T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

TRAVAYDA UYGULANAN SAKRAL MASAJIN KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ, DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Meltem ERSÖZ

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi. Melike ÖZTÜRK

ADANA-2019

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

TRAVAYDA UYGULANAN SAKRAL MASAJIN KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ, DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Meltem ERSÖZ

EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi. Melike ÖZTÜRK

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TYL-2017-8695 nolu proje ile desteklenmiştir.

Tez No:……
ADANA-2019

KABUL ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

"Travayda Uygulanan Sakral Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi, Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisi"

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 04 / 09 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ

Dr. Öğretim Üyesi Melike Öztürk
Çukurova Üniversitesi
Başkan

Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü
Çukurova Üniversitesi
Üye

Dr. Öğretim Üyesi Ebru Gözüyeşil
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

ETİK BEYANI

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI

Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesini okuduğumu ve anladığımı ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 04/09/2019

Meltem ERSÖZ

Kayıtlı olunan Program: Ebelik
Tezin Konusu: Travayda Uygulanan Sakral Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi, Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisi

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Danışmanın Adı-Soyadı: Melike Öztürk
Danışmanın İletişim Bilgileri
Telefon:0322 338 6484-1117
E-Posta: mozturk@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri
Telefon: 0545 4955328
E-Posta:meltemersoz90@gmail.com
Adresi: Ulubatlı Hasan Mahallesi 3068 sokak no:26 Yüreğir/ADANA

**Bu belgenin Lisansüstü eğitim tezleri savunmaya alınmadan önce öğrenci tarafından doldurulup imzalanarak Enstitü Müdürlüğüne teslim edilmesi gerekmektedir.*

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleriyle bana destek olan, bana inanan, bana güvenen değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK'e,

Bu çalışmanın tüm aşamalarında yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ'ye,

Yüksek lisans yapmam için beni cesaretlendiren, bu yola girmemi sağlayan, bana yol gösteren değerli hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu AVCIBAY VURGEÇ'E,

Tezimin her aşamasında bana destek olan, bilgi, deneyim ve sabrını benden esirgemeyen değerli arkadaşım Ayşe ŞENOĞLU'na,

Tezimin vaktinde teslim edilmesi için bilgi ve tecrübeleriyle bana katkı sağlayan değerli arkadaşım Arş. Gör. Emine DEMİR'e,

Bu çalışmayı destekleyen Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Ayrıca, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi doğumhane ünitesinde çalışan değerli ebe arkadaşlarıma ve katılımcılara,

Bana annelik duygusunu yaşatan o küçük bedeninde kocaman yürek taşıyan, sevgi dolu, masum, canım oğlum Selim'e teşekkür ederim.

Meltem ERSÖZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL ONAY ii
ETİK BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
İÇİNDEKİLER v
ÇİZELGELER DİZİNİ vii
ÖZET viii
ABSTRACT ix
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİ 3
2.1. Doğum Süreci 3
2.2. Ağrı 4
2.2.1. Ağrının Tanımı 4
2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması 4
2.2.3. AğrıTeorileri 7
2.2.4. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler 8
2.2.5. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi 8
2.2.6. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Yöntemler 9
2.2.6.1. Farmakolojik Yöntemler 10
2.2.6.2. Nonfarmakolojik Yöntemler 10
2.2.6.2.1. Gevşeme/Rahatlama Teknikleri 10
2.2.6.2.2. Zihinsel / Mental Uyarılma 13
2.2.6.2.3. Tensel Uyarılma 14
2.2.6.2.4. Solunum Teknikleri 16
2.3. Masaj 17
2.3.1. Sakral Masaj 18
2.3.2. Masaj Uygulamasının Terapötik Etkileri 18
2.3.3. Sakral Masaj Uygulama Yöntemi 19
2.4. Kaygı 19
2.5. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebenin Rolü 20

3. GEREÇ ve YÖNTEM 23
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi 23
3.2. Araştırmanın Hipotezleri 23
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 24
3.5. Veri Toplama Araçları 25
3.6. Verilerin Toplanması 27
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi 29
3.8. Araştırmanın Etik Yönü 30
3.9. Araştırma Sınırlılıkları ve Güçlükleri 30
4. BULGULAR 31
4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulgular 31
4.2. Katılımcıların Korku Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular 33
4.3. Katılımcıların Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular 35
4.4. Katılımcıların Maternal İzlem Bulguları 36
4.5. Katılımcıların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular 41
5. TARTIŞMA 44
5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışması 44
5.2. Katılımcıların Korku Kaygı Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması 45
5.3. Katılımcıların Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması 50
5.4. Katılımcıların Maternal İzlem Bulguların Tartışması 52
5.5. Katılımcıların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışması 54
6. SONUÇ ve ÖNERİLER 56
KAYNAKLAR 58
EKLER 66
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu 66
Ek-2: Vizüel Analog Skala 68
Ek-3: Sürekli Kaygı Ölçeği 69
Ek-4: Durumluk Kaygı Ölçeği 70
Ek-5: Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu 71
Ek-6: Doğum Sonrası Değerlendirme Formu 72
ÖZGEÇMİŞ 74

ÇİZELGELER DİZİNİ

Şekil No:		**Sayfa No:**
Çizelge 1.	Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler	32
Çizelge 2.	Kadınlar Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumları	33
Çizelge 3.	Katılımcıların Gruplara Göre Doğumdan Korkma Durumları ve Korku Nedenlerinin Dağılımı	33
Çizelge4.	Kadınların Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar	34
Çizelge 5.	Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları karşılaştırılması	34
Çizelge 6.	Katılımcıların Gruplara Göre Ağrı Değerlendirme Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırması	36
Çizelge 7.	Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları	37
Çizelge 8.	Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişleri	39
Çizelge 9.	Katılımcıların Gruplara Göre Doğumun Zorluk Derecesi Puan Ortalamaları	42
Çizelge 10.	Gruplara göre doğum sonrası değerlendirme formu sorularının karşılaştırılması	42

ÖZET

Travayda Uygulanan Sakral Masajın Doğum Ağrısı, Kaygı Düzeyi ve Doğum Sürecine Etkisi

Bu araştırma, sakral masajın kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma 01 Mart-30 Mayıs 2017 tarihleri arasında randomize kontrollü olarak deneysel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Doğumhanesinde doğum yapmak üzere kabul edilen tüm gebeler, örneklemi ise 75 gebe oluşturmuştur. Etik kurul onayı, hastaneden izin ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, doğum sürecine ilişkin değerlendirme formu, doğum sonucuna ilişkin değerlendirme formu, ağrı değerlendirme ölçeği, sürekli ve durumluk kaygı ölçeği ile toplanmıştır. Veriler, IBM SPSS Statistics 22 programında analiz edilmiştir. Kritik anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Kadınların %46,7'sinin lise mezunu olduğu, %96,0'ının çalışmadığı, %61,3'ünün gelir durumunun orta olduğu, %64,0'ının gebeliklerinin planlı olduğu belirlenmiştir Deney ve kontrol grupları sosyo-demografik ve gebeliğe ilişkin özellikleri bakımından benzerdir ($p>0,05$). Kadınların %96.0'ının doğum yapma düşüncesinden korktukları ve %47,9'unun en çok doğum ağrısından korktukları bulunmuştur.

Çalışmamızda sakral masaj ve adaçayı yağı ile sakral masaj grupları arasında kaygı düzeyi, doğum ağrısı bakımından anlamı farklılık bulunmamaktadır. Ancak kontrol grubu ile her iki deney grubu arasında anlamı farklılık vardır ($p<0,05$). Kontrol grubunun doğumun zorluk derecesi puan ortalamaları deney gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,001$). Deney grupları ile kontrol grubu arasında doğum süreci açısından fark yoktur. Deney grubundaki kadınların doğum memnuniyeti daha yüksektir.

Bu çalışma sonuçları, travayda uygulanan sakral masajının, gebelerin doğum ağrılarını ve kaygı düzeylerini azaltmada etkili olduğunu, memnuniyet oranını arttırdığını ancak doğum süreci üzerine bir değişiklik oluşturmadığını ve sakral masaj uygulaması sırasında adaçayı yağı ve vazelin kullanılmasının bu sonuçları değiştirmediğini göstermektedir.

<u>Anahtar Kelimeler:</u> Adaçayı yağı, Doğum, Doğum ağrısı, Kaygı, Sakral Masaj.

ABSTRACT

The Effect of Sacral Massage Applied in Labor on Birth Pain Anxiety Level and Birth Process

The aim of this study was to determine the effect of sacral massage on anxiety level, birth pain and birth process of women.

The study was conducted between March and May 2017 in a randomized controlled experimental type. The population of the study consisted of all pregnant women accepted to give birth in Balcalı Hospital of Çukurova University Faculty of Medicine and the sample consisted of 75 pregnant women. Ethics committee approval, hospital consent and informed consent were obtained from the participants. The data of the study were collected by informed consent form, assessment form related to the birth process, assessment form regarding the outcome of the birth, pain assessment scale, continuous and state anxiety scale. Data were analyzed in IBM SPSS Statistics 22 program. Critical significance value was taken as $p < 0.05$.

It was determined that 46.7% of women were high school graduates, 96.0% were not working, 61.3% had moderate income, and 64.0% had pregnancies planned. Experimental and control groups were related to socio-demographic and pregnancy properties are similar ($p > 0.05$). It was found that 96.0% of the women were afraid of giving birth and 47.9% of them were most afraid of birth pain. In our study, no significant difference was found between sacral massage with sage oil and sacral massage groups in terms of anxiety level and birth pain. However, there was a significant difference between the control group and both experimental groups ($p<0.05$). The mean score of difficulty of birth of the control group was statistically higher than the experimental groups ($p = 0.001$). There was no difference between the experimental and control groups in terms of delivery process. Women in the experimental group had higher birth satisfaction.

The results of this study show that the sacral massage applied during labor is effective in reducing the birth pain and anxiety levels of pregnant women, increases the satisfaction rate but does not change the delivery process and the use of sage oil and vaseline during sacral massage does not change these results.

Key Words: **Anxiety, Birth, Birth pain, Sacral Massage, Sage oil**

1. GİRİŞ

Doğum, kadın ve ailesi için özel bir deneyim olup, fizyolojik bir olaydır. Doğum ağrısı, bugün literatürde tanımlanan en şiddetli ağrılardan biridir. Gebenin yaşı, eğitim düzeyi, yaşadığı kültür, ağrının gebe için anlamı, doğum sayısı, daha önceki doğum deneyimleri, doğum öncesi eğitim almış olması, doğum sürecinde aile ve sağlık profesyonellerinin desteği gibi etkenler kadının doğum ağrısı ile baş etme düzeyini etkilemektedir (1,2).

Doğum ağrısının kontrol altına alınamadığı durumlarda gebede stres oluşur ve durum anne, fetüs ve yenidoğan sağlığını olumsuz etkiler (3,4). Doğum ve doğum ağrısına bağlı oluşan stres sonucunda sempatik sinir sistemi aktif hale gelir. Sempatik sinirlerin uyarılması ile annede plazma katekolamin, kortizol ve glukojen yoğunluğu artar. Periferal vazokonstrüksiyon nedeniyle plasental kan akımı azalır ve bu olay fetüste metabolik asidoza ve fetal hipoksiye neden olmaktadır (5,6,7). Doğum ağrısının bir diğer olumsuz etkisi de doğum eyleminden ve doğum ağrısından oluşan korkunun, kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma teşvik etmesidir (8,9). Yapılan araştırmalar, sezaryen doğumun psikososyal nedenleri arasında kadının daha önce yaşadığı olumsuz doğum eylemi deneyimi, yetersiz bakım, doğum korkusu ve doğum sürecine bağlı oluşan kaygı olarak belirlemiştir.

Doğum ağrısı, kadının doğuma yönelik algısını da olumsuz etkilemektedir. Doğum ağrısının kontrol altına alınamaması gebelerin doğuma yönelik memnuniyetinin azalmasına ve doğumla ilgili olumsuz deneyimler yaşamasına neden olmaktadır (10,11). Olumsuz bir doğum eylemi de kadında postpartum depresyon, posttravmatik stres, sonraki doğumlarda sezaryen tercihi, istenmeyen gebeliklerde küretaj, cinsel disfonksiyon, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik, bebeği ihmal etme gibi durumlara neden olabilir (10,12,13). Doğum ağrısının kontrolünün sağlanması anne adayının doğum eyleminde memnuniyetinin artırılmasını ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamasını sağlar.

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere ikiye ayrılır. Doğum ağrısı ile başa çıkmada yaygın olarak kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, herhangi bir ilaç kullanılmaksızın tamamen kadının rahatlamasını sağlayan, ağrıyı en az algılamaya yönelten yöntemlerdir

(14). Nonfarmakolojik yöntemler invaziv değildir, uygulaması kolay, ucuz ve güvenilirdir (1,15). Gebenin doğum eylemine aktif katılımına yardımcı olur. Ayrıca maliyeti azaltmada etkilidir (15,16). Anne ve fetüs sağlığı açısından zararı yoktur. Doğum sürecini yavaşlatmaz, yan etkisi ya da alerji riski yoktur (15). Başka bir olumlu etkisi ise, doğum ağrısını hafifletmek için kullanılan bu yöntemlerin, algılanan doğum ağrısını azaltarak gebenin anksiyete düzeyini düşürmesi ve doğumda daha olumlu deneyimler yaşamasını sağlamasıdır.

Doğum ağrısını azaltmada kullanılan en eski tensel uyarılma yöntemi masajdır. Masaj; sağlıkta iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına amaçlı ve sistematik bir şekilde elle yapılan işlemdir. Masaj doğum esnasında rahatlamayı sağlar, ağrının kuvvetini azaltır, kas spazmını gevşetir, fiziksel hareketliliği artırır, odak noktasını başka yöne çeker ve genel rahatlama sağlar (17,18). Field ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, masajın doğum ağrısını, annenin korku düzeyini ve depresif modunu azaltmada etkin olarak rol aldığı ortaya çıkmıştır (17). Masajın doğum ağrısının kontrolüne yönelik etkisinin incelendiği başka bir çalışmada, masaj uygulanan grupta doğumun ilk ve ikinci evrelerinde kadınların algıladıkları ağrı şiddetinde azalma olduğu, doğumun üçüncü evresinde ise algılanan ağrı düzeyinde fark olmadığı belirtilmiştir (19). Nonfarmakolojik uygulamalar, ebe ve hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirebileceği ve gebeyle işbirliği yaparak uygulayabileceği yöntemlerdir (20,21). Doğum salonlarında çalışan ebeler doğum ağrısıyla baş etmede kullandıkları nonfarmakolojik yöntemlerin, sınırlılıklarını, etkilerini, maliyetini bilmeli ve bu uygulamaların etkin bir şekilde harekete geçirilmesinde gebeye yardımcı olmalıdır (22). Çalışmamızda travaydaki gebelerde uygulanan hem sakral masajın hem de adaçayı yağının doğum ağrısı, kaygısı ve sürecine etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİ

2.1. Doğum Süreci

Doğum eylemi, konsepsiyon ürünlerinin (fetus, amniyotik sıvı, plasenta ve membranlar) uterustan ayrıldığı ve vajen yoluyla dış dünyaya atıldığı fizyolojik olaydır. Düzenli uterin kontraksiyonlara servikal efasman ve dilatasyon ile fetal inişin eşlik etmesi olarak tanımlanmaktadır (23).

Doğum eyleminin normal sürecinde gitmesi, normal bir doğum olması için, termde (gebeliğin 38. ve 42. haftaları arasında), kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün varlığı, verteks pozisyonunda, baş pelvis uyuşmazlığı olmadan sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı olması gerekmektedir (24). Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşmektedir.

Birinci evre; servikal silinme ve dilatasyonun gerçekleştiği evredir. Bu evre gerçek doğum ağrıları ile başlamakta, servikal silinme (%100) ve dilatasyonun (10 cm) tamamlanması ile sonlanmaktadır. Doğumun birinci evresi hem primiparlarda, hem de multiparlarda uzun sürebilmektedir. Nulliparlarda ortalama 8 – 10 saat, multiparlarda ise ortalama 6 – 7 saat sürmektedir. Birinci evre diğer evrelerden farklı olarak üç faza ayrılmaktadır. Bunlar; latent (erken), aktif ve geçiş fazlarıdır (25).

Latent faz, düzenli uterus kasılmaları ile başlar, dilatasyon 5 cm olana yani aktif faza kadar devam eder. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saattir. Latent fazın nulliparda 20 saat, multiparda 14 saat üzerine çıkması durumunda uzamış latent fazdan bahsedilir.

Aktif faz, primiparlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilmektedir. Aktif fazda serviksin açılma hızı ilk gebeliklerde 1.2 cm/saat, diğer gebeliklerde ise 1.5cm/saattir (26). Geçiş fazında, servikal açıklık 8 cm'den 10 cm'ye kadar ulaşmaktadır. Geçiş fazı kısa süreli fakat ağrının yoğun olarak hissedildiği bir fazdır. Nulliparlarda ortalama 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmesi beklenmektedir. Doğumun oldukça zor bir dönemidir. Kadın bu dönemde çok hassas ve sinirli olabilmektedir. Geçiş fazında kontraksiyonlar 1-2 dakikada bir gelip 60-90 saniye süren şiddetli karakterdendir (1,27).

İkinci evre; tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki geçen süredir. Bu süre boyunca uterus kontraksiyonlarının sonucu olarak kadında istemsiz

ıkınma dürtüsü vardır. Kadınlara doğumun ikinci evresinde geçen sürenin değişebileceği bilgisi verilmelidir. Tahmini olarak ikinci evre primiparlarda 3 saat, multiparlarda ise 2 saatte tamamlanır (26). Bu saatlere epidural varlığında +1 saat eklenebilir (28).

Üçüncü evre; bebeğin doğumundan başlayıp plasentanın ayrılıp atılması ile sonlanmaktadır. Bu evreye plasental evre de denilmektedir. Plasentanın ayrılıp atılması 5 ile 30 dakika arasında gerçekleşir (1). Bu evrede plasentanın ayrılma belirtileri olan ani kanama, umblikal kordun boyunda uzama, uterusun fundusunun umblikus hizasına yükselmesi, uterusun küre şeklini alması, simfisiz pubis üzerine bastırıldığında umblikal kordun içeri çekilmemesi dikkate alınarak plesantanın çıkarılması sağlanmaktadır (4,29).

Dördüncü evre; plesantanın doğumundan sonraki ilk 1-4 saati içermektedir. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır (30). Kan kaybı yönünden kadının değerlendirilmesi gerektiği bir evredir. Vital bulgular yönünden de değerlendirilmesi gereken evreler arasındadır. Eylemin dördüncü evresinde fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır (1,25).

2.2. Ağrı

2.2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı, insanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kişisel ve kompleks bir durumdur. Bu nedenle bireyleri profesyonel yardım almaya en fazla motive eden semptomdur. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (International Association for the Study of Pain/ IASP) tarafından ağrı öznel bir deneyim olarak nitelendirmiştir (31). IASP tanımına göre ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile de ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyumdur, davranış şeklidir (32).

2.2.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi ve doğru bir tedavi planlaması yapılabilmesi için ağrının sınıflandırılması gereklidir. Ağrı, çok boyutlu bir kavram

olduğu için sınıflandırılması farklı şekillerde yapılabilir. Ağrı, yaygın olarak mekanizmasına, süresine ve kaynaklandığı bölgeye göre üç grupta sınıflandırılır (32).

Başlama Süresine Göre ağrı Sınıflaması: Ağrı başlama sürelerine göre ikiye ayrılmaktadır. Bunlar;

Akut Ağrı: Daima nosiseptif nitelikte olup, vücuda zarar veren bir olayın (enfeksiyon, doku hipoksisi, travma gibi) varlığını göstermektedir (29). Akut ağrı, ani olarak başlayan ve neden olan lezyon ile arasında yer, zaman, şiddet açısından yakın ilişkisi olan, doku hasarıyla başlayıp yara iyileşmesi sürecinde giderek azalan ve zamanla kaybolan ağrı şeklidir. Akut ağrı, üzerinden 3–6 ay süre geçtiğinde kronik ağrı özellikleri gösterir. Postoperatif ağrı akut ağrıya örnektir (32).

Kronik Ağrı: Altı aydan fazla süren, çoğu kez nosiseptif nitelikte olup uyarıcı işlevi geçtikten sonra, kişinin hayat kalitesini değiştiren, kişileri anormal davranışlara yönelten, psikolojik etkenlerin rol oynadığı kompleks bir tablodur (29,33).

Mekanizmalarına Göre Ağrının Sınıflandırılması: Ağrı mekanizmalarına göre beşe ayrılmaktadır. Bunlar;

Nosiseptif ağrı: Nosiseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyaranlar, nosiseptörlerce algılanır. Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan bu özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletildikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir (33,34).

Nöropatik ağrı: Nöropatik ağrı, nonnosiseptif ağrı için en yaygın kabul gören terimdir. Nöropatik ağrı, nosiseptörlerin olaya katılmadığı ağrı çeşididir (33). Nöropatik ağrı aralıklı, kısa süreli, saplanıcı, uyuşma, karıncalanma, keçeleşme, elektrik çarpması ve yanma tarzında hissedilen ağrılardır. Nöropatik ağrı, kendiliğinden ortaya çıkabilir. Ağrı eşiği düştüğü için normalde ağrısız olan bir uyarı ağrıya neden olabilir (allodini) ve uyarıya sürekli ve abartılı yanıt (hiperaljezi) verilebilir (35,36). Nöropatik ağrı, periferik veya santral sinir siteminin, primer bir lezyon veya disfonksiyonu sonucu gelişen ağrıdır. En sık görülen santral sinir sistemini ilgilendiren nöropatik ağrılara, spinal kord yaralanması, multipl sklerozis, epilepsi ve inme gibi yapısal değişikliklere bağlı ağrılar örnek verilebilir. En sık görülen periferik sinir sistemini ilgilendiren

nöropatik ağrılara ise, trigeminal nevralji, radükülit, polinöropati ağrıları ve posttravmatik nevraljiler örnek verilebilir (32,36,37)

Deafferantasyon ağrısı: Periferik ve santral sinir sistemi yaralanmaları sonucunda somatosensoryal uyaran iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin kesilmesi ile ortaya çıkar. Örnek olarak Talamik ağrılar, fantom ağrıları gösterilebilir (29,33).

Reaktif ağrı: Motor ya da sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Halk arasında kulunç olarak adlandırılan myofasial ağrılar reaktif ağrıya örnektir (29,32,33).

Psikosomatik ağrı: Temelini psikolojik sorunlar oluşturmaktadır. Anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunların arttığı durumlarda, doku hasarı varmış gibi algılama olmakta ve ağrı hissedilmektedir. Ağrı vücudun tüm bölgelerinde olabilir; gerilim tipi baş ağrısı, myofasial ağrı ve anjina benzeri ağrılar görülebilir. Somatizasyon ve hipokondriazis örnek olarak verilebilir. Psikosomatik ağrıda kişinin ağrıyı kullanması söz konusudur. İlgi çekmeye ve toplumun dikkatini üzerinde toplamaya yöneliktir (32).

Kaynaklandığı Dokuya Göre Ağrı Sınıflaması: Bunlar;

Somatik Ağrı: Somatik sinir lifleriyle taşınan ağrıdır. Ani olarak başlar. Keskin, iyi lokalize edilebilen batma, sızlama, zonklama tarzında olan ağrılardır ve tanısı kolaydır. Travma, kırık, çıkık gibi durumlarda görülen ağrılar bu ağrıya örnektir (38,39,40).

Visseral Ağrı: İç organlardan kaynaklanır. Toraks, abdomen veya pelvik dokulardan köken alır. Viseral ağrı genellikle künttür, yavaş artar, yaygındır, lokalizasyonu güçtür, kolik veya kramp tarzındadır. Genellikle boş organ distansiyonu ile oluşur. Visseral ağrı, başka bölgelere yansıyabilir. Kardiyak ağrının sol kol, diyafragmatik ağrının sol omuza yansıması visseral ağrı yansımalarına örnekleridir (41).

Sempatik Ağrı: Sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan damarsal kökenli ağrılar, CRPS (kompleks rejyonal ağrı sendromu) ve kozaljiler örnek olarak gösterilebilir (29,33).

Periferal Ağrı: Kaslar, tendonlar veya bizzat periferik sinirlerin kendinden köken alabilir (42,43).

2.2.3. AğrıTeorileri

Ağrının gerçek geçiş mekanizması ve algılanması tam olarak bilinmemekle birlikte ağrı teorilerine nörofizyolojik, psikolojik ve sosyolojik araştırmalar katkı sağlamıştır (30). Ağrı teorileri, ağrısı olan hastanın ağrısının değerlendirilmesi ve azaltılması için kavramsal çerçeve oluşturur (31). Ağrı algılamasının azalması bazı ağrı teorileriyle açıklanmaktadır. Bunlar ;

- Kapı Kontrol Teorisi,
- Endorfin Teorisi,
- İnteraktif Ağrı Modeli'dir.

Kapı kontrol teorisi: Ronald Melzack ve Patrick Wall, 1965 yılında günümüzde geçerliliğini sürdüren ve 1980'lerde yeniden geliştirilen kapı kontrol teorisini ileri sürmüştür (31,29,44). Kapı kontrol teorisine göre, ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır (15). Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları, ağrı geçişini kontrol eder; eğer kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç seviyesine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilince ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (15,30,45,46).

Endorfin Teorisi: Endorfin; vücudun kendisinin salgıladığı narkotiklere benzer madde olarak tanımlanmış ve 1970'lerin ortalarında ortaya cıkmıştır. Endorfin terimi endojen ve morfin kelimelerinin birleşimi olup içinde morfin olan demektir. Endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek ve uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını engellemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulurlar (47). Endorfin bireyin kendisini iyi hissetmesini ve ağrı eşiğinin yükselmesini sağlar. Gebelik sürecinde ise doğal olarak üretilir. Gebeliğin sonuna doğru endorfinlerin seviyesi artar ve anne adayının kendisini iyi ve doğuma hazır hissetmesini sağlar. Artan endorfin seviyesi amnezi olarak bilinen ve gebelikte sık rastlanan unutkanlığın da sebebi olarak bilinir. Bu nedenle doğum sırasında çekilen ağrının unutulmasında endorfinlerin oldukça etkili olduğu düşünülmektedir (15).

İnteraktif ağrı modeli: Ağrı teorileri, ağrının çok boyutlu özelliğini anlamada yardımcı olmakla beraber ağrıyı gideren ya da engelleyen kompleks etkileşimi açıklamada yetersizdir. Ağrı ve ağrının giderilmesini anlamak için bakım sisteminin kritik bir değişken olduğu gözden kaçırılmaktadır. Ağrısı olan ve ona tepki gösteren

bireyler çeşitli sosyal sistemlerin içindedir (aile, kültür, bakım sistemi v.b). Bu sosyal sistemler, ağrının yorumlanmasını, ifade ediliş biçimini ve ağrının giderilmesi için neyin yapılıp neyin yapılmayacağını etkiler. Sosyal sistemler kişinin ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrının giderilmesini etkiler (48,32).

2.2.4. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında iki bileşen etkili olmaktadır. Bunlardan birincisi fizyolojik kaynaklıdır ve duyusal reseptörlerle oluşur. İkincisi ise psikolojik olup reaksiyon/tepki sürecini içerir. Bu ağrılar sıklıkla, diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerinde etkili olmaktadır (15,30).

Fizyolojik Faktörler: Doğum ağrısı genellikle visseral ve somatik olmak üzere iki kısma ayrılır. Visseral ağrı; sıklıkla ağrı, sızı şeklinde ifade edilen yavaş, derinde hissedilen, lokalizasyonu belli olmayan bir ağrı türü olup, uterustaki kasılmalar ve servikal dilatasyon nedeniyle doğumun birinci evresinde daha baskın görülmektedir. Somatik ağrı tam lokalizasyonu belli olan, hızlı ve keskin bir ağrıdır. Fetüsün doğum kanalından inişi sırasında maternal dokulara direkt baskı yapması somatik ağrının daha çok doğumun birinci evresinin sonunda ve ikinci evresinde görülme nedenidir (29,49,50).

Psikososyal Faktörler: Birçok psikososyal değişkenin kadının doğum ağrısını algılayışı üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Psikososyal faktörler, kadınların kültürel ve etnik kökenini, eğitim seviyesini, doğum deneyiminden beklentisini ve doğuma hazırlanma durumunu, daha önceki ağrı deneyimini ve baş etme güçlerini kapsamaktadır (25).

2.2.5. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Ağrı, IASP'ye göre öznel bir durumdur. Bu nedenle, ağrının değerlendirilmesinde kullanılan en güvenilir kaynak, ağrıyı yaşayan bireydir (51,52,53). Ağrının her birey için farklı anlam taşıması, birey ve yakınlarından ayrıntılı anamnez almayı, bireyi sürekli gözlemlemeyi ve uygun ağrı ölçüm yöntemlerinden yararlanmayı gerektirmektedir (31,32). Ağrıyı en kolay değerlendirme yolu kişiye ağrısının olup

olmadığının sorulmasıdır. Ancak, ağrının sadece "var" ya da "yok" olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme esnasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, yeri, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Bu nedenle ağrı değerlendirme ölçekleri geliştirilmiştir (15,33).

Ağrıyı değerlendirmek için kullanılan yöntemler, hastanın subjektif olan ağrısının şiddetini ve niteliğini objektif hale getirmeye, hasta bakımından sorumlu sağlık ekibi üyeleri arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermelidir (31,32). Genellikle ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu veya çok boyutlu yöntemler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçeklere örnek olarak Sözel Kategori Ölçeği, Sayısal ve VAS, Yüz İfadesi Ölçeği ile Burford Ağrı Termometresi verilebilir (54). Çok boyutlu ölçeklerde ise ağrının yeri, niteliği, ağrıyı etkileyen faktörler ile ağrının şiddeti gibi birçok özelliğin aynı form kullanılarak değerlendirilmesini sağlanmaktadır (15). Çok boyutlu ölçekler ağrıyı tüm yönleriyle ele alır. Ancak tek boyutlu ölçeklere göre değerlendirme daha uzun sürer. Çok boyutlu ölçeklerin çoğunun anlaşılmasının güç olması, akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede, ağrı şiddetini ölçmede kullanımını sınırlandırmaktadır (53,54). Doğum ağrısını değerlendirmede en fazla kullanılan ölçekler; Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale- VAS) ve McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)' dur (31).

2.2.6. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Yöntemler

Doğum ağrısının fizyolojik olmasına rağmen tolere edilememesi, anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle Amerikan Anesteziyoloji Derneği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği doğum ağrısını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmiştir.

Bir sağlık profesyonelinin bu süreçte gebeye uygulayacağı girişimlerin niteliği ve etkinliği, ağrı ile baş etmeleri konusunda yol gösterici olmalıdır. Birbirinden farklı avantaj ve dezanavtajlara sahip olmalarına rağmen uygulama amaçları gebenin doğum

ağrısını hafifletmek, ağrı sonucunda ortaya çıkabilecek duygusal tepkileri kontrol edebilmek ya da kendisinin kontrol edebilmesini sağlamaktır (29).

Doğum ağrısının kontrol altına alınmasında farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Doğum ağrısı ile baş etmede kullanılan bu yöntemlerde basitlik, güvenilirlik ve anne fetüs sağlığına zarar vermemesi özellikleri aranır (38).

2.2.6.1. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemler genellikle sistemik ve bölgesel olarak iki gruba ayrılırlar (31).

Sistemik olarak uygulanan anestezikler narkotikler, sedatifler, trankilizanlar, amnetikler, inhalasyonel analjezi ve inravenöz genel anestezidir. Sistemik anestezikler doğum ağrılarını hafifletmede çok etkili olmalarına rağmen yan etkileri yüksek dozlarda kullanılmalarını engeller. Sistemik anestezi de kullanılan hemen hemen tüm ilaçlar plasentadan geçerek fetüsü etkilerler. Yenidoğanda solunum depresyonuna neden olurken, annede de solunum depresyonun yanı sıra bulantı, kusma, hipotansiyon, koruyucu reflekslerin azalması gibi yan etkileri vardır (15,31).

Bölgesel anesteziler son yıllarda doğumda analjezi için en sık kullanılan yöntemlerdendir. Bölgesel anestezi gebenin uyanık olmasına ve doğumda yer almasına olanak sağlayarak ağrıyı azaltır. Parenteral veya inhalasyonel anestezi teknikleriyle karşılaştırıldığında bölgesel anestezide ilaca bağlı fetüste solunum depresyonu ve annede aspirasyon pnömonisi daha az görülür. En sık kullanılan rejyonel anestezi formları spinal, lumbar, epidural, kaudal, paraservikal, pudental ve lokal perineal infiltrasyondur (31).

2.2.6.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler genellikle dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme/rahatlama teknikleri, zihinsel-mental uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (15,55).

2.2.6.2.1. Gevşeme/Rahatlama Teknikleri

Gevşeme, anksiyetenin ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesi temeline dayanmaktadır. Gevşeme yöntemi ile oksijen tüketimi, kas tonüsü, kalp ve solunum

hızının azalması, kan basıncının düşmesi ve deri direncinin arttırılması sağlanmaya çalışılmaktadır (56).

Hareket ve Pozisyon: Doğum ağrılarını azaltmada etkili olan girişimlerden biri de kadının uygun gördüğü hareket ve pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır. Kadınlar doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyonda iken (vertikal pozisyonda), düz ya da yan yatış pozisyonuna (horizantal pozisyon) oranla daha az karın ve sırt ağrısı hissetmektedirler. Doğumda gebelerin dik pozisyonda durma, ayakta ve öne doğru eğilme, öne doğru hamleler yapma, tuvalete oturma, yarı oturur pozisyonda oturma, öne doğru destek cisme dayanma, el diz pozisyonu, diz göğüs pozisyonu gibi pozisyonları uygulamaları doğumun ilerlemesi ve ağrı kontrolünün sağlanmasına yardımcı olmaktadır (15,29). Rahatlatıcı pozisyonlardan yan yatış pozisyonu, özellikle sol yana uzanma, doğum eyleminin ilerleyen evrelerinde istenen pozisyon şeklidir. Bu pozisyonda uteroplasental dolaşım daha kolay sağlanmaktadır. Sırtüstü pozisyonda vena kava üzerine basınç artar ve mide bulantısı, baş dönmesi görülebilir. Bu pozisyon tercih edilecekse sırtın her iki yan tarafı yastıklarla desteklenmelidir (29).

Biyolojik Geri Bildirim (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 (5,15,30). Biofeedback, kadının bedensel farkındalığını artırmakta ve ruhsal olarak gerginlikten kurtulup rahatlamasını sağlamaktadır (57).

Hipnoz: Hipnoz, bireyleri ruhsal bunalımlarından, bunların neden olduğu alışkanlıklardan ve fiziksel rahatsızlıklardan arındırmak amacı ile uzun yıllardır uygulanan bir tedavi yöntemidir. Yönteme inanmak ve şikâyetlerinden kurtulmak istemek, hastanın telkine yatkınlığı ve de tedaviyi uygulayana güven tedavinin temel koşuludur (58). Hipnozun doğumda kullanımı, cerrahi müdahaleyi azaltmış ve kadının doğumla ilgili memnuniyetini artırmıştır. Hipnoz özellikle kadının anestezi almasının uygun olmadığı durumlarda daha etkin bir şekilde kullanılabilir (58). Amerika ve İngiltere'de 1969-2011 yılları arasında yapılan, kontrollü çalışmaların ele alındığı bir derlemede toplam 8395 kadına doğum sırasında ağrılarını azaltmak amacıyla hipnoz uygulaması değerlendirilmiş, bu çalışmaların hiç birinde epidural anestezi kullanılmamıştır. Çalışmada en önemli sonuç olarak hipnozun ağrı kesiciye olan ihtiyacı

azalttığı, doğumda ilk evrenin süresinin kısaldığı, yapay oksitosin kullanımının daha az ve spontan doğum sayısı daha fazla bulunduğu bildirilmiştir (58). Hipnozla doğum yapmış kadınlar doğum sonu da oldukça rahattırlar. Aldıkları telkinler sayesinde lohusalık döneminin sıkıntıları ile de kolaylıkla baş edebilmektedir. Doğumda hipnoz uygulayan sağlık profesyonelleri, direk telkin ile süt salgılarının arttığını, anne ile bebek arasındaki bağlanmanın çok olumlu geliştiğini ve bu sayede bebek bakımının kalitesinin de arttığını bildirmişlerdir (58).

Ses Çıkarma: Ses çıkarma ve inleme de ağrıyı azaltmak için kullanılan tekniklerden biridir. Doğurmak üzere olan kadınlara, doğum eylemi sırasında gürültü yapmamaları, bağırmamaları söylenmektedir. Ancak kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlıdır. Özellikle doğumun zor zamanlarında kadınlar, ses çıkararak biraz da olsa rahatlamaya çalışmaktadır (20). Ses çıkarma; inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlamayı içermektedir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırdığı anlamına gelmez, tam aksine kendi bedenine dikkatini yöneltmiş olan kadının içindeki enerjinin bir kısmının sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir. Doğum yapan bir kadın için bu olay, ilk kez yaşadığı bir deneyim olabilir. Duyarlı bir ebe/hemşire gebenin bu tür ağrıya karşı gösterdiği tepkileri olumlu karşılamalı ve uygun iletişim tekniklerini kullanarak kadına destek olmalıdır (29,31).

Müzik: Müzik insan yaşamının her döneminde var olan bir kavramdır. Müzik ile terapinin ağrıyı hangi mekanizmalarla giderdiği tam olarak bilinmemekle beraber, gevşeme ya da dikkati başka yöne çekmede etkisi olduğu düşünülmektedir (30). Yapılan çalışmalar müziğin doğum sırasında kadınların anksiyetelerini, ağrı ve rahatsızlıklarını azalttığını göstermektedir (15,29). Diğer bir olası mekanizma ise işitsel uyarının ağrıyı doğrudan doğruya nörolojik olarak baskıladığıdır. Bireyin aktif olarak katılabileceği bir tekniktir. Sağlık profesyonelleri müziğin terapötik amaçlı kullanımında savunucu, kolaylaştırıcı, katılımcı, araştırıcı ve eğitimci rollerini üstlenerek bu yöntemi geliştirmelidir (15).

Akupunktur: Akupunktur, acus (iğne), puncture (batırma) kelimelerinden türeyen, çeşitli patolojilerin giderilmesi amacıyla, vücut üzerinde bulunan belirli noktalara iğne batırılmasıyla uygulanan bilimsel tedavi yöntemidir. Geleneksel Çin tıbbının bir parçası olan akupunkturda; vücudun özel noktalarında cilde yerleştirilen ince metal iğneler aracılığı ile stimülasyon sağlanarak, derinin hemen altından geçen

enerji kanalları ve bu kanallar üzerinde bulunan direnç noktalarının ilintili bulunduğu organlar arasında ilişki sağlanmaktadır (59). Akupunkturun amacı, vücudun tekrar uyum ve dengeye ulaşmasını sağlamaktır. Bu denge ve uyumun meydana gelmesinde ise akupunktur uygulamasının analjezik, homeostatik, otoimmun, sedatif, psikolojik ve motor fonksiyon iyileştirici etkilerinden yararlanılmaktadır (57,59).

Akupres (Shiatsu): Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan ilaçsız yöntemlerden biri de akuprestir. Akupres, 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 ulaşılabilinen 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 noktaya birden masaj yapmak daha olumlu bir etki oluşturmaktadır (5,15).

Akuprese benzeyen ve Japonların kullandığı diğer bir basınç uygulama yöntemi Shiatsu'dur. Japonca'da shi:parmak, atsu: bastırmak anlamına gelmektedir. Akupresten farkı, parmak uçları veya avuç içi ile belirlenen noktalara basınç uygulanarak yapılıyor olmasıdır. Bu tekniğe iğnesiz akupunktur da denilebilir (31,60). Akupreste basınç eller, parmaklar (özellikle başparmaklar) veya tarak, buz kesesi, tenis topu gibi farklı nesnelerle de uygulanabilir (6).

2.2.6.2.2. Zihinsel / Mental Uyarılma

Zihinsel/mental uyarılma teknikleri ile annenin dikkati ve düşüncelerinin başka uyaranlara çekilmesi durumudur. Bu yöntem aynı zamanda sakin bir hayal kurma ortamı sağlayarak gevşemeye de yardımcı olur (31).

Hayal Kurma: Kişinin yoğun duyusal uyarı alması durumunda, beyin sapı ağrı uyaranlarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Bu özellik hayal kurma yönteminin ağrıyı azaltmada etkili olmasını sağlar (61). Hayal kurma; dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Doğum eylemi sırasında hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmiş ise her bir kontraksiyonda kendi düşüncelerine yoğunlaşabilir ve bu durumu uzun süre

devam ettirebilir. Bu tekniğin kullanılması tamamen bireyseldir. Bazen hayal kurma ve düşleme zor olabilir. Hayal kurma kişinin kendisi tarafından yapılır. Bazı durumlarda destek olacak kişinin anlatımları ya da hikayelendirmeleri de hayal kurmada yardımcı olmaktadır (31). Kadın özel bir hayal kurma tekniği kullanmamış ise ebe/hemşire kadına bu konuda yardımcı olmalıdır. Ebe/hemşire, kadına doğum mekanizmasında her bir kontraksiyon ile serviksin açıldığını ya da kendisinin ıkınmasıyla bebeğin aşağı ve dışa doğru itildiğini göz önünde canlandırmasını sağlayarak yardımcı olabilir (20).

Odak Nokta: Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında bir uyaranda toplanmasıdır. Bu uyaran basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir duyu olabilir. Kadın kendisini ağrı duyusundan korur iken, diğer duyusal girdileri arttırır. Bu duyu, iç ya da dış olabilir. Bu teknik, 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 kontrol duygusunu geliştirir. Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak belirlenebilir. Kontraksiyon anında dikkati doğrudan başka bir yöne verme çok önemlidir (20,62).

2.2.6.2.3. Tensel Uyarılma

Tensel uyarılma teknikleri kapı kontrol ve endorfin teorilerine göre ağrı kontrolünü sağlamaktadır (31). Genellikle doğu kültüründe kullanılan dokunma tekniği özel bir terapötik dokunmadır. Doğum eyleminde ağrısı olan gebelere ebe/hemşirenin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte terapötik dokunmanın gebenin durumluk anksiyetesini ve dolayısıyla da ağrı algısını azalttığı çalışmalarla bildirilmiştir (20).

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS): Düşük voltajlı elektrik dalgalarının veya uyaranın cilde uygulanan düz elektrotlar ile verildiği bir sistemdir (15). Transkütan Elektriksel Sinir Stimülasyonu(TENS); belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığıyla deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelere taşınmasıdır (5). Elektrotlar gebenin, doğumun birinci evresinde sırtta T10 -L1 seviyesine, ikinci evrede S2 –S4 seviyesine yerleştirilir. Elektrik stimulasyonunun yoğunluğu ve süresi ağrıyı optimize etmek için değiştirilebilir (31).

TENS'in sağladığı analjezinin tam mekanizması bilinmemektedir. Ağrı gidermede iki mekanizmadan bahsedilmektedir . Birincisi; kalın çaplı, myelinli A beta liflerinin aktivasyonu ile kapı periferden gelen ağrı impulslarına kapanır. İkincisi; mekanizma derin lif aktivasyonu ile ilgili olarak endorfin salgılanmasıdır (63). Başka bir teoride ise TENS'in endojen opioidleri salgıladığına inanılır. TENS'in kullanımı doğum ağrısını gidermede bir miktar başarı sağlamıştır (64,65). Yapılan bazı çalışmalarda doğum eyleminde TENS uygulananlar ile uygulanmayanlar arasında ağrı skorları açısından istatistiksel bir fark bulunamamasına rağmen, TENS uygulanan kadınların bu uygulamadan memnun kaldıkları belirtilmiştir (66). Kaplan ve arkadaşları (1998) TENS'in nulliparlarda ve multiparlarda özellikle doğumun birinci evresinde ağrıyı ve analjezik kullanımını azalttığı, fetal kalp hızı, apgar skoru ve fetal kord kanında ph yı etkilemediğini (67); Chao ve arkadaşları (2007) doğumun ilk evresinde Hegu [Li 4] ve Sanyinjiao [Sp 6] akupunktur noktolarına TENS uygulamanın ağrı skorlarını önemli derecede düşürdüğünü yaptıkları çalışmalarla göstermişlerdir (68).

İntradermal Steril Su Enjeksiyonu: İntradermal olarak sakrum çevresine dört ayrı noktaya steril su enjeksiyonu yapılmaktadır (64). Steril su sinir uçlarını uyararak daha şiddetli olan diğer ağrı hislerini bloke eder. ISSE belirgin düzeyde bel ağrısını, minimal düzeyde de abdominal kontraksiyonların yarattığı ağrıyı azaltmaktadır (59). Sırt ağrısı olan kadınlara, sakrum üzerinde 4 noktaya 0.1 ml'lik serum fizyolojik, tüberküloz testine benzer şekilde deride geçici papüller bırakarak enjekte edilir (31). Teknik olarak intradermal su bloğu uygulaması için; 0.05–0.1ml steril enjeksiyonluk su ve 1 ml'lik 25 gauge iğne uçlu bir enjektör kullanılmalıdır. İlk iki intradermal baloncuk her bir posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin 3cm aşağısına ve 1cm medialine yapılır. Bu yerleşimler yöntemin başarılı olmasında önemlidir (16).

Bu yöntemin en önemli avantajı etkili olması, anne ve fetüs sağlığına olumsuz etkisinin olmaması ve ekonomik olmasıdır. Dezavantajı ise etkisinin kısa süreli olması, işlem tekrarı gerektirmesi ve bel ağrısı dışında etkili olmamasıdır (64).

Sıcak-Soğuk Uygulama: Doğumda oldukça popüler olan yüzeyel sıcak uygulama teknikleri doğumun ilk evresinde özellikle oksiput posterior doğumlara bağlı bel ağrılarını rahatlatmak, doğumun ikinci evresinde ise perine ağrısını azaltmak ve perineyi travmalara karşı korumak amacıyla kullanılmaktadır (31,69). Sıcak uygulama

iskeminin ve büyük sinir uçlarının uyarılmasıyla ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir. Vazodilatasyon etkisi ile de ağrıyı azaltır. Vazodilatasyon, ağrının hissedildiği bölgelere kan dolaşımını arttırarak impulsları stimülize eden hücre metabolitlerinin bölgeden uzaklaştırılmasını sağlar. Isı reseptörleri ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur (31). Sıcak uygulama genel olarak kadının sırtına, alt karına, kasık ve/veya perineye uygulanmaktadır (15,31). Soğuk uygulama; kas spazmını önler, derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir. Sinir lifleri ve reseptörlerin ısısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır. Ağrılı bölgeyi inerve eden yüzeysel bir sinir üzerine, bir akupunktur ya da tetik bölgesine yerleştirildiği için ağrı sonlandırılabilir (3). Soğuk uygulama önlemleri ve kontrendikasyonları arasında doku travması, soğuk ürtiker, hipersensivite, hipertansiyon, Raynold fenomeni ve orak hücre anemisi sayılabilir (31).

Hidroterapi: Başlıca hidroterapi yöntemleri vücudun tamamına veya bir kısmına uygulanan; oturma banyoları, buhar banyoları, kolon irrigasyonu, sıcak/soğuk kompres ve buz uygulamalarıdır (59). Hidrotereapi, küvet veya masajlı banyonun yanı sıra duş şeklinde de yapılmaktadır. Kadının karnını yeterince kapatacak şekilde ılık suya dalmak, gevşemeyi sağlamak, doğum ağrısını azaltmak ve doğum sürecini ilerletmek için kullanılabilir (70). Doğum eylemi sırasında ılık suya girmenin doğum ve doğum ağrısını algılama üzerine fizyolojik açıdan etkisi oldukça fazladır. Ilık su endorfin salınımını uyarır, kas gerginliğini azaltarak kasları gevşetir, kalın çaplı sinir liflerini uyararak ağrı kontrol kapısını kapatır ve çok iyi dolaşım ve oksijenasyonu sağlar (31).

2.2.6.2.4. Solunum Teknikleri

Solunum teknikleri doğru kullanıldığı zaman doğum esnasında kadının ağrı eşiğini yükselterek, gevşemesinin sağlar, uteroplesental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla daha iyi baş edebilmesini sağlar. Çeşitli solunum teknikleri vardır ve annenin gereksinimine göre uygulanmaktadır (5,15,30).

İlk Düzey (Normal Solunum): Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi ağızdan nefes verilir. Solunum sırasında yalnızca göğüs duvarı hareket eder. Latent fazın başında uygulanır (31,57).

İkinci Düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu): Aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar ağrı ile baş etmeye yardımcı solunum tekniğidir. Her kontraksiyona

normal solunumla başlanır. Nefes yine burundan alınıp ağızdan verilir. Nefes alıp verirken de yavaş davranılır, yaklaşık 5 saniyede alınır 5 saniyede dışarı verilir. Kontraksiyon süresince derin ve yavaş göğüs solunumu devam ettirilir (15,20,31,57).

Üçüncü Düzey (Hızlı Yüzeyel Solunum): Bu teknik sesli solunum olarak da adlandırılmıştır (57). Solunumun karın kaslarını kullanmadan üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekmektedir. Her kontraksiyon normal solunum ile başlar. Kontraksiyon arttıkça solunum hızı da giderek artırılır. Kontraksiyonlar azalmaya başladığında solunum hızı da yavaşlar. İki kontraksiyon arası normal solunuma devam edilir (31).

Dördüncü Düzey Solunum (Üfleme-Karın Solunumu): Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli kullanılmaktadır. Bu teknikte nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Bu daha çok hızlı - yüzeyel solunum tipine benzer ancak solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir. Üfleme-Karın solunumu, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani 6 kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme şeklinde solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oran da azalır ve 6:1 , 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir. Bu teknikte nefes alıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar ortaya çıkar. Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapılır (1,31).

2.3. Masaj

Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalizasyonu sağlanmaktadır. Masajın ağrıyı hafifletmedeki etkisi kapı kontrol teorisine göre açıklanmaktadır. Ayrıca, masaj ile morfine benzer maddelerin salınımı gerçekleşmektedir. Gebe kadın doğum eyleminde kendisine masaj yapabilir veya başkası tarafından yapılabilir. Gebe kadın, doğum ağrılarıyla baş edebilmek için karnını, bacaklarını ya da belini parmak uçları ile hafif ve yavaşça ovabilir (31). Bir başkası tarafından gebe kadının ayaklarına, beline, omuzlarına ve boynuna masaj yapılması ağrıyı azaltmada oldukça etkilidir. Özellikle bel bölgesine yapılan masajda sakrum ve koksiks bölgesine küçük dairesel hareketlerle masaj yapılması gebeyi rahatlatır (71).

2.3.1. Sakral Masaj

Masaj ağrının giderilmesinde en yaygın olarak kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden birisidir ve yüzyıllardır rahatsızlıkların giderilmesi ve hafifletilmesi için kullanılır (72,73). Vücudun yumuşak dokularının sistematik olarak manipüle edilmesi olarak tanımlanan masaj, doğum eyleminde ağrı algısını azaltmak ve rahatlığı arttırmak amacıyla da kullanılmaktadır (72).

Ebelerin doğum ağrısını azaltmak amacıyla genel olarak sırt masajını uygulamaktadırlar (74). Brezilya da bir hastanede yapılan çalışmada (2015) 188 gebede doğum ağrısını azaltmak amacıyla doğum süresince kullanılan nonfarmakolojik yöntemler incelenmiş ve %55.9'una manuel masaj yapıldığı bildirilmiştir (72). Gebelerin masaja verdikleri tepkiler farklılık gösterebilmektedir. Bazı gebeler masajın kontraksiyon esnasında uygulanmasını tercih ederken bazıları da her kontraksiyondan sonra yorgun olan kasları rahatlatmak amacıyla uygulanmasını tercih edebilir. Bu nedenle uygulamanın gebelerin tercihine göre yapılması ağrı algısının azalmasına ve konforun arttırılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (74).

2.3.2. Masaj Uygulamasının Terapötik Etkileri

Masajın zihni ve kasları rahatlattığı, ağrı eşiğini de arttırdığı ileri sürülmektedir (72). Ayrıca masaj terapisinin anksiyete düzeyini, kan basıncını, kalp ve solunum hızını azaltmada etkisinin olduğu da bilinmektedir (73). Masaj ile ciltte bulunan reseptörler uyarılır. Spinal kord aracılığı ile beyne ulaşan uyaranlar genel bir rahatlama sağlamaktadır. Tüm bunların sonucunda da obstetrik sonuçlar olumlu yönde gelişmiştir (72).

Masaj uygulanmasının ağrıyı azaltmadaki etkisi şöyle açıklanabilir; masaj kan dolaşımı arttırarak bölgedeki oksijenlenmeyi arttırır ve metabolik artıkların uzaklaştırılmasını sağlar, uygulandığı bölgedeki kas spazmını çözer böylece hipoksiyi azaltır ve sinir sistemini uyararak endorfin ve seratonin gibi ağrı eşiğinin yükselmesine neden olan maddelerin salgılanmasını sağlar (72,74). Masaj uygulanması sonucunda artan oksitosin salınımının bir diğer etkisi ise; uterus kontraksiyonlarını daha etkili hale getirerek doğumun süresini azaltmasıdır (75). Doğumda uygulanan masaj gebelerin ağrı ve anksiyetesini azaltır ve duygu durumunu düzeltir.

Masajın ağrı algısını azaltılmasının yanı sıra gebenin önemsendiğini, kendisi ile ilgilenildiğini hissetmesi, bakım ve karşılıklı iletişim gibi etkileri de bulunmaktadır . Masajın ayrıca masajı yapan ebe için de terapötik etkisi vardır. Masaj, ebe ile gebe arasında sevgi ve bağlılığı arttırmaktadır (75). Kullanımı ucuzdur ve anne memnuniyetini arttırmaktadır.

2.3.3. Sakral Masaj Uygulama Yöntemi

Doğum eyleminde ağrılı uyaranın uterustan medulla spinalise geçiş bölgesi olan alt sırt bölgesine uygulanan masajın rahatlatıcı etkisi bulunmaktadır (76). Doğumun birinci evresinde, servikal dilatasyon 4-5 cm arasındayken masaj ve sakruma yapılan basınç ağrıyı gidermek için kullanılan en iyi girişimler arasındadır. Doğumda, sakroiliyak bağ dokularındaki gerilmelerden kaynaklanan sakroiliyak ağrıyı gidermek için uygulanan bölgesel basınç ve masaj sakral ağrının azaltılmasında son derece etkilidir (21). Her dört gebeden bir tanesi büyük bir olasılıkla doğum eyleminde sakral ağrıyı hissetmektedir (15). Sakral ağrı daha çok oksiput posterior pozisyondan kaynaklı olan fetal oksiputun kontraksiyon anında koksiks ve sakruma yaptığı basınç nedeniyle ortaya çıkmaktadır (3).

Sakral masaj uygulanırken gebe ayakta, sol yan ya da oturur pozisyonda olabilir. Eğer gebe sol yan pozisyonda ise başının altı ve dizlerinin arası birer yastık ile desteklenmelidir (47).

Spinanın merkezindeki üçgen kemiğe avuç içi kullanılarak ve hafif baskı yapılarak yavaş, ritmik ve dairesel haraketlerle masaj uygulanır. Sağ el kullanılıyorsa saat yönünde, sol el kullanılıyorsa saat yönünün tersi yönünde dairesel masaj uygulanır. Masaj uygulamak için kullanılmayan el gebenin kalça veya omzundan destek alır (76,77).

2.4. Kaygı

Kaygı kelimesi Yunanca “anxsietas” olarak ifade edilen, korku, merak ve endişe anlamlarını içermektedir (78). Bu nedenle kaygı insanların tehlike ya da tedirgin edici bir olay varlığında nasıl başa çıkacaklarına yönelik bir uyum mekanizması olarak da çalışmaktadır. Bireyin temel duygu kriterlerinden biri olup çok yönlüdür. Bilimsel öğeler, bireysel davranışlar ve fizyolojik belirtileri öznel duygular ile ortaya

koymaktadır. Kaygının derecesi de önemlidir. Kaygı düzeyinin düşük olduğu durumlarda, kaygı bireyi çeşitli tehlikelerden korurken, yüksek olduğu durumda, kişiyi olumsuz etkiler, kendini başarısız hissetmesini sağlar ve kendine olan güvenini kaybetmesine neden olur (79).

Kaygının nedenleri hususunda bazı kuramlar ortaya çıkmıştır. Psikoanalitik teoriye göre, kaygı benlik ile alt benlik ya da üst benlik arasındaki iç çatışmalardan kaynaklanır. Bu süreçte benlik, çözemediği ya da bastıramadığı çatışmayı tehlike olarak algılar; bilinç alanında ise kaygı ortaya çıkar. Davranışçı teoriye göre kaygı, organizmanın belirli bazı çevresel faktörlere gösterdiği şartlanmış bir cevaptır ve öğrenme sonucu oluşur. Bilişsel teoriye göre kaygı, olayların birey tarafından nasıl algılandığına ve yorumlandığına bağlı olarak gelişir. Buna göre kaygı, olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleri ile algılanması sonucu ortaya çıkar. Varoluşçu teori ise, bireyin yaşamı anlamsız olarak gördüğünü ve bunun gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olduğunu; dolayısıyla bu anlamsızlığa tepki olarak kaygının ortaya çıktığını savunur (80).

Literatürde kaygı durumluk ve sürekli kaygı olmak üzere iki şekilde nitelendirilmekte ve ölçülmektedir.

I) Durumluk Kaygı (A–State); subjektif bir korku çeşidi olup, bireyin bulunduğu ortamda kendini baskı altında hissetmesi nedeniyle ortaya çıkan durumdur. Kişi sinir sisteminin uyarılması ile birlikte titreme, sararma, terleme gibi fizyolojik değişiklikler ve huzursuzluk hisseder. Kişinin kendini baskılanmış ve stres altında hissettiği zamanlarda durumluk kaygı seviyesinin yükseldiği görülür ve bu durum geçtiğinde streste biter (80,81).

II) Sürekli Kaygı (A-Trait); bu kaygı, bireyin içinde bulunduğu her ortama kaygıyı adapte edebilme yatkınlığıdır. Bu kişiler, her ortamı ya da durumu stresli olarak nitelendirir veya stresli, gergin ortam olarak ifade eder. Bu da kişileri kolayca kırılgan yapar ve karamsarlığa sebep olur. Dolayısı ile bu tarz kişiler durumluk kaygıyı da yoğun bir şekilde ve sıkça yaşarlar (80,81).

2.5. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Ebenin Rolü

Doğum salonlarında çalışan ebe/hemşirelerin en önemli görevleri doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılamak, gebenin doğum

ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla sonuçlanmasını sağlamaktır. Özellikle doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasına etkisi olduğu da görülmüştür.

Ebe/hemşire, ağrı kontrolünün sağlanmasında vazgeçilmez bir role sahiptir. Literatürde doğum eyleminde görev alan ebe/hemşirelerin ağrıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerin etkilerini ve sınırlarını bilmeleri, yöntemlerin uygulanmasında anneye destek olunması gerektiği belirtilmektedir (20). Ebe ve hemşireler ağrı kontrolünü sağlamada önemli bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde ebe/hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan; ebe/hemşirenin gebe ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süre vakit geçirmesi, sürekli iletişim halinde olması gebenin ağrı ile ilgili geçmiş deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bu bilgileri bakım sırasında kullanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini gebeye öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, sonuçları izlemesi ve empatik yaklaşımıdır (82). Ebe ve hemşirelerin bu rolleri onları teknolojik gelişimlerle elde edilemeyen ve sağlık bakımında uzun süreli etkileri olan imtiyazlı bir yere koymaktadır (76).

Ebe/hemşirelerin doğum eyleminde gebeye destek olması ve nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı kontrolü sağlamasının birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Yapılan çalışmalarda ebe/hemşirelerin gebe kadına doğum eyleminde destek olması ve nonfarmakolojik girişimlerde bulunmasının ağrı skorlarını düşürmesinin yanı sıra; doğumun birinci evresini kısalttığı, epidural anestezi ve sezeryan oranını azalttığı (83), anksiyeteyi önemli dercede azalttığı, doğuma ilişkin daha pozitif duygular yaşanmasını sağladığı (84), doğum eyleminden memnuniyeti arttırdığı, farmakolojik destek ihtiyacını azalttığı ve yenidoğanın iyilik halini arttırdığı gözlenmiştir (76).

Doğum ağrısının kontrolünde ebe ve hemşireler farmakolojik yöntemlere karar vermede sorumluluk sahibi değillerdir. Doğum ağrısının farmakolojik kontrolünde gebenin hazırlanması ve ilaçların uygulanması sırasında ve sonrasında gebenin bakımı, uygulanan tedavinin etkilerinin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi gibi rolleri vardır. Fakat, ebe/hemşireler nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımında bağımsız karar verme yetkisine sahiptir. Ebelerin gebenin doğum ağrısını değerlendirip, kadın için uygun

nonfarmakolojik yöntemi seçip uygulaması doğum sürecinin yönetiminde söz sahibi olmalarını sağlayacaktır.

Gebelere nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesinde ve uygulanmasında sorumluluk ebeye düşmektedir. Doğum salonunda anneye destek olan ebe/hemşire annenin ağrısının şiddetini belirlemeli ve ağrı kontrolünde hangi yöntemleri kullanacağını anneye anlatarak onun da katılımını sağlamalıdır (82). Doğum eylemi, her kadın tarafından farklı yorumlanan ve kişisel bir olaydır. Bu nedenle ebe her gebeyi birbirinden bağımsız olarak değerlendirmelidir. Ayrıca ebe doğum ağrısına karşı kendi tutumunu da belirlemelidir. Teropatik bir tutum oluşturmak için ebe ağrı konusunda kendi duygularını ve inançlarını tanımalıdır. Ebenin doğum ağrısına karşı tutumu gebeye olan yaklaşımını etkileyecektir (76). Doğum eylemi süresince gebelerin doğuma yönelik bazı korku ve endişeleri olmaktadır. Ebe/hemşireler bu endişeleri ortaya çıkarmalı ve gidermeye yönelik müdahalelerde bulunmalıdır.

Ebe, doğum öncesinde kadının bilgi düzeyini ölçmeli, destek stratejilerini ve planlarını belirlemeli, ağrıyla baş etmede kullanılabilecek yöntemlerin amaçları, uygulama biçimleri, olumlu-olumsuz yönleri, riskleri konusunda aileyi bilgilendirmelidir. Ebe nonfarmakolojik yöntemleri uygulayarak doğum ağrısıyla baş etmede yetersiz kaldığında ise farmakolojik ajanların uygulanmasını sağlayarak doğum eyleminin olumlu duygu, deneyim ve sağlıklı anne-bebekle sonuçlanmasını sağlamalıdır (76,85). Yapılan bir çalışmada doğum ağrısı yönetimine ilişkin bilgi alan ebe/hemşirelerin, doğum ağrısı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri kullanmada kendilerini daha yeterli buldukları gözlenmiştir (31). Ebelerin doğum ağrısının kontrolünde etkin rol alabilmesi için doğum ağrısı ve yönetimi ile ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programlarına katılması gerekmektedir. Ebelerin doğum ağrısının yönetiminde rollerinin görev tanımlarında belirlenmesi ve nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanabilmesi için uygun alt yapının oluşturulması gerekli diğer faktörlerdendir (31).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, sakral masajın ilk gebeliği olan kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Sakral masaj doğum sürecinde uygulandığında kadının kaygı düzeyini azaltmada etkilidir.

H2: Sakral masaj doğum sürecinde uygulandığında doğum ağrısını azaltmada etkilidir.

H3. Sakral masaj doğum sürecinde uygulanırken kullanılan adaçayı yağı doğum ağrısını azaltmada etkilidir.

H4. Sakral masaj doğum sürecinde uygulanırken kullanılan adaçayı yağı kadının kaygı düzeyini azaltmada etkilidir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde yapılmıştır. Bu hastanenin doğumhane ünitesinde altı doğum odası ve iki lohusa odası ve her biro da tek kişiliktir. Doğum odalarında 10 ebe/hemşire görev yapmakta ve ebeler gündüz ve nöbet şeklinde çalışmakta olup gece nöbetlerinde her doğum odasında bir ebe/hemşire çalışmaktadır. Her travay odasında bir NST cihazı bulunmaktadır. Gebelerin bireysel gereksinimleri açısından her travay odasında bir lavabo, tuvalet bulunmaktadır.Travay odalarının gebeler için biresysel olarak kullanılamaması nedeni ile gebe yakınları travay odalarına alınmamaktadır. Doğum odalarında gebe ve yenidoğan üniteleri bulunmaktadır. Her odada bir jinekolojik masa, yenidoğan için yatak, ısıtıcı, doğum malzemeleri, acil çantası ve ilaçlar bulunmaktadır. Gebe takibi ve doğumlar asistan hekimler ve ebeler tarafından gerçekleştirilmekte ve acil durumlarda kadın doğum hekimlerinde yardım alınmaktadır. Yenidoğanların ilk bakımı doğum odasında yapılmakta ve acil durumlarda Çocuk Hastalıkları Uzmanından konsültasyon alınmaktadır. İlgili hastanede normal doğum sayısı yılda yaklaşık 3000'dir.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 01 Mart-30 Mayıs 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde yapılmıştır. Evreni, adı geçen hastanenin doğum salonuna doğum yapmak üzere kabul edilen tüm gebeler oluşturmuştur. İlgili hastanede 2016 yılında normal doğum sayısı yılda yaklaşık 3000'dir. Örneklem sayısı için medcalc ile güç analizi yapılmıştır. Çeşitli ölçümlerde ağrı ölçeği değerlerinin standart sapması 0,7 olarak kabul edilmiştir. Gruplar arası birimlik farkı α=0,05, β=0,20' de tespit edebilmek için deney grupları için 25, kontrol grubu 25 gebe olarak alınmış ve örneklemi 75 gebe oluşturmuştur.

Randomizasyon haftanın günlerine göre yapılmıştır. Haftanın günleri önce kura ile üç gruba ayrılmıştır. Kura çekilerek bir grup için Çarşamba ve Cuma günleri, ikinci grup için Pazar ve Salı günleri, üçüncü grup için perşembe ve Cumartesi günleri belirlenmiştir. Kurada geriye kalan pazartesi günü araştırmacı için dinlenme günü olarak belirlenmiştir. İkinci bir kura çekilerek deney1 (sakral masaj), deney 2 (adaçayı) ve kontrol grubunun alınacağı günler belirlenmiştir. Kura sonucuna göre Çarşamba ve Cuma günleri başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 gebe deney 1 (sakral masaj), Pazar ve Salı günleri başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 gebe deney 2 (adaçayı), Perşembe ve Cumartesi günleri başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 25 gebe kontrol grubunu oluşturmuştur. Örneklem sayısına ulaşılıncaya kadar veri toplamaya devam edilmiştir.

Araştırmaya, araştırma konusunda bilgi verildikten sonra araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırma kriterlerine uyan gebeler dahil edilmiştir.
Araştırmaya alınma kriterleri;

- Primipar olan,
- 38-42 haftalık gebeliği olan,
- Dilastayon 3 cm ve üzeri olan,
- Tek fetüs ve baş prezantasyonu olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan.

Dışlanma kriterleri;

- İndüksiyon uygulaması yapılan,
- Doğum analjezisi/anestezisi kullanılan,
- Riskli gebeliği olan.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Visual Analog Skala (VAS), Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Doğum Sürecine İlişkin Değerlendirme Formu ve Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu, hastanın demografik özelliklerine ilişkin; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, Hastanın gebeliği ile ilgili; evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, düşük/kürtaj sayısı, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlı olup olmama durumu, doğum eylemini algılama durumu, doğuma hazırlık sınıfına katılma durumu, normal doğum için hazır hissetme durumu, doğumla ilgili kaygı, korku durumu, doğum ağrısı ile baş etmede ilaç dışı yöntemleri bilme durumu olmak üzere 21 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda toplam 21 soru bulunmaktadır (EK-1).

Vizüel Analog Skala (VAS): Ağrının şiddetini değerlendirmek için VAS kullanılmıştır. VAS, 10 cm uzunluğunda, 0'dan 10'a eşit aralığa ayrılmış yatay "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir çizgi şeklindedir. Her bölmenin üzerinde belirtilen sayısal değerlere göre ağrı değerlendirmesi yapılmıştır (EK-2)(85).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçek, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20'şer ifadeli 2 ölçekten oluşmaktadır. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (93).

Sürekli Kaygı Ölçeği: Sürekli kaygı ölçeği, genellikle bireyin içinde bulunduğu durumu, kendini nasıl hissettiğini tanımlar. Ölçek 4'lü Likert tipindedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde cevap seçenekleri sıklık derecelerine göre; '(1) Hemen Hiçbir Zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen Her Zaman' şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin

orijinal formunun test-tekrar test ve Kuder-Richardson güvenilirlik oranları sırasıyla 0,73-0,86 ve 0,86-0,92 şeklinde bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Kuder-Richardson güvenilirliği 0,83-0,87 arasında bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Madde güvenilirliği korelasyonlarının 0,34-0,72 arasında bulunması, Türkçeleştirilmiş maddelerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik oranları ise 0,71 ile 0,86 arasında olup yeterli kabul edilmiştir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Cronbach's α iç tutarlılık oranı 0,90 olarak bulunmuştur (EK-3), (93).

Durumluk Kaygı Ölçeği: Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belli bir anda ve belli koşullarda kendini nasıl hissettiğini tanımlar. Ölçek 4'lü Likert tipindedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde cevap seçenekleri yaşantıların şiddet derecesine göre '(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla' şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin orijinal formunun test-tekrar test ve Kuder-Richardson güvenilirlik oranları 0,16-0,54 ve 0,83-0,92 şeklinde bulunmuştur. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Kuder-Richardson güvenilirliği 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Madde güvenilirliği korelasyonlarının 0,42-0,85 arasında bulunması, Türkçeleştirilmiş maddelerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik oranları ise 0,26-0,68 arasında olup yeterli kabul edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği Cronbach's α iç tutarlılık oranı 0,96 olarak bulunmuştur (EK-4), (93).

Doğum Sürecine İlişkin Değerlendirme Formu: Doğum sürecine ilişkin değerlendirme formu; serviks açıklığı, silinme, , sistolik kan basıncı (SKB), diastolik kan basıncı (DKB), FKH,nabız, solunum, vücut ısısı, kontraksiyon şiddeti, kontraksiyon sıklığını belirlemeye yönelik 10 sorudan oluşmaktadır (EK-5).

Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu: Doğum sonucuna ilişkin değerlendirme formu; doğumun zorluk derecesi, kadının sağlığını nasıl değerlendirdiği, masaj memnuniyet durumu gibi toplam 7 sorudan oluşmaktadır (EK-6).

Sakral Masaj Uygulama Prosedürü: Deney grubundaki gebelere eylemin aktif fazına geçince (dilatasyon 4 cm ve üstü) 3 saat ara ile 10 dakika süre ile yapılan sakral masaj uygulama prosedürü araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

1. Kadına uygulama hakkında açıklama yapılır.
2. Oda ısısı ve nem oranı kontrol edilir (21-24 °C, %30-60).

3. Perde çekilerek gebenin mahremiyeti sağlanır.
4. Eller yıkanır ve vücut sıcaklığına getirilir.
5. Gebenin kendini rahat hissedeceği bir pozisyon alması sağlanır.
6. Araştırmacı gebenin pozisyonuna göre rahat edebileceği bir pozisyon alır.
7. Araştırmacı deney birinci grup (sakral masaj) için yaklaşık 2 cc sıvı vazelini avucuna dökerek her iki eline iyice yayar.
8. Araştırmacı deney ikinci grup (Adaçayıyağı ile sakral masaj) için 50 cc üzüm çekirdeği yağı baz yağ olarak kullanılacak içine 2 cc adaçayı yağı ilave edilerek hazırlanmış adaçayı masaj yağını avucuna dökerek her iki eline iyice yayar.
9. Araştırmacı, kadın eylemin aktif fazına geçtiğinde (dilatasyon 4 cm) 3 saat arayla 10'ar dakika olmak üzere toplam 30 dakika efloraj tekniği ile, hafif ya da orta derecede basınç uygulayarak sacrum bölgesine masaj yapar. Gebenin talebine göre pozisyon değişikliği yapılabilir.
10. Araştırmacı tarafından gebeye herhangi bir rahatsızlık duyup duymadığı sorulur.

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek saptamak amacıyla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Doğumhanesine doğum yapmak üzere başvuran 10 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veri toplama formlarına son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan kadınlar çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

Bu çalışmada veriler araştırmacı tarafından randomizasyona göre deney ve kontrol grupları için belirlenen gün ve saatlerde toplanmıştır. Çalışma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki gebelere araştırmanın amaçları ve yapılacak işlem hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra onamları alınmıştır. Araştırmaya gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya alınan gebenin doğumu gerçekleştikten ve anne doğumsonu bakım odasına alındıktan sonra yeni bir gebe takibe alınmıştır. Çalışmaya alınan gebeler doğum gerçekleşip doğum sonu bakım ünitesine alınana kadar araştırmacı tarafından takip edilmiştir. Uygulamalara bağlı olarak anneye ya da fetüse ait herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Kişisel Bilgi Formu, VAS, SKÖ, DKÖ, ve Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formları araştırmacı tarafından gebe ile yüz yüze görüşülerek ve gebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Doğum Sürecine İlişkin Değerlendirme Formu ise yapılan ölçüm ve muayeneler sonucunda doldurulmuştur.

Deney gruplarındaki gebelere masaj araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için ebelik lisans eğitimi ve sonrasında masaja ilişkin alınan bilgilere ek olarak çalışma yapılmadan önce bir fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanından sacral masaj ve efloraj tekniği ile ilgili 2 günlük uygulamalı eğitim alınmıştır. Kontrol grubundaki gebelere normal rutin uygulamalar yapılmıştır.

Deney 1: Sakral Masaj Grubuna Yapılan İşlemler

- Randomizasyonun yapılması
- Bilgilendirilmiş onam alınması
- Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin doldurulması
- Dilatasyon 4 cm ve üzerinde olduktan sonra 10 dakikalık sıvı vazelin ile sakral masaj uygulanması
- İlk uygulamadan bir saat sonra 10 dakikalık sıvı vazelin ile sakral masaj uygulanması
- İkinci uygulamadan bir saat sonra 10 dakikalık sıvı vazelin ile sakral masaj uygulanması
- Üç kez sakral masaj uygulaması tamamlandıktan sonra 30. dakikada VAS ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin doldurulması
- Travay boyunca gebe takip edilerek saat başı doğum sürecine ilişkin değerlendirme formunun doldurulması
- Doğumun sonucuna ilişkin değerlendirme formunun doldurulması (doğumdan bir saat sonra)

Deney 2: Adaçayı Yağı ile Sakral Masaj Grubuna Yapılan İşlemler

- Randomizasyonun yapılması
- Bilgilendirilmiş onam alınması
- Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin doldurulması
- Dilatasyon 4 cm ve üzerinde olduktan sonra 10 dakikalık adaçayı yağı ile sakral

masaj uygulanması

- İlk uygulamadan bir saat sonra 10 dakikalık adaçayı yağı ile sakral masaj uygulanması
- İkinci uygulamadan bir saat sonra 10 dakikalık adaçayı yağı ile sakral masaj uygulanması
- Üç kez sakral masaj uygulaması tamamlandıktan sonra 30. dakikada VAS ve Durumluk Kaygı Ölçeğinin doldurulması
- Travay boyunca gebe takip edilerek saat başı doğum sürecine ilişkin değerlendirme formunun doldurulması
- Doğumun sonucuna ilişkin değerlendirme formunun doldurulması (doğumdan bir saat sonra)

Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler

- Randomizasyonun yapılması
- Bilgilendirilmiş Onam alınması
- Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Kaygı Ölçeğinin doldurulması
- Masaj dışındaki rutin uygulamaların yapılması
- Deney grubundaki gebelerle paralel sürelerde VAS ve Durumluk Kaygı Ölçeği'nin doldurulması
- Travay boyunca gebe takip edilerek saat başı doğum sürecine ilişkin değerlendirme formunun doldurulması
- Doğumun sonucuna ilişkin değerlendirme formunda birinci sorunun cevaplanması (doğumdan bir saat sonra)

Tüm gruplarda toplam 47 katılımcı çeşitli nedenlerle (eylemin indüklenmesi, sezaryenle doğum vb) veri toplama sürecini tamamlayamadığından çalışma kapsamından çıkarılmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılmayan

verilerin gruplar arasında karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi, gruplar içi doğum öncesi ve sonrası karşılaştırmalarda ise Wilcoxon testi, kategorik verilerin gruplar ile karşılaştırılmasında ise kikare testi kullanılmıştır. Analiz sonuçları nicel veriler için ortanca (mak-min) (n), kategorik veriler ise frekans (yüzde) olarak sunulmuştur. Kritik anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (13 Ocak 2017, 60/40 sayılı karar) onay alınmıştır. Araştırma yapılacak hastaneden izin ve araştırmanın katılımcılarından aydınlatılmış onam alınmıştır. Bu çalışma araştırmaya katılan gebelere ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek bir maliyet getirmemiştir.

3.9. Araştırma Sınırlılıkları ve Güçlükleri

Araştırmanın gerçekleştirildiği hastane üçüncü basamak ileri düzey bir hastane olması nedeniyle doğum için başvuran gebeler çoğunlukla riskli gebelerdir. Bu nedenle araştırmanın veri toplama aşaması planlanandan daha uzun zamana yayılmıştır.

Araştırma eylemin aktif fazında gerçekleştirildiğinden doğumun tamamı içim genelleme yapılamamaktadır.

4. BULGULAR

Bu ana bölümde katılımcıların demografik özellikleri; korku kaygı durumlarına, ağrı yaşama durumlarına, doğumun ilerleyişine değerlendirmek için maternal izlem ve doğum sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bulgular çizelgeler halinde istatistiksel analizleriyle sunulmuştur.

4.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, gebelik sayısı, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, doğum öncesi eğitim durumu, doğam ilişkin bilgi düzeyi) ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 1'de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular yer almaktadır. Kadınların %46,7'sinin (n=35) lise mezunu olduğu, %96,0'ının (n=72) çalışmadığı, %61,3'ünün (n=46) gelir durumunun orta olduğu, %64,0'ının (n=48) gebeliklerinin planlı olduğu belirlenmiştir (Çizelge 1). Ayrıca kadınların %70,3'ünün (n=52) daha önce gebelik geçirdiği ancak bu gebeliklerinin düşük veya kürtaj ile sonuçlandıkları bulunmuştur.

Gruplar arasında tanıtıcı özellikler bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Dolayısıyla deney ve kontrol gruplarının kadınların tanıtıcı özellikleri açısından benzerlik gösterdiği bulunmuştur. (Çizelge 1).

Çizelge 1. Kadınlara İlişkin Tanıtıcı Özellikler

Değişkenler	Deney		Kontrol	Toplam	χ^2	p
	Sakral Masaj	Adaçayı ile Sakral Masaj				
Yaş	24(21–30)	22(17–28)	22(18–28)	23(17–30)	4,030	0,133
Eğitim durumu						
Okur yazar	1 (4)	1 (4)	0 (0)	2 (2,7)	9,491	0,148
İlkokul	7 (28)	10 (40)	15 (60)	32 (42,7)		
Lise	15 (60)	10 (40)	10 (40)	35 (46,7)		
Üniversite	2 (8)	4 (16)	0 (0)	6 (8)		
Eşin eğitim durumu						
Okur yazar değil	0 (0)	0 (0)	2 (8)	2 (2,7)	17,518	0,205
Okur yazar	0 (0)	2 (8)	5 (20)	7 (9,3)		
İlkokul	5 (20)	3 (12)	8 (32)	16 (21,3)		
Lise	16 (64)	16 (64)	10 (40)	42 (56)		
Üniversite ve üstü	4 (16)	4 (16)	0 (0)	8 (10,7)		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	23 (92)	24 (96)	25 (100)	72 (96)	2,083	0,353
Çalışmıyor	2 (8)	1 (4)	0 (0)	3 (4)		
Ekonomik durumu						
İyi	7 (28)	8 (32)	4 (16)	19 (25,3)	7,429	0,115
Orta	12 (48)	14 (56)	20 (80)	46 (61,3)		
Kötü	6 (24)	3 (12)	1 (4)	10 (13,3)		
Planlı bir gebelik mi?						
Evet	13 (52)	20 (80)	15 (60)	48 (64)	4,514	0,105
Hayır	12 (48)	5 (20)	10 (40)	27 (36)		
Daha önce gebelik geçirdiniz mi?						
Evet	6 (24)	8 (32)	8 (33,3)	22 (29,7)	0,604	0,739
Hayır	19 (76)	17 (68)	16 (66,7)	52 (70,3)		
Gebelik sayısı						
0	19 (76)	12 (48)	12 (48)	43 (57,3)	7,184	0,126
1	4 (16)	4 (16)	6 (24)	14 (18,7)		
2	2 (8)	9 (36)	7 (28)	18 (24)		

χ^2: Ki-kare test istatistiği

Katılımcıların % 96,0'ının (n=72) şimdiki gebeliği sırasında bilgi aldığı, bu bilgileri %87,5'inin (n=49) sağlık profesyonellerinden aldığı görülmektedir. Katılımcıların yarısının gebe bilgilendirme sınıfına katılarak eğitim aldıkları, %29,7'sinin (n=22) ilaç dışı ağrı ile baş etme yöntemlerini bildikleri ve %87,5'inin (n=49) bu yöntemlerden en çok yogayı bildikleri belirlenmiştir.

Gruplar arasında kadınların doğumdan korkma durumları ve korku nedenleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05), (Çizelge 3).

Çizelge 2. Kadınlar Doğum Öncesi Bilgi Alma Durumları

Değişkenler	Deney		Kontrol	Toplam	χ^2	p
	Sakral Masaj	Adaçayı ile Sakral Masaj				
Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bilgi aldınız mı?						
Evet	23 (92)	25 (100)	24 (96)	72 (96)	1,182	0,554
Hayır	2 (8)	0 (0)	1 (4)	3 (4)		
Kimden veya nerden bilgi aldınız?*						
Tv-Radyo	0 (0)	1 (5)	1 (6,3)	2 (3,6)		
İnternet	13 (65)	14 (70)	5 (31,3)	32 (57,1)		
Anne	3 (15)	7 (35)	4 (25)	14 (25)		
Sağlık personeli	20 (100)	17 (85)	12 (75)	49 (87,5)		
Arkadaş	0 (0)	4 (20)	1 (6,3)	5 (8,9)		
Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim aldınız mı?						
Evet	10 (40)	12 (48)	15 (60)	37 (50)	0,327	0,988
Hayır	15 (60)	13 (52)	10 (40)	38 (50)		
Doğum ağrısı ile baş etmede ilaç dışı yöntemleri biliyor musunuz?						
Evet	6 (24)	8 (32)	8 (33,3)	22 (29,7)	0,605	0,738
Hayır	19 (76)	17 (68)	16 (66,7)	52 (70,3)		
Hangi yöntemleri biliyorsunuz?*						
Masaj	11 (84,6)	12 (100)	2 (100)	25 (92,6)		
Solunum egzersizleri	1 (7,7)	2 (16,7)	2 (100)	5 (18,5)		
Müzik	4 (30,8)	5 (41,7)	0 (0)	9 (33,3)		
Yoga/gevşeme	20 (100)	17 (85)	12 (75)	49 (87,5)		

χ^2: Ki-kare test istatistiği, *Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.2. Katılımcıların Korku Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde, katılımcıların gruplara göre doğumdan korkma durumları ve korku nedenleri, sürekli kaygı ölçeği puan ortalamaları, uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puanları karşılaştırılması yer almaktadır.

Çizelge 3. Katılımcıların Gruplara Göre Doğumdan Korkma Durumları ve Korku Nedenlerinin Dağılımı

Değişkenler	Deney		Kontrol	Toplam	χ^2	p
	Sakral Masaj	Adaçayı ile Sakral Masaj				
Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu?						
Evet	25 (100)	23 (92)	24 (96)	72 (96)	2,083	0,353
Hayır	0 (0)	2 (8)	1 (4)	3 (4)		
Korkutuyorsa, neden korkuyorsunuz?						
Ağrı	10 (40)	10 (40)	13 (52)	33 (47,9)	5,733	0,220
İlk gebelik	4 (16)	5 (20)	4 (16)	14 (18,7)		
Doğumun kendisi	4 (16)	4 (16)	3 (12)	11 (14,7)		
Ölüm-endişe	6 (24)	4 (16)	4 (16)	14 (18,7)		

χ^2: Ki-kare test istatistiği

Çizelge 3'te katılımcıların gruplara göre doğumdan korkma durumları ve korku nedenlerinin dağılımı yer almaktadır. Kadınların %96.0'ının doğum yapma düşüncesinden korktuklarını ifade ettikleri ve %47,9'unun en çok doğum ağrısından korktuklarını belirtikleri görülmektedir.

Gruplar arasında kadınların doğum öncesi bilgiye yönelik özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05), (Çizelge 2).

Çizelge4. Kadınların Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar

Sürekli Kaygı Ölçeği	Ortanca (Maks. - Min)	Ortalama ± s.sapma (n)	χ^2	p
Sakral Masaj	33 (59 - 20)	33,32 ± 10,11 (25)	1,609	0,447
Adaçayı ile sakral masaj	36 (53 - 20)	37,72 ± 10,08 (25)		
Kontrol	34 (59 - 24)	35,24 ± 9,2 (25)		

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği

Çizelge 4'te kadınların sürekli kaygı ölçeği puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların SKÖ toplam puanları 20 ile 59 arasında değişmektedir. Vazelin grubunda SKÖ puan ortalaması 33,32±10,11, adaçayı grubunda SKÖ puan ortalaması ortalaması 37,72 ± 10,08 ve kontrol grubunda SKÖ puan ortalaması 35,24 ± 9,2 olarak belirlenmiştir. Bu çalışma için SKÖ Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,786 olarak saptanmıştır. Gruplar arasında SKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 5. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları karşılaştırılması

Durumluk Kaygı Ölçeği	**Uygulama öncesi**	**Uygulama sonrası**	**Test İstatistiği**	p
Sakral Masaj	45 (61 - 29)^{b}	33 (53 - 24)^{b}	Z= -4,289	**<0,001**
Adaçayı ile sakral masaj	63 (74 - 41)^{a}	40 (59 - 29)^{a}	Z= -4,237	**<0,001**
Kontrol	46 (74 - 34)^{b}	44 (73 - 20)^{ab}	Z= -0,633	0,527
Test İstatistiği	χ^2= 18,123	χ^2= 6,921		
p	**<0,001**	**0,031**		

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, Z: Wilcoxon test istatistiği, a-b: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.

Çizelge 5'te kadınların uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Vazelin grubunda uygulama öncesi ve sonrası puanlar farklılık göstermektedir (p<0,001). Uygulama öncesi puan 45, uygulama sonrası ise 33 olarak elde edilmiştir. Adaçayı grubunda uygulama öncesi ve sonrası puanlar

farklılık göstermektedir (p<0,001). Uygulama öncesi puan 63, doğum sonrası ise 40 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunda uygulama öncesi ve sonrası puanlar farklılık göstermemektedir (p=0,527). Doğum öncesi puan ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p<0,001). Sakral masaj grubunda ortanca değer 45, adaçayı grubunda 63 ve kontrol grubunda 46 olarak elde edilmiştir. Farklılık adaçayı grubunun puan ortanca değerinin diğer gruplara göre yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır. Doğum sonrası puan ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,031). Sakral masaj grubunda ortanca değer 33, adaçayı grubunda 40 ve kontrol grubunda 44 olarak elde edilmiştir. Farklılık adaçayı grubu puan ortanca değerinin sakral masaj grubuna göre yüksek elde edilmesinden kaynaklanmaktadır (Çizelge 5).

4.3. Katılımcıların Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde katılımcıların gruplara göre doğum ağrısı değerlendirme bulguları yer almaktadır.

Katılımcıların gruplara göre ağrı değerlendirme ölçeği ortalamaları incelendiğinde: başlangıç ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,513). Sakral masaj grubunda ortanca değer 3 iken adaçayı grubunda 3 ve kontrol grubunda 4 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6). 30. dk ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,817). Sakral masaj grubunda ortanca değer 3 iken adaçayı grubunda 3 ve kontrol grubunda 3 olarak elde edilmiştir. 1. Saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,211). Sakral masaj grubunda ortanca değer 4 iken adaçayı grubunda 4 ve kontrol grubunda 4 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6). 2. Saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=**0,026**). Kontrol grubunda ortanca değer 5 iken adaçayı grubunda 5 ve sakral masaj grubunda 7 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6). 3. Saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,009). Kontrol grubunda ortanca değer 6 iken adaçayı ve sakral masaj grubunda 4 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6). 4. Saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Kontrol grubunda ortanca değer 7 iken adaçayı ve sakral masaj grubunda 5 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6). 5. Saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,000). Kontrol grubunda ortanca değer 8 iken adaçayı grubunda 5 ve sakral masaj grubunda 6 olarak elde edilmiştir (Çizelge 6).

Çizelge 6. Katılımcıların Gruplara Göre Ağrı Değerlendirme Ölçeği Ortalamalarının Karşılaştırması

Zaman**	**Sakral Masaj***	**Adaçayı ile sakral Masaj***	**Kontrol***	χ^2	**p**
	Ortanca (mak.-min) (n)	Ortanca (mak.-min) (n)	Ortanca (mak.-min) (n)		
Başlangıç	3 (0 - 6) (25)	4 (0 - 7) (25)	3 (1 - 6) (25)	1,336	0,513
30. dk	3 (1 - 6) (25)	3 (0 - 8) (25)	3 (1 - 7) (25)	0,405	0,817
1. Saat	4 (2 - 7) (25)	4 (1 - 9) (25)	4 (2 - 7) (25)	3,115	0,211
2. Saat	3 (2 - 6) (25) [a]	3(1 - 8) (25) [a]	5 (2 - 9) (25) [b]	7,273	**0,026**
3. Saat	4 (3 - 7) (25) [a]	4 (1 - 7) (25) [a]	6 (3 - 10) (25) [b]	9,454	**0,009**
4. Saat	5 (5 - 9) (25) [a]	5 (2 - 10) (25) [a]	7 (5 - 10) (25) [b]	17,437	**0,001**
5. Saat	6 (3 - 9) (25) [a]	5 (2 - 8) (25) [a]	8 (6 - 10) (25) [b]	18,340	**0,000**

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *Ortanca (mak.-min) (n), **Her üç grup için değerlendirilebilen süreler alınmıştır.

4.4. Katılımcıların Maternal İzlem Bulguları

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarındaki kadınların nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, solunum ve vücut ısısı ölçümlerine ilişkin bulgulara ve kadınların gruplara göre doğumlarının ilerleyişlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 7'de kadınların gruplara göre yaşamsal bulgularına ilişkin bulgular verilmiştir. Nabız başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,007). Sakral masaj grubunda ortanca değer 84 iken adaçayı grubunda 82 ve kontrol grubunda 80 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri sakral masaj grubuna göre düşük elde edilmiştir. Nabız 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,023). Sakral masaj grubunda ortanca değer 88 iken adaçayı grubunda 84 ve kontrol grubunda 82 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri sakral masaj grubuna göre düşük elde edilmiştir. Nabız 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,019). Sakral masaj grubunda ortanca değer 88 iken adaçayı grubunda 88 ve kontrol grubunda 88 olarak elde edilmiştir. Nabız 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,050). Sakral masaj grubunda ortanca değer 92 iken adaçayı grubunda 90 ve kontrol grubunda 88 olarak elde edilmiştir. Nabız 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,012). Sakral masaj grubunda ortanca değer 96 iken adaçayı grubunda 96 ve kontrol grubunda 92 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri diğer gruplara göre düşük elde edilmiştir (Çizelge 7).

Çizelge 7. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları

Yaşamsal Bulgular		Sakral Masaj	Adaçayı ile sakral Masaj	Kontrol	χ^2	p
Nabız	**0 saat**	84 (92 - 74) (25)a	82 (88 - 74) (25)ab	80 (92 - 72) (25)b	9,862	**0,007**
	2 saat	88 (92 - 78) (25)a	84 (92 - 78) (25)ab	82 (90 - 78) (25)b	7,540	**0,023**
	4 saat	88 (96 - 78) (25)a	88 (96 - 76) (25)ab	88 (92 - 80) (25)b	7,942	**0,019**
	6 saat	92 (96 - 84) (23)	90 (96 - 86) (22)	88 (96 - 80) (24)	6,165	0,050
	8 saat	96 (96 - 88) (13)b	96 (96 - 88) (8)b	92 (96 - 84) (11)a	8,795	**0,012**
SKB	**0 saat**	110 (120 - 100) (25)	110 (120 -100) (25)	100 (120 - 100) (25)	2,566	0,277
	2 saat	110 (130 - 100) (25)	110 (120 -100) (25)	110 (130 - 90) (25)	2,881	0,237
	4 saat	110 (130 - 90) (25)	110 (120 -100) (25)	110 (130 - 100) (25)	0,002	0,999
	6 saat	110 (130 - 100) (23)	110 (120 -100) (22)	110 (130 - 100) (24)	1,867	0,393
	8 saat	110 (120 - 90) (13)a	110 (120 -100) (8)ab	100 (130 - 90) (11)b	6,503	**0,039**
DKB	**0 saat**	70 (90 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	1,412	0,494
	2 saat	70 (90 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	1,661	0,436
	4 saat	70 (90 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	70 (80 - 60) (25)	1,293	0,524
	6 saat	70 (80 - 60) (23)	70 (80 - 60) (22)	70 (90 - 50) (24)	2,169	0,338
	8 saat	70 (80 - 60) (13)	70 (80 - 60) (8)	70 (80 - 60) (11)	2,703	0,259
Vücut Isısı	**0 saat**	36,5 (36,8 -36) (25)	36,3 (36,7 -13,2) (25)	36,4 (36,7-36,1) (25)	4,255	0,119
	2 saat	36,5 (36,9 -36) (25)	36,4 (36,8 -36) (25)	36,5 (36,8 - 36) (25)	2,641	0,267
	4 saat	36,5 (36,6-36) (25)b	36,5 (63,5-36) (25)ab	36,7(63,5-36,3) (25)a	11,805	**0,003**
	6 saat	36,7 (37-36,2) (23)	36,7 (37,2 -36) (22)	36,5 (37-36,1) (24)	4,625	0,099
	8 saat	36,8 (37,3-36,5) (13)	36,7 (37,2 - 36) (8)	36,9 (37,5 6,5) (11)	6,667	0,050
Solunum	**0 saat**	20 (22 -18) (25)	20 (22 - 16) (25)	20 (24 - 16) (25)	4,129	0,127
	2 saat	22 (24 -20) (25)	22 (24 - 18) (25)	22 (24 - 20) (25)	1,416	0,493
	4 saat	24 (24 -20) (25)	22 (24 - 20) (25)	22 (24 - 20) (25)	0,521	0,771
	6 saat	24 (24 -22) (23)	24 (24 - 20) (22)	24 (24 - 22) (24)	1,410	0,494
	8 saat	24 (26 -24) (13)	24 (26 - 24) (8)	24 (26 - 24) (11)	0,209	0,901

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *Ortanca (mak.-min) (n)

Sistolik Kan Basıncı (SKB) başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,277). Sakral masaj grubunda ortanca değer 110 iken adaçayı grubunda 110 ve kontrol grubunda 100 olarak elde edilmiştir. SKB 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,237). Sakral masaj grubunda ortanca değer 110 iken adaçayı grubunda 110 ve kontrol grubunda 110 olarak elde edilmiştir. SKB 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,999). Sakral masaj grubunda ortanca değer 110 iken adaçayı grubunda 110 ve kontrol grubunda 110 olarak elde edilmiştir. SKB 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,393). Sakral masaj grubunda ortanca değer 110 iken adaçayı grubunda 110 ve kontrol grubunda 110 olarak elde edilmiştir. SKB 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,039). Sakral masaj grubunda ortanca değer 110 iken adaçayı grubunda 110 ve kontrol grubunda 100 olarak

elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri sakral masaj grubuna göre düşük elde edilmiştir (Çizelge 7).

Diastolik kan basıncı (DKB) başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,494). Sakral masaj grubunda ortanca değer 70 iken adaçayı grubunda 70 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir. DKB 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,436). Sakral masaj grubunda ortanca değer 70 iken adaçayı grubunda 70 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir. DKB 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,524). Sakral masaj grubunda ortanca değer 70 iken adaçayı grubunda 70 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir. DKB 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,338). Sakral masaj grubunda ortanca değer 70 iken adaçayı grubunda 70 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir. Kan basıncı 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,259). Sakral masaj grubunda ortanca değer 70 iken adaçayı grubunda 70 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir (Çizelge 7).

Vücut sıcaklığı başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,119). Sakral masaj grubunda ortanca değer 36,5 iken adaçayı grubunda 36,3 ve kontrol grubunda 36,4 olarak elde edilmiştir. Vücut sıcaklığı 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,267). Sakral masaj grubunda ortanca değer 36,5 iken adaçayı grubunda 36,4 ve kontrol grubunda 36,5 olarak elde edilmiştir. Vücut sıcaklığı 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,003). Sakral masaj grubunda ortanca değer 36,7 iken adaçayı grubunda 36,5 ve kontrol grubunda 36,5 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri sakral masaj grubuna göre düşük elde edilmiştir. Vücut sıcaklığı 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,099). Sakral masaj grubunda ortanca değer 36,7 iken adaçayı grubunda 36,7 ve kontrol grubunda 36,5 olarak elde edilmiştir. Vücut sıcaklığı 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,050). Sakral masaj grubunda ortanca değer 36,8 iken adaçayı grubunda 36,7 ve kontrol grubunda 36,9 olarak elde edilmiştir (Çizelge 7).

Solunum başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,127). Sakral masaj grubunda ortanca değer 20 iken adaçayı grubunda 20 ve kontrol grubunda 20 olarak elde edilmiştir. Solunum 2.saat ortanca

değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,493). Sakral masaj grubunda ortanca değer 22 iken adaçayı grubunda 22 ve kontrol grubunda 22 olarak elde edilmiştir. Solunum 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,771). Sakral masaj grubunda ortanca değer 24 iken adaçayı grubunda 22 ve kontrol grubunda 22 olarak elde edilmiştir. Solunum 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,494). Sakral masaj grubunda ortanca değer 24 iken adaçayı grubunda 24 ve kontrol grubunda 24 olarak elde edilmiştir. Solunum 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,901). Sakral masaj grubunda ortanca değer 24 iken adaçayı grubunda 24 ve kontrol grubunda 24 olarak elde edilmiştir. Solunum 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,095). Sakral masaj grubunda ortanca değer 24 iken adaçayı grubunda 24 ve kontrol grubunda 26 olarak elde edilmiştir (Çizelge 7).

Çizelge 8. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişleri

Doğum Sürecine İlişkin Bulgular		**Sakral Masaj**	**Adaçayı ile sakral Masaj**	**Kontrol**	χ^2	**p**
Dilatasyon	**0 saat**	5 (7 - 3) (25)a	4 (6 - 3) (25)b	4 (5 - 3) (25)b	14,634	**0,001**
	2 saat	6 (8 - 4) (25)a	5 (7 - 4) (25)b	5 (6 - 4) (25)b	8,148	**0,017**
	4 saat	7 (9 - 4) (25)	6 (8 - 5) (25)	7 (8 - 4) (25)	1,609	0,447
	6 saat	8 (10 - 6) (23)	8 (9 - 6) (22)	8 (10 - 5) (24)	0,452	0,798
	8 saat	10 (10- 10) (13)	10 (10 - 10) (8)	10 (10 - 8) (11)	0,775	0,679
Efasman	**0 saat**	80 (90 - 50) (25)	80 (90 - 60) (25)	70 (90 - 40) (25)	2,692	0,260
	2 saat	80 (100 - 50) (25)	80 (100 - 60) (25)	80 (100 - 40) (25)	1,326	0,515
	4 saat	90 (100 - 60) (25)	90 (100 - 80) (25)	90 (100 - 60) (25)	3,558	0,169
	6 saat	90 (100 - 80) (23)	90 (100 - 90) (22)	90 (100 - 80) (24)	1,320	0,517
	8 saat	100 (100 - 90) (13)a	100 (100 - 90) (8)ab	90 (100 - 80) (11)b	8,758	**0,013**
Kontraksiyon süresi (saniye)	**0 saat**	30 (40 - 20) (25)a	30 (40 - 5) (25)b	20 (40 - 5) (25)b	11,892	**0,003**
	2 saat	40 (60 - 20) (25)a	30 (60 - 15) (25)b	30 (40 - 20) (25)ab	8,682	**0,013**
	4 saat	60 (60 - 30) (25)	45 (60 - 25) (25)	40 (60 - 30) (25)	4,598	0,100
	6 saat	60 (90 - 45) (23)	60 (90 - 60) (22)	60 (90 - 40) (24)	0,853	0,653
	8 saat	90 (90 - 90) (13)	90 (90 - 90) (8)	90 (90 - 90) (11)	0,000	1,000
Kontraksiyon sıklık	**0 saat**	2 (3 - 1) (25)a	2 (3 - 1) (25)a	3 (4 - 1) (25)b	10,585	**0,005**
	2 saat	3 (4 - 1) (25)b	3 (4 - 1) (25)b	3 (5 - 2) (25)a	9,454	**0,009**
	4 saat	3 (4 - 2) (25)b	3 (8 - 2) (25)b	4 (5 - 2) (25)a	7,273	**0,026**
	6 saat	4 (5 - 2) (23)	3 (6 - 2) (12)	3 (4 - 2) (24)	2,296	0,317
	8 saat	4 (6 - 2) (13)	4 (4 - 2) (8)	4 (5 - 2) (11)	0,543	0,762

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği, *Ortanca (mak.-min) (n)

Çizelge 8'de kadınların gruplara göre doğumlarının ilerleyişlerine ilişkin bulgular verilmiştir. Dilatasyon başlangıçta (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,001). Sakral masaj grubunda ortanca değer 5 iken adaçayı grubunda 4 ve kontrol grubunda 4 olarak elde edilmiştir. Sakral masaj grubu puan

ortanca değeri diğer gruplara göre yüksek elde edilmiştir. Dilatasyon 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,017). Sakral masaj grubunda ortanca değer 6 iken adaçayı grubunda 5 ve kontrol grubunda 5 olarak elde edilmiştir. Sakral masaj grubu puan ortanca değeri diğer gruplara göre yüksek elde edilmiştir. Dilatasyon 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,447). Sakral masaj grubunda ortanca değer 7 iken adaçayı grubunda 6 ve kontrol grubunda 7 olarak elde edilmiştir. Dilatasyon 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,798). Sakral masaj grubunda ortanca değer 8 iken adaçayı grubunda 8 ve kontrol grubunda 8 olarak elde edilmiştir. Dilatasyon 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,679). Sakral masaj grubunda ortanca değer 10 iken adaçayı grubunda 10 ve kontrol grubunda 10 olarak elde edilmiştir (Çizelge 8).

Efasman başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,26). Sakral masaj grubunda ortanca değer 80 iken adaçayı grubunda 80 ve kontrol grubunda 70 olarak elde edilmiştir. Efasman 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,515). Sakral masaj grubunda ortanca değer 80 iken adaçayı grubunda 80 ve kontrol grubunda 80 olarak elde edilmiştir. Efasman 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,169). Sakral masaj grubunda ortanca değer 90 iken adaçayı grubunda 90 ve kontrol grubunda 90 olarak elde edilmiştir. Efasman 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,517). Sakral masaj grubunda ortanca değer 90 iken adaçayı grubunda 90 ve kontrol grubunda 90 olarak elde edilmiştir. Efasman 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,013). Sakral masaj grubunda ortanca değer 100 iken adaçayı grubunda 100 ve kontrol grubunda 90 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu puan ortanca değeri sakral masaj grubuna göre düşük elde edilmiştir (Çizelge 8).

Kontraksiyon süresi başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,003). Sakral masaj grubunda ortanca değer 30 iken adaçayı grubunda 30 ve kontrol grubunda 20 olarak elde edilmiştir. Sakral masaj grubu diğer gruplara göre yüksek elde edilmiştir. Sakral masaj grubu puan ortanca değeri adaçayı grubu ile aynıdır fakat sıra ortalama değeri daha yüksek dağıldığı için farklılık oluşmaktadır (sıra ortalama değerleri sırasıyla 49,68,33,86). Kontraksiyon süresi 2.saat

ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,013). Sakral masaj grubunda ortanca değer 40 iken adaçayı grubunda 30 ve kontrol grubunda 30 olarak elde edilmiştir. Sakral masaj grubu adaçayı grubuna göre yüksek elde edilmiştir. Kontraksiyon süresi 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,100). Sakral masaj grubunda ortanca değer 60 iken adaçayı grubunda 45 ve kontrol grubunda 40 olarak elde edilmiştir. Kontraksiyon süresi 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,653). Sakral masaj grubunda ortanca değer 60 iken adaçayı grubunda 60 ve kontrol grubunda 60 olarak elde edilmiştir. Kontraksiyon süresi 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=1). Sakral masaj grubunda ortanca değer 90 iken adaçayı grubunda 90 ve kontrol grubunda 90 olarak elde edilmiştir (Çizelge 8).

Kontraksiyon sıklığı başlangıç (0.saat) ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,005). Sakral masaj grubunda ortanca değer 2 iken adaçayı grubunda 2 ve kontrol grubunda 3 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu diğer gruplara göre yüksek elde edilmiştir. Kontraksiyon sıklığı 2.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,009). Sakral masaj grubunda ortanca değer 3 iken adaçayı grubunda 3 ve kontrol grubunda 3 olarak elde edilmiştir. Sıra ortalama değerleri sırasıyla (33,52,32,34,48,14) şeklindedir. Kontraksiyon sıklığı 4.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir (p=0,026). Sakral masaj grubunda ortanca değer 3 iken adaçayı grubunda 3 ve kontrol grubunda 4 olarak elde edilmiştir. Kontrol grubu sakral masaj grubuna göre yüksek elde edilmiştir. Kontraksiyon sıklığı 6.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,317). Sakral masaj grubunda ortanca değer 4 iken adaçayı grubunda 3 ve kontrol grubunda 3 olarak elde edilmiştir. Kontraksiyon sıklığı 8.saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermemektedir (p=0,762). Sakral masaj grubunda ortanca değer 4 iken adaçayı grubunda 4 ve kontrol grubunda 4 olarak elde edilmiştir (Çizelge 8).

4.5. Katılımcıların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Bu alt bölümde katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Çizelge 9. Katılımcıların Gruplara Göre Doğumun Zorluk Derecesi Puan Ortalamaları

	Sakral masaj	Adaçayı	Kontrol	χ^2	p
Doğumun zorluk derecesi puan ortalamaları	6,68±2,41[a]	6,64±1,04[a]	8,12±1,24[b]	0,126	0,000

χ^2: Kruskal Wallis test istatistiği

Çizelge 9'da kadınların gruplara göre doğumun zorluk derecesi puan ortalamaları verilmiştir. Kontrol grubunun puan ortalamaları, sakral masaj ve adaçayı gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0,001), (Çizelge 7). Sakral masaj ve adaçayı gruplarının, gruplar arasında doğumun zorluk derecesi puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 10. Gruplara göre doğum sonrası değerlendirme formu sorularının karşılaştırılması

Katılımcıların doğum sonu masaj ile ilgili değerlendirmeleri	Sakral Masaj	Adaçayı ile Sakral Masaj	χ^2	p
Uygulanan masajın ağrınız üzerine bir etkisi olduğunu söyleyebilir misiniz?				
Evet	12 (48)	14 (56)	0,406	0,816
Kısmen	10 (40)	9 (36)		
Hayır	3 (12)	2 (8)		
Yapılan masajın doğum sırasında da uygulanmasını ister misiniz?				
Evet	12 (48)	13 (52)	0,000	1,000
Hayır	13 (52)	12 (48)		
Başka tür masajların da yapılmasını ister miydiniz?				
Evet (Bacak masajı)	5 (20)	5 (20)	0,000	1,000
Hayır	20 (80)	20 (80)		
Sizce uygulanan masajın doğumunuz üzerine etkisi nedir?				
- Rahatlamama yardımcı oldu.				
Evet	22 (88)	23 (92)	0,222	0,637
Hayır	3 (12)	2 (8)		
-Huzur ve güven verdi.				
Evet	19 (76)	19 (76)	0,000	1,000
Hayır	6 (24)	6 (24)		
-Ağrılarımı hissetmemi azalttı.				
Evet	15 (60)	16 (64)	0,000	1,000
Hayır	10 (40)	9 (36)		
-Ortama uyum sağlamama yardımcı oldu				
Evet	19 (76)	20 (80)	0,000	1,000
Hayır	6 (24)	5 (20)		
-Hiç etkisi olmadı				
Evet	5 (20)	6 (24)	0,117	0,733
Hayır	20 (80)	19 (76)		

χ^2: Ki-kare test istatistiği

Çizelge 10’da kadınların gruplara göre doğum sonrası değerlendirme formu sorularının karşılaştırılması yer almaktadır. Doğum sonrası değerlendirme sorularının cevapları gruplara göre farklılık göstermemektedir ($p>0,050$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, sakral masajın ve adaçayı ile sakral masajın kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleriyle İlgili Bulguların Tartışması

Bu alt bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerine ait bulguların tartışması yer almaktadır.

Çalışmamız sakral masaj, adaçayı ile sakral masaj ve kontrol olmak üzere üç gruptan oluşmuştur. Deney ve kontrol gruplarında kadınların tanıtıcı ve gebeliğe ilişkin özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 1-2). Deneysel çalışmada elde edilecek etkinin doğru yorumlanabilmesi çalışmanın geçerliğine ve güvenilirliğine bağlıdır ve elde edilen bulgunun kanıt sayılabilmesinde vazgeçilmezdir (86). Ebelik/hemşirelik araştırmalarının, yapılan girişimlerinin etkinliğini değerlendirmek üzere tanımlayıcı olmaktan ziyade açıklayıcı gücü yüksek gerçek yaşama genellenebilecek bilgiler üreten deneyleri içermesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (86).

Deneysel çalışmalarda bir girişimin etkisinin değerlendirilmesinde en önemli gerekliliklerden birisi girişim ve kontrol grubunun uygulanan girişim dışında kalan diğer tüm özellikler yönünden benzer olmasıdır (86). Nedensellik kararını etkileyebilecek durumların kontrol altına alınmasında araştırma sürecinde ortaya çıkabilecek yanlılıkların önlenmesi önemlidir. Randomize kontrollü çalışmaların deney ve kontrol gruplarının birbirine benzer olması olası bias riskini azaltmakta ve çalışmanın sonuçlarının kalite düzeyini arttırmaktadır. Dolayısıyla ilgili çalışmaların çalışma gruplarının tanıtıcı özelliklerinin benzer olması gerekmektedir. Bu temel bilgiden hareketle bizim çalışmamıza katılan kadınların yaş, eğitim düzeyi, ekonomik durum gibi sosyo demografik ve gebeliğe ilişkin özellikleri gruplar arasında farklılık göstermemektedir. Dolayısıyla deney ve kontrol gruplarının kadınların sosyo-demografik özellikleri açısından benzerlik göstermektedir. Bu durum çalışma sonuçlarımızın güvenirliğini artırmıştır.

Deneysel çalışma desenindeki araştırmalarda karıştırıcı değişkenlerin her iki grupta da (deney ve kontrol) eşit/dengeli şekilde dağılması gerekir (86). İyi bir randomizasyonun ve deney ve kontrol grubu katılımcı sayılarının eşitliğin de bunu sağladığı ön görülmektedir. Bizim çalışmamızda deney grupları (sakral masaj, adaçayı ile sakral masaj) ve kontrol grupları katılımcı sayıları eşittir (Çizelge 1-2). Bu durum randomize kontrolü çalışma desenindeki araştırma sonuçlarının güvenilirliği açısından önemlidir. Çalışmamızda yukarıda bahsi geçen değerlendirmeler yapılmıştır.

5.2. Katılımcıların Korku Kaygı Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Bu alt bölümde katılımcıların korku kaygı durumlarına ait bulguların tartışması yer almaktadır.

Modernize olmuş toplumlarda teknolojinin her alanda kullanılması yaygınlaşmıştır, bu akımdan doğum da etkilenmiş ve doğumda yapılan girişimler artmıştır. Doğumun kollektif yapılması, kadının doğum performansını cinsiyetinin bir yeteneği olarak sergilemek durumunda kalması, kültürel normların "kadın olma"ya yükledikleri oldukça ağır sorumlulukların olması ve kişisel endişeler, kadının bu sürece korkuyla girmesine neden olmaktadır (87). Kabul edilebilir düzeydeki bir korkunun kadının doğuma hazırlanmasında yardımcı olabileceği belirtilmektedir (88). Ancak doğum korkusu gebelikten önce oluşur ya da bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa "tokofobi" olarak adlandırılmaktadır (88).

Kadınların doğumdan beklentileri, geçmiş deneyimleri ve sosyal öğrenmelerle şekillendiği için, farklı kültürlerde yaşayan kadınlarda doğum korkusu farklı düzeylerde olabilir. Britanya'da gebelerin %25'inin (17), İsveç'te %21,6'sının (18), Norveç'te %33'ünün (19) orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir. Hafif ya da orta düzeyde bir doğum korkusu birçok kadın tarafından yaşanmasına karşın, çalışmalar gebelerin çoğunun hafif düzeyde doğum korkusu yaşadığını, daha az bir kısmının ise şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığını göstermektedir. Yurt dışında yapılan araştırmalarda, İsveç'te gebelerin %10'unun (10), Norveç'te yaklaşık %7,5'inin (26, 27), Kanada'da %9,1'inin (25) şiddetli düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (88). Bizim çalışmamızda ise kadınların çoğunluğunun (%96.0) doğum yapma düşüncesinden korktuklarını ifade ettikleri görülmüştür (Çizelge 3). Çalışmamızda kadınların doğum korkusu oranı oldukça yüksektir. Bu durum katılımcıların primipar

olmalarından kaynaklanabilir. Literatürde nulliparların yaşadığı doğum korkusunun, multiparlara oranla daha fazla olduğu yer almaktadır (88). Gebelerin bazı sosyodemografik özellikleri de (yaş, eğitim seviyesi ve çalışma durumu, ekonomik durum gibi) doğum korkusunu etkileyebilir. Özellikle düşük eğitim seviyesine sahip (9, 44), yaşı genç (44), işsiz (37, 44) ve gelir düzeyi düşük (37) olan gebelerin daha fazla doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir (88). Çalışmamızda kadınların korku düzeylerinin yüksek oluşu yaşlarının genç, gelir seviyelerinin düşük oluşu gibi literatür bilgileri ile uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Doğum ağrısı ve düşük ağrı eşiğine sahip olma düşüncesi doğum korkusunun en önemli nedenleridir. Parite ne olursa olsun, doğum ağrısından korkma genel ağrı korkusuyla ilişkilidir ve isteğe bağlı sezaryen oranının artışına neden olmaktadır (88). Sekiz bin gebe ile yapılan bir çalışmada nulliparların %42'sinin doğum ağrısından korktuğu (88), aşırı doğum korkusu yaşayan 100 gebe ile yapılan başka bir çalışmada nulliparların %47'sinin doğum ağrısıyla baş edememekten korktuğu bulunmuştur (88). Türkiye'de yapılan kalitatif bir çalışmada gebelerin yaşadığı doğum korkusu nedenlerinden birinin doğum ağrısı olduğu (89), başka bir çalışmada gebelerin %50'sinin doğum ağrısı nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri bulunmuştur (90). Bizim çalışmamızda ise kadınların çoğunun en çok doğum ağrısından korktuklarını belirtikleri görülmektedir (Çizelge 3). Bu sonuç literatür bilgileri ile uyumludur. Modern kültürün kadına getirdiği etiketler, kadının toplumdaki statüsü, medyada doğumla korku ve ağrının sürekli beraber ifade edilmesi, normal doğurma yetisine doğası gereği sahip olan kadın; modern yaşamının sunduğu etiketler dolayısıyla doğum ağrısına karşı olumsuz duygular geliştirmekte ve bu durum onun da doğumunda normalden uzaklaşmasına neden olmaktadır.

Parite doğum korkusunun özelliğini, içeriğini ve oranını etkiler (88). Çalışmamızda kadınların doğumdan korkma nedenleri arasında ilk gebelik olması ikinci sırada yer almaktadır (Çizelge 3). Literatürde kadınların paritesi ile doğum korkusu arasında ilişki belirtilmektedir. Şahin ve arkadaşlarının (91) çalışmasında, bir defa doğum yapanlar ve birden fazla doğum yapanlar arasında korku puanları açısından istatiksel olarak bir fark saptanmamıştır. Nulliparlar multiparlara göre daha yüksek oranlarda doğum korkusu yaşar. Ancak multiparların yaşadığı doğum korkusunun düzeyi nulliparlara göre daha şiddetlidir. Çalışmamız katılımcılarının tamamının ilk kez

doğum deneyimi yaşaması bu oranın yüksekliğini açıklamaktadır. Ancak bu yüksek oran korkunun şiddetinin yüksekliğini ifade etmemektedir. Nulliparlar genellikle orta derecede korku yaşarken, multiparlar isteğe bağlı sezaryena neden olan şiddetli düzeyde korku yaşamaktadır (88). Bunun yanı sıra önceki doğumda acil sezaryen, vakum uygulaması ve dayanılmaz ağrı sonraki gebeliklerde yaşanan doğum korkusu ile ilişkili bulunmuştur (88). Nulliparlar genellikle bilinmeyenden, doğum ağrısından ve kontrol kaybı yaşamaktan korkarlar. Multiparların doğum korkusunun altında yatan temel neden ise ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimidir (88).
Çalışmamızda kadınların doğum korkusu nedenleri arasında doğumun kendisi ise üçüncü (%14,7) sırada yer almaktadır. Yine katılımcıların yarısının doğum öncesi eğitim almadığı belirlenmiştir (Çizelge 3). Kadınların doğum öncesi eğitim sınıflarına katılmamaları, doğum konusunda yeterince doğru bilgiye sahip olmamalarına neden olmakta ve doğumdan korku yaşama oranları artmaktadır. Dolayısı ile doğum ve doğumda yapması gerekenler hakkında yeterli bilgiye sahip olmayan kadınların korku oranlarının arttığı söylenebilir. Bu nedenle hem antenatal hem de intranatal bilgilendirmenin önemi ortaya çıkmaktadır.

Hemen her kültürde doğum, kontrol kaybı, ağrı ve ölüm korkusu ile ilişkilendirilebilir. Kadınların kendi ve bebeğine bağlı endişeleri de doğum korkusuna neden olmaktadır (87). Dönmez ve arkadaşlarının (92) araştırmasında da annelerin %60'ı kendileri ve bebeklerinin sağlığı için endişe ettiklerini ve gergin olduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda kadınların (%18,7) ölüm ve endişe nedeniyle korktuklarını belirttikleri görülmektedir.

"Sürekli Kaygı" bireyin kaygı yaşantısına yatkınlığıdır. Buna, kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılama ya da stres olarak yorumlama eğilimi de denilebilir. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar (93). Kişilerde sürekli kaygı çeşitli ölçekler yardımıyla ölçülmektedir. Sürekli kaygı ölçeği, genellikle bireyin içinde bulunduğu durumu, kendini nasıl hissettiğini tanımlar.

Deneysel çalışmalarda bir girişimin etkisinin değerlendirilmesinde en önemli gerekliliklerden birisi girişim ve kontrol grubunun uygulanan girişim dışında kalan diğer tüm özellikler yönünden benzer olmasıdır (86). Bu bilgiden hareketle

çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında SKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarında bulunan gebelerin sürekli kaygı puanları arasında farklılık yoktur. Uçar ve ark'nın çalışmasında doğum korkusunun oluşmasında genel anksiyete en önemli belirleyici olarak saptanmıştır (88). Özellikle sürekli kaygı ve endişe doğum korkusuyla ilişkilidir (88). Spice, Jones, Hadjistavropoulos, Kowalyk ve Stewart'ın (94) yaptığı çalışmada, gebelerin yaşadığı doğum korkusuyla sürekli anksiyete arasında ilişki bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcıların sürekli kaygı düzeyi puan ortalamaları ölçek kesme noktasının (50) altında bulunmuştur (93). Bu durum sakral masajın, adaçayı ile sakral masajın deney ve kontrol gruplarında etkisini değerlendirmek açısından çalışmayı olumlu etkilemektedir.

Doğum eylemi başlı başına kadınların kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir. Sertbaş'ın gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı düzeyini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında, doğum öncesi durumluk kaygı puan ortalaması 54.53, doğum sonrası durumluk kaygı puan ortalaması ise 39.78 olarak saptanmıştır (95). Altınay'ın çalışmasında ise doğum sonu durumluk kaygı puan ortalaması 40.0'dır (96). Bunun yanında Engel ve arkadaşlarının çalışmalarında, doğum öncesi ve sonrası belli düzeyde kaygı yaşandığını, doğum sonrası kaygı puan ortalamasının doğum öncesi kaygı puanından belirli ölçüde düşük olduğunu belirlemişlerdir (97). Çalışmamız sonuçlarında doğumun aktif fazı başlamasıyla beraber kadınların durumluk kaygı puanlarının sürekli kaygı puanlarına göre artış gösterdiği görülmektedir (Çizelge 3-4). Bu durumun literatür bilgileri ile uyumludur ve doğum eylemi kadınların kaygı düzeylerini arttırmaktadır.

Doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasının gebelerin gevşeyip rahatlamasına neden olacağı buna bağlı olarak korku ve anksiyeteyi azaltacağı belirtilmektedir. Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik yöntemler, herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, kaygı düzeyini azaltan ve ağrısını en az algılamaya yönelten yöntemlerdir (98). Doğum ağrısını rahatlatmak için kullanılan en eski tensel uyarılma yöntemi masajdır. Masaj, sağlık ve iyiliği artırmak için vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Masaj doğum sırasında ağrının şiddetini azaltmakta, kas spazmını gevşetmekte ve genel rahatlama sağlamaktadır (17). Field ve arkadaşlarının yaptıkları

bir çalışmada, masajın doğum ağrısını, annenin anksiyetesini ve depresif modunu azaltmada etkili olduğu ortaya konmuştur (17). Masaj uygulaması, serotonin ve dopamin düzeyini artırırken, norepinefrin ve kortizol seviyesini düşürmektedir (18).

Yapılan çalışmalarda, masaj uygulamasının doğum sürecinde gebelerin anksiyete düzeyini azaltmada etkili bir yöntem olduğu vurgulanmaktadır (96). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada primipar gebelere doğum sürecinde yapılan tam vücut masajının gebenin ağrı düzeyine ve stres reaksiyonuna etkisi incelenmiş, anksiyete seviyesinin masaj yapılan gebelerde istatistiksel olarak önemli derecede düşük olduğu belirlenmiştir (99). Çalışmada gebelere yapılan masajın stres reaksiyonunu kontrol etmede pozitif etkisi olduğu vurgulanmıştır (99). Bunun yanısıra Chang ve arkadaşları ve Pilevarzadeh ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda masaj uygulamasının gebelerin anksiyete düzeyini düşürmede sadece latent fazda etkili olduğu aktif ve geçiş fazlarında kontrol grubu ile masaj grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır (100,101). Gönenç ve Terzioğlu'nun 2012 yılında kadınlara masaj ve akupuresur uyguladıkları çalışmasında da doğumun latent fazında masaj uygulamasının gebelerin anksiyete puan ortalamalarını düşürmede etkili olduğu belirtilmektedir (98).

Çalışmamız bulgularında sakral masaj uygulanan grupta uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$, Çizelge 4). Yine adaçayı ile sakral masaj uygulanan grupta uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,001$, Çizelge 4). Ancak kontrol grubunda uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,527$, Çizelge 4). Bu sonuçlar literatür bilgileri ile benzerlik göstermektedir (98,99,100,101). Bu durum sakral masajın kadınların kaygı düzeylerini azalttığını göstermektedir. Ayrıca her iki deney grubu arasında uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak adaçayı yağı ile sakral masajın özellikle kadınların kaygı düzeyini azaltmada etkili olmadığı söylenebilir. Bu sonuçlar doğrultusunda sakral masajın uygulaması sırasında kullanılan adaçayı yağının kaygı düzeyini azaltmaya etkisi yoktur.

5.3. Katılımcıların Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Bu alt bölümde katılımcıların gruplara göre doğum ağrısı değerlendirme bulguları tartışılmıştır.

Masajın ağrı üzerindeki etkisi Kapı Kontrol Teorisi'ne göre açıklanmaktadır. Masaj, dokunma duyusunu taşıyan büyük çaplı lifleri aktive edip, ağrı mesajını taşıyan küçük çaplı lifleri inhibe ederek, ağrı olarak hissedilen uyarıların geçişine kapıyı kapatarak ağrıyı azaltır (32). Masaj uygulaması lokal kan akımını artırır, iskemiyi azaltır ve endorfin salınımını artırır. Tüm bunların hepsi sempatik sinir sisteminin uyarılmasına ve iskelet kaslarının gevşemesine yardımcı olur ve doğum ağrısını hafifletir (32).

Çalışmamızda katılımcıların gruplara göre ağrı değerlendirme ölçeği ortalamaları incelendiğinde; 2., 3., 4. ve 5. saat ortanca değerleri gruplara göre farklılık göstermektedir. Bu fark kontrol grubunda ağrı değerlendirme ölçeği puanı, sakral masajla adaçayı ile sakral masaj gruplarındaki ağrı değerlendirme ölçeği puanından daha yüksek bulunmasından kaynaklanmaktadır. Gönenç ve Terzioğlu tarafından 2012 yılında yapılan çalışmada doğumun aktif fazında masaj uygulamasının etkili olduğu belirtilmiştir (98). İpek'in yaptığı çalışmada, doğumun aktif fazında kontrol grubunda ölçülen ortalama ağrı değerlendirme ölçeği puanının deney gruplarından yüksek olduğunu belirtmiştir (32). Chang ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada doğum eyleminde kadınlara uygulanan masajın ağrı ve anksiyeteyi azalttığını göstermişlerdir (100). Kimber ve arkadaşlarının müzik ve masajın doğum ağrısı üzerine etkisinin araştırdığı çalışmada deney gruplarından birine müzik ve gevşeme teknikleri, diğerine masaj ve gevşeme teknikleri uygulanmış, kontrol grubuna ise sadece rutin bakım uygulanmıştır. Araştırma sonucunda deney gruplarının her ikisinde kontrol grubuna göre ağrı ile baş etmede pozitif bulgular elde edilmiştir. Deney grupları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (102). Dhany ve arkadaşlarının 1079 kadın ile yürüttüğü aromaterapi ve masaj uygulamasının doğum sırasında analjezi gereksinimi üzerine etkisini incelediği çalışmasında aromaterapi ve masajın her türlü intrapartum anestezi oranını azaltmada olumlu bir etkiye sahip olduğunu vurgulamış ve geleneksel ebelik uygulamasına faydalı olduğunu bildirilmiştir (103). Çalışmamızın bulguları ile literatürdeki bulgular benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda travaydaki

gebelere aktif fazda sakral masaj uygulamasının gebelerin ağrılarını azaltmada etkili olması nedeniyle doğum salonlarında uygulanması önerilmektedir.

Chen ve arkadaşlarının yaptıkları metaanalizde aromaterapinin doğum ağrısının ve süresinin azaltılmasında etkili olduğunu ve genellikle anneler için güvenli olduğu gösterilmiştir (104). Joseph ve Fernandes'in primipar annelerde yasemin yağı ile yapılan masajın birinci evrede ağrı üzerine etkisini incelediği çalışmada yasemin yağı ile yapılan masajının doğumun birinci evresindeki ağrısının azaltmasında etkisi olduğu belirlenmiştir (105). Lamadah ve Nomani'nin lavanta yağı ile sırt masajı uyguladığı randomize kontrollü çalışmasında lavanta yağı ile yapılan aromaterapi masajının doğum sırasında ağrı ve anksiyeteyi azaltabileceği sonucuna varılmıştır (106). Luo ve ark.'nın dört randomize kontrollü araştırmanın metaanalizini yaptığı çalışmasında aromaterapinin, doğum süresinin azaltılmasında etkili olduğu belirtilmiş ancak analjezi kullanımı açısından etkili olmadığı bulunmamıştır (107). Sınırlı sayıda çalışma nedeniyle aromaterapinin doğumdaki kadınlar için etkili bir yöntem olarak önerilemeyeceğini bildirmiştir.

Literatürde doğumda aromaterapik masaj uygulaması hakkında farklı sonuçlar bulunan bir çok çalışmaya ulaşılmaktadır. Bizim çalışmamızda ise sakral masaj ve adaçayı ile sakral masaj grupları arasında anlamlılık bulunmamıştır. Bu durum kadınların uygulama sırasında dokunmanın terapötik etkisi nedeniyle ağrılarının hafiflediği şeklinde yorumlanabilir. Buna ek olarak doğumun birinci evresinde uygulanan masajın kadınların yanlarında ebe olduğunu hissetmeleri yani güven duygusu geliştirmelerinden de kaynaklanabilir. Çünkü yapılan çeşitli araştırmalar doğum eyleminde annenin yanında olunarak onun desteklenmesinin önemli olduğunu belirtmektedir. Böylece anksiyete ve ağrı puanlarında azalma, ağrı kesici kullanım oranlarında azalma, anne memnuniyetinde artma, pozitif doğum deneyimi, sezaryenle doğum oranlarında azalma, doğum süresinde kısalma gibi anne ve bebek açısından birçok olumlu yararlar sağladığı gösterilmiştir (29). Doğumun birinci evresinde adaçayı yağı ile sakral masaj uygulamasının doğum ağrısı üzerine etkisinın özel olarak olmadığı bulunmuştur.

5.4. Katılımcıların Maternal İzlem Bulguların Tartışması

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarındaki kadınların nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, solunum ve vücut ısısı ölçümlerine ilişkin bulgular ve kadınların gruplara göre doğumlarının ilerleyişlerine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Doğum eylemi ilerledikçe ağrı ve anksiyete nedeniyle gebenin yaşam bulgularında değişiklik olabilir (29). Doğum, kadınların metabolik hızını ve oksijene olan gereksinimini artırmaktadır. Ağrı ve anksiyete düzeyindeki yükselme normalde artmış olan metabolik hızın daha da artmasına neden olmaktadır. Kadın bu süreçte daha fazla oksijen alabilmek ve fazla miktardaki karbondioksiti atabilmek için daha hızlı solunum yapmaktadır. Doğum esnasında bu tür değişikliklerin beklenenden daha fazla ortaya çıkması durumunda, kadınların Pa O2, Pa CO2 ve arterial pH değerleri de değişebilmektedir (29).

Çalışmamızda kadınların gruplara göre yaşamsal bulguları incelendiğinde nabız başlangıç, 2. saat, 4. saat ve 8. saat, SKB 8. saat, vücut sıcaklığı 4. saat ortanca değerleri istatistiksel olarak farklılık göstermektedir (Çizelge 7). Solunum ve DKB ortanca değerleri gruplara göre anlamlı bir farklılık göstermemektedir (Çizelge 7).

Literatürde doğum eylemi süresince yapılan uygulamaların gebelerin hayati bulgularında değişikliğe neden olmadığı belirlenmiştir. Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisinin incelendiği çalışmada masaj ve sıcak uygulama yapılan gebeler ile kontrol grubundaki gebelerin hayati bulguları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (32). Bizim çalışma bulgularımızdaki vital ölçümlerde yukarıda belirtilen değerlerdeki istatistikî anlamlılığın her birinde farklı gruplarda ortaya çıkması, bunun nedeninin çalışmadan kaynaklı olarak değerlendirilmesine olanak sağlamamaktadır.

Doğum ağrısının oluşmasının nedenleri arasında serviksin dilatasyonu ve silinmesi önemli yer tutmaktadır. Doğum eyleminde fetüsün gelen kısmının baskısı ile serviks gerilerek, hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açmakta, bu yolla da uterus kontraksiyonu artmaktadır. Uterus kontraksiyonları ise fetüsü aşağı doğru iterek serviksin dilatasyon ve silinmesini artırmaktadır (29).

Çalışmamızda gebelerin dilatasyon bulguları değerlendirildiğinde; 1. saat sonunda deney ve kontrol grupları arasında sakral masaj grubu lehine açıklığın diğer iki

gruba göre daha fazla olduğu saptanmasına rağmen ($p<0.05$) travayın ilerleyen saatlerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Efasman bulgularında ise sadece 8. saatte kontrol grubu alehine bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Deney ve kontrol grubundaki gebeler kontraksiyon süresi açısından değerlendirildiğinde diğer değerlendirmelerde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasına karşın ($p>0.05$) 2. saat sonunda sakral masaj grubundaki gebelerde kontraksiyon süresinin adaçayı ve kontrol grubundakilere göre daha uzun olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). 2. ve 4. saat gebelerin kontraksiyon sıklıkları değerlendirildiğinde; deney grubundakilere göre kontrol grubundaki gebelerin ağrı sıklıklarının daha az olduğu aralarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Araştırma bulgularımıza göre sakral masaj ve adaçayı ile sakral masajın travayın aktif fazında doğum süreci üzerine etkisi bulunmamıştır. Doğum eylemi sürecinde deney grubundaki kadınların kontraksiyonlarının daha sık olmasına rağmen ağrılarını daha az olarak değerlendirmeleri ve doğumun zorluk derecesini daha kolay olarak nitelendirmeleri de sakral masajın doğum ağrısı ve algısı üzerine etkisini göstermektedir.

Literatürde doğum ağrısı üzerine etkisinin incelendiği masaj ile kombine nonfarmakolojik yöntemlerin uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Kamalifard ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmada 4 ve 8 cm servikal dilatasyonda bir gruba, 6 ve 10 cm servikal dilatasyonda diğer gruba nefes egzersizleri ile birlikte uygulanan epigastrik, femur, sakrum, omuz ve ayak masajı uygulamışlardır (108). Bu çalışmada masajın 6 cm servikal dilatasyonda etkili olduğu, 8 cm servikal dilatasyonda bir etkisinin bulunmadığı sonucuna varmışlardır (72). Öztürk (2008) tarafından yapılan çalışmada gebeler arasında uygulama öncesi ve uygulama sonrası servikal dilatasyon ve efasman ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (109). Uygulama esnasında geçen süre nedeni ile gebelerin doğum süreçlerinin ilerlediği, dilatasyon ve efasmanlarında artış olduğu görülmüştür. Çalışmamızın sonuçları literatürle kısmen benzerlik göstermektedir.

Doğumun ilerleyişinin yönetiminde diğer nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar değerlendirildiğinde; Hamlacı tarafından yapılan çalışmada gruplar arasında eylem ilerledikçe servikal dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiş, servikal silinme yüzdesine bakıldığında deney ve kontrol

gruplarının sadece ilk uygulamadan sonraki silinme düzeyinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür (110). Sonuçlarımız Hamlacı'nın (110) çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

5.5. Katılımcıların Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Bu alt bölümde katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulguları tartışılmıştır.

Çalışmamızda kontrol grubunun doğumun zorluk derecesi puan ortalamaları, sakral masaj ve adaçayı ile sakral masaj gruplarının puan ortalamalarından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Literatürde doğum eylemi sırasında bel, bacak, omuz vb. bölgelere uygulanan masaj; ağrı ve acıyı azalttığı, doğumda rahatlama ve pozitif düşünmeyi desteklediği ayrıca depresif ruh durumunu giderdiği belirtilmiştir (61). Gökyıldız ve ark.'nın nonfarmakolojik yöntemlerden müziğin doğum ağrısı ve sürecine etkisinin incelendiği 2018 yılında çalışmasında deney grubunun doğum zorluk derecesinin daha düşük olduğu bulunmuştur (111). Çalık ve arkadaşlarının doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisinin incelendiği çalışmasında da deney ve kontrol grupları arasında deney grubu lehine fark bulunmuştur (30). Çalışmamız bulguları nonfarmakolojik yöntemler kullanılarak desteklenen kadınların eylem sürecini daha kolay olarak niteledikleri literatür bulgularını desteklemektedir.

Çalışmamızda her iki deney grubundaki kadınların uygulanan masajdan memnun oldukları saptanmıştır. Ayrıca masajın kendilerini rahatlattığını, ortama uyum sağlamama yardımcı olduğunu, huzur ve güven verdiğini, ağrılarını hissetmesini azalttığını belirtmişlerdir. Ancak uygulanan masajdan memnuniyet düzeyi sakral masaj ve adaçayı ile sakral masaj grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,050$).

Literatürde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı ve memnuniyet düzeylerinin araştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır. Gönenç tarafından yürütülen çalışmada deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (98). Sadat and Forugh tarafından yapılan çalışmada çalışmamıza benzer şekilde memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (112). Mortazavi and Khaki ve Erenoğlu tarafından başlıklı çalışmada rastgele seçilen gebelerde yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (113,114). Shahri tarafından yapılan çalışmada

deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (115). Karami et al. tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (116).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız sakral masajın kadınların kaygı düzeyine, doğum ağrısının şiddetine ve doğumun sonucuna etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma başlangıcında öngörülen hipotezler sınanmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Deney gruplarında (sakral masaj, adaçayı yağı ile sakral masaj) bulunan kadınların uygulama sonrası kaygı düzeyleri uygulama öncesine ve kontrol grubundakilere göre düşmüştür.
- Deney gruplarında (sakral masaj, adaçayı yağı ile sakral masaj) bulunan gebelerin ağrı puanları kontrol grubundakilere göre düşüktür.
- Sakral masaj (vazelin) adaçayı yağı ile sakral masaj grupları arasında kadınların, kaygı, ağrı, doğum süreci arasında fark görüşmemiştir.
- Kadınların vital bulguları normal değerlerde bulunmuştur.
- Deney gruplarında (sakral masaj, adaçayı yağı ile sakral masaj) bulunan kadınların çoğunluğunun masajdan memnun olduğu görülmüştür.
- Kadınların tamamında doğum sonrası dönemde, herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Çalışmamızın sonucunda, masaj uygulamasının kadınların doğum sürecinde yaşadığı kaygı düzeyini düşürdüğü, ağrıyı azalttığı ve doğum eyleminin algılanmasına olumlu katkı yaparak olumlu doğum deneyimini arttırdığı ve annenin sağlığını ve doğumunu iyi algılamasını sağladığı belirlenmiştir. Bunlara ek olarak masaj uygulaması sırasında kullanılan vazelin ve adaçayı yağı arasında yukarıda bahsi geçen konularda farkın olmadığı bulunmuştur.

Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Sakral masaj uygulamasında kullanılan alternatif yağların kullanıldığı randomize kontrollü çalışmaların yapılması,
- Ebelik eğitimi müfredat programına ebelerin uygulayabileceği geleneksel ve

tamamlayıcı yöntemlerin anlatılabileceği derslerin ilave edilerek gerekli düzenlemelerin yapılması,

- Hastanelerde masajın doğum sürecine, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin kanıt temelli sonuçlarının hizmetiçi eğitim programlarına dahil edilmesi,
- Masajın ebeler tarafından doğum salonlarında uygulanabilmesi için gerekli protokollerin hazırlanması ve uygulamaya geçirilebilmesi için dernekler ile işbirliğinin sağlanması,
- Gebe bilgilendirme sınıflarının bilinirliğini artırmak için kurumsal düzeyde tanıtımların yapılmasının sağlanması,
- Multidisipliner ekip yaklaşımının benimsenmesi ve ebelerin bu ekip içinde uygulayıcı, eğitici, koordinatör, danışman ve araştırıcı rolleri ile yer alması,
- Doğuma hazırlık sınıflarında ve gebe bilgilendirme sınıflarında daha önce sakral masaj uygulanan annelerin doğum süreci ile ilgili deneyimlerini paylaşabilmeleri ve birbirleriyle etkileşim kurabilmeleri için destek gruplarının oluşturulması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. **Taşkın T.**Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. İçinde: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Maatbacılık, **2011:** 307-333.

2. **Fridh G,Kopare T,Johansson FG, Norvell KT.** Factors associated with more in tense labor pain. *ResNursHealth*,**1988;**11:117-124.

3. **Karaman S.** Obstetrik Analjezi. İçinde: Fırat V (Ed.). Obstetrik Acillere Yaklaşım ve Obstetrik Anestezi-Analjezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın Alt Kurulu.**2003:** 23-45.

4. **Eisenach JC.** ThePain of ChildbirthandItseffect on The Motherand The Fetus. In: Chestnut DH (Ed.). ObstetricAnesthesia. U.S.A: Elsevier Limited.**2004:** 288-299.

5. **Taşcı E, Sevil Ü.** Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi,* **2007;** 17:181-186.

6. **Lowdermilk P, Wilson HW.** Maternal Child NursingCare.(3th.ed.). U.S.A: Elsevier Limited. **2006.**

7. **Kandemir H, Belet N, Aydin M, Küçüködük Ş.** Elektifsezaryan ve normal vajinal yolla doğan bebeklerde acth, kortizol, büyüme hormonu, prolaktin ve kan glukoz düzeylerinin karşılaştırılması. J ExpClinMed, **2001;** 18:30-35.

8. **Sayıner DF, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A.** Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi, **2009;** 17:104–112.

9. **Fenwick F, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S.** Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Original Research Article Midwifery*, **2010;** 26:394-400.

10. **Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I.** A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth,* **2004;** 31:17-26.

11. **KannanS, Jamison RN, DattaS.** Maternal satisfaction and pain control in women electing natural childbirth. *Reg Anesth Pain Med,* **2001;** 26:468-472.

12. **Britton JR.** Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressfu lmedical events. *Am J Med Qual,* **2006;** 21:200-205.

13. **Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS.** Factors related to childbirth satisfaction. *J AdvNurs,* **2004;** 46:212-219.

14. **Brown ST, Douglas C, Flood LP.** Women's evaluation of ıntrapartum nonpharmacological pain relief methods used durin glabor. J PerinatEduc,**2001;** 10:1-8.

15. **Kömürcü N, Berkiten Ergin A.** Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Kömürcü N, Berkiten Ergin A(Ed.).Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul:Bedray Yayıncılık, **2008:** 57-143.

16. **Mucuk S, Aşer M.** Doğum ağrısını hafifletmede tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2009;** 12:61-67.

17. **Field T, Hemandez R, Taylor S, Quntino O, Burman I.** Laborpain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol,* **1997;** 18:286-291.

18. **FieldT.** Pregnancy and labor massage. Expert Rev Obstet Gynecol, **2010;** 5:177–181.

19. **Reif MH, Field T, Krasnegor J, TheakstonH.** Lower back pain is reduced and range of motion ın creased after massage therapy. Int J Neurosci, **2001;** 106:131-145.

20. **Yıldırım G, Şahin NH.** Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2003;** 7:14-19.

21. **Ertem G, Sevil Ü.** Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2005;** 8:117-123.

22. **Gorrie T, Kinney ME, Murray S.** Foundation of MaternalNewbornNursing. Philadelphia: W.B.SoundersCompany, s.362-369. **1994.**

23. **Arıkan DC.** Normal Doğum Eyleminin Klinik Seyri. İçinde: Posner GD, Dy J, Black AY, Jones GD (Ed.), Demir SC, Küçükgöz Güleç Ü (Çeviri Editörleri). Oxorn-Foote Eylem & Doğum. Adana: Akademisyen Kitapevi, **2014:**120

24. **Çetinkaya E, Sevil Ü.** Perinatolojiye Giriş. İçinde: Sevil Ü, Ertem G (Ed.). Perinatoloji ve Bakım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. **2016:**1-37.

25. **Mucuk S.** LI4 ve SP6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2010.**

26. **Öztürk M.** Dünya Sağlık Örgütü Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Rehberi. Seminer Ödevi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın, **2018.**

27. **Sirin A, Kavlak O.** Kadın Sağlığı. 1. Baskı, İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti. **2008.**

28. **Kilpatrick S, Garrison E.** Normal Laborand Delivery. In: Gabbe SG, Niebly JR, Simpson JL, Landon MB, Galan HL, Jauniaux ERM, Driscoll DA, Berghella V, Grobman WA. Eds. Obstetrics Normal and Problem Pregnancies. 7th.Ed.,Philadelphia: Elsevier, **2017:** 261.

29. **Yıldırım E.** Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana, **2014.**

30. **Yeşilçiçek Çalık K.** Doğum Eyleminde SP6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2010.**

31. **Yılmaz Sezer N.** Doğum Salonunda Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme ve Kullanma Durumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2012.**

32. **İpek A.** Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Dairesel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2014.**

33. **Aydın ON.** Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, **2002;** 3:37-48.

34. **Avcıbay B.** Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2009.**

35. **Melek İM, Serarslan Y, Duman T.**Nöropatik ağrı mekanizmaları. Osmangazi Tıp Dergisi, **2005;**27:97-105.

36. **Ay S, Evcik D.** Nöropatik ağrı ve tedavisi. Yeni Tıp Dergisi, **2007;**24:74-79.

37. **Raj PP.** Ağrı Taksonomisi. İçinde: Erdine S (Ed.). Ağrı, 1. Baskı. İstanbul: Nobel Yayınevi, **2000:** 12-19.

38. **Erdine S.** Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Erdine S (Ed.). Ağrı, 1. Baskı. İstanbul: Nobel Yayınevi**. 2000.**

39. **Babacan A, Akçalı D.** Ağrının Sınıflandırılması. İçinde: Aslan FE (Ed.). Ağrı Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, **2006:** 61-67.

40. **İnan N, Takmaz S, Özcan A, Dikmen B.** Yansıyan omuz ağrısı. Ağrı, **2004;** 16: 44

41. **Erdine S.** Ağrının Kitabı, 1. Baskı. İstanbul: Hayygrup Yayıncılık, **2012:** 51-61.

42. **Erdine S.** Ağrı Sendromları ve Tedavisi, 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2003.**

43. **Erdine S.** Ağrı ve Akılcı Analjezik Kullanımı El Kitabı,1.Baskı. İstanbul: TEB, Türk Algoloji Derneği, **1999.**

44. **Yücel A.** Akut ağrı nörofizyolojisi. Hasta kontrollü analjezi (PCA). Ýstanbul: MER Matbaacılık& Yayıncılıkk,**1997**:5-19.

45. **Duarte RA.** Ağrı Sınıflaması. İçinde: Özyalçın S, Dinçer S (Ed.). Ağrının Sırları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. **2005:** 6-9.

46. **Kanner R.** Ağrının Sırları. İçinde: Özyalçın S, Dinçer S (Ed.). Ağrının Sırları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti. **2005.**

47. **Carroll D, BowsherD.** Pain Management and Nursing Care. Butterworth-Heinemann. **1993**.

48. **Demir Y.** Ağrı ve Yönetimi. İçinde: Aşti TA, Karadağ A (Editörler). Hemşirelik Esasları; Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, 1. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, **2012:** 626-660.

49. **Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Radcliff S.** The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. American Family Physician, **2003;** 68(6): 1109-1112.

50. Florence DJ, Palmer DG. Therapeutic choices for the discomforts of labor. J PerinatNeonatalNurs, **2003;** 17: 238–249.

51. Köksal Ö, Taşçı Duran E. Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Elektronik Dergisi), **2013; 6:146-147.**
Erişim: http://www.deuhyoedergi.org

52. AmericanCollege of Nurse-Midwives (CMN) Data Group. Midwifery Management of PainInLabor. Journal Of Nurse-Midwifery,**1998;** 43:77-82.

53. Aslan FE. Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü. İçinde: Aslan FE (Ed). Ağrı; Doğası ve Kontrolü, 1. Baskı. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, **2006:** 68-98.

54. Aslan FE. Ağrı değerlendirme yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, **2002;** 6:9-16.

55. Simpson KR, Creehan PA. PerinatalNursing.(2nd Ed.). New York: Lippincott. **2001.**

56. Özveren H. Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, **2011;**83-86.

57. Karabulutlu Ö. Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Caucasian Journal of Science, **2014;**1:43-50.

58. Yarıcı Atış F. Antenatal Dönemde Verilen Hipnobirth Eğitiminin Doğum Ağrısı Ve Korku Üzerine Etkisi**,** T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi**. 2016,** İstanbul.

59. Yılar Erkek Z. Doğum ağrısında kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, **2016;** 19:1.

60. Simkin P, BoldingA. Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. Journal of Midwifery&Women'sHealth, **2004;** 49:489- 504.

61. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,**2010;** 44:137-144.

62. PillitteriA. Maternal& Child HealthNursing. (4th ed.). Philedelphia: Lippincott Williams &Wilkins.**2003.**

63. Melzack R, Jeans ME, Stratford JG, Monks RC. Ice massage and transcutaneou selectrical stimulation: comparison of treatment for low-back pain.Pain, **1980;** 9:209-217.

64. Wee M. Non-RegionalAnalgesia I: Non-Pharmacological Methods. Collis, R.E.,Plaat, F. ve Urquhart, J. (Ed.). Textbook of ObstetricAnaesthesia. Greenwich: Medical Media Ltd, **2002;** 48-56.

65. Johnston RV, Burrows E, Merin MIJ, Burrows R. Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation For Pain Relief in Labour. The Cochrane Library, 3, Oxfort: Update Software.**2004.**

66. **BedwellC**, **Dowswell T, Neilson JP, Lavender T.** Theuse of transcutaneou selectrical nervestimulation (tens) forpainrelief in labour: a review of theevidence.Midwifery, **2011;**27: 141-148.

67. **Kaplan B, Rabinerson D, Lurie S.** Transcutaneou selectrical nervestimulation (tens) for adjuvant pain-relief during labor and delivery. International Journal of Gynecology&Obstetrics, **1998;** 60:251- 255.

68. **Chao AS, Chao A, Wang TH, Chang YC, Peng HH, Chang SD, Chao A, Chang CJ, Lai CH, Wong AM.** Pain relief by applying transcutaneou selectrical nervestimulation (tens) on acupuncture points during th efirst stage of labor: a randomize ddouble-blind placebo-controlled trial. Pain,**2007;** 127:214–220.

69. **Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn RA, Brodrick BS.** 'Soothing the ring of fire': Australian women's and midwives' experiences of using perinea lwarm packs in the second stage of labour.Midwifery, **2009;** 25:39-48.

70. **Florence DJ, Palmer DG.** Therapeutic choices for the discomforts of labor. J PerinatNeonatalNurs, **2003;** 17: 238–249.

71. **Simkin PP. O'hara M.** Nonpharmacologic Relief Of Pain During Labor; Systematic Reviews Of Five Methods, Am J. ObstetGynecol, **2002;** 186:131-59.

72. **Türkmen H.** Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi.Doktora Tezi,Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2017.**

73. **Khorshid L, Yapucu Ü.** Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg, **2005;**8:124-30.

74. **Habanananda T.** Non-pharmacological pain relief in labour. J MedAssocThai **2004;**87:194-202.

75. **Kömürcü N, Ergin AB, Çalışkan E, Buckley SJ, Çalık KY, Çoker H ve ark.** Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. Kömürcü N editör. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 2. Baskı. Nobel tıp kitabevleri. İstanbul, 2014: s.6476. ISBN: 978-605-335-001-9.

76. **Gönenç İM.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013.**

77. **Reynolds F.**RegionalAnalgesia in Obstetrics: A Millenium Update. London: Springer. **2000.**

78. **Kaya M, Varol K**. İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri. Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*,* **2004**, 17:31-63.

79. **Doğan AA, Baş M.** Beden Eğitimi ve Spor Bölümü Öğrencilerinin Durumluk Kaygı Düzeyleri ile Başarıları Arasındaki İlişkileri, Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi, **2003**, 5(3), s.1-5.

80. **Kutanis RÖ, Tunç T.** Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. İş,Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi. Nisan **2013**, Cilt: 15, Sayı: 2, Sayfa: 1-15, DOI: 10.4026/1303-2860.2013.0222.x

81. **Öner N**. Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Yayınları, **1997**, 3. Baskı İstanbul.

82. **Aslan FE, Badır A.** Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları.Ağrı,**2005;** 17:44-51.

83. **Akın B, Soğukpınar N.** Doğum Eyleminin Birinci Evresindeki Maternal Mobilizasyonun Fetüs ve Yenidoğan Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi. I.Uluslararası, II. Ulusal Ebelik Kongre Kitabı, **2011.**

84. **Chang SC, Chou MM, Lin KC, Lin LC, Lin YL, Kuo SC.** Effects of a Pushing Intervention on Pain, Fatigue and Birthing Experiences among Taiwanese Women During the Second Stage of Labour. Midwifery, **2011;** 27:825-831.

85. **Lowe NK.** The nature of labor pain. Am J ObstetGynecol, **2002;**186:16-24.

86. **Akın B, Koçoğlu D.** Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2017**; *4*(1), 73-92

87. **Demirsoy G, Aksu H.** Doğum Korkusunun Nedenleri ve Baş Etme. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 2*(2), 36-45

88. **Uçar T, Gölbaşı, Z.** Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015; *4*(2), 54-58.

89. **Sercekuş P, Okumuş H**. Fears Associated with Childbirth Among Nulliparous Women in Turkey. *Midwifery,* 2009; 25(2): 155-62.

90. **Dursun P, Yanık FB, Zeyneloglu HB, Baser E, Kuscu E, Ayhan A.** Why Women Request Cesarean Section Without Medical Indication? The Journal of MaternalFetal and Neonatal Medicine 2011; 24(9): 1133-37.

91. **Şahin N, Dinç H, Dişsiz M.** Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Bülteni* 2009; 40(2): 57-62

92. **Dönmez S, Yeniel Ö, Kavlak O.** Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi /Gümüşhane University Journal of Health Sciences,* 2014;3:3 (908-920)

93. **Öner N, Le Compte A.** Süreksiz durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El kitabı. 2. Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, İstanbul. **1998.**

94. **Spice K, Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Kowalyk K, Stewart SH**. Prenatal Fear of Childbirth and Anxiety Sensitivity. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2009; 30(3): 168-74.

95. **Sertbaş G.** Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk- sürekli kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, 1998; 48(6):16-19.

96. **Altınay S.** Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi Aile Hekimliği. **1999**. Ankara.

97. **Engle P, Serimshow S, Zambrana R.** Prenatal and postnatal anxiety in mexican giving birth in losangles. *Health- Psychol,* 1990; 16(1): 81-99.

98. **Gönenç İM, Terzioğlu F.** Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**;1(3), 129-143.

99. **Lee KJ,Chang CJ, Jo, HS**. Effects of full massage on labor pain delivery stress reaction for primipara during labor. *Korean Journal Women Health Nursing*, **2003**; 9(3), 224-234.

100. **Chang MY, Wang SY, Chen CH.** Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**;8(1),68-73.

101. **Pilevarzadeh M, Salari S, Shafiei N.** Effect of Massage on Reducing Pain and Anxiety During Labour. *Journal of Reproduction&İnfertlity*, **200**2;3(4).

102. **Kimber L.** Massage or Music For Pain Relief in Labour: A Pilot Randomised Placebo Controlled Trial. European Journal of Pain, **2008**;12, 961– 969

103. **Dhany AL, Mitchell T, Foy C**. Aromatherapy and massage ıntrapartum service ımpact on use of analgesia and anesthesia in women in labor: A retrospective case note analysis. J Altern Complement Med. 2012;18(10):932-938. doi:10.1089/acm.2011.0254.

104. **Chen S, Wang C, Chan P.** Labor pain control by aromatherapy : A meta-analysis of randomized controlled trials. Women Birth. 2018. doi:10.1016/j.wombi.2018.09.010

105. **Joseph RM, Fernandes P.** Effectiveness of jasmine oil massage on reduction of labor pain among primigravida mothers. Nitte Univ J Heal Sci. 2013;3(4):104-107. doi:10.1037/0021-843X.113.4.592

106. **Lamadah SM, Nomani I.** The effect of aromatherapy massage using lavender oil on the level of pain and anxiety during labour among primigravida women. Am. J. Nurs. Sci. 2016;5(2):37-44. doi:10.11648/j.ajns.20160502.11

107. **Luo T, Huang M, Xia H, Zeng Y.** Aromatherapy for laboring women : a meta-analysis of randomized controlled trials. OJN. 2014;3(4):163-168. doi:10.4236/ojn.2014.43021

108. **Kamalifard M, Delazar A, Satarzade N, Mirghafourvand M, Dousti R.** The comparison of the impact of lavender and Valerian aromatherapy on reduction of the active phase among Nulliparous women: A double blind randomized controlled trial. Int J Med Res Heal Sci. **2016**;5:532-538.

109. **Öztürk Can H.** Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2008.**

110. **Hamlacı Y.** Lı4 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. Yükseklisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013.**

111. **Sürücü ŞG, Öztürk M, Avcıbay BV, Alan S, Akbaş M.** The Effect of Music on Pain and Anxiety of Women in Labor During Their First Pregnancy: A Study from Turkey. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, **2018**, Volume 30: 96-102

112. **Sadat HZ, Forugh F, Maryam H, Nosratollah MN, Hosein S.** The impact of manual massage on intensity and duration of pain at first phase of labor in primigravid women. *International Journal of Medicine Research,* 2016;1(4), 16-18.

113. **Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Rahimparvar SFV.** Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch. Gynecol. Obstet***, 2012**;286:19-23.

114. **Erenoğlu R.** Ekspressif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, **2013.**

115. **Shahri ML, Abbaspoor Z, Aghel N , Shahri HM.** Effect of Massage Aromatherapy with Lavender Oil on Pain Intensity of Active Phase of Labor in Nulliparous Women. JMP **2012**, 2(42 And S9): 167-176.

116. **Karami NK, Safarzadeh A, Fathizadeh N.** Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. IJNMR **2007**;12(1): 6-9.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Travayda Uygulanan Sakral Masajın Doğum Ağrısı
Kaygı Düzeyi ve Doğum Sürecine Etkisi

Sayın katılımcı, bu araştırma ile ilk gebeliği olan kadınlarda travayda uygulanan sakral masajın doğum ağrısı ve doğum korkusu üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları içtenlikle cevapladığınız için teşekkür ederiz.

Yüksek Lisans Öğrencisi Ebe Meltem Ersöz

Kişisel Bilgi Formu

1. Grup: 1) Deney 1(Sakral Masaj)
2) Deney 2 (Adaçayı yağı)
3) Kontrol

2. Yaş:……

3. Eğitim durumu:
1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Lise 5) Üniversite ve üstü

4. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

5. Eşin eğitim durumu:
1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Lise 5) Üniversite ve üstü

6. Eşin çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

7. Ekonomik durumunuz: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

8. Planlı bir gebelik mi? 1) Evet 2) Hayır

9. Doğum yapma düşüncesi sizi korkutuyor mu? 1) Evet 2) Hayır

10. Korkutuyorsa,neden korkuyorsunuz?Lütfen belirtiniz
……

11. Daha önce gebelik geçirdiniz mi?
1)Evet (Sayı belirtiniz)……. 2) Hayır

12. Bu gebeliklerden kaç tanesi canlı doğum ile sonlandı?.....

13. Kürtaj deneyiminiz oldu mu?

1) Evet (Sayı belirtiniz)……. 2) Hayır

14. Düşük deneyiminiz oldu mu?

1. Evet (Sayı belirtiniz)……. 2. Hayır

15. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bilgi aldınız mı?

1. Evet 2. Hayır

16. Kimden veya nerden bilgi aldınız? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.

1)TV-Radyo 2)İnternet 3)Anne

4)Sağlık personeli 5) Arkadaş 6) Diğer……..

17. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi eğitim (gebe bilgilendirme sınıfı vb) aldınız mı?

1) Evet 2) Hayır

18. Doğum ağrısı ile baş etmede ilaç dışı yöntemleri biliyor musunuz?

1) Evet 2) Hayır

19. Hangi yöntemleri biliyorsunuz? Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz

1) Masaj 2) Solunum egzersizleri 3) Müzik

4) Odaklanma 5) Akupunktur 6) Yoga/Gevşeme 7) Diğer…

20. Doğumda (Sancı anında) size masaj yapılsın ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

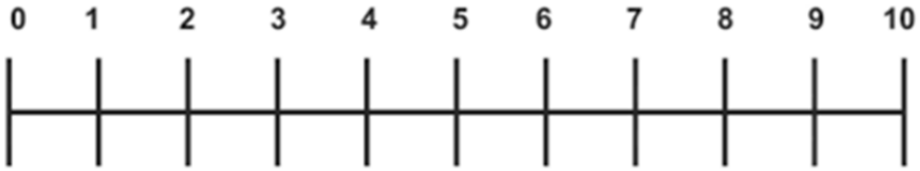
21. Doğum korkusuna yönelik hissettiğiniz duygu ve düşünceleri belirtir misiniz?

……

……

……

Ek-2: Vizüel Analog Skala



Ağrı Yok **Dayanılmaz Ağrı**

Ek-3: Sürekli Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin duygularını ifade etmede kullandıkları bazı ifadeler yer almaktadır. Puanlamalar ***1= Hemen hiçbir zaman, 2= Bazen, 3=Çok zaman*** ve ***4=Hemen her zaman*** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeyi okuduktan sonra size uygun olan seçeneği işaretleyiniz.

	SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ	**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Çok zaman**	**Hemen her zaman**
1	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
11	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Genellikle kendimi emniyette hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	(1)	(2)	(3)	(4)
16	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
20	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek-4: Durumluk Kaygı Ölçeği

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmakta kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanı karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Ek-5: Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu

Değerlendirme Kriterleri	**0.saat**	**1.saat**	**2.saat**	**3.saat**	**4.saat**	**5.saat**	**6.saat**	**7.saat**	**8.saat**
Dilatasyon									
Efasman									
Başın seviyesi									
Fetal kalp atım sayısı									
Kan basıncı									
Vücut sıcaklığı									
Nabız									
Solunum									
Kontraksiyon Süresi									
Kontraksiyon Sıklığı									

Ek-6: Doğum Sonrası Değerlendirme Formu

1.Doğumunuzun zorluk derecesini aşağıdaki çizelgede işaretleyiniz.

Kolay	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	**Zor**

2. Uygulanan masajın ağrınız üzerine bir etkisi olduğunu söyleyebilir misiniz?

1) Evet 2) Kısmen 3) Hayır

3.Yapılan masajın doğum sırasında da uygulanmasını ister misiniz?

1) Evet 2) Hayır

4.Başka tür masajların da yapılmasını ister miydiniz?

1) Evet 2) Hayır

5.Evetse, ne tür masajın yapılmasını isterdiniz? …….

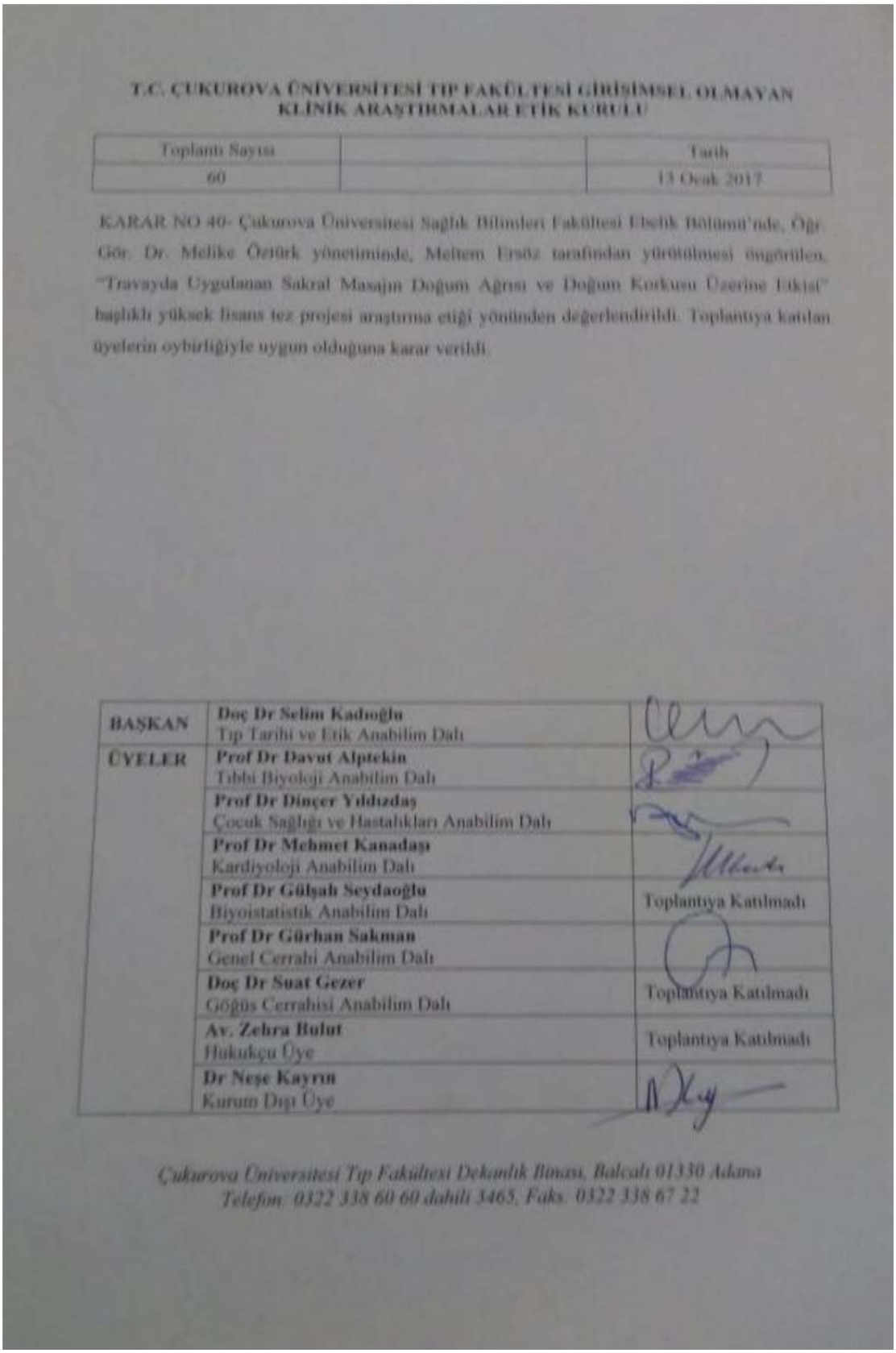
6.Sizce uygulanan masajın doğumunuz üzerine etkisi nedir?

	Evet	Hayır
Rahatlamama yardımcı oldu.		
Huzur ve güven verdi.		
Ağrılarımı hissetmemi azalttı.		
Ortama uyum sağlamama yardımcı oldu.		
Hiç etkisi olmadı.		
Diğer (Lütfen belirtiniz)……..		

7. Doğumunuzla ilgili belirtmek istediğiniz varsa lütfen belirtiniz?

…….

Ek-7: Etik Kurul Onayı



T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Toplantı Sayısı		Tarih
60		13 Ocak 2017

KARAR NO 40- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde, Öğr. Gör. Dr. Melike Öztürk yönetiminde, Meltem Ersöz tarafından yürütülmesi öngörülen, "Travayda Uygulanan Sakral Masajın Doğum Ağrısı ve Doğum Korkusu Üzerine Etkisi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	**Doç Dr Selim Kadıoğlu** Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	**Prof Dr Davut Alptekin** Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dinçer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
	Prof Dr Mehmet Kanadaşı Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Gülşah Seydaoğlu Biyoistatistik Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Av. Zehra Bulut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayrın Kurum Dışı Üye	

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 60 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 22

ÖZGEÇMİŞ

Meltem Ersöz, 1990 yılında Adana'da doğdu. İlkokul ve lise öğrenimini Adana'da tamamlayıp 2008 yılında Adana Erkek Lisesi'nden mezun oldu. 2009 yılında başladığı Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nden 2013'te mezun oldu. Mezun olduktan sonra aynı yıl içerisinde 4 ay gibi kısa bir süre Özel Medline Adana Hastanesi'nde ebe olarak görev yaptı. 2014 yılı ocak ayında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Doğumhane kliniğinde ebe olarak çalışmaya başladı. 2015 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalında tezli yüksek lisans eğitimine başladı. Halen Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Doğumhane kliniğinde ebe olarak görevini sürdürmektedir.