



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUM EYLEMİNDE SP6 NOKTASINA UYGULANAN  
BASININ GEBELERDE ALGILANAN DOĞUM AĞRISINA VE  
DOĞUM EYLEMİNİN SÜRESİNE ETKİSİ**

Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK  
DOKTORATEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

İSTANBUL-2010

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora ( X )

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği

Tez Sahibi : Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

Tez Başlığı : Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Akupresürün Gebelerde  
Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi

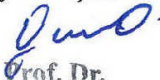
Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 23.12.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	Marmara Üniversitesi	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN	Acıbadem Üniversitesi	
Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ	Marmara Üniversitesi	
Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ	Marmara Üniversitesi	
Yrd. Doç. Dr. Saadet YAZICI	İstanbul Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun **13./01./2011** tarih ve **12** sayılı kararı ile onaylanmıştır.

  
Prof. Dr.  
**Gül den Z. OMURGAN**  
Müdür

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

## **BEYAN**

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

04.12.2010

Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim süresince büyük destek aldığım, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Prof. Dr. Sayın Nuran KÖMÜRCÜ' ye,

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmaya değerli katkılarda bulunan, tez danışmanlarım Sayın Prof. Dr. Fatma ETİ ASLAN ve Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ'ye,

Bana bilimin ışığında gitmeyi öğreten, lisansüstü eğitimim süresince sevgi ve yardımları ile yanımda olan ve bana her zaman güvenen eşim Prof. Dr. Adnan ÇALIK'a

Tezimin istatistiksel analizini yapan ve istatistik konusunda bilgi ve deneyimleriyle bana zamanını harcayan, destek olan Yrd. Doç. Dr. Ayla AKKAŞ GÜRSOY ve Yrd. Doç. Dr. Havva ÖZTÜRK'e,

Araştırmanın her aşamasında desteklerini esirgemeyen yüksekokulumuzun müdürü Sayın Yrd. Doç. Dr. Nesrin NURAL'a, Öğr. Gör. Sayın Songül AKTAŞ ve Yrd. Doç. Dr. Sayın Sevilay HİNDİSTAN'a ve gösterdikleri sonsuz anlayıştan dolayı tüm iş arkadaşlarıma,

Araştırmanın yürütüldüğü Trabzon Kadın Doğum Hastanesi Başhekimliği'ne, Doğum Salonunda çalışan tüm sağlık personeline ve çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm annelere,

Tezimin uygun formatta basılmasında çok daha fazla itina gösteren ÖMSAN Fotokopiye,

Araştırmam sırasında bana destek olan, motive eden tüm dostlarıma ve benimle ilgili inanç ve güvenleri, öğrenim hayatım boyunca başarılarımın ardındaki itici güç olan sevgili aileme teşekkür ederim.

Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

2010 İSTANBUL

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
RESİMLER LİSTESİ.....	xiii
1. ÖZET.....	1
2. SUMMARY .....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	7
4.1. Doğum Eylemi .....	7
4.1.1. Doğumun I. Evresi .....	7
4.1.1.1. Latent faz .....	7
4.1.1.2. Aktif faz .....	8
4.1.1.3. Geçiş fazı .....	8
4.1.2. Doğumun II. Evresi .....	8
4.1.3. Doğumun III. Evresi .....	8
4.1.4. Doğumun IV. Evresi .....	9
4.2. Doğum Ağrısı ve Nörofizyolojisi .....	9
4.3. Ağrı Teorileri.....	12
4.3.1. Kapı Kontrol Teorisi .....	13
4.3.2. Endorfin Teorileri .....	14
4.3.3. İnteraktif Ağrı Modeli.....	15
4.4. Doğum Ağrısının Özellikleri.....	15
4.5. Doğum Eyleminde Ağrıya Yol Açan Fizyolojik Faktörler.....	16

4.6. Doğum Ağrısının Psikolojik Yönleri ve Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler .....	18
4.7. Doğum Ağrısının Maternal-Uterin ve Fetal Etkileri .....	21
4.7.1. Maternal Etkiler .....	23
4.7.2. Uterus Aktivitesi Üzerine Olan Etkileri.....	24
4.7.3. Fetal Etkiler .....	24
4.8. Doğum Eyleminde Ağrı Giderme Yolları .....	25
4.8.1. Farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri .....	25
4.8.2. Non-Farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri .....	26
4.8.2.1. Psikoprofilaksi.....	27
4.8.2.2. Hipnoz .....	27
4.8.2.3. Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) .....	27
4.8.2.4. Hayal kurma .....	28
4.8.2.5. Solunum teknikleri .....	28
4.8.2.6. Kas gevşemesi .....	28
4.8.2.7. Biofeedback.....	29
4.8.2.8. Masaj ve dokunma.....	29
4.8.2.9. Hareket ve pozisyon verme .....	30
4.8.2.10. Sıcak ve soğuk uygulama .....	30
4.8.2.11. Dikkati başka yöne çekme.....	30
4.8.2.12. Müzik.....	31
4.8.2.13. Yoga .....	31
4.8.2.14. Aromaterapi .....	31
4.8.2.15. Hidroterapi- banyo .....	32
4.8.2.16. Efloraj .....	32
4.8.2.17. Steril su enjeksiyonu .....	33
4.8.2.18. Akupunktur .....	33
4.8.2.18.1. Akupunktur noktaları .....	35
4.8.2.18.2. Sp6 akupunktur noktası ve dalak meridyeni ....	35
4.8.2.18.3. Akupunktur nokta dedektörleri .....	37
4.8.2.18.4. Akupunkturun etki mekanizması .....	38
4.8.2.19. Akupresüre (Shiatsu).....	40

4.8.2.19.1. Akupresürün doğum ağrısıve süresi üzerine etkisi .....	40
4.9. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü .....	45
<b>5. GEREÇ ve YÖNTEM.....</b>	<b>49</b>
5.1. Araştırmanın Şekli .....	49
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman .....	49
5.3. Araştırma Evreni ve Örneklem .....	51
5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler.....	52
5.4.1. Gebe Tanıtım Formu.....	53
5.4.2. Doğum Eylemine İlişkin Partograf Formu .....	53
5.4.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS).....	54
5.4.4. Doğum Eyleminde Gebenin Gösterdiği Duygusal Davranış Formu .....	56
5.4.5. Doğum Sonrası Görüşme Formu .....	56
5.4.6. Akupresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu .....	56
5.4.7. Akupunktur Nokta Dedektörü (ACUMASTER): .....	56
5.4.7.1. Akupunktur Nokta Dedektörünün Kullanımı .....	57
5.5. Araştırmanın Ön Uygulaması.....	58
5.6. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri .....	59
5.7. Verilerin Toplanması.....	59
5.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	65
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Veri Toplamasında Sırasında Karşılaşılan Güçlükler .....	65
5.10. Araştırmanın Etik Boyutu .....	67
5.11. Süre ve Olanaklar .....	67
<b>6. BULGULAR... ..</b>	<b>69</b>
6.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular .....	70
6.2. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulgular .....	78
6.3. Gebelerin Algıladıkları Ağrı Puan Ortalamaları (GKÖ) ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular .....	80

6.4. Gebelerin Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular .....	94
6.5. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulgular .....	98
6.6. Gebelerin Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular .....	101
<b>7. TARTIŞMA ve SONUÇ .....</b>	<b>102</b>
7.1. Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	102
7.2. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulguların Tartışılması .....	114
7.3. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	116
7.4. Gebelerin Doğum Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması .....	124
7.5. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulguların Tartışılması .....	129
7.6. Gebelerin Akupresür Uygulanmasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulguların Tartışılması .....	132
<b>8. KAYNAKLAR.. .....</b>	<b>141</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>163</b>
8.1. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (Deney grubu için) (Ek-I).....	163
8.2. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (Kontrol grubu için) (Ek-II) .....	164
8.3. Gebe Tanıtım Formu (Ek- III) .....	165
8.4. Partograf ( Ek-IV) .....	167
8.5. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek-V) .....	169
8.6. Doğum Sonu Görüşme Formu ( Ek-VI).....	170
8.7. Akupresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu (Ek-VII).....	171
8.8. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (Ek-VIII) uygulanmıştır....	172
<b>10. ETİK KURUL ve KURUM ONAYI.....</b>	<b>173</b>
<b>11. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>176</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

- ASA** : Amerikan Anesteziyoloji Derneği  
**ACOG** : Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği  
**DÖB** : Doğum Öncesi Bakım  
**DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü  
**FIGO** : Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu  
**GKÖ** : Görsel Kıyaslama Ölçeği  
**IASP** : Uluslararası Ağrı araştırmaları Derneği  
**KKT** : Kapı Kontrol Teorisi  
**TENS** : Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu  
**TAT** : Tamamlayıcı Alternatif Tıp  
**TNSA** : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması  
**SPSS** : Statistical Package for Social Sciences  
**VAS** : Visüel Analog Skala  
**Min** : Minimum Değer  
**Mak** : Maksimum Değer

## TABLolar LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları .....	70
Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları .....	71
Tablo 3. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarına Göre Dağılımları .....	72
Tablo 4. Gebelerin Gebeliklerinde Problem Yaşama ve İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları .....	73
Tablo 5. Gebelerin Doğumdan Korku Nedenlerine Göre Dağılımları .....	74
Tablo 6. Gebelerin Doğum Ağrısı İle Baş Etme Yöntemlerini Bilme Durumları ve Bildikleri Baş Etme Yöntemlerine Göre Dağılımları .....	75
Tablo 7. Gebelerin Doğum Ağrısını Daha Az Algılamak İçin Yapılmasını İstedikleri Uygulamalara Göre Dağılımları .....	75
Tablo 8. Gebelere Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimlere Göre Dağılımları .....	76
Tablo 9. Yenidoğana İlişkin Bulgular .....	77
Tablo 10. Doğum Eyleminin Üç Fazında Gebelerde Gözlemlenen Duygusal Davranışsal Belirtilerin Dağılımı .....	79
Tablo 11. Gebelerin Doğum Eyleminde Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının (GKÖ) Karşılaştırılması .....	81
Tablo 12. Gebelerin Yaşı ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı .....	83
Tablo 13. Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı .....	85
Tablo 14. Doğum Öncesi Eğitim Alan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması .....	87
Tablo 15. Gebeliğinde Problem Yaşayan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması .....	89

Tablo 16. Doğum Eyleminden Korkan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması .....	91
Tablo 17. Doğum Ağrısı İle Baş Etme Yöntemlerini Bilen Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması.....	93
Tablo 18. Gebelerin Eylem Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması/ dakika .....	95
Tablo 19. Yeni Doğanların Ağırlığı ile Doğum Eyleminin Süresinin Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı .....	97
Tablo 20. Annelerin Doğum Ağrısına, Ağrı Odasına ve Doğum Eylemine İlişkin Düşünceleri İle Doğum Sonrası Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Dağılımları .....	99
Tablo 21. Annelerin Akupresür Uygulamasından Memnun Kalma, Etkili Bulma ve Diğer Gebelere Önerme Durumlarına Göre Dağılımları .....	101

## ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1: Doğumdaki Ağrı Mekanizması .....	11
Şekil 2: Doğum Ağrısının Yol Açtığı Fizyolojik Olaylar.....	22
Şekil 3: Vücut Yüzeyinde Bulunan Meridyenler .....	34
Şekil 4: Doğumun Ağrısının Azaltılması ve Doğum Eyleminin Hızlandırılması İçin En Sık Olarak Kullanılan Akupunktur Noktaları. a. SP 6 noktası, b. LI4 noktası, c. BL 67 .....	35
Şekil 5: SP6 Noktasının Anatomik Olarak Yeri. ....	36
Şekil 6: Dalak Meridyeni .....	36
Şekil 7: Bireysel Sun Saptanmasında Kriter Alınan Eldeki Anatomik Ölçüler ...	37
Şekil 8: SP6 Noktasının Anatomik Olarak Tespit Edilmesi .....	61
Şekil 9: SP6 Noktasının Akupunktur Nokta Dedektörü ile Tespit Edilmesi .....	61
Şekil 10: Her Bir Kontraksiyon Süresince SP6 Noktasına Akupresür Uygulanması .....	62
Şekil 11: Akış Şeması .....	64
Şekil 12: Araştırmanın Zamanlaması .....	68

## RESİMLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Resim 1: a) Acumaster, b) Punkometre .....	38
Resim 2: Akupunktur Nokta Dedektörünün Kullanım Detayları (ACUMASTER) .....	58
Resim 3: SP6 Noktasına Akupresür Uygulanması.....	61

## 1. ÖZET

Araştırma, doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının (akupresürün) gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır. Trabzon Kadın Doğum Hastanesi'nde Temmuz 2009 – Nisan 2010 tarihleri arasında yapılan çalışmaya örneklem kriterlerine uyan 50 deney ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplam 100 gebe alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; Ki-kare Testi, Fisher Ki-kare testi, Yatest Ki-kare testi, Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerler, sayı ve yüzdeler kullanılmıştır. Araştırmada gebelere eylemin latent fazında uygulama ile ilgili bilgilendirme yapıp onay alındıktan sonra Gebe Tanıtım Formu uygulanmıştır. Her iki gruba eylem süresince standart hemşirelik bakımı verilmiş olup deney grubuna farklı olarak doğumun 1. evresinde SP6 noktasına servikal dilatasyon 2-3cm iken 15 kez (kontraksiyon süresince), 5-6cm iken 10 kez, 9-10cm iken 10 kez olmak üzere toplam 35 kez akupresür uygulanmıştır. Gebelerin ağrı algılamasını belirlemek için her uygulama sonunda Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılmıştır. Erken postpartum dönemde ise her iki gruba Doğum Sonu Görüşme Formu ve GKÖ uygulanmış olup deney grubuna farklı olarak "Akupresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu uygulanmıştır. Doğum eyleminin süresi her iki grup içinde partograf ile ölçülmüş olup, servikal dilatasyon 3cm den tam servikal dilatasyona (10cm) kadar geçen süre ve tam servikal dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar geçen süre olmak üzere iki zaman periyodunda değerlendirilmiştir. Araştırmada, doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısını algısını azaltmada etkisi olduğu ve eylem süresini yaklaşık bir saat kısalttığı ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediği bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Akupresür uygulamasının doğum eyleminin süresini kısaltmada ve doğum ağrısının kontrol edilmesinde kullanılabileceği önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akupresür, doğum ağrısı, doğum eylemi süresi, doğum ağrısı yönetimi

## **2. SUMMARY**

### **The Effect of Pressure Applied on Sp6 Acupoint During Labor on Labor Pain Perceived by the Pregnant Women and Labor Length**

The research was a randomized controlled and experimental trial performed to determine the effect of pressure (acupressure) applied on SP6 acupoint during labor on labor pain perceived by the pregnant women and the labor length. 100 pregnant women 50 in the experimental group, 50 in the control group- having research criteria were included in the research between July 2009 and April 2010 at Trabzon Birth Hospital. Chi-square, Fisher Chi-square, Yatest Chi-square, Mann Whitney U, Kruskal Wallis tests, means, standard deviation, minimum and maximum, numeric and percentile values were used to analyze the data. Pregnancy Identification Forms were administered to the pregnant women after providing them with relevant information about the trial during the latent phase of the labor and their approvals were obtained. Both groups received standard nursing care during the labor and filled in Postpartum Interview Form and Visual Analog Scale (VAS) during the early post partum period. However, experimental group also filled in "Questionnaire Form about Acupressure Application" and they were applied acupressure 35 times in total on SP6 acupoint during the first phase of the labor: 15, 10, and 10 times while cervical dilatation was 2-3cm, 5-6cm and 9-10cm long respectively. VAS was used at the end of each acupressure application to determine pain perception. Labor length of groups was measured with partograph and cervical dilatation was assessed in two stages: from the time of 3cm dilatation to the time of full dilatation (10cm) and from the time of full dilatation to the time of delivery. The research showed that acupressure applied on SP6 acupoint was effective in decreasing labor pain perception and shortened labor nearly one hour and affected the comfort of the mothers positively ( $p < 0.05$ ). It is suggested that acupressure application could be used in reducing labor length and controlling labor pain.

**Key Words:** Acupressure, Labor Pain, Labor Length, Labor Pain Management

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, kadın ve ailesi için çok önemli bir deneyimdir. Doğum ağrısı ise; bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli akut ağrı kaynaklarından biridir. Özellikle primigravidalar doğumu ve uterin kontraksiyonlarını karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olarak tanımlamaktadır (25, 29, 118, 187). Hatta doğum ağrısı; bel ağrısı, kanser ağrısı, fantom ağrı ve nevroalji gibi çeşitli kronik ağrılardan daha şiddetli bulunmuştur (118, 187).

Oysa günümüzde modern obstetrik uygulamalarda doğum ağrısının kabul edilebilir veya gerekli olduğu düşünceleri artık ortadan kalkmıştır. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), doğum ağrısının varlığını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmektedir (146, 149, 187). Çünkü doğum ağrısı, uterin kontraksiyonları ile nöroendokrin stres yanıtına neden olur. Bu yanıtın hem anne hemde bebek için istenmeyen etkileri vardır. Ağrı, stres ve anksiyeteye bağlı olarak sempatik sistemin uyarılması; ACTH, kortizol, epinefrin, norepinefrin ve  $\beta$ -endorfin düzeylerinde artış ile annede uterin kan akımını azaltıp, metabolik asidoz oluşturarak fetal hipoksiye neden olur. Bu fizyolojik yanıtlar, annedeki anksiyete, açlık ve doğum eforu ile birleşince daha da kötüleşir (118, 146, 149, 187). Bu nedenlerden dolayı doğumda ağrı mutlaka giderilmelidir.

Doğum ağrısını gidermenin iki yolu vardır. Bunlardan ilki sıklıkla kullanılan farmakolojik yöntemler, diğeri ise daha az kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerdir. Ağrı çeken bir gebede etkin analjezi sağlanırken, vital fonksiyonların bozulmaması ve doğuma aktif katılımın engellenmemesi gerekir. Çünkü anneye rahat ve ağrısız bir doğum yaptırma arzusu, hiçbir zaman anne ve bebek güvenliğini tehlikeye atmamalıdır. Bu nedenle doğum ağrısını gidermede ideal yaklaşım, kadının bilincinin açık olmasını sağlayacak anne ve fetus da yan etki ve toksisite yaratmayacak güvenilir bir yöntem seçebilmektir. Oysa hiçbir anestezi yöntemi bütün gebeler için ideal değildir (26, 90, 218). Doğum ağrısı için kullanılan farmakolojik yöntemlerin doğum ağrısını azaltmada farmakolojik olmayan yöntemlere göre daha etkili oldukları bulunmuştur. Ancak bunlar daha maliyetlidir ve olası yan etkileri mevcuttur (26, 28, 29, 90). Bu yöntemler fetal kalp hızı değişikliğine, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkiye, gebede tam perineal analjezi oluşması sonucu

ıkıntı hissini kaybolmasına, doğumun ikinci evresinin uzamasına ve maternal gastrik içeriğin aspirasyonuna neden olabilir (118, 211, 215, 218). Bunun yanında yeterli ağrı kontrolü sağlayan non-farmakolojik yöntemler anne ve fetus açısından zararsızdır ve kişinin kendi kontrol ve uygulamasına bağlıdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz ve yan etkileri ya da alerji riskleri yoktur (43, 44, 101, 118). Yapılan çeşitli çalışmalar, hasta eğitimi, müzik dinleme, gevşeme tekniklerini kullanma, derin soluk alıp verme, hipnoz, telkin, TENS (Trankütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu), egzersiz, masaj, yoga, meditasyon akupresür ve akupunktur gibi non-farmakolojik yöntemlerin tek başına yada farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanılmasının doğum ağrısının azaltılmasında ve kontrolünde etkili olduğunu göstermiştir (4, 5, 14, 21, 22, 25, 29, 35, 44, 61, 64, 70, 101, 115, 118, 192, 214).

Doğum ağrısının azaltılması ve doğum eyleminin süresinin kısaltılması için uygulanan non-farmakolojik uygulamalardan biri de akupresürdür. Yurt dışında yapılan çalışmalarda ve literatürde gebelikte, taşıt tutmalarında, post-operatif dönemde ve doğum eylemine bağlı oluşan ağrının kontrolünde akupresürün etkili olduğu bulunmuştur (3, 18, 35, 37, 38, 66, 68, 79, 80, 83, 89, 123, 124, 129, 161, 103, 201, 173, 177, 179, 196). Akupresür, vücudun akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya akustimülasyon bantlarıyla (Sea-Band, Relief Band) uygulanan bir stimülasyon yöntemidir. Non-invazif, ucuz, uygulanması kolay, emniyetli olan bu uygulamayı iyi bir danışmanlıkla gebe ve yakınları kendi kendilerine de yapabilirler (40, 79, 127, 118, 217). Akupresürün, vücutta kan dolaşımını, yin ve yangın uyumunu, nörotransmitterlerin salınımını desteklediğini ve böylece insan vücudunun normal fonksiyonunu devam ettirdiği ve sağlık halini zenginleştirdiğine inanılmaktadır. Bu inancı dayanarak; doğumu hızlandırmak, doğum ağrısını idare etmek ve doğum süresini kısaltmak için sık sık kullanılan bir yöntem olmuştur. Dahası, doğal, güvenli, maliyetsiz olması ve uygulamasının kolay olması nedeniyle, akupresür doğum ağrısının azaltılmasında cazip bir strateji olmaktadır. Doğum ağrıları zayıfladığında veya kontraksiyonlar azaldığında BL60, BL67, GB21, LI4, SP9 ve SP6 ya yapılan akupressür ile durumun düzeldiğinden bahsedilmektedir (18, 37, 38, 40, 79, 80, 83, 103, 118, 125, 126, 127)). Bu noktalara yapılan akupresürün hipofizden oksitosin salınımını stimule ederek uterus kontraksiyonlarını veya doğum sürecini etkilediği belirtilmektedir. Özellikle SP6 noktasının uyarılması ile üreme

organlarında güçlü etki yaptığı ve bazı obstetrik ve jinekolojik fonksiyon bozuklukların düzeldiği belirtilmiştir (18, 23, 37, 38, 103, 118, 127, 141). Pek çok çalışma spesifik akupunktur noktalarının (SP6 Sanyinjiao noktası gibi) doğum ağrısını ve doğum süresini azalttığını ortaya koymuştur (3, 37, 38, 70, 125, 126, 127, 145, 174, 176, 179).

Etkili ve güvenli olan ağrı giderme stratejilerini saptamak için hayatın en çok hatırlanabilir ve en zor tecrübelerinden birisi olan doğum tecrübesi boyunca hasta memnuniyetini yükseltmek için sürekli araştırmalara ihtiyaç vardır. Yurt dışında doğum ağrısının kontrolü için non-farmakolojik uygulamaların araştırıldığı çok sayıda çalışma olmasına rağmen, ülkemizde özellikle akupresürün doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisini araştıran sadece bir çalışmaya rastlanmıştır (152). Oysa farmakolojik olmayan yöntemlerin doğum ağrısı esnasında kadınların gevşemelerine yardımcı olmalarında etkili olabilecek olmalarına karşın, pek az sayıdaki kontrollü çalışma bu yöntemlerin aslında algılanmış ağrıyı azalttığını göstermektedir (14, 21, 29, 35, 37,38, 44, 64, 100, 115, 118, 127, 172, 214). Çalışmamız, tüm bu gereksinimler dikkate alınarak tüm gebelerde görülen doğum ağrısının kontrolünde doğum salonu hemşire ve ebelerine yardımcı olabilecek akupresürün etkinliğini belirlemeye yönelik verilere ulaşılmasını sağlayacaktır. Ayrıca böylesine insancıl tıbbi gelişmeden doğum yapacak olan tüm kadınlar yararlanabilmelidir.

Bu çalışma, doğum eyleminde ayak bileğinde bulunan, SP6 akupunktur noktasına uygulanan basının (akupresürün) gebelerde algılanan doğum ağrısı algısını azaltmada ve doğum eyleminin süresine etkisini ve SP6 noktasının etkili kullanımını geliştirmek amacı ile randomize deneysel olarak planlanmıştır.

## **HİPOTEZLER**

- 1. H0:** Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupresür) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark yoktur.
- 2. H1:** Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupresür) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark vardır.
- 3. H0:** Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupresür) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından fark yoktur.

**4. H1:** Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupresür) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından fark vardır.

**Araştırmanın alt hipotezi;**

**H1;** Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupresür) uygulanan gebelerde doğum ve doğum sonu erken dönemde memnun olma açısından fark vardır.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Doğum Eylemi**

Doğum eylemi, fetusun dış ortamda yaşama yeteneğini kazanmasından sonra uterus içinden dışarı çıkmasını sağlayan ritmik kontraksiyonların başlangıcından, bebek ve plasentanın çıkmasına kadar olan süreyi içerir. Eylem, genellikle gebeliğin 38. ve 42. haftaları arasında, fetüsün miyadı dolunca ve doğuma hazırlanırken başlar. Eylemin başlangıcının, nasıl olduğuna ilişkin çok az şey bilinmekle birlikte endokrin ve fiziksel değişikliklerin bir ya da birkaçından etkilendiği düşünülmektedir (6, 94, 105, 168, 154, 155, 194). Doğum eylemi 4 evreye ayrılmaktadır.

#### **4.1.1. Doğumun birinci evresi**

Düzenli doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar ve servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Birinci evre travayın en uzun evresidir ve nulliparlarda ortalama 8-12, multiparlarda ise 6-8 saat sürmektedir. Bu evre kendi içinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır.

##### **4.1.1.1. Latent faz**

Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar efasman nulliparlarda %70-80, multiparlarda %30-40, dilatasyon ise her iki grupta 3cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. Kontraksiyonlar 15 – 20 dakikada bir gelip ortalama 15-20 sn sürer ve hafif şiddettedir. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya, süreleride 30-40 saniyeye çıkar ve sıklıkları da artar. Latent faz; nulliparlarda 8, multiparlarda 6 saat sürmektedir. Bu fazda anne ağrı ile baş edebilir, konuşmaya meyillidir, gülümser ve heyecanlı (6, 46, 94, 105, 168, 154, 155, 194).

#### **4.1.1.2. Aktif faz**

Dilatasyon 4cm olduğunda başlar ve 7-8cm olduğunda tamamlanır. Efasman nulliplarlarda %80–100, multiplarlarda %30–80'dir. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliplarlarda +1 ile +2, multiplarlarda +1 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3 – 5 dakikada bir gelip ortalama 30 – 60 sn sürer ve orta şiddettedir (6, 46, 94, 105, 168, 154, 155, 194).

#### **4.1.1.3. Geçiş fazı**

Dilatasyon 8cm olduğunda başlar ve 10cm olduğunda tamamlanır. Efasman nullipar ve multiplarlarda %100'dür. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nullipar ve primiplarlarda +2 ile +3 düzleminde yer almaktadır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2 – 3 dakikada bir gelip ortalama 60 – 90 sn sürer ve şiddetlidir. Bu dönemin nulliplarlarda 3 saatten, multiplarlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenir. Annenin bu dönemde anksiyetesi artar ve sık sık pozisyon değiştirir (6, 46, 94, 105, 168, 154, 155, 194).

#### **4.1.2. Doğumun ikinci evresi**

Servikal dilatasyonun tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen süredir. İkinci evre fetal ve maternal faktörlere bağlı olarak birkaç dakikadan birkaç saate kadar uzayabilmektedir. Nulliplarlarda 30 dakika-2 saat, multiplarlarda ise sadece birkaç kontraksiyon süresince ve en çok 30 dakika devam eder. Kontraksiyonlar 1,5-2 dakika sıklıkla gelir, 60-90sn sürer ve şiddetlidirler.

#### **4.1.3. Doğumun üçüncü evresi**

Bebeğin doğumu ile başlar ve plasentanın çıkması ile sonuçlanır. Üçüncü devrenin ortalama süresi 5–10 dakikadır ve bu devrenin 30 dakikadan uzun olması plesanta yerleşim anomalilerinin (plesanta akreat, inkreat, perkreat), plesanta

retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir (6, 46, 71, 94, 105, 168, 154, 155, 194).

#### **4.1.4. Doğumun dördüncü evresi**

Plesantanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati içermektedir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır.

Travayın birinci evresi bazen yukarıda belirtilen süreçlerle uyumlu olmayabilir ve bir saatten az olabildiği gibi 24 saatten fazla da olabilir. Bunun sebepleri; parite, uterus kontraksiyonlarının sıklığı, şiddet ve süresi, serviksin efesman ve dilatasyon özelliği, fetal ve pelvik çaplar, fetusun prezantasyon ve pozisyonudur. İkinci evre birkaç dakikadan birkaç saate kadar değişebilir. Bunun sebepleri; fetusun prezantasyon ve pozisyonu, fetal ve pelvik çaplar, doğum yolunun yumuşak kısımlarındaki direnç, uterus kontraksiyonlarının sıklığı, şiddeti, süresi ve maternal ıkmaların etkinliğidir (6, 46, 71, 94, 105, 168, 154, 155, 194).

#### **4.2. Doğum Ağrısı ve Nörofizyolojisi**

Ağrı, organizmayı zedeleyen veya zedeleme tehlikesi gösteren iç ve dış uyarılara karşı, organizmanın bir savunma mekanizması olarak olaya gösterdiği tepkileri kapsayan duygusal ve duyusal hoş olmayan bir deneyimdir. Aynı zamanda, kompleks ve kişisel bir durumdur. Çünkü sadece anatomik yapıları ve fizyolojik davranışları değil psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri de içererek kişiyi profesyonel yardım almaya en fazla motive eden semptomdur (11, 96, 114, 204).

Doğum ağrısı da kendine has özellikleri olan çok yönlü bir ağrıdır. Bu nedenle, etkin bir şekilde giderilmesi için, kadın genital organlarının anatomisi ve fizyolojisi, doğum ağrısının özellikleri, ağrıyı etkileyen faktörler, doğum ağrısının anne ve fetus üzerindeki etkileri ve doğumdaki ağrı mekanizmalarının ve ağrı iletiminin iyi anlaşılması gerekir. Sağlık ekibi, doğum ve çıkımdaki ağrının şiddetini, süresini, yayılımını ve kalitesini iyi bilmelidir. Doğum ağrısı genellikle çok şiddetlidir ve

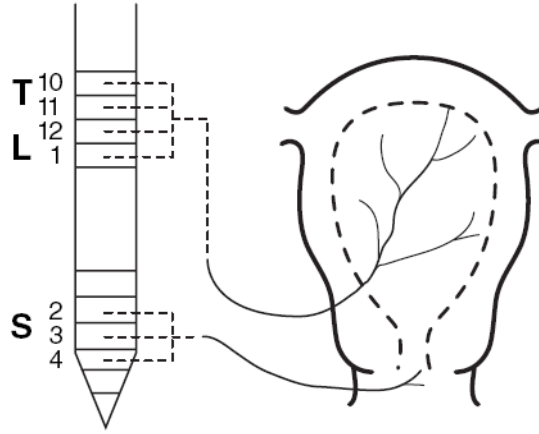
kadınların büyük bir çoğunluğu tarafından yaşamalarındaki en ağrılı deneyim olarak tanımlanır. Gebelikte ağrının algılanması sensoriyel, emosyonel, davranışsal ve çevresel faktörlerin kompleks bir etkileşmesi ile oluşur. Doğum ağrısı; bel ağrısı, kanser ağrısı, fantom ağrı ve post herpertik nevralji gibi çok çeşitli kronik ağrılardan ve kırık veya laserasyon gibi akut ağrılardan daha şiddetli bulunmuştur. Gebelerin yaklaşık üçte ikisi bu ağrının dayanılmaz olduğunu bildirmişlerdir.

Ağrının doğuma mutlaka eşlik etmesi gerekmez. Her ne kadar ağrı doğumun başladığını bildiren önemli bir biyolojik işaretse de, bu görevi bittikten sonra sonlandırılması gerekir. Devam eden şiddetli ağrının anne, fetus ve bazı durumlarda da yenidoğan üzerine zararlı etkileri vardır. Uygun yapılan analjezi ve anestezinin maternal ve perinatal morbidite ve mortaliteye katkısı olmadığı, özellikle yüksek riskli gebeliklerde morbidite ve mortalite görülme riskini azalttığı konusunda epeyce çalışma vardır. Bu nedenle ağrı, fizyolojik olarak doğumun başladığını bildiren önemli biyolojik faktör olarak görevini bitirdikten sonra, etkin olarak giderilebilir (146, 187).

Ağrı algılaması, periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Bu reseptörlere Nosiseptör denir. Nosiseptörler, vücut içinde, deride, kan damarlarında, cilt altı yağ dokusunda, kaslarda, fasiada, periostumda ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Nosiseptörler, fiziksel, kimyasal ya da termal nedenlerle uyarılabilirler. Bu uyarılar A ve C fiberleri ile spinal korda iletilirler. A fiberleri miyelinlidir ve ağrı impulslarını hızla iletirler. A fiberleri ile iletilen impulslar keskin ve lokal ağrılar olarak algılanırlar. C fiberleri ise miyelinsizdirler ve ağrı impulslarını daha yavaş iletirler. C fiberleri tarafından iletilen ağrı impulsları dağınık, ürekli, donuk veya sızı şeklinde ağrı olarak algılanırlar (15, 52, 96, 148, 153, 187, 221).

Doğum ağrısı diğer ağrılı durumlarda olduğu gibi periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral ve medial sistemler ile korteks ağrı nörofizyolojisinde rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır. Sinirsel kontrol, formasyon retikülaris yolu ile hipotalamus tarafından yönetilir. Hipotalamus, strese karşı nöroendokrin cevabı ve otonom sinir sistemi fonksiyonlarını, visseral ve somatik reaksiyon paternlerini düzenler (59, 60, 121, 118, 148, 153, 187).

Doğumun birinci evresindeki ağrı daha çok serviks ve alt uterin segmentlerinin dilatasyonuna bağlıdır. Kontraksiyonlar sırasında gerilen bu yapılar ağrı yapmaktadır. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağrılı uyarılar afferent yollar ve eşlik eden sempatik sinir sistemi lifleri ile birlikte lomber sempatik zinciri takip ederek T10-11-12 ve L1 spinal sinirlerinin arka kökleri ile santral sisteme ulaşır. Uyarılar erken dönemde yalnızca T11- T12 düzeyinde iken travay ilerledikçe T10-L1 arası tutulmuş olur (Şekil 1). Bu dönemdeki ağrı, belden sırtta ve bacaklara yayılan, iyi lokalize edilemeyen ve gittikçe şiddetlenen visseral ağrı seklindedir. Düz kaslardaki gerilmelerin visseral ağrı stimulusunu başlattığı düşünülmektedir. Ağrı şiddeti serviks ve alt uterin segmentlerin dilatasyon derecesi ile ilgilidir ve uterus kontraksiyonlarının başlaması ile eş zamanlıdır (59, 60, 118, 121, 148, 153, 187).



**Şekil 1:** Doğumun 1. ve 2. evresindeki ağrı yolları.

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

Doğumun ikinci devresinde tam dilate olmuş olan serviksten gelen nosiseptif stimülasyon azalır. Fetusün önde gelen kısmının pelvis ve perinedeki ağrıya duyarlı bölgeleri geçerken oluşturduğu ağrı, mevcut ağrıya eklenir (59, 187). Yani doğumun 2. evresindeki ağrılar, pelvisin ağrıya hassas yapılarının giderek artan bir basınç ile karşı karşıya kalması ve perinenin distansiyonundan kaynaklanmaktadır. Perinenin hem duyuşal hem de motor lifleri pudental sinir aracılığı ile S2-3-4 seviyesinden santral sisteme ulaşır. Vajinadan kalkan duyuşal yollar ise ilioinguinal ve

genitofemoral sinirlerin terminal dallarıdır. Bu yapılardan arka boynuza, daha sonra spinal kordun diğer bölümlerine ve beyne yükselen sistemlere çıkan nosiseptif bilginin tanınması tahminen diğer akut ağrıların iletimine benzemektedir. Ağrının serviks ve perinede gerilmeye uğrayan dokularda ortaya çıkan uyarının A-delta ve C sinir lifleri yolu ile arka boynuza taşınması sonucu olduğu düşünülmektedir (71,153, 187). Ayrıca bazı hastalar uyluk ve bacaklarında muhtemelen L1-L3 ve S2 dermatomlarının etkilenmesini yansıtan yanıcı, sızlayıcı ve kramp tarzında ağrı duyabilirler (59, 71, 153).

Doğumun üçüncü devresindeki ve doğumdan sonraki ilk saat içinde görülen ağrı, daha önce fetüsün aşağı iniş ve plasentanın ayrılışına eşlik eden ağrılı uyarıyı yansıtır. Bu devrede normalde çıkımda oluşan santral ve periferik hiperaljezik durum azalır, ancak A beta liflerinin oluşturduğu epizyotomi gibi kesici insizyon sonucu oluşan mekanik hiperaljezi birkaç gün sürebilir (59, 60, 71, 118,153, 187).

### 4.3. Ağrı Teorileri

Latince, Yunanca ve Fransızca'da "poena" olarak cezalandırma anlamına gelen ağrı, genellikle doku hasarına cevap olarak oluşan, kendisini oluşturan uyarıdan kaçmak için motivasyon ve uyanıklığa yol açan hoş olmayan bir duyu olarak kabul edilmektedir. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP- International Association of Study of Pain) ağrıyı; "Gerçek ya da potansiyel doku hasarı nedeniyle hoş gitmeyen, subjektif, duyusal ve emosyonel bir deneyim ya da hasarın sözel ifadesidir" olarak tanımlamaktadır. Ancak klinik olarak en yararlı tanımı Mc Caffery yapmıştır. Bu tanıma göre; " ağrı, hastanın söylediği şeydir. Eğer hasta söylüyorsa ağrısı vardır" şeklinde tanımlamıştır. McCaffery'nin bu tanımı ağrının subjektif bir deneyim olduğunu göstermektedir (10, 11, 59, 60, 120, 160, 221).

Ağrının gerçek geçiş mekanizması ve algılanması tam olarak bilinmemekle beraber nörofizyolojik, psikolojik ve sosyolojik araştırmalar ağrı teorilerine katkıda bulunmuştur. Ağrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayandığından bu bölümde bazı ağrı teorilerine değinilmiştir (118). Bunlar ;

- Kapı Kontrol Teorisi,
- Endorfin Teorisi'dir.

#### 4.3.1. Kapı kontrol teorisi

Wall ve Melzack 1965 yılında ortaya atılan ve 1980'lerde yeniden genişletilen kapı kontrol teorisi; ağrının ilk olarak spinal kord da kontrol edildiği düşüncesini savunmakta ve bugünde geçerliliğini sürdüren bir teoridir. Ancak kapı kontrol teorisi merkezi sinir sistemindeki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açıklığa kavuşturamamıştır. Bu teoriye göre; ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır; sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilince ulaşmaz ve ağrı hissedilmez (11, 52, 96, 114, 118, 221 ). Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan üç yönü klinik uygulamaları ile birlikte aşağıda özetlenmiştir:

- **Deri uyarısı ağrıyı giderebilir:** Kapı kontrol teorisine göre ağrı uyarıları küçük çaplı lifler tarafından taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kaparlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir.
- **Normal ya da aşırı duyuşal girdi ağrıyı giderebilir:** Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal girdileri düzenler. Eğer kişi yeterli ya da aşırı miktarda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geçer. Ağrı giderme yöntemlerinin çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile hastanın ağrısı hafifletilebilir.

**Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verilmesi, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonda azalma ağrıyı giderebilir:** Kişinin düşünceleri, duyguları ve belleğindeki olaylar korteksteki tetik ağrı

uyarılarını aktive eder ve bilinç düzeyine geçiş olur. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması ile giderilebilir. Bunun başarılması hemşirenin hastayla ilişkisi ve hasta eğitimi ile olasıdır (114). Dolayısıyla Kapı Kontrol Teorisinde yalnızca nörofizyolojik fonksiyonların değil, aynı zamanda affektif ve tutumsal boyutlarında ağrı duyusunun iletimi ve algılanmasını etkileyeceği vurgulanmıştır. Nitekim yapılan çalışmalarda anksiyetesi yüksek olan ya da ağrıyla ilgili büyük negatif deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha üst düzeyde ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi ağrı ve ameliyat ile ilgili bilgi vermenin ameliyat sonrası hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir (11, 114, 118, 221 ).

#### **4.3.2. Endorfin teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları)**

Vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer maddeler 1970'lerin ortalarında tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir. “Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Beyindeki bir uyarının endorfin salgılanmasına neden olduğuna inanılmaktadır. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulmaktadır. Masaj gibi bazı farmakolojik olmayan ağrı giderme yöntemlerinin endorfin yapımını uyararak ağrıyı azalttığı gösterilmiştir (100, 114, 118, 187). Yapılan çalışmalar endorfin düzeylerinin yükselme ya da alçalmasında etkili olan şu faktörleri tanımlamışlardır;

##### **Endorfin Azalması**

- Uzun süreli ağrı
- Yinelenen stress
- Morfin ya da alkolün uzun süre kullanımı

##### **Endorfinin Artması**

- Hafif ağrı
- Hafif stress
- Fizik egzersiz
- Yoğun travma
- Akupunkturun bazı tipleri
- Bazı TENS uygulamaları
- Cinsel aktivite

Doğum eyleminin süresi, annenin stresli olması ve alkol ya da ilaç kullanımı, annenin gebelik egzersizleri yapma gibi durumları ağrıyı bu teoriye göre etkiler. Masaj ve akupress, endorfin üretimi ile ağrı duyusunu azaltabilmektedir (100, 114, 152).

Endorfin teorilerinin ağrının anlaşılması ve giderilmesine katkı sağlayan yönleri şunlardır.

- Endorfinlerin doğal maddeler olması, opioidlere göre yararlarının çok yan etkilerinin az olması gibi avantajları nedeniyle hastanın kendi endorfinlerini arttırıcı çalışmalara yönelmesinin yararları gündeme gelmiştir.
- Endorfin teorileri, ağrı algılamasını ve analjezi gereksiniminin bireyden bireye farklılık gösterdiğinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur.
- Hafif ağrı, hafif stres, fiziksel egzersiz, yoğun travma, masaj, TENS ve bazı akupunktur uygulamaları gibi deri stimülasyonlarının endorfin yapımını uyurarak ağrı kontrolüne yardımcı olduğu gösterilmiştir.
- Endorfin teorileri, ağrının algılanması ile ilgili kimyasal medyatörlerin tanımlanmasına ve ağrı iletisinin anlaşılmasına yardımcı olmuştur (11,118)

#### **4.3.3. İnteraktif ağrı modeli**

Ağrısı olan ve ona reaksiyon gösteren hastalar çeşitli sosyal sistemlerin içindedir (aile, kültür, bakım sistemi v.b). Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade ediliş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapıp neyin yapılmayacağını etkiler. Sosyal sistemler hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler (114, 118).

#### **4.4. Doğum Ağrısının Özellikleri**

- Normal bir sürecin parçasıdır. Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bozukluğu işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir. Hem gebenin bu durumdan kurtulmak için çaba sarf etmesini hem de bebeğin doğum yolunda ilerlemesini sağlar

- Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler. Ağrıyı yönetme becerileri kazanabilir. Bilgilendirme ve hazırlama, ağrı ile baş etme becerilerinin kazanılmasını sağlar.
- Belirli bir zaman sürecini içerir. Bu ağrı günlerce, aylarca sürmez. Diğer ağrılar da kısa süreli olabilir ama doğum ağrısı bebeğin doğması ile çabucak azalır. Doğum ağrıları devamlı değil aralıktır. Başlangıçtaki doğum ağrıları daha az rahatsız eder. Zaman geçtikçe ağrılar daha sık aralıklarla gelir ve iki kontraksiyon arasındaki dinlenme fazı gittikçe kısalmıştır.
- Doğum ağrısının şiddeti değişkendir.
- Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Doğumun erken devresinde kadınlar bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak tanımlar. Fakat doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise çok kısada olsa rahatlarlar.
- Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır. Doğum ağrısı çekerken annelere bebeklerinin sağlık durumunu düşündürerek ağrıyı daha kolay tolere etmeleri sağlanır (118, 140, 194, 217, 218).

#### 4.5. Doğum Eyleminde Ağrıya Yol Açan Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında iki öge etkili olmaktadır. Bunlardan birincisi fizyolojiktir ve duyuşal reseptörlerle oluşur. İkincisi ise psikolojik kaynaklı olup reaksiyon/tepki sürecini içerir. Bu ağrıların etkileri sıklıkla, diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerinde etkili olmaktadır (118).

- **Uterin hipoksi:** Doğumun ilk evresindeki kramp tarzındaki ağrıların başlıca nedeni, uterusu giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterus kaslarının hipoksisidir. Kontraksiyon sırasında uterusu gelen kan azalır. İki kontraksiyon arasındaki gevşemeler kan akımını sağlar. Yeterli gevşeme olmazsa ağrı çok yükselir.
- **Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı:** Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efesmanıdır.

Serviksin gerilmesi uterus kontraksiyonuna neden olarak fetüs başını aşağıya iterek serviksi germektedir. Ayrıca serviksin gerilmesi hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açarak uterus kontraksiyonunu arttırmaktadır. Bu iki tip pozitif feedback doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını arttırmaktadır. Bunun yanında tubalar, overler, peritonun gerilmesi, uterus bağlarının çekilmesi, üretra, mesane, rektuma ve pelvis tabanına baskı ve perinenin gerilmesi doğum ağrısında etkili olan diğer fizyolojik faktörlerdir (115, 118, 218).

- **Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği:** Kontraksiyonların süresinin ve şiddetinin artması ile ağrının artmasının ilişkili olduğu belirtilmektedir.
- **Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona katkısı:** Kontraksiyonların güçlü olması ve ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve doğumun hızını etkiler. Bazı gebeler şiddetli ağrılara rağmen sessiz sakin doğururken, bazıları çok az ağrı hisseder.
- **Perineal gerginlik:** Başın inişi ile perinenin gerilmesi ve bazı dokuların laserasyonu ağrıya yol açar. Kadın ağrıyı yanma, yırtılma yada gerilme hissi şeklinde tanımlar (115, 118, 187, 218).
- **Anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler:** Ağrı algılaması yaşla da değişir. Yaşlanma myelinli liflerin kaybına yol açar. Bu nedenle yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılıdır (187). Yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildirimiminin ise azaldığı belirlenmiştir (120). Örneğin ilk kez doğuran kadınlar daha şiddetli ağrıdan yakınır, doğumları daha uzun sürer ve multiparlara göre daha çok analjezik gereksinimleri olur. Primiparlarda sözel ağrı skorları multiparlara göre daha yüksektir. Multiparlarn genelde doğum eyleminin latent ve aktif fazında nulliparlara oranla daha az ağrı çektikleri belirtilmesine rağmen eylemin ikinci evresinin çoğunlukla tüm kadınlar için çok ağrı verici olduğu görülmüştür. Hiç doğurmamış kadınlarda ağrıyı kontraksiyonların sıklığı ve servikal dilatasyon, doğurmuş olanlarda sadece servikal dilatasyon belirler (16, 22, 29, 187). Doğum sayısının artması ise doğum süresini ve ağrıları azaltır ancak sık aralıklı ve çok sayıdaki

doğumların annenin fiziksel durumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (118, 217).

- **Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu:** Fetüsün ağırlığı ve normal pozisyonda olmaması doğum süresinin uzamasına ve ağrının artmasında önemli bir etkidir. Örneğin, oksipito posterior pozisyon hem dilatsiyonun yavaş olmasına hem de ağrının artmasına sebep olur. Aynı zamanda oksiput posterior geliş, doğumun ikinci evresini uzatır (16, 112, 118, 217, 219).
- **Yapılan uygulamalar:** Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da arttırabilir. Gebenin mobilizasyonuna engel olan intravenöz uygulamalar ile fetal monitörizasyon ve vaginal muayene ve amniotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir (118, 169).

#### **4.6. Doğum Ağrısının Psikolojik Yönleri ve Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler**

Ağrı, kişiden kişiye, kültürden kültüre farklılık gösterir. Bir kişide tolere edilemez ağrı oluşturan bir uyarı, diğer bir kişi tarafından rahatlıkla tolere edilebilir. Bu yüzden ağrı algılaması basit olarak belli uyarılarla açıklanamaz. Ağrı bireye özgü psikolojik faktörlere bağlı son derece kişisel bir deneyimdir (152).

Yapılan çalışmalar özellikle psikolojik ve emosyonel faktörlerin, fiziksel faktörler kadar etkili olduğunu göstermiştir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar gebenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi önem kazanmaktadır. Doğum sürecinde anne adayını en çok etkileyen psikolojik faktörler aşağıda belirtilmiştir (118).

- **Kültürün etkisi:** Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duygusal eşiği” sahip oldukları bilinmektedir. Ancak kültürel yapı, ağrı algılama eşiğinde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir. Doğum ağrısının da sınırı tüm insanlarda benzer olmasına rağmen, cinsiyet, sosyal, etnik ve kültürel farklılıklar bireyin ağrı algısında önemli rol oynar (118, 120). Kültürel değerler ve inançlar hastanın ağrı ve

hastalıklara yanıtlarını, hasta-hemşire/hekim ilişkileri ve hemşire/hekimlerin hastaların sorunlarına vereceği yanıtı da etkileyebilir. Bazı kültürler ağrı çeken bireyin duygu ve davranışlarını açıkça göstermesine izin verirken bazı kültürlerde ise duyguların ve davranışların açıkça gösterimi hoş karşılanmaz (120). Sağlık profesyonelleri ağrıya verilen tepkinin kültürel alt yapının etkisinde olduğunu bilincinde olarak ağrıyı objektif olarak değerlendirmeleri oldukça önemlidir. Bunu yapabilmeleri için sağlık ekibi üyelerinin yaşadıkları ağrıya kendi verdikleri tepkinin de kültürel etkiler altında olduğunu farkında olmaları gerekir (152, 194 ).

- **Halsizlik ve uyku sorunları:** Eylemde anne bitkin olması ağrıya verilen cevabı etkiler. Yorgunluk sonucunda annenin enerjisi azalır ve ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz. Uzun doğumlar ve yorgunluk ağrının daha fazla algılanmasına ve ağrı eşiğinin düşmesine neden olur (118).
- **Ağrının birey için anlamı:** Ağrının algılanması kadının kendini algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Ağrı ile birlikte yaşayan bireyin dinlenme dönemlerinde de ağrının tekrar geleceğini bildiği için anksiyetsi daha yüksek olur. Anksiyete de ağrının artmasına neden olmaktadır (120).
- **Daha önce yaşanan deneyimler:** Ağrının bedeni etkilemesi ile ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkiler. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir. Güç ve uzun sürmüş bir doğum deneyimi yaşanmış olabileceği gibi ağrı ile başa çıkma becerilerinin kazanıldığı olumlu deneyimlerde yaşanabilmektedir (115, 120, 217).
- **Anksiyete ve korku:** Kaynağı ister fiziksel ister psikolojik olsun tüm ağrılara eşlik eden bazı duygusal tepkiler vardırki, bunların en önemlisi anksiyetedir. Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli ağrılarla birlikte olur. Ağrı ile arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir (120). Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirerek ağrı korkusuna, kontrol kaybına, anne ve

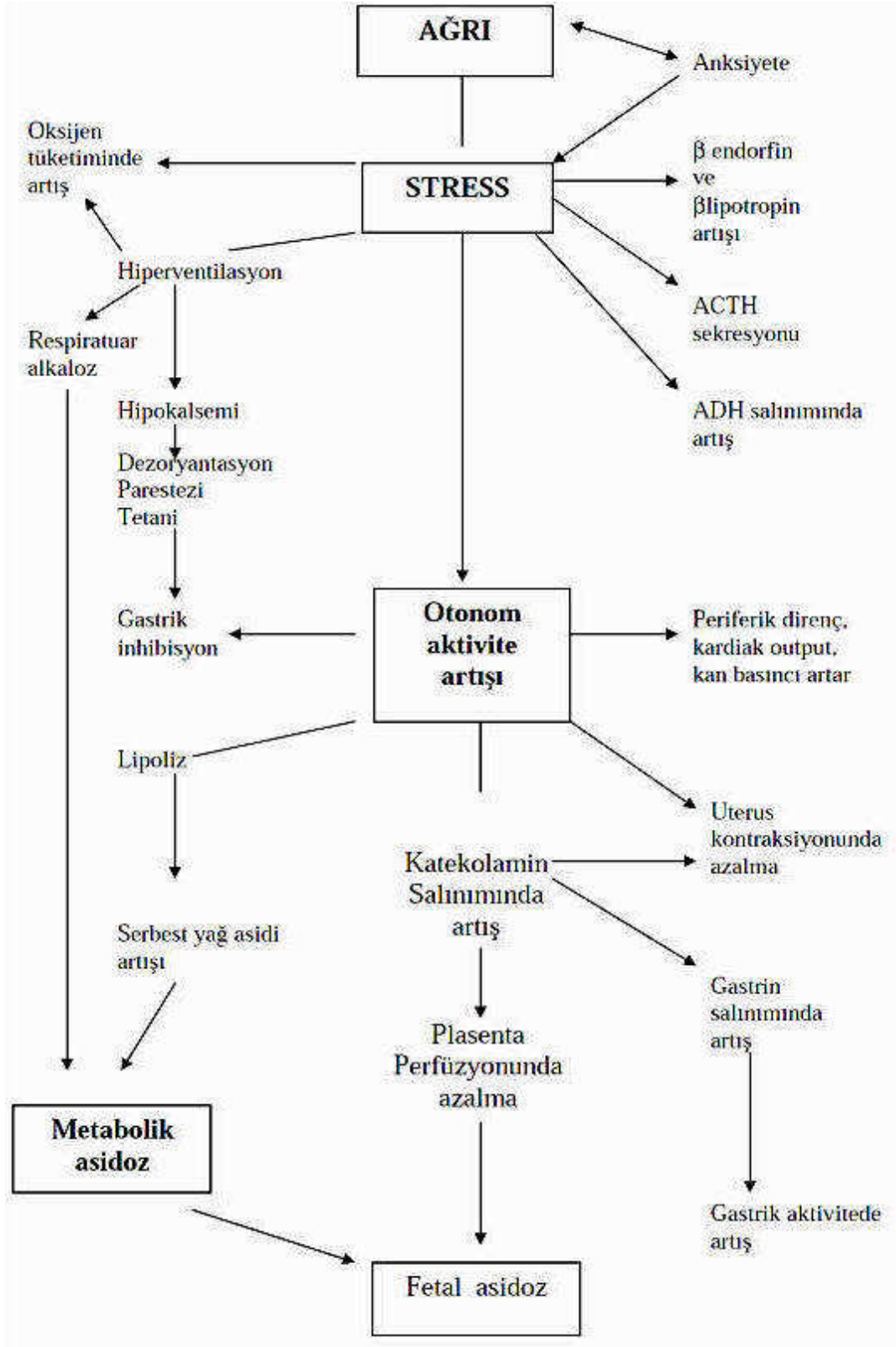
fetüsün olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Orta şiddette anksiyete ağrısı algılamayı olumlu etkilerken, yüksek düzeyde anksiyete ağrıya duyarlılığı artırır ve ağrı ile baş edebilme becerilerinde azalmaya neden olur. Ayrıca doğum korkusu ve anksiyete kadında katekolaminler gibi stres hormonlarının üretimini tetikleyerek vücuda ve uterusu giden kan akımını azaltarak ağrılı kontraksiyonlara neden olurlar. Buna ilaveten adrenalın miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olarak doğum eyleminin süresinin uzamasına sebep olacaktır (118, 120, 187).

- **Dikkat ve dikkati dağıtma:** Dikkat ağrının algılanmasını etkileyen faktördür. Eğer kişi dikkatini ağrılı olayda odaklaştırır ise daha şiddetli ağrı çekme eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda eğitim sırasında “ağrı” sözcüğünün kullanılıp kullanılmamasının ağrı algılamasını etkilediği görülmüştür. Ağrıyı sezme bile anksiyeteyi yükseltmekte ve algılanan ağrının şiddetini arttırmaktadır. Dikkatin başka yöne çekilmesinin de ağrı algısını azalttığı bilinmektedir. Bu yöntem, ağrının hızla şiddetlendiği durumlardan çok, yavaş yavaş arttığı durumlarda etkili olmaktadır (118, 152).
- **Gebeliğe ait özellikler:** Doğum eyleminin uzunluğu, fetüsün pozisyonu, destek sistemleri, doğuma karşı kişisel reaksiyonlar ve sosyo-kültürel beklentiler vb faktörler de doğum ağrısına verilen yanıtları etkilemektedir (118).
- **Destek sistemlerinin olması:** Doğuma yardımcı bir kişinin varlığı ile (yalnızca sağlık çalışanı gerekli değildir, kadının partneri de olabilir) doğum süresinin kısaldığı, analjezi ihtiyacının azaldığı, komplikasyonlar ile doğum ağrısının azaldığı ve tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu, anne memnuniyetinin arttığı ayrıca forseps ve sezaryen endikasyonunun azaldığı şeklinde pozitif etkilere neden olduğu çalışmalarda belirtilmiştir Etki mekanizması ise, distresin azalmasına bağlı katekolaminlerin salınması ve daha etkili kontraksiyonların olması şeklindedir (29, 83, 84, 118, 159).

- **Prenatal eğitim:** Doğum ağrısının hissedilmesinde en etkili olan değişkenlerden biri de doğum öncesi hazırlıktır. Doğum öncesi eğitimler ile yapılan hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Yapılan çalışmalar ile doğuma hazırlık kurslarına katılan kadınların ağrı seviyelerinin azaldığı, doğum olayından daha hoşnut kaldıkları ve analjezi ihtiyacını azaldığını gösterilmiştir. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrıları ile başa çıkma becerilerini de öğrenirler (25, 26, 29, 56, 69, 118, 144, 217).

#### **4.7. Doğum Ağrısının Maternal-Uterin ve Fetal Etkileri**

Doğum diğer nedenlerle oluşan akut ağrılarda olduğu gibi, doku yaralanması oluşturur ve buna bağlı olarak ortaya çıkan ağrı da, lokal, segmental, suprasegmental ve kortikal yanıtla neden olur. Bu yanıtlar; solunum, dolaşım, hipotalamustaki otonomik (özellikle sempatik) nöroendokrin fonksiyon merkezlerinin, limbik yapıların, korku ve anksiyetenin psikodinamik mekanizmalarının uyarılmasına neden olarak, stres yanıtı olarak bilinen sonuca yol açar. Sonuçta hastanın solunum, dolaşım ve metabolizmasında önemli değişiklikler oluşur ve diğer vücut fonksiyonları değişir. Bu maternal değişikliklerin fetus ve yenidoğan üzerinde zararlı etkileri olabilir (59, 153, 187) (Şekil 2).



**Şekil 2:** Doğum Ağrısının Yol Açtığı Fizyolojik Olaylar

Erdine S (2005). Obstetrik Aestezi ve Analjezi Uygulamaları. Rejyonel anestezi. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

#### 4.7.1. Maternal etkiler

- **Ventilasyon değişikleri:** Doğum ağrısı tidal hacimde ve dakika ventilasyonunda belirgin bir artışa yol açan güçlü bir solunumsal uyarandır. Buna bağlı olarak oluşan hiperventilasyon sırasında arteriyel karbondioksit basıncı (PaCO<sub>2</sub>) gebelikteki normal seviyesi olan 32 mmHg'den 16-20 mmHg'ya hatta 10-15 mmHg'ya düşebilirken, pH'da 7.55-7.60'a kadar yükselebilir. Uterusun gevşemesi sırasında ise hipoventilasyon olur ve parsiyel oksijen basıncı (PaO<sub>2</sub>) düşer. Sonuç olarak, aralıklı hipoksemi oluşur (59, 71, 187).
- **Endokrin etkiler:** Aktif doğum sırasındaki şiddetli ağrı ve endişe sonucu adrenalın düzeyinde % 300-600, noradrenalin düzeyinde % 200-400, kortizol düzeyinde de % 200-300 artışa neden olur. Bunun yanında doğum sırasında beta endorfin, beta lipotropin ve adrenokortikotrop hormon düzeylerinde de doğum öncesine göre 4-10 kata varabilen artışlar görülür. Tiroid stimulan hormon (TSH) miktarı ise sabit kalır (59, 71, 187).
- **Kardiyovasküler etkiler:** Doğum sırasında kardiyak debideki progresif artış birinci devrenin sonlarında ve ikinci devrede %40-50, hatta bazı olgularda %100'e ulaşabilir. Bu kontraksiyon sırasında uterustan 250-300ml kanın dolaşıma katılması yanında, pelvis ve alt ekstremitelerden venöz dönüşün artmasına bağlıdır. Bununla birlikte ağrı anksiyete ve doğumun fiziksel eforuna bağlı olarak oluşan sempatik blokaj da bu artışa katkıda bulunur. Uterus kontraksiyonları, analjezi uygulanmadığın da, sistolik ve diyastolik basınçta 20-30 mmHg'lık artışa neden olurlar. Kalp debisi ve kan basıncı artışı sol ventrikülün işini önemli miktarda artırır. Bu artış sağlıklı gebelerde iyi tolere edilirken kalp hastalığı, preeklampsi, esansiyel hipertansiyon, pulmoner hipertansiyon ve anemi gibi durumlarda tolere edilemez (59, 71, 187).
- **Metabolik ve diğer etkiler:** Doğum ağrısı ve anksiyete nedeni ile doğumun birinci ve ikinci devrelerinde serbest yağ asitleri ve laktat düzeyleri önemli derecede artar. Sempatik aktivitedeki artış, metabolizma ve oksijen tüketimini

arttırırken, gastrointestinal sistem ve mesane motilitesini azaltır (59,71, 138, 187).

- **Psikolojik etkiler:** Şiddetli doğum ağrıları, gebenin ruh sağlığını bozan ciddi ve uzun süreli rahatsızlıklara yol açabilir. Doğumun psikolojik cephesi “korku, gerginlik, ağrı” üçlüsü ile tanımlanır. Doğumun neden olduğu bu korku, gerilim ve ağrı uterus aktivitesini azaltarak doğum süresini uzatabilir. Geç travayda anne, ne kadar sıkıntıya maruz kalırsa, doğum süresi o kadar uzar ve anormal fetal kalp hızı ve sezaryen riski artar (29, 59, 187). Ayrıca kontrol altına alınmamış şiddetli doğum ağrısı erken veya geç postpartum depresyona zemin hazırlayabildiği gibi ileriki dönemlerde cinsel ilişki ile negatif düşünceler oluşmasına da neden olabilmektedir (132).

#### **4.7.2. Uterus aktivitesi üzerine olan etkileri**

Ağrı ve emosyonel stres, kortizol ve katekolamin sekresyonunun artması yoluyla uterus kontraktilitesini azaltarak yada arttırarak doğumun süresini etkileyebilir. Noradrenalin uterus aktivitesini artırırken, adrenalin ve kortizol azaltır. Bazen ağrı ve anksiyete, düzensiz uterus kontraksiyonlarına neden olur (138, 187).

#### **4.7.3. Fetusa etkileri**

Doğum ağrısı visseral ağrının diğer formlarında olduğu gibi otonomik yanıt uyandırarak fetus üzerinde yaratacağı olumsuz etkilerinden dolayı obstetride önemlidir. Kontraksiyonlar sırasında hiperventilasyon maternal-fetal oksijen transferini bozar, kontraksiyonlar arasındaki maternal hipoventilasyon ise maternal ve fetal hipoksemiye neden olabilir (187). Doğumda kontraksiyonun en güçlü olduğu dönemde intervillöz mesafede kan akımının azalması, plasental gaz değişiminde geçici bir azalmaya yol açar. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyon ile daha da ilerler ve oluşan ciddi solunumsal alkaloz, anneden fetüse oksijen geçişinin azalmasına yol açar (59, 71, 118). Uterin gevşeme sırasında maternal hipoksemi; umbilikal vazokonstriksiyon sonucu umbilikal kan akımında azalmaya ve noradrenalin ve kortizol artışına bağlı uterus kan akımının düşmesine neden olur. Normal bir

doğum sırasında, fetus da normal ise, fetal sirkülasyonda depolanmış olan oksijen, kısa süreli plasental hipoperfüzyon sırasında fetal oksijenasyonu sürdürmeye yeterli olabileceğinden, bu zararlı etkileri tolere edilebilir. Fetus da myokard ve beyne giden kan akımını arttırarak bu durumu kompanse edebilir. Bu arada şayet uterus aktivesinde bir artma olursa, bu zararlı etkilerle birleşerek fetal hipoksi, hiperkapni ve asidoz gelişebilir. Sonuç olarak maternal metabolik asidoz fetüse geçerek, onun kord kompresyonu, prolapsus ve diğer obstetrik komplikasyonların neden olduğu asfiksiden daha çok zarar görmesine yol açabilir (59, 60, 71, 138, 187).

#### **4.8. Doğum Eyleminde Ağrı Giderme Yolları**

Doğum ağrısının giderilmesi uzun yıllardır merak konusu olmuş ve bunun için farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler geliştirilmiştir.

##### **4.8.1. Farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri**

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif, trankilizan ve amnetiklerle sistemik tedavi, bölgesel ve ileti anestezisi ile genel anesteziden oluşmaktadır (65, 149). Bölgesel anestezide; pudental blok, spinal anestezi, epidural analjezi ve kaudal analjezi kullanılmaktadır. Bölgesel anestezi kadının uyanık olması nedeniyle sağlık ekibiyle işbirliğini arttırabilir, ağrıyı büyük ölçüde giderebilir ve hem vajinal hem de abdominal doğum için uygun şartlar yaratabilir. Bunun yanında doğum sırasında verilen lokal anestetikler, fetal kalp atım hızı değişikliğine, tam perineal analjezi oluşması sonucu ıkıntı hissini kaybolmasına ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilir. Genel anestezi, bölgesel anestezinin reddedildiği veya kontrendike olduğu durumlarda ve doğum eyleminin bir an önce sonlandırılmasına gerek duyulduğunda uygulanır. Genel anestezi, maternal gastrik içeriğin aspirasyonuna, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkiye ve larenkse yapılan müdahale sırasında hipertansiyona yol açabilir (7, 36, 71, 118, 121, 146, 149, 218).

#### 4.8.2. Non-Farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri

Sağlık uygulamalarında nonfarmakolojik yöntemlere ilişkin tek başına kabul edilen bir sınıflandırma ya da bir tanım yoktur. Bu yöntemler, noninvaziv (invaziv girişim gerektirmeyen), nonfarmakolojik (ilaç dışı), tamamlayıcı ve alternatif yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğum ağrısı ile başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miaddan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilir. Bunun için de en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatinin dağılması, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırır (192, 211, 217, 218).

Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri bugün pek çok ülkede, doğumun farklı aşamalarında etkili ve basit olmaları nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Sahada kullanım şansı görmesine rağmen bu yöntemlerin etkinliğini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek araştırma örnekleri çok azdır. Ancak ebeler ve bu yöntemleri deneyen annelerin memnuniyetinin fazla olduğu yayınlarca bildirilmektedir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin ilk amacı fiziksel ağrıyı doğum sırasında duyuşsal olarak elemek ikincisi ise genel olarak fiziksel ağrıyı azaltmaktır (18, 29, 118, 192).

Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Tıbbi kurallara gereksinim duymazlar, anne ve fetüs açısından zararsızdır, eylemi yavaşlatmaz ve yan etki ya da allerji riskleri yoktur. Bunun yanında bu yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle non-farmakolojik yöntemler başka bir farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılmaktadır (22, 29, 83, 90, 118,177, 218).

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler genelde dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (118, 192, 215, 218).

#### **4.8.2.1. Psikoprofilaksi**

Doğal eylem ve doğum hareketi 1940'larda başlamış ve hala sürmektedir. Bu uygulamada, kadınlar gebelikleri süresince kurslar ve egzersizler ile hazırlanarak, eylem, doğum ve çocuk bakımı konusunda bilgilendirilmekte, anksiyeteleri giderilerek doğum ve eylem sırasında relaksasyon, ıkınma, solunum kontrolü vs. hakkında eğitilerek (psikofizik ve psikoproflaktik yöntemler), ağrının daha az hissedilmesi ile analjezik ve anestezi ilaç gereksiniminin azalması sağlanmaktadır. Bu yöntemi savunanların ileri sürdükleri en önemli üstünlük de annenin ve tercihen babanın bu olayı yaşaması, anne ile bebek arasında erkenden ilişki sağlanmasıdır (118, 148, 192, 218).

#### **4.8.2.2. Hipnoz**

Doğum ağrısını efektif olarak azaltır. Hipnoz ile ağrı ortadan kalkmaz ancak hastanın ağrı algılamasında değişiklik olur. Yani, hasta ağrıyı hisseder ama canı yanmaz. Rejiyonal veya sistemik anesteziye göre eylem süresini kısaltır. Maternal ve fetal asit-baz dengesini düzenler. Anne uyanık kalır, ağrı duymaz, komplikasyonu yoktur, hipnoz sonu telkinlerle doğum sonrası ağrı ve depresyon da kontrol edilebilir. Ancak hastanın hipnoza uygun olması gerekliliği, uzun süre alması ve güvenilir olmaması ile ilgili sakıncaları vardır (148, 176, 201, 206, 211, 215).

#### **4.8.2.3. Transkütanöz elektiriksel sinir stümülasyonu (TENS)**

Tam olarak çalışma biçimi açıklanamamaktadır. TENS'in işleyiş tarzına dayalı olan teorilerden birinde, TENS'in spinal bağlar içinde ağrıyı hafiflettiği, bir diğerinde ise sinirlerin elektrikle uyarılmasının, vücutta doğala halde bulunan ağrı hafifleten maddeleri serbest halde hareket ettirdiklerini vede böylece ağrıların azaldığı belirtilmektedir. Akut ve kronik ağrılarda çok geniş bir kullanımı vardır. Deriye yapıştırılan elektrotlar aracılığıyla elektiriksel akım ile sinir stümülasyonu yapılır. Zamanla şiddeti artan elektrik akımı verilerek hasta ağrıya duyarsızlaştırılır. Hastaya stimülatör kullanımı önceden öğretilmelidir. T10-L1 ve S2-S4 hizasından

verilecek kolonun iki tarafına birer çift elektrot yerleştirilir ve transkutan yolla elektriksel uyarılar verilir. Bu yolla bir miktar analjezi sağlanabilir, analjezik gereksinimini azaltabilir. Hasta stimülasyonun derecesini kendisi ayarlayabilir. Ağrılarının başlamasından 3. evrenin sonuna kadar sürdürülmelidir (53, 115, 118, 148, 201, 211, 214, 218).

#### **4.8.2.4. Hayal kurma**

Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar ve doğumda gevşemenin sağlanmasında etkilidir. Aynı zamanda gebenin doğumun zor ve acı verici durumlarından uzaklaşmasına yardımcı olur. Böylelikle ağrı eşiği yükselir ve ağrının algılanışı azalır (14, 132, 218, 220).

#### **4.8.2.5. Solunum teknikleri**

Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde doğum sırasında kadının gevşemesine yardım ederek ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesinin sağlar, uteroplesental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Çeşitli olan solunum teknikleri annenin ihtiyacına göre belirlenir. En çok kullanılan yöntemler Dick- Read ve Lamaze yöntemleridir. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (118, 192, 211, 218).

#### **4.8.2.6. Kas gevşemesi**

İlk olarak Jacobsan tarafından tanımlanan gevşeme eğitimi genellikle kademeli olarak kasları germe ve gevşetme yöntemlerinin içerir. Gevşeme; anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin göreceli giderilmesini sağlar. Hastalara belirtilen bir kas grubunu germeleri ve yorulana kadar öyle kalmaları söylenir. Daha sonra hasta bu kaslarını gevşetir ve farklı bir grubu kasar. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşeme, korteksi uyararak gerginliğin azalmasını sağlar. Gevşeme kas gerginliği ve anksiyeteyi azaltarak ağrıyı giderir. Ruhsak ve fiziksel gerginlik ile stresten

kurtulma, kronik ve akut ağrıyı hafifletir. Gevşeme tüm nonfarmakolojik yöntemlerin temelini oluşturmakta ve bu yöntemlerin kullanımını içinde gereklidir (206, 215).

#### **4.8.2.7. Biofeedback**

Servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi fizyolojik değişiklikler hakkında verilen bilgi, ağrı sırasında kadından geri istenir. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi ve dikkati farklı bir yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır (118, 148, 192, 201, 206, 215, 218).

#### **4.8.2.8. Masaj ve dokunma**

Tarih boyunca tüm kültürlerde masaj tedavisinin çeşitli şekilleri geniş bir semptom yelpazisini hafifletmek amacıyla kullanılmıştır. Masajın fiziksel ve fizikososyal durum üzerindeki terapötik etkisine ilişkin bazı teoriler vardır. Bu teorilerden birine göre, masaj kas gevşemesi ve enkefalinlerin salgılanması ile ağrıyı azaltabilir. Bu teoriye göre masajdan gelen dokunsal bilgiler periferdeki ağrı kapısı noktalarının yakınından geçebilen geniş miyelinli liflerle taşınmakta böylece ağrının algılanışı azaltılmaktadır. Masaj sonucu ağrı azalmasını açıklayan diğer iki mekanizma şunlardır; Birincisi; yumuşak doku maniplasyonu dolaşımı artırarak laktik asit veya anflamatuar materyal gibi iritan maddelerin toplanmasını azaltmakta ve bunun sonucunda da ağrı hafiflemektedir. İkincisi ise, tedavi edici dokunuşun duygusal teması genel iyi durum hissini tetikleyerek ağrı algılayışını azaltmaktadır. Ayrıca masaj ile endorfin salınımı artmakta, endorfinler ise ağrıyı algılamayı önleyen bir mekanizma ile hasta üzerinde olumlu etkiler oluşturmaktadır. Tıbbi ve cerrahi durumların bazı tiplerinde masaj tedavinin önemli bir parçası olmakla beraber; genellikle diğer tedavi şekilleriyle kombine olarak uygulanmaktadır (44, 118, 141, 148, 192, 201, 206, 215, 218).

#### **4.8.2.9. Hareket ve pozisyon verme**

Doğum ağrılarını hafifletmede etkili olan girişimlerden biri de uygun hareket ve pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır. Yapılan araştırmalarda kadınların doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyonda iken (vertikal pozisyonda), düz ya da yan yatış pozisyonuna (horizontal pozisyon) oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri belirlenmiştir. Doğum eyleminin I. evresinin erken dönemlerinde anneler dik pozisyonda yatay pozisyona oranla kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Buna karşın I. Evrenin ilerleyen dönemlerinde ise anneler, horizontal pozisyonu vertikal pozisyona tercih etmektedir (21, 29, 118, 148, 192, 206, 211, 215, 218).

#### **4.8.2.10. Sıcak ve soğuk uygulama**

Ağrının giderilmesinde etkili, ucuz ve kullanımı kolay yöntemlerden biridir. Sıcak, uygulanan bölgelerde damarlarda vazodilatasyon oluşturarak ağrıyı azaltır. Vazodilatasyon kan dolaşımını arttırarak impulsların doku beslenmesini arttırır ve ağrı impulslarını uyaran hücre metabolitlerinin eliminasyonunu sağlar. Isı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı azaltan refleksleri harekete geçirir ve böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrılarda azalma olur. Sıcak uygulama doğum eyleminde daha çok bel ağrılarını hafifletmek için kullanılır. Soğuk uygulama ise damarlarda vazokonstriksiyon oluşturarak, kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir. Sinir lifleri ve reseptörlerin ısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır. Soğukun ağrıyı azaltmasında iki mekanizma söz konusudur. Birincisi; doğrudan periferik sinir iletimini yavaşlatması hatta bloke etmesi, ikincisi ise; indirekt olarak inflamatuvar yanıtın azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinirlere yapılacak baskıyı azaltmasıdır (118, 140, 206, 215, 218 ).

#### **4.8.2.11. Dikkati başka yöne çekme**

Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklanmasıdır. Bu yöntem ağrıyı tamamen yok etmez sadece ağrıyı daha dayanılır

kılar. Yani, ağrı toleransı artar, ağrı algılama eşiği yükselir ve hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda hastada kendi kontrol duygusunu geliştirir. Dikkati başka yöne çekme uygulamaları yorucu olduğundan iki saatten az kullanılmalıdır (118, 215, 218, 220).

#### **4.8.2.12. Müzik**

Müzik terapisinin ağrıyı hangi mekanizma ile giderildiği tam olarak bilinmemekle beraber gevşeme ya da dikkati başka yöne çekme etkisi olduğu düşünülmektedir. Diğer bir olası mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyı doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir. Müzik kişiyi hoşla gitmeyen ağrılı uyarılardan uzaklaştırıp, endorfin salınmasını artırarak ve gevşemeyi başlatarak yardımcı olur. Müzik eğitimi yapılan kadınlarda doğum sırasında anksiyetenin, ağrı ve rahatsızlıkların daha az olduğunu belirtmişlerdir (64, 117, 140, 192, 201, 206, 215, 218, 220).

#### **4.8.2.13. Yoga**

Hindistan kökenli bir uygulama olan Yoga'nın temel amacı, aklın ve bedenin kontrolünü sağlamaktır. Çok çeşitli yoga teknikleri vardır. Bu tekniklerden 'Enerji Yogası' gebelikte ve doğumda kullanmaya en uygun olanıdır. Enerji yogasında özel nefes alma teknikleri, bilinç yükseltme ve rahatlama sağlamaktadır. Uzmanlarına göre yoga, doğum süresini kısaltarak, acıyı, ağrıyı ve farmakolojik ilaç ihtiyacını azaltmaktadır. Ancak bunu kanıtlayan bilimsel araştırmalara rastlanmamaktadır (132, 201, 218).

#### **4.8.2.14. Aromaterapi**

Bitkilerin yüksek yoğunluklu esansiyel yağlarının ve kokularının tedavi amacıyla kullanılması esasına dayanır ve genellikle aromaterapide yağlar masajın terapötik etkisiyle birleştirilmektedir. Konunun uzmanları Aromaterapinin beden ve ruh dengesini koruduğu, hoş bir koku solunarak gevşemenin gerçekleştiği,

anksiyeteyi, korkuyu, ağrıyı, bulantı ve kusmayı azalttığı, kadının iyilik hissini arttırdığını bildirmektedir. Aromaterapide en çok kullanılan bitkiler; yasemin, gül yağı, sardunya, ada çayı, lavanta yağı, ardıç, turunçgil, okaliptüs ve çeşitli tütsülerdir. Özellikle lavanta yağı ile masaj yapmak ya da banyo suyuna eklemek en çok tercih edilendir. Çünkü lavantanın kokusu yanında güçlü antiseptik özelliği vardır. Ucuz ve zararsız olması avantajlarından. Aromaterapi benzeri bir yöntem olan Bitkisel Tedavi 'Herbal Medicine', çeşitli iyileştirici etkileri olduğu düşünülen bitkisel maddelerin ve yiyeceklerin kullanılması esasına dayanır. Gebelikte serviks ve uterusu doğuma hazırlamak, doğumda ise rahatlamayı sağlamak ve ağrıyı azaltmak için kullanılır (118, 132, 139, 201, 218, 220 ).

#### **4.8.2.15. Hidroterapi-banyo**

Hidroterapi basit bir duştan, su havuzuna girmeye kadar özel bir sistemi içerebilir. Kadının karnını suyun altında bırakacak kadar derin ılık su içine girme, gevşemeyi arttırmak, doğum ağrısını azaltmak, doğum ağrısı döneminde süreci iyileştirmek ve farmakolojik anestezi ihtiyacını düşürmek amacıyla kullanılır. Ağrı üzerindeki etkisini endorfinlerin salınımını serbestleştirerek, kapı kontrol teorisi ile kalın çaplı sinir liflerinin uyararak sağlar. Hidroterapi'de su sıcaklığının 36,6°C–37,8°C arasında tutulmasına dikkat edilmelidir (115, 118, 132, 140, 201).

#### **4.8.2.16. Efloraj**

Deri üzerinde kayan ve derin kas kütlelerine basınca sebep olmayan ve bunları hareket ettirmeyen tüm hafif masajları içerir. Gebenin kendisi tarafından, karnına veya bacaklarına ritmik şekilde daireler ve çizgiler çizmek suretiyle, ya da destekleyici şahsın parmak uçlarını kullanarak kadının kol ve bacağına yukarı ve aşağı doğru hafifçe ovmasıyla olur. Etki mekanizması kapı kontrol teorisi ile açıklanmaktadır. Doğum ağrısı mekanizmalarının sebep olduğu, sakroiliak bağ dokularındaki gerilemlerden kaynaklanan sakroiliak ağrıyı azaltmak için bölgesel basınç uygulamak suretiyle bu manevralar yapılır. Doğum ağrısının ilk aşamasında yararlıdır (118, 140, 206, 215, 220).

#### 4.8.2.17. Steril su enjeksiyonu

Karşı rahatsızlık verme esasına dayalı olan bu uygulama Avrupa'da sık kullanılmaktadır. 0.1ml'lik 4 steril su enjeksiyonu kadının sırtında sakrum üzerine yerleştirilerek tüberküloz testine benzer şekilde geçici sıvı dolu papüller bırakır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte kimi araştırmacılar açıklamada kapı kontrol teorisini kullanmışlardır. Steril su sinir uçlarını rahatsız ederek diğer ağrılı hisleri bloke eder. İntradermel su bloklarının annelerde genel doğum ağrısını azaltmadığı, buna karşılık ağrı algılamasını azalttığı belirlenmiştir. Bu yöntemin en önemli avantajı etkili olması, dez avantajı ise kısa süreli olması ve bel ağrısı dışında etkili olmamasıdır (118, 132, 133, 192, 201).

#### 4.8.2.18. Akupunktur

Akupunktur, acus (iğne), puncture (batırma) kelimelerinden türetilen, çeşitli patolojilerin giderilmesi amacıyla, vücut üzerinde bulunan belirli noktalara iğne batırılmasıyla uygulanan bilimsel tedavi yöntemidir. Başta Çin ve Uzakdoğu ülkeleri olmak üzere bütün dünyada uygulanmakta olup yaklaşık 3000 yıldan beri birçok hastalığın tedavisinde başarılı sonuçlar elde edilmiştir.

Ana felsefesi, bütün evrende canlı cansız her yerde ve her şeyde var olan enerji akışları arasındaki birlik, denge ve uyuma dayanır. Vücuttaki enerji akım blokajı veya kesintisi denge bozukluğuna dolayısıyla hastalığa neden olur. Akupunkturun amacı, vücudun tekrar uyum ve dengeye ulaşmasını sağlamaktır (18, 30, 53, 87, 88, 95, 113, 173, 201).

1979 yılında DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) akupunktur tedavisini bilimsel bir yöntem olarak kabul etmiş ve etkin olduğu tıbbi durumların listesini yayınlamıştır (18). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı'nca bir üst kurul oluşturularak akupunktur hakkındaki araştırmalar ve çalışmalar incelenmiştir. Bunun sonucunda akupunktur bilimsel bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmiş ve 1991 yılında Akupunktur Yönetmeliği çıkarılarak bu tedavi yöntemi yasal hale getirilmiştir. Daha sonra bu yönetmelik 2002 yılında yeniden düzenlenmiştir. Bu yönetmelikte kimlerin bu tedaviyi uygulayacağı,

hangi hastalıklarda nasıl uygulanacağı, eğitimin nasıl olacağı konularını esasa bağlamışlardır (50, 197).

Geleneksel Çin Tıbbı'na (GÇT) göre; bedende yaşam gücü enerjisini (chi'yi) taşıyan bir takım görülmez enerji yolları ya da meridyenler vardır. Bu yollar, doğa olayları, stres, sağlıksız beslenme, hayal kırıklığı gibi olaylardan etkilenir ve tıkanıldığında hastalıklar ortaya çıkar. Bazen bu tıkanıklığı açmak ve sağlıklı yaşam gücü enerjisinin sebestçe akışını sağlamak için akupunktur ve/veya akupresür kullanılır (18, 28, 53, 95, 173). GÇT teorisine göre, insan vücudundaki organlara karşılık gelen 12 çift 2 adet tek meridyen bulunmaktadır (Şekil 3). Meridyenlerin her biri, cilt üzerindeki bir dizi noktadan oluşur ve iç organlar ile doğrudan ilişkilidir. Enerji kalp meridyeninden başlayıp, dalak-pankreas meridyenine kadar akıp tekrar kalp meridyenine geçer. Bu toplam akım, her meridyende en fazla 2 saat olmak üzere 24 saatte tamamlanır ve enerji bu kanallar sayesinde vücut içinde sürekli olarak yukarıya ve aşağıya doğru akar. Bu tanımlanan temel organlar batı tıbbındaki organlarla benzer isme sahiptir. 12 ana meridyeni oluşturan organlar; Akciğer, Perikard, Kalp, İnce Bağırsak, Üçlü Isıtıcı, Kalın Bağırsak, Dalak, Karaciğer, Böbrek, Mide, Safra Kesesi, İdrar Kesesi'dir (18, 23, 30, 50, 87, 113, 141).

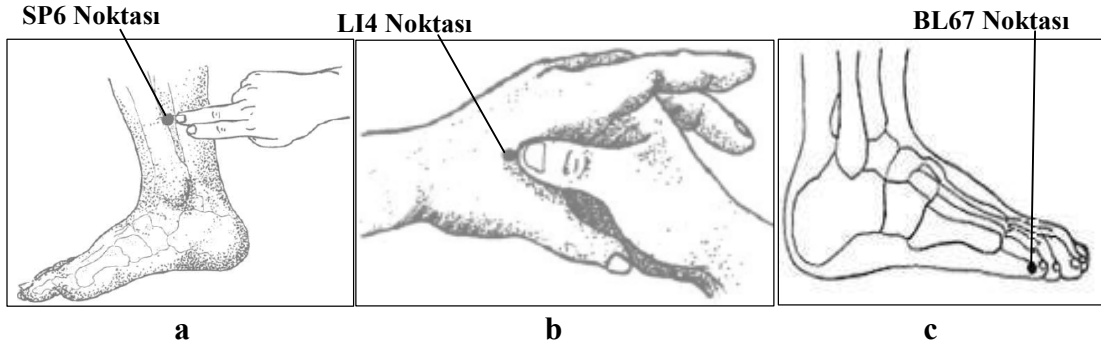
Meridyen İsmi	Başlama Ve Sonlanma Noktaları
• Akciğer Meridyeni (Lung=Lu)	• Lu1-Lu11
• Kalın Barsak (Large İntestine=LI)	• LI1-LI20
• Mide (Stomach=St)	• St1-St45
• Dalak (Spleen=Sp)	• Sp1-Sp21
• Kalp (Hand=H)	• H1-H9
• İnce Barsak (Small İntestine=Si)	• Si-1-Si19
• İdrar Kesesi (Urinary Bladder=Ub )	• UB1-Ub67
• Böbrek (Kidney=Ki)	• K1-K27
• Safra Kesesi (Gall Bladder=GB)	• GB1-GB44
• Karaciğer (Liver=Liv)	• Liv1-Liv14
• Perikard (Perikard=P)	• P1-P9
• Sanjiao (Triple Warmer=SJ)	• Sj1-Sj23

**Şekil 3:** Vücut Yüzeyinde Bulunan Meridyenler

Sezen K. (2002). Akupunktur Teorik ve Pratik, MN Medikal&Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul

#### 4.8.2.18.1. Akupunktur noktaları

Meridyenler üzerinde yada yakın bir lokasyonda bulunan 361 akupunktur noktası vardır. Her bir akupunktur noktası ait olduğu meridyen ve noktanın sayısı ile adlandırılmıştır. Her bir noktanın bir de Çince adı vardır. Örneğin; kalın barsak örneğinde dört numaralı noktaya Hegu (LI4) denmektedir. Parantez içindeki ilk iki harf 14 meridyen için kullanılan ve Uluslar Arası Standart Terminoloji tarafından saptanan alfabetik kod ile uyumludur. Doğumun indüklenmesi ve doğum ağrısının azaltılması için en sık olarak Sanyinjiao (SP6) (Şekil 4a ), Hegu (LI4) (Şekil 4b) ve Zhiyin (BL67) (Şekil 4c) gibi akupunktur noktaları kullanılmaktadır (23, 38, 127, 103, 130). Yaygın bir biçimde uyarılan SP6 noktası, pek çok sorun (ovülasyon ve menstrüasyon gibi) için ve doğumdaki ağrının giderilmesi ve doğum eyleminin ilerlemesini desteklemek için kullanılmaktadır. Ancak bu noktanın hormonal etkisinden dolayı gebelerde kesinlikle uygulanmamalıdır. Çünkü yapılan hayvan deneylerinde abortusa neden olduğu kanıtlanmıştır (18, 118, 141)

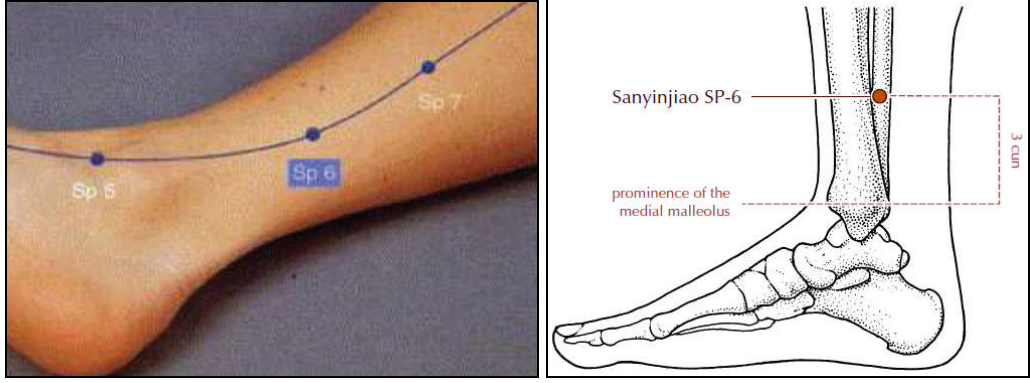


Şekil 4: Doğumun ağrısının azaltılması ve doğum eyleminin hızlandırılması için en sık olarak kullanılan akupunktur noktaları. a. SP 6 noktası, b. LI4 noktası, c. BL 67 Noktası.

Betts D (2006) The essential guide to acupuncture in pregnancy & childbirth. East Sussex, The Journal of Chinese Medicine Ltd. and Debra Betts.

#### 4.8.2.18.2. Sp6 akupunktur noktası ve dalak meridyeni

Sanyinjiao (SP6), Talus (aşık) kemiğinin 6cm yukarısında, malleol (incik) kemiğinin altındaki yerdir (Şekil 5).

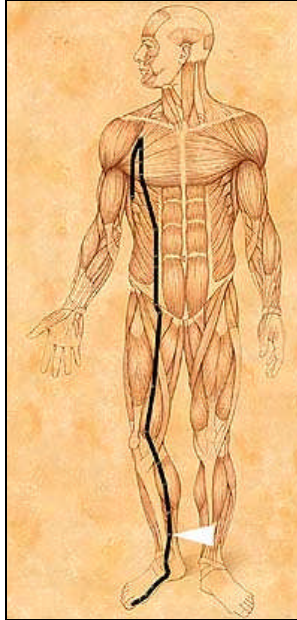


Şekil 5: SP6 noktasının anatomik olarak yeri.

<http://www.acupuncture.rhizome.net.nz/>. Erişim tarihi: 15.03.2009

(Lian YL, Chen CY, Hammes M, Kolster BC (2000). The Sanyinjiao Pictorial Atlas of Acupuncture an Illustrated Manual of Acupuncture Points. Eds: Ogal HP, Stör W, Könnemann Verlagsgesellschaft Mbh Bonner Strabe 126, D- 50968, Cologne, p. 86-87).

Sanyinjiao (SP6), en belirgin akupunktur noktalarından birisidir. Adından da anlaşılacağı gibi bacağın üç yin kanalının, dalağın, karaciğerin ve böbrek meridyenlerinin buluşma noktasıdır (Şekil 6). Antik Çin literatürüne göre ise, Sanyinjiao'nun (SP6) doğumun induksiyonu için ana nokta olduğu vurgulanmaktadır (18, 23). Aynı zamanda bu akupunktur noktası doğumda ağrısının rahatlaması ve dismenore gibi durumlarda içinde kullanılır.

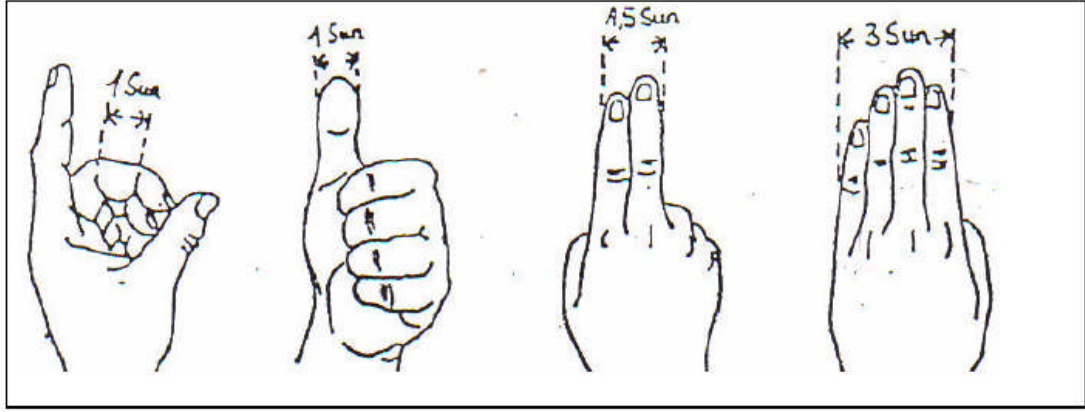


Şekil 5: Dalak Meridyeni

<http://masor789.blogcu.com/meridyenler/6241779>

(Erişim 17.11.2010)

Noktaların lokalizasyonu Çin İnch veya Cun terimi ile tanımlanır. Cun 3.3cm'ye karşılık gelir. Başparmak eni, orta parmak içe doğru kıvrıldığında orta falanks uzunluğu bir Cun olarak kabul edilir (Şekil 7). Örneğin, Sanyinjiao (Dalak 6); medial malleolden 3 cun yukarıdadır. Elin 4 parmağı 3 Cun kabul edilir. Burada oransal olarak hastanın anatomik ölçüleri kullanılır (87, 113, 130, 141, 173).



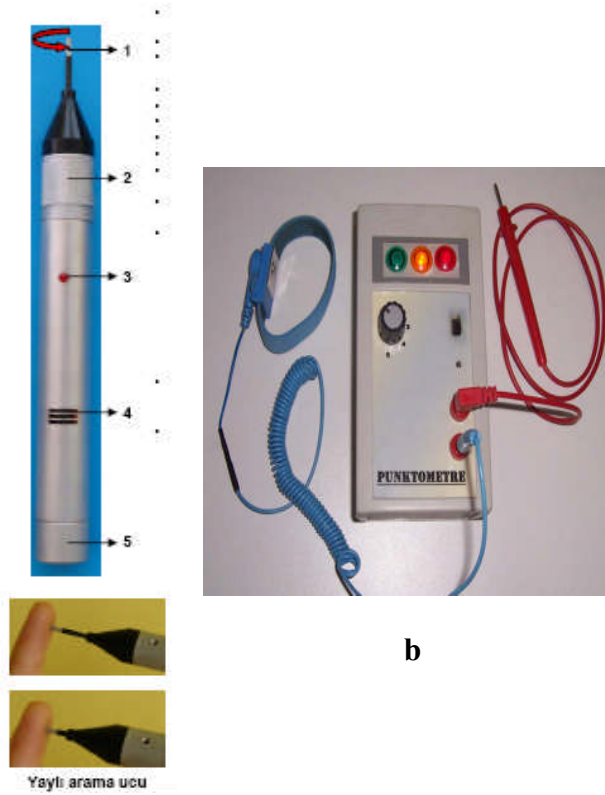
**Şekil 7:** Bireysel Sun Saptanmasında Kriter Alman Eldeki Anatomik Ölçüler.

Sezen K (2002). Akupunktur Teorik ve Pratik, MN Medikal&Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.

#### 4.8.2.18.3. Akupunktur nokta dedektörleri

Noktaların çapları değişiktir (3-5mm) ve hastanın durumuna, saate, mevsimlere göre bireysellik gösterir. Genellikle cilt yüzeyinin 3-15 mm altındadır. Fizyolojik olarak sabit olan akupunktur noktalarının özellikleri ve etki mekanizmaları geniş olarak araştırılmıştır. Viyana'lı histolog Kellner özenle yaptığı histolojik kesitlerde her mm<sup>2</sup> deri kısmında eğer akupunktur noktası ise 0.31 reseptör sıklığı saptanırken, akupunktur noktası olmayan nötral deride ise 0.16 reseptör saptanmıştır. Akupunktur noktalarının olduğu deri ısı normal deriden daha düşük olduğunu (0.3-1°C ) göstermiştir. Alman anatomist Heine ise yaptığı anatomik çalışmalarda noktaların damar ve sinirlerle yakın ilişki içinde olduğunu ayrıca elektriksel özellikleri farklı olup elektrik akımına dirençlerinin düşük kapasitelerinin yüksek olduğunu göstermiştir (18, 30, 87, 88, 141, 173). Noktaların bu özelliğinden faydalanılarak yerini tespit etmek için dedektörler geliştirilmiştir. Bunlardan bir tanesi Punkometre (152, 190, 195) (Resim 1a) diğeri ise Akumaster (Resim 1b) (www.olusummedikal.

com. Erişim tarihi: 20.04.2009). Punkometrede; cihazın iki elektrotundan biri nokta arama amacına yönelik olarak kalem ucu biçiminde, diğer elektrot ise hastanın elinde tutacağı şekilde dizayn edilmiştir. Akumaster ise, klinik akupunktur uygulamalarında hem vücut ve kulak akupunktur noktalarını arayıp bulmak ve hem de kulak diagnozu yapmak için tasarlanıp üretilmiştir. Bu arama elektrotları akupunktur noktalarının üzerine geldiğinde özel bir ses veya ışık sinyali vermektedir (www.olusummedikal.com. Erişim tarihi: 20.04.2009). Bu aletler ile akupunktur noktalarının yeri ve değeri belirgin bir şekilde bulunabilmektedir (30, 152, 173, 195).



**Resim 1:** a) Acumaster, b) Punkometre

www.olusummedikal.com. Erişim tarihi: 20.04.2009

#### 4.8.2.18.4. Akupunkturun etki mekanizması

Artık günümüzde, akupukturu da açıklayan teorilerden en meşhur olanları Endorfin Sekresyon, Kapı Kontrol ve Motor Kapı teorileridir. Akupunktur noktasına

iğne batırıldığı zaman, objektif ve subjektif etkiler gözlenir (30, 173). Akupunkturun etkilerini şöyle sıralayabiliriz.

**1. Objektif etki:** Beş tanedir.

• **Analjezik etki:** Akupunktur sadece MSS'deki depolardan endojen opioid salınımını uyarmaz, aynı zamanda diğer analjezik mekanizmaları da aktive eder. Örneğin, hipotalamik-limbik sistemi modüle ederek ağrıyı önler (30, 87). Akupunktur ile aktive edilen bütün yapılar nosiseptif sistem ile ilgilidir ve Melzack tarafından tanımlanan "Nöromatriks" konseptinde önemli rol oynamaktadır. Bu konsepte göre, akupunktur ağrı nöromatriksinde çelişkili mesajlarla dengesini bozar ve böylece ağrının algılanması modifiye edilir.

• **Sedasyon etki:** Beyinde serotonin, endorfin vb. gibi maddeler ortaya çıkarmasıyla elde edilir. Akupunktur uygulaması sırasında beyin dokusunda bazı metabolik değişiklikler olduğu rapor edilmiştir. Örn: dopamin artışı tespit edilmiştir.

• **Homeostatik etki:** Sempatik ve parasempatik sistemi dengeleyerek, ter salgısını, böbrek çalışmasını ve solunumu fonksiyonlarını ve İyon dengesini ayarlarlar.

• **İmmün sistem üzerine etki:** Akupunkturun immün sistem üzerine etkisinin, endojen opioidlerden BE, LE ve metionin enkefalinin bu sisteme yaptığı etkilere bağlı olduğu düşünülmektedir. Lokositleri, antikorları ve gama globulinleri artırarak vücut direncini artırır.

• **Psikolojik etki:** Akupunktur uygulaması ile merkezi sinir sistemi ve plazmada seviyesi yükselen serotonin ve enkefalin ruhsal ve psikolojik durumun düzenlenmesinde etkilidir. Enkefalinlerin antidepresan, antikonvülsif ve anksiyeteyi giderici etkilerinin olduğu bilinmektedir. Akupunktur uygulaması ile endojen opioidlere ilave olarak, merkezi sinir sisteminde serotonin düzeyinde de yükselme gözlenmiştir. Serotoninin, kişinin kendini iyi hissetmesi, mutlu ve halinden memnun olması, iştahının ve seks dürtülerinin normal düzeyde olması ve psikomotor dengenin sağlanmasında etkilerinin bulunduğu belirtilmektedir. Bu etkilerinden dolayı anksiyete ve depresyon tedavisinde başarılı bir şekilde kullanılmaktadır (30).

• **Motor fonksiyonlarda iyileşme:** Kas, kırıç ve kemik yapısını kuvvetlendirerek vücudun direncini artırır. Ayrıca paralizi vakalarında geç dönemlerde bile Akupunktur tedavisinden yanıt alınabilir.

**2. Subjektif etki:** Akupunktur noktasına batırılan iğne deride bölgesel olarak gerginlik, baskı, ısınma ve acı hissine yol açmaktadır. Buna Çin literatüründe “Deqi” denir. Akupunktur iğnesi batırıldığı zaman, noktanın çevresinde eritem oluşur. Bunun sebebi zarar gören hücrelerden salınan histamin, bradikinin ve benzeri maddelerdir (18, 30, 87, 95, 152, 173, 190).

#### **4.8.2.19. Akupresüre (Shiatsu)**

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılabilen ilaçsız yöntemlerden biri de akupresürdür. Akupresür, akupunkturda olduğu gibi geleneksel Çin Tıbbı’na dayanmaktadır ve uzun yıllardan beri kullanılmaktadır. Vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak (özellikle başparmaklar), avuç içi veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak, enerji kanallarının-kan dolaşımı gibi düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Öğrenilmesi, uygulaması kolaydır ve ulaşılabilen noktalarda kendi kendine de uygulanabilir. İğne, kullanmayı gerektirmediğinden acısız, ağrısız, zahmetsiz, güvenli, etkili, ekonomik ve yan etkisi olmayan bir tedavi yöntemidir. Aynı hastalıkta etkili birkaç noktayı birden masaj yapmak daha olumlu bir etki oluşturur(18, 38, 70, 79, 118, 173, 192, 201).

Akupresüre benzeyen ve Japonların kullandığı diğer bir basınç uygulama yöntemi Shiatsu’dur. Japonca’da **shi:**parmak, **atsu:** bastırmak anlamına gelmektedir. Akupresürden farkı, parmak uçları veya avuç içi ile belli noktalara basınç uygulanarak yapılan masajdır. Akupunktur noktalarına uygulanan basınç, iğnesiz akupunktur da denilebilir. Özellikle başparmaklar kullanılarak yapılan bir masaj çeşididir. Basınç uygulaması, parmak, tenis topları veya havlu gibi vb. cisimler kullanılarak yapılabilmektedir (4, 5, 70, 89, 118, 173, 176).

##### **4.8.2.19.1. Akupresürün doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisi**

Akupunktur ve akupresür uzun yıllardır özellikle ağrı tedavisinde olmak üzere bir çok hastalıkta kullanılmaktadır. Ağrı tedavisinde kullanımı son yıllarda dikkati çekmiş ve farmakolojik ilaçlara alternatif oluşturabileceği düşünülmüştür. Obstetri

ve jinekolojide akupresür; bulantıyı azaltmak, baş ve bel ağrısını, premenstrüel semptomların gidermek, kasılmaları kolaylaştırmak, doğum ağrısı ve analjezisi gibi çeşitli durumlarda uygulanabilmektedir. Bulantı ve kusma tedavisi için akupunktur ve akupresin kullanımı Batıda'ki klinik uygulamalarda en çok kabul edilen tedavi yöntemidir ve güvenli olarak kabul edilmektedir (3, 8, 18, 28, 63, 79, 80, 81, 118, 129, 161, 174).

Dünya nüfusunun üçte ikisinin (özellikle gelişmekte olan ülkeler) geleneksel tıbbi kullanması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılından beri Tamamlayıcı Alternatif Tıbbı (TAT) desteklemektedir. DSÖ bu büyük kitleye ulaşabilmek amacıyla; zararlı uygulamaları önlemek, faydalı olanları desteklemek için geleneksel tıbbın kazandırdıklarını modern bilimin ışığında incelemeyi, bu inceleme sonunda kanıtlanmış uygulamaları modern/çağdaş tıp alanında kullanmayı kararlaştırmıştır (147). Bu bağlamda geleneksel tıp uygulamalarını tamamlayıcı tıp uygulamaları olarak uygulamak için hem kalitatif hem kantitatif araştırmalar yapılarak etkinlik ve güvenliği olan, halkın güvenini kazanacak, profesyonel bilgi ve karar verme süzgecinden geçerek gündeme getirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yurt dışında yapılan pek çok çalışma vardır.

Roscoe ve arkadaşlarının 739 kanser hastası üzerinde, P6 akupunktur noktasına akupresür (Sea-Band), akustimülasyon (Relief Band) bantlarını kullanarak ve bant kullanmadan yaptıkları karşılaştırmalı çalışmalarında akupresür bandının bulantı kusmanın kontrolünde daha etkili olduğunu bulmuşlardır (161). Beal ve ark (1999) metanalizinde P6 (perikardiyum 6) noktasında akupunktur ve akupresür kullanımı ile ilgili 42 araştırma raporunu incelemiş ve sonuçta p6 noktasına yapılan akupunktur ve akupresürün bulantı kusmanın azaltılmasında etkili olduğunu belirtmiştir (18). Shin ve ark (2004) Kore'de ameliyat olan ve kemoterapi alan mide kanserli hastalarla P6 akupunktur noktasına parmak basıncı ile yaptıkları akupresür uygulamasında, kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusmanın şiddetinin, sıklığının azaldığını ve süresinin kısaldığını saptamışlardır (174). Long ve ark (2003) Avusturya, İspanya ve İngiltere de shiatsu uygulayıcısı 85 pratisyenin takip ettiği 633 hastanın shiatsunun (akupresür) kısa ve uzun dönem etkilerini belirlemek amacıyla dataları incelenmiş. Çalışmanın sonunda shiatsu tedavisi alan bu hastalar raporlarına göre shiatsunun semptomlarını önemli ölçüde azalttığı ve bu tedaviden yarar

gördüklerini ifade etmişlerdir (5). Taylor ve ark (2002) 58 dismenore ağrısı yaşayan kadın üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada akupresürün dismenore semptomlarını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir (196). Chang ve ark (2004) Korede 209 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, SP6 noktasına yapılan akupresürün yapılmayan gruba oranla sezayen oranlarını azalttığını saptamışlardır (35). 1977 yılında Ulusal Sağlık Kurumları (USK) ve Alternatif Tıp Bürosu'nun (ATB) sponsorluğun da gerçekleşen konferansta bu konuya değinilmiş ve güvenli, gebelikteki bulantı ve kusmanın tedavisi için potansiyel olarak etkili olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır (18). Yine benzer şekilde Anderson ve Jhonson (2005) MEDLINE veri bankası kullanarak obstetride kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıbbın (TAT) kullanımı üzerine yapılan 54 makaleyi incelemişler ve sonucunda bazı TAT müdahalelerinin obstetride kullanımının etkili ve güvenli olacağı görüşünü belirtmişlerdir (3).

Obstetrik ve jinekolojik sorunların pek çoğu dalak meridyenindeki noktaların kullanımını kapsar. Doğum ağrıları zayıfladığında veya kontraksiyonlar azaldığında BL60, BL67, GB21, LI4 ve SP6 ya yapılan akupresür ile durumun düzeldiğinden bahsedilmektedir. Sanyijiao (SP6) yaygın bir biçimde pek çok sorun (ovülasyon ve menstrüasyon gibi) için ve doğum ağrısının giderilmesi ve doğum olayının ilerlemesini desteklemek için kullanılmaktadır. Aynı zamanda SP6 noktasına yapılan müdahalelerin üreme organlarında güçlü etki yaptığı ve bazı obstetrik ve jinekolojik fonksiyon bozuklukların düzeldiği belirtilmiştir. Akupresür, kan dolaşımını, yin ve yangın uyumunu ve nörotransmitterlerin salınımını desteklediği ve böylece insan vücudunun normal fonksiyonunu devam ettirdiği ve sağlılık halini zenginleştirdiği söylenmektedir. Akupresürün hem doğumu tetiklemesi açısından hemde doğum ağrısının yönetimi açısından yararlı oluşu bildirilmektedir (3, 18, 23, 37, 38, 103, 118, 127, 130, 141).

Literatürde, akupresür ile yapılan doğum indüksiyonunun vücuttaki yüksek oksitosin salınımının bir sonucu olarak meydana geldiği ileri sürülmektedir (38). Bu nedenle de, akupresür ile oksitosin arasındaki ilişkiyi saptamak için daha çok araştırmanın yürütülmesi gerekmektedir.

Ülkemizde, SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda yurt dışında yapılan pek çok çalışma vardır.

Kim ve ark (2002) Kore’de 192 primipar kadın üzerinde yaptıkları SP6 ve LI4 noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısına ve süresine etkisini inceledikleri randomize çalışmada akupresür uygulamasını servikal dilatasyon; 2-3cm iken 15 kez, 5-6cm iken 10 kez, 9-10cm iken 10 kez toplam 35 kez uyguladıklarını ve bası uygulamasının hem doğum ağrısının kontrolünde hemde doğum süresinin azaltılmasında etkili olduğu sonucuna varmışlardır (107).

Lee ve ark.’ın (2002) Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yaptıkları akupresürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısının süresini ve doğumda yaşanan anksiyete düzeyini azalttığını belirtmişlerdir (126).

Andrew ve ark. (2003) Avusturya, İspanya ve İngiltere de shiatsu uygulayıcısı 85 pratisyenin takip ettiği 633 hastanın (18 yaş üstü kadın ve erkeklerden oluşan) shiatsunun (akupresür) kısa ve uzun dönem etkilerini belirlemek amacıyla dataları incelenmiş. Çalışmanın sonunda shiatsu tedavisi alan bu hastalar raporlarına göre shiatsunun semptomlarını önemli ölçüde azalttığı ve bu tedaviden yarar gördüklerini ifade etmişlerdir (5).

Waters ve Raisler (2003), 49 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, her iki elde bulunan LI4 noktasına 20 dakika ya da 3-4 kontraksiyon boyunca masaj uygulanmış ve gebelerin LI4 bölgesine uygulanan buz masajının VAS puan ortalamalarını azalttığı bulunmuştur (210).

Lee’nin (2003) randomize kontrolü (29 deney, 29 kontrol gurubu) 58 gebe üzerinde yaptığı çalışmada servikal dilatasyon 3cm olduktan sonra her bir uterin kontraksiyon boyunca deney grubunun Sp6 noktasına akupresür uygulamış. Bu işlemi 30 dk süresince yapmış ve sonuçta deney grubunun ağrısının ve doğum eyleminin süresinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur (125).

Chung ve ark.’nın (2003) 127 gebe üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları

akupresürün doğum ağrısı üzerindeki etkisini araştırmışlar. 127 tane doğum yapmak üzere olan gebe rastgele üç gruba dağıtılmışlar. LI4 ve BL67 noktasına yapılan akupresür grubu, efloraj grubu ve hiçbir tedavi almayan grup. Çalışma sonuçlarına göre; akupresür grubu gebelerde doğumun I. evresinin aktif fazında belirlenen ağrı puanları bakımından gruplar arasında önemli fark bulunmuştur. Aynı çalışmada akupresür grubunda doğumun birinci evresinin süresi kontrol grubununkinden daha kısa sürdüğü bulunmuştur (38).

Lee ve ark.'nın (2004) SP6 noktasına yapılan akupresürün doğum süresine ve doğum ağrısına etkisini belirlemek üzere 75 kadın üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; servikal dilatasyonun en az 2-3cm iken ve uterusun kontraksiyonlarının düzenli olduğu 30 dakika süresince her bir kontraksiyon da SP6 noktasına akupresür uyguladıklarını belirtmişler ve müdahale sonrasında tüm ölçüm zamanlarında (uygulama sonrası, uygulamadan 30 dk. ve 60 dk. Sonra) değerlendirilen VAS puanları açısından gruplar arasında önemli fark saptanmıştır. Aynı çalışmada SP6 bası uygulanan grubun, kontrol grubuna göre doğumda anksiyete düzeyi ve de doğum süresinin uzunluğunun anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (127).

Kashanian ve Shahalı (2009) 120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan akupresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, vaka grubundaki gebelerin ağrının şiddeti kontrol grubundaki gebelerin ağrı şiddetinden daha az olduğunu ( $6.79 \pm 1.52$ 'ye karşılık  $5.87 \pm 1.77$ ;  $p=0.003$ ) bildirmişlerdir. Yine aynı çalışmada, eylemin aktif aşamasının süresi vaka grubunda daha kısa ( $441.38 \pm 155.88$ dk'ya karşılık  $252.37 \pm 108.50$  dk,  $p=0.001$ ) sürdüğünü bildirmişlerdir (103).

Ozgoli ve arkadaşlarının (2010) doğumun birinci evresindeki primipar kadınlarda elde bulunan LI4 akupunktur noktasına yaptıkları bası uygulamasının(sağ ele uygulandı) ağrı yoğunluğu üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, serviksin 4-5cm, 6-7cm ve 8-10cm dilatasyonu olduğunda altı tane uterus kontraksiyonu periyodunda sağ elin LI4 noktasına akupresür uygulandı. Çalışma sonucunda; yapılan üç uygulama sonucunda da akupresür uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla çok anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (145).

Tüm bu çalışmalarda SP6 noktasına yapılan akupresürün hiçbir yan etkisinden bahsedilmemektedir.

#### **4.9. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebe/Hemşirenin Rolü**

Doğum kadın, fetus ve aile için hem bir bitiş, hem de bir başlangıç zamanıdır. Eylem ve doğum sırasında, kadının ulaşabildiği tüm psikolojik ve fizyolojik baş etme mekanizmalarının kullanılması gerekmektedir (155). Bu bağlamda DSÖ yayınladığı kanıta dayalı 6 uygulamanın doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için kılavuz olması ile; sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceğini ifade etmiştir. İfade edilen bu öneriler:

1. Doğum kendi başlamalıdır.
2. Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır.
3. Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir.
4. Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır.
5. Doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir.
6. Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır (169, 177).

Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım; doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir (205). Ama bugün doğumda tıbbi müdahalelerin yaygın kullanımı ile eylemde hemşirelik bakımının destekleyici uygulamalardan ziyade teknik uygulamalara yöneldiği görülmektedir (68, 83,175). Ancak kadının kendi doğumu ile ilgili doğru tercihi yapması, prekonsepsiyonel dönemden doğum sonu döneme kadar nitelikli ve kaliteli bakım alması, alternatif doğum, doğum ağrısı ile baş etme ve gevşeme teknikleri konusunda yeterli danışmanlık hizmetinden yararlanması ile mümkün olacaktır (169). Bilgi, özgüven, gevşeyebilme, nefes alma teknikleri, enerjisini koruyabilme sanatı ile gebe kadına doğum eylemi sırasında bilinçli ve aktif rol oynama şansı verilerek, kadının kendisini ekibin bir parçası gibi hissetmesinin sağlanması doğumda önemlidir. Anne olmanın sadece zevkinin değil aynı zamanda bu olayda aktif rol oynamanın da başarı ve tatmininin yaşatılması; aynı duyguları eşinde paylaşması çağdaş yaşamın gerekliliklerinden birisi olarak görülmektedir (26, 90, 93, 169).

Amaç; gebelik ve doğuma ilişkin bilgi sağlanması, baş etme stratejilerinin öğretilmesi, çiftlerin olumlu doğum deneyimini yaşamalarının sağlanması ile korku ağrı ve gerginlik döngüsünün kırılmasıdır (144). Burada ebeler tarafından verilecek antenatal bakım ve doğuma hazırlık sınıfları son derece önem kazanmaktadır. Kadınların doğum yapma güvenleri ve yetenekleri; bakım vericilerinin desteği, doğum hakkındaki bilgilendirilme düzeyleri ve doğumlarını yapacakları yere bağlı olarak artar ya da azalır. Doğum yapan kadınlar bakımları hakkında kararlara müdahale edebilir. Ne yazık ki; kadınlar çoğu zaman ihtiyaçları olan teşviki alamaz çünkü birçok doktor, hemşire ve ebenin doğuma karşı tutumları, diğer herhangi bir tıbbi kriz veya rahatsızlığa karşı takındıkları tutumlar aynıdır ve görevlerinde uzman olarak, en kısa sürede iyileştirmeleri gerektiğini hissederler (90, 169). Bu yüzden, bugün çoğu kadın, doğum ağrısından korktuğu için endikasyon olmadığı halde sezaryenle doğum yapmayı tercih etmektedir. Ülkemizde sezaryen oranının yüksek oluş nedenlerinde biride budur. Oysa doğum öncesi anneye verilecek eğitim ve doğumda gebenin desteklenmesi ile bu kaygı giderilebilir (19, 74, 118, 142, 207, 212). Oysa doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Hatta bununla ilgili yapılan çalışmalar göstermiştir ki, doğum ağrısı döneminde ebe hemşire tarafından yapılan klinik olmayan dokunuşların (elini tutma, alnını okşama, sırtı okşama) gebenin sistolik kan basıncını, nabzını düşürdüğü ve rahatlık seviyesi ile mücadele yeteneğini arttırmaktadır (118). Bu bilgilere dayanarak doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevleri; doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamak olmalıdır. Bu nedenle doğum hemşiresi ve ebesi doğum ağrısıyla baş etmede farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri, etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (13, 25, 69, 118, 134, 175, 201, 203, 217, 218). Çünkü doğumda ağrı kontrolü her zaman yüksek teknolojiyi gerektirmeyebilir. Etkili hemşirelik girişimleri ile de ağrıyı hafifletmek mümkün olduğu yapılan çalışmalar ile kanıtlanmıştır (14, 17, 21, 38, 40, 44, 61, 64, 69, 75, 90, 133). Bununla birlikte ağrı kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip

üyelerinden ayıran ve önemli kılan; hemşirenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedavisini uygulaması, sonuçların izlenmesi ve empatik yaklaşımıdır (152).

Doğumdaki ağrıyı azaltma hem hümanizm açısından hem de tıbbi nedenlerle gereklidir. Doğum salonlarında çalışan hemşire ve ebeler, doğum eylemine hazırlanmamış gebelere ve ona destek sağlayacak kişilere non-farmakolojik yöntemleri öğreterek ve uygulatarak gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine ve doğum eyleminin süresinin de kısalmasına yardımcı olabilirler. Böylece farmakolojik yöntemlere duyulan gereksinimde azalacaktır. Bunun yanı sıra anne ve fetus sağlığı korunduğu gibi travayın uzaması, alerjik reaksiyon vb. gibi farmakolojik yöntemlere özgü risklerde ortadan kalkacaktır (118, 217).

Destekleyici bakımda kullanılan pratik yöntemlerin çoğu, hemşirelerin çok fazla zamanını almaz ve kadının yanında bulunan destekleyici bireye de öğretilir. Travay ve doğum eylemi süresince verilen destekleyici bakımın yararlı etkilerinin kanıtı, pozitif psikolojik ve fizyolojik sonuçların olduğu olumlu doğum deneyimlerdir (118, 177). Son yıllarda dünya’da doğum eyleminin, tıbbi müdahaleler ile bozulan bir süreç olduğu düşüncesi giderek yaygınlaşmaktadır. Oysa yapılan çalışmalarda eylem sırasında, doğuma bağlı yaşanan endişe ile hemşirelik bakımı arasındaki ilişkinin ters orantı olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi süresince desteklenen kadınlarda forseps, vakum ve analjezi kullanım oranlarının, müdahaleli vajinal doğum ve sezeryan riskini azaldığı, doğum süresinin kısalacağı, apgar skorunun yükseldiği ve anne için uzun vadeli emosyonel faydalar sağladığı belirlenmiştir (56, 68, 83, 118, 162, 163, 166, 175). Kanıtlar destekleyici bakımın güçlü pozitif etkilerini göstermesine rağmen, ebe/hemşirelerin bu tip bakım vermelerini önleyen pek çok engel vardır. Bunlar personel yetersizliği, zaman kısıtlılığı, eğitim eksikliği, hastane politikaları ya da rutinleri (teknolojik bakımı ön planda tutan) ve yönetimin etkisi vb. olarak özetlenebilir (83, 84, 131, 163). Sonuç olarak, günümüzde birçok hastanede destekleyici bakımdan ziyade, teknoloji ve prosedürler kullanılmakta ve bireye özel uygulamalardan ziyade rutin uygulamalar yapılmaktadır (78, 175). Ancak hastaya yapılan her türlü tedavi ve bakımda yada

linik kararların verilmesinde, mevcut kanıtlar içerisinde en iyisinin seçilmesi ve kullanılması kısacası hemşirelik uygulamalarının yapılan araştırmalar ile desteklenmesi, ebe ve hemşirelerin yalnızca kanıta dayalı bakım stratejilerini kullanmada otonomilerini arttırmayacak, aynı zamanda disiplinler arası işbiliğininide arttıracak, kadının doğum eylemine katılımını arttıracak ve son olarak doğumu yapan kadın ve doğumu yaptıran personelin pozitif bir doğum eylemi yaşamalarını sağlayacaktır (14, 31, 34, 78, 158).

## **5. GEREÇ-YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Şekli**

Araştırma, doğum eyleminde ayak bileğinde bulunan SP6 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün gebelerde doğum ağrısı algısını ve doğum süresini azaltmada etkisini ve SP6 noktasının etkili kullanımını geliştirmek amacıyla, randomize kontrollü deneysel bir araştırma olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman**

Bu araştırma, Sağlık Bakanlığı Trabzon Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi doğum salonunda, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra Ağustos 2009- Nisan 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Trabzon Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi 1960 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak şu an Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezinin olduğu binada hizmete açılmış ve daha sonra 10 Eylül 1970 yılında 200 yataklı bir hastane olarak şimdi hizmet vermekte olduğu binaya taşınmıştır.

Trabzon Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi bünyesinde 4 Nisaiye servisi, 1 çocuk servisi, 1 çocuk cerrahisi servisi, 1 prematür/ yeni doğan yoğun bakım servisi ve toplam 24 poliklinik bulunmaktadır.

Doğum salonunda rotasyon halinde çalışan 16 uzman kadın doğum hekimi, 16 ebe, 2 hemşire ve 3 yardımcı personel görev yapmaktadır. Ancak bu sayı yeni atamalar ve istifalar nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Çalışma sistemi nöbet usulüdür. Değişiklikler olmakla birlikte servis sorumlusunun onayı ile 08-16 ve 16-08 saatleri arasındaki çalışma periyotlarında; bir ebe hasta kabulde, iki ebe/hemşire travay ünitesinde, iki ebe/hemşire doğumhanede, bir ebe NST odasında, bir ebe loğusa odasında olmak üzere görev dağılımı yapılmaktadır. Böylece tüm ebe/hemşireler rotasyon şeklinde doğum salonun bütün ünitelerinde çalışmaktadır.

Çalışmanın yapılacağı doğum salonunda; üç travay odası (9 yataklı), bir loğusa odası (6 yataklı), özel oda, ultrason-fetal monitörizasyon odası (3 yataklı), ebe-hemşire odası, personel banyosu, birer hasta ve personel tuvaleti ile bir görevli personel odası bulunmaktadır. Ayrıca doğum Salonu'nda birer yataklı olmak üzere üç ayrı doğum odası, bir muayene odası ve bir depo bulunmaktadır. Doğum odalarından iki tanesi aktif olarak kullanılmakta ve her odada yenidoğan için radian ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi, doğum masası, doğum eyleminde kullanılacak ilaç ve malzemelerin bulunduğu dolap bulunmaktadır. Oksijen kaynağı ve aspiratör ünitesi merkezi sisteme bağlı çalışmaktadır.

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde ya da gebe polikliniklerinde ultrasonografi ve fiziksel muayene ile değerlendirilmektedir. Doğum eyleminin başladığı saptanan gebeler ise yatış aldıktan sonra doğumhaneye çıkartılmaktadır. Doğumhaneye kabul edilen yatışlı gebeye öncelikle vajinal muayene ve fetal monitorizasyon yapıp damar yolu açılmaktadır. Gebelerden kan grubu ve hemogram incelemesi için kan örnekleri ve tam idrar tahlili için idrar örneği alındıktan sonra eylemin seyrine göre lavman uygulanmaktadır. Travay süresince gebeye uygulanacak doğumu hızlandırıcı yöntemler oksitosin indüksiyonu, amniotomi ve epidosisin uygulaması ile varsa diğer tedaviler hekimler tarafından düzenlenmektedir. Doğum salonunda ebe ve hemşireleri rutin hemşirelik bakımı uygulamakta, doğumlar çoğunlukla ebeler tarafından yapılmakta ancak riskli bir durumla karşılaşıldığında doğum uzman hekimler tarafından yaptırılmaktadır. Doğumdan sonra anne ve bebekleri 2 saat doğum salonundaki lohusa odasında gözlenmektedir. Bu dönemde ebe/hemşireler; kanama kontrolü ve vital bulguların takibini yapmakta ayrıca anne sütü ve aile planlaması eğitimleri vermektedirler. Annenin kanaması ebe/hemşireler tarafından değerlendirildikten sonra servise çıkarılması uygun görülürse, bir personel refakatinde anne nisaiye servisine çıkarılmaktadır.

Araştırma verileri, Ağustos 2009 – Nisan 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanması; I. aşaması doğum salonunda doğum eyleminin takibi sırasında; II. aşaması ise lohusa odasında gerçekleştirilmiştir.

**Hastanenin araştırma yeri olarak seçilme nedenleri;** Trabzon İlinde kadın sağlığı ve doğum uygulamalarının yapıldığı kamuya ait bir üniversite hastanesi, bir devlet hastanesi ve bir doğumevi bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı Trabzon Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi, doğumevi olarak hizmet vermektedir.

Araştırma için bu hastanenin belirlenmesinin nedeni;

- Yıllık en fazla doğum sayısına sahip olması ve bölge hastanesi olarak hizmet veriyor olması,
- Doğum eyleminin izlenmesi ve doğumların ebeler tarafından yaptırılıyor olması,
- Araştırma için kullanılacak araç ve gerecin daha rahat temin edilmesi,
- Doğumhane içinde ayrı bir ağrı odasının olması
- Önceki çalışmalardan elde edilen deneyimlere dayanarak hastane çalışanlarının araştırmaya ve eğitime karşı olumlu tutum ve yaklaşımları,
- Araştırmacının öğrenci klinik uygulamalarını bu hastanede yapıyor olmasıdır.

### **5.3. Araştırma Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini; Trabzon Doğum ve Çocuk Hastanesine Ağustos 2009 – Nisan 2010 tarihleri arasında ilk doğumunu yapmak için başvuran gebelerden, normal doğum yapanların tümü oluşturmuştur. Trabzon Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'nde 2008 yılında 6222 doğum gerçekleşmiş, bunların 3187'si normal vaginal doğum, 17'si müdahaleli doğum ve 3018'i sezeryan operasyonu ile gerçekleştirilmiştir (202).

Çalışmanın örneklemini ise; bu tarihler arasında hastaneye ilk doğumunu yapmak için başvuran kadınlardan, araştırma sınırlamasına uyan, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan 50'şer kişilik iki grup (Deney Grubu: doğum eylemi sırasında akupressür uygulanan, Kontrol Grubu: Hastane protokolüne göre bakım alan) toplam 100 gebe oluşturmuştur. Veriler örneklem sayısına ulaşmaya kadar deney ve kontrol grubu birlikte olacak şekilde toplanmıştır.

### **Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;**

- Miadında ilk gebeliği olan (37- 41 gebelik haftasında olanlar),
  - Tek fetüs olanlar ve USG sonucuna göre fetal ağırlığı 2500 ile 4000 gr arasında olan,
  - Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan (Plasenta previa, preeklampsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, kontraksiyon anomalileri, prezentasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler, fetal distres v.b.),
  - Yazılı / sözlü iletişim kurulabilen
  - İlk öğretim ve üstü düzeyde eğitimi olan. Literatürde eğitim düzeyi düşük olan kadınların sayısal değerli ağrı ölçeklerini algılama ve geri bildirim vermede güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (14).
  - Herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan,
  - Kontraksiyon anomalisi olmayan (Hipotonik veya hipertonic kontraksiyonlar),
  - Doğum eyleminin latent fazında (servikal açıklık 2-3cm) olan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin çalışmaya alınacak olmasına karşın;
- Narkotik analjezik veya sedatif alanlar,
  - Daha önce histerektomi yada uterin skarı olanlar,
  - Doğum sonu komplikasyon gelişenler,
  - Doğumu sezeryan ile olan gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

### **5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler**

Çalışmanın verilerini elde etmek üzere,

#### **Deney Grubuna:**

1. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu (deney grubu için) (Ek-I)
2. Gebe Tanıtım Formu (Ek- III)
3. Partograf (Ek-IV)
4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek-V)
5. Doğum Sonu Görüşme Formu (Ek-VI)
6. Aküpresür Uygulamasına İlişkin Soru Formu (Ek-VII)

7. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (Ek-VIII) uygulanmıştır.

**Kontrol Grubuna ise;**

1. Bilgilendirilmiş Gebe Onam Formu(kontrol grubu için) (Ek-II)
2. Gebe Tanıtım Formu (Ek- III)
3. Partograf (Ek-IV)
4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek-V)
5. Doğum Sonu Görüşme Formu (Ek-VI)
6. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (Ek-VIII) uygulanmıştır.

#### **5.4.1. Gebe tanıtım formu**

Araştırmacı tarafından ilgili literatür incelenerek hazırlanan **gebe tanıtım formu**; hastanın sosyo-demografik özelliklerine ve gebelik öyküsüne yönelik 30 sorudan oluşmuştur (EK III) (I. uygulamada doldurulmuştur).

**Sosyo-demografik veriler**; gebenin yaşı, öğrenim ve çalışma durumu, sosyal güvencesinin varlığı, gelir durumu, evlilik yaşı ve süresi, memleketi ve yaşadığı yer sorulmuştur.

**Gebeliğe ilişkin olarak**; şimdiki gebeliği, istemli/istemli düşük, gebeliğini isteme, son adet tarihi ve tahmini doğum tarihi, isteyerek gebe kalıp kalmadığı, herhangi bir sistemik hastalığın varlığı, gebeliğinde problem yaşama, ilaç kullanma ve doğum öncesi kontrollere gitme ve bu kontrollerin kim tarafından yapıldığı, doğum eyleminden korkma durumu ve doğum ağrısını gidermeye yönelik yöntemleri bilme durumu, bebeğinin cinsiyetini bilme durumu sorulmuştur.

#### **5.4.2. Doğum eylemine ilişkin partograf formu**

Partograf, DSÖ tarafından doğum eylemini yönlendirmek amacıyla uygulamaya yönelik geliştirilen bir araçtır. Doğum eylemindeki vaka üzerinde yapılan tüm gözlemleri kaydetmek için kullanılan partograf temel olarak serviks dilatasyonunun vaginal muayene ile değerlendirilerek işaretlendiği bir grafiktir. Partografla servikal dilatasyonun hızına dikkat edilerek, eylemin anormal yavaşladığını, özel dikkat

gerektiren vakaları ayırt etmek mümkündür. Partograf bir grafik üzerinde tüm doğum eylemi gözlemlerinin kaydedilerek anormalliklerin saptanmasına ve bu vakaların erken devrede tanınarak problemlerin bazılarının önlenmesine yardım eder. Partograf üzerinde gözlemler şu basamakları içerir (EK-IV ).

**a. Doğumun ilerleyişi:**

- Servikal Dilatasyon,
- Başın İnişi,
- Uterus Kontraksiyonları

**b. Fetüsün durumu:**

- Fetüsün Kalp Hızı,
- Amnion Renginin Rengi Ve Miktarı,
- Fetal Kafa Kemiklerinin Birbiri Üstünde Kayması

**c. Annenin durumu:**

- Nabız, Kan Basıncı, Vücut Isısı
- İdrar Volümü, Protein, Aseton
- İlaçlar Ve IV Sıvılar
- Oksitosin Uygulaması

Böylelikle gebenin travayı süresince uygulama sonundan doğuma kadar geçen sürenin belirlenmesi ile doğumun uzama durumu da belirlenmiştir (82, 199).

### **5.4.3. Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS)**

GKÖ, algılanan ağrıyı ölçmek için kullanılır. İlk olarak 1921 yılında Hayes ve Paterson duyguların seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini bildirmişlerdir. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) olarak da adlandırılmaktadır. Bu çizgilerin sınırları duyguların en uç durumlarını gösteren ifadeler ile belirlenmektedir. GKÖ için genellikle 10cm (100mm)' lik bir çizgi kullanılmaktadır. Hastada ki ağrının şiddetini ölçmektedir. GKÖ, ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek 10cm uzunluğunda olup, vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir. (0=ağrı yok, 10= en şiddetli ağrı). Gebeden, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir

noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini göstermektedir (9, 10, 39, 118). GKÖ'nin kullanımı kolaydır, birçok değişik durumun (duygular, anksiyete, sesin yüksekliği, bulantı, kusma, baş dönmesi gibi durumlar için) grafik olarak gösterilmesi için kullanılmıştır. GKÖ'nin en üstün yanı iki aşırı durum arasında sonsuz sayıda sayı ile ölçüm yapabilmesidir. GKÖ kontrol ve deney grubu gebelere beş kez uygulanmıştır.

**Deney grubu gebelere;** latent fazda (dilatasyon 2-3cm olduğunda) Sp6 noktasına akupresür uygulamadan önce (GKÖ 1), uygulama sonrası (GKÖ 2), aktif fazda (dilatasyon 5-6cm olduğunda) (GKÖ 3), geçiş fazında (dilatasyon 8-9cm olduğunda) (GKÖ 4) ve doğum sonrası erken postpartum dönemde (erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte) (GKÖ 5) uygulanmıştır (EK IV ).

**Kontrol grubunda ise GKÖ;** latent fazda (dilatasyon 2-3cm olduğunda) kontraksiyon öncesi (GKÖ 1) ve kontraksiyon sonrası (GKÖ 2), aktif fazda (dilatasyon 5-6cm olduğunda) (GKÖ 3), geçiş fazında (dilatasyon 8-9cm olduğunda) (GKÖ 4) ve doğum sonrası erken postpartum dönemde (erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte ) (GKÖ 5) uygulanmıştır (EK IV ).

GKÖ'nin kullanımı gebeye çok iyi anlatılarak iki uç nokta arasında ağrının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekte özgür olduğu söylenmiştir. GKÖ'nin gebelere uygulanması sırasında; ölçeğin 10 basamaklı bir merdivene benzetilmesi, merdivenin en alt basamağının "hiç ağrı olmadığı", en üst 10. basamağın ise "dayanılmayacak kadar çok ağrı" anlamına geldiği ifade edilerek buna göre ağrılarının hangi basamakta olduğunu işaretlemeleri istenmiştir.

GKÖ'nin diğer ağrı ölçüm araçlarına göre dezavantajı, sayısal değerler olmadığı için, hasta işaretlemeyi rast gele yapabilmekte, bu da değerlendirmede yanılgılara neden olabilmektedir. Yanılgıları önlemek için ağrı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapmanın uygun olduğu belirtilmiştir (9). Araştırmalar GKÖ'nin kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda, hastanın önceki ağrı şiddeti değerini görmesi, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde yanılgılara neden olabileceğini belirtmektedir (9, 10). Bu nedenle çalışmamızda her ağrı değerlendirmesi için ayrı bir form kullanılmıştır.

#### **5.4.4. Doğum eyleminde gebenin gösterdiği duygusal davranış formu**

Gebenin doğum eylemi süresince gösterdiği duygusal davranışlar Gösterdi/ Göstermedi şeklinde değerlendirilmiştir.

#### **5.4.5. Doğum sonrası görüşme formu**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan bu formda deney ve kontrol grubu gebelerin doğum sonu dönemde doğum ağrısı, ağrı odası, doğum eylemi hakkındaki düşünceleri ve şu anda kendini nasıl hissettiğine ilişkin ifadeleri yer almaktadır (doğum sonu 2. saatte lohusa odasında uygulanmıştır).

#### **5.4.6. Akupresür uygulamasına ilişkin soru formu**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan bu formda deney grubu gebelerinin akupresür uygulamasının etkinliğini, uygulamadan memnun kalma durumlarını ve başka gebelere önerme durumlarını değerlendiren üç sorudan oluşmaktadır (doğum sonu 2. saatte lohusa odasında uygulanmıştır).

#### **5.4.7. Akupunktur nokta dedektörü (ACUMASTER)**

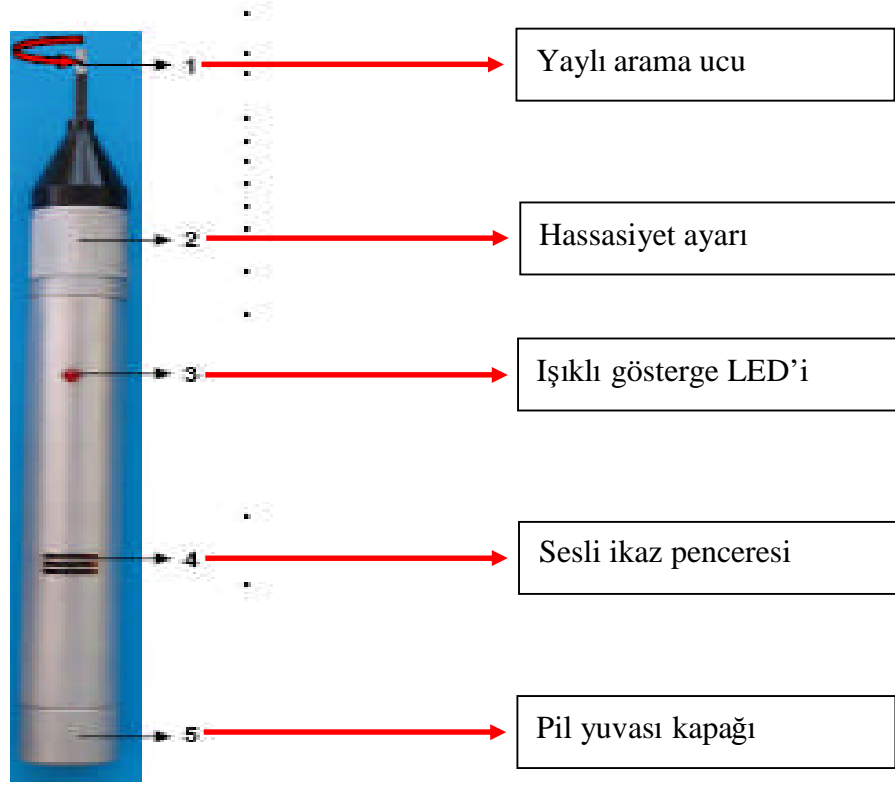
Akupunktur noktalarının fizyolojik olarak sabit ve düşük elektriksel dirence sahip olmalarından faydalanılarak noktaların yerini bulmak için bir takım cihazlar geliştirilmiştir (30, 152, 173, 195). Bunlardan bir tanesi Punkometre (Resim 1b) diğeri ise Akumasterdir (Resim 1a). Punkometre; bu cihazın iki elektrotundan biri nokta arama amacına yönelik olarak kalem ucu biçiminde, diğeri elektrot ise hastanın elinde tutacağı şekildedir ve daha az kullanılmaktadır. Acumaster ise; son yıllarda yeni geliştirilen bu alet, klinik akupunktur uygulamalarında hem vücut ve kulak akupunktur noktalarını arayıp bulmak ve hem de kulak diagnozu yapmak için tasarlanıp üretilmiştir. Akupunktur noktasının yeri ve değeri en belirgin şekilde, bu elektrik detektörleriyle bulunabilmektedir. Bu arama cihazları, akupunktur noktalarının üzerine geldiğinde özel bir ses veya ışık sinyali vermektedir. Bizim

çalışmamızda uygulama noktasını (SP6) belirlemek için acumaster kullanılmıştır (www.olusummedikal.com. Erişim Tarihi:20.04.2009).

#### **5.4.7.1. Akupunktur nokta dedektörünün kullanımı**

Cihazı şekilde 2 numara ile gösterilen hassasiyet ayarı kısmını, ok yönünde sonuna kadar çevriliyor. Aradığımız nokta ile aynı cilt özelliğinde nokta olmayan boş bir yere, cihazın arama ucunu (1) normal yayı hafif esneyecek şekilde (2-3mm. kadar) bastırarak cilde temas ettirerek diğer elimizle de hastanın cildine (ayağına) dokunuluyor (bu cihazın devreyi tamamlaması içindir). Bu esnada cihaz sürekli olarak sesli sinyal verecek ve kırmızı ışıklı gösterge LED'i (3) yanacaktır. Bunu takiben, cihazın (2) ile gösterilen hassasiyet ayarı kısmını okun tersi yönde sinyal kesilinceye kadar çevirerek, sinyalin sustuğu noktada bırakılıyor. Sonra noktanın bulunduğunu tahmin ettiğimiz yerde cihazın yaylı arama ucunu hafif esneyecek şekilde (0,5cm. kadar) bastırarak istenilen nokta bulunuyor (Resim 2). Aynı cilt özelliği taşıyan yerlerde dolaşırken bir kere ayar yapmak yeterlidir.

Kullanımı son derece basit, vücut neminden etkilenmez yapıdadır. Bu arama elektrotu akupunktur noktalarının üzerine geldiğinde özel bir ses ve ışık sinyali vermektedir (www.olusummedikal.com. Erişim Tarihi:20.04.2009). Araştırmada tüm gebelerde aynı cihaz kullanılmıştır.



Yaylı arama ucu

**Resim 2.** Akupunktur Nokta Dedektörünün Kullanım Detayları

www.olusummedikal.com. Erişim Tarihi:20.04.2009

### 5.5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formları Trabzon Kadın-Doğum ve Çocuk Hastanesi doğum salonuna doğum yapmak için başvuran, araştırma kriterlerine uygun olarak seçilen 15 nullipar gebeye ön uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Yapılan ön uygulama sonrası içerik ve anlaşılabilirlik açısından tekrar gözden geçirilen veri toplama formlarına son şekli verilmiştir. Gerek ön uygulama sırasında gerekse veri toplama aşamasında gebe ve ailesine akupresürün “Bu hastanede doğum yapmak için bulunan kadınlara yapılan bir bakımdır” denilmiştir.

## 5.6. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri

Çalışmada doğum eyleminin takibi ve doğumun yaptırılmasında ebeler ve hekimler, akupresür uygulama ve veri toplama formlarının uygulanmasında ise araştırmacının kendisi görev almıştır. Çalışmada yer alan hekim grubunun tamamı uzman, ebelerin ise ortalama on beş yıllık doğumhane deneyimi bulunmaktadır. Akupresür uygulamasını ve veri toplama formlarını uygulayan araştırmacı ise on üç yıllık doğumhane (öğrenci klinik uygulaması yürüten) deneyimi olan bir akademisyen hemşiredir. Ayrıca araştırmacı, çalışmaya başlamadan önce konu ile ilgili olarak akupunktur noktalarının doğru seçimi, el tekniklerindeki ustalık konusunda ve tedaviyi doğru uygulamak amacıyla; Sağlık Bakanlığı onaylı akupunktur uygulama sertifikası bulunan alanında uzman anestezi hekiminin akupunktur uygulama merkezinde 5 gün, doğru bası tekniğini öğrenmek için MORSU kliniğinde çalışan ve bu işi yıldır yapan Doç Dr. Billur Memmedli (İsmailova)'den 3 saat kurs almıştır. (Doç Dr. Billur Memmedli (İsmailova) akademik kariyerini Moleküler Biyoloji, doktorasını da Mikrobiyoloji dallarında yaptı. Master olarak uygulamakta olduğu Reiki, Karuna Reiki ile biyoenerji, fitoterapi, akupunktur, renk terapi, kristal terapi, imgeleme teknikleri gibi tamamlayıcı tıp konularında; ve psikoterapi, psikoanaliz alanlarında halen çalışmaya devam etmektedir). Ayrıca araştırmacı, akupunktur dedektörünün teknik donanımı ve kullanımını ile ilgili üretici firma yetkilisinden de kısa süreli uygulama pratiği almıştır.

## 5.7. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler; örneklem gruplarına göre (deney grubu ve kontrol grubu) iki grup için ayrı ayrı ve iki aşamada toplanmış ve katılımcılar, çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılacaklarını bilerek onam formunu imzalamışlardır.

Gebeler tamamen randomize prosedür ile deney ve kontrol gruplarına rastgele olarak dağıtılmıştır. Katılımcıların serviks dilatasyonu ve indüksiyon başlanma zamanı ve dozuna göre eşleştirilmeleri yapılmıştır. Bu işlemin ardından hastaneye geliş sırasına

göre ayrı ayrı odalara dağıtılan gebelerin yatış esnasında dosyalarına daha önceden hazırlanmış “A” (Akupresür Grubu) ve “K” (Kontrol Grubu) yazılı harflerden oluşan zarflanmış zarflar konmuştur. Gebelerin dosyasındaki “A” harfleri deney grubuna, “K” harfleri ise kontrol grubuna alınmıştır. Randomizasyon sonucuna göre bir günde iki deney grubu, iki kontrol ya da bir kontrol bir deney grubu vaka çıkabilmiştir. Bir gün içerisinde yorgunluk faktörü de dikkate alınarak sadece iki vaka ile çalışılmıştır.

Çalışmanın başlangıcından itibaren gebelerin servikal dilatasyonları periyodik olarak doğum salonunda çalışan ebe ve hekimler tarafından değerlendirilmiştir. Gebelere, kuvvetli ve etkili bir kontraksiyon (10dk içinde en az 45-60sn süren üç kuvvetli kasılma) yok ise indüksiyon verilmiştir. Çalışma başlangıcında oksitosin indüksiyonunun rutine dönmüş bir uygulama olması nedeniyle gruplar arası homojenliğin korunması amacıyla indüksiyon uygulanmayan çok az sayıdaki gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmada deney ve kontrol grubu gebelere akupresür uygulama dışında doğumun her aşamasında araştırmacı tarafından eşit olarak yaklaşmış ve bakım verilmiştir.

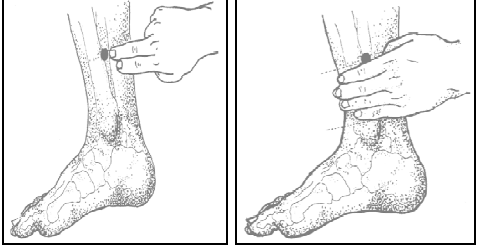



**Bu noktanın seçilmesinin nedeni ise;** SP6 (Sanyinjiao), literatür incelemesinde tartışılan araştırmaların pek çoğunda (en sıklıkla Hegu (LI4) akupunktur noktası ile ve bazen de diğer akupunktur noktaları ile beraber) kullanılan noktadır. Antik Çin literatürüne göre ise, Sanyinjiao'nun (SP6) doğumun indüklenmesi için ana nokta olduğu vurgulanmaktadır (Betts 2006).

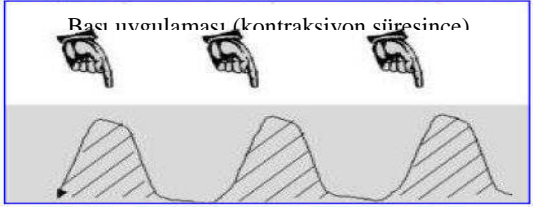
**Deney grubunun uygulama adımları;** Çalışmaya katılan bu gruptaki gebelere bilgilendirilmiş gebe onam formu, gebe tanıtım formu, partograf, görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ), doğum sonu görüşme formu, akupresür uygulamasına ilişkin soru formu ve gebenin gösterdiği duygusal davranışlarını sorgulayan formlar kullanılmıştır.

**Gerekli malzemeler;**

Akupunktur Nokta Dedektörü

## Uygulama Adımları:

<p>Doğum eyleminin latent fazında gebelerle birebir görüşülerek tanıtıcı bilgi formu doldurulmuştur ve sonrasında Sp6 noktasına akupresür uygulamadan ve uterin kontraksiyondan önce doğum ağrısı GKÖ (GKÖ 1) ile kontrol amaçlı ölçülmüştür.</p>	
<p>Sp6 noktası ilk önce anatomik olarak (ayak bileğinde iç malleous ucunun üstünde, tibia sınırının hemen arkasında dört parmak genişliğinde bulunur ve doğru bölgenin anatomik olarak belirlenmesindeki ilke kişinin kendi parmak genişliği ile ölçülecek olmasıdır. Bu ölçüm meridyen teorisine dayandırılır ki bu teoride ölçümler kişinin kendi bedenine göre belirlenmiştir (Şekil 8).</p>	 <p>Şekil 8: SP6 Noktasının Anatomik Olarak Tespit Edilmesi</p>
<p>Aynı zamanda Sp6 noktasını her bir gebede doğru tespit amacıyla akupunktur nokta dedektörü kullanılmıştır. Akupunktur nokta dedektörü doğru yeri bulduğunda yeşil ışık yanar ve özel bir ses çıkarır (Şekil 9)</p>	 <p>Şekil 9: SP6 Noktasının Akupunktur Nokta Dedektörü ile Tespit Edilmesi</p>
<p>Latent fazda (servikal dilatasyon 2-3cm olduğunda) her kontraksiyonun başlangıcında kontraksiyon bitene kadar her iki elin başparmağı (başparmağın uçları değil yuvarlak kısımları gelecek şekilde konulur ve vücut ağırlığınca baskı yapılır) ile Sp6 noktasına (her iki bacakta) akupresür uygulanmıştır. Bu işleme toplam 15 kontraksiyon süresince devam edilmiştir (15 kez) (Resim 3).</p>	 <p>Resim 3: SP6 Noktasına Akupresür Uygulanması</p>
<p>İşlem sırasında gebeler bacakları düz olacak şekilde sırt üstü pozisyon da yatırılmışlardır (Resim 3). Akupresür uygulaması, başparmak aynı anda her iki bacağına yerleştirilmiş durumda iken SP6 noktasına yapılmıştır.</p>	
<p>Akupresür uygulaması sırasında uterus kontraksiyonları elektro fetal monitör (EFM) aracılığı ile takip edilmiştir.</p>	
<p>Kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir.</p>	
<p>Uygulama sonrası GKÖ-II uygulanmıştır (rahat bir pozisyonda dinlenen gebelere doğum ağrılarına dair olan algılarını değerlendirmek için GKÖ-II uygulandı).</p>	
<p>Uygulama dışında gebeler normal rutin bakımın bir parçası olarak yataktan çıkmaya, oturmaya ve/veya dolaşmaya teşvik edilmişlerdir.</p>	

<p>Aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6cm olduğunda) her kontraksiyonun başlangıcında Sp6 bölgesine (her iki bacakta) kontraksiyon bitene kadar her iki elin başparmağı (başparmağın uçları değil yuvarlak kısımları gelecek şekilde konulur ve vücut ağırlığına baskı yapılır) ile akupresür noktasına bası uygulanır. Bu işleme toplam 10 kontraksiyon süresince devam edilmiştir (Şekil 10).</p>	
<p>Kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir.</p>	
<p>Uygulama sonrası GKÖ-III uygulanmıştır.</p>	
<p>Geçiş fazında (servikal dilatasyon 8-9cm olduğunda) her kontraksiyonun başlangıcında Sp6 bölgesine (her iki bacakta) kontraksiyon bitene kadar her iki elin başparmağı (başparmağın uçları değil yuvarlak kısımları gelecek şekilde konulur ve vücut ağırlığına baskı yapılır) ile akupresür noktasına bası uygulanır. Bu işleme toplam 10 kontraksiyon süresince devam edilmiştir.</p>	
<p>Kontraksiyon dinlenme fazında uygulamaya ara verilmiştir.</p>	
<p>Uygulama sonrası GKÖ –IV uygulanmıştır.</p>	
<p>Her uygulama gebe sırtüstü pozisyonda ve bacaklar düz bir şekilde iken yapılmıştır.</p>	
<p>Doğum sonrası erken postpartum 2. saatte annelerin izni ile aldıkları bakım hakkında duygu ve düşüncelerini anlamak için doğum sonu görüşme formu, akupresür uygulamasından memnun kalma durumlarını içeren formu ve ayrıca doğum sonrası ağrı düzeylerini ölçmek amacıyla GKÖ (GKÖ-V) formu uygulanmıştır.</p>	
<p>Akupresür uygulaması sırasında gebede ve fetal durumda problem saptandığında işlem durdurulmuştur.</p>	

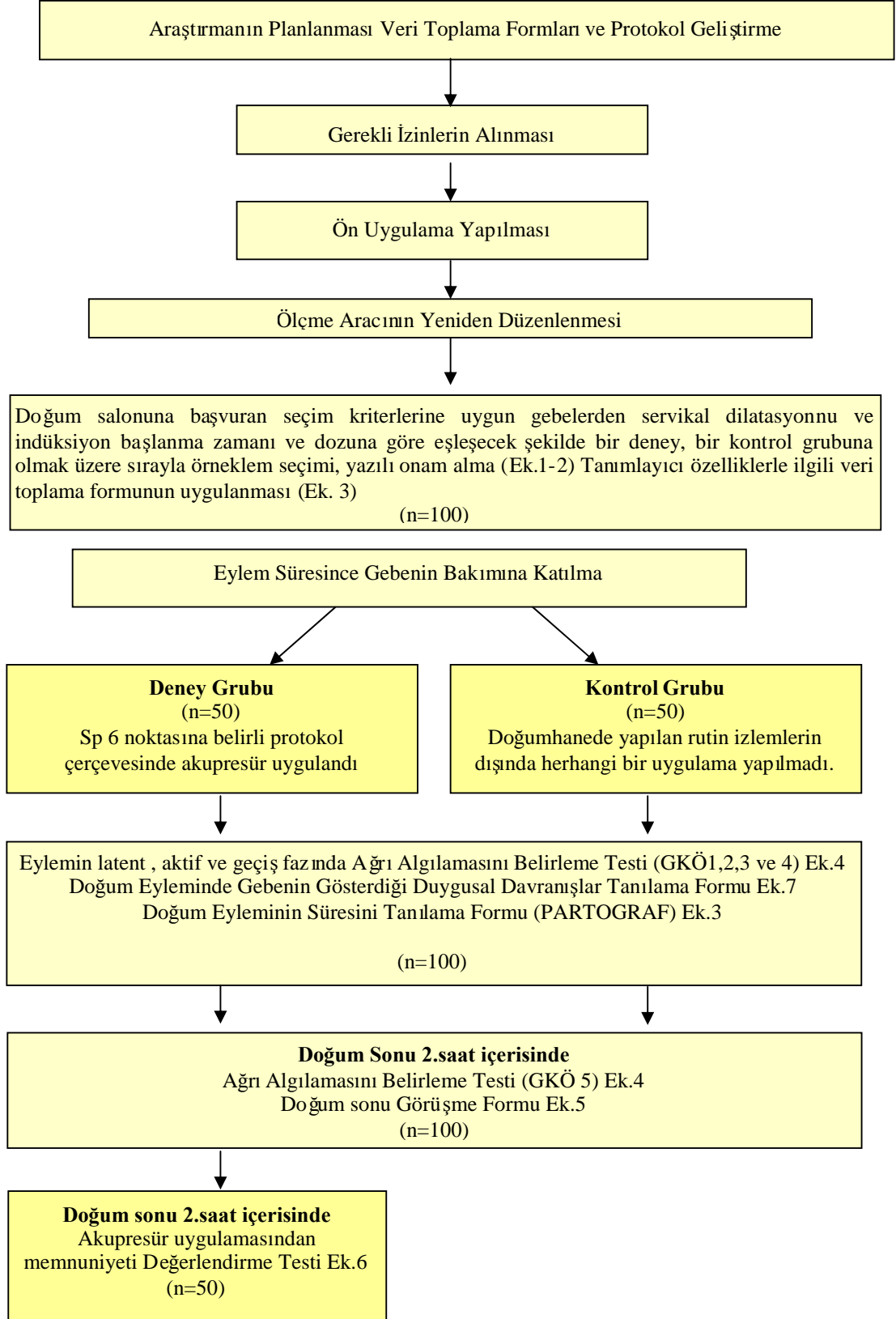
(Resim 3 ve Şekil 10'un kaynağı: Lee MK, Chang SB, Kang DH. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*, 10(6):959-65).

**Deney grubunun doğum eyleminin süresi;** partograf ile ölçülmüş ve doğum eyleminin süresi 2 zaman periyodunda değerlendirilmiştir. Birincisi servikal dilatasyon 3cm den tam servikal dilatasyona (10cm) kadar geçen süre. İkincisi ise tam servikal dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar geçen süre. Servikal dilatasyon doğum salonunda çalışan ebeler veya hekimler tarafından ölçülmüştür

**Kontrol grubunun uygulama adımları;** Çalışmaya katılan bu gruptaki gebelere bilgilendirilmiş gebe onam formu, gebe tanıtım formu, partograf, görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ), doğum sonu görüşme formu ve gebenin gösterdiği duygusal davranışlarını sorgulayan formlar kullanılmıştır. Kontrol grubuna yapılan işlemler;

Doğum eyleminin latent fazında gebe kadınlarla birebir görüşülerek tanıtıcı bilgi formu doldurulmuş ve uterin kontraksiyondan önce doğum ağrısı GKÖ (GKÖ I) ile kontrol amaçlı ölçülmüştür.	
Doğum eylemi süresince gebeye latent fazda 15 kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 2-3 cm olduğunda) GKÖ II, aktif fazda 10 kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 5-6cm olduğunda) GKÖ III, geçiş fazında 10 kontraksiyon sonrasında (dilatasyon 8-9 cm olduğunda) GKÖ IV ve doğum sonrası erken postpartum dönemde de (erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte ) GKÖ V uygulanarak algıladığı ağrının şiddetini sayısal olarak ifade etmesi istenmiştir.	
Doğum sonrası görüşme formu erken postpartum dönemin sonu olan 2. saatte doldurulmuştur.	
Bu gruptaki gebelere doğum salonundaki rutin uygulamalar dışında hiç bir uygulama yapılmamıştır.	

**Kontrol Grubunun Doğum Eylemi Süresi;** partograf ile ölçülmüş ve doğum eyleminin süresi 2 zaman periyodunda değerlendirilmiştir. Birincisi servikal dilatasyon 3cm den tam servikal dilatasyona (10cm) kadar geçen süre. İkincisi tam servikal dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar geçen süre. Servikal dilatasyon doğum salonunda çalışan ebeler veya hekimler tarafından ölçülmüştür.



Şekil 11: Akış Şeması

## 5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare Testi, Fisher Ki-kare testi, Yatest Ki-kare Testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen veriler ise Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş ayrıca ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ile sayı ve yüzdeler kullanılmıştır (150, 178). Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

**Bağımsız değişkenler:** Gebenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, gebelik haftası, doğuma ilişkin bilgi alma durumu, uygulama sırasında gebelerin hissettikleri.

**Bağımlı değişkenler:** Doğum eyleminin süresi, doğum ve doğum sonu erken postpartum dönemde ağrı.

## 5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Veri Toplanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma Trabzon Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi'ne Ağustos 2009 – Nisan 2010 tarihleri arasında doğum yapmak için başvuran nullipar gebeler arasından 50 deney, 50 kontrol grubunu oluşturacak şekilde seçildiği için sonuçlar örneklem grubunu yansıtmaktadır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede var olan rutin doğum eylemini hızlandırmak amacıyla oksitosin indüksiyonu uygulaması yapılmaktadır. Hastanenin rutin uygulamalarına müdahale edilemediğinden hem deney, hem de kontrol grubundaki gebelere oksitosin indüksiyonu verilmiştir.

### **Veri toplanması sırasında karşılaşılan güçlükler;**

- Doğumu hızlandıran müdahalelerden mümkün olduğunca kaçınılmasına yönelik işbirliğine rağmen, doğum sirkülasyonunun arttığı bazı durumlarda tedavi rutinlerinin tüm gebelerde uygulanması (amniotomi, epidosisin

uygulamaları) bu faktörlerin etkilerinin sınırlandırılmamasına neden olmuştur.

- Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin bu tür nonfarmakolojik uygulamalara olan inanç ve yaklaşımları nedeniyle güven ortamının oluşturulması uzun sürmüştür. Doğum sirkülasyonunun arttığı bazı durumlarda servikal dilatasyon tam gerçekleşmeden gebelerin doğum masasına alınması nedeniyle eylemin geçiş aşamasında uygulanacak olan GKÖ 4 uygulanamamış dolayısıyla vaka kayıpları yaşanmıştır.
- Hastanede normal vajinal doğum sayısının azalması ve deney grubunda günde sadece bir gebenin izlenebiliyor olması çalışma süresinin uzamasına yol açmıştır.
- Gebelerin kontraksiyonları latent ve aktif fazda Elektor Fetal Monitör (EFM) ile takip edilmiştir. Ancak geçiş fazında gebenin kontraksiyonu abdomen üzerinden takip edilmiştir (gerek hastane protokolünde geçiş fazında olan gebenin EFM'ye bağlanmaması gerekse bu aşamada gebenin oldukça güçlü kontraksiyonları olması nedeniyle hareketli olması).
- Bazı gebelerin başta çalışmaya katılmayı kabul edip daha sonra kendisine uygulama yapılmasını istememesi veya araştırma metodolojisine uymayan durumların ortaya çıkması nedeniyle araştırmada vaka kayıpları olmuştur.

Tüm bu nedenlerden dolayı veri toplama aşamasında 193 gebeye ulaşılmış ancak 100 gebenin verileri değerlendirilmiştir. Diğer veriler (93 gebe) aşağıda belirtilen nedenlerden dolayı çalışma dışı bırakılmıştır.

<b>Çalışma Dışı Kalan Olgular ve Nedenleri</b>	<b>Sayı</b>
Sezaryen	41 gebe
Uzamış doğum eylemi (kontraksiyon distozisi) kontraksiyonların aktifleşmediği, gebenin hala latent fazda olduğu	19 gebe
Uygulama sırasında fetal distres gelişen	9 gebe,
Dilatasyon 10cm olmadan doğum masasına alınma/ çalışmadan ayrılmak isteme	7 gebe
Yenidoğan ağırlıkları 4000 gr.ın üzerinde veya 2500 gr. altında olması	5 gebe
Annelerde doğum sonunda kanama gelişmesi	4 gebe
Uygulama sonrası narkotik analjezik verilmesi	4 gebe
Vakum/forsebs uygulaması	4 gebe
<b>TOPLAM</b>	<b>93</b>

## 5.10. Araştırmanın Etik Boyutu










Araştırmanın yapılabilmesi için öncelikle Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü (EK-IX), Trabzon Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi Başhekimliği'nden (EK-X) ve Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK-XI) yazılı izin alınmıştır. Uygulamalara başlamadan önce gebelerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam (EK-1, Ek-2) alınmıştır. Araştırmacı, hem deney hem de kontrol grubunda yer alan gebeleri eylemleri boyunca takip etmiş, sorularını cevaplamış ve tüm tedavi ve bakımlarına katılmıştır.

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, hastane başhemşiresi ve yardımcıları, doğum salonu sorumlu hemşiresi ve ebeleri ile görüşmeler yapılmış ve araştırmanın amacı, kapsamı hakkında bilgi verilerek destekleri sağlanmıştır.

Gebelere, çalışmaya katılmaya karar versinler ya da vermesinler alacakları tıbbi bakımda bir değişiklik olmayacağına ve toplanan bütün bilgilerin sır olarak değerlendirileceği ve sadece araştırma için kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir.

## 5.11. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2009 yılında planlanmıştır. Haziran 2009 tarihinde tez önerisi kabul edilmiş ve gerekli izinler alındıktan sonra Ağustos ayında araştırma uygulanmaya başlanmış ve veriler Ağustos 2009 ve Nisan 2010 tarihleri arasında toplanmıştır. Aralık 2009 tarihinde I. tez izleme toplantısı, Haziran 2010 tarihinde II. tez izleme toplantısı yapılmıştır. Verilerin analizi Haziran 2010 tarihinde yapılarak rapor yazımı ve teslimi Aralık 2010 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Çalışmanın planlanmasından tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci etkinlikleri pert serimi olarak gösterilmiştir (Şekil 12).

FAALİYETLER	Kasım 2008- Mart 2009-	Nisan- Mayıs 2009	Mayıs 2009	Temmuz 2009	Ağustos 2009- Nisan 2010	Kasım 2009	Ocak - Mayıs 2010	Haziran 2010	Aralık 2010
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi									
Çalışmanın Yapılacağı Kurumlardan İzinlerin Alınması ve Etik Kurul İzni									
Tez Önerisi									
Pilot Çalışma									
Veri Toplama									
I. Tez İzleme Toplantısı									
Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi									
II. Tez İzleme Toplantısı									
Rapor Yazımı ve Sunumu									

**Şekil 12:** Araştırmanın Zamanlaması

## 6. BULGULAR

Doğum eyleminde ayak bileğinde bulunan SP6 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün gebelerde doğum ağrısı algısı ve doğum süresini azaltmada etkisini ve SP6 noktasının etkili kullanımını geliştirmek amacı ile yapılan çalışma bulguları bu bölümde verilmiştir. Elde edilen bulguları altı bölümde incelenmiştir.

6.1. Çalışmaya katılan gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikleri (Tablo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9)

6.2. Çalışmaya katılan gebelerin gösterdiği duygusal davranışlara ilişkin özellikleri (Tablo 10)

6.3. Çalışmaya katılan gebelerin algıladıkları GKÖ puan ortalamaları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özellikler (Tablo 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

6.4. Çalışmaya katılan gebelerin doğum sürelerine ilişkin özellikleri (Tablo 18, 19)

6.5. Çalışmaya katılan gebelerin doğum sonu görüşmesine ilişkin özellikleri (Tablo 20)

6.6. Çalışmaya katılan gebelerin akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri (Tablo 21)

## 6.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 1: Gebelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Yaş Aralıkları***</b>								
19 yaş ve altı	5	10.0	5	10.0	10	10.0	2.880	0.237
20-24	16	32.0	24	48.0	40	40.0		
25 yaş ve üzeri	29	58.0	21	42.0	50	50.0		
<b>Eğitim Durumu</b>								
İlkokul/ortaokul(İlköğretim)	22	44.0	32	64.0	54	54.0	4.026	0.134
Lise	17	34.0	11	22.0	28	28.0		
Üniversite/Lisansüstü	11	22.0	7	14.0	18	18.0		
<b>Çalışma Durumu</b>								
Çalışıyor	11	22.0	3	6.0	14	14.0	4.070	<b>0.044*</b>
Çalışmıyor	39	78.0	47	94.0	86	86.0		
<b>Sosyal Güvence**</b>								
Yok	1	2.0	2	4.0	3	3.0	0.000	1.000
Var	49	98.0	48	96.0	97	97.0		

\* p<0.05 anlamlı

\*\*Yatest düzeltilmeli ki kare yapıldı

\*\*\*Bu araştırmada yaş aralığı; en küçük 17 yaş, en büyük 35 yaş alınmıştır.

Tablo 1’de deney ve kontrol grubu gebelerin yaş, eğitim, çalışma ve sahip oldukları sosyal güvence durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Deney ve kontrol grubu gebelerinin yaş ortalamasının D: 24.94 ± 4.00 (Min=17, Max=35), K: 23.64 ± 3.24 yıl (Min=18, Max=29), çoğunluğun ilköğretim mezunu (D: %44.0, K: %64.0), sosyal güvencelerinin olduğu (D: %98.0, K:%96.0) ve çalışmadığı (D:%78.0, K:%94.0) belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışma durumları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken (p<0.05), sayılan diğer özellikler açısından grupların benzer olduğu görülmüştür (P>0.05) (Tablo 1). Aynı zamanda tabloda gösterilmemekle birlikte deney ve kontrol grubundaki gebelerin %55.0’inin kırsal alanda yaşadığı, çoğunluğunun (% 74.0) gelirlerinin giderlerine denk ya da daha fazla olduğu ve %85.0’inin ise 1-2 yıldır evli olduğu saptanmıştır.

**Tablo 2: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları**

Obstetrik Özellikler	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Düşük/Küretaj Yapma Durumu</b>							0.088	0.766
Olan	6	12.0	7	14.0	11	13.0		
Olmayan	44	88.0	43	86.0	87	87.0		
<b>Gebelik Haftası</b>							4.456	0.035
38-39 Hafta	22	44.0	12	24.0	34	34.0		
40-41 Hafta	28	56.0	38	76.0	66	66.0		
<b>Bebğin Cinsiyetini Bilme Durumu</b>							0.000	1.000*
Evet	48	96.0	47	94.0	95	95.0		
Hayır	2	4.0	3	6.0	5	5.0		
<b>Bebeklerin Cinsiyeti</b>							5.818	<b>0.016**</b>
Kız	34	68.0	21	42.0	54	55.0		
Erkek	16	32.0	29	58.0	45	45.0		

\*Yatest düzeltilmeli ki kare yapıldı

\*\*p<0.05 anlamlı

Tablo 2’de deney ve kontrol grubu gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları görülmektedir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin tamamının şimdiki gebeliklerini istediği ve deney grubu gebelerinin %12.0’sinin, kontrol grubunun ise %14.0’ünün düşük/küretaj yapmış olduğu, deney grubunun  $39.56 \pm 0.99$  (Min=38, Max=41), kontrol grubunun ise  $39.78 \pm 0.88$  (Min=38, Max=41) gebelik haftasında olduğu, gebelerin %95.0’inin doğacak bebeklerinin cinsiyetlerini bildiği ve bebeklerinin %55.0’inin cinsiyetinin “kız” olduğu belirlenmiştir. Yapılan değerlendirmede bebeklerin cinsiyetlerine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken(p<0.05), incelenen diğer obstetrik özellikleri açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

**Tablo 3: Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarına Göre Dağılımları**

Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Kaç kez Kontrole Gidildi</b>								
4-8 kez	21	42.0	27	54.0	48	48.0	1.442	0.230
9 ve üzeri	29	58.0	23	46.0	52	52.0		
<b>Kontrole Gidilen Yer</b>								
Özel muayene hane/Hastane	11	22.0	13	26.0	24	24.0	0.219	0.640
Sağlık Ocağı/ Devlet Hastanesi	39	78.0	37	74.0	76	76.0		
<b>Doğum İle İlgili Eğitim Alma Durumu</b>								
Evet	24	48.0	15	30.0	39	39.0	3.405	0.640
Hayır	26	52.0	35	70.0	61	61.0		
<b>Eğitimin Kim Tarafından Yapıldığı</b>								
Ebe/Hemşire	13	54.2	8	53.3	21	53.8	0.003	0.959
Doktor	11	45.8	7	46.7	18	46.2		

Tablo 3'te deney ve kontrol grubu gebelerinin doğum öncesi bakım alma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Tabloda gösterilmemekle birlikte deney ve kontrol grubundaki gebelerin tamamı doğum öncesi kontrollere gittiği, doğum öncesi kontrole gitme sıklığı ortalamasının deney grubunda  $9.42 \pm 0.39$  (Min=5.0, Max=15.0), kontrol grubunda  $8.64 \pm 0.25$  (Min=5.0, Max=12.0) olduğu ve her iki gruptaki gebelerin büyük çoğunluğunun (%76.0) doğum öncesi kontrolleri için sağlık ocağı/devlet hastanesine başvurdukları, gebelerin çoğunluğunun (D:%52.0, K:%70.0) doğum ile ilgili eğitim almadığı ve doğuma ilişkin eğitimlerin ise çoğunluğunun ebeler %53.8 tarafından yapıldığı saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ve doğum öncesi bakım alma özellikleri açısından gebelerin benzer olduğu bulunmuştur ( $p > 0.05$ ).

**Tablo 4: Gebelerin Gebeliklerinde Problem Yaşama ve İlaç Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları**

Gebeliğinde Problem Yaşama Durumları	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P**
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Evet	44	88.0	31	62.0	75	75.0	7.680	<b>0.006***</b>
Hayır	6	12.0	19	38.0	25	25.0		
<b>Yaşanılan Problemler*</b>								
Bulantı-kusma	30	60.0	24	48.0	54	54.0	0.006	0.316
Kanama	3	6.0	3	6.0	6	6.0	0.000	1.000
Yorgunluk	17	34.0	12	24.0	29	29.0	0.077	0.378
İdrar yolu enf.	18	36.0	16	32.0	34	34.0	0.045	0.833
Üst solunum yolu enf.	4	8.0	4	8.0	8	8.0	0.000	1.000
Ağrı/kasılma	19	38.0	20	40.0	39	39.0	0.000	1.000
<b>İlaç Türü*</b>								
Vitamin/Demir Diğer (Folik Asit, Magnezyum, Antiemetik, Analjezik, Progestan)	50	100.0	50	100.0	50	100.0		
	10	38.5	16	61.5	26	26.0		

\* Birden fazla problem yaşandığı ve ilaç kullanıldığı belirtilmiştir.

\*\* p<0.01 anlamlı

\*\*\* Yatest düzeltilmeli ki kare yapıldı

Tablo 4 'de deney ve kontrol grubu gebelerin gebeliklerinde problem yaşama ve ilaç kullanma durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Her iki gruptaki gebelerin çoğunluğu (D:%88.0, K:%62.0) gebeliklerinde problem yaşadığını ve en çok sırasıyla %54.0 oranında 'bulantı-kusma' %39.0 oranında "ağrı/kasılma" ve %34.0 oranında ise "idrar yolu enfeksiyonu" yaşadıklarını ifade etmişleridir. Aynı zamanda deney ve kontrol grubundaki gebelerin tamamının gebeliklerinde vitamin/ demir preparatları kullandığı ve %26.0'sının da yaşadıkları problemlere paralel olarak diğer ((Folik Asit, Magnezyum, Antiemetik, Analjezik, Progestan) ilaçları kullandıkları saptanmıştır. Gebeliklerinde problem yaşama durumları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken (p<0.05), yaşadıkları problem türleri açısından ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı ve gebelerin yaşadıkları problem türleri bakımından benzer oldukları saptanmıştır (p>0.05).

**Tablo 5: Gebelerin Doğumdan Korku Nedenlerine Göre Dağılımları**

Gebelerin Doğumdan Korkmaları ve Korku Nedenleri	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğumdan Korkma Durumu</b>								
Korkuyor/biraz korkuyor	45	90.0	47	94.0	92	92.0	0.136	0.712**
Korkmuyor	5	10.0	3	6.0	8	8.0		
<b>Korku Nedenleri*</b>	<b>n=45</b>		<b>n=47</b>		<b>n=92</b>			
Ağrı çekmekten	19	42.2	21	44.7	40	43.5		
Doğumda panik olmaktan/doğuramamaktan ve ne olacağını bilememekten	11	24.0	15	31.9	26	28.3		
Doğumda komplikasyon gelişmesinden (kanama, bebeğin zarar görmesi, ölmekten)	8	17.8	4	8.5	12	13.0		
Ebelerin tepkilerinden/karnıma bastırmalarından	1	2.2	6	12.8	7	7.6		
Diğer (Doğum masasına çıkmaktan, Duymuş olduklarımdan )	6	13.3	1	2.1	7	7.6		

\*Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için istatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

\*\*Yatest düzeltmeli ki kare yapıldı

Tablo 5’de gebelerin doğumdan korkma durumları ve korku nedenlerine göre dağılımları görülmektedir. Gebelerin doğum yapma korkusu incelendiğinde, hem deney hem de kontrol grubu gebelerinin çoğunluğunun (D:% 94.0, K: % 90.0) doğumdan korktukları görülmektedir. Bununla birlikte doğumdan korkan gebelerin korku nedenlerine ilişkin düşünceleri incelendiğinde, gebelerin ilk iki sırada “ağrı çekmekten” (D: %42.2, K:%44.7), ikinci sırada“doğuramamaktan/doğumda panik olmaktan” (D:%24.0, K:%31.9), üçüncü sırada ise deney grubunda “doğumda komplikasyon gelişmesinden” (%17.8), kontrol grubunda ise “ebelerin tepkilerinden/karnıma bastırmalarından” (%12.8) korktukları saptanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ve doğumdan korkma durumları açısından gebelerin benzer olduğu bulunmuştur (p>0.05).

**Tablo 6: Gebelerin Doğum Ağrısı ile Baş Etme Yöntemlerini Bilme Durumları ve Bildikleri Baş Etme Yöntemlerine Göre Dağılımları**

Baş Etme Yöntemleri	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P**
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Biliyor/Kısmen biliyor	25	50.0	11	22.0	36	36.0	9.550	0.002*
Bilmiyor	25	50.0	39	78.0	64	64.0		
<b>Bilinen Yöntemler</b>								
Solunum Egzersizleri	18	72.0	9	81.8	27	75.0	0.044	0.835
Epidural Anestezi/Masaj	7	28.0	2	18.2	9	25.0		

\* p<0.01 anlamlı

\*\*Yatest düzeltilmeli ki kare yapıldı

Tablo 6’da gebelerin doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilme durumları ile bildikleri baş etme yöntemlerine göre dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; deney grubunun % 50.0’si, kontrol grubunun %78.0’i doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerinin hiç birini bilmediklerini, ağrı ile baş etme yöntemlerini bildiklerini söyleyen az sayıdaki gebe ise en fazla oranda solunum egzersizlerini (D:%72.0, K:%81.8) duyduklarını belirtmişlerdir. Yapılana istatistiksel değerlendirmede ağrı ile baş etme yöntemlerini bilme durumları açısından gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanırken (p=0.002), bilinen yöntemler açısından gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

**Tablo 7: Gebelerin Doğum Ağrısını Daha Az Algılamak İçin Yapılmasını İstedikleri Uygulamalara Göre Dağılımları**

Doğum Ağrısını Daha Az Algılamak İçin Yapılmasını İstedikleri	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Ağrıyı azaltacak herhangi bir şey	15	30.0	21	42.0	36	36.0	18.707	0.002*
Ağrı kesici ilaç	14	28.0	9	18.0	23	23.0		
Sezaryen	6	12.0	11	22.0	17	17.0		
Ebeler iyi davranınsın	7	14.0	6	12.0	13	13.0		
Epidural anestezi/ Masaj/ Hipnoz	8	16.0	3	6.0	11	11.0		

\*p<0.01 anlamlı

Tablo 7’de gebelerin doğum ağrısını daha az algılamak için neler yapılmasını isteme durumlarına göre dağılımları gösterilmektedir. Gebelerin doğum ağrısını daha az algılamak için neler yapılmasını isteme durumları incelendiğinde; her iki gruptaki gebelerin ilk sırada (D: %30.0, K: %42.0) “ağrıyı azaltacak herhangi bir şey” yapılmasını istediklerini belirtirken, ikinci sırada deney grubunda (%24.0) “ağrı kesici ilaç” kontrol grubunda ise (%22.0) “sezaryen” olmak istediklerini ifade etmişlerdir. Yapılan değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.01$ ).

**Tablo 8: Gebelere Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimlere Göre Dağılımları**

Tedavi ve İşlemler Girişimler	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	P*
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Epizyotomi</b>								
Açıldı	45	90.0	41	82.0	86	86.0	0.748	0.387
Açılmadı	5	10.0	9	18.0	14	14.0		
<b>Amniotomi</b>								
Yapıldı	1	2.0	7	14.0	8	8.0	3.397	0.065
Yapılmadı	49	98.0	43	86.0	92	92.0		

Yatest düzeltilmeli ki kare yapıldı

Tablo 8’de doğum eyleminde gebelere uygulanan girişimlere göre dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde, her iki gruptaki gebelerin büyük bir çoğunluğuna (D:%90, K:%82.0) epizyotomi açıldığı, amniotominin ise oldukça az oranlarda (D:%2.0, K:% 14.0) uygulandığı görülmektedir. Ayrıca tabloda gösterilmemekle birlikte deney ve kontrol grubundaki gebelerin tümüne oksitosin indüksiyonu uygulanmıştır. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark olmadığı ve doğum eyleminde uygulanan girişimler açısından gebelerin benzer olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 9: Yenidoğana İlişkin Bulgular**

Özellikler	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>2600-3000gr</b>	7	14.0	19	38.0	26	26.0	9.119	<b>0.010*</b>
<b>3050-3500gr</b>	34	68.0	28	56.0	62	62.0		
<b>3050-4000gr</b>	9	18.0	3	6.0	12	12.0		
	<b>Ort ± SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort ± SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>Ort ± SD</b>	<b>Min-Max</b>	<b>U***</b>	<b>p</b>
<b>Kilo (gr)</b>	3314.20 ±282.07	2800.00-3950.00	3135.00 ±234.79	2700.00-3950.00	3224 .60 ±273.44	2700.00-3950.00	781.000	<b>0.001**</b>
<b>Boy (cm)</b>	50.16 ±0.42	50.00-52.00	50.21 ±0.55	48.00-52.00	50.21 ±0.55	48.00-52.00	1142.00	0.285
<b>Apgar Skoru 1.dk</b>	7.46±0.54	7.00-9.00	7.38±0.66	6.00-10.00	7.42 ±0.60	6.00-10.00	1125.00	0.316
<b>Apgar Skoru 5.dk</b>	8.78±0.81	8.00-10.00	8.72±0.83	8.00-10.00	8.75 ±0.82	8.00-10.00	1193.00	0.670

\*p<0.05 anlamlı

\*\*p<0.001 ileri düzeyde anlamlı

\*\*\* Mann Whitney U test

Tablo 9’da yeni doğanların doğum tartıları, boyları, birinci ve beşinci dakika APGAR puanları ve vücut ağırlığı ortalamaları gösterilmektedir. Yeni doğanların doğum tartılarının ortalaması  $3224 \pm 273.44$  (Min=2700, Max=3950) gr., boylarının ortalaması  $50.21 \pm 0.55$  (Min=48, Max=52) cm olup birinci dakika apgar puan ortalaması  $7.42 \pm 0.60$  (Min=6, Max=10) ve beşinci dakika apgar puan ortalaması ise  $8.75 \pm 0.82$  (Min=8, Max=10) tir. Yeni doğan ağırlıkları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ( $p=0.010$ ), yeni doğanların boyları, birinci dakika ve beşinci dakika apgar puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı, incelenen bu özellikler açısından benzer oldukları saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

## **6.2. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulgular**

**Tablo 10: Doğum Eyleminin Üç Fazında Gebelerde Gözlemlenen Duygusal Davranışsal Belirtilerin Dağılımı**

Gebelerin Duygusal Davranışsal Belirtileri	Latent fazda (2-3cm'de)				X <sup>2</sup> p	Aktif fazda (5-6cm'de)				X <sup>2</sup> p	Geçiş fazda (8-9cm'de)				X <sup>2</sup> p
	Deney		Kontrol			Deney		Kontrol			Deney		Kontrol		
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%	
Sakin Görünüm	39	78.0	34	68.0	1.268 0.260	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Heyecanlı Görünüm	35	70.0	43	86.0	3.370 0.053	31	62.0	11	22.0	14.924 <b>0.000</b>	1	2.0	-	-	-
Korku İfadesi	11	22.0	16	32.0	1.268 0.260	14	28.0	27	54.0	6.986 <b>0.008</b>	25	50.0	27	54.0	0.160 0.689
Yorgunluk İfadesi	37	74.0	25	50.0	6.112 0.113	25	50.0	21	42.0	0.644 0.422	29	58.0	7	14.0	21.007 <b>0.000</b>
Duyarlılık	19	38.0	14	28.0	1.131 0.288	12	24.0	1	2.0	10.698 <b>0.001</b>	-	-	-	-	-
Huzursuzluk	12	24.0	15	30.0	0.457 0.499	30	60	34	68.0	0.694 0.405	19	38.0	19	38.0	0.000 1.000
Yalnız Kalmaktan Kaçınma*	1	2.0	1	2.0	0.753	6	12.0	15	30.0	4.882 <b>0.027</b>	4	8.0	4	8.0	0.643
Davranış Kontrolünde Güçlük**	-	-	-	-	-	1	2.0	11	22.0	9.470 <b>0.002</b>	14	28.0	22	44.0	2.778 0.096
Mahremiyetin Azalması**	-	-	-	-	-	8	16.0	24	48.0	11.765 <b>0.001</b>	35	70.0	37	74.0	0.198 0.656
İletişimden Kaçınma**	-	-	-	-	-	11	22.0	9	18.0	0.250 0.617	14	28.0	17	34.0	0.421 0.517
Ağlama*	-	-	2	4.0	0.247	31	62.0	40	80.0	3.934 <b>0.047</b>	30	60.0	39	78.0	3.787 0.052
Bağırma**	-	-	-	-	-	7	14.0	28	56.0	17.825 <b>0.000</b>	30	60	44	88.0	10.187 <b>0.001</b>
Çığlık Atma**	-	-	-	-	-	3	6.0	11	22.0	5.316 <b>0.021</b>	15	30	30	60.0	9.091 <b>0.003</b>
Herhangi Bir Şeyi Sıkma*	5	10.0	2	-	0.218	25	50.0	33	66.0	2.627 0.105	35	70	43	86.0	3.730 0.053
Dudak İsrırma**	-	-	-	-	--	15	30.0	6	12.0	6.627 <b>0.012</b>	33	66.0	13	26.0	16.103 <b>0.000</b>

\* Dört gözlü düzenlerde beklenen frekanslardan herhangi biri 5'den küçük olduğu için Fisher Kesin Ki-kare testi uygulanmıştır.

\*\*Gözlere düşen rakamlar yetersiz olduğu için iki grup arasındaki farklılık latent fazda incelenememiştir.

Tablo 10'da doğum eyleminin üç fazında gebelerde gözlemlenen duygusal davranışsal belirtilerin dağılımı görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre; latent fazda kontrol ve deney grubu gebelerinin gösterdiği duygusal davranışlar açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Aktif fazda gebelerin gösterdikleri duygusal davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi” ( $p=0.008$ ), “yalnız kalmaktan kaçınma” ( $p=0.027$ ), “davranış kontrolünde güçlük” ( $p=0.002$ ), “mahremiyetin azalması” ( $p=0.001$ ), “ağlama” ( $p=0.047$ ), “bağırma” ( $p=0.000$ ), “çığlık atma” ( $p=0.021$ ), “dudak ısırma” ( $p=0.012$ ) davranışları daha sık görülmüştür. . Deney grubu gebelerde bu fazda kontrol grubuna göre “heyecanlı görünüm” ( $p=0.000$ ) ve “duyarlılık” ( $p=0.001$ ) daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur.

Geçiş fazında gebelerin gösterdikleri duygusal davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “bağırma” ( $p=0.001$ ), “çığlık atma” ( $p=0.003$ ), “dudak ısırma” ( $p=0.000$ ) davranışları daha sık görülmüştür. Deney grubu gebelerde bu fazda kontrol grubuna göre “yorgunluk ifadesi” ( $p=0.000$ ), daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı saptanmıştır.

“Çevredekiler suçlama”, “sürekli gezinme”, sağlık ekibi ile koopere değil” ve “ekibe saldırgan davranışlar” deney ve kontrol grubu gebelerinin hiçbirinde gözlemlenmediği için tabloda gösterilmemiştir. Ölçülmemiş olmakla beraber tüm gebelerde gözlemlenen durumda “dua” olmuştur.

### **6.3. Gebelerin Algıladıkları Ağrı Puan Ortalamaları (GKÖ) ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular**

**Tablo 11: Gebelerin Doğum Eyleminde Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının (GKÖ) Karşılaştırılması**

GKÖ Puan Ortalamaları	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		Mann-Whitney U**	P
	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max	Ort±SS	Min-Max		
Uygulamadan önce GKÖ 1	3.40±0.75	2.00-5.00	3.60±1.21	2.00-9.00	3.50±1.43	2.00-9.00	1193.000	0.668
Latent fazda GKÖ 2	3.06±1.23	1.00-5.00	4.24±1.27	3.00-9.00	3.65±1.38	1.00-9.00	660.000	<b>0.000*</b>
Aktif fazda GKÖ 3	6.64±0.98	4.00-5.00	7.88±1.50	5.00-10.00	7.26 ±1.41	4.00-10.00	681.500	<b>0.000*</b>
Geçiş fazda GKÖ 4	9.90±0.30	9.00-10.0	9.94±0.23	9.00-10.0	9.92±0.27	9.00-10.00	1200.000	0.463
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	2.12±0.71	1.00-3.00	3.12±0.87	1.00-5.00	1.5±0.50	1.00-2.00	509.000	<b>0.000*</b>
<b>Toplam GKÖ</b>	5.02±0.52	4.00-6.20	5.75±0.80	4.60-8.60	5.39±0.76	4.00-8.60	554.500	<b>0.000*</b>

\*p=0.000 ileri düzeyde anlamlı

\*\* Mann-Whitney U Testi

Tablo 11’de gebelerin doğum eyleminde fazlara ve doğum sonu erken döneme göre ağrı şiddetini algılama puan ortalamalarının (GKÖ) dağılımı görülmektedir.

GKÖ 1’de, gebeler takip edilmeye başlanmadan önce, geriye dönük olarak değerlendirme yapılmıştır. GKÖ 1 puan ortalaması deney grubunda 3.40, kontrol grubunda 3.60 olarak bulunmuş ve yapılan değerlendirmede gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

GKÖ 2 puan ortalaması deney grubunda 3.06, kontrol grubunda 4.24 olduğu belirlenmiştir. Latent fazda ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 2) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ).

GKÖ 3 puan ortalaması deney grubunda 6.64, kontrol grubunda 7.88 olduğu belirlenmiştir. Aktif fazda ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 3) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ).

GKÖ 4 puan ortalaması deney grubunda 9.90, kontrol grubunda 9.94 olduğu belirlenmiştir. Geçiş fazında ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 4) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.463$ ).

GKÖ 5 ile ağrı değerlendirmesi anneler taburcu olmadan erken postpartum dönem 2.saatte yapılmıştır. GKÖ 5 puan ortalaması deney grubunda 2.12, kontrol grubunda 3.12 olarak bulunmuş ve yapılan değerlendirmede ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 5) açısından gruplar arasında fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ).

**Tablo 12: Gebelerin Yaşı ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grupları/GKÖ Puanları	DENEY GRUBU				KONTROL GRUBU			
	19 yaş ve altı (n=5) Ort.Sıra.	20-24 yaş (n=16) Ort.Sıra.	25 yaş ve üzeri (n=29) Ort.Sıra.	X <sup>2</sup> K-W* P	19 yaş ve altı (n=5) Ort.Sıra.	20-24 yaş (n=24) Ort.Sıra.	25 yaş ve üzeri (n=21) Ort.Sıra.	X <sup>2</sup> K-W* P
Uygulamadan önce GKÖ 1	27.30	24.38	25.81	0.217 0.897	32.20	24.38	25.19	1.449 0.484
Latent fazda GKÖ 2	34.50	25.44	23.98	2.359 0.308	22.20	27.08	24.48	0.752 0.067
Aktif fazda GKÖ 3	39.90	24.19	23.74	6.295 <b>0.043**</b>	23.40	29.10	21.88	3.036 0.219
Geçiş fazda GKÖ 4	28.00	23.31	26.28	2.182 0.336	22.00	25.96	25.81	1.899 0.387
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	42.50	20.75	25.19	10.026 <b>0.007**</b>	29.00	25.31	24.88	0.425 0.809
<b>Toplam GKÖ</b>	40.80	22.63	24.45	6.392 <b>0.041**</b>	25.00	27.60	23.21	1.042 0.594

\* Kruskal Wallis Test yapıldı.

\*\*p<0.05 anlamlı

Tablo 12’de gebelerin yaşları ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) dağılımı görölmektedir. Buna göre, deney grubunda 19 yaş ve altı yaş aralığında olan gebelerin GKÖ 3 ve GKÖ 5 ağrı şiddetini algılama puanları diğer yaş aralığında olan gebelere oranla daha yüksek bulunmuş ve yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise GKÖ ağrı şiddetini algılama puanları ile gebelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13: Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı**

Eğitim Durumu / GKÖ Puanları	DENEY GRUBU				KONTROL GRUBU			
	İlköğretim (n=22) Ort.Sıra	Lise (n=17) Ort.Sıra	Üniveriste/yl (n=11) Ort.Sıra	X <sup>2</sup> K-W* P	İlköğretim (n=32) Ort.Sıra	Lise (n=11) Ort.Sıra	Üniveriste/yl (n=7) Ort.Sıra	X <sup>2</sup> K-W* P
Uygulamadan önce GKÖ 1	26.95	23.09	26.32	0.842 0.655	26.36	23.68	24.42	0.384 0.825
Latent fazda GKÖ 2	25.27	27.94	22.18	1.118 0.572	25.91	22.23	28.79	1.093 0.579
Aktif fazda GKÖ 3	24.23	28.74	23.05	1.527 0.466	24.94	28.14	23.93	0.518 0.772
Geçiş fazda GKÖ 4	24.59	25.06	28.00	1.572 0.456	25.44	24.73	27.00	0.624 0.732
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	25.00	24.38	28.23	0.602 0.740	25.81	19.32	33.79	5.472 0.065
Toplam GKÖ	25.23	26.24	24.91	0.070 0.965	25.55	24.68	26.57	0.074 0.964

\* Kruskal Wallis Test yapıldı.

Tablo 13’de gebelerin eğitim düzeyleri ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) dağılımı görülmektedir. Buna göre, her iki gruptaki gebelerin eğitim durumları ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) tüm aşamalarda birbirine benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede de gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 14: Doğum Öncesi Eğitim Alan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının(GKÖ) Karşılaştırılması**

<b>DÖ eğitim alma/ GKÖ puanları</b>	<b>Doğum Öncesi Eğitim Alan Gebeler</b>				<b>U*</b>	<b>P</b>
	<b>DENEY GRUBU (n=24)</b>		<b>KONTROL GRUBU (n= 15)</b>			
	<b>Ort.Sıra.</b>	<b>Sıra Top.</b>	<b>Ort.Sıra.</b>	<b>Sıra Top.</b>		
<b>Uygulamadan önce GKÖ 1</b>	20.50	492.00	19.20	288.00	168.000	0.743
<b>Latent fazda GKÖ 2</b>	17.98	431.50	23.23	348.50	131.500	0.163
<b>Aktif fazda GKÖ 3</b>	17.79	427.00	23.53	353.00	127.000	0.131
<b>Geçiş fazda GKÖ 4</b>	20.69	496.50	18.90	283.50	163.500	0.638
<b>Doğum sonu 2. saate GKÖ 5</b>	17.06	425.50	23.30	350.50	125.500	0.125
<b>Toplam GKÖ n= 39</b>	17.92	430.00	23.33	350.00	130.000	0.145

\* Mann Whitney U Testi

Tablo 14’de doğum 6ncesi eğitim alan gebelerin ağrı Şiddetini algılama puanlarının(GK6) g6re dağılımı g6r6lmektedir. Buna g6re, her iki grupta doğum 6ncesi eğitim alan gebelerin ağrı Şiddetini algılama puanları (GK6 1, 2, 3, 4, 5 ve toplam GK6) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 15: Gebeliğinde Problem Yaşayan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması**

Gebeliğinde Problem Yaşama Durumu/GKÖ Puanları	Gebeliğinde Problem Yaşayan Gebeler				U*	P
	DENEY GRUBU (n=44)		KONTROL GRUBU (n= 31)			
	Ort.Sıra.	Sıra Top.	Ort.Sıra.	Sıra Top.		
Uygulamadan önce GKÖ 1	36.94	1625.50	39.50	1224.50	635.500	0.588
Latent fazda GKÖ 2	29.95	1318.00	49.42	1532.00	328.000	<b>0.000**</b>
Aktif fazda GKÖ 3	29.63	1303.50	49.89	1546.50	313.500	<b>0.000**</b>
Geçiş fazda GKÖ 4	37.24	1638.50	39.08	1211.50	648.500	0.474
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	30.13	1325.50	49.28	1524.50	335.500	<b>0.000**</b>
Toplam GKÖ n= 75	29.06	1278.50	50.69	1571.50	288.500	<b>0.000**</b>

\* Mann Whitney U Testi

\*\* p=0.000 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 15’de gebeliğinde problem yaşayan gebelerin ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) dağılımı görülmektedir. Buna göre, gebeliğinde problem yaşayan gebeler arasında GKÖ 2, 3,5 ve toplam ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.000$ ).

**Tablo 16: Doğum Eyleminden Korkan Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması**

Doğum Eyleminden Korkma Durumu /GKÖ Puanları	Doğum Eyleminden Korkan Gebeler				U*	P
	DENEY GRUBU (n=45)		KONTROL GRUBU (n= 47)			
	Ort.Sıra.	Sıra Top.	Ort.Sıra.	Sıra Top.		
Uygulamadan önce GKÖ 1	46.01	2070.50	46.97	2207.50	1035.500	0.851
Latent fazda GKÖ 2	36.44	1640.00	56.13	2638.00	605.000	<b>0.000*</b>
Aktif fazda GKÖ 3	34.68	1560.50	57.82	2717.50	525.500	<b>0.000*</b>
Geçiş fazda GKÖ 4	45.39	2942.50	47.56	2235.50	1007.500	0.424
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	31.42	1414.00	60.94	2864.00	379.000	<b>0.000*</b>
Toplam GKÖ n= 92	32.94	1482.50	59.48	2795.50	447.500	<b>0.000**</b>

\* Mann Whitney U Testi

\*\* p=0.000 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 16’da doğum eyleminden korkan gebelerin ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) dağılımı görülmektedir. Buna göre, doğum eyleminden korkan gebeler arasında GKÖ 2, 3,5 ve toplam ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.000$ ).

**Tablo 17: Doğum Ağrısı İle Baş Etme Yöntemlerini Bilen Gebelerin Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) Karşılaştırılması**

Ağrı İle Baş Etme Yöntemlerini Bilme Durumu /GKÖ Puanları	Doğum Ağrısı İle Baş Etme Yöntemlerini Bilen Gebeler				U*	P
	DENEY GRUBU (n=27)		KONTROL GRUBU (n= 11)			
	Ort.Sıra.	Sıra Top.	Ort.Sıra.	Sıra Top.		
Uygulamadan önce GKÖ 1	20.33	549.00	17.45	192.00	126.000	0.485
Latent fazda GKÖ 2	16.17	435.50	27.68	304.50	58.500	<b>0.003**</b>
Aktif fazda GKÖ 3	17.94	484.50	23.32	256.50	106.500	0.179
Geçiş fazda GKÖ 4	19.39	523.50	19.77	217.50	145.500	0.924
Doğum sonu 2. saate GKÖ 5	17.04	460.00	25.55	281.00	82.000	<b>0.032**</b>
Toplam GKÖ n= 38	17.33	468.00	24.82	273.00	90.000	0.057

\*Mann Whithney U Testi

\*\* p<0.05

Tablo 17’de doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilen gebelerin ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) dağılımı görülmektedir. Buna göre, doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilen gebeler arasında GKÖ 2 ve GKÖ 5 ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

#### **6.4. Gebelerin Doğum Sürelerine İlişkin Bulgular**

**Tablo 18 : Gebelerin Eylem Süresi Ortalamalarının Karşılaştırılması/ dakika**

Doğum Evreleri (dakika)	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Mann-Whitney U	P
	Ort±SD	Min-Max	Ort±SD	Min-Max		
<b>I.Evre</b> (3cm'den 10cm dilatasyona kadar)	256.70±74.68	150.00-420.00	326.00±49.77	240.00-460.00	586.000	<b>0.000**</b>
<b>II.Evre</b> (10cm dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar)	15.80±7.37	5.00-35.00	21.10±8.82	5.00-45.00	812.000	<b>0.002*</b>
<b>Toplam Süre</b> (3cm dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar)	272.50±76.78	165.00-455.00	347.10±52.26	245.00-480	548.500	<b>0.000**</b>

\*p<0.005 ileri düzeyde anlamlı

\*\* p=0.000 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 18’da deney ve kontrol grubuna göre doğumun birinci evresinin süresi, ikinci evresinin süresi ve doğumun toplam süresi gösterilmektedir. Deney grubundaki gebelerde doğumun I. evresi ortalama 256 dakika (4:16 saat), II. evre 15 dakika sürerken, kontrol grubunda I. evre ortalama 326 dakika (5:26 saat), II. evre ise 21 dakika sürmüştür. Gruplar arasındaki süre farkı deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Tablo 19: Yeni Doğanların Ağırlığı ile Doğum Eyleminin Süresinin Deney ve Kontrol Gruplarına Göre Dağılımı**

Yenidoğan Doğum Ağırlığı/ Doğum Eyleminin Süreleri	DENEY GRUBU				Mann-Whitney U	KONTROL GRUBU				Mann-Whitney U
	≤3500gr (n=42)		>3500gr (n=8)			≤3500gr (n=47)		>3500gr (n=3)		
	Ort.Sıra.	Sıra Top.	Ort.Sıra.	Sıra Top.		Ort.Sıra.	Sıra Top.	Ort.Sıra.	Sıra Top.	
<b>1.Devre</b> (3 cm'den 10cm dilatasyona kadar)	22.42	941.50	41.69	333.50	38.500 <b>0.001**</b>	26.85	1215.00	20.00	60.00	54.000 0.533
<b>2.Devre</b> (10cm dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar)	24.67	1036	29.88	239.00	133.000 0.368	25.90	1217.50	19.17	57.50	51.500 0.457
<b>Toplam Süre</b> (3cm dilatasyondan fetüsün doğumuna kadar)	22.50	945.00	41.25	330.00	42.000 <b>0.001**</b>	25.90	1217.50	19.17	57.50	51.500 0.457

\*Mann Whithney U Testi

\*\*p<0.001 ileri düzeyde anlamlı

Tablo 19’da yeni doğanların ağırlığı ile doğum eyleminin evrelere göre sürelerinin deney ve kontrol gruplarına göre dağılımı görülmektedir. Buna göre, deney grubunda yeni doğanların ağırlığı ile doğumun birinci evresinin süresi ( $p<0.001$ ) ve toplam süre ( $p<0.001$ ) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanırken, kontrol grubu gebelerinde ise yeni doğanların ağırlığı ile doğum eyleminin evrelere göre süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

### **6.5. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulgular**

**Tablo 20: Annelerin Doğum Ağrısına, Ağrı Odasına ve Doğum Eylemine İlişkin Düşünceleri ile Doğum Sonrası Kendilerini Nasıl Hissettiklerine Göre Dağılımları**

Doğum Sonrası Düşünceler	Deney Grubu (n=50)		Kontrol Grubu (n=50)		Toplam (n=100)		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Doğum Ağrısına ilişkin Görüşleri</b>								
Çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı	28	56.0	40	80.0	68	68.0	14.137	<b>0.003*</b>
Duyduklarım kadar varmış	11	22.0	10	20.0	21	21.0		
Beklediğimden daha kolay oldu	11	22.0	-	-	11	11.0		
<b>Ağrı Odasına ilişkin Görüşleri</b>								
Gürültülü ve kalabalık/diğer gebelerin bağışmalarından korkuyorum	19	38.0	27	54.0	46	46.0	7.536	<b>0.023*</b>
Öğrenciler ve bazı ebeler çok yardımcı oluyor/İlgi fazla	24	48.0	11	22.0	35	35.0		
Ağrım varken muayene yapılması rahatsız edici	7	14.0	12	24.0	19	19.0		
<b>Doğum Eylemine ilişkin Görüşleri</b>								
Doğum ağrılı ve zor/ ama sonu var	21	42.0	25	50.0	46	46.0	11.359	<b>0.010*</b>
Önceden ağrıyı azaltacak şeyleri iyi öğrensinler ve ağrıların azalması için söylenenleri yapsınlar	19	38.0	17	34.0	36	36.0		
Sık doğum yapılırsa katlanılmaz	9	18.0	1	2.0	10	10.0		
Bu kadar ağrıyı çektikten sonra sezaryene gitmekten korktum	1	2.0	7	14.0	8	8.0		
<b>Doğum Sonrası Kendilerini Nasıl Hissettikleri</b>								
O ağrıları yeniden yaşamayacağım için ve her şey bittiği için mutluyum	27	54.0	31	62.0	58	58.0	1.165	0.559
Yorgunum ve ağrım var/halsizim	12	24.0	12	24.0	24	24.0		
Sağlıklı bebek sahibi olduğum için mutluyum	11	22.0	7	14.0	18	18.0		

\*p<0.05 anlamlı

Tablo 20’de annelerin doğum sonu dönemde annelerin doğum ağrısına, ağrı odasına ve doğum eylemine ilişkin düşünceleri ile doğum sonrası kendilerini nasıl hissettiklerine göre dağılımları görülmektedir.

Annelerin yaşadıkları doğum ağrısına ilişkin düşünceleri incelendiğinde; deney annelerinin %56.0’sı, kontrol grubu annelerinin ise %80.0’i doğum ağrısını “çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı” olarak tanımlamışlardır. Aynı zamanda “beklediğimden daha kolay oldu” diyen anne oranı deney grubunda %22.0 iken, kontrol grubunda bunu ifade eden hiçbir anne olmadığı görülmektedir ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Annelerin ağrı odasına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hem deney hem kontrol grubundaki annelerin (D:%38.0, K:%54.0) ağrı odasını ilk sırada “diğer gebelerin bağışmalarından korkuyorum/gürültülü ve kalabalık” olarak değerlendirdikleri, deney grubunun % 48.0’inin, kontrol grubunun % 22.0’sinin ise “öğrenciler ve bazı ebeler çok yardımcı oluyor/ilgi fazla” gibi ifadeler kullandıkları görülmektedir. Aynı zamanda ilgi fazla diyen 19 kişinin deney grubunda olduğu saptanmıştır ve yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Annelerin yaşadıkları doğum eylemine ilişkin düşünceleri incelendiğinde; her iki grubunda ilk sırada (D:%42.0; K:%50.0) doğum eylemini “ağrılı ve zor/ama sonu var” olarak ifade ettikleri, ikinci sırada (D:% 38.0, K: % 34.0) ise “önceden ağrıyı azaltacak şeyleri iyi öğrensinler ve ağrıların azalması için söylenenleri yapsınlar” gibi önerilerde buldukları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede iki grup arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Doğum sonrasında “O ağrıları yeniden yaşamayacağım ve her şey bittiği için mutluyum” diyen annelerin oranı deney grubunda %54.0, kontrol grubunda ise %62.0 olduğu ve hem deney hem de kontrol grubundaki annelerin %24.0’ünün “yorgunum ve ağrım var/halsizim” gibi olumsuz yanıtlar verdikleri görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## 6.6. Gebelerin Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulgular

**Tablo 21: Annelerin Akupresür Uygulamasından Memnun Kalma, Etkili Bulma Ve Diğer Gebelere Önerme Durumlarına Göre Dağılımları**

Memnun Kalma Durumu	DENEY GRUBU	
	Sayı	%
Çok/oldukça memnun kaldım	39	78.0
Memnun kaldım	5	10.0
Çok az memnun kaldım	6	12.0
<b>Etkili Bulma Durumu</b>		
Çok/oldukça etkili	39	78.0
Etkili	5	10.0
Çok az etkili	6	12.0
<b>Diğer Gebelere Önerme Durumu</b>		
Çok/oldukça öneririm	40	80.0
Öneririm	8	16.0
Çok az öneririm	2	4.0
<b>Toplam</b>	50	100.0

Tablo 21’de annelerin akupresür uygulamasından memnun kalma, etkili bulma ve diğer gebelere önerme durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Tablo incelendiğinde annelerin akupresür uygulamasından çok/oldukça memnun kaldıkları (%78.0), akupresür uygulamasını çok/oldukça etkili buldukları (%78.0) ve bu uygulamayı tamamen diğer gebelere önerdikleri (%80.0) saptanmıştır. Bunların yanı sıra uygulamadan hiç memnun kalmayan, hiç önermem ve etkili bulmayan annelerin olmaması nedeniyle bu sayılan özelliklere tabloda yer verilmemiştir.

## 7. TARTIŞMA ve SONUÇ

SP6 akupunktur noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısı ve doğum süresine etkisini incelemek amacıyla toplam 100 gebe üzerinde gerçekleştirilen bu çalışma da, akupresür uygulamasının doğumdaki ağrı algısını azalttığı ve doğumun süresini kısaltmada etkili olduğunu göstermiştir ( $p<0.05$ ).

**Bu bölümde çalışmamızın bulguları altı başlık altında tartışılmıştır.**

**7.1.** Çalışmaya katılan gebelerin tanıtıcı ve obstetrik özellikleri (Tablo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9)

**7.2.** Çalışmaya katılan gebelerin gösterdiği duygusal davranışlara ilişkin özellikleri (Tablo 10)

**7.3.** Çalışmaya katılan gebelerin algıladıkları GKÖ puan ortalamaları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özellikler (Tablo 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17)

**7.4.** Çalışmaya katılan gebelerin doğum sürelerine ilişkin özellikleri (Tablo 18, 19)

**7.5.** Çalışmaya katılan gebelerin doğum sonu görüşmesine ilişkin özellikleri (Tablo 20)

**7.6.** Çalışmaya katılan gebelerin akupresür uygulamasına ilişkin görüşleri (Tablo 21)

### **7.1. Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması**

Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, deney ve kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasının (D:24.94±, K:23.64± yıl) benzer olmakla birlikte büyük çoğunluğun 25 ve üzeri yaş aralığında yer aldığı, eğitim durumlarının (D: %44.0, K: %64.0 ) ilkökul/ortaokul(ilköğretim) mezunu olduğu, sahip oldukları sosyal güvence durumlarının (D: %98.0, K: %96.0) benzer olduğu ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (**Tablo 1**). Ancak her iki grup arasında çalışma durumları (D: %22.0, K: %14.0) açısından istatistiksel değerlendirmede anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (**Tablo 1**).

Araştırma sonuçlarımızla Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008 (TNSA 2008) verileri karşılaştırıldığında da; benzer şekilde Türkiye genelindeki 25-49 yaş grubu

kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 22.3. en yüksek doğurganlık hızının 20-29 yaş grubunda olduğu ve doğurganlığın yaş dağılımına bakıldığında ise bir kadın ortalama 25 yaşında iken bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olduğu görülmekle birlikte göstergelerde son beş yılda Türkiye’de ortanca ilk doğum yaşının da arttığını göstermektedir. Yine aynı çalışma sonuçlarına göre; kadınların %18’sinin hiç okula gitmediği, %61’inin ilköğretimi (birinci ve ikinci kademeyi) tamamladığı, her beş kadından birinin (% 21) en az lise mezunu olduğu ve aynı zamanda 12 aylık süre içinde çalışan kadın oranının % 31 (kentsel alanda %25, kırsal alanda %49) olduğu ve tüm kadınların % 84’ünün ise bir sağlık sigortasına sahip olduğu belirtilmektedir (200). TNSA 2008 verilerine göre çalışan kadın oranı çalışmamızdaki çalışan kadın oranından daha yüksek olduğu görülmektedir. Aradaki fark gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmama ihtimalinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca genç kadınlar arasında çalışmama durumu, daha ileri yaşlardaki kadınlara oranla daha yaygındır. Aynı zamanda çalışma durumu ile medeni durum arasında da güçlü bir ilişki bulunmakla birlikte çocuk sahibi olmanın çalışma üzerine önemli bir etkisi vardır. Çocuksuz kadınlar arasında çalışanların oranı, çocuğu olanlara göre daha yüksektir (200). Bu durum, büyük ihtimalle eşin evin geçimini sağlamadığı bir durumda veya eşin yokluğunda, kadının evin geçimini üstlenmesi sonucu ortaya çıkan bir bulgudur. Bununla birlikte son yıllarda sosyo-ekonomik dönüşümün de etkisi ile eğitimin yaygınlaştığını ve doğurganlık çağına giren kadınlar arasında öğrenim düzeyi açısından sürekli bir artış olduğunu göstermektedir.

Literatürde gebelerin sosyo-demografik durumları bakımından çalışmamızı destekleyen çalışmalarda vardır. Serçekuş (2005), Ersanlı (2007), Öztürk (2006) çalışmalarında gebelerin yaş ortalamalarını sırasıyla  $23.9 \pm$  yıl,  $23,06 \pm$  yıl,  $23.86 \pm$  yıl olarak bulmuşlardır (64, 152, 172). Yıldız’ın (2003), Berkiten’in (2005), Ergöl’ün (2009) çalışmalarında gebelerin çoğunlukla ilkokul/ortaokul mezunu olduğu (21,61, 115), Altınparmak (2006), Gözükar (2006), Güner ve Özbek (2008), yaptıkları çalışmalarda gebelerin çoğunlukla çalışmayıp, ev hanımı olduğu (2, 72, 77), Değirmen’in (2006), Kılıçarslan’ın (2008), Mamuk (2008) çalışmalarında ise gebelerin çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu bildirilmiştir (44, 110, 132). Bulgularımız TNSA 2008 sonuçları ve verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir.

Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin bebeklerinin cinsiyetleri dışındaki gebelik haftası (D:%56.0'sı, K:% 76.0'sı 40-41 hafta), düşük/küretaj oranları (D:%12.0, K:%14.0), gebeliklerini isteme (D:%100, K:%100) ve bebeklerinin cinsiyetini bilme durumları (D:%96.0, K:%94.0) açısından her iki grubunda istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür (p>0.05) **(Tablo 2)**. TNSA 2008 verilerine göre 100 gebelik için istemsiz düşük oranı % 10.5, isteyerek düşük oranı ise % 11.0 olarak gösterilmiştir (200). Demiryay (2006) gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaları incelediği çalışmasında, gebelerin %91.7'sinin isteyerek gebe kaldığını ve %12.8'inin düşük yaptığını bulmuştur (48). Kaya ve ark (2006) doğum öncesi bakım alma durumları ile bakımın niteliğini irdelikleri çalışmalarında kadınların %14.1'inin düşük yaptığını tespit etmişlerdir (104). Kılıçarslan (2008) çalışmasında gebelerin %93.2'sinin gebeliği öğrendiklerinde sevindiklerini ve %12.1'inin düşük yaptığını tespit etmiştir (110). Yine, Körükçü (2009), geçerlik ve güvenilirlik yaptığı çalışmasında gebelerin %89.9'unun eşinin ve kendisinin bebeği istediğini belirtmektedir (119). Bulgularımız diğer çalışma örnekleriyle ve TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermekle birlikte bizim çalışmamızda gebeliği isteme durumunun %100 gibi büyük bir oranda isteyerek oluşması, örneklem grubumuzdaki gebelerin tamamının ilk gebeliğini yaşamaları ve araştırmanın koşulları gereği ilk kez doğum yapıyor olanların çalışma kapsamına alınması nedeniyle gebeliklerini isteme oranlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür. Aynı zamanda çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun bebeklerinin cinsiyetinin ne olacağını bildiğini belirtmişlerdir.

TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %96.0'sına doğum öncesi ziyaretlerin en az birinde ultrason çekilmiştir (200). Bununla birlikte ilk çocuğuna gebe olan kadınlarda, doğum öncesi bakımındaki tüm test ve ölçümlerin yapılma olasılığı daha fazladır. Ayrıca ilerleyen ve gelişen tıp teknolojisi, kullanılan cihazlar, doğum öncesi bakım alma oranının artması ve tüm gebelerin ilk doğumları olacak olması ve bebeğin cinsiyetinin doğumdan önce saptanabildiği göz önüne alındığında; bu oranın yüksek olması kaçınılmaz bir sonuç olarak düşünülebilir.

Doğum öncesi bakımı almadaki yeterli kriter; ilk kontrolün gebeliğin ilk 3 ayı içinde gerçekleştirilmesi, bakımın sağlık personelinde alınmış olması ve en az dört ve daha fazla izlem yapılmasıdır (200). Bizim çalışmamızda gebelerin doğum öncesi kontrole

gitme, kontrollerde eğitim alma ve eğitimi yapan kişi bakımından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 3**). Araştırmaya katılan gebelerin tamamı doğum öncesi bakım almıştır ve doğum öncesi kontrole gitme sıklığı ortalaması deney grubunda  $9.42\pm 0.39$ , kontrol grubunda  $8.64\pm 0.25$ 'dir. TNSA 2008 verilerine göre kadınların %90.0'ı en az bir kez doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmışlardır (200). Kaya, Serin ve Genç (2006), Demiryay (2006), Taşdemir ve ark (2007), Güner ve Çetin (2007), Çevik (2007) ve Kılıçarslan (2008) çalışmalarında, annelerin büyük çoğunluğunun ya da tamamının doğum öncesi bakım aldığını bildirmişlerdir (42, 48, 76, 104, 110, 193). Bulgularımız TNSA 2008 sonuçları ve diğer çalışma örneklerinde olduğu gibi pek çok annenin doğum öncesi bakımdan yararlandığını göstermekle birlikte çalışmamızdaki DÖB alma oranı TNSA 2008 verilerinden daha yüksek bulunmuştur. TNSA 2008'de kadının eğitim düzeyi yükseldikçe DÖB alma oranlarının arttığı gözlenmektedir (200). Çalışmamızda da lise ve üzeri eğitim alan gebe oranı yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ölçülmemekle birlikte Elveren'in (2008) Aydın'da doğum yapmış olan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları ve gebelik süresindeki tutum ve davranışlarını incelediği çalışmasında; eğitim seviyesi yükseldikçe ve herhangi bir mesleği olan ve gelir düzeyi daha iyi olan ve sağlık güvencesine sahip olan kadınların daha yüksek oranda ve yeterli DÖB aldıkları saptanmıştır (55). Çalışmamızın şehir merkezindeki bir hastanede yapılması, katılımcıların büyük çoğunluğunun sosyal güvence sahibi olması, gelir düzeylerinin denk/yüksek olması ve ilk gebelikleri olması dolayısıyla beklenen çocukların aileler için değerini yükseltmekte ve sağlık hizmeti kullanımını arttırmakta olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada, gebelerin doğum öncesi kontrole gitme sıklığı bulgusunun oldukça yüksek olmasına rağmen, eyleme uyumlarını etkileyebileceği düşünülen, eyleme ilişkin bilgi alma durumlarına bakıldığında her iki grupta da çoğunluğunun yeterli bilgi almadıkları saptanmıştır (D: %52.0, K: %70.0) (**Tablo 3**). Körükçü (2009) Wijma doğum beklentisi ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki gebelerin % 42.7'si, Akdeniz Üniversitesi Hastanesindeki gebelerin %70.9'u ve Atatürk Devlet Hastanesindeki gebelerin % 67.7'sinin doğum öncesi dönemde eğitim almadıklarını belirtmiştir

(119). Çetin ve ark (2005) Malatya'da üniversite hastanesinde yaptıkları araştırmada annelerin %48.4'ü yetersiz doğum öncesi eğitim almış olduklarını saptamışlardır (41). Kaya, Serin ve Genç (2006) doğum öncesi bakımın niteliğini inceledikleri çalışmada ise kadınların %59.6'sının kısmen yeterli bakım almış olduklarını belirtmişlerdir (104). Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun (%76.0'sı) Sağlık Ocağı/Devlet Hastanesinde takip edildikleri ve doğum öncesi eğitimlerinin %53.8'inin ebe/hemşire, %46.2'sini ise Uzman/Pratisyen hekim tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Oysa TNSA 2008'de tüm bölgelerde doğum öncesi bakımı sağlayan doktor oranı diğer sağlık personellerinden belirgin olarak yüksek olduğu belirtilmektedir ve geçmişten günümüze TNSA verileri incelendiğinde, ebe/hemşirenin verdiği antenatal bakım oranlarının giderek azaldığı görülmektedir (200). Ancak literatürde bizim çalışmamızı destekleyen çalışmalar da vardır (76). Çalışmamızda ebe/hemşire grubu tarafından sağlık eğitimlerinin yapılmış olması sevindirici bulunmuştur ve bunun Trabzon ilinde aile hekimliğine geçilmesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Gebelikte ilk trimesterde bulantı ve kusma %50-70 oranında, idrar yolu enfeksiyonları ise tüm gebeliklerin %17-20'sinde görülmektedir (33, 216). Araştırmaya katılan gebelerin %75.0'inin gebeliklerinde gebeliğe ilişkin problem yaşadıklarını belirtmişler ve en fazla yaşanan problemler arasında bulantı-kusma (%54.0), ağrı/kasılma (%39.0) ve idrar yolu enfeksiyonu (%34.0) literatüre uygun olarak ilk sıralarda yer almıştır. Gebelerde problem yaşama durumu bakımından gruplar arasında anlamlı fark olmasına rağmen ( $p < 0.05$ ), yaşanan problem türleri açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (**Tablo 4**). Bu durumun, araştırmaya dahil edilme kriterleri içerisinde herhangi bir sistemik hastalık, gebeliğe ait risk durumlarının vb. olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İrge ve ark (2005) gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi konulu çalışmalarında gebelerin %35.6'sının bulantı-kusma yaşadıklarını belirtmişlerdir (92). Öztürk (2006) gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajının etkisini incelediği çalışmada, gebelerin %85.3'ünün gebeliklerinde problem yaşadığını ve büyük çoğunluğunun (%60.1) bulantı-kusma, %22.5'inin idrar yolu enfeksiyonu ve %17.4'ünün kanama/kasılma şikayetleri yaşadığını belirtilmiştir (152). Erkanlı ve ark (2007) ilk trimester dönemindeki gebelerin karşılaştığı

sorunları inceledikleri çalışmalarında, bulantı-kusma oranını %30, idrar yolu enfeksiyonu oranını %30.0 ve ilk üç ayda ağrı oranını ise %57.0 olarak saptamışlardır (62). Kılıçarslan'ın (2008) araştırmasında, bulantı-kusma oranı %59.7, bacaklarda kramp tarzında ağrı %32.9 olarak belirlenmiştir (110). Keskinoglu ve ark (2006) çalışmasında gebelerde %28.8'in de önceki gebeliklerinde idrar yolu enfeksiyonu geçirdikleri saptanmıştır (106). Önceki gebeliklerde idrar yolu enfeksiyonu sıklığını Güneş ve ark. % 32.7 olarak saptamıştır (73). Bulgularımız verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle ve literatür bilgileriyle benzerlik göstermektedir.

Gebelik ya da süt verme süresince gerek anne gerekse bebeğin, A, C, B1, B6, B12, folik asit vitaminlerinin yanı sıra, demir, kalsiyum gibi mineral gereksinimleri artar ve bu ihtiyacı karşılayabilmek için vitamin desteğine başvurmak gerekebilir. Doğurganlık döneminde bir kadının günlük demir gereksinimi yetişkin bir erkeğin gereksiniminden 3 kat daha fazladır. Gelişmekte olan ülkelerde gebe olmayan kadınların yarısı, gebe olan kadınların da 2/3'ü klinik olarak anemiktir. Kadın vücudunun oksijenlenmesi azaldığından, anemi kadını halsiz ve iştahsız kılmakta, aynı zamanda doğum esnasında kanama ve diğer komplikasyonların riskini arttırmaktadır (92, 191, 198). Araştırmaya giren gebelerin tamamının gebeliklerinde vitamin ve demir preparatı kullandığı belirlenmiştir (**Tablo 4**). TNSA 2008 verilerine göre, Doğu Karadeniz bölgesinde gebelerin demir hapi kullanım oranı %79.5'tir (200). Kılıç ve arkadaşları (2001) gebelerin yüzde 67'sinin vitamin ve mineral aldığını belirlemişlerdir (108). İrge ve ark (2005) gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi konulu çalışmalarında gebelerin %46.5'inin vitamin ve/veya mineral aldığı, %20.3'ünün demir ve vitamini birlikte kullandığını saptanmıştır (92). Sözeri ve ark (2006) çalışmasında olguların %61.0'ının gebelik süresince demir preparatları, %71,6'sının vitamin ilaçları kullandığı belirtilmiştir (182). Öztürk'ün (2006) çalışmasında gebelerin %91.3'ünün gebeliklerinde ilaç kullandığını ve %79.4'ünün vitamin ve demir preparatı kullandığı belirlenmiştir (152). Şahin ve ark (2006) özel poliklinikler başvuran gebelerin beslenmelerinin değerlendirildiği çalışmalarında, gebelerin %51'inin vitamin ve mineral desteği aldıklarını belirtmişlerdir (189). Kılıçarslan (2008) çalışmasın gebelerin %56.8'inin gebeliğinde demir ve vitamin aldığı saptanmıştır (110). Bulgularımız verdiğimiz çalışma

örnekleriyle benzerlik göstermekle birlikte bizim çalışmamızda demir ve vitamin ilaçlarını kullanım oranı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni doğum öncesi kontrollere gitme sıklığı ile ilişkili olduğu ayrıca, günümüzde gebelikte vitamin ve demir kullanımına yönelik eğitim çalışmalarının ilaç kullanımına etkisinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü tarafından anne bebek sağlığı açısından ciddi bir tehdit olan anemiye bağlı oluşabilecek komplikasyonları önleyebilmek amacıyla “gebelere demir destek programı” başlatılmıştır. Bu amaçla gebelere ilk trimestirden (3 aydan sonra) itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle, elementer demir içeren demir preparatı verilmektedir (198). Ayrıca çalışmaya katılan gebelerin tamamının DÖB hizmeti almış olması, çoğunluğunun sosyal güvenceye sahibi olması ve ilk gebeliği olan kadınlarda tüm test ve ölçümlerin yapılma olasılığı daha fazladır.

Literatürde gebelerin %20.0'den % 78.0'e değişen bir oranda doğuma ilişkin korku yaşadığı ve doğum korkusu nulliparlar da multiparlara oranla daha yoğun yaşandığı belirtilmektedir (85, 118, 119, 136, 187). Körükçü'nün (2009) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) “eğer primipar ise öncelikle bilinmeyen ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılanamaz bir anksiyete içerisine iter, fakat önceden anne olmuşsa geçmiş ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır” şeklinde ifade edilmiştir (119). Hofberg ve Ward (2003) doğumda korkunun nedenleri biyolojik (ağrı korkusu), psikolojik (kişilik, geçmişteki travmatik olaylar ve gelecekte anne olmayla ilgili), sosyal (destek sistemlerinin olmaması, ekonomik yetersizlikler) ya da ikincil korkular (daha önceki doğum eylemine bağlı) olarak belirlenmiştir (85). Doğum eylemi yaklaşan kadınların en temel korkularından biri doğum ağrısıdır (67, 85, 142, 212). Doğum korkusu yaşayan kadınların doğum sırasında hissettikleri ağrı daha fazladır. Bu durumda nöroendokrinolojik stres yanıt kendini gösterir. Kontraksiyonlar sırasında solunum uyarılır, hyperventilasyon gelişebilir, oksijen gereksinimi artar, uterin damar yatağında vazokonstüksiyon ve solunum alkolozu olabilir. Artan bu noradrenalin aktivitesi plasental kan akımını azaltır ve böylece uterin kontraksiyonların şiddeti azalarak eylem uzar (134). Çalışmada gebelerin doğumdan korkma durumları ve korku nedenleri incelendiğinde; her iki grupta da gebelerin tamamına yakını (D:%90,

K:%94) doğumdan korktuğunu ve ilk sırada da“doğum ağrısından korktuklarını”(D:% 42.2, K: % 44.7) ifade etmişlerdir. Doğum ağrısı dışında gebeler “doğumda panik olmaktan/doğuramamaktan ve ne olacağını bilememekten (%28.3)”, “doğumda komplikasyon gelişmesinden (kanama, bebeğin zarar görmesi, ölmekten) (%13.0)”gibi doğumda kendilerinde bir problem çıkmasından korktukları saptanmış ve yapılan istatistiksel incelemede grupların doğumdan korkma durumları açısından benzer oldukları saptanmıştır (p>0.05) (**Tablo 5**).

Melender ve Lauri'nin (1999) 20 kadın üzerinde yaptıkları kalitatif bir çalışma da kadınların çoğunun doğum ağrısına yönelik korku yaşadığını bulmuşlardır (136). Saisto ve Halmesmaki (2003) iskandinavya'da 100 kadın üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınlarının %65.0'inin doğum eylemi sırasında kişisel yetersizliğe bağlı zor doğum eylemi yaşama korkusuna sahip olduğu saptanmıştır (165). Serçekuş'un (2005) nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkuları ve nedenlerini incelediği çalışmasında, gebelerin doğum ağrısı, doğum sırasında annede gelişebilecek komplikasyonlar, doğum sırasında bebekte gelişebilecek komplikasyonlar, doğumda uygulanan girişimler, sağlık personeli ve cinsellik nedeniyle korku yaşadıkları belirlenmiştir. Aynı çalışmada doğuma yönelik korkuların nedenleri ise, önceki deneyimler, bilgi, inanç, hastalık, belirsizlik, düşük arı eşiği, doğumhane ortamı ve sağlık personeli olarak saptanmıştır (172). Fear ve ark. (2006) Avustralyada 22 gebe ile derinlemesine görüşme metodu kullanarak yaptıkları çalışmada, gebelerin en fazla doğum ağrısından, kontrolünü kaybetmekten, bilmediklerinden, çevrelerinden duydukları olumsuz öykülerden ve bebeklerinin zarar görme olasılıklarından korktuklarını belirtmişleridir (67). Yanıkkerem ve ark (2007) gebeliğinin 26. haftasında olup ilk gebeliğini yaşayan bir kadının gebelik, doğum ve sonrası döneme ait olumlu ve olumsuz duyguları ile korkularını inceledikleri olgu çalışmasında, gebenin, doğum yaparken ölmekten ve bebeğinin sağlıksız olmasından korktuğunu ifade etmiştir (213). Ersanlı (2007) primipar gebelerde travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisini incelediği çalışmasında, gebelerin % 85.0'inin doğumdan“korkuyor” olduklarını ve korku nedenlerini ise %33.3'ünün “bağırnlardan/ anlatılanlardan/ sağlık personelinin vereceği tepkiden”, %28.2'sinin sancıdan/acı çekmekten” ve %20.5'inin ise “ilk olduğundan/bilmediği için” olarak belirlenmiştir (64).

Dinç ve ark (2008) kadınların doğum esnasındaki korku ve beklentilerini Wijima doğum beklentisi ve deneyim ölçeği A versiyonu kullanarak yaptıkları çalışmada, kadınların ortalama  $85.87 \pm 15.10$  gibi oldukça yüksek puan aldıkları saptanmıştır (49). Güner ve Özbek (2009) primipar gebelerin doğum korkularının nedenlerini belirledikleri çalışmalarında, gebelerin %85.0'nin doğumdan korktuklarını, %87.0'sinin "doğum odasındaki çığlıklardan", %80.4'ünün kendisinin yada bebeğinin zarar görmesinden" korktuklarını belirlemişlerdir (77). Bulgularımız verdiğimiz tüm çalışma örnekleriyle benzerlik göstermekle birlikte çalışmamızda her iki gruptaki gebelerin travaydaki korkuları ve beklentileri benzer şekilde yüksek bulunmuştur. Oysa bu durum DÖB alma oranları Dünya Sağlık Örgütü'nce önerilen sayıların üzerinde olmasına rağmen doğuma yeterince iyi hazırlanamadıkları ve doğum korkusu yaşadıklarını göstermektedir. Bu yüzden, bugün çoğu kadın vajinal doğumdan korktuğu için sezaryen doğumu tercih etmektedir (24). Hatta günümüzde pek çok kadın ağrı duymamak için hamile olduğunu öğrendiği andan itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Ülkemizde bildirilen seksio- sezaryen oranları Dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 Yılında Herkese Sağlık" hedefleri kapsamında önerilen % 15 oranından oldukça fazladır (151). TNSA 2008 sonuçlarına göre ülkemizde sezaryen oranı %36.7, Doğu Karadeniz bölgesinde ise bu oran %50.6'dır (200). Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi gibi faktörlerden söz edilmektedir (19, 58, 72, 77, 91, 151, 186, 207).

Son yıllarda doğum eyleminin, tıbbi müdahaleler ile bozulan doğal bir süreç olduğu düşüncesi giderek yaygınlaşmaktadır. Yapılan çalışmalarda eylem sırasında, kadının ihtiyaçlarının, isteklerinin bilindiği ve saygı gösterildiği durumlarda, anne adayının gücünü iyi kullanabilmesini sağlayan, endişesini, rahatsızlığını ve yorgunluğunu azaltmayı amaçlayan tıbbi olmayan destekleyici bir bakım almasının, aşırı ve gereksiz müdahaleleri azalttığı, apgar skorunun yükseldiği ve anne için uzun vadeli emosyonel faydalar sağladığı gösterilmektedir (56, 61). Gebelerin doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilme durumları ile bildikleri yöntemler incelendiğinde; her iki gruptaki gebelerin (D:%50.0, K:%68.0) ağrı ile baş etme yöntemlerini bilmediği

ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubu lehine fark olduğu saptanmıştır( $p>0.05$ ) (**Tablo 6**). Deney grubundaki gebelerin % 72.0'si, kontrol grubundaki gebelerin% 81.8'i“solunum egzersizlerini” doğum ağrısı ile baş etme yontemi olarak ilk sırada bilmiş olup yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 7). Elde edilen bu bulgu, nullipar ve multiparın oluşturduğu doğumlar üzerinde çalışmalar yapmış olan; Yıldırım (2001), Yıldız (2003), Berkiten (2005), şahin ve ark ( 2006), Ersanlı'nın (2007), Beydağ (2008), Ergöl (2009) bulguları ile benzerlik göstermektedir (21, 26, 61, 64, 115, 189, 217).

Çalışmada gebelerin doğum ağrısını daha az algılamak için neler yapılmasını isteme durumları incelendiğinde; her iki gruptaki gebelerin ilk sırada (D:%30.0, K:%42.0), “ağrıyla azaltacak herhangi bir şey” , ikinci sırada ise deney grubunda %28.0 “ağri kesici ilaç”, kontrol grubunda ise %22.0 oranında “sezaryen” yapılmasını istediklerini belirtmiş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (**Tablo 7**). Buna göre kontrol grubu gebelerinin deney grubu gebelerine oranla daha fazla oranda farmakolojik yontemlere ihtiyaç duymuşlardır. Bu ifade şeklinde kadınların ağriya karşı önlemler alınmasını şiddetle istedikleri anlaşılmaktadır.

Modern obstetrik uygulamalarda doğum ağrısının “kabul edilebilir” veya “gerekli” olduğu dūřünceleri artık ortadan kalkmıştır. Amerikan Anesteziyologlar Derneęi (ASA) ve Ameriakan Obstetri ve Jinekoloji Derneęi (ACOG), doğum ağrısının varlığını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmektedirler. Çünkü doğum ağrısı annenin gereksiz yere ızdırap çekmesine ve fizyolojik strese neden olmanın yanında ağriya bağlı patolojik yanıtla eden olur (146). Yıldız (2003) TENS'in doğum ağrısına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, gebelerin bir bölümünün doğum ağrılarına karşın “aęri kesici ięne, hap, ağrisiz doğum, sezaryen” yapılmasını isterken, bazılarının ise “aęri olmasında ne yapılırsa yapılsın” şeklinde olduğunu bildirmiştir (115).

Çalışmamızda gebelere uygulanan amniyotomi ve epizyotomi girişimleri yönünden her iki grubun istatistiksel olarak benzer olduğu ve hem deney hem de kontrol grubundaki gebelerin çoğunluğuna epizyotomi (D: %90.0; K: %82.0) uygulandığı

görülmüştür (**Tablo 8**). Epizyotominin anne sağlığına ve doğum süreci üzerine etkilerinin incelendiği çalışmalarda da (97, 98, 99, 132, 169, 170) çalışmamızla benzer şekilde epizyotomi uygulaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir (54, 105). Ancak Amerikan Doğum ve Kadın Hastalıkları Uzmanları Koleji [American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)].- Tıp Uzmanlık Derneği (Medical Specialty Society) iyi ve tutarlı bilimsel kanıtlara dayandırarak epizyotomi kullanımının sınırlandırılmasını önermektedir (57, 169). Aynı zamanda DSÖ 1985'te, "rutin epizyotomi kullanılmasının yararlarının doğrulanmadığını" vurgulamıştır ve ardından 1992'de "rutin epizyotomi uygulaması terk edilmelidir" diyerek bu görüşü güçlendirmiştir. Cochrane Pregnancy and Childbirth veri tabanını geliştiren araştırmacılar, rutin epizyotomi ile ilgili randomize kontrollü deneysel çalışmaların sonuçlarını incelemiş ve epizyotomiye, "tehlikeli olma ihtimali vardır" şeklinde sınıflandırmıştır (169). Karaçam ve Eroğlu (2003) epizyotominin anne sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, tüm doğumlarda epizyotomi uygulama oranını %64, primiparlarda %95, ikinci doğumunu yapanlarda %48 olarak bildirmişlerdir (98). Güvenç'in (2004) doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı uygulamaları incelediği çalışmasında, uygulama yapılan üç farklı hastane deprimiparlar da rutin, multiparların ise büyük bir bölümüne epizyotomi uygulandığını belirlemiştir (78). Mamuk'un (2008) perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne etkisini incelediği çalışmasında annelerin %88.4'üne, ilk doğumlarında epizyotomi uygulandığını bildirmiştir (132). Gül'ün (2008) normal doğum ve sezeryan doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonları incelediği çalışmasında normal doğumların %91.2'sine epizyotomi uygulandığını belirtmiştir (74). Ülkemizde epizyotomi uygulamasına ilişkin resmi veriler yetersiz olmakla birlikte yukarıda verdiğimiz çalışma örnekleri ve bizim çalışmamız; kadınların ilk doğumlarında rutin, diğer doğumlarında ise yüksek oranda epizyotomi uygulamasına maruz kaldığını göstermektedir. Literatürde bildirildiği gibi doğumu kolaylaştırıcı etkisi bilinen epizyotominin rutin değil ihtiyaca yönelik olarak uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

Oksitosin indüksiyonunun vajinal doğum yapacak olan tüm gebelerde neredeyse rutin bir uygulama olması nedeniyle örneklem grubumuzun tamamına rutin oksitosin indüksiyonu uygulanmıştır (**Tablo 8**). Çalışmamızda indüksiyonun başlanma zamanı ve dozu örneklem grubunda birebir eşleştirilmiştir. Bu nedenle normal vajinal doğum açısından gruplar arasında değerlendirme yapılamamıştır. Doğumun indüksiyonu ve desteklenmesi için düşük veya yüksek doz olmak üzere 2 farklı tedavi rejimi vardır. Düşük doz tedavi rejimi; bu uygulamada oksitosine 0.5-2.0mU/dk (ortalama 1mU/dk) doz ile başlanır ve 15-60 dk(ortalama 20dk) ara ile 1-2 mU/dk dozlarda artış yapılır. Maksimum 20-40 mU/dk'ya (ortalama 30 mU/dk) çıkılır. Yüksek doz tedavi rejimi ise; indüksiyona 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 15-30 dk'da bir 4-6 mU/dk doz artışı yapılır. Maksimum doz net olmamakla birlikte 40 mU/dk'nın üzerine çıkılmaz (181). Bizim çalışmamızda tüm gebelere yüksek doz tedavi rejimi uygulanmıştır. Sentetik oksitosin ülkemiz ve tüm dünyada; doğum eyleminin indüksiyonu, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyararak eylemi hızlandırmak vb. amaçlarla yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna karşılık literatür'de, hipersitümülasyon, ablasyo plesenta, uterus rüptürü, hızlı ve travmatik doğum gibi komplikasyonlara neden olduğu bildirilen oksitosinin, endikasyon taşımayan eylemlerde uygulanmaması gerektiği bildirilmektedir (45, 47, 132, 158). Ancak diğer çalışmalarla ile beraber bizim çalışmamızda indüksiyon oranlarının bu denli yüksek olmasının nedeni doğum ekibinin hasta yoğunluğunu azaltmak için bu uygulamaya sıklıkla başvurmasına bağlanabilir. Araştırma sonuçları literatür bilgileri ve çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada deney grubu annelerin %2'sine kontrol grubunun ise %7'sine amniotomi uygulandığı belirlenmiştir (**Tablo 8**). Amniotominin, amniotik sıvının yapısını belirlemesi, kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi ayrıca serviks dilatasyonu için kuvvetli bir güç oluşturması nedeniyle doğumhanelerde sıkça uygulandığı bilinmektedir. Buna karşılık amnionitis ve fetal enfeksiyon tehlikesi yaratması ve kordon sarkmasına neden olabilmesi, rutin amniotomi uygulamasını tartışılır hale getirmiştir. Bu nedenle pek çok kaynak amniotominin rutin olarak uygulanmamasını, endikasyon taşıyan olgularda ise gelen kısım ve seviyesi dikkatle değerlendirildikten sonra uygulamaya geçilmesini önermektedir (158, 194, 199).

Çalışmada yenidoğana ait özelliklerin incelendiği Tablo 9’da, yapılan uygulamaların fetal sağlığına etkisi olup olmadığını belirlemek amacı ile yenidoğanların apgar puanları değerlendirildiğinde; birinci dakika apgar puan ortalaması  $7.42 \pm 0.060$ , beşinci dakika apgar puan ortalamaları ise  $8.75 \pm 0.82$  olarak belirlenmiştir. Yenidoğanların apgar puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (**Tablo 9**). Çalışmalarında yenidoğan APGAR puanlarını inceleyen; Skilnand, Fossen, Heiberg (2002), Bilgehan ve Akarcalı’nın (2002), Chung ve ark (2003), Borup ve ark (2006), Öztürk (2006), Yıldırım ve ark (2006), Mamuk (2008), Kashanian ve Shahalı (2009) elde ettikleri sonuçlarının bizim çalışma bulgularıyla benzerlik göstermektedir (27, 28, 38, 103, 132, 152, 179, 219). Bu durum yapılan uygulamanın yenidoğan apgar skorlarına etkisi olmadığını göstermesi bakımından önemli olduğunu göstermektedir. Yenidoğanların boy ortalamaları (D:  $50.16 \pm$ , K:  $50.21 \pm$ ) arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmazken, vücut ağırlıkları bakımından gruplar arasında (D:  $3314.20 \pm$ , K:  $3135.00 \pm$ ) deney grubu lehine istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (**Tablo 9**). Nonfarmakolojik yöntemleri ile ilgili çalışmalar yapan Klostergaard ve ark (2001), yenidoğanların vücut ağırlığı ortalamasını  $3275.33 \pm 3343.38$ gr., Chung ve ark (2003)  $3168 \pm 378,6$ gr., Yıldırım ve ark (2006)  $3382 \pm 422.80$ gr., Öztürk (2006)  $3275 \pm 343.38$ gr., Mamuk (2008)  $3181.3$ gr., Kashanian ve Shahalı (2009) ise  $3069 \pm 269$ gr. olarak bulmuşlardır (38, 103, 112, 132, 152, 219). Bulgularımız diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir.

## **7.2. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulguların Tartışılması**

Her kadın doğum ağrısı, doğum ve doğum eylemini başarabilme beklentisi içindedir. Kadınlar doğum ağrısı ile ilgili farklı fiziksel ve psikolojik etkilere maruz kalırlar fakat her kadının bu etkilere gösterdiği tepki farklıdır. Ağrı sırasında yüz buruşturma, iniltili ses çıkarma ya da yüksek sesle bağırma en çok görülen baş etme yöntemidir (64, 143, 194). Özellikle ilk doğumu yapmak için doğum salonuna gelen anne adaylarının olumsuz beklentilerinin olması ve deneyimsizliğinin de eklenmesiyle eylem sırasında ne yapacağı, ağrıları ile nasıl başa çıkacağı, ne tür işlem ve uygulamalarla karşılaşacağı konusunda hazır olmadıkları, bu nedenle korku,

endişe gibi olumsuz duygular yaşadıkları bilinmektedir. Annelerin geniş yelpazede ajitasyondan kendisine zarar verme davranışına kadar varan duygusal tepkiler gösterdiği ve bu tepkilerin daha sonra utanma, suçluluk duyma ve benlik duygusunda azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu durum annelerin doğum sonu dönemde duygusal sıkıntı yaşamasına, anne ve bebek sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine de yol açabilir (217).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin doğum eyleminin üç fazında gösterdikleri duygusal davranışlar yönünden incelendiğinde; literatürde belirtilen duygusal tepkileri göstermiş oldukları belirlenmiştir. Bu belirtilerden; sakin görünüm, korku ifadesi, heyecanlı (pubil dilatasyonu, solunum ve nabızda artma), huzursuz (anksiyeteyi gösteren bulgulardan biri, aşırı el hareketleri, göz kaçınımları), ağlama/yakınma/çığlık atma/dudak ısırma/herhangi bir şeyi sıkma (birbirine sıkı şekilde değen dişler, alt dudak ısırılması, sıkıca kapatılmış gözler), yalnız kalmak istememe (sağlık personelinin yada yanında kalan kişinin elini tutmak isteme, yanında kalmasını isteme), iletişimden kaçma/mahremiyetin azalması (üzerini açması, açılması ve bu duruma aldırış etmemesi), duyarlı olma gibi belirtiler doğum eyleminin her fazında değerlendirilmiştir (222). Çalışma araştırmacı tarafından yürütüldüğü için gebenin gösterdiği duygusal davranışsal belirtileri farklı değerlendirme olasılığı en aza indirgenmiştir.

Latent fazda deney grubunda, “sakin görünüm”, “yorgunluk”, “duyarlılık” ve “herhangi bir şeyi sıkma” daha fazla görülürken, kontrol grubu gebelerde “heyecanlı görünüm”, “korku ifadesi”, “ağlama” ve “huzursuzluk” gibi olumsuz tepkiler daha fazla olmasına rağmen istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p > 0.05$ ) (**Tablo 10**).

Aktif fazda gebelerin gösterdikleri duygusal davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi”, “yalnız kalmaktan kaçınma”, “davranış kontrolünde güçlük”, “mahremiyetin azalması”, “ağlama”, “bağırma”, “çığlık atma”, “dudak ısırma” davranışları daha sık görülmüş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (**Tablo 10**).

Geçişfazında ise; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “bağırma”, “çığlık atma”, “dudak ısırma” davranışları daha sık görülmüştür ve deney grubu gebeler bu tür olumsuz duygularla daha iyi başa çıkmışlardır ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (**Tablo 10**).

Gençalp’in (1998) doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmada, doğum eylemi sırasında destekleyici hemşirelik bakımı alan annelerde “yalnız kalmaktan kaçınma”, “huzursuzluk”, yüksek sesle ağlama”, “dudak ısırma” ve “çığlık atma” yönündeki davranışlar destek almayan annelere oranla daha az görüldüğü bildirilmiştir (69). Yine Yıldırım(2001) doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, aktif fazda “yüksek sesle ağlama”, “yüz ifadesinde değişiklik”, “yakınma”, “çığlık atma”, “korku ifadesi”, “duyarlılık”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “huzursuzluk” ve “avuçlarını sıkma” yönünde davranışların deney grubu annelerde daha az görüldüğünü belirtmiştir (217). Yine benzer şekilde non-farmakolojik yöntemlerin gebelerin doğum ağrısı algısına ve doğum sürecine olan etkisi üzerinde çalışmalar yapmış olan; Yıldız’ın (2003), Ergin’in (2005), Öztürk (2006) ve Eranlı’nın (2007) sonuçları ile de çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (21, 64, 115, 152). Elde edilen bu sonuçlara dayanarak yapılan akupresür uygulamasının doğum eylemine yönelik gösterilen duygusal tepkilerde azalma ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada etkili olduğu düşünülmüştür. Bununla birlikte yapılan uygulamanın “dikkatin başka yöne çekilmesini sağlayarak” veya “ilgi odağı oluşturarak” gebelerde ağrının daha az hissedilmesine neden olduğu söylenebilir.

### **7.3. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir ve ağırlı bir süreçtir. Literatürde primipar olan kadınların % 60’ının, multipar olanların ise % 40’ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Ağrı annede bir “stres, korku ve anksiyete” yanıtı oluşturur. Korku ve anksiyete

yaşayan kadın doğum ağrısına daha fazla tepki gösterir. Ağrı ise sempatik sinir sisteminin aktivitesini ve ağrı artışına neden olan katekolamin salınımını arttırır. Bu durum uterusu giden kan akımının azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Aynı zamanda bu stres hormonlarının (katekolaminlerin) artması plasental kan akımının yavaşlamasına, fetal oksijenasyonun kısıtlanmasına ve fetal asidoza neden olur. Bu nedenlerden dolayı ağrının azaltılması önemlidir. Bu etkileri ortadan kaldırmanın iki yolu vardır. Bunlardan birincisi ve en sık kullanılanı gebeye ağrı kesici ve anestezi vermektir ki verilen ilaçların plasentayı geçerek beynin metabolizmasını deprese ederek fetüsün oksijene olan ihtiyacını azaltacağı unutulmamalıdır. Diğer yöntem ise daha az sıklıkla kullanılan ve doğum sırasında stres oluşumunu henüz oluşmadan engellemeye çalışan nonfarmakolojik yöntemlerdir (118, 119, 187). Bu yöntemlerden biri olan Akupresür ağrıya verilen nöroendokrin yanıtı azaltır; gebenin katekolamin, beta endorfin, ACTH ve kortizol düzeyindeki artışı engeller. Böylece maternal metabolik hız, oksijen tüketimi, asidoz riski azalır, kardiyovasküler yan etkiler önlenir ve doğumun ilerlemesi kolaylaşır (18, 23, 38, 103, 127). Çalışmamızda doğum ağrısının doğum ilerledikçe değişikliğe uğramasından dolayı, doğumdaki ağrı algılamasına dair yapılan ölçüm doğumun birinci evresinin üç aşamasına ve erken postpartum döneme göre toplam beş kez değerlendirilmiştir. Birinci değerlendirme (GKÖ 1), uygulama başlangıcından önce; ikinci değerlendirme (GKÖ 2) servikal dilatasyon 2-3cm olduğunda bir kontraksiyonun başlangıcından bitimine kadar Sp6 noktasına toplam 15 uygulamaya sonunda; üçüncü değerlendirme (GKÖ 3) servikal dilatasyon 5-6cm olduğunda bir kontraksiyonun başlangıcından bitimine kadar toplam 10 uygulama sonunda, dördüncü değerlendirme (GKÖ 4) servikal dilatasyon 8-9cm olduğunda bir kontraksiyonun başlangıcından bitimine kadar toplam 10 uygulama sonunda ve son beşinci değerlendirme (GKÖ 5) ise doğum sonu erken postpartum 2. saatte anneler taburcu olmadan önce yapılan II. görüşme sırasında yapılmıştır. Doğum ağrısının şiddeti GKÖ kullanılarak değerlendirilmiştir. Gebelere GKÖ gösterilerek yaşadıkları ağrıya hiç ağrı yok "0", en şiddetli ağrı "10" olacak şekilde kaç puan verdikleri sorularak kendi doğum ağrılarının şiddetini değerlendirmeleri istenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin eylem ilerledikçe daha şiddetli ağrı hissettikleri belirlenmiştir ( $p<0.05$ ) (**Tablo 11**). Kontrol grubundaki gebeler doğum eylemin hemen hemen tüm evrelerinde (GKÖ 1 ve GKÖ 4 hariç) ağrıyı deney grubundaki gebelere oranla daha şiddetli algılamışlardır (**GKÖ 1** puan ortalaması: D: 3.40, K: 3.60, **GKÖ 2**; D: 3.06, K: 4.24, **GKÖ 3**; D: 6.64, K: 7.88, **GKÖ 4**; D: 9.90, K: 9.94, **GKÖ 5**; D: 3.12, K: 2.12) (**Tablo 11**). Dilatasyon 2-3cm (latent fazda) iken yapılan ilk ağrı değerlendirmesinde (GKÖ 1) her iki grup arasında farklılığın olmaması gebelerin henüz doğumun başlangıcında olması ve henüz hiç uygulama yapılmadan önce retrospektif olarak yapılmış olmasına bağlanabilir. Bu nedenle, gruplar arasında farklılık olmaması beklenen bir sonuçtur. Geçiş fazında (GKÖ 4) iki grup içinde doğum ağrısının azalmasında önemli bir farkın olmamasının nedeni; doğum ağrısı idare edilemeyecek kadar yoğun bir ağrıdır. Bu bulgu, geçiş fazında bebeğin başının pelvise yerleşmesi ile çevre doku ve organlara baskısı sonucu doğum ağrısının karakter değiştirmesi ve bu dönemde akupresürün etkisinin azalması ile açıklanabilir. Aynı zamanda ağrı son derece kuvvetli olduğunda, önlemler (akupresür, efloraj vs.) pek de yararlı olmamış olabileceği gibi, ağrının azaltılması bakımından akupresürün, hafif (latent faz) ya da orta şiddetteki (aktif fazda) ağrıda daha etkili olabileceği düşünülebilir. Deney grubunda ifade edilen ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunması, akupresür uygulamanın eylemdeki gebenin doğum ağrısını azaltmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Bu açıdan deney grubu ile kontrol grubu arasındaki bu fark istatistiksel olarak çok önemli bulunmuştur (**Tablo 11**). **Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Bu konuda ülkemizde ve yurt dışında akupresür ve diğer nonfarmakojik yöntemlerin doğum ağrısı üzerine etkilerini inceleyen çalışmalarda hemen hemen birbirine benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Labrecque ve ark (1999) doğum eyleminde sırt ağrılarını hafifletmek için yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; 34 gebe üç gruba ayrılmış (birinci grup steril su enjeksiyonu uygulananlar, ikinci grup TENS uygulananlar ve üçüncü grup

normal standart bakım alanlardan oluşmaktaydı. Gebelere ilk müdahalenin ardından 15, 60, 90, 120 ve 180. dakikalarda VAS kullanarak ağrının yoğunluğunu değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucuna göre, steril su enjeksiyonu ve TENS grubunun kontrol grubuna göre oldukça memnun olduklarını, özellikle steril su enjeksiyonu grubu diğer gruplara göre daha memnun kaldığını belirtmişlerdir (122). Yıldırım (2001) solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamaya etkisini incelediği çalışmasında, gebelerin servikal dilatasyonları 2cm, 4cm, 6cm, 8cm ve 10 cm iken deney grubu annelerin ağrı puanlarını, kontrol grubuna oranla; latent ve geçiş fazında anlamlı, aktif fazda ise çok anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir (217). Kim ve ark (2002) Kore’de 192 primipar kadın üzerinde yaptıkları SP6 ve LI4 noktasına yapılan akupresürün doğum ağrısına ve süresine etkisini inceledikleri randomize çalışmada akupresür uygulamasını servikal dilatasyon; 2-3cm iken 15 kez, 5-6cm iken 10 kez, 9-10cm iken 10 kez toplam 35 kez uyguladıklarını ve bası uygulamasının doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğu sonucuna varmışlardır (107). Lee ve ark.’ın (2002) Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yaptıkları akupresürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı ve doğumda yaşanan anksiyete düzeyini azalttığını belirtmişlerdir (126). Yıldız (2003) TENS’in doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, TENS uygulanan çalışma grubunun ağrı puanlarını, kontrol grubuna oranla; aktif fazda çok anlamlı, geçiş fazında ise anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir (115). Waters ve Raisler (2003), 49 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, her iki elde buluna LI4 noktasına 20 dakika ya da 3-4 kontraksiyon boyunca masaj uygulanmış ve gebelerin LI4 bölgesine uygulanan buz masajının VAS puan ortalamalarını azalttığı bulunmuştur (210). Lee (2003) randomize kontrolü (29 deney, 29 kontrol gurubu) 58 gebe üzerinde yaptığı çalışmada; sevikal dilatasyon 3cm olduktan sonra her bir uterin kontraksiyon boyunca deney grubunun Sp6 noktasına aküpresür uygulamış. Bu işlemi 30 dk süresince yapmış ve sonuçta deney grubunun ağrısını kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur (125).

Chung ve ark.’nın (2003) 127 gebe üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları

akupresürün doğum ağrısı üzerindeki etkisini araştırmışlar. Çalışma sonuçlarına göre; akupresür grubu gebelerde doğumun I. evresinin aktif fazında belirlenen ağrı puanları bakımından gruplar arasında fark bulunmuştur. Ancak, doğum eyleminin I. evresinin diğer fazları bakımından farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada akupresürün, efloraj ve kontrol grubuna göre doğum ağrısını büyük ölçüde azalttığı saptanmıştır (38). Lee ve ark.'nın (2004) SP6 noktasına yapılan akupresürün doğum süresine ve doğum ağrısına etkisini belirlemek üzere 75 kadın üzerinde yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; servikal dilatasyonun en az 2-3cm iken ve uterusun kontraksiyonlarının düzenli olduğu 30 dakika süresince her bir kontraksiyon da SP6 noktasına akupresür uyguladıklarını belirtmişler ve müdahale sonrasında tüm ölçüm zamanlarında (uygulama sonrası, uygulamadan 30 dk. ve 60 dk. sonra) değerlendirilen VAS puanları açısından gruplar arasında önemli fark saptanmıştır. Aynı çalışmada SP6 noktasına bası uygulanan grubun, kontrol grubuna göre doğumda anksiyete düzeyini anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır (127).

Değirmen (2006) sezeryan sonrası ağrı kontrolünde el ayak masajının etkinliğini incelediği çalışmasında, el ayak ve ayak masajının ağrı şiddetini azalttığını bildirmiştir (44). Eranlı'nın (2007) müziğin doğum sürecine etkisini incelediği çalışmasında, indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda verilen eğitim ve dinletilen müziğin ağrının yarattığı sıkıntıların azalmasında etkili olduğunu saptamıştır (64). Baykal (2008) progresif gevşeme egzersizlerinin (PGE) ağrı algısına ve yaşam kalitesi üzerine etkisini incelediği çalışmasında, PGE uygulama grubundaki gebelerin algıladıkları ağrı ortalamasının kontrol grubundaki gebeler ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır (17). Mamuk'un (2008) perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, deney grubu annelerinin yaşadığı perineal ve genel ağrı (VAS) ortalaması ile perine bölgesinde ağrı ifade etme oranlarının kontrol grubuna göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir (132). Kashanian ve Shahalı (2009) 120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan akupresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, vaka grubundaki gebelerin ağrının şiddeti kontrol grubundaki gebelerin ağrı şiddetinden daha az olduğunu (6.79+1.52'ye karşılık 5.87+ 1.77; p=0.003) bildirmişlerdir (103) .

Ozgoli ve arkadaşlarının (2010) doğumun birinci evresindeki primipar kadınlarda elde bulunan LI4 akupunktur noktasına yaptıkları akupresürün (sağ ele uygulandı) ağrı yoğunluğu üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, serviksin 4-5cm, 6-7cm ve 8-10cm dilatasyonu olduğunda altı tane uterus kontraksiyonu periyodunda sağ elin LI4 noktasına akupresür uygulandı. Çalışma sonucunda; yapılan üç uygulama sonucunda da akupresür uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla çok anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir (145). Bulgularımız verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermekle birlikte doğum ağrısının kontrolü üzerine ülkemizde ve yurt dışında yapılmış olan bu çalışmalara dayanarak, akupresür uygulamasının eylem boyunca gebenin enerjisini yükselterek, fiziksel ve psikolojik olarak rahatlamasını, eyleme daha iyi uyum sağlamasını ve eyleme uyumunun da özellikle solunumun düzenlenmesini sağlayıp uterin dokuların oksijenlenmesini artırarak ağrının daha az hissedilmesine neden olacağı düşünülmüştür. Bu bulgulara dayanarak akupresür uygulamasının, doğum eyleminde gebenin ağrıyı daha hafif algılamasındaki etkisini göstermesi ve akupresürün doğum ağrısı ile baş etmede etkin ve kullanışlı olduğu söylenebilir.

Çalışmada gebelerin yaş grupları ile GKÖ puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda 19 yaş ve altı yaş aralığında olan gebelerin GKÖ 3 ve GKÖ 5 ağrı şiddetini algılama puanları diğer yaş aralığında olan gebelere oranla daha yüksek bulunmuş ve yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kontrol grubunda ise GKÖ ağrı şiddetini algılama puanları ile gebelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) (**Tablo 12**).

Literatü bilgilerine göre ağrı algılaması yaşla değişir. Yaşlanma myelinli liflerin kaybına yol açar. Bu nedenle yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılıdır (187). Yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise azaldığı belirlenmiştir (120). Öztürk'ün aktardığına göre Melzack ve Katz, ileri yaşta olanlarda ağrı düzeyinin daha düşük olduğunu ve diğer çalışmalarda da, anne yaşının genç olmasının doğum ağrısını arttırdığı belirtilmiştir (120, 152, 187). Klostergaard ve ark. (2001) primiparlarda fetal ağırlığın doğum ağrısı ile ilişkisini incelediği çalışmada, yaş ile doğum ağrısı arasında ilişki olmadığını belirtmişlerdir (112). Abushaikha ve Oweis'in (2005) çalışmasında yaşın ağrı algılamasında fark yarattığı belirtilmiştir(1). Saisto ve Halmesmaki (2003) doğum korkusunu

irdeledikleri çalışmalarında anne yaşının genç olmasının ağrı algılamasında etkili olduğunu vurgulamışlardır (165). Ozgoli ve ark. (2010) primipar gebelerde aktif fazda sağ elde hegu noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmalarında, anne yaşının, eğitim düzeyinin algılanan ağrı düzeyine etkisi olmadığını belirtmişlerdir (145). Öztürk'ün (2006) çalışmasında ise yaş grupları ile VAS ağrı puan ortalamaları arasında entegrasyon saptanmamıştır (152). Gebelerin yaşının doğum ağrısı algısında belirleyici bir faktör olduğu literatürde de çelişkili bir şekilde belirtildiği gibi araştırmamızda da yaş ile doğum ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Melzack ve Katz (1992), Saisto ve Halmesmaki (2003), Abushaikha ve Oweis'in (2005) çalışma bulguları bizim bulgularımızı desteklerken, Klostergaard ve ark. (2001), Ozgoli ve ark (2010), Öztürk'ün (2006) çalışmaları bizim ve diğer çalışma örnekleri çelişmektedir.

Çalışmada, gebelerin eğitim düzeyi ile doğum öncesi dönemde eğitim alan gebelerin, GKÖ ağrı algı puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 13 ve 14**). Oysa ağrı ve kaygı arasındaki yakın bağdan dolayı doğum eylemine yönelik psikolojik hazırlık son derece önemlidir. Araştırmalar göstermektedir ki, doğum öncesi eğitim alanların kendilerine olan güvenleri yükselmekte ve güven azalmış ağrı algısı ile azalmış analjezik kullanımı ile güçlü bir şekilde ilişki içerisindedir (29, 131, 158). Bizim çalışmamızda gebelerin tamamının doğum öncesi kontrollere gitmiş olmalarına rağmen, bu parametreler arasında bir fark olmamasını verilen eğitimin niteliğinin yetersiz olduğuna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Gebeliğinde problem yaşayan ve doğum eyleminden korkan gebelerin GKÖ ağrı algı puan ortalamaları incelendiğinde, GKÖ 2, 3, 5 ve toplam GKÖ puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu bulunmuş ve yapılan değerlendirmede istatistiksel olarak deney grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) ) (**Tablo 15 ve 16**). Yapılan çalışmalarda doğum korkusunun gebelik öncesinde ve gebelikte problem yaşanan gebelerde daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir. Rofe ve ark. (1993) gebelerin yaşadıkları emosyonel durumlarıyla yakından ilgili olduğu saptamışlardır (157). Baykal (2008) çalışmasında doğum olayını korku verici tanımlayan gebelerin fiziksel ve emosyonel yakınma puan ortalamalarının yüksek olduğunu belirtmiştir (17). Aynı zamanda pek çok çalışma göstermiştir ki doğum korkusu yaşayan kadınlar

özellikle primiparlar doğumda daha çok ağrı deneyimlemektedir (58, 119, 136, 165, 172). Sonuçta doğum korkusunda gerilim yaratarak korku-gerginlik-ağrı kısır döngüsünü meydana getirmektedir. Korku ile ağrı arasındaki ilişkiyi açıklayan bu çalışmalar korkunun gerilimi arttırarak ağrıyı arttırdığı, daha çok ağrının daha çok korkuya yol açtığını desteklemektedir (13, 49, 64, 85, 172). Bu bulgular ışığında her iki grupta doğumdan korkan gebe sayısı yüksek olmasına rağmen, deney grubu gebelerinde GKÖ puanlarının daha düşük olmasını akupresür uygulamasının daha az ağrı hissetmelerine ve doğum ağrısı ile baş edebilecek güvenlerinin arttırdığını düşündürmektedir.

Doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilen gebelerin GKÖ ağrı algı puan ortalamaları incelendiğinde, GKÖ 2 ve GKÖ 5 puanlarının kontrol grubunda daha yüksek olduğu bulunmuş ve yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubu lehine anlamlı fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (**Tablo 17**). Literatürde doğum ağrısına yönelik baş etme yöntemlerini öğrenmenin, doğum ağrısını azaltma ve doğum eyleminin kalitesini arttırmada etkili olduğu belirtilmektedir. Bu metodların biliniyor olması kadının kendine olan güvenini arttırmakta, kendini güçlü hissetmesine, benlik duygusu ve başarı duygusunu güçlendirmekte ve anksiyeteyisini azaltmaktadır (83, 144, 208). Bununla birlikte doğuma yönelik bilgi eksikliği doğum korkusunun oluşmasında önemli bir faktördür ve gebelik öncesi bilgi verilmesi ağrı korkusunu azaltabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur (20, 26, 58, 118, 144, 158, 164, 165, 217). Oysa bizim çalışmamızda ve diğer çalışma örneklerinde olduğu gibi (21, 26, 61, 64, 115, 217) gebeler doğum eylemine yönelik olarak yetersiz eğitim almakta ve bunun doğal bir sonucu olarak doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilememekte ve eylemde kullanamamaktadır. Ancak araştırma sonuçlarımıza göre her iki gruptaki gebelerin önemli bir oranda (%36.0) “önceden ağrıyı azaltacak şeyleri iyi öğrensinler ve ağrıların azalması için söylenenleri yapsınlar” (**Tablo 20**) şeklindeki ifadeleri aslında son anda bile olsa bu yöntemlerin (akupresür vb.) oldukça etkili olabileceğinin ve gebelerin bu bilgilere aç olduğunun bir göstergesi olarak düşünülmektedir. Elde edilen bu veriler doğum öncesi dönemde sağlık personeli tarafından verilen eğitimlerin niteliğinin yetersiz olduğunu göstermektedir ki TNSA 2008 verilerinde bu yaklaşımı destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçları literatür bilgileri benzerlik göstermektedir. Kadınların doğum öncesi dönemde eğitim almalarının sağlanması, doğum sırasında yaşanacaklar ve baş etme yolları konusunda bilgilendirilmesinin ve doğum öncesi dönemde destek sağlayan profesyonel kişilerin doğum sırasındaki desteklerinin kadınların olumlu doğum deneyimi yaşamalarında etkili olacağı düşünülmektedir.

#### **7.4. Gebelerin Doğum Sürelerine İlişkin Bulguların Tartışılması**

Anne adayının doğum sırasında korkulu ve endişeli olması uterusu giden kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres yaratan hormonların (epinefrin, norepinefrin, kortizol) salınımını artırır. Bu durum uterusu giden kan miktarındaki azalma kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağırlı kontraksiyonlara sebep olur. Adrenalin miktarındaki artış, doğum sırasında kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur. Aynı zamanda uterin aktiviteyi düzensizleştirdiği için disfonksiyonel eyleme neden olabilmektedir. Adrenalin uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel fibrinlerin açılmasını engeller, kaslar tersine işlev görmeye başlar ve sonuçta serviksin açılmasına faydası olmayan ve ağrı veren kontraksiyonlar görülür (61, 118, 119). Eylemde kadının kaygılı olmasının, eylemi uzattığı ve yenidoğan sonuçlarını olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Yine literatürde destekleyici hemşirelik uygulamalarının doğum eyleminin süresini (dilatasyon, ekspulsiyon ve halas dönemi) azaltmada önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (21,68, 69, 84, 118, 158, 217). Gleneksel Çin tıbbına göre akupresür, doğumu hızlandırmak ve doğum süresini kısaltmak için sık kullanılan bir yöntem olmuştur. Doğumun indüksiyonunda özellikle SP6, LI4 ve BL67 akupunktur noktaları kullanılmaktadır. Bu noktalara yapılan akupresürün hipofizden oksitosin salınımını stimule ettiğine inanılmaktadır. Böylece doğum sürecini hızlandıracak uterin kasılmaları meydana gelecektir (18, 38, 103). Çalışmamızda akupresür uygulanan deney grubundaki gebelerin eylem süresi ile kontrol grubundaki gebelerin eylem süreleri arasında tam bir saatlik bir fark saptanmıştır (D: 272dk (yaklaşık 4.32st.); K: 347dk (yaklaşık 5.47st.) Deney grubu lehine tespit edilen bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 18). **SP6 akupunktur noktasına akupresür**

**uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Doğum eyleminde akupresür uygulamasının eylem süresi üzerine etkileri inceleyen çalışmaların birçoğunda akupresür uygulamasının eylem süresi üzerine etkili olduğunu, bir kısmı ise eylem süresi üzerine etkisi olmadığını göstermektedir. Obstetride kullanılan tamamlayıcı ve alternatif tıbbın (TAT) tedavi ve terapileri ile ilgili olarak yapılan randomize kontrollü çalışmaların meta analizinin yapıldığı bir çalışma da, LI4 ve SP6 akupunktur noktalarına yapılan akupunkturun tahmini doğum günü ile doğum günü arasındaki süresinin akupunktur grubunda 2 gün daha kısa olduğu bulunmuştur (90). Bir başka çalışmada ise tahmini doğum günü sonrasında sekiz gün boyunca SP6 ve LV3 akupunktur noktasına dört saat süre ile verilen TENS'in kontraksiyonlar üzerindeki etkisi incelendi. Deney grubunda başlangıçta 63 olan kontraksiyonların sayısı stimülasyonun sonrasındaki 4. saatte 116'ya kadar yüklenmiş olup kontrol grubunda ise aynı kontraksiyonlar 84'ten 75'e gerilemiş olduğu tespit edilmiştir (3). Güler (1982) çalışmasında, doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerle, hazırlanmamış olan gebelerde doğum eyleminin birinci devresi (dilatasyon) 9.15 saat, hazırlanmamış gebelerde ise 12.6 saat sürdüğünü ve doğuma fizyolojik ve psikolojik yönden hazırlanmış gebelerde eylemin birinci evresinin daha kısa sürdüğünü bildirmiştir (75). Gençalp'in (1998) çalışmasında doğum eyleminde hemşirelik desteği alan annelerde dilatasyon döneminin aktif fazı (132 dakika), hemşirelik desteği almayan gebelere (180 dakika) oranla daha kısa sürdüğü bildirilmiştir (69). Lee ve ark (2002) tarafından yapılmış olan çalışmada, 28 primipar gebeye eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarının her birinde tüm vücut masajı uygulanırken, kontrol grubuna alınan 29 primipar gebeye ise rutin doğum salonu bakımı verilmiştir. Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarının süresi ile toplam eylem süresinin, kontrol grubundaki kadınlara göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada eylemin ikinci evresinin süresi açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır (127). Lee ve ark (2004) Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yaptıkları akupresürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 akupresür

grubundaki gebelerde eylemin süresinin ( $143.91 \pm 67.77$ ), kontrol grubundaki gebelere göre ( $197.94 \pm 89.64$ ) kısa sürdüğü saptanmıştır (126).

Kim ve ark (2002) San-Yin-Jian (SP6) ve Hob-Gog (LI4) noktasına akupresür uygulamasının primipar kadınlarda doğum ağrısına ve süresine etkisini inceledikleri çalışmalarında 192 gebe; 72 kişi kontrol grubu, 71 kişi SP6 akupresür grubu ve 49 kişi LI4 akupresür grubuna ayrılmış. Servikal dilatasyon; 2-3cm iken 15 kez, 5-6cm iken 10 kez, 9-10cm iken 10 kez toplam 35 kez akupresür uygulamışlardır. SP6 akupresür ( $400.77 \pm 153.34$ ) ve LI4 akupresür ( $379.10 \pm 127.60$ ) gruplarının eylem süresi, kontrol grubuna ( $528.68 \pm 239.08$ ) göre oldukça kısa sürdüğü bulunmuştur. Aynı çalışmada SP6 akupresür ve LI4 akupresür gruplarının ise doğum süreleri arasında fark bulunmamıştır (107). Lee'nin (2003) randomize kontrolü (29 deney, 29 kontrol grubu) 58 gebe üzerinde yaptığı çalışmada servikal dilatasyon 3cm olduktan sonra her bir uterin kontraksiyon boyunca deney grubunun Sp6 noktasına akupresür uygulamış. Bu işlemi 30 dk süresince yapmış ve sonuçta deney grubunun ağrısının ve doğum eyleminin süresinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur (125). Yıldız (2003) TENS'in doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmada, TENS uygulanan grubun eylemin 1. devresinin aktif faz süresi ( $166.8 \pm 41.9$  dakika), kontrol grubuna oranla ( $218.3 \pm 166.8$  dakika) daha kısa sürdüğü ve gruplar arasında anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir. Ancak aynı çalışmada eylemin diğer fazları (latent, geçiş faz) ve ikinci evrenin süresi açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (115).

Chung ve ark.'nın (2003) akupresür, efloraj ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayırdıkları 127 gebe üzerinde randomize kontrollü yaptıkları çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları akupresürün doğum ağrısı ve doğumun birinci evresi üzerindeki etkisini araştırmışlar. Çalışma sonuçlarına göre; akupresür grubunun doğumun birinci evresinin süresinin kontrol grubununkinden daha kısa sürdüğü bulunmuştur (38). Lee ve ark. (2004) tarafından yapılmış olan çalışmada, 36 gebeye SP6 noktasına 30 dakika akupresür uygulanırken, kontrol grubuna alınan 39 gebeye de 30 dakika dokunma terapisi uygulanmıştır. Doğumun süresi bizim çalışmamızda olduğu gibi servikal dilatasyonun 3cm olmasından tam serviks dilatasyonuna kadar geçen süre birinci evre olarak kabul edilmiştir. Tam serviks dilatasyonundan doğuma kadar geçen süre de

ikinci evre olarak belirlenmiştir (127). Bu çalışmada akupresür grubundaki gebelerde eylemin birinci evresinin süresi, kontrol grubundaki gebelere göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Aynı çalışma da bizim çalışmamızdan farklı olarak doğumun ikinci evresinin süresi her iki grup açısından farklı bulunmamıştır. Oysa bizim çalışmamızda deney grubu gebelerin ikinci evre süre ortalamasının 15 dk. kontrol grubu gebelerde ise 21 dk. olduğu, ayrıca gruplar arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p=0.000$ ) (**Tablo 18**). Doğumda annenin aktif rol alarak eylemin seyrini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği en önemli safha 2. evredir. Eylemin ikinci evresi başladığında, kontraksiyonlar daha kuvvetli ve sık aralıklarla gerçekleşmektedir. Kontraksiyonlar sayesinde fetüs başı vajinal açıklığa ulaşır ve kadın itici güçlerini kullanarak doğumun gerçekleşmesini sağlar. Hem kontraksiyonların gerçekleşebilmesi, hem de gebenin eyleme uyum sağlayarak kontraksiyonlar esnasında solunum egzersizlerini yapabilmesi ve itici güçlerini iyi kullanabilmesi için enerjiye ve motivasyona ihtiyacı vardır (61). Annenin enerjisini iyi kullanarak itici güçlere yardımcı olması eylemi kolaylaştırır. Bu durumun akupresür uygulanan gebelerin ağrısının etkin bir şekilde giderilmesinin, kendilerini daha rahat hissederek enerjilerinin korunması, kendisine verilen direktifleri daha iyi algılaması ve yerine getirmesi ve doğum eylemini başarıyla sonuçlandırmaları ile ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Kashanian ve Shahalı (2009) 120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan akupresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisini inceledikleri randomize kontrollü çalışmalarında, 60 nullipar gebeye (serviks 3-4 cm'lik dilatasyona ulaştığında ve düzenli uterus kontraksiyonları başladığında) 30 dakika boyunca Sanyinjiao noktasına akupresür uygulanmış, kontrol grubuna alınan 60 gebeye ise hiçbir şey uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda, eylemin aktif aşamasının süresi vaka grubunda daha kısa ( $441.38 \pm 155.88$  dk'ya karşılık  $252.37 \pm 108.50$  dk,  $p=0.001$ ) sürdüğünü bildirmişlerdir (103). Ergöl'ün (2009) nullipar gebelerde eylemde ağızdan sıvı desteğinin doğum eylemi süresine etkisini incelediği çalışmasında, müdahale grubundaki kadınlarda eylem ortalama 489 dakika (8:15 saat) sürerken, kontrol grubunda 604 dakika (10.06 saat) sürmüş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (61). Bulgularımız verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir. Ancak Yıldırım (2001) ve Öztürk'ün

(2006) yaptıkları çalışmalarda ise akupresür uygulamasının ve diğer non-farmakolojik yöntemlerin uygulandığı gebeler ile kontrol grubundaki gebeler arasında eylem süresi açısından fark bulunmamıştır. Görüldüğü gibi akupresür ve diğer nonfarmakolojik yöntemlerin uygulamasının eylem süresi üzerindeki etkileri bir kaç çalışmada birbirinden farklı bulunmuştur. Ancak çalışmalar incelendiğinde; eylem süreleri açısından deney ve kontrol grupları arasında fark olmadığını bulan Yıldırım'ın (217) (n:40) çalışmasında deney grubu gebelerin tamamını ilk gebeliği olanlar ile, birinci, ikinci ve üçüncü gebeliği olan (kontrol grubu) kadınlar karşılaştırılmıştır. Aynı çalışmada deney grubuna 40 dakikalık solunum ve tensel uyarılma teknikleri öğretilerek doğum desteği eylem süresince devam etmiş, kontrol grubuna herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Öztürk'ün (152) (n:150) çalışmasında ise, primipar ve multipar gebelerin oluşturduğu üç grup (silikon, buz masajı ve kontrol grubu) karşılaştırılmıştır. Uygulamaya dilatasyon 4cm olduğunda (aktif fazda) başlanmış ve toplamda sadece 8 kontraksiyon süresince yapılmış olan uygulama sonuçlarını karşılaştırdığı görülmektedir. Literatürdeki akupresür uygulamasının eylem süresi üzerine etkilerinin farklı şekillerde bulunmasının, araştırmaların farklı örneklem büyüklüklerine sahip olmaları ve yukarıda açıklandığı gibi farklı yöntemler kullanılarak yapılmış olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin süresinde etkili olan faktörlerden biri de yenidoğan kilosudur. İri bebekler doğum eyleminin daha uzun sürmesine neden olmaktadır (86). Hogberg ve Lekas (2000) çalışmalarında, yenidoğan kilosunu ile baş çevresi uzunluğunun primiparlarda doğum eylemini birinci ve ikinci evresinin süresiyle istatistiksel açıdan pozitif yönde ilişkili olduğunu açıklamışlardır (86). Yine benzer şekilde Batallan ve ark (2002) yenidoğan kilosunun doğum eyleminin süresiyle ilişkili olduğunu ve iri bebeklerin doğum eyleminin daha uzun sürmesinde etkili olduğunu açıklamışlardır (16). Yıldırım, Sömek ve Kayır (2006) ise çalışmalarında yenidoğan kilosunu ile doğum eyleminin süresi arasında anlamlı bir fark olmadığını bulmuşlardır (219). Bizim çalışmamızda da yenidoğan kilosunu ile doğum süresi arasında deney grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (**Tablo 19**).

## 7.5. Doğum Sonu Görüşmeye İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum eyleminden sonra annelerin doğum sürecini özellikle de doğum ağrısı hakkındaki görüşlerini almak ve yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek açısından önemlidir. Bu bölümde, gebelerin yaşadıkları doğuma ilişkin görüşleri, doğum salonundan taburcu olmadan (doğumdan 2 saat sonra) doğum sonu görüşme formu ile elde edilmiştir.

Çalışmada annelerin doğumdan sonra eylemde yaşadıkları ağrıya ilişkin görüşleri incelendiğinde, deney grubu gebelerinin %78.0'i, kontrol grubu gebelerinin ise tamamı doğum ağrısı hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Deney grubunda yer alan 28 gebe (%56.0), ve kontrol grubunda yer alan 40 gebe (%80.0) doğum ağrısının “çok şiddetli olduğunu ve çok ağrı çektiklerini” ifade ederken, deney grubundaki gebelerin %22.0'si ise “beklediğinden daha az ağrı yaşadığını” belirtmişler ve yapılan değerlendirmede deney grubu lehine ileri düzeyde istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ) (**Tablo 20**). Bu bulgu akupresür uygulamasının ağrıyı hafiflettiğini, doğum ağrısı ile başa çıkmalarında etkili olduğunu, doğum ağrısını daha az rahatsız edici buldukları ve gebelerin doğumu rahat geçirdiklerini göstermesi açısından önemlidir. McGill ağrı sorgulaması kullanılarak yapılan bir çalışmada; primiparların %60'ı uterus kontraksiyonlarının oluşturduğu ağrıyı “dayanılmaz”, “tolere edilemez”, “çok şiddetli” ve “işkence” olarak ve %30'u da “oldukça şiddetli” olarak tanımlamışlardır. Aynı çalışmada multiparların ise, %45'i “şiddetli ve çok şiddetli” %30'u da “orta” ve %25'i “hafif şiddette” ağrı çekmekte olduklarını bildirmişlerdir (187). Ryding (1993), Gençalp (1998), Yıldırım (2001), Yıldız (2003), Berkiten (2005), Serçekuş (2005), Öztürk (2006), Fisher ve ark (2006), Nerum (2006), Ersanlı (2007), Mamuk (2008), Beydağ (2008), Körükçü (2009) çalışmalarında da kadınların doğum ağrısı ile ilgili düşünceleri çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur (21, 26, 64, 67, 69, 115, 119, 132, 142, 152, 164, 172, 217). Yukarıda bahsedilen çalışmalarda yer alan kadınların ağrıya ilişkin ifadelerine bakıldığında akupresürün de içinde yer aldığı non-farmakolojik uygulamaların doğum ağrısı kontrolünde etkili olduğu görülmektedir.

Doğum sırasında yaşanan ağrının algılanması bireysel özellik taşısa da her bireyde ağrının hissedilmesine neden olan fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler de

büyük rol oynar (13). Psikolojik faktörler gerçek doğum ağrılarını ve doğumu etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle gebelerin benimsediği ve güvendiği ortamda doğum yapması daha az anksiyete yaşamasına ve böylece ağrı zaafı gibi gebe psikolojisinden etkilenen sorunların daha az görülmesine neden olacaktır (69). Araştırma kapsamına alınan gebelerin doğumdan sonra ağrı odası ile ilgili düşünceleri incelendiğinde, deney grubu gebelerinin (%48.0), kontrol grubu gebelere oranla (%22.0) daha olumlu izlenimlere sahip olduğu ve yapılan değerlendirmede deney grubu lehine anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (**Tablo 20**). Ayrıca “ilgi fazla” diyen 19 kişinin deney grubunda olması, akupresür uygulama nedeniyle böyle düşündükleri söylenebilir. Doğum eylemi süresince gebelerin tümüne eşit oranda ilgi ve destek gösterilmiş ve hastanede uygulanan rutin bakım dışında farklı bir uygulama yapılmamış olmamasına rağmen deney grubu gebelerin yapılan uygulamayı sağlık personelinin ilgi ve destek görme olarak algıladıkları bu durumda akupresür uygulamasının gebelerin kendileri ile daha çok ilgilenildiğini düşünmeleri ve uygulamanın gebelerde yarattığı pozitif etkiye bağlanmaktadır. Bununla ilgili olarak Beydağ’ın (2008) doğum yapan kadınlar doğum desteği konusunda ne düşünüyor konulu çalışmasında, kadınların %79.3’ü doğum sırasında destek alsaydı doğumun daha kolay olacağını, %68.3’ü daha az ağrı hissedeceğini ve %81.7’si daha az korku duyacağını ifade etmişlerdir (26). Toplam 13000 kadını içeren 11 ülkeden toplam 16 çalışmanın incelenmesinde, doğum eyleminde devamlı destek alan kadınlarda spontan doğum yapma olasılığı operatif doğumlara (vakum, forseps) ya da sezeryana gerek duyulmaksızın daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, bu kadınların daha az analjeziye ihtiyaçları olduğu, doğum eyleminden daha fazla memnun kaldıkları ve doğum eylemlerinin biraz da olsa daha kısa sürdüğü görülmüştür. Genellikle doğum eyleminin erken dönemlerinde destek sağlandığında bunun daha etkili olduğu ve herhangi bir yan etkisinin ise olmadığı belirlenmemiştir (84 Yine Berghella ve ark (2008) doğum eyleminin yönetiminde kanıt temelli 15 çalışma analizinde 1791 kadının ifadeleri incelenmiş. Doğum eyleminde destek alan kadınlarda doğumda analjezi ihtiyacının azalmış olduğunu ve anne memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir (20). Bunun yanında Uluslararası Lamaze Kuruluşu, normal doğum eyleminde devamlı destek sağlanmasının önemli olduğunu tavsiye etmektedir (158).

Ayrıca çalışmamız da gebelerin sağlık personelinde ilgi ve destek görmeyi bir çeşit bakım olarak algılaması, gebelerin ilk doğumları olmasına veya çevrelerindeki kadınların deneyimlerinden yola çıkarak yoğun çalışan sağlık personelinde bekledikleri ilgi ve desteği görememiş olmalarına bağlanmaktadır (132). Yine çalışmalarda gösterildiği üzere hemşireler doğum ağrısı dönemindeki kadına sıklıkla dokunmaktadır ancak bunlar genellikle nabız alma, cihaz bağlama vs. gibi klinik amaçlı dokunuşlardır. Klinik olmayan dokunuşların (elini tutma, sırtını okşama gibi) sistolik kan basıncını, nabzı düşürdüğü ve rahatlık seviyesi ile mücadele becerisini arttırdığına ilişkin bulgular vardır (118). Elde edilen bu bulgu, nullipar ve multiparların oluşturduğu vajinal doğumlar üzerinde çalışmalar yapmış olan; Gençalp (1998), Yıldırım (2001), Yıldız (2003), Serçekuş (2005) Ersanlı'nın(2007), Kashanian ve Shahalı (2009), Beydağ (2008), Erbil ve ark (2009), Hodnett (2002) sonuçları ile de benzerlik göstermektedir (26, 58, 64, 69, 83, 103, 115, 172, 217). Deney ve kontrol grubu gebelerin ağrı odasına yönelik olumsuz izlenimlerinin ise (D: %38.0, K: %54.0) ağrı odasının gürültülü/diğer gebelerin bağışmaları/kalabalık olmasıyla ilişkilidir. Literatürde gebelerin, ağrı odasında çok sayıda gebe ile birlikte bulunmanın ve diğer gebelerin ağrıya verdikleri tepkileri görmelerinin olumsuz etkilenmelerine neden olduğu belirtilmektedir (58, 69, 111, 116).

Çalışmamız da gebelerin doğumdan sonra doğumla ilgili düşünceleri incelendiğinde, deney grubunun %42.0'si, kontrol grubun % 50.0'si doğum eylemini "ağrılı ve zor/ama sonu var" olarak tanımlarken, deney grubunun % 38.0'i, kontrol grubunun % 34.0'ü "önceden ağrıyı azaltacak şeyleri iyi öğrensinler ve ağrıların azalması için söylenenleri yapsınlar" gibi önerilerde bulunduğu ve yapılan istatistiksel karşılaştırmada deney grubu lehine anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (**Tablo 20**). Bu durum literatürde geçen akupresür, akupunktur, TENS, müzik, masaj, sıcak-soğuk uygulama gibi müdahalelerin rahatlamayı ve pozitif düşünmeyi güçlendirdiği, fiziksel ağrıyı giderdiği aynı zamanda duyuşsal acıyı da azaltmada etkili olduğu bildiri ile açıklanmaktadır (18, 22, 29, 83, 84, 176, 177, 201, 209). Özellikle akupresürün kan dolaşımına ve nörotransmitterlerin düzenine ve salgılanmasına yardımcı olduğu, böylece insan vücudunun normal işleyişinin devam ettirmesini sağladığı ve insanda bir rahatlık yarattığı vurgulanmaktadır (38). Gençalp (1998), Mamuk (2008), Yıldız (2003), Yıldırım (2001), Ersanlı (2007), Beydağ (2008), Erbil

ve ark (2008) çalışmalarında da doğumdan sonra yapılan görüşmelerde kadınların doğum eylemine yönelik düşünceleri çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur (26, 58, 64, 69, 115, 132, 217).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%76.0) doğum sonrası kendini mutlu hissettiği saptanmış ve yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 20**). Doğumdan sonra uterusun kontraksiyonlarının büyük bir ölçüde azalması, vajina ve perinede oluşan distansiyonun ortadan kalkması, annenin ağrılarının azalmasına ve rahatlamasına neden olmaktadır (152, 170, 194, 217). Ayrıca bu durumun bebeğin doğmasıyla doğum ağrısının büyük bir oranda azalması aynı zamanda bebeğin doğumu, yaşamın en pozitif olaylarından biri olduğu için, anne bebeğini kollarına aldığı anda, sahip olduğu bu mucize karşısında heyecanlı, gururlu ve huzurlu olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Çalışma sonuçlarımız ile literatür bulguları benzerlik göstermektedir. **Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “Doğum eyleminde SP6 noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında doğum ve doğum sonu erken dönemde memnun olma açısından deney grubu lehine fark vardır” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**

## **7.6. Gebelerin Akupresür Uygulanmasına İlişkin Görüşlerine Ait Bulguların Tartışılması**

Gebelerin akupresür uygulamasından memnun kalma durumlarına göre dağılımı incelendiğinde; uygulamadan hiç memnun kalmayan, hiç önermem ve etkili bulmayan gebe bulunmadığı gibi çoğu (%78.0) akupresür uygulamasından memnun kaldığını, %80.0'inin bu uygulamayı tamamen diğer gebelere önerdikleri ve %78.0'inin akupresür uygulamasını etkili bulduğu saptanmıştır (**Tablo 21**). Gebelerin büyük bir çoğunluğunun akupresür uygulamasından çeşitli derecelerde memnun kalmaları, başka gebelere önermeleri ve etkili bulmaları sevindiri olmakla birlikte doğum ağrısı algısının azaltılmasında SP6 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün etkili olduğunu istatistiksel değerlendirmeler ile birlikte (Tablo 11 ve 20) hastaların sübjektif değerlendirmeleri ile de desteklenmiş olmaktadır. Aynı zamanda doğum ağrısının etkin bir şekilde giderilmesinin, kadınların memnuniyet

düzyeyini büyük oranda etkileyen bir durum olduğu düşünölmektedir. **Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın alt hipotezlerinden “Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupresür uygulanan gebelerde doğum ve doğum sonu erken dönemde memnun olma açısından deney grubu lehine fark vardır” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**

Avrupa'nın üç ülkesinde (Avusturya, İspanya ve Birleşik Krallık) toplam 633 hasta (18 yaş üstü kadın ve erkeklerden oluşan) ile shiatsunun kısa ve uzun süreli etkilerinin incelendiği prospektif çalışmada, hastaların %90'ından fazlasının tedaviden beklentilerinin “karşılandığını” hatta “aşıldığını” ve tedavi süresince yüksek düzeyde memnuniyet sağladıklarını belirtilmiştir (4). Labrecque ve ark (1999) doğum eyleminde sırt ağrılarını hafifletmek için yaptıkları randomize kontrollü çalışmada; 34 gebe üç gruba ayrılmış (birinci grup steril su enjeksiyonu uygulananlar, ikinci grup TENS uygulananlar ve üçüncü grup normal standart bakım alanlardan oluşmaktaydı). Gebelere ilk müdahalenin ardından 15, 60, 90, 120 ve 180 dakikalarda VAS kullanarak ağrının yoğunluğunu değerlendirmişlerdir. Çalışma sonucuna göre, steril su enjeksiyonu ve TENS grubunun kontrol grubuna göre oldukça memnun olduklarını, özellikle steril su enjeksiyonu grubu diğer gruplara göre daha memnun kaldığını belirtmişlerdir (122). Brown ve ark. (2001) doğumda kullanılan non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini değerlendirdiği çalışmasında; sıcak uygulama yapılan annelerin % 46'sının uygulamayı çok etkili, %53'ünün ise biraz etkili bulduğunu bildirmiştir (29). Simkin ve O'Hara (2002) doğum ağrılarını hafifletmek için uygulanan 5 ayrı metodun (banyo, masaj, dokunma, annenin pozisyonu ve hareketliliğini sağlamak ve intradermal su blokajı) değerlendirdikleri çalışmalarında uygulanan bu yöntemlerinin doğum ağrılarını azalttığını, obstetrik sonuçları iyileştirdiğini ve anne memnuniyetini arttırdığını belirtmişlerdir (177).

Yıldız (2003) TENS'in doğum ağrısını algılamaya etkisini incelediği çalışmasında, TENS grubunun %80.0'i cihazdan kendilerinin yararlandığını ve memnun kaldığını bunun diğer doğum yapanlarında kullanmasını önerdiklerini bildirmiştir (115). Ergin'in (2005) doğumun I. ve II. Evresinde doğum pozisyonlarının uygulandığı çalışmasında; toplam 104 gebeye (52 deney, 52 kontrol) uygulatılan pozisyondan memnun olma, ağrı punaları ile pozisyon memnuniyeti doğumun I. Evresindeki sırt ağrısı ve GKÖ puan ortalamaları, doğumdaki bazı davranışsal belirtiler, doğum ve

doğum sonu memnuniyet durumları açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur (21). Öztürk'ün (2006) ele uygulanan buz masajının doğum ağrısı algısı üzerine etkisini incelediği çalışmada, gebelerin %49.0'u buz ve silikon uygulaması sırasında uygulamanın "ağrıyı azalttığını/rahatlattığını" ifade ettikleri saptanmıştır (152). Taşpınar'ın (2006) kemoterapiye bağlı gelişen bulantı-kusma üzerine akupresürün etkisinin incelediği çalışmada, hastaların %91.8'inin bilek bandı ile yapılan akupresür uygulamasından çeşitli derecelerde memnun kaldıkları, başka hastalara önerdikleri ve etkili buldukları bildirilmiştir (195). Ersanlı'nın (2007) müziğin doğum sürecine etkisini incelediği çalışmada, gebelerin doğum ağrısı ile baş etmek için verilen eğitimden memnuniyet düzeyine bakıldığında %100 memnun oldukları görülmüştür. Yine aynı çalışmada gebelerin %30.2'si "müziğin "rahatlamama yardımcı oldu, %26.9'u "huzur ve güven verdi", %23.8'i "ağrılarımı hissetmemi azalttı", %14.3'ü "ortama uyum sağlamama yardımcı oldu", 54.8'i "hiç etkisi olmadı" diye ifade ettikleri saptanmıştır (64). Mamuk'un (2008) perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmada, annelerin tamamının (%100) perineal sıcak uygulamanın etkili bir yöntem olarak gördüklerini, tamamının memnun kaldıklarını ve bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri bildirmiştir (132).

Berghella ve ark (2008). toplam 189 kadını içeren üç çalışmayı incelediklerinde, hipnozu kabul eden kadınlar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında doğum eyleminde ağrı yönetiminden daha fazla memnun kaldıklarını bildirmişlerdir (20). Mohamadakhani (2009) nullipar kadınlarda doğumun aktif evresinde uygulanan lavanta yağı ile aromaterapik masajın ağrı yoğunluğu ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini değerlendirdiği çalışmada; 90 gebe üç gruba ayrılmış ve 1.gruba sadece masaj yapılmış, 2. gruba badem yağı ile masaj yapılmış ve 3. gruba da lavanta yağı ile aromatik masaj yapılmış. Tüm gruplarda uygulama öncesi ve hemen sonrasındaki ağrı yoğunluğu ve memnuniyet anlamlı bulunmuş olmasına rağmen özellikle lavanta yağı ile yapılan aromaterapötik masajın doğumun aktif evresinde hem ağrı yoğunluğu üzerinde azaltıcı etkisi, hem de doğum süresince hasta memnuniyetini arttırıcı istatistiksel olarak çok anlamlı bulunmuştur (139). İncelenen tüm çalışma sonuçlarının çalışmamızı desteklediği görülmüştür.

**Sonuçlar;** Bu çalışma, SP6 akupunktur noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı algısı ve eylemin süresi üzerindeki olası rolü hakkındaki daha geniş tartışmalar ve gelecekteki araştırmalar için bir temel sağlamaktadır.

Çalışmada elde edilen verilerin sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan gebelerin çoğunluğunun (% 50.0) 25 yaş ve üzeri yaş grubunda olup, yaş ortalaması  $24.29 \pm$  yıl olduğu, % 54.0'ünün ilköğretim (ilkokul/ortaokul) mezunu olduğu, % 86.0'sının herhangi bir işte çalışmadığı ve %97.0'sinin sosyal güvencelerinin olduğu belirlenmiştir (**Tablo 1**).
- Gebelerin tamamının isteyerek gebe kaldığı, %66.0'sının 40-41. gebelik haftasında olduğu ve % 13.0'ünün düşük/küretaj yapmış olduğu, %95.0'inin doğacak çocuklarının cinsiyetlerini bildiği ve yenidoğanların %55.0'inin kız olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 2**).
- Gebelerin tamamının doğum öncesi bakım hizmeti aldığı, %52.0'sinin gebeliklerinde 9 ve üzeri sayıda sağlık kontrolüne gittiği, çoğunluğunun (%76.0) sağlık ocağı/devlet hastanesinde takip edildikleri, %39.0'unun gebeliğinde doğuma yönelik eğitim almış olduğu ve eğitimlerin %53.8'inin ebe/hemşire tarafından verildiği saptanmıştır (**Tablo 3**).
- Gebelerin %75.0'inin gebeliklerinde problem yaşadığı ve en fazla oranda sırasıyla %54.0 oranında 'bulantı-kusma', %39.0 oranında "ağrı/kasılma" ve %34.0 oranında ise "idrar yolu enfeksiyonu" olduğu saptanmıştır (**Tablo 4**).
- Araştırmaya katılan gebelerin tamamının gebeliklerinde vitamin/demir ilaçları kullandıkları tespit edilmiştir (**Tablo 4**).
- Araştırmaya katılan gebelerin büyük bir çoğunluğunun (%92.0) doğumdan korktuğu ve en fazla "ağrı çekmekten" (%43.5) korktukları belirlenmiştir (**Tablo 5**).
- Gebelerin %64.0'ünün doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilmedikleri, bilen az sayıdaki gebenin ise en fazla oranda (%75.0) solunum egzersizlerini bildikleri görülmüştür (**Tablo 6**).
- Gebeler doğum ağrısını daha az algılamak için ilk sırada kendilerine "ağrıyı azaltacak herhangi bir şey" (%36.0) ve %23.0 oranında "ağrı kesici ilaç" yapılmasını istedikleri belirlenmiştir (**Tablo 7**).

- Araştırmaya katılan gebelerin tamamına oksitosin indüksiyonu uygulanırken, % 86.0'sına epizyotomi, %8.0'ine ise amniotomi yapılmıştır. Doğum eyleminde uygulanan girişimler açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 8**).
- Yenidoğanların vücut ağırlığı ortalaması  $3224.60\pm 273.44$ gr., boy ortalaması ise  $50.21\pm 0.55$ cm., birinci dakika apgar puan ortalaması  $7.42\pm 0.60$ , beşinci dakika apgar puan ortalamalarının ise  $8.75\pm 0.82$  olduğu saptanmıştır. Yeni doğan ağırlıkları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ( $p=0.010$ ), yeni doğanların boyları, birinci dakika ve beşinci dakika apgar puan ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 9**).
- Gebelerinin gösterdiği duygusal davranışlar açısından latent fazda kontrol ve deney grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 10**).
- Aktif fazda gebelerin gösterdikleri duygusal davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi” ( $p=0.008$ ), “yalnız kalmaktan kaçınma” ( $p=0.027$ ), “davranış kontrolünde güçlük” ( $p=0.002$ ), “mahremiyetin azalması” ( $p=0.001$ ), “ağlama” ( $p=0.047$ ), “bağırma” ( $p=0.000$ ), “çığlık atma” ( $p=0.021$ ), “dudak ısırma” ( $p=0.012$ ) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (**Tablo 10**).
- Geçiş fazında gebelerin gösterdikleri duygusal davranışlar incelendiğinde; kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “bağırma” ( $p=0.001$ ), “çığlık atma” ( $p=0.003$ ), “dudak ısırma” ( $p=0.000$ ) davranışları daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur (**Tablo 10**).
- GKÖ 1’de, gebeler takip edilmeye başlanmadan önce geriye dönük olarak değerlendirme yapılmıştır. GKÖ 1 puan ortalaması deney grubunda 3.40, kontrol grubunda 3.60 olarak bulunmuş ve yapılan değerlendirmede gruplar arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 11**).
- GKÖ 2 puan ortalaması deney grubunda 3.06, kontrol grubunda 4.24 olarak belirlenmiştir. Latent fazda ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 2)

açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ) (**Tablo 11**).

- GKÖ 3 puan ortalaması deney grubunda 6.64, kontrol grubunda 7.88 olarak belirlenmiştir. Aktif fazda ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 3) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ) (**Tablo 11**).
- GKÖ 4 puan ortalaması deney grubunda 9.90, kontrol grubunda 9.94 olarak belirlenmiştir. Geçiş fazında ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 4) açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p=0.463$ ) (**Tablo 11**).
- GKÖ 5 ile ağrı değerlendirmesi anneler taburcu olmadan erken postpartum dönem 2.saatte yapılmıştır. GKÖ 5 puan ortalaması deney grubunda 2.12, kontrol grubunda 3.12 olarak bulunmuş ve yapılan değerlendirmede ağrı şiddetini algılama puan ortalamaları (GKÖ 5) açısından gruplar arasında fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.000$ ) (**Tablo 11**). **Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın hipotezlerinden “Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark vardır.” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Deney grubunda 19 yaş ve altı yaş aralığında olan gebelerin GKÖ 3 ve GKÖ 5 ağrı şiddetini algılama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda ise GKÖ ağrı şiddetini algılama puanları ile gebelerin yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 12**).
- Gebelerin eğitim düzeyleri ile ağrı şiddetini algılama puanları (GKÖ) açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 13**).
- Her iki grupta doğum öncesieğitim alan gebelerin ağrı şiddetini algılama puanları (GKÖ 1, 2, 3, 4, 5 ve toplam GKÖ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 14**).

- Gebeliğinde problem yaşayan gebeler arasında GKÖ 2, 3,5 ve toplam puanda ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.000$ ) (**Tablo 15**).
- Doğum eyleminden korkan gebeler arasında GKÖ 2, 3,5 ve toplam puanda ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.000$ ) (**Tablo 16**).
- Doğum ağrısı ile baş etme yöntemlerini bilen gebeler arasında GKÖ 2 ve GKÖ 5 ağrı şiddetini algılama puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p<0.05$ ) (**Tablo 17**).
- Deney grubundaki gebelerde doğumun toplam süresi ortalama 272 dakika (4:32 saat) sürerken, kontrol grubunda 347 dakika (5:47 saat) sürmüştür. Gruplar arasındaki süre farkı deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (**Tablo 18**). **Elde edilen bu sonuçla araştırmamızın hipotezlerinden “doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupresür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum doğum eylemi süresi açısından deney grubu lehine fark vardır.” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Kontrol grubu gebelerde yeni doğanların ağırlığı ile doğum eyleminin evrelere göre süresinin ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamış iken ( $p>0.05$ ), deney grubunda yeni doğanların ağırlığı ile doğumun birinci evresinin süresi ( $p<0.001$ ) ve toplam süre ( $p<0.001$ ) arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır (**Tablo 19**).
- Deney grubundaki gebelerin %44.0’ü, kontrol grubundakilerin ise %54.0’ü doğum ağrısını “çok şiddetli dayanılmaz bir ağrı” olarak tanımlamışlardır. Her iki grup arasında yaşadıkları doğum ağrısına ilişkin düşünceleri açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ( $p=0.003$ ) (**Tablo 20**).
- Ağrı odası hakkında deney grubu gebelerinin, kontrol grubu gebelere oranla daha olumlu izlenimlere sahip olduğu saptanmıştır. Deney grubunun % 38.0’i, kontrol grubunun % 54.0’ü ağrı odasını “Gürültülü ve kalabalık/diğer gebelerin bağırmalarından korkuyorum” şeklinde değerlendirmişlerdir. İki

grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ( $p=0.003$ ) (**Tablo 20**).

- Deneysel gruba gebelerinin (%42.0), kontrol grubuna (%50.0) oranla yaşadıkları doğum eylemine ilişkin daha olumlu izlenimlere sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede yaşadıkları doğum eylemi hakkındaki düşünceleri açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0.010$ ) (**Tablo 20**).
- Araştırmaya katılan gebelerin yarısından fazlasının (%58.0) doğum sonrası kendilerini mutlu hissettikleri belirlenmiştir. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ) (**Tablo 20**).
- Annelerin akupresür uygulamasından çok/oldukça memnun kaldıkları (%78.0), akupresür uygulamasını çok/oldukça etkili buldukları (%78.0) ve bu uygulamayı büyük bir oranda diğer gebelere önerdikleri (%80.0) saptanmıştır (**Tablo 21**). **Elde edilen bu sonuçla araştırmanın alt hipotezi olan “doğum eyleminde SP6 bölgesine akupresür gebelerde doğum ve doğum sonu erken dönemde memnun olma açısından deney grubu lehine fark vardır.” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**

**Öneriler;** Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Çalışmaların sonuçları doğrultusunda doğum ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerine doğum ağrısını azaltmada kullanılan akupunktur noktalarına akupresür uygulamasına ilişkin eğitim materyalleri hazırlanarak hizmet içi eğitimlerin planlanması,
- Gebeliğin son trimesterinde gebelere doğum eylemi, doğum ağrısı ve doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri hakkında eğitimler yapılması,
- Doğum ağrısının kontrolü ve akupresür uygulaması ile ilgili konular, eğitim programlarının içeriğine dahil edilerek öğrenci ebe/hemşirelerin bu konularla ilgili yeni araştırma sonuçlarından haberdar olmalarının sağlanması,
- Doğum ünitelerinde yüksek oranlarda uygulanan buna karşılık gebeler tarafından benimsenmeyen girişimlerin (lavman, amniotomi, oksitosin indüksiyonu, rutin epizyotomi vb.) tıbbi endikasyon gerekmedikçe

uygulanmaması gerektiği ve eylemin mümkün olduğunca doğal seyrine bırakılması,

- Akupresür uygulamasının anne ve yenidoğan sonuçları üzerine etkilerini belirlemeyi amaçlayan daha geniş grupları kapsayan çalışmaların planlanması ve mümkün olabildiğince doğal doğum seyrine bırakılmış farklı parite ve sosyoekonomik özellikler taşıyan gebeler üzerinde benzer çalışmaların yapılması,
- Kadınların doğum eyleminde yaşadıkları kaygı, korku v.b. duyguların eyleminin süresine ve ağrı algısına etkisini belirlemek amacıyla doğum eylemi ve doğum sonu birkaç günü kapsayacak uygun veri toplama yöntemlerinin (kalitatif) kullanılacağı çalışmaların planlanması,
- Literatürde eylemdeki kadının serumdaki endorfin ve oksitosin seviyelerinin yönelik çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmanın sonuçlarını yada akupresür ile oksitosin arasındaki ilişkiyi doğrulamak için serum endorfin ve oksitosin seviyelerinin bakıldığı laboratuvar bulguları ile desteklenmiş çalışmaların planlanması,
- Şu anki ve daha önceki çalışmaların bulgularına dayanarak; obstetrik amaçlı (doğum süresini ve ağrısını) akupresürün ideal noktalarının ve ideal yönteminin bulunması için farklı akupunktur noktalarında daha büyük örneklem boyutlu çalışmaların planlanması,
- Olumsuz doğumhane ortamı (başka gebeleri görme, çığlıklarını duyma gibi) korkuların oluşmasına neden olduğundan doğum salonlarının bir odada tek kişi kalacak şekilde planlanması önerilmektedir.

## 8. KAYNAKLAR

1. Abushaikha L, Oweis A. (2005). Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 11:33-38.
2. Altınparmak S. (2006). Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(6): 416-23.
3. Anderson FWJ, Johnson CT. (2005). Complementary and alternative medicine in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet*, 91: 116-124.
4. Andrew F, Long BA. (2008). The effectiveness of *shiatsu*: Findings from a cross-european, prospective observational study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 14(8): 921–930.
5. Andrew F, Long BA, Hannah C, Mackay B. (2003). The effects of *shiatsu*: findings from a two-country exploratory study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 9(4): 539–547.
6. Arısan K. (1997). Probedötik Kadın-Doğum. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
7. Arslan S, Çelebioğlu A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN: 1303-5134. 1(1): 1-7. [Elektronik Dergi], [www.InsanBilimleri.com](http://www.InsanBilimleri.com).
8. Asher GN, Coeytaux RR, Chen W, Reilly AC, Loh YL, Harper TC. (2009). Acupuncture to initiate labor (Acumoms 2): A randomized, sham-controlled clinical trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(10): 843–848.
9. Aslan FE. (2002). Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 9-16. [Elektronik Dergi], <http://eskiweb.cumhuriyet.edu.tr/edergi/index2.php?name1=hemsirelikyo>.
10. Aslan FE. (2006). Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, s. 68-99.

11. Aslan FE. (2006). Ağrıya İlişkin Kavramlar. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, s. 47-51.
12. Arısan K. (1997): Probedötik Kadın-Doğum. 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 380-446.
13. Aydemir N, Dağlar G. (2007). Vajinal doğum ağrılarının azaltılmasına yönelik ebelik bakım uygulamaları. 1. *Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*, İstanbul.
14. Babacan S. (1999). Sezeryan Sonrası Ağrı Kontrolünde İlaç Dışı Farklı İki Yöntemin (Masaj/Dokunma ve Müzik/Gevşeme) Etkililiğinin Karşılaştırılarak İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Dr. A. Şirin).
15. Basbaum A. (2005). Temel Mekanizmalar. *Ağrının Sırları*. Eds.: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul. S. 10-15.
16. Batallan A, Goffinet F, Paris LJ, Fortin A, Breart G, Madelenat P, Benifla JL. (2002). Fetal macrosomia: Management, obstetrical and neonatal results. multicenter casa-control study in 15 maternity hospitals paris and the ile de france arca. *Gynecol Obstet. Fertil*, 30 (6): 483-491.
17. Baykal Z. (2008). Bel Ağrısı Olan Gebelerde Progresif Gevşeme Egzersizlerinin Ağrı Algısına Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman Yard. Doç. Dr. N Tuna Oran).
18. Beal MW. (1999). Acupuncture and acupressure applications to women's reproductive health care. *J Nurse Midwifery*, 44(3):217-30.
19. Bektaş E. (2008). Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması. Sağlık Bakanlığı Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman:Op. Dr. E Esim Büyükbayrak).
20. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gyneology*, 199(5): 445-454.

21. Berkiten AE. (2005). Doğumun I. ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).
22. Berman AF, Kronenberg F. (2003). Complementary and alternative medicine (CAM) in reproductive-age women: A review of randomized controlled trials. *Reproductive Toxicology*, 17: 137–152.
23. Betts D. (2006). The Essential Guide To Acupuncture İn Pregnancy & Childbirth. East Sussex, The Journal Of Chinese Medicine Ltd., and Debra Betts.
24. Bewley S, Cockburn J. (2003). The unethics of request caesarean section. *BJOG*, 109 (6): 593-96. [Elektronik Journal], <http://www.bjog.org/view/0/index.html>.
25. Beydağ KD. (2009). Sürekli doğum ağrısı dönem desteği. *9.Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı (Poster)*, Bursa.
26. Beydağ KD. (2008). Doğum yapan kadınlar doğum desteği konusunda ne düşünüyor? *6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, Ankara.
27. Bilgehan H, Akarcalı İ. (2002). Doğum ağrısında transkutaneal elektriksel sinir stimülasyonunun etkinliği. *MN-Klinik Bilimler&Doktor*, 8(3), 374-378.
28. Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. (2006). Acupuncture as pain relief during delivery: A randomized controlled trial. *Birth*, 36(1): 5-12.
29. Brown ST, Douglas C, Flood LP. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10(3): 1–8.
30. Cabioğlu TM, Ergene N. (2003). Akupunkturun etki mekanizmaları ve klinik uygulamaları. *Genel Tıp Derg.* 13(1): 35-40.
31. Carr CA, Schott A. (2002). Differences in evidence-based care in midwifery practice and education. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(2): 153-158.

32. Carr E, Thomas V, Barnet J. (2005). Patient experiences of anxiety, depression ve acute pain after surgery: A longitudinal perspective. *International journal of Nursing Studies*, 42:521-530.
33. Cengiz B, Söylemez F. (2001). Gebelik ve idrar yolu enfeksiyonları. *T Klin J Gynecol Obst.*, 11,441-445.
34. Chalmers B. Porter R. (2001). Assesing effective care in normal labor: The bologna score. *Birth*, 28(2): 79-82.
35. Chang SB, Park YW, Cho JS, Lee MK, Lee BC, Lee SJ. (2004). Differences of cesarean section rates according to san-yin-jiao (SP6) acupressure (shiatsu incorporates acupressure) for women in labour taehan kanho hakhoe chi. *Apr*, 34 (2): 324-32.
36. Cheek TG, Gutsche BB. (1987). Epidural analgesia for labor and vaginal delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 30 (3): 515-529.
37. Chen, HM, Chen CH. (2004). Effects of acupressure at the sanyinjiao point on primary dysmenorrhoea. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 380-387.
38. Chung UL, Hung CL, Kuo SC, Huang CH. (2003). Effects of LI4 and BL67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research*, 11(4 ): 251-260.
39. Clark WC, Chokhavatia SS, Kashani A, Clark SB. (2005). Ağrı Ölçümü. İçinde: *Ağrının Sırları*. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 26-35.
40. Cook A, Wilcox G. (1997). Pressuring pain: Alternative therapies for labor pain management. *AWHONN Lifelines* 1:36-41.
41. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezi'nde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 12: 247-252.
42. Çevik SA. (2007). Gebeliği isteme durumuna göre doğum öncesi bakım alma durumu. 9. *Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı*, Bursa

43. oşkun F, Turhan H. (2010). İstanbul'da vitamin kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Marmara Eczacılık Dergisi* 14: 21-28.
44. Değirmen N. (2006). Sezaryen Doğumda Ağrı Kontrolünde El ve Ayak Masajının Etkinliğinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N Özerdoğan).
45. Demir A. (2006). Servikal Olgunlaşma ve Doğumun Uyarılması Amacıyla Dinoproston Pge2) Uygulamasında Erken ve Geç Dönem Oksitosin Kullanımının Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim İlk Yardım Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Op. Dr.YT Ayanoğlu).
46. Demir CS. (2005). Uterus Kasılmaları ve Doğum Evreleri. İçinde: Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık Ve Doğum. Ed: Kadayıfçı O, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. S55-59.
47. Demirci N, Gürkan Ö, Arslan H, Ekşi Z. (2005). Oksitosin uygulamalarında hekim, ebe ve hemşirelerin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, Cilt13, Sayı 3.129–137.
48. Demiryay A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman, Yrd. Doç. Dr. N Cengiz. Afyon).
49. Dinç H, Şahin NH, Dişsiz M. (2008). Kadınların doğum esnasındaki korku ve beklentileri. *9.Uludağ Jinekoloji Ve Obstetri Kış Kongresi Özet Kitabı (Poster)*, Bursa.
50. Dökme B. (2001). Akupunkturun Türkiye'deki tarihçesi. *Akupunktur Dergisi*, 43: 4-17.
51. Dönmez S, Sevil Ü. (2009 ). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3):102-105. [Elektronik Dergi], [ttp://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/Cilt2Sayi1.htm](http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/Cilt2Sayi1.htm).

52. Duarte RA. (2005). Ağrı Sınıflaması. İçinde: *Ağrının Sırları*. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 6-9.
53. Duarte RA (2005). Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp. Ağrının Sırları. İçinde: *Ağrının Sırları*. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 297-300.
54. Duran EH, Eroğlu D, Sandıkçı D, Lembet A, Bağış T, Zeyneloğlu HB. (2002). Vajinal doğumlarda rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği üzerine bir prospektif randomize çalışma, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, 12(1):12-19.
55. Elveren C. (2008). Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Yrd. Doç. Dr. A Gemalmaz).
56. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett Ed, Hofmayer J. (2000). Guide to Effective Care During Pregnancy and Childbirth. Third Edition, Oxford University, Newyork.
57. Episiotomy (2006). ACOG Practice Bulletin No. 71. American College Of Obstetricians And Gynecologists. *Obstetrics & Gynecology*, 107, 957 –962.
58. Erbil N, Biryan N, Şahin Y. (2009). Laborda kadınların deneyimleri ve ebelerden aldığı desteğin belirlenmesi. 6. *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, Ankara.
59. Erdine S. (2005). Obstetrik Anestezi ve Analjezi Uygulamaları. Rejyonel Anestezi. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 253-70.
60. Erdine S. (2007). Ağrı Mekanizmaları. *Klinik Gelişim*, 20(3): 7-17.
61. Ergöl Ş. (2009). Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum Eylemi Süresine Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman Prof. Dr. K Eroğlu, Prof. Dr. L Taşkın).

62. Erkanlı E, Aslan A, Otur A. (2007). Gebe polikliniğine başvuran ilk trimestir dönemindeki gebelerin karşılaştığı sorunlar. 1. *Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*. Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul
63. Ernst E. (2006). Acupunktur-A critical analysis. *Journal of Internal Medicine*, 259: 125-137.
64. Ersanlı C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelerde Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).
65. Eti Z. (2006). Ağrıda Kullanılan İnvaziv Yöntemler. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed. Aslan FE, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 1. Basım, Bilim Yayınları:42, İstanbul, s. 128-134.
66. Ezzo J, Streitberger K, Schneider A. (2006).Cochrane systematic reviews examine P6 acupuncture-point stimulation for nausea and vomiting. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(5): 489-495.
67. Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. (2006). How social context impacts on women's fears of childbirth: A western Australian example. *Social Science & Medicine*, 63 (1): 64-75.
68. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. (1997). A randomized trial of oneto-one nurse support of women in labor. *Birth*, 24(2), 71-77.
69. Gençalp NS. (1998). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).
70. Gentz BA. (2001). Alternative therapies for the management of pain in labor and delivery. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 44(4): 704-732.
71. Glosten B. (2000). Anesthesia For Obstetrics. In: Anesthesia. Ed: Miller RD, San Francisco: Churchill Livingstone, p. 68.

72. Gözükara F. (2006). Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Hacettepe Üniversitesi Doğum Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. K Eroğlu).
73. Gunes G, Gunes A, Tekiner S, Karaoglu L, Kaya M, Pehlivan E. (2005). Bacteriuria and socioeconomic associations among pregnant women in Malatya, Turkey. *Public Health*, 119:1039-41.
74. Gül N. (2008). Normal Doğum ve Sezeryan Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonları Yönünden Karşılaştırılması T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, . Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman Doç Dr. N Süer).
75. Güler K. (1982). Doğuma Fizyolojik ve Psikolojik Yönden Hazırlanmış Gebelerle, Hazırlanmamış Olanların Antepartum, İmtrapartum ve Postpartum Dönemlerdeki Anksiyete Farklılıklarının Araştırılması. İ.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman ).
76. Güner T, Çetin A. (2007). Vajinal ve sezaryen ile doğum yapan adölesan annelerin postpartum dönemde kendilerinin ve bebeklerinin bakımında yaşadıkları sorunlar. 1. *Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*. İstanbul.
77. Güner T, Özbek H. (2009). Primipar gebelerin doğum korkularının nedenlerinin belirlenmesi. 6. *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı*, Ankara.
78. Güvenç (2004). Doğum Eylemi Sürecinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi. T.C. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman, Prof. Dr. Dz. Sağ. Kd. Alb. N İnanç).
79. Hakverdioğlu G, Türk G. (2006). Akupressür. *Hacettepe Hemşirelik Yüksekokul Dergisi*. 13(2): 43-47. [Elektronik Dergi], <http://www.hyodergi.hacettepe.edu.tr/>.

80. Haris PE (1997). Acupressure: A review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine*, 5:156-161
81. Harper TC, Coeytaux RR, Chen W, Campbell K, Kaufman JS, Moise KJ, Thorp M (2006). A randomized controlled trial of acupuncture for initiation of labor in nulliparous women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal medicine*, 19(8): 465–470.
82. Hazar HU, Gökdemirel SÖ, Baklaya NA. (2009). Beş N, Bir K: Partograf; Nedir, nerede, niçin, ne zaman, nasıl ve kimler tarafından uygulanır?. 6. *Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı*, Ankara.
83. Hodnett ED. (2002). Caregiver support for women during childbirth (cochrane review). *Cochrane Database Syst Rev*; 1: CD000199.
84. Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, Willan AR, Stevens B, Weston JA, Ohlsson A, Gafni A, Muir HA, Myhr TL, Stremler R. (2002). Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in north american hospitals. *JAMA*, 288(11): 1373-1381.
85. Hofberg K, Ward MR. (2003). Fear. *Postgraduate Medical Journal*, 79 (3), 505-510.
86. Hogberg U, Lekas BM. (2000). Prolongd labour attribud to large fetus. *Gynecol Obstet Invest*, 49 (3): 160-164.
87. Horasanlı E, Usta B, Yeşilay A. (2008). Medikal Akupunktur. *Yeni Tıp Dergisi*, 25(2): 70-75.
88. Horasanlı E, Usta B, Gözdemir M, Sert H, Demircioğlu R, Yırlı KS. (2009). Akupunktur ve Anestezi (Perioperatif Akupunktur Uygulamaları). *Yeni Tıp Dergisi*, 26(2): 66-72.
89. Hunter C. (1999). Shiatsu therapy in labor. *Australian Nursing Journal*, 6(8): 36.
90. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematicreview. *AJOG*, 191(1): 36-44.

91. İbas I. (2009). Annelerin Sezaryen Olma Nedenleri ile Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumları. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman, Prof. Dr. N Kömürcü).
92. İрге E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. *STED*, 14(7): 157-160. [Elektronik Dergi], <http://www.ttb.org.tr/STED/>.
93. Kadayıfçı O. (2005). Güzel Lamaze Yöntemi Nedir?. Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Yayıncılık, İstanbul.
94. Kadayıfçı O, Evrüke Cİ, Yazır M. (1996). Doğum Fizyolojisi ve Normal Doğum. İçinde: Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Eds: Kişnişçi AH, Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu SL. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, s. 259-89.
95. Kalyona T. (2005). Akupunktur ve Ağrı. *Türkiye Klinikleri. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyonda Ağrı ve Tedavisi Özel Sayısı*. 1(10): 60-64.
96. Kanner R. (2005). Ağrının Sırları. İçinde: *Ağrının Sırları*. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.
97. Karaçam Z. (2001). Doğum Eyleminde Yapılan Epizyotominin Anne Sağlığına Etkisi. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı Hemşireliği, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman Doç. Dr. K Eroğlu).
98. Karaçam Z, Eroğlu K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nur*, 43(4): 384-394.
99. Karaçam Z, Eray B, Kılınç S. (2007). Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel sorunlara etkisi. *1. Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*, s. 17.
100. Karadeniz G. (1997). Masajın Ağrıyı Giderme ve Endorfin Salınımı Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N Akdemir).
101. Karaman S. (2003). Obstetrik Analjezi. İçinde: Obstetrik Acillere Yaklaşım ve Obstetrik Anestezi-Analjezi, Ed: Fırat V, Aym Kitabı 102, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu, 23-45.

102. Karamemetoğlu SS. (2001). Bilimsel verilerin ışığında akupunktur ve fiziksel tıp ile rehabilitasyon, *Akupunktur Dergisi*, 11(42):1-4.
103. Kashanian M, Shahalı S. (2009). Effects of acupressure at the sanyinjiao point (sp6) on the process of active phase of labor in nulliparas women. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 1–4, (iFirst Article).
104. Kaya F, Serin Ö, Genç A. (2006). Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları ve bakımın niteliğinin değerlendirilmesi. *1. Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*. İstanbul.
105. Kendrick, JM, Simpson KR. (2001). Labor and Birth. In: Perinatal Nursing, Eds: Simpson KR, Creehan PA, Second Edition, Lippincott, Baltimore, p: 312-313.
106. Keskinoglu P, Giray H, Meseri R, Sönmez Y, Karakuş N. (2006). İzmir ili üzerinde sağlık ocağı bölgesindeki gebelerdeki idrar yolu enfeksiyonu sıklığı ve tanı yöntemlerinin irdelenmesi. *STED*, 15(2): 210. [Elektronik Dergi], <http://www.ttb.org.tr/STED/>.
107. Kim YR, Chag SB, Lee MK, Maeng WJ. (2002). Effects on labor pain and length of delivery time for primipara women treated by san-yin-jian (SP-6) acupressure and hob-gog (LI-4) acupressure. *Korean J Women Health Nurs*, 8(2): 244-256.
108. Kılıç B, Acar R, Özgen H, Gök K. (2001). İzmir güzelbahçe sağlık ocağı bölgesindeki gebe kadınlarda anemi prevalansı. *1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi*, Ankara, s. 286-287.
109. Kılıç M, Koç A, Doğan B, Sepetçi G, Kılıç AH. (2009). Doğum öncesi dönemde yaşanan sorunlar ve ilaç kullanma durumu. *6. Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, Ankara.
110. Kılıçarslan S. (2008). Edirne Şehir Merkez'indeki Son Tirmestır Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, (Danışman; Yrd. Doç. Dr. E. Melih Şahin).

111. Kızılkaya N. (1997). Kadının doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinatoloji Dergisi*, 5(3-4): 213-216.
112. Klostergaard KM, Terp MR, Poulsen C, Agger AO, Rasmussen KL (2001). Labor pain in relation to fetal weight in primiparae. *European Journal of Obstetrics&Gynecology*, 99:195-198.
113. Kocal HF. (2007). Akupunkturla Ağrılı Hastalıkların Tedavisi. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 1-10.
114. Kocaman G. (1994). Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitabevi, İzmir.
115. Korkmaz N. (2003). İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).
116. Kömürcü N. (1992). İlk doğumunu yapan annelerin kendi doğum eylemlerine ilişkin duygu ve düşünceleri. *1.Ana Çocuk Sağlığı, Hemşirelik Sempozyumu*, İstanbul.
117. Kömürcü N. (1999). Travayda dinletilen müziğin gebenin anksiyetesine etkisi. *Hemşirelik formu*, 2(3): 89-96. [Elektronik Dergi], [http://www.bilmedya.com/Yayinlar/Hemsirelik-Forumu/D\\_34.aspx](http://www.bilmedya.com/Yayinlar/Hemsirelik-Forumu/D_34.aspx).
118. Kömürcü N, Berkiten AE. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Eds: Kömürcü, N, Ergin BA, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s 57-120.
119. Körükçü HÖ. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Antalya, (Danışman: Doç. Dr. K Kukulu).
120. Kuşoğlu S. (2006). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed: Aslan FE, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 1. Basım, Bilim Yayınları: 42. İstanbul, s. 52-60.
121. Küçükgüçlü S. (2000). Doğumda ağrı kontrolü, obstetrik analjezi & anestezi “güncel yaklaşımlar” Sempozyum Kitabı, *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD. & Ege Anestezi ve Yoğun Bakım Derneği IV. Sempozyumu*, s. 7-25.

122. Labreque M, Nouwen A, Bergeron M, Rancourt FJ. (1999). A randomized controlled trial of nonpharmacologic approaches for relief of low back pain during labor. *Journal of Family Practice*, April.
123. Leake R, Broderick EJ. (1998). Treatment efficacy of acupuncture: A review of there search literature. *Integrative medicine*, 1(3): 107–115.
124. Lee H, Ernst E. (2004). Acupuncture for labor pain management: A systematic review. *American journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(5): 1573-1579.
125. Lee MK. (2003). Effects of san-yin-jiao (SP6) acupressure (shiatsu incorporates acupressure) on labour pain, delivery time in women during labour. Pmid: 15314393 [Pubmed]. 1: *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 33(6):753-61.
126. Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. (2002). Effects of treatment with san-yin-jian(sp-6) acupressure for labor women on labor pain, length time for delivery and anxiety: A clinical trial pilot study. *Korean J Women Health Nurs*, 8(4):559-569.
127. Lee MK, Chang SB, Kang DH. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med*, 10(6):959-65.
128. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. (2003). The nature and management of labor pain: Part II. Pharmacologic pain relief. *American Family Phsician*, 68; 1115-22.
129. Li X, Hirokawa M, Inoue Y, Sugano N, Qian S, Iwai T. (2007). Effects of acupressure on lower limb blood flow for the treatment of peripheral arterial occlusive diseases. *Surgtoday*, 37:103–108.
130. Lian YL, Chen CY, Hammes M, Kolster BC. (2000). The Seirin Pictorial Atlas of Acupuncture an Illustrated Manual of Acupuncture Points. Eds: Ogal HP, Stör W, Könemann Verlagsgesellschaft Mbh Bonner Strabe 126, D- 50968, Cologne, p. 86-87.
131. Lowe NK. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *JOGNN*, 25(1): 82- 91.

132. Mamuk R. (2008). Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).
133. Mårtensson L. Mcswiggin M. Mercer JS. (2008). Us midwives' knowledge and use of sterile water injections for labor pain. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 53(2): 115-122. [ Electronic Journal], www.jmwh.org,.
134. May AE, Elton CD. (1998). The effects of pain and its management on mother and fetus. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 12(3): 423-441.
135. Mccaffery M, Wolff M. (1992). Pain relief using cutaneous modalities, positioning, and movement. *Hospice Journal*, 8(1/2): 121-153.
136. Melender HL, Lauri S. (1999). Fears associated with pregnancy and childbirth-experiences of women who have recently given birth, *Midwifery*, 15:177-182.
137. Mert A, Öztürk R. (2008). Gebelikte enfeksiyon hastalıkları. *Onuncu Ulusal İç Hastalıkları Kongresi*, Antalya.
138. Miller AC. (1997). The effects of epidural analgesia on uterine activity and labor. *Int J Obstet Anesth*, 6:2-18.
139. Mohamadakhani SL. (2009). The effect of massage aromatherapy with lavender oil on active phase pain intensity and satisfaction of labor nullipara women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, 7(Suppl 1).
140. Mucuk S, Başer M. (2009 ). Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(3): 61-66.
141. Nazlıkul H, Eraltan EH. (2002). Akupunktur-Tamamlayıcı Tıp. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
142. Nerum H. (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of childbirth: Can it be changed through crisis-oriented counseling, *Birth*, 33(3): 221-228.

143. Nettina SM. (2001). The lippincott Manual of Nursing practice, 7th ed, Philadelphia, Lippincott Company.
144. Okumuş H. (2005). Lamaze Sınıfları İçin Örnek Bir Uygulama ve Sınıf Seçiminde Anne/Baba Adaylarına Öneriler. İçinde: Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Ed: Kadayıfçı O, Nobel Yayıncılık, İstanbul, s. 23-24.
145. Ozgoli G, Sedigh S, Heshmat R, Alavi MH. (2010). Effect of right hand hegu acupressure on pain intensity of active phase of labor pain in primiparous women. *Kowsar Medical Journal*, 14(4).
146. Owen MD. (2006). Doğumda Rejyonel Analjezi. İçinde: Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi. Eds: Şahin Ş, Owen MD, Nobel.&Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 48-67.
147. Örsal Ö, Kubilay G. (2009) Geleneksel Tıp Uygulamalarını Modern Tıp Uygulamalarına (Tamamlayıcı Tıp=TAT) Entegre Edebilir Miyiz?. *Sağlıcakla Dergisi*, Sayı:10, 13-17.
148. Özatamer O, Alkış N, Batasilam Y, Küçük D. (2002). Obstetrik Anestezi. Anestezide Güncel Konular. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, s.159-76.
149. Özdamar D. (2008) Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Eds: Kömürcü N, Ergin AB, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s. 43-56.
150. Özdemir O. (2006). Medikal İstatistik. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.
151. Özkul S, Çeber E, Soğukpınar N. (2009). Neden sezaryen doğum ?. 6. *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı*, Ankara.
152. Öztürk H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof Dr. A Şirin).
153. Özyuvacı E. (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel yaklaşımlar, *Klinik Gelişim*, 20(3): 46-52.

154. Pernol LM, Pernol B. (2002): *Obstetri ve Jinekoloji El Kitabı*. Çeviren: Ayhan A, Bozdağ G, Palme Yayıncılık, Ankara.
155. Pillitteri A. (2003). *Maternal & Child Health Nursing: Care of The Childbearing & Childbearing Family*, 4th Edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
156. Povolny B. (2008). Acupuncture and traditional chinese medicine: An overview. *Techniques In Regional anesthesia and pain Management*, 12: 109-110.
157. Rofe Y, Blittner M, Lewin I. (1993). ‘‘Experiences during the trimesters of pregnancy’’. *January of Clinic the Psychology*, 14: 56-58.
158. Rathfisch GY, Güngör İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 3(11): 53-64. [Elektronik Dergi], [http://www.hemarge.org.tr/haberdetay.asp?h\\_sira=29](http://www.hemarge.org.tr/haberdetay.asp?h_sira=29).
159. Roberts JE. (2002). The push for evidence, management of the second stage, *Journal of Midwifery& Womens Health*, 47(1), 2-15. [ Electronic Journal], [www.jmwh.org](http://www.jmwh.org).
160. Ronald K. (2005). Tanımlamalar. İçinde:Ağrının Sırları. Ed: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul. s. 1-5.
161. Roscoe JA, Morrow G, Hickok J, Bushunow P, Pierce HI, Flynn JP, Krshner JJ, Moore FD, Atkins NJ. (2003). The efficacy of acupressure and acustimulation wrist bands for the relief of chemotherapy-induced nausea and vomiting a university of rochester cancer center community clinical oncology program multicenter study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(2): 731-742
162. Rosen P. (2004). Supporting women in labor: Analysis of different types of caregivers. *Journal of Midwifery&Women’s Health*, 49(1): 24-31. [ Electronic Journal], [www.jmwh.org](http://www.jmwh.org).
163. Roykulcharoen V, Good M. (2004). Systematic relaxation to relieve postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2):140-148.

164. Ryding EL. (1993). Investigation of 33 women who demanded a caesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 72, 280–285.
165. Saisto T, Halmesmaki E. (2003). Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 82, 201-208.
166. Sauls JD. (2002). Effects of labor support on mothers, babies and birth outcomes, *JOGNN*, V31(6), 733-741.
167. Sauls DJ. (2006). Dimensions of professional labor support for intrapartum practice, *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1): 36-41.
168. Saydam BK. (2008). Doğum Eylemi. İçinde: Kadın Sağlığı. Eds: Şirin A, Kavlak O, 1.Baskı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul. s. 646-662.
169. Sayiner FD, Özerdoğan N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 143-148. [Elektronik Dergi], <http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/Cilt2Sayi1.htm>
170. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S. (2007). Eskişehir il merkezinde perineal travma sıklığı ve kadın sağlığına etkileri. *Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı*, s. 283.
171. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S. (2007). Eskişehir doğumevi hastanelerinde doğumda oksitosin uygulanmasının etkilerinin incelenmesi. *9. Uludağ Obstetri Ve Jinekoloji Kış Kongresi Özet Kitabı*, s. 443.
172. Serçekus P, Okumus H. (2009). Fears Associated With Childbirth Among Nulliparous Women In Turkey. *Midwifery*, 14(2), 12-20.
173. Sezen K. (2002). Akupunktur Teorik ve Pratik. Mn Medikal & Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, s. 21-51.
174. Shin YH, Kim TI, Shin MS, Juon HS. (2004). Effect of acupressure on nausea and vomiting during chemotherapy cycle for korean postoperative stomach cancer patients. *Cancer Nursing*, 27(4): 267-274.
175. Simkin P. (2002). Supportive care during labor: A guide for busy nurses. *JOGNN*, 31(6): 721-731.

176. Simkin P, Bolding A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6): 489- 504. [ Electronic Journal], [www.jmwh.org](http://www.jmwh.org).
177. Simkin P. O'Hara MA. (2002). Nonpharmacologic relief pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet gynecol*, 186 (5 Suppl): p. 131–159.
178. Sipahi B, Yurtkoru ES, Çinko M. (2008). Sosyal Bilimlerde SPSS'le Veri Analizi. 2. Baskı, Beta Basım Yayım A. Ş., İstanbul.
179. Skilnand E, Fossen D, Heiburg E. (2002). Acupuncture in the management of pain in labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 81:943-8.
180. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2009). Complementary and alternative therapies for pain management in labour (review). The Cochrane Collaboration And Published In, *The Cochrane Library* , Issue 1.
181. Smith JG, Merrill DC. (2006). Oxytocin for induction of labor. *Clin Obstet Gynecol*, 49:594-608.
182. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2): 92-104. [Elektronik Dergi], <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/anasayfa.htm>.
183. Stux G, Pomeranz B. (1998). Eastern Traditions. Basics Acupuncture. 3rd, Springer-Verlag Berlin Heidelberg Newyork.
184. Sucu M. (2009). Gebelikte Bulantı Kusması Olan Kadınların Hastaneye Yatış Endikasyonunun Belirlenmesinde Puqe (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis And Nausea) Skorlaması ile Fizik Muayene Bulguları ve Laboratuar Sonuçlarının Karşılaştırılması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Uzmanlık Tezi, Adana, (Danışman: Prof. Dr. İCüneyt Evrüke).
185. Şahin F. (2007). Geleneksel Çin Tıbbında organlar ve fonksiyon çemberleri. *Akupunktur Dergisi*. 17: 60-61. [Elektronik Dergi], <http://www.istakupder.8m.com/akupdergi.htm>.

186. Şahin NH.(2009). Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3): 93-98. [Elektronik Dergi], <http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/Cilt2Sayi1.htm>.
187. Şahin Ş. (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması. İçinde: Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Ed: Şahin Ş, Owen MD, Nobel. & Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 13-27.
188. Şahin Ş, Owen MD. (2006). Türkiye’de ve Dünyada Obstetrik Anestezi ve Analjezi. İçinde: Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Ed: Şahin Ş, Owen MD, Nobel. & Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, s. 1-8.
189. Şahin T, Bahar N, Baran H. (2007). Özel polikliniklere başvuran gebe kadınların beslenmelerinin değerlendirilmesi. *1. Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı*. Harbiye Askeri Müze ve Kültür Sitesi, İstanbul.
190. Tai D. (2002). What is acupuncture? *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery*, 8(3): 155-159.
191. Taş EE, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar F. (2010 ). Gebe kadınların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 1: 7-12. [Elektronik dergi], [http://bidder.org.tr/tip\\_bilimleri\\_dergisi/sayi\\_5.htm](http://bidder.org.tr/tip_bilimleri_dergisi/sayi_5.htm).
192. Taşçı E, Sevil Ü (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Derg*, 17(3):181-186.
193. Taşdemir S, Sergek EV, Kaplan S. (2007). Kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının incelenmesi. *1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı*, s:79.
194. Taşkın L. (2007). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s. 275-302.
195. Taşpınar A. (2006). Jinekolojik Kanserli Hastalarda Kemoterapiye Bağlı Gelişen Bulantı-Kusma Üzerine Akupressürün Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A Şirin).

196. Taylor D, Miaskowski C, Kohn J. (2002). A randomized clinical trial of the effectiveness of an acupressure device (relief brief) for managing symptoms of dysmenorrhea. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8(3): 357–370
197. T.C. Resmi Gazete. Yeni Akupunktur Tedavi Yönetmeliği. Akupunktur Tedavisi Uygulanan Özel Sağlık Kuruluşları İle Bu Tedavinin Uygulanması Hakkında Yönetmelik. 17.9.2002. Sayı: 24879. Başbakanlık Basımevi, Ankara.
198. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, “Gebelerde Demir Destek Programı Uygulaması” Genelge-2005/147.
199. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2005). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (No:2-B). Ankara.
200. TNSA (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Ankara.
201. Tournaire M, Theau-Yonneau A. (2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor (review). *ECAM*, 4(4): 409–417.
202. Trabzon Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi. <http://www.trbdogum-cocuk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 28.11.2010).
203. Tumblin A, Simkin P. (2001). Pregnant women’s perceptions of their nurse’s role during labor and delivery. *Birth*, 28 (1): 52-56.
204. Tuna N. (2000) Ağrı Nedir-Nasıl Oluşur?. Bel Ağrısı Radiküler ve Psöдорadiküler Sendromlar. Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 1-5.
205. Turan CM. (2003). Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetler. *II.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı*, İstanbul, , s. 36-38.
206. Uçan Ö, Ovayolu N. (2007). Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4): 123-133. [Elektronik Dergi], <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/anasayfa.htm>.

207. Vatansever Z. (2009). Primipar Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman Prof. Dr. H Okumuş).
208. Waldenström U. (1999). Experience of labor and birth in 1111 women. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(5): 471-482.
209. Keck J. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Management Nursing*, 5(2):59-65.
210. Waters BL. Raisler J. (2003). Ice massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5): 317-321. [ Electronic Journal], www.jmwh.org.
211. Wee M. (2002). Non-Regional Analgesia I: Non-Pharmacological Methods. Textbook of Obstetric Anaesthesia, Eds: Collis RE, Plaat F, Urquhart J, Greenwich Medical Media Ltd., p. 48-56.
212. Wilkund I, Edman G, Ryding E, Andolf E. (2008). Expectation and experiences of childbirth in primipara with cesarean section. *Birth Journal of Obstetric and Gynecology*, 115, 324-331.
213. Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D, Kitapçıoğlu G. (2007). Gebe bir kadının hissettikleri “korkuyorum”. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 21 (2): 109-111.
214. Yavuz A. (2000). Postoperatif Ağrı Yönetiminde Nonfarmakolojik Girişimler ve Hastanın Kendi Ağrısını Değerlendirmesine Göre Analjezik Uygulaması Yöntemi ve Rutin Analjezi Yönteminin Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. T Özbayır).
215. Yavuz M. (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, s.135-147.
216. Yeşim BB, Çağlar H. (2003). Gebelikte idrar yolu enfeksiyonları. *T Klin Jinekoloj Obst*, 13 (5): 409-414. [Elektronik Dergi], [http://jinekoloji.turkiye.klinikleri.com/past\\_issue.php](http://jinekoloji.turkiye.klinikleri.com/past_issue.php)

217. Yıldırım G. (2001). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NH Şahin).
218. Yıldırım G, Şahin NH. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 14-19.
219. Yıldırım G, Sömek AA, Kayır H. (2006). Yenidoğanın kilosuna ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*, 15(57): 99-107.
220. Yıldırım KY, Fadiloğlu Ç, Uyar M. (2006). Palyatif kanser bakımında tamamlayıcı tedaviler. *Ağrı*, 18(1): 26-32.
221. Yücel A. (2006). Ağrı Mekanizmaları. İçinde: *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları: 42, İstanbul, s.39-48.
222. Yüksel N. (2006). Ruhsal Hastalıklar. MN Medikal & Nobel Tıp, Ankara, s. 139-150.

## 9. EKLER

EK-4

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU (Deney Grubu için)

Bu çalışma, Prof.Dr. Nuran KÖMÜRCÜ danışmanlığında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği doktora programı öğrencisi Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK tarafından doktora tezi olarak yürütülmektedir. Çalışmada, doğum eyleminde ayak bileğinin iç kısmında bulunan SP6 akupunktur noktasına baş parmak ile yapılan akupresürün doğum ağrısını algılama ve doğum süresi üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Akupresür, vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak, avuç içi, el, el bileği veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak, enerji kanallarının düzgün çalışmasını sağlayan bir tedavi yöntemidir. Akupresür sırt, baş, kas iskelet ve boyun ağrıları, ameliyat öncesi ve sonrası ağrıyı, bulantı- kusmayı ve doğum eylemindeki ağrıların azaltılmakta veya tamamen geçirmektedir.

Bu vücut noktalarından en önemlisi ayak bileğinin iç kısmına baş parmak ile ortalama 10-15 saniye baskı uygulanacaktır. Bu uygulama servikal dilatasyon (rahim ağzı): 2-3cm iken 15 kez, 5-6cm iken 10 kez, 8-9cm iken 10 kez toplam 35 kez yapılacaktır. Tüm bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissedilmeyecektir. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Bu uygulamanın sağlığa zararlı bir etkisi yoktur.



Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin bakımınıza etki etmeyecektir. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır. Araştırmada toplanan veriler çalışma dışında başka bir yerde kullanılmayacaktır.

Teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK  
Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu

Ben, ..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih : .....

Hasta adı Soyadı:  
İmza

EK-II

**BİLGİLENDİRİLMİŞ GEBE ONAM FORMU**  
**(Kontrol Grubu İçin)**

Bu çalışma, İlk gebeliği olan gebelerin doğum eyleminde doğum ağrısını algılama durumları ve doğum süresini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışmaya katılmama hakkınız vardır. Bu durum sizin bakımınıza etki etmeyecektir. Elde edilen veriler, toplu olarak kullanılacak ve bireysel veriler gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

**Öğr. Gör. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK**  
**Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu**

Ben, .....yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih : ...../...../.....

Hasta adı Soyadı:

İmza

**EK-III**

**GEBE TANITIM FORMU**

Hasta Adı: ..... Tarih:.....  
GRUP:.....

**BÖLÜM 1. GEBENİN SOSYO DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:**

- 1- Kaç yaşındasınız?.....
- 2-Evlilik yaşıınız?.....
- 3- Evlilik süresi:.....
- 4- Eğitim Durumu:  
( ) Okuryazar değil  
( ) okur yazar  
( )İlkokul  
( )Ortaokul  
( )Lise  
( )Üniversite  
( ) Lisansüstü
- 5- Ne İş Yapıyorsunuz?  
( )Ev hanımı ( )İşçi ( )Memur ( ) Serbest meslek ( )Diğer
- 6- Gelir Durumunuz?  
( )Gelir giderden düşük ( )Gelir gidere denk ( )Gelir giderden fazla
- 7-Şu anda yaşanılan Yer:  
( )Köy ( ) Belda/Kasaba ( ) İlçe ( ) İl
- 8- Sosyal Güvence durumu?  
( )Hayır Yok ( )SSK ( )Bağkur ( )Emekli sandığı ( )Yeşilkart ( )Özel sigorta
- 9- İstemli/istemli Düşük Sayısı:.....

**BÖLÜM II- ŞİMDİKİ GEBELİĞİNE İLİŞKİN BİLGİLER:**

- 10- Son Adet Tarihi:..... TDT:.....Gerçekleşen Doğum Tarihi:.....
- 11- Gebelik Haftası:.....
- 12- İsteyerek mi gebe kaldınız? ( ) Evet ( ) Hayır
- 13- Herhangi bir sistemik hastalığınız var mı?  
( )Hastalığım yok  
( )Böbrek hastalığı  
( )Kalp-damar hastalığı  
( )Sindirim sistemi hastalığı  
( )Diğer .....

14-Gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- ( ) Sorun yaşamadım ( ) Bulantı-kusma ( ) Kanama ( ) Yorgunluk ( ) İdrar yolu enf.  
( ) Üst solunum yolları enf. ( ) Ağrı/kasılma ( ) Diğer

15- Gebeliğinizde ilaç kullandınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

16-Yanıtınız "evet" ise ne tür ilaç kullandınız?.....

17- Gebelikte kontrollere gittiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

Yanıtınız "Hayır" ise 21. soruya geçiniz.

Evet ise;

18- Kontrollere nereye gittiniz?

- ( ) Sağlıkkevi/sağlıkkocağı (.....) ( ) Hastane (.....) ( ) Özel hekim muayenehanesi (.....) ( ) Özel klinik (.....) ( ) Diğer

19- Doğum öncesi kontrolleri kim tarafından yapıldığı

- ( ) Ebe ( ) Hemşire ( ) Doktor ( ) Diğer

20- Kaç kez kontrole gittiniz?.....

21- Doğum öncesi kontrollerde doğum ile ilgili eğitim aldınız mı?

- ( ) Evet ( ) Hayır

22- Eğitim kim tarafından yapıldı?

- ( ) Ebe ( ) Hemşire ( ) Doktor ( ) Diğer

23-Bebeginizin cinsiyetini biliyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

24- Bebeğinizin cinsiyeti nedir? ( ) Kız ( ) Erkek

25- Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu?

- ( )Evet( ) Kısmen ( )Hayır

26-Cevabınız evet ise neden korktuğunuzu açıklar mısınız?.....

27-Ağrı ile baş etme yöntemlerini biliyor musunuz?

- ( )Biliyorum ( )Kısmen biliyorum ( )Bilmiyorum

28-Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan yöntemleri duydunuz mu?

(Evet ise hangi yöntemleri duydunuz?.....)

29-Cevabınız evet ise hangi yöntemleri biliyorsunuz?.....

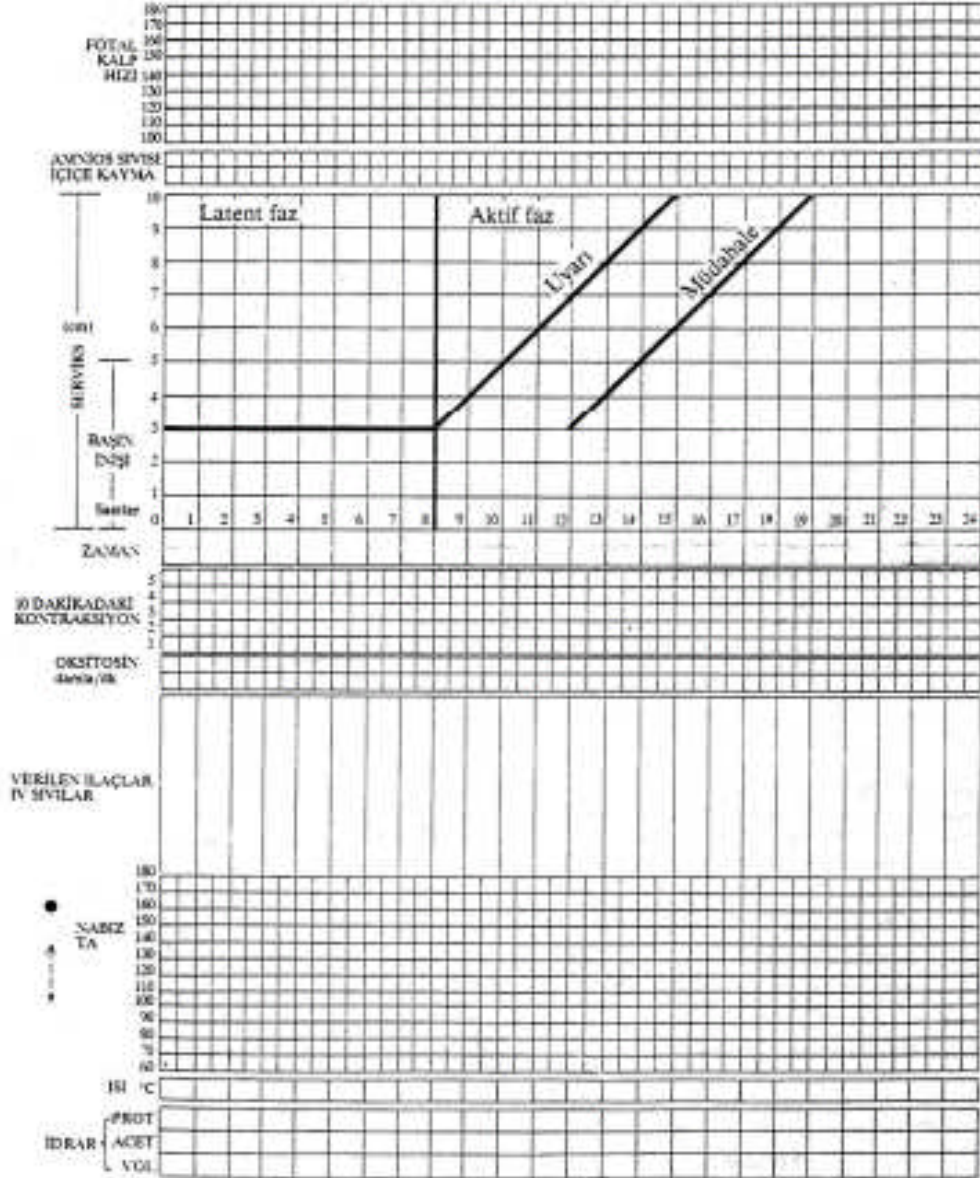
30-Doğum ağrısını hissetmemek için neler yapmasını isterdiniz?.....

## PARTOGRAF

Adı Soyadı: ..... Kayıt No: .....

Başvuru tarihi: ..... Başvuru saati: .....

Gebelik sayısı: ..... Doğum sayısı: ..... Membran rüptürü: ..... saat

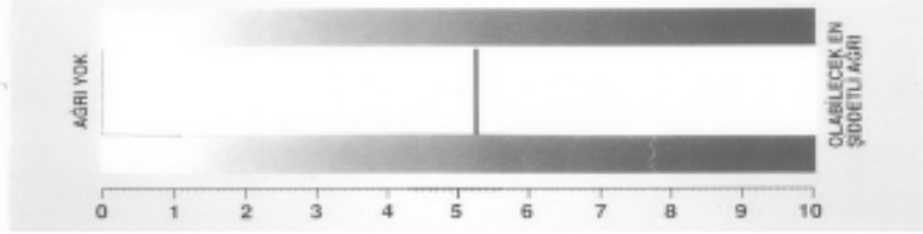


### PARTOGRAFİN UYGULANMASI SIRASINDA VERİ TOPLAMA FORMU

- 1- Parite: Nullipar:  Multipar:
- 2- Anmenin boyu:.....cm. (145 cm. den kısa veya uzun olması)
- 3- Başvuruda serviks dilatasyonu:.....cm
- 4- Başvuruda başın düzeyi: .....cm
- 5- Başvuruda membran rüptürünün süresi: .....saat
- 6- Vajinal muayene sayısı:.....
- 7- Toplam latent fazm süresi: .....saat
- 8- Hastanede.....
- a) Doğumun birinci evresinin süresi:.....saat
- b) Doğumun ikinci evresinin süresi: .....saat
- c) Doğumun toplam süresi:.....saat
- 9- Doğumun ilerleyişi
- a) Uyarı çizgisinin solunda ya da üzerinde kaldı:
- Uyarı çizgisinin sağında, müdahale çizgisine ulaşmamış:
- Müdahale çizgisine ulaşmış:
- b) Uyarı çizgisinin sağına geçti ise:
- Serviks dilatasyonu kaç cm.dir?.....
- Baş düzeyi?.....
- Ne müdahale yapıldı?.....
- c) Müdahale çizgisine ulaşırsa
- Serviks dilatasyonu kaç cm.dir?.....
- Baş düzeyi.....
- Ne müdahale yapıldı?.....
- Doğum hızlandırıldı mı? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- İndüksiyon yapıldıysa:
- Latent fazda:
- Uyarı çizgisinin solunda ya da üzerinde:
- Uyarı çizgisinin sağında:
- Müdahale çizgisinin üzerinde ya da sağında:
- 10- Güç doğum mıydı? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- 11- Uterus rüptürü oldu mu? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- 12- Doğumun tipi:
- Sezaryen  - Vajinal müdahaleli  - Spontan baş geliş
- 13- Doğum eyleminde partograf üzerinde son servikal dilatasyon:
- Latent fazda
- Uyarı çizgisinin üzerinde ya da solunda
- Uyarı çizgisinin sağında
- Müdahale çizgisinde ya da sağında
- 14- Peri natal ölüm oldu mu? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
1. dakikada apgar skoru: 5. dakikada apgar skoru:
- Bebek yoğun bakıma alındı mı? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- 15- Post-partum hemoraji: Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- 16- Genital enfeksiyon oldu mu? Evet:  Hayır:  Belli Değil:
- 17- Bebeğin cinsi: Kız:  Erkek:
- 18- Bebeğin doğum ağırlığı: (.....)

EK-V

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ) UYGULAMA

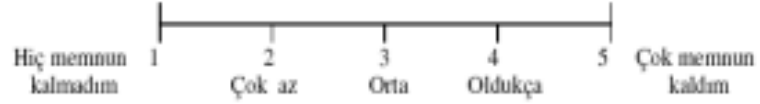


EK-VI

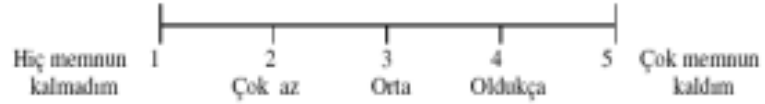
DOĞUM SONRASI GÖRÜŞME FORMU

- 1- Doğum ağrısı ile ilgili düşünceler;
- 2- Ağrı odasına ilişkin düşünceler;
- 3- Doğum eylemine ilişkin düşünceler;
- 4- Şu anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz;

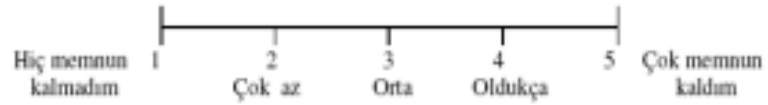
1- Doğum ağrısını gidermek için size uygulanan akupresür (basıdan) uygulamasından memnun kaldınız mı? Aşağıda verilen skala üzerinde lütfen belirtiniz.



2- Size uygulanan bu metodu (akupresür uygulamasını) doğum ağrısını gidermek için başka hastalara önerir misiniz? Aşağıda verilen skala üzerinde lütfen belirtiniz.



3- Sizce bu uyguladığımız akupresürün doğum ağrısını gidermek için ne kadar etkili olmuştur? Aşağıda verilen skala üzerinde lütfen belirtiniz.



**EK-VIII****GEBENİN GÖSTERDİĞİ DUYGUSAL DAVRANIŞLAR FORMU**

Saat	Eylemin fazı	Dilatasyon	VAS	Uygulama	GGDD*
					1. Sakin görünüm 2. Heyecanlı görünüm 3. Korku ifadesi 4. Yorgunluk ifadesi 5. Duyarlılık 6. Huzursuzluk 7. Yalnız kalmaktan kaçınma 8. Davranış kontrolünde güçlük 9. Mahremiyetin azalması 10. İletişimden kaçınma 11. Ağlama 12. Bağırma 13. Çığlık atma 14. Herhangi bir şeyi sıkma 15. Dudak ısırma 16. Çevredekileri suçlama 17. Sürekli gizlenme 18. Sağlık ekibiyle koopere değil 19. Ekibe saldırgan davranışlar

\* Gebenin Gösterdiği Duygusal Davranışlar

## 10. ETİK KURUL ve KURUM ONAYI

EK-IX



Sayı : B-10-4-ISM-4-61-00-01/ 251/17

Konu : Tez Çalışması

Sayın;

Öğr.Gör. Kıymet YEŞİLÇİCEK  
KTÜ Trabzon Sağlık Yüksekokulu  
Ebelik Bölümü Başkanı

TRABZON

İlgi :20.04.2009 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçenize istinaden İlimiz Doğum ve Çocuk Bakımevi Baştabipliğinin “**Doktora Tez Çalışması**” ile ilgili yazı örneği ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Dr. İbrahim ERBAY  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

EKİ:  
-Rapor (1 adet)

Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü  
Tedavi Hizmetleri Şubesi  
Faks : 0 462 230 23 54

İrtibat : Semra ATASU  
Telf : 0 462 230 69 00 - 04 / 2040  
e-posta : trabzon.yths@saglik.gov.tr

EK-X

T.C  
TRABZON VALİLİĞİ  
Doğum ve Çocuk Bakımevi Başhekimliği

ŞUBE :İdare  
SAYI : B.1041 SM 4610017/863  
KONU: Tez Çalışması

Trabzon:28/04/2009

SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
TRABZON

İlgi: 21/04/2009 tarih ve 8542 sayılı yazınız.

KTÜ Trabzon Sağlık Meslek Yüksekokulu Ebelik Bölümü Başkanı Öğr.Gör.Kıymet YEŞİLÇİÇEK ilgi sayılı yazınız ekinde gönderilen dilekçesindeki tez çalışmasını hastanemizde yapmasında sakınca yoktur.

Arz ederim.

TRABZON VALİLİĞİ SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ	
KAYIT	TARİH SAYI
HAVALE	GEREĞİ BİLGİ
DOSYA NO.	10404
EKLER	

Uzm.Dr.Muammer KAZANCI  
Başhekim Vekili

EK-XI



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/ 504  
İLGİ :

25.06.2009

Sayın : Prof.Dr. Nuran KÖMÜRCÜ

MAR-YÇ-2009-0241 protokol nolu “ Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının (Akupresürün) gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ  
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Etik Kurul Başkanı

## 11. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

Adı	Kıymet	Soyadı	YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
Doğum Yeri	Trabzon	Doğum Tarihi	25.11.1971
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	18101786372
E-mail	omrumyesilcicek@yahoo.com	Tel	0462 2300476/126

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği ABD	2002
Lisans	Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1994
Lise	Rize Lisesi	1989

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Trabzon Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölüm Başkanlığı	Karadeniz Teknik üniversitesi	2005-
2.	Trabzon Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi	Karadeniz Teknik üniversitesi	1997-
3.	Hemşire	Farabi Tıp Fakültesi Hastanesi	1994-1997

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	iyi	orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu #								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
56	55							
			Sayısal		Eşit Ağırlık		Sözel	
LES Puanı			65		68		72	
(Diğer) Puanı								

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Excell	Çok iyi
Power Point	Çok iyi