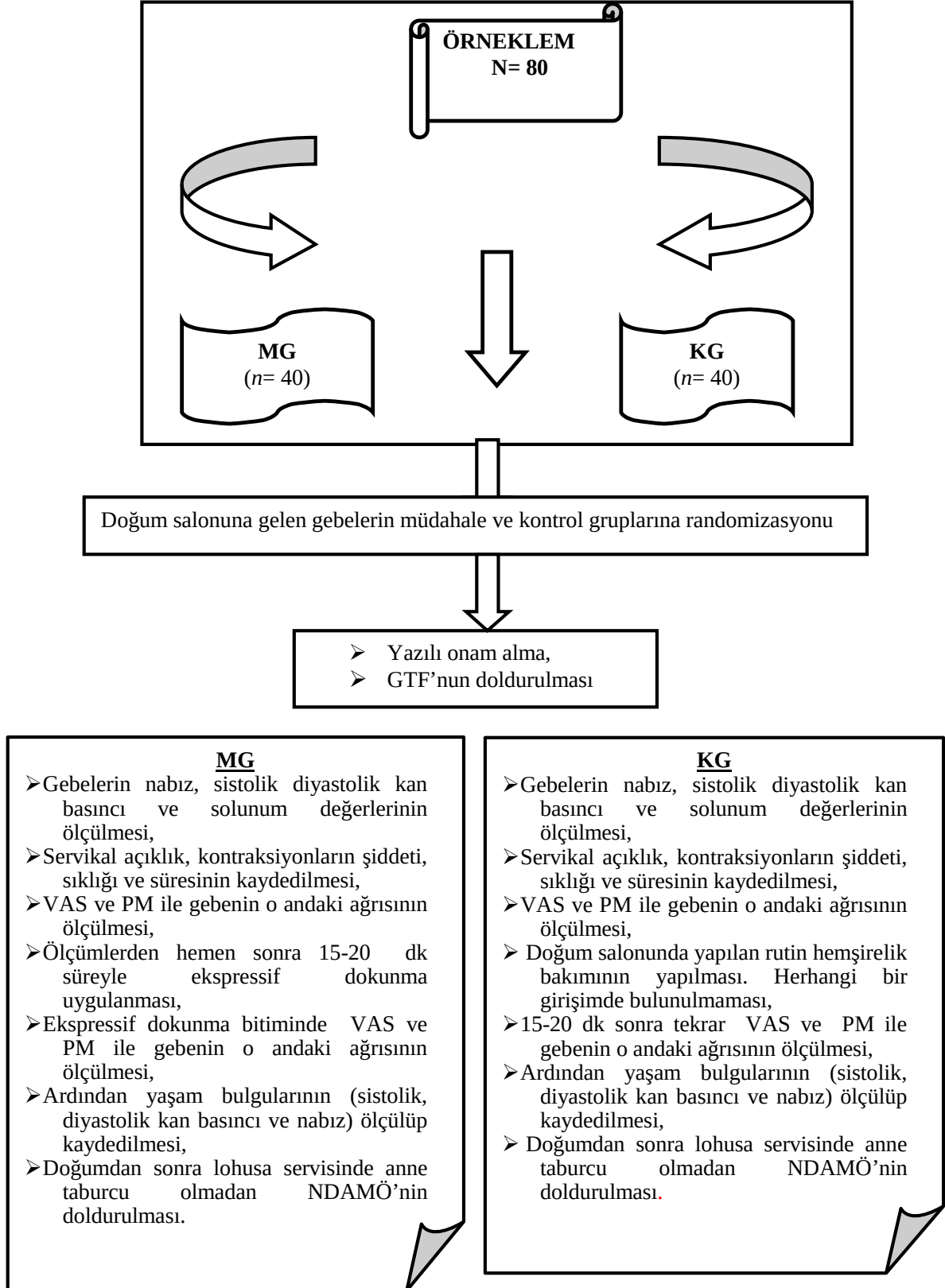
1. Gebelerin yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız) ölçülmüştür.
2. Gebelerin servikal açıklık, kontraksiyonların şiddeti, sıklığı ve süresi gebe dosyasından alınıp kaydedilmiştir.
3. Önce VAS, daha sonra PM ile gebenin o andaki ağrı ölçümü yapılmıştır.
4. Ölçümlerden sonra gebenin bir eline araştırmacı tarafından ortalama 15-20 dk süren ekspresif dokunma uygulanmıştır.
5. Gebenin uygun olan (serum olmayan ve tercihen araştırmacı tarafındaki) bir eli araştırmacının elleri arasına alınır.
6. Gebenin avuç içi araştırmacının avuç içine bakacak şekilde nazikçe kavranır.
7. Alttaki el sabit tutularak üstteki el ile gebenin elinin üstü dairesel şekilde nazikçe ovulur.
8. Masaj öncesi ve sonrası gebenin kol ve omuza aralıklı olarak nazikçe dokunulmalıdır.
9. Uygulama süresince gebelere adlarıyla hitap edilerek, elleri sıkıca ve içten bir şekilde tokalaşır gibi tutulup devamında gebeye sözel iletişim sürdürülmüştür.
10. 15-20 dk süre boyunca yapılan dokunma işleminin bitiminde önce VAS, daha sonra PM ile ağrı ölçümleri yapılmıştır.
11. Yeniden yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız) ölçülüp kaydedilmiştir.

12. Anneler lohusa servisinden taburcu olmadan önce postpartum ilk 24 saat içerisinde NDAMÖ doldurulmuştur (Şekil 3.3).

3.7.2. Kontrol grubuna (kg) yapılacak uygulamalar

Çalışmanın başında araştırma kriterlerine uyan gebeler ile tanışılarak GTF doldurulmuştur. Daha sonra doğum eyleminin birinci evresinde (aktif fazda); sırasıyla aşağıda yazılı olan uygulamalar yapılmıştır:

1. Gebelerin yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız) ölçülmüştür.
2. Gebelerin servikal açıklık, kontraksiyonların şiddeti, sıklığı ve süresi gebe dosyasından alınıp kaydedilmiştir.
3. Önce VAS, daha sonra PM ile gebenin o andaki ağrı ölçümü yapılmıştır.
4. KG gebelere hastane prosedürü dışında hiçbir destekleyici uygulama yapılmamış olup rutin hemşirelik bakımı almışlardır.
5. VAS, daha sonra PM ile ağrı ölçümleri yapılmıştır.
6. Yeniden yaşam bulguları (sistolik, diyastolik kan basıncı ve nabız) ölçülüp kaydedilmiştir.
7. Anneler lohusa servisinden taburcu olmadan önce postpartum ilk 24 saat içerisinde NDAMÖ doldurulmuştur (Şekil 3.3).



Şekil 3.3. Uygulama Akış Şeması

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

1. Bağımsız Değişkenler

- Gebelerin yaşı,
- Eğitim durumu,
- Yaşadığı yer,
- Gebelik sayısı,
- İsteyerek gebe kalma durumu,
- Gebelikte kontrole gitme,
- Doğum öncesi kontrollerde doğum ile ilgili eğitim alma durumu ve
- Yaşam bulguları skorları araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

2. Bağımlı Değişkenler

- Anne memnuniyeti puan ortalaması
- Gebelerin ağrı düzeyi puan ortalaması (VAS ve PM ağrı ölçümleri değerlendirmeleri) ve,
- Gebelere uygulanan ekspressif dokunma bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir.

3. 8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlandıktan sonra, bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde; SPSS 18.0 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Bu normallik testine göre, parametrik veya nonparametrik istatistiksel testler kullanılmıştır. Gebelere yönelik tanıtıcı bilgiler tablolarda sayı, yüzdelik dağılımları şeklinde verilmiştir. Ortalamalar standart sapma ile birlikte verilmiştir. Uygun olan verilerde ki-kare testi kullanılmıştır. Normal dağılan iki verinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılmayan iki verinin karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi kullanılmıştır. PM ve VAS skorlarının karşılaştırılmasında Spearman-Korelasyon testi uygulanmıştır. Karşılaştırmalarda güven aralığı %95 ve istatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.9. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için öncelikle Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan) onay alınmıştır. (Ek 6) Ardından Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü ve KEAHDK Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır.(Ek 7) Araştırmaya katılan gebelere araştırmanın amacı açıklanmış ve hazırlanan Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu ile yazılı onayları alınmıştır (Ek 8)

Katılımcılara önce araştırma hakkında bilgi verilip, onayları alınmış, kimliklerinin hiçbir şekilde açıklanmayacağı garantisi verilmiştir. Onamın gebenin söylenilenleri dinleyip anlayabileceği bir anda ve ağrısı yokken alınmasına özen gösterilmiştir. Gebelere uygulanan yöntemin anne ve bebeğe hiç bir zararlı etkisinin olmadığı açıklanmıştır. MG'ndaki gebelere ekspressif dokunma hakkında bilgi verilmiş ve tüm gebelere Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu doldurulup imzalatılmıştır (Ek 8). Araştırmaya katılan gebeler belirlerken gönüllülük ilkesine uyulmuş, veriler bire bir görüşülerek ve gebe dosyaları incelenerek elde edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilen tüm gebeler aynı travay odasında takip edildiği ve müdahale grubunu alacak farklı bir oda olmadığı için kontrol grubu gebeler müdahale grubuna yapılan uygulamaları görmüştür. Kontrol grubu gebeler bu durumdan olumsuz etkilenmiş olabilir.

4. BULGULAR

Doğumun ikinci aşamasında temel hemşirelik bakımı içinde yer alan ekspressif dokunma etkinliğinin anne memnuniyeti ve doğum ağrısına olan etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır. Çalışmadan elde edilen bulgular gruplandırılarak dört başlık altında sunulmuştur.

4.1. GEBELERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1.1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n= 40)		Kontrol Grubu (n= 40)		U/ X^2	p
	n	%	n	%		
Yaş Grubu						
18-23	10	12.5	20	25.0	$X^2 = 5.667$	0.06
24-29	11	13.8	19	23.8		
30-34	11	11.3	9	13.8		
Yaş Ortanca (Min-Max) ve Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	26 (18-34) 26.1 $\pm$ 4.2		23 (18-34) 24.5 $\pm$ 4.6		U= 1.796	0.07
Eğitim Durumu						
Okuryazar - İlkokul	23	57.5	21	52.5	$X^2 = 1.20$	0.54
Ortaokul	10	17.5	8	20.0		
Lise -Üniversite	7	25.0	11	27.5		
Yaşanılan Yer						
Kırsal	7	17.5	7	17.5	$X^2 = 0.00$	1.00
Kentsel	13	82.5	13	82.5		
Parite						
Primipar	11	27.5	15	37.5	$X^2 = 0.912$	0.34
Multipar	29	72.5	25	62.5		
Gebelik Sayı Ortancası (Min Max) ve Ortalaması ($\bar{X} \pm SS$)	2 (1-4) 2.3 $\pm$ 1.1		2 (1-5) 2.1 $\pm$ 1.1		U= 0-.831	0.40

Tablo 4.1.1’de çalışma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Müdahale grubu gebelerin yaş ortalaması 26.1 ± 4.2 iken, kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması 24.5 ± 4.6 ’dir. Müdahale grubu gebelerin %72.5’i, kontrol grubunun ise %62.5’i multipardır. Müdahale grubu gebelerin %87.5’i, kontrol grubunun ise %95.0’i bu gebeliği istediğini belirtmiştir. Gebelikte kontrole gitme yüzdesi müdahale grubunda 95.0 iken, kontrol grubunda %90.0’dır. Çalışma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin yaş, eğitim yaşanılan yer, parite, gebeliğin istenmesi, antenatal kontrole gitme ve bu kontrollerde doğum ile ilgili eğitim alma açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.1.2. Gebelerin Travaya İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Müdahale Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		U	p
	Ortanca (Min-Max)	($\bar{X} \pm SS$)	Ortanca (Min-Max)	($\bar{X} \pm SS$)		
Doğumun ikinci evre süresi (dakika)	11 (5-18)	11.9 ± 2.7	12.5 (5-18)	12.4 ± 3.1	-0.957	0.339
İndüksiyon alma						
Alan	24	60.0	25	62.5	0.053*	0.818
Almayan	16	40.0	15	37.5		
Fetal kalp sesi (atım/dakika)	140 (120-160)	139.2 ± 6.7	140.5 (114-160)	140.2 ± 9.6	-0.364	0.716

* χ^2 testi yapılmıştır.

Çalışmaya katılan gebelerin, travaya ilişkin bazı özellikleri Tablo.4.1.2’de yer almaktadır. Müdahale grubu gebelerin ikinci evre süresi 11.9 iken kontrol grubunda bu süre 12.5 dakikadır. Müdahale grubu gebelerin %60’ı, kontrol grubu gebelerin ise % 62.5’i indüksiyon almıştır. Çalışma kapsamına alınan müdahale ve kontrol grubundaki gebelerin doğumun ikinci evresinin süresi, fetal kalp sesi ve indüksiyon alma açısından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$).

4.2. GEBELERİN YAŞAM BULGULARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4. 2. Gebelerin Ekspresif Dokunma Öncesi ve Sonrası Yaşam Bulgularının Dağılımı

Yaşam Bulguları		Müdahale Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		U*	p
		Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası		
		Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)	Ortanca (Min-Max)		
Kan Basıncı (KB)	Sistolik	110 (80-140)	115 (90-140)	110 (90-140)	120 (90-150)	2.196	0.028
	Z	-1.961		-3.384			
	p	0.050		0.001			
	Diastolik	70 (50-90)	70 (50-90)	70 (50-90)	75 (60-90)	-2.044	0.041
	Z	-0.646		-2.698			
	p	0.518		0.007			
Nabız (Atım / dakika)		84 (72-100)	88 (76-100)	84 (72-100)	89 (72-100)	-0.988	0.323
Z		-3.781		-3.411			
p		<0.001		0.001			
Solunum (Solunum /dakika)		24 (20-32)	28 (20-32)	28 (20-32)	28 (22-32)	-0.157	0.875
Z		-3.331		-3.019			
p		0.001		0.003			

*Gruplar arasında öncesi ve sonrası arasında farkın farkına bakılmıştır.

Tablo 4.2' de çalışma kapsamında yer alan gebelerin ekspresif dokunma öncesi ve sonrası yaşam bulgularının dağılımı yer almaktadır. Müdahale grubundaki gebelerin ekspresif dokunma öncesi sistolik KB 110 mm.Hg, diastolik KB 70 mm.Hg olarak ölçülmüştür. Ekspresif dokunma uygulandıktan sonra ise sistolik KB ortanca değeri 115 mm.Hg, diastolik KB ortanca değeri 70 mm.Hg olarak bulunmuştur. Müdahale grubundaki gebelerin, uygulama öncesi ve sonrası sistolik KB ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Kontrol grubundaki gebelerin uygulama öncesi sistolik ve diastolik KB ortanca değerleri sırasıyla 110 mmHg ve 70mmHg iken, uygulama sonrası 120 ve 75 mm.Hg

olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin, uygulama öncesi ve sonrası sistolik KB ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Müdahale ve kontrol gruplarının uygulama öncesi ve sonrası sistolik ve diastolik KB ortalamaları arasındaki farkın farkına bakılmıştır. Grupların sistolik ve diastolik KB ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Daha açık bir ifadeyle, müdahale grubunun kontrol grubuna göre sistolik ve diastolik KB artışının istatistiksel olarak daha az olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki gebelerin, ekspressif dokunma öncesi nabız ortanca değeri 84 atım/dakika, solunum ortanca değeri 24 bulunurken, ekspressif dokunma sonrası nabız ortanca değeri 88 atım/dakika, solunum ortanca değeri 28 olarak bulunmuştur. Kontrol grubundaki gebelerin ise, uygulama öncesi nabız ortanca değeri 84 atım/dakika, solunum ortanca değeri 28 bulunurken, uygulama sonrası nabız ortanca değeri 89 atım/dakika; solunum ortanca değeri 28 olarak bulunmuştur. Hem müdahale hem de kontrol grubundaki gebelerin ekspressif dokunma öncesi ve sonrası nabız ve solunum sayıları ortanca değerleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p\leq 0.001$; Tablo 4.2).

4.3. GEBELERİN DOĞUM AĞRISINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3.1. Gebelerin Ekspresif Dokunma Öncesi ve Sonrası Painmatcher (PM) ve VAS’a Göre Ağrı Ortalamalarının Dağılımı

Ağrı Ölçümleri	Müdahale Grubu (n= 40)		Kontrol Grubu (n= 40)		U*	p
	Öncesi	Sonrası	Öncesi	Sonrası		
	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$ Ortanca (Min-Max)		
PM-Ağrı duyusu (Duyusal eşik)	7.1 ± 2.0 7 (3-11)	5.9 ± 2.0 6 (3-10)	6.9 ± 2.0 7 (3-11)	6.7 ± 2.0 7 (3-11)	-3.036	0.002
Z	4.074		-0.736			
p	<0.001		0.462			
PM-Ağrı eşiği	6.7 ± 2.0 7 (3-11)	6.0 ± 2.0 6 (4-10)	6.9 ± 2.0 7 (4-10)	7.0 ± 2.0 7 (3-10)	-2.489	0.013
Z	-3.428		-0.245			
p	0.001		0.807			
PM-Ağrı değeri (Ağrı eşleşmesi)	6.8 ± 2.0 7(4-10)	6.1 ± 2.0 6 (3-10)	7.1 ± 2.0 7 (4-11)	7.3 ± 2.0 7 (4-11)	-2.675	0.007
Z	-3.236		-0.974			
p	0.001		0.330			
VAS	8.9 ± 1.0 9 (7-10)	8.9 ± 1.0 9 (7-10)	8.9 ± 1.0 9 (8-10)	9.4 ± 1.0 10(8-10)	-2.708	0.007
Z	-0.471		3.819			
p	0.637		<0.001			

*Ortalamlar üzerinden farkın farkına bakılmıştır.

Çalışmaya katılan müdahale grubunun ağrı duyusu/duyusal eşiği ortalaması ekspresif dokunma öncesi 7.1 iken, dokunma sonrası 5.9, dokunma öncesi ağrı eşiği ortalaması 6.7 iken, uygulama sonrası 6.0’olup, ağrı değeri ortalaması uygulama öncesi 6.8 iken dokunma sonrası bu değeri 6.1 olarak ölçülmüştür ($p<0.01$) Müdahale grubunun dokunma öncesi VAS kullanılarak değerlendirilen ağrı ortalaması 8.9 olup bu değer uygulama sonrasında değişiklik göstermemiştir (Tablo 4.3.1).

Kontrol grubu gebelerin uygulama öncesi ağrı duyusu, ağrı eşiği ve ağrı değeri ortalamaları sırasıyla 6.9, 6.9 ve 7.1’dir. Uygulama sonrası değerlendirilen ağrı duyusu ortalaması 6.7, ağrı eşiği ortalaması 7.0 ve ağrı değeri ortalaması 7.3 olarak saptanmıştır

($p>0.05$). Kontrol grubunun uygulama öncesi VAS kullanılarak değerlendirilen ağrı ortalaması 8.9 iken, sonrası 9.4 olarak saptanmıştır. Kontrol grubunun öncesi ve sonrası VAS ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Müdahale ve kontrol gruplarının uygulama öncesi ve sonrası hissettiği ağrı ortalamaları arasındaki farkın farkına bakılmıştır. Grupların ağrı eşiği ve ağrı değeri ortalamaları karşılaştırıldığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Daha açık bir ifadeyle, müdahale grubunun kontrol grubuna göre ağrı düzeyindeki artışın istatistiksel olarak daha az olduğu saptanmıştır. Ayrıca müdahale ve kontrol gruplarının VAS'a göre hissedilen ağrı ortalamaları arasındaki farklılık da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.3.2. Grupların Müdahale Öncesi PM ve VAS Değerleri Arasındaki Korelasyon

Gruplar	Müdahale Öncesi PM	Müdahale Öncesi VAS	
		<i>r</i>	<i>p</i>
Müdahale	Ağrı Duyusu	.476	.002
	Ağrı Değeri	.291	.069
Kontrol	Ağrı Duyusu	.229	.155
	Ağrı Değeri	.238	.139

Tablo 4.3.2’de müdahale öncesi PM ağrı duyusu ve ağrı değeri ile VAS değerleri arasındaki korelasyon bulguları yer almaktadır. Müdahale grubunda, uygulama öncesi VAS değeri ile uygulama öncesi ağrı duyusu arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=.002$). Kontrol grubuna bakıldığında ise; müdahale öncesi ağrı değeri ile müdahale öncesi VAS değeri arasında ilişki olmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.3.3. Grupların Müdahale Sonrası PM ve VAS Değerleri Arasındaki Korelasyon

Gruplar	Müdahale Sonrası PM	Müdahale Sonrası VAS	
		<i>r</i>	<i>p</i>
Müdahale	Ağrı Duyusu	.519	.001
	Ağrı Değeri	.490	.001
Kontrol	Ağrı Duyusu	.531	<.001
	Ağrı Değeri	.502	.001

Tablo 4.3.3’de müdahale sonrası PM ve VAS değerleri arasındaki korelasyon bulguları verilmektedir. Müdahale grubunun ekspressif dokunma sonrası VAS değeri ile ağrı duyusu değeri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = .001$). Ayrıca müdahale sonrası VAS ortalaması ile ağrı eşiği ve ağrı değeri arasında da pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p = < .001$, $p = .001$). Kontrol grubuna bakıldığında ise; müdahale sonrası VAS değeri ile ağrı duyusu ve ağrı değeri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < .001$, $p = .001$).

4.4. ANNE MEMNUNİYETİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4.1. Gebelerin Anne Memnuniyeti Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Başlıklar	Müdahale Grubu (n= 40)	Kontrol Grubu (n= 40)	U	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$		
Sağlık Ekibini Algılayışı	15.8 $\pm$ 2.2	15.0 $\pm$ 3.3	-1.091	0.275
Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	7.4 $\pm$ 2.4	6.4 $\pm$ 2.6	-1.901	0.057
Rahatlatma	12.7 $\pm$ 4.3	9.8 $\pm$ 3.8	-2.893	0.004
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	25.7 $\pm$ 6.3	24.4 $\pm$ 6.3	-.778	0.437
Bebekle Tanışma	11.7 $\pm$ 4.1	12.0 $\pm$ 3.7	-.057	0.954
Postpartum Bakım	18.4 $\pm$ 6.9	19.4 $\pm$ 5.1	-.465	0.642
Hastane Odası	14.0 $\pm$ 4.3	13.9 $\pm$ 3.8	-.609	0.542
Hastane Olanakları	10.0 $\pm$ 2.6	11.3 $\pm$ 4.1	-.926	0.354
Mahremiyete Saygı	14.8 $\pm$ 3.0	15.2 $\pm$ 3.6	-.636	0.525
Beklentilerin Karşılanması	17.4 $\pm$ 4.3	15.3 $\pm$ 4.1	-2.594	0.009
Toplam Puan	148.3 $\pm$ 22.8	140 $\pm$ 19.2	-1.574	0.115

Tablo 4.4.1’de müdahale grubundaki kadınların anne memnuniyeti ölçeğinin toplam puan ve alt başlıklarının büyük çoğunluğunda kontrol grubuna göre daha yüksek ortalamalara sahip olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt başlıklarından olan “sağlık ekibini algılayışı” puan ortalaması müdahale grubunda 15.8 $\pm$ 2.2 iken, kontrol grubunda 15.0 $\pm$ 3.3 olarak saptanmıştır. “Doğum eyleminde hemşirelik bakımı” alt başlığı puan ortalaması müdahale grubunda 7.4 $\pm$ 2.4 iken, kontrol grubunda 6.4 $\pm$ 2.6 olarak bulunmuştur. “Kararlara Katılım ve Bilgilendirme” alt başlığı puan ortalama değeri, müdahale grubunda 25.7 $\pm$ 6.3 iken, kontrol grubunda 24.4 $\pm$ 6.3 olarak belirlenmiştir. “Rahatlatma” alt başlığı puan ortalama değeri, müdahale grubunda 12.7 $\pm$ 4.3 iken, kontrol grubunda 9.8 $\pm$ 3.8’dir. “Beklentilerin karşılanması” alt başlığı puan ortalama değeri, müdahale grubunda 17.4 $\pm$ 4.3 iken, kontrol grubunda 15.3 $\pm$ 4.1 olarak saptanmıştır. Müdahale ve kontrol grupları anne memnuniyeti ölçeğinin “rahatlatma” ve “beklentilerin karşılanması” alt başlığı puan ortalaması açısından karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Çalışmada kullanılan Anne Memnuniyeti Ölçeği'nin Cronbach's alpha değeri 0.85 olarak bulunmuştur (> 0.70).

Tablo 4.4.2. Çalışmaya Katılan Kadınların Anne Memnuniyeti Düzeylerinin Dağılımı

Memnuniyet Düzeyi	Müdahale Grubu (n= 40)		Kontrol Grubu (n= 40)		X^2	p
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Memnun (>150.5)	20	50.0	14	35.0	1.841	0.175
Memnun Değil (<150.5)	20	50.0	26	65.0		

Tablo 4.4.2'de çalışmaya katılan müdahale grubu gebelerin yarısının (%50.0) anne memnuniyet ölçeğine göre memnun olduğu, kontrol grubunun ise %35.0'nin memnun, % 65.0'nin memnun olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.4.3. Gruplara Göre Anne Memnuniyeti Ölçeği “Rahatlatma” ve “Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı” Alt Başlığı Puanı ile Müdahale sonrası VAS ve PM Değerleri Arasındaki İlişkinin Dağılımı

		Rahatlatma		Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	
		<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Müdahale Grubu	Rahatlatma	-	-	.469	.002
	Müdahale Sonrası Ağrı Duyusu	.083	.609	.113	.478
	Müdahale Sonrası Ağrı Eşiği	-.003	.985	-.083	.609
	Müdahale Sonrası Ağrı Değeri	-.153	.346	.080	.626
	Müdahale Sonrası VAS değeri	-.020	.901	.047	.772
Kontrol Grubu	Rahatlatma	-.052	.748	-	-
	Müdahale Sonrası Ağrı Duyusu	-.254	.113	.009	.955
	Müdahale Sonrası Eşiği	-.129	.429	.018	.912
	Müdahale Sonrası Ağrı Değeri	-.237	.141	-.029	.859
	Müdahale Sonrası VAS değeri	-.023	.890	.038	.818

Müdahale grubunun “rahatlatma” alt başlığı puan değeri ile “doğum eyleminde hemşirelik bakımı” puan değerleri arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p= 0.002$). Kontrol grubunun “rahatlatma” alt başlığı puan değeri ile “doğum eyleminde hemşirelik bakımı” puan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (Tablo 4.4.3).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Destekleyici bakım doğum hemşirelerinin bakım rollerinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Doğum eylemi sırasında kadının anksiyete, rahatsızlık ve yorgunluğunu kendi güçlerini kullanarak azaltmayı amaçlayan destekleyici hemşirelik bakımı gebenin ihtiyaç ve isteklerini bilen ve saygı gösteren tıbbi olmayan bir bakımdır. Son yıllarda doğum eylemi sırasında anne adayları tıbbi olmayan destekleyici bir bakım aldığında gereksiz müdahale ve eylem süresi, anestezi ve analjezi kullanımı, müdahaleli vajinal doğum hızı, oksitosin kullanımı, sezaryen hızı ile ağrı düzeyinin azaldığı ve anne memnuniyetinin arttığı belirtilmektedir (77-90).

Tamamlayıcı terapiler içerisinde yer alan ekspresif dokunmanın, hastaya öncelikli olarak tıbbi uygulamalar yapıldıktan sonra, destekleyici bir uygulama olarak yapılması gerekmektedir. Literatürde de bildirildiği üzere destekleyici bakımın olumlu etkilerinin ekspresif dokunma şeklinde pratiğe aktarılacak doğum eyleminin ikinci evresinde uygulanan ekspresif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonuçları aşağıdaki bölümlerde tartışılmıştır.

5.1. EKSPRESSİF DOKUNMANIN DOĞUM AĞRISINA ETKİSİ

Literatürde ekspresif dokunmanın gebenin kendisine değer verildiği duygusunu yaşattığı gebe ile hemşire etkileşimini artırdığı, gebenin psiko-sosyal sorunlarını azalttığı ve solunum, kan basıncı ve nabız hızını azaltarak fizyolojik iyileşme üzerine de olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (60,91-93). Bu çalışmada gebelerin ağrıları PM ve VAS ile değerlendirilmiştir. Müdahale grubunun PM ile belirlenen ağrılarının, uygulama öncesine göre uygulama sonrasında azaldığı saptanmıştır ($p<0.01$; Tablo

4.3.1). Aynı zamanda müdahale grubunun dokunma öncesi VAS ile değerlendirilen ağrıları, uygulama sonrasında değişiklik göstermemiştir. Doğum sürecinde, eylemin ilerlemesiyle birlikte ağrı düzeyindeki artış olması beklenen ve normal kabul edilen bir durumdur. Her iki grubun uygulama öncesi ile sonrası hissettikleri ağrının da aynı olmadığı, müdahale grubunun daha az ağrı hissettiği saptanmıştır ($p= 0.002$, $p= 0.007$, Tablo 4.3.1). Daha açık ifade edilirse ekspresif dokunma gebelerin hissettiği ağrıyı azaltmaktadır. Bu sonuçlara göre “*doğum eyleminin birinci aşamasında gebeye uygulanan ekspresif dokunma ağrı algısını azaltır*” hipotezi (H_1) çalışma sınırlıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Bu çalışmada müdahale grubu gebelerin uygulama öncesi ağrı eşikleri daha yüksek iken, uygulama sonrası bu değerin düştüğü, buna karşı ağrı duyusu ve ağrı değerlerinin düştüğü görülmektedir. Ayrıca VAS değerinin değişmediği görülmektedir. Kontrol grubuna bakıldığında ise; ağrı eşiğinin artmasına karşı, ağrı değeri ve VAS değerinin yükseldiği görülmektedir (Tablo 4.3.1). Çalışmada müdahale grubunun ağrıya erken reaksiyon vermesine karşın, ağrı değerinin düştüğü, daha açık ifadeyle; yapılan müdahalenin etkin olduğu ortaya çıkmaktadır.

Doğum eylemi ilerledikçe ağrı nedeniyle gebenin yaşam bulgularında da değişiklik beklenen doğal bir sonuçtur. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızın amaçlardan birisi de normal kabul edilen bu değerlerdeki artışı ekspresif dokunma yöntemi ile azaltabilmektir. Dolayısıyla uygulanan ekspresif dokunmanın yaşam bulguları üzerinde olumlu etkisi beklenen bir sonuçtur. Bu çalışmada yaşam bulgularındaki değişim her iki grupta da normal sınırlar içerisindedir. Ancak uygulama öncesine göre sonrasında müdahale grubunun kontrol grubundaki kadınlara göre kan basıncı ($p<0.05$), nabız ve solunum hızlarındaki ($p>0.05$) artış daha azdır (Tablo 4.2.) Bunun nedeni ekspresif dokunmanın ağrı algısını azaltarak yaşam bulgularında ki artışı yavaşlatması olabileceği gibi, dokunmanın verdiği rahatlığa ya da yanında birinin olmasının verdiği güvene de bağlı olabilir. Bu çalışmada olduğu gibi yapılan çoğu çalışmada destekleyici hemşirelik bakımı kapsamında yapılan ekspresif dokunmanın olumlu etkileri saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, hemşirelik öğrencilerine uygulanan terapötik dokunma sonrasında nabız ortalamalarında anlamlı bir düşüş saptanmıştır (94). Abdominal histerektomi olan hastalarla yapılan bir çalışmada dokunma grubu, sırt masajı uygulanan grup ve kontrol grubu olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. Dokunma

uygulanan grubun nabız ortalamalarında anlamlı bir düşüş olduğu saptanmıştır(95). Steutel (96), doğum eyleminde verilen duygusal desteğin kadınların kendilerini saygın ve değerli hissetmelerini sağlayarak doğum sürecini olumlu yönde etkilediğini bildirmektedir. Rubin (97) doğum ağrısının istekli, yetenekli ve empati kurabilen ebe ya da hemşireler tarafından giderilebildiğini bildirmektedir Bunun için servikal dilatasyon 4 cm olduktan sonra (aktif fazda) doğum eylemindeki kadınların korku ve anksiyetesini azaltmak için sürekli ebelik ve hemşirelik bakımı verilmelidir (96-98).

Doğum sırasında ağrı ve acı çekmeyi azaltmak için gevşeme kullanılmaktadır. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda doğum sırasında yapılan masajın ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, genel iyilik hali ile doğum süresini kısalttığı ve ağrıya daha az reaksiyon verildiği belirlenmiştir (42,99,100). Yapılan diğer çalışmalarda doğum eylemindeki kadınlarla sakin bir ses tonuyla konuşmanın, elle temasın gerilimin azaltılmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (101,102). Gordon ve arkadaşlarının (103) ile Hodnett ve Osborn'nun (104) yaptıkları diğer çalışmalarda destekleyici hemşirelik bakımının ağrı algısını azalttığı saptanmıştır. Ayrıca literatürde doğumda, annenin cesaretlendirilmesinin, sözel telkinde bulunulmasının, fiziksel temasta bulunulmasının annenin doğum ağrıları ile baş etmesini güçlendirdiği de belirtilmektedir (105,106).

5.2. PAİNMATCHER VE VAS ÖLÇÜM ARAÇLARINA İLİŞKİN SONUÇLARIN TARTIŞILMASI

Kadınlar arasında doğum sancısı büyük ölçüde farklılık göstermesine karşın sonuçların pek çoğu kadının en azından doğumun bir bölümü boyunca şiddetli ya da katlanılamaz bir ağrı yaşadığına işaret etmektedir (107-109). Ancak, ağrı araştırmaları göstermektedir ki sağlık bakım çalışanları hastaların ağrılarını eksik değerlendirmektedir (110,111). Bu nedenle, ağrı ve ağrı giderme tedavisinin etkisini güvenilir, standartlaştırılmış değerlendirme araçları ile değerlendirmek gerekmektedir. VAS en yaygın biçimde kullanılan ağrı değerlendirme araçlarından birisidir ve klinik uygulamalarda ağrı yoğunluğu değerlendirmesinde “altın standart” olarak görülmektedir (112-114). Yapılan çalışmalarda VAS'ın, ağrı hassasiyeti ve doğum sancısındaki ağrı tedavisinin etkileri hususunda hassas bir indikatör olduğu gösterilmiştir (115,116). Ancak, VAS gibi kendi kendine değerlendirme olanağı sağlayan ölçeklerin ne ölçüde ağrı tecrübesi ile denk / uyumlu olduğunu saptamak imkânsızdır (117). Diğer bir deyişle bir kadının “hayal edilebilecek en berbat ağrı” yorumu doğum sırasında değişebilmektedir. Doğumda

tecrübe edilen ağrı süreç esnasında artar ve VAS ağrısını “hayal edilebilecek en berbat ağrı” şeklinde yorumlamış olan ve hatta bu noktanın ardından daha şiddetli bir ağrı yaşayan bir kadın için artık uygulanamayabilir. (118). O nedenle spesifik olan bu klinik durumda daha uygun olan bir alet bulmak için diğer değerlendirme aletlerini incelemek önemlidir.

PM hastanın belli bir alandaki ağrı yoğunluğunu elektriksel uyarılarla eşleştirmesine olanak sağlayan yeni bir alettir. Bu aletin psikometrik özellikleri hem kronik (28-29) hem de akut ağrı durumlarında (30,31) incelenmiştir. PM’in, VAS’ın da dahil olduğu bazı çalışmalarda güvenilir ve geçerli olduğu gösterilmiştir (28-32,34). Ayrıca PM’in duyuşal (33,34) ve ağrı eşiklerini (33-35) güvenilir bir şekilde tahmin ettiği de ortaya çıkarılmıştır.

Literatürdeki bu bilgiler doğrultusunda, her iki ölçüm yöntemini de kullanarak ağrı ölçümü yapılan bu çalışmada, doğum ağrısı sonuçları arasındaki ilişkiye baktığımızda ekspressif dokunma uygulanan kadınlarda uygulama öncesi VAS değeri ile uygulama öncesi ağrı duyusu arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2). Kontrol grubuna bakıldığında ise; müdahale sonrası VAS değeri ile ağrı duyusu ve ağrı değeri arasında pozitif yönde ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Bu çalışmaya benzer yapılmış başka bir çalışmada, PM ve VAS ağrı ölçüm araçlarını karşılaştırılmıştır. Doğum sancısı ile ilişkili olarak PM’in incelendiği bu ilk çalışmanın sonuçlarına göre PM’nin elektriksel ağrı eşığının değerlendirilmesinde güvenilir bir araç olduğu, ancak doğum sancısı yoğunluğu değişimlerine VAS’ın PM’den daha duyarlı olduğu bildirilmektedir. Aynı zamanda ağrı yoğunluğu değerlendirmesinde bu iki ölçüm aracının birbirinin yerine geçemeyeceği ve doğum sancısının değerlendirilmesi için kullanılacak daha uygun bir inceleme değerlendirme aletini bulmak için bu alanda daha çok araştırmaya gereksinim olduğu da vurgulanmaktadır. Bu çalışmada bütün VAS ortalamaları PM skorları ile karşılaştırıldığında zayıf bir ilişkinin olduğu saptanmıştır. PM ve VAS arasındaki ilişkinin az olması iki aletin birbirinin yerine kullanılamaz olduğunu göstermektedir. Literatürdeki bu sonuçlar bizim araştırma bulgularımız ile benzerlik göstermemektedir(75). Ancak literatürde bu iki alet arasında düşük karşılaştırılabilirliğin varlığını da gösteren çalışmalar mevcuttur (29, 31, 34).

5.3. EKSPRESSİF DOKUNMANIN ANNE MEMNUNİYETİNE ETKİSİ

Bu çalışmada müdahale grubunun anne memnuniyeti ölçeği toplam puanları daha yüksek olup bu gebelerin yarısı memnun olarak bulunmuştur ($p>0.05$; Tablo 4.4.1 ve Tablo 4.4.2). Aynı zamanda müdahale grubunun doğum eylemindeki hemşirelik bakımından daha memnun olduğu ($p<0.05$) ve daha fazla rahatladıkları belirlenmiştir ($p<0.05$; Tablo 4.4.1). Özellikle müdahale grubunda “rahatlatma” alt başlığı puan ortalaması ile “doğum eyleminde hemşirelik bakımı” puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.3). Bu nedenle ekspresif dokunma uygulanan kadınların eylem süresince rahatladıkları ve hemşirelik bakımından memnun oldukları, diğer bir deyişle; hemşirelik bakım uygulamaları içinde yer alan ekspresif dokunmanın kadınların rahatlamasına neden olduğu söylenebilir. Dolayısıyla “*doğum eyleminin ikinci aşamasında gebeye uygulanan ekspresif dokunma gebenin rahatını artırır*” hipotezi (H_1) çalışma sınırlıkları kapsamında kabul edilmiştir. Obstetrik bilimindeki ilerlemeler doğumu hem anne, hem de bebek açısından daha güvenli hale getirmiş, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya da yönelmiştir (36). Yapılan farklı çalışma sonuçları da doğum eyleminde desteklenen kadınların memnuniyetinin arttığını göstermektedir. Türkiye’nin değişik bölgelerinde ve farklı sosyo-ekonomik düzeydeki kişilere hizmet veren sağlık kurumlarında yapılan çalışmalarda kadınların hastanelerin doğum hizmetlerinden memnuniyetinin %54 ile %90 arasında olduğu bildirilmiştir (119,120). Dokuz sistematik incelemenin yapıldığı bir araştırmada, çoğu durumda doğumda desteklenmiş kadınların doğum sonu dönemde algılarının geliştiği bildirilmiştir (105). Gençalp’in (8) çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan annelerin, almayan annelere oranla sağlık ekibiyle daha fazla işbirliği yaptığı belirtilmiştir. Timur ve Şahin’in (49) çalışmasında doğum süresince desteklenen kadınların, anneliğe karşı daha olumlu tutum geliştirdikleri, aile ilişkilerini daha zengin ve başarılı olma yönünde geliştirebildikleri belirtilmektedir. Şentürk ve Akkuzu’nun (29) yaptığı araştırmadaki kadınların %69’u doğumhanede aldıkları hizmetlerden memnun olduklarını buna karşın %26.2’si doğumlarını yaptıran sağlık personelinin kendilerine saygısız davrandığını belirtmiştir.

Bu çalışmanın bulguları literatüre paralellik gösterirken, bazı araştırma sonuçlarında farklılıklar olduğu da görülmektedir. Turan ve ark. (120) İstanbul’da yaptıkları bir çalışmada devlet hastanesinde doğum yapan kadınların %32’si, SSK hastanesinde doğum yapanların %18’i ve özel hastanedekilerin %4’ü kötü muamele ile

karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Benzer şekilde Taşçı'nın (121) Denizli'de yaptığı çalışmada kadınların %49.4'ü doğumda ebelerin yaklaşımlarının kötü olduğunu ifade etmiştir.

Bu araştırmanın sonucunda;

Doğumda uygulanan ekspresif dokunmanın;

- ✓ Ağrı duyusu üzerinde olumlu etkileri olduğu ve ağrı algısını azalttığı,
- ✓ Yaşam bulgularını olumlu yönde etkilediği,
- ✓ Anne memnuniyet düzeyini arttırdığı,
- ✓ Kadınlara olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi kazandırdığı,
- ✓ Ayrıca objektif veri ölçüm aracı olarak bilinen ve ülkemizde doğum alanında ilk kez farklı bir veri ölçüm aracı olarak bu çalışmada kullanılan Painmatcher cihazının olumlu (objektif ve alternatif ağrı ölçüm aracı olması nedeniyle) etkisi saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ Destekleyici bakım uygulaması olan ekspresif dokunmanın hemşirelerin iş motivasyonu ve doyumunu artırabileceği ve beraberinde hemşirelik işlevlerinin daha görünür hale gelmesine katkıda bulunabileceği göz önüne alınarak, doğumhanede çalışan hemşire ve ebeleri bilgilendirilerek bu uygulamanın pratiğe aktarılması,
- ✓ Araştırmanın sonuçlarının özellikle ekspresif dokunmanın olumlu etkilerinin ülkemizde özellikle son yıllarda sezeryan doğum oranlarındaki artış dikkate alınarak vajinal doğuma olan ilginin artırılmasına katkıda bulunması amacıyla ilgili sağlık kurumları ile paylaşılması,
- ✓ Objektif ve alternatif ağrı ölçüm aracı olarak değerlendirilen PM cihazının bilimsel veri toplama yöntemlerine katkı sağlaması açısından daha geniş kapsamlı başka araştırmalarda kullanımı önerilebilir.

6. KAYNAKLAR

1. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002; 186 :160-172
2. Lavender T, Walkinshaw S A, Walton I. A prospective study of women's views of factors contributing to a positive birth experience. *Midwifery* 1999; 15:41-46.
3. Sauls D. Adolescents' perception of support during labor. *Journal of Perinatal Education* 2004 ;13: 36-42
4. Waldenstrom U, Rudman A, Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 2006; 85: 551-560
5. Waldenstrom U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad, I. A negative birth experience: Prevalence and Risk Factors in a national sample. *Birth* 2004 ;31:17-26
6. Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 143-148
7. Kardong-Edgren S. Using evidence based practice to improve intrapartum care. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 2001; 30:371-375
8. Gençalp NS. Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi* 1999; 2: 109-113
9. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi, *Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi* 2004; 18: 115-121,

10. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan İkinma Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları, C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 10: 49-56.
11. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. (VI. Baskı), Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara 2003: 203–258.
12. Şirin A, Kavlak O. Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul 2008: 645–681.
13. Hader CF, Guy J. Your Hand in Pain, Nursing Management 2004 November; 35: 21-28
14. Loeser JD, Melzack R. Pain: An Overview, The Lancet 1999; 353:1607-1609.
15. McCool WF, Smith T, Aberg, C. Pain in Women's Health: A Multi-Faceted Approach Toward Understanding, Journal of Midwifery&Women's Health 2004 November/December; 49: 473-481
16. Lowe NK. The Nature of Labor Pain, Am J. Obstet Gynecology 2002;186: 16- 24
17. Taylor C, Lillis C, LeMone P. Comfort; Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care , 4th ed., J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 2001: 718-752.
18. Topham DL. Pain (Chapter 42), Nursing Fundamentals: Caring & Clinical Decision Making, Edit: Daniels, R. Thomson Learning, USA, 2004: 1344-1374.
19. Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısı, I. Ulusal Kadın Sağlığı Kongresi, Kongre CD, 2-4 Kasım 2009, İstanbul Üniversitesi, İstanbul
20. Doksat K. Ağrının psikiyatrisi. Psikiyatri Dünyası 1999;1: 23-31
21. Lowe NK. The Pain and Discomfort of Labor and Birth, JOGNN 1996; 25: 82- 91
22. Ağrı Fizyolojisi [<http://lokman.cu.edu.tr/anestezi/anestezinot/agri.htm>], Erişim Tarihi: 20.04.2011
23. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti, İstanbul, 2008: 23-42.
24. Guyton AC, Hall JE. Textbook of Medical Physiology (9 th ed). Çeviri: Çavuşoğlu H. Bölüm Sinir Sistemi; Genel İlkeler Ve Duysal Fizyoloji. Kitap:

- Tıbbi Fizyoloji. Türkçe 1. Baskı. Yüce Yayınları A.Ş.& Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti Ortak Yayımı, İstanbul, 1996: 565–620.
25. Erenel AŞ, Akkuzu G. Sağlık personeli-hasta ilişkisine kadın açısından bakış: doğum deneyimi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 1999; 7: 22-28
 26. Postoperatif Ağrı. [<http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/anestezi/Sunu/PostoperatifAgri.ppt>], Erişim Tarihi:15.05.2010
 27. Taşcı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi* 2007; 17: 181-186
 28. Lundeborg T, Lund I, Dahlin L, et al. Reliability and responsiveness of three different pain assessments. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2001; 33: 279-283.
 29. BunketorpKall L, Kowalski J, Stener-Victorin E. Assessing pain perception using the painmatcher in patients with whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40: 171-177.
 30. Stener-Victorin E, Kowalski J, Lundeborg T. A new highly reliable instrument for the assessment of pre- and postoperative gynecological pain. *Anesthesia and Analgesia* 2002; 95: 151-157.
 31. Alstergren P, Forstrom J. Acute oral pain intensity and pain threshold assessed by intensity matching to pain induced by electrical stimuli. *Journal of Orofacial Pain* 2003;17: 151-159.
 32. Pickering G, Lorient MA, Libert F, Eschalier A, Beaune P, Dubray C. Analgesic effect of acetaminophen in humans: first evidence of a central serotonergic mechanism. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2006;79: 371-378.
 33. Lund I, Lundeborg T, Kowalski J, Sandberg L, Budh CN, Svensson E. Evaluation of variations in sensory and pain threshold assessments by electrocutaneous stimulation. *Physiotherapy Theory and Practice* 2005; 21: 81-92.
 34. Lundblad H, Kreicbergs A, Jansson KA. Prediction of persistent pain after total knee replacement for osteoarthritis. *Journal of Bone and Joint Surgery* 2008; 90: 166-171.

35. Jedel E, Carlsson J, Stener-Victorin E. Health-related quality of life in child patients with temporomandibular disorder pain. *European Journal of Pain* 2007;11: 557-563.
36. Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi* 1997; 5: 113-116.
37. Care in Normal Birth: A Practical Guide [WHO/FRH/MSM/96.24.http://www.who.int/reproductivehealth/publications/MSM_96_24/care_in_normal_birth_practical_guide.pdf] Erişim Tarihi: 20.2.2011
38. Stolte K, Myers ST, Owen WL. Changes in Maternity Care And The impact On Nurses And Nursing Practice. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 1994; 23: 603-608.
39. Sleutel MR. Intrapartum nursing care: a case study of supportive interventions and ethical conflicts. *Birth Issues in Perinatal Care* 2000; 1: 38-45.
40. Romano A, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence, *JOGNN* 2008; 3: 94-10.
41. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ. Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;3: CD003766.
42. Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of fi ve methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;186: 131 - 159
43. Ballen LE, Fulcher AJ. Nurses and doulas: complementary roles to provide optimal maternity care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006; 35: 304–311
44. Van Zandt SE, Edwards L, Jordan TJ. Lower epidural anesthesia use associated with labor support by student nurse doulas: Implications for intrapartal nursing practice. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2005; 11: 153–160
45. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006; 35: 456–464

46. Pınar G, Pınar T. Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2009; 7: 133-140
47. Morhason-Bello IO, Olayemi O, Ojengbede OA, Adedokun BO, Okuyemi OO, Orji B. Attitude and preferences of Nigerian antenatal women to social support during labour. *J Biosoc Sci* 2008; 40: 553-62
48. Turan JM, Bulut A, Nalbant H, Ortaylı N, Erbaydar T. Challenges for the adoption of evidence- based maternity care in Turkey. *Social Science and Medicine* 2006; 62: 2196–2204
49. Timur S, Şahin NH. Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010;1: 29-40
50. Yiğit F, Ekşi Ö, Gürkan ÖC, Arslan H. İntrapartum dönemde primipar kadınların yaşadıkları deneyimlerin kalitatif olarak incelenmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 2: 37-42.
51. Sauls DJ. Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2002; 31: 733–741
52. Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of chinese first-time pregnant women. *Midwifery* 2007; 23: 123 – 130.
53. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörler. *Zeynep Kamil Bülteni* 2000; 40: 57-62
54. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's perceptions of helpful andunhelpful nursing behaviors during labour: a study in Taiwan. *Birth* 2001;28: 180–185
55. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38: 68–73
56. Mollaoğlu M. Yoğun Bakım Ünitelerinde Dokunmanın Önemi. *Yoğun Bakım Hemşireleri Dergisi* 2001;5: 34-40

57. Arslan S, Özer N. Yoğun bakım hastalarının duyuşal girdi sorunlarında tamamlayıcı tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13: 68-75
58. Routasalo P. Physical touch in nursing studies: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 1999; 30: 843-850
59. Meehan TC. Therapeutic touch as a nursing intervention. *Journal of Advanced Nursing* 1998; 28: 117-125
60. Randolph GL. Therapeutic and physical touch: physiological response to stressful stimuli. *Nursing Research* 1998; 33: 33-36
61. Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2: 123-134
62. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Advance Access Publication*, 2007; 4: 409–417
63. Penny KS. Postpartum perceptions of touch received during labor. *Res Nurs Health* 1979; 2: 9–16
64. Çınar Ş, Khorshid L. Yoğun bakım hastasında terapötik dokunma. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2003;7: 15-18
65. Chang SO. The conceptual structure of physical touch in caring. *Journal of Advanced Nursing* 2001;33: 820-827
66. Kima EJ, Buschmannb MT. The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *International Journal of Nursing Studies* 1999; 36: 235–243
67. Janssen PA, Dennis CL, Reime B. Development and Psychometric Testing of the Care in Obstetrics: Measure for Testing Satisfaction (comforts) Scale. *Research in Nursing and Health* 2006; 29: 51-60
68. Kumcağız H, Doyurgan TK, Malazgirt Z. Özel ve normal hasta odalarında yatan hastaların memnuniyet düzeylerinin karşılaştırılması. *Deneyşel ve Klinik Tıp Dergisi - Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2012; 29: 296-303

69. Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M. ve Mungan T. Kadın hastalıkları ve doğum servisi: verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etki eden faktörler. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2006; 3: 167-171
70. Hodnett ED. Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing and Health* 1987;10 : 301-10
71. Smith LFP. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* 2001; 10:17-22
72. Wijma K, Wijma B. Zar M.. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 1998; 19 :84-97
73. Marut JS. Mercer RT. Comparison of primiparas'perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research* 1979; 28: 260-266
74. Lın Y, Taylor AG. Effects of therapeutic touch in reducing pain and anxiety in an elderly population. *Elsevier* 1998; 1: 155-162
75. Bergh IHR, Stener-Victorin E, Wallin G, Martensson. Comparison of the painmatcher and the Visual Analogue Scale for assessment of labour pain following administered pain relief treatment, *Midwifery* 2011; 27: 134–139
76. Güngör İ. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009:138
77. Simkin P. Supportive Care During Labor: A Guide for Busy Nurses, *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2002; 31: 721-731
78. Hodnett ED. Caregiver Support for Women during Childbirth (cochrane Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; 1:CD000199.
79. Madi BC, Sandall J, Bennett R, MacLeod C. Effects of Female Relative Support in Labor: A Randomized Controlled Trial. *Birth*1999; 26: 5-8
80. Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM. A Randomized Trial Of The Effects of Coached Vs Uncoached Maternal Pushing During The Second Stage Of Labor On

Postpartum Pelvic Floor Structure And Function, American Journal of Obstetrics and Gynecology 2005;192: 1692-96

81. Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan, Journal of Advanced Nursing 2002;38: 68-73
82. Kennell J, Klaus M, McGrath S, Robertson S, Hinkley C. Continuous Emotional Support During Labor In a US Hospital: A Randomized Controlled Trial. Journal of the American Medical Association 1991; 266: 2197-2201.
83. Klaus MH, Kennell JH, Robertson SS, Sosa R. Effects of Support during Parturition on Maternal and infant Morbidity. British Medical Journal 1986; 293: 585-587
84. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of Psychosocial Support during Labour And Childbirth on Breastfeeding. Medical interventions, and Mothers'well-Being in A Mexican Public a randomised clinical trial. British Journal of Obstetrics and Gynaecology October 1998;105: 1056-1063
85. Pascoe JM. Social Support During Labor And Duration Of Labor: A Community-Based Study. Public Health Nursing 1993; 10: 97-99
86. Sosa R, Kennel J, Klaus M, Robertson S, Urrutia J. The Effects of a Supportive Companion on Perinatal Problems, Length Of Labor, And Mother-infant interaction. New England Journal of Medicine 1980; 303: 597-600.
87. Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. Effects of Providing Hospital Based Doula's in Health Maintenance Organization Hospitals. Obstetrics and Gynecology 1999; 93:422-426
88. Hodnett ED, Osborn RW. Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes. Research in Nursing & Health 1989;12: 289-297
89. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. A Randomized Trial of One- to-One Nurse Support of Women in Labor. Birth 1997; 24: 71-77
90. Gagnon AJ, Waghorn K. One-to-One Nurse Labor Support of Nulliparous Women Stimulated With Oxytocin. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 1999; 28: 371-376

91. Ekizler H. Hastaya uygulanan dokunsal temasın hemşirelik bakımındaki önemi. Hemşirelik Bülteni 1991;5: 20
92. Adomat R, Killingworth A. Care of the critically ill patient: the impact of stres on the use of touch in intensive therapy units. Journal of Advanced Nursing 1994; 19: 912-922
93. Straneva Jo A. Therapeutic touch coming of age. Holist Nurs Pract 2000;14: 1-13
94. Engle FV, Graney JM. Biobehavioral effects of therapeutic touch. Clinical Scholarship 2000; 32: 287-293
95. Silva MAC. The effect of relaxation touch on the recovery level of postanesthesia abdominal hysterectomy patients. Alternative Therapies 1996; 2: 4
96. Sleutel RM.. Intrapartum nursing: Integrating Rubin's framework with social support theory. JOGNN 2003; 32: 76-82
97. Rubin, R. Maternity nursing stops too soon. American Journal of Nursing, 1975;75: 1680-1684
98. Tarkka MT, Paunonen M. Social support and its impact on mothers' experinces of childbirth. Journal of Advanced Nursing 1996;23: 70-75
99. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. Journal of Midwifery & Women's Health 2004; 49: 489-504
100. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, et al. The nature and management of labor pain: executive summary. American Journal of Obstetrics And Gynecology 2002; 186: 1-15
101. Yenal K, Aluş-Tokat, M. Doğum ağrısı ile baş etme ve yapılması gereken egzersizler. (Ed: Okumuş H, Mete S.) Doğuma Hazırlık.1. Basım, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul 2009; 104-113
102. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. (Ed: Kömürcü N, Ergin AB). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Basım, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul 2008; 57-115.

103. Gordon NP, Walton D, McAdam E, Derman J, Gallitero G, Garrett L. . Effects of Providing Hospital Based Doula's in Health Maintenance Organization Hospitals. *Obstetrics and Gynecology* 1999; 93:422-426
104. Hodnett ED, Osborn R W. Effects of Continuous Intrapartum Professional Support on Childbirth Outcomes. *Research in Nursing & Health* 1989; 12: 289-297
105. Bryanton J, Frasey DH, Sullivan P. Women's perceptions of nursing support during labor. *JOGNN* 1994; 23: 638-644
106. Mackey MC, Stepan MEF. Women's evaluation of their labor and delivery nurses. *JOGNN* 1994; 23: 413-420
107. Niven, C, Gijssbers K. A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire. *Social Science and Medicine* 1984; 19: 1347-1351
108. Paech M J. The King Edward Memorial Hospital 1,000 mother survey of methods of pain relief in labour. *Anaesthesia and Intensive Care* 1991; 19: 393-399
109. Ranta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labor pain in grand multiparas. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1996; 75: 250-254
110. Olden AJ, Jordan ET, Sakima NT, Grass JA. Patients' vs nurses' assessments of pain and sedation after caesarean section. *Journal of Obstetrics, Gynecology, and Neonatal Nursing* 1995; 24: 137-141
111. Solomon P. Congruence between health professionals' and patients' pain ratings: a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2001;15: 174-180.
112. Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain* 1986; 27: 117-126.
113. Yarnitsky D, Sprecher E, Zaslansky R, Hemli J A. Multiple session experimental pain measurement. *Pain* 1996; 67: 327-333.
114. Myles PS, Urquhart N. The linearity of the Visual Analogue Scale in patients with severe acute pain. *Anaesthesia and Intensive Care* 2005;33: 54-58

115. Gaston-Johansson F. Measurement of pain: the psychometric properties of the Pain-O-Meter, a simple, inexpensive pain assessment tool that could change health care practices. *Journal of Pain and Symptom Management* 1996;12: 172-181
116. Martensson L, Stener-Victorin E, Wallin G., Acupuncture vs subcutaneous injections of sterile water as treatment for labour pain. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 2008; 87: 171-177.
117. Jensen MP. Validity of self-report and observation measures. In: Jensen, TS., Turner, JA, Wiesenfeld-Hallin, Z. (Eds.), *Proceedings of the Eighth World Congress on Pain, Progress in Pain Research and Management*. IASP Press, Seattle 1997.
118. Ludington E, Dexter F. Statistical analysis of total labor pain using the visual analog scale and application to studies of analgesic effectiveness during childbirth. *Anesthesia and Analgesia* 1998;87: 723-727
119. Uzun E, Güney M, Oral B, Özsoy M. ve Mungan T. Kadın hastalıkları ve doğum servisi: verilen hizmetlerle ilgili hasta memnuniyeti ve etki eden faktörler. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2006; 3: 167-171
120. Turan JM, Nalbant H. Ortaylı N ve Bulut A. Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğini değerlendirme, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 95-100, 2003 Özel Eki
121. Taşçı KD. Doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;10: 26-33