

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBE MASAJININ GEBE VE FETUS ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

Tezi Hazırlayan

Araş. Gör. Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Danışman

Prof. Dr. Ümran SEVİL

İkinci Danışman

Doç.Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU

İZMİR

(2017)

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBE MASAJININ GEBE VE FETUS ÜZERİNE ETKİSİ:
RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA**

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI

DOKTORA TEZİ

Tezi Hazırlayan

Araş. Gör. Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Danışman

Prof. Dr. Ümran SEVİL

İkinci Danışman

Doç.Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU

İZMİR

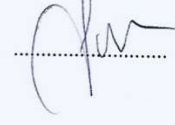
(2017)

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

Başkan : Prof. Dr. Ümran SEVİL

(İmza)



(Danışman)

Doç. Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU

(II. Danışman)

Üye : Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN

Üye : Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ

Üye : Yard. Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT

Üye : Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER



Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 28/12/2017.....

ÖNSÖZ

Doktora eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, araştırmamın planlanmasından yazım aşamasına kadar geçen dört yıllık sürede fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman varlığını yanımda hissettiğim, bana hem anne gibi sevgisini verip hem de öğreten, beni her zaman cesaretlendirerek desteğini hep yanımda hissettiğim, kişiliğini ve mesleki ilkelerini örnek aldığım, kullandığı her kelimenin hayatıma kattığı önemini asla unutmayacağım ve yolumu aydınlatan saygıdeğer canım hocam Prof. Dr. Ümran SEVİL’e,

Araştırma sürecimde değerli görüşleri ile çalışmamın zenginleşmesine katkı sağlayan ve veri toplama aşamasında her bir gebeyi ayrı ayrı değerlendirerek emeğini katıp keyifli bir ekip çalışması deneyimlememe fırsat yaratan değerli ikinci danışman hocam Doç. Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU’na,

Araştırmamın planlama aşamasında verdiği fikirler ve kendisinden aldığım gebe masajı eğitimimdeki öğretici rolü ile kendisini tanıdığım ilk günden buyana sürekli iletişimde kalıp desteğini ve değerli görüşlerini esirgemeyen ve bana kendisinin ‘başarı hikayelerinden biri olduğumu’ söyleyen sevgili Carole OSBORNE’a,

Tez izleme ve değerlendirme jürimde yanımda olarak eğitici bilgi ve görüşleri ile çalışmamın niteliğinin zenginleşmesinde ve biçimlenerek daha da anlam kazanmasında bilimsel ve manevi açıdan emek ve katkılarını esirgemeyen, her aradığımda ya da kapısını çaldığımda beni geri çevirmeyen, bilgilerini, tecrübelerini ve değerli zamanlarını esirgemeyerek bana her fırsatta yardımcı olan değerli hocalarım Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN, Yrd. Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT, Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ ve Doç. Dr. Fatma Deniz SAYINER’e,

Veri toplama sürecinde yaşadığım zorlukların üstesinden gelebilmem için desteğini ve yardımlarını esirgemeyen Perinatoloji hemşiresi Ümmü UYSAL KARATEPE’ye ve çalışma grubuma ulaşma çabamda bana yardımcı olan EÜTFH Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Başkanlığı ve bilgi işlem personeline, masaj ofisi için yer gösteren Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi’ne,

Araştırma verilerimin çözümlenme sürecinde görüşlerini esirgemeyen Araş. Gör. Hatice ULUER’e,

Doktora eğitimim süresince ve araştırma sürecimin raporlanması aşamasında Sağlık Bilimleri Enstitüsü’ndeki öğrenciliğim ile ilgili işlemlerimin sağlıklı ilerlemesi için emek veren Özlem SÖKMEN’e ve tüm enstitü personeline,

Araştırmamda yazdıklarımın ‘dış göz’ü olan ve gebe masajı uygulamalarımı fotoğraflayan meslektaşım Araş. Gör. Mahide DEMİRELÖZ AKYÜZ’e, ilk pilot uygulama ve gebe masajı fotoğraflarımın çekilmesine destek veren Doç. Dr. Ayhan ŞENKARDEŞLER ve eşine, tez yazım sürecimde uzaklardan telefon ile motivasyonumu sağlayarak beni destekleyen ve cesaretlendiren meslektaşım Yrd. Doç. Dr. Nursel ALP DAL ile her daim yanımda olarak beni destekleyen oda arkadaşım Araş. Gör. Rana Nagihan AKDER’e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan sevgili gebelerime,

Kelimelerin yetersiz kalacağı kadar çok yanımda olan, tüm zorlukları benimle birlikte göğüsleyen ve hayatımın her anında bana destek olan, bu kadar uzun soluklu bir araştırma sürecinde hem yakinken uzaklığıma katlanıp hem de her anlamda bana destek veren, cesaretlendiren, inanan, kendilerinden çaldığım zaman için bana kızmayan canım eşim Ali Ozan KOÇAK ve kızım Nağme KOÇAK ile beni yetiştiren ve var oluş nedenim olan anne ve babama, bu sürecin maddi-manevi destekçisi olup her ihtiyacımda yanımda olan ikinci annem ve babama,

Doktora eğitimime katkıda bulunan değerli Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyelerine,

Araştırma sürecimde çalışmalarımı gerçekleştirebilmem için mesai saatleri içinde fırsat yaratan kurumum Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlık ve Ebelik Bölüm Başkanlığı’na ve destekleri için tüm öğretim elemanlarına,

Araştırmamı Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında 16-ASYO-017 no ile destekleyen Ege Üniversitesi Rektörlüğü’ne teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla

İzmir, 2017

Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Özet

Gebe Masajının Gebe ve Fetus Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma

Amaç: Çalışma gebe masajının gebe ve fetus üzerine etkisini saptamak amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Çalışma, bir üniversite hastanesinin Obstetri Polikliniği'ne I. trimester tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi için gelen, infertilite öyküsü ve yüksek riskli gebeliği olmayan, 20-35 yaş, primipar gebeler ile gerçekleştirilen randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Katılımcılar paralel karşılaştırma gruplarına tek merkez tarafından rasgele atanmıştır. Çalışmanın örnek seçim süreci CONSORT kriterlerine göre uygulanmış, çalışmanın uygulandığı merkezden tahsis edilen kayıtlara permütasyon yöntemi ile blok randomizasyon yapılmıştır. Veri toplama sürecinde körleme yöntemi uygulanamamış sadece veri analizinde uygulanmıştır. Çalışmaya uygunluğu değerlendirilen 430 gebeden 46'sı randomize edilmiş, kontrol grubu için 17, gebe masajı grubu için 13 gebenin verileri analiz edilmiştir. Çalışmanın gücünün %90-99 ve etki büyüklüğünün 0.52-1.89 arasında olduğu, gruplardaki örnek sayılarının yeterli olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bağımsız değişkeni gebe masajı uygulaması, bağımlı değişkenleri maternal ve fetal iyilik hali, gebenin genel iyilik hali algısı, prenatal bağlanma düzeyi, prenatal distres düzeyi, biyofizik profil (BFP) ve gebe masajı memnuniyet düzeyidir. Etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra, araştırmacı gebe masajı eğitimlerini tamamlamış, gebelerin bilgilendirilmiş gönüllü onamlarını aldıktan sonra çalışma uygulamaları gerçekleştirilmiştir. Uygulamalar çalışma kapsamında oluşturulan masaj ofisinde gerçekleştirilmiştir. Rutin gebelik izlemleri devam eden gebelere; kontrol grubunda 30. ve 34. gebelik haftalarında elektronik fetal monitörizasyon (EFM), BFP, yaşamsal bulgular, fetal kalp atım hızı (FKH) değerlendirmesi yapılmış ve Gebe Tanıtım Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) uygulanmıştır. Gebe masajı grubunda 30-34. haftalar arası beş hafta boyunca her hafta, haftada bir kez, 60 dk derin doku ve İsveç masajı yöntemlerini içeren gebe masajı uygulanmıştır. Uygulamalar esnasında gebelere özgü tasarlanmış Yan Yatış Pozisyon Alma Sistemi kullanılmıştır. İlk görüşmede gebe masajı öncesi ve son görüşmede gebe masajı sonrası kontrol grubundaki gibi tüm formlar ve ölçümler uygulanmıştır. 31-33. gebelik haftalarında da masaj öncesi ve sonrası GKÖ ve diğer ölçüm verilerinin

değerlendirilmesi yapılmıştır. Ayrıca her gebe masajı sonrası Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) ile memnuniyet düzeyi ölçülmüştür. Çalışma sürecinde uygulamaya bağlı herhangi önemli bir yan etki oluşmamıştır. Veri toplama aşamasının tamamlanma kararı PASS programı ile yapılan güç analizi ile belirlenmiştir. Çalışma verilerinin çözümlenmesi ise SPSS 16 programı ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışma sonucunda; maternal ve fetal sağlık göstergelerinin kontrol ve gebe masajı grubunda ilk ve son görüşmelerde gruplar içi ve gruplar arası anlamlı olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmanın başlangıcında grupların sosyodemografik ve ölçek puanları açısından anlamlı olarak benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmanın sonunda ölçek puanları açısından her iki grup arasında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) ve kontrol grubunun ilk görüşme ve son görüşme ölçek puanları arasında anlamlı değişme olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebe masajı grubunda ilk görüşme ve son görüşme ölçek puanları değerlendirildiğinde gebenin genel iyilik halinin ve prenatal bağlanma düzeyinin anlamlı bir şekilde arttığı, prenatal distres düzeyinin anlamlı bir şekilde azaldığı ($p<0.05$) ve BFP düzeyinin çalışma sürecinde anlamlı bir şekilde hep iyi düzeyde olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Ayrıca her gebe masajı öncesi ve sonrası gebenin genel iyilik halinin anlamlı olarak iyi yönde artış gösterdiği ($p<0.05$) ve gebelerin gebe masajından memnuniyetlerinin %99 olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmanın birincil sonucu gebe masajının fetusa ve gebeye zarar vermediği, kadınların genel iyilik halini belirgin bir şekilde arttırdığı, prenatal bağlanmayı arttırdığı ve prenatal distresi belirgin bir şekilde azalttığıdır. İkincil sonuçlar ise gebelerin ilk uygulamadan son uygulamaya kadar tüm masajlardan memnuniyetlerinin oldukça yüksek olduğudur. Bu uygulamanın bölgesel ya da tüm vücut masajı şeklinde doğuma hazırlık sınıfları ve gebe polikliniklerinde hizmet veren ebe ve hemşireler tarafından öğrenilerek rutin gebelik hizmetleri içinde verilmesi önerilmektedir. Hatta ebe ve hemşirelerin masaj merkezlerinde gebe masajı uygulamaları için istihdam edilme imkanlarının sağlanması, ülkemizde bu uygulamanın öncelikle oluşturulup sonra geliştirilmesi için çalışma bulgularından yola çıkılarak eğitimlerin düzenlenmesi önerilmektedir. Gebe masajının yüksek riskli gebelik ve fetus üzerine etkisini saptamaya yönelik araştırmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; Masaj terapi; Fetus; Prenatal; Distres; Ebe; Hemşire.

Not: Araştırma Ege Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri kapsamında 16-ASYO-017 proje numarası ile desteklenmiştir.

Abstract (İngilizce Özet)

The Effect of Pregnant Massage on Pregnants and Fetus: A Randomized Controlled Trial

Aim: The study has been held to determine the effect of pregnant massage on pregnant and fetus.

Method: As a randomized controlled experimental trial, the study has been carried out with 20-35 years-old primipara pregnant women that came to obstetrics polyclinic of a university to evaluate the results of first-trimester screen test, have no infertility story and are not at high risk (inclusion criterias). The participants were randomly allocated to the parallel comparison groups by a central office. The sample selection process in the study has been applied according to CONSORT criteria, and through permutation method, blocked randomization has been done to the records assigned from the center that the study was applied. In the process of gathering data, blinding method hasn't been applied, and it has only been applied to data analysis. 46 pregnant women within 430 ones whose suitability for the study was evaluated have been randomized, the data of 13 pregnant women for pregnant massage group and the data of 17 ones for control group have been analyzed. It has been ascertained that the strength of the study is between 90% and 99% and its effect size is between 0.52 and 1.89, and the sample numbers in the groups are sufficient. The independent variable of the study is pregnant massage practice, and its dependent variables are maternal and fetal well-being, general well-being perception of pregnant, prenatal attachment level, prenatal distress level, biophysical profile (BPP) and pregnant massage satisfaction level. The study practices were carried out after receiving ethics committee and institution approvals after the researcher completed the pregnant massage trainings, and after taking the voluntarily informed consent of the pregnant. The practices have been carried out in the massage office that was formed within the scope of the study. Electronic fetal monitoring (EFM), BPP, vital signs, fetal heart rate (FHR) evaluation have been carried out for the pregnant whose routine gestational monitoring went on during their gestational week between the 30th and 34th in the control group, and Pregnant Description Form, VAS, Prenatal Attachment Inventory-PAI, Revised Prenatal Distress Questionnaire-PDQ have been applied. In the pregnant massage group, between the 30th and 34th weeks, each week for five weeks, a pregnant massage including a 60 minutes deep tissue and Sweden massage methods had been applied

once a week. Side-Lying Positioning System that is designed specifically for the pregnant has been used during the practices. Like before the pregnant massage on the first date and after the pregnant massage in the last date in the control group, all the forms and measurements have been applied. Pregnant women's VAS measured before and after the pregnant massage and the evaluation of the other measured data have been held between the 31st and 33rd gestational weeks. Also Visual Analog Patient Satisfaction Scale-VAPSS measured after the each pregnant massage for finding satisfaction level. In the process of the study, any significant side effect related to the practices hasn't occurred. The completion decision of the data gathering process has been determined with power analysis that is carried out by PASS program. The analysis of the study data has been carried out through SPSS 16 program.

Findings: At the end of the study, it has been determined that maternal and fetal health indicators are significantly similar as in-groups and intergroups in the control and pregnant massage group during the first and the last follow-up ($p>0.05$). At the beginning of the study, it has been confirmed that the groups are significantly similar with regard to sociodemographic and measuring device scores ($p>0.05$). At the end of the study, it has been ascertained that there is a significant difference between both groups in terms of measuring device scores ($p<0.05$) and there is no a significant difference in the first and the last follow-up measuring device scores of the control group ($p>0.05$). It has been determined that the general well-being and prenatal attachment level of the pregnant significantly increased, the prenatal distress level of the pregnant significantly reduced ($p<0.05$) and BBP level of the fetus was significantly above average in the process of the study when the first and the last follow-up measuring device scores in the pregnant massage group were evaluated ($p>0.05$). Moreover it has been found that the general well-being of the pregnant before pregnant massage and after it showed an increase positively ($p<0.05$) and the satisfaction of the pregnant women with the pregnant massage is 99%.

Conclusion: The primary outcomes of the study is that pregnant massage is not harmful for fetus and pregnant, it increases the general well-being of women significantly, increase prenatal attachment and decrease prenatal distress prominently. As for the secondary outcomes, the satisfaction of the pregnant is quite high for all the massages starting from first massage therapy till the end. This practice is suggested to be implemented as local or full body massage within the routine pregnancy services

after learned by the midwives and nurses providing services in pregnancy policlinics and in antenatal preparation classes.

It is even suggested that midwives and nurses to be employed in massage centers for pregnancy massage practices and then to organize trainings depending on the findings of studies in our country to be able to implement this practice firstly and then to improve. It is required to do some studies to find out the affects of pregnancy massage on highly risky pregnancy and on fetus.

Keywords: Pregnancy; Massage Therapy; Fetus; Prenatal; Distress; Midwife; Nurses.

Note: The study has been supported within the scope of Scientific Researches of Ege University Rectorship with the project number of ASYO-017.



İçindekiler

1. BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem(ler)in Tanımı).....	1
1.2. Araştırmanın Önemi	2
1.3. Varsayımlar	4
1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	4
1.5. Tanımlar	9
1.5.1. Gebe Masajı.....	9
1.5.2. Prenatal Distres (Prenatal Sıkıntı).....	10
1.5.3. Prenatal Bağlanma (Gebelikte Anne-Bebek Bağlanması)	10
1.5.4. İyi Hali	10
1.5.5. Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM).....	10
1.5.6. Biyofizik Profil.....	11
1.6. Hipotezler	11
1.7. Araştırmanın Amacı	11
2. İKİNCİ BÖLÜM.....	12
GENEL BİLGİLER	12
2.1. MASAJ.....	12
2.1.1. Masaj nedir?	12
2.1.2. Masajın Tarihçesi	12
2.1.3. Masajın Amacı ve Etkileri.....	13
2.1.4. Masajda Temel İlkeler.....	14
2.2. GEBE MASAJI VE TEKNİKLERİ.....	16
2.2.1. Masajın Yararları.....	21
2.2.2. Masaj Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları.....	22
2.2.3. Masaj Öncesi Gebe ile Görüşme ve Masaj İçin Hazırlık	23
2.2.4. Gebe Masajının Yapılacağı Ortam ve Koşullar	24
2.2.5. Masaj Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gerekenler	25
2.2.6. Masaj Uygulayanın Özellikleri	25
2.2.7. Masajın Süresi	25
2.3. GEBELİKTE DEĞİŞİKLİKLER.....	26
2.3.1. Fizyolojik Değişiklikler.....	29
2.3.2. Psikolojik Değişiklikler.....	31

2.3.3. Gebelik İzlemleri.....	33
2.4. STRES.....	33
2.4.1. Prenatal Distres (Sıkıntı).....	35
2.5. BAĞLANMA.....	36
2.5.1. Bağlanma Nedir?.....	36
2.5.2. Bağlanma Çeşitleri	37
2.5.3. Prenatal Bağlanma Nedir?.....	39
2.6. GEBE MASAJINDA EBE VE HEMŞİRELERİN ROLÜ	41
3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	42
GEREÇ VE YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Tipi	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	42
3.3.1. Araştırmanın Evreni	42
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi.....	42
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	48
3.4.1. Bağımlı Değişkenler.....	48
3.4.2. Bağımsız Değişkenler	48
3.5. Veri Toplama Yöntemi.....	49
3.6. Kullanılan Gereçler	59
3.6.1. Gebe İzlem Kartları.....	59
3.6.2. Gebe Tanıtım Formu	59
3.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği	60
3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri.....	62
3.6.5. Prenatal Distres Ölçeği-Revize Versiyon.....	63
3.6.6. Görsel Analog Hasta Tatmini (Memnuniyet) Skalası	65
3.6.7. Gebe Masajı İçin Kullanılan Malzemeler	66
3.6.8. Gebe Masajı Yapılan Mekanın Özellikleri.....	69
3.6.9. Yaşamsal Bulgu ve FKH Ölçüm Cihazları	70
3.7. Verilerin Çözümlemesi ve Değerlendirme Teknikleri	71
3.8. Süre ve Olanaklar	73
3.9. Etik Açıklamalar	76
4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	77
BULGULAR.....	77

4.1. Tanımlayıcı Tablolar	77
4.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	78
4.1.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	81
4.1.3. Gebelerin Gebelik Masajına İlişkin Düşüncelerine Yönelik Bulgular....	85
4.1.4. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Kadınların Sosyo-demografik ve Doğurganlık Özellikleri ile İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması.....	88
4.2. Nedensel Tablolar	89
4.2.1. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetüslerin Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	90
4.2.2. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Ölçek Puanları ve Yararlanımlarına İlişkin Bulgular	93
5. BEŞİNCİ BÖLÜM	102
TARTIŞMA	102
5.1. Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Tartışma.....	102
5.2. Nedensel Bulgulara Yönelik Tartışma	105
5.2.1. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetüslerin Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamalarının Tartışılması	105
5.2.2. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Ölçek Puanları ve Yararlanımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	106
6. ALTINCI BÖLÜM.....	122
SONUÇ VE ÖNERİLER	122
7. YEDİNCİ BÖLÜM.....	126
KAYNAKLAR	126
8. SEKİZİNCİ BÖLÜM	140
8.1. EKLER	140
8.2. ÖZGEÇMİŞ	172

Tablolar Dizini

Tablo 1.	Çalışmada Uygulamalar için Ayrılan Zaman Dilimleri.....	6
Tablo 2.	Temel Masaj Tekniklerinde Üç Temel Kategori	15
Tablo 3.	Basınç/Ağrı Seviyesi Belirlemede Renk Metodu	24
Tablo 4.	Zararlı ve Yararlı Stresin Belirtileri.....	34
Tablo 5.	Permütasyon Yöntemi ile Blok Randomizasyon	44
Tablo 6.	Güç Analizi Sonuçları.....	46
Tablo 7.	Veri Toplama Yöntemi	57
Tablo 8.	PBE ve PDÖ Ölçek Güvenirlikleri	63
Tablo 9.	Verilerin Çözümlemesinde Kullanılan İstatistik Testler	71
Tablo 10.	Gebelerin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımları.....	78
Tablo 11.	Gebelerin Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları	80
Tablo 12.	Gebelerin Gebelik ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Dağılımları	81
Tablo 13.	Gebelerin Doğuma İlişkin Duygu ve Düşünceleri.....	84
Tablo 14.	İlk Görüşmede Gebelerin Gebe Masajına İlişkin Düşünceleri	85
Tablo 15.	Son Görüşmede Gebelerin Gebe Masajına İlişkin Düşünceleri	87
Tablo 16.	Gebelerin Bazı Özelliklerinin Ortalama ve Ortancalarına Göre Dağılımları	88
Tablo 17.	Kontrol Grubu Gebe ve Fetusların İlk ve Son Görüşmelerdeki Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması	90
Tablo 18.	Gebe Masajı Grubundaki Gebe ve Fetusların Haftalara ve Gebe Masajı Önce-Sonrasına Ait Bazı Sağlık Göstergeleri.....	91
Tablo 19.	Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetusların İlk ve Son Görüşmelerdeki Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması	92
Tablo 20.	Gebelerin İlk Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarına Göre Dağılımları	93
Tablo 21.	Gebelerin Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarına Göre Dağılımları	94
Tablo 22.	Kontrol Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarının Karşılaştırılması.....	95
Tablo 23.	Gebe Masajı Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalamaları veya Ortancalarının Karşılaştırılması	96
Tablo 24.	Prenatal Distres Ölçeği Gebelikte Sıkıntılar ve Gebelikte İlişkiler İle İlgili Açık Suçlu Sorularına Verilen Yanıtlar	98

Tablo 25. Gebe Masajı Önce ve Sonrası Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) Ölçümleri Arasındaki Farklar	99
Tablo 26. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Yararlanımları Açısından İki Grup Arası Farklılık	101



Şekiller Dizini

Şekil 1.	Rahatlama, Stresi Azaltma ve Uykuya Yardım Oturumunda Yer Alan Tekniklere Ait Fotoğraflar	19
Şekil 2.	Prenatal Relaksasyonun Maternal ve Fetal Olası Yararları	22
Şekil 3.	Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler	28
Şekil 4.	CONSORT 2010 Akış Diyagramı	45
Şekil 5.	Çalışma Yöntem Şeması	58
Şekil 6.	Görsel Analog Hasta Tatmini Skalasını Değerlendirme Örneği.....	66
Şekil 7.	İş Zaman Çizelgesi.....	75



Grafikler Dizini

Grafik 1. Kontrol Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puanları	95
Grafik 2. Gebe Masajı Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puanları	97
Grafik 3. Haftalara Göre Gebe Masajı Önce ve Sonrası GKÖ Puanları	100



Kısaltmalar Listesi

FKH	: Fetal Kalp Atım Hızı (ÇKS)
EGEKASEM	: Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı Sürekli Eğitim Merkezi
EÜTFH	: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
GAHTS	: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği (VAS)
PBE	: Prenatal Bağlanma Envanteri
PDÖ	: Prenatal Distres Ölçeği
EFM	: Elektronik Fetal Monitörizasyon
BFP	: Biyofizik Profil
SAT	: Son Adet Tarihi
USG	: Ultrasonografi
dk	: Dakika

1. BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

“Gerginliğe öylesine alışmışız ki gerçek anlamda gevşemenin nasıl bir duygu olduğunu bilmiyoruz.” (1)

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem(ler)in Tanımı)

İnsanlar dokunmak ve gördüğünü doğrulamak içgüdüüne sahiptir. Dokunma duyusunun en temel algılama biçimi olduğu düşünülmektedir. Dokunmanın güven ve rahatlık sağlamasının nedenine ilişkin ise, henüz doğmamış bir bebeğin ilk izlenimlerini dokunarak edinmesinin etkili olduğu yönünde bir fikir bulunmaktadır (1).

Masajın içgüdüsel olarak yapıldığı düşünülmektedir. Örneğin, ağrıyan bir eklemın ovulması, endişeden kırışmış bir alnın üzerinde ellerin gezdirilmesi, hayvanların birbirlerinin tüylerini temizlemeleri ya da yaralarını yalamaları gibi uygulamaların doğuştan var olan iyileştirici güçler olduğu ve masajın içgüdüsel olarak uygulandığını düşündürür. Ancak bedensel duyularla ilgili haz ve cinselliğin birbirine karıştırılması nedeni ile insanlar birbirlerine dokunmaktan kaçınmaktadır (1). Modern toplumda çok fazla gözden kaçırılan dokunma veya dokunulma duyusu, aslında sağlığın önemli bir parçasıdır (2) ve temeli dokunuş olan masajın değerini gösteren tıbbi kanıtlar giderek artmaktadır (1). Masaj terapinin bazı türleri oldukça rahatlatıcı, kadının iç dünyasına ulaşmasını, dış olaylar yerine kendi vücut ve zihni üzerinde konsantre olmasını ve özellikle gevşemesini sağlar niteliktedir. Böylelikle masaj terapinin, birçok kadının yatışması/rahatlaması ve doğum eyleminin gerektirdiği hazırlıklarla başa çıkması açısından mükemmel bir etkisi vardır. Masaj terapi teknikleri, dolaşımdaki stres hormonu düzeyini düşürebilir, maternal fiziksel, duygusal ve mental bütünlüğü destekler. Rahatlamayı kolaylaştırır; kinestetik/dokunsal farkındalığı artırır ve gebenin duygularını daha derinlemesine keşfetmek istemesi durumunda ona elverişli bir ortam yaratır (3). Bireyin ruhsal sürecini değerlendirirken ‘bağlanma’nın dikkate alınması ve üzerinde durulması gerekir (4). Bağlanmanın temelini oluşturan, anne-bebek ilişkisinde önemli faktörlerden biri olan annenin ruhsal durumunun, gebeliğin başlangıcından itibaren önemli rolünün olduğu ve bu durumun doğum sonu bir yılı kapsadığı belirtilmektedir (5).

Prenatal dönemde fetus, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Gebe olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilir ise bağlanmanın ilk temellerini de oluşturmuş olacaktır (5). Bu düşüncelerden yola çıkılarak, gebeliğinde düzenli masaj terapi yapılan gebenin; bu dönemde yaşadığı endişelerin azalabileceği, endişesi azalan gebenin masaj terapi esnasında bedenini ve bebeğini daha yoğun hissedebileceği ve prenatal bağlanmasının artacağı öngörülmektedir. Tüm bu olumlamalar, gebeliğin devamındaki doğum ve doğum sonrası dönemlerde sağlığın gelişmesine katkı sağlaması dışında; anne ve bebek arasındaki bağlanmanın kuvvetlenmesine de katkı sağlayabilir.

1.2. Araştırmanın Önemi

Geçmişte ve günümüzde masaj, günlük yaşamda rahatlama ve gevşeme amacı ile uygulanmış ve uygulanmaktadır. Ayrıca masajın, sadece hastalık varlığında ve yaralanmalarda değil aynı zamanda hastalıklardan korunmada da etkili olduğu kabul edilmiştir (6). Eski Yunanistan ve Roma’da masaj, spordan önce ve sonra, nekahet döneminde egzersiz yerine, banyodan sonra ya da ruhsal çöküntü, astım, sindirim problemleri ve hatta infertilite gibi çeşitli durumlar için tıbbi bir tedavi olarak önerilmiştir. Dünyanın pek çok yerinde masaj terapi, gebeliğin tüm dönemlerinde ve hatta kadınların doğurganlığını arttırmak için gebelik öncesinde kullanılmaktadır (1). Masaj terapi daha sağlıklı anneler ve yenidoğanların olmasına katkıda bulunur (3). Field ve arkadaşları (1999) 14-30. gebelik haftaları arasında, 23-35 yaş arası gebelerden randomize olarak iki farklı grup belirlemiş ve bir gruba masaj terapi, diğer gruba relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi yöntemini uygulamışlardır. Gebelere beş hafta süresince, haftada iki kez yapılan gebe masajı sonrası anksiyetelerinin, depresyon düzeylerinin, bacak ve sırt ağrılarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmada, gebelerin uyku kalitesinin arttığı, duygu durumunun olumlu yönde geliştiği, doğum komplikasyonları ve prematür doğumların daha az olduğu saptanmıştır. Çalışmada saptanan diğer bulgu ise, masaj terapi yapılan gebelerin daha iyi bir gebelik ve daha iyi bir doğum sonu süreç deneyimledikleridir (7).

Gebelere yapılan masaj terapi ile ilgili toplumsal bazı kaygılar ve önyargılar vardır. Ancak, masaj terapinin güvenli ve yararlı olduğu, ayrıca uygulayıcının kendi mesleğinde daha etkili olabileceği konusundaki özgüveninin artması, bu bilimin derinlemesine anlaşılması ile mümkün olacaktır (3).

Osborne'nun belirttiği üzere doğum deneyimi esnasında masaj ve mobilizasyon, kültürel ve antropolojik çalışmaların da gösterdiği gibi birçok kültürün sağlık bakımının en önemli parçası olmaya devam etmektedir. Antropolojik çalışmalara göre dünyada daha barışçıl olan ülkelerin çoğu, erken çocukluk ve gebelik esnasında dokunmayı önemli bir uygulama olarak kullanmaktadır. Gebe masajı için yapılabilecek sayısız teknik vardır. Masaj terapinin bazı türleri oldukça rahatlatıcı, kadının iç dünyasına ulaşmasını, dış olaylar yerine kendi vücut ve zihni üzerinde konsantre olmasını ve özellikle gevşemesini sağlar niteliktedir. Böylelikle masaj terapinin, birçok kadının yatışması/rahatlaması ve doğum eyleminin gerektirdiği hazırlıklarla başa çıkması açısından mükemmel bir etkisi vardır. Gebe bir kadın rahatladığında; kan basıncı, nabızı ve solunumu düzene girerek uterus, plasenta ve fetus için düzenli kan akışı gerçekleşir; daha sağlıklı immün sistem işleyişi, duygu durumu ve stresli uyaranlara yanıtlar gerçekleşir, gebe daha az anksiyete ve korku hisseder. Hatta tek bir masaj terapi seansı, bu sonuçları ortaya çıkarmanın yanı sıra gebenin deneyimleyebileceği akut ağrı düzeyini de azaltır. Birden fazla yapılan masaj terapi oturumları, daha da güçlü ağrıların azalmasını sağlar, anksiyete ve depresyonu azaltır (3). Masaj terapi konusunda çok değerli araştırmalar gerçekleştirmiş olan Tiffany Field, ekibi ile gerçekleştirdiği çalışmalarından birinde (2004); depresyon, anksiyete, bel ağrısı, bacak ağrısı, fetal hareketler, yenidoğan doğum ağırlığı, prematürite, yenidoğanın davranışları ve Dopamin, Serotonin, Kortizol, Norepinefrin düzeylerini değerlendirmiştir. Randomizasyon ile belirlenen, 84 depresyonda olan ve 28 depresyonda olmayan gebe ile 18-24. gebelik haftalarında, haftada iki kez ve her masaj terapi seansı 20 dakika olacak şekilde gebelere masaj uygulanmıştır. Çalışmada masaj terapi grubu üç farklı çalışma grubu ile karşılaştırılmış ve fetal hareketlerde artma dışındaki tüm değişkenlerde azalma saptanmıştır. Dopamin ve Serotonin değerlerinin arttığı, Kortizol ve Norepinefrin değerlerinin ise azaldığı saptanmıştır (8).

Araştırmalar, masaj terapisi seanslarında en az 6-20 dakikada kas gevşemesinin meydana gelebileceğini belirtmektedirler (9,10). Perinatoloji uzmanları, kadınlara doğum eylemi için hazırlıkta, özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, uykuya dalmadan, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlatma düzeyini deneyimlemelerini önermektedirler (3).

Masaj terapi teknikleri dolaşımdaki stres hormonu düzeyini düşürebilir ve rahatlamayı kolaylaştırır. Ayrıca, kinestetik/dokunsal farkındalığı artırır ve gebenin duygularını daha derinlemesine keşfetmek istemesi durumunda ona elverişli bir ortam

yaratır (3). Çalışma ile gebelikte yaşanan sıkıntıların azaltılması ve bu yolla maternal-fetal bağlanmanın geliştirilmesi hedeflenmektedir.

Bu çalışma, Türkiye’de gebe kadınlarda tüm vücut gebe masajı uygulanarak yapılmış ilk deneysel çalışmadır. Araştırma, yukarıda bahsedilen faydaların ülkemiz gebelerine de katkı sağlaması yönünde, kurumsal olarak ilk adımın atıldığı bu tez ile belki de ilerleyen yıllarda rutin veya daha güvenilir ellerde ve daha kolay ulaşılabilir olarak gebe masajının uygulamaya aktarılması mümkün olabilecektir. Ayrıca, çalışma ile gebe masajının etkilerine ilişkin veriler literatüre kazandırılacak, ebe ve hemşirelerin uygulama alanlarına dahil edilecek ve doğum öncesi dönemde gebe masajının yararlanımları ortaya konulabilecektir.

1.3. Varsayımlar

Anket sorularının örnek gruba uygulanmadan önce pilot uygulama ile test edilmesi ve gerekli düzeltmelerin yapılması anketi geçerli kılmıştır. Araştırma veri toplama sürecinde anketi cevaplandıran katılımcıların tamamının anketlere verdikleri yanıtlarda samimi ve gönüllü oldukları varsayılmıştır.

Ayrıca gebe masajı için araştırmacının uygulamada kullandığı teknikleri pilot uygulama ile gerçekleştirmiş olması da uygulamanın etkinliğini geçerli kılmıştır.

1.4. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma uygulama planlama aşamasında öngörülen süreçlerin bazılarına ilişkin uygulama sürecinde bazı sınırlılık ve güçlükler yaşanmıştır. Bunlar:

Araştırma yöntemine ilişkin;

– Gebelere ulaşma sorunu

- Araştırma yalnız primipar gebeler ile gerçekleştirilmiştir (*daha önce prenatal distres yaşayan gebelerin buna yönelik baş etme yöntemlerini öğrenmiş oldukları düşünülmüştür*).
- I. trimester sonrası abortus öyküsü ya da tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan, 20-35 yaş arası olmayan, doğal gebelik olmayan, maternal ya da fetal sağlık sorunu olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durum evrenden örnekleme ulaşmak konusunda hem araştırma sürecini uzatmış hem de daha fazla örneklem alınamamasına yönelik araştırmacıyı sınırlamıştır.

- Gebeler ilk kez gebe masajını duydukları için gebe masajı yaptıрма konusunda tereddüt etmişler, katılma kararlarını vermede zorluk yaşamışlardır. Gebe onay vermesine rağmen eşi onaylamadığı için katılmak istemeyen gebeler de olmuştur.
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin çoğu iş yerinden izin almada sorun yaşamazken bazı gebeler sıkıntı yaşamıştır. Veri toplama sürecinde hekim tarafından imzalanan yazılı belge ile gebelerin iş yerlerinden izin almaları sağlanmıştır. Ancak gebe masajı uygulama ve öncesi-sonrası değerlendirme süresinin doğum öncesi bakım/izlem süresini uzatması nedeni ile iş yerinden izin alamayarak çalışmaya katılmayı reddeden ve çalışmaya devam edemeyen gebeler de olmuştur.
- Beş gebe veri toplama sürecinde çalışmadan ayrılmıştır ($n_{\text{Kontrol}}=2$, $n_{\text{Gebe masajı}}=3$). Kontrol grubunda bir gebe şehir dışına gitmesi ve bir gebe de iş yerinden izin alamaması nedeni ile ilk görüşmeden sonra çalışmadan ayrılmıştır. Gebe masajı grubunda bir gebe ailevi problemler nedeni ile üçüncü görüşmeden sonra, bir gebe şehir dışına gitmesi ve bir gebe de iş yerinden izin alamaması nedeni ile ilk görüşmeden sonra çalışmadan ayrılmıştır.
- Araştırma evrenindeki gebelerin %52.1'i çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamadığı için ve %37.2'si ulaşamadığı için çalışmaya dahil edilememiştir.
- Araştırma planlama sürecinde iki grup şeklinde; ilk grupta 10 gebe ve ikinci grupta 10 gebe olacak şekilde gebe masajı uygulaması yapılması planlanmıştır. Araştırma planına göre bu gebeler her gün iki kez gebe masajı uygulamasına alınarak beş haftalık izlem sürecine dahil edilecek ve 10 haftada veri toplama aşaması tamamlanacak idi. Ancak yukarıda bahsedilen sorunlar nedeni ile planlandığı şekilde gebe masajı uygulaması yapılamamıştır. Her bir görüşme sonrası randevu tarihinde gelen gebe araştırmaya alınmıştır. Bazı günler araştırmaya hiçbir gebe dahil edilememiştir.
- Araştırmanın planlama sürecinde gebelik haftasının USG'ye göre saptanması öngörülmüştür. Ancak uygulama sürecinin akışı nedeni ile tüm gebelerde Nagele Kuralı uygulanarak gebelik haftası belirlenmiştir.

- Uygulama esnasında bazı gebelerin zamanında gelmemesi veya randevu günü gelmekten vazgeçmesi uygulama planlamasında araştırmacının sıkıntı yaşamasına neden olmuştur.
 - Verilerin geçerliliği ve güvenilirliği nedeni ile gebe ve fetus iyilik halinin saptanması amacı ile yapılan USG değerlendirmelerinin aynı hekim tarafından yapılması öngörülmüştür. Ancak uzman hekimin ders, seminer, kongre katılımı gibi akademik ve hasta tetkik, tedavi, ameliyat ve vizit gibi klinik görevlerindeki yoğunluğu nedeni ile kendisine ulaşmada zorluk yaşanmıştır. Bu nedenle gebe değerlendirme süreci uzamıştır. Hekime en kısa sürede en rahat ulaşım için cep telefonu ile iletişim ve birim sorumlu ebe veya hemşiresinden destek alınmıştır.
 - Gebe masajı uygulamalarını gerçekleştiren araştırmacının, aynı zamanda doktora tezi olması nedeni ile uygulayıcı körlüğü gerçekleştirilememiştir.
- Veri toplama zamanı
- Bir gebe için planlananın üzerinde zaman ayrılması gerekmiştir (başlangıçta araştırmacı tarafından yalnız veri toplama formlarının doldurulma ve gebe masajı uygulama süreci dikkate alınmış, ancak klinik işleyiş ve sınırlılıklarda bahsedilen nedenlerden ötürü süre uzamıştır). Kontrol grubundaki bir gebe için her görüşmede yaklaşık 1.5 saat, gebe masajı grubundaki bir gebe için her görüşmede yaklaşık 4 saat zaman ayrılması gerekmiştir (Tablo 1):

Tablo 1. Çalışmada Uygulamalar için Ayrılan Zaman Dilimleri

Gebe Masajı Öncesi Uygulamalar	Gebe Masajı Uygulaması	Gebe Masajı Sonrası Uygulamalar
- Yaşam bulgularının alınması, FKH ve EFM (30 dk), - USG değerlendirme (30-40 dk) - Masaj hazırlık (su içme, tuvalete gitme, kıyafet değişimi, masaj örtülerinin serilmesi) (10-15 dk), - Veri toplama formlarının doldurulması (15 dk)	- Gebe masajı uygulaması [60 dk; (sol yan: 30 dk, sağ yan: 30 dk)]	- Yaşam bulgularının alınması, FKH ve EFM (30 dk), - USG değerlendirme (30-40 dk) - Masaj sonrası istirahat (5dk), - Masaj sonrası hazırlık (su içme, tuvalete gitme, kıyafet değişimi, masaj örtülerinin toplanması) (10-15 dk), - Veri toplama formlarının doldurulması (5 dk)

– Eğitim ve malzeme temini

- Çalışmada uygulanan gebe masajının güvenilir koşullarda yapılabilmesi için temel ve spesifik eğitim alma (Ek 1-4) gerekliliği uygulamaya başlama zamanını geciktirmiştir,
- Çalışmanın Türkiye’de ilk kez uygulanmış olması nedeni ile optimal koşullar sağlanmaya çalışılmış olup ihtiyaç duyulan malzemeler (bknz. Gebe Masajı İçin Gerekli Malzemeler) 10 ayda temin edilebilmiş, uygulamaya başlama zamanı gecikmiştir.

Araştırma Uygulama Merkezine ilişkin;

– *Gebelere ulaşma sorunu*

- Birinci trimester tarama amacı ile USG çekimi için gelen gebe sayısı obstetri polikliniğine kayıtlı gebe sayısından çok azdır. Çünkü gebe 18. gebelik haftasından önce gebe polikliniğinde takip edilmeye başlanıyor ise hastane prosedürüne göre bu tetkik Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (EÜTFH)’nde yapılabilir. Eğer gebe 18 hafta ve sonrasında EÜTFH’de rutin takip edilmeye başlanmış ise I. trimester USG değerlendirmesi EÜTFH’de yapılmıyor.
- Birinci trimester USG değerlendirmesi için obstetri polikliniğine gelen randevu defterine kayıtlı gebelerin sadece ad soyad ve hangi tarihte polikliniğe geldiklerine ilişkin bilgilerine ulaşıyor. Akademik çalışmalar, veri uygulama sürecinin aktif devam etmesi ve eğitim öğretim faaliyetleri nedeni ile akademisyen araştırmacı çalışmanın başlangıcından bitişine kadar her hafta sıklıkla polikliniği ziyaret etmesine karşın kayıt defterindeki randevulu gebelerin çok azı ile ilk görüşme yüzyüze yapılabilmektedir. Gebenin orada bulunduğu anın denk getirilmesi çok zor olmuştur.
- Gebelerin ad ve soyad bilgileri aracılığı ile hastane bilgi işlem sisteminden telefon numarasına ulaşmak da zor olmuştur (aynı isimde birçok kayıt çıkabiliyor). Ayrıca telefon numarasına ulaştıktan sonra yanlış telefon numarası verildiği ya da numaranın gebeye ait olmayıp bir yakınına ait olduğu durumlar sıklıkla yaşanmıştır. Numaranın gebenin yakınına ait olması durumunda da öncelikle yakını süreçle ilgili bilgilendirilerek gebe ile görüşmek için ikna etmek gerekmiştir.

- Hastanenin bilgi işlem biriminden telefon numaralarına ulaşmak zor olduğu için randevu günlerinde tetkik için gelen gebelerin telefon bilgisi (onayları doğrultusunda) poliklinik hemşire veya ebesi yardımı ile edinilmiştir. Ancak sağlık personelinin yoğun çalışma temposu ve bu birime gelen gebe yoğunluğu nedeni ile bu bilgiyi elde etmek de zor olmuştur. Bilgiye ulaşmak için önce poliklinik randevu kayıt defteri, hemşire veya ebe ile görüşme ve sonra oradan ulaşılamayanlar için ayrıca bilgi işlem birimi ile görüşme yolu izlenmiştir.

– *Malzeme kısıtlılığı*

- Çalışmanın gerçekleştirildiği birimde sekiz adet EFM cihazı ve iki adet USG cihazı vardır. Cihazların dolu olması ya da cihazlardan arızalanların olması durumunda bekleme süresi uzamıştır. Ayrıca sürekli monitörize edilen gebelerin varlığı nedeni ile de EFM çekiminde uygun cihazın bulunması aşamasında zorluk yaşanmıştır.
- EFM çekimi esnasında rutin izlemi yapılan diğer gebelerin de birimde olması, diğer gebelerin travaylarının başlaması durumunda streslerini yansıtan seslerini çalışma grubundaki gebenin işitmesinin, çalışma grubu gebeleri olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Araştırma merkezinin yoğunluğu da değerlendirildiğinde, bu güçlüğün giderilebilmesi için I. trimester tarama amacı ile USG çekimi için obstetri polikliniğine gelen gebelerin EFM çekimlerinin ayrı bir odada yapılmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır.
- Tek kullanımlık örtüler uygulama esnasında yeterli kriterleri sağlamadığı için pamuklu kumaştan çarşaf ve yastık kılıfları kullanılmıştır. Her seansta üç adet çarşaf ve üç adet yastık kılıfının kullanılması ve her gebede hijyenik koşulları sağlayabilmek için temizleme süreci araştırmacı açısından zor olmuştur. Her gebe masajı sonrası malzeme temizliği araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir.

– *Çalışmanın uygulandığı merkezin yoğunluğu*

- Gebe masajının rutinde uygulanan bir yöntem olmaması ve hastanedeki rutin uygulama yoğunluklarının arasında çalışmanın ek zaman ihtiyacı ortaya çıkarması ayrıca bu birimde birden fazla hekimle çalışan yalnız bir ebe veya hemşirenin olması nedeni ile çalışma veri toplama yönteminin klinik kabul edilirliğinde zorluk yaşanmıştır.

- Çalışmada maternal ve fetal uygunluk durumu ve iyilik halini değerlendiren yalnız bir hekim ile çalışılmış olup hekim uygun olmadığında çalışma kriterleri açısından değerlendirme yapabilecek başka hekim olmaması çalışmanın sınırlılık ve güçlüklerindendir.
- Çalışma veri toplama sürecinde EFM ile fetal iyilik durumunun değerlendirilmesi için klinikte birden fazla sayıda cihaz kullanılmıştır. Kullanılan cihazların farklı özelliklerde olması nedeni ile fetal monitör cihazında fetal hareketler ve reaktivite değerlendirilememiştir. Çalışma verilerinde fetal iyilik halinin sunumunda FKH, BFP, bazal kalp atım hızı verileri sunulabilmiştir.

Araştırmacıya ilişkin;

- Araştırmacının veri toplama sürecinde el ve bilek eklemlerinde sorun yaşaması nedeni ile medikal tedavi yanında üç ay atel kullanması ve fizik tedavi alması çalışma sürecinde yaşanan güçlüklerdendir.

Genel sürece ilişkin;

- Bazı durumlarda randevu gün ve/veya saatinde değişiklik gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bunlar:
 - Gebenin önceliklerinin değişmesi nedeni ile zaman değişikliği talebi,
 - Klinik koşullarının uygun olmaması,
 - Maternal ve fetal uygunluk durumu ve iyilik halini değerlendiren hekimin yoğun çalışma temposu içinde çalışma grubundaki gebenin değerlendirilmesi için ek zaman bulunamaması ya da hekimin programında değişiklik olması (ameliyatlara girmek, fakülte öğrenci eğitimi, akademik faaliyetler gibi),
 - Gebeye verilen randevu zamanında EÜTFH’de bulunan Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı Sürekli Eğitim Merkezi (EGEKASEM)’nin uygun olmaması.

1.5. Tanımlar

1.5.1. Gebe Masajı

Masaj dilimize Yunanca “yoğurma” anlamına gelen “massein” sözcüğünden geçmiştir (6). Dil Derneği Türkçe Sözlük’ünde masaj “*Vücut yüzeyinde el, elektrik, su vb. aracılığıyla çeşitli işlemler yapma biçiminde, iyileştirme ve bakım yöntemi.*” olarak tanımlanmaktadır (11). Gebe masajı, sayısız teknikleri olan ve gebeye yapılan masaj

türüdür. Gebe masajında, terapistin bireyselleştirilmiş dokunuşları ile gebeye eşsiz, güçlü bir rahatlama ve destek deneyimi sunulur (3,12).

1.5.2. Prenatal Distres (Prenatal Sıkıntı)

Prenatal distres, gebelik döneminde, doğumdan önce yaşanan sıkıntıyı tanımlar (13).

1.5.3. Prenatal Bağlanma (Gebelikte Anne-Bebek Bağlanması)

Prenatal bağlanma, “gebe kadının doğmamış çocuğuna davranışları yoluyla bağlanarak yakın bir ilişki kurması ve etkileşime girmesi” olarak tanımlanmaktadır (14,15).

1.5.4. İyilik Hali

Maternal iyilik hali, kadının gebelik döneminde bir sağlık sorunun olmaması ve yaşamsal bulgularının yaşına uygun sınırlarda olması ile değerlendirilir. Fetal iyilik hali de EFM ile değerlendirilir (16).

1.5.5. Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM)

EFM fetal sağlığın değerlendirilmesinde en sık kullanılan testlerden biridir. Elektronik fetal monitör kullanılarak fetal kalp sesleri kaydedilir ve fetal hareketler ile kalp atımı arasındaki ilişki değerlendirilir. Kolay uygulanıp, kolay yorumlanabilen bir test olan EFM için gebenin 20-30 dk yatması gerekir. Gebenin işlem sırasındaki yatışı için lateral pozisyon önerilir (17). Testten doğru sonuç elde edilebilmesi için gebeliğin 30-32. haftasından itibaren uygulama yapılmalıdır (16).

Fetal iyilik hali oksijen yeterliliği ve artık ürünlerin atılımına bağlıdır. Fetus herhangi bir stres ile karşılaşırse hipoksi gelişebilir. Bu durumda fetal dolaşım fonksiyonel sınırdan, kalp atımı hızlanmış ve kardiyak output artmıştır. Ayrıca gebeliğin geç dönemlerinde kan basıncının artması bazal kalp atımlarının azalmasına, kan basıncının azalması fetal taşikardi gelişmesine neden olur. *Bazal fetal kalp atım hızı* kontraksiyonlar dışında ve en az 10 dk süre ile ölçülen ortalama kalp atım hızıdır (Normal değer: 120-160 atım/dk) ve ilk değerlendirilmesi gereken parametredir. *Variabilite* ise fetal kalp hızında kısa süreli iniş çıkışlardır (Normal değer 6-25 atım/dk, 40 dakikadan daha az ≤ 5). Fetal kalp atım variabilitesinin varlığı fetal oksijenizasyonun en önemli göstergesi olup sağlıklı sinir sistemini yansıtmaktadır ve fetal iyilik halinin iyi bir göstergesidir. Gebeliğin 32. haftasından sonra variabilitenin normal düzeyde olması gerekir. Variabilite düzeyleri şu şekildedir: variabilite yokluğu (0-2 atım/dk), azalmış variabilite (3-5 atım/dk), orta düzey variabilite (6-25 atım/dk),

artmış variabilite (>25 atım/dk). Orta düzey variabilite iyi oksijenlenen fonksiyonel bir merkezi sinir sistemini yansıtır (16).

1.5.6. Biyofizik Profil

Biyofizik profil, EFM ile USG'deki bazı değişkenlerin (fetal solunum hareketi, fetal vücut hareketi, fetal tonüs, amniyotik sıvı volümü, fetal kalp atım reaksiyonu) değerlendirildiği bir işlemdir. BFP değerlendirmesinden elde edilebilecek en yüksek puan 10'dur (≤ 4 puan: anormal, 6 puan: şüpheli, 8-10 puan: normal) (17).

1.6. Hipotezler

1. **H1:** Gebe masajı gebelerin iyilik hali algılarını (GKÖ) artırır.
2. **H1:** Gebe masajı prenatal bağlanma düzeyini (PBE) artırır.
3. **H1:** Gebe masajı prenatal distressi (PDÖ) azaltır.
4. **H1:** Gebelerin gebe masajı memnuniyetleri (GAHTS) yüksektir.

1.7. Araştırmanın Amacı

Çalışmanın ana amacı, gebe masajının gebe ve fetus üzerine etkisini saptamaktır. Bu amaç doğrultusunda çalışma;

- Gebenin iyilik hali algısına etkisini,
- İleri gebelik döneminde (30. hafta ve sonrası) uygulanan gebe masajının gebe ile doğmamış bebeği (fetus) arasındaki bağlanmaya etkisini,
- Gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve emosyonel semptomlar, ilişkiler, annelik, beden imajı ve gebelik ile ilgili konularda yaşanan sıkıntı veya endişelere etkisini,
- Gebenin gebe masajından memnuniyet düzeyine etkisini saptamak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca çalışmada,

- Gebe masajının maternal ve fetal iyilik haline etkisinin olumlu ya da olumsuz olup olmadığının ortaya konulması,
- Gebelerin gebe masajına ilişkin düşünce, değerlendirme ve görüşlerinin saptanması hedeflenmiştir.

2. İKİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

2.1. MASAJ

2.1.1. Masaj nedir?

Masaj dilimize Yunanca “yoğurma” anlamına gelen “massein” sözcüğünden geçmiştir. Masaj, deri, derialtı dokusu, kaslar, iç organlar, metabolizma, dolaşım ve lenf sistemlerinin mekanik ve sinirsel (refleks) yolla tedavi amaçlı uyarılması; çeşitli darbeler ve ovmalarla bölgesel kan dolaşımını artırma, vazodilatasyonu sağlayarak dokuya daha fazla kan gelmesini sağlama yöntemidir (6). Dil Derneği Türkçe Sözlük’ünde masaj “*Vücut yüzeyinde el, elektrik, su vb. aracılığıyla çeşitli işlemler yapma biçiminde, iyileştirme ve bakım yöntemi.*” olarak tanımlanmaktadır (11). Sağlık Bilimleri Sözlüğü de masaj kelimesini “*Deri üzerinden yapılan ovma, basınç uygulama hareketleri*” olarak tanımlamıştır (18).

Yunanlı hekim Hipokrat tarafından “anatripsis” olarak adlandırılan masaj diğer yazarlarca da “tripsis, ovuşturma, elle tedavi ya da ovma” olarak da adlandırılmıştır. Günümüzde “masaj” kelimesinin kullanılması nispeten yenidir ve Arapça’da “elle sıvazlama” anlamına gelen “*masah*” tan türemiştir (1).

Masaj, tedavi ve dinlenme amacı ile organizmanın yüzeyine yapılan manipölasyonların tümü olarak da ifade edilmektedir (6). Sağlığa ulaşmanın ve sağlıklı kalmanın en kolay yollarından biri olan masaj insanlara, doğal temaslarını yeniden kurma, iyilik ve rahatlık hissinden yararlanma fırsatı verir. Ayrıca masaj insanların etraflarında kurdukları duvarları yıkmalarına da olanak sağlar (1,19).

2.1.2. Masajın Tarihçesi

Masaj tarih boyunca tüm kültürlerde kullanılmıştır. Masajın tarihinin insanın ortaya çıkmasıyla başladığı ve en eski sağaltım yöntemi olduğu yönünde görüşler bulunmaktadır (1). Antik çağlarda tedavi ile uğraşan kişilerin çevresindekilere şifa vermek için elle masaj yaptıkları bilinmektedir (6).

Eski Çin, Mısır ve Hindistan el yazmalarında masajın hastalıkları önlemek, sağaltmak ve yaraları iyileştirmek için kullanıldığı yazmaktadır. Masaja ilişkin ilk yazılı metinler yaklaşık MÖ 2700’lerden kalma Çince bir kitapta bulunmaktadır (1,6). Kitapta; “*Gece uykusundan sonra, kan dinlenmiş ve sinirler gevşemişken sabah*

erkenden avucun içiyle tüm vücudun sıvazlanması insanı soğuk algınlığından korur, organları esnek tutar ve ufak tefek rahatsızlıkları önler” yazmaktadır (1).

“*Dokunma sanatı*” diye anılan masajın ilk uygulamalarının Çin ve Hindistan’da yapıldığı bilinmektedir. Masaj ile ilgili ilk yazılı kaynaklar arasında eski Yunan hekimleri tarafından yazılanlar bulunmaktadır (6). Eski Yunanistan ve Roma’dan kalma eserlerde masaja pek çok atıfta bulunulmuştur (1).

İsveçli Per Henrig Ling’in (1776-1839) etkisiyle 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa’da masaja ilgi artmış ve İsveç masaj sistemi Avrupa çapında yayılmıştır. İsveç masajı, tedavi amaçlı Batıdaki ilk masaj uygulamasıdır. Ling, jimnastik, anatomi ve fizyoloji anlayışını Çin, Yunan ve Mısır sistemlerinden elde edilen bilgilerle birlikte kullanarak, günümüzde İsveç Masajı olarak bilinen tekniği geliştirmiştir (1,2,19). “İsveç Masajı”nın diğer bir adı “Klasik Masaj” dır (6). İsveç Masajı, açılan kurslar ile masaj tekniği öğretisinin somutlaşmış ilk modern yöntemi olmuştur. Devamında ise Batı dünyasında masaj merkezleri gitgide çoğalmaya ve değişik birçok masaj türü öğretilmeye başlanmıştır (19).

Masaj, 19. yüzyılın sonlarında yaygın bir tıbbi tedavi yöntemi olarak ünlü cerrahlar ve doktorlar tarafından sık sık kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise kırsal kesimlerde masözler, genellikle köyün ebeleridir (1).

2.1.3. Masajın Amacı ve Etkileri

Masaj; yorgun veya hasta bir organın rehabilitasyonu ve kişinin önceki sağlıklı durumuna kavuşabilmesi için, organizmanın üzerinde oluşturulan, mekanik enerjinin derinlerde fizyolojik etkiler oluşturulması esasına dayanan bir terapi şeklidir. Masaj uygulaması ile yumuşak dokular mekanik olarak uyarılır ve sistematik manipülasyonlarla organizmada fizyolojik ve psikolojik etki yaratılır (6). Bir masaj farklı ihtiyaçlara cevap verebilecek şekilde yapılabilir. Uygulanışına bağlı olarak, aynı teknik, uyarıcı ya da uyku verici bir etki yaratabilir (1).

Fransız hekim Avicenna (MS 980-1037) masajın amacının, kasların kullanımı sonucu oluşan ve normal kas çalışmasıyla yok edilemeyen laktik asitin dağılması olduğunu belirtmiştir. Bu maddeler dağıtılabilsen, yorgunluğun da giderilebileceğini öne sürmüştür ve günümüzde de masaj bu şekilde algılanmaktadır (6). Masaj, zihnin ve sinir sisteminin dinlenmesine olanak sağlarken aynı zamanda dolaşım ve lenf sistemini uyarır, dokular için gerekli besin maddelerinin temin edilmesini düzenler, atık ve toksin niteliği taşıyan maddelerin dışarı atılmasını sağlar. Masaj uygulaması ile lenfin vücuda pompalanmasına yardım edilerek atık maddeler giderilirken immün

sistem de güçlenir. Kan dolaşımını kalbe yüklenmeden hızlandırır, vücuda dağılan oksijen ve besin miktarını artırır (1,2). Masaj, kan dolaşımını hızlandırarak sağlıklı hücrelerin korunmasını sağlar ve böylece “dış sinir sistemi” de denilen deriye sağlıklı bir parlaklık kazandırır. Derinin sağlığı tüm vücut sağlığının kesin bir göstergesidir (1). Sinir sistemi üzerinde ise masajın, yatıştırıcı veya uyarıcı bir etkisi vardır. Hem duygusal hem de fiziksel açıdan stresi azaltır ve stres yönetimi için düzenli uygulanması önerilir. Aynı zamanda birçok klinikte tıbbi ve tedavi edici terapi olarak kullanılır (1,2). Masaj terapötik/tedaviye yönelik olarak uygulanabileceği gibi genel sağlığın korunmasında da değerli bir kaynak olarak düşünülmelidir (1).

2.1.4. Masajda Temel İlkeler

Masajın en önemli unsuru ritmdir. Ritmik hareketler tüm vücuda gevşeme dalgaları gönderir. Yapılan herhangi bir uygulama acı veriyorsa uygulayıcıya bunun söylenmesi gerekir. Masaj sırasında asla kuvvet kullanılmamalı, basınç uygulamak için yalnızca vücudun ağırlığı kullanılmalıdır. Uygulayıcı hareketlerine odaklanmalı ve fazla konuşmamalıdır. Ayrıca iyi bir masaj yapmak için tamamen gevşemek gerekir. O yüzden uygulayıcı kendini fazla zorlamamalıdır (1).

Basınç yoğunluğuna bağlı olarak uygulanabilecek bazı temel masaj teknikleri vardır. Temel masaj teknikleri de kendi içinde üç temel kategoriye ayrılır (2).

1. Hafif ovma
2. Orta derinlikte ovma
3. Derin doku ovma

Kayma ve ritmik dokunuş gibi hafif ovmalar, vücudun rahatlamasına ve ısınmasına yardımcı olan ısınma ovmalarıdır. Orta derinlikteki vuruşlar, doku kütleleri üzerine daha doğrudan etki eder ve dolaşımın harekete geçmesini sağlar. Bu hareket kaslardaki atık ürünlerin temizlenmesine yardımcı olur (2). Derin doku ovmaları, kasların daha derin yüzeylerine, tendon ve bağların kemiklerle birleştiği noktalara etki eder. Masaj sırasında ağrı oluşmaması için sürtme ovmaları uygulanırken dikkatli olunmalıdır (2,12). Kaynaklarda farklı yazım şekilleri ya da gruplandırmalar (2,6) bulunmakla birlikte genel olarak üç temel kategori altında, altı temel dokunuş şekli vardır (Tablo 2).

Tablo 2. Temel Masaj Tekniklerinde Üç Temel Kategori

Hafif Ovma	Orta Derinlikte Ovma	Derin Doku Ovma
▪ Kayma ▪ Öfloraj / Ritmik ovma / Sıvazlama / Efloraj	▪ Petrisaj /Sıkıştırma ve Ezme/ Yoğurma ▪ Presyon / Baskı	▪ Friksiyon / Sürtme / Sürtünme ▪ Tapotement / Vuruş ▪ Perküsyon / Çarpma / Vurma / Baltalama / Darbe / Yumruk ile ovma ▪ Vibrasyon / Titreme / Sallama

Masajın en temel manipülasyonu olan **Öfloraj** kelime anlamı ile sıvazlamadır (6). Ekstremitelerde uygulanırken teknikler venöz dönüşü yardımcı olmak için kalbe doğru yapılmalıdır (2).

Deri altı kan dolaşımını arttırmak için yapılan **Friksiyon** sürtünme anlamına gelir. Başparmak uçları ile yapılır. Friksiyon hareketleri bölgesel kanlanmayı artırarak, masaj yapılan dokunun ve kasın beslenmesini sağlar. Deri ve deri altı dokunun hareketlenmesini ve canlanmasını sağlar (6).

Kaslardaki en etkili maniplasyon olan **Petrisaj** sıkıştırma ve ezme şeklindeki yoğurma hareketleridir. Hareketler kalp yönüne doğru parmaklarla uygulanır. Tek elle veya eller yan yana gelecek şekilde iki elle uygulanır (6). Petrisaj; kasları kemiklerden nazikçe uzaklaştırmayı, sonra onları tekrar nazik hareketlerle yuvarlayıp sıkımayı içerir. Genel olarak yoğurma ve sıkıştırma hareketleri içerir (yuvarlama, sıkma, kaslara dolaşımı arttıracak biçimde basmak, vb) (2).

Baskı anlamına gelen **Presyon** masaj yapılacak bölgeye parmak uçları, el ayaları ve el sırtı ile yapılan basınç hareketleridir. Presyon manevrası daha derinde bulunan dokuları sıkıştırmak ve etkilemek için yapılır (6).

Tapotement, kasları uyarmak ve canlandırmak için ellerin ritmik ve sırayla kaslara vurulması şeklinde yapılır. Bu vuruşun birçok çeşidi vardır (2).

Perküsyon, genel anlamda çarpma, vurma, baltalama ve darbe anlamına gelen masaj yapılan bölgeye el sırtı ya da kenarıyla darbeler şeklinde ritmik vurma manipülasyonlardır. Bu manipülasyonlar kan dolaşımının hızlanmasına neden olur. Kasları ve sinirleri uyarır. Kasları kuvvetlendirir (6).

Vibrasyonun kelime anlamı titreme, sallama demektir. Genellikle elle kavranmayan geniş ve düz kas gruplarına uygulanır. Vibrasyon uygulamaları gergin kasları gevşetici ve rahatlatıcı etkiye sahiptir. Aynı zamanda sert olan vibrasyonlar sinir uçlarını uyarıcı ve yatıştırıcı özelliğe sahip olduğundan dinlendirici ve ağrı kesici

özelliği de vardır (6). Vibrasyon, terapistin ellerini hastanın sırtına veya uzuvlarına koyup birkaç saniye durmadan titretmesiyle uygulanır. Dolaşımı hızlandırır ve etkilenen kasları güçlendirir (2).

Masajın doğru olan tek bir sırası yoktur. Masaj uygulamasında terapist belli bir sırayı izleyebilir ya da kendi tekniklerini kendisi belirleyebilir. Tekniklerin uygulama sırası uygulayıcı ile masaj yapılan kişinin tercihiyle ilgili olarak değişir. Profesyonel klasik vücut masajı yapılırken sırttan ya da ayaktan başlanır. Masaj genellikle aşağıdaki sırayı izler (1):

- Sağ ayak ve bacak, sol ayak ve bacak
- Sol el ve kol, sağ el ve kol
- Karın
- Bacakların arkası ve sırt
- Göğüs, yüz ve baş

Gözlemlerin ortaya koyduğu kadarı ile, ana-baba ve çocukların birbirine rahatça dokunabildikleri bir ailede büyüyen çocuklar, dokunuştan yoksun bırakılanlara oranla daha sağlıklı, ağrı ve enfeksiyona karşı daha dayanıklıdır. Daha rahat uyurlar, daha çok arkadaş canlısıdır ve genellikle daha mutludurlar (1). Masaj terapi daha sağlıklı anneler ve yenidoğanların olmasına katkıda bulunur (3). Bu nedenle sağlıklı ailelerin olması için henüz gebe iken bu sürecin başlatılmasında fayda vardır.

2.2. GEBE MASAJI VE TEKNİKLERİ

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebenin bakım gereksinimleri artmakta ve gebelerin kendilerine daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir (20). Masaj terapi kadınların kendilerini iyi hissetmelerini, daha etkili çalışmalarını ya da daha iyimser olmalarını sağlayarak gebeleri destekler (3). Dikkatle yapılan hafif bir masaj tüm gebeler için yararlıdır. Fakat, mutlaka doktora danışılmalıdır (1). Osborne'a göre (2009), masaj terapi yaptırmak isteyen birçok gebe, gebe masajının onların terime ulaşmasında yardımcı olduğunu, bu sayede daha az gebelik komplikasyonu yaşadıklarını ve daha fazla huzur hissettiklerini iddia etmektedir (21).

Gebeliğin genellikle son haftalarında kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve fizyolojik rahatsızlıklar ortaya çıkar. Bu durum kadınları masaj terapi yaptırabilecekleri bir yer bulmak için motive eder. Gebe masajında da, terapistin

bireyselleştirilmiş dokunuşları ile gebeye eşsiz, güçlü bir rahatlama ve destek deneyimi sunulur (3).

Gebelikte sık rastlanan şikayetlerden birisi sırt ağrılarıdır. **Sırt masajı**, bu rahatsızlığı büyük ölçüde giderebilir. Hatta yapılan sırt masajı ile gebelerde sabahları görülen mide bulantısı da hafifletilebilir. **Bacak masajı** birçok gebeyi rahatlatıp gevşetir. Bu aynı zamanda alt ekstremitelerdeki ödem ve ağrılara hatta bazı kadınların gebelikte karşılaştıkları varis ve kramplara da olumlu yönde etki eder. Çok hafif bir **kol masajı**, son derece rahatlatıcıdır ve karına masaj yapılmasının önerilmediği zamanlarda gebelerin gevşemesinde etkili bir yöntemdir (1). Kimber ve arkadaşları (2008), geç gebelikten doğuma kadarki sürede fizyolojik değişikliklere bağlı oluşan ağrıyı deneyimleyen gebelerde, müzik ya da masaj terapinin ağrı eşiğine etkisini incelemişlerdir. Fetal anomali taraması için 20. gebelik haftasında ultrasonografi için kliniğe gelen gebelerin yazılı olarak bilgilendirildiği, ebenin rutin antenatal takibi esnasında 28. haftada tekrar görüşülen grup ile 30-35. haftalarda uygulanmak üzere masaj terapi, müzik terapi ya da plasebo grupları oluşturulmuştur. Müdahale gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ağrı puan ortalamasında azalma saptanmıştır (22).

Gebe masajı için yapılabilecek sayısız teknik vardır (3,12). Masaj terapinin bazı türleri oldukça rahatlatıcı, kadının iç dünyasına ulaşmasını, dış olaylar yerine kendi vücut ve zihni üzerinde konsantre olmasını ve özellikle gevşemesini sağlar niteliktedir. Böylelikle masaj terapinin, birçok kadının yatışması/rahatlaması ve doğum eyleminin gerektirdiği hazırlıklarla başa çıkması yönünde mükemmel bir etkisi vardır. *Perinatoloji uzmanları kadınlara doğum eylemi için hazırlıkta, özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, uykuya dalmadan, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlama düzeyini deneyimlemelerini önermektedirler* (3).

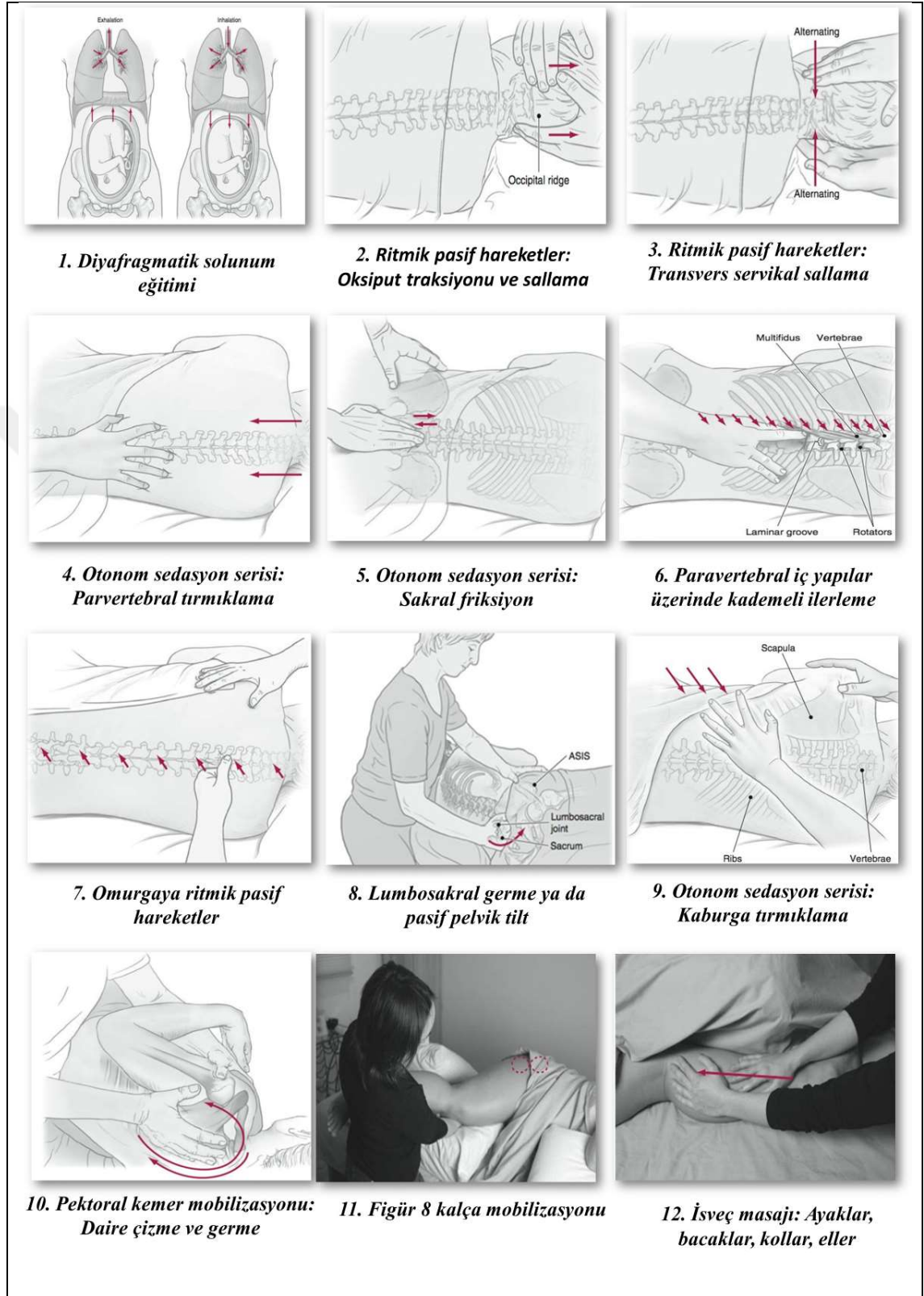
Gebeler 27. haftadan terme (40+) kadar, ikinci trimesterde yapılanlara benzer terapötik somatik aktivitelerden fayda sağlar (3). Gebelerin genellikle yaşadıkları sıkıntılarda, temel olarak kullanılabilecek teknikler de vardır. Gebenin talebine yönelik olarak spesifik tekniklerin ya da bazı ortak tekniklerin kullanıldığı gebe masajı oturumları hazırlanmıştır. Örneğin “Bel ağrısı ve pelvik ağrı oturumu”, “Rahatlama, stresi azaltma ve uykuya yardım oturumu”, “Üst sırt, boyun ve omuz ağrısı oturumu”, “Doğuma hazırlık oturumu” gibi (23).

Rahatlama, Stresi Azaltma ve Uykuya Yardım Oturumu:

Bu oturumda kullanılabilecek teknikler aşağıda listelenmiştir. Bu teknikler gebenin konfor düzeyine ve hangi trimesterde olduğuna bağlı olarak sırtüstü, yarı uzanmış ya da yan yatış pozisyonlarından birinde uygulanmalıdır. Sırtüstü pozisyonda, Vena cava inferior'a yapılan baskının maternal-fetal dolaşımı olumsuz yönde etkilemesi nedeni ile uygulama süresini uzatmamak için ayrıca dikkat edilmelidir. Gebeye yapılacak masaj esnasında en çok yan yatış pozisyonu önerilmektedir (3,23,24). [Çalışmada aşağıda belirtilen 12 teknik uygulanarak 60 dk süren gebe masajı uygulanmıştır (Şekil 1, Resim 1).]

1. Diyafragmatik solunum eğitimi
2. Ritmik pasif hareketler: Oksiput traksiyonu ve sallama
3. Ritmik pasif hareketler: Transvers servikal sallama
4. Otonom sedasyon serisi: Parvertebral tırmıklama
5. Otonom sedasyon serisi: Sakral friksiyon
6. Paravertebral iç yapılar üzerinde kademeli ilerleme
7. Omurgaya ritmik pasif hareketler
8. Lumbosakral germe ya da pasif pelvik tilt
9. Otonom sedasyon serisi: Kaburga tırmıklama
10. Pektoral kemer mobilizasyonu: Daire çizme ve germe
11. Figür 8 kalça mobilizasyonu
12. İsveç masajı: Ayaklar, bacaklar, kollar, eller

Şekil 1. Rahatlama, Stresi Azaltma ve Uykuya Yardım Oturumunda Yer Alan Tekniklere Ait Fotoğraflar



Kaynaktan uyarılma: Osborne C., NCBTMB. Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice, 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

Masaj sırasında gebeye, diyafragmatik solunum eğitimi ile doğru bir şekilde soluma öğretilir. Uygulayıcı bir elini masaj yapılanın göğsüne ve diğerini de karnına koyar, soluk verirken hafifçe karna bastırır ve soluk alırken de elini kaldırır (1). Bu uygulama masaja başlamadan önce gebeye öğretilerek, diyafragmatik solunumun yararları açısından, masaj esnasında ve sonrasında bu tekniği kullanması istenir.

Yukarıda listelenen ve listede bulunmayan diğer teknikler dolaşımdaki stres hormonu düzeyini düşürebilir, maternal fiziksel, duygusal ve mental bütünlüğü destekler. Rahatlamayı kolaylaştırır; kinestetik/dokunsal farkındalığı artırır; “topraklama/negatif enerjinin vücuttan atılması”na da yardımcı olur ve gebenin duygularını daha derinlemesine keşfetmek istemesi durumunda ona elverişli bir ortam yaratır. Rahatlama masajı, özellikle otonom sedasyon serileri, otonomik sinir sisteminin parasempatik dalını aktive eder. Kan basıncının düşmesine yardımcı olabilir (3,12).

Gebe olan ve olmayan farklı gruplarda yapılan çalışmalarda, masajın olumlu etkilerinin olduğu saptanmıştır (7,8,25–41).

Field ve arkadaşları (2009), gebelik komplikasyonu olmayan ve gebelikte majör depresyonu olan 16-20. gebelik haftaları ve 18-30 yaşlar arasındaki, tekiz gebelik olan ve partneri ile birlikte yaşayan gebeler ile gebe masajı uygulamasının etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada gebelik komplikasyonları; gestasyonel diyabet, ektopik gebelik, anemi, plasenta previa, plasenta dekolmanı, preeklampsi olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya alınmadan önce; HIV veya diğer herhangi bir bulaşıcı hastalık, hipertansiyon, gebelik komplikasyonu, herhangi bir metabolik ve yeme bozukluğu (obesite, bulimia, anoreksiya), vitaminler dışında ilaç kullanmaya devam eden, sigara içen ya da gebelik esnasında uyuşturucu madde kullanmış olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmada haftada iki kez, 12 hf süre ile yastık destekli yan yatış pozisyonunda, toplam 20 dk (sol yan: 10dk, sağ yan: 10 dk), tüm vücut masajı (baş ve boyun, sırt, kollar, eller, ayaklar), masaj terapisti tarafından uygulanmıştır. Çalışmada; düzenli masaj terapi yapılan gebelerin depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı, kontrol grubu gebelerin zaman içinde bel ağrıları artarken masaj terapi grubundaki gebelerin bel ağrılarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca, anksiyete, öfke, zorluklar/sıkıntılar ve uyku bozukluğu puanlarına ilişkin grupların hiçbirinde uygulamanın olumsuz etkilerine ilişkin bulgu saptanmamıştır (25).

2.2.1. Masajın Yararları

Masaj keyif veren bir deneyim olmakla birlikte tüm bireylerde sağlık üzerinde pek çok yararlı etkisi vardır (1,19);

- Dolaşımı düzenler.
- Kan basıncını normal seviyeye getirir.
- Kan dolaşımını hızlandırarak besinlerin tüm organlara ve cilde ulaşmasına yardımcı olur. Böylelikle iyileştirici etkiler sağlar.
- Hızlı nefes alışverişini yavaşlatmaya yardımcı olur.
- Kasları gevşetir.
- Kaslardaki yanmaları rahatlatarak ağrıları azaltır.
- Sindirime yardımcı olur.
- Lenf sistemini harekete geçirerek atık maddelerin boşaltımını hızlandırır.
- Doğal ağrı kesici olan Endorfin hormonunun üretilmesi için zihin / beden mekanizmalarına destek verir [ki fetus, maternal fetal dolaşım sayesinde annenin stres hormonlarından etkilendiği gibi oksitosin ve endorfin salınımından da etkilenmektedir (42)].
- Adrenalin üretimini azaltır.

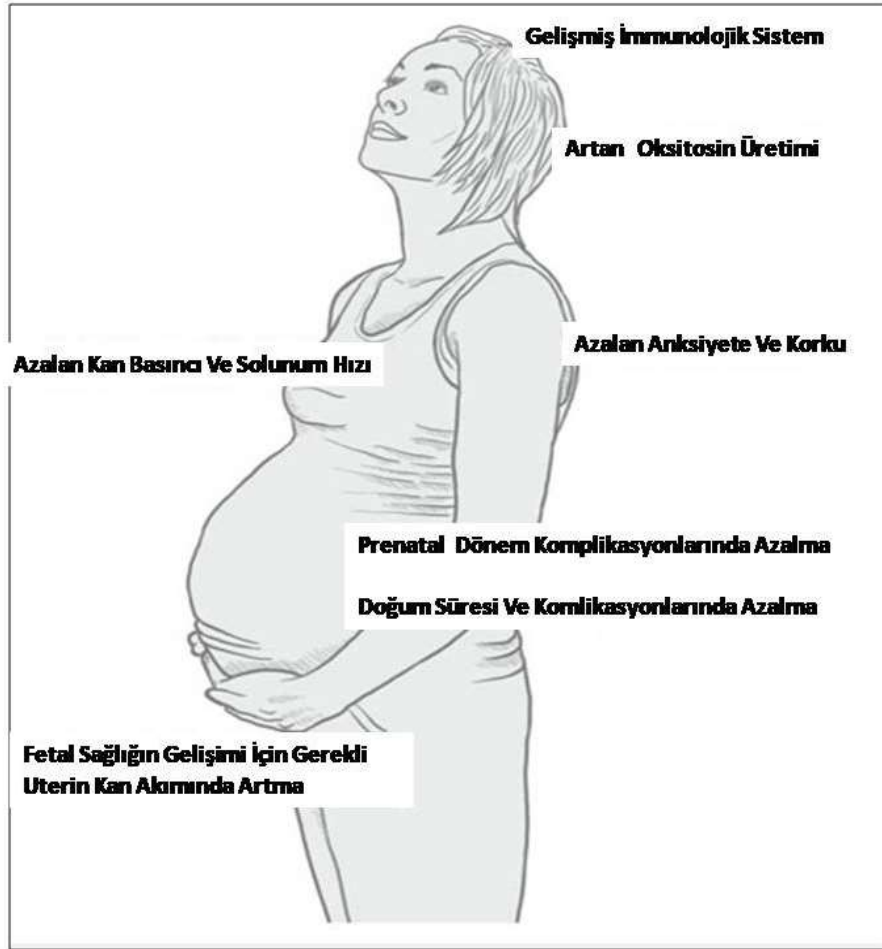
Ayrıca, sevgi ve haz konusunda daha yetenekli bireyler gelişmesini sağlar ve az şiddet, daha çok saygı içeren kültürleri inşa eder (3).

Kadınlara; gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemlere yönelik olarak spesifik masaj uygulanabilmektedir. Masaj terapi kadınların kendilerini iyi hissetmelerini, daha etkili çalışmalarını ya da daha iyimser olmalarını sağlayarak gebeleri destekler. Gebe masajında, terapistin bireyselleştirilmiş dokunuşları ile gebeye eşsiz ve güçlü bir rahatlama ve destek deneyimi sunulur. Gebelik döneminde uygulanan masaj terapi ile genel olarak aşağıdaki faydalar sağlanır (Şekil 2) (3):

- Sağladığı duygusal destek ve fiziksel yararlar ile stresi azaltır, rahatlamayı destekler.
- Kan basıncı artarsa, varikoz venler ve ödemi içeren dolaşım sistemindeki değişikliklerin olumsuz etkilerini azaltır.
- Gebelik esnasında hormonal, solunum, sindirim, boşaltım ve diğer fizyolojik döngüyü rahatlatır.
- Kas-iskelet sistemindeki gerginlik ve ağrıyı azaltır.

- Esneklik ve aktif doğum sürecine katılmak için gerekli kinestetik/dokunsal farkındalığı geliştirmeye katkıda bulunur.
- Besleyici etkisi olan anne dokunuşunu ve sağlıklı bağlanmayı teşvik eder [Gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemlerde “*besleyici/doyum veren etkisi olan dokunma*” (Nurturing touch) tanımı bulunmaktadır ve bu yeni bir tanım değildir](3).

Şekil 2. Prenatal Relaksasyonun Maternal ve Fetal Olası Yararları



Kaynak: Osborne, 2012; sf:5

2.2.2. Masaj Kontrendikasyonları ve Komplikasyonları

Masajın birçok hastalık üzerinde olumlu etkisinin olmasına rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler (2).

Bulaşıcı cilt hastalığı, tromboz, kronik hastalık varlığında ve yeni yemek yemiş kişilere masaj yapılmamalıdır. Ayrıca masaj esnasında ağrı oluşmaması için sürtme

ovmaları uygulanırken dikkatli olunmalıdır (2). Masaj dikkatli yapılmaz ise bir enfeksiyonun yayılması ve ağrıyan bir bölgede istenmeyen tepki oluşmasına neden olabilir. Bu sebeple aşağıdaki durumların herhangi birinden şikayeti olan bir kişiye asla masaj yapılmamalıdır (1).

- Bulaşıcı bir hastalık
- Yüksek ateş
- Deri enfeksiyonu
- Tromboz veya flebit gibi yangılı bir durum

Bazı kadınlarda vulvar variköz venler oluşabilir. Bu durum gebenin cilt yapısını etkiler, bacaklarda ve pelvik bölgede trombüs (kan pıhtıları) gelişebilir. Trombüs gelişiminin bir diğer nedeni, gebe uterusun büyümesi sonucu alt ekstremitelerdeki basıncın artmasıdır. Bu değişiklikleri genellikle gebeler farketmez ve risk artar. Bu nedenle gebenin terapistinin farkındalığı, gelişebilecek bu riskli durumlara karşı son derece yüksek olmalıdır (3). Ayrıca gebe masajı öncesi gebe muayenesinin dikkatli yapılması gerekir.

2.2.3. Masaj Öncesi Gebe ile Görüşme ve Masaj İçin Hazırlık

Masaj uygulanacak kişi aşağıdaki hususlar açısından bilgilendirilmelidir (2).

2.2.3.1. Masaj Uygulamasından Önce Yapılması Gerekenler

- Serin bir duş alınmalı veya banyo yapılmalıdır. Sıcak banyoda kalınmamalıdır.
- Koltuk altı veya vücut spreyi kullanılmamalıdır.
- Masaj yaptıracak kişi yeni yemek yemiş olmamalıdır.
- Vücutta grip, ateş veya herhangi bir tıbbi rahatsızlık varsa, masaj yaptırılmamalıdır. Bireyin bu konuda endişesi olduğunda doktor kontrolünden geçmelidir. Enfeksiyon varlığında iyileşmeyi beklemeli ve sonra masaj yaptırmalıdır.
- Alkollü içki içilmemelidir.

2.2.3.2. Masaj Esnasında Yapılması Gerekenler

- Terapist, odadaki ışıkların seviyesi, ısı ve ses hakkında bilgilendirmelidir. Birey için en uygun ortam sağlanıncaya kadar tüm bu faktörler ayarlanabilir.
- Terapiste, masajdaki hareketlerin çok yumuşak, çok sert, hızlı veya yavaş olduğu gibi konularda bilgi verilmelidir. Masaj terapisti masaj öncesi bilgilendirdiği gebeden uygulama esnasında zaman zaman geri bildirim almalıdır; masaj esnasında uygulanan basınç iyi ise ve gebe devam etmesini istiyorsa ‘yeşil’,

rahatsızlık hissi duyuyor ve baskıyı azaltmasını ya da artırmasını istiyorsa ‘sarı’ ve ağrı oluyorsa ‘kırmızı’ uyarısı verebilir. Bu şekilde terapist masaj esnasında gebeye uygun basınç ayarlamasını yapabilir (Tablo 3).

– Birey istemediği takdirde konuşmak zorunda değildir. Birçok insan için sessizlik, bazıları için de konuşmanın rahatlatıcı olduğu bilinmektedir. Konuşma ya da konuşmama tercihi masaj uygulanan bireye aittir. Konuşma olsa da hafif ses tonu ile ve sakin bir ritimde olmalıdır.

Tablo 3. Basınç/Ağrı Seviyesi Belirlemede Renk Metodu

Renk	Partnerin/Gebenin Hissettiği	Terapistin Yanıtı/Tepkisi
Yeşil	Tamamen keyifli	Uygulamaya devam et
Sarı	Hafif rahatsızlık hissi ile birlikte keyifli fakat hala iyi hissediyor	Dikkatli bir şekilde devam et
Kırmızı	Ağrı keyiften fazla	Dur

Kaynak: Osborne C., NCBTMB. Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice, 2nd Edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

2.2.3.3. Masajdan Sonra Yapılması Gerekenler

- Birey, masaj masasından kalkmadan önce kısa bir süre için uzanarak dinlenebilir. Ortam koşullarının bunun için uygun olması gerekir.
- Masaj seansından hemen sonra bir bardak su içilmelidir. Günün geri kalan kısmında da bol miktarda su tüketilmelidir.
- Kan dolaşımı uyarılmış olduğundan ısı, vücudun yüzeyine yayılabilir. Bu nedenle birey, vücudunu sıcak tutmalıdır.

2.2.4. Gebe Masajının Yapılacağı Ortam ve Koşullar

Masajdan en iyi şekilde yararlanabilmek için uygulamanın rahat bir ortamda yapılmasına özen gösterilmelidir (1). Masajın yapılacağı yer; sıcak, rahatsız edici gürültülerden uzak, aydınlatmanın çok fazla veya sönük olmadığı bir mekan olmalıdır (2). Masaj uygulayan ile masaj yapılan kişinin rahat olabileceği bir oda tercih edilmelidir. Yatakların çoğu masaj için fazla yumuşaktır. Bu yataklarda tüm basınç yatak tarafından emilir ve genellikle yükseklikleri de masaj için yetersizdir (1). Bu nedenle profesyonel masaj uygulaması için bu amaçla geliştirilmiş özel masaj masaları kullanılmalıdır (Resim 2).

2.2.5. Masaj Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Bir bireye masaj yaparken üşümemesine ve kendisini rahat hissetmesine özen gösterilmelidir. Bol bol gevşetici, hafif hareketler yapılmalı ve en basit masajın bile büyük bir memnuniyetle karşılanacağı unutulmamalıdır (1).

Asla varisli damarlara doğrudan masaj yapılmamalıdır (1). Masaj sırasında ağrı oluşmaması için sürtme ovmaları uygulanırken dikkatli olunmalıdır (2). Bu nedenle terapist trafik lambasını çağrıştıran kırmızı, sarı ve yeşil renkler ile uyarı yöntemini kullanarak, gebeye özel basınç ayarlamasını yapabilir (Tablo 3) (3).

2.2.6. Masaj Uygulayanın Özellikleri

Gebe masajı bu konuda özel eğitim almayı gerektiren bir uygulama alanıdır. Özel eğitim almış terapistler tarafından uygulandığında sağlığa zararlı bir etkisi bulunmamaktadır (3).

Uygulayıcı, rahat ve kolaylıkla yıkanabilen bir kıyafet ve düz bir ayakkabı giymeli ya da yalınayak çalışmalıdır. Masaja başlamadan önce tüm takılar çıkarılmalıdır. Yüzüklerin deriyi çizebileceği, bilezik ve kolyelerin tene sürütürerek dikkat dağıtabileceği unutulmamalıdır. Eller en önemli araçlardır. Duyarlılığını ve esnekliğini artırmak için çalıştırılması gerekmektedir (1).

Terapistin iyi bir masaj yapabilmesi için gevşemesi ve rahat olması gerekir. Masaj uygulaması esnasında terapist sırtını dik tutmalı, hareketlerine ritm ve derinlik kazandırmak için vücudunun ağırlığını kullanmalıdır. Bir masada çalışılıyorsa rahatlıkla eğilebilmek için ayaklar birbirinden iyice açık tutulmalı ve dizler bükülmeli, hareketlerde her zaman için aynı yöne bakılmalıdır. Terapist, gebeye masaj yaparken tüm hareketlerinde çok dengeli ve hafif olmalıdır (1,3).

2.2.7. Masajın Süresi

Genel vücut masajında vücudun tümüne masaj yapılması yaklaşık 60 dk alır. Yüz ve baş da eklendiğinde bu süre bir buçuk saati bulur (1). Araştırmalar, masaj terapisi seanslarında en az 6-20 dakikada kas gevşemesinin meydana gelebileceğini düşündürmektedir (9,10). Gebeye yapılacak kısa bir masaj 30 dk sürerken ideal masaj süresi ise 60 dakikadır (23). Perinatoloji uzmanları kadınlara doğum eylemi için hazırlıkta, özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, uykuya dalmadan, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlama düzeyini deneyimlemelerini önermektedirler (3). Gebeler ile yapılan çalışmalarda, genellikle tüm vücut masajının (bazı çalışmalarda bölgesel

masaj terapi), 14-39. gebelik haftaları ve genellikle 20-45 dakika arasında değişim gösteren sürelerde yapıldığı saptanmıştır (7,8,25–27,29,34–36,38,39).

2.3. GEBELİKTE DEĞİŞİKLİKLER

“Gebelik, değişimler ve beklentiler zamanıdır.” (Osborne, 2012; sf:3)

Gebelik ve doğum kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte, gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Literatürde gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin bozulduğu aile ve iş yerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu bir yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (43).

Gebelik döneminde kadında birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklik olur (Şekil 3). Bu değişikliklerin bir kısmı hormonal etkilerden, bazıları fetusun uterusu büyümesinden ve bir kısmı da oluşan değişikliklere gebenin fiziksel uyumu sonucunda ortaya çıkar. Gebenin genital organlarının yanında diğer organ ve sistemleri de belirgin bir değişim gösterir. Gebelik sürecinde üreme sistemindeki değişiklikler hormon seviyelerindeki artış ve vaskülarizasyondaki artış ile ilişkilidir. Gebe uterusun, fetusun ve plasentanın kan ve oksijen ihtiyacını karşılayabilmek için kardiyovasküler sistemde değişiklikler meydana gelir. Gebelerde gebe olmayanlara göre her dakika solunan hava hacminde %30-40 arasında artış vardır. Gebeliğin 16-40. haftaları arasında oksijen tüketimi gebenin, fetusun ve plasentanın ihtiyaçlarını karşılamak için yaklaşık %15-20 artar. Gebeliğin erken döneminden itibaren böbreklerde ve üreterde dilatasyon sonucu idrar stazı, idrarda aminoasit ve glikoz görülebilir. Gebelikte hızlanmış metabolizmanın oluşturduğu fazla ısıyı dağıtmak için cilde olan kan akımı artar. Bu nedenle vasküler ve pigmentasyon değişiklikleri görülür. Adrenal steroid seviyesinin artması nedeniyle bağ dokusunun gücünün azalmasına bağlı ciltte striae gelişir. Artan östrojen hormonu nedeni ile ciltte Telenjektazi (örümcek ağına benzeyen kırmızı, ince, yüzeysel kan damarlarındaki dallanmalar) görülür ve doğumdan sonra genellikle kaybolur. Gebelikte hormonların etkisi, fetusun büyümesi ve gebenin kilo alması sonucu kas iskelet sisteminde ilerleyici değişiklikler görülür. Gebelikte gözlerde, kolayca farkedilmeyen genellikle iki değişiklik olur; kornea tabakasında hafif incelme ve intraokular basınç azalması. Gebelikte birçok metabolik fonksiyonda hızlanma ve endokrin sistemde birçok değişiklik olur. Fertilizasyondan kısa bir süre sonra başlayan

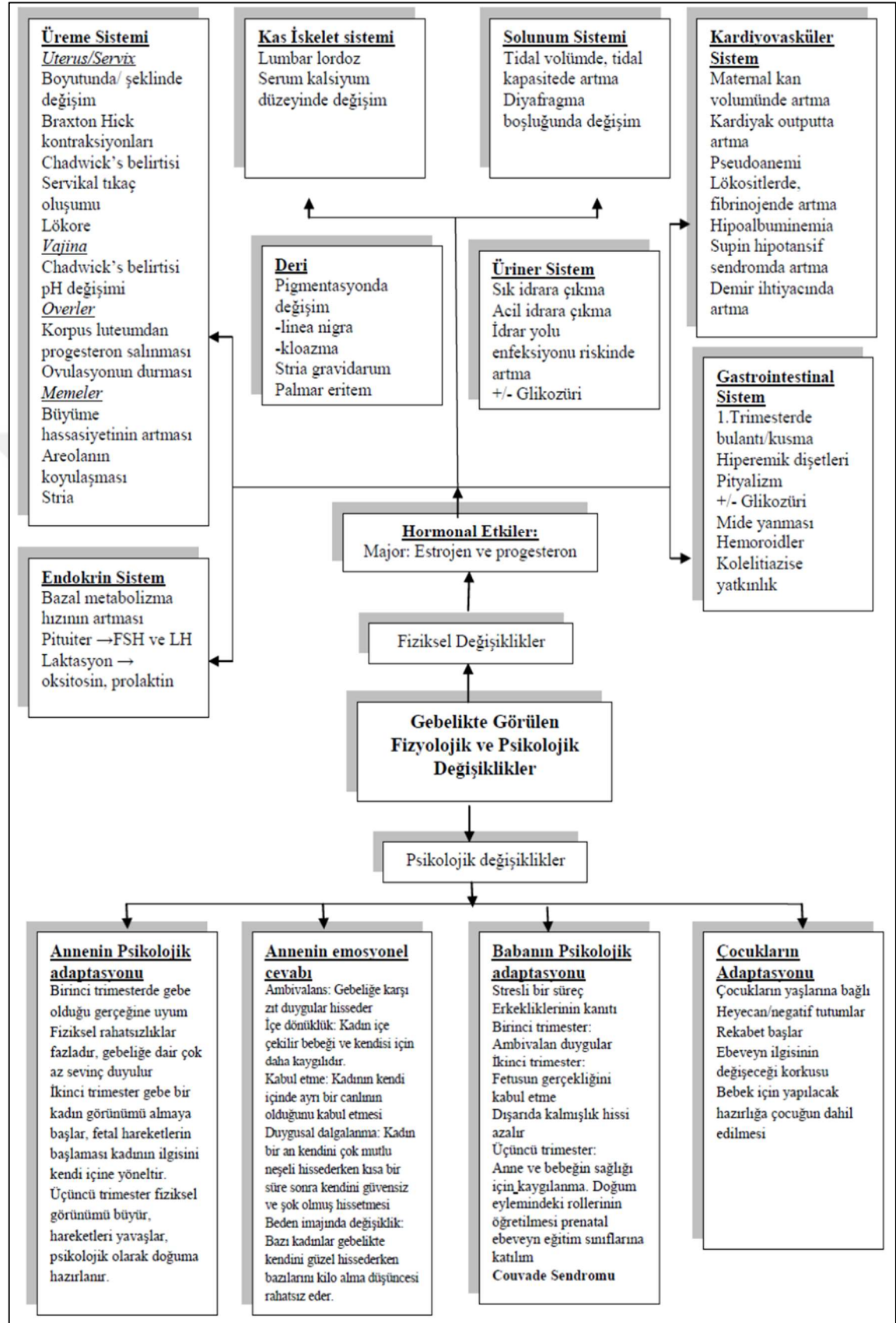
ve gebelik sürecinde devam eden bu değişiklikler doğumdan ve laktasyondan hemen sonra neredeyse tamamen gebelik öncesi durumuna döner (24,44).

Ayrıca aile yaşam siklusunda önemli bir olay olarak gebelik; bir kriz, yaşamda önemli bir değişiklik, stres dolu bir zaman, çiftleri ve çevrelerini etkileyen bir değişim olarak tanımlanır (24). Kadının yaşantısında gebelik dönemi gebe ve fetusun aynı bedende yaşantılarını birlikte devam ettirmeleri nedeni ile diğer dönemlere göre daha önemlidir. Gebelik dönemi doğası gereği ruhsal durumla da yakından ilgilidir. Çünkü kadının ruhsal durumu ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebelik, doğum eylemi, doğum sonu ve laktasyon dönemleri gibi gelişimsel süreçler de ruh sağlığını etkilemektedir (45,46). Birçok kadın gebelik ve doğumun getirdiği fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bazı kadınlar; hafif, orta veya şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler (47).

Fertilizasyon ile başlayan ve doğumla sonlanan gebelik dönemi, gebe ve fetusta fizyolojik, psikolojik değişikliklerin meydana geldiği doğal bir süreçtir. Gebelik, kadın rolünün ötesinde anne rolüne ilişkin tüm duygusal, sosyal, psikolojik, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzuları ön plana çıkaran bir dönemdir (45,48,49).

Gebelik, anne organizmasında fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin gerçekleştiği bir dönemdir. Bu dönemde, gebenin ve fetusun sağlığının korunması, sürdürülmesi ve yükseltilmesi gerekir (24).

Şekil 3. Gebelikte Görülen Fizyolojik/Psikolojik Değişiklikler



Kaynak: Kızılkaya Beji N., Aydın Özkan S. (2015) Gebelikte Görülen Fizyolojik / Psikolojik Değişiklikler. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (Editör: Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji) Nobel Tıp Kitabevleri, Birinci Basım, İstanbul, sf.227-247. (yazılı izin alınmıştır)

2.3.1. Fizyolojik Değişiklikler

Çoğu kas-iskelet sistemi ve fizyolojik rahatsızlıklar genellikle gebeliğin son haftalarında ortaya çıkar ve bu durum kadınları masaj terapi yaptırabilecekleri bir yer bulmak için motive eder (3).

2.3.1.1. I. Trimesterde Genel Maternal Gelişim

- Bulantı,
- Kusma,
- Tat alma ve koku duyularında hassasiyet artışı,
- Gastro-intestinal rahatsızlıklarda kötüleşme,
- Dişetlerinde hiperemi ve yumuşama,
- Tükürük salınımında artış,
- Gebeliğin başlangıcından itibaren, uterus normalde ağrısız, düzensiz kontraksiyonlar gözlenir (Braxton-Hicks Kontraksiyonları).
- Gebelikte östrojenin artması ile vajinal mukozada kalınlaşma, konnektif dokuda gevşeme ve vajinal akıntı miktarında artış görülür.
- Östrojen ve progesteron hormonlarının etkisi ile meme bezlerinde hipertrofi ve hiperplazi sonucu, meme boyutunda ve nodüllerinde artış görülür. Memelerdeki değişiklikler nullipar kadınlarda daha fazla farkedilebilir.
- İdrara çıkma sıklığında artış,
- Sakroiliak eklem ve simfisis pubise tutunan ligamentlerde yumuşama ve esneme, eklemler arası boşlukta genişleme ve eklemlerin hareketliliğinde artış meydana gelir (3,24,44).

2.3.1.2. II. Trimesterde Genel Maternal Gelişim

- İkinci trimesterde kalp atım hızı 10-15 atım/dk artar ve terme kadar devam eder,
- Büyüyen uterus basıncı ve artan progesteron seviyesinin düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi nedeni ile gastrointestinal semptomlar (mide yanlamaları, mide boşalma zamanının gecikmesi, şişkinlik, reflü, konstipasyon) ortaya çıkar,
- İkinci trimesterde konstipasyon sorunu varlığı hemoroidi tetikler,
- Safra kesesinin boşalma zamanı uzar (Hiperkolesterolemi görülebilir ve safra taşı oluşumuna eğilim artabilir, vücutta genel olarak kaşıntı görülebilir) (44).

2.3.1.3. III. Trimesterde Genel Maternal Gelişim

- Gebelerde total kan hacmi, gebe olmayan kadınlara göre 32-34. gebelik haftalarında %50 daha fazladır.
- Sabırsızlanma ve anksiyete
- Daha fazla kilo alımı
- Sırt, pelvik ve kalça ağrısında artış (Gebe uterusun öne doğru olan pozisyonunu kompanse etmek için oluşan lordoz, ağırlık merkezini alt ekstremitelerin üzerinden geriye kaydırır. Bu durum sakroiliak eklemin yükünü artırır ve bel ağrılarına neden olur)
- Sakroiliak, sakrokoksigeal ve pubis eklemlerindeki gevşemenin pelvik hareketliliği artırması nedeni ile gebenin yürüyüşünün değişmesi
- Diastazis rekti
- Simfizis pubis disfonksiyonu
- Hiperventilasyon
- Mide ekşimesi, konstipasyon ya da hemoroid
- Bacaklarda ve ayaklarda ödem
- El ya da bilek ağrısı
- Bacak krampları ya da “huzursuz bacak” sendromu
- Varikoz venler
- İdrara çıkma sıklığında artış,
- Braxton-Hicks kontraksiyonlarının sıklığında artış
- Hafıfleme

gibi değişimler gebenin bu dönemde yaşayabileceği gebeliğe bağlı değişimlerdendir (3,44).

Ayrıca sağlıklı bir gebelikte kan basıncı, birinci ve üçüncü trimesterlerde gebelik öncesi değerlerini korurken ikinci trimesterde en düşük değerdedir. İntestinal sıvı volümü gebe olmayan kadınlara göre %40 artar. Bu durum genellikle üçüncü trimesterde bacaklarda ve ayak bileklerinde ödemi arttırır. Bazı kadınlar da gebeliklerinde el bileklerinde *Karpal Tünel Sendromu* ve ayak bileklerinde *Tarsal Tünel Sendromu* yaşayabilirler. Progesteronun kaslar üzerindeki gevşetici etkisi sonucu varikoz ve örümcek ağı görünümündeki damarlar ortaya çıkar. Maalesef femoral ve tüm bacak venlerinde düz kasların gevşemesi sonucu varisler gelişebilir. Bazı kadınlarda vulvar variköz venler oluşabilir. Bu durum gebenin cilt yapısını

etkiler, bacaklarda ve pelvik bölgede trombüs (kan pıhtıları) gelişebilir. Trombüs gelişiminin bir diğer nedeni uterusun büyümesi sonucu alt ekstremitelerdeki basıncın artmasıdır. Bu değişiklikleri genellikle gebeler farketmez ve risk artar. Bu nedenle gebe kadının terapistinin farkındalığı, gelişebilecek bu riskli durumlara karşı son derece yüksek olmalıdır (3).

Kadın hayatının hiçbir döneminde başka hiçbir olay gebelikte olduğu kadar büyük değişikliklere neden olmaz (44). Tüm bu nedenlerden dolayı gebe masajı öncesi, gebe muayenesinin çok dikkatli yapılması gerekir.

2.3.2. Psikolojik Değişiklikler

Gebelik genellikle neşe ve öfori/coşku yanında anksiyete ve duygusal çalkantıların yaşandığı bir dönemdir. Gebenin duygularında tek bir günde muazzam bir dalgalanma olabilir (3). Rallis ve arkadaşları (2014) gebelik dönemindeki depresyon, kaygı ve stres belirtilerinin değişimini ve bunlara ait semptomların prospektif ilişkilerini araştırmışlardır. Araştırma sonucunda, gebelerin depresyon, kaygı, stres belirti düzeylerinin zamanla değiştiği ve semptomları gebeliğin ortasında daha az yaşadıklarını saptamışlardır (50). Kadınların gebelik döneminde stres düzeyleri artmıştır (3). Gebelerde farklı dönemlerde belirsizlik, çelişki, pasiflik, bağımlılık, içe dönüklük, korku ve kaygı gibi bazı psikolojik değişiklikler görülür. Bu psikolojik değişikliklerin kaynağını fetusun varlığı, gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler oluşturur. Özellikle *anksiyete ve korku*; gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası dönemde kadınları olumsuz yönde etkilemektedir (24,49).

Gebelik büyük bir neşe kaynağı iken birçok kadın: stres, anksiyete, endişe ve korku; rahatlama ve uyuma zorluğu; duygusal yoğunluk ve tutarsızlık; aile, arkadaş ve iş arkadaşları ile problemler ve stres kaynaklı hipertansiyon deneyimler (3).

Gebelikteki ruhsal değişimler her trimesterde farklı yaşanabilmekte; I. trimesterde (0-12 hafta) ambivalan duygular, II. trimesterde (13-24 hafta) iyilik hali, III. trimesterde (25-40 hafta) ise anksiyete görülmektedir. Gebeliğin son dönemlerinde anne adayının doğum nedeniyle birtakım korkuları oluşabilir, doğum sonunda da postnatal depresyon ve puerperal psikoz ortaya çıkabilir (24,45,49,50).

Gebelik sürecinde yaşanan anksiyete ve depresyon gibi ruhsal hastalıklar, yenidoğan ve çocuğun bilişsel gelişimini de olumsuz etkilemektedir (51,52). Gebelik süresince potansiyel olarak stres seviyesi yüksek olan ailelerde, perinatal komplikasyon gelişme olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (52,53).

2.3.2.1. I. Trimesterde Psikolojik Değişiklikler

Gebeler özellikle I. trimesterde;

- Ambivalan (zıt) duygular
- Anksiyete ve korku duygularını yoğun olarak yaşarlar (48,49,51).

2.3.2.2. II. Trimesterde Psikolojik Değişiklikler

Gebeler II. trimesterde özellikle;

- Annelik rolünü kabullenmeye başlar
- Fiziksel ve psikolojik açıdan kendisini daha iyi durumda ve enerjik hisseder
- Cinsel istekte artış söz konusudur
- Aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, kızgınlık ve öfori (aşırı derecede mutluluk) gibi duygularda ani ve nedensiz değişimler yaşarlar (24,48,49,51).

2.3.2.3. III. Trimesterde Psikolojik Değişiklikler

Gebeler III. trimesterde özellikle;

- Zıt duygular (gebelikten nefret edip bebeği isteme fakat doğumdan korkma duyguları birarada)
- Duyarlılığın artması
- Doğum, bebeğin sağlığı ve annelik rolüne ilişkin kaygılar
- Kızgınlık
- Çaresizlik
- Sosyal ve ekonomik kaygıların olması gibi psikolojik değişimler yaşarlar (24,44,52,53).

Rallis ve arkadaşları (2014) araştırma sonuçlarına göre, gebeliğin erken döneminde depresyon puanlarının daha yüksek olmasının gebeliğin sonlarında anksiyete ve stres puanlarının yüksek olması ile ilişki olduğunu saptamışlardır. Erken gebelik döneminde depresyon taraması yapılması daha sonraki dönemlerde ortaya çıkabilecek depresyon, kaygı ve stresi öngörebilmektedir (50). Anne psikolojik sıkıntısının önemli bir halk sağlığı problemi ve istenmeyen gebelik sonuçlarının önlenmesi için zamanında tespit ve müdahale gerekir (54). Gebelik başlangıcında sıkıntı ve rahatsızlıkları tahmin etmenin önemi nedeniyle klinisyenler gebeliğin erken döneminde gebelerin özellikle depresyon durumlarını değerlendirmeli ve buna göre izlem yapmalıdırlar (46,50,54). Özellikle, gebeliğin son dönemlerinde anne adayının doğuma yönelik korkuları olabilir ve bu korkuların varlığında doğum sonunda postnatal depresyon ve puerperal psikoz ortaya çıkma olasılığı yüksektir (45,51–53).

Bu nedenle ebe ve hemşirelerin antenatal dönemde gebelerin kaygılarını azaltma konusunda rollerini etkin bir şekilde gerçekleştirmeleri önemlidir.

2.3.3. Gebelik İzlemleri

Doğum öncesi bakım, gebenin ve fetusun sağlık bakımıdır. Bu bakım, biyolojik, fizyolojik ve psikolojik alanları içerir ve koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu hizmetin iyi verilmesi, anne ve bebeğin sağlığının korunmasının yanında devamlılığının sağlanması için de önemlidir. Doğum öncesi bakımın amacı, istenilen her gebeliğin, anne sağlığını tehlikeye atmadan ve sağlıklı bir bebeğin doğumuyla sonlanmasını sağlamaktır (55,56). Bu amaçla hazırlanan T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne (2014) göre; gebeliğin 18-24. haftaları arasında ikinci gebelik izlemi yapılması gerekmektedir. Bu izlemde gebelere 18-22. haftalar arasında fetal anomali taraması yapılmaktadır (57). Çalışmada gebeler ile ilk görüşme için telefon görüşmesinin yapılması bu haftaları kapsayan zaman diliminde gerçekleştirilmiştir.

2.4. STRES

Stres, tanımlanması pek kolay olmayan, günümüzün karmaşık kavramlarından biri, çağımızın da hastalığıdır. Basit bir anlatımla bireyin kendisinden ve çevresinden kaynaklanan bedensel ve ruhsal gerilim, baskı, endişe, kısaca kişiye rahatsızlık veren bir durumdur (58). Sözcük olarak stres Latince kökenli olup “estricia” dan gelmektedir (58,59). Stres kavramı, insanla ve canlılarla ilgili durumu tanımlamada kullanılan bir kelime olmadan önce, fizik ve mühendislik bilimlerinde kullanılmıştır. Stres sözcüğü iki farklı anlamda kullanılmaktadır. İlki insanın tehlike içinde bulunduğu etmen ve koşullara göre dengesinin bozulmasını anlatmakta, diğer tanım ile de bu dengenin bozulmasına yol açacak olan fiziksel, psiko-sosyal içerikli tüm etmenler anlatılmak istenmektedir (59).

Günümüzde stres, organizmanın bedensel ya da ruhsal sınırlarının zorlanmasıyla ortaya çıkan “kişiye özgü bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu etkenler” şeklinde tanımlanmaktadır (59). Her ne kadar günümüzde böyle tanımlansa da en kapsamlı olanı Hans Selye tarafından yapılmıştır: “*Stres, herhangi bir gereksinim durumunda vücudun spesifik olmayan tepkisidir*”. Selye bu tanımlaması ile stresi çevredeki zahmetli ya da zorlayıcı olaylara karşı normal olarak oluşan psikolojik bir tepki olarak açıklamıştır. Selye'nin Genel Adaptasyon Sendromu'na göre stres altındayken

değişim, tehdit olarak algılanır ve beyinde stres hormonlarının salgılanmasına sebep olur (60,61).

Tıp alanında ilk kez, 1842’de İngiliz hekim Thomas Curling tarafından daha sonra da 1867’de cerrah Albert Billreth tarafından önemli iki hastanın fizyolojik tepkilerine dikkat çekilmiştir. Cannon bedenin stres karşısında gösterdiği “savaş ya da kaç” tepkisine ilişkin ilk araştırmaları yapmış ve çalışmalarında stres düzeyinin ölçülebileceğini ima etmiştir (59,62). Selye ise stres araştırmalarının isim babası olmuştur (62). Selye stresi, "*Stres, herhangi bir gereksinim durumunda vücudun spesifik olmayan tepkisidir*" şeklinde tanımlamış ve çevredeki zahmetli ya da zorlayıcı olaylara karşı normal olarak oluşan psikolojik bir tepki olarak açıklamıştır (60,61).

Stres kavramı 1950’li yıllardan itibaren psikoloji alanında kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde ise stres, organizmanın bedensel ya da ruhsal sınırlarının zorlanmasıyla ortaya çıkan “*kişiye özgü bireysel bütünlüğü zorlayıcı ve bozucu etkenler*” şeklinde tanımlanmaktadır (59). Ayrıca Selye, stresin olumsuz yönlerinin yanında yaşam içindeki olumlu ve motive edici yönlerini de görüp vurgulayarak bir sınıflandırma yapmış, stresi yararlı ve zararlı olarak ikiye ayırmıştır (Tablo 4) (59,60,62,63).

Tablo 4. Zararlı ve Yararlı Stresin Belirtileri (64)

Zararlı stres belirtileri	Yararlı stres belirtileri
▪ Uykusuzluk ve diğer uyku hastalıkları ▪ Astım ve diğer solunum problemleri ▪ Deride oluşan lekeler ▪ Mide bulantısı ▪ Ülser ▪ İnce ve kalın bağırsak spazmı ▪ Baş, boyun ve sırt ağrısı ▪ Ağız ve boğaz kuruması	▪ İş tatmini ▪ İş ve hayata karşı olumlu tutumlar ▪ Başkalarını dinlemeye gönüllü olma ▪ Başkalarının duygularını anlayabilme ▪ Gülümseme ▪ Olayların gülünç yönlerini görme ▪ Bilginin uygulanması ▪ Yaratıcılık ▪ Yüksek verimlilik

Stresi ortaya çıkaran birçok neden bulunmaktadır. Stres vericiler fizyolojik (travma, sıcak, soğuk gibi), psikolojik (duygusal gerilimler, iç ve dış çatışmalar, eş problemleri) veya sosyal (çevre etkenleri, kültürel değişim v.b) içerikli olabilir (65). Bu nedenler arasında kronolojik durum ile ortaya çıkan gelişimsel nitelikteki olayların sebep olduğu gebelik, menapoz gibi gelişimsel stresler de yer almakta, gebelikte ortaya çıkan stresin daha çok psikososyal stresörlerden kaynaklandığı belirtilmektedir

(58,66). Anksiyete ve stresi azaltmak ve gevşeme sağlamak amacı ile farmakolojik tedavi, hasta eğitimi, masaj, aromaterapi ve refleksoloji gibi çeşitli müdahaleler kullanılmıştır ve kullanılmaya devam etmektedir (9,67–70).

Kadınlarda antenatal dönemde yaşanan anksiyete ve depresyon ile sıklıkla karşılaşmakta ve anne-yenidoğan sağlığını, hatta çocuğun davranışsal ve bilişsel gelişimini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (66). Salacz ve arkadaşları (2012) çalışmalarında, gebelikte algılanan stresin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır (66). Gebelik döneminde annenin yaşadığı stresin bebeğin beyin gelişimi üzerinde ciddi etkisi olabilir (42). Krabbendam ve arkadaşları (2005) 5.511 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebelikte algılanan stresin yüksek olmasının erken doğum ve prematür bebek riskini artırdığını saptamışlardır (71).

2.4.1. Prenatal Distres (Sıkıntı)

Prenatal distresi saptamak için gebelik dönemindeki fiziksel ve emosyonel semptomlar, ilişkiler, annelik, beden imajı ve gebelik ile ilgili konularda kadınların yaşadıkları sıkıntı veya endişeler sorgulanmaktadır (13).

2.4.1.1. Prenatal Distresin Gebeliğe Etkisi ve Etkileyen Faktörler

Yapılan çalışmalarda; gebelerin antenatal dönemde yaşadıkları stres ve anksiyetenin, annelerin çocuk bakımındaki başarılarını olumsuz etkilediği ve yenidoğanda ilerleyen yıllarda emosyonel durum ve davranışlar üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmektedir (8,49,52–54,71,72). Hatta son yıllarda yapılan çalışmalarda gebelikte yaşanan distresin plasental genler üzerine ve doğum sonuçlarına olumsuz etkilerinin olduğu saptanmıştır (73,74).

Mühendislik terminolojisine göre stres, “gövde üzerinde etkili olan dahili güçlerden dolayı ortaya çıkan değişiklik veya deformasyon,” olarak tanımlanır. Aynı tanım insanlara da uyarlanabilir. İnsanoğlu elastik bir bant gibidir. Dolayısıyla belli bir mesafeye kadar kopmadan çekilip uzatılabilir. Kopma noktasına ulaşana kadar katlanabildiğimiz stres miktarı, bizim stres eşiğimizi oluşturur. Düşük miktarda stres bizler için iyi olup, bedenlerimizin acil durumlarla baş edebilmesine yardımcı olan adrenalinin üretilmesini sağlar (19). Ancak belirli bir miktar stres, hayat için gerekliyse de fazlasının olumsuz etkileri vardır. Fiziksel ya da duygusal stresi azaltmanın en iyi yolu masaj terapidir (1).

Adip-Hajbaghery ve ark. (2014), Kardiyak Bakım Ünitesi'ndeki hastalara yapılan tüm vücut masajının vital bulguların stabilizasyonu ve anksiyetenin azaltılmasındaki etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre masaj terapi

uygulanan erkek kalp hastalarında; anksiyete, kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum sayısında anlamlı bir azalma olduğu, kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır. Çalışmada beyaz formanın anksiyeteyi artırıyor olabileceği yönünde görüş belirtilmiştir (75).

Keir (2011) tarafından beyin tümörü olan hastalar ile gerçekleştirilen çalışmada, masaj terapinin yaşam kalitesi ve stres düzeyi üzerine etkisi değerlendirilmiştir. İleriye yönelik olarak sadece müdahale grubu ile yapılan çalışmada; 18 yaş üstü hastalara dört hafta, haftada iki kez ve her seansta 45 dk olacak şekilde, 600 saatlik masaj eğitimi olan yüksek eğitilmiş iki masaj terapisti tarafından İsveç Masajı uygulanmıştır. Masaj terapi uygulanan beyin tümörü olan hastaların 2-3 hafta arasında stres düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı, stresin azalma yönünde bir eğilim göstermesi için masaj terapinin 4. haftada da devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Müdahalenin sonunda katılımcılar değerlendirilen üç alanda (duygusal refah, ek beyin tümörü endişeleri ve sosyal / aile refahı) önemli gelişmeler bildirmişlerdir. Ayrıca katılımcıların stres durumlarında da iyileşmeler ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu bildirdikleri belirtilmiştir (31). Değirmen ve arkadaşları (2010) sezaryen sonrası uygulanan el ve ayak masajı öncesi yaşamsal bulguların, anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır (76).

2.5. BAĞLANMA

2.5.1. Bağlanma Nedir?

Bağlanma, psikolojik bir terim olarak, bir birey ile diğer bir birey veya şahıs arasında bulunan ve uzun süren duygusal bağa işaret etmektedir (77). Bağlanma, ilk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi ile başlayan ancak sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar üzerinde etkinliği olan önemli bir süreçtir (4). Yaşamın erken dönemlerinde belirlenen ve süreklilik gösterdiği düşünülen bağlanma biçimi, kişinin diğer insanlarla ilişki kurma örüntüsünü şekillendiren bir fenomendir (78). Bağlanma, bebeğin çevresel tehlikelerden korunmak için annesine fiziksel yakınlık sağlamaya çalışmasıyla açıklanmıştır (15). Ayrıca bağlanmanın yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürdüğü açıklanmaktadır. Bu teoriyi açıklamak için 40 yılı aşkın zamandır birçok araştırma yapılmıştır. İlk çalışmalar, çoğunlukla bağlanma sisteminin kökenini açığa çıkarmayı ve bebeklerin anneye ve annelik yapan bireye bağlanma davranışlarını incelemeye ağırlık vermeyi amaçlamıştır. Bağlanma teorisinin birinci dereceden temsilcisi olan John Bowlby'ye göre 'bağlanma',

yenidoğanda oluşmaya başlayan ve yetişkin hayattan yaşlılığa kadar devam eden heyecansal bir bağ kurma eğilimidir. Belli kişilere karşı gösterilen bu bağlanma eğilimi insan tabiyatının temel ve tamamlayıcı bir unsurudur (77).

Bağlanma teorisi, anneye veya rahatlatıcı bir başka figüre bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır (79). Bağlanma kuramı ve anne-bebek arasındaki bağlanmayı da içeren ilgili araştırmaların incelendiği kapsamlı bir çalışmada; doğumdan yetişkinlik sürecine kadar bireysel gelişim, bağlanma süreci, davranışsal gelişim sürecinin psikiyatrik yaklaşıma ve klinik uygulamalar açısından bağlanma kuramı kapsamında dikkate alınması gerektiği vurgulanmıştır. Bağlanma sürecinin iyi bir şekilde geliştiği durumlarda; bireylerin ilerleyen yaşamında, aile ve iş yaşamlarındaki doyum düzeyleri artmaktadır (4). Bunun yanında sosyal etkileşim ve yaşanan sıcak atmosfer de bağlanma ve sosyalleşmede büyük rol oynamaktadır (77). İlk temel ilişkide ortaya çıkan yetersizlikler ya da meydana gelen aksamalar ise bağlanmayı olumsuz yönde etkileyecektir. Bu noktada eksik ya da bozulmuş bir bağlanma sürecinin ya da bu sürece neden olan etkenlerin devam etmesinin sonraki gelişim basamaklarına da etkisi olumsuz olacaktır (77,78).

2.5.2. Bağlanma Çeşitleri

Bowlby tarafından 1969 yılında ilk olarak tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (4,80). Bowlby ve Ainsworth'e göre bağlanmanın kilit kavramı ise güven duymak ve güvenli bir zemine sahip olmaktır (77). Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiş olup, güvensiz bağlanma biçimi ise daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüştür (78). Öyle ki psikoterapi tedavisi gören hastaların büyük çoğunluğunun güvenli olmayan bir bağlanma tarzından etkilenmiş olduğu ortaya konulmuştur (77).

Bağlanma teorisinin işlemsel tanımını yapan kuramcı Ainsworth'e göre yaptığı deney doğrultusunda anneden ayrılma ve anneye buluşma anının çok önemli olduğu, bu iki anda verilen tepkiye göre bebeğin iki ana bağlanma olan Güvenli/Emniyetli ya da Güvensiz/Emniyetsiz bağlanma tarzından birine dahil edildiği belirtilmiştir (42,77,81). Eğer çocuk bu tanımdan çok farklı davranışlar sergiliyorsa Deorganize bağlanma ilişkisinden söz edilmektedir (42,77).

2.5.2.1. Güvenli/Emniyetli Bağlanma

Bu bağlanma türünde çocuklar anne giderken normal bir gerilim yaşarlar, anne geri döndüğünde ise mutlu ve sevinçli bir karşılama içine girerler (4). Anne ile ayrılığa güçlü bir şekilde karşı çıksalar da yine anneleri tarafından hızlıca sakinleştirilebilirler (42).

2.5.2.2. Güvensiz/Emniyetsiz Bağlanma

Bu bağlanma türü Kararsız (ambivalan/iki değerli) ve Kaçınan olarak ikiye ayrılır:

- **Kararsız bağlanma** tarzındaki çocuk anne giderken aşırı bir üzüntü ve ayrılamama davranışı gösterirken, anne geri döndüğünde anneye öfkeli ve reddedicidir.
- **Kaçınan** çocuklarda ise, ayrılış anı sakin ve neredeyse tepkisizken, buluşma annesi reddedici ve uzaklaştırıcı özelliktedir (4).

2.5.2.3. Deorganize Bağlanma

Bu bağlanma çeşidinde değişik ve çelişkili davranışlar vardır. Genellikle her iki güvensiz bağlanma modelinin birleşiminden oluşur. Bu çocuklar öngörülemeyen tepkiler verir. Bu durumun nedeni bu tip bağlanma biçimlerinde çocukta nörolojik bir hasar ya da travma (önemsenmeme, kötü davranma ve şiddet gibi) düşünülmelidir (42).

Bağlanma türleri; “Güvenli bağlanma, kaygılı-kararsız bağlanma, kaçınmacı (avoidant) bağlanma ve deorganize/dağınık bağlanma örüntüsü (disorganised/disoriented attachment pattern)” olarak gruplandırılmış ve her bir bağlanma biçiminin klinik görünümünün farklı olduğu belirtilmiştir. Güvenli bağlanma, sağlıklı duygusal ve sosyal gelişimi sağlar, bireyi stres yaratan koşullardan koruyabilir. Bebek, ebeveynlerle güven temeline dayalı deneyimler yaşayabildiği takdirde, bu duygusunu genelleyerek sosyal dünyaya yöneltebileceği belirtilmektedir (4).

Koruyucu ruh sağlığı açısından bakıldığında güvensiz bağlanma pek çok psikopatolojinin gelişimi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle tüm bireylerin çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, *gebelik döneminde* ve çocuklarını yetiştirirken desteklenmeleri sağlıklı nesiller yetiştirmek açısından çok önemli gibi görünmektedir (78). Her ne kadar bağlanma kavramı tek kuramsal yapı altında ele alınsa ve tutarlılık bakımından gözlenebilir bir iç ilişkisi olsa da, doğum

öncesi ve sonrası bağlanmanın farklı kavramsal yapıya gereksinimi vardır. Maternal fetal bağlanma ve anne bebek bağlanması arasında bir yakınlık olduğu; prenatal bağlanmanın ölçümü ve bunu takiben postnatal bağlanma stiline sınıflandırılması arasındaki ilişkinin gösterilmesi, doğumdan önce ve sonra ebeveyn davranışları, bebeğin doğumundan sonraki annelik hisleri, bebekten gelen işaretlere karşı annenin hassasiyeti ve besleme davranışları ve doğum sonrası anne bebek bağlanması ile örneklendirilmiştir (79).

2.5.3. Prenatal Bağlanma Nedir?

Bağlanma; bireyin ruhsal sürecini değerlendirirken dikkate alınması ve üzerinde durulması gereken önemli bir yapıdır (4). Bağlanma sağlıklı ilişkiler kurma ve sürdürme becerisidir. John Bowlby ve Mary Ainsworth bağlanma kuramı alanındaki öncülerdir. Doğum öncesi bağlanma, ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağıdır. Gebelik sürecinde anne ve fetus arasındaki bağlanma fetus ile kurulan ilk önemli ilişki olarak tanımlanmakta ve doğum sonrasında anne-çocuk ilişkisinde belirleyici olmaktadır. Bu süreçte, doğum öncesi bağlanma büyük bir önem taşımaktadır (82). İçsel bir davranış olarak başlayan bağlanma, karşılıklı etkileşme ile meydana gelmektedir (77). Maternal prenatal bağlanmada anne, bebeğinin güvenliğini sağlayan veya kendini bu konuda sorumlu hisseden kişidir (79). Kaynaklara göre bir anne kendini ne kadar iyi hissederse, ne kadar sakin ve rahatsa bebeği de o kadar rahat ve sakin olacaktır (42).

Prenatal bağlanma ile ilgili çalışmalar ilk olarak 1980'li yıllarda başlamıştır (83). Çalışmalarda, gebelik ilerledikçe fetus ile etkileşimin artması sonucu bağlanmanın arttığı bildirilmiştir. Özellikle ikinci trimesterde fetal hareketlerin hissedilmesi bağlanmayı artırmaktadır (15). Kadının kendisi ya da en ideal şekilde eşlerin birlikte haftada bir kez kendilerine zaman ayırmaları tek etken faktör olarak bile bağlanmayı teşvik etmektedir. Bu ortam sağlandığında bireylerin bebek, doğum ve doğum sonrası bebekle geçirecekleri ilk günlere hazırlanabildikleri belirtilmiştir (42). Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, 35 yaş ve üzerinde gebe kalan, öğrenim düzeyi düşük olan, çalışmayan, gebeliği planlı olmayan ve multipar gebelerin bağlanma düzeylerinin daha düşük seviye olduğunu saptamışlardır. Çalışmada, PBE puan ortalamaları 60.7 ± 10.1 bulunmuştur (84). Buko ve Özkan (2016) 350 gebe ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında PBE puan ortalamasını 65.12 ± 11.12 saptamışlardır (85). Elkin (2015) 142 gebe ile gerçekleştirdikleri araştırmasında PBE

puan ortalamasını 57.33 ± 12.33 saptamıştır (86). Bakır ve ark. (2014) yüksek riskli gebeler ile yaptıkları araştırmalarında gebelerin PBE puan ortalamalarını 61.96 ± 9.24 , Erkal Aksoy ve arkadaşları da (2016) 56.76 ± 9.23 olarak saptanmışlardır (87,88). Gebeliğe karşı olumlu duygular içinde olmanın, prenatal bağlanmayı etkilediği ayrıca gebelerin yaş, öğrenim ve çalışma durumlarının, gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısının, düşük öyküsü ve gebe olduğunu öğrendiğinde yaşadığı duygunun prenatal bağlanmada etkili olduğu bulunmuştur (88).

Prenatal dönemde fetus, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Bu nedenle gebenin bu dönemde ilk olarak bedenindeki fiziksel ve ruhsal değişiklikleri benimsemesi gerekmektedir. Ayrıca gebe olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilir ise bağlanmanın ilk temellerini de oluşturmuş olacaktır. Gebelik döneminde kadının, karnının üzerine dokunması ile bebeğini tensel olarak hissetmesi ve kabulü maternal fetal bağlanma ilişkisi için oldukça önemlidir (5).

Bakım veren ile doğum sonu dönemde kurulmaya başlanan bağlanma davranışının temelleri gebelik dönemindeki anne-bebek bağlanması ile atılmaktadır. Bu dönemlerde güvenli bağlanmanın sağlanamaması durumunda bireyin yaşamını fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir biçimde sürdürmesi risk altına girebilmektedir. Bu sebeple ebe ve hemşireler gebelik ve doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasını dikkatle değerlendirmelidir (15).

Bağlanma konusu öncelikle kavramsal olarak incelenmiştir (4,5,78,81,83). Son yıllarda bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı artmaya başlamış ayrıca kanıt temelli uygulamalar bağlamında da ele alınmıştır (88–92). Ancak bu çalışmaların büyük çoğunluğunu doğum sonu dönem bağlanma ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır. Ülkemizde doğum sonu anne-bebek ve baba-bebek bağlanmalarını değerlendirmek için Türkçe geçerlik güvenirliği yapılmış iki ölçek ve bu ölçeklerle yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (93,94). Prenatal bağlanma düzeyini değerlendiren ve Türkçe geçerlilik güvenirliği yapılmış olan bir ölçek bulunmaktadır (79,82). Ancak ülkemizde prenatal dönemdeki maternal fetal bağlanmayı inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır (15,82,84,88). Bunların dışında prenatal bağlanma ile ilişkili birçok çalışma bulunmaktadır.

2.6. GEBE MASAJINDA EBE VE HEMŞİRELERİN ROLÜ

Geçmişte ve günümüzde masaj, günlük yaşamda rahatlama, gevşeme, hastalıklardan korunma ve iyileşme amacı ile uygulanmış ve uygulanmaktadır (6). Yaygın bir tıbbi tedavi yöntemi olarak 19. yüzyılın sonlarında ünlü cerrahlar ve doktorlar tarafından sık sık kullanılmaya başlanan masaj, kırsal kesimlerde genellikle köyün ebeleri tarafından uygulanmaktadır (1). Ebe ve hemşireler doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde izlem ve bakım sürecinde aktif rollerinin olmasının yanında, gebelerin temel gereksinimlerinin karşılanmasında da etkin olan meslek üyeleridir. Prenatal dönemde fetusun annesinin duygulanımlarına yanıt verebildiği göz önüne alındığında (5), gebelik döneminde kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal rahatlığının maternal ve fetal açıdan önemli olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı anneler ve yenidoğanların olmasına katkıda bulunan masaj terapi, dünyanın pek çok yerinde gebeliğin tüm dönemlerinde kullanılmaktadır (1,3). Kadınlara; gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemlere yönelik olarak spesifik masaj uygulanabilmektedir. Masaj terapi kadınların kendilerini iyi hissetmelerini, daha etkili çalışmalarını ya da daha iyimser olmalarını sağlayarak gebeleri destekler (3). Masajın birçok hastalık üzerinde olumlu etkisinin olmasına rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Bu nedenle hem gebelik sürecini bilen hem de masaj tekniklerini ve etkilerini bilen uzmanlar tarafından gebelere masaj yapılması önemlidir. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler (2,3). Kadın hayatının hiçbir döneminde başka hiçbir olay gebelikte olduğu kadar büyük değişikliklere neden olmaz (44). Tüm bu nedenlerden dolayı gebe masajı öncesi, gebe muayenesinin çok dikkatli yapılması ve gebeye yapılacak masajın eğitimli eller ile uygulanması gerekir.

Uluslararası literatürde, gebe masajının düşük ve yüksek riskli gebelerde uygulanabilmesi için obstetri servisine entegre edildiği, çalışmalarda ebe ve hemşirelerin gebelere masaj uyguladığı örnekler bulunmaktadır (22,34). Bu birimler ise ebe ve hemşirelerin mesleki faaliyet alanlarıdır. Ayrıca, gebelere sağlık hizmetinin verildiği alanlarda ebe ve hemşireler gebe ve ailesine en çok temas eden en yakın sağlık profesyonelleridir.

3. ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma, randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma, EÜTFH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniği'ne I. Trimester tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi için gelen gebeler ile, EÜTFH Başhekimliği onayı alınarak (Ek 13) araştırmacı tarafından EGEKASEM'de hazırlanan masaj ofisinde (Ek 27) gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın uygulama aşaması 12 ay sürmüştür. Çalışmanın bitimi ve raporlandırılması Kasım 2017'de tamamlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Çalışma evrenini, EÜTFH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Obstetri Polikliniği'nde rutin gebelik takiplerini devam ettiren ve I. trimester tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi için gelen, 20-35 yaş arası tüm primipar gebeler (n=430) oluşturmuştur.

3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Evrende bulunan, 20-35 yaş arası (20 yaş ve 35 yaş dahil), primipar, tek ve sağlıklı fetusa sahip, infertilite öyküsü olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm gebeler (n=46) örneklemi oluşturmuştur. Primipar gebelerin daha önce prenatal distres ve prenatal bağlanma tecrübesinin olmaması nedeni ile bu grup ile çalışılmıştır. Çünkü daha önce prenatal distres yaşayan gebelerin baş etme yöntemlerini öğrenmiş oldukları düşünülmektedir.

Çalışmanın örneklemi, evrende bulunan tüm gebelere eğitim durumuna göre (okur yazar ve üstü eğitim düzeyi olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir) permütasyon yöntemi ile blok randomizasyon (95) yapılarak belirlenen gebeler oluşturmuştur ($n_{\text{Kontrol}}=23$, $n_{\text{Gebe masajı}}=23$) (Tablo 5). Çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden kontrol

grubuna 19 ve gebe masajı grubuna 16 gebe dahil edilebilmiştir. Çalışmanın örnek seçim süreci CONSORT kriterlerine göre Şekil 4’te verilmiştir (96–99).

Örnek grubuna, rutin gebelik takiplerini EÜTFH’de devam ettiren gebeler arasından Obstetri Polikliniği’ne I. trimester tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi için gelen ve çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan tüm gebeler dahil edilebilmiştir.

Bir gebe, gebe polikliniğine bir ay içinde birden fazla kez gelmiş ve her gelişinde ayrı kayıt alınmış olabiliyor. Bu nedenle poliklinik kayıtlarından ulaşılan gebe sayısı poliklinikteki gerçek takipli gebe sayısından fazladır. Takipli gebelerin tam sayısına kayıt sisteminin özelliği nedeni ile net olarak ulaşılamamaktadır.

I. trimester tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi için gelen gebelerin sayısına Obstetri Polikliniği’nde ebe veya hemşireler tarafından randevu takip defterine yazılan kayıtlar aracılığı ile ulaşılabilir. Gelen tüm gebelerin listesi her hafta birim ziyareti yapılarak oluşturulmuştur. Araştırmacının liste oluşturmak için hastaneye gidemediği haftalarda birim defterine kayıtlı gebeler, sonraki haftada çalışma evren listesine dahil edilmiştir.

Tablo 5. Permütasyon Yöntemi ile Blok Randomizasyon

GRUP A (KONTROL GRUBU)	GRUP B (GEBE MASAJI GRUBU)
1 (K1)	2 (M1)
3 (K2)	4 (M2)
5 (K3)	6 (M3)
8 (K4)	7 (M4)
10 (K5)	9 (M5)
12 (K6)	11 (M6)
13 (K7)	14 (M7)
15 (K8)	16 (M8)
18 (K9)	17 (M9)
20 (K10)	19 (M10)
21 (K11)	22 (M11)
23 (K12)	24 (M12)
25 (K13)	26 (M13)
28 (K14)	27 (M14)
30 (K15)	29 (M15)
32 (K16)	31 (M16)
33 (K17)	34 (M17)
35 (K18)	36 (M18)
38 (K19)	37 (M19)
40 (K20)	39 (M20)

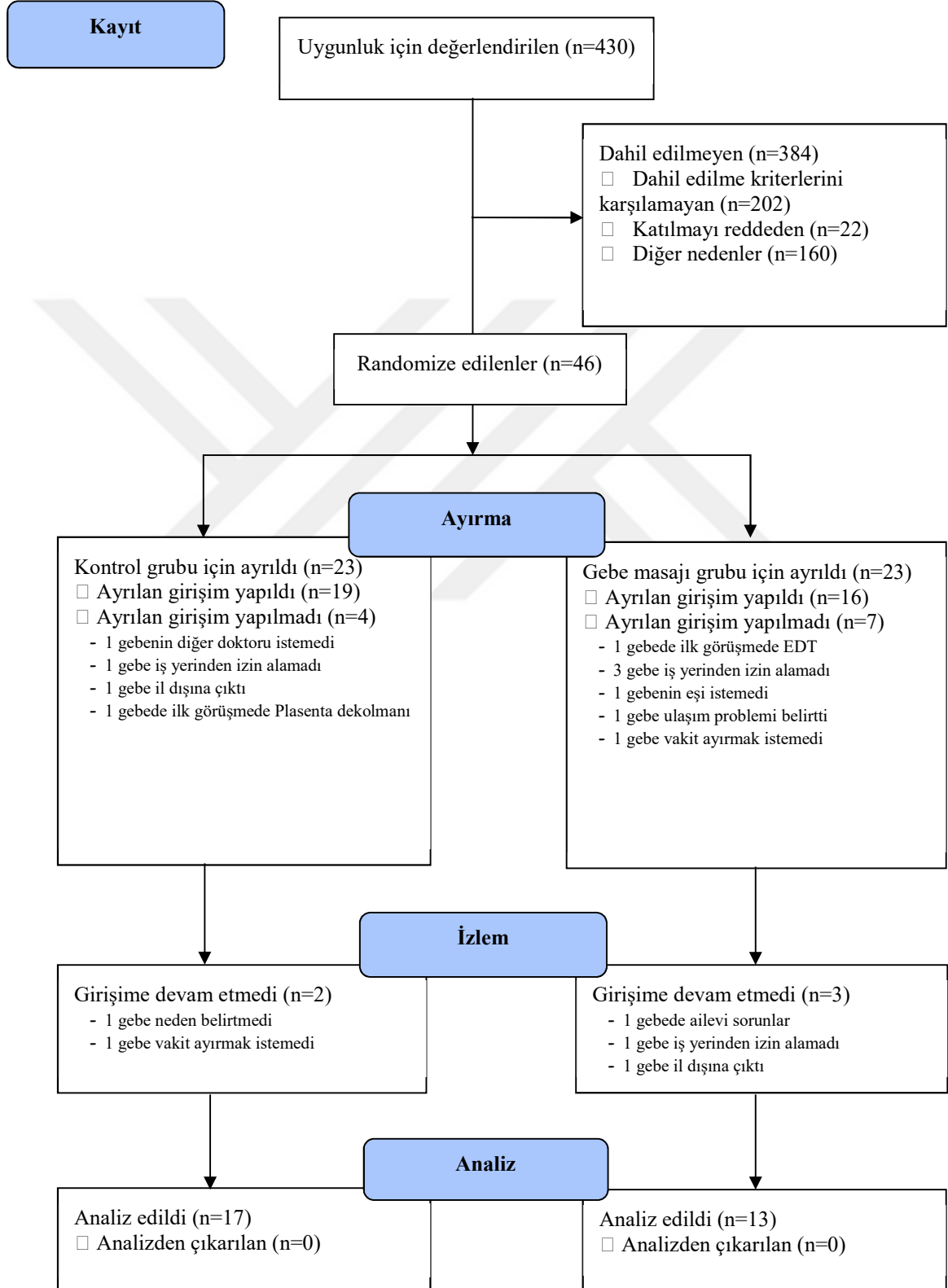
1		1		1		2		2		2		1		1		2		2	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	B	A	B	A	B	B	A	B	A	B	A	A	B	A	B	B	A	B	A

1		1		1		2		2		2		1		1		2		2	
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
A	B	A	B	A	B	B	A	B	A	B	A	A	B	A	B	B	A	B	A

1: AB**2: BA****A*: Kontrol Grubu****B*: Gebe Masajı Grubu**

*Hangi grubun 'A', hangi grubun 'B' olacağı kura ile belirlenmiştir.

Şekil 4. CONSORT 2010 Akış Diyagramı (96)



Veri toplama sürecine katılan kontrol grubu gebelerin %10.5'i (n=2) ve gebe masajı grubu gebelerin %18.8'i (n=3) bu süreçte çalışmadan ayrılmıştır ($n_{\text{Kontrol}}=17$, $n_{\text{Gebe masajı}}=13$). Gebelerin çalışmadan ayrılmaları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Fisher's, $p=0.415$). Ayrıca yapılan güç analizi sonucuna göre örneklemin her iki grup için yeterli olduğu saptandığı için veri toplama aşaması tamamlanmıştır (100). Örneklem sayısının yeterliliği NCSS Trial and PASS 2000 programı kullanılarak yapılan güç analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada gebe masajının fark oluşturması beklenen değişkenlerde, hata payı %5 ile kontrol grubundaki 17 gebe ve gebe masajı grubundaki 13 gebenin ilk görüşme (30 hafta) ve son görüşme (34 hafta) arası GKÖ, PBE, PDÖ ve GAHTS ölçek puan farkları ve standart sapmaları grup içi ve gruplar arası değerlendirilerek çözümleme yapıldığında çalışmanın gücünün %90-99 arasında olduğu ve gruplardaki örnek sayılarının yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Güç Analizi Sonuçları

Değişkenler	Kontrol (n=17)		Gebe Masajı (n=13)		Güç ^a	Etki büyüklüğü ^a	Güç ^b
	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max			
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	-0.88±18.57	(-41)-(-38)	39.00±21.70	(13)-(88)	0.99	1.888	0.99
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	0.71±4.61	(-7)-(-7)	8.38±7.52	(-9)-(21)	0.96	-0.524	0.90
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	0.24±3.21	(-4)-(-6)	-5.31±4.39	(-15)-(2)	0.94	-0.550	0.98

a: İki Bağımsız Grup Karşılaştırması b: Tek Grup (Gebe Masajı)

Görsel Kıyaslama Ölçeği'nde (GKÖ) gebe masajı grubunun ilk ve son ölçüm karşılaştırması için; güç 0.99, değişimler açısından kontrol ve gebe masajı grubu karşılaştırması için; güç 0.99 ve etki büyüklüğü 1.89 bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmanın örnek büyüklüğünün oldukça güçlü olduğu ve çalışmada, rutin gebelik izlemlerinin gebe masajı ile birlikte yapılmasının yalnız başına yapılmasına göre iyilik hali üzerine etkinliğini çok kuvvetli olarak ortaya koyduğu görülmektedir. Prenatal Bağlanma Envanteri'nde (PBE) gebe masajı grubunun ilk ve son ölçüm karşılaştırması için; güç 0.96, değişimler açısından kontrol ve gebe masajı grubu karşılaştırması için; güç 0.90 ve etki büyüklüğü -0.52 bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmanın örnek büyüklüğünün oldukça güçlü olduğu ve çalışmada, rutin gebelik izlemlerinin gebe masajı ile birlikte yapılmasının yalnız başına yapılmasına göre prenatal bağlanma üzerine etkinliğini orta düzeyde ortaya koyduğu görülmektedir. Prenatal Distres

Ölçeği'nde (PDÖ) gebe masajı grubunun ilk ve son ölçüm karşılaştırması için; güç 0.94, değişimler açısından kontrol ve gebe masajı grubu karşılaştırması için; güç 0.98 ve etki büyüklüğü -0.55 bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmanın örnek büyüklüğünün oldukça güçlü olduğu ve çalışmada, rutin gebelik izlemlerinin gebe masajı ile birlikte yapılmasının yalnız başına yapılmasına göre prenatal distres üzerine etkinliğini orta düzeyde ortaya koyduğu görülmektedir (101).

3.3.2.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Çalışmaya dahil edilme ve edilmeme kriterleri literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Deneyisel randomize kontrollü (95,96) olarak gerçekleştirilen çalışmaya, Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri Kontrol Listesi'nde (Ek 16) bulunan koşullardan en az bir veya birden fazlasına 'Hayır' yanıtı alınan gebeler alınmamıştır (Bu form gebeler ile ilk görüşmede, araştırmacının eksiksiz kontrol ve takip yapabilmesi amacı ile oluşturulmuş bir kontrol listesidir).

Çalışma, geç gebelik döneminde (30 hafta ve sonrası); gebelik, doğum eylemi ve bebeğe ilişkin endişelerin artıyor olması nedeni ile 30-34. haftalarda gerçekleştirilmiştir. Ayrıca çalışma grubunun bu haftalardaki gebelerden oluşmasının nedeni; Perinatoloji uzmanlarının kadınlara doğum eylemi için hazırlıkta, özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, uykuya dalmadan, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlama düzeyini deneyimlemelerini (3) önermeleridir.

Aşağıda özellikleri belirtilmiş olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir:

- Primipar olan (20. haftadan sonra canlı ya da ölü doğum, I. trimester sonrası abortus ya da tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir)
- Tek ve sağlıklı fetus gebeliği olan
- 20-35 yaş arası (20 yaş ve 35 yaş dahil)
- Bilişsel açıdan sağlıklı olan
- Yazılı ve sözlü iletişime geçilebilen (Türkçe'yi anlayan ve Türkçe okuma yazma bilen gebeler)
- Çalışma başlangıcındaki gebelik haftası 30 hafta olan (Gebelik haftası Nagele/Naegle Kuralı ile [Son menstrüel periyodun ilk gününe 7 gün eklenir ve 3 ay geriye gidilerek tahmini doğum tarihi hesaplanır. Örn: SAT-Son Adet Tarihi 10/06/2016 ise 10+7/06-3/2016 TDT-Tahmini Doğum Tarihi 17/03/2017 dir.] belirlenmiştir.) (102,103).

- Gebelik oluşumu için infertilite tedavisi görmemiş (doğal yolla gebelik) olan
- Sağlık sorunu olmayan
- Çalışmaya katılmayı kabul eden
- Çalışmanın yapıldığı ilde ikamet eden (İzmir ili dışındaki diğer iller ve İzmir iline bağlı olan ancak Büyükşehir Belediyesi sınırları dışındaki ilçeler ulaşım problemi nedeni ile dahil edilmemiştir),

Gebe Masajı Grubu için ayrıca;

- Çalışma grubuna katıldıktan sonra gebe masajı uygulamalarına her hafta haftada bir kez, 30-34. haftaları kapsayan toplam beş hafta süresince gelebilen,
- Cildinde bulaşıcı hastalık veya deri enfeksiyonu olmayan,
- Masaj bölgesinde tromboz veya flebit olmayan,
- Çalışma esnasında gebe masajı yaptırmak için uzman doktor tarafından sağlık durumunun uygun olduğu belirtilen gebeler çalışmaya dahil edilmiştir (kronik hastalık, kas-iskelet sistemi hastalığı, gestasyonel diyabet, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü olmayan) *(Tüm gebelerin gebe masajı yaptırmaya uygunluk durumu aynı uzman doktor tarafından değerlendirilmiştir).*

3.3.2.2. Çalışmadan Ayrılma Kriterleri

Çalışmanın veri toplama süreci tamamlanmadan önce aşağıdaki kriterlerden bir ya da birkaçının gerçekleşmesi durumunda gebe çalışmadan ayrılabilmiştir:

- Çalışmadan ayrılmak isteme
- Randevulara gelinmemesi (il dışına çıkmak, çalışmadan ayrılmak nedenleri ile)
- Fetusta bir sağlık sorunu gelişmesi
- Gebede gebe masajı uygulamasına ilişkin kontrendikasyon (kanama, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü vb.) gelişmesi (1,7,8,25–29,31–38,40,68,72,75,79,84,88,104).

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.4.1. Bağımlı Değişkenler

Çalışmanın bağımlı değişkenleri gebelerin iyilik hali algısı (GKÖ), prenatal bağlanma düzeyi (PBE), prenatal distres düzeyi (PDÖ) ve gebe masajı memnuniyet (GAHTS) düzeyidir.

3.4.2. Bağımsız Değişkenler

Çalışmanın bağımsız değişkeni gebe masajı uygulamasıdır.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışmanın veri toplama yöntemi aşağıda uygulama sırasına göre açıklanmış olup daha anlaşılır olabilmesi için tablolaştırılarak da sunulmuştur (Tablo 7). Ayrıca çalışma yöntem şeması ile tüm süreç açıklanmıştır (Şekil 5).

- Araştırmacı, gebeler ile ilk görüşmesini gebeler 18-22. haftalarda I. trimester tarama testi için USG çektirmeye obstetri polikliniğine geldiklerinde yüz yüze görüşülerek veya test sonrası 18-29. haftalarda cep telefonu ile ulaşarak gerçekleştirilmiştir.
- Çalışmaya dahil edilecek gebeler randomize kontrollü olarak ve çalışma kriterlerini karşılama durumları dikkate alınarak belirlenmiştir. Randomizasyon işlemi için permütasyon yöntemi ile blok randomizasyon yöntemi uygulanmıştır (95) (Tablo 5).
 - Önce randomizasyon listesi oluşturuldu,
 - Sonra I. trimester tarama testi için gelen gebelerin isimleri sırası ile randomizasyon listesine yazıldı,
 - Böylelikle hangi gebenin hangi grupta yer alacağı tesadüfi olarak belirlendi.
- Gebeler ile **yapılan ilk görüşmede** (18-29 hafta);
 - Araştırmacı kendini tanıtmış,
 - Çalışma amacı ve süreci kısaca açıklanmış,
 - Gebenin çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayıp karşılamadığına yönelik sorular sorulmuş,
 - Çalışma kriterlerini karşılayan gebelerden sözlü onamları alınmış,
 - Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan ve sözel onamları alınan gebelere hangi grupta oldukları söylenmiş,
 - Sonra 30. gebelik haftasında görüşmek üzere ilk randevu tarihi belirlenmiştir.
 - Belirlenen tarih ve saatin klinik ortam ve hekim açısından uygunluğu Obstetri Polikliniği sorumlu ebe veya hemşire ile telefon görüşmesi ya da yüzyüze görüşme ile kontrol edilip net tarih belirlenmiş ve poliklinik defterine kaydedilmiş,
 - Görüşme tarihinde değişiklik olup olmama durumu gebeye bildirilmiş,
 - İlk görüşme gününden bir gün önce gebe aranarak hatırlatma yapılmıştır.

- Gebe masajı grubundaki gebelere masaja gelmeden önce yapmaları gerekenlere ilişkin standart bilgilendirme metni telefon mesajı ile gönderilmiştir (*Masaj Uygulamasından Önce Yapılması Gerekenler: Serin bir duş alınmalı veya banyo yapılmalıdır. Sıcak banyoda kalınmamalıdır. Koltuk altı veya vücut spreyi kullanılmamalıdır. Masaj yaptıracak kişi yeni yemek yemiş olmamalıdır. Vücutta grip, ateş veya herhangi bir tıbbi rahatsızlık varsa, masaj yaptırılmamalıdır. Bireyin bu konuda endişesi olduğunda doktor kontrolünden geçmelidir. Enfeksiyon varlığında iyileşmeyi beklemeli ve sonra masaj yaptırmalıdır. Alkollü içki içilmemelidir.*).
- Masaj uygulanan gebe masajdan sonra yapılması gerekenlere ilişkin bilgilendirilmiştir (*Masajdan Sonra Yapılması Gerekenler: Birey, masaj masasından kalkmadan önce kısa bir süre için uzanarak dinlenebilir. Ortam koşullarının bunun için uygun olması gerekir. Masaj seansından hemen sonra bir bardak su içilmelidir. Günün geri kalan kısmında da bol miktarda su tüketilmelidir. Kan dolaşımı uyarılmış olduğundan ısı, vücudun yüzeyine yayılabilir. Bu nedenle birey, vücudunu sıcak tutmalıdır.*).
- Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebelerin karşılaşmaması için farklı zamanlara randevu verilmiştir.
- Her randevu işleminde bu uygulamalar tekrar edilmiştir.
- Hekim değerlendirmesinden sonra kontrol grubu ve gebe masajı grubundaki gebelerde aşağıdaki uygulama basamakları gerçekleştirilmiştir:
- KONTROL GRUBU (İlk görüşme-30. hafta):
 - Gebelerin yazılı onamları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile alınmış,
 - Hekim onayı alınmış (Gebelerin çalışmaya uygunlukları ve katılabilme durumları tüm çalışma süresince aynı obstetri uzmanı tarafından yapılan yüz yüze görüşme ve USG değerlendirmesi ile belirlenmiştir. Hekim onayı olmayan gebe çalışmaya dahil edilmemiştir.),
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,

- Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmamıştır),
 - Gebe Tanıtım Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE), Prenatal Distress Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyon uygulanmış,
 - Gebeler ile son görüşme için randevu tarih ve saati belirlenmiştir.
- KONTROL GRUBU (Son görüşme-34. hafta):
- Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmamıştır),
 - Gebe Masajına İlişkin Düşünceler, GKÖ, PBE, PDÖ uygulanmıştır.
- GEBE MASAJI GRUBU (İlk görüşme-30. hafta):
- **Gebe Masajı öncesi;**
 - Gebelerin yazılı onamları Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile alınmış,
 - Hekim onayı alınmış (Gebelerin çalışmaya uygunlukları ve katılabilme durumları tüm çalışma süresince aynı obstetri uzmanı tarafından yapılan yüz yüze görüşme ve USG değerlendirmesi ile belirlenmiştir. Hekim onayı olmayan gebe çalışmaya dahil edilmemiştir.),
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmamıştır),
 - Gebe Tanıtım Formu, GKÖ, PBE, PDÖ uygulanmıştır.
 - **Gebe Masajı sonrası;**
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmamıştır),

- GKÖ, Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) uygulandı.
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Gebeler ile 31,32,33 ve 34. hafta görüşmeleri için belirlenen randevu tarih ve saatleri kontrol edildi, gerekli durumlarda ilgili haftalar için gün ve/veya saat değişikliği yapılmıştır.
- GEBE MASAJI GRUBU (31.32,33. hafta görüşmeleri):
- **Gebe Masajı öncesi;**
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmadı),
 - GKÖ uygulanmış,
 - **Gebe Masajı sonrası;**
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmadı),
 - GKÖ, GAHTS uygulanmış.
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Gebeler ile son görüşme için randevu tarih ve saati belirlenmiştir.
- GEBE MASAJI GRUBU (Son görüşme-34. hafta):
- **Gebe Masajı öncesi;**
 - Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmış,
 - Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
 - Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmadı),
 - GKÖ uygulanmış,
 - **Gebe Masajı sonrası;**

- Yaşamsal bulguları ölçülmüş (kan basıncı, kalp atım hızı, solunum sayısı, vücut ısısı),
- Doppler ile fetal kalp atım sayısı dinlenmiş (kulaklık kullanılmamıştır),
- GKÖ, GAHTS, PBE, PDÖ, Gebe Masajına İlişkin Düşünceler formları uygulanmış,
- Ebe tarafından EFM ve uzman hekim tarafından USG ile BFP değerlendirmesi yapılmıştır.

GEBE MASAJI UYGULAMASI:

Çalışmanın gebe masajı uygulaması “Rahatlama, stresi azaltma ve uykuya yardım oturumu”nda yer alan masaj teknikleri ile gerçekleştirilmiştir (Bknz. 2.2. Gebe Masajı ve Teknikleri) (Şekil 1, Resim 1).

- Çalışmaya katılan gebelere yapılan gebe masajı esnasında, gebenin rahat edebileceği bir mekanda (Resim 7) ve mahremiyetine dikkat ederek masaj uygulanmıştır. Ayrıca ebe terapist yüksek riskli olmayan bir gebelikte gerçekleşme ihtimali olan komplikasyonlar açısından dikkatli davranmış ve uzman hekim ile sürekli iletişim halinde çalışmasına devam etmiştir. Gebelerde gebe masajı nedeni ile herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.
- Gebe masajı yapılan gebeler rutin gebelik takipleri için hastaneye gittiklerinde takiplerini yapan sağlık personelinin gebe masajı yaptırdıkları konusunda bilgilendirmiştir (Çalışmada EÜ ile birlikte ikinci bir hekim izleminde olan gebeler de yer almıştır).
- Gebe masajı için her gebeye özel masaj seansı randevusu verilmiş ve bu randevu zamanlarının hekimin değerlendirme yapabileceği zamanlara denk gelebilmesi için birim sorumlu hemşiresi ile birlikte planlama yapılmıştır.
- Gebe masajı EGEKASEM’de oluşturulan masaj odasında (Ek 27) uygulanmıştır. EGEKASEM’in uygun olmadığı (eğitim, kurs vb etkinliklerin olduğu günlerde) ya da gebenin gelemeyeceği durumlarda, o gebelik haftasında farklı gün veya saatte gebeye gebe masajı yapılmıştır.

Resim 1. Çalışmada Uygulanan Gebe Masajı Tekniklerine Ait Fotoğraflar



Kaynak: Yazılı izin alınmış orijinal fotoğraf (Çekim: Ayhan Şenkardeşler, Mahide Demirelöz Akyüz)

– Gebe masajı grubundaki gebeler ile 30., 31., 32., 33., 34. haftalarda toplam beş kez görüşülmüş, rutin gebelik izlem ve bakımları dışında Biyofizik Profil (BFP), EFM, tansiyon, nabız, solunum, vücut ısı ve FKH değerlendirmesi ve kontrol grubundan farklı olarak 60 dakikalık seanslar şeklinde (sol yan: 30 dk, sağ yan: 30 dk) ebe terapist tarafından gebe masajı uygulanmıştır. Masaj sonrası gebe odada 5 dk yalnız bırakılarak kısa istirahate alınmıştır.

- Gebe masajı bu konuda özel eğitim almış terapistler tarafından uygulandığında sağlığa zararlı bir etkisi bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmacı, gebelere güvenli bir şekilde masaj uygulayabilmek için T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü ve Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği tarafından verilen 608 saatlik genel masaja ilişkin sertifikalı eğitimi (Ek 3-4), Boston/Amerika’da 32 saatlik gebelik ve doğum masajına özel akredite olmuş sertifikalı eğitimi (Ek 1) ve sekiz saatlik Doğumda Bası Noktaları Kursunu tamamlamıştır (Ek 2).
- Gebe masajları, ergonomik olması ve masaj için uygun zemin sertliğini sağlaması nedeni ile masaj masasında gerçekleştirilmiştir.
- Gebe masajı esnasında gebeye pozisyon vermek üzere Yan Yatış Pozisyon Alma Sistemi (Side Lying Positioning System) (Resim 3) kullanılmıştır.
- Masaj ile rahatlayan kasların soğuktan olumsuz etkilenmemesi için nevresim (Resim 5) kullanılmıştır.
- Gebeye uygulanan derin doku masajı esnasında herhangi bir masaj yağı kullanılmamış olup, yalnız ekstremitelere uygulanan İsveç masajında az miktarda, aromatik özelliği olmayan ve gebelere özgü kokusuz masaj yağı kullanılmıştır.

– BFP değerlendirmesi tek bir hekim tarafından, EFM değerlendirmesi araştırmacı ebe tarafından gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı EFM için meslek eğitimi dışında ayrıca sekiz saatlik bir kursa katılmıştır (Ek 5).

– Gebeler ile 30. gebelik haftasında yapılan ilk masaj seansında, masaja başlamadan önce çalışmanın amacı ve yöntemi tekrar hatırlatılarak gebelerin soruları yanıtlanmıştır.

– Gebelerin gebe masajı öncesi ve sonrası tuvalete gitmeleri ve su içmeleri gerektiği hatırlatılarak bunu uygulamaları sağlanmıştır.

– Gebe masajı grubunda yer alan gebelerden 30. ve 34. haftalarda, iki kez bazı formları doldurmaları istenmiştir.

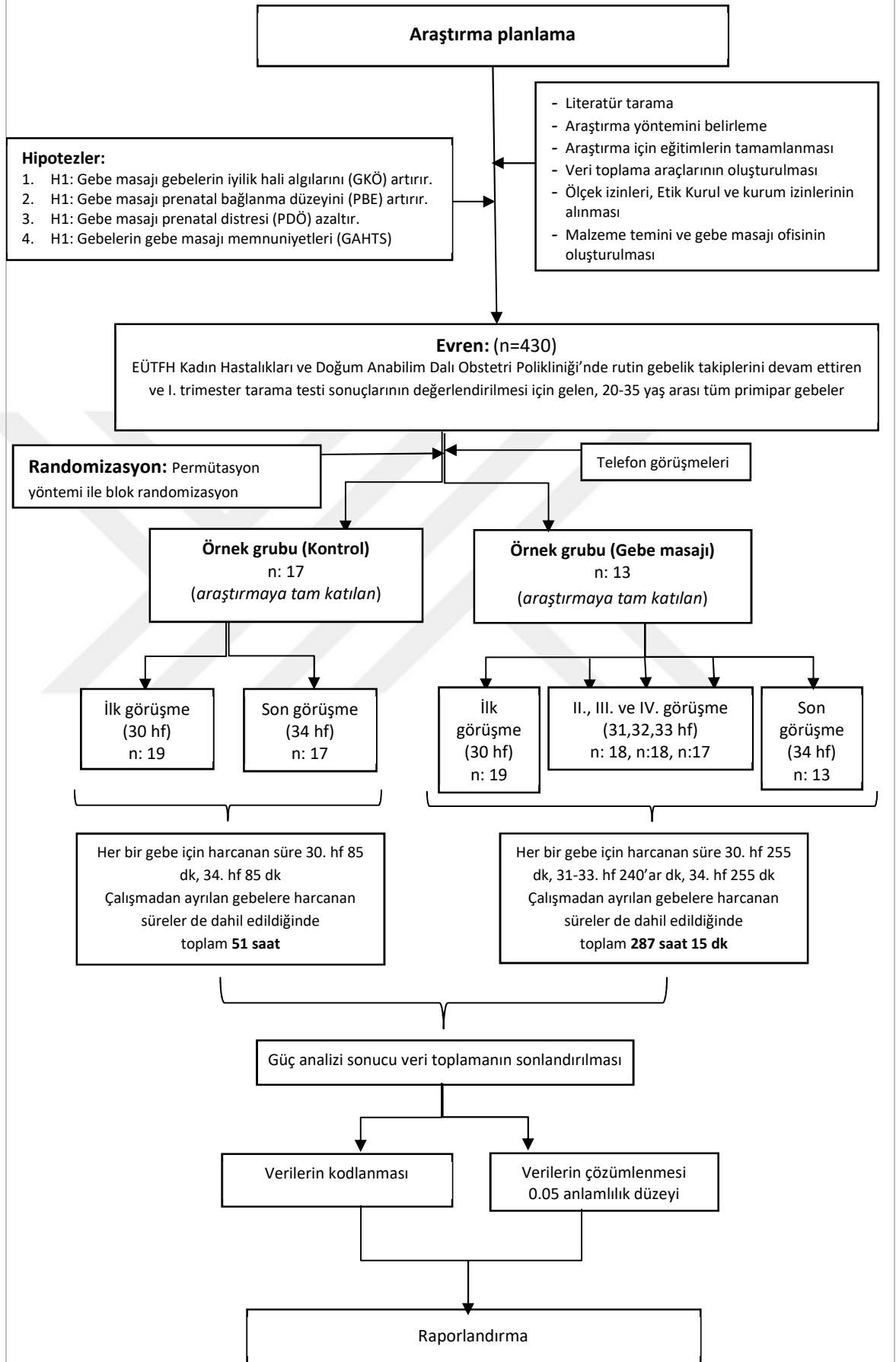
- Bu gruptaki gebelerden, **30. haftada** yapılan ilk masaj seansında masaj uygulamasına başlamadan önce; Bilgilendirilmiş Onam Formu, Gebe Tanıtım Formu, GKÖ, PBE ve PDÖ'ye ilişkin formları doldurmaları istenmiş ayrıca EFM ve BFP değerlendirmeleri yapılmıştır. Daha sonra her **gebenin gebe masajı öncesi** yaşamsal bulguları değerlendirilmiş, Fetal Kalp Atım Hızı (FKH) ölçümü yapılmıştır. Gebelerin **gebe masajı sonrası (30. hf)** yaşamsal bulguları değerlendirilmiş, FKH ölçümü yapılmış, GKÖ ve GAHTS'yi doldurmaları istenmiş ayrıca EFM ve BFP değerlendirmeleri yapılmıştır.
- Bu işlemlerin aynısı 34. haftada da uygulanmıştır. Gebe ile yapılan son görüşmenin olduğu 34. haftada ayrıca Gebe Tanıtım Formu 5. Bölümde yer alan Gebe Masajına İlişkin Düşünceler ile ilgili 44. ve 45. (Ek 26) soruların yanıtlanması istenmiştir.
- Gebe masajı grubundaki her bir gebe 30 ve 34. haftadan farklı olarak; 31., 32. ve 33. haftalarda masaj seanslarına geldiğinde **her gebe masajı öncesi** yalnızca EFM ve BFP değerlendirmeleri yapılmış, vital bulguları değerlendirilmiş, FKH ölçümü yapılmış ve GKÖ'yü doldurması istenmiştir. **Her gebe masajı sonrası** da bu ölçümler tekrarlanarak gebeden GAHTS'yi doldurması istenmiştir.

– Kontrendikasyon gelişmesi nedeni ile gebe masajı grubundan ayrılan gebe olmamıştır. Kontrol grubu ve gebe masajı grubu gebeler araştırmacıya istedikleri gün ve saatlerde cep telefonu ile rahatlıkla ulaşarak danışmak istedikleri konularda görüşebilmişlerdir.

Tablo 7. Veri Toplama Yöntemi

İzlem Sayısı	Gebelik Haftası	Kontrol Grubu	Gebe masajı grubu	
		Randomizasyon çizelgesinin oluşturulması		
1	18 ⁰ -29 ⁶ hf	- Evrene telefon ile ulaşılarak örnek grubunun belirlenmesi - Çalışma amacının açıklanması - Veri toplama sürecinin açıklanması - Gebelerin sorularının yanıtlanması	İlk (30. hf) ve son (34. hf) randevu tarihlerinin belirlenmesi	- Evrene telefon ile ulaşılarak örnek grubunun belirlenmesi - Çalışma amacının açıklanması - Veri toplama sürecinin açıklanması - Gebelerin sorularının yanıtlanması 30,31,32,33,34. hf randevu tarihlerinin belirlenmesi
			Gebe Masajı Öncesi	Gebe Masajı Sonrası
2	30 ⁰ -30 ⁶ hf	- Bilgilendirilmiş onam formu - Hekim onayı - EFM - BFP - Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Gebe Tanıtım Formu - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) - Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) - Randevu tarihinin kontrolü	- Bilgilendirilmiş onam formu - Hekim onayı - EFM - BFP - Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Gebe Tanıtım Formu - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) - Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	- Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) - EFM - BFP - Randevu tarihlerinin kontrolü
3	31 ⁰ -31 ⁶ hf	—	- EFM - BFP - Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	- Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) - EFM - BFP - Randevu tarihlerinin kontrolü
4	32 ⁰ -32 ⁶ hf			
5	33 ⁰ -33 ⁶ hf			
6	34 ⁰ -34 ⁶ hf	- EFM - BFP - Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Gebe Masajına İlişkin Düşünceler (45., 46. sorular) - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) - Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	- EFM - BFP - Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	- Yaşamsal bulgular - FKH ölçümü - Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) - Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) - Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) - Gebe Masajına İlişkin Düşünceler (45., 46. sorular) - EFM - BFP

Şekil 5. Çalışma Yöntem Şeması



3.6. Kullanılan Gereçler

Çalışmada veriler gebeler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile sekiz adet veri toplama formu kullanılarak elde edilmiştir. Veri toplama araçları olarak; “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek 17)”, “Gebe Masajı Uygunluk Yazısı (Ek 18)”, gebe masajı grubu için gebe masajı öncesi ve sonrası takibini yapmak için “Gebe İzlem Kartları (Ek 19)”, “Gebe Tanıtım Formu (Ek 20)”, gebenin iyilik durumunu değerlendirmek için “Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek 21)”, gebenin bebeğine bağlanma durumunu değerlendirmek için “Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) (Ek 22)”, gebenin gebelikte yaşadığı sıkıntıları değerlendirmek için “Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)-Revize Versiyon (Ek 23)”, yaşamsal bulguların kontrol grubu için ilk ve son görüşmede, gebe masajından memnuniyet durumunu değerlendirmek için “Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) (Ek 25)” kullanılmıştır. Ayrıca fetal iyilik halinin değerlendirildiği EFM traseleri ve BFP değerlendirmesi için yapılan USG kağıtları veri toplama aşamasında kullanılmıştır.

3.6.1. Gebe İzlem Kartları

Kontrol grubundaki gebelerin ilk ve son görüşmelerde, gebe masajı grubundaki gebelerin gebe masajı öncesi ve sonrası vital bulguları (tansiyon, nabız, solunum, vücut ısısı) ile FKH ölçümlerine ait bulguların takibi amacı ile Gebe İzlem Kartları kullanılmıştır. Hekim değerlendirmesinden sonra yapılan bu ölçümler sonucu, gebenin o günkü masaj uygulaması açısından sağlık durumunun uygunluğu değerlendirilmiştir. Ayrıca gebe masajı grubunun izlem kartları randevu tarihlerinin takibi için de kullanılmıştır.

3.6.2. Gebe Tanıtım Formu

Bu form ile gebeye beş bölümde toplam 46 soru sorulmuştur;

- **Kişisel Bilgiler (I. Bölüm):** Gebenin kişisel bilgilerine ilişkin 10 soru bulunmaktadır. Yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvencesi, aile tipi, ailenin gelir gider durumunu algılayışı, ikamet edilen konut bilgisi, en uzun süre yaşanan yer ve sigara içme durumu sorgulanmıştır.
- **Evliliğe İlişkin Bilgiler (II. Bölüm):** Bu bölüm sekiz sorudan oluşmaktadır. Gebenin medeni durumu, resmi nikah varlığı, evlilik sayısı, evlilik yılı, eş ile isteyerek evlenme durumu, eşin hayatta olma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumunu belirlemeye yönelik sorular yer almıştır.

– **Gebeliğe İlişkin Bilgiler (III. Bölüm):** Gebelik ve doğum sonu dönem plamalarına ilişkin 21 adet soru bulunmaktadır. Gebelik öyküsü, abortus öyküsü, küretaj öyküsü, gebeliğin planlı/istekli olma durumu, gebeliğin ilk öğrenildiğinde ne hissedildiği, gebelik sürecinde en sık hangi duygunun yaşandığı, bedeninde gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri nasıl algıladığı, gebelik ile ilgili izlem sayısı, gebelik takiplerini kimin yaptığı, bebeğin cinsiyetini bilme durumu, bebeğin cinsiyeti, bebeğin cinsiyetinin ne olmasının istendiği, bebeğe isim koyma durumu, bebeğin hareketlerinin ilk kez kaçncı haftada hissedildiği, gebelikte eş ve/veya aile desteği varlığı, en çok destek alınan kişi ve bu desteğin nasıl algılandığı, doğumdan hemen sonra destek durumu ve kim olduğu, doğum sonu ne zaman işe başlanmayı düşündüğü ve işe başlanıldığında bebeğe kimin bakacağına ilişkin sorular yer almıştır.

– **Doğuma İlişkin Duygu ve Düşünceler (IV. Bölüm):** Gebenin doğuma ilişkin düşüncelerini değerlendirmeye yönelik üç adet soru bulunmaktadır. Bu bölümde doğumun nasıl algılandığı, doğum şekli tercihi ve nedeni ile doğumda eşin yanında olmasını isteme durumuna ilişkin sorular yer almıştır.

– **Gebe Masajına İlişkin Düşünceler (V. Bölüm):** Bu bölümde üç adet soru bulunmaktadır. Daha önce tüm vücuda profesyonel masaj yaptıрма durumu, gebe masajının gebeliğe etkileri konusunda ne düşünüldüğü, diğer gebelere gebe masajını önermeye ilişkin düşünceleri ve nedeni sorgulanmıştır. Kontrol ve gebe masajı grubu gebeler ile son görüşmede bu bölümdeki sorulardan gebe masajının etkileri ve önerme durumu soruları tekrar sorulmuş, gebe masajı grubu gebelere masaj terapi seanslarında hoşlarına giden ve gitmeyen durumlar da sorulmuştur.

3.6.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Çalışmada, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) gebenin iyilik durumunu subjektif olarak ölçmek, gebenin masaj öncesi ve sonrası kendini nasıl hissettiğini saptamak için kullanılmıştır. GKÖ’da en üst uç “Çok çok iyi hissediyorum” ve en alt uç “Çok kötü hissediyorum” olarak belirlenmiştir.

Görsel Kıyaslama Ölçeği sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılır (105–108). Ölçek, sağlık alanında ilk olarak ağrının değerlendirilmesinde kullanılmış ve 1970’li yıllarda popüler olmuştur. GKÖ, daha sonra sağlığın genel değerlendirmesi için genişletilmiştir. Ölçek, sağlıkla ilgili birçok farklı alanda aynı zamanda psikolojinin birçok alanında (109) kullanılmış ve

kullanılmaktadır. GKÖ, sadece ağrı ile ilgili durumların ölçülmesinde değil anksiyete, dispne (110) ya da duygu durumunun değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (105).

Görsel Kıyaslama Ölçeği'nin bilinen 10 cm'lik (100 mm) formu en uygun olanıdır. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Bu çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır (örn; hiç ağrı yok/çok şiddetli ağrı var vb.) (106,111). Testin bir dili olmaması ve uygulama kolaylığı önemli avantajıdır. Kolay anlaşılması, çabuk sonuç vermesi ve bireylerin sayılarla yönlendirilmemesi nedeniyle tek boyutlu ölçekler içinde en yaygın kullanılanıdır (105,112).

GKÖ kullanılarak, algılanan sağlık düzeyinin saptanmasında “0” için “En az arzu edilen sağlık düzeyi” ve “100 mm” için “Mükemmel sağlık düzeyi” şeklindeki ifadeler referans noktası olarak kullanılabilir. GKÖ'nün kullanımında, katılımcılar yatay ya da dikey bir çizgi üzerinde, uyarının şiddetine göre kendileri için en uygun olan yeri işaretlerler (105). Cline ve ark. (1992) GKÖ'de standardizasyonu sağlamak amacıyla yaptıkları çalışmada, GKÖ'nün dikey kullanımın daha iyi anlaşıldığını saptamışlardır (107). Ölçeğin doldurulma süresi 30 saniyedir (105). Sorgulanan parametrenin hiç olmadığı yerden bireyin işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu o parametrenin bireydeki düzeyini belirtir. Puanlama, işaretli noktanın mezura yardımıyla ölçülmesiyle yapılır (110). Ölçeğin değerlendirilmesinde birçok farklı yol vardır (105). Sayısal Değerlendirme Skalası-100 mm değerlendirmesi “Hafif: <40 mm, Ilımlı: 40-59 mm, Şiddetli: 60-79 mm, Çok şiddetli: 80-100 mm” şeklinde yapılmaktadır. Genel değerlendirmesinde bireyler için elde edilen değerlerin ortalaması alınır (105,108).

GKÖ çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş, güvenilir ve kolay uygulanabilir bir testtir (105,108). Okur-yazar grupta oldukça güvenilir olduğu (0.94), okur-yazar olmayan grupta ise düşük güvenilirliğinin (0.71) olduğu belirtilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eti Aslan tarafından yapılmıştır (111,113). GKÖ'nün sözel ölçüm tekniklerine nazaran değişimlere karşı daha duyarlı olduğu saptanmıştır (105,112). Ancak testin kısa süreli aralıklar ile tekrarı sonrası verilen cevaplarda anlamlı fark bulunmamıştır (105,108). Testin yazılı dilinin olmaması nedeniyle tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir testtir (105,106).

Değerlendirme çalışmalarında küçük örneklem ile çalışılması önerilmektedir (105). GKÖ subjektif deneyimi ölçmek için basit bir teknik sağlar. Çok yönlü ve

hassas ölçüm imkanı sağlayan ölçek için puanlama aralığının seçimi, çalışmanın deneysel tasarımı ve istatistiksel analiz ile ilgili kararlara bağılı olarak belirlenir (109). Çalışmada 100 mm'lik ölçüm üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

3.6.4. Prenatal Bağlanma Envanteri

Mary Muller (1993) kadınların gebelik dönemindeki düşüncelerini, duygularını, yaşadıkları durumları açıklamak ve prenatal dönemde bebeğe bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla “Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)”ni geliştirmiştir. Muller (1993) ölçeğin daha sonraki anne-bebek ilişkilerini öngörme vaadinde bulunduğu belirtilmiştir, ayrıca kadınların daha önceki çocuklarının sayısı ile o gebeliğindeki bağlanması arasında ilişki olmadığını saptamıştır. Muller bu bulgunun; ‘bir kadının prenatal bağlanmasını, bir anne olarak önceki tecrübesinden ve önceki çocuklarla olan ilişkisinden ayırdığı ve bu bağlanmanın o bireye özgü bir ilişki olduğu’ fikrini desteklediğini belirtmiştir (83).

PBE'nin Türkçe formunun geçerlik-güvenirlik çalışması Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji tarafından 2013 yılında gerçekleştirilmiştir (79). PBE Türkçe formunun ülkemiz gebeleri ile yapılacak araştırmalarda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğu saptanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.84 olarak saptanmıştır [çalışmada saptanan Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0.87 ve 0.90 (Tablo 8), ölçeği geliştiren Muller'in çalışmasında 0.81'dir (83)]. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji tarafından ölçeğin zamana göre değişmezliğini değerlendirmek için yapılan test-tekrar test analizinde de uygulamalar arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Araştırmacılar, ölçeğin farklı özelliklere sahip gebelerin prenatal dönemde bebeklerine bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla başka çalışmalarda da kullanılmasını önermişlerdir. PBE “*Hiçbir zaman*” (1), “*Bazen*” (2), “*Sık sık*” (3) ve “*Her zaman*” (4) şeklinde 21 maddeden oluşan dördümlük likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en çok 84 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması prenatal bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir (79). Literatürde PBE kullanılarak yalnız gebeliğin son döneminde olan kadınlarla yapılmış araştırmaya rastlanmamıştır.

Tablo 8. PBE ve PDÖ Ölçek Güvenirlikleri

	30 hf (n=35)						34 hf (n=35)					
	Cronbach's Alpha	Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	p	Cronbach's Alpha	Hotelling's T-Squared	F	df1	df2	p
PBE	0.868	294.634	5.080	20	10	0.006	0.901	246.733	4.254	20	10	0.011
PDÖ	0.729	522.852	15.776	16	14	0.000	0.848	240.192	7.247	16	14	0.000

Tablo 8’de çalışma sonucunda PBE’nin Cronbach’s Alpha güvenirlilik katsayısı ilk (30. hf) görüşmede 0.87, PDÖ’nün 0.73 olduğu saptanmıştır. Çalışmaya katılan gebeler ile son (34. hf) görüşmede PBE’nin Cronbach’s Alpha güvenirlilik katsayısı 0.90 ve PDÖ’nün 0.85 bulunmuştur. Bu katsayılar PDÖ’nün çalışmanın yapıldığı grupta ilk (30. hf) görüşmede oldukça güvenilir ve son görüşmede yüksek derecede güvenilir olduğunu, PBE’nin ilk ve son görüşmede yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir. Güvenirlilik analizi sonuçlarına göre her iki ölçeğin de maddeler arası iç tutarlılıklarının anlamlı olarak yüksek olduğu, Hotelling's T-Squared testi sonuçlarına göre de her iki ölçeğin maddelerinin anlamlı olarak toplanabilir olduğu ve prenatal dönemdeki bağlanmayı sınıadığı saptanmıştır ($p<0.05$).

3.6.5. Prenatal Distres Ölçeği-Revize Versiyon

PDÖ gebelerin prenatal distres düzeyini belirlemek üzere 1999 yılında Yali ve Lobel tarafından geliştirilmiştir (114). Bir öz-bildirim (114) ölçeği olan ve 17 maddeden oluşan PDÖ üçlü likert tiptedir. Ölçek, gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve emosyonel semptomlar, ilişkiler, annelik, beden imajı ve gebelik ile ilgili konularda kadınların yaşadıkları sıkıntı veya endişeleri belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. PDÖ ilk versiyonu; erken gebelik dönemi (10–20 hafta), orta gebelik dönemi (20-30 hafta) ve geç gebelik döneminde (30 hafta ve üzeri) uygulanmak üzere üç farklı şekilde ve 12 maddeli olarak geliştirilmiştir (13,114,115). Yapılan revizyon çalışmaları ile, 17 maddeli PDÖ-Revize Versiyon düzenlenmiş ve her üç dönemde de kullanılabilen tek bir ölçek formu geliştirilmiştir. Geliştirilen revize ölçek formunun Cronbach alfa iç tutarlık katsayısının 0.79 olduğu saptanmıştır (115). PDÖ-Revize Versiyon’un Türkçe geçerlik güvenirlilik çalışması Yüksel ve arkadaşları (2011) tarafından gerçekleştirilmiş ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı 0.85, madde-toplam puan korelasyon katsayıları (r) 0.20-0.78 arasında ($p<0.01$) saptanmıştır (13) (çalışmada saptanan Cronbach alfa güvenirlilik katsayıları 0.73 ve 0.85’dir) (Tablo 8). PDÖ-Revize Versiyon’un İngilizce formu 18 maddeden oluşmakta olup (Ek 23) (116),

Türkçe versiyonunda 17 madde bulunmaktadır. Türkçe formun ülkemiz gebelerinde, gebelik döneminde ortaya çıkabilen stres düzeyinin değerlendirilmesinde kullanılmak üzere kolay uygulanabilir, anlaşılır, geçerli ve güvenilir bir araç olduğu belirlenmiştir (13). Ayrıca araştırmacılar, ölçek geliştirme çalışmasının sadece özel hastanede yapılmış olması sınırlılığı nedeni ile, gebelik izlemleri üniversite ve devlet hastanelerinde de yapılan gebeler ile çalışmaların yapılmasını önermişlerdir (13). Gebelikte psikososyal stresin değerlendirilmesine yönelik psikometrik araçların sistematik olarak incelendiği bir çalışmada, gebelik sırasında maternal psikososyal stresin değerlendirilmesi için uygulanan yöntemler sistematik olarak değerlendirilmiştir. Değerlendirilen 115 yayında yedi farklı kategoride 43 farklı değerlendirme aracının kullanıldığı, kullanılan çeşitli yöntemlerin stres araştırma sonuçlarının karşılaştırılabilirliğini engelleyebileceği belirtilmiştir. Çalışmada, 13 yayının gebelerin yaşadığı stresin en çok gebe olmak ve aile olmak ile ilgili stresörler ile ilişkisi üzerinde durduğu saptanmış ve bu kategoride yer alan altı ölçek arasından en iyi psikometrik ölçüm yapan ölçeğin PDÖ olduğu belirtilmiştir (117). Çalışmada geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan PDÖ-Revize Versiyon formu kullanılmıştır.

Ölçeğin uygulanmasında, gebelerden her bir ifadeyi okuyarak belirtilen seçeneklerden (“Hiç-0”, “Biraz-1” ve “Çok fazla-2”) birisini işaretleyerek yanıt vermesi istenir. Ölçek madde puanlarının toplanması ile gebelik dönemindeki gebeliğe özgü distres puanı elde edilir. Ölçek toplam puanının azalması gebeler tarafından algılanan prenatal distres düzeyinin azaldığını göstermektedir (115). Ölçekten en az (0) ve en çok (34) puan alınabilmektedir.

Ölçek geçerlik güvenilirlik çalışmasında, PDÖ-Revize Versiyon’un dört alt boyutunun olduğu belirtilmiştir (13):

- **Faktör 1:** “Gebeliğe bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler” boyutu (1, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12. maddeler),
- **Faktör 2:** “Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler” boyutu (2, 9, 17. maddeler),
- **Faktör 3:** “Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler” boyutu (13, 15, 16. maddeler),
- **Faktör 4:** “Maddi Endişeler” boyutudur (5, 14. maddeler).

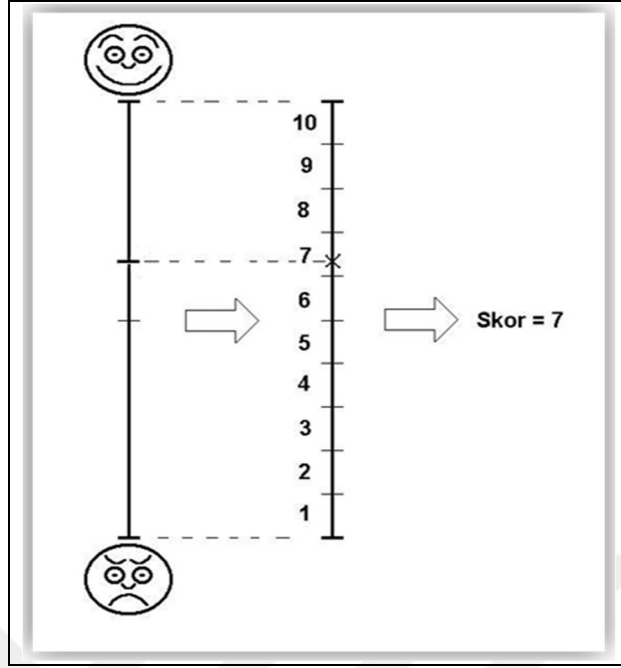
3.6.6. Görsel Analog Hasta Tatmini (Memnuniyet) Skalası

Kılınçer ve Zileli tarafından 2006 yılında düzenlenen Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası, işlerlikleri kanıtlanmış ve yaygın olarak kullanılan iki skalanın (Görsel Analog Ağrı Skalası ve Wong-Baker Skalası) özelliklerini birleştirmektedir (118). Çalışmada GAHTS, gebenin gebe masajından memnun olma durumunu saptamak için kullanılmıştır.

Hasta tatmininin ölçülmesi, verilen tıbbi bakımın kalitesini değerlendirmenin vazgeçilmez unsurlarından biridir. Kılınçer ve Zileli, hasta tatminini ölçmek isteyen bir sağlık profesyonelinin kullanabileceği Türkçe'ye uyarlanmış, değişik gruplarda uygulayabilecek, yaygın ve pratik kullanımı olan bir ölçeğe rastlamamış olmaları nedeni ile GAHTS'yi düzenlediklerini belirtmişlerdir. Ölçeğin anlaşılması ve uygulanması kolaydır. Her yaş ve kültür düzeyindeki bireyler ve tüm hastalıklar için uygulanabilecek bir ölçüm aracıdır. GAHTS hastanın verilen tıbbi bakımdan tatmin olma derecesini ölçmek üzere düzenlenmiş yeni bir skarlama sistemidir. Bireyin “tıbbi bakımdan duyduğu genel tatmin derecesini” objektif ve pratik bir şekilde ölçmekte kullanılabilir. Bireyin tatmin olma ya da olmama durumunun neden kaynaklandığına ilişkin ayrıntılı bilgiye ulaşılabilmesi ölçeğin zayıf yönüdür (118). Kılınçer ve Zileli, ölçeğin gebelerde kullanımının uygun olduğunu bildirmişlerdir (Ek 6). Bu nedenle çalışmanın yazım dilinde “hasta” kelimesi yerine “gebe” ya da “birey” ifadesi kullanılmıştır.

Ölçekte, dikey duran düz bir çizgi ve çizginin alt ve üst uçlarında tam tatminsizlik ve en üst seviyede tatmini temsil eden iki yüz çizimi bulunur. Orta noktayı belirtmek için üçüncü bir enine çizgi vardır. Birey, dikey çizgi üzerinde tıbbi bakımdan tatmin olma derecesine karşılık gelen noktayı bir yatay çizgi (—) ile belirtir. Araştırmacı değerlendirmesinde bu işaretlemenin yerini dikey çizginin her 1/10'luk kısmının işaretlenmiş olduğu bir cetvel üzerinde belirleyerek 10 üzerinden puanlar. Değerlendirmeyi yapan araştırmacı ölçek ile aynı boyda, fakat bir ölçek kullanarak hastanın koyduğu işaretin kaçınıcı 1/10'luk bölmeye karşılık geldiğini saptar (Şekil 6). Tatmin olma derecesi ne kadar fazla ise bireyin çarpı işareti ile belirttiği yer o kadar yüksektir. Bu bölmenin numarası kişinin 10 üzerinden tatmin olma derecesini gösterir (118). Çalışma kapsamında ölçek yorumu 10 cm karşılığına denk gelen 100 mm üzerinden yorumlanmıştır.

Şekil 6. Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası Değerlendirme Örneği



Kaynak: Kılınçer ve Zileli, 2006

3.6.7. Gebe Masajı İçin Kullanılan Malzemeler

Gebe masajı için mekan (Ek 27) ve malzeme açısından uygun koşullar sağlandıktan sonra gebe masajı uygulaması (Ek 28) gerçekleştirilebilmiştir. Kullanılan malzemeler aşağıda açıklanmıştır.

3.6.7.1. Masaj masası

Gebe masajı uygulaması için masaj masası kullanımı; en uygun zemin sertliğini sunması, ergonomik koşulları sağlaması ve araştırmacının vücut mekaniğini koruma imkanı sağlaması nedeni ile tercih edilmiştir. Taşınabilir, yüksekliği ayarlanabilir ve silinerek hijyenik koşullar sağlanabilir olması diğer tercih nedenleri olmuştur (Resim 2).

Resim 2. Taşınabilir Masaj Masası



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)

3.6.7.2. Yan Yatış Pozisyon Alma Sistemi

Yan Yatış Pozisyon Alma Sistemi (Side Lying Positioning System) gebeye özgü tasarlanmış olması ve masaj esnasında gebenin en uygun pozisyonu almasını sağlaması nedeni ile kullanılmıştır. (Resim 3).

Resim 3. Yan Yatış Pozisyon Alma Sistemi



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)



Kaynak: <http://www.prweb.com/releases/Oakworks/SideLyingPositioning/prweb8558692.htm>

3.6.7.3. Ahşap İkili Basamak

Gebenin masaj masasına rahat çıkabilmesi için odada basamak bulundurulmuştur (Resim 4).

Resim 4. Ahşap İkili Basamak



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)

3.6.7.4. Masaj Yağı

Gebeye uygulanan derin doku masajı esnasında herhangi bir masaj yağı kullanılmamış olup, yalnız ekstremitelere uygulanan İsveç masajında az miktarda aromatik özelliği olmayan gebelere özgü kokusuz masaj yağı kullanılmıştır.

3.6.7.5. Nevresim Takımı

Gebe masajı seansında hijyenik koşulları sağlayabilmek ve mahremiyetin korunabilmesi amacı ile her gebe için ayrı bir nevresim takımı (çift kişilik) kullanılmıştır. Masaj esnasında gebenin üzeri her gebeye özel temiz bir çarşaf ile örtülü tutulmuş, masaj uygulanan bölgeler sırası ile açıkta bırakılmış ve masaj ile rahatlatan kasların soğuktan olumsuz etkilenmemesi sağlanmıştır (Resim 5).

Resim 5. Gebe Masajında Çarşaf Kullanımı



Kaynak: http://article.wn.com/view/2014/06/30/Your_Sleeping_Position_Can_Help_Solve_PostNasal_Drip_Syndrom/

3.6.7.6. Duvar Saati

Gebe masajı seanslarının her gebe için eşit sürelerde gerçekleştirilebilmesini sağlamak, oda ısını ve nemini kontrol edebilmek amacı ile dikkati dağıtmayacak özellikte olan sessiz bir duvar saati kullanılmıştır (Resim 6).

Resim 6. Duvar saati



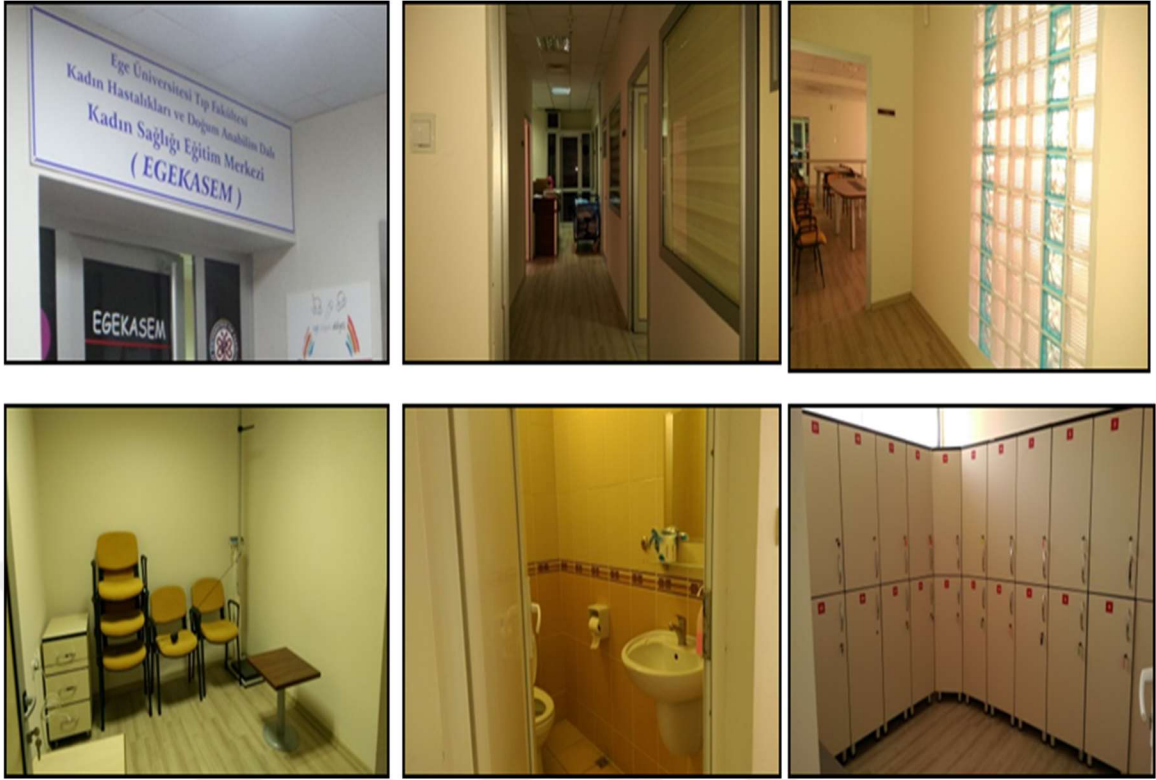
Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)

3.6.8. Gebe Masajı Yapılan Mekanın Özellikleri

Masaj yapılan mekanın sahip olması gereken özellikler aşağıda belirtilmiştir. Ayrıca sağlanması gerekli koşullar “Gebe Masajının Yapılacağı Ortam ve Koşullar” başlığı altında açıklanmıştır.

1. Gebeler masaj seanslarına geldiklerinde kıyafetlerin çıkarılabileceği ve mahremiyetin korunabileceği kapalı bir oda sağlanmıştır. Masaj öncesi, gebelerden alt çamaşırları hariç tüm kıyafetlerini çıkarmaları istenmiştir. EGEKASEM’de gebe masajı yapılacak oda gebenin kıyafetlerini rahatlıkla çıkarabileceği, mahremiyetinin korunabileceği bir mekandır.
2. Odada, çıkarılan kıyafetler için boş bir sandalye bulundurulmuştur.
3. Oda gürültüden uzak, sessiz bir mekanda bulunmaktadır.
4. Odada ışık ve ısı ayarlamasına masaj seanslarında dikkat edilmiştir.
5. Gebenin masajdan önce tuvalete gitmesi ve masajdan sonra su içmesi gerekmektedir (bkz. 2.2.3. Masaj Öncesi Gebe ile Görüşme ve Masaj İçin Hazırlık). Bunun için gebe bilgilendirilmiş, uygulamalar gebelerin su içme ya da tuvalete gitme ihtiyaçlarının karşılanabileceği bir ortam olan EGEKASEM’de gerçekleştirilmiştir (Resim 7) (Ek 27-28).

Resim 7. EGEKASEM’e Ait Görseller



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)

3.6.9. Yaşamsal Bulgu ve FKH Ölçüm Cihazları

3.6.9.1. Tansiyon Aleti, Temassız Alından Ateş Ölçer, Doppler Fetal Monitör

Doppler fetal monitör, bir ucu gebenin karnına yerleştirilen diğer ucu cihaza monte olan, bebek kalp atımlarını dinlemeyi sağlayan elektronik bir cihazdır (Resim 8).

Resim 8. Tansiyon Aleti, Temassız Alından Ateş Ölçer, Doppler Fetal Monitör



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak)

3.7. Verilerin Çözümlemesi ve Değerlendirme Teknikleri

Çalışmada örnek büyüklüğünün yeterliliği, veri toplama sürecinin bitirilmesine karar verebilmek için ayrıca, müdahalenin gücünü saptamak için PASS 2000 programında güç analizi yapılmıştır (100,119). Çalışma verilerinin çözümlemesi ise Statistical Package for Social Science (SPSS) 16 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Çözümlemeler sonucu programın sunduğu α değerleri arasından α_1 sonuçları kullanılarak veriler sunulmuştur. Tüm verilere ait tablolar bulgular bölümünde sunulmuştur. Verilerin çözümlemesinde kullanılan yöntemler Tablo 9’da verilmiştir (100,119).

Tablo 9. Verilerin Çözümlemesinde Kullanılan İstatistik Testler

Değerlendirilen parametreler	Kullanılan istatistiksel testler
– Gebe tanıtım bilgileri - o Kişisel özellikler - o Evliliğe ilişkin özellikler - o Gebeliğe ilişkin özellikler - o Doğuma ilişkin düşünceler - o Gebe masajına ilişkin düşünceler	– Sayı – Yüzde – Ortalama± Standart sapma – Ortanca – En küçük, en büyük değerler – Ki-kare – Mann Whitney U testi
– Ölçek puanları - o GKÖ - o PBE - o PDÖ - o GAHTS	– Ortalama ± Standart sapma – En az, en çok değerler
– Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırmaları - o GKÖ - o PBE - o PDÖ - o GAHTS	– Bağımlı grupta t test – Bağımsız gruplarda t test – Mann-Whitney U testi – Wilcoxon’ın işaretli sıralar testi
– Ölçüm Değerleri - o Yaşam bulguları - o FKH - o Bazal kalp atım hızı - o BFP	– Ortalama – Standart hata – En az, en çok değerler – Mann-Whitney U testi – Wilcoxon’ın işaretli sıralar testi
– Müdahalenin gücü	– PASS programı

Çalışma tamamlanmadan önce bazı gebeler ayrılmıştır ($n_{\text{Kontrol}}=2$, $n_{\text{Gebe masajı}}=3$) (Kontrol grubundan ayrılan 2 gebe anketleri doldurduktan sonra EFM çekimi ve USG taramasını kabul etmemiş ve çalışmadan ayrılmış, gebe masajı grubundan 1 gebe 3. gebe masaj seansından sonra ailevi bir problem nedeni ile, bir gebe 1. seanstan sonra şehir dışına çıkacak olma ve bir gebe iş yerinden izin alamama nedeni ile çalışmadan ayrılmışlardır). Çalışmaya ait tanımlayıcı verilerin sunumunda başlangıçta var olan tüm gebeler ($n_{\text{Kontrol}}=19$, $n_{\text{Gebe masajı}}=16$) çözümlemeye dahil edilmiştir. Ancak bağımlı grup karşılaştırmalarının yapılması nedeni ile son görüşmeyi kapsayan nedensel

özmlerler alışmayı tamamlayan gebelere ($n_{\text{Kontrol}}=17$, $n_{\text{Gebe masajı}}=13$) ait veriler ile gerekleştirilmiştir.

Kontrol ve gebe masajı gruplarını tanımlayıcı bulgular ve açık uçlu sorular (gebelerin ifadeleri doğrultusunda gruplandırma yapılarak) sayı ve yüzde dağılımı ile ve tablolarda sütun yüzdesi verilerek sunulmuştur. Grupların tanımlayıcı özellikler açısından benzerliği Kikare özmlmesi ile değerlendirilmiştir. Drt gözölü tablolarda gözölde beklenen değer 5.00'ın altında olması durumunda Fisher'in Kesin Testi yapılmıştır. Gebelere ait bazı verilere ilişkin tabloda boş gözöl olduğu için ($n=0$) Kikare özmlmesi yapılamamıştır.

Kontrol ve gebe masajı gruplarında ölçm verilerinin normal dağılıma uygunluğu arpıklık (Skewness) ve basıklık (Kurtosis) değerlerine bakılarak belirlenmiştir. Bu değerlerin (+1.5)-(-1.5) arasında olması durumunda verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (120). Normal dağılım varlığında veriler parametrik özmlme yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Bu veriler ortalama yanında standart sapma ile birlikte verilmiştir (121). Normal dağılım göstermeyen verilerde parametrik olmayan özmlme yöntemleri ile değerlendirme yapılmış ve ortanca verilmiştir.

Grupların tanımlayıcı özelliklerine ait ortalama verileri Bağımsız gruplarda t test ve ortanca verileri Mann Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

Kontrol grubu maternal ve fetal iyilik hali göstergeleri ortalama veya ortanca verilerinin yanında en az, en ok değerler ile verilmiştir. İlk ve son görüşmeye ait bu veriler Bağımlı Grupta t testi ile karşılaştırılmıştır. Gebe masajı grubu maternal ve fetal iyilik hali göstergeleri ortalama veya ortanca verilerinin yanında en az, en ok değerler ile verilmiştir. İlk ve son görüşmeye ait bu veriler Bağımlı Grupta t testi ile karşılaştırılmıştır.

Kontrol ve Gebe masajı grubundaki gebelerin ilk görüşmede ölçk puan ortalamalarının benzerliği, son görüşmede farklılığı Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplarda t test ile karşılaştırılmıştır.

Kontrol grubu gebelerin ilk ve son görüşmede ölçk puan ortalamaları arasındaki fark Bağımlı Grupta t testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile karşılaştırılmıştır. Gebe masajı gebelerin ilk ve son görüşmede ölçk puan ortalamaları arasındaki fark Bağımlı Grupta t testi ve Wilcoxon İşaretli Sıralar testi ile karşılaştırılmıştır. Gebe masajı grubundaki gebelerin her hafta masaj öncesi ve sonrası iyilik halleri Bağımlı Grupta t testi ile karşılaştırılmıştır. Beş haftaya ait gebe masajı önce ve sonrası görsel

Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) ölçümleri arasındaki farklar Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures ANOVA) ile karşılaştırılmıştır.

Kontrol grubu ve Masaj grubu gebelerin çalışmadan yarar sağlama durumları (faydalanımları) grupların kendi içlerinde ölçek puanlarının ilk ve son ölçüm arasındaki artma ve azalma durumları hesaplanarak gruplar arası karşılaştırması Mann Whitney U ve Bağımsız Gruplarda t test ile verilmiştir. Yararlanımlar yani ortalamalar arası farklar ilk (30 hf ilk ölçüm) ve son (34 hf son ölçüm) puanların birbirinden çıkarılması ile elde edilmiştir.

3.8. Süre ve Olanaklar

Çalışma planlama süreci 2013-2014 Bahar döneminde başlamış ve 9 Kasım 2015 tarihinde tez önerisi olarak sunulmuştur. Çalışma süresi içindeki gelişmeler yılda iki kez olmak üzere tez izleme komitesi tarafından izlenmiştir. Çalışmanın raporlanması Kasım 2017’de bitirilmiştir. Tez savunması 28 Aralık 2017 tarihinde gerçekleştirilerek doktora tez aşaması tamamlanmıştır. Çalışma verilerinin toplanma aşaması aşağıda açıklanmıştır (Şekil 7).

Çalışma verilerinin toplanması için ayrılan zaman;

- Araştırmacı Nisan 2014 - Kasım 2015 arası eğitimlerini tamamlamış (Ek 1-4),
- Temmuz 2015- Kasım 2016 tarihleri arasında yazışma ve resmi izinler alınmış (Ek 6-14), uygulama için gerekli malzemeler temin edilmiş, gebe masajı uygulaması için EGEKASEM’de uygulama ofisi oluşturulmuştur.
- Gebe görüşmelerine Eylül 2016 tarihinde başlanmış,
- Kontrol grubunda yer alan ilk gebe ile ilk izlem Ekim 2016 tarihinde gerçekleşmiş,
- Gebe masajı grubunda yer alan ilk gebe ile ilk izlem Kasım 2016 tarihinde gerçekleşmiş,
- Gebeler ile son izlem Ağustos 2017’de tamamlanmıştır.

Veri toplama süresi için ayrılan zaman;

Kontrol grubundaki bir gebe için yaklaşık 1.5 saat zaman ayrılması gerekmiştir:

- Her bir gebe için harcanan süre 30. hf 85 dk, 34. hf 85 dk, toplam 170 dk yani 2.83 saattir.

- Çalışmada kontrol grubu için harcanan toplam süre çalışmadan ayrılan gebelere harcanan süreler de dahil edildiğinde toplam **51 saat** olmuştur.

Gebe masajı grubundaki bir gebe için her görüşmede yaklaşık 4 saat zaman ayrılması gerekmiştir:

- Her bir gebe için harcanan süre 30. hf 255 dk, 31-33. hf 240’ar dk, 34. hf 255 dk, toplam 1230 dk yani 20.5 saattir.

Çalışmada gebe masajı grubu için harcanan toplam süre çalışmadan ayrılan gebelere harcanan süreler de dahil edildiğinde toplam **287 saat 15 dk** olmuştur.



Şekil 7. İş Zaman Çizelgesi

Faaliyetler	2014												2015												2016												2017													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
Kaynak tarama																																																		
Çalışma planlama																																																		
Temel masaj ve Gebe masajı eğitimlerinin tamamlanması																																																		
Tez önerisi																																																		
Yazışma ve resmi izinlerin alınması																																																		
Uygulama için gerekli malzemelerin temini																																																		
Gebe masajı uygulama ofisi oluşturulması																																																		
Veri toplama aşaması																																																		
Çalışmanın raporlanması																																																		
Tez savunması																																																		

3.9. Etik Açıklamalar

Çalışmanın uygulanabilmesi için; öncelikle planlama sürecinde ölçek izin yazıları alınmış (Ek 6), sonra Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı tez izleme komitesi onayı alınmıştır (Ek 8). Tez önerisi komite tarafından onaylandıktan sonra EÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (Ek 11). Sonra sırası ile uygulamanın klinik gebeleri ile gerçekleştirilebilmesi için EÜTFH Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan (Ek 12), uygulama alanı ihtiyacının karşılanabilmesi için EÜTFH Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi'nden (Ek 13) ve araştırmacının uygulamaları mesai saatleri içinde gerçekleştirebilmesi için kadrosunun bağlı bulunduğu kurumdan (EÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü) (Ek 14) yasal izinler alınmıştır. Veri toplama sürecine izinler alındıktan sonra başlanmıştır.

Veri toplama aşaması başlamadan önce gebe onayı alınarak pilot uygulama yapılmış ve gebe masajı uygulamasına ait fotoğraflar çekilmiştir (Ek 15).

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan gebelerden önce sözel onamları ve uygulama başlamadan önce de Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu ile yazılı onamları (Ek 17) alınmıştır. Gebelerin çalışmaya katılmaya uygunluk durumu hekim onayı ile (Ek 18) belirlenmiştir.

Veri toplama sürecine dahil edilen gebeler istedikleri zaman çalışmadan ayrılabilmişlerdir. Bu durum gebelerin rutin gebelik takiplerini ve verilen sağlık hizmetini hiçbir şekilde olumsuz etkilememiştir.

Gebe çalışmaya katılmak ile ilgili kararını verirken gerek duyduğu bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya ilişkin haklarına gerekli saygı gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelere yapılan gebe masajı esnasında, gebenin rahat edebileceği bir mekanda, mahremiyetine dikkat edilerek ve ücretsiz olarak gebe masajı uygulanmıştır.

Çalışmanın tüm aşamalarında gebelerden elde edilen bilgiler özenle korunmuş ve gizli tutulmuştur. Gebelerin araştırmacı ile paylaştığı tüm bilgiler gizli tutulmuş ve isim belirtilmeden toplu veri şeklinde bilimsel rapor haline getirilmiştir. Bu konulara ilişkin gebeler bilgilendirilmiştir.

4. DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde çalışma verilerine ait bulgular birleşik tablolar şeklinde sunulmuştur. Çalışma sürecinde elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında değerlendirilmiştir:

- Tanımlayıcı Tablolar
 - Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular
 - Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular
 - Gebelerin Gebelik Masajına İlişkin Düşüncelerine İlişkin Bulgular
 - Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Kadınların Sosyo-demografik ve Doğurganlık Özellikleri İle İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması
- Nedensel Tablolar
 - Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetusların Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamalarına İlişkin Bulgular
 - Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Ölçek Puanları ve Yararlanımlarına İlişkin Bulgular

4.1. Tanımlayıcı Tablolar

Kontrol grubu ve gebe masajı grubu gebelere ait veriler gruplar arası karşılaştırma yapılarak, grupların birbirine benzer olup olmadığını saptamak adına tanımlayıcı tablolar başlığı altında verilmiştir.

4.1.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 10. Gebelerin Bazı Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımları

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Yaş Grubu								
20-24 yaş	6	31.6	3	18.8	9	25.7	4.241	0.120
25-29 yaş	12	63.1	8	50.0	20	57.1		
30-35 yaş	1	5.3	5	31.2	16	17.2		
Eğitim Durumu								
İlkokul/Ortaokul	4	21.1	4	25.0	8	22.9	-	0.548**
Lise/Üniversite	15	78.9	12	75.0	27	77.1		
Meslek								
Ev hanımı	9	47.3	6	37.5	15	42.8	3.703	0.157
Memur	2	10.5	6	37.5	8	22.9		
Serbest meslek/Diğer	8	42.2	4	25.0	12	34.3		
Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu								
Çalışıyor	8	42.1	10	62.5	18	51.4	1.446	0.229
Çalışmıyor	11	57.9	6	37.5	17	48.6		
Sosyal Güvence								
Var	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	-
Sosyal Güvence Şekli								
SGK (Yeşil Kart, Emekli Sandığı, Bağ-Kur)	14	73.6	12	75.0	26	74.3	0.903	0.637
Özel Sigorta	1	5.3	-	-	1	2.8		
SGK ve Özel Sigorta	4	21.1	4	25.0	8	22.9		
Aile Tipi								
Çekirdek aile	16	84.2	15	93.8	31	88.6	-	0.370**
Geniş aile	3	15.8	1	6.2	4	11.4		
Aile Gelir-Gider Durumu Algısı								
Yeterli	10	52.6	8	50.0	18	51.4	0.024	0.877
İdare eder	9	47.4	8	50.0	17	48.6		
İkamet Edilen Konut/Eve Aylık Ücret Ödeme Durumu								
Yok	4	21.1	6	62.5	10	28.6	-	0.243**
Var	15	78.9	10	37.5	25	71.4		
En Uzun Süre Yaşanılan Yer								
Köy/İlçe	6	31.6	5	31.2	11	31.4	0.000	0.983
Şehir	13	68.4	11	68.8	24	68.6		
Gebelik Süresince Sigara İçme Durumu								
Bırakmış	3	15.8	7	43.8	10	28.6	-	0.074**
Hiç içmemiş	16	84.2	9	56.2	25	71.4		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir

**Fisher'in Kesin Testi

***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

Çalışmaya katılan gebelerin bazı kişisel özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebeler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 10).

Kontrol grubu gebelerin %63.1'inin 25-29 yaş grubunda, %78.9'unun eğitim düzeyinin lise/üniversite olduğu, %47.3'ünün ev hanımı olup %57.9'unun gelir getiren bir işte çalışmadığı, tamamının ise (%100.0) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin %84.2'sinin çekirdek aile tipinde olup %52.6'sının aile gelir-gider durumunu 'yeterli' algıladığı, %78.9'unun ikamet ettikleri konuta ücret

ödediği, en uzun süre yaşadıkları yerin %68.4 oran ile şehir olduğu, gebeliğinde hiç sigara içmemiş kadınların oranının ise %84.2 olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Gebe masajı grubu gebelerin %50.0'ının 25-29 yaş grubunda olup %75.0'ının eğitim düzeyi lise/üniversite, %37.5'i ev hanımı ve %37.5'i memurdur. Gebelerin %62.5'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, tamamının ise (%100.0) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Gebe masajı grubundaki gebelerin %93.8'i çekirdek aile tipinde olup gebelerin yarısının (%50.0) aile gelir-gider durumunu 'yeterli' algıladığı, %37.5'inin ikamet ettikleri konuta ücret ödedikleri, %68.8'inin en uzun süre yaşadıkları yerin şehir olduğu, %56.2'sinin gebeliğinde hiç sigara içmediği saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10'da çalışmaya dahil olan tüm gebelerin (n=35) bazı kişisel özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %57.1'inin 25-29 yaş grubunda olup %77.1'inin eğitim düzeyi lise/üniversite, %42.8'i ev hanımıdır. Gebelerin %51.4'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı (%5.8'inin veri toplama sürecinde izinli olduğu), tamamının ise (%100.0) sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Gebelerin %88.6'sı çekirdek aile tipinde olup %51.4'ünün aile gelir-gider durumunu 'yeterli' algıladığı, %71.4'ünün ikamet ettikleri konuta ücret ödedikleri, %68.6'sının en uzun süre yaşadıkları yerin şehir olduğu, %71.4'ünün gebeliğinde hiç sigara içmediği saptanmıştır.

Tablo 11. Gebelerin Evliliğe İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Medeni Durum								
Evli	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	-
Resmi Nikâh Durumu								
Var	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	-
Evlilik sayısı								
İlk evlilik	18	94.7	15	94.7	33	94.3	-	0.713**
İkinci evlilik	1	5.3	1	5.3	2	5.7		
Evlilik Yılı (çalışma tarihinde)								
1 yıl	12	63.2	5	31.2	17	48.6	3.540	0.060
2-6 yıl	7	36.8	11	68.8	18	51.4		
Eş ile İsteyerek Evlenme Durumu								
Evet	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	-
Eşinin Hayatta Olma Durumu								
Evet	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	-
Eşinin Eğitim Durumu								
İlkokul/Ortaokul	5	26.3	3	18.8	8	22.9	-	0.452**
Lise/Üniversite	14	73.7	13	81.2	27	77.1		
Eşinin Gelir Getiren İşte Çalışma Durumu								
Çalışıyor	19	100.0	14	87.5	33	94.3	-	0.202**
Çalışmıyor	-	-	2	12.5	2	5.7		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir

**Fisher'in Kesin Testi

***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

Çalışmaya katılan gebelerin evliliğe ilişkin özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebeler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 11).

Kontrol grubu gebelerin %100.0'inin evli, resmi nikahlı, isteyerek evlenmiş olup eşinin hayatta olduğu, eşlerin tamamının (%100.0) gelir getiren bir işte çalıştığı, %94.7'sinin ilk evliliği olduğu, %63.2'sinin bir yıldır evli oldukları, %73.7'sinin eşinin eğitim durumunun lise/üniversite düzeyinde olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Gebe masajı grubu gebelerin %100.0'inin evli, resmi nikahlı, isteyerek evlenmiş olup eşinin hayatta olduğu, %94.7'sinin ilk evliliği olduğu, %31.2'sinin bir yıldır evli olduğu, %81.2'sinin eşinin eğitim durumunun lise/üniversite düzeyinde olduğu ve eşlerin %87.5'inin gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11'de çalışmaya dahil olan tüm gebelerin ($n=35$) evliliğe ilişkin özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin tamamının (%100.0) evli ve resmi nikahlı olduğu, %94.3'ünün ilk evliliği olduğu, %51.4'ünün 2-6 yıldır evli olduğu saptanmıştır. Gebelerin tamamının (%100.0) eşi ile isteyerek evlendiği ve eşlerin tamamının (%100.0) hayatta olup %77.1'inin lise/üniversite mezunu olduğu, %94.3'ünün gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır.

4.1.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 12. Gebelerin Gebelik ve Doğum Sonu Dönem Özelliklerine Göre Dağılımları

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Gebelik Öyküsü								
Var	2	10.5	1	6.2	3	8.6	-	0.566**
Yok	17	89.5	15	93.8	32	91.4		
Abortus Öyküsü								
Var	1	5.3	1	6.2	2	5.7	-	0.713**
Yok	18	94.7	15	93.8	33	94.3		
Küretaj Öyküsü								
Var	1	5.3	1	6.2	2	5.7	-	0.713**
Yok	18	94.7	15	93.8	33	94.3		
Gebeliğin İstendik/Planlı Olma Durumu								
Evet	15	78.9	12	75.0	27	77.1	-	0.548**
Hayır	4	21.1	4	25.0	8	22.9		
Gebelik İlk Öğrenildiğinde Hissedilen Duygu								
Olumlu duygular (Mutluluk, sevinç, heyecan gibi)	17	89.4	13	81.3	30	85.7	0.614	0.736
Hiçbir şey anlayamama	1	5.3	1	6.2	2	5.7		
Olumsuz duygular (Üzülme, endişe, kaygı, korku gibi)	1	5.3	2	12.5	3	8.6		
Gebelik Süresince En Sık Yaşanılan Duygular								
Olumlu duygular (Mutluluk, sevinç, heyecan gibi)	13	68.4	13	81.2	26	74.3	1.900	0.387
Olumsuz duygular (Üzülme, endişe, kaygı, korku gibi)	4	21.1	3	18.8	7	20.0		
Diğer	2	10.5	-	-	2	5.7		
Gebelik Nedeniyle Oluşan Bedensel Değişiklik Algısı								
Kötü	-	-	1	6.2	1	2.9	-	0.457**
Normal/İyi/Çok iyi	19	100.0	15	93.8	34	97.1		
Gebelik İzlem Sayısı (30. haftaya kadar)								
1-4	1	5.3	1	6.2	2	5.7	-	0.713**
5 ve üstü	18	94.7	15	93.8	33	94.3		
Gebelik İzlemlerini Yapan Sağlık Profesyoneli								
Ebe	2	10.5	-	-	2	5.7	-	0.287**
Hekim	17	89.5	16	100.0	33	94.3		
Gebelikte Bebeğin Cinsiyetini Bilme Durumu								
Biliyor	19	100.0	16	100.0	35	100.0	-	
Bebeğin Cinsiyeti (USG)								
Kız	11	57.9	11	68.8	22	62.9	0.438	0.508
Erkek	8	42.1	5	31.2	13	37.1		
Cinsiyet Tercihi								
Kız	6	31.6	4	25.0	10	28.6	0.480	0.787
Erkek	2	10.5	1	6.2	3	8.6		
Farketmez/Sağlıklı olsun yeter	11	57.9	11	68.8	22	62.8		
Bebeğe İsim Koyma Durumu								
Evet	14	73.7	13	81.2	27	77.1	-	0.452**
Hayır	5	26.3	3	18.8	8	22.9		
Bebeğinin Hareketinin İlk Kez Kaçınıcı Haftada Hissedildiği								
11 hafta ve öncesi	2	10.5	-	-	2	5.7	-	0.324**
12-22 hafta	17	89.5	16	100.0	33	94.3		
Gebelikte Sosyal Destek Varlığı								
Var	19	100.0	15	93.8	34	97.1	-	0.457**
Yok	-	-	1	6.2	1	2.9		
En Çok Kimden Destek Alındığı								
Eş	18	94.7	13	81.2	31	88.6	-	0.238**
Aile üyeleri	1	5.3	3	18.8	4	11.4		

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
<i>Alınan Desteğin Yeterli Olma Durumu</i>								
Yeterli	16	84.2	14	87.5	30	85.7	-	0.585**
Yeterli değil	3	15.8	2	12.5	5	14.3		
<i>Doğum Sonu Dönemde Sosyal Destek</i>								
Olacak	18	94.7	15	93.8	33	94.3	-	0.713**
Olmayacak	1	5.3	1	6.2	2	5.7		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		
<i>Doğum Sonu Dönemde Sosyal Destek Verecek Kişi</i>								
Eş	8	44.4	6	40.0	14	42.2	0.066	0.797
Anne (Kendi annesi ve/veya eşinin annesi)	10	55.6	9	60.0	19	57.6		
Toplam	18	100.0	15	100.0	33	100.0		
<i>Doğum Sonu İşe Başlama Durumu</i>								
Evet	10	52.6	11	68.8	21	60.0	0.940	0.267
Hayır	9	47.4	5	31.2	14	40.0		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		
<i>Doğum Sonu İşe Başlamayı Düşünme Zamanı</i>								
12. aydan önce	7	70.0	8	72.7	15	71.4	-	0.633**
12 ay ve sonrası	3	30.0	3	27.3	6	28.6		
<i>İşe Başlayınca Bebeğe Kimin Bakacağı</i>								
Anneanne ve/veya babaanne	8	80.0	9	81.8	17	81.0	-	0.669**
Bakıcı/Kreş/Belli değil	2	20.0	2	18.2	4	19.0		
Toplam	10	100.0	11	100.0	21	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir

**Fisher'in Kesin Testi

***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik ve doğum sonu dönem özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebeler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 12).

Kontrol grubu gebelerin %89.5'inin ilk gebeliği olup %94.7'sinin abortus ve %94.7'sinin küretaj öyküsünün olmadığı (bir gebenin altıncı haftada abortus ve bir gebenin altıncı haftada küretaj öyküsü var), %78.9'unun planlı ve istendik gebelik olduğu, %89.4'ünün gebeliği ilk öğrendiklerinde ve %68.4'ünün de gebelik süresince olumlu duygular yaşadıkları, gebeliğe bağlı bedensel değişiklikleri ise tamamının (%100.0) normal/iyi/çok iyi olarak algıladığı saptanmıştır. Gebelerin %94.7'sinin gebelik izlem sayısının 30. haftaya kadar beş ve üstünde olduğu, izlemlerin %89.5'inin hekimler tarafından yapıldığı, tamamının (%100.0) gebelik döneminde bebeğin cinsiyetini bildiği, %57.9'unun USG'ye göre bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %57.9'u için bebeğin cinsiyetinin farketmediği/sağlıklı olmasının yeterli olduğunu düşündüğü, %73.7'sinin gebelik döneminde bebeğinin ismini koyduğu, %89.5'inin bebek hareketlerini ilk olarak gebeliğin 12-22. haftalar arasında hissettiği saptanmıştır. Ayrıca gebelerin tamamının (%100.0) gebelikte sosyal desteklerinin olduğu, en çok eşlerinden (%94.7) destek aldıkları, bu desteği yeterli (%84.7) buldukları, doğum sonu dönemde de sosyal desteklerinin (%94.7) olacağı ve bu desteği annelerinin (%55.6)

vereceği bulunmuştur. Gebelerin %52.6'sının doğum sonrası işe başlayacağı, %70.0'nin doğum sonu 12. aydan önce işe başlamayı düşündüğü ve %80.0'nin işe başladığında bebeğine anneanne ve/veya babaannenin bakacağı belirlenmiştir (Tablo 12).

Gebe masajı grubu gebelerin %93.8'inin ilk gebeliği olup %93.8'inin abortus ve %93.8'inin küretaj öyküsünün olmadığı (bir gebenin sekizinci haftada abortus ve bir gebenin sekizinci haftada küretaj öyküsü var), %75.0'nin planlı ve istendik gebelik olduğu, %81.3'ünün gebeliği ilk öğrendiklerinde ve %81.2'sinin de gebelik süresince olumlu duygular yaşadıkları, gebeliğe bağlı bedensel değişiklikleri %93.8'inin normal/iyi/çok iyi olarak algıladığı saptanmıştır. Gebelerin %93.8'inin gebelik izlem sayısının 30. haftaya kadar beş ve üstünde olduğu, izlemlerin tamamının (%100.0) hekimler tarafından yapıldığı, tamamının (%100.0) gebelik döneminde bebeğin cinsiyetini bildiği, %68.8'inin USG'ye göre bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %68.8'i için bebeğin cinsiyetinin farketmediği/sağlıklı olmasının yeterli olduğunu düşündüğü, %81.2'sinin gebelik döneminde bebeğinin ismini koyduğu, tamamının (%100.0) bebek hareketlerini ilk olarak gebeliğin 12-22. haftaları arasında hissettiği saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %93.8'inin gebelikte sosyal desteklerinin olduğu, en çok eşlerinden (%81.2) destek aldıkları, bu desteği yeterli (%87.5) buldukları, doğum sonu dönemde de sosyal desteklerinin (%93.8) olacağı ve bu desteği annelerinin (%60.0) vereceği bulunmuştur. Gebelerin %68.8'inin doğum sonrası işe başlayacağı, %72.7'sinin doğum sonu 12. aydan önce işe başlamayı düşündüğü ve %81.8'inin işe başladığında bebeğine anneanne ve/veya babaannenin bakacağı belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo12'de çalışmaya dahil olan tüm gebelerin (n=35) gebelik ve doğum sonu dönem özelliklerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %91.4'ünün ilk gebeliği olup %94.3'ünün abortus ve %94.3'ünün küretaj öyküsünün olmadığı, %77.1'inin planlı ve istendik gebelik olduğu, %85.7'sinin gebeliği ilk öğrendiklerinde ve %74.3'ünün de gebelik süresince olumlu duygular yaşadıkları, gebeliğe bağlı bedensel değişiklikleri %97.1'inin normal/iyi/çok iyi olarak algıladığı saptanmıştır. Gebelerin %94.3'ünün gebelik izlem sayısının 30. haftaya kadar beş ve üstünde olduğu, izlemlerin %94.3'ünün hekimler tarafından yapıldığı, tamamının (%100.0) gebelik döneminde bebeğin cinsiyetini bildiği, %62.9'unun USG'ye göre bebeğinin cinsiyetinin kız olduğu, %62.8'i için bebeğin cinsiyetinin farketmediği/sağlıklı olmasının yeterli olduğunu düşündüğü, %77.1'inin gebelik döneminde bebeğinin

ismini koyduğu, %94.3'ünün bebek hareketlerini ilk olarak gebeliğin 12-22. haftaları arasında hissettiği saptanmıştır. Ayrıca gebelerin %97.1'inin gebelikte sosyal desteklerinin olduğu, en çok eşlerinden (%88.6) destek aldıkları, bu desteği yeterli (%85.7) buldukları, doğum sonu dönemde de sosyal desteklerinin (%94.3) olacağı ve bu desteği annelerinin (%57.6) vereceği bulunmuştur. Gebelerin %60.0'ının doğum sonrası işe başlayacağı, %71.4'ünün doğum sonu 12. aydan önce işe başlamayı düşündüğü ve %81.0'ının işe başladığında bebeğine anneanne ve/veya babaannenin bakacağı belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 13. Gebelerin Doğuma İlişkin Duygu ve Düşünceleri

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Doğuma Yönelik Duygular								
Ağrılı ve korku verici	3	15.8	1	6.2	4	11.4	1.793	0.408
Stresli fakat mutluluk verici	13	68.4	14	87.6	27	77.2		
Duygularını tanımlayamama	3	15.8	1	6.2	4	11.4		
Doğum Şekli Tercihi								
Normal vajinal doğum	15	78.9	14	87.5	29	82.9	-	0.418**
Sezaryen ile doğum	4	21.1	2	12.5	6	17.1		
Doğumda Eşin Yanında Olmasını İsteme Durumu								
İstiyor	15	78.9	14	87.5	29	82.9	-	0.418**
İstemiyor	4	21.1	2	12.5	6	17.1		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		
Normal Vajinal Doğum Tercih Etme Nedeni****								
Bebek ve kadın için daha sağlıklı	16	94.1	11	84.6	27	90.0	-	0.397**
Sezaryenden korkma	1	5.9	2	14.4	3	10,0		
Toplam	17	100.0	13	100.0	30	100.0		
Sezaryen İle Doğum Tercih Etme Nedeni****								
C/S ile doğum daha kolay	3	60.0	-	-	3	42.9	-	0.286**
Normal vajinal doğumdan korkma	2	40.0	2	100.0	4	57.1		
Toplam	5	100.0	2	100.0	7	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir **Fisher'in Kesin Testi ***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

****Birden fazla düşünce ifade edilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin doğuma ilişkin duygu ve düşüncelerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebeler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 13).

Kontrol grubu gebelerin %68.4'ünün doğumu stresli fakat mutluluk verici olarak değerlendirdiği, %78.9'unun normal vajinal doğum tercih ettiği saptanmıştır. Doğumda eşinin yanında olmasını isteyen gebe oranı %78.9'dur. Gebelerin %94.1'i

bebek ve kadın için daha sağlıklı olduğu düşüncesi ile normal vajinal doğumu tercih ettiklerini ve %60.0'ı sezaryen ile doğumu daha kolay olduğunu düşünmeleri nedeni ile tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 13).

Gebe masajı grubu gebelerin %87.5'inin doğumu stresli fakat mutluluk verici olarak değerlendirdiği, %87.5'inin normal vajinal doğum tercih ettiği saptanmıştır. Doğumda eşinin yanında olmasını isteyen gebe oranı %87.6'dır. Gebelerin %84.6'sı bebek ve kadın için daha sağlıklı olduğu düşüncesi ile normal vajinal doğumu tercih ettiklerini ve tamamı (%100.0) normal doğumdan korktukları için sezaryen ile doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 13).

Tablo 13'te çalışmaya dahil olan tüm gebelerin (n=35) doğuma ilişkin duygu ve düşüncelerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %77.2'sinin doğumu stresli fakat mutluluk verici olarak değerlendirdiği, %82.9'unun normal vajinal doğum tercih ettiği saptanmıştır. Doğumda eşinin yanında olmasını isteyen gebe oranı %82.9'dur. Gebelerin %90.0'ı bebek ve kadın için daha sağlıklı olduğu düşüncesi ile normal vajinal doğumu tercih ettiklerini ve %57.1'i normal vajinal doğumdan korktukları için sezaryen ile doğumu tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

4.1.3. Gebelerin Gebelik Masajına İlişkin Düşüncelerine Yönelik Bulgular

Tablo 14. İlk Görüşmede Gebelerin Gebe Masajına İlişkin Düşünceleri

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Gebelik Öncesi Profesyonel Masaj Yaptırma Durumu								
Yaptırmış	1	5.3	5	31.2	6	17.1	-	0.056**
Yaptırmamış	18	94.7	11	68.8	29	82.9		
Gebe Masajını Daha Önce Duyma Durumu								
Hayır	19	100.0	16	100.0	35	100.0		
Diğer Gebelere Gebe Masajını Önerme Durumu								
Evet	14	73.7	15	93.8	29	82.9	-	0.131
Hayır	5	26.3	1	6.2	6	17.1		
Toplam	19	100.0	16	100.0	35	100.0		
Önerme Nedeni								
Faydalı	5	35.7	7	46.7	12	41.4	0.358	0.550
Rahatlatıcı	9	64.3	8	53.3	17	58.6		
Toplam	14	100.0	15	100.0	29	100.0		
Önermeme Nedeni								
Daha önce duymama/Bilmeme	5	100.0	1	100.0	6	100.0	-	-
Toplam	5	100.0	1	100.0	6	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir

**Fisher'in Kesin Testi

***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

Çalışmaya katılan gebelerin ilk görüşmede (30. hafta) gebe masajına ilişkin düşüncelerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebeler arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 14).

Kontrol grubu gebelerin %94.7'si gebelik öncesi profesyonel masaj yaptırmamış ve tamamı (%100.0) gebe masajını daha önce duymamış ancak yine de %73.7'si diğer gebelere gebe masajını önerebileceğini belirtmiştir. Gebe masajını önerme nedeni %64.3 ($n=9$) oranında rahatlatıcı olacağı düşüncesi olup, gebe masajını önermeme nedeni ise daha önce duymama/bilmeme (%100.0, $n=5$) olarak belirtilmiştir (Tablo 14).

Gebe masajı grubu gebelerin %68.8'i daha önce profesyonel masaj yaptırmamış ve tamamı (%100.0) gebe masajını daha önce duymamış ancak yine de %93.8'si diğer gebelere gebe masajını önerebileceğini belirtmiştir. Gebe masajını önerme nedeni %53.3 ($n=8$) oranında gebe masajının rahatlatıcı olacağı düşüncesi olup yalnız bir gebe (%100.0) gebe masajını bilmediği için önermeyeceğini belirtmiştir (Tablo 14).

Tablo 14'te çalışmaya dahil olan tüm gebelerin ($n=35$) ilk görüşmede (30. hafta) gebe masajına ilişkin düşüncelerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %82.9'u daha önce profesyonel masaj yaptırmamış ve tamamı (%100.0) gebe masajını daha önce duymamış ancak yine de %82.9'u diğer gebelere gebe masajını önerebileceğini belirtmiştir. Gebe masajını önerme nedeni %58.6 ($n=17$) oranında gebe masajının rahatlatıcı olacağı düşüncesi olup yalnız altı gebe (%100.0) gebe masajını bilmediği için önermeyeceğini belirtmiştir.

Tablo 15. Son Görüşmede Gebelerin Gebe Masajına İlişkin Düşünceleri

DEĞİŞKENLER	Kontrol		Gebe Masajı		Toplam***		Ki-kare	p
	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*	Sayı (n)	Yüzde (%)*		
Gebe Masajının Etkisine Yönelik Düşünceler ^a								
Olumlu düşünceler	12	70.6	13	100.0	25	83.3	-	0.043**
Bilgim yok	5	29.4	-	-	5	16.7		
Diğer Gebelere Gebe Masajını Önerme Durumu								
Evet	15	88.2	13	100.0	28	93.3	-	0.313**
Hayır	2	11.8	-	-	2	6.7		
Toplam ^b	17	100.0	13	100.0	30	100.0		
Önerme Nedeni ^a								
Faydalı	7	46.7	2	15.4	9	32.1	5.329	0.070
Rahatlatıcı	3	20.0	1	7.7	4	14.3		
Faydalı ve rahatlatıcı	5	33.3	10	76.9	15	53.6		
Toplam	15	100.0	13	100.0	28	100.0		
Önermeme Nedeni ^a								
Bilmeme	2	100.0	-	-	2	100.0	-	-
Toplam	2	100.0	-	-	2	100.0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir **Fisher'in Kesin Testi ***Çalışmaya dahil olan tüm gebeler

a: Gebelerin ifadeleri doğrultusunda gruplandırma yapılmıştır.

b: Çalışma tamamlanmadan önce bazı gebeler ayrılmıştır (n_{Kontrol}=2, n_{Gebe masajı}= 3)

Çalışmaya katılan gebelerin son görüşmede (34 hf) gebe masajına ilişkin düşüncelerine göre dağılımları incelendiğinde kontrol ve gebe masajı grubu gebelerin gebe masajının etkisi konusunda anlamlı olarak birbirlerinden farklı düşündükleri saptanmıştır (Fisher's, p=0.043). Kontrol grubu gebelerin %29.4'ü gebe masajına ilişkin fikrinin olmadığını, gebe masajı grubundaki gebelerin tamamının (%100.0) gebe masajına yönelik olumlu düşüncelerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 15).

Kontrol grubu gebelerin %88.2'si diğer gebelere gebe masajını önerebileceklerini belirtmiş olup %46.7'si gebe masajının faydalı olduğunu düşündüğü için önereceğini, yalnız iki gebe (%100.0) gebe masajını bilmediği için önermeyeceğini belirtmiştir (Tablo 15).

Tablo 15'te çalışmaya dahil olan tüm gebelerin (n=35) son görüşmede (34. hafta) gebe masajına ilişkin düşüncelerine göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin %83.3'ü gebe masajının etkisine yönelik olumlu düşünceler ifade etmiş ve %93.3'ü diğer gebelere gebe masajını önerebileceğini belirtmiştir. Gebe masajını önerme nedeni %53.6 (n=15) oranında gebe masajının hem faydalı hem de rahatlatıcı olacağı düşüncesi olup yalnız iki gebe (%100.0) gebe masajını bilmediği için önermeyeceğini belirtmiştir.

4.1.4. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Kadınların Sosyo-demografik ve Doğurganlık Özellikleri ile İlişkili Faktörlerin Karşılaştırılması

Tablo 16. Gebelerin Bazı Özelliklerinin Ortalama ve Ortancalarına Göre Dağılımları

Değişkenler	Kontrol (n=19)		Gebe Masajı (n=16)		Toplam (n=35)		t*	p
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Yaş	25.84±3.35	20.00-34.00	27.56±4.02	20.00-35.00	26.63±3.72	20.00-35.00	-1.382	0.176
Boy (cm)	164.00±6.40	152.00-178.00	163.19±4.67	157.00-170.00	163.63±5.61	152.00-178.00	0.422	0.676
Kilo (kg)	70.49±1.05	50.95-91.75	73.81±1.30	49.10-103.90	72.00±1.17	49.10-103.90	-0.836	0.409
	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	U*	p**
Evlilik yılı	1.00	1.00-6.00	2.44 ^a ±1.50	1.00-6.00	2.03±1.40	1.00-6.00	98.500	0.076
Evlilik sayısı	1.00	1.00-2.00	1.00	1.00-2.00	1.06±0.24	1.00-2.00	150.500	0.961
Gebelik sayısı	1.00	1.00-2.00	1.00	1.00-3.00	1.11±0.40	1.00-3.00	146.500	0.857
Abortus sayısı	0.00	0.00-1.00	0.00	0.00-1.00	0.06±0.24	0.00-1.00	150.500	0.961
Küretaj sayısı	0.00	0.00-1.00	0.00	0.00-2.00	0.09±0.37	0.00-2.00	150.500	0.961
Antenatal dönemde sağlık kuruluşunda takip sayısı***	10.05 ^a ±4.26	4.00-20.00	9.50	4.00-20.00	10.03±3.94	4.00-20.00	151.000	0.987
Doğum sonu işe başlama zamanı (ay)	10.20	4.00-36.00	8.73	3.00-24.00	6.00±7.68	3.00-36.00	53.500	0.918

*t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi
a: Ortalama verisi b: Ortanca verisi

**α₁

***30. haftaya kadar olan izlem sayısı

Çalışma grubundaki gebelerin bazı özelliklerinin ortalamalarına göre dağılımları Tablo 16’da verilmiştir. Buna göre kontrol grubu gebelerin yaş ortalaması 25.84±3.35 (en küçük: 20.00, en büyük: 34.00) ve gebe masajı grubu gebelerin yaş ortalaması 26.63±3.72 (en küçük: 20.00, en büyük: 35.00) olup gruplar arasında anlamlı fark yoktur (t=-1.382, p=0.176). Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebeler arasında boy, kilo, evlilik yılı, evlilik sayısı, gebelik sayısı, abortus sayısı, küretaj sayısı, antenatal dönemde sağlık kuruluşunda takip sayısı ve doğum sonu işe başlama zamanı açısından anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 16’da çalışmaya dahil olan tüm gebelerin (n=35) bazı özelliklerinin ortalamalarına göre dağılımları verilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 26.63±3.72 (en küçük: 20.00, en büyük: 35.00), boy ortalaması 163.63±5.61 cm (en kısa: 152.00 cm, en uzun: 178.00 cm), kilo ortalaması 72.00±1.17 kg (en az: 49.10, en çok: 103.90), evlilik yılı ortalaması 2.03±1.40 (en az: 1.00, en çok: 6.00), evlilik sayısı ortalaması 1.06±0.24 (en az: 1.00, en çok: 2.00), gebelik sayısı ortalaması 1.11±0.40 (en az: 1.00, en çok: 3.00), abortus sayısı ortalaması 0.06±0.24 (en az: 0.00, en çok: 1.00), küretaj sayısı ortalaması 0.09±0.37 (en az: 0.00, en çok: 2.00), antenatal dönemde sağlık

kuruluşunda takip sayısı ortalaması 10.03 ± 3.94 (en az: 4.00, en çok: 20.00) ve doğum sonu işe başlama zamanı ortancası 6.00 ± 7.68 aydır (en az: 3.00, en çok: 36.00).

4.2. Nedensel Tablolar

Kontrol grubu ve gebe masajı grubu gebelere ait veriler, gruplardan elde edilen veriler arasında anlamlı farklılık olup olmadığını saptamak adına gruplar arası karşılaştırma yapılarak nedensel tablolar başlığı altında sunulmuştur.



4.2.1. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetüslerin Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Tablo 17. Kontrol Grubu Gebe ve Fetüslerin İlk ve Son Görüşmelerdeki Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

	Haftalar				t*	p**
	30 hf (n=17) ^d		34 hf (n=17) ^d			
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Maternal İyilik Hali Göstergeleri						
TA Sistol (mmHg)	105.53±11.51	89.00-125.00	104.94±7.04	90.00-119.00	0.247	0.808
TA Diastol (mmHg)	62.88±10.23	48.00-82.00	64.82±9.68	48.00-80.00	-0.792	0.435
Nabız (atım/dk)	92.29±13.11	64.00-115.00	89.65±10.60	74.00-115.00	1.969	0.059
Solunum (adet/dk)	19.65±2.37	14.00-24.00	19.88±2.76	14.00-26.00	0.460	0.649
Vücut ısısı (°C)	36.57±0.26	36.0-36.9	36.46±0.27	35.9-36.8	0.332	0.742
Fetal İyilik Hali Göstergeleri						
FKH ^b (atım/dk)	141.82±7.21	129.00-153.00	141.88±8.05	125.00-156.00	-0.980	0.335
Bazal Kalp Atım Hızı ^c (ortalama atım)	143.53±6.68	133.00-155.00	141.35±9.27	128.00-165.00	1.265	0.216
Variabilite (ortalama amplitüd)	17.47±4.17	11.00-24.00	17.71±3.50	12.00-25.00	-0.188	0.853
BFP	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	1.439	0.161

* Bağımlı Grupta t testi **α₂ a: Ortalama verisi b: Dapton ile FKH ölçümü c: Kardiyotokograf ile Bazal Kalp Atım Hızı

d: Son görüşmeleri kapsayan nedensel çözümlemeler çalışmayı tamamlayan gebelere ait veriler ile gerçekleştirilmiştir.

Kontrol grubu gebelerin ilk (30. hf) ve son (34. hf) görüşmelerdeki bazı sağlık göstergeleri karşılaştırıldığında; çalışma kapsamında maternal sağlık göstergeleri olarak değerlendirilen tansiyon (sistol ve diastol), nabız, solunum ve vücut ısı ölçüm ortalamaları arasında her iki ölçüm arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Kontrol grubu gebeler ile yapılan ilk (30. hf) ve son (34. hf) görüşmede fetal sağlık göstergeleri olarak değerlendirilen FKH, Bazal Kalp Atım Hızı, variabilite ve BFP ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 17).

Tablo 18. Gebe Masajı Grubundaki Gebe ve Fetüslerin Haftalara ve Gebe Masajı Önce-Sonrasına Ait Bazı Sağlık Göstergeleri

	Haftalar																			
	30 hf (n=13)				31 hf (n=13)				32 hf (n=13)				33 hf (n=13)				34 hf (n=13)			
	Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası	
	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max
Maternal İyilik Hali Göstergeleri																				
TA Sistol (mmHg)	108.15±10.85	94.00-128.00	105.31±7.79	97.00-119.00	106.31±12.23	82.00-126.00	101.62 ^b	85.00-122.00	104.85±13.25	79.00-124.00	104.38±10.95	86.00-125.00	104.85±12.12	91.00-126.00	102.62±10.55	87.00-125.00	107.46±10.98	91.00-124.00	105.62±8.83	94.00-120.00
TA Diastol (mmHg)	64.46±8.12	55.00-84.00	62.54±4.03	55.00-68.00	62.39±8.01	50.00-74.00	62.23±6.89	52.00-74.00	62.00 ^b	44.00-75.00	61.00 ^b	42.00-70.00	62.39±5.55	54.00-71.00	61.69±5.36	53.00-73.00	67.31±5.88	56.00-77.00	65.00±6.18	55.00-75.00
Nabız (atım/dk)	93.00±13.36	73.00-113.00	86.00 ^b	69.00-105.00	92.77±12.85	68.00-114.00	89.62±13.21	73.00-117.00	94.92±14.38	71.00-121.00	91.62±12.59	69.00-111.00	94.69±10.93	78.00-110.00	92.31±10.25	70.00-108.00	95.08±11.87	76.00-115.00	88.54±12.41	71.00-108.00
Solunum (adet/dk)	19.08±4.50	12.00-26.00	18.46±3.95	10.00-25.00	21.23±3.52	16.00-28.00	18.92±2.25	16.00-24.00	19.62±4.43	13.00-30.00	18.08±3.12	13.00-23.00	20.00±3.06	16.00-26.00	18.39±2.50	14.00-24.00	20.00 ^b	14.00-30.00	20.00 ^b	11.00-22.00
Vücut ısısı (°C)	36.47±0.35	35.8-36.9	36.62±0.27	36.0-37.0	36.50 ^b	35.7-36.8	36.70 ^b	36.4-36.8	36.52±0.39	35.6-37.0	36.54±0.23	36.2-36.8	36.44±0.33	35.7-36.8	36.46±0.26	35.9-36.8	36.35±0.29	36.0-36.8	36.56±0.18	36.3-36.8
Fetal İyilik Hali Göstergeleri																				
FKH ^c (atım/dk)	140.54±9.03	128.00-154.00	142.46±9.90	129.00-158.00	137.85±6.94	130.00-151.00	140.77±7.18	130.00-153.00	142.08±9.67	130.00-157.00	140.15±6.14	127.00-147.00	140.08±6.01	133.00-150.00	139.54±9.11	123.00-153.00	142.92±7.47	130.00-153.00	146.00 ^b	128.00-165.00
Bazal Kalp Atım Hızı ^d (ortalama atım)	142.00±6.90	130.00-153.00	141.31±8.36	125.00-150.00	139.92±7.12	130.00-150.00	139.54±10.89	120.00-155.00	143.39±9.30	130.00-157.00	140.00 ^b	135.00-155.00	140.00 ^b	130.00-160.00	137.31±7.89	125.00-150.00	142.92±9.39	130.00-160.00	140.23±6.51	130.00-150.00
Variabilite (ortalama amplitüd)	16.62±4.74	12.00-27.00	13.54±3.60	10.00-24.00	16.31±4.63	10.00-27.00	17.46±5.58	10.00-30.00	14.31±3.86	10.00-25.00	14.00±3.49	9.00-20.00	16.46±4.91	10.00-28.00	15.62±5.90	7.00-30.00	18.46±5.80	12.00-28.00	14.92±4.15	9.00-21.00
BFP	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00 ^b	8.00-10.00

a: α₂

b: Ortanca verisi

c: Dapton ile FKH ölçümü

d: Kardiyotokograf ile Bazal Kalp Atım Hızı

Gebe masajı grubundaki gebelerin ve fetüslerinin, çalışma sürecinde her hafta masaj öncesi ve sonrası değerlendirilen bazı sağlık göstergeleri

Tablo 18’de verilmiş ve sağlık göstergelerinin normal sınırlarda olduğu saptanmıştır.

Tablo 19. Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetüslerin İlk ve Son Görüşmelerdeki Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamaların Karşılaştırılması

		Haftalar				t*	p**
		30 hf (Gebe Masajı Öncesi) (n=13) ^d		34 hf (Gebe Masajı Sonrası) (n=13) ^d			
		Ort±Sd	Min-Max	Ort±Sd	Min-Max		
Maternal İyilik Hali Göstergeleri							
TA Sistol (mmHg)	108.15±10.85	94.00-128.00	105.62±8.83	94.00-120.00	0.997	0.338	
TA Diastol (mmHg)	64.46±8.12	55.00-84.00	65.00±6.18	55.00-75.00	-0.204	0.842	
Nabız (atım/dk)	93.00±13.36	73.00-113.00	88.54±12.41	71.00-108.00	2.504	0.028	
Solunum (adet/dk)	19.08±4.50	12.00-26.00	20.00 ^b	11.00-22.00	-0.823 ^c	0.410 ^c	
Vücut ısı (°C)	36.47±0.35	35.8-36.9	36.56±0.18	36.3-36.8	-0.971	0.351	
Fetal İyilik Hali Göstergeleri							
FKH ^b (atım/dk)	140.54±9.03	128.00-154.00	146.00 ^b	128.00-165.00	-1.427 ^c	0.154 ^c	
Bazal Kalp Atım Hızı ^c (ortalama atım)	142.00±6.90	130.00-153.00	140.23±6.51	130.00-150.00	0.940	0.366	
Variabilite (ortalama amplitüd)	16.62±4.74	12.00-27.00	14.92±4.15	9.00-21.00	1.089	0.298	
BFP	10.00±0.00	10.00-10.00	10.00 ^b	8.00-10.00	-1.414 ^c	0.157 ^c	

*Bağımlı Grupta t testi a: α_2 b: Ortanca verisi c: Wilcoxon İşaretli Sıralar testi, α_1
d: Dapton ile FKH ölçümü e: Kardiyotokograf ile Bazal Kalp Atım Hızı

Gebe masajı grubundaki gebelerin ilk (30. hf gebe masajı öncesi) ve son (34. hf gebe masajı sonrası) seanslardaki bazı sağlık göstergeleri karşılaştırıldığında; çalışma kapsamında maternal sağlık göstergeleri olarak değerlendirilen tansiyon (sistol ve diastol), vücut ısı ölçüm ortalamaları ve solunum ortancaları arasında her iki ölçüm arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Gebelerin nabız ölçümlerinin ortalamaları arasında ise anlamlı fark olup gebelerin ilk haftada yüksek olan nabız değerlerinin (93.00 ± 13.36) son haftada (88.54 ± 12.41) anlamlı olarak azalmış olduğu saptanmıştır ($t=2.504$, $p=0.028$). Gebelerin ilk (30. hf gebe masajı öncesi) ve son (34. hf gebe masajı sonrası) seanslarda fetüslerinin sağlık göstergeleri olarak değerlendirilen FKH ve BFP ortancaları ile Bazal FKH ve variabilite ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

4.2.2. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Ölçek Puanları ve Yararlanımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 20. Gebelerin İlk Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarına Göre Dağılımları

Değişkenler	Kontrol (n=19)		Gebe Masajı (n=16)		t*	p
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	72.05±25.87	5.00-100.00	55.69±22.74	12.00-86.00	1.969	0.057
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	65.16±8.45	54.00-83.00	67.94±9.13	47.00-81.00	-0.935	0.357
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	11.32±4.97	3.00-21.00	12.00±4.40	5.00-21.00	0.520	0.672
<i>PDÖ Faktörler^d</i>						
<i>Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler</i>	8.42±3.49	3.00-16.00	8.19±2.76	2.00-14.00	0.190	0.830
<i>Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler</i>	0.95±1.18	0.00-4.00	1.13±1.15	0.00-3.00	0.581	0.656
<i>Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler</i>	1.42±1.07	0.00-4.00	2.13±1.54	0.00-6.00	0.308	0.122
	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	U*	p**
<i>Maddi Endişeler</i>	0.00	0.00-3.00	0.00	0.00-3.00	140.000	0.707
Biyofizik Profil (BFP) ^c	10.00	10.00-10.00	10.00	10.00-10.00	136.000	1.000

*t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi **α1 a: Ortalama verisi b: Ortanca verisi

c: n_{Kontrol}=17 (kontrol grubu iki gebe USG taramasını kabul etmemiştir)

d: Faktör 1: Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler

Faktör 2: Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler

Faktör 3: Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler

Faktör 4: Maddi Endişeler

Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebeler ilk görüşmedeki (30. hafta) ölçek puan ortalama veya ortancalarına göre karşılaştırıldığında; gebelerin genel iyilik durumunu değerlendirmek için kullanılan Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) puan ortalamaları (t=1.969, p=0.057), gebelikte kadının bebeğine bağlanma düzeyini saptamak için kullanılan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) puan ortalamaları (t=-0.935, p=0.357), gebelikte yaşanan sıkıntıların düzeyini saptamak için kullanılan Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) puan ortalamaları (t=0.520, p=0.672) ve PDÖ'nün alt faktörleri olan Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler alt boyutu, Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler alt boyutu, Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Prenatal Distres Ölçeği Maddi Endişeler alt boyutu ortancaları (U=140.000, p=0.707) arasında da anlamlı fark olmadığı ve Biyofizik Profil (BFP) düzeyinin (U=136.000, p=1.000) her iki grupta da anlamlı olarak benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 21. Gebelerin Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarına Göre Dağılımları

Değişkenler	Kontrol (n=17) ^c		Gebe Masajı (n=13) ^c		t*	p
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	70.41±20.71	34.00-98.00	96.69±4.13	88.00-100.00	-5.101	0.000
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	66.12±8.25	53.00-83.00	75.54±7.28	60.00-84.00	-3.258	0.003
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	11.77±5.75	3.00-23.00	7.00±4.42	0.00-14.00	2.477	0.020
<i>PDÖ Faktörler</i>						
<i>Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler</i>	8.53±4.05	3.00-15.00	5.46±3.33	0.00-12.00	2.216	0.035
<i>Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler</i>	2.12±1.62	0.00-5.00	1.00±1.08	0.00-3.00	2.150	0.040
	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	U*	p**
<i>Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler</i>	0.00	0.00-5.00	0.00	0.00-2.00	75.500	0.145
<i>Maddi Endişeler</i>	0.24±0.44 ^a	0.00-1.00	0.00	0.00-3.00	103.500	0.773
Biyofizik Profil (BFP)	10.00	10.00-10.00	10.00	8.00-10.00	93.500	0.483

*t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi

**α₁

a: Ortalama verisi

b: Ortanca verisi

c: Son görüşmeleri kapsayan nedensel çözümlemeler çalışmayı tamamlayan gebelere ait veriler ile gerçekleştirilmiştir (n_{Kontrol}=17, n_{Masaj}=13).

Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebeler son görüşmedeki (34. hafta) ölçek puan ortalama veya ortancalarına göre karşılaştırıldığında; gebe masajı grubundaki gebelerin GKÖ puan ortalaması (t=-5.101, p<0.01), PBE puan ortalaması (t=-3.258, p=0.003), PDÖ puan ortalaması (t=2.477, p=0.020) ve PDÖ'nün alt faktörleri olan Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler alt boyutu, Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Ancak, Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler alt boyutu ve Maddi Endişeler alt boyutu puan ortancaları arasında ise anlamlı fark olmadığı (p>0.05) saptanmıştır. Biyofizik Profil (BFP) düzeyinin (U=93.500, p=0.483) her iki grupta da anlamlı olarak benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 22. Kontrol Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalama veya Ortancalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	İlk Görüşme (30. hafta) (n=17) ^c		Son Görüşme (34. hafta) (n=17) ^c		t*	p
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	71.29±27.29	5.00-100.00	70.41±20.71	34.00-98.00	0.196	0.847
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	65.16±8.45	54.00-83.00	66.12±8.25	53.00-83.00	-0.632	0.536
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	11.32±4.97	3.00-21.00	11.77±5.75	3.00-23.00	-0.302	0.767
<i>PDÖ Faktörler</i>						
<i>Gebeliğe bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler</i>	8.42±3.49	3.00-16.00	8.53±4.05	3.00-15.00	-0.098	0.924
<i>Bebek'in Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler</i>	1.42±1.07	0.00-4.00	2.12±1.62	0.00-5.00	-1.852	0.083
	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Z*	p**
<i>Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler</i>	0.95±1.18 ^a	0.00-4.00	0.00	0.00-5.00	-0.832	0.405
<i>Maddi Endişeler</i>	0.00	0.00-3.00	0.24±0.44 ^a	0.00-1.00	-1.000	0.317
Biyofizik Profil (BFP)	10.00	10.00-10.00	10.00	10.00-10.00	0.000	1.000

*t: Bağımlı grupta t testi, Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar testi

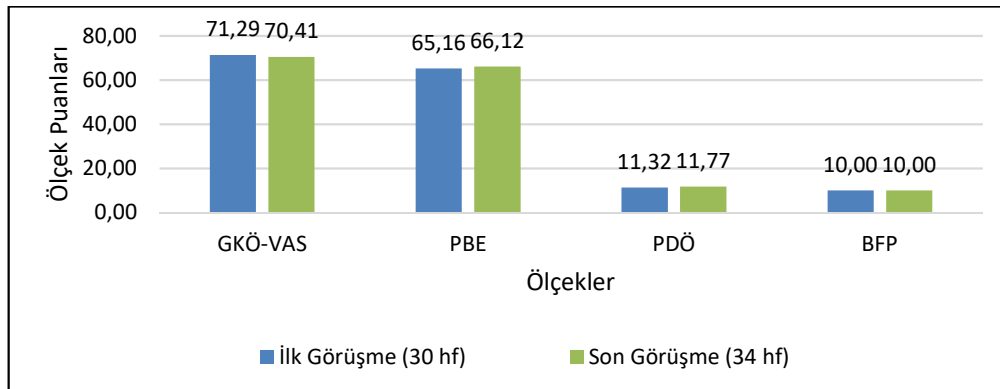
**α₂

a: Ortalama verisi b: Ortanca verisi

c: Son görüşmeleri kapsayan nedensel çözümlemeler çalışmayı tamamlayan gebelere ait veriler ile gerçekleştirilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin ilk (30. hafta) ve son görüşmedeki (34. hafta) ölçek puan ortalama veya ortancaları karşılaştırıldığında; GKÖ puan ortalamalarının (t=0.196, p=0.847) ve PBE puan ortalamalarının (t=-0.632, p=0.536) anlamlı olarak artmadığı, PDÖ puan ortalamalarının (t=-0.302, p=0.767) ve PDÖ'nün alt faktörleri olan Gebeliğe bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler alt boyutu, Bebek'in Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler alt boyutu puan ortalamaları ile Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler alt boyutu ve Maddi Endişeler alt boyutu puan ortancalarının anlamlı olarak farklı olmadığı (p>0.05) saptanmıştır. Biyofizik Profil (BFP) düzeylerinin (Z=0.000, p=1.000) haftalar arasında anlamlı olarak benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 22).

Grafik 1. Kontrol Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puanları



Tablo 23. Gebe Masajı Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puan Ortalamaları veya Ortancalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	İlk Görüşme (30. hafta) (n=13) ^c		Son Görüşme (34. hafta) (n=13) ^c		t*	p
	Ort ^a ±Sd	Min-Max	Ort ^a ±Sd	Min-Max		
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	57.69±2.24	12.00-86.00	96.69±4.13	88.00-100.00	-6.482	0.000
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	69.00±9.39	47.00-81.00	75.54±7.28	60.00-84.00	-4.019	0.002
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	11.00±4.39	7.00-21.00	7.00±4.42	0.00-14.00	4.364	0.001
<i>PDÖ Faktörler</i>						
<i>Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler</i>	8.50±2.76	2.00-14.00	5.46±3.33	0.00-12.00	3.994	0.002
<i>Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler</i>	2.00±1.54	0.00-6.00	1.00±1.08	0.00-3.00	3.423	0.005
	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Ort ^b ±Sd	Min-Max	Z*	p**
<i>Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler</i>	1.00	0.00-3.00	0.00	0.00-2.00	-1.709	0.088
<i>Maddi Endişeler</i>	0.00	0.00-3.00	0.00	0.00-3.00	-0.962	0.336
Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (GAHTS) ^d	96.00 ^a ±5.72	85.00-100.00	100.00	84.00-100.00	-1.048	0.315
Biyofizik Profil (BFP)	10.00	10.00-10.00	10.00	8.00-10.00	-1.414	0.157

*t: Bağımlı grupta t testi, Z: Wilcoxon İşaretili Sıralar testi

**α₂

a: Ortalama verisi

b: Ortanca verisi

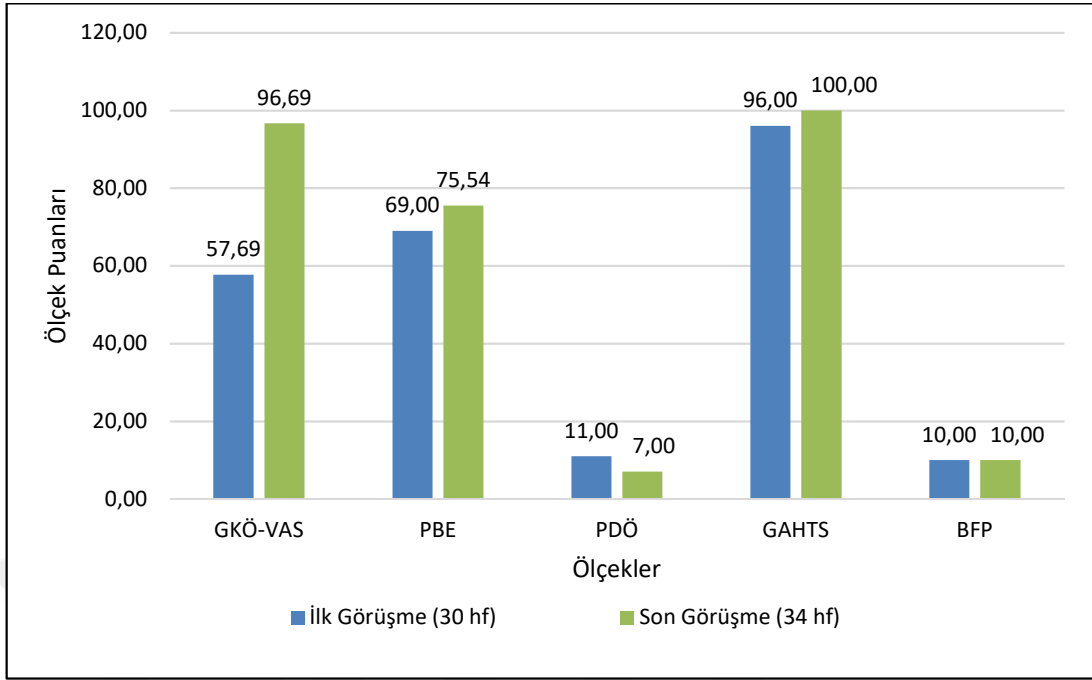
c: Gebe masajı sonrası memnuniyet (30. ve 34. haftalar)

d: Son görüşmeleri kapsayan nedensel çözümlemeler çalışmayı tamamlayan gebelere ait veriler ile gerçekleştirilmiştir.

Gebe masajı grubundaki gebelerin ilk (30. hafta) ve son görüşmedeki (34. hafta) ölçek puan ortalamaları veya ortancaları karşılaştırıldığında; GKÖ puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı (t=-6.482, p<0.01), PBE puan ortalamasının da arttığı (t=-4.019, p=0.002), PDÖ puan ortalamasının azaldığı (t=4.364, p=0.001) ve ilk görüşme ile son görüşme arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır. Ayrıca PDÖ'nün alt faktörleri çözümlendiğinde ilk ve son görüşme ölçek puan ortalamaları arasında Gebeliğe bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler alt boyutu (t=3.994, p=0.002) ile Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler alt boyutu'nda (t=3.423, p=0.005) anlamlı olarak azalmanın olduğu ve Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler alt boyutu ile Maddi Endişeler alt boyutu'nda anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 23).

İlk ve son haftalar arasında Görsel Analog Hasta Tatmini Skalasına (GAHTS) göre de memnuniyet puan ortancalarında anlamlı bir fark olmadığı, ilk seans ve son seans gebe masajı uygulamasından memnun olma düzeylerinin yüksek olduğu (Ortanca_{30 hf}: 99.00±5.72; Ortanca_{34 hf}: 100.00±4.80) ve BFP düzeylerinin (Z=-1.414, p=0.157) anlamlı olarak benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 23).

Grafik 2. Gebe Masajı Grubu Gebelerin İlk ve Son Görüşmedeki Ölçek Puanları



Tablo 24. Prenatal Distres Ölçeği Gebelikte Sıkıntılar ve Gebelikte İlişkiler İle İlgili Açık Suçlu Sorularına Verilen Yanıtlar

Değişkenler	Kontrol (n=17)				Gebe Masajı (n=13)			
	İlk Görüşme (30. hafta)		Son Görüşme (34. hafta)		İlk Görüşme (30. hafta)		Son Görüşme (34. hafta)	
	Gebelikte Sıkıntılar (Madde 8)*							
	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**
Bel ve/veya sırt ağrısı	10	42.6	9	30.0	10	52.6	4	50.0
Ayaklarda ödem	3	14.3	4	13.3	-	-	1	12.5
Bulantı ve/veya Kusma	3	14.3	3	10.0	1	5.3	-	-
Bacaklarda kramp/ağrı	-	23.8	2	6.7	4	21.1	-	-
Diğer	5		12	40.0	4	21.0	3	37.5
Sıcaklık hissi (ateş basması)	1		-		1		-	
Hemoroid	1		-		-		-	
Yorgunluk	1		1		-		-	
Mide yanması ve/veya şişkinlik	1		2		2		2	
Ellerde ödem/uyuşma	1		2		-		1	
Karın ağrısı	-		3		-		-	
Uyku problemleri	-		2		-		-	
Diş ağrısı	-		1		-		-	
Hareket kısıtlılığı	-		1		-		-	
Omuz ağrısı	-		-		1		-	
Toplam	21	100.0	30	100.0	19	100.0	8	100.0
	Gebelikte İlişkilerde Değişiklik Endişesi (Madde 10)*							
	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**	Sayı (n)	Yüzde (%)**
Eş	1	25.0	1	16.7	1	50.0	3	100.0
Aile	2	50.0	3	50.0	-	-	-	-
Eş ve aile	1	25.0	-	-	1	50.0	-	-
Arkadaş veya İş ortamı	-	-	2	33.3	-	-	-	-
Toplam	4	100.0	6	100.0	2	100.0	3	100.0

*Bir gebe birden fazla durum bildirmiştir.

**Sütun yüzdeleri verilmiştir.

Çalışmada, kontrol ve gebe masajı grubu gebelerin ilk görüşmede ve son görüşmede PDÖ 8. madde (*Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? Evet ise; hangi şikayetler?*) ve 10. Maddelerin (*Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? Evet ise; özellikle kim?*) açık uçlu sorularına verdikleri yanıtlara ilişkin dağılım Tablo 24'te verilmiştir. Tabloda, gebelerle yapılan ilk görüşmede her iki gruptaki gebelerin yaşadığı sıkıntıların benzer olduğu (en çok bel ve/veya sırt ağrısı; kontrol grubu %42.6, gebe masajı grubu %52.6), son görüşmede ise kontrol grubundaki gebelerin sıkıntıları artarken gebe masajı grubundaki gebelerin sıkıntılarının azaldığı görülmektedir. Gebelikte ilişkilerde değişiklik endişelerine ilişkin olarak ise gebelerin farklı endişelerinin olduğu görülmektedir.

Tablo 25. Gebe Masajı Önce ve Sonrası Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) Ölçümleri Arasındaki Farklar

	Haftalar																			
	30 hf (n=13)				31 hf (n=13)				32 hf (n=13)				33 hf (n=13)				34 hf (n=13)			
	Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası		Masaj Öncesi		Masaj Sonrası	
	Ort±S d	Min- Max	Ort±S d	Min- Max	Ort±S d	Min- Max	Ort±S d	Min- Max	Ort±Sd	Min- Max	Ort±Sd	Min- Max	Ort±Sd	Min- Max	Ort±Sd	Min- Max	Ort±Sd	Min- Max	Ort±S d	Min- Max
GKÖ	57.69± 22.41	12.00 - 86.00	93.00 ±9.48	64.00 - 100.00	57.69 ±23.90	22.00 - 97.00	92.23 ±6.93	77.00 -100.00	61.39 ±24.18	25.00 - 95.00	93.39 ±5.84	84.00 - 100.00	56.54 ±20.32	13.00 - 82.00	96.69 ±3.92	89.00 - 100.00	58.85 ±18.48	22.00 - 82.00	96.69 ±4.13	88.00 - 100.00
t*	-6.006				-5.699				-5.841				-8.252				-8.307			
p***	0.000				0.000				0.000				0.000				0.000			
Masaj Öncesi	F**=0.166		p=0.955																	
Masaj Sonrası	F**=2.057		p=0.170																	

* Bağımlı Grupla t testi

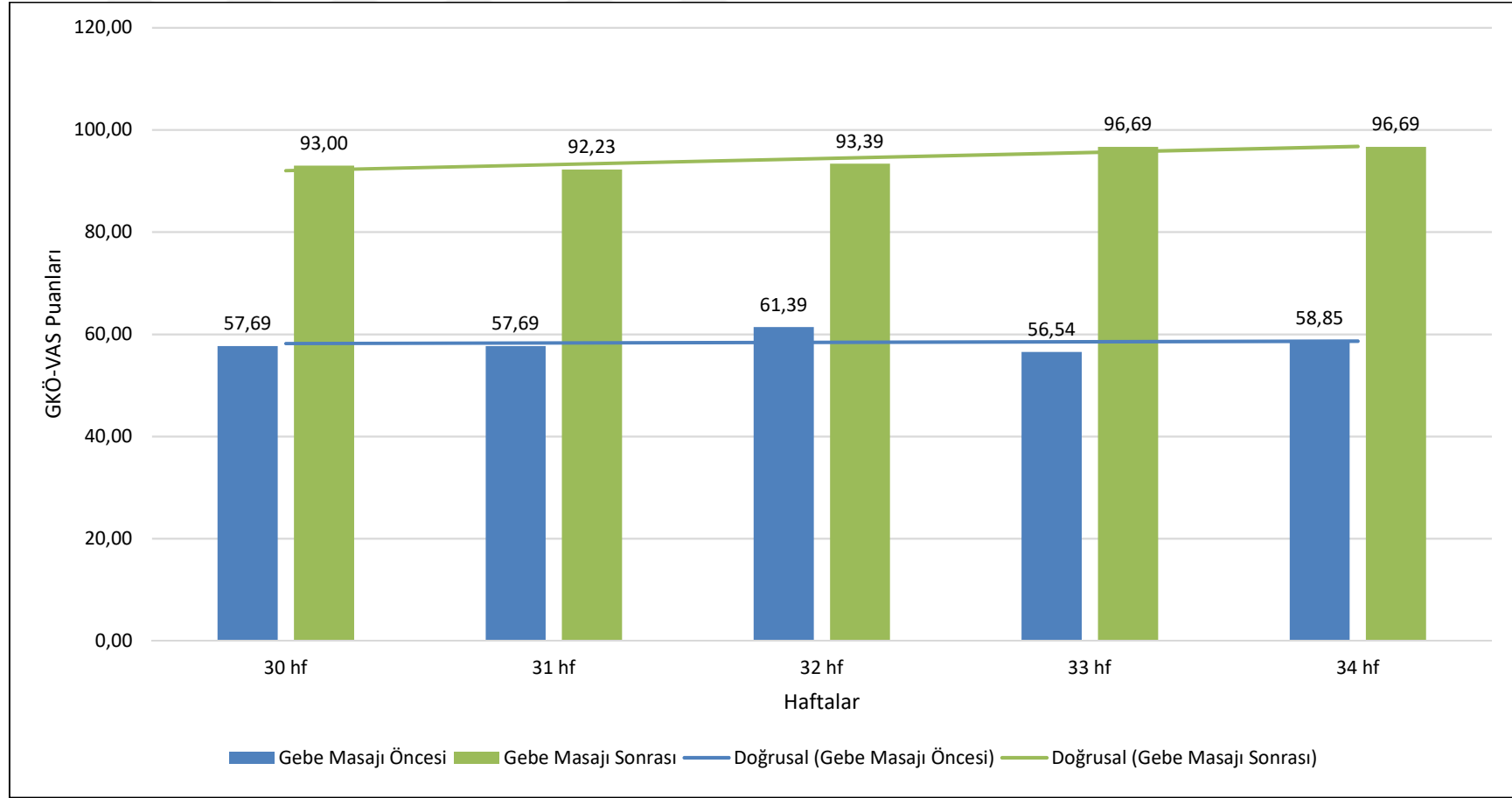
**Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi (Repeated Measures ANOVA)

*** α_2

Gebe masajı grubundaki gebelerin her hafta masaj öncesi ve sonrası iyilik halleri karşılaştırıldığında; GKÖ puan ortalamasının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p<0.01$) (Tablo 25). Haftalara göre gebe masajı önce ve sonrası GKÖ puanlarına ait grafikte; gebelerin 30-34. haftalar arası masaj öncesi iyilik hallerinin benzer olduğu, masaj sonrası iyilik hallerinin ise artış eğiliminde olduğu görülmektedir (Grafik 3).

Gebe masajı öncesi GKÖ ölçümleri Mauchly's Test of Sphericity ($p=0.475$) testi sonucu küresellik varsayımı kontrol edilerek karşılaştırıldığında tekrarlı ölçümler arası anlamlı fark saptanmamıştır ($F=0.166$, $p=0.955$). Gebe masajı sonrası GKÖ ölçümleri Mauchly's Test of Sphericity ($p=0.000$) testi sonucu küresellik varsayımı kontrol edilerek Greenhouse-Geisser test ($F=2.093$, $p=0.145$) sonucuna göre ve çoklu ölçümlerde Wilks' Lambda ($F=2.057$, $p=0.170$) sonucuna göre karşılaştırıldığında tekrarlı ölçümler arası anlamlı fark saptanmamıştır. Bu durumda gebe masajı grubundaki gebelerin ilk seanstan son seansa kadar gebe masajı öncesi iyilik durumları anlamlı olarak düşük ve sonrası yüksek seyretmiştir (Tablo 25, Grafik 3).

Grafik 3. Haftalara Göre Gebe Masajı Önce ve Sonrası GKÖ Puanları



Tablo 26. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Yararlanımları Açısından İki Grup Arası Farklılık***

Değişkenler	Kontrol (n=17)				Gebe Masajı (n=13)				t*	p
	Ort±Sd	Min-Max	Ortanca (M)	IR	Ort±Sd	Min-Max	Ortanca (M)	IR		
Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)	-0.88±18.57	(-41)-(38)	-1.00	23.50	39.00±21.70	(13)-(88)	37.00	33.500	-5.421	0.000
Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)	0.71±4.61	(-7)-(7)	0.00	7.00	8.38±7.52	(-9)-(21)	8.00	8.50	-3.455	0.002
Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ)	0.24±3.21	(-4)-(6)	0.00	5.00	-5.31±4.39	(-15)-(2)	-6.00	5.50	4.001	0.000
<i>PDÖ Faktörler</i>										
<i>Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler</i>	0.06±2.49	(-4)-(5)	0.00	4.00	-3.00±2.71	(-7)-(0)	-2.00	5.50	3.213	0.003
<i>Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler</i>	0.53±1.18	(-1)-(3)	0.00	1.50	-1.31±1.38	(-4)-(0)	-1.00	2.50	3.933	0.001
									U*	p**
<i>Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler</i>	±	(-2)-(1)	0.00	1.50	0.00±0.38	(-3)-(1)	0.00	2.00	91.500	0.432
<i>Maddi Endişeler</i>	±	(-2)-(1)	0.00	0.50	0.00±1.11	(-3)-(2)	0.00	1.00	100.500	0.680
Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası ^c	-	-	-	-	1.69±5.82	(-5)-(15)	0.00	4.00	-	-
Biyofizik Profil (BFP)	±	(0)-(0)	0.00	-	0.00±0.75	(-2)-(0)	0.00	0.00	93.500	0.483

* t: Bağımsız gruplarda t testi, U: Mann Whitney U testi

**α₁

c: Yararlanımlar yani ortalamalar arası farklar ilk (30 hf ilk ölçüm) ve son (34 hf son ölçüm) puanların birbirinden çıkarılması ile elde edilmiştir.

Kontrol ve gebe masajı grubu gebelerin yararlanımları, haftalar arası farkların gruplar arası karşılaştırılması yapılarak Tablo 26’da verilmiştir. Gebelerin genel iyilik durumunu değerlendirmek için kullanılan GKÖ (t=-5.421, p<0.01), prenatal bağlanma düzeyini değerlendiren PBE (t=-3.455, p=0.002) ve prenatal distres düzeyini değerlendiren PDÖ (t=4.001, p<0.01) ile Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler alt boyutu (t=3.213, p=0.003) ve Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler alt boyutu (t=3.933, p=0.001) ilk ve son puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. Fetal iyilik halini değerlendiren BFP (U=93.500, p=0.483) ile Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler alt boyutu (U=91.500, p=0.432) ve Maddi Endişeler alt boyutu (U=100.500, p=0.680) ilk ve son puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı değildir. Yani gebelerin GKÖ ve PBE puanları gebe masajı grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak artmış, PDÖ puanları gebe masajı grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak azalmış, BFP düzeyleri gebe masajı ve kontrol grubunda anlamlı olarak benzerdir (Tablo 26).

5. BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu bölümde çalışma verilerine ait bulgular, literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Tanımlayıcı Bulgulara Yönelik Tartışma

Çalışmaya katılan kontrol ve gebe masajı grubu gebelerin tanımlayıcı özellikleri açısından aralarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu durum kontrol ve gebe masajı grubunun benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 10-16).

Tüm grubun ($n=35$, 20-35 yaş, 30-34 hf) yaş ortalaması 26.63 olup, %77.1'inin eğitim düzeyi lise/üniversite, %51.4'ünün aile gelir-gider durumunu 'yeterli' algıladığı, tamamının (%100.0) evli ve resmi nikahlı olduğu, %88.6'sının çekirdek aile özelliğinde, %77.1'inin planlı ve istedik gebelik olduğu saptanmıştır. Çalışmada gebelerin %85.7'sinin gebeliği ilk öğrendiklerinde ve %74.3'ünün de gebelik süresince olumlu duygular yaşadıkları saptanmıştır. Bu bulgular çalışmada kullanılan ölçekler ile gerçekleştirilen araştırmaların bulgularına benzerlik göstermektedir. Diğer araştırmalardan farklı olarak tüm grupta çalışan gebe oranının daha fazla olduğu (gelir getiren bir işte çalışan %51.4), evlilik yılı ortalamalarının daha az (2.03 yıl) ve ilk gebelik oranının daha fazla (%91.4) olduğu saptanmıştır.

Prenatal Bağlanma Envanteri'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını 20 hafta ve üzeri (%31.4'ü 30-34 hf) 210 kadınla gerçekleştiren Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2013) çalışmalarında; gebelerin yaş ortalamasının 28.9, %51.9'unun lise/üniversite mezunu, %24.3'ünün çalıştığı, %63.8'inin gelirinin gidere denk, %86.7'sinin çekirdek aile özelliklerinde, evlilik yılı ortalamasının 6.4 yıl, gebeliklerin %74.8'inin planlı ve %23.3'ünün ilk gebelik olduğunu saptamışlardır (79). Aynı ölçeğin benzer zamanlarda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Duyan ve arkadaşları da (2013) üçüncü trimesterde 295 kadınla gerçekleştirdikleri çalışmada; gebelerin yaş ortalamasının 28.4, %56.0'ının lise/üniversite mezunu, %19.3'ünün çalıştığı, %82.4'ünün gelir düzeyinin orta ve evlilik yılı ortalamasının 6.1 yıl olduğunu saptamışlardır (82). Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) 20 hf ve üzeri (%30.4'ü 30-34 hf) 342 gebe ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında; gebelerin yaş ortalamasının

28.7, %49.1'inin ortaokul ve üzeri eğitim düzeyi, %22.5'inin çalıştığı, %67.0'ının gelirinin gidere denk, %82.5'inin çekirdek aile özelliklerinde, evlilik yılı ortalamasının 6.1 yıl, gebeliklerin %75.7'sinin planlı, %33.9'unun ilk gebelik olduğu ve %59.4'ünün gebeliği ilk duyduklarında sevinç/mutluluk hissettiklerini saptamışlardır (84). Bakır ve ark. (2014) 20 hf ve üzeri (%74.4'ü 29 hf ve üzeri) yüksek riskli 160 gebe ile yaptıkları çalışmada, gebelerin %55.6'sının 18-30 yaş arasında, %47.6'sının ortaöğretim ve üstü mezunu, %29.4'ünün çalıştığı, %67.5'inin gelirinin gidere denk, %81.9'unun çekirdek aile özelliklerinde, gebeliklerin %61.9'unun planlı, %41.2'sinin ilk gebelik olduğunu ve %66.3'ünün gebeliği ilk duyduklarında sevinç/mutluluk hissettiklerini saptamışlardır (88). Prenatal Bağlanma Envanteri'ni geliştiren Muller de (1993) çalışmasında 18-44 yaş arası, iyi eğitim almış (toplam eğitim yılı ortalaması 15 yıl), çoğu ev dışında çalışan, %93'ü evli/partneri ile yaşayan, 14-41. gebelik hatasında (ortalama 31.4 hf) ve %63'ünün başka çocuğu olmayan 310 gebe ile çalışmıştır (83).

Prenatal Distres Ölçeği'nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yüksel ve arkadaşları (2011) tarafından 10-35 haftalarda (gebelik haftası ortalaması 27.6) ve %60.0'ı III. trimesterde olan 522 kadınla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada; gebelerin yaş ortalamasının 31.7, %78.1'inin lisans mezunu, %44.4'ünün çalıştığı, %92.5'inin gelir durumunun 'iyi' olarak değerlendirdiği, gebeliklerin %65.3'ünün planlı ve %45.4'ünün ilk gebelik olduğu, gebelerin %12.8'inin cerrahi girişim ya da kronik hastalık öyküsünün olduğu, %99.6'sının eş ve aileleri tarafından desteklendikleri saptanmıştır (13). Yali ve Lobel (1999), yüksek riskli gebeliklerde distres durumunu araştırdıkları çalışmalarını ortalama 24 haftalık 167 gebe ile gerçekleştirmişlerdir (114). Monk ve arkadaşları (2016) değerlendirme kriterleri arasında PDÖ'yü de kullandıkları, maternal distresin fetal davranışlara ve plasental genlere etkisini araştırdıkları çalışmalarında sağlıklı, 18-45 yaş arası, yaş ortalaması 29 olan grupta 24-27. gebelik haftalarında araştırmalarını gerçekleştirmişlerdir (73).

Literatür verileri değerlendirildiğinde, genel grup özelliklerinin çalışma grubunun özellikleri ile benzer özelliklerde olduğu görülmektedir.

Çalışmadaki gebelerin gruplar arası fark olmaksızın daha önce profesyonel masaj yaptırmadıkları, gebelerin ancak %17.1'inin profesyonel masaj yaptırmış olduğu, tamamının (%100.0) ise gebe masajını daha önce hiç duymadıkları tüm bunlara rağmen gebelerin %82.9'unun diğer gebelere gebe masajını önerebileceklerini

belirttikleri görülmektedir. Gebeler her ne kadar bu uygulamaya ilişkin bilgi ve deneyimleri olmasa da masajın faydalı olabileceğine ilişkin bir kanaatleri bulunmaktadır. Bu da gebelerin gebe masajı uygulamasını bir ihtiyaç olarak değerlendirdiklerini düşündürmektedir. Çalışmada gebe masajını öneren gebelerin yarısından fazlası (%58.6, n=17) gebe masajının ‘rahatlatıcı’ olacağını düşündüğü için bu uygulamayı önereceğini belirtmiştir. Gebe masajını önermeyenler ise başka bir neden belirtmeksizin yalnızca bu uygulamayı ‘bilmedikleri’ için (%100.0) önermeyeceklerini belirtmişlerdir. Çalışma yöntemi nedeni ile kontrol grubu gebeler gebe masajı konusunda son veri toplanana kadar bilgilendirilememiştir. Araştırmacı, son görüşme verileri toplandıktan sonra gebeler ile sosyal etkileşimi esnasında, gebe masajı ile ilgili kısa bir bilgi verdikten sonra tüm gebeler bu uygulamayı yaptırmak isteyecekleri ifade etmişlerdir. Bu durum gebe masajı gebelere anlatıldığı taktirde talebin fazla olacağını düşündürmektedir.

Gelişmiş ülkelerde gebe masajı toplumda yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Hatta gebeliğin genellikle son haftalarında kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve fizyolojik rahatsızlıkların ortaya çıkmasının kadınları masaj terapi yaptırabilecekleri bir yer bulmak için motive ettiği belirtilmektedir (3). Oysa ki ülkemiz gelişmekte olan bir ülkedir ve henüz gebe masajı uygulaması toplumsal kabul görmemiştir. İnternette tarama yapıldığında ülkemizde gebe masajı uygulamasının yaygın olmayan bir şekilde özel SPA merkezi, masaj merkezi ya da doulalar tarafından ‘gebe masajı’ eğitimi alma durumu netlik içermeyen ya da gebe masajı dışında masaj eğitimleri almış uygulayıcılar tarafından uygulandığı görülmektedir (122–124). Bu durum gebelik dönemine, gebeye özel masaja ilişkin bilgisi olmayan ve ehil olmayan ellerde uygulanma durumunda maternal ve/veya fetal risklerin ortaya çıkma riskini taşımaktadır. Henüz uygulamanın ülkemizde yaygınlaşmamış hatta duyulmamış olması nedeni ile (çalışma bulgularında gebelerin tamamı gebe masajını daha önce duymadığını belirtmiştir), çalışma gebe masajının literatür ve kanıt temelleri yüksek bir şekilde ülkede uygulanmasına öncülük edecek olması adına önemli veriler sunmaktadır.

5.2. Nedensel Bulgulara Yönelik Tartışma

5.2.1. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebe ve Fetusların Bazı Sağlık Göstergelerine Ait Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada yer alan gebelerin ilk (30. hf) ve son (34. hf) görüşmelerdeki bazı sağlık göstergeleri karşılaştırıldığında kontrol ve masaj gruplarında maternal [tansiyon (sistol ve diastol), nabız, solunum ve vücut ısısı] ve fetal (FKH, Bazal Kalp Atım Hızı, variabilite ve BFP) sağlık göstergelerinin anlamlı bir değişim göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 17-19). Ancak gebe masajı grubunda yer alan gebelerin ilk ve son ölçüm değerleri arasında yalnız nabız değerlerinin ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlk ölçüm ortalaması 93 atım/dk iken, son ölçüm ortalaması 89 atım/dk dır (Tablo 19). Bulgular doğrultusunda, çalışma hedeflerinden olan gebe masajının maternal ve fetal iyilik haline etkisine ilişkin fikir sahibi olunduğu ve gebe masajının iyilik haline olumsuz etkisinin olmadığı görülmektedir.

Kaynaklarda masaj uygulamasının kan dolaşımını kalbe yüklenmeden hızlandırdığı, vücuda dağılan oksijen ve besin miktarını arttırdığı (1,2) ve bu yolla sağlıklı hücrelerin korunmasını sağladığı (1) belirtilmektedir. Literatürde yer alan araştırma sonuçlarına göre masaj yüksek kan basıncını düşürmektedir (68). Ancak bu çalışmada gebelerin kan basınçlarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Gebe masajının antenatal dönemde kalp atım değeri üzerine etkisini inceleyen bir araştırmaya ise rastlanmamış olup, Değirmen ve arkadaşları (2010) sezaryen sonrası uygulanan el ve ayak masajı öncesi yaşamsal bulguların, anlamlı olarak daha düşük olduğunu saptamışlardır (76). Gebe olmayan bir grup ile çalışan Adip-Hajbaghery ve arkadaşları (2014) çalışmalarında, Kardiyak Bakım Ünitesi'ndeki hastalara yapılan tüm vücut masajının vital bulguların stabilizasyonuna etkisini incelemişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre masaj terapi uygulanan erkek kalp hastalarında; kan basıncı, kalp atım hızı ve solunum sayısında anlamlı bir azalma olduğu, kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığı saptanmıştır (75). Çalışma sonuçlarında da literatürü destekler şekilde gebe masajının kalbin yükünü artırmadığı ve yaşamsal bulguların olumsuz yönde değişim göstermediği saptanmıştır. Hatta gebelerin kalp debisinin gebelik boyunca arttığı (16) dikkate alındığında, yaşamsal bulgularda değişiklik olmaması da olumlu bir durum olarak değerlendirilebilir. Gebe masajı grubundaki gebelerin nabız değerlerindeki anlamlı düşüş nedeni ile gebe masajının gebenin sağlık göstergesini daha iyi seviyeye taşıdığı düşünülmektedir. Uygulama sürecinde her bir

gebeye ait durum ayrı ayrı değerlendirildiğinde, gebe masajının kalp atımını olumsuz yönde etkilemediği ve gebe masajı öncesi taşikardisi olan gebelerin masaj sonrası nabız değerlerinin normale döndüğü saptanmıştır. Bu sonuçlar çalışma kapsamında yapılan müdahalenin gebelere ve fetusa zarar vermediğini hatta fayda sağladığını gösteren bulgular sunması nedeni ile değerlidir. Kaynaklarda bir anne kendini ne kadar iyi hissederse, ne kadar sakin ve rahatsa bebeği de o kadar rahat ve sakin olacaktır (42) denilmektedir. Kadının gebelik döneminde kendini rahat hissedebilmesi için en önde gelen kriter maternal ve fetal sağlık göstergelerinin olması beklenen sınırlarda seyretmesidir.

5.2.2. Kontrol ve Gebe Masajı Grubu Gebelerin Ölçek Puanları ve Yararlanımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2.2.1. Görsel Kıyaslama Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan GKÖ (105,106,108), duygu durumunun değerlendirilmesinde de kullanılmaktadır (105). Çalışmada GKÖ, gebenin iyilik durumunu subjektif olarak ölçmek, gebenin masaj öncesi ve sonrası kendini nasıl hissettiğini saptamak için kullanılmıştır. GKÖ'nün sözel ölçüm tekniklerine nazaran değişimlere karşı daha duyarlı olduğu (105,112) ancak test kısa süreli aralıklar ile uygulandığında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (105,108). Çalışmada gebe masajı grubunun ilk ve son görüşmedeki ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmıştır (Tablo 23). Bu farkı ortaya çıkaran durumun uygulamanın gücünün yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Çalışmada GKÖ'de gebe masajı grubunun ilk ve son ölçüm karşılaştırması için; güç 0.99, değişimler açısından kontrol ve gebe masajı grubu karşılaştırması için; güç 0.99 ve etki büyüklüğü 1.89 bulunmuştur (Tablo 6). Çalışmanın örnek büyüklüğünün oldukça güçlü olduğu ve çalışmada, rutin gebelik izlemlerinin gebe masajı ile birlikte yapılmasının yalnız başına yapılmasına göre iyilik hali üzerine etkinliğini çok kuvvetli olarak ortaya koyduğu görülmektedir.

Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebeler ilk görüşmedeki (30. hafta) ölçek puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; gebelerin genel iyilik durumunu değerlendirmek için kullanılan GKÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 20) ancak son görüşmede (34. hf) gruplar arası anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 21). Grupların çalışmanın başlangıcındaki benzerliğini

ve gebe masajı uygulaması sonrası farklılığını göstermesi açısından gruplar arası ölçek puan ortalamaları değerlendirilmiştir. Ancak asıl sonuç grupların kendi içindeki değerlendirmede görülmektedir. Gruplar kendi içlerinde değerlendirildiklerinde, kontrol grubu gebelerin genel iyilik hallerini çalışmanın başından sonuna kadar aynı algıladıkları (Kontrol_{30hfGKÖ}: 71.29, Kontrol_{34hfGKÖ}: 70.41), gebe masajı grubu gebelerin ise belirgin bir şekilde daha iyi algıladıkları (Gebe masajı_{30hfGKÖ}: 57.69, Gebe masajı_{34hfGKÖ}: 96.69) saptanmıştır (Tablo 22, 23). Bunun yanında, gebe masajı grubundaki gebelerin her hafta masaj öncesi ve sonrası genel iyilik halleri karşılaştırıldığında; gebelerin her hafta gebe masajından sonra masaj öncesine göre iyilik hallerinin daha yüksek olduğunu belirttikleri ($p<0.01$) ve bu artışın haftalar arası anlamlı bir şekilde benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 25). Bulguların haftalara göre dağılımı incelendiğinde (Grafik 3), gebelerin gebe masajı öncesi iyilik hallerinin tüm haftalarda benzerlik gösterdiği, gebe masaj sonrası iyilik hallerinin ise haftalar arasında anlamlı bir farklılık olmayacak şekilde artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Tüm bu sonuçlar gebe masajının gebenin genel iyilik halini anlamlı bir şekilde arttırıcı etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın ilk hipotezi olan “*H1: Gebe masajı gebelerin iyilik hali algılarını (GKÖ) artırır.*” hipotezi doğrulanmıştır.

Field ve arkadaşları (1999) 14-30. gebelik haftaları arasında, 23-35 yaş arası gebelerden randomize olarak iki farklı grup belirlemiş ve bir gruba masaj terapi, diğer gruba relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi yöntemini uygulamışlardır. Gebelere beş hafta süresince, haftada iki kez yapılan gebe masajı sonrası anksiyetelerinin, depresyon düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmada, gebelerin uyku kalitesinin arttığı, duygu durumunun olumlu yönde geliştiği, daha iyi bir gebelik ve daha iyi bir doğum sonu süreç deneyimledikleri saptanmıştır (7). Field ve arkadaşları (2009), düzenli masaj terapi yapılan gebelerin depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığını ve kontrol grubu gebelerin zaman içinde bel ağrıları artarken masaj terapi grubundaki gebelerin bel ağrılarının anlamlı olarak azaldığını saptanmıştır. Ayrıca, anksiyete, öfke, zorluklar/sıkıntılar ve uyku bozukluğu puanlarına ilişkin grupların hiçbirinde uygulamanın olumsuz etkilerine ilişkin bulgu saptanmamıştır (25). Field ve arkadaşları her hangi bir komplikasyonu olmayan 20-32 hafta arası 84 depresif gebe ile gerçekleştirdikleri başka bir araştırmada (2012), 20 dk tüm vücut masaj terapinin anksiyete, öfke, depresyon ve bel-bacak

ağrısını anlamlı olarak azalttığı ayrıca gebelerin iletişim becerisini anlamlı olarak arttırdığını saptamışlardır (26).

Keir (2011) beyin tümörü olan hastalar ile masaj terapinin yaşam kalitesi ve stres düzeyi üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, masaj terapi uygulanan beyin tümörü olan hastaların 2-3 hafta arasında stres düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Çalışmada, stresin azalma yönünde bir eğilim göstermesi için masaj terapinin dördüncü haftada da devam etmesi gerektiği vurgulanmıştır (31). Gebe masajı çalışmasında ise her hafta anlamlı bir değişim ortaya çıkmıştır. Araştırmalar arası farklılığı ortaya çıkaran bu durumun çalışma gruplarının özelliklerinden (sağlıklı gebeler ve hasta bireyler) ve/veya ölçüm tekniğinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bu bulgu bir kez yapılan gebe masajının uzun süreli etkisinin olacağını düşündürmemelidir.

Çalışmada uygulama sayısı ve sıklığı ile etki süresine ilişkin veriye rastlanmamış olmakla birlikte kaynaklarda, birçok klinikte tıbbi ve tedavi edici terapi olarak kullanılan masajın stres yönetimi için düzenli uygulanması gerektiği önerilmekte ve yapılan araştırmalarda 14-34. gebelik haftaları arası, 5-18 hafta süresince, haftada bir veya iki kez, 20'şer dakikalık masaj terapi seanslarının uygulandığı görülmektedir (1,2,7,8,25,26,29,32-34).

5.2.2.1. Prenatal Bağlanma Envanteri Bulgularının Tartışılması

Bağlanma, ilk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi ile başlayan ancak sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar üzerinde etkinliği olan önemli bir süreçtir (4). Prenatal dönemde fetus, annenin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir. Bu nedenle gebenin bu dönemde ilk olarak bedenindeki fiziksel ve ruhsal değişiklikleri benimsemesi gerekmektedir. Ayrıca gebe olumlu duygularını henüz doğmamış olan bebeğine aktarabilir ise bağlanmanın ilk temellerini de oluşturmuş olacaktır (5). Bu özden yola çıkarak çalışmada 30. ve 34. gebelik haftalarında kontrol grubu ve gebe masajı yapılan grubun prenatal bağlanma düzeyleri değerlendirilmiştir. Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebeler ilk görüşmedeki (30. hafta) ölçek puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında; gebelikte kadının bebeğine bağlanma düzeyini saptamak için kullanılan Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 20) ancak son görüşmede (34. hf) gruplar arası anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 21). Gruplar kendi içlerinde değerlendirildiklerinde, kontrol grubu gebelerin prenatal bağlanma düzeylerinin çalışmanın başından sonuna kadar aynı olduğu (Kontrol_{30hf}PBE: 65.16, Kontrol_{34hf}PBE: 66.12), gebe masajı grubu gebelerin ise belirgin bir şekilde prenatal bağlanma düzeylerinin artmış olduğu (Gebe masajı_{30hf}PBE: 69.00, Gebe masajı_{34hf}PBE: 75.54) saptanmıştır (Tablo 22, 23). Bu sonuçlar gebe masajının gebenin bebeğine bağlanma düzeyini artırıcı etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın ikinci hipotezi olan “*H1: Gebe masajı prenatal bağlanma düzeyini (PBE) artırır.*” hipotezi doğrulanmıştır. Prenatal Bağlanma Envanteri’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2013) çalışmalarında ölçek puan ortalamasının; ilk uygulamada 60.07, üç hafta sonraki ikici uygulamada 61.72 olduğunu ve aralarında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (79). Envanterin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını gerçekleştiren bir diğer çalışma grubu olan Duyan ve arkadaşları da (2013) ölçek puan ortalamasının; ilk uygulamada 41.89, üç hafta sonraki ikici uygulamada 42.88 olduğunu ve aralarında anlamlı fark olmadığını saptamıştır (82). Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, PBE puan ortalamasını 60.7 ± 10.1 saptamıştır (84). Bakır ve ark. (2014) yüksek riskli gebeler ile yapılan araştırmalarında gebelerin PBE puan ortalamalarını 61.96 ± 9.24 olarak saptamışlardır (88). Buko ve Özkan (2016) 350 gebe ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında PBE puan ortalamasını 65.12 ± 11.12 saptamışlardır (85).

Yapılan çalışmada da ilk görüşmedeki ölçek puanlarının diğer çalışmalarda saptanan puanlara benzer olduğu, müdahale olmayan grupta dördüncü haftanın sonunda benzer şekilde bir birimlik artış olduğu ve haftalar arası anlamlı fark olmadığı saptanmıştır.

Çalışmalarda, gebelik ilerledikçe fetus ile etkileşimin artması sonucu, özellikle II. trimesterde fetal hareketlerin hissedilmesi ile bağlanmanın arttığı (Dereli Yılmaz, 2013a) ve PBE'den alınan puan arttıkça (en az 21 en çok 84 puan) prenatal bağlanma düzeyinin de arttığı bildirilmiştir (79). Prenatal Bağlanma Envanteri'ni geliştiren Muller (1993) de araştırmasında, gebelik haftası ilerledikçe prenatal bağlanmanın arttığını ve kadının bu süreçte bebeğinin hareketlerini tanınması ile birlikte bebeğine aşık olduğunu belirtmiştir. Bu durum, prenatal bağlanmanın bağlayıcı olarak tanımlanan gelişimsel bir süreç olduğu görüşünü destekler (83). Çalışma gebelerde bağlanmanın artmış olduğu III. trimesterde gerçekleştirilmiş ve her iki çalışma grubu da aynı haftalarda çalışmada yer almıştır. Bu nedenle çalışmanın başlangıcındaki PBE puanlarının ölçekten alınabilececek en yüksek puana yakın olduğu saptanmıştır. Burada önemli olan, çalışmanın uygulandığı dört haftalık süreçte kontrol grubunda prenatal bağlanma düzeyinde bir değişiklik olmamışken gebe masajı grubunda anlamlı bir artışın olmasıdır.

Literatürde, *'bir kadın gebeliği sırasında tüm insani duyguları yaşayıp bunlarla başedebildiğinde aynı şekilde karnındaki bebeğe de bunu öğretip duygusal yetkinlik kazanmasını sağlar'* denilmektedir. Aynı kaynakta ayrıca, kadının kendisi ya da en ideal şekilde eşlerin birlikte haftada bir kez kendilerine zaman ayırmalarının tek etken faktör olarak bile bağlanmayı teşvik ettiği belirtilmiştir (42). Çalışma veri toplama sürecinde gebe masajı grubundaki gebelere haftada bir kez, bir saat olmak üzere toplam beş hafta tüm vücut gebe masajı uygulanırken gebeler kendileri ile başbaşa kalabilmiştir. Sosyal etkileşim ve yaşanan olumlu atmosfer de bağlanma ve sosyalleşmede büyük rol oynamaktadır (77). Çalışma sürecinde gebe masajı uygulamaları esnasında gebe ile sosyal etkileşimde bulunulmuş ve sıcak bir atmosferde uygulamalar gerçekleştirilmiştir. Bu ortamın ayrıca, birebir verilen ebelik izlem ve danışmanlığın ayrıca ortaya çıkardığı olumlu etkilerin gebe masajının etkinliğini arttırdığı, gebe masajının da prenatal bağlanmayı kuvvetlendirdiği düşünülmektedir.

Bağlanma sürecinin iyi bir şekilde geliştiği durumlarda; bireylerin ilerleyen yaşamında, aile ve iş yaşantılarındaki doyum düzeyleri artmaktadır (4). İlk temel

ilişkide ortaya çıkan yetersizlikler ya da meydana gelen aksamalar ise bağlanmayı olumsuz yönde etkilemektedir. Bu noktada eksik ya da bozulmuş bir bağlanma sürecinin ya da bu sürece neden olan etkenlerin devam etmesinin sonraki gelişim basamaklarına da etkisi olumsuz olacaktır (77,78). Koruyucu ruh sağlığı açısından bakıldığında tüm bireylerin çocuk sahibi olmayı planladıkları dönemde, *gebelik döneminde* ve çocuklarını yetiştirirken desteklenmeleri sağlıklı nesiller yetiştirmek açısından çok önemlidir (78). Bu bağlamda çalışmanın, gebelik dönemindeki bağlanmayı geliştirmek üzere kurgulanmış olmasının uzun vadede toplum sağlığının gelişimine de katkısının olduğu ve sonraki çalışmalara zemin oluşturacak olması nedeni ile katkısının artacağı öngörülmektedir.

Konunun öneminin farkedilmesi ile birlikte bağlanma konusunda yapılan çalışmaların sayısı son yıllarda artmaya başlamış ayrıca kanıt temelli uygulamalar bağlamında da ele alınmıştır (88–92). Ancak bu çalışmaların büyük çoğunluğunu doğum sonu dönem bağlanma ile ilgili çalışmalar oluşturmaktadır (93,94). Ülkemizde prenatal dönemdeki maternal fetal bağlanmayı inceleyen çalışmalar oldukça sınırlıdır (15,82,84,86–88). Uluslararası literatürde ise prenatal bağlanma ile ilişkili ülkemizdeki çalışmalardan daha önce başlayan birçok çalışma bulunmaktadır (70,83,125–130).

Çalışma yönteminde bulunan BFP değerlendirmesinin yapılması, ‘gebeler ekranda bebeklerini gördükleri için bağlanmayı olumlu yönde etkileyebilir’ düşüncesini akla getirmektedir. Ancak, yapılan araştırmalar ultrason görüntüleme sonrasında çoğu kadının bu deneyimi olumlu tanımlamalarına karşın bu uygulamanın aslında güçlü bir anne-bebek bağlanması oluşturmadığını göstermiştir. Ayrıca kadının karnının üstüne dokunulması ve fetus hareketlerinin hissedilmesinin bağlanmanın teşvik edilmesi açısından kesinlikle ultrason görüntülerinden daha yararlı olduğu belirtilmiştir (42). Çalışma kapsamında gerçekleştirilen gebe masajı uygulamaları gebenin karnına teması içermemektedir. Bu nedenlerle çalışmadan elde edilen verilerin, yalnızca gebe masajının bağlanma üzerine etkisini ortaya koyan veriler olduğu düşünülmektedir.

5.2.2.1. Prenatal Distres Ölçeği Bulgularının Tartışılması

Kadının ruhsal durumu ve yaşantısı, gebeliğin gidişini etkilediği gibi; gebelik, doğum eylemi, doğum sonu ve laktasyon dönemleri gibi gelişimsel süreçler de ruh sağlığını etkilemektedir (45,46). Aynı zamanda gebeliğin genellikle son haftalarında

kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar (3). Birçok kadın gebelik ve doğumun getirdiği fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlayabilirken, bazı kadınlar; hafif, orta veya şiddetli düzeylerde ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler (47). Salacz ve arkadaşları (2012), gebelikte algılanan stresin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğunu saptamışlardır (66). Gebelik döneminde annenin yaşadığı stresin ise bebeğin beyin gelişimi üzerine ciddi etkisi olabileceği kaynaklarda belirtilmektedir (42). Krabbendam ve arkadaşları (2005) 5.511 gebe ile yaptıkları çalışmalarında gebelikte yaşanan sıkıntılardan olan, algılanan stresin yüksek olmasının erken doğum ve prematür bebek riskini artırdığını bulmuşlardır (71).

Çalışmada kontrol ve gebe masajı grubundan elde edilen, gebelerin sıkıntı ve endişelerinin düzeyini gösteren Prenatal Distres Ölçeği (PDÖ) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; ilk görüşmede (30. hafta) gruplar arası anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) (Tablo 20) ancak son görüşmede (34. hf) anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 21). Ölçekten 0-34 arasında bir puan alınabildiği (13) dikkate alındığında, her ne kadar sağlıklı gebe grubu ile çalışılmış olsa da kontrol ve gebe masajı grubundaki gebelerin çalışmanın başlangıcında düşük seviyede (Kontrol_{30hf}PDÖ: 11.32, Gebe masaj_{30hf}PDÖ: 11.00) prenatal distreslerinin olduğu görülmektedir. Gebeliğin son döneminde kadınların gebelik sürecine bağlı özellikle fiziksel sıkıntılarının arttığı (24) bilinmektedir. Çalışma grubundaki gebelerin bir miktar prenatal distreslerinin olması normal olarak değerlendirilmiştir. Ülkemizde gebe masajı, bilinen ve yaygın bir uygulama olsa idi (çalışma bulgularında gebelerin tamamını daha önce gebe masajını duymadığını belirtmiştir ve araştırmacının özel yaşantısındaki gözlemi de benzer şekildedir), bu durumda gebelerin son haftalarda kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları ve fizyolojik rahatsızlıklarının ortaya çıkması nedeni ile masaj terapi yaptırabilecekleri bir yer bulmak için motive olmaları beklenebilirdi (3).

Ölçekten alınan puanın artması durumunda prenatal distres düzeyinin arttığı belirtilmiştir (13). Bu bağlamda gruplar kendi içlerinde değerlendirildiklerinde, kontrol grubu gebelerin prenatal distres düzeylerinin çalışmanın başından sonuna kadar aynı olduğu (Kontrol_{30hf}PDÖ: 11.32, Kontrol_{34hf}PDÖ: 11.77), gebe masajı grubu gebelerin ise anlamlı bir şekilde prenatal distres düzeylerinin azalmış olduğu (Gebe masaj_{30hf}PDÖ: 11.00, Gebe masaj_{34hf}PDÖ: 7.00) saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 22, 23). Bu sonuçlar gebe masajının kadının gebelik döneminde yaşadığı sıkıntı ve endişeleri azaltan bir etkisinin olduğunu ortaya koymaktadır. Bu doğrultuda araştırmanın üçüncü

hipotezi olan “*H1: Gebe masajı prenatal distresi (PDÖ) azaltır.*” hipotezi doğrulanmıştır. Yüksel ve arkadaşları (2011) çalışmalarında III. trimester gebelerin (n=135) ilk ölçek puanının 8.58 olduğunu ve 2-4 hafta sonra ölçek puanının 10.27 olduğunu saptamışlardır (13). İlgili çalışma sonucu çalışma grubuna göre daha erken haftalardaki gebeleri de kapsamaktadır ve gebelik haftası arttıkça yaşanan sıkıntı, stres ve endişelerin de arttığı bilinmektedir. Bu nedenle ilgili çalışmadaki ölçek puan ortalamasının çalışmadaki ölçek puan ortalamasından düşük olması bu şekilde değerlendirilmektedir. Dikkat çeken bir sonuç ise ilgili çalışmada gebelik haftası arttıkça PDÖ puan ortalamasının anlamlı bir şekilde artmış olmasına karşın çalışmada artmamış olmasıdır. Araştırmalar arasındaki bu farklılığın ölçek geliştirme çalışmasında sağlık sorunu öyküsü olan ve yaş ortalaması daha yüksek bir grup ile gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca çalışmada kontrol grubu gebelere her ne kadar gebe masajı yapılmamış olsa da istediği zaman ebeye ulaşabilerek danışmanlık alabilmesi, rutin gebelik takiplerinin dışında ayrıca EFM ve BFP değerlendirmesinin yapılmasının etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir.

Uzun yıllardır masaj ve gebe masajı deneyimi oldukça fazla olan Osborne (2009), masaj terapi yaptırmak isteyen birçok gebenin, bu uygulamanın onların terme ulaşmasında yardımcı olduğunu, daha az gebelik komplikasyonu yaşadıklarını ve daha fazla huzur hissettiklerini ifade ettiklerini belirtmiştir (21). Kimber ve arkadaşları (2008), geç gebelikten doğuma kadarki sürede fizyolojik değişikliklere bağlı oluşan ağrıyı deneyimleyen gebelerde, müzik ya da masaj terapinin ağrı eşiğine etkisini incelemiştir. Fetal anomali taraması için 20. gebelik haftasında ultrasonografi yaptırmak üzere kliniğe gelen gebelerin yazılı olarak bilgilendirildiği, ebenin rutin antenatal takibi esnasında 28. haftada tekrar görüşülen grup ile 30-35. haftalarda uygulanmak üzere masaj terapi, müzik terapi ya da plasebo grupları oluşturulmuştur. Müdahale gruplarında istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ağrı puan ortalamasında azalma saptanmıştır (22).

Kontrol grubu gebelerin ilk (30. hafta) ve son (34. hf) görüşmedeki ölçek alt faktörleri incelendiğinde de; faktörlerin hiçbirinde haftalar arası anlamlı değişim saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak gebe masajı grubu gebelerin ‘Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler’ alt boyutu ve ‘Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler’ alt boyutu puanlarının

anlamli bir Şekilde azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Gebe masajı grubunda ‘Sağlık Bakım Kalitesi ve Sağlık Durumu ile İlgili Endişeler’ alt boyutu ve ‘Maddi Endişeler’ alt boyutu puanlarının ise anlamli bir değişim göstermediği ($p>0.05$), ilk görüşmede de son görüşmede de puanların oldukça düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 22-23). Yapılan çalışmalarda; gebelerin antenatal dönemde yaşadıkları stres ve anksiyetenin, annelerin  ocuk bakımındaki başarılarını olumsuz etkilediği ve yenidoğanda ilerleyen yıllarda emosyonel durum ve davranışlar üzerine olumsuz etkilerinin olduğu belirtilmektedir (8,52–54,71). Maternal prenatal distrese maruziyet, çocuklarda psikopatoloji görülme riskini artırmaktadır (73). Monk ve arkadaşları (2016) maternal distresin fetal davranışlara ve plasental genlere etkisini araştırdıkları ve bu alanda ilk olan çalışmalarında 61 kadından veri toplamışlardır. Çalışmada 24-27. gebelik haftalarında anket ile duygu durum değerlendirmesi ve t kr kte kortisol bakılmış sonra 34-37. haftalarda uzun vadeli hafıza depolamasını düzenleyen DNA metilasyonu yoluyla fetal davranış üzerine etkiler araştırılmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda, PD  puanının düşük olduğu (20 puan altı düşük kabul edilmiş), kortisol n plasenta aracılığı ile fetusa geçtiği ayrıca gebelerdeki distresin fetusu etkilediği (fetal hareketleri ve kalp atım hızını yavaşlattığı) ve plasental genlerde değişiklikler ortaya çıkardığı saptanmıştır (73). Benzer bir Şekilde Togher ve arkadaşları da (2017) farklı ölçekler kullanarak gerçekleştirdikleri benzer bir çalışmada benzer sonuçlar bulmuşlardır (74). Bu olumsuz etkileri önleyebilmek için gebenin fiziksel ya da duygusal stresinin azaltılması gerekir. Fiziksel ve duygusal stresi azaltmanın en iyi yolu ise masaj terapidir (1). Osborne masaj terapinin, birçok kadının sakinleşmesi/rahatlaması ve doğum eyleminin gerektirdiği hazırlıklarla başa çıkması yönünde m kemmek bir etkisinin olduğunu belirtmiştir (3). Çalışma bulgularında da gebe masajı grubu gebelerin ‘Gebeliğe Bağlı Fiziksel ve Sosyal Değişimler, Bebek ve Doğum Eylemi ile İlgili Endişeler’ alt boyutu ve ‘Bebeğin Bakımı ve Doğum Sonrası Yaşam ile İlgili Endişeler’ alt boyutu puanlarının anlamli bir Şekilde azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunda olmayıp da gebe masajı grubunda olan bu değişimin gebe masajının olumlu etkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışma bulgularına benzer Şekilde; Field ve arkadaşları (2009), gebelik komplikasyonu olmayan ve gebelikte majör depresyonu olan 16-20. gebelik haftaları ve 18-30 yaşlar arasındaki, tekiz gebelik olan ve partneri ile birlikte yaşayan gebelerde gebe masajının etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada haftada iki kez, 12 hf süre ile yastık destekli yan yatış pozisyonunda, toplam 20 dk (sol yan: 10dk, sağ yan: 10 dk),

tüm vücut masajı (baş ve boyun, sırt, kollar, eller, ayaklar), masaj terapisti tarafından uygulanmıştır. Çalışmada; düzenli masaj terapi yapılan gebelerin depresyon düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak azaldığı, kontrol grubu gebelerin zaman içinde bel ağrıları artarken masaj terapi grubundaki gebelerin bel ağrılarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmada, anksiyete, öfke, zorluklar/sıkıntılar ve uyku bozukluğu puanlarına ilişkin grupların hiçbirinde uygulamanın olumsuz etkilerine ilişkin bulgu saptanmadığı bildirilmiştir (25).

Farklı özelliklere sahip araştırma grupları ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar saptanmıştır. Adip-Hajbaghery ve ark. (2014), tüm vücut masajının erkek kalp hastalarında; anksiyeteyi anlamlı bir şekilde azalttığını, kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığını saptanmışlardır (75). Keir (2011) tarafından beyin tümörü olan hastalar ile gerçekleştirilen çalışmada, masaj terapinin yaşam kalitesi ve stres düzeyi üzerine etkisi değerlendirilmiştir. İleriye yönelik olarak sadece müdahale grubu ile yapılan çalışmada; 18 yaş üstü hastalara dört hafta, haftada iki kez ve her seansta 45 dk olacak şekilde, 600 saatlik masaj eğitimi olan yüksek eğitilmiş iki masaj terapisti tarafından İsveç masajı uygulanmıştır. Masaj terapi uygulanan beyin tümörü olan hastaların 2-3 hafta arasında stres düzeylerinin anlamlı olarak azaldığı, müdahalenin sonunda katılımcılarda duygusal refah, ek beyin tümörü endişeleri ve sosyal/aile refahına ilişkin olumlu yönde önemli gelişmeler olduğu bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların stres durumlarında iyileşmeler ve yaşam kalitelerinde artış olduğunu bildirdikleri belirtilmiştir (31).

Çalışma bulguları da göstermektedir ki gebe masajı, gebelikte yaşanan sıkıntı ve endişeler ile doğum sonrası döneme ilişkin endişeli düşüncelerin azalmasında etkili olmuştur. Gebe masajı grubunda sağlık bakım kalitesi ve sağlık durumu ile maddi endişeler konusunda ise ilk ve son görüşme arasında geçen zamanda bir değişim olmamıştır. Çalışma sonuçları açısından bu olumlu bir durumdur. Çünkü çalışma kapsamında gerçekleştirilen gebe masajı ve değerlendirme tekniklerinin, gebede sağlık bakım kalitesine ve sağlık durumu ile ilgili maddi sürece ilişkin endişe yaratmadığını göstermektedir. Ayrıca bunun nedeninin; gebe masajı uygulaması esnasında gebelerin rutin gebelik izlemlerini devam ettiriyor olmaları, araştırmacının ebe olması nedeni ile gebelik dönemine ilişkin izlem ve danışmanlık alabiliyor olmaları, klinikteki

işlemlerin ve gebe masajı uygulamasının ücretsiz gerçekleştirilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2.2.1. Biyofizik Profil Bulgularının Tartışılması

Kontrol ve gebe masajı grubundaki gebelerin ilk görüşme (30. hafta) ve son görüşmede (34. hf) BFP'lerinin her iki grup karşılaştırmasında anlamlı olarak benzer olduğu yani gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$), gruplar kendi içinde değerlendirildiğinde de sonuçların anlamlı olarak benzer olduğu ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 17-19, Tablo 21-23). Çalışmanın sağlıklı gebeler ile gerçekleştirilmiş olması nedeni ile ilk görüşmede BFP'si 8-10 puan olan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Aynı zamanda son görüşmede BFP'nin 8-10 puan olması gebe masajı uygulamasının fetusa zarar vermediğini kanıtlamaktadır. Bulgular doğrultusunda, çalışma hedeflerinden olan gebe masajının fetal iyilik haline etkisine ilişkin elde edilen sonuçlar doğrultusunda gebe masajının fetal iyilik haline olumsuz etkisinin olmadığı görülmektedir.

5.2.2.1. Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası Bulgularının Tartışılması

Verilen bakımın kalitesinin ölçülmesinde bireylerin tatminlerinin ölçülmesi vazgeçilmez unsurlardandır. Bu nedenle işlerlikleri kanıtlanmış ve yaygın olarak kullanılan iki skalanın (Görsel Analog Ağrı Skalası ve Wong-Baker Skalası) özelliklerini birleştiren Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası (118), çalışma kapsamında gebenin gebe masajından memnun olma durumunu saptamak için kullanılmıştır. Kılınçer ve Zileli, ölçeğin gebelerde kullanımının uygun olduğunu bildirmişlerdir (Ek 6). Bu nedenle çalışmanın yazım dilinde “hasta” kelimesi yerine “gebe” ifadesi kullanılmıştır. Çalışmada, gebe masajı grubundaki gebelerin ilk (30. hafta) ve son görüşmedeki (34. hafta) gebe masajından memnuniyetleri değerlendirildiğinde, memnuniyet düzeylerinin haftalar arası fark olmaksızın anlamlı bir şekilde hep yüksek olduğu ($p>0.05$) saptanmıştır. Gebelerin ilk gebe masajı seansı ile son gebe masajı seansından memnun olma düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bulunmuştur (Ortanca_{30 hf}: 99.00 ± 5.72 ; Ortanca_{34 hf}: 100.00 ± 4.80) (Tablo 23). Bu doğrultuda araştırmanın dördüncü hipotezi olan “H4: *Gebelerin gebe masajı memnuniyetleri (GAHTS) yüksektir.*” hipotezi doğrulanmıştır.

Gebe masajı grubu gebelerin tamamı (%100.0) diğer gebelere gebe masajını önerebileceklerini, önerme nedeni olarak %76.9 oranında gebe masajının faydalı ve rahatlatıcı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 13).

Gebe masajı grubundaki gebeler 34. haftada gebe masajına yönelik düşünce ve önerme/önermeme durumlarını aşağıdaki ifadeler ile belirtmişlerdir.

- Gebe masajı grubunda gebe masajını öneren gebelere ait cümleler:
 - *"Annenin vücudundaki rahatlamanın bebeği de rahatlattığını ve daha mutlu olduğunu düşünüyorum. Tüm stresi azaltıyor ve daha mutlu olunuyor."*
 - *"Bel ve sırt ağrılarını hafiflettiğini, bedensel olarak rahatlattığını, çeşitli nedenlerle kas ve sinirlerin gerginliğini en aza indirdiğini hatta yok ettiğini, çok fazla rahatlatıcı olduğunu düşünüyorum. Bedensel ve zihinsel olarak çok güzel rahatlattığını ve doğuma çok iyi hazırladığını düşünüyorum. Bu yüzden çok öneririm."*
 - *"Bel ve sırt ağrılarını hafiflettiğini, bedensel olarak rahatlattığını, çeşitli nedenlerle kas ve sinirlerin gerginliğini en aza indirdiğini, avuç içlerimin gerginliğini azalttığını hissettim (daha önce avuç içlerim sıcak su ile yanmış, doku yapışıklıkları olmuştu ona bile iyi geldi). Gerçekten ağrı çok bariz bir şekilde azalıyor ve rahatlama çok bariz bir şekilde artıyor. Kesinlikle çok öneririm."*
 - *"Belirgin rahatlama hissi özellikle ense, omurga ve bacaklarda... Vücudum gevşedi, hem ruhen hem de bedenlen rahatladım. Anne ve bebeğe olumlu katkısı olduğunu düşünüyorum. Gebelik masajından gayet memnun kaldım ve rahatlamış olduğumu hissediyorum. Bu uygulamanın gelişmesini ve devam etmesini arzu ediyorum."*
 - *"Dinlendirici ve rahatlatıcı. Belimin sol tarafında ağrı, ayaklarımda ve ellerimde şişme vardı. Masaj hafifletti, rahatlattı. Gebelerin zinde hissetmesi için tüm gebelere öneririm. "*
 - *"Gebe masajı insanı rahatlatıyor, huzur ve mutluluk veriyor. Bebeğime ve bana iyi geliyor. Çok güzel bir şey. Herkes yaptırmalı bence, baya bir rahatlıyorsun. Çok da iyi geldiğini düşünüyorum. Bu yüzden çok öneririm."*
 - *"Gebelik masajı boyunca inanılmaz bir rahatlama hissi oluştu bende. Gebelikte olan kramplar, bel ve sırt ağrılarımın, tüm şikayetlerimin gittiğini"*

gördüm. Açıkcası benim ve bebeğim için çok faydalı oldu. Gebelerin bütün şikayetlerinden kurtulup rahatlamaları için çok çok öneririm."

- *"Gebeye huzur verdiğini, rahatlattığını, gevşettiğini, beden ağrılarından arındırdığını, gebeye esneklik kazandırdığını, özellikle ruhsal olarak rahatlattığını düşünüyorum. Bebeğin de huzurlu olduğunu düşünüyorum. Gebelerin hem kendilerine hem bebeklerine ayırabilecekleri mükemmel bir zaman. Birbirleriyle bağ kurmaları ve birbirlerini hatırlamaları yönünden önemli..."*
- *"Hem ben hem bebeğim kendimizi rahat hissettik. Gebe masajının tüm gebelere çok fazla etki edeceğini düşünüyorum, benim için öyle oldu. Çok kötü bel ağrısı çekiyordum iki seanslık masajdan sonra ağrılarım hemen hemen kayboldu. Çok faydalı bence, çünkü en büyük sorunumuz sebepsiz ağrılar. Şu an çok huzurluyum, hem ruhen hem de fiziken."*
- *"Kalp atımlarım ve tansiyon değerlerim dengelendi. Gebeliğin getirdiği kas ağrıları, bel ağrıları gibi şikayetlerim azaldı. Bebeğin kalp atımları ve hareketleri arttı. Gebeliğin getirdiği ağrı, ödem, tansiyon problemleri gibi problemlerimi dengeledi. Gebeliğin daha rahat ve sağlıklı geçirilmesine faydası var diye düşünüyorum o yüzden kesinlikle öneririm."*
- *"Kesinlikle çok rahatlatıcı. Özellikle bel ağrısı gibi rahatsızlıklarım olduğundan kesinlikle korkunç bir hamilelik dönemi geçireceğimi düşünüyordum. Masaj sayesinde dayanılmaz ağrılarım olmadı. Daha rahat atlattım."*
- *"Olumlu etkileri olduğunu düşünüyorum. Bu haftalar fiziksel olarak herşey daha da zorlaşıyor; oturma, uyuma vs. Ama gebe masajı sayesinde vücut gerçekten rahatlıyor ve büyük bir destek sağladığını düşünüyorum. Gebelerin ağrı yaşamaması ve rahatlaması için şiddetle öneriyorum. Sadece fiziksel değil psikolojik olarak da tavsiye ediyorum."*
- *"Rahatlatıcı, bebeğe ve bana faydalı olduğunu düşünüyorum. Masajın bebeğimi mutlu ettiğini düşünüyorum. Çok öneririm."*

Kontrol grubundaki gebeler ise 34. haftada gebe masajına yönelik düşünce ve önerme/önermeme durumlarını gebe masajı grubuna benzer şekilde aşağıdaki ifadeler ile belirtmişlerdir.

- Kontrol grubunda gebe masajını öneren gebelere ait cümleler:

- "Anneyi rahatlatıp iyi geleceğini düşünüyorum. Bu yüzden öneririm."
- "Anneyi rahatlatıp iyi geleceğini düşünüyorum. Rahatlatıcı olacağını ve iyi hissettireceğini düşündüğüm için öneririm."
- "Anneyi rahatlatıp, doğumun daha kolay olacağını düşünüyorum. Bu yüzden çok öneririm."
- "Bebeği ve anneyi rahatlatır gevşemesini sağlar. Gebelik zor bir süreç. Bu nedenle fiziksel ve ruhsal rahatlık sağlayacağı için çok öneririm."
- "Bebeğin ve annenin gevşemesini, rahatlamasını sağladığını, doğuma katkısı olduğunu düşünüyorum. Doğuma hazırlıkta anne-bebek arasındaki bağı kuvvetlendireceği için öneririm."
- "Bebeğin ve annenin vücudunu rahatlatıp psikolojik açıdan iyi geleceğini düşünüyorum. Ağrılar ve zihinsel açıdan rahatlatacağı için öneririm."
- "Bilgim olmadığından söyleyebileceğim bir şey yok ama bilgim olmadığı halde öneririm."
- "Doğum sırasında ağrının daha az algılanmasını sağladığını düşünüyorum. Doğum sırasında ağrının daha az hissedilmesi için öneririm."
- "Huzurlu ve rahatlatıcı olduğunu düşünüyorum. Gebeler kendilerini daha rahat ve huzurlu hissederler bu yüzden çok öneririm."
- "İyi olabilir ama daha önce yaptırmadığım için az öneririm."
- "Masaj yapılan gebe daha rahat ve kolay doğum yapar diye düşünüyorum. Bu yüzden öneririm."
- "Psikolojik olarak daha iyi hazırladığını ve doğum için faydalı olacağını düşündüğüm için öneririm."
- "Yaptırmadım bilmiyorum ama rahatlatıcı olacağını düşündüğüm için öneririm."
- "Yaptırmadım bilmiyorum. O yüzden az öneririm."
- "Yararlı olabilir. Önermek için iyi geleceğini düşünmek bile yeterli."
- Kontrol grubunda gebe masajını önermeyen gebelere ait cümleler:
 - "Yaptırmadım bilmiyorum. Bilgim olmayan birşeyi önermem."
 - "Yaptırmadım bilmiyorum. Faydasını bilmediğim için hiç önermem."

Gebe masajına ilişkin her iki grubun ifadeleri de değerlendirildiğinde gebelerin gebe masajı yaptırdıklarında bu uygulamadan ve sonuçlarından oldukça memnun oldukları, kontrol grubunda ise gebe masajı yapılmamış olmasına rağmen bunun gebe

ve fetus için faydalı olduğunu düşündükleri görülmektedir. Daha önce gebe masajını hiç duymamış ve yaptırmamış olan gebeler arasından yalnız iki gebe bu uygulamayı önermeyeceğini belirtmiştir. ‘Belki de çalışma kapsamında gebelere bilgilendirme yapılmış olsa gebelerin bu konudaki görüşleri değişebilir’ düşüncesi oluşmuştur.

Gebe masajı grubundaki gebeler masaj seanslarında hoşlarına giden durumlara ilişkin görüşlerini aşağıdaki ifadeler ile belirtmiş, hoşlarına gitmeyen durumların ise olmadığını ifade etmişlerdir:

- “Bacak, sırt, kollar ve ellerime yapılan masaj beni çok rahatlatmış.”
- “Bel ve sırt masajı. Benim normalde farketmediğim fakat masajdan sonra farketmişim vücudumdaki gerginliğin geçmesi, gevşemesi.”
- “Bel, avuç içi masajı ve yatış pozisyonu çok rahatlatmış.”
- “Boyun, sırt ve omurgaya yapılan masaj benim için muazzamdı. Masaj esnasında çok rahat hissettim, gerçekten tadını çıkarmak buna denilebilir.”
- “Güler yüzle karşılanmak ve sorulara net cevap almak...”
- “Hepsi özellikle omurga, omuz, ayak, bacak masajı çok hoşuma gitti.”
- “Masaj sırasında özellikle omurgada gerginlik hissetmek beni çok rahatlatmış.”
- “Özellikle kollarıma ve bacaklarıma yaptığı uygulama çok güzeldi.
- “Sırt, bacak...”
- “Şikayetlerime yönelik yapılan masaj şikayetlerimde gerileme yaptı. Özellikle bel, omur ve bacak masajı çok iyi geldi. Ben çok gevşedim. Bebeğim de devamlı hareket halindeydi.”
- “Tüm bölgelere yapılan masajlar özellikle sırt bölgesi çok iyiydi. Çok memnun kaldım.”
- “Tüm seanslar boyunca mutlu, huzurlu hissettim. Sırt, omurga, kalça kısmına yapılan masaj benim için çok iyiydi. Çünkü vücudumdaki ağrılı bölgeydi. İlk masajda bile muhteşem sonuç aldık.”
- “Uyumlu bir iletişimle masaj yapıldı. Özellikle sırt ve bacak masajı çok hoşuma gitti. Rahatladığımı hissettim, bu kadarını beklemiyordum. Memnun kaldım.”
- “Vücudumda gevşeme ve rahatlama hissettim. Ben rahatladıkça terapistin mutlu olması hoşuma gitti. Bütün hareketler hoşuma gitti.”

– “Yapılan bütün masaj hareketleri baştan sona harikaydı, hiçbirini ayıramam. Boyun gerdirmе, ellere ve ayaklara yapılan hareketler, omurga masajı ve omuz hareketi..”

Yukarıdaki bulgular dorultusunda, çalışma hedeflerinden olan gebelerin gebe masajına ilişkin düşünce, değerlendirme ve görüşlerinin saptanmasına ilişkin fikir sahibi olunduğu ve tüm geri bildirimlerin olumlu yönde olduğu görülmektedir.

Gebe olan ve olmayan farklı gruplarda yapılan çalışmalarda, masajın olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (7,8,25–41). Gebe masajı uygulamasının tüm bu faydaları nedeni ile de tüm gebelere ulaşması gereken bir sağlık bakım hizmeti olması gerektiği düşünülmektedir.



6. ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

Daha önce doğum deneyimi ve infertilite öyküsü olmayan, 20-35 yaş arası tek ve sağlıklı gebeliği olan kadınlarda gebe masajının gebe ve fetus üzerine etkisinin randomize kontrollü ve deneysel olarak değerlendirildiği çalışmada; maternal ve fetal iyilik halleri, gebelerin genel iyilik hali algısı, prenatal bağlanma ve prenatal distres düzeyleri ve bu değerlere gebe masajının etkisi, gebelerin gebe masajından memnuniyet durumları ayrıca, gebe masajına ilişkin düşünceler ile ilgili sonuçlara ulaşılmıştır.

– Çalışmaya katılan gebelerin tamamının gebe masajını hiç duymadığı ve büyük çoğunluğunun kadınlara gebe masajını önerebileceğini ifade ettiği görülmüştür. Önermeyeceğini belirten gebelerin ise tamamı bu uygulamayı daha önce duymadığı ve bilmediği için önermeyeceğini belirtmiştir. Çalışmanın sonunda, gebelerin görüşleri olumlu yönde değişim göstermiştir. Gelişmiş ülkelerde yaygın bir şekilde uygulanmakta olan ve yoğun talep gören gebe masajına toplumumuzda bir gereksinim olduğu saptanmıştır. Gebelik dönemini bilen eğitimli eller tarafından ülkemizde gebe masajı uygulamalarının yaygınlaşması yönünde eğitimlerin planlanması önerilmektedir.

– Kontrol grubu ve masaj grubu gebelerin ilk (30. hf) ve son (34. hf) görüşmelerdeki maternal ve fetal iyilik hali göstergelerinin normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. Gebe masajı grubunda bu sağlık göstergelerinin masajdan olumsuz yönde etkilenmediğinin saptanması önemli bulgulardan biridir. Hatta gebe masajı grubunda üst sınırdaki nabız değerinin masaj sonrası anlamlı azalma göstermesi gebe masajının maternal iyilik halini olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Yapılan çalışmanın Türkiye’de ilk kez gerçekleştirilen tüm vücut gebe masajı uygulaması olması nedeni ile bu göstergeler çok ayrıntılı ve dikkatli bir şekilde takip edilmiştir. Bundan sonraki çalışmalarda fark yaratmak hedeflenmediği sürece her çalışmada değerlendirilmesine gerek olmadığı düşünülmektedir.

– Gebe masajı grubundaki gebeler ilk (30. hafta) ve son görüşmedeki (34. hafta) veriler açısından karşılaştırıldığında; gebelerin genel iyilik hali algılarının ve prenatal bağlanma düzeylerinin anlamlı olarak arttığı ($p<0.05$), prenatal distreslerinin ise

anlamli olarak azaldığı ($p<0.01$) saptanmiştir. Tüm seanslarda gebe masajı uygulamasından memnun olma düzeylerinin fark olmaksızın her seferinde oldukça yüksek olduğu ve biyofizik profil değerlerinin tüm çalışma boyunca değişmeksizin hep iyi düzeyde saptandığı görülmüştür. Bu gruptaki gebelerin gebeliğe bağlı fiziksel ve sosyal değişimler, bebek ve doğum eylemi ile ilgili ayrıca bebeğin bakımı ve doğum sonrası yaşam ile ilgili endişelerinin anlamlı bir şekilde azaldığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise bu değerlerin hiçbirinde anlamlı bir değişim olmamıştır. Gebe masajı grubunda kontrol grubuna benzer şekilde sağlık bakım kalitesi ve sağlık durumu ile ilgili endişelerin ve maddi endişelerin değişmediği görülmüştür. Yukarıda saptanan tüm bu faydaları çalışmaya katılan gebelerden biri şu şekilde ifade etmiştir: *"Belirgin rahatlama hissi özellikle ense, omurga ve bacaklarda... Vücudum gevşedi, hem ruhen hem de bedenlen rahatladım. Anne ve bebeğe olumlu katkısı olduğunu düşünüyorum. Gebelik masajından gayet memnun kaldım ve rahatlamış olduğumu hissediyorum. Bu uygulamanın gelişmesini ve devam etmesini arzu ediyorum."* Bu sonuçlar doğrultusunda, araştırmanın dört hipotezinin de doğrulandığı görülmektedir (Hipotez₁: *"H1: Gebe masajı gebelerin iyilik hali algılarını (GKÖ) artırır."*, Hipotez₂: *"H1: Gebe masajı prenatal bağlanma düzeyini (PBE) artırır."*, Hipotez₃: *"H1: Gebe masajı prenatal distresi (PDÖ) azaltır."*, Hipotez₄: *"H4: Gebelerin gebe masajı memnuniyetleri (GAHTS) yüksektir."*). Gebe masajı uygulamasının tüm bu faydaları nedeni ile tüm gebelere ulaşması gereken bir sağlık bakım hizmeti olması gerektiği düşünülmektedir. Bu nedenle gebe masajı uygulamasına gebelerin rahat ulaşımının olabilmesi için, rutin gebelik izlemi yapılan tüm hastanelerde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen doğuma hazırlık sınıflarının yakınında veya içinde kapalı bir alan sağlanarak gebe masajı ofislerinin oluşturulması önerilmektedir. Bu koşulların gerçekleştirilemediği gebe izlem merkezlerinde gebe masajı uygulamasının gebelerin şikayetleri doğrultusunda en azından bölgesel gerçekleştirilebilmesi için doğuma hazırlık sınıflarının içinde bir köşenin düzenlenmesi, gebe masajı uygulamasının aynen fizik tedavi birimlerinde iyileştirici etkisi nedeni ile konsülte edildiği gibi gebe polikliniklerinde de konsülte edilebilmesi, bu konuda uzman ebe ve hemşirelerin sayısının artırılması önerilmektedir. Yukarıdaki öneriler gebe masajının faydalarının kanıtlanmış olması nedeni ile ülkemizdeki gebelerin de gelişmiş ülkelerdeki gebeler gibi gebe masajından fayda sağlayabilmeleri gerektiği görüşünden yola çıkılarak sunulmuştur. Gelişmekte olan bir ülke olduğumuz için bu hizmetin kamu hizmeti

olarak sunulması ve bu tür girişimler ile gebelerin hizmete ücretsiz ulaşımının sağlanması önerilmektedir.

– Çalışmada, kontrol ve gebe masajı grubu gebelerin ilk görüşmede yaşadıkları sıkıntıların benzer olduğu (en çok bel ve/veya sırt ağrısı), son görüşmede ise kontrol grubundaki gebelerin sıkıntıları artarken gebe masajı grubundaki gebelerin sıkıntılarının azaldığı görülmektedir.

– Gebe masajı grubundaki gebelerin ilk seanstan son seansa kadar gebe masajı öncesi iyilik durumları anlamlı olarak hep düşük ve sonrası hep yüksek seyretmiştir. Bu sonuç da araştırmanın ilk hipotezini (“*H1: Gebe masajı gebelerin iyilik hali algılarını (GKÖ) artırır.*”) doğrulamaktadır.

Yukardaki sonuç ve önerilerin dışında çalışmada saptanan bulgular doğrultusunda yapılabilecek diğer öneriler şöyledir:

– Çalışmadan elde edilen bulgular ebe ve hemşirelerin antenatal takibe ilişkin bilgileri uygulamalarına en iyi nasıl dahil edebileceklerine karar vermelerini sağlamak için referans olacaktır.

– Bakım veren ile doğum sonu dönemde kurulmaya başlanan bağlanma davranışının temelleri gebelik dönemindeki anne-bebek bağlanması ile atılmaktadır. Bu dönemlerde güvenli bağlanmanın sağlanamaması durumunda bireyin yaşamını fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı bir biçimde sürdürmesi risk altına girebilmektedir. Bu sebeple ebe ve hemşireler gebelik ve doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasını dikkatle değerlendirmelidir.

– Gebelerin antenatal takiplerinde gebeliğe özgü sıkıntı ve streslerinin ayrıca olası komplikasyonların erken dönemde saptanarak maternal mortalitenin azaltılmasına katkı sağlamak için gebe izlemi yapan sağlık profesyonellerinin kısa ve anlaşılır bir ölçek olması nedeni ile PDÖ’yü rutin uygulamalarına dahil etmeleri önerilmektedir.

– Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE) ölçeğin daha sonraki anne-bebek ilişkilerini öngörme vaadinde bulunduğu belirtilmiştir (Muller, 1993). Bu nedenle prenatal bağlanmanın değerlendirildiği ve doğum sonu bağlanma durumları ile karşılaştırıldığı uzun vadeli prospektif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

– Verilerin geçerliliği ve güvenilirliği nedeni ile gebe ve fetus iyilik halinin saptanması amacı ile yapılan USG değerlendirmelerinin aynı hekim tarafından

yapılması öngörülmüştür. Ancak hekimin ders, seminer, kongre katılımı gibi akademik ve hasta tetkik, tedavi, ameliyat ve takibi gibi klinik görevlerindeki yoğunluğu nedeni ile uzman hekime ulaşmak zor olmuştur. Hekime en kısa sürede en rahat ulaşım için cep telefonu ile iletişim ve birim sorumlu ebe veya hemşiresinden destek alınmıştır (Sonraki çalışmalarda aynı değerlendirme kriterini gerçekleştirebilecek, uzman hekimin bilgi ve becerisi ile paralel donanımına sahip ikinci bir hekimden de destek alınması önerilmektedir).

– Gebelerin ad ve soyad bilgileri ile bilgi işleminden telefon numarasına ulaşmanın zor olması çalışma yönteminde yaşanan güçlüklerdendir. Aynı isimde birçok kayıt çıktığı ya da ulaşılan telefon numarasının gebeye ait olmadığı sıklıkla bir yakınına ait olduğu gibi durumlar yaşanmıştır. Numaranın gebenin yakınına ait olması durumunda da öncelikle yakınına süreçle ilgili bilgilendirilerek gebe ile görüşmek için ikna etmek gerekmiştir (Sonraki çalışmaların gebe polikliniği kayıtlı gebeleri ile yürütülmesi örnek sayısına ulaşılma kolaylığı açısından daha iyi olacaktır).

– Uluslararası literatürde, gebe masajının düşük ve yüksek riskli gebelerde uygulanabilmesi için obstetri servisine entegre edildiği örnekler bulunmaktadır (34). Ülkemizde de gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu döneme ilişkin biyo-psiko-sosyal özellikler ve bu dönemlerin fizyopatolojisi ile ilgili dört yıllık lisans eğitimini tamamlayan ebeler ile lisans eğitiminde bu konuda yoğun bir eğitim alan ve aynı zamanda diğer bilim dallarındaki bilgi ve deneyimleri nedeni ile hemşirelerin, gebe masajı konusunda bilgi ve beceriye yönelik uluslararası kabul gören bir eğitim aldıkları taktirde rutin gebe izlem ve bakım uygulamalarına gebe masajını da dahil edebilecekleri düşünülmektedir.

Sonuç olarak gebe masajının son trimesterdeki gebelerde maternal yaşam bulguları, fetal yaşam bulguları ve biyofizik profillerine olumsuz etkisinin olmadığı, gebelerin genel iyilik halini ve henüz doğmamış bebeklerine bağlanma düzeylerini arttırdığı, gebelik döneminde yaşadıkları sıkıntı ve endişeleri azalttığı ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda, gebe masajının gebe ve fetus üzerine olumlu yönde etkileri olan etkili bir ebelik veya hemşirelik girişimi olduğu saptanmıştır.

7. YEDİNCİ BÖLÜM

KAYNAKLAR

1. Maxwell-Hudson C. Bütün Yönleriyle Masaj. İkinci Bas. Le Bas C, editor. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları; 2005. 1-141 p.
2. Podder T. Her Yaş İçin Masaj Etkileri-Teknikleri. Birinci Ba. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi; 2009. 1-171 p.
3. Osborne C. Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice. Second Edi. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 1-210 p.
4. Keskin G, Çam O. Bağlanma Süreci: Ruh Sağlığı Açısından Literatürün Gözden Geçirilmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg [Internet]. 2007;23(2):145–58. Available from: http://hemsirelik.ege.edu.tr/files/2007_23_2.pdf
5. Soysal AŞ, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış [Internet]. Vol. 8, Klinik Psikiyatri. 2005. p. 88–99. Available from: https://www.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_8_2_88_99.pdf
6. Arslan N. Tarihten Bugüne Masaj ve Masaj Uygulamaları. Birinci Ba. İstanbul: İkinci Adam Yayınları; 2012. 1-228 p.
7. Field T, Hernandez-Reif M, Hart S, Theakston H, Schanberg S, Kuhn C. Pregnant women benefit from massage therapy. J Psychosom Obstet Gynaecol [Internet]. 1999 Mar;20(1):31–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10212885>
8. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C. Massage therapy effects on depressed pregnant women. J Psychosom Obstet Gynecol [Internet]. 2004;25(2):115–22. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820412331282231>
9. Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1992 Jan;31(1):125–31. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1537763>
10. Longworth JC. Psychophysiological effects of slow stroke back massage in normotensive females. ANS Adv Nurs Sci [Internet]. 1982 Jul;4(4):44–61.

Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6808905>

11. Dil Derneği. Türkçe Sözlük. İkinci Bas. Ankara: ERTEM Basım Yayın Ltd. Şti.; 2005. 1312 p.
12. Osborne C. Deep Tissue Sculpting Sheets. A Technical and Artistic Manual for Therapeutic Bodywork Practitioners. Second Edi. California USA: Body Therapy Associates; 2011. 239 p.
13. Yüksel F, Akın S, Durna Z. “Prenatal Distres Ölçeği”nin Türkçe’ye Uyarlanması ve Faktör Analizi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg. 2011;8(3):43–51.
14. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. Nurs Res [Internet]. 30(5):281–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6912989>
15. Dereli Yılmaz S. Prenatal Anne - Bebek Bağlanması. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg [Internet]. 2013;10(3):28–33. Available from: https://www.journalagent.com/kuhead/pdfs/KUHEAD_10_3_28_33.pdf
16. Okumuş H, Demir N. Gebelikte ve Doğum Eyleminde Elektronik Fetal İzlem. [Internet]. Birinci Ba. Aluş Tokat M, editor. İstanbul: Deomed; 2013. 1-80 p. Available from: https://www.deomed.com/upload/pdfs/978-975-8882-51-9_pp_1-3.pdf
17. Alp Dal N, Ertem G. Fetal Sağlığın Değerlendirilmesi ve Tarama Testleri. In: Sevil Ü, Ertem G, editors. Perinatoloji ve Bakım. Birinci ba. İzmir: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. p. 373–408.
18. Erkal İlhan S, Kostak S, Melahat Ü, Koç Z, Sançar B, İlhan H. Sağlık Bilimleri Sözlüğü. Birinci ba. Erkal İlhan S, Sançar B, editors. Ankara: Alter Yayınevi; 2013. 264 p.
19. Rowen B. Masaj Rahatlama İçin Dokunma Terapisi. Birinci ba. İstanbul: Alfa Yayınları; 2008. 1-96 p.
20. Eryılmaz G, Erci B, Engin R. Gebelik Sayısının Öz Bakım Gücüne Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg [Internet]. 1999;2(2):76–88. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/29119>
21. Osborne C. Pre-and perinatal massage therapy: survey of massage therapists, 2009. [Internet]. [cited 2015 Sep 10]. Available from: www.bodytherapyassociates.com
22. Kimber L, McNabb M, Mc Court C, Haines A, Brocklehurst P. Massage or

- music for pain relief in labour: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain* [Internet]. 2008;12(8):961–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18304848>
23. Osborne C. Pre- and Perinatal Massage Therapy Certification Workshop Student Guide. Watertown MA, Boston; 2015. (Special Document).
 24. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletil. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. 4-16 p.
 25. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Deeds O, Figueiredo B. Pregnancy massage reduces prematurity, low birthweight and postpartum depression. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2009;32(4):454–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19646762>
<http://www.sciencedirect.com/science/article/B6W4K-4WWFN1W-1/2/c34d30e7f0e874bba23b8781b53c651d>
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W4K-4WWFN1W-1&_user=6033132&_coverDate=12/31/2009&
 26. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2012 Apr;16(2):204–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464118>
 27. Field T. Yoga and Social Support Reduce Prenatal Depression, Anxiety and Cortisol. *J Yoga Phys Ther* [Internet]. 2012;2(5). Available from: <http://www.omicsonline.org/2157-7595/2157-7595-2-124.digital/2157-7595-2-124.html>
 28. Noto Y, Kuda M, Sato T, Ebina M, Hirota K. Effects of Back Massage on Psychological Status and Salivary Biomarkers. *Hirosaki Med J*. 2007;59(Suppl.):188–92.
 29. Field T, Deeds O, Diego M, Hernandez-Reif M, Gauler A, Sullivan S, et al. Benefits of combining massage therapy with group interpersonal psychotherapy in prenatally depressed women. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2009 Oct;13(4):297–303. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1360859208002003>
 30. Adib-Hajbaghery M, Abasi A, Rajabi-Beheshtabad R. Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2014;28:47. Available from:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4219878&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

31. Keir ST. Effect of massage therapy on stress levels and quality of life in brain tumor patients--observations from a pilot study. *Support Care Cancer* [Internet]. 2011;19(5):711–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21046417>
32. Field T, Figueiredo B, Hernandez-Reif M, Diego M, Deeds O, Ascencio A. Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2008;12(2):146–50. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859207000824>
33. Latifses V, Bendell Estroff D, Field T, Bush JP. Fathers massaging and relaxing their pregnant wives lowered anxiety and facilitated marital adjustment. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2005 Oct [cited 2015 Dec 8];9(4):277–82. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1360859205000252>
34. Nabb MTM, Kimber L, Haines A, McCourt C. Does regular massage from late pregnancy to birth decrease maternal pain perception during labour and birth?- A feasibility study to investigate a programme of massage, controlled breathing and visualization, from 36 weeks of pregnancy until birth. *Complement Ther Clin Pract*. 2006;12:222–31.
35. Çoban A, Şirin A. Alt ekstremitelerde fizyolojik ödemi olan gebelere 5 gün süre ile uygulanan ayak masajının ödem derecesi , ağrı , yorgunluk ve uykusuzluk üzerine etkisi. *Genel Tıp Derg*. 2009;19(2):51–6.
36. Coban A, Sirin A. Effect of foot massage to decrease physiological lower leg oedema in late pregnancy: a randomized controlled trial in Turkey. *Int J Nurs Pract* [Internet]. 2010;16(5):454–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20854342>
37. Bakar Y, Sertel M, Öztürk A, Yümin ET, Tatarlı N, Ankaralı H. Short Term Effects of Classic Massage Compared to Connective Tissue Massage on Pressure Pain Threshold and Muscle Relaxation Response in Women With Chronic Neck Pain: A Preliminary Study. *J Manipulative Physiol Ther* [Internet]. 2014;37(6):415–21. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0161475414001109>

38. Gönenç İM, Terzioğlu F. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Ankara Sağlık Bilim Derg. 2012;1(3):129–43.
39. Hidayati H, Barlianto W, Baktiyani S. No Title. Cukurova Med J. 2014;39(3):512–6.
40. Yeşilçiçek Çalık K, Kömürcü N. SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg [Internet]. 2014;4(1):29–37. Available from: <http://www.scopemed.org/?mno=46147>
41. Çınar Ş, Eşer İ, Khorshid L. The Effects of Back Massage on the Vital Signs and Anxiety Level of Elderly Staying in a Rest Home. Sağlık Bilim Fakültesi Hemşirelik Derg. 2009;16(2):14–21.
42. Lang C. Bağlanma, Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. Birinci ba. Üzel N, Özbalcı S, Beyazova U (çev. edt. , editors. Ankara: Modern Tıp Kitabevi; 2018. 1-110 p.
43. Yeşiltepe Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. Perinatoloji Derg [Internet]. 2004;12(1):11–6. Available from: <http://www.perinataldergi.com/20040121002>
44. Kızılkaya Beji N, Aydın Özkan S. Gebelikte Görülen Fizyolojik / Psikolojik Değişiklikler. In: Kızılkaya Beji N, editor. Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Birinci ba. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p. 227–47.
45. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Derg [Internet]. 2005;21(1):115–26. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/egehemsire/article/viewFile/5000152189/5000137978>
46. Hughes PM, Turton P, Evans CD. Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. BMJ [Internet]. 1999 Jun 26;318(7200):1721–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10381705>
47. Bilgili N, Nihal SN. Postnatal Depression: Midwives' and Nurses' Knowledge and Practices. Erciyes Med J. 2010;32(4):265–74.
48. Schneider Z. An Australian study of women's experiences of their first

- pregnancy. *Midwifery* [Internet]. 2002 Sep;18(3):238–49. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12381428>
49. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery* [Internet]. 2010 Jun;26(3):357–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18783860>
 50. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women Birth* [Internet]. 2014 Dec;27(4):e36–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25240846>
 51. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Feb;191:62–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26650969>
 52. O'Connor TG, Heron J, Glover V, Alspac Study Team. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2002 Dec;41(12):1470–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12447034>
 53. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover VTE. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural / emotional problems at 4 years : Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry*. 2002;180:502–8.
 54. Nath A, Murthy GVS, Babu GR, Di Renzo GC. Effect of prenatal exposure to maternal cortisol and psychological distress on infant development in Bengaluru, southern India: a prospective cohort study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2017 Jul 17;17(1):255. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28716072>
 55. Üstünsöz A. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri. *Gülhane Tıp Derg*. 2005;47:156–8.
 56. Telatar B, Öner C, Tutkun E. Anne ve Bebeğin Yaşam Kalitesinin Artırılmasında Doğum Öncesi Bakımın Önemi. *Türkiye Klin J Fam Med Spec Top* [Internet]. 2014;5(3):54–8. Available from: <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-anne-ve-bebegin-yasam->

kalitesinin-artirilmasinda-dogum-oncesi-bakimin-onemi-69329.html

57. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi [Internet]. Sağlık Bak. Ankara; 2014. 7 p. Available from: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Home/GetDocument/466>
58. Aytaç S. İş Stresi Yönetimi El Kitabı. İş Stresi: Oluşumu, Nedenleri, Başa Çıkma Yolları, Yönetimi. [Internet]. Labour Ministry-CASGEM Yayınevi; 2009. 1-34 p. Available from: <https://www.yumpu.com/tr/document/view/15781978/is-stresi-yonetimi-el-kitabi-is-stresi-olusumu-nedenleri->
59. Baltaş A, Baltaş Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. [Internet]. 123, Basım ed. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1993. 23,292-294. Available from: [file:///C:/Users/kocak/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Zuhal Baltaş, Acar Baltaş - Stres ve Başaıkma Yolları.epub](file:///C:/Users/kocak/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Zuhal%20Baltaş,%20Acar%20Baltaş%20-%20Stres%20ve%20Başakıkma%20Yolları.epub)
60. Selye H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. Can Med Assoc J [Internet]. 1976 Jul 3;115(1):53–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1277062>
61. Baltaş Z, Atakuman Y, Duman Y. Standardization of the Perceived Stress Scale : Perceived in Stress Turkish Middle Managers. In: Stress and Anxiety Research Society 19th International Conference [Internet]. İstanbul; 1998. p. 1–16. Available from: [http://www.baltas-eksen.com/download/stress and anxiety research society.pdf](http://www.baltas-eksen.com/download/stress%20and%20anxiety%20research%20society.pdf)
62. Hisli Şahin N. Stresle başa çıkma : Olumlu bir yaklaşım. Hisli Şahin N, editor. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları No: 2 Özyurt Matbaası; 1994. 19-20 p.
63. Birol L. Hemşirelikle İlgili Kavramlar. In: Hemşirelik Süreci, Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir: Etki Matbaacılık; 2011. p. 32–3.
64. Ercan AA, Şar S. Edremit Körfez Bölgesindeki Eczacıların Stres Kaynakları. Ankara Ecz Fak Derg [Internet]. 2004;33(4):217–42. Available from: http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?cwid=9&vtadi=TTIP&c=iparadigms&ano=58821_35e25db75d7c96e969ce5e6ca6e8b7db
65. Balcıoğlu İ. Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi. In: İ Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47 [Internet]. 2005. p. 9–12. Available from:

<http://www.ctf.edu.tr/Stek/pdfs/47/4701.pdf>

66. Salacz P, Csukly G, Haller J, Valent S. Association between subjective feelings of distress, plasma cortisol, anxiety, and depression in pregnant women. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2012 Dec;165(2):225–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22948130>
67. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, Medina L, Delgado J, Hernandez A. Yoga and massage therapy reduce prenatal depression and prematurity. *J Bodyw Mov Ther* [Internet]. 2013;16(2):204–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3319349&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
68. Bastard J, Tiran D. Reprint of: Aromatherapy and massage for antenatal anxiety: Its effect on the fetus. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2009;15(4):230–3. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1744388109000711>
69. Shin HS, Kim JH. Music Therapy on Anxiety, Stress and Maternal-fetal Attachment in Pregnant Women During Transvaginal Ultrasound. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2011;5(1):19–27. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131711600108>
70. Moradi Z, Akbarzadeh M, Moradi P, Toosi M, Hadianfard MJ. The Effect of Acupressure at GB-21 and SP-6 Acupoints on Anxiety Level and Maternal-Fetal Attachment in Primiparous Women: a Randomized Controlled Clinical Trial. *Nurs midwifery Stud* [Internet]. 2014;3(3):e19948. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4332991&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
71. Krabbendam L, Smits L, de Bie R, Bastiaanssen J, Stelma F, van Os J. The impact of maternal stress on pregnancy outcome in a well-educated Caucasian population. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2005;19(6):421–5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=16269069
72. Field T, Diego M, Dieter J, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, et al. Prenatal depression effects on the fetus and the newborn. *Infant Behav Dev* [Internet]. 2004 May;27(2):216–29. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0163638304000128>

73. Monk C, Feng T, Lee S, Krupska I, Champagne FA, Tycko B. Distress During Pregnancy: Epigenetic Regulation of Placenta Glucocorticoid-Related Genes and Fetal Neurobehavior. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2016 Jul 1;173(7):705–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27013342>
74. Togher KL, Treacy E, O’Keeffe GW, Kenny LC. Maternal distress in late pregnancy alters obstetric outcomes and the expression of genes important for placental glucocorticoid signalling. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Sep;255:17–26. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28511050>
75. Adib-Hajbaghery M, Abasi A, Rajabi-Beheshtabad R. Whole body massage for reducing anxiety and stabilizing vital signs of patients in cardiac care unit. *Med J Islam Repub Iran* [Internet]. 2014;28(47):1–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25405113>
76. Degirmen N, Ozerdogan N, Sayiner D, Kosgeroglu N, Ayranci U. Effectiveness of foot and hand massage in postcesarean pain control in a group of Turkish pregnant women. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2010 Aug;23(3):153–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0897189708000815>
77. Yörükân T. Bağlanma ve Sonraki Yaşlarda Görülen Etkileri. İkinci bas. Berktaş A, editor. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Ayhan Matbaası; 2015. 1-139 p.
78. Sermin K. Bağlanma ve Psikopatoloji. *Psikiyatr Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(2):321–42.
79. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe’ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2013;16(2):103–9.
80. Bowlby J. Bağlanma. İkinci bas. Soylu TV, editor. İstanbul: Pinhan yayıncılık; 2013. 1-453 p.
81. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma Kuramı ve Psikopatoloji. *Düşünen Adam*. 2006;19(1):24–39.
82. Duyan V, Gül Kapısız S, Yakut Hİ. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri’nin Bir Grup Gebe üzerinde Türkçeye Uyarlama Çalışması. *J Gynecol - Obstet Neonatol*. 2013;10(39):1609–14.
83. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *West J Nurs Res* [Internet]. 1993 Apr 26;15(2):199-211-5. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8470375>

84. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Derg [Internet]. 2010;20(3):99–109. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=1301191X&AN=66865490&h=kSu3SMaK2yazbhxTkg6F4a0VUhaGEtfWVnT3mg93cM4L9LmofqR8CiZtqX8iP/Qd0/6UCM7t31S3vCDIESDdGg==&crl=c>
85. Buko G, Özkan H. Gebelerin Duygusal Zekaları ile Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişki. J Anatolia Nurs Heal Sci [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 10];19(4):217–24. Available from: <http://e-dergi.atauni.edu.tr/ataunihem/article/view/5000198653>
86. Elkin N. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. Sürekli Tıp Eğitimi Derg [Internet]. 2015;24(6):230–6. Available from: <http://dergipark.gov.tr/uploads/issuefiles/7771/2bf4/170d/5904485de496d.pdf>
87. Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S, Aslantekin F. Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Sosyal Destek. Türkiye Klin J Heal Sci [Internet]. 2016;1(3):163–9. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Yasemin_Erkal_Aksoy/publication/302959591_Riskli_Gebelerde_Prenatal_Baglanma_ve_Sosyal_Destek/links/58904a4ba6fdcc2351c056ff/Riskli-Gebelerde-Prenatal-Baglanma-ve-Sosyal-Destek.pdf
88. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Uluslararası Hakemli Kadın Hast ve Anne Çocuk Sağlığı Derg [Internet]. 2014;1(1):25–37. Available from: <http://www.jacsdergisi.com/dergi//yuksekk-riskli-gebelerin-prenatal-baglanma-duzeyi-ve-etkileyen-faktorler201501.pdf>
89. Abbasoğlu A, Atay G, İpekçi AM, Gökçay B, Bengü Ç, Şahin E, et al. Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki. Çocuk Sağlığı ve Hast Derg. 2015;58(2):57–61.
90. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi [Investigation of Maternal-Infant Attachment in The Early Postpartum Period With Evidence Based Practice].

TAF Prev Med Bull. 2013;1212(22):177–82.

91. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Bağlanma Bıçemi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye’den Bulgular. Türk Psikiyatr Derg [Internet]. 2006;17(4):252–8. Available from: <http://www.turkpsikiyatri.com/C17S4/makale2.pdf>
92. Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Mesman J, Alink LRA, Juffer F. Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor D4: A randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. Dev Psychopathol [Internet]. 2008;20(3):805–20. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0954579408000382
93. Kavlak O, Şirin A. Maternal bağlanma ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanması. Int J Hum Sci. 2009;6:188–201.
94. Güleç D, Kavlak O. Baba- bebek bağlanma ölçeği’nin Türk toplumunda geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Int J Hum Sci. 2013;10(2):170–81.
95. Kanık EA, Tasdelen B, Erdogan S. Randomization In Clinical Trials. Marmara Med J [Internet]. 2011;24:149–55. Available from: http://www.marmaramedicaljournal.org/summary_en_doi.php3?doi=10.5472/MMJ.2011.01981.1
96. Sunay D, Şengezer T, Oral M, Aktürk Z, (Schulz KF, Altman DG, et al. CONSORT 2010 Raporu: Randomize Paralel Grup Çalışmalarının Raporlanmasında Güncellenmiş Kılavuzlar. Euras J Fam Med. 2013.
97. Hopewell S, Clarke M, Moher D, Wager E, Middleton P, Altman DG, et al. CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and conference abstracts: Explanation and elaboration. PLoS Med. 2008;5(1):0048–56.
98. Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. BMJ [Internet]. 2010;340(mar23 1):c869–c869. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.c869>
99. Christensen R, Langberg H. Statistical principles for prospective study protocols:: design, analysis, and reporting. Int J Sports Phys Ther [Internet]. 2012;7(5):504–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23091782> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3474307>

100. Aksakoğlu G. Araştırma Planlama ve Çözümleme. 3. yazım. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Basımevi; 2013.
101. Kilic S. Etki Büyüklüğü. J Mood Disord [Internet]. 2014;4(1):44–6. Available from: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=152916>
102. Baskett TF, Nagele F. Naegele's rule: a reappraisal. BJOG [Internet]. 2000 Nov;107(11):1433–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11117775>
103. Loytved CAL, Fleming V. Naegele's rule revisited. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2016 Jun;8:100–1. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27179385>
104. Can HO, Saruhan A. Evaluation of the effects of ice massage applied to large intestine 4 (hegu) on postpartum pain during the active phase of labor. Iran J Nurs Midwifery Res. 2015;20(1).
105. Downie WW, Leatham P a, Rhind VM, Wright V, Branco J a, Anderson J a. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis. 1978;37(4):378–81.
106. Clarke M. Reliability and sensibility in the self-assessment of well-being. Bul Br Psy Soc. 1964;17(18A).
107. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the visual analogue scale. Nurs Res [Internet]. 41(6):378–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1437591>
108. Akbay A. Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu Visual Analog Skala (VAS) Değerlendirmesi. [Internet]. Türk Nöroşirürji Derneği. 2015 [cited 2015 Sep 22]. Available from: <http://www.spinettr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf>
109. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. Psychol Med [Internet]. 1988 Nov;18(4):1007–19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3078045>
110. Kara D, Yıldız H. Dispne Semptomunun Değerlendirilmesinde Dispne Ölçeklerinin Etkinlikleri ve Kullanım Sıklıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg [Internet]. 2013;2(1):137–49. Available from: <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/gumussagbil/article/download/5000003586/500004100>
111. Eti Aslan F. Pain assessment methods. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg

- [Internet]. 2002;6(1):9–16. Available from: <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/598.pdf>
112. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health* [Internet]. 1990 Aug;13(4):227–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2197679>
113. Eti Aslan F. Ameliyat Sonrası Ağrı Değerlendirmesinde Görsel Kıyaslama Ölçeğiyle Basit Tanımlayıcı Ölçeğin Duyarlık ve Seçiciliği. *Yoğun Bakım Hemşireliği Derg* [Internet]. 2004 Jun 1 [cited 2017 Dec 11];8(1):1–6. Available from: <http://dergipark.gov.tr/ybhd/issue/26499/278822>
114. Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *J Psychosom Obstet Gynecol* [Internet]. 1999;20(1):39–52. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01674829909075575>
115. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol* [Internet]. 2008 Sep;27(5):604–15. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18823187>
116. Lobel M. The Revised Prenatal Distress Questionnaire (NUPDQ). 1996.
117. Nast I, Bolten M, Meinlschmidt G, Hellhammer DH. How to measure prenatal stress? A systematic review of psychometric instruments to assess psychosocial stress during pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2013 Jul;27(4):313–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23772932>
118. Kılınçer C, Zileli M. Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası. *Trak Univ Tıp Fak Derg*. 2006;23(3):113–8.
119. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, Çoşansu G, Seçginli S. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik. Birinci ba. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, editors. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. 1-395 p.
120. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*: Pearson New International Edition. sixth ed. Boston: Publisher: Pearson; 2013. 1072 p.
121. Independent samples t test. [Internet]. *Laerd Statstcs*. 2017 [cited 2017 Oct 31]. Available from: <https://statistics.laerd.com/>
122. SPA Merkezi. [Internet]. [cited 2017 Nov 25]. Available from:

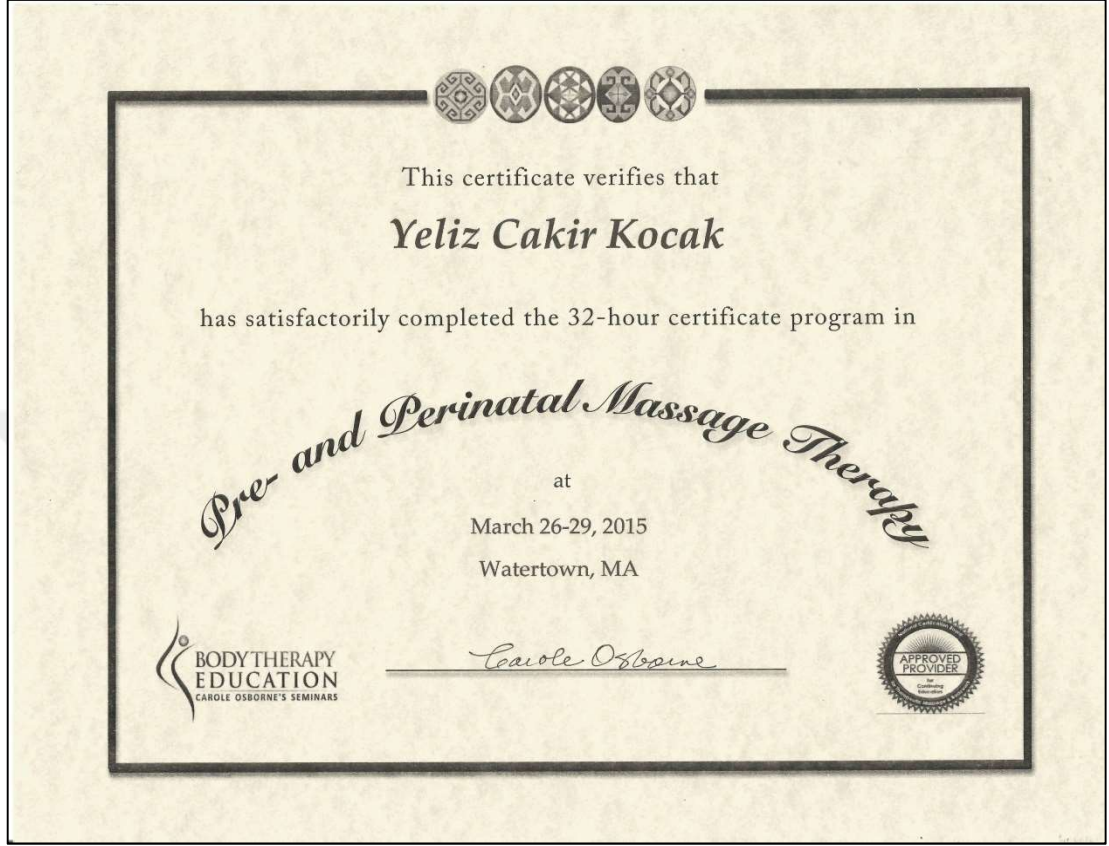
<http://www.spacedayspa.com/masajlar/hamile-masaji>

123. Masaj Terapisti & Doula Kişisel Sayfası. [Internet]. [cited 2017 Nov 15]. Available from: <http://eminegultekin.com/>
124. Doğum Koçu / Doula / Doğum Destekçisi Kişisel Sayfası. [Internet]. [cited 2017 Nov 15]. Available from: http://www.do-um.com/content/Dogum-Kocu-Doula-Dogum-Destekcisi_22.aspx
125. Smith Armstrong D. Emotional Distress and Prenatal Attachment in Pregnancy After Perinatal Loss. *J Nurs Scholarsh*. 2002;34(4):339–45.
126. Hjelmstedt A, Widström AM, Collins A. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth*. 2006;33(4):303–10.
127. Eswi A, Khalil A. Prenatal attachment and fetal health locus of control among low risk and high risk pregnant women. *World Appl Sci J*. 2012;18(4):462–71.
128. Rowe HJ, Wynter KH, Steele A, Fisher JRW, Quinlivan JA. The Growth of Maternal-Fetal Emotional Attachment in Pregnant Adolescents: A Prospective Cohort Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* [Internet]. 2013;26(6):327–33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2013.06.009>
129. Akbarzade M, Setodeh S, Sharif F, Zare N. The Effect of Fathers' Training Regarding Attachment Skills on Maternal-Fetal Attachments among Primigravida Women: A Randomized Controlled Trial. *Int J community based Nurs midwifery*. 2014;2(4):259–67.
130. Walsh J, Hepper EG, Marshall BJ. Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2014;14(1):383–91. Available from: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0383-1>

8. SEKİZİNCİ BÖLÜM

8.1. EKLER

EK 1. PRENATAL & PERİNATAL MASAJ TERAPİ SERTİFİKASI



EK 2. DOĞUMDA BASI NOKTALARI KURSU KATILIM BELGESİ



**EK 3. TÜRKİYE FİZİKSEL TIP ve REHABİLİTASYON DERNEĞİ MASÖR
ve MASÖZ SERTİFİKASI**



TÜRKİYE FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON DERNEĞİ

TURKISH SOCIETY OF PHYSICAL MEDICINE & REHABILITATION

MASÖR VE MASÖZ

SERTİFİKASI

Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Derneğimizin açmış olduğu "Klasik Masaj" sertifika programına katılarak teorik ve pratik çalışmalarını başarı ile tamamlamış ve bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Program Koordinatörü
Prof.Dr.Hidayet SARI

Dr. Hidayet Sarı

Prof. Dr. Hidayet SARI
Dip. No: 1478
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon A.B.D.
Uz. No: 25332 - 27844

Türkiye F.T.R Derneği Bşk.
Prof.Dr.Aysegül KETENCİ

TÜRKİYE FİZİKSEL TIP ve REHABİLİTASYON DERNEĞİ
Kuruluş No: 34-209230
Bakanlık T.C. Sağlık Bakanlığı ve 6/3967 sayılı kanunla kabul edilmiştir.




**EK 4. T.C. MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI HAYAT BOYU ÖĞRENME
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ MASÖR-MASÖZ PROGRAMI KURS BİTİRME
BELGESİ**

T.C.
MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI
HAYAT BOYU ÖĞRENME GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
KURS BİTİRME BELGESİ



KURSIYERİN	
T.C. KİMLİK NO	31252337040
ADI VE SOYADI	YELİZ ÇAKIR KOÇAK
BABA ADI	ALİ HAYDAR
ANNE ADI	BAGDAT

PROGRAMIN	
ALAN	GÜZELLİK VE SAÇ BAKIM HİZMETLERİ
MESLEK	MASÖR-MASÖZ
SEVİYESİ	BECERİ GELİŞTİRME

BELGENİN	
NUMARASI	17389120140031731716
TARİH	10/07/2014
VERİLDİĞİ YER	KOCALI-İZMİT-HALK EĞİTİM MERKEZİ VE AKŞAM SANAT OKULU

Yukarıda açık kimliği yazılı **YELİZ ÇAKIR KOÇAK**, 21/04/2014, 10/07/2014 tarihleri arasında düzenlenen **608 saatlik MASÖR-MASÖZ** programını başarıyla tamamlayarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

Hayrettin Erdem

HAYRETTİN ERDEM
HALK EĞİTİM MERKEZİ VE AKŞAM SANAT OKULU
MÜDÜR YARDIMCISI

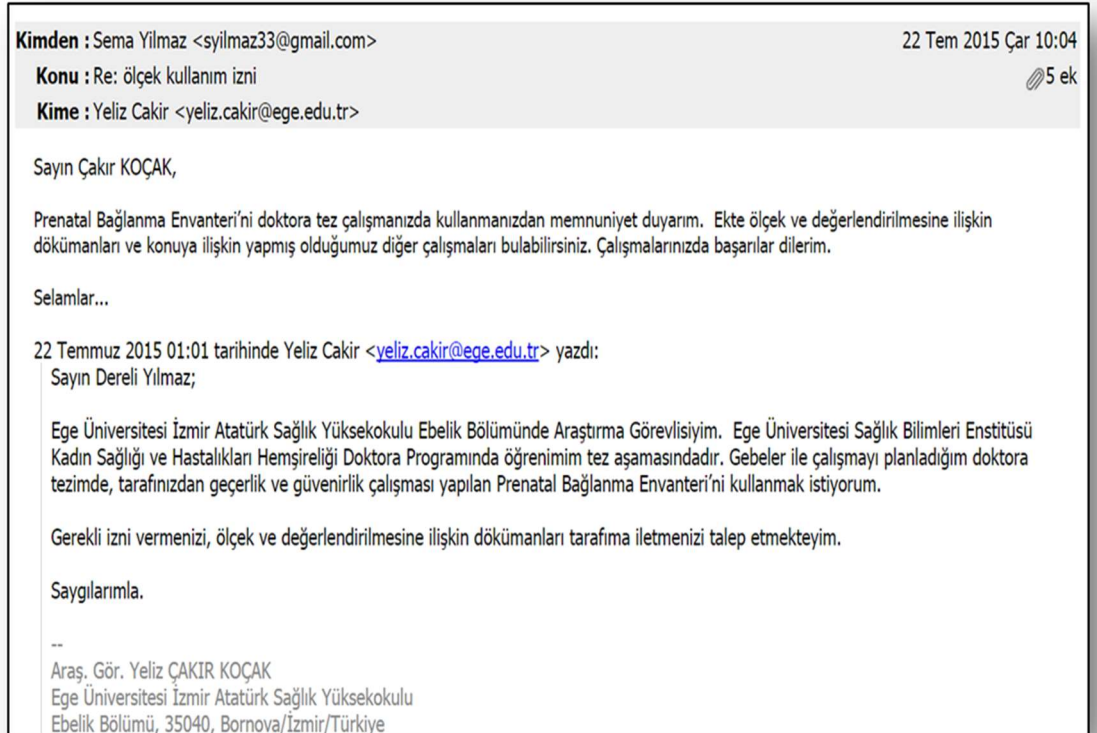
Salih Aydın

SALİH AYDIN
HALK EĞİTİM MERKEZİ VE AKŞAM SANAT OKULU
MÜDÜRÜ

EK 5. ELEKTRONİK FETAL MONİTORİZASYON KURS BİTİRME BELGESİ



EK 6. ÖLÇEK İZİN YAZILARI



ÖLÇEK İZİN YAZILARI (DEVAM)

Kimden : semiha akin <semihaakin@yahoo.com>

22 Tem 2015 Çar 19:24

Konu : Fw: Fwd: FW:

4 ek

Kime : yeliz cakir <yeliz.cakir@ege.edu.tr>

Yanıtla : semiha akin <semihaakin@yahoo.com>

Sayın Koçak,

İlginiz için teşekkür ediyorum. Ölçeği kullanmanızdan mutluluk duyarım. Size yardımcı olacağını düşündüğüm ilave bazı kaynakları email ile gönderiyorum.

Çalışmanızda başarılar diliyorum.

Doç. Dr. Semiha AKIN

Istanbul Bilim Üniversitesi
Florence Nightingale Hastanesi Hemsirelik Yüksekokulu

Yazarlar Sokak No:17 34394 Esentepe
Sisli / Istanbul

Tel.: 90 (212) 273 26 900 212 275 75 82 iç hat 130

On Wednesday, July 22, 2015 7:19 PM, Semiha Akın <semiha.akin@istanbulbilim.edu.tr> wrote:

RE: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası kullanım izni

Kimden : Cumhur KILINÇER <ckilincer@hotmail.com>

29 Tem 2015 Çar 22:36

Konu : RE: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası kullanım izni

1 ek

Kime : Yeliz Cakir <yeliz.cakir@ege.edu.tr>

Kk : Mehmet ZİLELİ <zilelim@gmail.com>

Sn Cakir,

Skala kullaniminiza uygundur. İstediginiz dokümanlar ektedir.

Skala "tedaviden hasta tatminini" global olarak olcer. Bu tatminin neden kaynaklandiginin ayrirtisini vermez; tedaviden alınan sonuc, personelin ilgisi, odenen ücretin makul olusu, vb.

Bu kistilligin bilinmesi gerekir. Taminin derecesini soran soru cumlesinin de iyi kurgulanmasi onerilir. Onerilen cumle "Verilen tibbi bakım ve hastalliginizin iyileşme derecesi sizi ne ölçüde tatmin etti?" olsa da, bunu hedefinize yönelik olarak degistirebilirsiniz.

Kolay gelsin,
Saygilar,

Cumhur KILINÇER, MD, PhD
Professor of Neurosurgery
Trakya University Medical Faculty
Neurosurgery Department
Edirne, Türkiye
<http://cumhurceli/>

> Date: Wed, 29 Jul 2015 12:59:25 +0300
> From: yeliz.cakir@ege.edu.tr
> To: zilelim@gmail.com; drcumhurlincer@gmail.com; ckilincer@hotmail.com
> Subject: Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası kullanım izni
>
> Sayın Kılınçer ve Zileli;
>
> Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Etik Bölümünde Araştırma Görevlisyim.
> Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemenşireliği Doktora Programında öğrenimim tez aşamasındadır.
> Gebeler ile çalışmay planladığım doktora tezimde, verilen tıbbi bakımdan hastanın tatmin olma derecesini ölçmek üzere tarafınızdan düzenlenen "Görsel Analog Hasta Tatmini Skalası" nı kullanmak istiyorum.
>
> Gerekli izni vermeniz, ölçek ve değerlendirilmesine ilişkin dokümanları tarafıma ilemenizi talep etmekteyim.
> Ayrıca ölçek adında, "hasta tatmini" ifadesi bulunmaktadır. Tez çalışmada rutin takipleri devam eden gebelere bir müdahalede bulunarak tatmin düzeylerini tanımlamak istiyorum. Çalışmam için düzenlenmiş olduğunuz ölçek uygun mudur?
>
> Saygılarımla.

EK 7. TEZ İZLEME KOMİTESİ YAZISI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

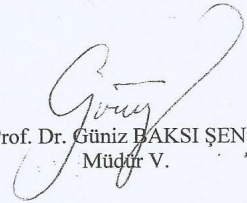
SAYI : 59583978 ³⁴³⁹
KONU: Tez İzleme Komitesi

06.11/2015

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın tez izleme komitesinin aşağıda isimleri yazılı öğretim üyeleri olarak değiştirilmesi yönetim kurulumuzun 04.11.2015 tarih ve 39/13 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve konunun ilgili öğretim üyelerine tebliğ edilmesi konusunda gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Güniz BAKSI ŞEN
Müdür V.

Tez İzleme Komitesi:

Prof. Dr. Ümran SEVİL (Danışman)
Doç. Dr. Sema DERELİ YILMAZ
Yrd. Doç. Dr. Özlem DEMİREL BOZKURT

06.11/2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Memur : A.Ç.YAKUT
... /.../2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Şef : N.Ö.ÖZKOL
... /.../2015 S.Bil.Enst.Sek. : M.ÖRK

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 44 93 Fax: 311 44 86
E-mail: sbekurul@mail.ege.edu.tr

EK 8. TEZ KONUSU ONAY YAZISI



T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : 59583978 - 3692
KONU: Tez Konusu

23.11/2015

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalımız doktora programı öğrencisi Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın tez konusunun "Prenatal Maternal Distres ve Prenatal Bağlanmada Gebe Masajı Uygulamaları" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 18.11.2015 tarih ve 41.9 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Varol PABUCCUOĞLU
Müdür



22.11/2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Memur : A.Ç.YAKUT
... /.../2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Şef : N.Ö.ÖZKOL
... /.../2015 S.Bil.Enst.Sek. : M.ÖRK

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 4493 Fax: 311 44 86
E-mail: sbekurul@mail.ege.edu.tr

EK 9. II. TEZ DANIŞMANI ONAY YAZISI



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

SAYI : 86991637 - 3883
KONU: Tez Konusu

08...12/2015

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın ikinci tez danışmanlığına Doç. Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU'nun atanması yönetim kurulumuzun 02.12.2015 tarih ve 43/13 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Varol PABUÇÇUOĞLU
Müdür

08.12/2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Memur : A.Ç.YAKUT
... /.../2015 S.Bil.Enst.Kur. İşl. Şef : N.Ö.ÖZKOL
... /.../2015 S.Bil.Enst.Sek. : M.ÖRK

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İZMİR
Tel: 4493 Fax: 311 44 86
E-mail: sbekurul@mail.ege.edu.tr

EK 10. TEZ İSİM DEĞİŞİKLİĞİ ONAY YAZISI

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 11/05/2016-E.71839



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Kurul İşleri



Sayı : 86991637-302.14.01
Konu : Konu Belirleme, Değiştirme ve Onama

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

Anabilim Dalınız doktora programı öğrencisi Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın tez konusunun
"Gebe Masajının Gebe ve Fetüs Üzerine Etkisi" olarak değiştirilmesi yönetim kurulumuzun
04.05.2016 tarih ve 20/12 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Halil İbrahim DURAK
Müdür V.

Ege Üniversitesi Kampüsü 35100 Bornova /İzmir
Telefon No: 0 (232) 311 44 93 Faks No: 0 (232) 311 44 86
E-Posta: sbekurul@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Aysel ÇAVAŞLI YAKUT
Unvan: Bilgisayar İşletmeni
Telefon No: 3114493

EK 11. ETİK KURUL ONAY YAZISI

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Gebe Masajının Gebe ve Fetüs Üzerine Etkisi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ümran SEVİL		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UZMANLIK ALANI	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı		
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-		
	DESTEKLEYİCİ	TÜBİTAK-1002		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. kaynaklardan destek alanlar için)	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐ FAZ 2 ☐ FAZ 3 ☐ FAZ 4 ☐ Gözlemsel İlaç Çalışması ☐ Tıbbi Cihaz Klinik Araştırması ☐ In Vitro Tıbbi Tanı Cihazları ile Yapılan Performans Değerlendirme Çalışmaları ☐ İlaç Dışı Klinik Araştırma ☒ Diğer ise belirtiniz		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	26.04.2016	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	26.04.2016	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	GEBE MASAJI UYGUNLUK YAZISI	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	SİGORTA	-	-	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
KARAR BİLGİLERİ	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☒ 13.05.2016		
	Karar Nu: 16-3.2/19	Tarih: 16.05.2016		
Yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak Kurulumuzca incelenmiş, araştırma giderlerinin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödendiği koşullarda araştırmaya başlanmasının etik açıdan uygun bulunduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU				
ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği		
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ayşenur OKTAY		
Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlgili (*)
Prof. Dr. Ayşenur OKTAY Başkan	Radyodiagnostik	EÜ, Tıp Fakültesi Radyoloji AD	K	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Aygül ÖNAL Başkan Yardımcısı	Tıbbi Farmakoloji	EÜ, Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Suna TOKSAVUL Üye	Protetik Diş Tedavisi	EÜ, Diş Hek. Fakültesi Protetik Diş Tedavisi AD.	K	☒ E ☐ H
Prof. Dr. Sarenur GÖKBEN Üye	Çocuk Nörolojisi	EÜ, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD	K	☒ E ☐ H
Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY		İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu: 22 Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05 Sayfa: 1/2

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2.Kat. Erzene Ankara Cad. 35100 Bornova / İZMİR
Tel:0 232 390 4219 - 373 78 81 Fax: 0232 390 21 34
e-mail: aetikk@mail.ege.edu.tr www.aek.med.ege.edu.tr

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAY BELGESİ

KARAR BİLGİLERİ Karar Nu : 16- 3.2/19

Unvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlgili (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Abdullah SAYINER Üye	Göğüs Hastalıkları	EÜ, Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları AD	E	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Ahmet
Prof. Dr. Bülent SEMERCİ Üye	Üroloji	EÜ, Tıp Fakültesi Üroloji AD.	E	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Bülent
Prof. Dr. Süheyla ALTUĞ ÖZSOY Üye	Halk Sağlığı Hemşireliği	EÜ, Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD.	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Süheyla
Prof. Dr. Murat PEHLİVAN Üye	Biyoetik	EÜ, Tıp Fakültesi Biyoetik AD.	E	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Murat
Doç. Dr. Çağatay ÜSTÜN Üye	Tıp Tarihi ve Etik	EÜ, Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD.	E	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Çağatay
Doç. Dr. Şafak TANER Üye	Halk Sağlığı	E. Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Şafak
Doç. Dr. Ayşe EROL Üye	Tıbbi Farmakoloji	EÜ, Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Ayşe
Yard. Doç. Dr. Gülsün AYGÖRMEZ UĞURLUBAY Üye	Ceza Hukuku	Gediz Üniversitesi Hukuk Fakültesi	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Gülsün
Uzm. Ecz. Ebru BEDİR Üye	Eczacı	E.U. Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji AD.	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Ebru
Uzm. Dr. Özlem EKER Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Serbest	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Özlem
Fatma BÜYÜKAKKUŞ Üye	Ziraat Mühendisi	Emekli	K	☒ E ☐ H	☒ E ☐ H	Fatma

* Araştırma ile İlgili
** Toplantıda Bulunma

ASLI GİBİDİR
Sumru FESİCİOĞLU
EÜTF Klinik Araştırmaları
Etik Kurulu Sekreteri

Etik Kurul Başkanı'nın Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur OKTAY	İMZA	Araştırma Başvurusu Onay Belgesi	Belge Kodu: 22 Rev. Tarihi / No.su: 28.09.2011/05 Sayfa: 2/2
---	------	----------------------------------	--

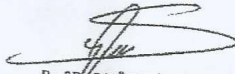
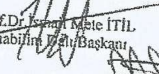
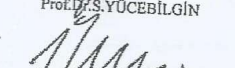
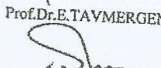
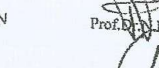
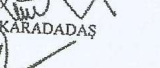
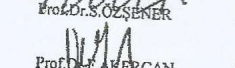
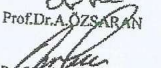
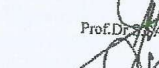
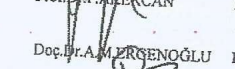
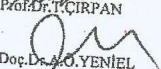
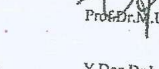
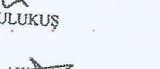
EK 12. HASTANE UYGULAMA İZİN YAZISI

Sayı: 8

AKADEMİK KURUL KARARLARI

Anabilim Dalımızın Akademik kurulunu oluşturan öğretim üyeleri 02.08.2016 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları aldılar.

8- Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi'nin 17.06.2016 tarih ve 69631334-100-E.103855 sayılı yazısı okunarak, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı doktora öğrencisi Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın "Gebe Masajının Gebe ve Fetüs üzerine Etkisi" konulu çalışmasının uygulamasının 01.07.2016 – 01.09.2017 tarihleri arasında Anabilim Dalımız öğretim üyelerinden Doç. Dr. A. Mete ERGENOĞLU'nun danışmanlığında yapılmasında sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.

 Prof.Dr.S.YÜCEBİLGİN	 Prof.Dr.E.TAVMERGEN	 Prof.Dr.A. Mete ERGENOĞLU Anabilim Dalı Başkanı	 Prof.Dr.N.KARADADAŞ	 Prof.Dr.E.GÖKER
 Prof.Dr.S.ÖZSENER	 Prof.Dr.A.ÖZSARAN	 Prof.Dr.S.ŞAĞOL	 Prof.Dr.M.KAZANDI	
 Prof.Dr.A.İBERCAN	 Prof.Dr.T.ÇIRPAN	 Prof.Dr.N.ULUKUŞ	 Prof.Dr.C.TERAK	
 Doç.Dr.A.M.ERGENOĞLU	 Doç.Dr.A.Ö.YENİEL	 Y.Doç.Dr.L.AKMAN	 Y.Doç.Dr.A.AKDENT	

EK 13. GEBE MASAJI UYGULAMA ODASI KULLANIMI ONAY YAZISI

Ege Ün. Evrak Tarih ve Sayısı: 25/08/2016-E.160145



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
İdari ve Mali İşlerden Sorumlu Müdürlük
Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi



Sayı : 79299867-770
Konu : Yeliz Çakır Koçak Tez Çalışması İçin
Oda Talebi

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 04/08/2016 tarihli ve 142925 sayılı yazı.

İlgi yazınızdaki talebiniz değerlendirilmiş olup bahsi geçen uygulama için doktora öğrenciniz Yeliz Çakır Koçak'ın çalışması tamamlanana kadar Sağlık Personeli ve Hasta Eğitim Birimi içindeki görüşme odasını hafta içi ve hafta sonu 09:00-21:00 saatleri arasında kullanabileceğine karar verilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Mehmet ÖZKAHYA
Başhekim

Üniversitesi Cad. No:9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 19 19 Faks No: +90 (232) 390 16 89
E-Posta: hastanemudurlugu@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Serap ŞAHİN
Unvan: Birim Sorumlusu
Telefon No: 4554

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK 14. ARAŞTIRMACI KURUM İZİN YAZISI

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 08/11/2016-E.224195



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Ebelik Bölüm Başkanlığı



Sayı : 70151250-100
Konu : Doktora Tez Uygulama İzni

Sayın Arş. Gör. Yeliz CAKİR KOCAK

2016 - 2017 Eğitim - Öğretim Yılı Güz Yarıyılında, 08.30 - 13:30 saatleri arasında Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora tez uygulamalarınızı gerçekleştirmek için ilgili birimde bulunmak istemeniz ile ilgili talebiniz Başkanlığımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Doç. Dr. Hafize OZTURK CAN
Bölüm Başkanı

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi E.U.Kampusü 35100 Bornova /İzmir
Telefon No: +90 (232) 311 33 91 Faks No: +90 (232) 342 7975
E-Posta: iasaglik@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: <http://iasyo.ege.edu.tr>

Bilgi İçin: Mustafa BESKAYA
Unvan: Sekreter
Telefon No: 3391

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır

EK 15. GEBE MASAJI FOTOĞRAF KULLANIM İZİN YAZILARI

I. GEBE İZİN YAZISI

GEBEYE AİT FOTOĞRAFLARIN KULLANIM İZİN YAZISI

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olan ve EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı'nda öğrenimi tez aşamasında olan Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın,

Gebeler ile gebe masajına ilişkin çalışmayı planladığı doktora tezinin önerisinde, sonuç raporunda, bilimsel sunum ve yayınlarında fotoğraflarını kullanmasını onaylıyorum.

Bilgim ve onayım dışında Yeliz ÇAKIR KOÇAK haricinde bir başkasının fotoğraflarını herhangi bir amaçla kullanmasına onayım bulunmamaktadır.

(Bu belge iki nüsha olarak düzenlenmiştir. Belgenin biri araştırmacıda olacak, diğeri gebeye verilecektir.)

Tarih: 09 Eylül 2015

Gebe Ad-soyad:

Serpil Senkordeler

Gebenin Eşi Ad-soyad:

Ahmet Senkordeler

Araştırmacı Ad-soyad:

Yeliz ÇAKIR KOÇAK

İmza:



İmza:



İmza:



II. GEBE İZİN YAZISI

GEBEYE AİT FOTOĞRAFLARIN KULLANIM İZİN YAZISI

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde Araştırma Görevlisi olan ve EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı'nda öğrenimi tez aşamasında olan Yeliz ÇAKIR KOÇAK'ın,

Gebeler ile gebe masajına ilişkin bilimsel eğitim, yayın ve sunumlarda fotoğraflarını ve videomu kullanmasını onaylıyorum.

Kitap basımı olur ise öncesinde ayrı bir izin alınması koşulu ile, bilgim ve onayım dışında Yeliz ÇAKIR KOÇAK haricinde bir başkasının fotoğraflarını herhangi bir amaçla kullanmasına onayım bulunmamaktadır.

(Bu belge iki nüsha olarak düzenlenmiştir. Belgenin biri araştırmacıda olacak, diğeri gebeye verilecektir.)

Tarih: 02/02/2017

Gebe Ad-soyad / İmza:

Ebru Demir


Araştırmacı Ad-soyad / İmza:

Yeliz ÇAKIR KOÇAK


EK 16. ÇALIŞMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ KONTROL LİSTESİ

(Bu form araştırmacı tarafından gebe ile ilk görüşmede, örnek grubunu belirlemek için rehber olarak kullanılacaktır. Herhangi bir ya da birden fazla soruya “Hayır” yanıt alınması durumunda gebe çalışmaya dahil edilmeyecektir.)

(Grup:, Birey no:)

Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:	Evet	Hayır
1. Bilişsel açıdan sağlıklı mı?		
2. Yazılı ve sözlü iletişime geçilebiliyor mu? (Türkçe’yi anlıyor ve Türkçe okuma yazma biliyor)		
3. Çalışmaya katılmayı kabul ediyor mu?		
4. 20-35 yaş aralığında mı?		
5. Primipar mı? (daha önce 20. haftadan sonra canlı ya da ölü doğum yapmamış, I. trimester sonrası abortus öyküsü ya da tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü olan gebeler çalışmaya dahil edilemeyecektir.)		
6. Tek ve sağlıklı fetus mü?		
7. Çalışma başlangıcındaki gebelik haftası 30 hafta ve altında mı? (Gebelik haftası ultrasonografiye göre belirlenecektir)		
8. Fetus sağlıklı mı?		
9. İnfertilite tedavisi görmeden mi gebe kalmış?		
10. Sağlıklı bir cilt yapısı mı var?		
11. Damar yapısı sağlıklı mı? (Tromboz veya flebit açısından)		
Gebe masajı grubu için ayrıca;		
1. Çalışma grubuna katıldıktan sonra her hafta haftada bir kez, toplam beş kez gebe masajına gelebilecek mi? (Hayır ise nedeni:)		
2. Çalışmanın yapılacağı ilde mi ikamet ediyor? (İzmir ili dışındaki diğer iller ve İzmir iline bağlı olan ancak Büyükşehir Belediyesi sınırları dışındaki ilçeler ulaşım problemi nedeni ile dahil edilmemiştir)		
3. Şu anda gebe masajı yaptırmak için sağlık durumunun uygun olduğunu belirtir doktor izni bulunan belgeyi getirdi mi? (Dr. değerlendirmesi ile belirlenecek)		

EK 17. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

İleri gebelik döneminde (30. hafta ve sonrası) uygulanan gebe masajının gebe ile doğmamış bebeği (fetus) arasındaki bağlanmaya etkisi ve gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve duygusal sıkıntılar, ilişkiler, annelik, beden imajı ve gebelik ile ilgili konularda yaşanan sıkıntı veya endişelere etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için aşağıdaki özellikleri taşıyor olmanız gerekir.

- Bilişsel açıdan sağlıklı olmak,
- Yazılı ve sözlü iletişime geçebilmek (Türkçe'yi anlamak ve Türkçe okuma yazma bilmek),
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- 20-35 yaş arası olmak,
- Primipar olmak (daha önce 20. haftadan sonra canlı ya da ölü doğum yapmamış olmak, ilk 3 aydan sonra düşük öyküsü ya da tekrarlayan gebelik kaybı öyküsünün olmaması)
- Tek ve sağlıklı fetusa sahip olmak,
- Gebelik sürecinde sigara kullanmamış olmak,
- Gebelik sürecinde alkollü içki içmemek,
- Bu gebeliğinde infertilite tedavisi görmemiş olmak,
- Cildinde bulaşıcı hastalık veya deri enfeksiyonu olmaması,
- Vücut uzuvlarında damarla ilgili bir hastalık (Tromboz, flebit vb.) olmaması,
- Kontrollere gelirken katı gıda alımının 1 saat öncesinden kesilmesi istenecektir.
- Kontrol grubu için;
 - o ilk veri toplamaya 30. haftada ve son veri toplamaya 34. haftada katılmak,
- Gebe masajı grubu için;
 - o Veri toplamaya ve masaj seanslarına 30.,31.,32.,33.,34. haftalarda katılmak (gebe masajı uygulaması için EÜ Hastanesi'nde bulunan EGEKASEM'e gelmek),
 - o Gebe masajı yaptırmak için sağlık durumu uygun olmak (Doktorunun değerlendirmesi ile belirlenecek) (kronik hastalık, kas-iskelet sistemi hastalığı, gestasyonel diyabet, eklampsi ve preeklampsi şikayeti, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü vb. olmayan)
 - o Masaj seanslarına gelirken yapılması gereken ön hazırlıkları yaparak gelmek (Serin bir duş alınmalı veya banyo yapılmalı, sıcak banyoda kalınmamalıdır. Koltuk altı veya vücut spreyi kullanılmamalıdır. Masaj yaptıracak kişi yeni yemek yemiş olmamalıdır. Vücutta grip, ateş veya herhangi bir tıbbi rahatsızlık varsa, masaj yaptırılmamalıdır. Bireyin bu konuda endişesi olduğunda doktor kontrolünden geçmelidir. Enfeksiyon varlığında iyileşmeyi beklemeli ve sonra masaj yaptırmalıdır. Alkollü içki içilmemelidir.).
 - o Masaj seansı sonrası yapılması gerekenleri yapmak (Masaj masasından kalkmadan önce kısa bir süre için uzanarak dinlenmek. Masaj seansından hemen sonra bir bardak su içmek ve günün geri kalan kısmında da bol miktarda su tüketmek. Kan dolaşımı uyarılmış olduğundan ısı, vücudun yüzeyine yayılabilir. Bu nedenle vücudu sıcak tutmak.).

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Çalışmaya dahil edilecek gönüllülere, tüm gebelere eşit şans verilerek, çalışma kriterlerini karşılama durumları dikkate alınarak, kontrol ve gebe masajı grubu şeklinde belirlenecektir. Tamamen tesadüfi olarak yapılan gebe seçiminde, kontrol grubunda 20 gebe, gebe masajı grubunda 20 gebe ile çalışılacaktır. Kabul etmeniz durumunda size hangi grupta yer aldığınız söylenecektir. **Kontrol grubunda** rutin sağlık hizmetinizin yanında aşağıdaki izlemler

gerçekleştirilecektir. Çalışmanın amacına uygun olarak, sizden 30. ve 34. gebelik haftanızda kolay anlaşılan ve kolaylıkla yanıtlanabilen bazı sorulara cevap vermeniz istenecektir. Bu haftalarda sizin ve bebeğinizin sağlık durumu takibi tek bir uzman hekim tarafından yapılacaktır. Ayrıca her izleminizde uzman ebe tarafından EFM değerlendirilmeniz yapılacaktır.

Gebe masajı grubunda rutin sağlık hizmetinizin yanında aşağıdaki izlemler gerçekleştirilecektir. Çalışmanın amacına uygun olarak, sizden 30,31,32,33 ve 34. gebelik haftalarınızda kolay anlaşılan ve kolaylıkla yanıtlanabilen bazı sorulara cevap vermeniz istenecektir. Masaj uygulaması, gebeliğinizin 30. haftasında başlayacak ve her hafta aynı gün, aynı yerde, haftada bir kez, 60 dakikalık seanslar şeklinde gebelik ve doğum masajına özel sertifikalı eğitimleri tamamlamış aynı ebe terapist tarafından yapılacaktır. Gün ve saatin değişmesi gereken durumlarda aynı hafta içinde bir gün masaj seansınız gerçekleştirilecektir. Uygulanacak derin doku masajı esnasında herhangi bir masaj yağı kullanılmayacak olup, yalnız kollara ve bacaklara uygulanacak İsveç masajında aromatik özelliği olmayan masaj yağı kullanılacaktır. Sizin ve bebeğinizin sağlık durumu takibi masaj öncesi ve sonrası olmak üzere aynı uzman hekim tarafından her ziyarette toplam 2 defa ve tüm çalışma boyunca da toplam 10 defa olmak üzere doppler, fetal biyofizik profil, annenin yaşam bulguların değerlendirilmesi şeklinde yapılacaktır. Ayrıca her izleminizde uzman ebe tarafından EFM değerlendirilmeniz yapılacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Çalışma ile ilgili olarak uygulama süresi boyunca hiçbir ilaç kullanmama ancak zorunlu olarak ilaç almak durumunda kalındığında mutlaka sorumlu araştırmacıyı ve takibinizi yapan hekiminizi bilgilendirme, uygulanan çalışma şemasına özen gösterme, araştırmacının önerilerine uyma, belirtilen gün ve saatlerde EGEKASEM’de olma, iletişim bilginiz değişmesi durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirme vb. sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı toplam 40’tır. Gebelerin 20’si kontrol grubunda, 20’si müdahale grubunda yer alacaktır.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEKTİR?

Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 5 haftadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?

Bu çalışmada kontrol grubunda da gebe masajı grubunda da olmanız sağlık kontrolleri ve bilgiye rahat ulaşım açısından yarar sağlayacaksınız. Her iki grupta yer alan gebelere uzman ebe çalışma sürecini etkilemeyecek konularda gönüllü danışmanlık verecektir. Bunun dışında sizin için beklenen yararlar;

Kontrol grubundaki gebeler çalışma sürecinde anne ve bebek sağlığı açısından daha ayrıntılı değerlendirilmiş olacaktır. Risk olması durumunda daha erken saptanarak daha erken müdahale edilebilecek ve aynı ekip tarafından takip edilerek istedikleri zaman danışmanlık alabileceklerdir.

Müdahale grubundaki gebeler kontrol grubundaki gebeler ile aynı avantajları sağlamanın yanında ayrıca, uzman terapist tarafından uygulanacak gebe masajı uygulamasından ücretsiz yararlanmış olacaklardır. Gebe masajının, gebe ile doğmamış bebeği (fetus) arasındaki bağlanmaya, gebelik sürecinde ortaya çıkabilen fiziksel ve duygusal sıkıntılar, ilişkiler, annelik, beden imajı ve gebelik ile ilgili konularda yaşanan sıkıntı veya endişelere olumlu etkisinin olması beklenmektedir. Masaj terapi ile fiziksel ve psikolojik olarak rahatlatmanız, dolaşımınızın rahatlaması ile gebeliğe ve bebeğe ilişkin sağlık göstergelerinizin olumlu yönde gelişim göstermesi, dokunsal farkındalığınızın artması ile de duygularınızı daha derinlemesine keşfetmenizi sağlayarak bebeğinizle aranızdaki bağı kuvvetlendirmek istenmektedir.

Ayrıca bu çalışmadan çıkarılacak sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilir, Türkiye’deki gebelerle yapılmış herhangi bir çalışma olmamasına karşın özel kurumlarda gebe masajının konunun uzmanı olmayan terapistler tarafından yapılmaması yönünde ilk adım atılmış olacak, Türkiye’de bu konudaki ilk akademik çalışma yapılmış olacak ve bilimsel veriler elde edilecektir.

Çalışma yalnızca araştırma amaçlı olup, doğrudan yarar görme ya da tedavinin seyrinin değiştirilmesi beklenmemektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Kontrol grubunda iseniz sizden, 30. ve 34. gebelik haftanızda kolay anlaşılan ve kolaylıkla yanıtlanabilen bazı sorulara cevap vermeniz istenecektir. Sizin ve bebeğinizin sağlık durumunuzun takibi aynı uzman hekim tarafından her ziyarette 1 defa olmak üzere toplam 2 defa doppler, fetal biyofizik profil, EFM, maternal vital bulguların değerlendirilmesi şeklinde yapılacaktır.

Gebe masajı grubunda iseniz sizden, sizden 30,31,32,33 ve 34. gebelik haftalarınızda kolay anlaşılan ve kolaylıkla yanıtlanabilen bazı sorulara cevap vermeniz istenecektir. Masaj uygulaması, gebeliğinizin 30. haftasında başlayacak ve her hafta aynı gün, aynı yerde, haftada bir kez, 60 dakikalık seanslar şeklinde aynı ebe terapist tarafından yapılacaktır. Gebelik ve doğum masajına özel sertifikalı eğitimleri tamamlamış olan ebe terapist, klinikte 2 yıl ve ebelik alanında 10 yıllık deneyimi olan bir akademisyendir. Sizin ve bebeğinizin sağlık durumunuzun takibi masaj öncesi ve sonrası olmak üzere aynı uzman hekim tarafından her ziyarette toplam 2 defa ve tüm çalışma boyunca da toplam 10 defa olmak üzere doppler, fetal biyofizik profil, EFM, maternal vital bulguların değerlendirilmesi şeklinde yapılacaktır. Gebe masajının, bu konuda özel eğitim almış terapistler tarafından uygulamasının gebenin ya da fetusun sağlığına hiçbir zararlı etkisi yoktur. Bütün bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissettirilmeyecek ve ebe terapist tarafından yapılan masaj uygulaması sırasında bireysel mahremiyetinize dikkat edilecektir.

Olası bir soruna karşı gerekli tedbirler tarafımızdan alınacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİLEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?

Gebeliğe olumsuz yönde etki edebilecek tüm ilaç ve besinler çalışma süresi için de sakıncalı olarak değerlendirilecektir.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya bir yan etkiye maruz kalmanız vb. nedenlerle çalışma ekibi sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir. Ayrıca, çalışmadan ayrılmak isteme, fetusta bir sağlık sorunu gelişmesi, erken doğum tehdidi veya doğum eyleminin erken başlaması, uzman hekim ya da ebe terapist tarafından gebede saptanan gebe masajı uygulamasına ilişkin bir engel (bulaşıcı bir hastalık, yüksek ateş, deri enfeksiyonu, tromboz veya flebit gibi yangılı bir durum) varlığı ya da gelişmesi durumunda da çalışma ekibi sizin izniniz olmadan sizi çalışmadan çıkarabilir.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?

Çalışmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu çalışma ekibi tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar bu ekip tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırmacıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız hususunda gebe masajı ve çalışma sürecine ilişkin Araş. Gör. Yeliz Çakır Koçak'a (Ebe terapist) no.lu telefondan, sağlık sürecinize ilişkin Doç. Dr. A. Mete Ergenoğlu'na (Hekim) no.lu telefondan başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?

Çalışmanın desteklenmesi için EÜ Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri ödeneğine başvurulmuştur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya

vazgeçme durumunda bile sonraki rutin gebelik izlemleri ve bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi çalışmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizinle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 4 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
E-MAIL	 @	
TARİH	... / ... / 201...	

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI	Yeliz ÇAKIR KOÇAK	
TEL.		
FAKS		
E-MAIL	gulumseyc@gmail.com	
TARİH	... / ... / 201...	

EK 18. GEBE MASAJI UYGUNLUK YAZISI

Sayın Doç. Dr. Ahmet Mete ERGENOĞLU,

Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde 2006 yılından buyana Araştırma Görevlisi olarak çalışmaktayım. EÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı'nda öğrenimim tez aşamasındadır. Gebeler ile çalışmakta olduğum 'Gebe Masajının Gebe ve Fetus Üzerine Etkisi' konulu doktora tezim EÜ Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 16.05.2016 tarih ve 16-3.2/19 numaralı kararı ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (EÜTFH) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'ndan alınan 02.08.2016 tarih ve 8 sayılı izni doğrultusunda onaylanmıştır.

İleri gebelik döneminde uygulanan gebe masajının maternal ve fetal iyilik hali, gebe ile fetus arasındaki bağlanma ve prenatal distrese etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü olarak bir çalışma yapmaktayım.

Çalışmada '*Gebe Masajı*' uygulamasına gebeliğin 30. haftasında başlanacak ve her hafta aynı gün, haftada bir kez, 5 hafta süre ile (30-34 hf), 60 dakikalık seanslar şeklinde gebelere masaj yapılacaktır. Gebelikte masajın bu konuda özel eğitim almış terapistler tarafından uygulanmasının sağlığa zararlı bir etkisi bulunmamaktadır. Bu nedenle ben de gebelere güvenli bir şekilde masaj uygulayabilmek için T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü ve Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği tarafından verilen sertifikalı eğitimi, Boston/Amerika'da gebelik ve doğum masajına özel akredite olmuş sertifikalı eğitimleri ve Doğumda Bası Noktaları Kursunu tamamladım.

Çalışmaya katılan gebelerin masaj öncesi sizin tarafınızdan Biyofizik Profilleri, benim tarafımdan EFM taraseleri, gebenin vital bulguları ve fetusun FKH'si değerlendirildikten sonra gebe masajı uygulanacaktır. Uygulama esnasında, gebede herhangi bir rahatsızlık ortaya çıkması durumunda masaj durdurulacak ve gerekli müdahale yapılacaktır. Ayrıca ebe terapist yüksek riskli olmayan bir gebelikte masaj esnasında gerçekleşme ihtimali çok düşük olan riskli durumlara karşı dikkatli davranacaktır. Gebe masajı EÜTFH'de bulunan Ege Üniversitesi Kadın Sağlığı Sürekli Eğitim Merkezi (EGEKASEM)'nde yapılacaktır.

..... isimli gebe tarafımdan ön değerlendirmeleri yapılarak gebe masajı yaptırabileceği yönünde değerlendirilmiştir. Ancak gebenin rutin gebelik izlemlerini yapan hekim olarak sizin gebeyi değerlendirmeniz primer öncelik taşımaktadır.

Sayın hekim sizden ricam, gebeyi bu yönde değerlendirerek isimli gebenin Gebe Masajı yaptırmasında bir sakınca olmadığına dair tarafıma yazılı bir belge göndermeniz ya da bu belgeyi imzalayıp kaşeleyerek tarafıma iletilmek üzere gebeye teslim etmeniz yönünde olacaktır.

Teşekkür eder saygılarımı sunarım...

Araş. Gör. Yeliz ÇAKIR KOÇAK
Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu
Ebelik Bölümü
Tel: 0506 646 33 47

"Gebenin belirtilen gebe masajı seanslarına katılmasında bir sakınca bulunmamaktadır."

(Gebeyi değerlendiren hekim tarafından imzalanacaktır)

Dr. İmza ve Kaşe:

Tarih:

EK 19. GEBE İZLEM KARTLARI

GEBE MASAJI GRUBU

AD SOYAD:											
Birey Kodu	Vital Bulgular	HAFTALAR									
		30		31		32		33		34	
		Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra	Önce	Sonra
...	Tansiyon (mmHg)										
	Nabız (atım/dk)										
	Solunum (adet/dk)										
	Vücut ısısı (°C)										
	FKH (atım/dk)										

KONTROL GRUBU

AD SOYAD:					
Birey Kodu	Vital Bulgular	HAFTALAR			
		30		34	
		Önce	Sonra	Önce	Sonra
...	Tansiyon (mmHg)				
	Nabız (atım/dk)				
	Solunum (adet/dk)				
	Vücut ısısı (°C)				
	FKH (atım/dk)				

I: Kişisel Bilgiler

1. Yaşınız:
2. Eğitim durumunuz: 1) Okuryazar 2) İlkokul / Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite ve üstü
3. Mesleğiniz: 1) Ev hanımı 2) Memur 3) Serbest Meslek 4) Diğer (belirtiniz:)
4. Şuandaki çalışma durumunuz nedir? 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
5. Sosyal güvenceniz var mı?
1) Yok 2) SGK (Yeşil Kart, Emekli Sandığı, Bağ-Kur) 3) Özel Sigorta 4) SGK ve Özel Sigorta
6. Aile tipiniz nedir? (Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz)
1) Eşimle 2) Eşim ve eşimin ailesiyle 3) Eşim ve benim ailemle 4) Ailemle 5) Arkadaşım ile 5) Yalnız
7. Ailenizin gelir-gider durumunu nasıl algılıyorsunuz?
1) Yeterli 2) İdare eder 3) Yetersiz 4) Çok yetersiz
8. İkamet ettiğiniz konut/ev:
1) Kira 2) Aile / akrabaların kirasız oturuyoruz 3) Kendi evimiz (borç ödüyörüz) 4) Kendi evimiz (borcu bitti)
9. Şuana kadar en uzun süre (yaşamınızın 2/3'ünde) yaşadığınız yer: 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir/İl
10. Gebe kaldığınızdan buyana sigara içiyor musunuz?
1) Evet 2) Hayır (içiyordum bıraktım) 3) Hayır (sigara kullanmıyorum)

II: Evliliğe İlişkin Bilgiler

11. Medeni durumunuz nedir? 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Diğer (.....)
12. Resmi nikahınız var mı? 1) Evet 2) Hayır
13. Bu kaçınca evliliğiniz?
14. Şu an kaç yıllık evlisiniz?
15. Eşiniz ile isteyerek mi evlendiniz? 1) Evet 2) Hayır
16. Eşiniz hayatta mı? 1) Evet 2) Hayır
17. Eşinizin eğitim durumu:
1) Okuryazar değil 2) Okuryazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite ve üstü
18. Eşinizin çalışma durumu nedir? 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

III: Gebeliğe İlişkin Bilgiler

19. Daha önce gebe kaldınız mı? 1) Evet (kaç kez:) 2) Hayır
20. Daha önce düşük yaptınız mı? 1) Evet (kaç kez:) 2) Hayır
21. Daha önce küretaj oldunuz mu? 1) Evet (kaç kez:) 2) Hayır
22. Çocuk sahibi olmaya planlayarak/isteyerek mi karar verdiniz? 1) Evet 2) Hayır
23. Gebe olduğunuzu ilk öğrendiğinizde ne hissettiniz?
1) Olumlu duygular (mutluluk, sevinç, heyecan gibi) 2) Hiçbir şey anlayamama
3) Olumsuz duygular (Üzülme, endişe, kaygı, korku gibi) 4) Diğer.....
24. Gebelik sürecinizde en sık hangi duyguları yaşadınız?
1) Olumlu duygular (mutluluk, sevinç, heyecan gibi) 2) Hiçbir şey anlayamama
3) Olumsuz duygular (Üzülme, endişe, kaygı, korku gibi) 4) Diğer.....
25. Bedeninizdeki gebeliğe bağlı oluşan değişiklikleri nasıl algılıyorsunuz?
1) Çok kötü 2) Kötü 3) Normal 4) İyi 5) Çok iyi
26. Şu ana kadar kaç kez gebeliğinizle ilgili kontrol/takip olmak için sağlık kuruluşuna gittiniz?
27. Gebelik takiplerinizi kim yapıyor? 1) Hekim 2) Ebe 3) Hemşire 4) Diğer (belirtiniz:)
28. Bebeğinizin cinsiyetini biliyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır 3) Bilmiyorum

29. Bebeğinizin cinsiyeti nedir? 1) Kız 2) Erkek
30. Bebeğinizin cinsiyetinin ne olmasını isterdiniz? 1) Kız 2) Erkek 3) Fark etmez/Sağlıklı olsun yeter
31. Bebeğinize isim koydunuz mu? 1) Evet 2) Hayır
32. Bebeğin hareketini ilk kez kaçınca haftada hissettiniz?
33. Gebelikte eş ve/veya aile desteğiniz var mı? 1) Evet 2) Hayır
34. En çok kimden destek aldınız / alıyorsunuz?
- 1) Eş 2) Aile üyeleri (belirtiniz:.....) 3) Arkadaş 4) Sağlık personeli 5) Diğer
35. Bu aldığınız destek sizin için yeterli mi? 1) Evet 2) Hayır
36. Doğumdan hemen sonra size destek olacak birileri var mı? 1) Evet 2) Hayır
37. Var ise kim?
- 1) Eş 2) Aile üyeleri (belirtiniz:.....) 3) Arkadaş 4) Sağlık personeli 5) Diğer
38. Doğum sonrası ne kadar zaman sonra işe başlamayı düşünüyorsunuz? ay
39. İşe başladığınızda bebeğinize kim bakacak?

IV: Doğuma İlişkin Duygu ve Düşünceler

40. Sizce doğum nasıl bir olaydır?
- 1) Ağrılı 2) Ağrılı ve korku verici 3) Mutluluk verici ve normal
- 4) Stresli fakat mutluluk verici 5) Duygularımı tanımlayamıyorum 6) Diğer:
41. Doğumunuzu nasıl yapmak istiyorsunuz:
- 1) Normal vajinal doğum (Neden?)
- 2) Sezaryen ile doğum (Neden?)
42. Doğumda eşinizin yanınızda olmasını ister misiniz? 1) Evet 2) Hayır

V: Gebe Masajına İlişkin Düşünceler

43. Daha önce tüm vücudunuza profesyonel masaj yaptırdınız mı (İsveç masajı-Klasik masaj gibi)?
- 1) Evet 2) Hayır
44. Gebeye yapılan masajın gebeliğe etkileri konusunda ne düşünüyorsunuz?
- Belirtiniz:
45. Diğer gebelere, gebe masajı yaptırmalarını önerir misiniz?
- 1) Çok öneririm 2) Öneririm 3) Az öneririm 4) Hiç önermem
- Neden?

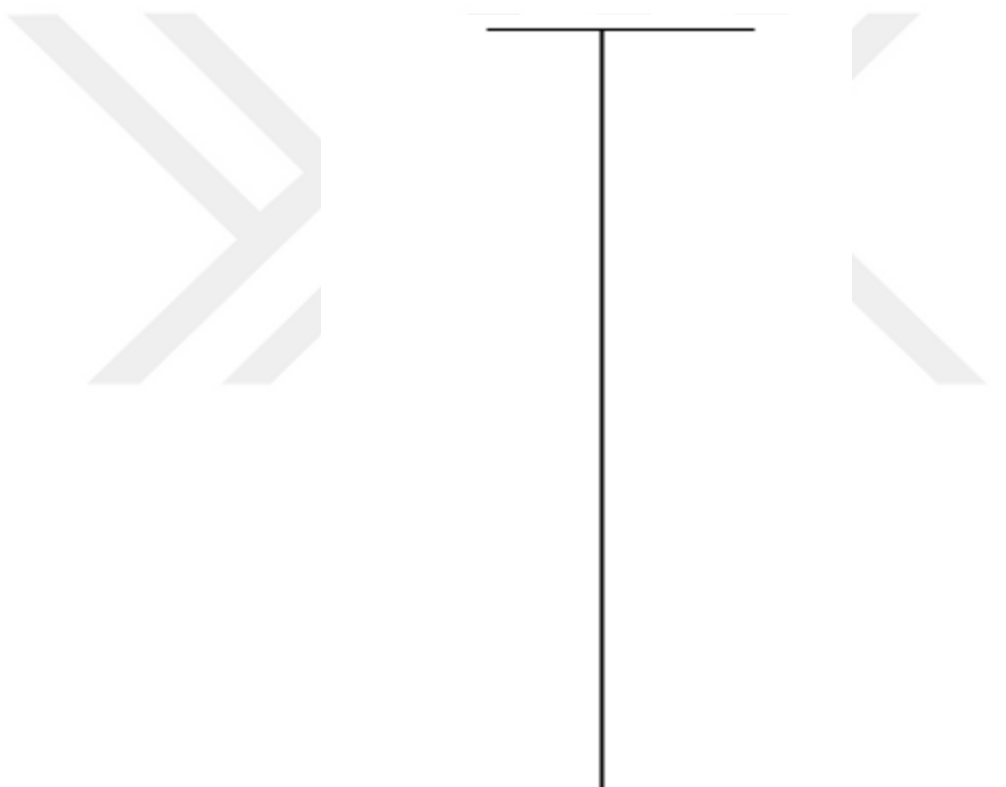
İçtenlikle ve eksiksiz şekilde soruları cevapladığınız için teşekkür ederim...

EK 21. GÖRSEL KİYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ) (VISUAL ANALOGUE SCALE-VAS)

Bu form ile sizin iyilik durumunuz değerlendirilmek istenmektedir. Form, sizin bu çalışmadan önce ve sonra kendinizi nasıl hissettiğinizi saptamaya yönelik olarak kullanılacaktır.

Şuandaki iyilik durumunuzu yani kendinizi nasıl hissettiğinizi ifade etmek için aşağıdaki çizelgede sizi en iyi ifade eden yeri YATAY ÇİZGİ (—) ile işaretleyiniz.

Çok çok iyi hissediyorum



Çok kötü hissediyorum

EK 22. PRENATAL BAĞLANMA ENVANTERİ (PBE)

Aşağıdaki cümleler gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları ve durumları açıklamaktadır. **Geçen ay süresince** bu düşünce, duygu ve durumlarla ilgili tecrübelerinizle ilgilenmekteyiz. Lütfen size uygun kelimenin yanındaki rakamı yuvarlak içine alınız.

	Her zaman	Sık sık	Bazen	Hiçbir zaman
1. Bebeğimin şu an neye benzediğini merak ederim.	4	3	2	1
2. Bebeğimi adıyla çağırdığımı hayal ederim.	4	3	2	1
3. Bebeğimin hareketini hissetmekten hoşlanırım.	4	3	2	1
4. Bebeğimin şimdiden kişiliğinin oluştuğunu düşünürüm.	4	3	2	1
5. Diğer insanların bebeğimin hareketlerini hissetmeleri için ellerini karnımın üzerine koymalarına izin veririm.	4	3	2	1
6. Yaptığım şeylerin bebeğimde bir fark oluşturacağına inanırım.	4	3	2	1
7. Bebeğimle birlikte yapacağım şeyleri planlarım.	4	3	2	1
8. Bebeğimin içimde ne yaptığını diğer insanlarla paylaşıyorum.	4	3	2	1
9. Bebeğimin neresine dokunduğumu hayal ederim.	4	3	2	1
10. Bebeğimin ne zaman uyuduğunu bilirim.	4	3	2	1
11. Bebeğimi hareket ettirebilirim.	4	3	2	1
12. Bebeğim için bir şeyler satın alırsam ya da yaparım.	4	3	2	1
13. Bebeğimi sevdiğimi hissedirim.	4	3	2	1
14. Bebeğimin orada ne yaptığını hayal etmeye çalışırım.	4	3	2	1
15. Karnımı kollarımla sararak oturmaktan hoşlanırım.	4	3	2	1
16. Bebeğimle ilgili rüya görürüm.	4	3	2	1
17. Bebeğimin niçin hareket ettiğini bilirim.	4	3	2	1
18. Karnımın üzerinden bebeğimi okşarım.	4	3	2	1
19. Bebeğimle sırlarımı paylaşıyorum.	4	3	2	1
20. Bebeğimin beni duyduğunu bilirim.	4	3	2	1
21. Bebeğimi düşündüğümde çok heyecanlanırım.	4	3	2	1

EK 23. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ (PDÖ) - REVİZE VERSİYON

Gebelikte birtakım durumlar bazı kadınlar için rahatsızlık verici veya tedirgin edici olabilir. Ancak, başka kadınlar aynı şeylerden rahatsız olmayabilir. Biz, sizin gebeliğiniz süresince şu ana kadar endişe duyduğunuz ya da rahatsız olduğunuz şeyleri öğrenmek istiyoruz. **Gebeliğinizin bu döneminde**, kendinizi rahatsız, endişeli ya da üzgün hissettiğiniz durumları lütfen aşağıda yer alan **"0-Hiç", "1-Biraz" ve "2-Çok Fazla"** seçeneklerden birini işaretleyerek cevaplayınız.

	Hiç	Biraz	Çok Fazla
1. Gebeliğinizin bu döneminde yeni doğan bebeğin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
2. Gebeliğinizin bu döneminde yüksek tansiyon veya şeker hastalığı gibi devam eden sağlık sorunlarınızın gebeliğunuza etkisi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
3. Gebeliğinizin bu döneminde enerjinizin düşük olması ve kendinizi yorgun hissetmeniz konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
4. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında hissedeceğiniz ağrı/sancı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
5. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız sağlık bakım hizmetleri için yaptığınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
6. Gebeliğinizin bu döneminde kilonuzda ve vücudunuzun görünümünde oluşan değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
7. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin beklenenden çok erken doğma olasılığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
8. Gebeliğinizin bu döneminde gebelikte ortaya çıkan kusma, ayaklarda şişlik veya bel ağrısı gibi bedensel şikayetler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (<i>Evet ise; hangi şikayetler?</i>)	0	1	2
9. Gebeliğinizin bu döneminde aldığınız tıbbi bakımın kalitesi konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
10. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumu nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerinizde yaşayacağınız değişiklikler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz? (<i>Evet ise; özellikle kim?</i>)	0	1	2
11. Gebeliğinizin bu döneminde sağlıksız bir bebeğiniz olabileceği konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
12. Gebeliğinizin bu döneminde doğum sırasında neler olacağı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
13. Gebeliğinizin bu döneminde çalışma yaşamınız veya ailenizin bakımı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
14. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin giysileri, beslenmesi ve sağlık bakımı için yapacağınız harcamalar konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
15. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bir işte çalışmak durumunda olmanız konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
16. Gebeliğinizin bu döneminde bebeğin doğumundan sonra bebeğin günlük bakımı, diğer bakım konuları ve bebek bakımında destek alınan kişiler konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2
17. Gebeliğinizin bu döneminde kullandığınız sigara, alkol ya da ilaçlardan bebeğin etkilenmiş olup olmadığı konusunda kendinizi rahatsız, üzgün ya da endişeli hissediyor musunuz?	0	1	2

EK 24. PRENATAL DİSTRES ÖLÇEĞİ (PDÖ) – İNGİLİZCE REVİZE VERSİYON

DIFFICULTIES IN PREGNANCY

To some women, certain things about being pregnant are uncomfortable or upsetting, but other women may not be bothered by the same things. We are interested in the things that you are worried or bothered by now.

Please use one of these answers to tell me whether you are bothered, worried, or upset about things at this point in your pregnancy: (USE RESPONSE CARD)

0 1 2
NOT AT ALL Somewhat,or Very Much

Are you feeling bothered, upset, or worried at this point in your pregnancy: (REPEAT STEM AS NEEDED)

1)...about taking care of a newborn baby?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

2)...about the effect of ongoing health problems such as high blood pressure or diabetes on your pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

3)...about feeling tired and having low energy during your pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

4)...about pain during labor and delivery?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

Are you feeling bothered, upset, or worried at this point in your pregnancy: (REPEAT STEM AS NEEDED)

5)...about paying for your medical care during pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

6)...about changes in your weight and body shape during pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

7)...about whether the baby might come too early?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

8)...about physical symptoms of pregnancy such as vomiting, swollen feet, or backaches? (IF APPROPRIATE: Which?)

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

9)...about the quality of your medical care during pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

10)...about changes in your relationships with other people due to having a baby? (IF APPROPRIATE: Who in particular?)

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

Are you feeling bothered, upset, or worried at this point in your pregnancy: (REPEAT STEM AS NEEDED)

11)...about whether you might have an unhealthy baby?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

12)...about what will happen during labor and delivery?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

13)...about working or caring for your family during your pregnancy?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

14)...about paying for the baby's clothes, food, or medical care?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

15)...about working at a job after the baby comes?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

16)...about getting day care, babysitters, or other help to watch the baby after it comes?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

17)...about whether the baby might be affected by alcohol, cigarettes, or drugs that you have taken?

0 1 2
NOT AT ALL SOMEWHAT VERY MUCH

18) Are there other things that you are bothered, upset, or worried about that have to do with your pregnancy, the birth, or the baby?

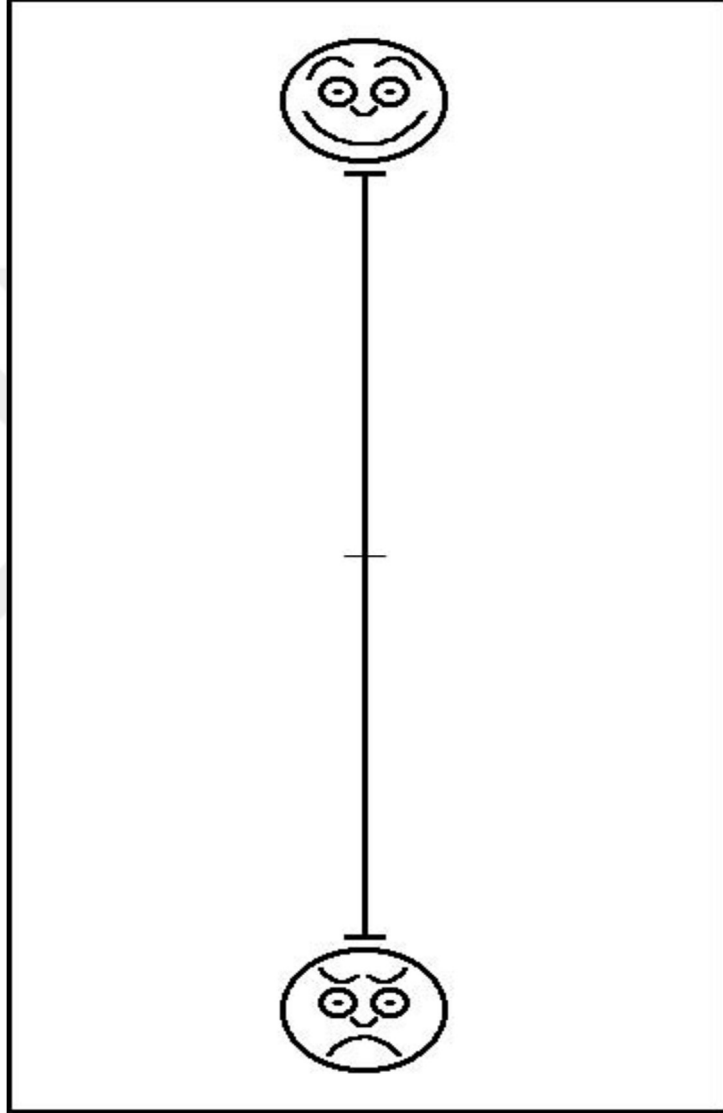
NO YES
0 1

(IF YES:) Will you please tell me what those things are? (RECORD RESPONSE:)

EK 25. GÖRSEL ANALOG HASTA TATMİNİ SKALASI

(Gebe masajı grubu için)

Gebe masajından memnun olma durumunuzu ifade etmek için aşağıdaki çizelgede sizi en iyi ifade eden yeri **YATAY ÇİZGİ (—)** ile işaretleyiniz.



EK 26. GEBE MASAJINA İLİŞKİN DÜŞÜNCELER (34 hf)

(34. haftada kontrol ve gebe masajı gruplarına uygulanacak)

1. Gebeye yapılan masajın gebeliğe etkileri konusunda ne düşünüyorsunuz?

Belirtiniz:

2. Diğer gebelere, gebe masajı yaptırmalarını önerir misiniz?

1) Çok öneririm (Neden?)

2) Öneririm (Neden?)

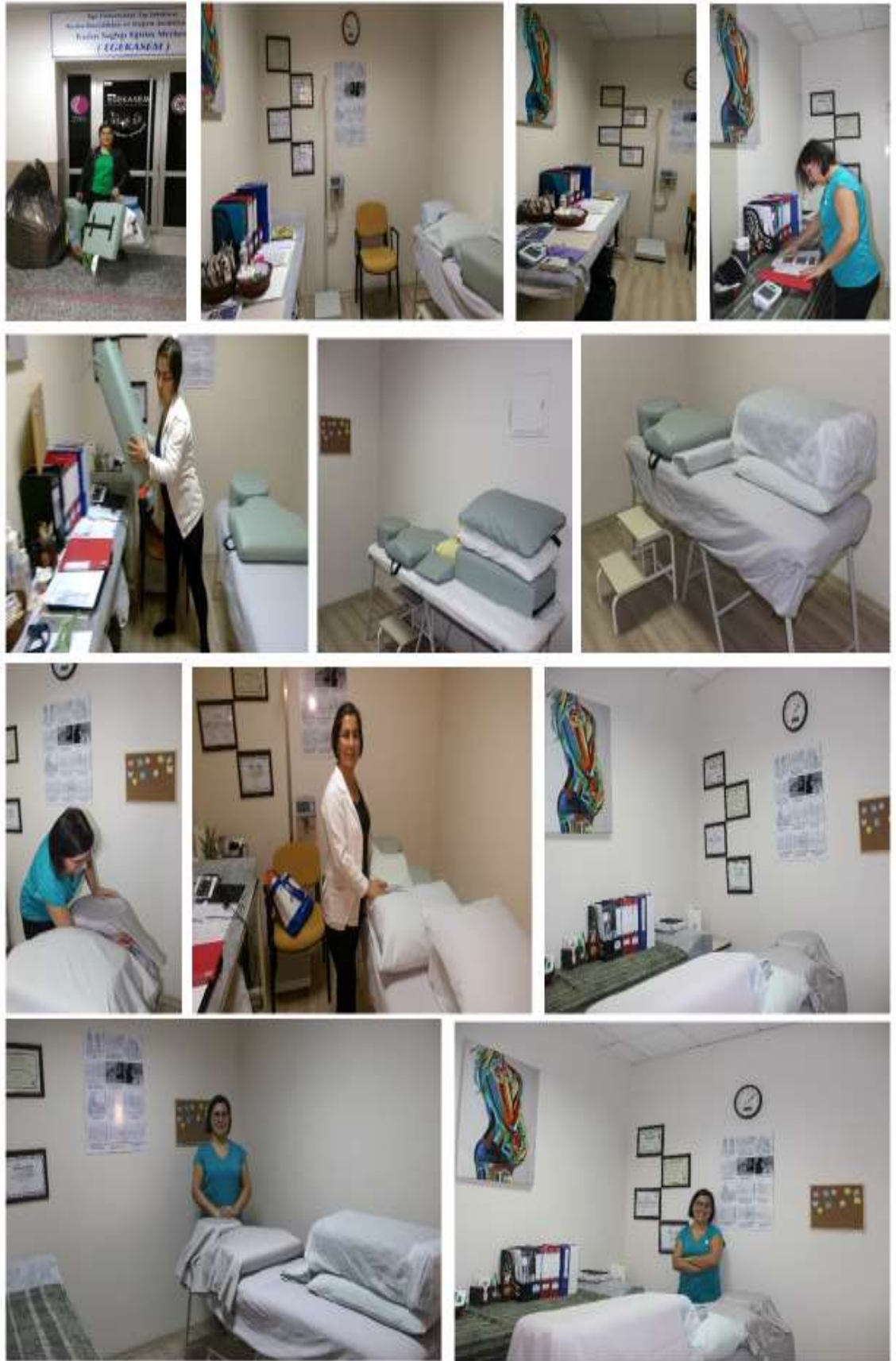
3) Az öneririm (Neden?)

4) Hiç önermem (Neden?)

3. Lütfen masaj terapi seanslarınızda belirgin bir şekilde hoşunuza giden ve gitmeyen/sizi rahatsız eden hususları yazınız. (yalnız gebe masajı grubu)

.....

EK 27. MASAJ ODASINA AİT FOTOĞRAFLAR



Kaynak: Orijinal fotoğraf (Çekim: Yeliz Çakır Koçak, Mahide Demirelöz Akyüz)

EK 28. ÇALIŞMADA YER ALAN BAZI GEBELERLE FOTOĞRAFLAR



EK 29. GEBE MASAJI SONRASI GEBELERİN PAYLAŞIMLARI



8.2. ÖZGEÇMİŞ

Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Ankara’da doğan araştırmacı lisans eğitimini 2004 yılında Ankara Üniversitesi Cebeci Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü’nde tamamladı. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde 2004-2006 yılları arasında görev yaptı. Eylül 2006’da Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu’na Araştırma Görevlisi olarak atandı ve halen aynı kurumda (Sağlık Bilimleri Fakültesi) Araştırma Görevlisi olarak görevine devam etmektedir. Yüksek lisans eğitimini 2007 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı’nda tamamladı. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanında doktora eğitimini 2017 yılında tamamladı. Yüksek lisans tezini antenatal eğitim üzerine yapan araştırmacı, doktora tezinde gebe masajı çalıştı. Araştırmacı 2014 yılında Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği tarafından verilen genel masaja ilişkin sertifikalı eğitimi ve 2015 yılında Boston/Amerika’da gebelik ve doğum masajına özel akredite olmuş sertifikalı eğitimleri ve Sığacık/İzmir’de Doğumda Bası Noktaları eğitimlerini almıştır. Bu eğitimlerin dışında, yurt içi ve yurt dışında masaj temalı farklı çalıştaylara katılmıştır. Akademik gelişiminde ve çalışmalarında; ebelik eğitimi, gebelik, doğum, doğum sonu dönem, kadın sağlığı, çocuk yaşta zorla evlilikler, aile içi şiddet, kadına yönelik erkek şiddeti, sığınmaevleri, antenatal eğitim, gebe masajı, bağlanma, kültür, geleneksel uygulamalar, öğrenci örgütlenmesi, mesleki örgütlenme, topluma hizmet uygulamaları ile araştırma planlama ve çözümleme konuları akademik çalışmalarını gerçekleştirdiği alanlardır. Ayrıca, 2014 yılında kurulan Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği’nin kurucu yönetim kurulu üyelerindendir. Ebeler Derneği, Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği üyesi olduğu mesleki kuruluşlardır. Araştırmacı evli ve bir çocuk annesidir.

e-mail: yeliz.cakir@ege.edu.tr, gulumseyc@gmail.com