



T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN REBOZO TEKNİĞİNİN  
DOĞUM AĞRISI ALGISINA VE DOĞUM SÜRESİNE ETKİSİ**

DİLEK SİNEM ULUDAĞ

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üye. ASİYE AYAR KOCATÜRK

İSTANBUL-2022

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Ebelik  
Tez Sahibi : Dilek Sinem ULUDAĞ  
Tez Başlığı : Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Doğum  
Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 06.07.2022

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr.Üyesi Asiye KOCATÜRK	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<u>Sınav Jüri Üyeleri</u>		
Dr.Öğr.Üyesi Gözde KÜĞCÜMEN	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Dr.Öğr.Üyesi Zümrüt BİLGİN	Marmara Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## **ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI**

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

**Dilek Sinem ULUDAĞ**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans döneminde tanışmış olduğum ve tezimi hazırlama sürecimde değerli bilgi ve katkılarıyla bana yol gösteren, her daim sabır ve hoşgörü ile yaklaşan, azmimi destekleyerek bu süreçte motivasyonumu yüksek tutmamı sağlayan ve ebelik mesleğini bir felsefe haline getirmiş olan çok sevgili danışman hocam Dr. Öğr. Üye. Asiye KOCATÜRK'e,

Yüksek lisans eğitimimde engin bilgileriyle önce bir insan ve ardından bir ebe olarak vizyonumun gelişmesine katkı sağlayan sayın hocam Dr. Öğr. Üye. Nuran AYDIN ATEŞ'e,

Lisans ve yüksek lisans eğitimimde beni mesleğime hazırlayan ve olgunlaştıran saygıdeğer hocalarıma,

Çalışmamı yürüttüğüm hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum biriminde görev alan, beni destekleyen ve teşvik eden sevgili doktor arkadaşlarıma,

Doğumhane biriminde görev alan ve bu süreçte benimle birlikte yorulan, tezimi yürütmeme yardımcı olan ebe arkadaşlarım Ayşe Kübra BİRİNCİ, Fatma YARAR, Funda ÖZTÜRK, Esmâ YAŞAR ve Hatice DÖNMEZ'e,

Çalışmamı gönüllü olarak katılım sağlayan tüm gebelerime ve onların dolaylı olarak katkı sağlayan bebeklerine,

Bu süreçte bana inanan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dilek Sinem ULUDAĞ**

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY FORMU.....	i
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
RESİMLER LİSTESİ.....	xiv
1.ÖZET.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	6
4.1. Ağrı.....	6
4.1.1. Ağrının sınıflandırılması.....	7
4.1.1.1. Başlama süresine göre ağrı.....	7
4.1.1.2. Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı.....	8
4.1.1.3. Mekanizmasına göre ağrı.....	8
4.1.2. Ağrı teorileri.....	10
4.1.3. Ağrının değerlendirilmesi.....	12
4.1.3.1. Tek boyutlu ölçekler.....	12
4.1.3.2. Çok boyutlu ölçekler.....	13
4.2. Doğum Eylemi.....	14

4.2.1. Doğum eyleminin süresi.....	14
4.2.2. Doğum eyleminin evreleri.....	16
4.2.2.1. Doğum eyleminin birinci evresi.....	16
4.2.2.2. Doğum eyleminin ikinci evresi.....	17
4.2.2.3. Doğum eyleminin üçüncü evresi.....	17
4.2.2.4. Doğum eyleminin dördüncü evresi.....	17
4.3. Doğum Ağrısı.....	18
4.3.1. Doğum ağrısının nörofizyolojisi.....	18
4.3.2. Doğum ağrısını ve ağrıya verilen cevabı etkileyen faktörler.....	20
4.3.2.1. Fizyolojik faktörler.....	20
4.3.2.2. Psikolojik faktörler.....	22
4.3.2.3. Kültürel faktörler.....	25
4.3.2.4. Geleneksel inanışlar.....	25
4.3.3. Doğum ağrısının etkileri.....	26
4.3.3.1. Maternal etkiler.....	26
4.3.3.2. Fetal etkiler.....	27
4.3.4. Doğum ağrısının kontrolü.....	28
4.3.4.1. Farmakolojik yöntemler.....	28
4.3.4.2. Non farmakolojik yöntemler.....	29
4.3.5. Rebozo kültürel kullanımı.....	33
4.3.6. Rebozo tekniği.....	34
4.3.6.1. Gebelikte rebozo tekniği kullanımı.....	35
4.3.6.2. Doğumda rebozo tekniği kullanımı.....	33

4.3.6.3. Doğum sonu dönemde rebozo tekniği kullanımı.....	36
4.3.7. Rebozo tekniğinde kullanılan temel hareketler.....	38
4.3.8. Rebozo tekniği prensipleri.....	48
4.3.9. Rebozo tekniğinin avantajları.....	48
4.3.10. Rebozo tekniği uygulamasında dikkat edilmesi gerekenler.....	49
4.3.11. Rebozo tekniğinin kullanılmaması gereken durumlar.....	50
<b>5. MATERYAL VE METOT.....</b>	<b>51</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	51
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	51
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	53
5.4. Grupların Oluşturulması.....	53
5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	54
5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri.....	54
5.7. Araştırmaya Dahil Edilen Vakaların Sonlandırılma Kriterleri.....	55
5.8. Araştırmanın Hipotezleri.....	55
5.9. Veri Toplama Araçları.....	55
5.9.1. Gebeler için tanıtıcı bilgi formu.....	55
5.9.2. Doğum eylemine ilişkin izlem formu.....	56
5.9.3. Partograf formu.....	56
5.9.4. Visual analog skalası (VAS).....	56
5.10. Araştırmanın Etik Yönü.....	57
5.11. Araştırmada Kullanılan Materyal.....	57
5.12. Veri Toplama Aşamaları.....	58

5.12.1. Uygulama ve ebelik girişimi.....	58
5.12.1.1. Rebozo grubu rebozo uygulama ve ebelik girişimi.....	58
5.12.1.1.1. Rebozo tekniği uygulaması.....	60
5.12.1.2. Kontrol grubu uygulama ve ebelik girişimi.....	65
5.13. Verilerin Değerlendirilmesi.....	68
5.41. Araştırmanın Değerkenleri.....	68
5.15. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	69
5.16. Araştırmanın Kolay ve Zor Yönleri.....	69
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>70</b>
6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	71
6.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	74
6.3. Katılımcıların Doğum Sürecine İlişkin Bulgular.....	79
6.4. Katılımcıların ve Fetüslerinin Yaşam Bulgularına İlişkin Bulgular.....	91
6.5. Katılımcıların Ağrı Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular.....	101
6.6. Rebozo Tekniği Etkilerine İlişkin Bulgular.....	104
6.7. Yenidoğan Sonuçlarına İlişkin Bulgular.....	107
<b>7. TARTIşMA.....</b>	<b>107</b>
7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	109
7.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	112
7.3. Katılımcıların Doğum Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	115
7.4. Katılımcıların ve Fetüslerinin Yaşam Bulgularına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	118
7.5. Katılımcıların Ağrı Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	121



7.6. Rebozo Tekniği Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	124
7.7. Yenidoğan Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	125
<b>8. SONUÇ.....</b>	<b>127</b>
<b>9. KAYNAKLAR.....</b>	<b>129</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>142</b>
EK 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu.....	142
EK 2. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu.....	146
EK 3. Doğum Eylemi İzleminde Kullanılan Partograf Formu.....	151
EK 4. Doğum Ağrısı Algısının Değerlendirilmesinde Kullanılan Visual Analog Skalası (VAS).....	152
EK 5. Araştırmacı Kurs Katılım Belgesi.....	153
EK-6. Kurum İzni.....	154
EK 7. Rebozo Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	155
EK 8. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	157
<b>11. ETİK KURUL ONAYI.....</b>	<b>159</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>162</b>

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

<b>ACOG</b>	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
<b>AIDS</b>	Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu
<b>ARDÖ</b>	Analog Renkli Devamlı Ölçek
<b>ASA</b>	Amerikan Anesteziyologlar Derneği
<b>BAT</b>	Burfort Ağrı Termometresi
<b>BKI</b>	Beden Kitle İndeksi
<b>BPI</b>	Kısa Ağrı Sorgulaması
<b>DKB</b>	Diastolik Kan Basıncı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>EFM</b>	Elektronik Fetal Monitörizasyon
<b>FKA</b>	Fetal Kalp Atımı
<b>GKÖ</b>	Görsel Kıyaslama Ölçeği
<b>HIV</b>	İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü
<b>IASP</b>	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
<b>KKT</b>	Kapı Kontrol Teorisi
<b>MASF</b>	McGill Melzack Ağrı Soru Formu
<b>MS</b>	Multipl Skleroz
<b>NANDA</b>	Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği
<b>NST</b>	Non-Stres Testi
<b>PCA</b>	Hasta Kontrollü Analjezi
<b>PPP</b>	Ağrı Algılama Profili
<b>SKB</b>	Sistolik Kan Basıncı
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>TDK</b>	Türk Dil Kurumu
<b>TENS</b>	Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı
<b>TNSA</b>	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>TRP</b>	Transient Receptor Potential
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>VAS</b>	Vizüel Analog Skalası

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 4.1.</b> Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Non Farmakolojik Teknikler.....	30
<b>Tablo 6.1.1.</b> Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	71
<b>Tablo 6.2.1.</b> Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	74
<b>Tablo 6.2.2.</b> Katılımcıların Antenatal Kontrole Gitme ve Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması.....	75
<b>Tablo 6.2.3.</b> Katılımcıların Prekonsepsiyonel ve Antenatal Dönemde Ağrı Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması.....	77
<b>Tablo 6.3.1.</b> Katılımcıların Kontraksiyon Sıklığı Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	79
<b>Tablo 6.3.2.</b> Katılımcıların Kontraksiyon Şiddeti Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	81
<b>Tablo 6.3.3.</b> Katılımcıların Kontraksiyon Süresi Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	83
<b>Tablo 6.3.4.</b> Katılımcıların Servikal Dilatasyon Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	85
<b>Tablo 6.3.5.</b> Katılımcıların Servikal Efasman Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	86
<b>Tablo 6.3.6.</b> Katılımcıların Fetal Baş Seviyesi Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	88
<b>Tablo 6.3.7.</b> Katılımcıların Aktif Faz ve Plasenta Ayrılma Sürelerinin Karşılaştırılması.....	89
<b>Tablo 6.4.1.</b> Katılımcıların Fetüslerinin FKA Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	91
<b>Tablo 6.4.2.</b> Katılımcıların Sistolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması.....	93
<b>Tablo 6.4.3.</b> Katılımcıların Diastolik Kan Basıncı Değerlerinin Karşılaştırılması.....	95
<b>Tablo 6.4.4.</b> Katılımcıların Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması.....	97
<b>Tablo 6.4.5.</b> Katılımcıların Vücut Isısı Değerlerinin Karşılaştırılması.....	98
<b>Tablo 6.4.6.</b> Katılımcıların Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması.....	100
<b>Tablo 6.5.1.</b> Katılımcıların VAS Ölçümlerinin Karşılaştırılması.....	102
<b>Tablo 6.6.1.</b> Gebe Algılarına Göre Rebozo Tekniği Etkilerinin Dağılımı.....	104

**Tablo 6.7.1.** Yenidoğan Özelliklerinin Karşılaştırılması.....105

**Tablo 6.7.2.** Yenidoğan Apgar Skorunun Karşılaştırılması.....106



## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.1. Doğum Ağrısı Yolları.....	19
Şekil 4.2. On Sekizinci Yüzyıl Sonlarında Meksika’da Pamuk, İpek Ve Diğer Metalik İplikler İle Dokunmuş Bir Rebozo.....	33
Şekil 4.3. Rebozo İle Lohusa Kapama.....	37
Şekil 4.4. Rebozo İle Göbek Desteği.....	38
Şekil 4.5. Ayakta Rebozo Tekniği.....	39
Şekil 4.6. El-Diz Pozisyonunda Rebozo Tekniği.....	40
Şekil 4.7. Sırtüstü Pozisyonunda Rebozo Tekniği.....	41
Şekil 4.8. Oturma Pozisyonunda Rebozo Tekniği.....	42
Şekil 4.9. Açık Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği.....	43
Şekil 4.10. Kapalı Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği -1.....	44
Şekil 4.11. Kapalı Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği -2.....	45
Şekil 4.12. Kalça Sıkma Rebozo Tekniği.....	46
Şekil 4.13. Çömelme Pozisyonunda Rebozo Tekniği -1.....	47
Şekil 4.14. Çömelme Pozisyonunda Rebozo Tekniği -2.....	47
Şekil 5.1. Güç Analizi Grafiği.....	53
Şekil 5.2. Araştırmanın Akış Şeması.....	67
Şekil 6.3.1. Kontraksiyon Sıklığı Değerlerinin Seyri.....	80
Şekil 6.3.2. Kontraksiyon Şiddeti Değerlerinin Seyri.....	82
Şekil 6.3.3. Kontraksiyon Süresi Değerlerinin Seyri.....	84
Şekil 6.3.4. Servikal Dilatasyon Değerlerinin Seyri.....	85

<b>Şekil 6.3.5.</b> Servikal Efasman Değerlerinin Seyri.....	87
<b>Şekil 6.3.6.</b> Fetal Baş Seviyesi Değerlerinin Seyri.....	88
<b>Şekil 6.4.1.</b> FKA (Fetal Kalp Atımı) Değerlerinin Seyri.....	92
<b>Şekil 6.4.2.</b> SKB (Sistolik Kan Basıncı) Değerlerinin Seyri .....	94
<b>Şekil 6.4.3.</b> DKB (Diastolik Kan Basıncı) Değerlerinin Seyri.....	96
<b>Şekil 6.4.4.</b> Nabız Değerlerinin Seyri.....	97
<b>Şekil 6.4.5.</b> Vücut Isısı Değerlerinin Seyri.....	99
<b>Şekil 6.4.6.</b> Solunum Değerlerinin Seyri.....	100
<b>Şekil 6.5.1.</b> VAS Değerlerinin Seyri.....	102
<b>Şekil 6.7.2.</b> Apgar Skorunun Seyri.....	106

## RESİMLER LİSTESİ

<b>Resim 5.1.</b> Uygulamada Kullanılan Materyal.....	58
<b>Resim 5.2.</b> Rebozo Dengeleme.....	60
<b>Resim 5.3.</b> Oturur Pozisyonda Uygulanan Rebozo Tekniği.....	61
<b>Resim 5.4.</b> El-Diz Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği.....	62
<b>Resim 5.5.</b> Diz-Göğüs Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği-1.....	63
<b>Resim 5.6.</b> Diz-Göğüs Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği-2.....	63
<b>Resim 5.7.</b> Çömelme Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği.....	64
<b>Resim 5.8.</b> Rebozo İle Göbek Desteği.....	65

## 1. ÖZET

### DOĞUM EYLEMİNDE UYGULANAN REBOZO TEKNİĞİNİN DOĞUM AĞRISI ALGISINA VE DOĞUM SÜRESİNE ETKİSİ

Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrılardan biridir ve özellikle primipar gebelerde daha yoğun hissedildiği belirtilmektedir. Bu sebeple primipar gebelerde doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı ve doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla deneysel tipte yapılan bu araştırma; 1 Temmuz 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin doğumhane biriminde 30 rebozo, 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe ile yürütülmüştür. Veri toplama araçları olarak gebeler için tanıtıcı bilgi formu, doğum eylemine ilişkin izlem formu, partograf formu ve Visual Analog Skalası (VAS) kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamalarının rebozo grubunda 26,33 ve kontrol grubunda 27,57 yıl olduğu, sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin birbirine benzer olduğu görülmüştür ( $p>0.05$ ). Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği ile fetal kalp atımlarının bozulmadığı ve maternal yaşamsal bulguların normal değerler arasında seyrettiği, doğum eyleminin aktif fazının ve total aktif faz ve doğum arasındaki sürenin kısaldığı, VAS skorunun anlamlı derecede düştüğü tespit edilmiştir. Yenidoğan sonuçlarına bakıldığında 1. ve 5. dakika Apgar skoru ortalamasının 8-10 arasında olduğu, fetal ve maternal açıdan herhangi bir yan etkisinin olmadığı araştırma sonucunda belirlenmiştir. Sonuç olarak doğum eyleminde rebozo tekniği uygulaması, doğum ağrısı algısını azaltmak ve doğum süresini kısaltmak için etkili ve güvenilir bir yöntemdir.

**Anahtar kelimeler:** Doğum ağrısı, Doğum süresi, Ebelik, Rebozo tekniği, Travay



## **2. ABSTRACT**

### **THE EFFECT OF USING REBOZO TECHNIQUE DURING LABOR ON THE SENSATION OF LABOR PAIN AND LABOR DURATION**

Labor pain is one of the most severe pain types known and it is especially more intense in primiparous women. For this reason, this experimental study was conducted on the rebozo technique applied during labor in primiparous pregnant women to determine its effect on the perception of labor pain and labor duration. This study was conducted between 1 July 2021 and 31 January 2022 in a private institution with two groups, 30 people got treated with rebozo, rebozo group, 30 people in the control group, with a total of 60 people. Data collection tools included patient information form, partograph form, Visual Analog Scale (VAS). Data was analyzed with SPSS. In the rebozo group, the age average was 26.33 and 27.57 in the control group. Socio-demographic characteristics and obstetric history were similar ( $p>0.05$ ) Application of Rebozo technique during labor did not negatively affect fetal heart rate and maternal yaşamsal signs. Application of Rebozo technique shortened the duration of the active phase of labor, the duration of the total active phase, and the duration between the active phase and delivery. VAS score was found to be significantly lower with Rebozo technique application. Neonatal results showed minute 1 and 5 Apgar scores between 8-10. No fetal or maternal side effects were shown as the results of this study. The result of this study is the application of Rebozo Technique is a reliable and effective method to shorten labor duration and reduce the sensation of labor pain.

**Keywords:** Childbirth, Labor duration, Labor pain, Midwifery, Rebozo technique

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, insanoğlunun varoluşundan itibaren ortak problemlerinden biri haline gelmiş hoş olmayan subjektif bir deneyimdir (1,2). Bedensel bir hastalık ve yaralanma sonucu oluşsa da bireylerin kültürel değerleri ve inançları doğrultusunda ağrıya verdiği yanıt değişmektedir (2,3). Tarih boyunca insanlar ağrıyı tanımlamak ve gidermek için büyü ve sihir gibi batıl uygulamalarda ve ağırlı bölgeyi güneşe dönme ya da sıcak tuğla basma gibi sıcaklığın etkisinden faydalandıkları çeşitli davranışlarda bulunmuşlardır (4). Ağrı deneyimleri içinde doğum ağrısı, ilkel kültürlerde en şiddetli ağrılardan biri olarak gösterilmiştir (2).

Doğum, pelvis, fetüs ve kontraksiyonlar arasındaki uyumlu etkileşimin fizyolojik bir sonucudur. Kadınlar için fiziksel ve duygusal etkileri olan yaşamı değiştiren bir deneyimdir (5,6). Her kadın doğum eylemini olumlu bir süreç olarak hatırlamak ister fakat bu sürece ağrı ve acının eşlik etmesi doğum eyleminin gebe üzerinde bıraktığı algıyı etkileyebilmektedir (2,6). Doğum ağrısı, hastalık ve travma sonrası oluşan ağrılardan farklı olarak ani başlangıçlı olan, belirli bir süre devam eden ve dinlenme dönemleri olan, her paritedeki kadının şiddetli ve rahatsız edici olarak tanımladığı fizyolojik bir ağrıdır (7,8). Ağrının nedeni, doğumun ilk aşamasında düzenli gelen kontraksiyonlar sonucu uterus iskemisiyken doğumun ikinci aşamasında fetüsün doğum kanalından ilerlemesiyle serviks, vajina ve perineye baskı yapmasıdır (7,9–12). Bu ağrının, bel ağrısı, diş ağrısı, terminal dönem dışındaki kanser ağrısı ve laserasyon ağrısından daha şiddetli olduğu belirtilmektedir (9,13).

Doğum ağrısının fizyolojik veya doku yaralanmalarına bağlı patolojik etkileri olmaktadır. Doğum ağrısı, maternal ventilasyon ihtiyacının artmasına ve solunumsal alkaloz gelişmesine, nöroendokrin sistemin uyarılmasıyla sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna ve uterin kan akımında azalma olmasına, kardiyovasküler sistemde nabız ve kan basıncının artmasına neden olmaktadır (13). Bu durumlar uteroplental kan akımını bozarak fetüse giden kan akımının ve oksijenin azalmasına neden olur (14,15). Özellikle uzun süren ağrı, annede stres ve anksiyete oluşmasına neden olmaktadır. Bu durumda maternal katekolamin ve kortizol seviyesi artarak uterus kontraksiyonları baskılanmaktadır. Etkisiz uterus kasılmaları doğum eyleminin

uzamasına ve yorgunluğa neden olur (13). Annenin eylemde yorgunluğunun artması doğum eylemini olumsuz olarak algılamasına, doğum sonu depresyon yaşamasına ve cinsel aktivitelerinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir (13,14,16). Algılanan bir olumsuz doğum deneyimi de gebenin diğer doğumları için psikolojik travma oluşturmaktadır (15).

Doğum ağrısının kontrol altına alınması, gebenin doğuma adaptasyonunu kolaylaştıracağı ve sezaryen oranlarını azaltılmasına yardımcı olacağı için oldukça önemlidir (17). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum ağrısı yönetiminde non farmakolojik yöntemlerin kullanımını önermektedir (18). Bu yöntemler, maliyetinin az ve minimum ekipman ihtiyacı olması, ebe tarafından bağımsız ve kolay bir şekilde uygulanması, gebenin doğum sürecine aktif olarak katılımının sağlanması, maternal ve neonatal yan etkisinin olmaması sebebiyle oldukça avantajlıdır (18–20). Bilinen nonfarmakolojik yöntemler; gebeye pozisyon verilmesi, hipnoz, akupunktur, akupressür, refleksoloji, aromaterapi, hidroterapi, TENS (transkutanöz elektriksel sinir uyarımı), intradermal steril su enjeksiyonu, masaj, sıcak ve soğuk uygulaması, nefes alma egzersizleri, doğum dansı ve müziktir (19–22).

Doğum ağrısının azaltılması ve doğum süresinin kısaltılması için yapılan uygulamalardan biri de rebozo tekniğidir. Rebozo adı verilen şal ile uygulanan bu tekniğin temelinde karnı, kalçayı, pelvisi ritmik olarak eleme ve sallama hareketleri vardır. Bu sayede uterus ligamentleri ve kaslarının masaj yapılmış gibi gevşemesi, fetüsün doğum için en uygun pozisyona getirilmesi, hissedilen ağrının hafiflemesi sağlanmış olur (18,23,24). Özellikle doğum öncesi dönemde 32. gebelik haftasından itibaren uygulandığında fetal rotasyonu ve fetal-optimal pozisyonu sağlar (24,25). Doğum eyleminde uygulandığında ise fetüse ait malpozisyonların düzeltilmesini, fetüsün kardinal hareketlerini kolaylıkla yapabilmesini, doğum eyleminin ilerleyişinin hızlanmasını sağlar (25,26). Teknik, el-diz pozisyonu, supine pozisyonu, oturur pozisyon, ayakta olmak üzere çeşitli pozisyonlarda ve vücudun her bölgesine uygulanabilir (18).

Literatürde rebozo tekniği hakkında sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda da rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısını azalttığı ve doğum süresini kısalttığı, fetal malpozisyonu düzelttiği belirtilmiştir. Purwanti (2020) tarafından

yapılan çalışmada aktif fazda uygulanan rebozo tekniğinin anksiyete düzeyini ve ağrı algısı skorunu azalttığı bildirilmiştir (8). Munafiah et al. (2020) tarafından yapılan çalışmada ise rebozo tekniğinin fetal iniş ve servikal dilatasyon hızını arttırdığı belirtilmiştir (27). Iversen et al. (2017) yaptıkları nitel araştırmada, rebozo tekniği uygulaması ile gebelerin kendini bedensel olarak iyi hissettiğini, ağrı azaltmada etkili olduğunu ve özellikle ebeler tarafından uygulanmasının annede büyük bir memnuniyet oluşturduğunu bildirmişlerdir (26).

Tekniğin doğum eylemi sırasında ebeler tarafından uygulanması, gebenin doğum eylemine aktif olarak katılımını, ebe ve gebe arasındaki güven ilişkisinin kurulmasını, gebenin doğum ağrısı ile baş etmesini ve doğum eylemine yönelik memnuniyetin artmasını sağlayacaktır. Tekniğin kullanımıyla gebenin kendi gücünü kullanmasına izin verilmesi ve baş etme mekanizmasının desteklenmesi ile sezaryen ve müdahaleli doğum oranları azaltılabilir. Latin Amerika’da ve Batı ülkelerinde kullanımı yaygın olan bu teknik ülkemizde neredeyse duyulmamış veya az bilinmektedir. Rebozo tekniği hakkında yapılmış çalışmalar da oldukça azdır. Ülkemizde daha önce rebozo tekniği uygulaması ile yapılan klinik araştırmalar sınırlı sayıdadır. Bu sebeple doğum eyleminde rebozo tekniği kullanımının etkilerini inceleyen kanıt temelli çalışmaların yapılması önemlidir.

Bu çalışma, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde primipar gebelere rebozo tekniği uygulanarak doğum ağrısı algısını azaltabilmek ve doğum süresini kısaltabilmek amacıyla yapılmıştır.

## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Ağrı

Ağrı, insanoğlunun varoluşundan itibaren yaşadığı bir sorun olmakla birlikte hâlâ net bir çözümünün bulunamadığı rahatsız edici bir deneyimdir (28,29). Terim, genellikle bedensel bir yaralanma ya da hastalıkla ilişkili kullanılmaktadır (3). Genellikle bir doku hasarı sonucu meydana gelen ve kişiyi tepki vermeye zorlayan koruyucu bir mekanizmadır (30). DSÖ, ağrının doğrudan ya da dolaylı olarak vücuttaki bir hasar sonucu meydana geldiğini ve gelişmiş-gelişmekte olan ülkelerde genellikle yetersiz tedavi sağlandığı için önemli bir halk sağlığı sorunu olduğunu belirtmiştir (31). Türk Algoloji-Ağrı Derneği, ağrıyı insan yaşantısıyla doğrudan ilişkili olan ve kültürel faktörlerden etkilenen, vücudun herhangi bir bölgesinde bir hasar sonucu meydana gelen uyarı sistemi olarak betimlemiştir (32). Türk Dil Kurumu (TDK) ise ağrıyı “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı” olarak tanımlamıştır (33). Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği (North American Nursing Diagnosis Association= NANDA) ağrıya hemşirelik tanıları içerisinde yer vererek akut ağrı ve kronik ağrı olarak süresine göre sınıflandırmıştır (34).

Ağrının DSÖ de dahil olmak üzere birçok kuruluş tarafından benimsenen en geniş tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) tarafından yapılmıştır. IASP tarafından ağrı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır (35).

Ağrı en eski kelimelerden biri olmakla birlikte Divan-ü-Lügat-it Türk adlı ilk Türkçe sözlükte “**ağrımak, ağrığ**” şeklinde yer almaktadır (36–38). Latince ceza ve işkence anlamına gelen “**poena**” ve Grekçe “**poine**” sözcüğünden türetilen “**pain**” kelimesi İngilizcede kişinin yaptığı hatalar sebebiyle bir cezalandırma olduğu düşünülerek kullanılmaya başlanmıştır (4,36). Eski uygarlıklarda ağrının, özellikle kişinin cezalandırılması, ilahi bir ceza olarak görüldüğü dikkat çekmektedir.

#### 4.1.1. Ağrının sınıflandırılması

Ağrıya yönelik doğru tedavinin uygulanabilmesi için doğru sınıflandırılma önemlidir. Ağrı; başlama süresine, mekanizmasına, kaynaklandığı bölgeye, duyu şekillerine ve etyolojisine göre olmak üzere farklı başlıklar altında sınıflandırılabilir (4,30,39,40).

##### 4.1.1.1. Başlama süresine göre ağrı

**Akut ağrı:** Akut ağrı; keskin ağrı, batıcı ağrı, hızlı ağrı olarak da bilinmektedir (41). Akut ağrı, travma, enfeksiyon, doku hipoksisi, operasyon, doğum, yanık, omurilik yaralanması gibi doku hasarı ve hastalık durumlarında ortaya çıkan rahatsız edici bir deneyimdir (31,40,42). Genellikle mekanik ve termal uyarılarla oluşur ve sinyalleri A delta lifleri ile omuriliğe taşınmaktadır. Bu sebeple beyne 1 sn sonra iletilir ve kişinin ağrıya neden olan uyarandan hızlı bir şekilde uzaklaşmasını sağlar (41). NANDA tarafından akut ağrı “bir saniyeden uzun, altı aydan kısa bir süre, bir rahatsızlık duygusu ya da şiddetli rahatsızlığı olduğunu bildiren ve bunu yaşayan bireydeki durum” olarak tanımlanmıştır (34).

**Kronik ağrı:** Kronik ağrı; yanıcı ağrı, sızı, zonklama, olarak da bilinmektedir (41). Kronik ağrı, 3-6 aylık sürede ağrının geçmemesi üzerine kişinin hayat kalitesini değiştiren, standart ilaç tedavisine dirençli, anksiyete, depresyon gibi psikolojik etkilerinin ve sempatik tonüs artışının olduğu durumdur (30,35,40,42). Kronik ağrı, mekanik, termal ya da kimyasal uyarılar ile oluşturulmaktadır ve C tipi liflerle omuriliğe yavaş taşınmaktadır (41). Akut ağrının tersine kronik ağrıda doku hasarı ilişkisi her zaman bulunmayabilir (42). Kanser, HIV/AIDS, son dönem organ yetmezliği, multipl skleroz (MS) gibi ağrılar kronik ağrıya örnektir (31). NANDA kronik ağrıyı “altı aydan daha uzun süren, devamlı ya da aralıklı olarak ağrı yaşayan bir bireydeki durum” olarak tanımlamıştır (34). Yoğun ve tekrarlayıcı ağrılı uyarılar kronik ağrı gelişimine zemin hazırlamaktadır (42).

#### **4.1.1.2. Kaynaklandığı bölgeye göre ağrı**

**Somatik ağrı:** Kas ve iskelet sistemindeki ağrı reseptörlerinden (somatik sinirlerden) kaynaklanan, ani başlangıçlı ve keskin, aktivite ile artan ve dinlenmeyle hafifleyen ağrıdır (4,30). İyi lokalize edilen ağrılar olduğu için tanılaması kolaydır (30,43,44). Özellikle ameliyat insizyonuna bağlı post-operatif dönemdeki ağrılar bu gruba iyi bir örnektir (4). Travma, kırık, iltihap, zorlanma, aşırı aktivite gibi faktörler somatik ağrıya sebep olmaktadır (4,43). Somatik ağrı sonucunda sempatik sinir sisteminin aktive olması sebebiyle intestinal sekresyon artışına bağlı olarak bulantı ve kusma görülebilir (39).

**Viseral ağrı:** İç organların hasar görmesi ve yaralanması durumunda ortaya çıkan, özellikle toraks, abdomen ve pelvik bölge kökenli ağrı tipidir (4). İç organlardaki ağrı uyarıcıları genellikle doku iskemisi, organlardaki düz kas spazmı ve bağ dokusunun gerilmesidir. İç organlarda genellikle ağrı dışında diğer duyu reseptörleri bulunmaz. Bu sebeple viseral ağrı genellikle şiddetli olarak hissedilmemektedir (41). Sıklıkla mide, böbrek ve mesane ağrıları görülmektedir (4). Viseral ağrının lokalizasyonu güç olabilir ve yansıyan ağrı özelliği gösterebilir (30,44). Yansıyan ağrı, ağrının olduğu esas dokudan uzak bir kısımda ağrının hissedilmesidir (41). Kardiyak bir ağrının sol kolda hissedilmesi yansıyan ağrıya örnektir (43). Göğüs ve karın boşluğundaki ağrılar C tipi liflerle iletildiği için kronik ağrı oluştururlar (41).

#### **4.1.1.3. Mekanizmasına göre ağrı**

Ağrı, dokuya yönelik nosiseptif ve nöropatik olmak üzere mekanizmasına göre ikiye ayrılmaktadır (35,40).

**Nosiseptif ağrı:** Nosiseptif ağrı, nosisepsiyon süreci içinde verilen nöral cevaptır (35,42). Deri, kas, tendon, kemik ve eklem gibi somatik yapıları etkileyen bir yaralanmadan, doku hasarından ya da inflamasyondan kaynaklanır (35,44).

Nosisepsiyon; vücudun herhangi bir bölgesinde doku yaralanmasına sebep olan uyarının nosiseptörler tarafından santral sinir sistemine taşınması, üst merkezlerde ve nöral yapılarda algılanarak biyolojik, fizyolojik ve psikolojik önlemlerin aktif hâle getirilmesidir (4,35,42). Nosisepsiyon, nosiseptörlerin ağırlı bir uyarın ile uyarılmasıyla başlayan ve transdüksiyon, transmisyon, modülasyon ve persepsiyon olmak üzere dört aşamadan oluşan karmaşık elektrokimyasal olaydır (35,42,44).

Nosiseptörler; zararlı ve zararsız uyarınları algılayıp spinal korda aktaran ve beyin dışındaki kas, cilt, kemik gibi tüm periferik dokularda bulunan, doku hasarıyla ilgili informasyonu taşıyan spesifik reseptörlerdir (30,35). Primer afferent nöronların hücre gövdeleri, arka kök ganglionu ve trigeminal ganglionda bulunur (35,42).

- **Transdüksiyon:** Ağırlı uyarın girdilerinin serbest sinir uçlarında elektriksel sinyallere dönüştürülmesidir (42,44,45).
- **Transmisyon:** Dönüştürülen elektrik sinyallerinin, sinir sistemi boyunca iletilmesidir (35,44). Elektriksel aktivite, primer sensöriyel afferent nöronlar olan A delta (hızlı iletim) ve C sinir lifleri (yavaş iletim) ile spinal korddaki dorsal boynuz nöronlarına taşınır (35,42,44,45).
- **Modülasyon:** Nosiseptif transmisyonun, spinal kordun dorsal boynuzunda nöral etkenlerle değişikliğe uğramasıdır (35,44). İleti, burada inhibitör veya eksitatör nörotransmitterler yolu ile ağırlı sinyalini arttıran ya da bastıran bir modülasyona uğrar (44,45). Değişim, buradan nosiseptif yollarla üst merkezlere iletilir (42,45).
- **Persepsiyon:** İdrak aşaması olarak da bilinen, nosiseptif süreçteki uyarın algılanıp serebral kortekse ulaşmasıyla ağırlı sinyalinin ortaya çıktığı son aşamadır (35,44,45).



Kişinin ağrı duyusuna verdiği tepki sinir sistemi aktivasyonuna ek olarak duyu, düşünce gibi psikolojik faktörlerden de etkilenmektedir (35). Ağrılı bir olaya karşı davranış farklılıkları olması ağrı eşiği durumunu açıklamaktadır (40). Ağrı eşiği, vücuda özgü bir nitelik olup uyarının ağrı olarak algılanmadığı en düşük sınırdır (4,40). Ağrı eşiği subjektiftir ve belirlenmesinde bireyin yaşı, sosyokültürel özellikleri, cinsiyeti ve inancı etkilidir (40,46).

**Nöropatik ağrı:** Nöropatik ağrı, nosiseptif ağrıdan farklıdır. Somatosensöriyel sistemde bir lezyon ya da hastalıktan kaynaklanır ve kronik ağrı oluşumuna neden olur (35,44). Yani sinirlerde bir hastalık sonucu doğrudan etkilenme olur (40). Nöropatik ağrı, diyabetes mellitus, diyabetik nöropati, hipotiroidi gibi metabolik ve endokrin hastalıkları, HIV/AIDS, postherpetik nevralji gibi enfeksiyonlar, omurilik hasarı, beyin hasarı, multipl skleroz, kanser, posttravmatik sinir hasarı gibi durumlar ile ilişkili olabilir (35,44). Nöropatik ağrıda periferik ve santral mekanizmalar rol oynar ve tüm mekanizmalar primer afferentlerdeki değişikliklere bağlıdır (47). Nöropatik ağrıya yol açabilecek bir hasarlanma durumunda, enflamatuvar mediyatörler salgılanır ve primer afferent nöronları olan A delta ve C sinir liflerinde aşırı sensitizasyona ve uyarılma eşik değerinin düşmesi gibi değişikliklere sebep olur (40,44,47). Bunun sonucunda nöropatik ağrı görülür.

Nöropatik ağrı, aralıklı, kısa süreli, batıcı, saplanıcı, elektrik şoku benzeri, karıncalanma, çekme tarzında ağrı olarak bilinmektedir (4,40,44). En belirgin semptomu, dokunma ve sıcaklık duyusunda azalma ya da kaybolmadır (35). Nöropatik ağrıda görülen parestezi, dizestezi, hiperaljezi (rahatsız edici uyarın ile ortaya çıkan abartılı ağrı yanıtı), allodini (zararsız uyarılarda dahi ağrı) gibi bulgular bireyin yaşam kalitesini belirgin şekilde düşürebilir (40).

#### **4.1.2. Ağrı teorileri**

Ağrı teorileri, ağrının doğasını açıklamaya çalışarak bireyin ağrısını değerlendirmeye ve gidermeye yönelik geliştirilmiş bir kavramsal çerçevedir (38,46). İlk ağrı teorisi, Democritos (İÖ. 430-371) tarafından öne sürülmüştür. Democritos,

vücuttaki keskin partiküller ile normal partiküllerin çarpışması sonucu oluşan rahatsızlık olarak tanımlanmıştır (38).

**Kapı Kontrol Teorisi:** Kapı kontrol teorisi (KKT), ilk olarak 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür (29,38,48). 1980'lerde tekrar genişletilen bu teori, günümüzde ağrının psikolojik ve fizyolojik yönünü tanımlayan tek teori olarak hâlâ geçerliliğini korumaktadır (29,38).

KKT, ağrının şiddetli nörolojik uyaranların geçişine bağlı olduğu, bu geçişte spinal kordun dorsal boynuzunun bir kapı görevi gördüğü, sinir impulslarının periferden santral sinir sistemine bu yol ile iletildiği ve bu kapı açık ise uyarıların bilinç düzeyine ulaşp ağrı hissinin oluşacağı görüşünü savunmaktadır (15,29,46,48). Teoriye göre ağrı uyaranları, küçük çaplı lifler ile taşınmaktadır (46). Kapı, küçük çaplı liflerin aktivitesi ile açılırken büyük çaplı liflerin aktivitesi ile kapanmaktadır (38). Deride birçok büyük çaplı lif bulunmaktadır. Bu yüzden deriye yapılan herhangi bir uygulama kapıyı kapatarak ağrıyı gidermektedir (46,49). Bireyin geçmişe ait deneyimleri, duygusal durumu, inancı, yaşanan anksiyete kapı mekanizmasını değiştirebilir (15,49). Dokunma, akupunktur, akupresür, masaj, hidroterapi, TENS gibi deriye yapılan uygulamalar kapıyı kapatarak ağrı oluşumunu engeller. Beyin sapındaki retiküler yapının duyusal girdileri düzenlemesi sebebiyle bireye normal ya da fazla duyusal girdi verilmesi de kapının kapanmasını sağlamaktadır. Hayal kurma, müzik dinleme, dikkati başka yöne çekme bu uygulamalara örnektir (46,48,49).

**Endorfin teorisi:** Endorfin teorisi, endojen analjezik teorisi olarak da bilinmektedir (38,46,48). Endorfin kelimesi, "endojen" ve "morfin" kelimelerinden türemiştir (38,50). Endorfinler, 1970'lerin ortalarında keşfedilmiş olan ve santral sinir sistemi tarafından üretilen vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddelerdir (29,38,46,48,49).

Endorfinler, beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutunur ve ağrı uyarısının geçişini bloke ederek uyaranların bilinç düzeyine ulaşmasını önler (46,49). Endorfinler doğal maddelerdir ve her insanda miktarı değişmektedir. Bu

sebeple endorfinleri arttırmaya yönelik masaj, akupunktur, egzersiz gibi aktiviteler ağrı kontrolünde faydalı olmaktadır (46,49).

#### **4.1.3. Ağrının değerlendirilmesi**

Amerikan Ağrı Derneği, ağrının beşinci yaşam bulgusu olduğunu, IASP ise ağrının öznel bir deneyim olduğunu belirtmiştir. Bu bağlamda ağrı ve ağrıya verilen yanıt kişiden kişiye değişmekle birlikte varlığı durumunda mutlaka değerlendirilmesi gereken bir bulgudur. Subjektif bir deneyim olduğu için ağrılı bireyi tümüyle tanımak önemlidir. McCaffery, 1986 yılında ağrıyı “bireyin söylediği şeydir, eğer birey söylüyorsa vardır” şeklinde tanımlamıştır. Bu ifade, bireyin sözlü ya da sözsüz ağrı ifadelerinin önemsenmesi gerektiğini belirtmektedir. Ağrının değerlendirilmesinde, bireyin ifadesinden sonra gözlem yapılması önemlidir. Ağrılı birey, ağrılı bölgeyi ovma, inleme gibi davranışlar yapması ve değişen yüz ifadeleri ile belirlenebilmektedir (51,52).

##### **4.1.3.1. Tek boyutlu ölçekler**

Tek boyutlu ölçek kullanımında amaç, sadece ağrının şiddetini ölçmektir ve değerlendirmeyi hastanın kendisi yapar. Bu yüzden bireyin ölçeği anlayıp yorumlayabilmesi ve değerlendirme yapabilmesi önemlidir. Tek boyutlu ölçekler çoğunlukla akut ağrının değerlendirilmesinde ve ağrı tedavisinin etkinliğinin izlenmesinde kullanılmaktadır (51,52). Kullanılan tek boyutlu ölçekler;

- Sayısal kategori ölçeği
- Sözel ölçekler
- Yüz ağrı ölçeği
- Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ)
- Analog renkli devamlı ölçek (ARDÖ)
- Burfort Ağrı Termometresi (BAT)
- Kutu Ölçeği (38,51).

Tek boyutlu ölçeklerden en çok tercih edileni Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) diğer bilinen adıyla Visüel Analog Skalası (VAS)'dır. VAS, bireylerin algıladıkları ağrı şiddetini 100 mm (10 cm) uzunluğundaki yatay veya dikey bir çizgi üzerinde işaret koyarak belirttiği ve iki ayrı uç noktasında "ağrı yok" ve "şiddetli ağrı" yazan sözlü tanımlayıcıların bulunduğu bir ölçektir (53,54). Aynı zamanda ağrı ölçmede kullanıldığı gibi bireyin bağımlılığı olan bir maddeye karşı isteğini ifade etmesi için de kullanıldığı bilinmektedir. Yine aynı şekilde ölçeğin bir ucunda "arzu yok" ve diğer ucunda "şiddetli arzu" tanımlayıcıları bulunarak ölçek üzerinden işaretleme yapılması sağlanır (54). Aynı durum mide bulantısı, iştah, astım değerlendirmesi için de uyarlanabilmektedir. VAS, bireyin işaretlediği yer ile başlangıç noktası arasındaki mesafenin ölçülmesiyle hesaplanır (54).

VAS'ın ilk olarak 1921'de Hayes ve Patterson tarafından "grafik derecelendirme ölçeği" ismiyle kullanılmaya başlandığı ve 1966 yılında Bond Pilowsky tarafından geliştirildiği bilinmektedir (29,43). Kullanımının az bilindiği alanlardan biri de psikometrik değerlendirmedir (54).

VAS'ın en önemli avantajı kullanımının ve anlaşılmasının kolay olması ve yanlış yorumlanma ihtimalinin düşük olmasıdır. Nicel tanımlayıcılar arasında sınırlı kalmaması işaretlemeyi yapan kişinin değişken puanlar verebilmesini sağlar. Bu da VAS'ın likert tipindeki ölçeklere göre kullanım kolaylığını sağlamaktadır (53,54). Hızlı doldurulabilmesi, yüksek okuma becerisi gerektirmemesi, yüksek hassasiyete sahip olması ve evrensel olması VAS'ın en fazla tercih edilen ölçeklerden biri olmasına neden olmuştur (54).

#### **4.1.3.2. Çok boyutlu ölçekler**

Çok boyutlu ağrı ölçekleri, ağrının yeri, özelliği, şiddeti, tipi, bölgesi, ortaya çıkış zamanı, kişinin ağrıyla ifadesi gibi yönlerini değerlendirmek amacıyla kronik ağrısı olan bireylerde kullanılmaktadır (51,52). Kullanılan çok boyutlu ölçekler;

- McGill Melzack Ağrı Soru Formu (MASF)
- Darmount Ağrı Soru Formu

- West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi
- Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı
- Kısa Ağrı Sorgulaması (Brief Pain Inventory-BPI)
- Ağrı Algılama Profili (Pain Perception Profile-PPP) (38,43).

## 4.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, son menstrual periyottan 40 hafta (280 gün) sonra düzenli uterus kontraksiyonları ile fetüs ve eklerinin uterus dışına atıldığı süreçtir (15,55). Bir doğum eylemine normal doğum diyebilmek için bazı faktörlerin gerçekleşmesi beklenmektedir. Doğum eyleminin spontan başlaması, termde tek ve canlı bir fetüs olması, fetüsün baş prezentasyonunda ve vertex pozisyonunda olması, annenin ve fetüsün sağlıklı olması başlıca belirlenmiş faktörlerdir (15,55). Fetüs doğum eylemine uyum sağlayabilmek için günümüzde yedi adet olarak bilinen kardinal hareketlerini belirli bir sürede gerçekleştirir. Gerçekleştiremediği takdirde doğum eyleminin süresi uzayabilir (15).

### 4.2.1. Doğum eyleminin süresi

Doğum eyleminin ilerleyişi, günümüzde partograf eğrisi üzerinden takip edilmektedir. Bu eğri, 1955 yılında Freidman tarafından doğum eyleminin süresi ve servikal dilatasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla oluşturulmuştur (56). Son zamanlarda Freidman'ın bu eğrisi, servikal dilatasyon hızının, belirli hızlanma ve yavaşlama noktaları olmaksızın sürekli artıyor gibi görünmesi nedeniyle tartışma konusu haline gelmiştir (57).

Anne yaşı, boy, beden kitle indeksi (BKI), parite, fetüsün doğum ağırlığı, pelvis şekli, hipertansiyon ve diyabet gibi değişkenler doğum eyleminin süresini belirleyen fizyolojik faktörlerdir (57). Multipar gebelerin doğum süreleri nullipar gebelere göre azalmış uteroservikal direnç ve artmış uterus verimliliği nedeniyle daha kısadır (56,58). Son 50 yılda yaygınlaşan doğum indüksiyonu, oksitosin infüzyonu, epidural analjezi kullanımı ile nullipar gebelerin de doğum süreleri kısalmaktadır (58).

Özellikle tek başına amniyotomi uygulamasının doğum süresine etkisinin az olduğu, oksitosin infüzyonu ile birlikte eylemin kısaldığı belirtilmektedir (56). Freidman, tanımladığı partograf eğrisine göre multipar gebelerin aktif faz sürelerinin nullipar gebelere göre daha kısa sürdüğünü belirtmiştir. Fakat yapılan bir çalışmada, nullipar ve multipar gebelerde servikal dilatasyon 6 cm olana kadar eylem süresinin belirli bir hızda ilerlediği bildirilmiştir (56). Güvenli Doğum Konsorsiyumu da (CSL), tüm paritelerde 4-6 cm dilatasyon arasında ilerlemenin yavaş olduğunu ve hızlanmanın 6 cm servikal dilatasyonda başladığını bildirmiştir (59).

Anne yaşı ilerlediğinde, iskelet ve kas gücü zayıflar, myometrial dokuda fizyolojik yaşlanma olur ve buna bağlı olarak myometrium oksitosik ajanlara daha az yanıt verir (56). İleri yaş gebeliklerde doğum eyleminin ikinci aşamasının yaş ortalaması 25 olan gebelere göre daha uzun sürdüğü, ek olarak yenidoğanın kilosunun artmasının nullipar gebelerde doğumun aktif fazının ve ikinci evresinin önemli ölçüde uzamasına neden olduğu Chen et al. (2018) tarafından yapılan çalışmada belirtilmiştir (56). Yapılan diğer çalışmalarda ise fetüsün doğum ağırlığı arttıkça doğum eyleminin aktif fazının uzadığı belirtilmiştir (60). İleri anne yaşı ve fetüsün doğum ağırlığının yüksek olmasının doğum eyleminde amniyotomi, oksitosin infüzyonu gibi müdahaleleri de beraberinde getirdiği bildirilmiştir (56).

Gunnarsson et al. (2017) tarafından yapılan çalışmada anne boyu kısaldıkça doğum süresinin uzadığı, BKİ ile doğum eylemi süresi arasında ilişki olduğu bulunmuştur (57).

Doğumda annenin pozisyonu, biyomekanik ve fizyolojik açıdan adaptasyonu etkilemektedir (61). Doğumda kullanılan dik pozisyonla ile yerçekimi etkisinden faydalanılır. Bu sayede fetüsün rotasyon ve inişi kolaylaşır, pelvik çıkım artar. Uterus kontraksiyonları daha güçlü gelerek servikal parametrelerde anlamlı değişiklikler yapar. Tüm bu etkilere bağlı olarak doğum eyleminin süresi kısalmıştır (61). Yapılan Cochrane incelemelerinde, doğumda dik pozisyon kullanımının eylemin birinci ve ikinci evresini kısalttığı belirtilmiştir (61,62).

Annenin doğum eyleminde stres ve korku yaşaması da doğum süresini etkilemektedir. Korku ve gerilim, maternal katekolamin seviyesini artırarak oksitosinin baskılanmasına ve dolayısıyla uterus kontraksiyonlarının baskılanmasına

neden olur. Bu sebeple doğum eylemi beklenenden uzun sürmektedir (13,63). İleri yaş, gelir düzeyi, parite, gebelik haftası, abortus deneyimleri, olumsuz doğum deneyimleri, beklenen doğum ağrısı ve emosyonel destek eksikliği doğum korkusunu etkileyebilecek faktörlerdir (63).

## 4.2.2. Doğum eyleminin evreleri

### 4.2.2.1. Doğum eyleminin birinci evresi

Dilatasyon evresi olarak da bilinen bu evre, düzenli uterin kontraksiyonlarının oluşması ile başlar ve serviksin tam dilatasyonu ile sonlanır (12,55). Bu evrede, kontraksiyon süreleri 30-60 sn olmakla beraber iki kontraksiyon aralarındaki süre ise 3-4 dakikaya kadar iner (55). Birinci evre, nullipar gebelerde 8-12 saat, multipar gebelerde 5-8 saat sürmektedir (13). Doğumun birinci evresi de kendi içinde üç faza ayrılır:

- **Latent faz:** Latent faz, serviksin 0-4 cm arasında açıldığı fazdır. Süresi değişken olmakla birlikte primiparlarda ortalama 8-9 saat, multiparlarda 5-6 saattir. Primiparlarda bu sürenin 20 saati, multiparlarda ise 14 saati geçmemesi gerekmektedir (55). Bu evrede anne, genellikle rahattır (15).
- **Aktif faz:** Aktif faz, 3-5 dakikada bir gelen ve 30-60 saniye süren kontraksiyonlar eşliğinde serviksin 4-8 cm arasında açıldığı dönemdir (12,15,55). Efasmanla birlikte servikte hızlı bir dilatasyon gerçekleşir ve buna bağlı olarak vajinal kanama görülebilir (15). Freidman tarafından aktif fazın süresi nulliparlarda 4.9 saat, multiparlarda 2.2 saat olarak belirlenmiştir (56). Serviks, saatte 1.2-1.5 cm dilate olur (64). Amniyotik membranlar genellikle aktif fazda açılır ve amniyotik mayinin renginin değerlendirilmesi önemlidir (15). Bu evrede annede anksiyete artmıştır (15).
- **Geçiş fazı:** Geçiş fazı, eylemin birinci evresinin son aşamasıdır ve efasmanın % 100 olmasıyla dilatasyon 8 cm'den 10 cm'ye ulaşır (15,55). Kontraksiyonlar şiddetli bir hâl alır, aralıkları kısılır ve her kontraksiyon 70-90 sn kadar sürer

(15,55). Gebe bu aşamada, fetal başın inmesi nedeniyle ıkınma isteği hissedebilir (12). Geçiş fazının süresi primiparlarda 3 saati, multiparlarda 1 saati geçmemelidir (55). Bu evrede anne, yorgun ve sinirlidir (15).

#### **4.2.2.2. Doğum eyleminin ikinci evresi**

Doğumun ikinci evresi, serviksin komplet dilatasyonu (10 cm) ile başlar ve fetüsün doğumu ile sonlanır (12). Bu evrede, fetüs annenin itmesine bağlı olmaksızın ilerler ve inmiş fetal başın rektuma baskı yapmasıyla annede defekasyon hissi oluşur (15,64). Kontraksiyonlar 2-3 dakika aralıklarla gelmeye başlar ve 60-70 s devam eder (55). Bu evre, primipar gebelerde ortalama 30 dk-1 saat sürerken multipar gebelerde en fazla 30 dk sürer (55). Multipar gebelerde özellikle servikal dilatasyon 8 cm olduktan sonra doğum eylemi hızlanır (15).

#### **4.2.2.3. Doğum eyleminin üçüncü evresi**

Doğumun üçüncü evresi, bebeğin doğumu ile başlar ve plasentanın doğumu ile sonlanır (55). Plasentanın ayrılması 30 dakika kadar sürebilir (55). Otuz dakikadan uzun sürmesi artmış doğum sonu kanama ile ilişkilidir (64). Plasentanın ayrıldığı, uterusun umblikus üzerine yükselmesi (Schroder belirtisi), uterusun globuler olarak palpe edilmesi, umblikal kordun uzaması (Ahfeld belirtisi) ve vajinadan ani fişkırr tarzda bir kanama başlaması belirtileriyle anlaşılır (12,15,55). Bu evrede, ayrılma belirtileri gerçekleşen plasentaya Crede manevrası uygulanabilir (55). Pasif el ile abdomenden uterus avuçlanıp inversiyonu önlemek için suprapubik ters yöne itilirken aktif el ile umblikal kord nazikçe çekilerek plasentanın doğması sağlanır (12,15,55). Plamenta, mutlaka zar ve kotiledonların bütünlüğü açısından kontrol edilmelidir (55).

#### **4.2.2.4. Doğum eyleminin dördüncü evresi**

Erken postpartum dönem olarak da bilinen bu evre, plasentanın doğumu ile başlayıp doğumdan sonraki 1-4 saatlik süreyi içerir (15). Doğum sonrası postpartum komplikasyonların en sık görüldüğü evre olmasından dolayı, annenin yaşamsal



bulguları 15 dakika aralıklarla alınmalı, kanama değerlendirmesi açısından ped takibi yapılmalı ve uterus tonüsü palpasyon ile değerlendirilmelidir (12,15).

### **4.3. Doğum Ağrısı**

Doğum ağrısı, doğum eylemine eşlik eden ve en şiddetli ağrılardan biri olarak tanımlanan, fetüs ve eklerinin dışarıya atılabilmesi için kadın bedeninin ürettiği oksitosin, prostaglandin ve endorfin gibi hormonların desteğiyle fetüs, plasenta ve fetal adrenal kortizol aktivitesi etkileşimi sonucu oluşan bir süreçtir (7,10,55).

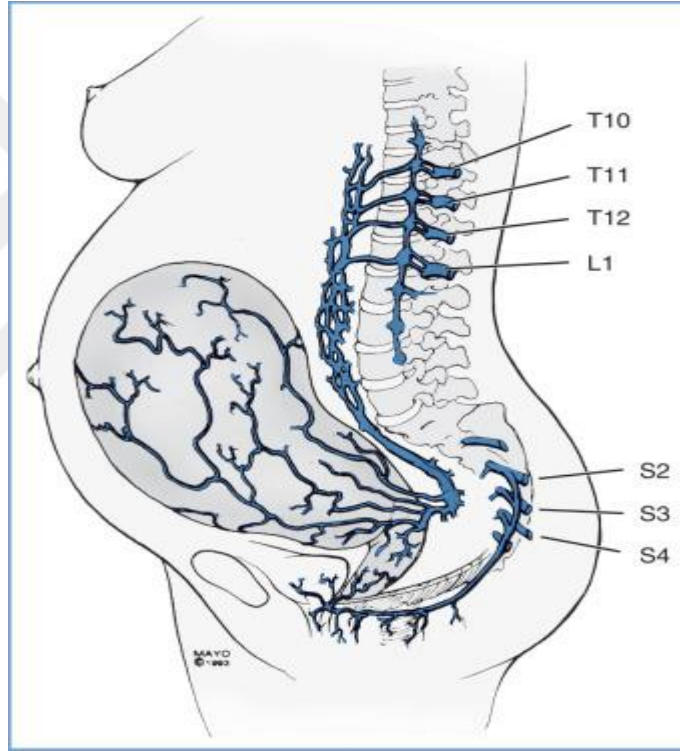
Doğum ağrısı, fizyolojik bir ağrıdır ve patolojik bir durumun göstergesi değildir. Akut olarak gelişen ve belirli bir zaman sürecine eşlik eden, sürekli olmayan ve dinlenme dönemleri olan, genellikle kadınlar tarafından ‘‘rahatsız edici’’ olarak tanımlanan bir ağrı deneyimidir (7,8). Doğum ağrısının en yoğun derecede hissedilmesi gerektiği inancı yanlış bir mittir ve bu ağrıya yüklenen anlam, kültürün etkisiyle değişiklik gösterebilir. Gebenin geçmişteki deneyimlerine, gerginliğine, aldığı emosyonel desteğe, sosyokültürel seviyesine bağlı olarak ağrının şiddeti değişebilir (7,15).

#### **4.3.1. Doğum ağrısının nörofizyolojisi**

Doğum ağrısı, gebe tarafından, bel ağrısı, kanser ağrısı, kırık ve laserasyon ağrısı gibi diğer ağrı deneyimlerinden daha yoğun hissedilmektedir ve eylem süresince ağrı tipi değişkenlik göstermektedir (9,13). Doğum ağrısının viseral ve somatik olmak üzere iki bileşeni vardır (65). Uterus ve serviksteki değişimler sonucu meydana gelen viseral ve somatik afferentler sempatik sinir lifleriyle omuriliğe girerek ağrı duyusunu oluşturur (66).

Düzenli kontraksiyon varlığı ile dilatasyonun gerçekleştiği doğumun birinci evresinde viseral ağrı tipi görülmektedir (11,66). Bunun sebebi, kontraksiyon varlığı ile birlikte ligament ve kasların gerilmesine bağlı olarak uterin alt segmentin distansiyonu ve servikal dilatasyondur (7,9,10,12). Uteroservikal afferentler doğumun birinci evresinde aktive olur. Uterus alt segmentinin ve serviksin distansiyonu ile

mekanoreseptörler uyarılır. Bu uyarı, viseral afferentler yoluyla duyuşal sinir liflerini takip ederek paraservikal bölge, pelvik ve hipogastrik pleksus boyunca ilerleyip T10-12 ve L1 bölgesinden spinal korda girer (12,65,66). Uyarı, omurilikten supraspinal bölgeye taşınır ve beyinde aktivasyona sebep olur (65). Tam lokalize olmayan yoğun bir ağrı şeklinde tanımlanabilir (66). Uterus ve komşu dokulardan kaynaklı bu ağrının eş zamanlı olarak sırt ve bel bölgesinde hissedilmesi doğum ağrısının yansıyan ağrı özelliği taşıdığı da göstermektedir (10).



**Şekil 4.1.** Doğum Ağrısı Yolları (11).

Serviksin tam dilatasyonu ile ekspulsiyonun gerçekleştiği doğumun ikinci evresinde ise fetal başın ilerlemesiyle pelvik yapı ve perine distansiyonuna bağlı olarak pelvis üzerinde traksiyon ve sakral sinirler üzerinde baskı gerçekleşir. Bu baskı sonucu somatik ağrı meydana gelir (9,11,12). Somatik afferentler yoluyla iletilen uyarı

pudental sinirler yoluyla S2-4 seviyelerindeki dorsal kök gangliyonuna girerek dorsal boynuzun yüzeyel laminasında sonlanır (12,65,66). Nosiseptif sinyalin pudental sinir tarafından iletilmesi ile vajina, perine, sakrum, uyluk ve bacaklarda keskin şekilde ağrı hissedilir ve ağrı vajina ve perinede lokalize olmuş durumdadır (10,65,66).

Doğumun birinci aşamasındaki viseral ağrı ve ikinci aşamasındaki somatik ağrının konumunun bilinmesi nöroaksiyel analjezi tekniklerinin de belirlenmesine yardımcı olur (65,66).

#### **4.3.2. Doğum ağrısını ve ağrıya verilen cevabı etkileyen faktörler**

Doğum ağrısının oluşumu, algılanması ve yanıtı kişiden kişiye değişmekle birlikte fizyolojik, psikolojik, kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir (2,15,67). Bu sebeple her gebenin bireysel olarak değerlendirilmesi önemlidir (67).

##### **4.3.2.1. Fizyolojik faktörler**

**Uterusta hipoksi:** Her bir kontraksiyon sırasında uterusu giden kan damarlarında vazokontrüksiyon meydana gelir ve kan akımının azalmasıyla uterin kaslarda hipoksi olur. Bu sebeple gebe her kontraksiyon sırasında ağrı hissetmektedir. Kontraksiyonlar arasında damarların tekrar genişlemesiyle uterusu giden kan akımı normale döner ve ağrı azalır (29,43,50,68).

**Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği:** Doğum eylemi sırasında kontraksiyonların sıklığı, süresi ve şiddeti artmaktadır. Eylemin aktif fazının başlarında kontraksiyonlar 5-7 dakikada bir gelip 30-40 saniye sürerken aktif fazın sonunda ve geçiş fazında kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip 50-70 saniye sürmektedir. Kontraksiyon şiddeti 40-60 mmHg olarak artar (69). Kontraksiyonlar, uterustaki kas ve sinir liflerinde basınç oluşturur. Bunun sonucunda myometriyumun iskemisi ve serviksin gerilmesi ile ağrı oluşmaktadır (13). Kontraksiyon şiddetinin artması, daha fazla miyometrial hücre birikimi sağlar ve kasılmalar yoğun bir şekilde hissedilir (69).

**Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına baskı:** Uterin kontraksiyonlar, amniyotik mayideki basıncın artmasına neden olur ve artan basınç ile uterin alt segment ve serviks gerilir (13). Serviksin gerilmesi, fetüs başını aşağı iterek ve nörohipofizden oksitosin salınımını uyararak uterus kontraksiyonlarının tekrar artmasına neden olur. Bu durumda bir döngü gerçekleşir. Oluşan uterus kontraksiyonları sebebiyle gebe ağrı hissetmektedir (29,43,50,68).

**Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona etkisi:** Doğum ağrısının yoğun olarak hissedilmesindeki önemli etkenlerden biri de serviksin efasmanı ve dilatasyonudur. Serviksin silinebilmesi ve buna bağlı olarak dilatasyon olabilmesi için güçlü kontraksiyonlara ihtiyaç vardır (29,43).

**Perineal gerginlik:** Fetal başın inişi ile vajina, mesane, üretra, tuba uterinalar, overler, uterin ligamentler, fasya, subkudan dokular, periton ve perinal bölge gerilir. Perine gerilmesi, doğumun ikinci evresinde belirgindir. Gerilmeye bağlı laserasyonlar oluşabilir ve somatik ağrı oluşur (13,29,43,50).

**Anne yaşı, doğum sayısı:** Parite doğum ağrısının fizyolojik ve psikolojik iki yönünü de etkileyebilecek bir faktördür (70). Primipar gebelerin multipar gebelere göre doğum eyleminin ilk evresinde daha yoğun ağrı, ikinci evresinde daha az ağrı hissettikleri belirtilmiştir (70,71). Fakat grandmultipar gebeler, doğum eyleminin birinci aşamasının sonunda ve ikinci evrede nullipar gebelere göre daha şiddetli ağrı hissedebilirler (72).

Adölesan gebelerde pelvik gelişim hâlâ devam ettiği için yetişkin pelvis boyutları henüz oluşmamıştır. Bu nedenle adölesanlarda zor doğumlar meydana gelmektedir (73). Abushaikha ve Oweis (2005) tarafından yapılan çalışmada yaşın doğum ağrısı algısı üzerinde etkisi olduğu belirtilmiştir (74). Sittner et al. (1998) tarafından 16-19 yaşlarındaki adölesan gebelerde yapılan çalışmada; primipar adölesanların doğumun I. evresinde en düşük, doğumun II. evresinde en yüksek ağrı düzeyine sahip olduğu, multipar adölesanların doğum ilerledikçe ağrı düzeylerinin arttığı ve adölesanların genellikle doğum eylemi tanımını için “ölüm” kelimesini kullandıkları bildirilmiştir (75).

**Fetüsün ölçüleri:** Fetüsün kilosunu ve pozisyonunun, doğumun süresine ve doğum ağrısına etkisi vardır (29,43). Eyleme eşlik eden oksiput posterior fetal baş pozisyon bozukluğu gibi durumlar hissedilen ağrının şiddetini arttırabilir (16).

**Halsizlik ve uyku sorunları:** Eylemde annenin yorgun olması enerjisini azaltır ve ağrı ile baş etmesini zorlaştırır (15).

**Annenin pozisyonu:** Gebeye verilen pozisyon uterus kontraksiyonları üzerinde etkili olmaktadır. Venöz dönüşü engelleyerek uterusu giden kan miktarının azalmasına neden olan supine gibi pozisyonlarda kontraksiyon sırasında zaten hipoksik olan uterusu kanlanma daha da azalmış olur. Bu sebeple pozisyon, hissedilen ağrının şiddetini arttırmaktadır. Gebeye sırt ağrısı için lateral pozisyon ya da lunge pozisyonu, sakrum ve kalça ağrısı için sims pozisyonu ya da dangle pozisyonu verilebilir. Doğum pozisyonu verilirken mutlaka gebenin istekleri de dikkate alınmalıdır (6).

**Eyleme müdahale:** Doğum eyleminde bir dizi hormon salgılanmaktadır. Oksitosin, doğum eyleminde önemli bir role sahiptir (10). Uterus kontraksiyonları için bir uyarıcıdır ve kontraksiyonların sıklığı ve şiddetini artırır (5,10). Sevgi ve bağlılık hormonu olarak bilinen oksitosin, cinsel temasta, orgazmda, emzirmede ve doğum eyleminde belirleyici olarak görev yapar. Limbik sistemde üretilen oksitosin, beyin ve kan dolaşımına lokal olarak salınmaktadır. Uterin kontraksiyonları tetikleyen endojen oksitosin üretimine karşı yine beyinde üretilen bir analjezik madde olan endorfin salgınır (10). Endojen oksitosin, kan-beyin bariyerini geçerek endorfin yanıtı oluşturduğu için doğum eylemi sırasında hissedilen ağrı gebe tarafından tolere edilebilir. Sentetik oksitosin ise kan-beyin bariyerini geçemediği için endorfin yanıtı oluşmaz ve hissedilen ağrı şiddeti artar (10). Ayrıca uzun süre oksitosin infüzyonuna maruz kalmak uterusu oksitosin reseptörlerinin duyarlılığını azaltacağı için doğum sonu kanama riski artar (10).

#### **4.3.2.2. Psikolojik faktörler**

**Anksiyete ve korku:** Doğum ağrısı yaşamaya yönelik korku, doğum odasının bilinmeyen ve yabancı bir alan olmasına yönelik korku, sağlık profesyoneline olan güven eksikliği, ağrının hissedilmesi gebede anksiyeteye neden olarak gerilim

yaratmaktadır (76). Eylemdeki anksiyete, gerginliğe yol açarak ağrının şiddetini artırır ve eylemin süresinin uzamasına neden olur. Aşırı maternal anksiyete ve stres, kortikal düzeyde nosiseptif uyaran algılamasının artmasıyla sempatik sinir sistemini aktive eder ve kortizol ve katekolamin seviyesinin artmasına neden olur (15,67,77,78). Kortizol salgılanmasıyla vücut savunmaya hazırlanır, solunum ve kalp hızlanır, büyük damarlarda vazokonstriksiyon olur. Vazokonstriksiyon oluşmasıyla organlara giden kan akımı azalır. Buna bağlı olarak uterus perfüzyonu bozulur ve oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir, gebe yoğun ağrı hisseder. Aynı zamanda uterus perfüzyonunda bozulma fetal distrese neden olabilir (15,67,78). Anksiyetenin kontrol altına alınması doğum ağrısının hafiflemesini sağlar (77).

**Doğuma hazırlık:** Doğum ağrısı ile baş etmede antenatal eğitim önemli bir faktördür. Antenatal eğitim alan gebelerin sağlık bilinci ve doğum eylemine adaptasyonu artmakta ve doğum sırasında kendine güveni artarak anksiyetesi azalmaktadır. Doğum eyleminde gebe rahatlar, ağrıyla baş etmesi kolaylaşır ve doğum ağrısı algısı azalır (79). Antenatal eğitimlerde öğrenilen kas gevşetme ve nefes tekniklerinin ağrı üzerinde iyileştirici etkisi vardır (65). Özellikle doğuma hazırlık eğitimi almamış nullipar gebeler multipar gebelere göre daha fazla ağrı yaşamaktadırlar (80).

**Dikkati başka yöne çekme:** Doğum eyleminde gebenin dikkatinin sadece kendi bedeninde olması ağrıyla şiddetli hissetmesine neden olmaktadır (29). Dikkati başka bir yöne çekmek gebeyi stres ve korkudan uzaklaştırabilir. Bu yöntemin açıklaması ise insan zihninin aynı anda iki defa düşünememesidir. Eylem sırasında gebenin hoş bir anısını hatırlatmak, bazı düzenli sayıları saymasını veya kitap okumasını sağlamak faydalı olmaktadır (76). Dikkat dağıtma tekniklerinin ağrıyı azaltmadaki etkisini gösteren çalışmalar mevcuttur (76,81–83).

**Destek sistemi:** Doğum eyleminde gebeye eşi, arkadaşı, herhangi bir aile üyesi ya da sağlık profesyoneli tarafından destek sağlanması önemlidir. Bu destek sistemi, gebenin yanında bulunmaktan elini tutma, masaj yapma ve birtakım uygulamalara kadar genişleyebilir. Doğum eyleminde destek sağlanması ile gebenin olumlu bir doğum deneyimi yaşaması ve doğum süresinin kısılması, analjezi kullanımına yönelik

ihtiyacın ve doğum ağrısı algısının azalması sağlanır. Doğum destekçisi, fiziksel bir varlık sağlayarak gebenin kendini güvende hissetmesine yardımcı olur (84).

***Doğumda annenin memnuniyeti:*** Doğum öncesi eğitim alan ve doğum sırasında destek alan gebelerin doğum süreçlerinin daha iyi geçtiği ve doğumunu daha olumlu algıladığı belirtilmektedir (79). Doğumda sağlık profesyoneli tarafından gebeye sağlanan destek, gebenin doğum sürecine dahil olması, doğum sürecinde bakım ve gereksinimlerinin karşılanması, mahremiyetine saygı gösterilmesi, bakım veren kişi tarafından teşvik edici sözler söylenmesi ve hareket alanının olması gebenin doğum eylemine yönelik memnuniyetini arttırmaktadır (85). Çıtak Bilgin ve ark. (2018) tarafından yapılan araştırmada paritenin ve çalışma durumunun doğum memnuniyetini etkilediği belirtilmiştir (85).

***Yaşanmış deneyimler:*** Gebenin daha önce zor bir doğum eylemi geçirmiş olması doğum ağrısıyla baş etmesini güçleştirir (15). Çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış bir gebenin doğumunda korku yaşaması muhtemeldir. Yüksek korku, sempatik sinir sistemini uyararak gebenin yoğun ağrı hissetmesine neden olur. Hissettiği ağrı ile çocukluk çağındaki istismar anıları yeniden canlanabilir ve bu bir döngü halinde devam eder (86). Birtakım çalışmalarda da gebelikten önce dismenore, baş ağrısı, migren gibi ağrılar yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre doğum eyleminde ağrı skorunun daha az olduğu bildirilmiştir (87).

***Doğum ortamını algılama:*** Doğum ortamı, gebelerin çevresini algılama biçimiyle şekillenir ve gebelerin doğum süreçlerini önemli ölçüde etkiler. Doğum ekipmanları, hastane yatağı, ses, ışık, sıcaklık, nem, hareket alanı, monitörler gebenin anksiyete yaşamasını tetikleyebilir. Yaşanan anksiyete ve korku, gebenin ağrı hissetmesine neden olabilir (88). Hollanda'da yapılan çalışmalarda gebelerin hareket kısıtlılığı, emosyonel destek alamama ve olumlu deneyimler duyamama, kendini rahat hissedememe endişesi ile hastanede doğum yapmayı reddettikleri belirtilmiştir (89,90).

Ek olarak eylemde, çevresel uyaranlar sebebiyle neokorteksin uyarılması oksitosinin azalmasına ve beta endorfinlerin serbest kalmasına neden olmaktadır. Bu durum doğum ağrılarının azalmasına ve doğum eyleminin uzamasına neden olabilir. Uzayan doğum eylemi gebenin halsiz ve yorgun düşmesine sebep olarak ağrıyla baş

etmesini zorlaştırır (88). Gebelerin kalabalık, gürültü, hareket kısıtlılığı gibi çevresel faktörler sebebiyle ağrı ve gerginlik yaşadığını belirten çalışmalar mevcuttur (88,91).

Gebenin doğum ortamına uyum sağlamasını kolaylaştırmak için mobilizasyonunun sağlanması, rahat edebileceği bir pozisyon alması, istediği bir müziğin çalınması önemlidir (5).

#### **4.3.2.3. Kültürel faktörler**

Kültürel çeşitlilik yaşanan coğrafyadan etkilenmektedir ve kültürel yapı, ağrı algılama ve tolerans düzeyini etkilemektedir (2). Bu yüzden gebenin ağrısını tanımlarken kültürel değerlerini de göz önünde bulundurmak önemlidir. Doğum eylemindeki bir gebenin ağrıya verdiği tepki kültürel değerlerinin etkisiyle değişkenlik gösterebilir (15). Doğumun yönetilmesine yönelik bazı kültürel tutumlar ve bu doğrultuda doğum yapan kadından beklentiler, gebenin yetiştiği toplumun değer ve yargıları ağrı algısını değiştirebilmektedir (2). Ağrıya yönelik sabırlı ve duygusal olmak üzere iki tip davranış tanımlanmıştır (2). Bazı gebeler yoğun ağrı yaşamalarına rağmen ağlamazken bazı gebeler de aşırı dozda tepki verebilir (15). Meksika, İskandinav, Navajo ve Asya kökenli kadınlar doğum eyleminde genellikle çığlık atmanın utanç verici olduğunu düşünerek sessiz kalmayı tercih ederken Latin kökenli kadınlar daha dışa vurumcudur (2,15).

#### **4.3.2.4. Geleneksel inanışlar**

Doğum ağrısı ile baş etmeye yönelik çeşitli inanışlar bulunmaktadır. Türkiye’de, Karadeniz Bölgesi’nde gebeye zeytinyağı içirilmesi, Akdeniz Bölgesi’nde gebeye kocasının ayakkabısından su içirilmesi, Anadolu’da “Meryem Ana Eli” otu suyunun içirilmesi, çeşitli bölgelerde gebenin kocasının avcundan su, pekmez, tereyağı içirilmesi, yağlı ekmek yedirilmesi, süt ve yumurta kabuğu tozu içirilmesi, gebelerin Kuran okuması, muska kullanmaları doğum eylemi sırasında ağrı algısını hafifletmeye yönelik geleneksel inançlardır. Gebe, bu geleneksel metotlar sayesinde ruhsal ve duygusal olarak rahatlama hissetmektedir (2,92,93).



### 4.3.3. Doğum ağrısının etkileri

#### 4.3.3.1. Maternal etkiler

Doğum ağrısı uyarıcıları, nöral ileti yoluyla uterin aktiviteyi stimüle eden oksitosin ve inhibe eden epinefrin hormonlarının salınımını sağlar (14). Doğum ağrısı uyarıcılarının sempatik sinir sistemini aktive etmesiyle epinefrinin daha yüksek plazma konsantrasyonlarına ulaşmasına sebep olur. Epidural blok veya petidin analjezi gibi doğum analjezileri uygulamasıyla plazma epinefrin konsantrasyonunda ani bir düşüş gerçekleşebilir ve epinefrinin myometriyum üzerindeki tokolitik etkisi azalabilir. Bu sebeple ani başlangıçlı bir analjezik uygulaması geçici bir uterus hipersitümilasyonuna neden olabilir (14). Yine epidural blok analjezi ile doğum eyleminin ilerletici hormonu olan oksitosin konsantrasyonunda azalma olabilir (14).

Doğum eylemi, kardiyovasküler sistem ve solunum sistemi uyarıcıdır. Eylem sırasında katekolamin seviyesinin ve kontraksiyon şiddetinin artmasıyla maternal kardiyak out-put doğum öncesi seviyesinin üzerine çıkar. Periferik vasküler direnç artar. Diastolik kan basıncı artar ve nabız yavaşlar. Özellikle şiddetli uterus kontraksiyonları sırasında kardiyak out-put %15-20 daha fazla artar. Bu durumda uteroplasental perfüzyon azalarak fetüse giden kan akımında azalma olabilir (13–15). Kardiyak out-putun artmasıyla uterin kontraksiyonları sırasında sistolik kan basıncı da artar. Özellikle bu artış doğum eyleminin birinci evresinde 35 mmHg kadar olabilir (15). Sağlıklı gebeler tarafından kalp debisi ve sistolik kan basıncındaki artışlar iyi tolere edilebilirken preeklamsi, kalp ve pulmoner hipertansiyon hastalarında doğum eyleminde istenmeyen etkiler oluşturabilir (13,16).

Uterus kontraksiyonlarının aralıklı olarak gelmesi ve hissedilmesi anneyi yorar ve anksiyeteye neden olur (7,14,15). Anksiyete, sempatik sinir sisteminin aktive olmasına neden olarak kortizol ve katekolamin seviyelerini artırır. Uterusa giden damarlarda vazokontrüksiyon olur ve fetüse giden kan akımı azalır (67,77,78).

Ağrının solunum sistemi uyarıcı olması nedeniyle oksijen ihtiyacı artar ve aralıklı hiperventilasyon durumu oluşur. Bu durum sonucunda parsiyel karbondioksit basıncında (PaCO<sub>2</sub>) azalma olur, maternal hipokapne ve solunumsal alkaloz gelişebilir (7,14,15). Maternal solunumsal alkaloz sonucu serebral ve uterin kan akımı azalır (13).

İkinci evrede kontraksiyonların eşlit etmesi ve annenin bebeği itmesi ile PaCO<sub>2</sub> seviyesi artar, kas aktivitesinin de artmasıyla solunumsal asidoz tablosu görülebilir (15).

Ağrı, metabolik sistem üzerinde de etkilidir. Doğum sırasında yaşanan ağrı, sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna ve buna bağlı olarak lipolitik metabolizma sonucu serbest yağ asitleri ve laktat düzeyinde artışa neden olur (13).

Doğum ağrısının bir etkisi de gastrin serbestleşmesine bağlı olarak gastrointestinal sistemde gastrik asit sekresyonun artması ile gastrik motilitenin gecikmesidir. Bu durum sıvı yiyeceklerin 36 saat ve daha fazla midede kalmasına neden olabilir (13).

Doğum ağrısı anlamı sosyokültürel etki sebebiyle kadından kadına değişkenlik gösterebilir. Bazı kadınlar doğum ağrısını deneyimlenmesi gereken bir süreç olarak algılamak bazı kadınlar ise dayanılmaz bir durum olarak algılayıp sezaryen isteme eğiliminde olabilirler. Doğum ağrısını patolojik olarak algılayan kadınların doğum sonu dönemde travma yaşaması, cinsel ilişkide olumsuzluk yaşaması ve postpartum depresyon yaşaması kaçınılmaz olabilir. Çoğu kadın komplikasyonsuz normal doğum yaparken bazı durumlarda postpartum ağrı kronikleşebilir. Doğum ağrısı ve postpartum depresyon arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Postpartum ağrının anne üzerinde oluşturduğu negatif duygular, annenin yenidoğan bakımını üstlenmesinde zorluğa neden olabilir (14,16).

#### **4.3.3.2. Fetal etkiler**

Anne ile fetüs arasındaki iletişim sadece uteroplental yol ile sağlandığı için doğum ağrısının fetal etkileri dolaylı olarak görülmektedir. Maternal etkilerde görülen oksitosin ve epinefrin konsantrasyonlarının uterin kontraksiyonlar üzerindeki etkisiyle hipersitümilasyon durumunda uteroplental kan akımında bozulmaya bağlı olarak fetal oksijenizasyon bozulabilir ve fetal distress gerçekleşebilir (7,14). Aynı zamanda hipersitümilasyon olmadığı durumda dahi kontraksiyonların pik noktasında fetüse giden kan miktarı azalır ve fetal pH düşerken fetal PaCO<sub>2</sub> artar (15).

Uterin kontraksiyonlar fetal başta 40-55 mmHg kadar basınç oluşturabilir. Vagal kontrol ile fetüsün santral sinir sistemi etkilenir, fetal kalp hızında yavaşlama görülür ve ‘‘baş basısı’’ olarak bilinen erken deselerasyon görülür. Erken deselerasyon görülmesi her zaman patolojik bir tehlike olduğunu göstermez (15).

#### **4.3.4. Doğum ağrısının kontrolü**

Doğum ağrısı, kadın hayatındaki önemli deneyimlerden biridir ve doğal olması sebebiyle her gebenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği inancı ağrıya yönelik müdahaleyi etkilemiştir (14,67). Doğum eylemindeki gebelerin yaklaşık %85’i ağrıdan yakınır (67). Buna yönelik gebenin ağrıyı tolere edebilmesi için birçok yöntem geliştirilmiştir. Servikal dilatasyon arttıkça doğum ağrısının da arttığı bilinmektedir ve eylem ilerledikçe gebenin analjezik isteme olasılığı genellikle artar (14). Amerikan Anesteziyologlar Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), iyi bir obstetrik bakımın aynı zamanda iyi bir ağrı yönetimi olduğunu vurgulayarak doğumda analjezi ve anestezi kullanımını önermektedir (13). Özellikle ACOG, maternal isteğin doğum analjezisi için yeterli bir endikasyon olduğunu belirtmektedir (16).

Doğum ağrısı yaşayan her kadına, maternal ve fetal yarar gözetilerek istekleri doğrultusunda uygun olan tedavi verilmelidir (7,20).

##### **4.3.4.1. Farmakolojik yöntemler**

On dokuzuncu yüzyılda yaygın olarak evde yapılan doğumlar sebebiyle artan anne ölümlerini azaltmak için doğum uzmanlığının geliştirilmesiyle, doğum ağrısına yönelik farmakolojik uygulamanın da adımları atılmıştır (20). Batı’da 1847 yılında James Young Simpson isimli İskoç bir doktorun doğumda dietil eter uygulaması, modern obstetrik anestezinin ilk kullanımı olarak gösterilmektedir (94,95). Bu dönemde James Young Simpson’un, doğum ağrısını fizyolojik olmasına rağmen yaşanmaması gereken bir süreç olarak görmesi düşüncesine karşın Baron Paul Dubois ve Meigs gibi birtakım doktorlar doğum ağrısına herhangi bir ilaçla müdahale edilmemesi gerektiğini savunmuşlardır (94). Amerikan Hekimler Birliği tarafından

1848 yılında eter ve kloroform kullanımına ilişkin raporlar yayınlanmış ve yirminci yüzyılın başlarında da morfin tanıtılmıştır (20).

1853'te Kraliçe Victoria'nın sekizinci çocuğunun doğumunda kloroform istemesiyle doğumda anestezi kullanımına yönelik kapılar açılmıştır. Bu durum, doğumun evde başarılamayacak bir süreç olduğu ve anestezinin doğumda uygulanması gereken tıbbi bir gereklilik olduğu inancıyla tüm doğumların hızlı bir şekilde hastanelere taşınmasına neden olmuştur (94,96).

On dokuzuncu yüzyıldan sonra analjezik ve anestezi madde konusundaki çalışmalar hız kazanmıştır (94). Günümüzde ise farmakolojik analjezide, sistemik analjezikler grubundaki parenteral opioidlerden Meperidin yaygın olarak kullanılmaktadır (95). Gebelerin sıklıkla tercih ettiği yöntemlerden diğeri de nöraksiyal bloklardır. Bu kategorideki epidural, spinal ya da kombine spinal-epidural blok mutlaka bir anestezi uzmanı tarafından uygulanması gereken tekniklerdir (9).

#### ***4.3.4.2. Non farmakolojik yöntemler***

İyi bir intrapartum bakım doğum ağrısının nasıl yönetildiğiyle ilişkilidir. Primipar gebeler multipar gebelerden genellikle daha uzun bir doğum süreci yaşarlar. Buna bağlı olarak yaşadıkları anksiyete ve yorgunluk sebebiyle doğum eylemini olumsuz algılama ihtimalleri multipar gebelere göre daha yüksektir. Uzun süre yorgunluk durumu gebenin ağrı ile baş etmesini zorlaştırır (8). Olumlu doğum algısı ile gebenin kendi doğum eylemine adaptasyonu sağlanarak operatif vajinal doğum ve sezaryen oranları azaltılabilir (17).

Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik yöntemler dışında gebenin konforunu arttırmak amacıyla non farmakolojik birçok yöntem uygulanabilir. Bu yöntemler ağrı hissini tamamen ortadan kaldırmak yerine gebenin ağrıyla baş etmesine olanak sağlar. Doğum eylemi sırasında farmakolojik bir ajan uygulanan gebeler eş zamanlı non farmakolojik yöntemlerle desteklenebilir veya tek başına kullanılabilir (19). Bu yöntemler; adrenalini azaltır, endorfin ve oksitosin salınımını artırır, kasların gevşemesini sağlar, gebenin doğum eyleminde kontrol duygusunu artırır, gebenin anksiyetesini azaltır, doğumda analjezik ihtiyacını azaltır, doğum eyleminin olumlu

algılanmasını sağlar, doğum ağrısı algısını azaltır ve anne ve bebek iletişimini artırır (97). Ayrıca maternal ve neonatal herhangi bir yan etkisi olmaması sebebiyle non farmakolojik yöntemlerin kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (18).

Non farmakolojik yöntemler düşük maliyetli, kolay ulaşılabilir, basit tekniklerdir ve rutin her gebeye uygulanabilen tekniklerden özel eğitilmiş personel tarafından belirli bir ekipmanla uygulanabilen tekniklere kadar çeşitlilik gösterebilir. (19,20). Minimum eğitim ve ekipman kullanımıyla uygulanan yardımcı teknikler arasında; duygusal destek, masaj, hidroterapi, doğru pozisyon kullanımı, sıcak ve soğuk uygulama, pilates topu kullanımı, gevşeme ve nefes kontrolü, müzik kullanımı gösterilebilir (19,20). Özellikle eğitim alınmış ve ekipman ihtiyacı olan non farmakolojik teknikler arasında ise; akupunktur, akupresür, hipnoz, yoga, aromaterapi, intradermal steril su enjeksiyonu, TENS gösterilebilir (19,20). Rebozo tekniği de özellikle Mezoamerikan kültüründe aktif olarak kullanılan non farmakolojik tekniklerden biridir.

**Tablo 4.1.** Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Non Farmakolojik Teknikler

<b>Yöntem</b>	<b>Tanımı</b>
<b>Hareketlilik ve pozisyon</b>	Travay sürecinde gebenin ayakta ya da oturur pozisyonda, yan yatış pozisyonunda olması ve hareketliliği sağlandığında daha az sırt ve karın ağrısı hissedilmektedir. Daha iyi fetal ve maternal dolaşım sağlanır. Fetal iniş kolaylaşır. Pilates topu ve doğum taburesi destek için kullanılabilir (10,97).
<b>Biofeedback</b>	Biyolojik geri bildirim anlamına gelmektedir. Amaç, doğum eyleminde yaşanan fizyolojik olaylar hakkında gebeye bilgi vererek bedensel farkındalığını arttırmak ve ruhsal gevşeme sağlamaktır (20,97).
<b>Hipnoz</b>	Derin gevşeme, nefes alma ve görselleştirme tekniklerine dayalı olarak gebenin kendine güvenmesini, gerilimden kurtulmasını sağlar. Gebe uyku haline geçmez ve gerçeklik ile temasını kaybetmeden derin bir gevşeme yaşar. Çevresine duyarlılığı azalır (9,10,97).

<b>Akupunktur</b>	Vücuttaki spesifik noktalara iğne uygulanmasıdır. Doğumu kolaylaştırmak ve ağrıyı hafifletmek için kullanılır. Geleneksel Çin tıbbında kullanımı yaygındır (10,20,97).
<b>Akupressure</b>	İğnesiz akupunktur olarak da bilinir. Belirli noktalara basınç uygulanarak bölgede toplanan enerjinin yoğunluğu dağıtılmaktadır (97).
<b>Müzoterapi</b>	Doğum sırasında dinlenen müzik beynin sağ tarafından algılanarak hipofiz bezini uyarır ve endorfin salınımı sağlayabilir. Duygulanım ve bilişsel erki yoluyla ağrıyı azaltmaktadır (10).
<b>Dokunma ve masaj</b>	Derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrıları hafifletmek ve gevşeme sağlamak için kullanılır. Bazı nosiseptif sinyaller bloke edilerek endojen analjezik salınımı uyarılır (10,97).
<b>TENS</b>	Sırtta T10-L1 ve S2-4 noktalarına elektrot yerleştirilerek düşük frekansta elektrik akımı uygulanmasıdır. Büyük çaplı sinir liflerinin uyarımı ile endojen endorfin salınımı sağlanır. Fetüs üzerinde bir zararı kanıtlanmamıştır (10,20,65,97).
<b>Steril sıvı enjeksiyonu</b>	Sakrum üzerindeki dört bölgeye 0,05-0,1 ml steril su enjekte edilmesidir. Endorfin salınımı uyararak ağrının hafiflemesini sağlar (10,20,65,97).
<b>Auriküloterapi</b>	Kulak akupunkturunu olarak da bilinmektedir. Kulaktaki refleks noktalara iğne ya da mikroküre uygulamasıdır. Ankisyete düzeyini azaltarak ağrıyla baş etmeyi kolaylaştırır (98).
<b>Sıcak ve soğuk uygulama</b>	Vücudun belirli bölgelerine soğuk ve sıcak maddelerin kullanımıyla Kapı Kontrol Teorisi'nin etkisinden faydalanılmasıdır. Daha çok bel ağrısı için kullanılır. Soğuk uygulama, büyük çaplı ağrı liflerini uyararak endorfin salınımını sağlar. Sıcak uygulama, ağrıyı inhibe eden reseptörleri aktive eder (10,20,97).
<b>Hidroterapi/ su banyosu</b>	Gebenin karnını kapsayacak şekilde ılık su dolu küvete girmesi ya da basit bir duş almasıdır. Oksitosin ve endorfin salınımı uyarır. Ağrılı bölgedeki nosiseptif mesajı azaltır (10,20).

<b>Aromaterapi</b>	Aromatik bitkilerden damıtma yoluyla elde edilen uçucu yağların zihni ve bedeni rahatlatmak için kullanılmasıdır. Aroma koku alma duyusu ile limbik sistem üzerinde rahatlatıcı etki sağlar (10,20).
<b>Yoga</b>	Esneklik, güç, nefes egzersizleri ve meditasyonun birleşimidir. Kaslar gevşetilerek dikkat başka yöne çekilir. Endorfin salınımını uyarır. Gebelikte başlanması uygundur (10).
<b>Gevşeme/ görselleştirme</b>	Etkilenen bölgenin gevşetilmesi ve gebenin kendini istediği hoş bir ortamda hayal etmesidir. Stresle başa çıkmayı kolaylaştırır. Olumlu imgelerin kullanımıyla endorfin salınımını uyarılır ve ağrı yoğunluğu azalır (10).
<b>Nefes alma</b>	Nefes egzersizleri, derin bir odaklanma ile dikkatin ağrıdan uzaklaşmasını sağlar. Uteroplasental dolaşımın rahatlamasına yardımcı olur. Masaj ile birlikte uygulandığında hipnotik bir etkisi vardır (10,97).
<b>Shiatsu</b>	Vücutta belirli organlara karşılık gelen bölgelere avuç içi ya da başparmak ile masaj yapılmasıdır (99).
<b>Refleksoloji</b>	Ayaklarda, ellerde ve kulaklarda bulunan spesifik somatik organ ve bölgelere ilişkin noktalara lokal basınç uygulamasıdır. Enkefalin ve endorfin salınımının uyarılmasıyla ağrı düzeyi azalmaktadır (22,99).
<b>Doğum dansı</b>	Müzik eşliğinde ritmik hareketler ile vücut dansı yapılmasıdır. Beden ve zihin arasındaki bağın kurulmasını sağlar. Anksiyete düzeyini azaltır. Gebenin pelvisinin hareketliliğini sağlayarak doğumu kolaylaştırır (100).
<b>Ses çıkarma</b>	Gebenin kendi bedenine yoğunlaşarak enerjisini ses olarak yansıtmasıdır (97).

#### 4.3.5. Rebozo kültürel kullanımı

Rebozo, Meksika ve İspanya geleneklerinde yerel halkın kullandığı en az 200 cm uzunluğunda ve 70 cm genişliğinde, 225 kg ağırlığa kadar taşıyabilen %100 pamuklu bir şaldır (8,18,23). Bu şal, cilt ile temas ettiğinde rahatsız etmeyecek derecede yumuşak bir yapıdadır (8). Rebozo kelimesi, İspanyol kökenli bir kelimedir ve “örtmek” anlamına gelmektedir (101). Rebozonun, İspanyol kadınlarının kilise ve tapınaklara girmek için bedenlerini örtmek amacıyla kullanmalarıyla ortaya çıktığı düşünülmektedir. İlk başlarda sadece yerli kültürle ilişkilendirilirken on sekizinci yüzyıla gelindiğinde yüksek sosyeteden kadınlar tarafından da tercih edilmeye başlanmasıyla kullanımı yaygınlaşmıştır (23,102). Şalın, saçak ve boyama yöntemlerine göre özelleştiği ve yerli kültürden kadınların pamuktan yapılmış rebozo kullanırken yüksek statülü kadınların ipek kumaş üzerine altın veya gümüş ipliklerle dokunmuş rebozo kullandığı bilinmektedir (102).

On sekizinci yüzyılın sonlarında işlenen şerit halindeki rebozolar bir etkinliği ve geziyi anlatmaya yönelik olmaktadır (102).



**Şekil 4.2.** On Sekizinci Yüzyıl Sonlarında Meksika’da Pamuk, İpek Ve Diğer Metalik İplikler İle Dokunmuş Bir Rebozo (102).



Dokuma tekniğinin ötesinde bu şal, ulusal kimlik ve din açısından önemli bir yere sahipti. Rebozonun Meksikalı ressam ve yazar olan ve Meksika Devrimi'nde aktif olarak yer alan Dr. Atl tarafından milli bayrak olması için önerildiği bilinmektedir (103).

Rebozo, Meksika ve İspanya'daki yerel halk tarafından, başın ve omuzların güneşten korunması, bebek ve eşya taşınması, başın üzerinde su taşınması, doğumda ağrıların azaltılması amacıyla veya giysilere tamamlayıcı bir aksesuar olması için kullanılmaktadır. Aynı zamanda rebozo, iletişim aracı olarak da kullanılabilir. Bir kadının rebozoyu bedenine sarış şekli, evli ya da bekar olduğunu gösterebilir. Rebozonun kumaş ve saçak tipi, çizgi dizilişi, kumaş rengi kadınların yaşamları hakkında fikir verebilmektedir. Meksika'da, bölgeler arası iklim farklılıkları sebebiyle ipek, yün, pamuk gibi farklı kumaş türlerinde rebozolar görülmektedir (23,101,104). Günümüzde hâlâ Meksika'daki modern kadınlar özel zamanlarda ipek ya da pamuk kumaşlı rebozoyu tercih etmektedirler (101).

#### **4.3.6. Rebozo tekniği**

Doğumda rebozo tekniği çok etkili bir yaklaşım olmasına rağmen Mezoamerikan kültürü dışında fazla bilinmediği için üzerine yeterince yoğunlaşılmamıştır (104). Rebozo, herhangi bir ilaç kullanımı olmadan olumlu beden hissine yol açan, gebenin ağrıya toleransını arttıran bir uygulamadır (26,105). Pek çok kullanım amacı olmasına rağmen en fazla gebelikte karın ve pelvise uygulanan eleme ve sallama hareketleriyle gebeliğin ve doğumun rahat geçmesi sağlanmaktadır (105). Antepartum ve intrapartum dönemde uygulandığında fetal rotasyonu sağlayarak fetal-optimal konumlandırmaya yardımcı olması tekniğin en önemli avantajıdır (25). Kolay uygulanabilmesi sayesinde geleneksel ebeler tarafından antepartum, intrapartum ve postpartum dönemde kullanılmaktadır (18).

#### **4.3.6.1. Gebelikte rebozo tekniği kullanımı**

Gebelik döneminde kadınların hormonal ve biyokimyasal değişimleri olduğu gibi ağırlık merkezlerinde de değişim olur (104). Büyüyen uterusun etkisiyle bedenın ağırlık merkezinin öne doğru kayması, büyüyen fetüse uyum sağlamak için abdominal kasların uzaması, progesterona bağlı olarak sırt ve bel eklemlerinde gevşeme olması sebebiyle bel, sırt ve karın ağrıları yoğun olarak yaşanmaktadır (106–108). Oluşan bu ağrılar gebelerin yaşam kalitesini azaltmaktadır.

Meksikalı geleneksel ebeler tarafından rebozo, doğum öncesi bakımın önemli bir parçası olarak görülerek aktif olarak kullanılmaktadır. Anne ve bebek üzerinde olumlu etkiler yaratmak ve ağrılarını hafifletmek için gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde; anne bedenine masaj yapmak, kas- ligament ve eklem ağrılarını hafifletmek, pelvisi, uterusu ve ligamentleri dengelemek ve gevşetmek için kullanılmaktadır (18,23). Antepartum dönemde en sık, büyüyen fetüsün ve uterusun ağırlığını hafifletmek amacıyla göbeğe bağlanarak destek amaçlı kullanılır (23).

Gebelikte rebozo kullanımının en büyük faydası, ritmik ve belirli bir hızla yapılan sallama ve eleme teknikleriyle uterus ligamentlerini ve kaslarını masaj yapılmış gibi gevşeterek fetüsün en uygun doğum pozisyona geçmesine yardımcı olmasıdır (18,23,24). Antepartum dönemde gebe el-diz pozisyonundayken ya da pilates topunda oturur pozisyondayken uygulanabilir (105). Gebeliğin 32. haftasından itibaren günlük 2-5 dakikalık seanslarla uygulanabilmektedir (24,105).

#### **4.3.6.2. Doğumda rebozo tekniği kullanımı**

Doğumda korku refleksi ateşlendiğinde, beden savunma moduna geçer. Sempatik sinir sistemi aktive olur. Bedenin yapı taşı olan ve göğüs kafesi ve gövdeyi bacaklara bağlayan, karın organlarının desteklenmesine yardımcı olan ve aynı zamanda pelvisi de etkileyen psoas kası kasılır. Genital organları ve yaşamsal organları kapatarak korumaya alır. Kasılı bir psoas kasında pelvisteki destek dokularında da kapanma olacağı için fetüs, fetal-optimal pozisyona geçemez ve asinklitismus görülebilir. Doğum eyleminin süresi uzar, gebe ağrılarını çok daha yoğun hisseder ve doğum memnuniyeti azalır (96,109). Aynı zamanda günümüzde artan konfor

sebebiyle, gebenin günlük hayatta egzersiz yapmaması, otururken eğik pozisyonda oturması, hareketsiz bir hayata sahip olması sebebiyle de psoas kası kısalır (101). Bu nedenle intrapartum dönemde anksiyetenin azaltılması, kasları ve ligamentleri gevşetmek için masaj ya da rebozo tekniği uygulanması, gebenin kendisini güvende hissetmesi önemlidir (105).

Rebozo tekniği, doğum sürecinin ilerlemesini, fetüse ait malpozisyonların düzeltilmesini, gebelik kullanımında olduğu gibi ligament ve kasları gevşeterek fetüsün kardinal hareketlerini kolaylıkla yapmasını sağlar (23,25,26). Teknik ile pelvis içindeki alan genişletilmiş olur, doğum eyleminin ilerleyişi hızlanır, sallanma hareketleri ile pelvik taban kaslarının gevşemesi sağlanarak fetal başın inişi hızlandırılır (27). Doğum eylemindeki bir gebede farklı pozisyonlarda uygulanabilir. Gebe sırt üstü pozisyondayken, pilates topundayken, el-diz pozisyonundayken, diz-göğüs pozisyonundayken ya da ayaktayken kullanılabilir (18).

İnapartum dönemde dikkat gerektiren diğer non farmakolojik teknikler gibi rebozo tekniği uygulaması sırasında da fiziki çevre çok önemlidir. Gebenin dikkatinin dağılmaması için kalabalık ve gürültüden uzak bir ortamda sakinleştirici bir müzik eşliğinde uygulama yapılmalıdır (110).

Doğum eyleminin ikinci evresine gelindiğinde gebeye rahatlıkla bebeğini itebilmesi için çömelme pozisyonunda rebozo tekniği uygulanabilir (18). Dikey konumda; daha güçlü itme, daha az gerginlik ve kas yorgunluğu ve optimal fetal oksijenasyon sağlanmış olur (18,111). Yer çekimi etkisiyle fetüsün inişine yardımcı olarak perinede gevşeme sağlanır (111).

#### ***4.3.6.3. Doğum sonu dönemde rebozo tekniği kullanımı***

Postpartum dönem, doğum eylemi bittikten sonra başlayıp doğum sonu 6-12 haftayı içeren ve tam olarak fizyolojik ve psikolojik düzelmeyi kapsayan dönemdir (112). Bu dönemde kadının uyku kalitesi ve yaşam kalitesi azalır, postpartum depresyona yatkınlık ve yorgunluk hissi artar, bebek beslemeye ve bakımına ilişkin kaygılar artar (112,113).

Postpartum dönemde birçok kültürde kadınlara geleneksel uygulamalar yapılmaktadır. Hindistan ve Tayland'da kadının 30-40 gün boyunca evden çıkarılmaması ve sıcak oturma banyoları yapılması, Kore'de doğum sonrası kadının vücudunu temizlemek için deniz yosunu yedirilmesi, Nijerya'da emzirmeyi uyarmak amacıyla lohusaya bazı alkollü içecekler içirilmesi, Türkiye'de lohusa için enerji verecek besinler hazırlanması ve lohusanın sıcak tutulması, sütü arttırmak için şerbet içirilmesi gibi uygulamaların kadınların postpartum dönemde iyilik hallerini arttıracığına inanılmaktadır (114).

Yine Mezoamerikan geleneklerinde bir ritüel olarak rebozo ile "lohusa kapama" uygulaması yapılır. Bu uygulama, doğum yapan kadında enerjiyi tekrar merkezlemek, vücutta her bölgeye sırayla masaj yapmak, uterusun tekrar eski konumuna dönmesini sağlamak, kadını tekrar gebelik öncesi hayatına getirmek, ruhsal bir döngüyü tamamlamak amacıyla geleneksel bir tören halinde yapılır. Kadının baş bölgesinden başlanarak ayaklarına kadar rebozo ile masaj yapılır ve bağlanır. Bir süre kadının dinlenmesi sağlanır. Bu uygulama sırasında aromaterapi veya müzik de kullanılmaktadır (23).



**Şekil 4.3.** Rebozo İle Lohusa Kapama

#### 4.3.7. Rebozo tekniğinde kullanılan temel hareketler

(Bu başlık altındaki tüm resimler araştırmacı tarafından çizilmiştir.)

**Rebozo ile göbek desteği:** Teknik, şalın gebenin göbeğini destekleyecek şekilde göbek ve bel çevresinden sarılarak hafifçe traksiyon halinde arkadan bağlanmasıdır. Antepartum dönemde özellikle üçüncü trimesterde büyüyen uterus ağırlığını hafifletmek için ideal bir uygulamadır (115). Bu dönemde bele sıcak su torbası koyularak rebozo ile sabitlemek bel ağrısı yaşayan gebeler için hafifletici bir etki sağlayabilir (101). İntrapartum dönemde ise kontraksiyon aralarında gebenin gevşemesine yardımcı olur. Teknik ile uterus desteklendiği için doğumda fetüsün pelvise girişi kolaylaştırılmış olur (115).



Şekil 4.4. Rebozo İle Göbek Desteği

**Ayakta rebozo tekniği:** Ayakta rebozo tekniği, gebenin duvara yaslanması veya ayakta durması sağlanarak belini ve kalçasını saracak şekilde rebozonun geğirilmesi ve hafifçe iki yana eleme hareketi uygulanmasıdır. Uygulanan hareketin amacı, eleme hareketlerinden faydalanarak fetal-optimal pozisyonu sağlamak, uterus ligamentlerini gevşetmektir. Hareket ile uterin kontraksiyonlar uyarılabileceği için intrapartum dönemde uygulanması daha doğrudur. Aynı zamanda bebeği, oksiput posterior fetal baş pozisyonunda olan bir gebenin, belinde oluşabilecek ağruların hafifletilmesinde oldukça faydalı bir tekniktir (115).



**şekil 4.5.** Ayakta Rebozo Tekniği

**El-diz pozisyonunda rebozo tekniği:** Teknik, gebenin el-diz pozisyonunda ya da pilates topundan destek alırken eleme hareketi yapılmasıdır. Pilates topundan destek alması gebenin vucudunun gevşemesine olanak sağlar (25). Buyiyen uterus ağrılığını desteklemek için rebozo, tamamen açılarak gebenin karnını kaplayacak

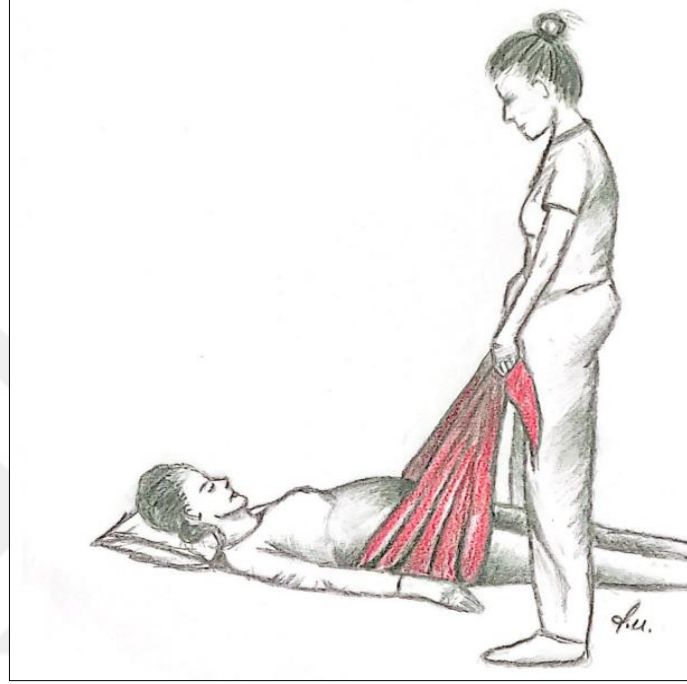
şekilde geçirilir ve hafifçe şala traksiyon yapılır (101,115). Ardından nazikçe bir yandan diğer yana eleme hareketi yapılır. Teknik sayesinde yer çekimi etkisinden faydalanılarak fetal-optimal konumlandırma sağlanmış olur. Bu sebeple oksiput posterior fetal baş pozisyonu tanısında kullanımı oldukça idealdir (115).



**Şekil 4.6.** El-Diz Pozisyonunda Rebozo Tekniği

**Sırtüstü pozisyonda rebozo tekniği:** Teknik, gebenin yerde sırtüstü şekilde yatarken belinin ve kalçasının etrafından rebozo geçirilerek hafif traksiyonla eleme ve sallama hareketi yapılmasıdır (115). Tekniği uygulayan kişi, gebenin üzerinde bacakları hafif aralık olacak şekilde durmalıdır. Rebozounun her iki ucu eşit uzunlukta ve seviyede uygulayan kişinin kalça seviyesinde olmalıdır (25). Antepartum dönemde üçüncü trimesterde tekniğin kullanımı, sırt ağrılarını hafifletmeye ve uterus ligamentlerini gevşetmeye olanak sağlarken intrapartum dönemde erken evrede

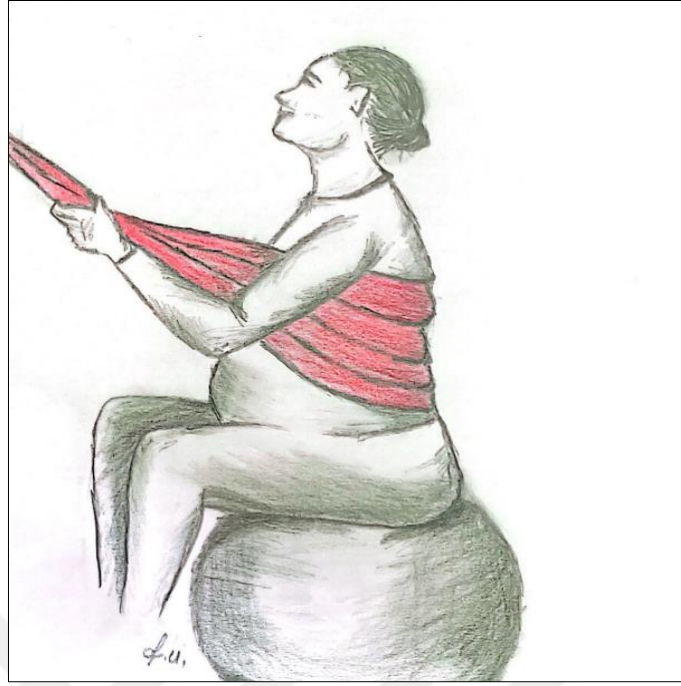
endorfin salınımını arttırarak gebenin sinir sisteminin rahatlamasına yardımcı olur (101,115). Teknik, 5-15 dakika arasında uygulanabilir (101).



**Şekil 4.7.** Sırtüstü Pozisyonda Rebozo Tekniği

***Oturma pozisyonunda rebozo tekniği:*** Teknik, gebe bir sandalye ya da pilates topunda otururken rebozonun gebenin kalçasının ve belinin etrafından geçirilerek hafif traksiyonla sallama hareketi yapılmasıdır. Doğum ağrıları arasında gebeyi rahatlatmak ve gebenin sırtında ve belinde oluşan gerginliği azaltmak için doğumun birinci evresinin erken dönemlerinde kullanımı uygun olan bir harekettir (101).



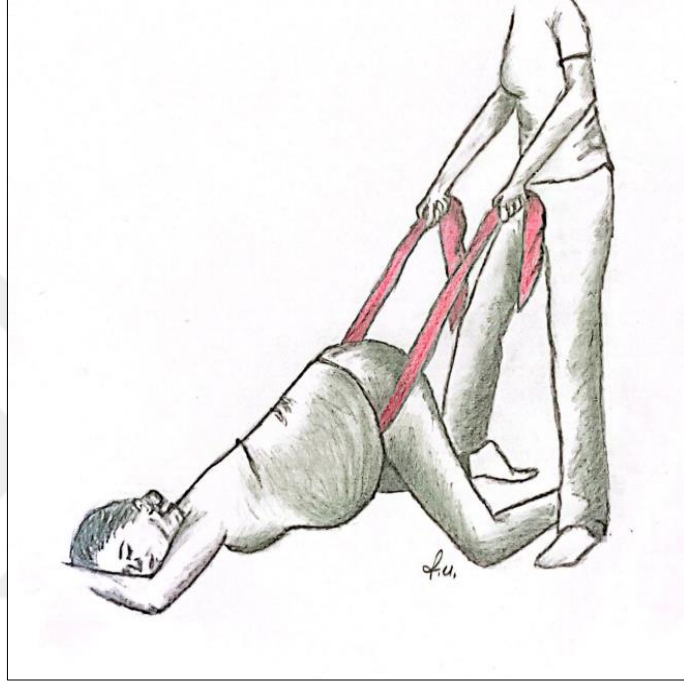


**Şekil 4.8.** Oturma Pozisyonunda Rebozo Tekniği

***Diz-göğüs pozisyonunda rebozo tekniği:*** Teknik, açık diz-göğüs pozisyonu ve kapalı diz-göğüs pozisyonu olmak üzere iki farklı pozisyonda uygulanabilmektedir (105).

Açık diz-göğüs pozisyonunda, gebenin göğsü yerde ve ileride olacak şekilde ‘‘A’’ harfine benzeyen bir pozisyon alması sağlanır. Göğsünün altına yastık koymak baskıyı azalmak için faydalıdır. Rebozo, gebenin pelvis bölgesinden geçirilir ve sağlık profesyoneli gebenin arkasından rebozoya hafif bir traksiyon uygular. Sallama hareketi yapmak her zaman şart değildir. Tekniğin en önemli noktası, gebenin yaklaşık 40 dakika kadar açık diz-göğüs pozisyonunda kalması ve aktif doğum eyleminde uygulanmasıdır. Tekniğin avantajı, alınan pozisyon sebebiyle simfizis açısını açarak pelvis girimini arttırmasıdır. Gebenin uterus kontraksiyonları sırasında dahi bu pozisyonda kalması sağlanır. Bu sayede, kontraksiyon aralarında fetüsün pelvik girimden yaklaşık 1 cm kadar geri çekilip fetal-optimal pozisyona gelmesi sağlanır. Oksiput posterior fetal baş pozisyonunda, asinklitismus tespit edildiğinde ve baş ile pelvis arasında fetal el varlığında tekniğin kullanımı oldukça faydalıdır. Fetüsün uterus

içinde baş prezentasyonundan makat prezentasyonuna dönme ihtimaline karşı polihidroamniyos ve uzun süreli bir pozisyon olması sebebiyle hipertansiyon tanılı gebelerde uygulanmamalıdır (105).



**Şekil 4.9.** Açık Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği

Kapalı diz-göğüs pozisyonunda, gebenin göğsü üzerindeyken pelvisine yaklaşması sağlanır. Teknik, diz-göğüs pozisyonundayken rebozonun gebenin kalçalarını saracak şekilde geçirilerek hızlı ama nazik şekilde titreşim hareketleri uygulanmasıdır (105,115). Diğer hareketlerdeki eleme ve sallama yönteminden farklı olarak titreşim hareketi uygulandığı için ‘elma ağacı silkeleme’ hareketi olarak da bilinmektedir (105). Uygulama sırasında gebenin bacakları hafif açık olmalı ve uygulayan sağlık profesyonelinin gebenin kalçasının arkasında durması gerekmektedir (25). Teknik ile 3-4 dakikalık bir uygulama sırasında derin bir gevşeme sağlanmış olur. Gebe teknikten memnun kalırsa, uygulama 10-20 dakika kadar uzatılabilir. Teknik ile

pelvik taban kaslarının gevşetilmesiyle fetüsün inişine kolaylık sağlanacağı için doğum eylemi sırasında kullanımı faydalıdır (105). Bu tekniği uygulayan kişinin gebenin arkasında durması, daha önce cinsel istismara uğramış kadınlar için olumsuz bir etki oluşturabilir (105,115).

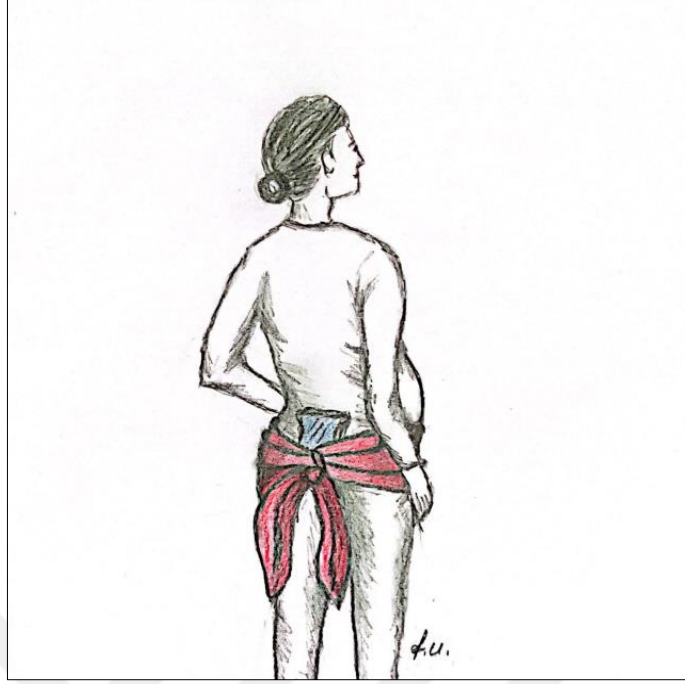


**Şekil 4.10.** Kapalı Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği-1



**Şekil 4.11.** Kapalı Diz-Göğüs Pozisyonunda Rebozo Tekniği-2

***Kalça sıkma rebozo tekniği:*** Rebozo tekniği uygulayan kişinin ya da gebenin yorulması durumunda, gebenin kalçasının etrafından şalın geçirilerek çaprazlanıp, ardından iki yana doğru çekilerek sıkılmasıdır. Genellikle iki kişi tarafından uygulanmaktadır. Tek kişi tarafından uygulama durumunda, rebozo sıkı bir şekilde düğümlenmelidir. Kalça sıkma tekniği, doğum eylemi sırasında uterus kontraksiyonları arasında gebede hafifleme hissi oluşturmaktadır (115). Gebenin isteğine göre beline sıcak su torbası koyularak rebozo ile sabitlenebilir (101).

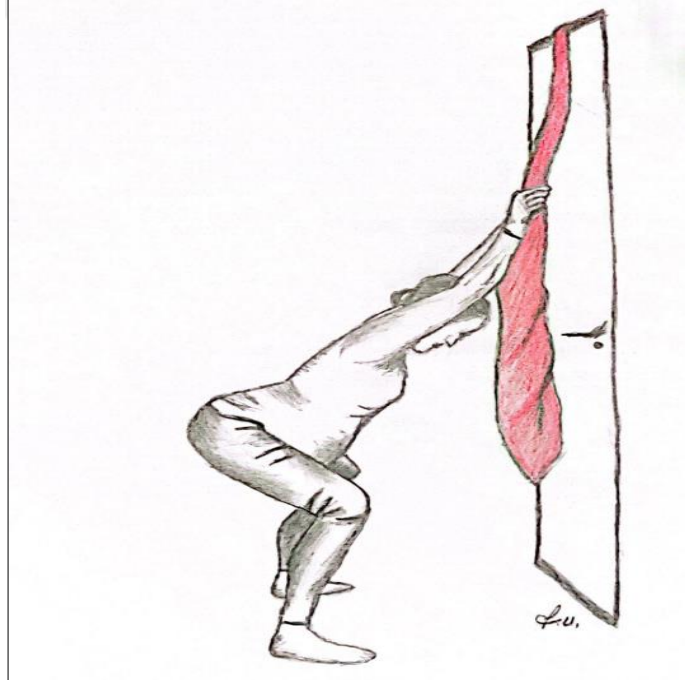


**Şekil 4.12.** Kalça Sıkma Rebozo Tekniği

**Çömelme pozisyonunda rebozo tekniği:** Gebe, doğum eyleminde çömelme pozisyonundayken rebozo kollarının altından geçirilerek şalı, ıkınma dürtüsüyle çekmesi sağlanır (18). Aynı zamanda rebozonun iki ucunun birbirine düğümlenip kapı arasına sıkıştırılması da tekniğe bir alternatiftir (101). Gebenin bağımsız olarak bu tekniği uygulayabilmesi, çömelme halindeyken pelvisin mobilize olması ve yerçekimi etkisiyle fetüsün inişinin sağlanması tekniğin en büyük avantajıdır. Teknik, gebe pilates topuna ya da partnerine yaslanmışken sağlık profesyoneli tarafında şalın bir ucunun tutulmasıyla da uygulanabilir (18).



Şekil 4.13. Çömelleme Pozisyonunda Rebozo Tekniği-1



Şekil 4.14. Çömelleme Pozisyonunda Rebozo Tekniği-2

#### 4.3.8. Rebozo tekniği prensipleri

- Teknikte kullanılacak olan şalın en az 200 cm uzunluğunda, 70 cm genişliğinde ve dokusunun gebeyi rahatsız etmeyecek derecede esnek olması önemlidir (18).
- Tekniği uygulama süresi konusunda fikir birliği olmadığı için uterus kontraksiyonları arasında 5-10 dakikalık süreyle uygulamak yeterli olacaktır (26,105).
- Teknik uygulanırken mutlaka yapılan her hareketten memnuniyet durumu gebeye sorulmalıdır (115).
- Uygulanan eleme ve sallama hareketleri gebeyi rahatsız etmeyecek derecede yumuşak olmalıdır (105).
- Rebozo tekniği uygulayan kişinin ses tonunun yumuşak olması önemlidir (110).
- Tekniği uygulama sırasında gebe ile göz teması kurmak önemlidir. Eğer gebe gözlerini kapatarak tekniğe odaklanmak istiyorsa göz teması kurmak için zorlanmamalıdır (101).
- Tekniği uygulama sırasında gebenin odağı kendi bedenine çekilmelidir. Gebenin dikkatinin herhangi bir nedenden dağılması durumunda, sağlık profesyoneli rebozo ile gebenin gözlerini ve kulaklarını kapatarak dikkatini yoğunlaştırmalıdır (101).

#### 4.3.9. Rebozo tekniğinin avantajları

- Gebenin doğum eyleminde aktif olmasını ve uygulayan sağlık profesyoneli ile arasında güven duygusu oluşmasını sağlar (26,101).
- Gebenin doğum eyleminden yalnızlık hissini ortadan kaldırarak psikolojik olarak rahatlamasına olanak sağlar (26,101).
- İntrapartum dönemde basit sallama hareketlerini gebenin partnerinin uygulaması sağlanarak, gebenin doğumda emosyonel destek almasına imkan sağlar (26)

- Fetal iniş ve servikal dilatasyonu paralel bir şekilde sağlayacağı için erken ıkınma hissinin oluşmasını engeller (26).
- Doğum eyleminde gebenin bedensel haz hissetmesini sağlayarak ağrı algısını azaltır (26).
- Gebenin yatağa bağımlı kalmasını engelleyerek işbirliği içinde olmasını sağlar (26).
- Gebe ayakta, otururken, uzanırken ve çömelirken tekniği farklı pozisyonlarda uygulama imkanı sağlar (26).
- Gebenin ihtiyacına yönelik vücutta farklı bölgelere uygulanabilmektedir (18).
- İntrapartum dönemde gebenin farmakolojik analjezik ve anesteziik madde ihtiyacını azaltır (26).
- Gebenin bel ve sırt ağrılarını hafifletir, oksiput posterior pozisyonundaki bir fetüsün dönmesine yardımcı olur (101).
- Uterin ligament ve kasların gevşemesini sağlayarak fetüsün fetal-optimal pozisyona geçmesini sağlar (101).
- Fetal malpozisyon şüphesinde sağlık profesyoneli tarafından kontrollü uygulandığında fetüsün pelvis içinde inişini kolaylaştırır ve fetüsün kardinal hareketlerini yapabilmesini sağlar (25,26).
- Ek olarak farklı non farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin de beraberinde kullanılmasına imkan sağlar (101).

#### **4.3.10. Rebozo tekniği uygulamasında dikkat edilmesi gerekenler**

- Teknik uygulanırken şiddetli sallama ve eleme hareketlerinden kaçınılmalıdır (105).
- Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde round ligament spazmı varsa rebozo tekniği uygulaması sırasında yumuşak sallama hareketleri yapılmalıdır. Kontrolsüzce yapılan bir teknik ağrının artmasına neden olabilir (105,115).
- Anterior plasenta durumunda şiddetli ve orta derecede sallama hareketlerinden kaçınılmalıdır (105,115).
- Fetal malprezentasyon ya da malpozisyon durumunda hızlı ve sert bir çevirme hareketi ile fetüsün pozisyonu değiştirilmeye çalışılmamalıdır. Teknik doğru



bir şekilde uygulandığında gevşeyen uterin ligament ve kaslar sayesinde fetüs dönebileceği ve hareket edebileceği bir alan bularak doğru pozisyona geçecektir (105).

- Gebe uygulamadan rahatsızlık duyuyorsa devam edilmemelidir (115).
- Rebozo tekniğinin doğum refakatçisi tarafından uygulanmamasına dikkat edilmelidir. Teknik, uygulamaya hakim olan bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanmalıdır (115).

#### **4.3.11. Rebozo tekniğinin kullanılmaması gereken durumlar**

Erken gebelik haftasında, fetal distres, taşisistoli, kanamalı durumlar, ablasio plasenta, kord prolapsusu riski sebebiyle membran rüptürü, plasenta anomalileri, amniyotik mayi anomalileri, maternal hipertansiyon gibi durumlar, gebeliğin erken dönemlerinde yaşanan kanama, kramp veya düşük tehlikesi gibi durumlar söz konusu ise kullanımı uygun değildir (24,25,105).

## 5. MATERİYAL VE METOT

### 5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, primipar gebelere doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı ve doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel tipte yapılmıştır.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul'da özel bir vakıf üniversitesi hastanesinin doğumhane biriminde 1 Temmuz 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Doğumhane, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi ve Bebek Bakım Odası ile hastanenin 3. katında bulunmaktadır. Çalışmanın yapıldığı hastanede 1 tane doğumhane, 1 tane kadın hastalıkları ve doğum servisi, 1 tane bebek bakım odası, 1 tane kadın hastalıkları ve doğum polikliniği, poliklinikte 1 tane NST (Non-stres testi) odası, 1 tane pediatri servisi, 1 tane yenidoğan yoğun bakım ünitesi ve 1 tane çocuk yoğun bakım ünitesi bulunmaktadır. Doğumhane biriminde, 4 travay yatağı, 2 post-op bakım yatağı olmak üzere 6 yatak bulunmaktadır. Travay yatakları "Box 1, Box 2, Box 3, Box 4" ve post-op yatakları "Post-op 1 ve Post-op 2" olarak belirtilmiştir. Travay ve post-op yatakları oda şeklinde bölümlendirilmiş olmaması ve paravanla ayrılması sebebiyle diğer aile üyeleri doğumhane birimine alınmamaktadır. Birimde yan yana konumlandırılmış 2 adet doğum odası ve 1 adet müdahale odası olarak da kullanılan ultrason odası bulunmaktadır. Birime doğumu planlanan gebeler dışında gününbirlik jinekolojik müdahaleler de (probe küretaj, endometrial biyopsi, kolposkopi vs.) kabul edilmektedir. Doğumhane içinde 1 adet ameliyathane bulunmakla beraber pandemi sebebiyle geçici süreliğine hizmete kapatılmıştır.

Birimde profesör, doçent, doktor öğretim üyesi, uzman olmak üzere toplamda 9 doktor ve 9 asistan doktor, 1 sorumlu ebe ve 6 staff ebe, 4 yardımcı sağlık personeli, 1 temizlik personeli hizmet vermektedir. Çalışma saatleri gündüz vardiyasında 07.30-17.30 ve gece vardiyasında 17.30-07.30 olarak düzenlenmiştir.

Doğumhane biriminin gebeler için işleyiş prosedürü şu şekildedir:

- Doğum amaçlı hastaneye başvuran gebeler öncelikle doğumhane biriminde doktor tarafından ultrasonografi ile ve ebe ya da doktor tarafından vajinal muayene ile değerlendirilmektedir.
- Yatış kararı verilen gebeler doğumhanede herhangi bir travay yatağında ebe ve yardımcı sağlık personeli tarafından hazırlanmaktadır.
- Hazırlanan gebeye rutin elektronik fetal monitörizasyon (EFM) izlemi yapılıp damar yolu açılmaktadır. Ardından anamnezi ve yaşamsal bulguları alınmaktadır.
- Vajinal muayene ebe ya da doktor tarafında iki saatte bir yapılmaktadır. Doktor istemine göre rutin olmamakla birlikte lavman ve oksitosin uygulaması yapılmaktadır.
- EFM uygulaması 1-2 saat aralıklarla yapılmakta olup sürekli uygulanmamaktadır.
- Doğum odasına alınan gebenin doğumu doktor ya da ebe tarafından yaptırılmaktadır.
- Bebek bakımı ve doğum sonu ilk karşılama bebek hemşireleri tarafından yapılmaktadır.
- Doğum sonu uterotonik ilaçlar rutin olarak uygulanmaktadır.
- Doğum sonu gebenin varsa epizyotomi ve deşürür onarımı doktor tarafından yapılmaktadır.
- Doğum sonu kanama kontrolü yapılan ve durumu stabil olan lohusa, kadın doğum servisine ebe ve yardımcı sağlık personeli eşliğinde tekerlekli sandalye ile teslim edilir.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

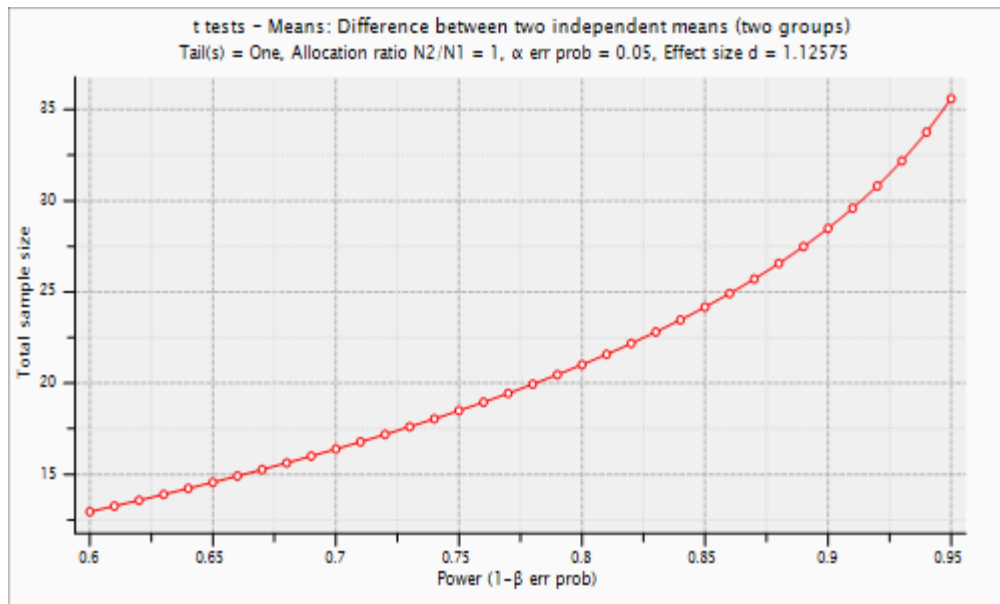
Çalışmanı yapıldığı hastanenin doğumhane birimine 2020-2021 tarihlerinde bir yılda doğum amaçlı toplamda 898 gebe başvurmuştur. Başvuran gebelerden 523'ü sezaryen, 365'i normal vajinal doğum gerçekleştirmiştir. Doğumhane birimine bir yıl içinde doğum amaçlı başvuran primipar gebe sayısının 370 olduğu indikatör

kayıtlarından belirlenmiştir. 142 primipar gebe normal vajinal doğum gerçekleştirmiştir.

Araştırmanın evrenini 1 Temmuz 2021-31 Ocak 2022 tarihleri arasında ilk doğumunu yapmak için kliniğe başvuran tüm gebeler oluşturmuştur.

#### 5.4. Grupların Oluşturulması

Araştırmaya alınacak kişi sayısını belirlemek üzere güç (power) analizi yapılmıştır. Testin gücü, G\*Power 3.1 programı ile hesaplanmıştır. İlgili literatürde benzer bir araştırma olarak Çapar (2019) tarafından yapılan ‘‘Doğum Ağrısının Yönetiminde Sıcak ve Soğuk Akupresür Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Süresine Etkisi’’ isimli yüksek lisans tez çalışmasında VAS farkına ilişkin etki büyüklüğü (Effect size) 1,126 olarak hesaplanmıştır (38). Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %95 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 1,126 etki büyüklüğünde gruplarda 18 kişi olmak üzere 36 gebeye ulaşılması gerekmektedir (df=34; t=1,691). Araştırmada testin gücünün yüksek olması göz önünde bulundurularak gruplarda 30 kişi olmak üzere toplam 60 gebe üzerinde çalışılmıştır.



Şekil 5.1. Güç Analizi Grafiği

Grupların oluşturulmasında randomizasyon yöntemi kullanılmıştır. Randomizasyon, zarf çekme yöntemiyle yapılmıştır (21). Zarfların içine 30 adet rebozo grubu ve 30 adet kontrol grubu yazılıp gelişigüzel şekilde bir kutuya koyulmuştur. Çalışma kriterlerini karşılayan gebelere kutudan bir zarf çektilirilmiş ve çekilen gruba dahil edilmiştir. Veri kaybı durumunda ise en son hangi gruptan gebe ayrıldıysa grup özelliği yazan kağıt tekrar bir zarfa koyularak kutuya atılmıştır. Eş zamanlı olarak rebozo ve kontrol grubundan vaka alınması durumunda gebelerin birbirinden etkilenmemesi için ayrı odalarda takibinin sağlanmasına özen gösterilmiştir.

### **5.5. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri**

- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak,
- Türkçe biliyor olmak,
- Okur-yazar olmak,
- 18-35 yaş aralığında olmak,
- Sözel iletişim becerisine sahip olmak,
- Primipar gebe olmak,
- Tekil fetüs ve baş prezentasyonu olması,
- Miadında gebelik olması (37-42 hafta),
- Risksiz gebelik olması (vajinal kanama, hipertansiyon olmaması vs.),
- Doğumun 1.evresinin aktif fazında (4 cm) olmak.

### **5.6. Araştırmadan Dışlama Kriterleri**

- Oksitosin infüzyonu uygulaması olması,
- Plasenta prezentasyon anomalisi olması,
- Gebede omurga ve kemik yapı problemleri olması.

## 5.7. Araştırmaya Dahil Edilen Vakaların Sonlandırılma Kriterleri

- Katılımcının kendi isteğiyle araştırmadan ayrılmak istemesi,
- Doğum eylemi sürecinde ağrıyı azaltmak için herhangi bir analjezik ilaç uygulanmış olması,
- Doğumun sezaryen operasyonu ile sonuçlanmış olması,
- Fetal distress belirtileri görülmesi,
- Katılımcının uygulanan rebozo tekniğine hassasiyet göstermiş olması.

## 5.8. Araştırmanın Hipotezleri

**H<sub>0</sub>:** Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisi yoktur.

**H<sub>1</sub>:** Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği doğum ağrısı algısını azaltır.

**H<sub>2</sub>:** Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği doğum süresini kısaltır.

## 5.9. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “**Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)**”, “**Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu (EK-2)**”, “**Partograf Formu (EK-3)**” ve doğum eylemi sırasında algılanan ağrıyı değerlendirmek için “**Visual Analog Skala (VAS) (EK-4)**” ile toplanmıştır.

### 5.9.1. Gebeler için tanıtıcı bilgi formu

Gebeler için tanıtıcı bilgi formu, gebenin sosyo-demografik özellikleri ve gebenin obstetrik özelliklerini içeren iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik özelliklere ait 8 soru, ikinci bölümde ise obstetrik özelliklere ait 17 soru bulunmaktadır. Form, toplam 25 sorudan (evet-hayır, açık uçlu ve çoktan seçmeli türden) oluşmaktadır.

### 5.9.2. Doğum eylemine ilişkin izlem formu

Bu form araştırmacı tarafından çalışmanın izlemini ve takibini yapmak amacıyla oluşturulmuş olup toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

### 5.9.3. Partograf formu

Partograf formu, doğum eyleminin ilerlemesini grafik kağıdına saatler belirtilerek kaydetmek için kullanılmaktadır (116). İlk partograf izlemi 1955 yılında Freidmann tarafından latent ve aktif fazın izlemi için tanımlanmıştır (56). Doğum eyleminin aktif fazından (4 cm) itibaren kullanılmaktadır. Partografıta u parametre izlenmektedir: Doğum eyleminin ilerleyişi, fetal sağlık durumu ve maternal sağlık durumu (116).

Doğum eyleminin ilerleyişi için servikal dilatasyon ve fetal baş seviyesi partograf uzerinden takip edilmektedir. Servikal dilatasyon uzerinde ‘‘uyarı’’ ve ‘‘mudahale’’ olmak uzeri iki çizgi bulunmaktadır. Bu çizgiler doğumun ilerleyişi için belirleyici rol oynamaktadır. DSÖ, fetomaternal morbidite ve mortaliteyi azaltması sebebiyle partograf kullanımının her gebede rutin olarak uygulanmasını önermektedir (99).

### 5.9.4. Visual analog skalası (VAS)

VAS, ağrının derecesinin belirlenmesinde en yaygın kullanılan ve hızlı sonuç veren ölme araçlarından biridir (43). VAS, bir ucunda ‘ağrı yok’ diğer ucunda ‘dayanılmaz ağrı’ yazan 100 mm (10 cm) uzunluğunda bir cetveldir. Birey, ağrısının şiddetini cetvel uzerinde işaretleme yaparak belirler. Lineer özelliklere sahip bir ölçek olduğu için her artış arasındaki fark eşittir (68). Ölçeğin dikey olarak kullanımının hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirtildiği için bu çalışmada da dikey olarak kullanılmıştır (117). 0=Ağrı yok, 0.5-3 cm=Hafif ağrı, 3.5-6.5=Orta ağrı, 7-10 cm=şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır (38,43). ‘‘Ağrı yok’’ başlangıcı ile hastanın işaretlediği yer arası ölçülerek veriler toplanır (117). Her ağrı değerlendirmesinde

hastanın bir önceki puanından etkilenmemesi için yeni bir ölçek kullanılmıştır. Bu çalışmada, rebozo ve kontrol grubunda dört defa VAS değerlendirmesi yapılmıştır.

### **5.10. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yürütülmesine karar verilmesinin ardından İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 17/06/2021 tarihli E-10840098-772.02-2907 sayılı, 672 karar nolu onay alınmıştır.

Etik kurul kararı sonrası araştırmanın yapılacağı Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden E-97706721-108.01-21767 sayılı kurum izni alınmıştır (**EK-6**).

Çalışmanın yürütüleceği birimde anabilim dalı başkanı başta olmak üzere doktorlara ve sorumlu ebe başta olmak üzere ebelere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir.

Etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra araştırmanın yapılacağı birimde, gönüllü katılım sağlayan 5 gebe ile ön uygulama yapılmıştır ve Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu maddelerinin anlaşılabilirliği yönünden inceleme yapılmıştır. Formda doğum ağrısı ve süresi üzerinde etkisi olmadığı düşünülen iki soru (eşin mesleği ve eşin eğitim durumu) çıkarılmıştır. Gebelerden iki tanesinin oksiput posterior doğum yapması ve araştırmacı tarafından doğum eyleminin uzadığının gözlemlenmesi sebebiyle Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu'na "fetal baş pozisyonu" maddesi eklenmiştir. Ön uygulama yapılan gebeler araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **5.11. Uygulamada Kullanılan Materyal**

Uygulamada, uygulayıcı tarafından temin edilmiş; 270 cm uzunluğunda, 70 cm genişliğinde, %100 pamuklu ve esneyebilen kahverengi bir kumaş kullanılmıştır.





**Resim 5.1.** Uygulamada Kullanılan Materyal

## **5.12. Veri Toplama Aşamaları**

Araştırmacı tarafından çalışmaya resmi olarak başlandığında, araştırmaya katılmaya uygun olan ve kabul eden gebelerden rebozo grubu (**EK-7**) ve kontrol grubuna (**EK-8**) dahil edilmek üzere yazılı onam alınmıştır.

### **5.12.1. Uygulama ve ebelik girişimi**

#### **5.12.1.1. Rebozo grubu uygulama ve ebelik girişimi**

Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve randomizasyon yöntemiyle rebozo grubuna dahil olan gebelere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu alınmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış ‘‘Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu’’ gebe tarafından doldurulmuştur.

Gebenin hastaneye kabulünde servikal bulguları, yaşamsal bulguları ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>0</sub>).

Dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde rebozo tekniği uygulamasına başlamadan önce VAS I değerlendirmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin

belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>1</sub>).

VAS I, servikal bulgular, maternal yaşamsal bulgular, fetal kalp hızı ve kontraksiyon değerlendirmesi ardından gebeye oturur pozisyonda araştırmacı tarafından 5 dk boyunca rebozo tekniği uygulanmıştır.

Teknik uygulandıktan 30 dk sonra VAS II değerlendirmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>2</sub>).

Dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildiğinde rebozo tekniği uygulamadan önce servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi, değerlendirme ardından gebeye 5 dk süreyle el-diz pozisyonunda rebozo tekniği uygulaması araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>3</sub>).

Teknik uygulandıktan 30 dk sonra VAS III değerlendirmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>4</sub>).

Doğumun 1.evresinin geçiş fazında (dilatasyon 9-10 cm) rebozo tekniği uygulamadan önce servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi, değerlendirme ardından gebeye 5 dk süreyle diz-göğüs pozisyonunda “elma ağacı silkeleme” rebozo tekniği uygulaması araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>5</sub>).

Teknik uygulandıktan 30 dk sonra VAS IV değerlendirmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>6</sub>).

Gebeye, EFM izlemi yapılmadığı durumda yürürken rebozo ile göbek desteği sağlanmıştır.

Doğumun ikinci evresinde rebozo yatak başlıklarına asılarak gebenin çömelme pozisyonunda ıkınması sağlanmıştır.

Doğumun 2.evresinde uygulama sırasında gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi yapılmıştır (T7).

Doğumun 1. ve 2. evresinin yönetiminde araştırmacı tarafından ‘‘Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu’’ ve doğumun ilerlemesi ve fetüsün sağlık durumunun takip edildiği ‘‘Partograf Formu’’ doldurulmuştur.

#### **5.12.1.1.1. Rebozo tekniği uygulaması**

**Rebozo dengeleme:** Tekniğin her bir hareketinden önce rebozonun iki ucu dengeyi korumak için eşitlenmiştir.



**Resim 5.2.** Rebozo Dengeleme

***Oturur pozisyonda uygulanan rebozo tekniği:*** Dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde araştırmacı tarafından uygulanan bu teknikte, gebenin yatakta oturma pozisyonuna gelmesi sağlanarak kalçasını ve belini kavrayacak şekilde rebozo şalı geğirilmiş ve araştırmacı tarafından 5 dk boyunca eleme ve sallama hareketleri uygulanmıştır.



**Resim 5.3.** Oturur Pozisyonda Uygulanan Rebozo Tekniği

***El-diz pozisyonunda uygulanan rebozo tekniği:*** Dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildiğinde araştırmacı tarafından uygulanan bu teknikte, yer çekiminin etkisinden faydalanmak ve olası fetal baş pozisyon anomalilerini düzeltmek amacıyla gebenin yatakta el-diz pozisyonuna gelmesi sağlanmıştır. Gebenin göbeğinin altından göbeğini genişçe kavrayacak şekilde rebozo şalı geğirilmiş ve araştırmacı tarafından

öncelikle 1-2 cm yukarı traksiyon uygulanarak ardından hafifçe ritmik eleme ve sallama hareketleri 5 dk boyunca yapılmıştır.



**Resim 5.4.** El-Diz Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği

***Diz-göğüs pozisyonunda uygulanan (elma ağacı silkeleme) rebozo tekniği:***  
Dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğinde araştırmacı tarafından uygulanan bu teknikte, gebenin yatakta diz-göğüs pozisyonuna gelmesi ve pelvik çıkımını rahatlatması sağlanmıştır. Rebozo şalı, gebenin kalçasının etrafından dengeli bir şekilde geçirilmiş ve elma ağacı silkelere gibi hızlı titreşim hareketleri 5 dk boyunca uygulanmıştır. Araştırmacının kalçasının arkasında durmasını istemeyen gebeler için, araştırmacının gebenin önünde duracak şekilde uygulandığı durumlar da kullanılmıştır.



**Resim 5.5.** Diz-Göğüs Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği-1



**Resim 5.6.** Diz-Göğüs Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği-2

**Çömelme pozisyonunda uygulanan rebozo tekniği:** Dilatasyon 10 cm olduktan sonra doğum eyleminin ikinci evresinde uygulanan bu teknikte, rebozo şalı yatağın kenar korumalarına asılmış ve gebenin çömelme pozisyonunda ikınırken şal uçlarından destek alarak kendine doğru çekmesi istenmiştir. Bu aşamada süre belirlenmemiş olup doğuma kadar uygulanmıştır.



**Resim 5.7.** Çömelme Pozisyonunda Uygulanan Rebozo Tekniği

**Rebozo ile göbek desteği sağlama:** Bu aşamada gebeye yürüdüğü her vakitte rebozo şalı göbeğine genişçe sarılmış ve sırtının arkasından dolandırılarak omuzlarında sabitlenmiştir. Gebenin doğum eyleminde uterus ağırlığını eşit bir biçimde omuzlarına ve sırtına dağıtması sağlanmıştır.



**Resim 5.8.** Rebozo İle Göbek Desteği

#### ***5.12.1.2.Kontrol grubu uygulama ve ebelik girişimi***

Bu gruptaki gebelere rebozo tekniği dışında doğumhane biriminin rutin ebelik hizmeti verilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve randomizasyon yontemiyle kontrol grubuna dahil olan gebelere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiş ve yazılı bilgilendirilmiş gonnllu olur formu alınmiştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanmiş ‘‘Gebeler İçin Tanıtıcı Bilgi Formu’’ gebe tarafından doldurulmuştur.

Gebenin hastaneye kabulünde servikal bulguları, yaşamsal bulguları ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>0</sub>).

Dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde VAS I değerlendirmesi yapılması, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, suresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>1</sub>).



Birinci değerlendirmeden 30 dk sonra VAS II değerlendirmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>2</sub>).

Dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildiğinde servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>3</sub>).

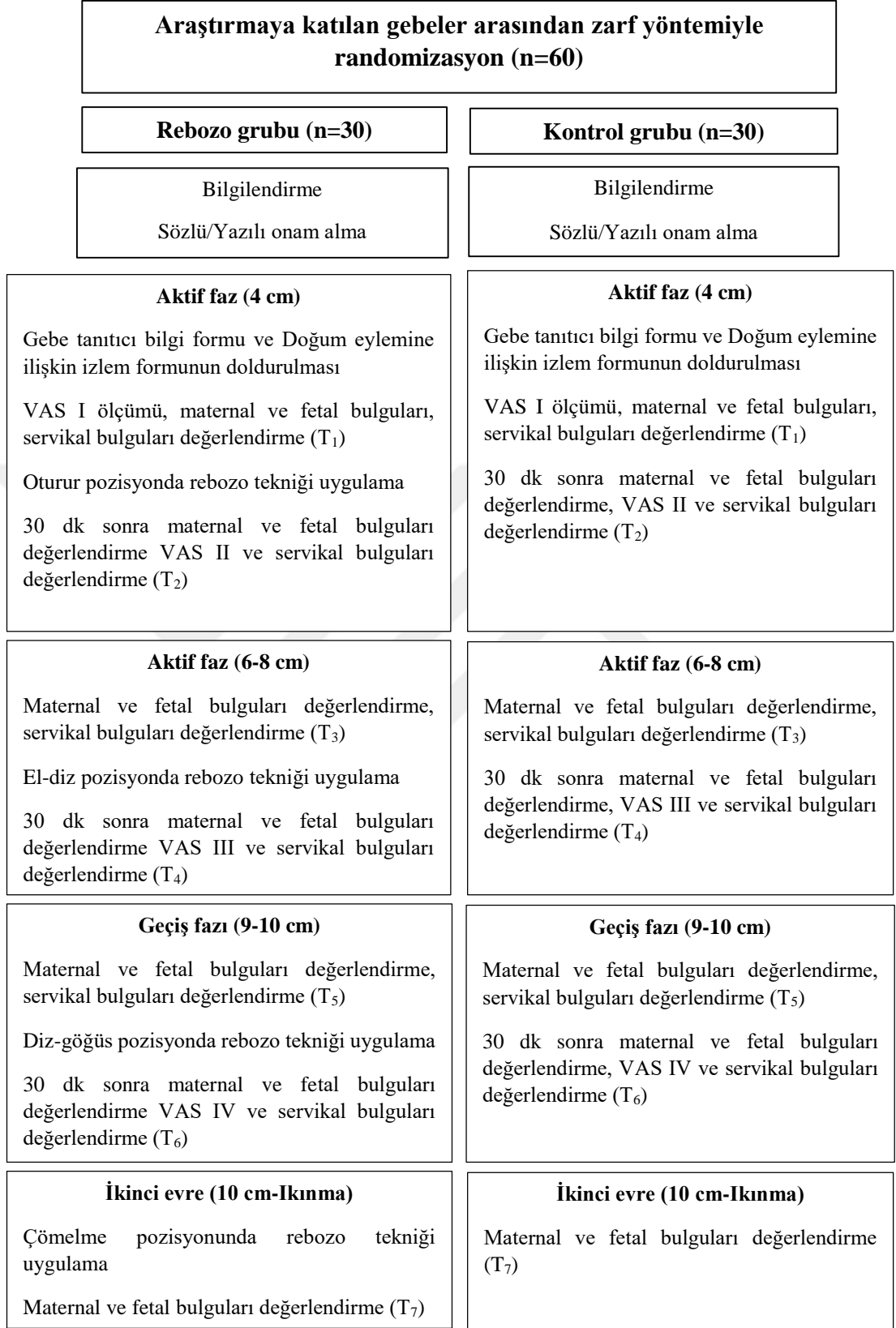
İkinci değerlendirmeden 30 dk sonra VAS III değerlendirilmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>4</sub>).

Dilatasyon 9-10 cm olduğunda servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>5</sub>).

Üçüncü değerlendirmeden 30 dk sonra VAS IV değerlendirilmesi, servikal efasman ve fetal baş seviyesinin belirlenmesi, gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>6</sub>).

Doğumun 2.evresinde gebenin yaşamsal bulgularının ve fetal kalp hızının değerlendirilmesi, kontraksiyon sıklığı, süresi ve şiddetinin değerlendirilmesi araştırmacı tarafından yapılmıştır (T<sub>7</sub>).

Doğumun 1. ve 2. evresinin yönetiminde araştırmacı tarafından ‘‘Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu’’ ve doğumun ilerlemesi ve fetüsün sağlık durumunun takip edildiği ‘‘Partograf Formu’’ araştırmacı tarafından doldurulmuştur.



**Şekil 5.2. Araştırmanın Akış Şeması**

### 5.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler istatistik uzmanı tarafından SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir. İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5, +2.0 ile -2.0 arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir (118,119). Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır ( $p>0,05$ ). Verilerin analizinde parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında bağımsız gruplar t-testi testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda kategorik değişkenlerin oranları arasındaki farklar Ki-Kare ve Fisher exact testleri ile analiz edilmiştir. Gruplar içerisinde ikiden fazla tekrarlı ölçüm arasındaki farklılıkları belirlemek üzere tekrarlı ölçümler Anova testi ve Tamamlayıcı Bonferroni testi kullanılmıştır. Gruplar içerisinde iki tekrar ölçümler arasındaki fark Bağımlı Gruplar t-testi ile analiz edilmiştir.

### 5.14. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı değişkenler:** Gebelerin VAS puan ortalaması, doğum süresi, gebenin yaşamsal bulguları, fetal kalp atım hızı, kontraksiyon özellikleri, servikal değişim ve fetal baş seviyesi bulguları, yenidoğan Apgar skoru araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

**Bağımsız değişkenler:** Doğum eylemi evrelerinde uygulanan rebozo tekniği araştırmanın bağımsız değişkenini oluşturmaktadır.

**Kontrol değişkenleri:** Gebenin sosyo-demografik özellikleri (yaş, boy, kilo, eğitim durumu, çalışma durumu, yaşanan yer ve bölge, aile tipi), obstetrik özellikleri (kendinin ve eşinin gebelik istemi, gebelik sayısı, düşük ve küretaj durumu, gebelikte kontrole gitme, gebelik öncesi bilgi alma, gebe hazırlık sınıfına katılma, gebelik öncesi

adet ağrısı yaşama, gebelikte ağrı yaşama durumu) ve yenidoğanın fiziksel özellikleri araştırmanın kontrol değişkenlerini oluşturmaktadır.

### **5.15. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın özel bir kurumda yapılmış olması ve pandemi sürecinde doğumhaneye başvuran gebe sayısının azalmasına bağlı olarak veri toplama kapasitesinin azalmış olması, araştırma sonuçlarının yalnızca bu araştırmaya katılan gebelere genellenebilmesi, araştırmanın doğum eyleminin aktif fazında başlanmasından dolayı tüm eyleme genellenememesi araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

### **5.16. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler**

Araştırma sırasında doğumhane birimine başvuran gebelerin çoğunlukla multipar olması, hastanenin üçüncü basamak tam teşekküllü bir hastane olması sebebiyle riskli gebeliklerin kabul edilmiş olması, gebelerin daha önce rebozo tekniğini duymamaları sebebiyle araştırmaya katılma konusunda kararsızlık yaşamış olmaları, araştırmacının her gebe için mesai içi-mesai dışı hastaneye gelmek durumunda olması araştırma sırasında zorluk teşkil eden durumlar olmuştur.

## **6. BULGULAR**

Doğum eyleminin birinci evresi (aktif faz ve geçiş fazında) ve ikinci evresinde uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisini gözlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları bu bölümde başlıklar haline sunulmuştur;

**6.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular

**6.2.** Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular

**6.3.** Katılımcıların doğum sürecine ilişkin bulgular

**6.4.** Katılımcıların ve fetüslerinin yaşam bulgularına ilişkin bulgular

**6.5.** Katılımcıların ağrı algılama durumlarına ilişkin bulgular

**6.6.** Rebozo tekniği etkilerine ilişkin bulgular

**6.7.** Yenidoğan sonuçlarına ilişkin bulgular

## 6.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.1.1.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Rebozo		Kontrol		t	p <sup>a</sup>		
	Ort ±Ss		Ort±Ss					
Yaş (yıl)	26,33 ±3,54		27,57±4,41		-1,193	0,238		
Boy (cm)	163,60 ±6,86		162,57±4,36		0,695	0,490		
Kilo (kg)	75,05 ±11,96		74,95±10,85		0,034	0,973		
BKI (kg/m <sup>2</sup> )	28,11 ±4,68		28,37±4,02		-0,230	0,819		
<sup>a</sup> Bağımsız Gruplar T-Testi								
		Rebozo		Kontrol		Toplam		p <sup>b</sup>
		n	%	n	%	n	%	
Yaş	20-25	11	36,7	12	40	23	38,3	X <sup>2</sup> =5,003 p=0,082
	26-30	16	53,3	9	30	25	41,7	
	31-35	3	10	9	30	12	20	
BKI	Normal Kilolu	6	20	6	20	12	20	X <sup>2</sup> =0,123 p=0,989
	Fazla Kilolu	15	50	16	53,3	31	51,7	
	I.Derece Obez	6	20	5	16,7	11	18,3	
	II.Derece Obez	3	10	3	10	6	10	
Eğitim Durumu	Okuryazar	0	0	2	6,7	2	3,3	X <sup>2</sup> =5,663 p=0,226
	İlkokul Mezunu	0	0	3	10	3	5	
	Ortaokul Mezunu	3	10	2	6,7	5	8,3	
	Lise Mezunu	12	40	9	0	21	35	
	Üniversite ve Üzeri	15	50	14	46,7	29	48,3	
Çalışma Durumu	Ev Hanımı	17	56,7	21	70	38	63,3	X <sup>2</sup> =1,498 p=0,473
	İşçi	7	23,3	6	20	13	21,7	
	Memur	6	20,0	3	10	9	15	

En Uzun Yaşanan Yer	İl	25	83,3	23	76,7	48	80	X <sup>2</sup> =1,417 p=0,702
	İlçe	1	3,3	2	6,7	3	5	
	Kasaba	2	6,7	1	3,3	3	5	
	Köy	2	6,7	4	13,3	6	10	
En Uzun Yaşanan Bölge	Marmara	23	76,7	23	76,7	46	76,7	X <sup>2</sup> =4,000 p=0,677
	Ege	1	3,3	0	0	1	1,7	
	Akdeniz	1	3,3	0	0	1	1,7	
	Karadeniz	1	3,3	1	3,3	2	3,3	
	İç Anadolu	1	3,3	2	6,7	3	5	
	Doğu Anadolu	2	6,7	4	13,3	6	10	
	Güneydoğu Anadolu	1	3,3	0	0	1	1,7	
Aile Tipi	Çekirdek	28	93,3	28	93,3	56	93,3	X <sup>2</sup> =0,000 p=0,694
	Geniş	2	6,7	2	6,7	4	6,7	

<sup>b</sup>Ki-Kare Analizi

Tablo 6.1.1’de çalışma kapsamına alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin benzer olduğu görülmektedir ( $p>0.05$ ).

Çalışmaya alınan 30 rebozo ve 30 kontrol grubuna dahil olan gebelerin yaş ortalamaları sırasıyla 26,33 ve 27,57 yıl olarak hesaplanmıştır. Yaş bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=5,003$ ;  $p=0,082>0.05$ ). Rebozo grubundaki katılımcıların %53,3 oranla en fazla 26-30 yaş aralığında, kontrol grubundaki katılımcıların %40 oranla en fazla 20-25 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Gebelerin boy ortalamaları rebozo ve kontrol grubunda sırasıyla 163,60 ve 162,57 cm, kilo ortalamaları 75,05 ve 74,95 kg, BKİ ortalamaları 28,11 ve 28,37 kg/m<sup>2</sup> olarak hesaplanmış olup iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $p=0,490>0.05$ ;  $p=0,973>0.05$ ;  $p=0,819>0.05$ ). Her iki grupta da BKİ ortalaması fazla

kilolu olan kadınların oranlarının en fazla olduğu görülmektedir (Rebozo: %50, Kontrol: %53,3).

Eğitim durumu ve çalışma durumu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=5,663$ ;  $p=0,226>0.05$ ;  $X^2=1,498$ ;  $p=0,473>0.05$ ). Her iki grupta da eğitim durumu üniversite ve üzeri olan ve çalışma durumu ev hanımı olan kadınların oranlarının en fazla olduğu görülmektedir (sırasıyla Rebozo: %50, Kontrol: %46,7; Rebozo: %56,7, Kontrol: %70).

En uzun süre yaşanan bölge ve yer durumu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=4,000$ ;  $p=0,677>0.05$ ;  $X^2=1,417$ ;  $p=0,702>0.0$ ). Her iki grupta da katılımcıların en fazla toplam oranla Marmara Bölgesi'nde bir ilde yaşadıkları görülmektedir (sırasıyla %76,7; %80).

Aile tipi bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=0,000$ ;  $p=0,694>0.05$ ). Her iki grupta da aile tipi çekirdek aile olan kadın oranlarının eşit ve en fazla olduğu görülmektedir (%93,3).



## 6.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.2.1.** Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	Rebozo		Kontrol		t	Toplam		p <sup>a</sup>	
	Ort±Ss	Ort±Ss	n	%		n	%		
Gebelik Haftası	38,90±1,21	38,90±1,26			0,000			1,000	
			Rebozo		Kontrol		Toplam		p <sup>b</sup>
			n	%	n	%	n	%	
İsteyerek Gebe Kalma	Evet	30	100	28	93,3	58	96,7	X <sup>2</sup> =2,069 p=0,246	
	Hayır	0	0	2	6,7	2	3,3		
Eşin Gebeliği İsteme Durumu	Evet	30	100	29	96,7	59	98,3	X <sup>2</sup> =1,017 p=0,500	
	Hayır	0	0	1	3,3	1	1,7		
Gebelik Sayısı	1	30	100	26	86,7	56	93,3	X <sup>2</sup> =4,286 p=0,117	
	2	0	0	3	10	3	5		
	4	0	0	1	3,3	1	1,7		
Düşük Sayısı	0	30	100	26	86,7	56	93,3	X <sup>2</sup> =4,286 p=0,117	
	1	0	0	3	10	3	5		
	2	0	0	1	3,3	1	1,7		
Küretaj Sayısı	0	30	100	29	96,7	59	98,3	X <sup>2</sup> =1,017 p=0,500	
	1	0	0	1	3,3	1	1,7		

<sup>a</sup>Bağımsız Gruplar T-Testi; <sup>b</sup>Ki-Kare Analizi

Tablo 6.2.1’de çalışma kapsamına alınan gebelerin obstetrik özelliklerinin karşılaştırması verilmiştir. Gebelerin gebelik haftası ortalamaları her iki grupta da 38,90 olup gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p=1,000>0,05$ ).

Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin isteyerek gebe kalma ve eşin gebeliği isteme durumu ile gruplar arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=2,069$ ;  $p=0,246>0,05$ ;  $X^2=1,017$ ;  $p=0,500>0,05$ ). Rebozo grubundaki gebelerin ve eşlerinin tamamının gebeliği istediği, kontrol grubunda ise isteyerek gebe kalma oranının %93,3, eşin gebeliği isteme oranının %96,7 olduğu görülmektedir.

Gebelik sayısı, düşük sayısı ve küretaj sayısı ile gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=4,286$ ;  $p=0,117>0,05$ ;  $X^2=4,286$ ;  $p=0,117>0,05$ ;  $X^2=1,017$ ;  $p=0,500>0,05$ ). İki grup arasındaki doğurganlık özelliklerinin benzer olduğu ve rebozo grubunun tamamının, kontrol grubunun ise %86,7’sinin ilk gebeliği olduğu saptanmıştır.

**Tablo 6.2.2.** Katılımcıların Antenatal Kontrole Gitme ve Bilgi Alma Durumlarının Karşılaştırılması

		Rebozo		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Kontrole Gitme Sayısı	5-10 kez	17	56,7	18	60	35	58,3	$X^2=0,069$ $p=0,500$
	11-20 kez	13	43,3	12	40	25	41,7	
Gebelikte Bilgi Alma Durumu*	Evet	9	30	11	36,7	20	33,3	$X^2=0,300$ $p=0,392$
	Hayır	21	70	19	63,3	40	66,7	
Ebe	Evet	1	11,1	7	63,6	8	40	$X^2=5,690$ $p=0,025$
	Hayır	8	88,9	4	36,4	12	60	
Hemşire	Evet	0	0	1	9,1	1	5	$X^2=0,861$ $p=0,550$
	Hayır	9	100	10	90,9	19	95	

Doktor	Evet	2	22,2	2	18,2	4	20	$X^2=0,051$ $p=0,625$
	Hayır	7	77,8	9	81,8	16	80	
Arkadaş ve Tanıdık Kişiler	Evet	2	22,2	2	18,2	4	20	$X^2=0,051$ $p=0,625$
	Hayır	7	77,8	9	81,8	16	80	
İnternet	Evet	3	33,3	4	36,4	7	35	$X^2=0,020$ $p=0,630$
	Hayır	6	66,7	7	63,6	13	65	
Kitaplar	Evet	1	11,1	0	0	1	5	$X^2=1,287$ $p=0,450$
	Hayır	8	88,9	11	100	19	95	
Gebe Hazırlık Sınıfına Katılma Durumu	Evet	0	0	2	6,7	2	3,3	$X^2=2,069$ $p=0,246$
	Hayır	30	100	28	93,3	58	96,7	

Ki-Kare Analizi, \*Gebelikte bilgi alma durumunda çoklu işaretleme yapılmıştır.

Gebelerin antenatal kontrole gitme oranları her iki grupta da benzer olup gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=0,069$ ;  $p=0,500>0.05$ ). Her iki grupta da katılımcıların en fazla oranla 5-10 kez antenatal kontrole gittiği görülmektedir (Rebozo: %56,7, Kontrol: %60).

Antenatal dönemde doğum yönetimi ve doğum ağrısı hakkında bilgi alma durumu oranları her iki grupta da benzer olup gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ( $X^2=0,300$ ;  $p=0,392>0.05$ ). Rebozo grubundaki katılımcıların %30'unun ve kontrol grubundaki katılımcıların ise %36,7'sinin antenatal dönemde bilgi aldığı; bilgi edinme kaynağının rebozo grubunda en yüksek oranla (%33,3) internet, en düşük ve eşit oranla (%11,1) ebe ve kitaplar; kontrol grubunda en yüksek oranla ebe (%63,6) ve en düşük oranla (%9,1) hemşire olduğu saptanmıştır.

Gebe hazırlık sınıfına katılma durumu bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=2,069$ ;  $p=0,246>0.05$ ). Rebozo grubunun tamamının gebe hazırlık sınıfına katılmadığı, kontrol grubundaki katılımcıların ise %93,3'ünün katılmadığı saptanmıştır.

**Tablo 6.2.3.** Katılımcıların Prekonsepsiyonel ve Antenatal Dönemde Ağrı Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması

		Rebozo		Kontrol		Toplam		p
		n	%	n	%	n	%	
Gebelik Öncesi Adet Ağrısı Yaşama Durumu	Ağrısız	3	10	4	13,3	7	11,7	X <sup>2</sup> =6,588 p=0,159
	Hafif	7	23,3	15	50	22	36,7	
	Orta	11	36,7	5	16,7	16	26,7	
	Şiddetli	9	30	6	20	15	25	
Gebeliğin Son 3 Ayında Ağrı Yaşama Durumu*	Evet	14	46,7	11	36,7	25	41,7	X <sup>2</sup> =0,617 p=0,300
	Hayır	16	53,3	19	63,3	35	58,3	
Bel	Evet	8	57,1	3	27,3	11	44	X <sup>2</sup> =2,231 p=0,138
	Hayır	6	42,9	8	72,7	14	56	
Sırt	Evet	2	14,3	2	18,2	4	16	X <sup>2</sup> =0,070 p=0,604
	Hayır	12	85,7	9	81,8	21	84	
Karın	Evet	2	14,3	4	36,4	6	24	X <sup>2</sup> =1,646 p=0,209
	Hayır	12	85,7	7	63,6	19	76	
Bacak	Evet	0	0	2	18,2	2	8	X <sup>2</sup> =2,767 p=0,183
	Hayır	14	100	9	81,8	23	92	
Kasık	Evet	5	35,7	4	36,4	9	36	X <sup>2</sup> =0,001 p=0,648
	Hayır	9	64,3	7	63,6	16	64	
İlaç Kullanımı Olmadan Ağrı Kesme Yöntemi Kullanma	Evet	6	20	3	10	9	15	X <sup>2</sup> =1,176 p=0,236
	Hayır	24	80	27	90	51	85	
Ağrılı Bölgeyi Sıkma	Evet	2	6,7	1	3,3	3	5	X <sup>2</sup> =0,351 p=0,500
	Hayır	28	93,3	29	96,7	57	95	

Ki-Kare Analizi, \*Gebeliğin son üç ayında ağrı yaşama durumunda çoklu işaretleme yapılmıştır.

Gebelik öncesi adet ağrısı yaşama durumu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=6,588$ ;  $p=0,159>0.05$ ). Rebozo grubunun en yüksek oranla (%36,7) orta şiddette, kontrol grubunun en yüksek oranla (%50) hafif şiddette gebelik öncesi adet ağrısı yaşadığı saptanmıştır.

Gebeliğin son üç ayında ağrı yaşama durumu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2=0,617$ ;  $p=0,300>0.05$ ). Rebozo grubundaki katılımcıların %46,7'sinin ve kontrol grubundaki katılımcıların %36,7'sinin son üç ayda ağrı yaşadığı; yaşanan ağrı bölgesinin rebozo grubunda en yüksek oranla (%57,1) bel, kontrol grubunda en yüksek ve eşit oranla (%36,4) karın ve kasık bölgesi olduğu saptanmıştır. Yaşanılan bel, sırt, karın, bacak, kasık ağrı bölgeleri bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=2,231$ ;  $p=0,138>0.05$ ;  $X^2=0,070$ ;  $p=0,604>0.05$ ;  $X^2=1,646$ ;  $p=0,209>0.05$ ;  $X^2=2,767$ ;  $p=0,183>0.05$ ;  $X^2=0,001$ ;  $p=0,648>0.05$ ).

Ağrı yaşama durumunda ilaç kullanımı olmadan ağrı kesme yöntemi kullanma ve ağrılı bölgeyi sarma ve sıkma durumu bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (sırasıyla  $X^2=1,176$ ;  $p=0,236>0.05$ ;  $X^2=0,351$ ;  $p=0,500>0.05$ ). Rebozo grubundaki katılımcıların %20'sinin ( $n=6$ ), kontrol grubundaki katılımcıların %10'unun ( $n=3$ ) ağrı kesme yöntemi kullandığı; rebozo grubundaki katılımcılardan yöntem olarak 2 gebenin sıcak su, 2 gebenin masaj, 1 gebenin soğuk/ılık su, 1 gebenin uyku/limonlu su, kontrol grubundaki katılımcılardan 1 gebenin sıcak su, 1 gebenin ılık su kullandığı ve 1 gebenin de yöntem belirtmediği saptanmıştır.

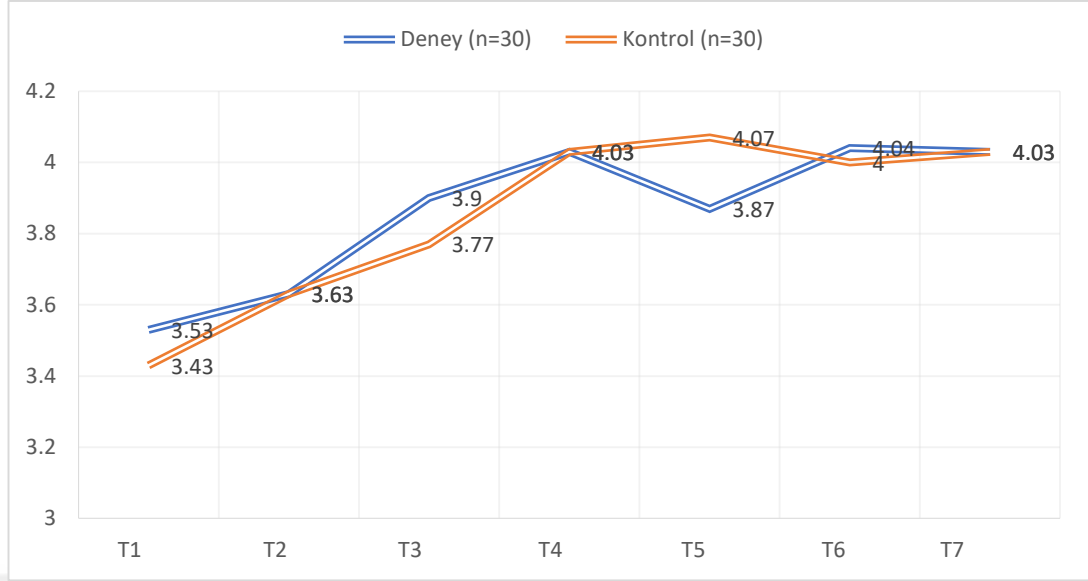
### 6.3. Katılımcıların Doğum Sürecine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.3.1.** Katılımcıların Kontraksiyon Sıklığı Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30)	Kontrol (n=30)	t	p
	Ort±Ss (KS/10 dk)	Ort±Ss (KS/10 dk)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	3,53±0,68	3,43±0,97	0,462	0,646
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	3,63±0,61	3,63±0,66	0,000	1,000
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	3,90±0,40	3,77±0,62	0,981	0,331
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	4,03±0,32	4,03±0,49	0,000	1,000
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	3,87±0,50	4,07±0,45	-1,616	0,112
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	4,04±0,20	4,00±0,28	0,581	0,564
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>7</sup>	4,03±0,32	4,03±0,32	0,000	1,000
<b>F</b>	7,702	13,625		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1<2,3,4,5,6,7	1,2,3<4,5,6,7		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

KS/10 dk: Kontraksiyon sıklığı/10 dk



**Şekil 6.3.1.** Kontraksiyon Sıklığı Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.1 ve Şekil 6.3.1 incelendiğinde gebelerin herhangi bir zamanda kontraksiyon sıklığı ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Rebozo grubu kendi içinde incelendiğinde  $T_1$  zamanındaki kontraksiyon sıklığı ölçümüne göre  $T_2$ ,  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $T_5$ ,  $T_6$  ve  $T_7$  zamanlarındaki kontraksiyon sıklığı ölçümündeki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

Kontrol grubu kendi içinde incelendiğinde  $T_1$ ,  $T_2$ ,  $T_3$  kontraksiyon sıklığı ölçümlerine göre  $T_4$ ,  $T_5$ ,  $T_6$  ve  $T_7$  zamanlarındaki kontraksiyon sıklığı ölçümündeki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubunda kontraksiyon sayısı zamanla artış göstermiştir ve servikal dilatasyon ölçümü 6-8 cm olarak değerlendirildikten 30 dk sonraki ölçümden itibaren ( $T_4$ .) düzenli doğum kontraksiyonları oluşmuştur (4 adet/10 dk).

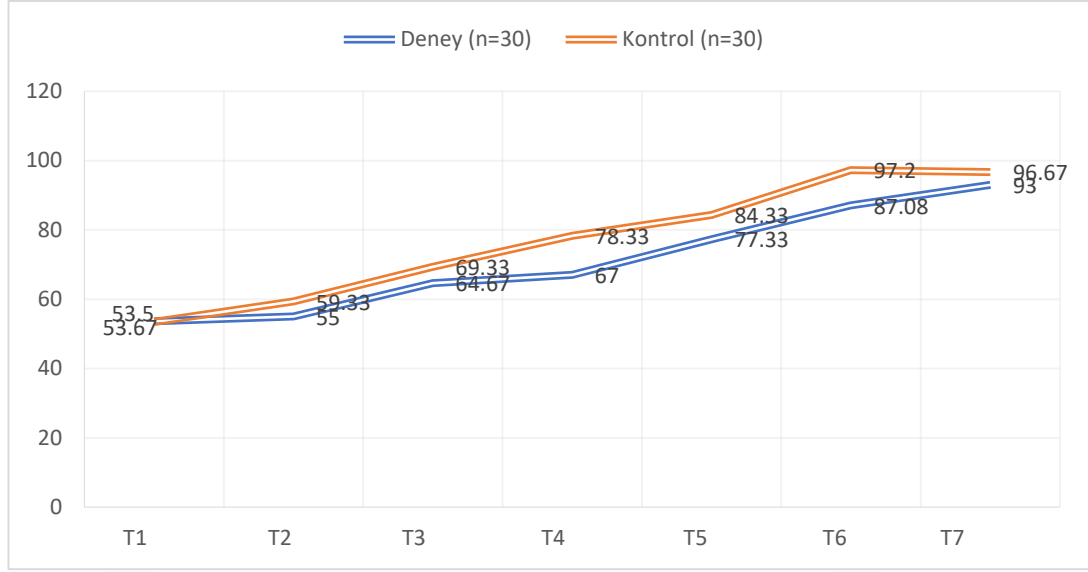
**Tablo 6.3.2.** Katılımcıların Kontraksiyon Şiddeti Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (KŞ:mmHg)	Ort±Ss (KŞ:mmHg)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	53,67±10,98	53,50±16,56	0,046	0,964
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	55,00±9,73	59,33±11,72	-1,557	0,125
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	64,67±11,66	69,33±13,37	-1,440	0,155
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	67,00±12,90	78,33±12,88	-3,404	<b>0,001</b>
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	77,33±12,29	84,33±14,06	-2,052	<b>0,045</b>
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	87,08±12,32	97,20±7,37	-3,503	<b>0,001</b>
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>7</sup>	93,00±11,49	96,67±9,58	-1,342	0,185
<b>F</b>	74,250	109,314		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2<3,4,5,6,7; 3<4; 4<5; 5<6; 6<7	1<2,3,4,5,6,7; 2<3; 3<4; 4<5; 5<6; 6>7		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

KŞ: Kontraksiyon şiddeti





**Şekil 6.3.2.** Kontraksiyon Şiddeti Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.2 ve Şekil 6.3.2 incelendiğinde gebelerin T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub> zamanlarındaki kontraksiyon şiddeti ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla  $t_{(58)}=-3.404$ ;  $p=0.001<0.05$ ;  $t_{(58)}=-2.052$ ;  $p=0.045<0.05$ ;  $t_{(47)}=-3.503$ ;  $p=0.001<0.05$ ).

Kontrol grubunun T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub> zamanlarındaki kontraksiyon şiddeti ölçümleri rebozo grubunun aynı zamandaki ölçümlerinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla Kontrol:  $\bar{x}=78,33$ ,  $\bar{x}=84,33$ ,  $\bar{x}=97,20$ ; Rebozo:  $\bar{x}=67,00$ ,  $\bar{x}=77,33$ ,  $\bar{x}=87,08$ ). Şekil 6.3.2 incelendiğinde rebozo grubunda kontraksiyon şiddetinin giderek arttığı, kontrol grubunda giderek artarken doğumun ikinci evresinde (T<sub>7</sub>) sabit ilerlediği görülmektedir.

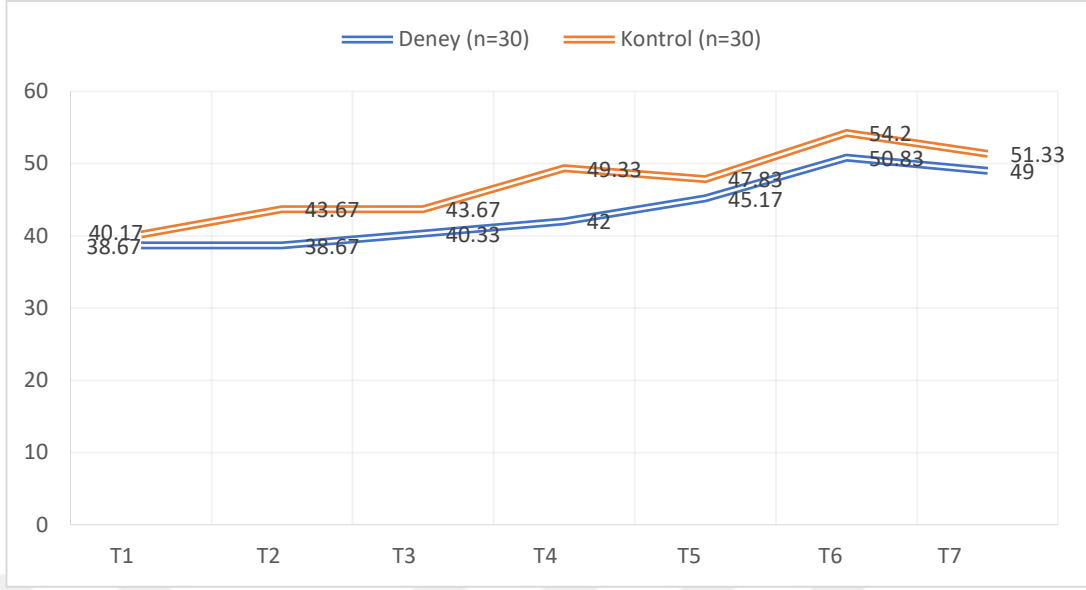
Rebozo grubundaki katılımcılarda servikal dilatasyon 4 cm olarak tespit edilip uygulama öncesi (T<sub>1</sub>: 53,67/100 mmHg) ve uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>2</sub>: 55,00/100 mmHg) kontraksiyon şiddeti ölçümlerine göre diğer zamanlardaki kontraksiyon şiddeti ölçümlerindeki artış anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Kontrol grubundaki katılımcılarda servikal dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde (T<sub>1</sub>: 53,50/100 mmHg) kontraksiyon şiddeti ölçümüne göre diğer zamanlardaki kontraksiyon şiddeti ölçümlerindeki artış anlamlı bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 6.3.3.** Katılımcıların Kontraksiyon Süresi Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (KS/s)	Ort±Ss (KS/s)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	38,67±8,29	40,17±9,23	-0,662	0,511
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	38,67±8,40	43,67±7,30	-2,460	<b>0,017</b>
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	40,33±10,41	43,67±6,94	-1,459	0,151
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	42,00±9,96	49,33±8,88	-3,009	<b>0,004</b>
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	45,17±10,04	47,83±8,37	-1,117	0,269
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	50,83±8,80	54,20±7,31	-1,458	0,151
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>7</sup>	49,00±8,44	51,33±7,98	-1,100	0,276
<b>F</b>	7,707	13,983		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2,3<4,5,6,7	1,2,3<4,5,6,7		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi  
KS/s: Kontraksiyon süresi/s



**Şekil 6.3.3.** Kontraksiyon Süresi Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.3 ve Şekil 6.3.3 incelendiğinde gebelerin T<sub>2</sub> ve T<sub>4</sub> zamanlarındaki kontraksiyon süresi ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla  $t_{(58)}=-2.460$ ;  $p=0.017<0.05$ ;  $t_{(58)}=-3.009$ ;  $p=0.004<0.05$ ).

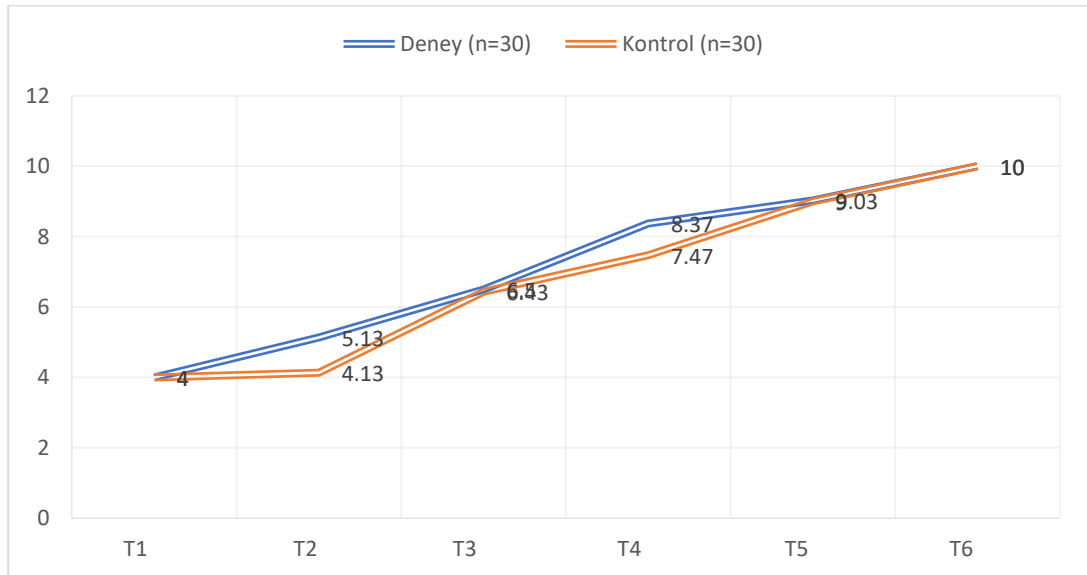
Kontrol grubunun T<sub>2</sub> ve T<sub>4</sub> zamanlarındaki kontraksiyon süresi ölçümleri rebozo grubunun aynı zamandaki ölçümlerinden yüksek bulunmuştur (sırasıyla Kontrol:  $\bar{x}=43,67$ ,  $\bar{x}=49,33$ ; Rebozo:  $\bar{x}=38,67$ ,  $\bar{x}=42,00$ ).

Her iki grupta da T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, ve T<sub>3</sub> zamanlarındaki kontraksiyon süresi ölçümlerine göre diğer ölçümlerdeki artış anlamlı bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.3.4.** Katılımcıların Servikal Dilatasyon Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30)	Kontrol (n=30)	t	p
	Ort±Ss (SD/cm)	Ort±Ss (SD/cm)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	4,00±0,00	4,00±0,00	7,633	1,000
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	5,13±0,62	4,13±0,34	0,479	0,634
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	6,50±0,50	6,43±0,56	3,814	1,000
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	8,37±0,76	7,47±1,04	1,000	0,326
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	9,03±0,18	9,00±0,00	7,633	1,000
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	10,00±0,00	10,00±0,00	7,633	1,000
<b>F</b>	725,468	866,176		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2<3,4,5,6; 3,4<5,6	1,2<3,4,5,6; 3,4<5,6		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, SD/cm: Servikal dilatasyon/cm

**Şekil 6.3.4.** Servikal Dilatasyon Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.4 incelendiğinde gebelerin T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub> zamanlarındaki servikal dilatasyon ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Şekil 6.3.4 incelendiğinde rebozo grubunun dilatasyon ölçümleri giderek artarken kontrol grubunda T<sub>1</sub> ve T<sub>2</sub> zamanlarındaki ölçüm sabit kalmıştır.

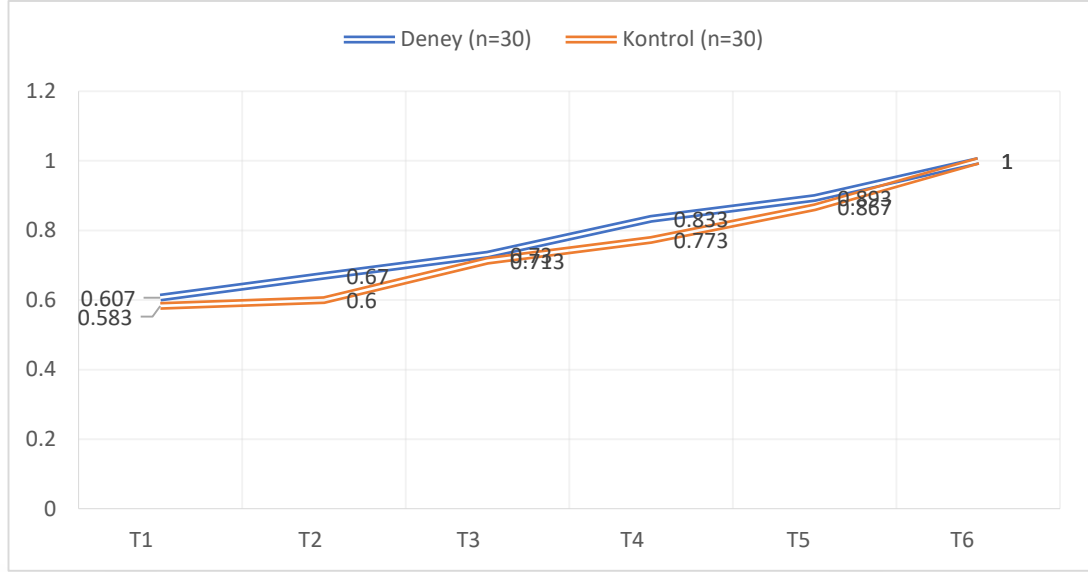
Rebozo ve kontrol grubundaki gebeler kendi içinde ayrı ayrı incelendiğinde; dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde ve 30 dk sonraki (T<sub>1</sub> ve T<sub>2</sub>) dilatasyon ölçümüne göre T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub> zamanlarındaki artış anlamlıdır (p<0,05).

Rebozo ve kontrol grubunda T<sub>3</sub> zamanındaki dilatasyon ölçümüne göre 30 dk sonraki T<sub>4</sub> zamanındaki ölçüm anlamlı bulunmuştur (Rebozo: T<sub>3</sub>: 6,50, T<sub>4</sub>: 8,37; Kontrol: T<sub>3</sub>: 6,43, T<sub>4</sub>: 7,47) (p<0,05).

**Tablo 6.3.5.** Katılımcıların Servikal Efasman Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (%)	Ort±Ss (%)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	60,7±0,10	58,3±0,08	0,919	0,362
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	67±0,09	60±0,08	3,034	<b>0,004</b>
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	73±0,07	71,3±0,09	0,761	0,450
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	83,3±0,08	77,3±0,11	2,275	<b>0,027</b>
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	89,3±0,03	86,7±0,06	2,063	<b>0,045</b>
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	100±0,00	100±0,00	0,000	1,000
<b>F</b>	127,041	161,817		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2<3,4,5,6; 3,4<5,6	1,2<3,4,5,6; 3,4<5,6		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi



**Şekil 6.3.5.** Servikal Efasman Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.5 incelendiğinde gebelerin gruplara göre T<sub>2</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub> zamanındaki efasman ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla  $t_{(58)}=3.034$ ;  $p=0.004<0.05$ ;  $t_{(58)}=2.275$ ;  $p=0.027<0.05$ ;  $t_{(58)}=2.063$ ;  $p=0.045<0.05$ ).

Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 4 cm olarak tespit edilip I. uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>2</sub>) efasman ölçümü ( $\bar{x}=0,67$ ), kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}=0,60$ ) yüksek bulunmuştur. Şekil 6.3.5 incelendiğinde rebozo grubunun efasman ölçümleri giderek artarken kontrol grubunda T<sub>1</sub> ve T<sub>2</sub> zamanlarındaki ölçüm sabit kalmıştır.

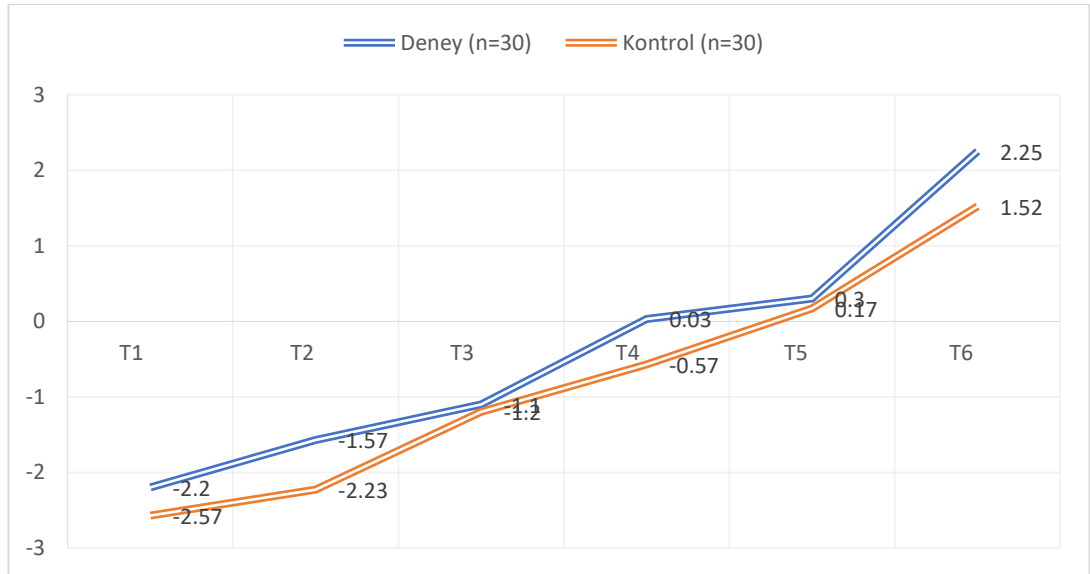
Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edilip II. uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>4</sub>) efasman ölçümü ( $\bar{x}=0,83$ ), kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}=0,77$ ) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğindeki (T<sub>5</sub>) efasman ölçümü ( $\bar{x}=0,89$ ) kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}=0,86$ ) yüksek bulunmuştur.

**Tablo 6.3.6.** Katılımcıların Fetal Baş Seviyesi Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30)	Kontrol (n=30)	t	p
	Ort±Ss (-3,+3)	Ort±Ss (-3,+3)		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	-2,20±0,71	-2,57±0,72	1,969	0,054
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	-1,57±0,89	-2,23±0,77	3,081	<b>0,003</b>
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>3</sup>	-1,10±0,88	-1,20±0,88	0,437	0,664
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	0,03±0,80	-0,57±0,93	2,658	<b>0,010</b>
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>5</sup>	0,30±0,70	0,17±0,98	0,603	0,549
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>6</sup>	2,25±0,73	1,52±0,96	2,971	<b>0,005</b>
<b>F</b>	158,930	150,024		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1<2,3,4,5,6; 2,3<4,5,6; 4,5<6	1,2<3,4,5,6; 3,4<5,6		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, -3,+3: Pelvik istasyon



**Şekil 6.3.6.** Fetal Baş Seviyesi Değerlerinin Seyri

Tablo 6.3.6 incelendiğinde gebelerin T<sub>2</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>6</sub> zamanındaki fetal baş seviyesi ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla t<sub>(58)</sub>=3.081; p=0.003<0.05; t<sub>(58)</sub>=2.658; p=0.010<0.05; t<sub>(47)</sub>=2.971; p=0.005<0.05).

Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 4 cm olarak tespit edilip I. uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>2</sub>) fetal baş seviyesi ölçümü ( $\bar{x}$ =-1,57), kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}$ =-2,23) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edilip II. uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>4</sub>) fetal baş seviyesi ölçümü ( $\bar{x}$ =0,03), kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}$ =-0,57) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubundaki gebelerin dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edilip III. uygulamadan 30 dk sonraki (T<sub>6</sub>) fetal baş seviyesi ölçümü ( $\bar{x}$ =2,25), kontrol grubunun aynı zamandaki ölçümünden ( $\bar{x}$ =1,52) yüksek bulunmuştur.

Şekil 6.3.6 incelendiğinde rebozo grubundaki gebelerin fetal baş seviyesindeki ilerlemenin kontrol grubuna göre daha hızlı olduğu görülmektedir.

**Tablo 6.3.7.** Katılımcıların Aktif Faz ve Plasenta Ayrılma Sürelerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (dk)	Ort±Ss (dk)		
Aktif faz başlangıcı ve geçiş fazı arası süre	146,67±54,68	286,67±161,80	-4,490	<b>0,000</b>
Geçiş fazı ve ikinci evre başlangıcı arası süre	19,67±8,40	23,57±11,44	-1,505	0,138
İkinci evre başlangıcı ve doğum arası süre	25,53±20,19	23,77±18,23	0,356	0,723
Doğum ve Plasenta ayrılma arası süre	8,13±3,46	8,93±3,08	-0,945	0,349
Total aktif faz başlangıcı ve doğum arası süre	189,10±61,44	334,00±166,22	-4,478	<b>0,000</b>

Bağımsız Gruplar T-Testi



Tablo 6.3.7 incelendiğinde gebelerin gruplara göre aktif faz başlangıcı ve geçiş fazı arası süreleri ve total aktif faz başlangıcı ve doğum arası süreleri anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla  $t_{(58)}=-4.490$ ;  $p=0.000<0.05$ ;  $t_{(58)}=-4.478$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Kontrol grubunun aktif faz geçiş fazı arası süresi ( $\bar{x}=286,67$ ), rebozo grubunun aynı zamandaki süresinden ( $\bar{x}=146,67$ ) yüksek bulunmuştur.

Kontrol grubunun total aktif faz başlangıcı ve doğum arası süresi ( $\bar{x}=334,00$ ), rebozo grubunun aynı zamandaki süresinden ( $\bar{x}=189,10$ ) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubunda aktif fazdan itibaren doğuma kadar geçen sürenin 144,9 dk daha kısa olduğu Tablo 6.3.7’de görülmektedir.



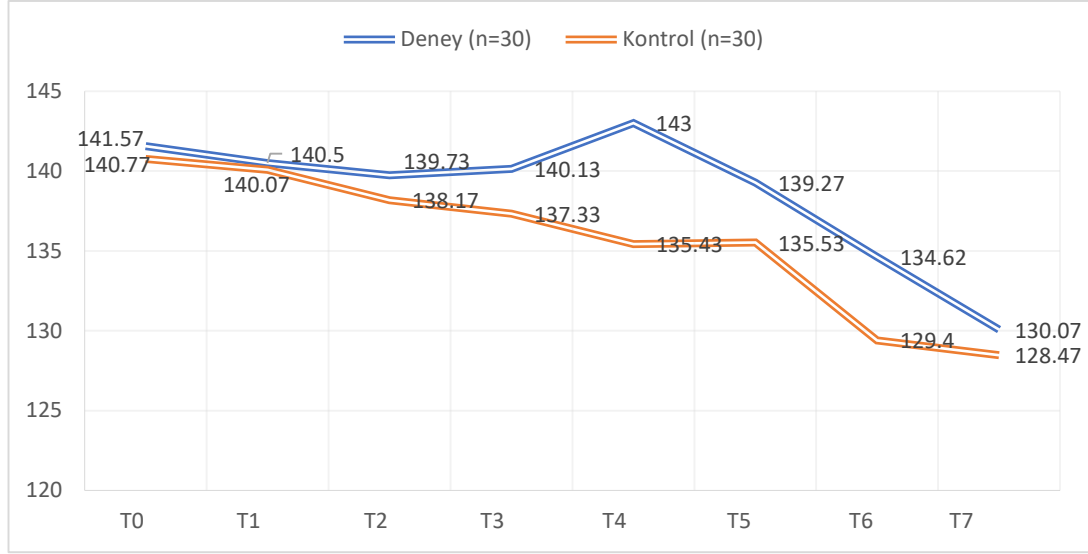
#### 6.4. Katılımcıların ve Fetüslerinin Yaşam Bulgularına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.4.1.** Katılımcıların Fetüslerinin FKA Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (FKA/dk)	Ort±Ss (FKA/dk)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	141,57±7,19	140,77±7,94	0,409	0,684
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	140,50±7,57	140,07±8,95	0,202	0,840
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	139,73±8,21	138,17±7,19	0,786	0,435
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	140,13±9,09	137,33±8,06	1,261	0,212
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	143,00±6,53	135,43±8,27	3,931	<b>0,000</b>
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	139,27±10,21	135,53±8,66	1,527	0,132
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	134,62±8,66	129,40±9,79	1,975	0,054
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	130,07±8,43	128,47±8,16	0,747	0,458
<b>F</b>	7,742	8,232		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2,3,4,5,6,7>8	1,2,3,4>8;		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

FKA/dk. Fetal kalp atımı/dk



**Şekil 6.4.1. FKA Değerlerinin Seyri**

Tablo 6.4.1 ve Şekil 6.4.1 incelendiğinde gebelerin T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki fetal kalp atımı (FKA) ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Gebelerin gruplara göre T<sub>4</sub> zamanındaki ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(58)}=3.931$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Rebozo grubunun II. uygulamadan 30 dk sonra FKA (T<sub>4</sub>) ölçümü ( $\bar{x}=143,00$ ), kontrol grubunun dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra FKA (T<sub>4</sub>) ölçümünden ( $\bar{x}=135,43$ ) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubu FKA ölçümleri kendi içinde incelendiğinde; T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub> zamanlarındaki FKA ölçümüne göre T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanındaki FKA ölçümündeki düşüş anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

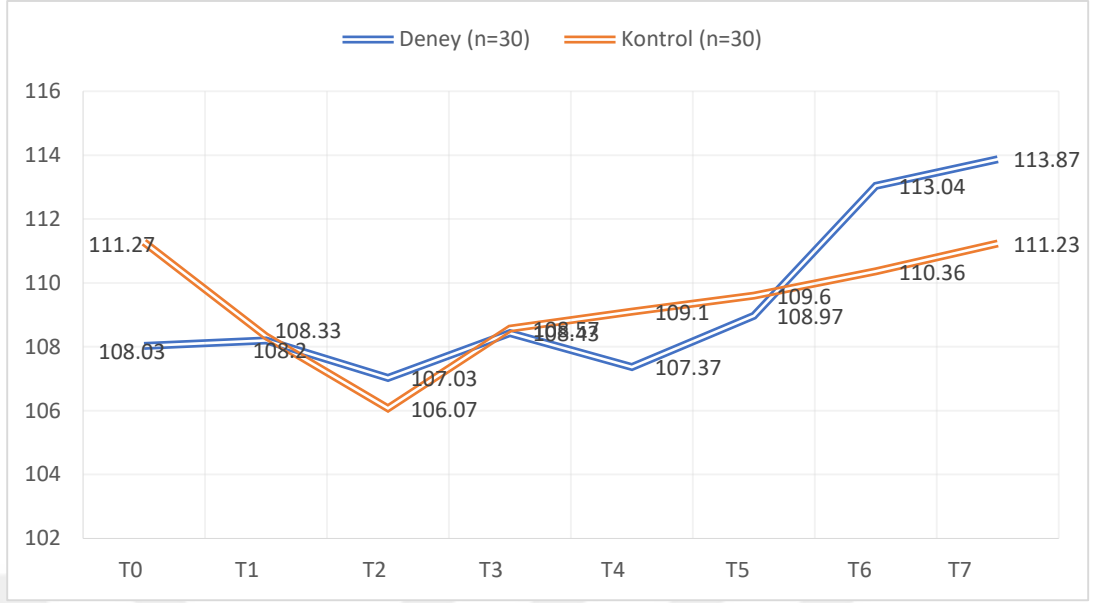
Kontrol grubu FKA ölçümleri kendi içinde incelendiğinde; T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub> zamanlarındaki FKA ölçümüne göre T<sub>7</sub> zamanındaki FKA ölçümündeki düşüş anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

**Tablo 6.4.2.** Katılımcıların Sistolik Kan Basıncı (SKB) Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (SKB/mmHg)	Ort±Ss (SKB/mmHg)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	108,03±7,26	111,27±10,50	-1,358	0,180
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	108,20±7,53	108,33±10,31	-0,057	0,955
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	107,03±6,33	106,07±7,34	0,546	0,587
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	108,43±9,43	108,57±12,70	-0,046	0,963
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	107,37±8,29	109,10±8,91	-0,780	0,439
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	108,97±7,09	109,60±13,41	-0,229	0,820
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	113,04±9,04	110,36±11,76	0,892	0,377
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	113,87±9,84	111,23±12,64	0,900	0,372
<b>F</b>	6,127	1,114		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	0,351		
<b>Bonferroni</b>	1,2,3,4,5,6<8	-		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

SKB/mmHg: Sistolik Kan Basıncı/mmHg



**Şekil 6.4.2.** SKB Değerlerinin Seyri

Tablo 6.4.2 ve Şekil 6.4.2 incelendiğinde gebelerin T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki sistolik kan basıncı (SKB) ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

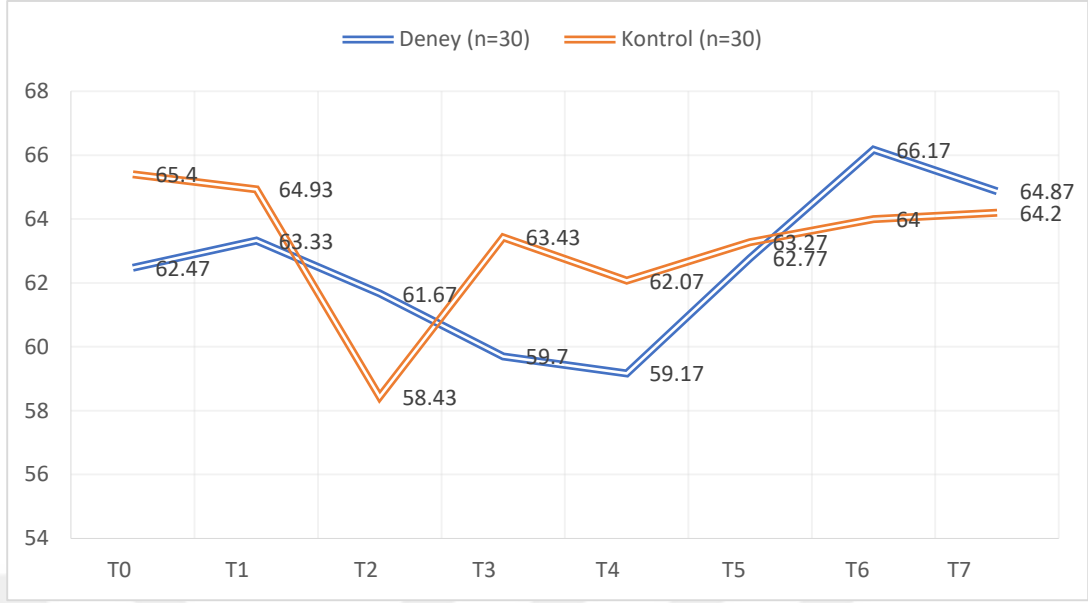
Rebozo grubu SKB ölçümleri kendi içinde incelendiğinde; T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>6</sub> zamanlarındaki SKB ölçümüne göre T<sub>7</sub> zamanındaki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu SKB ölçümleri kendi içinde incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.4.3.** Katılımcıların Diastolik Kan Basıncı (DKB) Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (DKB/mmHg)	Ort±Ss (DKB/mmHg)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	62,47±8,77	65,40±8,69	-1,301	0,199
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	63,33±6,60	64,93±9,10	-0,779	0,439
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	61,67±7,91	58,43±9,27	1,448	0,153
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	59,70±7,41	63,43±10,86	-1,554	0,126
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	59,17±9,94	62,07±9,66	-1,335	0,188
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	62,77±8,22	63,27±10,14	-0,210	0,835
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	66,17±7,86	64,00±11,04	0,788	0,432
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	64,87±9,95	64,20±10,87	0,248	0,805
<b>F</b>	3,139	2,011		
<b>p</b>	<b>0,012</b>	0,094		
<b>Bonferroni</b>	5<7,8	-		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

DKB/mmHg: Diastolik Kan Basıncı/mmHg



**Şekil 6.4.3.** DKB Değerlerinin Seyri

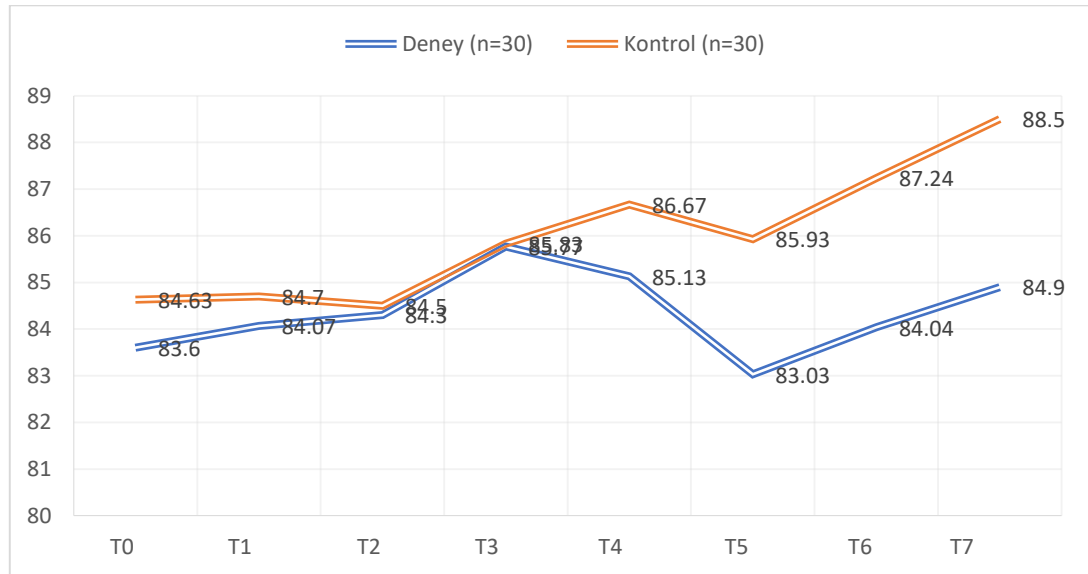
Tablo 6.4.3 ve Şekil 6.4.3 incelendiğinde gebelerin T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>, T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki diastolik kan basıncı (DKB) ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Rebozo grubu DKB ölçümleri kendi içinde incelendiğinde; T<sub>4</sub> zamanındaki DKB ölçümüne göre T<sub>6</sub> ve T<sub>7</sub> zamanlarındaki DKB ölçümündeki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubu DKB ölçümleri kendi içinde incelendiğinde ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.4.4.** Katılımcıların Nabız Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (nb/dk)	Ort±Ss (nb/dk)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	83,60±5,75	84,63±10,23	-0,482	0,632
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	84,07±4,89	84,70±9,79	-0,317	0,753
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	84,30±5,31	84,50±5,84	-0,139	0,890
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	85,77±7,28	85,83±4,99	-0,041	0,967
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	85,13±4,29	86,67±3,93	-1,442	0,155
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	83,03±4,73	85,93±5,42	-2,206	<b>0,031</b>
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	84,04±6,20	87,24±4,74	-2,032	<b>0,048</b>
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	84,90±7,27	88,50±5,41	-2,175	<b>0,034</b>
<b>F</b>	0,737	1,114		
<b>p</b>	0,560	0,339		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi, Nb: Nabız atım/dk

**Şekil 6.4.4.** Nabız Değerlerinin Seyri



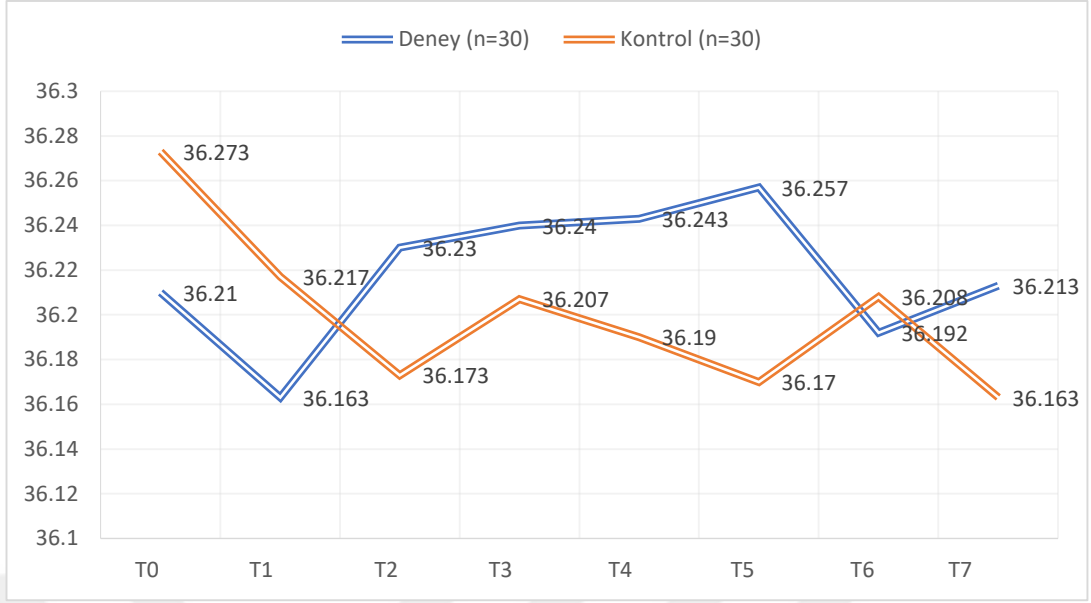
Tablo 6.4.4 ve Şekil 6.4.4 incelendiğinde gebelerin T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub> zamanlarındaki nabız ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Gebelerin gruplara göre T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki nabız ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla t<sub>(58)</sub>=-2.206; p=0.031<0.05; t<sub>(47)</sub>=-2.032; p=0.048<0.05; t<sub>(58)</sub>=-2.175; p=0.034<0.05). Kontrol grubundaki katılımcıların T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki nabız ölçümleri (sırasıyla  $\bar{x}$ =85,93;  $\bar{x}$ =87,24;  $\bar{x}$ =88,50) rebozo grubundaki katılımcıların T<sub>5</sub>, T<sub>6</sub>, T<sub>7</sub> zamanlarındaki nabız ölçümlerinden (sırasıyla  $\bar{x}$ =83,03;  $\bar{x}$ =84,04;  $\bar{x}$ =84,90) yüksek bulunmuştur.

Rebozo ve kontrol grubundaki nabız ölçümleri kendi içinde incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05).

**Tablo 6.4.5.** Katılımcıların Vücut Isısı Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo	Kontrol	t	p
	(n=30)	(n=30)		
	Ort±Ss (°C)	Ort±Ss (°C)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	36,21±0,17	36,27±0,21	-1,247	0,218
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	36,16±0,21	36,21±0,19	-1,022	0,311
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	36,23±0,19	36,17±0,17	1,206	0,233
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	36,24±0,21	36,20±0,16	0,667	0,507
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	36,24±0,19	36,19±0,13	1,243	0,219
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	36,25±0,15	36,17±0,15	2,163	<b>0,035</b>
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	36,19±0,15	36,20±0,16	-0,364	0,717
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	36,21±0,20	36,16±0,15	1,063	0,292
<b>F</b>	1,224	1,427		
<b>p</b>	0,305	0,218		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi



**Şekil 6.4.5.** Vücut Isısı Değerlerinin Seyri

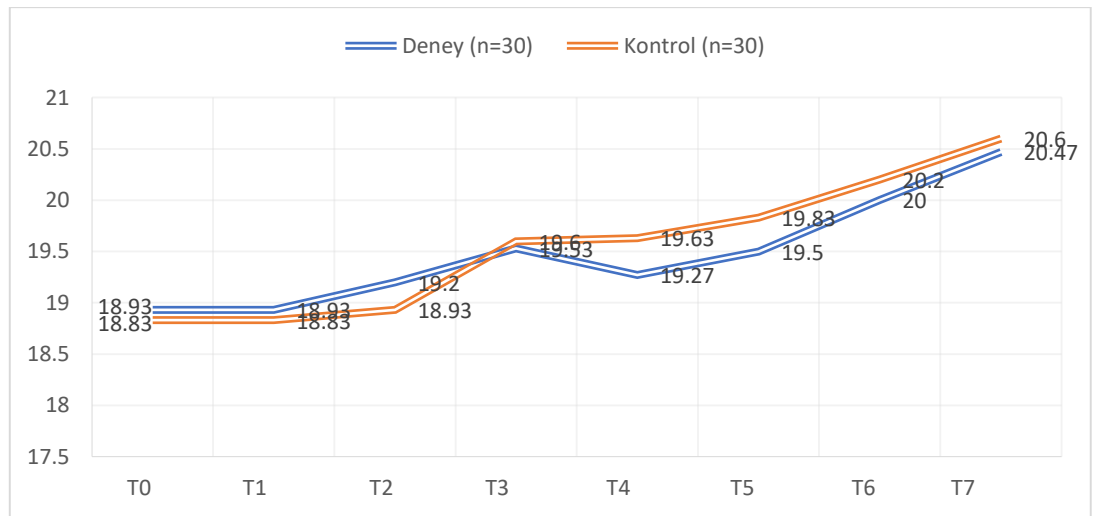
Tablo 6.4.5 ve Şekil 6.4.5 incelendiğinde gebelerin gruplara göre T<sub>5</sub> zamanlarındaki sıcaklık ölçümleri anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(58)}=2.163$ ;  $p=0.035<0.05$ ). Rebozo grubundaki katılımcıların servikal dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğindeki (T<sub>5</sub>) sıcaklık ölçümü ( $\bar{x}=36,25$ ), kontrol grubundaki katılımcıların sıcaklık ölçümünden ( $\bar{x}=36,17$ ) yüksek bulunmuştur. Gebelerin diğer zamanlardaki sıcaklık ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Rebozo ve kontrol grubundaki sıcaklık ölçümleri kendi içinde incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 6.4.6.** Katılımcıların Solunum Değerlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30)	Kontrol (n=30)	t	p
	Ort±Ss (sayı/dk)	Ort±Ss (sayı/dk)		
T <sub>0</sub> – Hastaneye kabulde <sup>1</sup>	18,93±1,01	18,83±1,08	0,369	0,714
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>2</sup>	18,93±1,04	18,83±0,91	0,394	0,695
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	19,20±0,88	18,93±0,69	1,299	0,199
T <sub>3</sub> – Dilatasyon 6-8 cm II. uygulama öncesi <sup>4</sup>	19,53±1,07	19,60±0,67	-0,288	0,775
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>5</sup>	19,27±0,90	19,63±0,71	-1,736	0,088
T <sub>5</sub> – Dilatasyon 9-10 cm III. uygulama öncesi <sup>6</sup>	19,50±0,68	19,83±0,64	-1,941	0,057
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>7</sup>	20,00±0,78	20,20±0,76	-0,907	0,369
T <sub>7</sub> – İkinci evrede <sup>8</sup>	20,47±0,90	20,60±0,85	-0,588	0,559
<b>F</b>	9,355	20,356		
<b>p</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	1,2,3,4,5,6<7,8	1,2,3,4,5,6<8; 1,2,3<4,5,6,7		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi

**Şekil 6.4.6.** Solunum Değerlerinin Seyri

Tablo 6.4.6 ve Şekil 6.4.6 incelendiğinde gebelerin herhangi bir zamandaki solunum ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Rebozo grubu solunum ölçümleri kendi içinde incelendiğinde,  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ ,  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $T_5$  zamanlarındaki solunum ölçümlerine göre  $T_6$  ve  $T_7$  zamanlarındaki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Solunum değerlerinin hastaneye kabulden itibaren düzenli olarak arttığı ve en yüksek değerlerin dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğinde III. rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonra ve doğumun ikinci evresinde (sırasıyla 20,00 ve 20,47) olduğu görülmektedir.

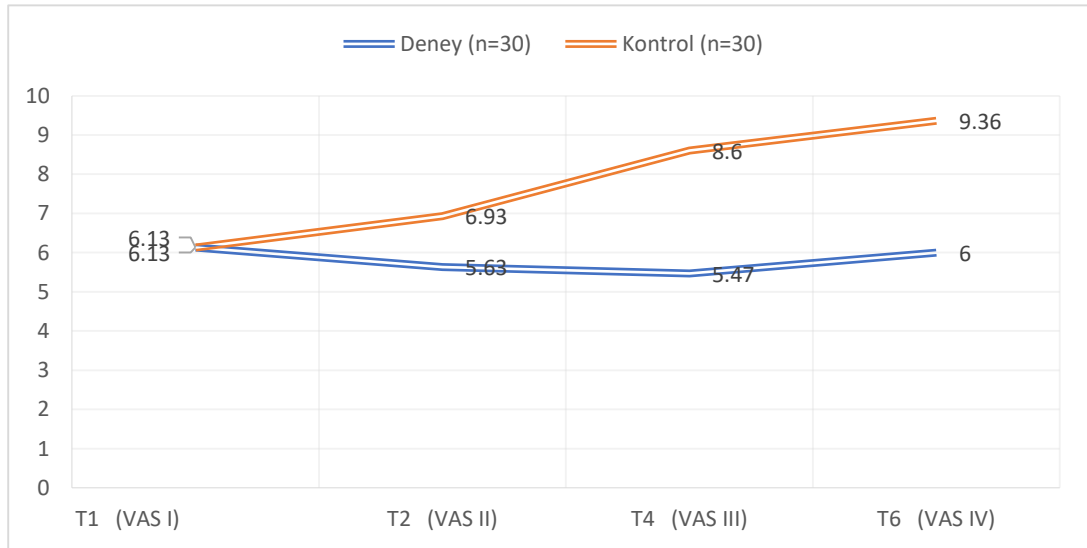
Kontrol grubu solunum ölçümleri kendi içinde incelendiğinde,  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$ ,  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $T_5$  zamanlarındaki solunum ölçümlerine göre  $T_7$  zamanındaki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ).  $T_0$ ,  $T_1$ ,  $T_2$  zamanlarındaki solunum ölçümlerine göre  $T_3$ ,  $T_4$ ,  $T_5$ ,  $T_6$  zamanlarındaki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Kontrol grubundaki katılımcıların en yüksek solunum değerlerinin dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra ve doğumun ikinci evresinde (sırasıyla 20,20 ve 20,60) olduğu görülmektedir.

## 6.5. Katılımcıların Ağrı Algılama Durumlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.5.1.** Katılımcıların Vizüel Analog Skalası (VAS) Ölçümlerinin Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30)	Kontrol (n=30)	t	p
	Ort±Ss	Ort±Ss		
T <sub>1</sub> – Dilatasyon 4 cm I. uygulama öncesi <sup>1</sup>	6,13±1,96	6,13±1,52	0,000	1,000
T <sub>2</sub> – I. uygulamadan 30 dk sonra <sup>2</sup>	5,63±1,32	6,93±1,61	-3,405	<b>0,001</b>
T <sub>4</sub> – II. uygulamadan 30 dk sonra <sup>3</sup>	5,47±1,25	8,60±1,32	-9,400	<b>0,000</b>
T <sub>6</sub> – III. uygulamadan 30 dk sonra <sup>4</sup>	6,00±0,00	9,36±2,25	-7,305	<b>0,000</b>
<b>F</b>	2,062	27,277		
<b>p</b>	0,144	<b>0,000</b>		
<b>Bonferroni</b>	-	1,2<3,4; 3<4		

Bağımsız Gruplar T-Testi; Tekrarlı Ölçümler Anova Testi



**Şekil 6.5.1.** VAS Değerlerinin Seyri

Tablo 6.5.1 ve Şekil 6.5.1 incelendiğinde gebelerin T<sub>1</sub> zamanındaki (servikal dilatasyon 4 cm olarak tespit edildiğinde) VAS I ölçümü gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Gebelerin T<sub>2</sub> zamanındaki VAS II ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(58)}=-3.405$ ;  $p=0.001<0.05$ ). Kontrol grubunun VAS II ölçümü ( $\bar{x}=6,93$ ), rebozo grubunun VAS II ölçümünden ( $\bar{x}=5,63$ ) yüksek bulunmuştur.

Gebelerin T<sub>4</sub> zamanındaki VAS III ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(58)}=-9.400$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Kontrol grubunun VAS III ölçümü ( $\bar{x}=8,60$ ), rebozo grubunun VAS III ölçümünden ( $\bar{x}=5,47$ ) yüksek bulunmuştur.

Gebelerin T<sub>6</sub> zamanındaki VAS IV ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(47)}=-7.305$ ;  $p=0.000<0.05$ ). Kontrol grubunun VAS IV ölçümü ( $\bar{x}=9,36$ ), rebozo grubunun VAS IV ölçümünden ( $\bar{x}=6,00$ ) yüksek bulunmuştur.

Rebozo grubundaki gebelerin T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>4</sub> ve T<sub>6</sub> zamanlarındaki VAS ölçümleri sırasıyla 6,13, 5,63, 5,47 ve 6,00 olarak hesaplanmış olup kendi içinde anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Kontrol grubundaki gebelerin T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>, T<sub>4</sub> ve T<sub>6</sub> zamanlarındaki VAS ölçümleri sırasıyla 6,13, 6,93, 8,60 ve 9,36 olarak hesaplanmış olup kendi içinde incelendiğinde VAS I, VAS II ölçümüne göre VAS III, VAS IV ölçümündeki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ). Servikal dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra değerlendirilen (T<sub>4</sub>) VAS III ölçümüne göre servikal dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra değerlendirilen (T<sub>6</sub>) VAS IV ölçümündeki artış anlamlıdır ( $p<0,05$ ).

## 6.6. Rebozo Tekniği Etkilerine İlişkin Bulgular

**Tablo 6.6.1.** Gebe Algılarına Göre Rebozo Tekniği Etkilerinin Dağılımı

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Rebozodan Memnun Kalma Düzeyi</b>		
Hiç	0	0
Çok Az	3	10
Çok	27	90
<b>Rebozo Doğum Ağrısını Gidermeye Etkisi</b>		
Hiç	0	0
Çok Az	2	6,7
Orta	7	23,3
Çok	21	70

Tanımlayıcı İstatistikler

Rebozo grubunda uygulama yapılan gebelerin %10'u teknikten "çok az" memnun kaldıklarını, %90'ı ise "çok" memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Teknikten "hiç" memnun kalmayan gebe olmamıştır.

Rebozo tekniğinin doğum ağrısını gidermeye olan etkisini gebelerin %6,7'si "çok az", %23,3'ü "orta", %70'i "çok" olarak değerlendirmişlerdir. Tekniği etkili bulmayan gebe hiç olmamıştır.

## 6.7. Yenidoğan Sonuçlarına İlişkin Bulgular

**Tablo 6.7.1.** Yenidoğan Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney		Kontrol		Toplam		p <sup>a</sup>
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kız	13	43,3	15	50	28	46,7	X <sup>2</sup> =0,268 p=0,398
	Erkek	17	56,7	15	50	32	53,3	
Baş Pozisyonu	OA*	30	100	30	100	60	100	-

Ki-Kare Analizi, \*Oksiput Anterior

Gruplar	Rebozo (n=30) Ort±Ss	Kontrol (n=30) Ort±Ss	t	p
Kilo (kg)	3242,67±463,38	3163,50±324,10	0,767	0,447
Boy (cm)	49,81±3,31	49,66±1,47	0,226	0,822
Baş Çevresi (cm)	33,78±1,26	33,86±1,23	-0,258	0,797

Bağımsız Gruplar T-Testi

Yenidoğanın cinsiyeti bakımından gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (X<sup>2</sup>=0,268; p=0,398>0.05).

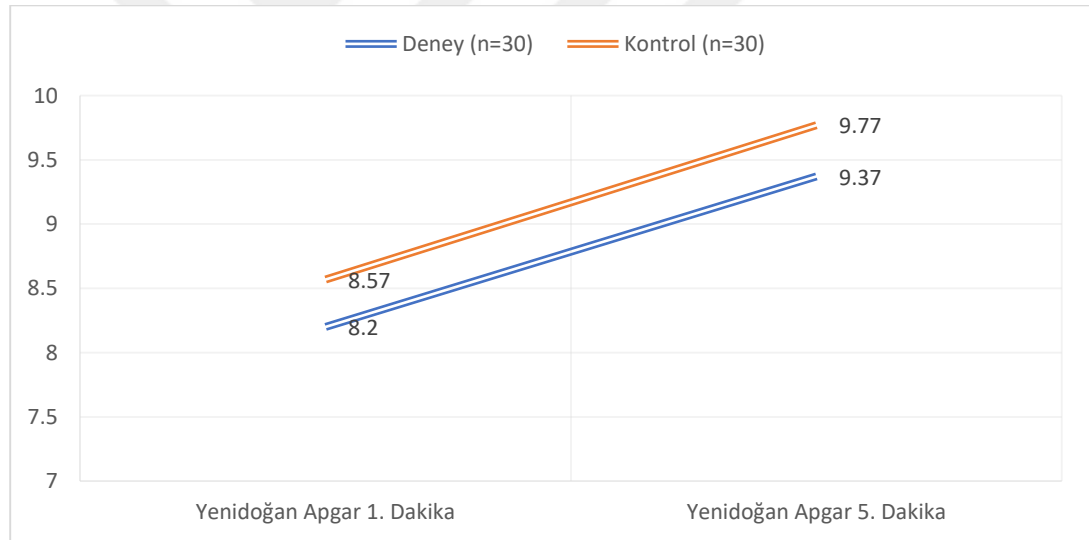
Yenidoğanın kilo, boy, baş çevresi ölçümleri gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Tablo 6.7.1 incelendiğinde her iki grupta da bu ölçümlerin birbirine çok yakın olduğu ve tüm bebeklerin oksiput anterior baş pozisyonunda doğduğu görülmektedir.



**Tablo 6.7.2.** Yenidoğan Apgar Skorunun Karşılaştırılması

Gruplar	Rebozo (n=30) Ort±Ss	Kontrol (n=30) Ort±Ss	t <sup>a</sup>	p
	1.Dakika	8,20±0,92		
5.Dakika	9,37±0,76	9,77±0,50	-2,392	<b>0,021</b>
t <sup>b</sup>	-12,042	-13,573		
p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		

<sup>a</sup>Bağımsız Gruplar T-Testi; <sup>b</sup>Bağımlı Gruplar T-Testi



**Şekil 6.7.2.** Apgar Skorunun Seyri

Tablo 6.7.2’de yenidoğan Apgar skoru sonuçları gruplara göre anlamlı farklılık göstermektedir ( $t_{(58)}=-2.392$ ;  $p=0.021<0,05$ ). Kontrol grubunun Apgar 5. dakika skoru ( $\bar{x}=9,77$ ), rebozo grubunun Apgar 5.dakika skorundan ( $\bar{x}=9,37$ ) yüksek bulunmuştur.

Yenidoğan Apgar 1. dakika skoru ise gruplara göre anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

## 7. TARTIŞMA

Literatürdeki rebozo tekniği hakkında yapılmış çalışmalar incelendiğinde; tekniğin kullanım amacının genellikle fetal malpozisyonu düzeltmek, doğum eyleminin ilerleyişini hızlandırmak ve ağrı ile başetmeyi güçlendirmek olduğu görülmektedir (25–27,120). Bu çalışma ise doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği ile doğum ağrısı algısını azaltmak ve doğum süresini kısaltmak amacıyla yapılmış olup elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmamızın literatür karşılaştırmasında zorluk oluşturan yanı daha önce rebozo tekniği konusuna yeterince deneysel çalışma yapılmamış olmasıdır. Yapılan çalışmalar da genellikle nitel çalışma ya da olgu sunumu olarak sunulmuştur (25,26,120). Rebozo tekniğinin Meksika’da geleneksel bir uygulama olması ve DSÖ’nün de geleneksel uygulamalarda bilimsel çalışmaların ve kanıtların eksikliğinin ‘uygulamaya’ engel olmadığını belirtmesi çalışmamız için zemin oluşturmuştur (25).

Cohen ve Thomas (2015), doğumda fetal malpozisyonu düzeltmek amacıyla tek vaka ile yaptıkları çalışmada; sırtüstü yatar pozisyonda, el-diz pozisyonunda göbek eleme ve diz-göğüs pozisyonunda kalça silkeleme rebozo tekniğini ortalama 5 dk süreyle uygulamışlardır (25). Iversen et al. (2017) tarafından yapılan nitel çalışmada ise gebelere ayakta, el-diz pozisyonunda ve sırtüstü pozisyonda en az 5 dk olacak şekilde gebelere rebozo tekniği uygulanmıştır (26). Damayanti ve Fatimah (2021), ağrı yönetimi ve doğum süreci için rebozo tekniği kullandıkları tek vakada kalça silkeleme ve göbek eleme rebozo tekniği uygulamışlardır (120). ACOG ise 2019 raporunda fetal optimal konumlandırmayı sağlamak için gebeye sık sık çeşitli pozisyonların verilmesi gerektiğini, dik pozisyonların doğum süresini kısalttığını belirtmiştir (121). Literatürdeki bu çalışmalar ve ACOG’un doğumda ayakta durma, yürüme, sallanma, el-diz pozisyonundaki hareketlerin uygulanması konusundaki önerileri dikkate alındığında, bu çalışmada da deney grubundaki gebelere sırtüstü pozisyonda, el-diz pozisyonunda, diz-göğüs pozisyonunda, yürüme ve çömelme pozisyonunda rebozo tekniği uygulanmıştır.

Randomizasyon yöntemiyle 60 primipar gebenin dahil edildiği ve 30 rebozo grubu, 30 kontrol grubu olarak dağılım sağlandığı bu araştırma sonucunda elde edilen bulgular yedi başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

**7.1.** Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

**7.2.** Katılımcıların obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

**7.3.** Katılımcıların doğum sürecine ilişkin bulguların tartışılması

**7.4.** Katılımcıların ve fetüslerinin yaşam bulgularına ilişkin bulguların tartışılması

**7.5.** Katılımcıların ağrı algılama durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

**7.6.** Rebozo tekniği etkilerine ilişkin bulguların tartışılması

**7.7.** Yenidoğan sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması

## 7.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda rebozo grubundaki gebelerin yaş, boy, kilo, BKİ ortalamalarının iki grupta da birbirine çok yakın olduğu belirlenmiştir ve bu durum çalışma gruplarımızın homojen dağılması açısından önemlidir.

Anne yaşı ilerlediğinde, iskelet ve kas gücünün yaşla birlikte azaldığı, myometrial dokularda fizyolojik bir yaşlanma meydana geldiği ve myometriyumda oksitosin reseptörlerinin duyarlılığının azaldığı bilinmektedir. Bunun sonucunda artan anne yaşı ile birlikte doğum eyleminin süresinin uzadığı görülmektedir (56). Greenberg et al. (2007) tarafından anne yaşının doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla yapılan retrospektif kohort çalışmasında; doğum süresinin hem multipar hem de nullipar gebeler için anne yaşına göre farklılık gösterdiği; özellikle >39 yaş nullipar gebelerin <20 yaş nullipar gebelere göre doğumun ikinci evresinin 97 dk daha uzun sürdüğü belirtilmiştir (122). Literatürdeki yaştan doğum süresi üzerine etkisinin incelendiği diğer çalışmalarda da 30-35 yaş arası ya da 35 yaş üstü nullipar gebelerin 25 yaş altındaki gebelere göre doğumun ikinci evre süresinin daha uzun olduğu tespit edilmiştir (56,123).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2020 verileri doğurganlık hızı sonuçlarına bakıldığında; en yüksek yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Türkiye’de ilk doğumunu 2020 yılında gerçekleştiren annelerin yaş ortalamasının ise 26,5 olduğu belirtilmiştir (124). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 doğurganlık verilerinde; en yüksek doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olduğu ve bu grubunu ilk doğumlarının 25 yaşında olduğu belirtilmiştir (125). Bu çalışmada ise rebozo grubundaki ilk doğumunu yapan gebelerin yaş ortalamaları 26,330 yıl, kontrol grubundaki gebelerin 27,570 yıl olarak belirlenmiştir (**Tablo 6.1.1**). Araştırma sonuçlarımız TNSA ve TÜİK verileri ile karşılaştırıldığında; her iki gruptaki yaş ortalamasının 25-29 arasında olduğu ve doğum istatistikleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çalışma sonucumuz literatür destekli olarak yorumlandığında ise ortalama yaştan her iki grupta da birbirine çok yakın ve 25-30 yıl arasında olması sebebiyle, iki grup arasındaki doğum süresini farklılaştıran bir faktör olmadığı sonucuna varılmıştır.

Literatürde Iversen et al. (2017) tarafından rebozo tekniğinin etkilerinin incelendiği ve 17 Danimarkalı gebenin dahil edildiği nitel çalışmada incelendiğinde; gebelerin yaş ortalaması 32.4 yıl ve paritelerinin çoğunlukla multipar olduğu belirlenmiştir (26). Literatürdeki nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı ve doğum süresine etkisinin incelendiği diğer tez çalışmalarına bakıldığında; Dizaj (2020) tarafından latent fazda yapılan ayak masajının doğum ağrısına etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada deney ve kontrol grubunun %40 oranla 20-25 yaş grubu arasında olduğu, Öncü Çelik (2016) tarafından akupressur uygulamasının doğum ağrısı ve doğum süresine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada deney grubunun  $28.8 \pm 4.4$  ve kontrol grubunun  $27.5 \pm 3.8$  yaş ortalamasına sahip olduğu, Kaçar (2019) tarafından mekanik masaj ile sıcak masaj uygulamasının doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise masaj grubunun yaş ortalamasının  $23,49 \pm 2,95$  ve  $24,50 \pm 3,05$ , kontrol grubunun yaş ortalamasının  $24,26 \pm 3,26$  yıl olduğu belirtilmiştir (29,68,99). Benzer çalışmalara göre çalışmamız yorumlandığında çalıştığımız yaş grubunun Iversen et al (2017) tarafından yapılan çalışma hariç diğer çalışmalar ile benzer olduğu görülmektedir.

Yine TNSA 2018 verilerine göre 20-29 yaş grubundaki kadınların BKI ortalamasının  $25.1 \text{ kg/m}^2$  olduğu belirtilmiştir (125). Bu çalışmadaki gebelerin yaş ortalamasının 25-29 yıl arasında olduğu ve BKI ortalamasının rebozo grubunda 28,11 ve kontrol grubunda  $28,37 \text{ kg/m}^2$  olduğu; iki grupta da fazla kilolu gebe oranının en fazla (Rebozo: %50, Kontrol: %53) olduğu görülmektedir (**Tablo 6.1.1**). Bu durum TNSA verilerinde gebelikte değişen BKI'nin baz alınmamasıyla açıklanabilir. Hilliard et al. (2012) tarafından nullipar gebelerde obezitenin doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada; doğumun birinci evresinin obez ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) kadınlarda daha uzun olduğu (126), Kominiarek et al. (2011) tarafından BKI'nin doğum sonuçlarına etkisinin incelendiği çalışmada; BKI  $< 25 \text{ kg/m}^2$  olan nullipar gebelere göre BKI  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  olan gebelerin doğumun birinci evresinin daha uzun sürdüğü belirtilmiştir (127). Bu sonuçlar yorumlandığında, BKI'nin iki grupta da birbirine çok yakın ve  $25-29.9 \text{ kg/m}^2$  arasında olması, rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin kilolu olarak belirlenmesi BKI'nin iki grup açısından doğum süresini farklılaştıran bir faktör olmadığını göstermektedir. Türkiye'de yapılan tez çalışmaları incelendiğinde genellikle BKI'nin değerlendirilmediği görülmüştür.

TNSA 2018 verilerine göre; 25-29 yaş grubundaki kadınların %52 oranla en az lise mezunu olduğu, %59,8 oranla bir işte çalışmadığı (125), TÜİK 2020 verilerine göre 25-29 yaş grubundaki doğum yapan kadınların en fazla oranla eğitim durumunun yüksek okul olduğu, tek çekirdek aileden oluşan hanehalkı oranının (%62,5) içinde sadece eşlerden oluşan çekirdek aile oranı %13,5 olduğu bildirilmiştir (124).

Literatürdeki diğer benzer tez çalışmalarından Öncü Çelik (2016) tarafından yapılan çalışmada; deney ve kontrol grubundaki gebelerin en fazla oranla lise mezunu (Deney: %32, Kontrol: %44) olduğu ve bir işte çalışmadığı (Deney:%66, Kontrol: %60), Dizaj (2020) tarafından yapılan çalışmada; deney ve kontrol grubundaki gebelerin en fazla oranla ortaöğretim mezunu (Deney: %43,3, Kontrol: %50) olduğu, bir işte çalışmadığı (Deney: %70, Kontrol: %76,67) ve çekirdek aile yapısına (Deney: %83,3, Kontrol: %73,3) sahip olduğu, Yılar (2014) tarafından ayak refleksolojisinin doğum ağrısı ve doğum süresine etkisini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; deney ve kontrol grubundaki gebelerin en fazla ve eşit oranla (%42,2) ortaokul mezunu olduğu ve bir işte çalışmadığı (Deney:%95,3, Kontrol: %90,6) belirlenmiştir (29,99,128). Bu çalışmada ise her iki grupta da eğitim durumu üniversite ve üzeri olan gebe oranının en fazla olduğu (Rebozo: %50, Kontrol: %46,7), yine gebelerin en yüksek oranla ev hanımı olduğu (Rebozo: %56,7, Kontrol: %70), çoğunlukla gebelerin Marmara Bölgesi'nde bir ilde yaşadığı ve %93,3 oranla çekirdek aile yapısına sahip olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlarımız değerlendirildiğinde TNSA ve TÜİK verileri ile uyumlu olduğu, diğer karşılaştırılan tez çalışmalarına göre grubumuzun eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Tüm sosyo-demografik özellikler açısından rebozo ve kontrol grubunun benzer olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (**Tablo 6.1.1**).

## 7.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda her iki grubunda gebelik haftası 38,90 olarak tespit edilmiş olup ilk gebeliği olan kadın oranının iki grupta da en fazla (Rebozo: %100, Kontrol: 86,7) olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunun rebozo grubuna kıyasla %13,3 oranında daha önce düşük veya küretajı olmuştur. Rebozo grubundaki gebelerin ve eşlerinin %100'ü gebeliği isterken kontrol grubundaki gebelerin %93,3'ünün, eşlerin %96,7'sinin gebeliği istediği belirlenmiştir (**Tablo 6.2.1**). TNSA Demografik Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre gebeliklerin %26'sının istenmeyen gebelik olduğu bildirilmiştir (125).

Yine literatürdeki nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısı ve doğum süresine etkisinin incelendiği diğer benzer tez çalışmalarına bakıldığında; Öncü Çelik (2016) tarafından yapılan çalışmada; akupressur grubundaki gebelerin %42'sinin daha önce düşüğü olduğu ve %98'inin gebeliği istediği, kontrol grubundaki gebelerin %22'sini düşüğü olduğu ve %92'sinin gebeliği istediği (29), Yılar (2014) tarafından yapılan çalışmada; deney grubundaki gebelerin %9,4'ünün daha önce düşüğü olduğu ve %98,4'ünün gebeliği istediği, kontrol grubundaki gebelerin %14,1'inin düşüğü olduğu ve %96,9'unun gebeliği istediği (128), Hamlacı (2013) tarafından yapılan çalışmada; deney grubundaki gebelerin %9,1'inin daha önce düşüğü olduğu ve %75'inin gebeliği istediği, kontrol grubundaki gebelerin %13,6'sının düşüğü olduğu ve %86,4'ünün gebeliği istediği belirlenmiştir (129). Bu çalışmada gebelik sayısı ve gebeliği isteme durumu açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmasa da daha önce yaşanmış deneyimler, gebeliği istememenin ve önceki gebelik kayıplarının doğum ağrısını psikolojik bir faktör olarak etkilediği bilinmektedir. Bu sebeple rebozo grubundaki tüm gebelerin primipar olması, kendilerinin ve eşlerinin gebeliği isteme durumlarına karşın kontrol grubundaki gebelerin %13,3 oranında daha önce gebelik kaybı olması, %6,7'sinin isteyerek gebe kalmaması ve %3,3'ünün eşinin gebeliği istememesi çalışmamızın kontrol grubu için doğum ağrısını etkileyen faktörler arasında gösterilebilir.

Olumlu bir gebelik ve doğum deneyimi, olumlu anneliğe ulaşma ve adaptasyon için antenatal izlemler oldukça önemlidir (130). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde, gebeliğin ilk 14

haftası içerisinde kapsayacak şekilde I. antenatal izlem, 18-24. gebelik haftasında II. antenatal izlem, 28-32. gebelik haftasında III. antenatal izlem ve 36-38. gebelik haftasında IV. antenatal izlem olmak üzere en az dört izlem önerilmektedir (131). DSÖ 2016 yılında yayınladığı Antenatal Bakım Rehberi'nde gebe izleminin sıklığını; 12. gebelik haftasında, 20. gebelik haftasında, 26. gebelik haftasında, 30. gebelik haftasında, 34. gebelik haftasında, 36. gebelik haftasında, 38. gebelik haftasında, 40. gebelik haftasında olmak üzere toplamda 8 defa olarak belirlemiştir (130).

Çalışmamızda gebelerin antenatal kontrole gitme ve bilgi alma durumlarına bakıldığında; her iki grupta da gebelerin toplam %58,3 oranla 5-10 kez, %41,7 oranla 11-20 kez kontrole gittiği belirlenmiştir (**Tablo 6.2.2**). TÜİK 2020 verilerinde en az bir antenatal bakım alma oranının %99,7 (124) olduğu, TNSA 2018 verilerinde kadınların %90'ının dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım aldığı ve %4'ünün hiç bakım almadığı belirtilmiştir (125). Çalışma kapsamına alınan tüm gebelerin tamamının en az 4 defa antenatal kontrole gittiği ve sonucun TNSA, TÜİK verileri ve Sağlık Bakanlığı yönergesi ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Rebozo ve kontrol grubundaki gebelerin sadece %33,3'ünün gebelikte doğum süreci hakkında bilgi aldığı; rebozo grubunun en yüksek oranla (%33) internetten, kontrol grubunun en yüksek oranla (%63,3) ebeden bilgi aldığı belirlenmiştir. Rebozo grubu tam tersi olarak en düşük oranla (%11,1) ebeden bilgi almıştır (**Tablo 6.2.2**). TNSA 2018 verilerinde Türkiye'deki kadınların %96'sının uzman sağlık personelinde doğum öncesi bakım aldığı ve bu bakımın sadece %3'ünün ebe ya da hemşire tarafından verildiği bildirilmiştir (125).

Gebe hazırlık sınıfına katılmış olmanın doğum sürecine adaptasyonu kolaylaştırıp anksiyeteyi ve doğum ağrısı algısını azalttığı bilinmektedir (79). Bu çalışmada rebozo grubundaki katılımcıların hiçbiri gebe hazırlık sınıfına katılmamış olup kontrol grubundaki katılımcıların %6,7'si katılmıştır (**Tablo 6.2.2**). Gebelerin eğitim düzeyinin her iki grupta toplam %35 lise mezunu, %48,3 üniversite ve üzeri olduğu düşünüldüğünde gebe hazırlık sınıfına katılım oranının oldukça az olduğu görülmektedir (**Tablo 6.1.1**).

Gebelerin gebelik öncesi adet ağrısı yaşama durumu karşılaştırıldığında; rebozo grubunun %36,7'sinin orta, kontrol grubunun %50'sinin hafif şiddette ağrı



yaşadığı görülmektedir. Çalışmamızda, şiddetine bakılmaksızın toplamda rebozo grubunun %90'ının, kontrol grubunun %86,7'sinin gebelik öncesi adet ağrısı yaşadığı belirlenmiştir (**Tablo 6.2.3**). Kaçar (2019) tarafından yapılan çalışmada, toplamda grupların gebelik öncesi adet ağrısı yaşama oranı %51 olarak bulunmuştur (68). Bizim çalışmamızda adet ağrısı yaşama oranının Kaçar (2019) tarafından yapılan çalışmaya göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Gebeliğin son üç ayında ağrı yaşama durumuna bakıldığında rebozo grubunun %46,7'sinin, kontrol grubunun %36,7'sinin ağrı yaşadığı; rebozo grubunun en fazla oranla (%57,1) bel ağrısı, kontrol grubunun en fazla ve eşit oranla (%36,4) karın ve kasık ağrısı yaşadığı görülmektedir. Rebozo grubundaki gebelerin %93,3'ünün ağrı yaşadıkları bir dönemde herhangi bezle ağrılı bölgeyi sarma ve sıkma işlemi yapmadıkları belirlenmiştir (**Tablo 6.2.3**).

Gebelik öncesi adet ağrısı yaşama ve bel ağrısı yaşama durumu ile doğum ağrısı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaların mevcut olması sebebiyle bu durum, çalışmamızın "**katılımcıların ağrı algılama durumlarına ilişkin bulguların tartışılması**" kısmında incelenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin obstetrik özellikleri, antenatal kontrole gitme durumları, gebelik öncesi ve gebelikte ağrı yaşama durumları açısından rebozo ve kontrol grubunda anlamlı bir fark olmaması grupların homojenliği açısından önemlidir.

### 7.3. Katılımcıların Doğum Sürecine İlişkin Bulguların Tartışılması

Grupların kontraksiyon sıklığı, şiddeti ve süresine bakıldığında; her iki grupta da kontraksiyon sıklığının birbirine benzer olduğu fakat rebozo grubunda kontrol grubuna kıyasla kontraksiyonların daha erken düzene girdiği (**Tablo 6.3.1**), rebozo grubunun kontraksiyon şiddetinin zamanla artmasına rağmen kontrol grubundan daha az olduğu ve kontrol grubunun kontraksiyon şiddetinin daha hızlı arttığı (**Tablo 6.3.2**), her değerlendirme zamanında kontrol grubunun kontraksiyon süresinin rebozo grubundan daha uzun olduğu görülmüştür (**Tablo 6.3.3**). Bu durum, rebozo grubunun kontraksiyon şiddetinin ve süresinin kontrol grubuna göre daha az olmasının rebozo tekniğinin uterus üzerindeki rahatlatıcı ve kasları gevşetici etkisi ile açıklanabilir.

Rebozo tekniğinin uterin kasları ve ligamentleri gevşeterek fetal optimal konumlandırma sağladığı, fetüse ait malpozisyonları düzelttiği, pelvisin gevşetilmesiyle fetal inişi kolaylaştırdığı yapılan çalışmalar doğrultusunda bildirilmiştir (25–27,120). Çalışmamızda grupların servikal muayene bulgularına bakıldığında; dilatasyon ilerlemesinin her iki grupta da birbirine çok benzer olduğu ve tekniğin dilatasyon üzerinde bir etkisi olmadığı görülmektedir (**Tablo 6.3.4**). Dilatasyon bulgularında gruplar arasında anlamlı bir fark olmasa da rebozo grubu kendi içinde incelendiğinde uygulama sonrasında dilatasyon hızının daha yüksek olduğu göz ardı edilmemelidir. Fetal optimal pozisyonu sağlamak ve fetal başın inişini kolaylaştırmak için uygulanan hareketler ile rebozo grubunun fetal baş inişinin daha hızlı olduğu belirlenmiştir. Özellikle her rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonraki değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark olması tekniğin fetal başın inişini kolaylaştırıp hızlandırdığı anlamına gelmektedir (**Tablo 6.3.6**).

Çalışmamızda yine fetal başın inişiyle paralel olarak gerçekleşen servikal efasmanın rebozo grubunda daha hızlı gerçekleştiği, özellikle oturur pozisyonda uygulanan pelvis sallama rebozo (I. uygulama) tekniğinden sonra efasmanın grup içinde anlamlı bir şekilde arttığı belirlenmiştir (**Tablo 6.3.5**). Bu durum, rebozo tekniği uygulamasının fetal başın inişini hızlandırarak servikse daha hızlı baskı yapması ve bu sayede efasmanı arttırması olarak açıklanabilir.

Çalışma bulgularımıza benzer olarak Iversen et al. (2017) tarafından Danimarkalı kadınlar üzerinde rebozo tekniği etkilerinin incelendiği niteliksel

çalışmada; tekniğin çoğunluklu olarak fetal malpozisyonu düzeltmek ve fetal inişi hızlandırmak için uygulandığı; malpozisyonun düzeltilerek pelvik istasyonda takılı kalan fetal başın inişini kolaylaştırdığı, bu sayede doğum sürecine katkı sağladığı belirtilmiştir (26).

Cohen ve Thomas (2015) tarafından fetal malpozisyonun düzeltilmesi amacıyla rebozo tekniği uygulaması yapılan 24 yaşında 40 hafta 3 günlük gebelik haftasında, 3-6 dakikada bir ve 45-60 saniye süren kontraksiyonları olan nullipar bir gebeye serviks 7 cm dilate ve fetal baş -1'de iken, sırtüstü yatar pozisyonda, el-diz pozisyonunda göbek eleme ve diz-göğüs pozisyonunda kalça silkeleme rebozo tekniği uygulanmıştır. Uygulamadan 2 saat sonra yapılan muayenede servikal dilatasyonun 10 cm, fetal başın +1'de olduğu ve doğumun gerçekleştiği bildirilmiştir (25).

Çalışmamızda grupların doğum sürelerine bakıldığında; rebozo grubunun aktif faz süreninin kontrol grubuna göre 140 dk daha kısa olduğu görülmektedir (**Tablo 6.3.7**). Eylemin aktif fazında rebozo grubundaki gebeye oturma pozisyonunda pelvis sallama, el-diz pozisyonunda göbek eleme rebozo tekniği uygulanmış olup doğumun birinci evresinin aktif fazının kısaltması başarılmıştır.

Munafiah et al. (2020) tarafından servikal dilatasyon ve fetal inişi değerlendirmek amacıyla 10 deney 10 kontrol grubuna yapılan çalışmada ise deney grubunun servikal dilatasyonunun ve fetal inişin hızlandığı, doğum eyleminin aktif fazının kısaltıldığı belirtilmiştir (27).

Damayanti ve Fatimah (2021) tarafından rebozonun doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin incelendiği vaka sunumunda; nullipar 38 haftalık tekil bir gebeye kalça silkeleme ve göbek eleme rebozo tekniği uygulanmış ve doğumun ilk evresinin 3 saat kadar kısaltıldığı bildirilmiştir (120).

Bu çalışmada rebozo tekniği uygulaması sırasında kullandığımız maternal pozisyonların da doğumun birinci evresine etkisi göz ardı edilmemelidir. ACOG'un önerileri de dikkate alınarak deney grubundaki tüm gebelere doğumun birinci aşamasında uygulanan rebozo tekniği için supine pozisyonu, oturma pozisyonu, el-diz pozisyonu, yürüme pozisyonu, diz-göğüs pozisyonu tercih edilmiştir. Çalışmamızı destekleyici nitelikte olan ve 2013 yılında 5218 kadının dahil edildiği ve 25 çalışmanın

incelendiği Cochrane sistematik derlemesinde; doğumun ilk aşamasında kullanılan dik pozisyonların nullipar gebelerde birinci evreyi 1 saat 13 dakika kısalttığı belirtilmiştir. Yine aynı incelemede, doğum pozisyonları sonuçlarına bakıldığında oturma, ayakta durma, yürüme, diz çökme, çömelme pozisyonlarının sürekli yatma pozisyonuna göre doğumun birinci evresini 2 saat 11 dakika kısalttığı bildirilmiştir (62).

Lawrance et al. (2013) tarafından yapılan Cochrane incelemesinde; doğumun ikinci aşamasında kullanılan doğum pozisyonlarının bu aşamanın süresini kısaltmadığı (62), Gupta et al. (2017) tarafından yapılan Cochrane incelemesinde ise primipar gebelerde ikinci aşamada diz pozisyon kullanımı ile bu aşamanın süresinin ortalama 7.8 dk azaldığı bildirilmiştir (132).

Çalışmamızda geçiş fazında uygulanan diz-göğüs pozisyonunda rebozo tekniğinin ve ikinci evrede uygulanan çömelme pozisyonunda ıkınma rebozo tekniğinin doğum süresi açısından gruplar arasında bir farklılaşmaya sebep olmadığı belirlenmiştir ( $p>0,05$ ). Doğumun ikinci evresinin rebozo grubu ve kontrol grubunda benzer olmasının sebebi; kontrol grubunun çoğunluğunun müdahale edilmeksizin ıkınma evresinde kendi istekleri ile çömelme pozisyonu alması olarak açıklanabilir.

Total olarak çalışmamızdaki gebelerin doğum süreleri karşılaştırıldığında; aktif faz ile doğum arasındaki sürenin kontrol grubuna göre rebozo grubunda 144,9 dk daha kısa sürdüğü belirlenmiştir (**Tablo 6.3.7**). Bu doğrultuda doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniğinin doğum süresini anlamlı derecede kısalttığı görülmektedir ( $p<0,05$ ). **Elde edilen bu sonuç ile araştırmamızın  $H_0$  hipotezi reddedilmiş olup ‘‘Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği doğum süresini kısaltır.’’ olan  $H_2$  hipotezi kabul edilmiştir.**

#### 7.4. Katılımcıların ve Fetüslerinin Yaşam Bulgularına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada gebelerin yaşamsal ve fetüslerinin FKA takipleri hastaneye kabulde, I. uygulamadan hemen önce ve uygulamadan 30 dk sonra, II. uygulamadan hemen önce ve uygulamadan 30 dk sonra, III. uygulamadan hemen önce ve uygulamadan 30 dk sonra ve doğumun ikinci evresinde olmak üzere toplamda 8 defa incelenmiştir.

Fetal kalp hızının 110-160 bpm arasında olması normal, 110 bpm'nin altında olması fetal bradikardi ve 160 bpm'nin üzerinde olması fetal taşikardi olarak kabul edilmektedir (133). Rebozo tekniği uygulamasının rebozo grubundaki gebelerde bradikardik ya da taşikardik fetal kalp hızına sebep olmadığı, doğum eylemi boyunca iki grubun da FKA değerlerinin birbirine yakın ve normal değerler içinde olduğu görülmektedir (Rebozo:130,07-143,00 atım/dk, Kontrol: 128,47-140,77 atım/dk). Çalışmamızda sadece dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildiğinde el-diz pozisyonunda rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonraki değerlendirmede iki grup arasında anlamlı fark bulunmuş olup ( $p<0.05$ ) rebozo grubunun FKA ortalamasının 143,00 atım/dk, kontrol grubunun FKA ortalamasının 135,43 atım/dk olduğu görülmektedir (**Tablo 6.4.1**). Rebozo grubunun FKA değerinin daha yüksek olmasının nedeni, abdominal masaj ile fetüsün santral sinir sisteminin stimülasyonu ve buna bağlı olarak kalp atım hızının artması olarak düşünülebilir. Bu aşamadaki her iki FKA değeri de normal sınırlar içindedir. ACOG tarafından non farmakolojik yöntemlerin uygulanmasının fetal bir yan etkisi olmadığı bildirilmiştir (121). Bu çalışmada da rebozo tekniği uygulamasının fetal bir komplikasyona sebep olmadığı görülmüştür.

Vücut masajı ile vücutta ve sinir sisteminde gevşeme olmaktadır. Endorfin salgılanması sonucu damarlarda dilatasyon meydana geldiği ve sistolik kan basıncında azalma olduğu bildirilmiştir (134). Çalışmamızda gebelerin sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve solunum değerlerine bakıldığında; gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0.05$ ) ve doğum eylemi boyunca normal değerler arasında ilerlediği; tüm aşamalar için rebozo grubunda SKB değerlerinin 107,03-113,87 mmHg ve DKB değerlerinin 59,17-66,17 arasında olduğu, kontrol grubunda SKB değerlerinin 106,07-111,27 mmHg ve DKB değerlerinin 58,43-65,40 arasında olduğu, rebozo grubunda

solunum değerlerinin 18,93- 20,47 defa/dk kontrol grubunda solunum değerlerinin 18,83-20,60 defa/dk arasında olduğu ve solunumun iki grupta da ikinci aşamada en yuğek değerlere ulaştığı görülmektedir ulaştığı (**Tablo 6.4.6**). Bu durumda rebozo tekniği uygulamasının maternal kan basıncı ve solunum değerleri uzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Tekniğin maternal kan basıncını etkilememesinin sebeplerinden biri olarak dahil edilme kriterlerine göre risksiz gebelerin (hipertansif olmayan) araştırmaya dahil edilmesi olarak gösterilebilir. Çalışma sonucumuza benzer olarak nc elik (2016) tarafından yapılan araştırma sonucunda da akupressur uygulamasının maternal sistolik ve diastolik kan basıncında bir farklılığa sebep olmadığı bildirilmiştir (29).

Gebelerin nabız ve vücut ısısı değerlerine bakıldığında doğum eylemi boyunca normal değerler arasında ilerlese de anlamlı farklılıkların olduğu belirlenmiştir. Masaj uygulaması ile vücutta derin bir gevşeme olduğu ve SSS aktivasyonunun azaldığı, buna bağlı olarak nabız sayılarında azalma olabileceği bildirilmiştir (135) Bu çalışmada da rebozo grubunda nabız ölçümlerinin 83,03-85,77 atım/dk arasında, kontrol grubunda ise 84,50-88,50 atım/dk arasında değişkenlik gösterdiği **Tablo 6.4.4**'te görülmektedir. Dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğinde rebozo uygulama öncesi ve 30 dk sonraki, ikinci evredeki nabız ölçümleri kontrol grubunda anlamlı derecede daha yuğek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Yapılan çalışmalarda teröpatik dokunmanın kan basıncını ve kan şekerini azalttığı, kalp ritmini düzenlediği belirtilmiştir (136). Bu çalışmada da rebozo uygulaması sırasında gebelere aynı zamanda teröpatik dokunma uygulandığı da düşünülürse derin gevşeme ile gebelerin nabız değerlerinin azaldığı söylenebilir.

Dizaj (2020) tarafından ayak masajı uygulamasının etkilerinin incelendiği çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak kontrol grubunun nabız ölçümlerinin deney grubuna göre daha yuğek ve sıcaklık ölçümlerinin deney grubunda kontrol grubuna göre daha yuğek olduğu belirlenmiştir (99).

nc elik (2016) tarafından akupressur uygulamasının etkilerinin incelendiği çalışmada ise maternal sistolik ve diastolik kan basıncında bir farklılık olmadığı, kontrol grubunun nabız ölçümlerinin deney grubuna göre daha yuğek olduğu belirlenmiştir (29).

Masajın gevşetici etkisinden dolayı yaşam bulgularında olumlu yönde değişiklikler olabilmektedir (137). Rebozo grubunda vücut ısısı ölçümlerinin ise 36,16-36,25 °C, kontrol grubunda 36,16-36,27 °C arasında değişiklik gösterdiği **Tablo 6.4.5**'te görülmektedir. Rebozo grubunda sadece dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildiğinde uygulama öncesi vücut ısısı ölçümü kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Çalışma sonucumuza benzer olarak Dizaj (2020) tarafından yapılan çalışmada da deney grubunun sıcaklık ölçümü kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (99).

Vücut ısısı ve nabız değerlerinde gruplar arasında farklılık olsa da tüm değerlendirmelerin normal sınırlar içinde olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda maternal yaşamsal bulgular ve FKA değerleri incelendiğinde, rebozo tekniğinin bu değerler üzerinde herhangi bir anormal değişikliğe sebep olmadığı ve tekniğin kullanımının fetal ve maternal açıdan güvenilir olduğu belirlenmiştir.

## 7.5. Katılımcıların Ağrı Algılama Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum eyleminde uygulanan nonfarmakolojik yöntemler, KKT ve endorfin mekanizması ile doğum ağrısını azaltmaktadır. Aynı zamanda gebenin ağrısını doğal bir deneyim olarak görüp bu ağrı ile birlikte olmasını sağlar (18). Literatürdeki nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısına etkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında; Çapar (2019) tarafından yapılan çalışmada akupressur uygulaması ile deney grubunun VAS ortalamasının anlamlı derecede düşük olduğu (38), Dizaj (2020) tarafından yapılan çalışmada ayak masajı uygulaması ile deney grubunun GKÖ puanının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu (99), Kaplan (2021) tarafından yapılan çalışmada ayak refleksolojisi ve yönlendirilmiş imgelem uygulaması ile deney grubunun VAS değerinin uygulama öncesine göre azaldığı ve gruplar arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir (50). Bu çalışmada ise rebozo tekniği uygulamasından önce 1 defa, rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonra olmak üzere 3 defa VAS değerlendirmesi yapılmış olup totalde 4 defa değerlendirme yapılmıştır. Üç değerlendirmede (VAS II, VAS III, VAS IV) deney grubunun VAS skoru kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sadece uygulama öncesi 4 cm servikal dilatasyonda yapılan VAS I değerlendirmesi her iki grupta da 6,13 olarak eşit skorda tespit edilmiştir. Özellikle kontrol grubunun VAS skorlarının zamanla arttığı, rebozo grubunun ise neredeyse stabil ilerlediği belirlenmiştir (**Şekil 6.5.1**). Başlangıçta iki grubun da VAS skorunun eşit olup kontrol grubunun ağrı algısı zamanla artarken rebozo grubunda uygulama sonrası ağrı algısının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olması, rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. **Elde edilen bu sonuç ile araştırmamızın  $H_0$  hipotezi reddedilmiş olup ‘Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniği doğum ağrısı algısını azaltır.’ olan  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.**

Doğum ağrısının şiddetli bir ağrı olduğu bilinen bir gerçektir ve bu sebeple gebelerin yaklaşık %6-10'u doğum eylemine yönelik korku yaşamaktadır. Doğumda yaşanan anksiyete ve korku nosiseptif uyarıyı artırarak kortizol ve katekolamin seviyelerini artırır. Sempatik sinir sisteminin aktive olmasıyla vücut savunmaya hazırlandığı için uterusu giden kan akımı azalır ve şiddetli ağrı hissedilir (138). Junge et al. (2018) tarafından doğum korkusunun doğum ağrısına etkilerinin incelendiği



çalışmada; doğum korkusu yaşayan gebelerin yaşamayan gebelere göre ağrı skorlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (138). Bu sebeple ACOG (2019) raporunda doğum eyleminde gebeye sürekli emosyonel destek verilmesinin ağrı algısını ve analjezi ihtiyacını azaltacağını bildirmiştir (121). Çalışmamızda rebozo grubundaki gebelerin VAS skorlarının daha düşük olması, rebozo tekniği uygulaması ile ebe ve gebe arasındaki iletişimin sağlanıp gebenin tekniği uygulayan sağlık profesyoneline güvenmesi ile yakından ilişkilidir. Bu sayede gebeler eylem boyunca ebeden emosyonel destek alarak kendini yalnız hissetmemiş, eyleme yönelik korku ve anksiyetesi azalmıştır.

Damayanti ve Fatimah (2021) tarafından rebozonun doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin incelendiği vaka sunumunda; doğum eyleminde gebenin ağrı skorunun rebozo tekniği uygulamasından önce 7-10 arasındayken uygulamadan sonra 4-6 arasında olduğu bildirilmiştir (120). Bizim çalışmamızda rebozo grubunun VAS skoru ortalamalarının 5,47-6,13 arasında, kontrol grubunun ise 6,13-9,36 arasında olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.5.1**).

Iversen et al. (2017) tarafından rebozo tekniğinin etkilerini incelemek amacıyla yapılan nitel çalışmada ise gebelerin analjeziye daha az ihtiyaç duyduğu ve tekniğin özellikle doğum sırasında yaşanan bel ağrısını hafiflettiği belirtilmiştir (26).

Yaşanan ağrı deneyimi veya menstruasyon ağrısı deneyimi ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalar mevcuttur. Melzack ve Belanger (1989) tarafından gebelik öncesi yaşanan bel ve adet ağrısının doğum ağrısı ile ilişkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada; gebelikten önce yaşanan bel ağrısının doğum ağrısı ile bir ilişkisi olmadığı fakat gebelik sırasında yaşanan ağrının doğum ağrısı ile ilişkili olabileceği, menstruasyon ağrısı ile doğum ağrısı skorları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (139). Bu durum Melzack ve Belanger tarafından gebelik döneminde uterusun büyümesiyle sırt ve bel kaslarının zorlanmasına ve hem menstruasyon hem de doğumda aşırı prostaglandin üretimine bağlı ağrı oluşması olarak açıklanmıştır. Dizaj (2020) tarafından yapılan çalışmada gebelikten önce dismenore yaşayan gebelerin doğum eylemi GKÖ I düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (99). Bu çalışmalardan farklı olarak Niven ve Gijssber (1984) tarafından yapılan çalışmada ise daha önce diş ağrısı, baş ağrısı, migren ağrısı

ve menstruasyon ağrısı gibi ağrı deneyimi yaşayan gebelerin düşük ve orta düzeyde doğum ağrısı yaşadığı, çok az ağrı deneyimi yaşayan gebelerin ise yüksek düzeyde doğum ağrısı yaşadığı bildirilmiştir (87). Bu durum daha önce ağrı deneyimi yaşamayan ya da çok az yaşayan kadınların doğum ağrısı ile baş etmelerinin güç olduğu anlamına gelmektedir. Niven ve Gijssber tarafından yapılan bu çalışma, bizim çalışmamızdaki rebozo grubunun %90'ının kontrol grubuna göre daha yüksek şiddette gebelik öncesi adet ağrısı yaşayıp VAS değerlerinin daha düşük çıkması sonucunu desteklemektedir (**Tablo 6.5.1**).



## 7.6. Rebozo Tekniği Etkilerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmanın bulguları incelendiğinde rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısını azalttığı ve doğum süresini kısalttığı belirlenmiştir. Bu kısımda sadece gebelerin öznel değerlendirmesine göre rebozo tekniğinden memnuniyet düzeyleri ve etkisine dair inançları değerlendirilmiştir. Gebelerin %90'ının teknikten çok memnun kaldığı ve %70'inin rebozo tekniğinin doğum ağrısını giderme açısından çok, %23,3'ünün orta düzeyde etkili bulduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.6.1**).

Iversen et al. (2017) tarafından yapılan çalışmada; gebelerin rebozo tekniğini ağrıyı azaltmak için anneye ve bebeğe zarar vermeyen bir uygulama olduğuna düşündükleri, bel ve kalçada oluşan ağrılar üzerinde sallama ve eleme hareketlerinin kasları gevşetmesi sayesinde etkili olduğuna inandıkları, teknik sayesinde kontraksiyonlarının düzenli hâle geldiğini düşündükleri belirtilmiştir. Gebeler, ebenin rebozo tekniği uygulaması ile kendilerini daya iyi ve eylemi sürdürme konusunda daha güçlü hissettiklerini, zihinsel olarak rahatlama yaşadıklarını söylemişlerdir (26).

## 7.7. Yenidoğan Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu çalışmada doğum sonrası yenidoğan özellikleri karşılaştırıldığında; tüm gebelerde fetüsün doğum pozisyonu oksiput anterior olarak belirlenmiştir (**Tablo 6.7.1**). Fetal başın pozisyonunun oksiput posterior olması hissedilen ağrının şiddetini arttırmakta ve doğum süresini uzatmaktadır (16). Çalışmamızda fetal baş pozisyonu açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmaması ( $p>0,05$ ), bu değişkenin doğum ağrısı algısını ve doğum süresini etkilemediğini göstermektedir.

Doğumun süresini etkileyen birçok faktör tanımlanmıştır. Bunlardan biri de yenidoğanın ölçüleridir. Genellikle gebelik haftasına göre büyük bebeklere sahip olan gebelerin doğumlarının daha uzun sürdüğü ya da daha yüksek sezaryen oranı ile sonuçlandığı bildirilmektedir (60).

Çalışmamızda yenidoğanların kilo, boy ve baş çevresi ölçümlerine bakıldığında; rebozo grubundaki yenidoğanların ortalama 3242,67 gr ağırlığında, 49,81 cm uzunluğunda ve 33,78 cm baş çevresinde olduğu, kontrol grubundaki yenidoğanların ortalama 3163,50 gr ağırlığında, 49,66 cm uzunluğunda ve 33,86 cm baş çevresinde olduğu tespit edilmiştir (**Tablo 6.7.1**). Yine gruplar arasında anlamlı bir fark olmaması ( $p>0,05$ ) bu değişkenlerin doğum ağrısı algısını ve doğum süresini etkilemediğini göstermektedir.

Blankenship et al. (2019) tarafında gebelik haftasına göre büyük olan bebekleri olan gebelerde doğumun birinci aşamasını incelemek amacıyla yapılan çalışmada; gebelik haftasına göre bebekleri büyük olan nullipar gebelerin aktif fazının daha uzun sürdüğü belirtilmiştir (140). Chen et al. (2018) tarafından yapılan çalışmada nullipar gebelerde doğumun birinci evresinin aktif fazının, ikinci evresinin ve total doğum süresinin fetal ağırlık ile değişkenlik gösterdiği; en uzun doğum süresinin 3500-4000 gr ağırlığında, en kısa doğum süresinin ise 2500-3000 gr ağırlığında yenidoğana sahip gebelerde olduğu belirtilmiştir (56). Bizim çalışmamızda gebelerin gebelik haftasının 38,90 olması (**Tablo 6.2.1**) ve yenidoğan ölçülerinin de gebelik haftası ile uyumlu olması sebebiyle yenidoğanın ölçülerinin doğum süresini değiştirmediği belirlenmiştir.

Bu çalışmaya benzer olarak Öncü Çelik (2016) tarafından akupressur uygulamasının etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmada; yenidoğanların doğum ağırlığı ortalamasının deney grubunda 3349 gr, kontrol grubunda 3317 gr olduğu belirlenmiştir (29).

Neonatal değerlendirmede resüsatif müdahaleye ihtiyaç duyulan yenidoğanların saptanması ve neonatal iyilik halinin belirlenmesi amacıyla aktivite (activity), kalp atışı (pulse), yüz buruşturma (grimace), cilt rengi (appearance) ve solunum (respiration) parametrelerinin baş harflerinden oluşan APGAR skorlaması kullanılmaktadır. Bu skor 1. ve 5. dakikada, her bir değişkene 0-2 arasında puan verilmesi ile değerlendirilmektedir (141,142). Skor sonucunun 8-10 arasında olması yenidoğanın canlı ve güçlü olduğunu, 4-7 arasında olması yenidoğanın oksijene ihtiyacı olduğunu ve 4'ün altında olması yenidoğanın acilen resüsitasyona ihtiyacı olduğunu göstermektedir. 1. dakika APGAR skorunun düşük olması yenidoğanın ileriki yaşamını etkilemezken 5. dakika skorunun düşük olması serebral palsy riskini artırır (142).

Çalışmamızda yenidoğanların Apgar skorlarına bakıldığında ise; 1. dakika Apgar skoru ortalamasının rebozo grubunda 8,20, kontrol grubunda 8,57 olduğu ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı ( $p>0,05$ ), 5. dakika Apgar skoru ortalamasının rebozo grubunda 9,37, kontrol grubunda 9,77 olduğu ve kontrol grubu ortalamasının rebozo grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ) belirlenmiştir (**Tablo 6.7.2**). 5. dakika Apgar skoru için gruplar arasında anlamlı fark görülse de skor sonucunun 8-10'un altında olmaması neonatal açıdan risk oluşturmamaktadır.

## 8. SONUÇ

Doğum eyleminde uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisini incelediğimiz çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Katılımcıların gebelik haftası ortalamasının 38,90 olduğu ve eşlerinin/kendilerinin gebeliği istediği, yaş, boy, kilo ve BKİ ortalamalarının rebozo ve kontrol grubunda benzer olduğu; iki grupta da BKİ ortalaması fazla kilolu, eğitim durumu üniversite ve üzeri, çalışma durumu ev hanımı olan kadınların oranının fazla olduğu, çoğunun Marmara Bölgesi'nde bir ilde çekirdek aile olarak yaşadığı; sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin iki grupta da benzer olup aralarında anlamlı bir fark bulunmadığı,
- Rebozo tekniğinin kontraksiyon sıklığını etkilemediği fakat şiddetini ve süresini azalttığı,
- Tekniğin servikal dilatasyona etki etmediği fakat fetal başın inişini hızlandırarak beraberinde servikal efasmanı da hızlandırdığı,
- Rebozo tekniğinin doğumun aktif fazını 140 dk kısalttığı, geçiş fazı, ikinci evre ve plasenta ayrılma süresine etki etmediği, totalde ise aktif faz ile doğum arasındaki süreyi 144,9 dk kısalttığı ve bu durumda çalışmamızın H<sub>2</sub> hipotezinin doğrulandığı,
- Rebozo tekniğinin FKA değerlerini bozmadığı, maternal sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı, solunum değerlerini etkilemediği; nabız ve vücut ısısı değerlerinde anlamlı farklılıklar olsa da normal sınırlar içinde olduğu, maternal ve fetal bir yan etkisinin olmadığı,
- Tekniğin uygulanması ile rebozo grubunun VAS değerlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu ve çalışmamızın H<sub>1</sub> hipotezinin doğrulandığı,
- Gebelerin çoğunluğunun teknikten memnun kalarak doğum ağrısını gidermede çok etkili bulunduğu,
- Yenidoğan fiziksel ölçümlerinin iki grupta da birbirine çok yakın olduğu,

- Tekniğin rebozo grubunda 1. dakika Apgar skorunu etkilemediği fakat 5. dakika Apgar skorunda anlamlı bir düşüş olduğu; yine de skorun 8-10 arasında normal değerler içinde olduğu belirlenmiştir.

### **Bu sonuçlar doğrultusunda;**

Rebozo tekniğinin doğum ağrısını azalttığı, doğum süresini kısalttığı ve gebelerin teknikten oldukça memnun kaldığı göz önünde bulundurulduğunda, doğum salonlarında ebeler tarafından verilen rutin bakıma dahil edilmesi etkili bir doğum yönetimi için faydalı olacaktır. Tekniğin kanıtlanmış fetal ve maternal bir yan etkisinin olmaması sebebiyle ebelerin tekniği kullanması konusunda cesaretlendirilmesi ve uygulama hakkında yaygın eğitimlerin düzenlenmesi önemlidir.

Tekniğin etkilerinin değerlendirildiği çalışmaların kısıtlı olması ve ülkemizde bu konuda yayınlanmış çalışmalar olmaması sebebiyle rebozo tekniğinin etkilerinin incelendiği deneysel çalışmaların mutlaka artırılması gerekmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Tuğcu B, Haşimoğlu O. Ağrı Cerrahisinin Tarihçesi. *Türk Nöroşir Derg.* 2019;29(2):122–6.
2. Köksal Ö, Taşçı Duran E. Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *DEUHYO ED.* 2013;6(3):144–8.
3. Perl ER. Ideas about pain, a historical view. *Nat Rev Neurosci.* 2007 Jan;8(1):71–80.
4. Aslan R. Ağrı Duygusu ve Tarihçesi. *Göller Bölgesi Aylık Ekon ve Kültür Derg.* 2020;7(84):57–64.
5. Magovan B, Owen P, Thomson A. Labour and analgesia. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, editors. *Clinical Obstetrics and Gynaecology.* 4.Edition. China: Elsevier; 2019. p. 275–91.
6. Uludağ E, Mete S. Doğum Eyleminde Destekleyici Bakım. *Cumhur Hemşirelik Derg.* 2014;3(2):22–9.
7. Ertem G. Doğumda Analjezi ve Anestezi. In: Şirin A, editor. *Kadın Sağlığı.* 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p. 663–8.
8. Purwanti AS. Effect of Application Rebozo Techniques on Pain Intensity and Anxiety Levels to the Mother Gives Birth 1st Phase of Active. In *The 4th International Conference On Health Science (ICH);* 2020.
9. Hoyt MR. Anesthesia for Labor and Delivery. In: Martin JR, Fanaroff AA, Walsh CM, editors. *Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine.* 11. Editio. Philadelphia: Elsevier; 2019. p. 424–39.
10. Bonapace J, Gagne P, Chaillet N, Gagnon R, Hebert E, Buckley S. Physiologic Basis of Pain in Labour and Delivery: An Evidence-Based Approach to its Management. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2018;40(2):227–45.
11. Nathan N, Wong C. Spinal, Epidural, and Caudal Anesthesia: Anatomy, Physiology, and Technique. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin



- Y, Myhre J, editors. Chestnut's Obstetric Anesthesia. 6. Edition. China: Elsevier; 2020. p. 238–70.
12. Çelik H, Çetinkaya BM. İntrapartum Bakım. In: Demir CS, Güleç Küçükgöz Ü, editors. Obstetrics and Gynecology (Obstetrik ve Jinekoloji). 7. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2015. p. 93–104.
  13. Moralar Genç D, Türkmen A, Altan A. Doğum Analjezisi. Okmeydanı Tıp Derg. 2011;27(1):5–11.
  14. Pan P, Booth J. The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, et al., editors. Chestnut's Obstetric Anesthesia. 6. edition. China: Elsevier; 2020. p. 422–40.
  15. Taşkın L. Doğum Eylemi. In: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2007. p. 275–304.
  16. Grant JG. Pharmacologic management of pain during labor and delivery [Internet]. UpToDate. 2022. Available from: 12/02/2022 tarihinde erişim sağlandı.
  17. Aksoy DY, Erdemoğlu Ç, Özşahin Z, Karakayalı Ç. Annenin Doğumu Algılamasının Doğum Sonu Güvenlik Hissine Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilim Derg. 2019;2(3):88–95.
  18. Tandoğan Ö, Oskay Ü. Doğum Ağrısının Giderilmesinde Rebozo Tekniği. BANÜ Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg. 2021;3(1):39-44.
  19. Caughey BA, Tilden E. Nonpharmacologic approaches to management of labor pain [Internet]. UpToDate. 2021. Available from: 12/02/2022 tarihinde erişim sağlandı.
  20. Minehart DR, Minnich EM. Childbirth Preparation and Nonpharmacologic Analgesia. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, et al., editors. Chestnut's Obstetric Anesthesia. 6. Edition. China: Elsevier; 2020. p. 441–52.

21. Akın B, Koçoğlu D. Randomize Kontrollü Deneyler. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;4(1):73–92.
22. Yılar Erkek Z, Pasinlioğlu T. Doğum Ağrısında Alternatif Bir Yöntem: Ayak Refleksolojisi (An Alternative Method for Labor Pain: Foot Reflexology). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;4(1):53–61.
23. The Rebozo: Cultural Backgrounds [Internet]. Antama. 2019. Available from: 15/02/2022 tarihinde <https://antamashop.com/blogs/antama/rebozo> adresinden erişim sağlandı.
24. Aydın R, Ünlü V, Hüseyinoğlu S. Makat Prezantasyonun Sefalik Rotasyonunda Etkili Olan Yöntemler. Sağlık Bilim ve Araştırmaları Derg. 2020;2(2):103–12.
25. Cohen SR, Thomas CR. Rebozo Technique for Fetal Malposition in Labor. J Midwifery&Women’s Heal. 2015;60(4):445–51.
26. Iversen ML, Midtgaard J, Ekelin M, Hegaard HK. Danish women’s experiences of the rebozo technique during labour: A qualitative explorative study. Sex Reprod Healthc. 2017;11:79–85.
27. Munafiah D, Puji L, Mike A, Parada M, Rosa M, Demu M. Manfaat Teknik Rebozo Terhadap Kemajuan Persalinan. Midwifery Care J. 2020;1(3):23–7.
28. Acar K, Acar H, Demir F, Aslan FE. Cerrahi Sonrası Ağrı İnsidansı ve Analjezik Kullanım Miktarının Belirlenmesi. ACU Sağlık Bil Derg. 2016;6(2):85–91.
29. Çelik Öncü H. Travayda Yapılan Akupressur Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Süresine Etkisi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.6, İstanbul; 2016.
30. Aydın ON. Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. ADÜ Tıp Fakültesi Derg. 2002;3(2):37–48.
31. Kumar N. WHO Normative Guidelines on Pain Management. Report of a Delphi Study to determine the need for guidelines and to identify the number and topics of guidelines that should be developed by WHO. Geneva; 2007.

32. Türk Algoloji-Ağrı Derneği. Ağrı Nedir [Internet]. 2018. Available from: <https://algoloji.org.tr/agri-nedir/> adresinden 11.11.2021 tarihinde alındı.
33. Türk Dil Kurumu Sözlükleri [Internet]. 2019. Available from: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden 11.11.2021 tarihinde alındı.
34. Carpenito-Moyet LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 13.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.; 2013. s. 368, s.374.
35. Uyar M, Köken İ. Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. TOTBİD Derg. 2017;16:70–6.
36. Ökten İA. Ağrı ve Sanat. Türk Nöroşir Derg. 2016;26(1):1–4.
37. Öztürk H. Ağrının Tarihçesi Üzerine Bir Değerlendirme. Lokman Hekim Derg. 2013;26–7.
38. Çapar Y. Doğum Ağrısının Yönetiminde Sıcak ve Soğuk Akupressür Uygulamasının Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi. T.C. Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.7, Erzurum; 2019.
39. Çöçelli Pirbudak L, Bacaksız DB, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Derg. 2008;14:53–8.
40. Yağcı Ü, Saygın M. Ağrı Fizyopatolojisi. SDÜ Tıp Fak Derg. 2019;26(2):209–20.
41. Hall EJ. Somatik Duyular: II. Ağrı, Başağrısı ve Termal Duyular. In: Yeğen Çağlayan B, editor. Guyton anı Hall Medical Physiology (Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji). 12. Baskı. İstanbul: NobelTıp Kitabevleri; 2013. p. 583–93.
42. On Yağız A. Kronik Ağrı Etiyopatogenezi. Türkiye Klin. 2017;10(3):234–41.
43. İpek A. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum; 2014.
44. Şentürk AH. Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri ve Mekanizmaları. Med Res Rep. 2018;1(3):78–81.

45. Ceyhan D, Güleç SM. Postoperatif ağrı sadece nosiseptif ağrı mıdır? Ağrı. 2010;22(2):47–52.
46. Elmalı Şimşek H, Ecevit Alpar Ş. Ağrıyı Azaltmada Tamamlayıcı Bir Yöntem Olarak Su Jok Uygulaması. Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Derg. 2020;3(2):265–72.
47. Ay S, Evcik D. Nöropatik Ağrı ve Tedavisi. Yeni Tıp Derg. 2007;24(2):70–4.
48. Yıldızeli, Topçu S. Üst Abdominal Cerrahi Girişim Uygulanan Hastalarda Hemşireler Tarafından Öğretilen Gevşeme Tekniklerinin Ağrı Kontrolü Üzerine Etkisi. T.C. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne; 2008.
49. Eroğlu A, Arslan S. Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2018;8(1):52–60.
50. Kaplan E. Yönlendirilmiş İmgelem ve Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısı, Süresi ve Doğum Memnuniyeti Üzerine Etkisi. T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Gaziantep; 2021.
51. Yeşilyurt M, Faydalı S. Ağrı Değerlendirmesinde Tek Boyutlu Ölçeklerin Kullanımı. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2020;23(3):444–51.
52. Özveren H, Faydalı S, Gülnar E, Faydalı Dokuz H. Hemşirelerin Ağrı Değerlendirmesine İlişkin Tutum ve Uygulamaları. J Contemp Med. 2018;8(1):60–6.
53. Sung YT, Wu JS. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. Behav Res Methods. 2018;50(4):1694–715.
54. Wewers ME, Lowe NK. A Critical Review of Visual Analogue Scales in the Measurement of Clinical Phenomena. Res Nurs Health. 1990;13:227–36.
55. Karaca Saydam B. Doğum Eylemi. In: Şirin A, editor. Kadın Sağlığı. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Yayıncılık; 2008. p. 646–62.
56. Chen H, Cao L, Cao W, Wang H, Zhu C, Zhou R. Factors affecting labor

- duration in Chinese pregnant women. *Med.* 2018;97(52).
57. Gunnarsson B, Skogvoll E, Jónsdóttir IH, Røislien J, Smáráson KA. On predicting time to completion for the first stage of spontaneous labor at term in multiparous women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):183.
  58. Vahratian A, Hoffman MK, Troendle JF, Zhang J. The impact of parity on course of labor in a contemporary population. *Birth.* 2006;33(1):12–7.
  59. Laughon SK, Branch SW, Beaver J, Zhang J. Changes in labor patterns over 50 years. *Am J Obs Gynecol.* 2012;206(5).
  60. Leftwich HK, Gao W, Wilkins I. Does increase in birth weight change the normal labor curve? *Am J Perinatol.* 2015;32(1):87–92.
  61. Kibuka M, Price A, Onakpoya I, Tierney S, Clarke M. Evaluating the effects of maternal positions in childbirth: An overview of Cochrane Systematic Reviews. *Eur J Midwifery.* 2021;5(57).
  62. Lawrance A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;9(10).
  63. Çiçek Ö, Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. *DEUHFED.* 2015;8(4):263–8.
  64. Hutchison J, Mahdy H. Stages of Labor. In: *Statpearls.* StatPearls Publishing; 2022.
  65. Pan P. Obstetric Pain. In: *Wall & Melzack's Textbook of Pain.* 2012. p. 772–92.
  66. Lucero J, Rollins M. Obstetrics. In: *Basics of Anesthesia.* 2018. p. 553–86.
  67. Çerezci Güner Ö, Kavlak O. Doğum. In: Sevil Ü, Ertem G, editors. *Perinatoloji ve Bakım.* Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.
  68. Kaçar N. Mekanik Masaj ile Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması. T.C. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2019.

69. Subramaniam A, Tita TNA, Rouse DJ. Obstetric Management of Labor and Vaginal Delivery. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, editors. Chestnut's Obstetric Anesthesia. 6. Edition. China: Elsevier; 2020. p. 393–408.
70. Lowe NK. Parity and pain during parturition. *J Obs Gynecol Neonatal Nurs.* 1987;16(5):340–6.
71. Gaston-Johansson F, Fridh G, Turner-Norvell K. Progression of labor pain in primiparas and multiparas. *Nurs Res.* 1988;37(2):86–90.
72. Ranta P, Jouppila P, Jouppila R. The intensity of labor pain in grand multiparas. *Acta Obs Gynecol Scand.* 1996;75(3):250–4.
73. Bilge Ç, Kızılkaya Beji N. Adölesan gebelikler ve üreme sağlığı sorunları. *Kadın Cinsel Sağlığı.* :154–6.
74. Abushaikha L, Oweis A. Labour pain experience and intensity: A Jordanian perspective. *Int J Nurs Pract* 2. 2005;11:33–8.
75. Sittner B, Hudson DB, Grossman CC, Gaston-Johansson F. Adolescents' perceptions of pain during labor. *Clin Nurs Res.* 1998;7(1):82–9.
76. Amiri P, Mirghafourvand M, Esmailpour K, Kamalifard M, Ivanbagha R. The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):534.
77. Ertem G, Sevil Ü. Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniv Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2005;8(2):117–23.
78. Öztürk T. Travayda Primipar Gebelerin Doğum Korkusunun Giderilmesinde Hemşirelik Desteğinin Etkisi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2014.
79. Arslan S, Okcu G, Coşkun AM, Temiz F. Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. *HSP.* 2019;6(1):179–92.
80. Labor S, Maguire S. The Pain of Labour. *Rev Pain.* 2008;2(2):15–9.
81. Hoffman HG, Patterson DR, Carrougher GJ. Use of virtual reality for adjunctive

- treatment of adult burn pain during physical therapy: a controlled study. *Clin J Pain*. 2000;16(3):244–50.
82. Wint SS, Eshelman D, Steele J, Guzzetta CE. Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2002;29(1).
  83. Amanak K. The effect of the sound of the ney (reed flute) on women in labour in Bursa, Turkey. *J Pak Med Assoc*. 2020;70(11):1934–7.
  84. Bohren MA, Bergeri BO, Munthe-Kaas H, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3).
  85. Çıtak Bilgin N, Ak B, Coşkuner Potur D, Ayhan F. Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler. *HSP*. 2018;5(3):342–52.
  86. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2015;4(2):54–8.
  87. Niven C, Gijsbers K. A study of labour pain using the McGill Pain Questionnaire. *Soc Sci Med*. 1984;19(12):1347–51.
  88. Pirdel M, Pirdel L. Perceived Environmental Stressors and Pain Perception During Labor Among Primiparous and Multiparous Women. *J Reprod Infertil*. 2009;10(3):217–23.
  89. Slujis A, Clarien M, Scherjon S, Wijma K. Does fear of childbirth or family history affect whether pregnant Dutch women prefer a home- or hospital birth? *Midwifery*. 2015;31(12):1143–8.
  90. Slujis A, Clarien M, Lith JMM, Wijma B, Wijma K. Is fear of childbirth related to the woman's preferred location for giving birth? A Dutch low-risk cohort study. *Birth*. 2020;47(1):144–52.
  91. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obs Gynecol*. 2002;186(5):160–72.
  92. Timur Taşhan S, Boybay Koyuncu S. Kadınların Doğuma Yönelik

- Kullandıkları Geleneksel Yöntemler ve Etkileyen Faktörler. *Doğum-Kadın Sağlığı ve Hast Hemşireliği*. 2018;9(2):150–5.
93. Şahin M, Erbil N. Doğum ve Medikalizasyon (Birth and Medicalization). *Ordu Univ J Nurs Stud*. 2019;2(2):120–30.
  94. Caton D. The History of Obstetric Anesthesia. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, et al., editors. *Chestnut's Obstetric Anesthesia*. 6.edition. China: Elsevier; 2020. p. 2–11.
  95. Setty T, Fernando R. Systemic Analgesia: Parenteral and Inhalational Agents. In: Chestnut D, Wong C, Tsen L, Kee NDW, Beilin Y, Myhre J, et al., editors. *Chestnut's Obstetric Anesthesia*. 6.Edition. China: Elsevier; 2020. p. 453–73.
  96. Mongan FM. Hypnobirthing Mongan Yöntemi. 3.Basım. Çoker H, editor. Çeviri: Bakkal Kalem A. İstanbul: Gün Yayıncılık; 2016. 61–70 p.
  97. Avcıbay B, Alan S. Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*. 2011;4(3):18–24.
  98. Matefoni RR, Rodrigues MH, Maristela de Silva Jacob L, Shimo AKK. Effectiveness of auriculotherapy on anxiety during labor: a randomized clinical trial. *Rev Lat Am Enferm*. 2018;26.
  99. Dizaj Aghil P. Primipar Annelerde Latent Fazda Yapılan Ayak Masajının Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi -Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul; 2020.
  100. Akın B, Karaca Saydam B. Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Yeni Bir Yaklaşım: Doğum Dansı. *GÜSBD*. 2017;6(3):218–24.
  101. Kirby G. Comfort and Strength in Labor Using the Rebozo [Internet]. Feed Fabrik; 2011. Available from: 15/02/2022 tarihinde <https://static1.squarespace.com/static/560c5069e4b093206c059561/t/5631968ae4b03329c8b078f6/1446090378105/RebozoBasicBook-3-2.pdf> sitesinden 30/01/2021 adresinden erişim sağlandı.
  102. Laughlin EA. The Intercontinental Reflections of an Eighteenth-Century



- Mexican Rebozo. In Textile Society of America Symposium Proceedings, University of Nebraska – Lincoln; 2016.
103. Davis V. The Mexican Jaspe (Ikat) Rebo The Mexican Jaspe (Ikat) Rebozo: Comments On Its History, Significance And Prevalence. In Textile Society of America Symposium Proceedings, University of Nebraska – Lincoln; 1988. p. 117–21.
104. Sales WB, C OAS, Rocha ES, Constantino AEA, Geronimo CA, Elesbao JVG, et al. A Técnica de Rebozo na Atenção à Mulher no Ciclo Gravídico-puerperal: Uma Revisão Integrativa. Res Soc Dev. 2020;9(7).
105. Rebozo Manteada ve Spinning Babies [Internet]. Spinning Babies. 2022. Available from: 15/02/2022 tarihinde <https://www.spinningbabies.com/pregnancy-birth/techniques/other-techniques/rebozo-manteada-4/> adresinden erişim sağlandı.
106. Mamuk R. Gebelikle İlişkili Bel Ağrısı. Sak Üniversitesi Holistik Sağlık Derg. 2019;2(3):13–25.
107. Özel İE, Tavşanlı NG. Gebelikte Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. IAAOJ Sağlık Bilim Derg. 2020;6(2):134–50.
108. Şen G. Gebelikte Görülen Yakınmaların Uyku Kalitesine Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.; 2020.
109. Mete S, Uludağ E. Doğumda Destekleyici Bakımda Hypnobirthing Felsefesinin Kullanılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Derg. 2017;10(1):52–9.
110. Yücel Ü, Akın B. Doğum Ortamının Mekansal Düzenlenmesi: Bir Gözden Geçirme Çalışması. In: 3 rd International Science Symposium, Proceeding Book. Elazığ: Fırat Akademi; 2018. p. 123–9.
111. Pehlivan N, Bozkurt Demirel Ö. Doğumun İkinci Evresinde Dikey Pozisyon: Dikey Doğum Koltuğu. Acta Medica Nicomedia. 2020;3(1):42–8.

112. Erçel Ö, Kahyaoğlu Süt H. Postpartum Dönem Kadınlarında Uyku ve Yaşam Kalitesi. *Türk Uyku Tıbbı Derg.* 2020;1.
113. Fallon V, Groves R, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum Anxiety and Infant-Feeding Outcomes. *J Hum Lact.* 2016;32(4):740–58.
114. Çevik A, Alan S. Doğum Sonu Dönemde Yapılan Geleneksel Uygulamalar. *Lokman Hekim Derg.* 2020;10(1):14–22.
115. Additional Birth Tools For Labour Companions [Internet]. Hypnobirthing Intenational The Mongan Method. 2021. Available from: 03/03/2022 tarihinde <https://hypnobirthing.com.au/blog/additional-birth-tools-for-labour-companions/> adresinden erişim sağlandı.
116. Beydağ K, Merih Doğan Y, Esencan Yılmaz T. Doğumhanede Çalışan Hemşire ve Ebelerin Parfograf Kullanımı ve Partografin Gerekliğine Yönelik Görüşleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2013;2(2).
117. Eti-Aslan F. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg.* 2002;6(1):12.
118. George D, Mallery M. SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference. In: 17.0 updat. Boston: Pearson; 2010.
119. Tabachnick G, Fidell S. Using Multivariate Statistics. In: 6th ed. Boston: Pearson; 2013.
120. Damayanti A, Fatimah YU. The Effect Of Rebozo Technique To Recuding Pain and Progress Maternity. In: Proceeding of the 4th International Conference on Interprofessional Health Collaboration and Community Empowerment. 2021. p. 208–10.
121. ACOG Committee Opinion No. 766: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obs Gynecol.* 2019;133(2).
122. Greenberg MB, Cheng YW, Sullivan M, Norton ME, Hopkins LM, Caughey AB. Does length of labor vary by maternal age? *Am J Obs Gynecol.* 2007;197(4).

123. Rasmussen S, Bungum L, Hoie K. Maternal age and duration of labor. *Acta Obs Gynecol Scand.* 1994;73:231–4.
124. İstatistik Veri Portalı [Internet]. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2020. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> adresinden 15/04/2022 tarihinde erişim sağlandı.
125. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018. Available from: [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) adresinden 15/04/2022 tarihinde erişim sağlandı.
126. Hilliard AM, Chauhan SP, Zhao Y, Rankins NC. Effect of obesity on length of labor in nulliparous women. *Am J Perinatol.* 2012;29(2):127–32.
127. Kominiarek MA, Zhang J, Vanveldhuisen P, Troendle J, Beaver J, Hibbard JU. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *Am J Obs Gynecol.* 2011;205(3).
128. Yılar Z. Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Erzurum; 2014.
129. Hamlacı Y. L14 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.; 2013.
130. Uzun Aksoy M, Gürsoy E. Olumlu Bir Gebelik Deneyimi İçin Dünya Sağlık Örgütü Antenatal Bakım Önerileri. *Uluslararası Hakemli Kadın Hast ve Anne Çocuk Sağlığı Derg.* 2016;14:115–29.
131. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı; 2014.
132. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;

133. Özyer Ş, Özel Ş, Aksoy RT, Engin-Üstün Y. İntrapartum Fetal Kalp Hızı Değerlendirmesi. *Jinekoloji - Obstet ve Neonatoloji Tıp Derg.* 2017;14(3):133–7.
134. Vahedian-Azimi A, Ebadi A, Jafarabadi MA, Saadat S, Ahmadi F. Effect of massage therapy on vital signs and GCS scores of ICU patients: a randomized controlled clinical trial. *Trauma Mon.* 2014;19(3).
135. Jenabi E, Hjiiloo Mohajeran M, Torkamani M. The effect of reflexology on relieving the labor pain. *Iran J Obstet Gynecol Infertil.* 2012;14(8):34–8.
136. Turan N. Yoğun Bakım Ünitesinde Terapötik Dokunmanın Önemi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;6(3):134–9.
137. Hajihosseini F, Avazeh A, Elahi N, Shariati A, Souri H. The effect of massage on comatos patients' vital signs, hospitalized in intensive care units. *J Arak Univ Med Sci.* 2006;9(3):26–35.
138. Junge C, Soest T, Weidner K, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Labor pain in women with and without severe fear of childbirth: A population-based, longitudinal study. *Birth.* 2018;45(4):1–9.
139. Melzack R, Belanger E. Labour pain: correlations with menstrual pain and acute low-back pain before and during pregnancy. *Pain.* 1989;36(2):225–9.
140. Blankenship S, Woolfolk C, Raghuraman N, Stout MJ, Macones GA, Cahill AG. First stage of labor progression in women with large-for-gestational age infants. *Am J Obs Gynecol.* 2019;221(6):1.e1-1.e11.
141. Köse O, Özdemir S. Fetal Morbiditeyi Öngörmede Umblikal Arter Kan pH'i ve Birinci Dakika APGAR Skorunun Değerleri. *KÜ Tıp Fak Derg.* 2013;15(3):9–14.
142. Tezel A, Özkan H, Çelebioğlu A. Ebeler ' "Apgar Değerlendirmesi"'ni Ne Kadar Biliyorlar? *Sağlık Bilim Derg.* 2005;14(3):163–70.

## 10. EKLER

### EK 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu

#### GEBELER İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu araştırma ile ilk gebeliği olan kadınlarda doğum eyleminde kullanılan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı ve doğum süresi üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Araştırma sonucunda en doğru sonuçlara ulaşılabilmesi için tüm soruların doğru ve eksiksiz cevaplanması önemlidir. Verilen tüm bilgiler yalnızca araştırma için kullanılacak olup gizli tutulacaktır. Sizin için doğru olan cevabın yanına ( ) içinde ‘‘X’’ işaretlemesi yapınız. Araştırmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Danışman: Dr.Öğr.Üye. Asiye KOCATÜRK

Ebe Dilek Sinem ULUDAĞ

T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı

Tarih:

Grup: **Rebozo grubu** ( ) **Kontrol grubu** ( )

Anket no:

## **BÖLÜM 1: GEBENİN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ**

**1. Kaç yaşındasınız.....?**

**2. Boyunuz.....?**

**3. Kilonuz.....?**

**4. Eğitim durumunuz nedir?**

- Okuryazar değil
- Okuryazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite ve üzeri

**5. Çalışma durumunuz nedir?**

- Ev hanımı
- İşçi
- Memur
- Esnaf
- Diğer.....

**6. En uzun süre yaşadığınız yer neresidir?**

- İl
- İlçe
- Kasaba
- Köy

**7. En uzun süre yaşadığınız bölge neresidir?**

- Marmara Bölgesi
- Ege Bölgesi
- Akdeniz Bölgesi
- Karadeniz Bölgesi
- İç Anadolu Bölgesi
- Doğu Anadolu Bölgesi
- Güneydoğu Anadolu Bölgesi

**8. Aile tipiniz nedir?**

- Çekirdek aile  
 Geniş aile  
 Parçalanmış aile

**BÖLÜM 2: GEBENİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ**

**1. Son adet tarihiniz nedir?.....**

**2. Gebelik haftanız nedir?.....**

**3. İsteyerek mi gebe kaldınız?**

- Evet  Hayır

**4. Eşiniz gebeliği istiyor muydu?**

- Evet  Hayır

**5. Gebelik sayınız nedir?.....**

**6. Düşük sayınız nedir?.....**

**7. Küretaj sayınız nedir?.....**

**8. Gebelikte kontrollere gittiniz mi?**

- Evet  Hayır

**9. Cevabınız 'Evet' ise kaç kez kontrole gittiniz?.....**

**10. Gebelik döneminde doğum eylemi, doğum ağrısı, ağrıyı azaltmaya yönelik girişimler hakkında bilgi aldınız mı?**

- Evet  Hayır

**11. Gebelik döneminde doğum eylemi ve doğum ağrısı hakkında bilgiyi nereden edindiniz?**

- Ebe  Arkadaş/Tanıdık kişiler  
 Hemşire  İnternet  
 Doktor  Kitaplar

**12. Gebeliğinizde gebe hazırlık sınıfına katıldınız mı?**

- Evet  Hayır

**13. Gebelikten önce adet ağrınızın şiddetini tarifler misiniz?**

- Ağrısız                       Orta                       Dayanılmaz  
 Hafif                       Şiddetli

**14. Gebeliğinizin son üç ayı süresince herhangi bir bölgenizde ağrı yaşadınız mı?**

- Evet                                       Hayır

**15. Cevabınız ‘Evet’ ise hangi bölgenizde/bölgelerinizde ağrı yaşadınız? (Birden fazla işaretleme yapabilirsiniz.)**

- Bel ağrısı                                       Baş ağrısı  
 Sırt ağrısı                                       Bacak ağrısı  
 Karın ağrısı                                       Kasık ağrısı

**16. İlaç kullanımı olmadan ağrı kesme yöntemleri kullanır mısınız? Belirtiniz.**

- Evet.....                                       Hayır

**17. Ağrı duyduğunuz herhangi bir bölgenizi bir bez ile sıkar ya da sarar mısınız? Belirtiniz.**

- Evet.....                                       Hayır



## EK 2. Doğum Eylemine İlişkin İzlem Formu

### 1. Gebenin yatış endikasyonu nedir?

- ( ) Sancılı gebe ( ) Membran rüptürü olan gebe  
( ) Diğer..... Membran rüptürü tarihi/saati: .....

### 2. Doğum ağrılarının başladığı tarih/saat:.....

### 3. Gebenin doğumhaneye başvuru tarihi/saati: .....

### 4. Travay süresince su gelişi olmayan gebeler için amniyotomi yapıldı mı?

- ( ) Evet ( ) Hayır  
Amniyotomi saati:..... Spontan su gelişi saati:.....  
Dilatasyon/Efasman:..... Dilatasyon/Efasman:.....

### 5. Doğum eyleminin süresi;

	Aktif Faz Başlangıç Saati	Geçiş Fazı Başlangıç Saati	II. Evrenin Başlangıç Saati	Doğum Saati	Plasenta Ayrılma Saati
Deney grubu					

### 6. Rebozo grubu rebozo uygulaması zamanı:

I.Uygulama Başlangıç-Bitiş Saati (4 cm)	II.Uygulama Başlangıç-Bitiş Saati (6-8 cm)	III.Uygulama Başlangıç-Bitiş Saati (9-10 cm)	IV.Uygulama Başlangıç-Bitiş Saati (2.evre)

### 7. Uygulamanın başladığı saat?.....

### 8. Uygulamanın bittiği saat?.....

**9. Rebozo grubunun maternal ve fetal yaşamsal bulguları:**

	Hastaneye kabulde (T1)	I.uygulama 4 cm (T2)	I.uygulama 30 dk sonra (T3)	II.uygulama 6-8 cm (T4)	II.uygulama 30 dk sonra (T5)	III.uygulama 9-10 cm (T6)	III.uygulama 30 dk sonra (T7)	II.evrede (T8)
<b>FKA</b>								
<b>KB</b>								
<b>nabız</b>								
<b>sıcaklık</b>								
<b>solunum</b>								

**10. Kontrol grubunun maternal ve fetal yaşamsal bulguları:**

	Hastaneye kabulde (T1)	I.değ 4 cm (T2)	I.değ 30 dk sonra (T3)	II.değ 6-8 cm (T4)	II.değ 30 dk sonra (T5)	III.değ 9-10 cm (T6)	III.değ 30 dk sonra (T7)	II.evrede (T8)
<b>FKA</b>								
<b>KB</b>								
<b>nabız</b>								
<b>sıcaklık</b>								
<b>solunum</b>								

**11. Rebozo grubunun kontraksiyon takibi:**

	I.uyg 4 cm (T2)	I.uyg 30 dk sonra (T3)	II.uyg 6-8 cm (T4)	II.uyg 30 dk sonra (T5)	III.uyg 9-10 cm (T6)	III.uyg 30 dk sonra (T7)	II.evre (T8)
Sıklık							
Şiddet							
Süre							

**12. Kontrol grubunun kontraksiyon takibi:**

	I.değ. 4 cm (T2)	I.değ. 30 dk sonra (T3)	II.değ. 6-8 cm (T4)	II.değ. 30 dk sonra (T5)	III.değ. 9-10 cm (T6)	III.değ. 30 dk sonra (T7)	II.evre (T8)
Sıklık							
Şiddet							
Süre							

**13. Doğum ağrısı puanları (VAS):** VAS ölçümleri zamanı EK-4'te belirtilmiştir.

	Rebozo Grubu	Kontrol Grubu
VAS I		
VAS II		
VAS III		
VAS IV		

**14. Size uygulanan rebozo tekniğinden memnun kalma düzeyiniz nedir?**

- ( ) Hiç memnun kalmadım  
( ) Çok az memnun kaldım  
( ) Çok memnun kaldım

**15. Size uygulanan rebozo tekniğini doğum ağrısını gidermede ne kadar etkili buldunuz?**

- ( ) Hiç etkili olmadı  
( ) Çok az etkili oldu  
( ) Orta düzeyde etkili  
( ) Çok etkili oldu

**16. Yenidoğanın Apgar puanı?**

**1.dk.....**

**5.dk.....**

**17. Yenidoğanın kilosunu?.....**

**18. Yenidoğanın boyunu?.....**

**19. Yenidoğanın baş çevresi?.....**

**20. Yenidoğanın cinsiyeti?.....**

**21. Yenidoğanın baş pozisyonu?.....**



### EK 3. Doğum Eylemi İzleminde Kullanılan Partograf Formu

Anket no: Rebozo grubu ( ) Kontrol grubu ( )

PARTOGRAF			
Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Rüptürü: .....saat	

**Fetal Kalp Atım Hızı**

**Amniyon Sıvısı**

**Serviks Açıklığı**

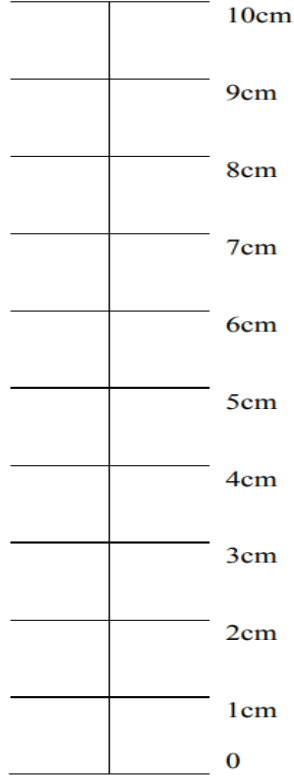
**Baş Seviyesi**

**Kontraksiyon Süresi**

İzlem Yapanın Adı Soyadı: Başlama Saati:  
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı: Başlama Saati:

**EK 4. Doğum Ağrısı Algısının Değerlendirilmesinde Kullanılan Visual Analog Skalası (VAS)**

**Dayanılmaz Ağrı**



**Ağrı Yok**

	<b>REBOZO GRUBU</b>
<b>VAS I</b>	Dilatasyon 4 cm olduğunda uygulamadan önce
<b>VAS II</b>	Rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonra
<b>VAS III</b>	Dilatasyon 6-8 cm olduğunda rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonra
<b>VAS IV</b>	Dilatasyon 9-10 cm olduğunda rebozo tekniği uygulamasından 30 dk sonra

	<b>KONTROL GRUBU</b>
<b>VAS I</b>	Dilatasyon 4 cm olduğunda
<b>VAS II</b>	VAS I değerlendirmesinden 30 dk sonra
<b>VAS III</b>	Dilatasyon 6-8 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra
<b>VAS IV</b>	Dilatasyon 9-10 cm olarak tespit edildikten 30 dk sonra

## EK 5. Araştırmacı Kurs Katılım Belgesi





## EK-6. Kurum İzni



T.C.  
BEZMİALEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Sayı : E-97706721-108,01-21767  
Konu : Dilek Sinem ULUDAĞ

29.06.2021

### İLGİLİ MAKAMA

İlgi : Dilek Sinem ULUDAĞ'ın, 23.06.2021 tarihli dilekçesi.

Dilek Sinem ULUDAĞ'ın ilgi tarihli dilekçesi ile "Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi" isimli çalışmayı 01.07.2021-31.01.2022 tarihleri arasında Hastanemizde uygulamak istediği bildirilmiştir.

Adı geçenin, söz konusu çalışmayı, belirtilen tarihlerde Hastanemizde uygulaması Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ve rica ederim.

Prof.Dr. İbrahim Arif KOYTAK  
Başhekim

Ek: İlgi dilekçe.

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu :BSC44KZS3Z Pin Kodu :27192

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?cK=5394&eD=BSC44KZS3Z&eS=21767>

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Adnan Menderes Bulvarı (Vatan Caddesi) Fatih /  
İstanbul

Bilgi için: Esmâ AKÇAKAYA  
Unvan: Evrak Sorumlusu

e-Posta: [info@bezmialem.edu.tr](mailto:info@bezmialem.edu.tr) İnternet Adresi: [www.bezmialemhastanesi.com](http://www.bezmialemhastanesi.com)

Telefon : [Redacted]



## EK 7. Rebozo Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

### REBOZO GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

**Çalışmanın Adı:** Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi

Sayın katılımcı,

Aşağıda bilgileri yer alan bir araştırmaya katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı özgür iradenizle size aittir. Çalışmaya katılma durumunuza karar vermeden önce aşağıda yazmakta olan çalışmanın neleri içerdiğini, yararlarını ve risklerini anlamanız gerekmektedir. Çalışmaya katılma kararı verirseniz en son kısımda yer alan **“Gönüllü Onay Formu”**nu imzalayınız. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme sağlanmayacak ve sizden maddi bir destek istenmeyecektir. Çalışmadan istediğiniz zaman herhangi bir ceza ve yaptırıma maruz kalmaksızın ayrılmakta özgürsünüz.

Bu çalışma, doğum eylemi sırasında uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı ve doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Rebozo tekniği, Meksika kültüründe özellikle doğum ağrısı yönetiminde rebozo adı verilen şal ile uygulanan bir tekniktir. Yüksek lisans tezi olarak yürütülen bu çalışma için T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik Kurul onayı ve çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışma kapsamında toplamda 60 gönüllüye ulaşılabilecektir.

Çalışmaya katılmanız halinde sizden veri toplama araçlarında yer alan soruları yanıtlamanız istenecek ve akabinde doğum eyleminde 4 cm rahim ağzı açıklığına ulaştığınızda, 6-8 cm rahim ağzı açıklığına ulaştığınızda, 9-10 cm rahim ağzı açıklığına ulaştığınızda ve ıkınma evresinde rebozo tekniği uygulanacaktır. Bu uygulama ile doğumda hissedeceğiniz ağrı hissini azaltmak ve doğum süresini kısaltmak hedeflenmiştir. Uygulanan tekniğin anne, bebek ve doğum sürecine herhangi bir zararlı etkisi yoktur.

Çalışmaya katılmanız durumunda Türkiye’de kanıta dayalı olarak ilk defa uygulanacak olan rebozo tekniğinin yaygınlaştırılması için öncülük eden gebeler olacaksınız. Sizin bu çalışma için sorumluluğunuz ise sorulan sorulara net ve doğru cevaplar vermek ve araştırmacının uygulamasına müdahale etmemektir.

Çalışma kapsamında toplanan veriler toplu olarak kullanılacak olup araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi bireysel veriler gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Araştırma konusuyla ilgili devam etme kararınızı etkileyebilecek herhangi bir yeni bilgi edinildiğinde mutlaka araştırmacı tarafından size bilgi verilecektir.

Kendi haklarınız ve araştırma hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek istediğinizde aşağıda bulunan numaradan erişim sağlayabilirsiniz.

**Adı-Soyadı:** Dilek Sinem ULUDAĞ

**Görevi:** Ebe/ Yüksek Lisans Öğrencisi

**Telefon:** ██████████

### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ndaki tüm açıklamaları baskı altında kalmadan okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;	Bilgilendirmeyi yapan araştırmacının;	Onay alma işlemine tanıklık eden kişinin;
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:	İmza:

## **EK 8. Kontrol Grubu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

### **KONROL GRUBU BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**Çalışmanın Adı:** Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi

Sayın katılımcı,

Aşağıda bilgileri yer alan bir araştırmaya katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı özgür iradenizle size aittir. Çalışmaya katılma durumunuza karar vermeden önce aşağıda yazmakta olan çalışmanın neleri içerdiğini, yararlarını ve risklerini anlamanız gerekmektedir. Çalışmaya katılma kararı verirseniz en son kısımda yer alan **“Gönüllü Onay Formu”**nu imzalayınız. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme sağlanmayacak ve sizden maddi bir destek istenmeyecektir. Çalışmadan istediğiniz zaman herhangi bir ceza ve yaptırıma maruz kalmaksızın ayrılmakta özgürsünüz.

Bu çalışma, doğum eylemi sırasında uygulanan rebozo tekniğinin doğum ağrısı algısı ve doğum süresine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Yüksek lisans tezi olarak yürütülen bu çalışma için T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden Etik Kurul onayı ve çalışmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışma kapsamında toplamda 60 gönüllüye ulaşılabacaktır.

Çalışmaya katılmanız halinde sizden veri toplama araçlarında yer alan soruları yanıtlamanız istenecektir. Çalışmaya katılmanız durumunda Türkiye’de kanıta dayalı olarak ilk defa uygulanacak olan rebozo tekniğinin yaygınlaştırılması için öncülük eden gebeler olacaksınız. Sizin bu çalışma için sorumluluğunuz ise sorulan sorulara net ve doğru cevaplar vermektir.

Çalışma kapsamında toplanan veriler toplu olarak kullanılacak olup araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi bireysel veriler gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Araştırma konusuyla ilgili devam etme kararınızı etkileyebilecek herhangi bir yeni bilgi edinildiğinde mutlaka araştırmacı tarafından size bilgi verilecektir.

Kendi haklarınız ve araştırma hakkında daha ayrıntılı bilgi edinmek istediğinizde aşağıda bulunan numaradan erişim sağlayabilirsiniz.

**Adı-Soyadı:** Dilek Sinem ULUDAĞ

**Görevi:** Ebe/ Yüksek Lisans Öğrencisi

**Telefon:** ██████████

### GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda araştırmadan önce verilmesi gereken ‘‘Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’’ndaki tüm açıklamaları baskı altında kalmadan okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı ve istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;	Bilgilendirmeyi yapan araştırmacının;	Onay alma işlemine tanıklık eden kişinin;
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı:
Tarih:	Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:	İmza:

## 11. ETİK KURUL ONAYI

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Sayı : E-10840098-772.02-2907

20/06/2021

Konu: Etik Kurulu Kararı

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Doğum Eyleminde Kullanılan Rebozo Tekniğinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğum Süresine Etkisi			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Dilek Sinem ULUDAĞ			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</b>	Ebe- Tezli Yüksek Lisans Öğrencisi			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	İstanbul			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-			
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	<b>TEK MERKEZ</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ÇOK MERKEZLİ</b> <input type="checkbox"/>	<b>ULUSAL</b> <input checked="" type="checkbox"/>	<b>ULUSLARARASI</b> <input type="checkbox"/>

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden CED0A85BXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Sa:



**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No:672</b>		<b>Tarih: 17/06/2021</b>			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna <b>“oybirliği”</b> ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Mehmet Kemal ÖZDEMİR	Elektrik ve Elektronik	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. İlkur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neziha HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur
Dr. Öğr. Üyesi Neriman İpek KIRMIZI	Tıbbi Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Uygundur

\* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrainızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden CED0A85BXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

---

---

COVID-19 (Pandemi) nedeniyle etik kurulumuz sanal olarak toplanmış olup kurul üyelerimizden uygunluk kararı sanal ortamda alınmıştır. Araştırmacı tarafından talep edilirse, COVID-19 (Pandemi) sonrası ıslak imzalı karar formu ayrıca hazırlanabilir.

Girişimsel Olmayan Etik Kurulu Sekreteri  
Bilge KAYA

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden CED0A85BXD kodu ile doğrulayabilirsiniz.