



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**TRAVAYDA YAPILAN AKUPRESSUR UYGULAMASININ
DOĞUM AĞRISI VE DOĞUMUN SÜRESİNE ETKİSİ**

HALİME ÖNCÜ ÇELİK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Yrd.Doç.Dr. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL - 2016

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans döneminde tanıdığım ve tanımış olmaktan çok mutlu olduğum ebelik mesleğinin geleneksel yönlerine ve doğal doğuma merak duymamı sağlayan, tezimin hazırlama aşamalarında her daim tüm olanaklarıyla yardımcı olan, sabrına hayran olduğum çok sevgili danışmanım Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ hocama,

Yüksek lisans eğitimimde desteklerini gördüğüm, mesleki vizyonumun gelişmesinde katkıları olan sayın Prof. Dr. Nezih KIZILKAYA BEJİ ve Yrd.Doç.Dr. Nihal SUNAL hocalarına,

Yüksek Lisans için beni destekleyip yönlendiren, Ebelik mesleğini bana sevdiren, lisans hayatım boyunca kendisine hayran olduğum, bana kattığı tüm mesleki ahlak değerleri için çok sevgili hocam Güzide DOĞANER'e

Çalışmamı tamamladığım hastanenin doğumhane sorumlu hekimi olarak yardımlarını eksik etmeyen sayın Uz.Dr. Fatma Nurgül TAŞGÖZ ve sevgili doktorlarım sayın Uz.Dr. Alev ORAL, Uz.Dr. Mürvet HAKYEMEZ'e, mesleğe adım attığım ilk anda karşıma çıkan, ebeliğin çok yönlülüğünün farkına varmamı sağlayan her zaman bilgisini paylaşmaktan kaçınmayan sevgili doğumhane sorumlu Ebesi Ebru ÇOLAK'a ve tüm Ebe arkadaşlarıma,

Mesai arkadaşı olmaktan öteye geçmiş, yüksek lisans dahil olmak üzere her adımı birlikte attığım, tezimin veri toplama aşamasında desteklerini esirgemeyen canım arkadaşlarım Ayfer KAPAN ve Nurşah ULUOCAK'a, verilerin analizinde yardımlarını esirgemeyen ve her soruma bıkmadan bütün çabalarıyla cevap veren, çok sevgili istatistik danışmanım Afra ALKAN'a,

Benim bu günlere gelmemi sağlayan, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen, her attığım adımda arkamda duran canım aileme, vazgeçtiğim anlarda hep yanımda olup beni destekleyen, tezimin tüm aşamalarında yardımcı olan çok sevgili eşim Oktay ÇELİK'e ve minik yüreğiyle gücüme güç katan, şansım, herşeyim canım kızım Defne ÇELİK'e

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAYI FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	x
RESİMLER LİSTESİ	xi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1 Ağrı	6
4.1.1 Ağrının Tanımı ve Tarihçesi	6
4.1. 2. Ağrının Mekanizması.....	9
4.1.3 Ağrı Teorileri	11
4.2. Doğum Ağrısı.....	12
4.2.1. Doğum Ağrısı ve İletim Yolları	12
4.2.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler.....	13
4.2.2.1. Fiziksel Faktörler	14
4.2.2.2. Psikolojik Faktörler.....	15
4.2.3. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri	18
4.2.3.1. Fiziksel Faktörler (Maternal)	18
4.2.3.2. Psikolojik Faktörler (Neonatal).....	18

4.2.4. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi.....	19
4.2.5. Doğum Ağrısının Kontrolü	20
4.2.5.1. Farmakolojik Yöntemler	20
4.2.5.2. Non Farmakolojik Yöntemler	21
4.3. Akupressur	23
4.3.1. Akupressur'ün Prensipleri	24
4.3.2. Akupressur Noktalarının Bulunuşu.....	25
4.3.3. Akupressur Uygulama Teknikleri.....	26
4.3.4. Doğumda Kullanılan Akupressur Noktaları.....	27
5. MATERYAL VE METOT	30
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	30
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	30
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	31
5.3.1 Örneklem Seçim Kriterleri.....	32
5.4.Araştırmanın Hipotezleri.....	33
5.5. Veri Toplama Araçları	34
5.5.1. Gebe Tanıtım Formu	34
5.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği:	34
5.5.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ),Vissual Analog Scala (VAS).....	35
5.5.4. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDO)	36
5.5.5. Partograf Formu	37
5.6. Veri Toplama Aşamaları	38
5.7. Akupressur Uygulanışı.....	39
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	44
5.10. Araştırma Süresi.....	44

5.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar	44
6. BULGULAR	45
6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular	46
6.2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulgular	48
6.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulgular	57
6.4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulgular	60
7. TARTIŞMA	69
7.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	71
7.2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulguların tartışılması	74
7.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulguların tartışılması ..	79
7.4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulguların tartışılması	85
7.5. Katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması	87
9. KAYNAKÇA	92
10. EKLER.....	102
11. ETİK KURUL ONAYI.....	111
12.ÖZGEÇMİŞ.....	114

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ACOG	Amerika Jinekoloji ve Obstetri Birliği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SS	Standart Sapma
ÇAG	Çeyreklikler Arası Genişlik
ORT	Ortalama
MİN	Minimum
MAX	Maximum
FKA	Fetal Kalp Atımı
USG	Ultrasonografi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
DKB	Diastolik Kan Basıncı
DAMDO	Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
IASP	Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.1 Örneklem Seçim Kriterlerine Göre Değerlendirilerek Araştırma Dışı Bırakılan Kadınlar	33
Tablo 6.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	46
Tablo 6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı	47
Tablo 6.2.1. Kontraksiyon Sayısının Zaman ve Gruplara göre Dağılımı (10 dakikada)	48
Tablo 6.2.2. Kontraksiyon sayısı için ikili karşılaştırmalar	49
Tablo 6.2.3. Kontraksiyon Süresinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı.....	50
Tablo 6.2.4. Kontraksiyon süresi için ikili karşılaştırmalar	51
Tablo 6.2.5. Servikal Dilatasyon Ölçümlerinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı	51
Tablo 6.2.6. Dilatasyon için ikili karşılaştırmalar	52
Tablo 6.2.7. Servikal Efasman Ölçümlerinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı....	53
Tablo 6.2.8. Fetal Baş Seviyesinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı.....	54
Şekil 6.2.5. Baş Seviyesinin Göreli Deneme Etkiler	55
Tablo 6.2.9. Doğumun Birinci Evresinin Süresine İlişkin Bulgular	56
Tablo 6.2.10. Doğumun İkinci Evresinin Süresine İlişkin Bulgular	56
Tablo 6.3.1. VAS Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	57
Tablo 6.3.2. VAS için ikili karşılaştırmalar	58
Tablo 6.3.3. Spielberger Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI) Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	59
Tablo 6.4.1. Katılımcıların Sistolik Kan Basıncı'nın Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı	60
Tablo 6.4.2. Katılımcıların Diastolik Kan Basıncı'nın Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı	61

Tablo 6.4.3.	Katılımcıların Kalp Atım Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı .	62
Tablo 6.4.4.	Katılımcıların Solunum Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı....	63
Tablo 6.4.5.	Katılımcıların Fetal Kalp Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı .	64
Tablo 6.5.1.	Katılımcıların Doğum Şekline İlişkin Bulgular	65
Tablo 6.5.2.	Doğumda Yapılan Müdahalelerin Gruplara Göre Dağılımı.....	65
Tablo 6.5.3.	Yenidoğan Bebeklerin Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı.....	66
Tablo 6.5.4.	Doğumda Anne Memnuniyeti Ölçeği (DAMDO) Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı.....	67



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 6.2.1. Kontraksiyon Sayısının Görelî Deneme Etkileri	48
Şekil 6.2.2. Kontraksiyon Süresinin Görelî Deneme Etkileri	50
Şekil 6.2.3. Dilatasyonun Görelî Deneme Etkileri	52
Şekil 6.2.4. Efasmanın Görelî Deneme Etkileri.....	53
Şekil 6.2.5. Baş Seviyesinin Görelî Deneme Etkiler	55
Şekil 6.3.1. VAS'ın Görelî Deneme Etkileri	57
Şekil 6.3.2. STAI Puanlarının Görelî Deneme Etkileri	59
Şekil 6.4.1. SKB'nın Görelî Deneme Etkileri.....	60
Şekil 6.4.2. DKB'nın Zamana Göre Değişimi	61
Şekil 6.4.3. Kalp Atım Hızının Görelî Deneme Etkileri.....	62
Şekil 6.4.4. Solunum Hızının Zamana Göre Değişimi	63
Şekil 6.4.5. FKH'nın Görelî Deneme Etkileri	64

RESİMLER LİSTESİ

Resim 5.7.1. Gebenin parmak ölçüsünün alınması.....	40
Resim5.7.2. SP6 noktasının bulunması	41
Resim 5.7.3. SP6 noktasının işaretlenmesi.....	41
Resim 5.7.4. SP6 noktasına Akupressur uygulanması (sol taraf).....	42
Resim 5.7.5. SP6 noktasına Akupressur uygulaması (sağ taraf).....	42



1. ÖZET

TRAVAYDA YAPILAN AKUPRESSUR UYGULAMASININ DOĞUM AĞRISI VE DOĞUMUN SÜRESİNE ETKİSİ

Bu araştırma, doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan akupressur uygulamasının doğum ağrısı ve doğum süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Deneysel tipte yapılan çalışma Temmuz-Aralık 2014 tarihleri arasında İstanbul'da Medipol Sağlık Grubu bünyesinde bulunan özel bir hastanede 50 deney 50 kontrol grubu olmak üzere 100 nullipar gebede yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak gebe tanıtım formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği ve partograf formu kullanılmıştır. Veriler, SPSS programı ile analiz edilmiştir.

Katılımcıların yaş ortalamaları sırasıyla 28.8 ± 4.4 yıl ve 27.5 ± 3.8 yıl olup sosyodemografik ve obstetrik özellikler bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu belirlenmiştir. Travay esnasında on dakikada gelen kontraksiyon sayısı, servikal dilatasyon, efasman, fetal baş seviyesi ölçümlerinin deney grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Doğumun birinci evresinin deney grubunda daha kısa sürdüğü, Görsel Kıyaslama Ölçeği'ne göre doğum ağrısı düzeyi deney grubunda, uygulamadan hemen sonra azalmış ve daha sonra yükselişe geçmiştir; kontrol grubunda ise sürekli bir artış gözlenmiştir. Katılımcıların doğum eyleminde STAI ölçeğine göre anksiyete düzeyleri deney grubunda kontrol grubuna yüksek olmasına rağmen doğum sonrasında deney grubunda önemli derecede azaldığı, kontrol grubunda yükseldiği görülmüştür. Katılımcıların sistolik, diastolik kan basınçları, nabız ve solunum hızları ve fetal kalp hızı her iki grup için benzerdir. Fundal bası ve epizyotomi oranlarının kontrol grubunda, anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların DAMDO ölçeğine göre doğum memnuniyetleri incelendiğinde deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler; Doğum ağrısı, Doğum süresi, Akupressur

2. ABSTRACT

EFFECT OF BIRTH PAIN AND THE DURATION OF BIRTH OF ACUPRESSURE ON LABOR PRACTICES

This study of labor applied to acupressure points on the SP6 application was conducted to determine the effect on labor pain and delivery time . Made in experimental type of work between July-December 2014 in a private hospital in Medipol Health Group in Istanbul, including 50 experiments and 50 control group were performed in 100 nullipara women. The data collection tools pregnant promotional form, visual analog scale Trait Anxiety Scale, the mother at birth Satisfaction Rating Scale and partographs form was used. Data were analyzed with SPSS.

The mean age of participants was 28.8 ± 4.4 years and 27.5 ± 3.8 years , respectively, were found to be similar in terms of demographic and obstetric characteristics experimental and control groups. The number of contractions coming every ten minutes during labor, cervical dilation, effacement, the experimental group level measurements of the fetal head, was found to be significantly higher than the control group. Birth of the first stage of which take less time in the experimental group, the experimental group compared to the level of labor pain visual analog Scale, decreased immediately after application and later on the rise; a continuous increase in the control group was observed. According to the labor participants in the STAI anxiety levels significantly decreased in the experimental group after birth were higher in the experimental group and the control group was observed to have increased in the control group. Participants systolic and diastolic blood pressure , pulse and respiratory rate, and fetal heart rate were similar for both groups. In the control group fundal pressure and episiotomy rate it was found to be significantly higher. According to the satisfaction of the birth of the participants DAMDO scale experimental group compared to the control group was examined it was determined that high levels of satisfaction .

Keywords; Labor pain , Delivery time, Acupressure

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Ağrı, tüm insanlığın ortak duyumsadığı, insanlığın varoluşundan bu güne kadar tanımlanmaya ve dindirilmeye çalışılan bir duygudur. İnsanlığın varoluşunun başlarında insanlar, ağrılarını dindirmek üzere yaralanan organlarını da ağrıyan bölgelerini nehir ve derelerin soğuk sularına bırakırlar ya da güneşte ısıtılmış taş parçalarını ağrıyan bölgelerin üzerlerine bastırarak dindirmeye çalışmışlardır, Erdine (28), Öztürk Can ve Saruhan (69), Güleç ve Güleç (36).

Ağrı, insan hayatının birçok evresinde karşımıza çıkmaktadır. Ancak öyle bir ağrı var kadınlara bahsedilen ve kadın hayatının önemli bir evresi olan doğum, tarifi tanımlanamayan bir ağrılı süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Eski kültürlerde doğum ağrısı çeken kadının tanrılar tarafından cezalandırıldığı ve günahlarından arındığı gibi yorumlamalarla tanımlanmıştır, Erdine (28).

Doğum ağrısının dindirilmek istenmesi insanlığın modern hayata geçişiyle başlamaktadır. Teknolojinin gelişmesi, doğumların hastanelere taşınması doğum ağrısı yönetimi konusunda ve doğum ağrısını dindirebilecek yöntemler konusunda merak uyandırmıştır ve bu alanda çalışmalara başlanmıştır, Avcıbay ve Alan (7).

Doğum ağrısının dindirilmesi konusunda kullanılan yöntemler iki başlık altında toplanmıştır. İlaçlı yöntemler adı altında olan farmakolojik yöntemler ve ilaç dışı yöntemler olarak adlandırılan nonfarmakolojik yöntemlerdir. Farmakolojik yöntemin doğuşu ilk kloroformun doğumda kullanılmasıyla başlamaktadır. Farmakolojik yöntemler dediğimizde daha çok anestezi yöntemleri karşımıza çıkmaktadır. Bunlar: genel anestezi, spinal anestezi, epidural anestezi ve kaudal anestezi. Epidural anestezinin doğuma girmesi sezeryan oranlarını olumlu yönde etkilemektedir. Ancak ülkemizde daha çok özel hastanelerde kullanılması devlet ya da üniversite hastanelerinde kullanımının oldukça az olması sezeryan tercihinin kolaylaşmasına neden olur. Avrupa ülkelerinde epidural anestezi kullanımı oldukça fazladır, ülkemizle kıyaslandığında da bu ülkelerin sezeryan oranları daha düşüktür, Erdine (28).

Doğum ağrısında kullanılan non- farmakolojik yöntemlerin doğuşu çok eski toplumlara dayanmaktadır. Bunların birçoğu geleneksel Çin tıbbından günümüze kadar taşınmış yöntemlerdir. Doğumda kullanılacak ilaç dışı yöntemler; masaj, aromaterapi, yoga, müzik-audioanaljezi, hipnoz, mindfulness, TENS, hidroterapi, sıcak uygulama, soğuk uygulama, akupunktur, reiki, akupressur gibi bir çok yöntem mevcuttur, Mamuk (59). İlaç dışı yöntemlerin çalışma mekanizması kapı kontrol teorisine dayanır. Teoriye göre deriden gelen uyarılar spinal kord ve beyinde modülasyona uğrarlar. Teoride ağrının varlığı ve şiddetinin nörolojik uyarıların geçişine bağlı olduğu, sinir sistemindeki kapı mekanizmalarının ağrı geçişini kontrol ettiği ve kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarıların bilinç düzeyine ulaşip, ağrı hissedileceği, eğer kapı kapalı ise, uyarılan bilince ulaşamayacağı ve ağrı hissedilmeyeceği ileri sürülmektedir, Kömürcü ve Bertiken Ergin (53), Ulutaş (88).

Günümüzde nonfarmakolojik yöntemler gebeler ve hastalar tarafından daha çok kabul edilir olmuştur. Nonfarmakolojik yöntemlerin tekrar doğuşu sezeryan oranlarının artması ve doğumun doğallıktan uzaklaşmasıyla ihtiyaçlara yönelik olmuştur. Nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanabilirliğinin kolay olması anne ve bebeğe herhangi bir yan etkilerinin bulunmaması ucuz ve ulaşılabilir olması nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılabilirliğini arttırmaktadır, Lee M. K. (56), Kashanian and Shahali (45). Farmakolojik yöntemlerin kimyasallardan elde edilmesi, bazı gebelerde alerjen içermesi, kolay ulaşamama, kendi kendine uygulayamama durumlarından dolayı çok fazla kabul görmemektedir.

Doğumda nonfarmakolojik yöntemlerin tekrar kullanılmaya başlanması artan sezaryen oranları ile birlikte ortaya çıkmıştır. Türkçe'ye akubası olarak çevirilen Akupressure (Shiatsu), geleneksel Çin tıbbından doğmuş olan bir tekniktir. Temel amaç, istenen bölgelere basınç uygulayarak gevşemeye yönelik bir tekniktir. Akupunkturla benzerlik gösterse de iğne ve elektrik gibi işlemlere gerek kalmadan uygulanan non-invaziv bir işlemdir. Literatürde doğum ağrısını azaltmak için birçok farklı bası noktasından bahsedilmektedir.

Uygulama açısından en uygun olan bası noktası; SP-6 noktasıdır. SP-6 noktası, medial malleolun kadının dört parmağının genişliği kadar üzerinde bulunur. Genel olarak bu

bası noktası endorfin salgısına neden olarak doğumda ağrıyı azaltmaktadır, Akbarzadeh et all(1), Deepak, Rana, and Chopra (20).

Literatürde akupressur noktalarına yapılan uygulamaların doğumda kullanımı hakkında çok az veri bulunmaktadır. Bu çalışma, doğum eyleminde SP-6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı ve doğum süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



4. GENEL BİLGİLER

4.1 Ağrı

4.1.1 Ağrının Tanımı ve Tarihçesi

Ağrı, insanoğlunun en yakından tanıdığı, rahatsız edici yaşantılardan biridir. Ağrının birçok dilde adı farklıdır, ancak etkisi tüm insanlığın ortak noktasıdır, Güleç ve Güleç (36), Erdine (29). Günümüzde ağrı kavramının en geçerli tanımını Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılmıştır. Bu teşkilata göre ağrı, var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duygusal ve emosyonel bir deneyimdir, Erdine (28), Simkin and Ancheta (80). TDK'ya göre ağrı, vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı olarak tanımlanmıştır, Türk Dil Kurumu (98).

Ağrı aslında subjektif bir kavram olup, kişiden kişiye büyük farklılıklar göstermektedir. Çünkü cinsiyet, din, dil, ırk, sosyokültürel çevre gibi birçok faktör ağrı eşiğini, dolayısıyla da ağrılı uyarana tepkiyi belirlemektedir, Öztürk (70). Ağrı insanlık tarihi kadar eskidir. İnsanoğlu varoluşundan bu yana ağrı çekmektedir. İnsanlığın varoluşunun başlarında insanlar, ağrılarını dindirmek üzere yaralanan organlarını ya da ağrıyan organlarını nehirlerin, derelerin soğuk sularına bırakırlar, ya da güneşte ısıtılmış taş parçalarını ağrıyan bölgelerinin üzerlerine bastırarak dindirmeye çalışmışlardır, Erdine (29).

Eski uygarlıklarda ağrı, tanrının onlara bahsettiği gazaptı. Bu nedenle inançlarını artırmaya yönelik uygulamalarda bulunurlar ve gerektiğinde insan bile kurban etmeye, büyüler yapmaya yönelerek ağrılarını dindirmeye çalışmışlardır Çöçelli, Bacaksız ve Ovayolu (19), Erdine (28).

Eski Mısır tıbbını aydınlatan en eski kaynak 1862 yıllarında Smith tarafından bulunan papirüslerdir. O dönemde ağrının doğal olaylara bağlılığının yanında fizyolojik ve anatomik olaylar mistik düşüncelerle açıklanmaya çalışılıyordu.

1873'te Ebers tarafından bulunan papirüslerde 700 reçete bulunmaktadır. Bu reçetelerde afyon ve ban otundan söz edilmektedir. Dinsel etkinin artması Eski Mısır Uygarlığında gerilemeye neden olmuştur, Çöçelli, Bacaksız ve Ovayolu (19), Erdine (28), Aslan ve Badır (4).

Tarihin karanlıklarında yok olmaya yüz tutmuş diğer uygarlıkların aksine Hint Uygarlığının MÖ. 4000 yıl öncesine dayandığı tahmin edilen kutsal kitabı Riğvera'da Çeşitli bitkisel ve hayvansal kaynaklardan elde edilen hatta bugün dahi kullanımı mevcut olan analjeziklerden bahsedilmektedir, Öztürk (70), Erdine (29).

Çin Uygarlığı tarafından ileri sürülen, bugün de geçerliliğini yitirmeyen felsefeye göre dünya ve vücut denge halinde bulunmaktadır, Erdine (28). Bu iki dengeleyici güce Yin ve Yang adı verilir. Yin dişilik, karanlık, pasiflik ve zayıflığı simgelerken; yang erkeklik, ışık, ısı, saldırganlık ve gücü simgelemektedir, Özşar (68), Sandifer (75), Yeşilçiçek Çalık (93), Kömürcü (52). Vücudumuz meridyenlerden ve bu meridyenlerin birbirine bağladığı noktalardan oluşmuştur bu da çin tıbbında şöyle açıklanmaktadır. Bir yıl 365 gündür, vücudumuzda 365 akupunktur noktası vardır. Bir yıl 12 aydır ve vücutta 365 noktayı birleştiren meridyen adı verilen 12 sanal çizgi vardır, Simkin and Ancheta (80), Set (79).

Yazının bulunmasıyla önem kazanan hammurabi kanunlarında şöyle bir bölüm yer almaktadır: bir cerrah bronz bir alet ile hastanın gözünü iyi ederse 10 şekel alır. Gözünü kör ederse eli kesilir. Hammurabi kurallarındaki ağır maddeler tıbbın gelişimini engellemiş ve daha çok reçeteli tedavilere yönelimi sağlamıştır, Erdine (28), Çöçelli, Bacaksız ve Ovayolu (19).

Eski Yunan Uygarlığı, birçok alanda diğer uygarlıklara yön vermiş olmasının yanında tıp alanında ağrı konusunda da önemli bir yeri kapsamaktadır. Ağrı giderici ilaçlar ve yöntemler mitolojik öykülerde ve Homer destanlarında yer almaktadır, Erdine (29), Özveren (71).

Ağrı konusunda en önemli teorilerden birini de Democritus (MÖ. 460-362) öne sürmüştür. Ünlü atom teorisini geliştirerek ağrıya uyarlamıştır. Böylece ilk ağrı teorisinin babası olmuştur. Buna göre ağrı vücuttaki keskin partiküllerin, atomların normal, kendi halindeki atomlara çarparak meydana getirdiği bir rahatsızlıktır diye tanımlamıştır, Erdine (28), Set (79).

Modern tıbbın babası olan Hipokrat'ın (MÖ:460-360) tıp yaklaşımı akılcı, pratik ve doğanın kaynaklarını kullanmaya yöneliktir. Ağrıyı vücuttaki bir dengesizlik olarak tanımlamıştır. Hipokrat klinik düzeyde ağrıya önem vermiştir. Birçok analjezik ve diğer ağrı kesici yöntemleri kullanmıştır. Cerrahi müdahale sırasında acıları dindirmek ve hafifletmek için karotis damarının üzerine basılmasını tavsiye etmiştir. Erdine (28), Öztürk (70).

Tıbbın gelişerek bugünlere gelmesinin temelinde islam tıbbı vardır. İslamiyetin yayılması ile ortaçağda araştırmalara açık bir ortam yaratmıştır. İslam tıbbı da önceleri o bölgede yaşayan birçok uygarlığın etkisi altında kalmış olmasına rağmen onları uygulamayıp sadece yararlanmışlardır. İslam Tıbbının önemli kişileri İbn-i Sina (MS.980-1037) 5 ciltlik ünlü Kanun adlı eserinde ağrı fiziyojisi ve ağrı dindirme yöntemlerinden bahsetmiştir, Erdine (28), Öztürk (70). Türk Tıp tarihinde ağrı daha çok önceki medeniyetlerden kalan bir takım bitkisel ve hayvansal ilaçlarla dindirilmeye çalışılıyordu. Uygurlu hekimler laik bir tıp anlayışına sahiplerdi. İlaç hazırlarken kullandıkları alet ve malzemeler çok çeşitlidir. İlaçların ölçülerek verilmesi dikkati çekmektedir. Böylece birimler oluşmuştur. Selçuklu hekimliği döneminde geliştirdiği tıp kütüphaneleri ile ön plana çıkmaktadır. Selçuklu döneminde Biruni Galenos ve İbn-i Sina'dan yararlanmışlardır, Çöçelli, Bacaksız, ve Ovayolu (19), Set (79).

Geçmişte sadece çeşitli hastalıkların bir bulgusu olarak kabul edilen ağrı özellikle kronik ağrı, günümüzde artık başlı başına bir hastalık, bir sendrom olarak kabul edilmektedir, Erdine (28).

4.1. 2. Ağrının Mekanizması

Ağrı, ağrı olarak ifade edilmeden önce birçok aşamadan geçer. Ağrı, bilinci yerinde olan beyine impulsların miyelinli A delta ve/veya miyelinli C nosiseptif sinir lifleriyle iletilmesi sonucu oluşur. Bu afferent liflerin duyuşal uçları fizyolojik koşullarda yalnızca güçlü ve zararlı uyarılarla aktive olurlar ve beyin bu yolla gelen iletiyi ağrı olarak algılar , Avcıbay (6).

Ağrı algılanmasında başlangıç noktası primer afferent nosiseptörlerdir. Nosiseptörler periferde bulunan mekanik, termal ve kimyasal reseptörler gibi ağrı reseptörleridir. Mekanik, termal ve kimyasal uyarılara yanıt verir. Ağrılı uyarının ağrı bilgisi haline gelip bir süreç halinde merkezi sinir sistemi ile bütünleşmesinden sonra, merkezi sinir sistemi sürekli olarak somatosensoryal ve psikolojik verilerin değerlendirilmesini ve yeni bir bilgi haline getirilmesini sağlar. Sonuç olarak ağrıya karşı reaksiyonun oluşması sağlanmış olur. Ağrı algılanmasında periferden merkeze belirli aşamalar söz konusudur. Bu aşamalar; transmisyon, transdüksiyon, modülasyon ve persepsiyondur, Ketenci (48), Düzel (23).

Transdüksiyon: Sinirlerin sensoryal uçlarında, stimulusun elektriksel aktiviteye dönüştürüldüğü aşamadır. Yani bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir.

Transmisyon: Impulsların sensoryal sinir sistemi boyunca yayıldığı aşamadır. Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir, Erdine (28).

Modülasyon: Başlıca omurilik seviyesinde oluşan bir olaydır. Kapı Kontrol Teorisi ile ağrılı uyarının medulla spinaliste ciddi bir engelle karşılaştığı ortaya çıkmaktadır. Ağrılı uyarın burada değişikliğe uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir, Erdine (28), Düzel (23).

Persepsiyon: Bireyin psikolojisi ile etkileşimi ve subjektif emosyonel deneyimleri sonucu gelişen, uyarının algılandığı son aşamadır. Omurilikten geçen uyarın, çeşitli yollar aracılığı ile üst merkezlere doğru iletilir ve ağrının algılanması gerçekleşir, Erdine (28), Ketenci (48).

Ağrının kabul edilmesi, ağırlı uyarının ağrı reseptörünü uyarması ile başlar. Bu reseptörler, deri, deri altı doku, fascia, vissera, kan damarları, kaslar ve eklemlerde bulunan serbest sinir uçlarıdır. Ağrıyı algılayan reseptörlere nosiseptörler denir. Nosiseptörler mekanik, termal veya kimyasal nedenlerle uyarılabilirler. Bu uyarılar A ve C lifleri ile spinal korda iletilir. A lifleri miyelinlidir ve impulsları hızlı iletir. Bu liflerle iletilen ağrılar keskin ve lokal ağrılar olarak kabul edilir. C lifleri miyelinsizdir ve impulsları yavaş iletir. Bu liflerle iletilen ağrı dağınık, sürekli, donuk veya sızı veren, yanma şeklinde kabul edilir, Mucuk (63), Coşkun ve ark. (18).

Ağırlı uyarının sinir sisteminde algılanması ile oluşan ağrı, organizmanın bu uyarıya verdiği biyolojik aktif bir cevap olup kişiye özgü ve subjektiftir. Organizma ağrıya bazı farklılıklar ile tepkide bulunmaktadır. Bunlar; kaçma, kurtulma reaksiyonları gibi somatik refleksler, taşikardi, kan basıncında değişimler, bulantı-kusma, terleme, göz yaşarması ve pupilla değişiklikleri gibi otonom refleksler, anksiyete, korku, öfke, zihinsel fonksiyonda değişimler gibi psikolojik reaksiyonlardır.

Ağırlı uyarılara tepkinin oluşmasında; anatomik ve fizyolojik değişimler yanı sıra bireyin biyososyokültürel özelliklerinden etkilenmektedir, Mucuk (63), Mamuk (59), Set (79), Özveren (71).

İnsanların yaratılıştan tek ve benzersiz olması, ağrıya karşı gösterdikleri reaksiyonları da birbirinden farklı kılar. Bu farklı davranışlar kısmen beynin kendisinin, analjezi sistemi denilen bir ağrı kontrol sistemini aktive ederek, sinir sistemine giren ağrı sinyallerinin kompanse etmesine bağlıdır. Beynin bazı bölgelerinin elektriksel olarak uyarılması sonucu ağrı kontrolünü sağlayan analjezi sistemi, ağrı sinyallerini medulla spinalisin ilk girişinde bloke edebilmektedir.

Analjezi sistemine beyin, omurilik ve çeşitli organlardan salgılanan kimyasal maddeler de katılır, England and Horowitz (25), Erdine (28). Bunlardan en önemlileri, kimyasal yapısı morfine çok benzeyen endorfin, enkefalin ve serotoninidir, Erdine (28), Moralar, Türkmen ve Altan (62).

4.1.3 Ağrı Teorileri

Kapı Kontrol Teorisi: Kapı kontrol teorisi, ilaç dışı yöntemlerin etki mekanizmasını anlamlandırmada önemli yer tutar. Kapı kontrol Teorisi ilk kez 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüştür. 1980’lerde yeniden geliştirilen kapı kontrol teorisi; ağrının ilk olarak spinal kordda kontrol edildiği düşüncesini savunmakta ve bugünde geçerliliğini sürdürmektedir. Bu teoriye göre deriden gelen uyarılar spinal kord ve beyinde modülize edilmesini sağlarlar. Ancak kapı kontrol teorisi merkezi sinir sistemindeki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açıklığa kavuşturamamıştır, Erdine (29), Sandifer (75), Özşar (68), Aslan ve Badır (4), Set (79). Teoride ağrının varlığı ve şiddetinin nörolojik uyarıların geçişine bağlı olduğu, sinir sistemindeki kapı mekanizmalarının ağrı geçişini kontrol ettiği ve kapı açık ise, ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarıların bilinç düzeyine ulaşp, ağrı hissedileceği, eğer kapı kapalı ise, uyarılan bilince ulaşamayacağı ve ağrı hissedilmeyeceği ileri sürülmektedir, Kömürcü ve Bertiken Ergin (53), Ulutaş (88).

Endorfin Teorisi: Tarih boyunca kadınlar ilaç kullanmaksızın doğum sancılarıyla baş edebilmişlerdir. Tarihe baktığımızda doğa vücutlarını doğuma hazırlamıştı, England and Horowitz (25). Beyin ağrıyı algıladığında vücudumuz endorfin olarak bilinen kendi doğal ağrı kesicisini üretir. Endorfin iç salgı bezleri tarafından üretilen ve saklanan bir protein molekülüdür. Endorfin güçlü bir ödül sistemini de aktive eder. Cinsellik, doğum ve emzirme gibi üremeye yönelik aktivitelerle ilişkili ödüllendirme ve memnuniyet duygularının oluşmasına neden olur, Rathfisch (73). 1970’lerin ortalarında, vücudun kendisinin salgıladığı opioidlere benzer maddeler (norepinefrin, serotonin) tanımlanmış ve bunlara “endorfin” denilmiştir, Kömürcü ve Bertiken Ergin (53), Ulutaş (88), Yıldırım (95), Sandifer (75).

4.2. Doğum Ağrısı

Kadın hayatının etkileyen deneyimlerden menstruasyon, gebelik, emzirme, menapoz gibi birçok doğal süreç gibi doğum da bu evrelerden biri olan doğal ve sancılı bir süreçtir. Doğum ağrısı, nörofizyolojik, biyokimyasal, psikojenik, etnokültürel, dinsel, bilişsel, ruhsal ve çevresel birçok faktörün etkisinde olan bir durumdur, Avcıbay (6). Akut bir ağrı olan doğum ağrısını diğer ağrı türlerinden ayıran en önemli özellikler; belli bir süre gelip geçmesi, anneye dinlenmesi için fırsat vermesi, annenin bebeğine kavuşmak için bu ağrılara katlanmasıdır, Kömürcü (52), Mamuk (59), Özer (67), Rathfisch (73), Erdine (28).

Eski uygarlıklardan bu yana insanlığın ortak süreci olan doğum, primitif kültürlerde bile ağrılı bir süreç olarak tanımlamışlar ve her anne yaşam boyunca unutamayacağı şiddetli bir doğum ağrısı yaşayacağını belirtmişler, Kömürcü (52), Erdine (29), Özer (67). Doğum ağrısının giderilebilmesi için çok çeşitli uygulamalar yapılmış ancak hiçbir uygulama doğal yöntemlerden öte gitmemiştir. Afrika'da hamile kadının karnına bitkisel özlerin sürülmesi gibi. Dick Read' in *Childbirth Without Fear* adlı kitabında “dünyadaki ırklar daha kültürlü hale geldikçe, doğumun can yakan ve tehlikeli bir çile olduğu daha fazla telaffuz edilir oldu” sözleriyle anlatmış olduğu gibi ne zaman ki teknoloji gelişti, kültür düzeyi arttı insanlar hareketten mahrum kaldı, her şey doğallıktan uzaklaştı, Gaskin (33).

4.2.1. Doğum Ağrısı ve İletim Yolları

Uterus ve perinede bulunan reseptörler, uterus, serviks, pelvis ve perineden gelen ağrılı uyarıyı spinal kord segmentlerine iletir, doğum ağrısının başlamasına neden olmaktadır. Doğum ağrısının nörofizyolojisinin doğumun evrelerine göre değişiklik gösterdiği ayrıca her evrede değişik sinir yapılarının devreye girmesi ile değişik ağrı tiplerinin oluştuğu bilinmektedir, Kömürcü (52), Gaskin (33).

Doğumun ilk evresinde uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik sıvının basıncında artış meydana gelir bunun sonucunda da uterus alt segmenti ve serviks gerilirken,

doğumun ikinci evresinde; fetüsün kemik pelvis ve doğum kanalından geçişi sırasında oluşan cilt, cilt altı dokular, kas ve fasyadaki gerilme ve yırtılmalar sonucunda vajinal ve rektal bölgelerde somatik (ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama tarzındadır) karakterde ağrı ortaya çıkmaktadır, Gaskin (33), Rathfisch (73).

İkinci evre ağrısı uyluğa kemiğine yayılım gösterebilir. Doğumun ikinci evresi genelde 15–20 dakika sürmektedir. Bu kadar kısa olmasına rağmen birinci evredeki viseral ağrılara ek olarak, iyi lokalize edilen sızlayıcı keskin nitelikte somatik ağrılarında eklenmesiyle bu dönem doğumun en ağrılı evresi haline gelmektedir, Mamuk (59), Kömürcü (52), Erdine (28), Özveren (71), Moralar, Türkmen ve Altan (62).

4.2.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğumda acı ve ağrı genelde beraber yaşanan deneyimlerdir. Yaşanan doğum ağrısı üzerinde pek çok fizyolojik, psikolojik ve medikal faktörlerin etkisi vardır. Doğum ağrısını etkileyen fizyolojik faktörler arasında; anne yaşı, parite, anne ve bebeğin kilosu, doğumun şiddeti ve hızı, fetüsün pozisyonu, pelvisin anatomik yapısı ile doğum eylemi sırasında gelişen fizyolojik değişimler (dilatasyon vb.), halsizlik ve uyku sorunları yer almaktadır, Rathfisch (73), Kömürcü (52), Simkin and Ancheta (80).

Amerikan Psikiyatri Enstitüsü doğumda yaşanan ağrının birçok psikolojik etkene bağlı olduğunu, bu etkenleri ise; vücuda ve ya ruha yönelik algısal tehdit, yardım alamamak, kontrol kaybı, acı veya acı verici bir olayın gerçekleşebileceği korkusu ‘bebeğinin veya kendisinin ölümü’ şeklinde tanımlamıştır.

Bunlara ek olarak annenin sosyo-kültürel özellikleri, yaşanmış deneyimler, annenin ağrı ile başa çıkabilmede yetersizliği, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılıma durumu, doğumda yaşanan ilgisiz hatta kaba davranışlar ve yoğun tedavinin doğum ağrısı üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir, Yeşilçiçek Çalık (93), Ulutaş (88), Köksal ve Taşçı Duran (51), Kılıç ve Öztunç (49).

4.2.2.1. Fiziksel Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında iki öge etkili olmaktadır. İlki fizyolojiktir ve duyusal reseptörlerle oluşur. İkincisi psikolojik kaynaklı olup tepki sürecini içermektedir..

Uterusta Hipoksi: Anne, her bir kontraksiyonda önemli bir ağrı yaşar. Kontraksiyonların etkisi ile uterusu giden kan damarlarındaki sıkışmaya bağlı uterin kanlanmada azalma. İki kontraksiyon arasındaki gevşemeler kan akımını sağlar. Kontraksiyonlar arasında yeteri kadar gevşeme olmazsa ağrı algılaması çok yükselir, Öztürk (70), Kömürcü ve Bertiken Ergin (53), Avcıbay (6), Simkin and Ancheta (80).

Servikal Gerginlik ve Serviksin Sinir Ganglionlarına Baskısı: Serviksin gerilmesiyle uterus kontraksiyonlarıyla itilen fetal baş, serviksin dilate olmasını sağlamaktadır. Ayrıca serviksin gerilmesi gerilimi maternal hipofiz arka loptan oksitosin salgılamasına yol açarak uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddetini artırmaktadır, Öztürk (70), Avcıbay (6), Yeşilçiçek Çalık (93), Set (79).

Kontraksiyonların Süre, Şiddet ve Sıklığı: Normal doğum için uterin kontraksiyon ve progresif servikal dilatasyon gereklidir. Eylemin başında 15-30 dakikada bir gelen ve 15-30 saniye süren kontraksiyonlar, I. evrenin aktif fazı sonunda 2-3 dakikada bir gelen 60-90 saniye süren ve daha şiddetli kontraksiyonlara dönüşür, Öztürk (70), E Lally, J Murtagh, Macphail and Thomson (24) , Jones et all. (44).

Serviksin Dilatasyon ve Efasmanı: Doğum ağrısının oluşmasında en büyük neden serviksin dilatasyonu ve efasmanıdır. Dilatasyon ve efasman için daha fazla kontraksiyonlara ihtiyaç duyulmaktadır, Caton et all. (15), Öztürk (70).

Perine Bölgesinin Gerginliği: Başın inişi ile bazı dokuların laserasyonu ve perinenin gerilmesi ağrıya yol açar. Özellikle doğumun 2. evresinde fetus ilerledikçe perineal bölgedeki gerilme, genişleme ve bazen yırtılmaların etkisiyle somatik tarzda ağrı oluşur.

Kişisel farklılıklar nedeniyle pelvik taban kaslarının değişen esnekliği ağrının farklı düzeylerde hissedilmesine neden olabilir, Uçaner ve Öztürk (87) , Simkin and Ancheta (80).

Gebenin Öyküsü: Gebenin fiziksel durumu, biyopsikososyal faktörler ağrı düzeyini etkilemektedir. İlk kez doğuran kadınlar daha şiddetli ağrıdan yakınır, doğumları daha uzun sürer ve multiparlara göre daha çok analjezik gereksinimleri olmaktadır Brown, Douglas and Flood (14), E Lally, J Murtagh, Macphail and Thomson (24).

Fetal Ağırlık ve Pozisyon: fetal baş ile pelvik kemik çapının uygunluğunun derecesi ve fetüsün ağırlığı doğum ağrısının şiddetinde etkili olmaktadır, Yıldırım ve Hotun Şahin (96).

Hormonal İşleyişler: Yapılan birçok çalışma dismenore ile doğum ağrısının şiddeti arasında bir bağlantı olduğunu desteklemiştir. Hormonal birçok faktör bir araya geldiğinde kontraksiyonlar çözülmeye, giderek sıklaşmaya, şiddeti artmaya ve kasılma esnasında geçen süreleri uzamaya başlar; Avcıbay (6). Prostaglandin salımının artmasıyla, kontraksiyonların şiddetinin artmasının genelde menstrüasyon ve doğum ağrısındaki mekanizmayla benzerlik gösterdiği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir, Avcıbay (6), Yıldırım (95), Smith, Collins, Crowther and Levett (82).

Yapılan müdahaleler: Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da arttırabilir. Gebenin mobilizasyonuna engel olan intravenöz uygulamalar ve fetal monitörizasyon ile vajinal muayene ve amniyotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir, Sayiner ve Özerdoğan (76), Simkin and Ancheta (80).

4.2.2.2. Psikolojik Faktörler

Bir kişi doğum ağrısını tolere edemezken, diğer bir kişi rahatlıkla tolere edebilir. Bu yüzden ağrı algılaması basit olarak belli uyarılarla açıklanamaz. Ağrı yaşayana özgü psikolojik faktörlere bağlı son derece kişisel bir deneyimdir.

Psikolojik faktörler; kültür, anksiyete ve korku, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemlerini içermektedir, Öztürk (70), Rathfisch (73), Çöçelli, Bacaksız, ve Ovayolu (19).

Kültür: Tüm insanların kültürel geçmişlerine ve yaşadıkları çevreye bakılmaksızın aynı tip “duygusal eşige” sahip oldukları bilinmektedir. Ancak kültürel yapı, ağrı algılama eşiginde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir, Rathfisch (73), Kömürcü (52).

Anksiyete ve Korku: Anksiyete doğum ağrısıyla yakından ilişkilidir. Fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanışını değiştirebilmektedir.

Anksiyete; ağrı korkusuna, kontrol kaybına, annenin ya da fetüsün olumsuz etkilenmesine neden olabilir. Ayrıca doğum yapan kadının içinde bulunduğu çevresel faktörler kadını etkileyebilir, örneğin; hareketlilik, gürültü, yabancı kişiler de doğum eylemi sırasında anksiyeteye neden olabilir, Yıldırım (95), Rathfisch (73), Set (79).

Yaşanmış Deneyimler: Ağrıyla ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte deneyimleyeceği ağrı düzeyini etkilemektedir. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir, Avcıbay (6), Amanak, Karaöz ve Sevil (3), Uran, (89).

Doğuma Hazırlık: Doğum için hazırlanmanın annenin rahatlamasını sağlayarak, analjezi ihtiyacını azalttığı saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre, doğum öncesi dönemde ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınların, katılmayanlara oranla, doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşadıkları bulunmuştur, Hodnett , Gates, Hofmeyr and Sakala (42), Rathfisch (73), Kömürcü (52).

Destek Sistemi: Doğuma yardımcı bir kişinin varlığı ile (gebenin eşi ve ya annesi de olabilir) doğum süresinin kısaldığı, analjezi ihtiyacının azaldığı, komplikasyonlar ile doğum ağrısının azaldığı ve tıbbi tedavinin azalması ile bebek sağlığının daha iyi olduğu,

anne memnuniyetinin arttığı ayrıca forseps ve sezaryen endikasyonunun azaldığı şekilde pozitif etkilere neden olduğu çalışmalarda belirtilmiştir. Yıldırım (95), Kömürcü (52).

Ağrının Gebe İçin Anlamı: Her birey yaratılıştan tektir bu yüzden ağrının algılanması kişiye özgü olduğu, kadının kendini algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Taşçı ve Sevil (84), Caton et al. (15), Kömürcü (52), Rathfisch (73).

Dikkat ve Dikkati Başka yöne çekme: Dikkat, ağrının algılanmasını etkileyen bir faktördür. Dikkat ağrıya yöneldiğinde ağrının şiddeti artar. Dikkatin başka yöne çekilmesinin de ağrı algısını azalttığı bilinmektedir, Öztürk (70), Yeşilçiçek Çalık (93), Smith, Collins, Crowther and Levett (82).

Ağrının Hafızası: Ağrı hafızasının boyutu ve şiddeti çeşitli etkenlere bağlıdır.. Ağrı hafızasını belirleyen faktörlere bakıldığında; ağrının o andaki şiddeti, emosyonel durum, ağrıya karşı beklentiler, daha önceki ağrının şiddeti gibi çeşitli etkenlerin etkili olduğu görülmüştür. İnsan yaşamında az karşılaşılan oldukça şiddetli bu ağrı tüm şiddeti ile hatırlanıyor olsaydı, hiç kuşkusuz ki kadınlar yeniden doğurma konusunda isteksiz olacaktırlar, Set (79), Kömürcü (52), Avcıbay (6).

Halsizlik ve Uyku Sorunları: Eylemde anne bitkin olabilir. Bu durum ağrıya verilen cevabı etkiler. Yorgunluk sonucunda annenin enerjisi azalır, anne ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz, Öztürk (70).

4.2.3. Doğum Ağrısının Olumsuz Etkileri

4.2.3.1. Fiziksel Faktörler (Maternal)

Doğum ağrısı çok güçlü bir solunum uyarandır. Doğumun birinci aşamasında dakika solunum hacmi normalin % 75-150'si kadar artabilir. İkinci aşamada ise bu artış normalin % 300'üne kadar çıkabilir. Bu hiperventilasyon durumu annede hipokapni ve solunumsal alkalozu neden olur. Doğum ağrısı annede gastrointestinal problemlere, kardiyak output ve arteriyel kan basıncında artışa neden olabilmektedir. Ayrıca kadının sık ve şiddetli ağrılarının olması doğum eyleminin daha da uzamasına neden olabilir. Sık ve şiddetli ağrıya cevap olarak epinefrin salınımı uterus kontraksiyonlarını baskılar ve bu durum doğum eyleminin uzamasına neden olur, Hamlacı (40), Caton et all. (15), Set (79).

Gebelikte zaten uterus kaslarında dilatasyon vardır, birde diğer vücut damarlarında dilatasyon gerçekleşirse damarlarda göllenme olur ve plasental dolaşım yavaşlar. Doğum kadının metabolik hızını ve oksijene olan ihtiyacını artırır, Mamuk (59), Erdine (28), Avcıbay (6).

4.2.3.2. Psikolojik Faktörler (Neonatal)

Doğum ağrısı servikal dilatasyonun sağlanması ile başlar fetüsün ekspulsiyonu ile son bulur. Doğum ağrıları ile verteks pozisyonu almış fetüs uterin kasların kasılması ile aşağıya doğru itilir. Doğum ağrılarının belirli aralıklarla gelmesi, fetüse giden kan akımını bozmamaktadır. Ancak yapay oksitosin kullanımı ve anne adayında gözlenen korku vb. dış faktörlerle doğum ağrılarının 10 dakika içerisinde 3 defadan fazla gelmesi fetüse uteroplesantal akımı bozarak fetüsün yeterli oksijenlenmesini engelleyerek fetüs üzerinde strese neden olur. Bazı durumlarda bu yaşanan stres, bebeğin anal sfinkterinin gevşemesine, bağırsak muhtevası olan mekonyumun dışarıya salınmasına neden olur. Fetüsün deneyimlediği bu evre onun üzerinde çeşitli etkilere neden olabilir, Köksal ve Taşçı Duran (51), Mamuk (59), Jones et all. (44).

4.2.4. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum ağrısının değerlendirilmesinde ebelik hizmetlerinin yeri büyüktür. Çünkü ebelik değerlendirilmesi, doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde ve oluşabilecek komplikasyonların tanınmasında yardımcı olmaktadır. Tanımında da belirtildiği gibi ağrı öznel bir durumdur ve bu nedenle değerlendirilmesinde ve tedavisinde, ağrının algısal yönü kadar duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini de esas almak gerekmektedir. Ağrının farklı bireylerde farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, annenin bilişsel ve kültürel özellikleri kadar, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin ağrıya bakışı da ağrının değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır Hotun Şahin ve Yıldırım (43), Köksal ve Taşçı Duran (51), Jones et all. (44).

Doğum ağrısını değerlendirmenin bir takım güçlükleri vardır. Çünkü doğum ağrısı ani başlar, çok çabuk ilerler ve duygusal faktörlerden etkilenir. Doğum eyleminin değerlendirilmesinde ağrının şiddetinin yanında lokalizasyonu ve yaşanan rahatsızlık da dikkate alınmalıdır. Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır.

Doğum ağrısının değerlendirilmesinde sıkça kullanılan VAS ölçeği; Doğumdaki ağrının geniş olarak tanımlanmasına yardımcıdır, Aslan ve Badır (4), Kılıç ve Öztunç (49).

Doğum ağrısının sözel değerlendirilmesinde ölçümün iki kontraksiyon arasında olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca gebenin uterusun miyometrium tabakasında oluşan kontraksiyonlar ile bu kontraksiyonların yaratmış olduğu ağrı ve rahatsızlık hissini ayırt etmesinde yardımcı olunmalıdır.

4.2.5. Doğum Ağrısının Kontrolü

Kadın hayatının önemli deneyimlerinden biri olan doğum, ağrılı bir süreç olması sebebiyle uzun yıllar araştırmacıların merak konusu olmuş ve doğum ağrısını gidermek için pek çok farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler geliştirilmiştir. Doğumdaki ağrıyı gidermede kullanılan yöntemlerin amacı, anneye ve bebeğe herhangi bir etkide bulunmadan doğrudan doğum ağrısını azaltmak ya da onu düzenlemektir. Farmakolojik yöntemler, çeşitli analjezi ve anestezi maddelerinin farklı yollarla kullanılması esasına dayanır. Doğumda kullanılan farmakolojik yöntemlerin genellikle ağrı seviyesini azaltmada, farmakolojik olmayan yöntemlerden daha etkili olduğu bulunmuştur; ancak pahalı olması ve potansiyel yan etkilerinin bulunması nedeni ile farmakolojik olmayan yöntemler geliştirilmeye başlamıştır, Avcıbay (6), Ulutaş (88), Kılıç ve Öztunç (49).

4.2.5.1. Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde günümüzde kullanılan farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif, trankilizan ve amnetiklerle sistemik tedavi, bölgesel ve ileti anestezi ile genel anesteziden oluşmaktadır. Lokal anestezide; pudental blok, spinal anestezi, epidural analjezi ve kaudal analjezi kullanılmaktadır. Farmakolojik yöntemlerin tarihçesini ele aldığımızda; James Young Simpson (1811-1870) kloroformun da eter kadar etkili olabileceğini gösterdi ve doğum anestesisinde kullandı. Kraliçe Viktorya 'nın 1853'te Prenses Leopold ve 1857 yılında Prenses Beatrix 'in doğumunda anestezi alması ile soylular arasında yaygın kullanım alanı bulmuştur, Erdine (28).

Eski çağlardaki kültürel ve dini baskılara rağmen, tıp alanında gelişmeler genelde akut ağrıyı, daha özelden ise doğum ağrısını ortaya çıkaran sebeplere ilgi duymuştur.

İlk olarak 1900 yılında Kreis Basel adında obstetrisyen, spinal aralığa kokain enjekte ederek doğum ağrısını hafiflettiğini bildirmiştir, Yeşilçiçek Çalık (93).

ABD'de yılda 1500 'den fazla doğum olan hastanelerde 1997 yılında doğum analjesisinde epidural %61 , diğer yöntemler %39 oranında kullanılmıştır.

Latin Amerika ülkelerinde yılda yaklaşık 11milyon doğum olduğu ve vajinal doğumda %60 oranında epidural anestezi uygulandığı saptanmıştır, Şahin (48).

Doğum sırasında verilen lokal anestetikler, fetal kalp atım hızı değişikliğine, tam perineal analjezi oluşması sonucu ıkıntı hissini kaybolmasına ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilir, ayrıca doğum anında müdahalelere gereksinimi artırabilir. Genel anestezi, lokal anestezinin reddedildiği veya kontrendike olduğu durumlarda ve doğum eyleminin bir an önce sonlandırılmasına gerek duyulduğunda uygulanır. Genel anestezi, maternal gastrik içeriğin aspirasyonuna, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkiye ve larenkse yapılan müdahale sırasında hipertansiyona yol açabilir, Moralar, Türkmen ve Altan (62), Caton et all. (15).

Türkiye’ de epidural anestezinin kullanımı giderek artmaktadır ancak Avrupa ülkelerinde yaygın olduğu kadar kullanılmamaktadır; Mamuk (59), Avcıbay (6), Ulutaş (88), Moralar, Türkmen ve Altan (62), Kılıç ve Öztunç (49).

4.2.5.2. Non Farmakolojik Yöntemler

Gelişen ve değişen dünyada gün geçtikçe hastalık türleri de artmaktadır. Teknolojinin gelişmesi sağlık sistemini de etkilemiştir. Ancak doğanın bozguna uğratılması artan önemsememe durumu hastalıkların tedavilerinin de araştırılmasına, kimyasal olarak üretilen ilaçların güvenilirliğinin azalmasına ve maliyetinin gün geçtikçe karaborsaya düşmesi nedeniyle alternatif yöntemler arayışına gidilmiştir. İlaç dışı yöntemlerin maliyetinin daha az olması, yan etkilerinin neredeyse olmaması hastalar tarafından daha çok tercih edilmelerine neden olmuştur. Eski toplumlarda yaşayan insanlar hastalıkların tedavisinde doğadan yararlanmışlardır. İlaç dışı yöntemler de kişinin bedenine ve doğaya yönelmesiyle etki göstermektedir. Sağlık uygulamalarında nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemlere ilişkin tek başına kabul edilen bir sınıflandırma ya da bir tanım yoktur. Bu yöntemler, noninvaziv (invaziv girişim gerektirmeyen), nonfarmakolojik, tamamlayıcıve alternatif yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır, Rathfisch (73), Kömürcü (52).

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılabilen ilaç dışı yöntemler vardır. Ancak bu yöntemlerin öğretilmesi belirli bir zaman gerektirir. Doğum ağrısı ile başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miyordan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilir. Bunun için de en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin az olması ve gebenin konsantre olabilmesi, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırır, Yeşilçiçek Çalık (93), Gaskin (33), Smith, Collins, Crowther and Levett (82).

Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri bugün pek çok ülkede, doğumun farklı aşamalarında etkili ve uygulanması basit olmaları nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Sahada kullanım şansı görmesine rağmen bu yöntemlerin etkinliğini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek araştırma örnekleri maalesef çok azdır. Ancak ebeler ve bu yöntemleri deneyen annelerin memnuniyetinin fazla olduğu yapılan yayınlarca bildirilmektedir, Yeşilçiçek Çalık (93), Rathfisch (73), Kömürcü (52). Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemler başka bir farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılırsa etkinliği artacaktır, Avcıbay (6), Kılıç & Öztunç (49), Smith, Collins, Crowther and Levett (82).

Nonfarmakolojik yöntemlerin tercih edilmesinin en önemli nedeni, yöntemlerin invaziv olmaması ile birlikte ekonomik, kullanımının kolay, etkili ve yan etkilerinin daha az olmasıdır. Ayrıca, farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanıldığı kadınlar, doğum eylemine sahip çıkmakta, kontrol ve güç kendilerinde olduğu için daha fazla memnuniyet ifade etmektedirler, Özveren (71), Kılıç ve Öztunç (49). Akupressür, nonfarmakolojik yöntemlerden biridir.

4.3. Akupressur

Doğu şıfa yöntemlerinin Batı'daki popülerliği son yıllarda giderek artış göstermiştir. Akupunktur'un Çin'de yeniden canlanması bu popülerliğin artmasında önemli yer tutmaktadır, Sandifer (75), Mucuk (63). Akupunktur gibi akupressur de geleneksel Çin tıbbının bir sağaltım yöntemidir. Bu yöntem insana, insanın doğayla, evrenle ilişkilerine bütüncül bir bakışa dayanır. Bütün yaşam işlevleri; insan bedenindeki psikolojik, biyolojik olaylar, insanın fiziksel, ruhsal sağlığı, belli enerjilerin açığa ıkımıdır. Çin Tıbbındaki önemli enerji biçimlerinden biri olan Chi (yaşam enerjisi) bütün yaşam süreçlerine biin verir, beden ile ruhun uyum içinde çalışmasından sorumludur, Özşar (68), Hamlacı (40), Gönenç ve Terzioğlu (34).

Temel yaşam gücü, birçok uygarlıkta, birçok kültürde farklı isimlerle adlandırılmıştır. Hint kültüründe "prana", Japonya'da "ki", Çin uygarlığında "chi" diye adlandırılan bu enerjiye batı kültüründe de rastlanılmaktadır. Batı kültüründe bu enerjiye en çok yaklaşan quintessence, yani beşinci ögedir. Taocu düşünceye göre bitkilerde, hayvanlarda, suda, besinlerde, havada bulunan bu gücü yaşamı olanaklı kılar. Chi'yi besinlerden ve havadan alır meridyenler aracılığıyla tüm bedenimizde akmasını sağlarız. Meridyenler bedenimizdeki damar ve sinir sistemi gibi bedenimizi dolaşan bir yapıya sahiptir. Vücudumuzda enerji akışından ve iletiminden sorumludur, Özşar (68), Sandifer (75), Hamlacı (40), Yeşilçiçek alık (93).

Sağlıklı bir bedende bütün yaşam enerjileri dengededir. Bu yin ve yang dediğimiz sistemlerin dengesidir. Yaşam enerjilerinin herhangi bir yerindeki tıkanıklık giderilmediğinde hastalık dediğimiz tablo ortaya çıkar. Yang sözel anlamı dağın güneşli yanı, yin ise gölgeli yanını gösterir. Yang gündüz, güneş, ruh etkinlik özelliklerine karşılık gelir. Yin'e durağanlık, alıkoyma, gece, ay, gövde özellikleri bağlanabilir. Gece olmadan gündüz olmaz yin olmadan yang olmaz. Yin ile yang birbirinin zıt anlamı gibi olmasına karşın birbirini bütünler niteliktedir, Özşar (68), Sandifer (75), Rathfisch (73), Kömürcü (52), Chung, Hung , Kuo, & Huang, (17).

Akupressur tam anlamıyla akupunktur felsefesine dayanan, öğrenilmesi ve uygulaması kolay bir şifa yöntemidir. Akupressur akupunkturun aksine aku noktalarına iğne ile girilmeksizin parmak ile basınç yapılarak uygulanan bir yöntemdir. Akupunktur için süreli bir eğitim, anatomi ve fizyoloji bilgisi gerekirken akupressur için noktaların bilinmesi ve doğru bir şekilde teyid edilerek bu noktalara basınç uygulanması yeterlidir, Chen and Chen (16), Deepak, Rana and Chopra (20).

İnsanoğlu tarih boyunca birbirine dokunarak şifa bulmuş ve rahatlamışlardır. Çağlar boyu ağrılarını dindirmek için sürekli ve içgüdüsel olarak yöntemlere başvurmuşlar, Erdine (29). Örneğin kas ağrılarını ve ya sızılarını dindirmek için o bölgenin ovulması işlemi içgüdüsel bir davranıştır. Akupressur hayatımızın her anında karşımıza çıkar. Başımız ağrıdığı anda iki kaşımızın arasına bastırmamız, stres anında saç derimizi ovmanız gibi uygulamalar akupressurün hayatımızdaki varlığını kanıtlar niteliktedir. Akupressur ve altında yatan felsefe, dokunma ve basıncın ne tür değişimlere yol açtığını ayrıntılı bir şekilde anlatır niteliktedir, Yeşilçiçek Çalık (93), Mamuk (59), Özşar (68), Sandifer (75), Avcıbay (6), Kılıç ve Öztunç (49).

4.3.1. Akupressur'ün Prensipleri

Akupressur, akupunktur, çin bitkisel tedavi yöntemleri, Moksabüsyon ve masaj teknikleri ile aynı köklere dayanmaktadır. Her birinin ortak özelliği de insan bedeni ve çevresi ile etkileşimi konusundaki temel anlayıştır. Yaşam enerjisi Chi'den bahsetmiştik. Akupressurün temelinde noktaları uyararak yaşam enerjisinin meridyenlerde akışını sağlayarak bölgesel tıkanlıkların giderilmesi esasına dayanmaktadır, Özşar (68), Sandifer (75), Betts (10).

Birçok yöntemin uygulanma prensipleri olduğu gibi akupressurün de uygulamasında önemli kıstaslar mevcuttur;

- Oda ısısı ılık olmalı,
- Uygulayıcının elleri sıcak olmalı birbirine sürterek ellerini uygulama öncesinde ısıtmalı,
- İyileştirme sevgi esasına dayanmalı, mekanik olunmamalı,
- Uygulama öncesi iyileştirme yapılacak kişi ile birlikte gevşeme alıştırmaları yapılmalı,
- Uygulama yapılacak kişi için uygulama süresi boyunca rahat olacağı bir konum planlanmalı,
- Noktanın uyarılması, nasıl uyarıldığından daha çok önemlidir bu yüzden uygulayıcı sezgilerine güvenmeli, o nokta için en doğru yöntem uygulayıcı olarak yönelecektir.
- Uygulamada yumuşak olmak ve aynı ölçüde yumuşak ve sade basınç yapmak önemlidir.
- Uygulamanın kolay yapılabilmesi amacıyla deri önceden aromaterapik yağlar ile ovulmalı (susam yağı vb.). Mollart, Adam and Foureur (61), Hamidzadeh, Shahpourian, Orak and Takfallah (39), Bowman and Livolski (13).

4.3.2. Akupressur Noktalarının Bulunuşu

Akupressur noktalarının bulunuşu uygulamanın güvenilirliği açısından önemli yer tutmaktadır. Günümüzde aku noktaları teknolojinin de gelişmesi üzerine dedektörler aracılığıyla bulunabildiği gibi maliyetinin yüksek olması nedeniyle kullanımı kısıtlıdır. Bir başka yöntem olarak da: bir noktanın başka bir yere uzaklığının ölçümünde Cun (Sun) denilen ölçü birimi kullanılmaktadır. Bu birim yaklaşık 2,5 cm karşılığı olup başparmak eni, orta parmak içe doğru kıvrıldığında orta falanks uzunluğu bir Cun (Sun) olarak kabul edilmektedir. Bu ölçü iyileştirme yapılacak kişinin parmağı ile alınmalıdır, Mucuk (63), Yeşilçiçek Çalık (93), Özşar (68), Sandifer (75).

Akupressur noktalarının bir diğer bulunuş şekli ise depresyon bölgesi ile tanımlanan bölgedeki çukurluktur, Betts (11), Deepak, Rana and Chopra (20), Vijayalakshmi and Jothilakshmi (91).

4.3.3. Akupressur Uygulama Teknikleri

Akupressur birçok uygulama tekniğine açık bir nonfarmakolojik yöntemdir. Ancak akupressur uygulamasını zaman bakımından sınırlamak uygulamanın verimliliği açısından önemlidir. Bir uygulamayı yinelemek; aynı noktanın tekrar tekrar uyarılmasını sağlamak pozitif yönde bir etkiden çok negatif yönde bir etkiye neden olabilir, Özşar (68), Betts (10). Yetişkinlerde uygulama süresi aku noktası üzerine 20-60 saniye arası değişirken, bu süre çocuklarda 5- 30 saniye arası değişmektedir. En çok dikkat edilmesi gereken şey ise iyileştirme yaptığınız kişinin tepkilerini dikkate alın ılık bir enerjinin duyumsanması o noktadaki tıkanıklığın çözümlendiğini gösterir kesin belirtidir. Akupressur uygulamasını zamanı en az 20 dakika en fazla 60 dakika kadar olmalıdır. Chung, Hung , Kuo and Huang (17), Chen and Chen (16), Smith and Crowther (81).

Sürtme: Bu yöntem, özellikle ellerde, kolun dirsekten aşağıda kalan bölümünde uygulanabilir. Akupressur yapacağımız kişinin elini sol elimizle tutmak şartı ile noktanın üzerine işaret ya da orta parmağınızla ileriye ve geriye doğru bastırarak sürtme hareketi yapılması işlemidir, Özşar (68), Chen and Chen (16).

Bastırma: Akupressur uygularken en sık kullanılan yöntem aku noktasına bastırma. Bu yöntem çok etkili bir tekniktir. Başparmak, işaret parmak ya da orta parmağın etli bölümüyle saat yönünde döndürülmek üzere yapılan masaj tekniğidir, Betts (11), Özşar (68).

Kavrama: Kavrama tekniği daha çok sırt ve omuz bölgesi için gevşetmede uygundur. Bu yöntemle kasın üzerindeki noktaya daha iyi ulaşılabilir. Elin başparmağını nokta üzerine konulur diğer elin başparmağı da onun üzerine konur, işaret parmağı onun tam karşısına yerleştirilerek iyileştirme bölgesine iki yandan sırasıyla basınç uygulayarak yapılan bir yöntemdir. Özşar (68), Chung, Hung , Kuo and Huang (17).

Ovalama: Ovma tekniği daha çok el ve ayaklarda kullanılan bir yöntemdir. Baş, işaret ya da orta parmağın uygulanmak istenen nokta üzerine dairesel ovma hareketleri yapılarak uygulanan bir yöntemdir, Betts (11), Özşar (68).

Hareket Ettirme: Hareket ettirme tekniği, iki nokta arasında bağlantı kurmak istendiğinde ya da bu noktaların aynı anda uyarılması istendiğinde bu yöntem kullanılmaktadır. İki bağ parmağın birleştirilerek dışa doğru sũrtme tekniği olarak uygulanır, Özşar (68).

Kıstırma: Kıstırma tekniği noktanın ũzerini başparmak ya da işaret parmağın sıkıştırması ve ya tırnaklar yardımı ile Őzenle cimciklenmesi esasına dayanır, Özşar (68) , McFadden et all (60).

Parmak Ucuyla Vurma: Başparmak ya da işaret parmak ile noktanın ũzerine vurulması işlemidir. Uygulanan gũç tam noktanın ũzerine isabet etmesi hususu uygulanamanın gũvenirliliđi açısından ȳnemlidir, Özşar (68).

Ayrırma: Parmakların noktadan dışarıya doğru değişik yȳnlerde bastırarak sũrtũnmesi esasına dayanır, Özşar (68).

Birleştirme: Başparmakların değişik yȳnlerden noktaya doğru bastırarak sũrtme esasına dayanır, Özşar (68).

4.3.4. Doğumda Kullanılan Akupressur Noktaları

Akupressur birçok sağlık alanında kullanıldığı gibi gebeliğin son dȳnemlerinde ve doğum eyleminin takibinde kullanılmaktadır.

Akupressur'ũn doğumda kullanım amaçları; travay esnasında duyulan ağrının azaltılması ve ya giderilmesini sağlamak, doğumda travayın ilerleyişini dũzenlemek (dilatasyon, efasman), fetũsũn pozisyonunu değiştirmek, doğumda anksiyeteyi gidermektir. Gebeliğin son 3 haftasında yani 37 haftadan itibaren serviksi ve pelvisi hazırlamak ȳzere akupunktur noktalarına haftada 1 kez bası uygulanması ile sağlanmış olur.

Gebeliğin son döneminde kullanılan noktalar KID8, GB21, BL32, GB34, ST36, SP6 ve BL67' dir, Betts (10) . Doğumda kullanılan akupressur noktaları ise SP6, LI4, GB21, K3, KI1, BL32, BL60, BL67' dir, Betts (10), Yeşilçiçek Çalık (93), Hamlacı (40), Betts (11).

SP6 : Ayak bilek kemiğinin dört parmak üzerinde (gebenin kendi parmak ölçüsü ile) incik kemiği yakınında bulunmaktadır. Bu akupressur noktasına bası yapıp doğru noktayı bulduğunuzda gebenin farklı bir hisse kapıldığının ifadesini duyacaksınız. Bu noktaya bası uygulamakta amaç serviks dilatasyonunu etkili hale getirmek ve ağrıyı gidererek doğumu hızlandırmaktır. Bu noktaya bası özellikle ilk gebeliği olan kadınlarda uygulanabilir. Gebelikte bu noktanın erken doğuma sebebiyet verebilmesi nedeniyle kullanılmaması önerilir, Betts (11), Betts (10), Hamlacı (40).

LI4: Bu nokta baş parmak ile işaret parmağının arasında bulunmaktadır. Kadın doğru noktaya bası uyguladığında o noktada acı duyacaktır. Bu nokta daha çok doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Bu noktaya buz uygulama ebe ve hemşirelerin doğumda ağrıyı azalmak için kullandıkları yöntemlerinden biridir, Betts (10), Chen and Chen (16).

GB21: Boyun omurlarından C7 ile omuz ekleminin üst kemiği arasına hayali bir çizgi çizdiğinizde bu nokta omuz kasının en yüksek noktasında kavisli hat boyunca yer alır. Bu noktaya basınç kontraksiyon başlangıcında hafifçe başlanarak kontraksiyon süresince artırılarak devam ettirilebilir. Bu noktaya basınç yapılarak birinci ve ikinci evrede kontraksiyonların etkilerini baskılamak için kullanılır. Gebeye rahatlama ve gevşeme hissi vererek doğum eylemini hızlandırır, Betts (10), Hjelmsyedt et all (41), Bowman and Livolski (13).

K3: Bu nokta iç aşık kemiğinin çıkıntısı ve arka baldıra katılan aşıl tendonunun arasında bulunur bu noktaya bası uygulandığın iç organların işlevsel faaliyetleri düzenlenir ve doğumda enerji verir.

KID1: Ayağın alt kısmının üçte birlik bölümünde bulunur. Hamilelikte gebeyi rahatlatmak gevşetmek için kullanılır. Hamilelikte hafif hareketlerle uygulanmalı, Betts (11), Smith and Crowther (81).

BL32: Bu bası noktası kalça üzerindeki çukurlar ve lomber omurga arasında bulunur. Çukurları açıklıkla göremiyorsanız eğer, kalçaların üst kısmından çukuru bulup başparmak yerleştirilir ve omurgaya bir kadın işaret parmağı kadar uzaklıktaki noktadır. Bir başka yol ile kuyruk çizgisi bulunur gebenin 3 parmak ölçüsü alınarak çizgiden yukarıya ölçüm yapılır. Gebenin 1 parmağı ölçüsü ile de sağ ve sol tarafta noktalar bulunur. Kontraksiyon başlamadan uygulayıcı parmaklarını noktaların üzerine koyar ve kontraksiyon ile bası uygular. Basıncın artması kontraksiyon sırasında hareket eden kadına bağlıdır. Bu nokta geribildirim sıklıkta olan bir noktadır, Betts (10), Hamidzadeh, Shahpourian, Orak and Takfallah (39).

BL60: Lateral malleous ve aşil tendonunun dış yüzeyinin orta hattındaki arada bulunur. Bu bası noktası genellikle doğumun ilk evresinde bebeğin hareketini ve inişini kolaylaştırarak için kullanılır. Bu noktanın gebelikte de kullanımı mevcuttur ancak sadece uyarı vermek içindir, Betts (11).

BL67: Ayağın küçük parmağının tırnak köşesinde bulunur. Bu noktaya bası uygulanarak 34. Gebelik haftasından itibaren makat geliş tanısı konulmuş fetüslerde baş geliş çevirmek için uygulanabilir. Doğumu kolaylaştırır, Betts (11), Berg et all (7).

5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı ve doğum süresi üzerine etkisini belirlemek amacıyla deneysel araştırma olarak yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Medipol Sağlık Grubu'na ait özel bir hastanenin doğumhane'sinde gerçekleştirilmiştir. Doğumhane hastanenin 3. ve 4. katlarında bulunur. 4. kat travay bölümü olarak kullanılmaktadır. 4. katta 5 travay odası bulunmakta ve gebe travay odasında doğumuna kadar ailesi ile birlikte kalabilmektedir. 3. kat ise kapalı birimdir. Doğumhane içinde 4 adet travay odası bulunmakta doğum salonu kısmında ise 2 oda ve odalarda doğum masaları yer almaktadır. Doğum salonunda, yenidoğan için radyan ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi ve doğum eyleminde kullanılacak ilaç ve malzemeler bulunmaktadır. Oksijen kaynağı ve aspiratör ünitesi merkezi sisteme bağlı olarak çalışmaktadır. Doğumhanede 13 Ebe, 11 kadın doğum hekimi çalışmaktadır.

Acil- Doğumhanenin rutin işleyişi kısaca şöyledir;

- Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde (gece nöbetinde) ya da gündüz gebe polikliniklerinde ultrasonografi ve fiziksel muayene yapılarak değerlendirilir.
- Yatış kararı verilen gebeler doğumhaneye alınır.
- Ebeler tarafından doğumhaneye kabul edilen ve yatışı yapılan gebelere; vajinal muayene ve fetal monitorizasyon uygulanmasının ardından, önlük giydirilip, damar yolu açılır ve kan örnekleri alınır. Sonrasında gebenin durumuna göre lavman uygulanıp, gebenin anamnezi alınır.
- Ebeler; hastanenin yoğunluğundan dolayı doğum ağrısını giderici non-farmakolojik yöntemleri gebelere fırsat buldukça uygulayabilmektedirler.

- Hekim istemine göre; travay süresince gebeye, doğumu hızlandırıcı yöntemler oksitosin indüksiyonu, epidosin ve lavman uygulaması gerekli görüldüğünde yapılır.
- Gebeler genellikle travay süresince fetal monitörizasyon saatlik olarak takip edilir, eğer riskli durum saptanırsa travay süresince bağlı kalması mümkündür.
- Travay takibini hekimler ve ebeler beraber yapar, normal doğumu hekim olmadığı ve yetişemediği durumlarda ebeler yaptırır.
- Doğumdan sonra işlemleri biten anne ve bebek lohusa olarak odasına geri alınır.
- Ebeler doğum sonu dönemde; annenin kanama kontrolünü ve vital bulgularının takibini yapar, ayrıca anneye anne sütü ve aile planlaması eğitimlerini verir. Bebeklere yönelik girişimler ise yenidoğan hemşiresi ve çocuk hekimleri tarafından yapılır.
- Anne ve bebek, doğum sonrası 2-3 saat lohusa odasında takip edildikten sonra kadın-doğum servisine yatırılır.

Araştırmanın verileri kurum yetkilileri ile gerekli görüşmeler yapılarak izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Veriler, Nisan-Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni; Medipol Sağlık grubuna bağlı özel bir hastanenin doğumhane birimine başvuran gebelerden oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede 2014 yılında 2458 doğum olmuş, bunların 1378 (%56) vajinal doğum ve 1080 (%44) sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Temmuz- Aralık 2014 tarihleri arasında 2458 kadın doğum yapmak için araştırmanın yapıldığı hastaneye başvurmuştur. Bu kadınların 984 primipardır.

Çalışmanın örneklemini ise; çalışmanın yapıldığı tarihler arasında hastaneye ilk doğumunu yapmak için başvuran kadınlardan, araştırma kriterlerine uyan,

bilgilendirilmiş onam formunu (EK I) imzalayan 50'şer kişilik iki grup (Deney Grubu: doğum eylemi sırasında akupressur uygulanan, Kontrol Grubu: Hastane protokolüne göre bakım alan, induksiyon uygulanan) toplam 100 nullipar gebe oluşturmuştur.

Çalışmanın geriye dönük güç analizi travay süresi (saat) ve VAS için yapılmıştır. Grupların travay süresi ortalamaları ve standart sapmalarında hesaplanan 1.0913 etki büyüklüğü 0.05 alfa düzeyi 50'şer birimlik örneklem sayısı için elde edilen güç %99.9 olarak hesaplanmıştır. VAS ölçümlerinin gruplardaki değişiminin anlamlılığı için elde edilen güç, 0.303'lük kısmi η^2 ve 0.05 alfa düzeyi için %100.0 olarak hesaplanmıştır. Veriler örneklem sayısına ulaşıncaya kadar deney ve kontrol grubu birlikte olacak şekilde toplanmıştır.

5.3.1 Örneklem Seçim Kriterleri

- 18-35 yaş aralığında olma
- Nullipar olması
- Tek fetüs ve baş prezentasyonu olma
- Kontraksiyonların başlamış ve düzenli olması
- Dilatasyonun 4 cm olması
- Kronik bir hastalığının olmaması
- Gebeliğin 37 haftasından büyük 41 haftasından küçük olması
- Oksitosin induksiyonu almayacak olması (Deney grubu için)
- Epidural anestezi yapılmayacak olması
- Plesantal anomalisi olmayan
- Herhangi bir analjezik kullanılmayacak olan
- Sözel iletişim kurabilen
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler araştırmaya dahil edilmiştir.

Tablo 5.1 Örneklem Seçim Kriterlerine Göre Değerlendirilerek Araştırma Dışı Bırakılan Kadınlar

Örneklem Dışı Bırakılma Nedenleri	Sayı
Multiparite	583
Planlı sezeryan	896
Kronik Hastalık	48
Epidural Anestezi	3
Araştırma sırasında çekilmek isteyen katılımcı	17

Örneklem seçim kriterlerine göre; hastaneye doğumunu gerçekleştirmek üzere başvuran ve multipar olan 583 gebe, primipar olan ancak kronik bir hastalığı olan gebeler ve planlı sezeryan ile doğumunu gerçekleştirmek için hastaneye başvuran örneklem dışı bıraktığımız gebelerdir.

Bunun yanında araştırmaya katılmayı kabul eden 3 gebenin epidural anestezi almak istemesi üzerine araştırma dışı bırakılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 17 gebenin araştırma ortasında vazgeçmesi üzerine araştırma dışı bırakılmış olup araştırma dışı bırakılan gebelerin yerine tekrar gebe dahil edilmiştir.

5.4.Araştırmanın Hipotezleri

1. H₀: Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupressur) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark yoktur.

H₁: Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupressur) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından fark vardır.

2. H₀: Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına bası (akupressur) uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından fark yoktur.

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

5.5. Veri Toplama Araçları

5.5.1. Gebe Tanıtım Formu

Gebe tanıtım formu 4 başlık altında toplanmıştır. Birinci başlık gebenin sosyodemografik özellikleri olup; gebenin yaşı, eğitim ve çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, eşinin çalışma ve eğitim durumunun sorgulandığı 9 sorudan oluşmaktadır. İkinci başlık gebeliğe ilişkin sorular olup; kaçınıcı gebeliği, istenen bir gebelik mi, gebeliğin kaçınıcı haftasında, kronik bir hastalık var mı, gebeliğinde ortaya çıkan bir komplikasyon var mı, gebelik takiplerini yaptırıp yaptırmadığı, ebeye başvurup vurmadığı ve ilaç dışı yöntemleri bilip bilmediğinin sorgulandığı 19 sorudan oluşmaktadır. Üçüncü başlık doğuma ilişkin sorular olup; doğum şekli, travay süresi, su kesesinin açılması, doğumda uygulanan ilaçlar, fetal distres gelişti mi, oral alım, lavman, hareket kısıtlaması, fundal bası, epizyotominin sorulduğu 19 sorudan oluşmaktadır. Son bölüm ise yenidoğanın özelliklerine ilişkin sorular olup; cinsiyet, ağırlık, uzunluk, apgar ve bebeğin doğum sonu nerede olduğunun sorgulandığı 5 sorudan oluşmaktadır. Ek olarak doğumda ebe desteği, kaygı, korku ve ağrı yoğunluğu, ağrı anında verilen duygusal tepkilere de yer verilmiştir.

5.5.2. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği:

Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970’de geliştirilmiş, Öner ve Le Compte tarafından 1985’te Türk toplumuna uyarlaması yapılmış, durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini 20 soru ile ayrı ayrı ölçen likert tipi bir ölçektir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir 1975 yılında Türkçe’ye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek yirmişer maddelik durumluk kaygı ve sürekli kaygı ölçeklerinden oluşmaktadır. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20-80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. “Hiç” ile “Tamamıyla” arasında değişen dört derecelik bir ölçektir. Envanterin Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirliği N. Öner tarafından 1977 yılında yapılmıştır.

Durumluk - Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir.

Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir.

Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu 13 maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50'dir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır. Çalışmamızda uygulama öncesi ve uygulama sonrası olmak üzere 2 kez uygulanmaktadır, Öner and Le Compte (66). Çalışmamızda içtutarlılık katsayısı değerlendirildiğinde, **Durumluluk Anksiyete ölçeğinin ön ve son uygulamasında iç tutarlılık katsayısı sırasıyla 0,880 ve 0,969 olarak hesaplanmış olup güvenilirlik saptanmıştır.**

5.5.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Vissual Analog Scala (VAS)

Doğum ağrısının değerlendirmesinde sıkça kullanılan VAS; Doğum ağrısının geniş olarak tanımlanmasında yardımcıdır. VAS yatay veya dikey olarak çizilmiş bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "dayanılmaz ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir cetveldir. Hızlı sonuç vermesi, kolay, anlaşılır olması ve sayılarla gebenin yönlendirilmemesi nedeniyle ağrı şiddetini belirlemede tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. İlk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilerek kullanılmıştır. Visual Analog Skala son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Kişi bu çizgi üzerine ağrısının şiddetini gösteren bir işaret koyar. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır, Aslan ve Badır (4), Kılıç ve Öztunç (49).

Avantajları;

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın daha yüksek olduğu saptanmıştır.

- Çocuklarda ve gebelerde bu yöntemin anlaşılır ve kolay uygulanabilir olduğu açıklanmıştır

Dezavantajları;

- Gebe işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da yanlış değerlendirmelere neden olabilmektedir.

- Gebenin yorgun ya da işbirliği yapamayacak durumda olması VAS kullanımında yanılığa neden olabilir, Aslan ve Badır (4).

- Ağrı değerlendirmesinin yapıldığı zamanın seçimi de yanılığlara sebebiyet vermesi açısından önemlidir. Bu yanılığları önlemek için ağrı değerlendirmesini düzenli aralıklarla yapmak uygun olur.

- VAS'ın değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda önceki ağrı şiddeti değerlerini görmek, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde etkileyici rol oynayabilir, Aslan ve Badır (4).

- Kronik ağrılı hastalarda VAS kullanımı ağrıyı tanımlamada yetersiz kalabilir Doğum ağrısının sözel değerlendirmesinde ölçümün iki kontraksiyon arasında olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca gebenin uterusun myometriyum tabakasında oluşan kontraksiyonlar ile bu kontraksiyonların yaratmış olduğu ağrı ve rahatsızlık hissini ayırt etmesinde yardımcı olunmalıdır. Doğum ağrısının değerlendirmesinde sözel ifadenin yanı sıra bazı nesnel faktörlerden de yararlanılmaktadır. Örnek olarak, doğum eylemi sırasında oluşan komplikasyonlar, doğum eyleminin süresi, kullanılan analjezikler ve biyometrik ölçümler verilebilir, Kılıç ve Öztunç (49).

5.5.4. Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (DAMDO)

Güngör İ. tarafından 2009'da geçerliği ve güvenilirliği yapılan 'Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (Normal doğum) uygulandı.

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşan 5'li likert tipi bir ölçektir. Alt boyutlar; sağlık ekibini algılayışı,

doğum eyleminde hemşirelik bakımı, rahatlatma, kararlara katılım ve bilgilendirme, bebekle tanışma, postpartum bakım, hastane odası, hastane olanakları, mahremiyete saygı, beklentilerin karşılanmasıdır. On üç madde ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde “1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum” yerine “5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum” şeklinde puanlanır.

Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı “toplam ölçek puanını” verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise “toplam alt boyut puanı” olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı 150,5 olarak belirlenmiştir ($\geq 150,5$ memnuniyet düzeyi yüksek, $< 150,5$ memnuniyet düzeyi düşük), Güngör ve Kızılkaya Beji (38). **Çalışmamızda DAMDO ölçeğinin iç tutarlılığı incelendiğinde; DAMDO için iç tutarlılık katsayısı 0,890, Hotelling T2 değeri 3225,862 olarak elde edilmiştir ($p < 0,001$).**

5.5.5. Partograf Formu

Partograf, DSÖ tarafından doğum eylemini yönlendirmek amacıyla uygulamaya yönelik geliştirilen bir araçtır. Doğum eylemindeki gebe üzerinde yapılan tüm gözlemleri kaydetmek için kullanılan partograf, temel olarak serviks dilatasyonunun vaginal muayene ile değerlendirilerek işaretlendiği bir grafiktir. Partografla servikal dilatasyonun zamanla ne kadar ilerlediğine dikkat edilerek, eylemin özel dikkat gerektiren durumlarını ayırt etmek için kullanılır. Partograf bir grafik üzerinde tüm doğum eylemi gözlemlerinin kaydedilerek tüm acil durumların saptanmasına ve bu durumların erken evrede tanınarak problemlerin bazılarının önlenmesine yardımcı eder. Partograf üzerinde gözlemler şu basamakları içerir, Sağlık Bakanlığı (74).

a. Doğumun ilerleyişi:

- Servikal Dilatasyon,
- Başın İnişi,
- Uterus Kontraksiyonları

b. Fetüsün durumu:

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

c. Annenin durumu:

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

Partograf formu ile doğumun sağlıklı ilerleyişi yanı sıra annenin ve bebeğin doğum eylemi süresince fiziksel rahatlığı ve doğum eylemi sırasında verdiği tepkiler saptanmaktadır.

5.6. Veri Toplama Aşamaları

Doğumhaneye doğum için yatışı yapılan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin öncelikle oksitosin alıp almama durumuna göre deney ve ya kontrol grubu olarak tayin edildi. Çalışmaya katılmak isteyen nullipar gebelere onam formu imzalatıldı ve çalışmanın içeriği hakkında bilgi verildi. Katılımcıların sosyo demografik ve obstetrik özelliklerin sorgulandığı anket formu soru cevap şeklinde sorularak dolduruldu. Deney grubu için dilatasyonu 4 cm olan nullipar gebelere SP6 aku noktasına akupressur uygulanmıştır. Kontrol grubu için aynı uygulama oksitosin uygulaması ile sağlanmıştır. VAS ölçeği ve Partograf formları uygulamadan önce (T₀), uygulamadan hemen sonra (T₁), uygulamadan 30 dakika sonra (T₃), uygulamadan 60 dakika sonra (T₄) olmak üzere birlikte kullanılmıştır.

uygulama öncesi ve uygulama sonrası olmak üzere gebelerin anksiyetelerinin değerlendirilebilmesi için durumluluk anksiyete ölçeği (Spielberger), katılımcıların doğum sonrası memenuyetin ölçülmesi için DAMDÖ formu kullanılmıştır. Araştırmanın deneysel tipte olması anketlerin yüzyüze görüşme tekniği ile yapılmasına ve travay esnasında akupressur uygulamasının yapılması değerlendirmelerin yine araştırmacı tarafından yapılmasını sağlamıştır. Araştırma sırasında VAS, Spielberger, DAMDÖ formları çalışmaya katılan gebe tarafından bireysel olarak doldurulmuş ve araştırmacıya teslim edilmiştir.

5.7. Akupressur Uygulanışı

Akupressur geleneksel Çin Tıbbının bir sağaltım yöntemidir. Akupressur uygulamak için akupunktur noktalarının nasıl bulunduğu ve noktalara nasıl bası yapılacağını bilmek yeterlidir. Akupunktur gibi uzun süreli bir eğitime ihtiyaç duyulmamaktadır. Çalışmayı doğru gerçekleştirmek üzere bir günlük akupunktur noktalarının bulunuşu ve akupressur uygulamaya ilişkin eğitime katılım sağlanmış olup eğitim sonunda katılım belgesi elde edilmiştir. Çalışmamızı gerçekleştirmek üzere çalışmamıza katılmayı kabul eden nullipar gebelerden akupressur uygulanan gebelere sırasıyla aşağıdaki uygulamalar yapılmıştır;

- Uygulama yapılacağı anda gebe supin pozisyonda olması sağlanmıştır. Gebelerin gevşemesi sağlanarak, nefes egzersizleri deney ve kontrol gruplarına öğretilmiştir.
- SP6 noktasının bulunuşu için her gebenin kendi 4 parmağının ölçüsü alınıp, ayak bileğinin hemen üzerine yerleştirilerek incik kemiğinin yakınına işaret konulmuştur.
- Baş parmak bu noktaya vertikal olarak yerleştirilerek tırnak renginin beyaz olması kriter olarak alınmış 1 dakika bası uygulayıp 1 dakika dinlenme periyoduna uyularak 10 dakikada toplam 5 bası uygulanmıştır. Bası uygulama esnasında nefes egzersizleri de yapılması sağlanarak gevşeme sağlanmıştır. Sağ ayak ile başlanmış olup 10 dakika sonra sol ayağa uygulama yapmak üzere geçilmiştir.

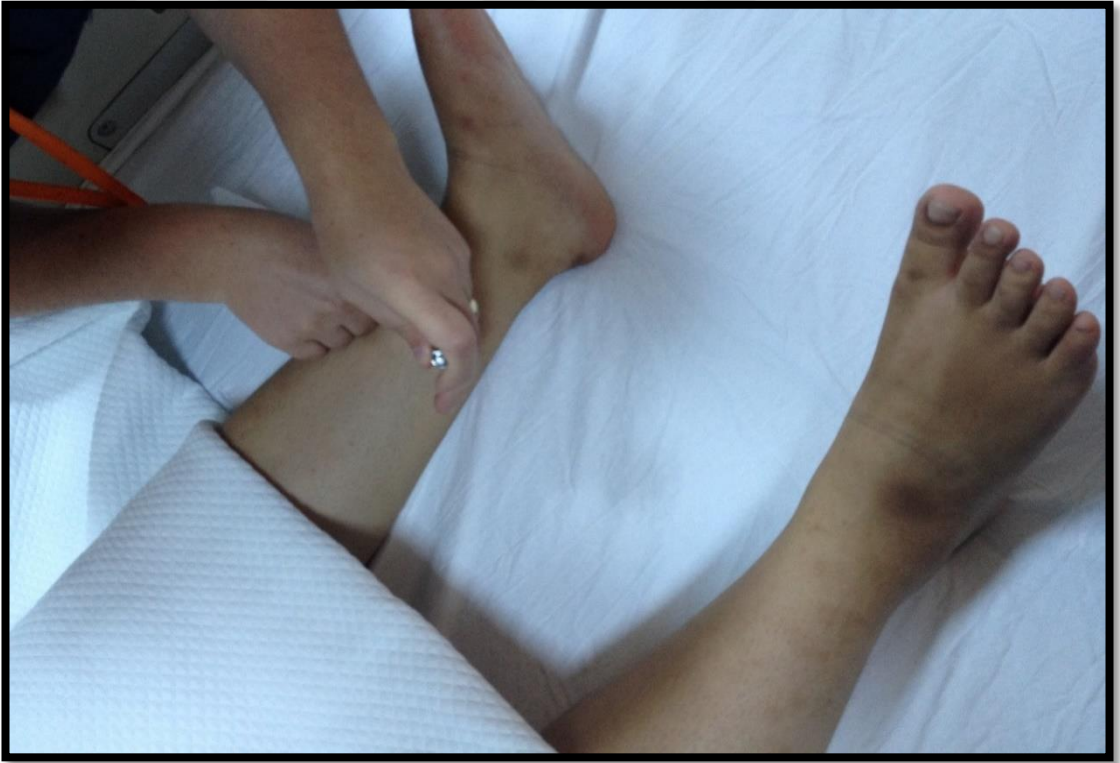
- Son seans aynı şekilde sağ ayağa 10 dakika bası yapılarak uygulamaya son verilmiştir. Toplamda her iki ayak için 30 dakika akupressür uygulanmıştır.
- Akupressur basısının 30 dakika olmasının nedeni meridyen enerji akış dōngüsünün 24 dakika olmasıdır. Uygulama basamakları fotoğrafları sırasıyla aşağıdaki gibidir.



Resim 5.7.1. Gebenin parmak ölçüsünün alınması



Resim5.7.2. SP6 noktasının bulunması



Resim 5.7.3. SP6 noktasının işaretlenmesi



Resim 5.7.4. SP6 noktasına Akupressur uygulanması (sol taraf)



Resim 5.7.5. SP6 noktasına Akupressur uygulaması (sağ taraf)

5.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada yer alan yaş, VAS skoru, DAMDO ölçek puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılan değişkenler ortalama±standart sapma ($Ort \pm SS$); normal dağılmayan değişkenler ortanca (ÇAG: Çeyreklikler arası genişlik) ile ifade edilmiştir. Tüm sürekli değişkenler için minimum – maksimum (Min - Mak) değerler verilmiştir. Cinsiyet, doğum şekli gibi kategorik değişkenler için sayı (yüzde) verilmiştir.

Deney ve kontrol grubunun normal dağılım gösteren değişkenler bakımından karşılaştırılmasında bağımsız örneklem t testi; normal dağılım göstermeyen değişkenler bakımından karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplardaki dağılımı incelenirken Ki-kare testlerinden faydalanılmıştır. Dilatasyon, SKB, DKB gibi tekrarlı ölçüme sahip değişkenlerin zamana bağlı değişimini grupları göz önünde bulundurarak incelemek için parametrik test varsayımlarını (varyansların homojenliği, varyans-kovaryans matrisinin eşitliği vb) sağlayan değişkenler için karma ANOVA; aksi durumda nonparametrik yöntem olan F1_LD_F1 tasarımı kullanılmıştır. Fundal bası ve epizyotominin gruplardaki görülme sıklığının değerlendirilmesi için Basit Lojistik Regresyon Analiz kullanılmıştır. Analizler sonucunda ilgili test istatistikleri ile p değerleri verilmiştir. Kullanılan STAI ve DAMDÖ ölçekleri için iç tutarlılık katsayıları (Cronbach alfa) hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler, hesaplamalar ve grafik çizimi için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2013 programları kullanıldı. R paket programında (R Core Team (2015). R: A language and environment for statistical computing) F1_LD_F1 tasarımı çözümlemesi için “nparLD” modülünden faydalanılmıştır. Güç analizi G Power 3.1.9.2 programında yapılmıştır.

Bağımsız değişkenler: Gebelerin sosyodemografik özellikleri (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, doğum yerleri, eşinin öğrenim durumu ve mesleği),

gebelik öncesi dismenore durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, kontraksiyon özellikleri, servikal dilatasyon ve efasmanları, gebelerin kaygı ve ağrı yoğunluğuna yönelik düşünceleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturdu.

Bağımlı değişkenler: Gebelerin ağrı puan ortalamaları ve doğum süresi ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturdu.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın özel bir kurumda yapılması, gebelerin geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemlerinden haberdar olmamaları araştırmanın uygulanmasında ebeye güven sorununu ortaya çıkarmış ancak uygulama yapıldıktan ve doğum gerçekleşikten sonra çalışmaya katılan gebelerin mutlu ve ebeye olan güvenlerinin daha da arttığı, geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin kullanılabilirliğine inandıkları gözlemlenmiştir.

5.10. Araştırma Süresi

Araştırma konusu seçimi yapıldıktan sonra Şubat-2014 literatür taraması yapılmaya başlanmıştır. Literatür tarandıktan sonra araştırma planlanıp, veri toplama araçları geliştirilmiştir. Etik kurul onayı için tez önerisi oluşturulmuş ve sunulmuştur. Etik onayı sağlandıktan sonra Temmuz-2014 tarihinde veriler toplanmaya başlanmıştır. Veri toplama işlemi Aralık-2014 tarihinde sona ermiştir. Tez yazımı Haziran 2016'da tamamlanmıştır.

5.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar

Araştırma sırasında hastaneye başvuran gebelerin çoğunluğunun multipar olması, primipar gebelerin araştırmaya katılmak istememesi, yöntemin ilk defa duyulmasına ilişkin güvensizlik araştırma sırasında engel teşkil etmiştir.

6. BULGULAR

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar halinde verilmiştir;

6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

6. 2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulgular

6.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulgular

6.4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulgular

6.5. Katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulgular

6.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Tablo 6.1.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		Test istatistiği	p
Yaş (Ort±SS)	28.8±4.4		27.5±3.8		28.2±4.1			
Ortanca (ÇAĞ)	30.0 (7.0)		26.5 (5.0)		28.0 (6.0)		Z=1.553	0.120
Min- Max	20-37		20-37		20-37			
	n	%	n	%	n	%		
Yaş Grupları								
18-24 yıl	10	20.0	11	22.0	21	21.0		
25-29 yıl	14	28.0	22	44.0	36	36.0		
30 yıl ve üzeri	26	52.0	17	34.0	43	43.0		
Eğitim Durumu							$\chi^2=4.841$	0.184
İlkokul	11	22.0	6	12.0	17	17.0		
Ortaokul	9	18.0	4	8.0	13	13.0		
Lise	16	32.0	22	44.0	38	38.0		
Üniversite	14	28.0	18	36.0	32	32.0		
Çalışma Durumu							$\chi^2=0.172$	0.679 ²
Çalışıyor	17	34.0	20	40.0	37	37.0		
Çalışmıyor	33	66.0	30	60.0	63	63.0		
Aylık Gelir Algısı							$\chi^2=0.000$	1.000
Gelir giderden fazla	5	10.0	5	10.0	10	10.0		
Gelir gidere denk	40	80.0	40	80.0	80	80.0		
Gelir giderden az	5	10.0	5	10.0	10	10.0		

Çalışmaya alınan 50 deney grubu ve 50 kontrol grubu kadınların yaş ortalamaları sırasıyla 28.8±4.4 yıl ve 27.5±3.8 yıl olarak hesaplanmıştır. Her iki grupta eğitim durumu lise olan kadınların oranının en fazla olduğu görülmüştür (Deney: % 32.0, Kontrol: % 44.0).

Her iki grup için gebelerin çalışma durumları incelendiğinde herhangi bir işte çalışmadıkları gözlenmiştir (Deney: %66.0, Kontrol: %60.0).

Aylık gelir algısı iki grupta aynı dağılıma sahiptir. Sosyodemografik özellikler bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Tablo 6.1.2. Katılımcıların Obstetrik Özelliklerinin Gruplara Göre Dağılımı

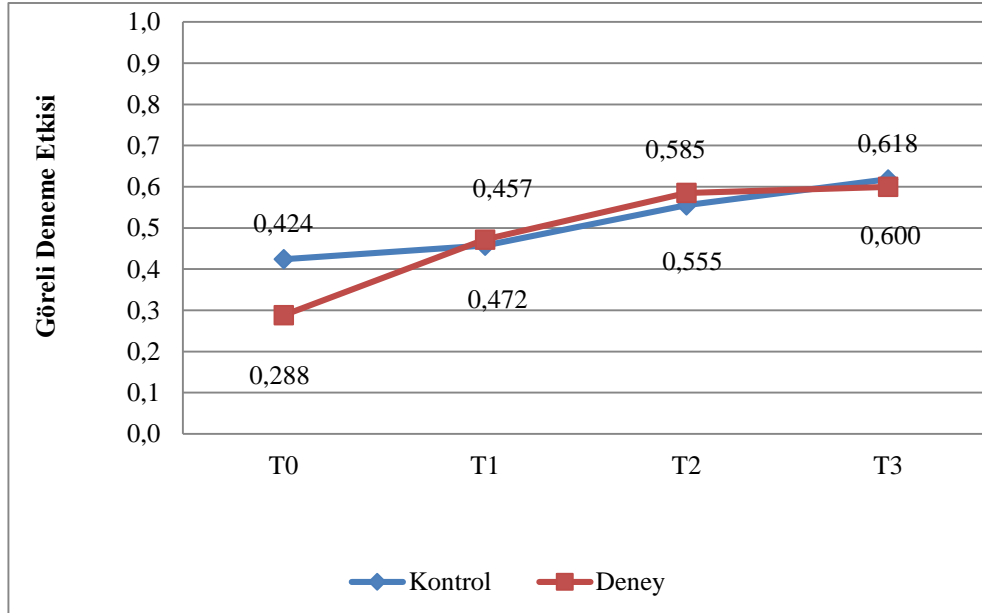
	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Düşük							$\chi^2=3.722$	0.054
Var	21	42.0	11	22.0	32	32.0		
Yok	29	58.0	39	78.0	68	68.0		
Gebeliği isteme durumu							-	0.362
Evet	49	98.0	46	92.0	95	95.0		
Hayır	1	2.0	4	8.0	5	5.0		

Her iki grupta düşük yapmanın yok olarak cevap bulduğu gözlenmiştir (Deney: %58.0, Kontrol: %78.0). İsteyerek gebe kalma oranı deney grubunda %98, kontrol grubunda %92'dir. Doğurganlık özellikleri bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$).

6. 2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulgular

Tablo 6.2.1. Kontraksiyon Sayısının Zaman ve Gruplara göre Dağılımı (10 dakikada)

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ [Ortanca (ÇAG)]	3.0 (1.0)	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)	2.837	0.005
Min – Mak	2 – 5	2 – 5	2 – 5		
T₁ [Ortanca (ÇAG)]	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	0.381	0.703
Min – Mak	3 – 5	2 – 5	2 – 5		
T₂ [Ortanca (ÇAG)]	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	0.585	0.559
Min – Mak	3 – 5	2 – 5	2 – 5		
T₃ [Ortanca (ÇAG)]	4.0 (0.0)	4.0 (1.0)	4.0 (1.0)	0.770	0.441
Min – Mak	2 – 5	2 – 5	2 – 5		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			



Şekil 6.2.1. Kontraksiyon Sayısının Görelî Deneme Etkileri

Deney grubunda on dakikada gelen kontraksiyon sayısı ortancası ilk değerlendirme (T_0) için 3.0 ($\text{ÇAG}=1.0$), uygulamadan hemen sonra (T_1), 30 dakika sonra (T_2) ve 60 dakika sonra (T_3) yapılan değerlendirmeler için 4.0 ($\text{ÇAG}=0.0$) olarak hesaplanmıştır. Deney grubunda kontraksiyon sayısının zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubunda kontraksiyon ortancası ilk değerlendirme ve son değerlendirme için 4.0 ($\text{ÇAG}=1.0$), uygulamadan hemen sonra ve 30 dakika sonra yapılan değerlendirmeler için 4.0 ($\text{ÇAG}=0.0$) olarak hesaplanmıştır. Kontrol grubunun kontraksiyon sayısında zamanla anlamlı düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Şekil 3'teki görece etkiler incelendiğinde her iki grupta da kontraksiyon sayısında zamanla artış olduğu görülmüştür. Deney grubundaki artışın kontrol grubundaki artıştan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir (Anova tipi istatistik=6.425, $p<0.001$).

Tablo 6.2.2. Kontraksiyon sayısı için ikili karşılaştırmalar

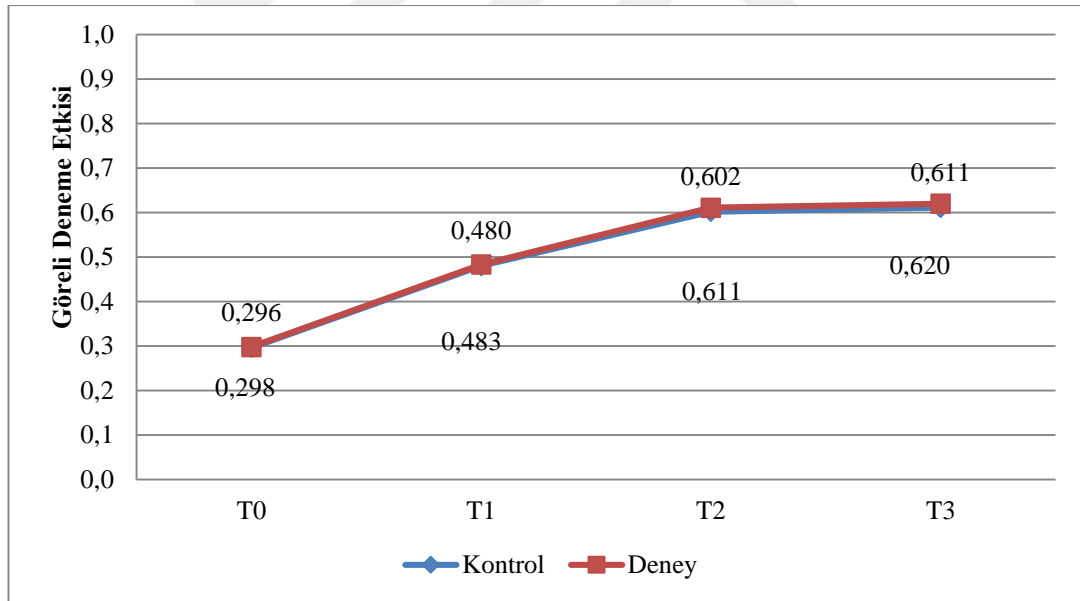
Deney Grubu	T₀	T₁	T₂
T ₁	0.006		
T ₂	<0.001	0.449	
T ₃	<0.001	0.289	1.000
Kontrol Grubu			
T ₁	1.000		
T ₂	0.098	0.412	
T ₃	0.005	0.032	1.000

Kontraksiyon sayısı için yapılan ikili karşılaştırmalarda T_0 için T_1 , T_2 , T_3 ile karşılaştırıldığında deney grubunda kontraksiyon sayıları ile ilgili anlamlı bir farklılık görülmüştür ancak T_1 ve T_2 için kontrol grubunda anlamlı bir farklılık görülmemiştir. T_3 için kontrol grubunda kontraksiyon sayılarında farklılık olduğu saptanmıştır.

T_1 için karşılaştırmaları incelediğimizde deney grubunun T_2 ve T_3 için benzer olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda ise T_2 için benzer, T_3 için ise farklılık olduğu saptanmıştır. T_2 ve T_3 için karşılaştırmaları incelediğimizde ise deney ve kontrol grupları arasında fark bulunmamıştır.

Tablo 6.2.3. Kontraksiyon Süresinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Kontraksiyon süresi (sn)	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ (Ort±SS)	30.6±8.4	30.4±8.6	30.5±8.5		
Ortanca (ÇAG)	30.0 (20.0)	30.0 (20.0)	30.0 (20.0)	0.114	0.910
Min – Mak	20 – 40	20 – 40	20 – 40		
T₁ (Ort±SS)	37.0±4.6	36.8±5.1	36.9±4.9		
Ortanca (ÇAG)	40.0 (10.0)	40.0 (10.0)	40.0 (10.0)	0.065	0.948
Min – Mak	30 – 40	20 – 40	20 – 40		
T₂ (Ort±SS)	38.9±1.4	39.6±2.0	39.7±1.7		
Ortanca (ÇAG)	40.0 (0.0)	40.0 (0.0)	40.0 (0.0)	0.583	0.560
Min – Mak	30 – 40	30 – 40	30 – 40		
T₃ (Ort±SS)	40.0±0.0	39.8±1.4	39.9±1.0		
Ortanca (ÇAG)	40.0 (0.0)	40.0 (0.0)	40.0 (0.0)	1.000	0.317
Min – Mak	40 – 40	30 – 40	30 – 40		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			



Şekil 6.2.2. Kontraksiyon Süresinin Görelî Deneme Etkileri

Kontraksiyon süresi ortancası kontrol ve deney grubu için ilk değerlendirme 30.0 (ÇAG=20.0) sn, uygulamadan hemen sonra yapılan değerlendirme için 40.0 (ÇAG=10.0) sn, uygulamadan 30 dakika ve 60 dakika sonra yapılan değerlendirmeler için 40.0 (ÇAG=0.0) sn olarak hesaplanmıştır. Her iki grupta zamanla kontraksiyon süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Şekil 4 incelendiğinde gruplarda zamanla kontraksiyon süresinin uzadığı gruplardaki bu değişim benzer olduğu görülmüştür (Anova tipi istatistik= 0.015, $p=0.982$).

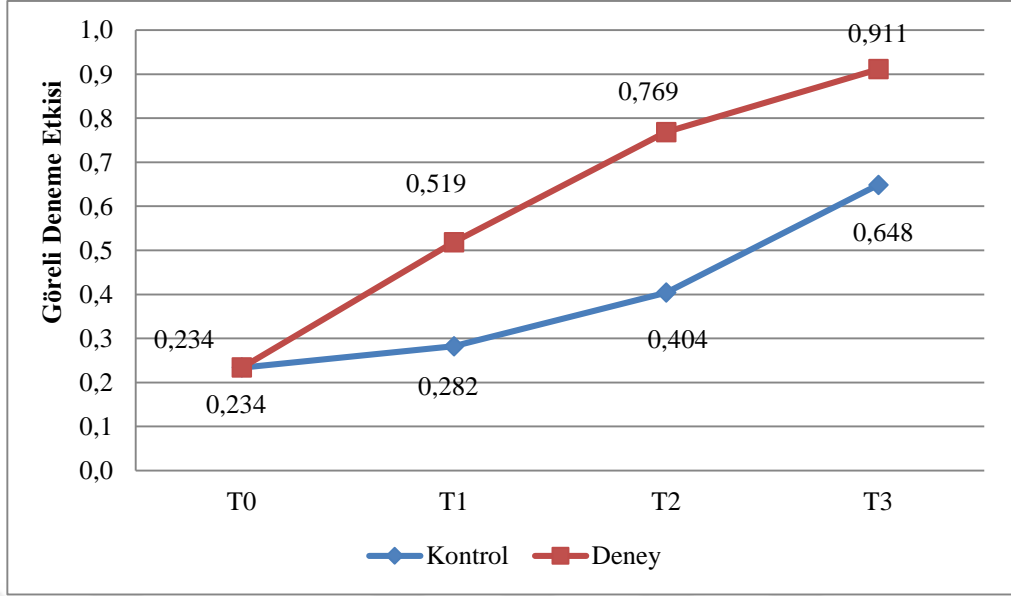
Tablo 6.2.4. Kontraksiyon süresi için ikili karşılaştırmalar

Deney Grubu	T ₀	T ₁	T ₂
T ₁	0.003		
T ₂	<0.001	0.488	
T ₃	<0.001	0.378	1.000
Kontrol Grubu			
T ₁	0.008		
T ₂	<0.001	0.530	
T ₃	<0.001	0.412	1.000

İki grup için ölçümlerin ikili karşılaştırmalarını incelediğimizde kontraksiyon süreleri bakımından T₀ için deney ve kontrol gruplarının ikili karşılaştırmalarında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. T₁ ve T₂ için ikili karşılaştırmaları incelediğimizde ise kontraksiyon süreleri bakımından deney ve kontrol gruplarının benzer olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2.5. Servikal Dilatasyon Ölçümlerinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Dilatasyon (cm)	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T ₀ (Ort±SS)	4.0±0.0	4.0±0.0	4.0±0.0		
Ortanca (ÇAG)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	4.0 (0.0)	0.000	1.000
Min – Mak	4 – 4	4 – 4	4 – 4		
T ₁ (Ort±SS)	4.9±0.7	4.1±0.4	4.5±0.7		
Ortanca (ÇAG)	5.0 (1.0)	4.0 (0.0)	4.0 (1.0)	6.097	<0.001
Min – Mak	4 – 6	4 – 5	4 – 6		
T ₂ (Ort±SS)	6.5±1.1	4.5±0.7	5.5±1.3		
Ortanca (ÇAG)	6.0 (1.0)	4.0 (1.0)	5.0 (3.0)	7.671	<0.001
Min – Mak	5 – 9	4 – 7	4 – 9		
T ₃ (Ort±SS)	8.6±1.4	5.6±1.1	7.1±2.0		
Ortanca (ÇAG)	9.0 (2.0)	5.0 (1.0)	7.0 (4.0)	7.656	<0.001
Min – Mak	6 – 10	4 – 10	4 – 10		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			



Şekil 6.2.3. Dilatasyonun Görelî Deneme Etkileri

Deney grubunda dilatasyon ortancası ölçüm zamanlarında sırasıyla 4.0 (ÇAG=0.0) cm, 5.0 (ÇAG=1.0) cm, 6.0 (ÇAG=1.0) cm ve 9.0 (ÇAG=2.0) cm olarak hesaplanmıştır. Aynı istatistik kontrol grubunda ilk iki değerlendirme için 4.0 (ÇAG=0.0) cm, üçüncü değerlendirme için 4.0 (ÇAG=1.0) cm ve son değerlendirme için 5.0 (ÇAG=1.0) cm şeklinde elde edilmiştir. Her iki grupta dilatasyon ölçümlerinin zamanla anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir ($p < 0.001$, Şekil 5). Deney grubunda zamanla görülen artış miktarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Anova tipi istatistik=54.503, $p < 0.001$).

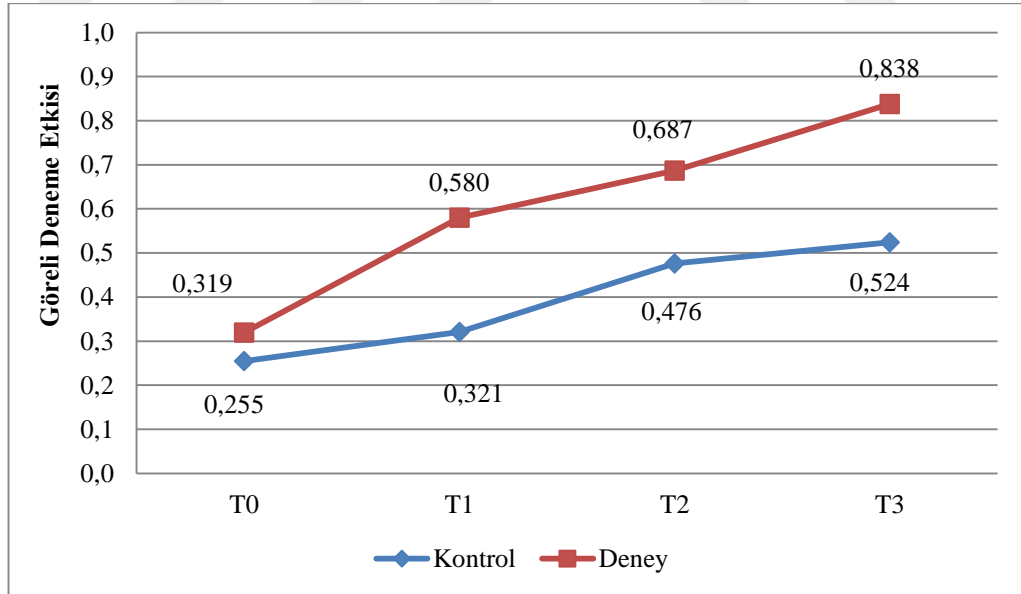
Tablo 6.2.6. Dilatasyon için ikili karşılaştırmalar

Deney Grubu	T ₀	T ₁	T ₂
T ₁	<i>0.015</i>		
T ₂	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>	
T ₃	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>
Kontrol Grubu			
T ₁	<i>1.000</i>		
T ₂	<i>0.015</i>	<i>0.121</i>	
T ₃	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>	<i><0.001</i>

Dilatasyon için ikili karşılaştırmaları inceleyecek olursak T için deney ve kontrol gruplarında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Dilatasyonun zamanla iki grupta da arttığı ancak deney grubundaki artışın zamanla daha fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2.7. Servikal Efasman Ölçümlerinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Efasman (%)	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ (Ort±SS)	64.0±6.7	61.8±6.9	62.9±6.9		
Ortanca (ÇAG)	60.0 (10.0)	60.0 (3.0)	60.0 (10.0)	1.729	0.084
Min – Mak	50 – 80	40 – 80	40 – 80		
T₁ (Ort±SS)	72.2±6.2	64.2±7.3	68.2±7.8		
Ortanca (ÇAG)	70.0 (10.0)	60.0 (10.0)	70.0 (10.0)	5.247	<0.001
Min – Mak	60 – 80	50 – 80	50 – 80		
T₂ (Ort±SS)	75.6±6.1	69.0±6.1	72.3±6.9		
Ortanca (ÇAG)	80.0 (10.0)	70.0 (3.0)	70.0 (10.0)	4.891	<0.001
Min – Mak	60 – 80	60 – 80	60 – 80		
T₃ (Ort±SS)	86.2±11.6	70.8±7.8	78.5±12.5		
Ortanca (ÇAG)	80.0 (20.0)	70.0 (3.0)	80.0 (10.0)	6.532	<0.001
Min – Mak	60 – 100	60 – 100	60 – 100		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			

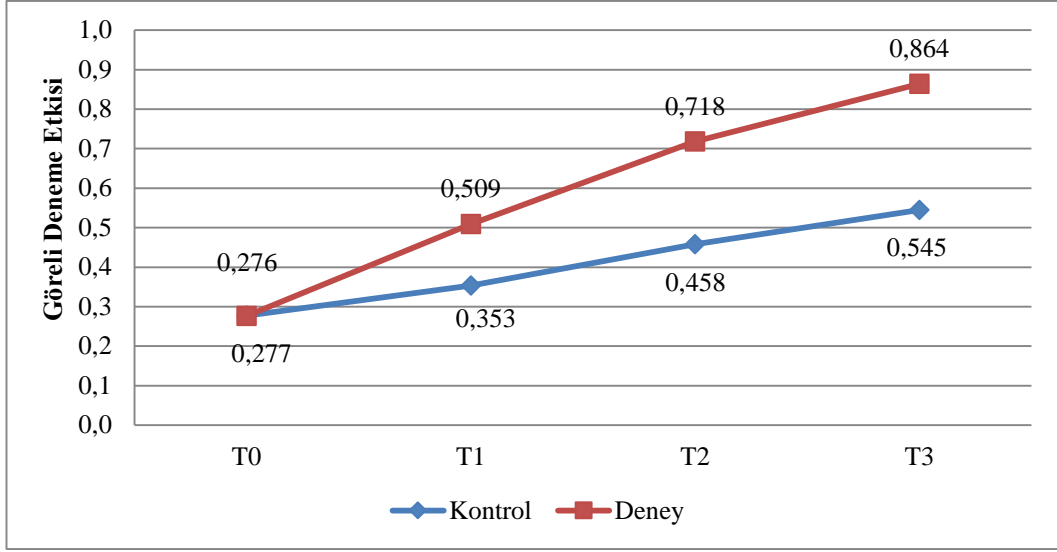


Şekil 6.2.4. Efasmanın Görelü Deneme Etkileri

Deney grubunda efasman ortancası T_0 , T_1 , T_2 ve T_3 için sırasıyla 60.0 (ÇAG=10.0), 70.0 (ÇAG=10.0), 80.0 (ÇAG=10.0) ve 80.0 (ÇAG=20.0) şeklinde hesaplanmıştır (Tablo 6.3.4). Deney grubunda efasmanın zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubunda ilgili ölçüme ait ortancalar sırasıyla 60.0 (ÇAG=3.0), 60.0 (ÇAG=10.0), 70.0 (ÇAG=3.0) ve 70.0 (ÇAG=3.0) olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunun efasmanın zamanla anlamlı düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Şekil 4'teki görel etkiler incelendiğinde her iki grupta da efasman oranında zamanla artış olduğu görülmüştür. Deney grubundaki artışın kontrol grubundaki artıştan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir (Anova tipi istatistik= 16.497, $p<0.001$).

Tablo 6.2.8. Fetal Baş Seviyesinin Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Başın seviyesi	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	p
T₀ [Ortanca (ÇAG)]	-2 (1.0)	-2.5 (1.0)	-2 (1.0)	0.128	0.898
Min – Mak	(-3) – (-1)	(-3) – (-1)	(-3) – (-1)		
T₁ [Ortanca (ÇAG)]	-1 (1.0)	-2 (1.0)	-2 (1.0)	3.452	0.001
Min – Mak	(-3) – 0	(-3) – 0	(-3) – 0		
T₂ [Ortanca (ÇAG)]	0 (1.0)	-2 (1.0)	-1 (2.0)	5.621	<0.001
Min – Mak	(-3) – 1	(-3) – 1	(-3) – 1		
T₃ [Ortanca (ÇAG)]	1 (2.0)	-1 (1.0)	0 (2.0)	6.747	<0.001
Min – Mak	(-3) – 3	(-3) – 2	(-3) – 3		
p	<0.001	<0.001			



Şekil 6.2.5. Baş Seviyesinin Görel Deneme Etkiler

Deney grubunda fetal baş seviyesi ortancası T_0 , T_1 , T_2 ve T_3 için sırasıyla -2 (ÇAG=1.0), -1 (ÇAG=1.0), 0 (ÇAG=1.0) ve 1 (ÇAG=2.0) şeklinde hesaplanmıştır (Tablo 6.3.5). Deney grubunda baş seviyesinin zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubunda ilgili ölçüme ait ortancalar sırasıyla -2.5 (ÇAG=1.0), -2 (ÇAG=1.0), -2 (ÇAG=1.0) ve -1 (ÇAG=1.0) olarak elde edilmiştir. Kontrol grubunun baş seviyesinde zamanla anlamlı düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Şekil 5'deki görel etkiler incelendiğinde her iki grupta da baş seviyesi ölçümlerinin zamanla pozitif yönde ilerlediği görülmüştür. Deney grubundaki ilerlemenin kontrol grubundaki ilerlemenden anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir (Anova tipi istatistik=39.430, $p < 0.001$).

Tablo 6.2.9. Doğumun Birinci Evresinin Süresine İlişkin Bulgular

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Birinci evre (saat) (Ort±SS)	2.7±1.0		4.8±1.9		3.7±3.8			
Ortanca(ÇAĞ)	3.0 (1.0)		4.0 (2.0)		3.0 (3.0)		Z=5.486	<0.001
Min – Max	1 – 6		2 – 10		1 – 10			
Birinci evrenin süresi grupları							$\chi^2=23.022$	<0.001
1-2 saat	22	47.8	4	10.2	26	30.6		
3-4 saat	20	43.5	17	43.6	37	43.5		
5 saat ve üzeri	4	8.7	18	46.2	22	25.9		

Birinci evrenin süresi ortancası deney grubunda 3.0 (ÇAĞ=1.0) saat, kontrol grubunda 4.0 (ÇAĞ=2.0) saat olarak bulunmuş, kontrol grubunun birinci evresi süresinin daha uzun olduğu görülmüştür ($z=5.486$, $p<0.001$).

Tablo 6.2.10. Doğumun İkinci Evresinin Süresine İlişkin Bulgular

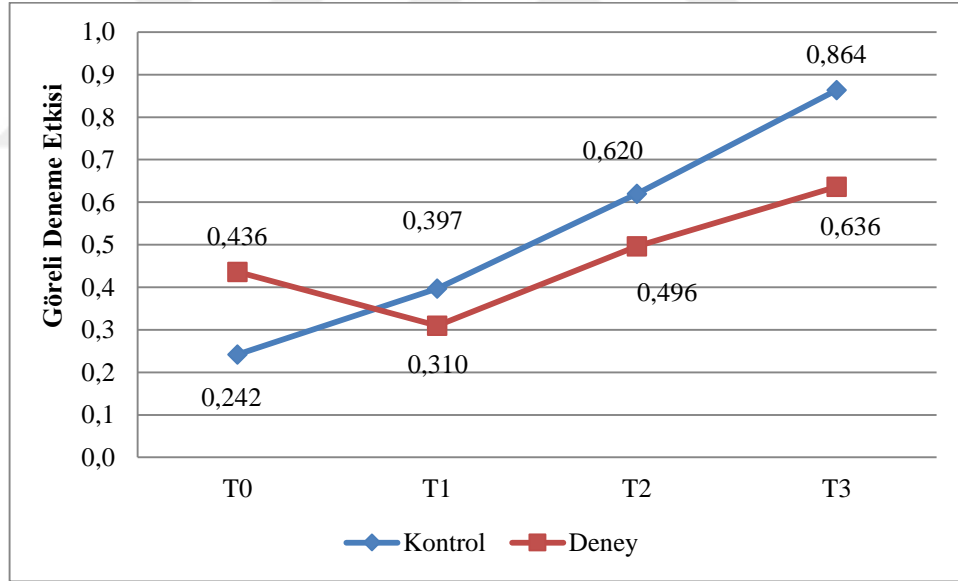
	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
İkinci evrenin süresi (dk) (Ort±SS)	22.4±11.8		23.3±12.2		22.8±11.9			
Ortanca(ÇAĞ)	20.0 (15.0)		20.0 (15.0)		20.0 (15.0)		Z=0.274	0.784
Min – Max	7 – 62		8 – 62		7 – 62			
İkinci evrenin süresi grupları							$\chi^2=0.000$	1.000 ²
30 dakikadan az	33	71.7	28	71.8	61	71.8		
30 dakikadan fazla	13	28.3	11	28.2	24	28.2		

İkinci evrenin süresi ortancası her iki grupta da 20.0 (ÇAĞ=15.0) dakika olarak hesaplanmış ve süreler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($Z=0.274$, $p=0.784$).

6.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulgular

Tablo 6.3.1. VAS Ölçeği Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ (Ort±SS)	6.1±1.5	5.0±1.2	5.5±1.5		
Ortanca (ÇAG)	6.0 (2.0)	5.0 (1.0)	5.0 (1.0)	3.705	<0.001
Min – Mak	3 – 9	2 – 8	2 – 9		
T₁ (Ort±SS)	5.4±1.2	5.8±1.1	5.6±1.2		
Ortanca (ÇAG)	5.0 (1.0)	6.0 (1.0)	6.0 (1.0)	2.255	0.024
Min – Mak	3 – 8	3 – 8	3 – 8		
T₂ (Ort±SS)	6.3±1.1	7.1±1.3	6.7±1.3		
Ortanca (ÇAG)	6.0 (1.0)	7.0 (2.0)	7.0 (2.0)	2.937	0.003
Min – Mak	2 – 9	3 – 9	2 – 9		
T₃ (Ort±SS)	7.2±1.3	8.8±1.2	8.0±1.5		
Ortanca (ÇAG)	7.0 (2.0)	9.0 (2.0)	8.0 (2.0)	5.835	<0.001
Min – Mak	4 – 10	6 – 10	4 – 10		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			



Şekil 6.3.1. VAS'ın Görelî Deneme Etkileri

Deney grubunda T₀, T₁, T₂ ve T₃ için VAS ortancası sırasıyla 6.0 (ÇAG=2.0), 5.0 (ÇAG=1.0), 6.0 (ÇAG=1.0) ve 7.0 (ÇAG=2.0); kontrol grubunda 5.0 (ÇAG=1.0), 6.0 (ÇAG=1.0), 7.0 (ÇAG=2.0) ve 9.0 (ÇAG=2.0) olarak hesaplanmıştır.

Her iki grupta zamanla VAS ölçümlerinde farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubunda VAS ölçümleri uygulamadan hemen sonra azalmış ve daha sonra yükselişe geçmiştir; kontrol grubunda ise sürekli bir artış gözlenmiştir (Anova tipi istatistik= 32.560, $p<0.001$, Şekil 2).

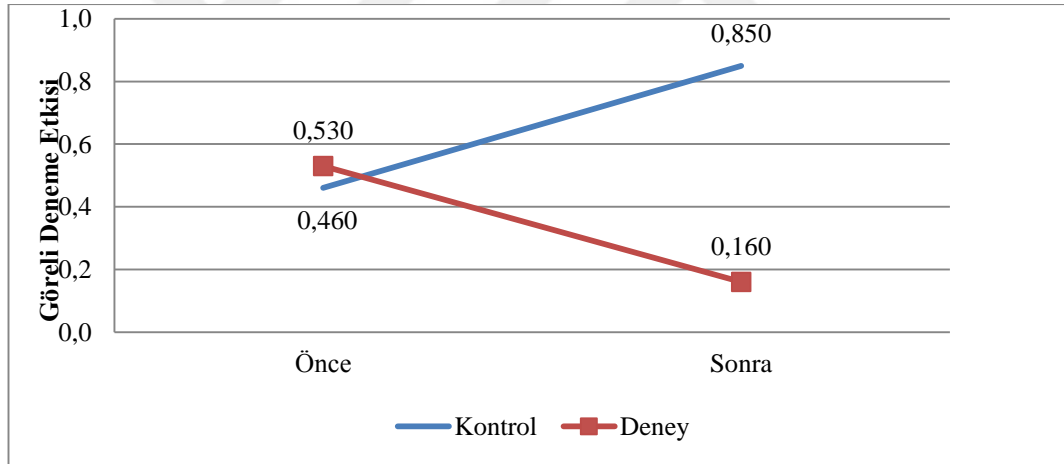
Tablo 6.3.2. VAS için ikili karşılaştırmalar

Deney Grubu	T₀	T₁	T₂
T ₁	0.015		
T ₂	0.002	1.000	
T ₃	<0.001	<0.001	0.009
Kontrol Grubu			
T ₁	0.008		
T ₂	<0.001	0.001	
T ₃	<0.001	<0.001	<0.001

VAS için ikili karşılaştırmaları inceleyecek olursak, T₀ için T₁ geçişte ağrı düzeyinde azalma gözlenirken, T₁ için T₂' ye uygulamadan hemen sonra bir miktar ağrı düzeyinde yükselme gözlenmiş olmasına rağmen T₀ durumuna göre T₂ yine anlamlı bulgulanmıştır. Uygulamadan 60 dakika sonra VAS değerlerinin T₀, T₁ ve T₂' ye göre anlamlı bulgulanmıştır. İndüksiyon uygulanan kontrol grubu için VAS değerlendirmelerinde VAS değerlerinin giderek arttığı gözlenmiştir. Kontrol grubu için VAS değerleri anlamlı bulunmuştur.

Tablo 6.3.3. Spielberger Durumluluk Anksiyete Ölçeği (STAI) Puanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
Önce (Doğum eyleminde) (Ort±SS)	54.5±11.4	50.4±8.7	52.5±10.2		
Ortanca (ÇAG)	56.5 (16.0)	48.5 (9.0)	52.0 (15.0)	Z=2.632	0.008
Min – Mak	31 – 69	29 – 78	29 – 78		
Sonra (Doğum Sonrasında) (Ort±SS)	34.7±6.2	69.8±3.7	52.3±18.3		
Ortanca (ÇAG)	33.5 (7.0)	70.0 (4.0)	58.5 (37.0)	Z=8.619	0.001
Min – Mak	27 – 59	58 – 78	27 – 78		
<i>p</i>	<0.001	<0.001			



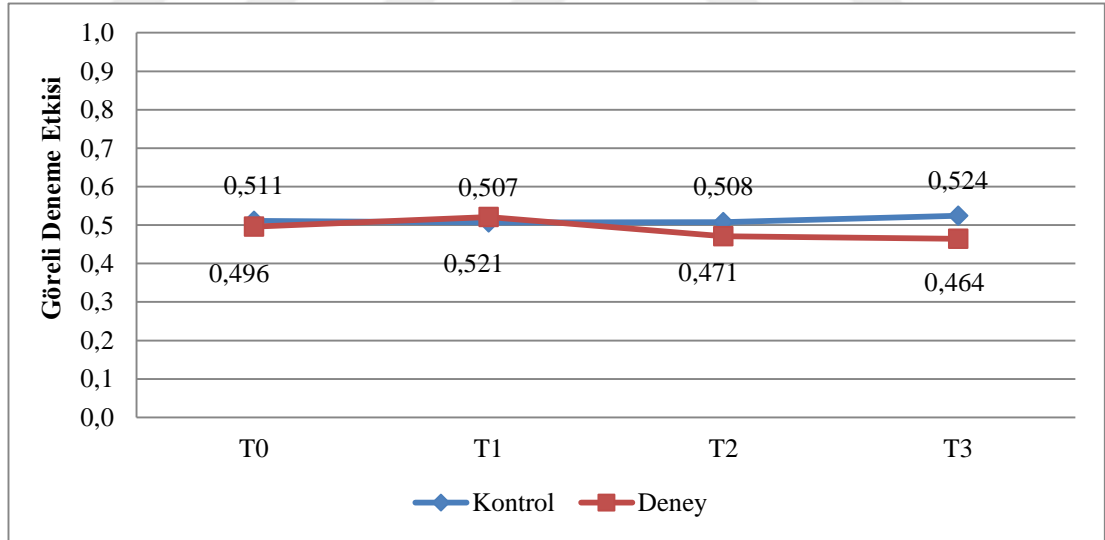
Şekil 6.3.2. STAI Puanlarının Görelî Deneme Etkileri

Doğum öncesinde deney grubu hastalarının STAI puan ortancası 56.5 (ÇAG=16.0), kontrol grubu hastalarının puan ortancası 48.5 (ÇAG=9.0) olarak hesaplanmış ve deney grubunun doğum öncesi anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (Z=2.632, $p=0.008$). Kadınların anksiyete düzeylerinin doğum sonrasında değişiminin gruplarda farklı olduğu tespit edilmiştir (Anova tipi istatistik= 313.760, $p<0.001$, Şekil 1). Doğum sonrasında deney grubunun STAI puanları ortancası 33.5'e (ÇAG=7.0) inerken, kontrol grubunun STAI puanları ortancasının 70.0'e (ÇAG=4.0) yükseldiği görülmüştür.

6. 4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulgular

Tablo 6.4.1. Katılımcıların Sistolik Kan Basıncı'nın Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

SKB (mmHg)	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T ₀ (Ort±SS)	104.0±12.3	104.0±10.7	104.0±11.5		
Ortanca (ÇAG)	100.0 (23.0)	100.0 (3.0)	100.0 (10.0)	0.376	0.707
Min – Mak	90 – 130	90 – 130	90 – 130		
T ₁ (Ort±SS)	104.2±10.7	104.0±11.2	104.1±10.9		
Ortanca (ÇAG)	100.0 (13.0)	100.0 (10.0)	100.0 (10.0)	0.234	0.815
Min – Mak	90 – 120	90 – 130	90 – 130		
T ₂ (Ort±SS)	102.2±10.2	103.8±10.7	103.0±10.4		
Ortanca (ÇAG)	100.0 (13.0)	100.0 (10.0)	100.0 (10.0)	0.696	0.486
Min – Mak	90 – 130	90 – 130	90 – 130		
T ₃ (Ort±SS)	101.6±8.9	104.0±14.0	102.8±11.7		
Ortanca (ÇAG)	100.0 (10.0)	100.0 (13.0)	100.0 (10.0)	1.141	0.254
Min – Mak	90 – 130	50 – 130	50 – 130		
<i>p</i>	0.516	0.936			



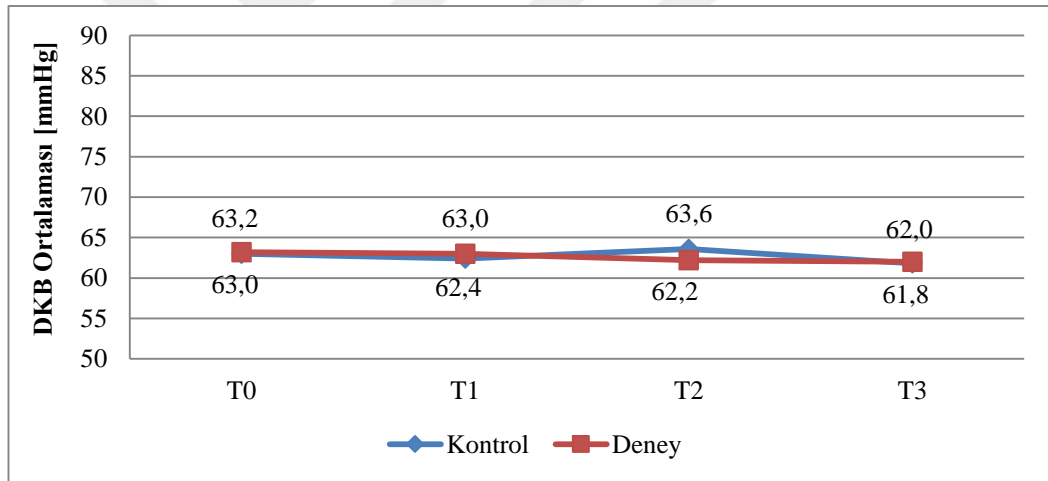
Şekil 6.4.1. SKB'nın Görelî Deneme Etkileri

T₀, T₁, T₂ ve T₃ için Sistolik Kan Basıncı (SKB) ortancası deney grubunda 100.0 (ÇAG=23.0) mmHg, 100.0 (ÇAG=13.0) mmHg, 100.0 (ÇAG=13.0) mmHg ve 100.0 (ÇAG=10.0) mmHg; kontrol grubunda 100.0 (ÇAG=3.0) mmHg, 100.0 (ÇAG=10.0) mmHg, 100.0 (ÇAG=10.0) mmHg ve 100.0 (ÇAG=13.0) mmHg şeklinde elde

edilmiştir (Tablo 6.4.1). Her iki grupta SKB ölçümlerinde zamanla bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Şekil 8).

Tablo 6.4.2. Katılımcıların Diastolik Kan Basıncı'nın Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

DKB (mmHg)	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T ₀ (Ort±SS)	63.2±10.4	63.0±10.4	63.1±10.3	0.096	0.923
Min – Mak	50 – 80	50 – 80	50 – 80		
T ₁ (Ort±SS)	63.0±9.7	62.4±10.2	62.7±9.9	0.301	0.764
Min – Mak	50 – 90	50 – 90	50 – 90		
T ₂ (Ort±SS)	62.2±10.0	63.6±9.2	62.9±9.6	-0.730	0.467
Min – Mak	50 – 80	50 – 90	50 – 90		
T ₃ (Ort±SS)	62.0±10.3	61.8±10.8	61.9±10.5	0.095	0.925
Min – Mak	50 – 80	50 – 90	50 – 90		
<i>p</i>	0.898	0.713			

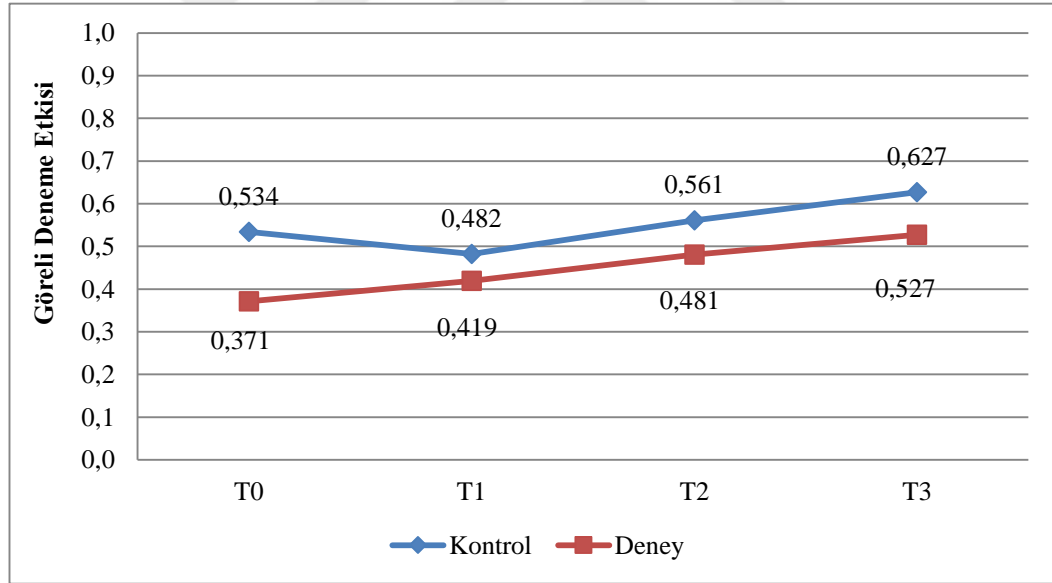


Şekil 6.4.2. DKB'nın Zamana Göre Değişimi

T₀, T₁, T₂ ve T₃ için Diastolik Kan Basıncı (DKB) ortalaması deney grubunda 63.2±10.4 mm Hg, 63.0±9.7 mm Hg, 62.2±10.0 mmHg ve 62.0±10.3 mm Hg; kontrol grubunda 63.0±10.4 mm Hg, 62.4±10.2 mm Hg, 63.6±9.2 mm Hg ve 61.8±10.8 mm Hg şeklinde elde edilmiştir (Tablo 6.4.2). Her iki grupta DKB ölçümlerinde zamanla bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Şekil 9).

Tablo 6.4.3. Katılımcıların Kalp Atım Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Kalp atım hızı /dk	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ (Ort±SS)	79.9±6.5	84.1±6.8	82.0±7.0		
Ortanca (ÇAG)	80.0 (9.0)	84.0 (9.0)	80.0 (9.0)	3.107	0.002
Min – Mak	68 – 98	72 – 100	68 – 100		
T₁ (Ort±SS)	81.2±8.1	82.5±7.1	81.8±7.6		
Ortanca (ÇAG)	80.0 (15.0)	80.0 (9.0)	80.0 (12.0)	1.315	0.189
Min – Mak	68 – 98	52 – 96	52 – 98		
T₂ (Ort±SS)	83.0±8.0	84.7±6.2	83.9±7.2		
Ortanca (ÇAG)	82.0 (13.0)	84.0 (10.0)	84.0 (12.0)	1.383	0.167
Min – Mak	70 – 100	68 – 98	68 – 100		
T₃ (Ort±SS)	83.9±7.7	86.8±8.1	85.3±8.0		
Ortanca (ÇAG)	84.0 (13.0)	88.0 (12.0)	88.0 (12.0)	1.669	0.095
Min – Mak	68 – 98	70 – 100	68 – 100		
<i>p</i>	0.271	0.096			

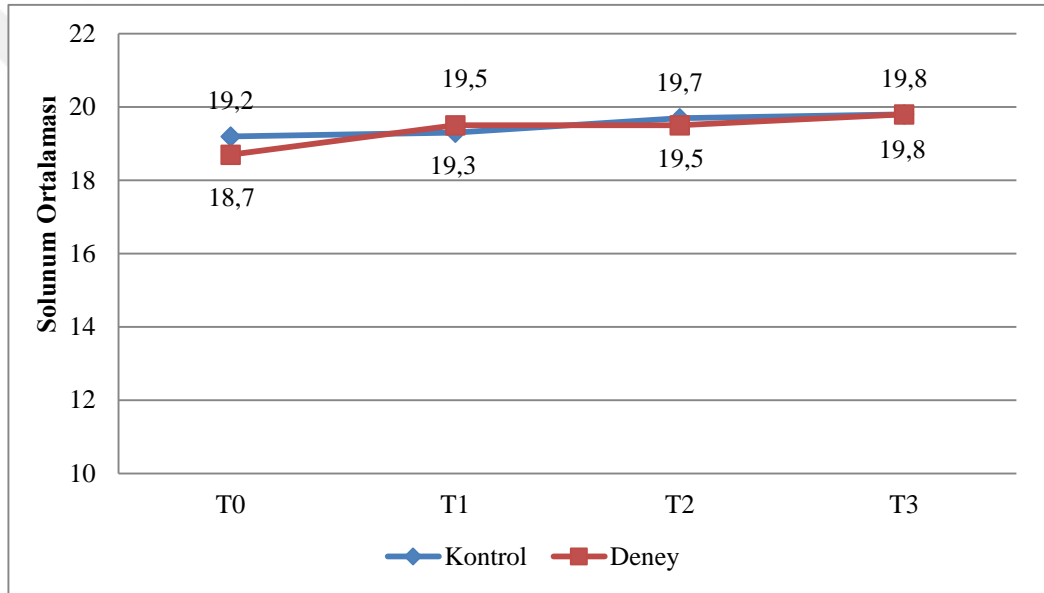


Şekil 6.4.3. Kalp Atım Hızının Görelî Deneme Etkileri

T₀, T₁, T₂ ve T₃ için nabız hızı ortancası deney grubunda 80.0 (ÇAG=9.0), 80.0 (ÇAG=15.0), 82.0 (ÇAG=13.0) ve 84.0 (ÇAG=13.0); kontrol grubunda 84.0 (ÇAG=9.0), 80.0 (ÇAG=9.0), 84.0 (ÇAG=10.0) ve 88.0 (ÇAG=12.0) şeklinde elde edilmiştir (Tablo 6.4.3). Her iki grupta nabız hızı ölçümlerinde zamanla bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Şekil 10).

Tablo 6.4.4. Katılımcıların Solunum Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Solunum hızı /dk	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T ₀ (Ort±SS)	18.7±1.1	19.2±1.2	19.0±1.2	-2.017	0.046
Min – Mak	18 – 22	18 – 21	18 – 22		
T ₁ (Ort±SS)	19.5±1.3	19.3±1.2	19.4±1.2	0.962	0.339
Min – Mak	18 – 22	18 – 22	18 – 22		
T ₂ (Ort±SS)	19.5±1.4	19.7±1.3	19.6±1.3	-0.889	0.376
Min – Mak	16 – 22	18 – 24	16 – 24		
T ₃ (Ort±SS)	19.8±1.4	19.8±1.2	19.8±1.3	-0.151	0.880
Min – Mak	18 – 22	18 – 22	18 – 22		
<i>p</i>	<0.001	0.032			

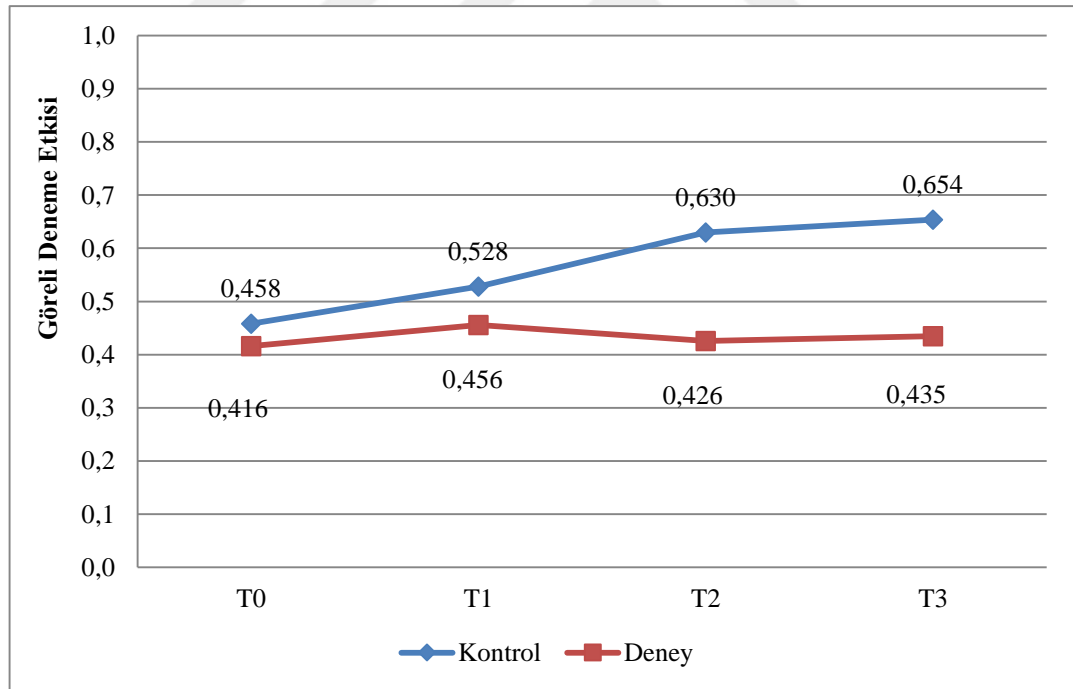


Şekil 6.4.4. Solunum Hızının Zamana Göre Değişimi

Solunum hızı ortalaması deney grubunda uygulama öncesinde 18.7 ± 1.1 , uygulamadan hemen sonra 19.5 ± 1.3 , uygulamadan 30 dakika sonra 19.5 ± 1.4 ve uygulamadan 60 dakika sonra 19.8 ± 1.4 olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.4.4). Deney grubunda zamana göre solunum hızı ölçümlerinde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kontrol grubunda solunum hızı ortalamaları sırasıyla 19.2 ± 1.2 , 19.3 ± 1.2 , 19.7 ± 1.3 ve 19.8 ± 1.2 şeklinde elde edilmiştir. Kontrol grubu için de solunum hızının zaman içerisinde değişim gösterdiği görülmüştür ($p = 0.032$). İki grupta solunum hızı ölçümlerinde gözlenen değişimlerin benzer olduğu tespit edilmiştir ($F = 1.574$, $p = 0.196$, Şekil 11).

Tablo 6.4.5. Katılımcıların Fetal Kalp Hızının Zaman ve Gruplara Göre Dağılımı

Fetal kalp hızı /dk	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
T₀ (Ort±SS)	146.0±6.1	146.5±6.3	146.3±6.1		
Ortanca (ÇAG)	146.0 (4.0)	146.0 (9.0)	146.0 (5.0)	0.632	0.528
Min – Mak	128 – 160	126 – 156	126 – 160		
T₁ (Ort±SS)	146.6±6.0	148.4±9.3	147.5±7.8		
Ortanca (ÇAG)	146.0 (8.0)	148.0 (8.0)	148.0 (8.0)	1.272	0.203
Min – Mak	132 – 160	126 – 196	126 – 196		
T₂ (Ort±SS)	145.7±7.0	149.5±6.7	147.6±7.1		
Ortanca (ÇAG)	146.0 (9.0)	150.0 (7.0)	148.0 (8.0)	3.572	<0.001
Min – Mak	126 – 162	126 – 162	126 – 162		
T₃ (Ort±SS)	144.6±9.1	149.5±8.8	147.1±9.3		
Ortanca (ÇAG)	146.0 (10.0)	151.0 (8.0)	148.0 (8.0)	3.578	<0.001
Min – Mak	116 – 158	108 – 158	108 – 158		
p	0.840	<0.001			



Şekil 6.4.5. FKH'nın Görelî Deneme Etkileri

Deney grubunda fetal kalp hızının (FKH) uygulama öncesi ortancası 146.0 (4.0), uygulamadan hemen sonraki ortancası 146.0 (ÇAG=8.0), uygulamadan 30 dakika ve 60 dakika sonraki ortancası sırasıyla 146.0 (ÇAG=9.0) ve 146.0 (ÇAG=10.0) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6.4.5). Deney grubunda FKH'nda zamanla bir anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p=0.840$). Kontrol grubunda FKH ölçümleri ortancası sırasıyla 146.0 (ÇAG=9.0), 148.0 (ÇAG=8.0), 150.0 (ÇAG=7.0) ve 151.0 (ÇAG=8.0) şeklinde elde edilmiştir. Kontrol grubunda FKH değerlerinin zamanla anlamlı bir değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$). Şekil 12 incelendiğinde FKH'nın kontrol grubunda zamanla artışa geçtiği, deney grubunda ise benzer düzeylerde seyrettiği görülmüştür (Anova tipi istatistik= 3.297, $p=0.021$).

6. 5. Katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulgular

Tablo 6.5.1. Katılımcıların Doğum Şekline İlişkin Bulgular

	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Test İstatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Doğum şekli							$\chi^2=3.824$	<i>0.093</i>
Vajinal	46	92.0	39	78.0	85	85.0		
Acil sezaryen	4	8.0	11	22.0	15	15.0		

Vajinal doğum oranı kontrol grubunda % 78.0 (n=39), deney grubunda % 92.0 (n=46) olarak elde edilmiştir (Tablo 6.2.1). İki grupta doğum şeklinin benzer olduğu saptanmıştır ($\chi^2=3.824$, $p=0.093$).

Tablo 6.5.2. Doğumda Yapılan Müdahalelerin Gruplara Göre Dağılımı

	DENEY GRUBU		KONTROL GRUBU		TOPLAM		Test istatistiği	p
	n	%	n	%	n	%		
Fundal bası							$\chi^2=17.452$	<i><0.001</i>
Evet	3	6.5	19	48.7	22	25.9		
Hayır	43	93.5	20	51.3	63	74.1		
Epizyotomi							$\chi^2=8.318$	<i>0.004</i>
Eve	31	67.4	37	94.9	68	80.0		
Hayır	15	32.6	2	5.1	17	20.0		

Deney grubunda fundal bası, epizyotomi oranlarının sırasıyla % 6.5 (n=3), % 67.4 (n=31) olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda bu oranlar % 48.7 (n=19), % 94.9 (n=37) olarak hesaplanmıştır. Fundal bası ve epizyotomi oranlarının kontrol grubunda, anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 6.5.3. Yenidoğan Bebeklerin Durumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	<i>p</i>
Bebeğin cinsiyeti [n (%)]				$\chi^2=0.165$	<i>0.648</i> ²
Kız	28 (56.0)	31 (62.0)	59 (59.0)		
Erkek	22 (44.0)	19 (38.0)	41 (41.0)		
Bebeğin kilosu [gram]				<i>t=0.460</i>	<i>0.647</i>
Ort±SS	3349.2±335.7	3317.8±347.2	3333.5±340.1		
Min – Mak	2820 – 4050	2300 – 4150	2300 – 4150		
Ağırlık grupları				$\chi^2=0.663$	<i>0.718</i> ¹
2300-2999 gr	10 (20.0)	9 (18.0)	19 (19.0)		
3000-3499 gr	23 (46.0)	27 (54.0)	50 (50.0)		
3500 gr ve üzeri	17 (34.0)	14 (28.0)	31 (31.0)		
Bebeğin boyu [cm]				<i>Z=2.383</i>	<i>0.017</i>
Ort±SS	51.4±1.6	50.5±1.5	51.0±1.6		
Ortanca (ÇAG)	51.0 (2.0)	51.0 (2.0)	51.0 (2.0)		
Min – Mak	47 – 56	48 – 54	47 – 56		
Boy grupları				$\chi^2=0.673$	<i>0.412</i> ²
50 cm ve altı	17 (34.0)	22 (44.0)	39 (39.0)		
50 cm ve üzeri	33 (66.0)	28 (56.0)	61 (61.0)		

Deney grubunda doğan bebeklerin % 56.0'sının (n=28) ve kontrol grubunda doğan bebeklerin % 62.0'sinin (n=31) kız olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.5.1). Bebeklerin cinsiyeti bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür ($\chi^2=0.165$, $p=0.648$). Doğan bebeklerinin ağırlık ortalaması deney grubunda 3349.2±335.7 gr, kontrol grubunda 3317.8±347.2 gr olarak elde edilmiştir. Bebeklerin doğum ağırlığı bakımından grupların benzer olduğu belirlenmiştir ($t=0.460$, $p=0.647$).

Tablo 6.5.4. Doğumda Anne Memnuniyeti Ölçeği (DAMDO) Puanlarının Gruplara Göre Dağılımı

DAMDO	DENEY GRUBU	KONTROL GRUBU	TOPLAM	Test istatistiği	p
Sağlık ekibinin anlayışı					
Ortanca (ÇAG)	20.0 (2.0)	18.0 (6.0)	18.0 (3.0)	5.380	<i><0.001</i>
Min – Mak	13 – 20	8 – 20	8 – 20		
Doğum eyleminde hemşirelik bakımı					
Ortanca (ÇAG)	10.0 (1.0)	8.0 (4.0)	10.0 (2.0)	4.724	<i><0.001</i>
Min – Mak	7 – 10	2 – 10	2 – 10		
Rahatlatma					
Ortanca (ÇAG)	15.0 (5.0)	8.0 (4.0)	12.0 (8.0)	6.811	<i><0.001</i>
Min – Mak	7 – 20	4 – 16	4 – 20		
Kararlara katılım ve bilgilendirme					
Ortanca (ÇAG)	35.0 (3.0)	33.0 (6.0)	34.5 (4.0)	4.055	<i><0.001</i>
Min – Mak	28 – 40	22 – 38	22 – 40		
Bebekle tanışma					
Ortanca (ÇAG)	6.0 (4.0)	4.0 (3.0)	6.0 (4.0)	2.808	<i>0.005</i>
Min – Mak	3 – 15	3 – 15	3 – 15		
Postpartum bakım					
Ortanca (ÇAG)	19.0 (7.0)	21.0 (5.0)	20.5 (7.0)	1.231	<i>0.218</i>
Min – Mak	13 – 30	11 – 27	11 – 30		
Hastane odası					
Ortanca (ÇAG)	14.0 (4.0)	14.5 (5.0)	14.0 (5.0)	0.575	<i>0.565</i>
Min – Mak	4 – 20	4 – 20	4 – 20		
Hastane olanakları					
Ortanca (ÇAG)	4.0 (2.0)	5.0 (4.0)	4.0 (3.0)	2.273	<i>0.023</i>
Min – Mak	3 – 10	3 – 15	3 – 15		
Mahremiyete saygı					
Ortanca (ÇAG)	20.0 (1.0)	16.0 (4.0)	18.0 (4.0)	6.447	<i><0.001</i>
Min – Mak	12 – 20	11 – 20	11 – 20		
Beklentilerin karşılanması					
Ortanca (ÇAG)	23.0 (3.0)	10.5 (4.0)	17.0 (14.0)	7.966	<i><0.001</i>
Min – Mak	11 – 25	6 – 24	6 – 25		
Toplam Puan					
Ortanca (ÇAG)	163.0 (13.0)	132.5 (20.0)	154.5 (33.0)	6.372	<i><0.001</i>
Min – Mak	139 – 194	110 – 186	110 – 194		

DAMDO ölçeğine ait alt boyular ve toplam puanların gruplarda dağılımı Tablo 6.5.4’te verilmiştir. Sağlık Ekibinin Anlayışı alt boyutuna ait memnuniyet puanının deney grubunda 13 – 20 aralığında, kontrol grubunda 8 – 20 aralığında değer aldığı görülmüştür. Bu alt boyuta ilişkin memnuniyet puanı ortancası deney grubunda 20.0 (ÇAG=2.0), kontrol grubunda 18.0 (ÇAG=6.0) olarak hesaplanmıştır. Deney grubunun ilgili alt boyuta ait memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($Z=5.380$, $p<0.001$). Postpartum Bakım ve Hastane Odası alt boyutlarına ilişkin memnuniyet düzeyleri bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme gibi diğer alt boyutlar ile DAMDO ölçeği genelinde deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

7. TARTIŞMA

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerin 50'si deney grubunu, 50'si ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Katılımcı gebelerin hepsi nullipardır. Deney grubuna oksitosin indüksiyonu uygulanmamış olup, kontrol grubunda oksitosin indüksiyonu uygulanmıştır. Çalışmamızın yapılan birçok çalışmadan farkları; katılımcıların nullipar olmaları, deney grubunda oksitosin indüksiyonu uygulanmamasıdır. Deney ve kontrol grubuna alınan gebeler servikal dilatasyon ve kontraksiyonların sayı ve süreleri bakımından benzerdir. Kontrol grubuna alınan gebelerin doğumhaneye yatışı yapılır yapılmaz oksitosin indüksiyonuna başlanmış ve takipleri yapılmıştır. Deney grubuna alınan gebeler daha çok gece nöbetlerinde çalışmaya dahil edilmiş ya da birkaç doktorun çalışmamızı desteklemesi sonucu tamamen spontan takibe alınmış, Sp6 akupunktur noktasına akupressur uygulanarak takip edilmiştir.

Doğumun eyleminin oksitosin indüksiyonu ile desteklenmesi için düşük veya yüksek doz olmak üzere 2 farklı tedavi rejimi vardır. Düşük doz tedavi rejimi; bu uygulamada oksitosine 0.5-2.0mU/dk (ortalama 1mU/dk) doz ile başlanır ve 15-60 dk(ortalama 20dk) ara ile 1-2 mU/dk dozlarda artış yapılır. Maksimum 20-40 mU/dk'ya (ortalama 30 mU/dk) çıkılır. Yüksek doz tedavi rejimi ise; indüksiyona 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 15-30 dk'da bir 4-6 mU/dk doz artışı yapılır. Maksimum doz net olmamakla birlikte 40 mU/dk'nın üzerine çıkmaz. Çalışmamızı yürüttüğümüz doğumhane servisinin yatak sayısının yetersizliği, kadın doğum açısından yoğun bir hastane oluşu, oksitosin indüksiyonunu yüksek doz tedavi rejimini gebe yoğunluğunu azaltmak amaçlı kullanıldığını düşündürebilir. Sentetik oksitosin ülkemiz ve tüm dünyada; doğum eyleminin indüksiyonu, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyarak eylemi hızlandırmak vb. amaçlarla yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna karşılık literatür'de, Oksitosin indüksiyonunun etkilerini araştıran çalışmalarda, hiperstimüle kontraksiyonlar, uterus rüptürü, fetal distres gibi travayda acil sezaryen gereken durumlara yol açtığı da belirtilmektedir, Mamuk (10), Rathfisch ve Güngör (94). Buna rağmen literatürde indüksiyon oranı oldukça yüksektir.

Araştırma sonuçları literatür bilgileri ve çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir ancak deney grubumuzun spontan takip edilmesi, indüksiyon ile desteklenmemesi konusunda literatürle ayrı düşmektedir.

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular beş başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır;

7.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

7. 2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulguların tartışılması

7.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

7.4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulguların tartışılması

7.5. Katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması

7.1. Kadınların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmaya alınan 50 deney grubu ve 50 kontrol grubu kadınların yaş ortalamaları sırasıyla 28.8 ± 4.4 yıl ve 27.5 ± 3.8 yıl olarak hesaplanmıştır. Her iki grupta eğitim durumu lise olan kadınların oranının en fazla olduğu görülmüştür (Deney: % 32.0, Kontrol: % 44.0). Her iki grup için gebelerin çalışma durumları incelendiğinde herhangi bir işte çalışmadıkları gözlenmiştir (Deney: %66.0, Kontrol: %60.0). Aylık gelir algısı iki grupta aynı dağılıma sahiptir. Tüm sosyo-demografik özellikler bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu tespit edilmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 6.1.1).

Araştırma sonuçlarımız ile TNSA-2013 verileri karşılaştırıldığında; 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşının 22.9 olduğunu göstermektedir. TNSA-2008’de bulunan 22.3 yıllık ortanca ilk doğum yaşı ile karşılaştırıldığında, iki araştırma arasında yarım yıllık bir artış yaşandığı görülmektedir, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013-Nüfus Etütleri (86).

Literatürü taradığımızda gebelerin sosyo-demografik özellikleri bakımından çalışmamızı destekleyen çalışmalarda vardır. Bu çalışmalarda gebelerin yaş ortalamalarını sırasıyla 26.4 ± 3.5 yıl, $23.9 \pm$ yıl, $23,06 \pm$ yıl, $23.86 \pm$ yıl olarak bulmuşlardır, Pınar ve ark. (72), Serçekuş ve İsbir (78), Ersanlı (31), Öztürk (70).çalışmamızla benzerlik gösteren bir araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş ortalamalarının birbirine yakın olduğu, büyük çoğunluğun 20-24 (%38,6) ve 25-29 (%35,3) yaş aralığında yer aldığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında gebe yaşı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) Hamıacı (40).

Yine benzer çalışmalarda gebelerin çoğunluğunun lise mezunu (%68.7) olduğu Pınar ve ark. (72), başka çalışmalarda ise gebelerin çoğunlukla ilkokul/ortaokul mezunu olduğu, Bertiken Engin (9), Ergöl (30), ya da gebelerin çoğunlukla çalışmayıp, ev hanımı olduğu saptanmıştır, Altınparmak (2), Gözükarı (35), Güner ve Özbek (37).

Çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalarda ise gebelerin çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu bildirilmiştir Değirmen (21), Mamuk (59). Benzer çalışmalarda gebelerin öğrenim durumlarına bakıldığında, %45,5'inin okur-yazar/ilkokul mezunu olduğu, %23,9'unun lise ve üzerinde eğitim aldığı, %9,1'inin ise okur-yazar olmadığı gözlenmiştir Hamlacı (40). Araştırma sonucu bulgularımız TNSA 2013 sonuçları ve verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir.

TNSA 2013 verilerine göre; 100 gebelikten 14'ü kendiliğinden düşükle, 100 gebelikten 5'i isteyerek düşükle sonuçlanmıştır .Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013-Nüfus Etütleri (86). Benzer bir çalışmada gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelik sayısı, düşük/küretaj oranları ile ortalama doğum aralığının her iki grupta da istatistiksel olarak benzer olduğu görülmektedir Hamlacı (40). Doğumda SP6 akupressur noktasının doğum süresi ve ağrısına etkisi üzerine gerçekleştirilen benzer bir çalışmada, gebeliğin istenme durumunu %100 gibi büyük bir oranda isteyerek oluşması, örneklem gruplarındaki gebelerin tamamının ilk gebeliğini yaşaması ve araştırmanın koşulları gereği ilk kez doğum yapıyor olanların çalışma kapsamına alınması nedeniyle gebeliklerini isteme oranlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olarak düşünülmüştür, Yeşilçiçek Çalık (93). Gebe kadınların algıladıkları fiziksel ve emosyonel yakınmaları incelediği bir çalışmada, gebelerin %91.7'sinin isteyerek gebe kaldığını ve %12.8'inin düşük yaptığını bulmuştur Demiryay (22). Antenatal bakım alma durumları ile bakımın niteliğinin irdelendiği çalışmada kadınların %14.1'inin düşük yaptığını tespit etmişlerdir, Kaya, Serin & Genç (46), geçerlik ve güvenilirlik yaptığı çalışmasında gebelerin %89.9'unun eşinin ve kendisinin bebeği istediğini belirtmektedir, Körükçü (100). Bulgularımız diğer çalışma örnekleriyle ve TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermekle birlikte isteyerek gebe kalma oranı deney grubunda % 98.0 (n=49), kontrol grubunda % 92.0 (n=46) olarak elde edilmiştir.

Her iki grupta düşük yapmanın yok olarak cevap bulduğu gözlenmiştir (Deney: %58.0, Kontrol: %78.0), Hamlacı (40), Öztürk (70), Mucuk (63), Demiryay (22), Avcıbay (6), Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013-Nüfus Etütleri (86).

Gebeliğin istenme durumu ve düşük bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (**Tablo 6.1.2**).



7. 2. Katılımcıların doğum süresine ilişkin bulguların tartışılması

Anne adayları doğumunu gerçekleştirmek üzere hastaneye başvurduğu andan itibaren doğuma dair korkusu başlar. Gebe bilinmeyenden korkar ve doğum sancılarını deneyimleyeceği sancılı odasına alınır ve orada daha çok acı verileceğini düşünerek doğum eylemi sırasında korku ve endişeyi yaşar. Anne adayının korkulu ve endişeli olması uterusu giden kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres yaratan hormonların (epinefrin, norepinefrin, kortizol) salınımını artırır. Bu durum uterusu giden kan miktarındaki azalma kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağırlı kontraksiyonlara sebep olur. Adrenalin miktarındaki artış, doğum sırasında kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur. Aynı zamanda uterusun aktiviteyi düzensizleştirdiği için disfonksiyonel eyleme neden olabilmektedir. Adrenalin uterusun 2/3'lük alt kısmında bulunan dairesel fibrinlerin açılmasını engeller, kaslar tersine işlev görmeye başlar ve sonuçta serviksini açılmasına faydası olmayan ve ağrı veren kontraksiyonlar görülür, Rathfisch (73), Kömürcü (52), Gaskin (33). Eylemde kadının kaygılı olmasının, eylemi uzattığı ve yenidoğan sonuçlarını olumsuz etkilediği vurgulanmaktadır. Yine literatürde destekleyici ebellek uygulamalarının doğum eyleminin süresini (dilatasyon, ekspulsiyon ve halas dönemi) azaltmada önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir, Bertiken Engin (9), Hodnett , Gates, Hofmeyr and Sakala (42) , Yıldırım Rathfisch ve Güngör (94). Geleneksel Çin tıbbına göre akupressür, doğumu hızlandırmak ve doğum süresini kısaltmak için sık kullanılan bir yöntem olmuştur. Doğumun indüksiyonunda özellikle SP6, LI4 ve BL67 akupunktur noktaları kullanılmaktadır. Bu noktalara yapılan akupressürün hipofizden oksitosin salınımını stimule ettiğine inanılmaktadır. Böylece doğum sürecini hızlandıracak uterusun kasılmalarına meydana gelecektir Chung, Hung , Kuo and Huang (17), Kashanian and Shahali (45).

LI4 ve SP6 uygulamasının doğum süresine ve ağrı üzerine etkisini incelendiği bir çalışmada; kontraksiyonların süresi arttıkça doğumun daha kısa sürede gerçekleştiği görülmektedir, Mucuk (63).

Akupressur uygulaması sonrasında deney gruplarında ve toplamda kontraksiyonların sıklığı arttıkça doğum süresinin kıaldığı belirlenmiştir. Burada deney gruplarında sıklık arttıkça doğum süresinin kıalmasının belirgin olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların travay takibine ilişkin bulgularından kontraksiyon sayısı ve süresi bakımından incelediğimizde; deney ve kontrol gruplarında on dakikada gelen kontraksiyon sayısının zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.1**). **Şekil 1**'deki görelî etkiler incelendiğinde her iki grupta da kontraksiyon sayısında zamanla artış olduğu görülmüştür. Deney grubundaki artışın kontrol grubundaki artıştan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Her iki grupta zamanla kontraksiyon süresinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.3**). **Şekil 2** incelendiğinde gruplarda zamanla kontraksiyon süresinin uzadığı gruplardaki bu değişim benzer olduğu görülmüştür ($p=0.982$).

Doğum ağrısının oluşmasının nedenleri arasında serviksin dilatasyonu ve efasmanı önemli yer tutmaktadır. Doğum eyleminde fetüsün gelen kısmının baskısı ile serviks gerilerek, hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açmakta, bu yolla uterus kontraksiyonu artmaktadır. Uterus kontraksiyonları ise fetüsü aşağı doğru iterek serviksin dilatasyon ve silinmesini artırmaktadır. Bu pozitif feedback doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını daha da şiddetlendirmektedir, Taşkın (85).

Benzer bir çalışmada, 36 gebeye SP6 noktasına 30 dakika akupressur uygulanırken, kontrol grubuna alınan 39 gebeye de 30 dakika dokunma terapisi uygulanmıştır. Doğumun süresi bizim çalışmamızda olduğu gibi servikal dilatasyonun 4cm olmasından tam serviks dilatasyonuna kadar geçen süre birinci evre olarak kabul edilmiştir. Tam serviks dilatasyonundan doğuma kadar geçen süre de ikinci evre olarak belirlenmiştir Lee, Chang, Lee and Kim (57). Çalışmamızda katılımcıların servikal dilatasyonları incelendiğinde; her iki grupta dilatasyon ölçümlerinin zamanla anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.001$).

Deney grubunda zamanla görülen artış miktarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.3**). Katılımcıların servikal efasmanları incelendiğinde ise; deney grubunda efasmanın zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubunun efasmanın zamanla anlamlı düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.7**). **Şekil 3 ve 4**'deki görelî etkiler incelendiğinde; her iki grupta da servikal dilatasyon ve efasmanın zamanla artış olduğu görülmüştür. Deney grubundaki artışın kontrol grubundaki artıştan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Katılımcıların vaginal muayane sonucunda elde edilen fetal baş seviyelerinin inişleri incelendiğinde; deney grubunda baş seviyesinin zamanla anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$). Kontrol grubunun baş seviyesinde zamanla anlamlı düzeyde bir değişim olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Deney grubundaki ilerlemenin kontrol grubundaki ilerlemenden anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.8**) (**Şekil 5**).

LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisi adlı çalışmada çalışmaya katılan gebelerin servikal dilatasyon ve silinme durumları incelendiğinde akupress uygulamasından sonra LI4 grubunda oluşan servikal açıklığın ve dilatasyonun kontrol grubundan ve SP6 grubundan daha fazla olduğu belirlenmiştir, Mucuk (63). Çalışmamızla benzer çalışmalarda servikal dilatasyon ve silinme ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Akupressur uygulamasının doğum süresine etkisini inceleyen çalışmamızda, travay takibinde doğum süresine etki eden kontraksiyon sayısı ve süresi, servikal dilatasyon ve silinme, fetal başın seviyesi gibi bulgularda deney grubunun lehine kısa zamanda önemli ilerlemeler elde edilmiştir. Çalışmamızda doğumun birinci ve ikinci evresi genel süre olarak ayrı ayrı analiz edilmiştir. Deney grubunda doğumun birinci evresi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha kısa sürerken ($p<0.001$) (**Tablo 6.2.9**), ikinci evrenin süresi her iki grupta benzer bulunmuştur ($p>0.05$) (**Tablo 6.2.10**).

Benzer bir çalışmada doğumun birinci evresinin deney grubunda daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Travay süresi bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmış olup sezaryen olma oranı bakımından da anlamlı farklılık bulgulanmıştır. Aynı çalışma da bizim çalışmamızla benzer olarak doğumun ikinci evresinin süresi her iki grup açısından farklı bulunmamıştır, Maffetoni and Kakuda Shimo (58).

Başka bir çalışmada, 28 primipar gebeye eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarının her birinde tüm vücut masajı uygulanırken, kontrol grubuna alınan 29 primipar gebeye ise rutin doğum bakımı verilmiştir. Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarının süresi ile toplam eylem süresinin, kontrol grubundaki kadınlara göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada eylemin ikinci evresinin süresi açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır, Lee, Chang, Lee, and Kim (57).

120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan aküpresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisini incelenen randomize kontrollü bir çalışmada, 60 nullipar gebeye (serviks 3-4 cm'lik dilatasyona ulaştığında ve düzenli uterus kontraksiyonları başladığında) 30 dakika boyunca Sayinjiao noktasına akupressur uygulanmış, kontrol grubuna alınan 60 gebeye ise hiçbir şey uygulanmamıştır. Çalışma sonucunda, eylemin aktif fazının süresi vaka grubunda daha kısa (441.38 ± 155.88 dk'ya karşılık 252.37 ± 108.50 dk, $p=0.001$) sürdüğünü bildirmişlerdir, Kashanian and Shahali (45).

Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yapılan akupressürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 akupressur grubundaki gebelerde eylemin süresinin (143.91 ± 67.77), kontrol grubundaki gebelere göre (197.94 ± 89.64) kısa sürdüğü saptanmıştır, Lee M. K. (55).

Çalışmamızla benzer bir çalışmada akupressur uygulanan deney grubundaki gebelerin eylem süresi ile kontrol grubundaki gebelerin eylem süreleri arasında deney grubu lehine fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur, Yeşilçiçek Çalık (93).

San-Yin-Jian (SP6) ve Hob-Gog (LI4) noktasına akupressur uygulamasının primipar kadınlarda doğum ağrısına ve süresine etkisini incelenen bir çalışmada SP6 akupressur (400.77 ± 153.34) ve LI4 akupressur (379.10 ± 127.60) gruplarının eylem süresi, kontrol grubuna (528.68 ± 239.08) göre oldukça kısa sürdüğü bulunmuştur. Aynı çalışmada SP6 akupressur ve LI4 akupressur gruplarının ise doğum süreleri arasında fark bulunmamıştır, Kim, Chang, Lee and Maeng (50). Randomize kontrolü (29 deney, 29 kontrol grubu) 58 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada deney grubunun ağrısının ve doğum eyleminin süresinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur, Lee M. K. (55).

Akupressür, efloraj ve kontrol grubu olmak üzere üç gruba ayrılarak 127 gebe üzerinde randomize kontrollü yapılan bir çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları akupressürün doğum ağrısı ve doğumun birinci evresi üzerindeki etkisini araştırmışlar. Çalışma sonuçlarına göre; akupressur grubunun doğumun birinci evresinin süresinin kontrol grubununkinde daha kısa sürdüğü bulunmuştur, Chung, Hung , Kuo and Huang (17).

Benzer bir çalışmada travay sürelerini incelediğimizde deney grubunun kontrol grubuna göre daha kısa sürede doğumlarının gerçekleştiğini bulgulamışlardır, Hamidzadeh, Shahpourian, Orak and Takfallah (39).

SP6 akupunktur noktasına akupressur uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum eylemi süresi açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.

7.3. Katılımcıların ağrı ve anksiyete durumlarına ilişkin bulguların tartışılması

Doğum eylemi, kadınlar için ağrı ile özdeşleştirilmekte ve onlar için en şiddetli ağrı kaynaklarından biri olarak görülmektedir. Literatürde primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Doğum ağrısının şiddetinin farklı seviyelerde hissedilmesinde birçok faktör rol alır bunu en iyi açıklayan doğum felsefecilerinden Dick Read'in 1913 yıllarında yaşadığı bir doğum deneyiminde bulguladığı gibi, doğum ağrısı annede bir "stres, korku ve anksiyete" yanıtı oluşturur. Korku ve anksiyete yaşayan kadın doğum ağrısına daha fazla tepki gösterir. Doğum eylemi kadın hayatında önemli bir evredir. Doğum yapacak olan kadın bebeğinin hayatına ve kendi hayatına yönelik endişeler duyar. Bu endişenin ortadan kalkması için çeşitli destek sistemlerinin yeterli olması gerekir, Gaskin (33).

Çalışmamızda doğum eylemi sırasında katılımcıların anksiyete düzeylerini incelediğimizde; SP6 uygulaması öncesi anksiyete durumları karşılaştırıldığında deney grubunda anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.008$). Katılımcıların anksiyete düzeylerinin uygulama sonrasında değişiminin gruplarda farklı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 6.3.3**). Uygulama sonrasında deney grubunun anksiyete düzeyinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. **Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupressür uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, durumluluk anksiyete açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Körükçü'nün (54) aktardığı gibi ilk kez, Marce tarafından (1859) "eğer primipar ve ya nullipar ise öncelikle bilinmeyen ve tahmini olmayan ağrı beklentisi kadının kafasını meşgul eder ve onu baskılanamaz bir anksiyete içerisine alır, fakat önceden anne

olmuşsa, geçmiş bir tecrübe söz konusu ve muhtemelen gelecekte de yaşayacağı deneyimlerinden dolayı korkuya kapılır” şeklinde ifade edilmiştir.

Benzer çalışmalarda eylem sırasında, kadının ihtiyaçlarının, isteklerinin bilindiği ve saygı gösterildiği durumlarda, anne adayının gücünü iyi kullanabilmesini sağlayan, endişesini, rahatsızlığını ve yorgunluğunu azaltmayı amaçlayan medikalize olmayan destekleyici bir bakım almasının, aşırı ve gereksiz tıbbi müdahaleleri azalttığı, APGAR skorunun yükseldiği ve anne için uzun vadeli emosyonel destekleyici faydalar sağladığı gösterilmektedir, Enkin ve diğerleri (26), Ergöl (30).

Dick Read, kadınlarda stres, korku ve anksiyete gibi emosyonel durumların daha çok ağrıya neden olduğunu ifade etmiştir. Ağrı ise sempatik sinir sisteminin aktivitesini ve ağrı artışına neden olan katekolamin salınımını arttırır. Bu durum uterusu giden kan akımının azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Aynı zamanda bu stres hormonlarının (katekolaminlerin) artması plasental kan akımının yavaşlamasına, fetal oksijenasyonun kısıtlanmasına ve fetal asidoza neden olur. Bu nedenlerden dolayı ağrının azaltılması önemlidir. Çalışmamızda VAS ölçümlerine göre ağrı yoğunluğu bakımından gruplar incelendiğinde SP6 noktasına akupressur uygulaması öncesi deney grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek ağrı yoğunluğu olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$) (**Tablo 6.3.1**). Ağrının neden olduğu etkileri ortadan kaldırmanın iki yolu vardır. Bunlardan birincisi ve en sık kullanılanı gebeye ağrı kesici ve anestezi vermektir ki verilen ilaçların plasentayı geçerek beynin metabolizmasını deprese ederek fetüsün oksijene olan ihtiyacını azaltacağı unutulmamalıdır. Diğer yöntem ise daha az sıklıkla kullanılan ve doğum sırasında stres oluşumunu henüz oluşmadan engellemeye çalışan nonfarmakolojik yöntemlerdir, Kömürcü ve Bertiken Ergin (53), Körükçü (54), Şahin (83). Bu yöntemlerden birisi akupressurdur. Çalışmamızda SP6 noktasına uygulanan akupressur sonrasında VAS ölçümlerine devam edilmiştir. Deney grubunda VAS ölçümleri uygulamadan hemen sonra azalmış ve daha sonra yükselişe geçmiştir; kontrol grubunda ise sürekli bir artış gözlenmiştir ($p < 0.001$). Gruplar arasında fark incelendiğinde ise; her aşamada VAS ölçümlerine göre ağrı yoğunluğu deney grubunda daha az olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Doğum eyleminde SP6 akupunktur noktasına akupressur uygulanan grup ile uygulanmayan grup arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.

Çalışmamız ile benzer bulgular gösteren bir başka çalışmada 212 gebe kadını 3 grupta incelenmiştir. 1. Gruba akupressür uygulandı, 2. Gruba akupunktur noktasına sadece dokunmuş 3. Gruba ise standart bakım uygulandı. Bu uygulamalarla birlikte gebelerin VAS yanıtları, oksitosin desteği almaları, sezaryen ihtiyacı, fetal sıkıntı parametrelerini ölçmeye çalışmıştır. Akupressur uygulanan grubun VAS değerleri uygulanmayan gruplara göre daha düşük bulunmuş olup daha az ağrı duydukları belirtilmiştir, Hjelmstedt et al. (41).

SP6 ve LI4 noktalarına uygulanan akupressürün nullipar kadınlarda doğum ağrısı üzerine etkisi konulu çalışmalarında, katılımcıların 4, 6, 8 ve 10 cm dilatasyon öncesi ve sonrasında ağrı durumları değerlendirildiğinde; deney grubunda akupressur uygulamasından sonra ağrı düzeyinde azalma olurken kontrol grubunda giderek artmakta olduğu görülmüştür, Sehhatie-Shafaie, Kazemzadeh, Amani and Heshmat (77).

Benzer bir çalışmada; deney ve kontrol grupları doğumun farklı evrelerinde GKÖ uygulanarak ağrıyı algılama durumları sorgulanmıştır. Çalışmada gebelerin eylemlerle birlikte daha şiddetli ağrı hissettikleri belirtilmiştir. Kontrol grubundaki gebeler doğum eyleminin hemen hemen tüm evrelerinde (GKÖ 1 ve GKÖ 4 hariç) ağrıyı deney grubundaki gebelere oranla daha şiddetli algıladıkları saptanmıştır, Yeşilçiçek Çalık (93).

Kore’de 192 primipar kadın üzerinde yaptıkları SP6 ve LI4 noktasına yapılan akupressürün doğum ağrısına ve süresine etkisini inceledikleri randomize çalışmada

akupressur uygulamasını servikal dilatasyon; 2-3cm iken 15 kez, 5-6cm iken 10 kez, 9-10cm iken 10 kez toplam 35 kez uyguladıklarını ve bası uygulamasının doğum ağrısının kontrolünde etkili olduğu sonucuna varmışlardır, Kim, Chang, Lee and Maeng (50). Sa-Yin-Jian (SP6) noktasına yaptıkları akupressürün doğumun süresine, doğum ağrısına ve anksiyete üzerine etkisini inceledikleri ve 22 deney, 17 kontrol grubu toplam 39 gebe üzerinde yaptıkları pilot çalışmalarında, SP6 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı ve doğumda yaşanan anksiyete düzeyini azalttığını belirtmişlerdir, Lee, Chang, Lee and Kim, (57)'in Waters and Raisler (92), 49 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, her iki elde buluna LI4 noktasına 20 dakika ya da 3-4 kontraksiyon boyunca masaj uygulanmış ve gebelerin LI4 bölgesine uygulanan buz masajının VAS puan ortalamalarını azalttığı bulunmuştur. Randomize kontrollü (29 deney, 29 kontrol grubu) 58 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada; servikal dilatasyon 3cm olduktan sonra her bir uterin kontraksiyon boyunca deney grubunun Sp6 noktasına akupressür uygulanmış. Bu işlemi 30 dk süresince yapmış ve sonuçta deney grubunun ağrısını kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur, Lee M. K. (55).

127 gebe üzerinde randomize kontrollü yapılan bir çalışmada doğum eyleminin birinci evresinde LI4 ve BL67 noktalarına uyguladıkları akupressürün doğum ağrısı üzerindeki etkisini araştırmışlar. Çalışma sonuçlarına göre; akupressür grubu gebelerde doğumun I. evresinin aktif fazında belirlenen ağrı puanları bakımından gruplar arasında fark bulunmuştur. Ancak, doğum eyleminin I. evresinin diğer fazları bakımından farklılık bulunmamıştır. Aynı çalışmada akupressürün, efloraj ve kontrol grubuna göre doğum ağrısını büyük ölçüde azalttığı saptanmıştır, Chung, Hung , Kuo, and Huang (17). SP6 noktasına yapılan akupressürün doğum süresine ve doğum ağrısına etkisini belirlemek üzere 75 kadın üzerinde yapılan randomize kontrollü çalışmada; servikal dilatasyonun en az 2-3cm iken ve uterusun kontraksiyonlarının düzenli olduğu 30 dakika süresince her bir kontraksiyon da SP6 noktasına akupressür uyguladıklarını belirtmişler ve müdahale sonrasında tüm ölçüm zamanlarında (uygulama sonrası, uygulamadan 30 dk. ve 60 dk. sonra) değerlendirilen VAS puanları açısından gruplar arasında önemli fark saptanmıştır, Lee M. K. (56).

Aynı çalışmada SP6 noktasına bası uygulanan grubun, kontrol grubuna göre doğumda anksiyete düzeyini anlamlı derecede azaldığı saptanmıştır.

120 nullipar gebe üzerinde Sanyinjiao (SP6) noktasına yapılan aküpresürün doğumun süresi ve ağrısı üzerindeki etkisi incelenen randomize kontrollü çalışmada, vaka grubundaki gebelerin ağrının şiddeti kontrol grubundaki gebelerin ağrı şiddetinden daha az olduğunu (6.79+1.52'ye karşılık 5.87+ 1.77; p=0.003) bildirmişlerdir, Kashanian and Shahali (45).

Doğumun birinci evresindeki primipar kadınlarda elde bulunan LI4 akupunktur noktasına yaptıkları akupressürün (sağ ele uygulandı) ağrı yoğunluğu üzerine etkisini inceledikleri çalışmalarında, serviksin 4-5cm, 6-7cm ve 8-10cm dilatasyonu olduğunda altı tane uterus kontraksiyonu periyodunda sağ elin LI4 noktasına akupressür uygulandı. Çalışma sonucunda; yapılan üç uygulama sonucunda da akupressür uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla çok anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir, Ozgoli, Sedigh, Heshmat and Alavi (65).

Primigravid anneler üzerine gerçekleştirmiş oldukları akupressürün doğum ağrısı ve doğumun ilk evresinin süresi üzerine etkisi adlı çalışmalarında deney ve kontrol grubu için rastgele 30' ar gebe çalışmaya dahil edilerek, deney ve kontrol grupları ağrı skorları yönünden değerlendirilmiştir. Deney grubunun kontrol grubuna göre daha az ağrı duyumsadığı belirlenmiş olup, deney grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark saptamışlardır, Deepak, Rana and Chopra (20).

100 multipar primipar ayırmaksızın gebe dahil ettikleri çalışmalarında, LI4 noktasına uygulanan akupressürün doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisini araştırmışlardır. LI4 noktasına 20 dakika süre ile akupressür uygulamışlardır. Araştırma bulgularına göre deney grubunun kontrol grubuna göre ağrı skorlarının düşük olduğunu saptamışlardır, Hamidzadeh, Shahpourian, Orak and Takfallah (39).

150 gebe ile gerçekleştirdikleri, destekleyici bakım alan gebeler ve BL32 aku noktasına bası uygulanan gebelerin ağrı yönünden karşılaştırdıkları çalışmalarında katılımcılar 3grupta toplanmıştır, Akbarzadeh et all (1).

Destekleyici bakım alan gebeler, akupressur uygulanan gebeler ve standart bakım alan gebeler olmak üzere. Destekleyici bakım için fiziksel ve emosyonel destek sağlanırken; akupressur grubuna her kontraksiyon süresince BL32 noktasına akupressur uygulanmıştır. Araştırma bulgularına göre 3 grupta ağrı skorları için anlamlı farklılık saptanmıştır.

156 gebe ile gerçekleştirdikleri çalışmada gebeleri 3 grupta toplamışlardır. Akupressur (SP6) uygulanan grup, plasebo grup(SP6 noktasına dokunulan) ve standart bakım alan grup olmak üzere 3 gruba ayırmışlardır. Araştırmacılar akupressur uyguladıkları gruba 20 dakika boyunca Sp6 noktasına bası uygulamışlar, plasebo grup için Sp6 noktasına 20 dakika boyunca sadece dokunmuşlardır. Çalışma bulgularını ağrı yönünden incelediğimizde akupressur uygulanan grubun diğer gruplara göre ağrıyı daha az algıladıklarını bildirmişlerdir, Maffetoni and Kakuda Shimo (58).

Akupressürün doğum ağrısıyla ilişkisine baktıkları çalışmalarında akupressur uygulanan grubun ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmişlerdir, Yeşilçiçek Çalık (93), Mucuk (63). Bizim çalışma sonuçlarımız ile literatür bilgileri benzerlik göstermektedir. Doğum ağrısının kontrolü üzerine ülkemizde ve yurt dışında yapılmış olan bu çalışmalara dayanarak, akupressur uygulamasının eylem boyunca gebenin enerjisini yükselterek, fiziksel ve psikolojik olarak rahatlamasını, eyleme daha iyi uyum sağlamasını ve eyleme uyumunun da özellikle solunumun düzenlenmesini sağlayıp uterin dokuların oksijenlenmesini artırarak ağrının daha az hissedilmesine neden olacağı düşünülmüştür. Bu bulgulara dayanarak akupressur uygulamasının, doğum eyleminde gebenin ağrıyı daha hafif algılamasındaki etkisini göstermesi ve akupressürün doğum ağrısı ile baş etmede etkin ve kullanışlı olduğu söylenebilir.

7.4. Katılımcıların ve bebeklerinin vital takiplerine ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların vital takipleri uygulama öncesinde, uygulamadan hemen sonra, uygulamadan 30 dakika ve 60 dakika sonra olmak üzere toplam dört kez alınmıştır. Deney ve kontrol gruplarında sistolik ve diastolik kan basıncı ölçümlerinde zamanla bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6.4.1) (Tablo 6.4.2). Literatür çalışmalarına baktığımızda; Mucuk (63)'un LI4 ve SP6 akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada gruplar arasında sistolik ve diastolik kan basıncı değerleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken, Hamlacı (40)'nın çalışmasında ikinci uygulama sonrası ve doğum sonrası 2. saatteki sistolik kan basıncı ortalamaları, deney grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunduğu görülmektedir. Yine aynı şekilde ilk uygulama sonrası diastolik kan basıncı ortalamaları deney grubunda kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunduğunu söylemektedir. Çalışmamız literatür bulguları ile örtüşmemektedir.

Doğumda, duyulan ağrı ve anksiyeteyle birlikte kadınların oksijene olan gereksinimini artırmaktadır. Kadın bu süreçte daha fazla oksijen alabilmek ve fazla miktardaki karbondioksiti atabilmek için daha hızlı solunum yapmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların kalp atım hızı değerlendirildiğinde; her iki grupta nabız hızı ölçümlerinde zamanla bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 6.4.3). Solunum hızı ortalaması deney grubunda uygulama öncesinde 18.7 ± 1.1 , uygulamadan hemen sonra 19.5 ± 1.3 , uygulamadan 30 dakika sonra 19.5 ± 1.4 ve uygulamadan 60 dakika sonra 19.8 ± 1.4 olarak hesaplanmıştır. Deney grubunda zamana göre solunum hızı ölçümlerinde anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Kontrol grubunda solunum hızı ortalamaları sırasıyla 19.2 ± 1.2 , 19.3 ± 1.2 , 19.7 ± 1.3 ve 19.8 ± 1.2 şeklinde elde edilmiştir. Kontrol grubu için de solunum hızının zaman içerisinde değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.05$). İki grupta solunum hızı ölçümlerinde gözlenen değişimlerin benzer olduğu tespit edilmiştir ($p=0.196$) (Tablo 6.4.4). Literatürü incelediğimizde benzer bir çalışmaya göre kontrol grubunun kalp atım hızı uygulama grubuna oranla daha yüksek bulunmuştur, Mucuk (63). Bir başka Çalışmada

ise deney ve kontrol grubunun ikinci uygulama sonrasında nabız ortalamalarının ikinci uygulama öncesinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunduğu ve gruplar arasında istatistiksel bir fark olmadığı görülmektedir, Hamlacı (40). Çalışma bulgularımız benzerlik göstermektedir. Doğumda SP6 noktasına yapılan akupressur uygulamasının vital bulgulara olumsuz bir etkisi olmadığı söylenebilir.

Çalışma gruplarımızda uygulama öncesi ve sonrasında üç kez olmak üzere FKH takipleri de yapılmıştır. Deney grubunda FKH'nda zamanla bir anlamlı bir değişim olmadığı belirlenmiştir ($p=0.840$). Kontrol grubunda ise FKH değerlerinin zamanla anlamlı bir değişim gösterdiği görülmüştür ($p<0.001$) (**Tablo 6.4.5**). Kontrol grubunda FKH zamanla artmış olsa da güvenli sınırlarda kalmıştır. Doğumda uygulanan SP6 uygulamasının FKH üzerine olumsuz bir etkisi olmadığı söylenebilir.

7.5. Katılımcıların doğum sonuçlarına ilişkin bulguların tartışılması

Kadınlar doğum esnasında çeşitli müdahalelere maruz kalmaktadır. Primipar kadınlarda bunlardan en yaygın olarak kullanılanları fundal bası ve epizyotomidir. Fundal bası, spontan vajinal doğumu kolaylaştırmak ve ikinci evrenin uzamasını önlemek için fundus yüzeyinin üzerinden doğum kanalına doğru elle ya da kemerle uygulanan basınçtır. Cochrane sistematik incelemesinde, Verheijen , Raven and Hofmery (90), fundal bası/şişirilebilir kemer uygulanan kadınlar ile fundal bası uygulanmayan gruplar arası sezaryen oranlarında, maternal ve neonatal sonuçlarda anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. Gruplarımızda fundal bası uygulanma durumları karşılaştırılmıştır. Deney grubunda %6.5 bulunurken kontrol grubunda %48.7 oranında fundal bası uygulandığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.005$) (**Tablo 6.5.2**). fundal bası kontrol grubunda deney grubuna göre 13,617 (%95 Güven Aralığı: 3,608- 51,392) kat fazla görüldüğü belirlenmiştir ($p<0.001$). Doğumda SP6 uygulamasının fundal bası oranlarını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Doğumda sıklıkla kullanılan diğer doğuma müdahale uygulaması epizyotomidir. Epizyotomi, özellikle ilk doğumlarda bebeğin doğumunu kolaylaştırmak ve kadında perine ve vajen laserasyonlarını önlemek amacıyla sık uygulanan bir müdahaledir(Kendrick & Simpson (47). Deney grubumuzda epizyotomi oranı %67.4 iken kontrol grubumuzda %94.6'dır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.005$) (**Tablo 6.5.2**). Doğumda epizyotom uygulamasının kontrol grubunda deney grubun göre 8,952 (%95 Güven Aralığı: 1,899- 42,203) kat fazla görüldüğü bulgulanmıştır ($p=0.006$) . Doğumda SP6 noktasına yapılan akupressur uygulamasının primipar kadınlarda epizyotomi ihtiyacını azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Doğum gerçekleştikten sonra annelerin doğum sürecini özellikle de doğum ağrısı hakkındaki görüşlerini almak ve yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirme bakımından önemlidir.

Bu bölümde, gebelerin yaşadıkları doğuma ilişkin görüşleri, doğum salonundan taburcu olmadan (doğumdan 2 saat sonra) doğum sonu memnuniyet formu (DAMDO) ile elde edilmiştir.

Çalışmada annelerin doğumdan sonra eylemde yaşadıkları ağrıya ilişkin görüşleri incelendiğinde, Sağlık Ekibinin Anlayışı alt boyutuna ait memnuniyet puanının deney grubunda 13 – 20 aralığında, kontrol grubunda 8 – 20 aralığında değer aldığı görülmüştür. Deney grubunun ilgili alt boyuta ait memnuniyet düzeyinin kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Postpartum Bakım ve Hastane Odası alt boyutlarına ilişkin memnuniyet düzeyleri bakımından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme gibi diğer alt boyutlar ile DAMDO ölçeği genelinde deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet düzeyinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Benzer bir çalışmada, deney grubu gebelerinin %78.0'i, kontrol grubu gebelerinin ise tamamı doğum ağrısı hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Deney grubunda yer alan 28 gebe (%56.0), ve kontrol grubunda yer alan 40 gebe (%80.0) doğum ağrısının “çok şiddetli olduğunu ve çok ağrı çektiklerini” ifade ederken, deney grubundaki gebelerin %22.0'si ise “beklediğinden daha az ağrı yaşadığını” belirtmişler ve yapılan değerlendirmede deney grubu lehine ileri düzeyde istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir, Yeşilçiçek Çalık (93).

Benzer bir çok çalışma sonuçlarında da kadınların doğum ağrısı ile ilgili bulguları çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur, Bertiken Engin (9), Öztürk (70), Fisher, Hauck and Fenwick (32), Nerum (64), Ersanlı (31), Mamuk (59), Körükçü (54). **Yukarıda bahsedilen çalışmalarda yer alan kadınların ağrıya ilişkin ifadelerine bakıldığında akupressürün de içinde yer aldığı nonfarmakolojik uygulamaların doğum ağrısı kontrolünde etkili olduğu görülmektedir.**

Doğum yapan kadınlar doğum desteği konusunda ne düşünüyor konulu çalışmada, kadınların %79.3'ü doğum sırasında destek almış olsaydı doğumun daha kolay olacağını, %68.3'ü daha az ağrı hissedeceğini ve %81.7'si daha az korku duyacağını ifade etmişlerdir, Beydağ (12). Toplam 13000 kadını içeren 11 ülkeden toplam 16 çalışmanın incelenmesinde, doğum eylemi esnasında devamlı destek alan kadınlarda spontan doğum yapma olasılığı operatif doğumlara (vakum, forseps) ya da sezeryana gerek duyulmaksızın daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca, bu kadınların daha az analjeziye ihtiyaçları olduğu, doğum eyleminden daha fazla memnun kaldıkları ve doğum eylemlerinin biraz da olsa daha kısa sürdüğü görülmüştür. Genellikle doğum eyleminin erken dönemlerinde destek sağlandığında bunun daha etkili olduğu ve herhangi bir yan etkisinin ise olmadığı belirtilmiştir, Jones et all. (44). Yine doğum eyleminin yönetiminde kanıt temelli 15 çalışma analizinde 1791 kadının ifadeleri incelenmiş, doğum eyleminde destek alan kadınlarda doğumda analjezi ihtiyacının azalmış olduğunu ve doğumda anne memnuniyetinin arttığını belirtmişlerdir, Berghella, Baxter and Chauhan (8).

Çalışmaların gösterdiği üzere ebe ve hemşireler doğum ağrısı dönemindeki gebeye sıklıkla dokunmaktadır ancak bunlar genellikle nabız alma, cihaz bağlama vs. gibi klinik amaçlı dokunuşlardır. Klinik olmayan dokunuşların (elini tutma, sırtını okşama gibi) sistolik kan basıncını, nabzı düşürdüğü ve rahatlık seviyesi ile mücadele becerisini arttırdığına ilişkin bulgular vardır. Elde edilen bu bulgu, nullipar ve multiparların oluşturduğu vajinal doğumlar üzerinde çalışmalar yapmış olan; Yıldırım (95), Serçekuş & İsbir (78), Ersanlı (31), Kashanian and Shahali (45), Beydağ (12), Erbil, Biryani & Şahin (27), Hodnett, Gates, Hofmeyr and Sakala (42)'nin sonuçları ile de benzerlik göstermektedir.

Mamuk (59), Yeşilçiçek Çalık (93), Yıldırım (95), Ersanlı (31), Beydağ (12), Erbil, Biryani & Şahin (27)'in çalışmalarında da doğumdan sonra yapılan görüşmelerde kadınların doğum eylemine yönelik düşünceleri çalışmamızla benzer şekilde bulunmuştur.

8. SONUÇ

Araştırma bulgularımız doğrultusunda çıkardığımız sonuçlar;

Katılımcıların yaş ortalamaları sırasıyla 28.8 ± 4.4 yıl ve 27.5 ± 3.8 yıl olarak hesaplanmıştır. Gebelerin çoğunluğu lise mezunu ve herhangi bir işte çalışmamaktadır. Her iki gruptaki gebelerin tamamına yakını isteyerek gebe kalmış olup çoğunda düşük öyküsü bulunmamaktadır. Sosyodemografik ve obstetrik özellikler bakımından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu tespit edilmiştir.

Her iki grupta da on dakikada gelen kontraksiyon sayısında zamanla artış olduğu görülmüştür. Deney grubundaki artışın kontrol grubundaki artıştan anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlenmiştir. Ancak kontraksiyon süresi (sn) açısından grupların benzer olduğu görülmüştür.

Her iki grupta dilatasyon, efasman, fetal baş seviyesi ölçümlerinin zamanla anlamlı bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Deney grubunda zamanla görülen artış miktarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir.

Doğumun birinci evresi kontrol grubunda deney grubuna göre daha uzun sürdüğü, doğumun ikinci evresinin her iki grupta benzer sürelerle sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların doğum ağrısını algılamaları değerlendirildiğinde her iki grupta zamanla VAS ölçümlerinde farklılık olduğu belirlenmiştir. Deney grubunda VAS ölçümleri uygulamadan hemen sonra azalmış ve daha sonra yükselişe geçmiştir; kontrol grubunda ise sürekli bir artış gözlenmiştir.

Katılımcıların doğum eyleminde ve doğum sonrası durumluluk anksiyeteleri değerlendirildiğinde deney grubunun doğum öncesi anksiyete düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların anksiyete düzeylerinin doğum sonrasında değişiminin gruplarda farklı olduğu tespit edilmiştir. Doğum sonrasında deney grubunun STAI puanları ortancası 33.5'e inerken, kontrol grubunun STAI puanları ortancasının 70.0'e yükseldiği görülmüştür.

Katılımcıların sistolik, diastolik kan basınçları, nabız ölçümleri değerlendirilmiş her iki grupta da zamanla değişimin olmadığı saptanmıştır. Solunum hızlarındaki değişimin her iki grup için benzer olduğu bulgulanmıştır.

Katılımcıların doğum eylemler sırasında FKH değerlendirilmiş FKH'nın kontrol grubunda zamanla artışa geçtiği, deney grubunda ise benzer düzeylerde seyrettiği görülmüştür.

Kontrol grubunda acil sezaryene alınan kadın oranı deney grubuna göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak benzer olduğu gözlenmiştir. Fundal bası ve epizyotomi oranlarının kontrol grubunda, anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların bebeklerinin durumları incelendiğinde her iki grupta benzer olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların DAMDO ölçeğine göre doğum memnuniyetleri incelendiğinde deney grubunun kontrol grubuna göre memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Kadınların doğumda memnuniyet düzeylerinin yüksek olması, keyifli bir doğum geçirmeleri bakımından doğum ağrısı ile başetmede kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin eğitimleri ortak bir merkez tarafından düzenlenerek ebe ve hemşirelere verilmeli, doğumhane birimlerinde kullanılabilmesi için gerekli tüm şartlar sağlanmalıdır.

Akupressur gibi non farmakolojik bir çok yöntemin doğum ağrısı üzerinde etkilerinin değerlendirilmesi bakımından çalışmaların sayısı artırılmalıdır.

9. KAYNAKÇA

1. Akbarzadeh, M., Moradi, P., Toosi, M., & Hadianfard, M. J. (2013). Comparison Of The Effects Of One-Step Acupressure Of Spleen Point 6 (Sp-6) And Gall Bladder 21 (Gb-21) On The Duration And Type Of Delivery In Nulliparous Women Referred To Hospitals In Shiraz University Of Medical Sciences, Iran: A Randomized Clinical Tr. Qom University Of Medical Sciences Journal, 7(3).
2. Altınparmak, S. (2006). Gebelerde Sosyodemografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6), 416-423.
3. Amanak, K., Karaöz, B., & Sevil, Ü. (2013). Alternatif / Tamamlayıcı Tıp Ve Kadın Sağlığı. Taf Preventive Medicine Bulletin, 12(4).
4. Aslan, F. E., & Badır, A. (2005). Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin Ağrının Doğası, Değerlendirilmesi Ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi Ve İnançları. Ağrı (2 b., Cilt 17, s. 44-51). içinde
5. Avcıbay, B. (2009). Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi.
6. Avcıbay, B., & Alan, S. (2011). Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimler Dergisi, 4(3).
7. Berg, V., Bosch, J., Jacobs, B., Bouman, I., Duvekot, J., & Hunink, M. (2008). Effectiveness Of Acupuncture-Type Interventions Versus Expectant Management To Correct Breech Presentation : A Systematic Review. Complementary Therapies In Medicine, 16(2), 92-100.
8. Berghella, V., Baxter, J., & Chauhan, S. (2008). Evidence-based Labor And Delivery Management. American Journal Of Obstetrics And Gynecology, 199(5), 445-454.
9. Bertiken Engin, A. (2005). Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

10. Betts, D. (2004). Acupressure. 04 12, 2014 tarihinde www.acupuncture.rhizome.net.nz adresinden alındı
11. Betts, D. (2004). The Use Of Acupuncture As A Routine Pre-Birth Treatment. *Journal Of Chinese Medicine* .
12. Beydağ, K. D. (2007). Doğum Sonu Döneminde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6).
13. Bowman, D., & Livolski, K. (2014). Auricular Point Acupressure To Improve Sleep Quality In Taiwanese Postpartum Women With Insomnia. *Jognn*, 43(1).
14. Brown, S. T., Douglas, C., & Flood, L. P. (2001). Women's Evaluation Of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used during Labor. *The Journal Of Perinatal Education*, 10(3), 1-8.
15. Caton, D., Corry, M. P., Frigoletto, F. D., Hopkins, D. P., Lieberman, E., Mayberry, L., . . . Young, D. (2002). The Nature And Management Of Labor Pain : Executive Summary. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 186(5), 1-15.
16. Chen, H., & Chen, C. (2004). Effects Of Acupressure At The Sanyinjiao Point On Primary Dysmenorrhoea. *Journal Of Advanced nursing*, 48(4), 380-387.
17. Chung, U., Hung , L., Kuo, S., & Huang, C. (2003). Effects Of LI4 And BL 67 Acupressure On Labor Pain And Uterine Contractions In The First Stage Of Labor. *Journal Of Nursing Research*, 11(4).
18. Coşkun, A., Beji, N., Şahin, N., Oskay, Ü., Rathfisch, G., Aslan, E., . . . Reis, N. (2013). Hemşire ve Ebeler İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. (C. Anahit, Dü.) İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
19. Çöçelli, L., Bacaksız, B., & Ovayolu, N. (2008). Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14, 53-58.
20. Deepak, Rana, A. K., & Chopra, S. (2013). Effect Of Acupressure On Intensity Of Labour Pains And Duration Of First Stage Of Labour Among Primigravida Mothers. *Nursing And Midwifery Research Journal*, 9(4).

21. Değirmen, N. (2006). Sezaryen Doğumda Ağrı Kontrolünde El Ve Ayak Masajının Etkinliğinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
22. Demiryay, A. (2006). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel Ve Emosyonel Yakınmalar. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
23. Düzel, V. (2008). Hemşire Ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
24. E Lally, J., J Murtagh, M., Macphail, S., & Thomson, R. (2008). More In Hope Than Expectation: A Systematic Review Of Women's Expectations And Experience Of Pain Relief In Labour. *Bmc Medicine*, 6(7).
25. England, P., & Horowitz, R. (2011). İçgüdüsel Doğum. (N. Önoğlu, Çev.) İstanbul: Kuraldışı Yayıncılık.
26. Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, E., & Hofmeyr, J. (2000). *Guide To Effective Care In Pregnancy And Childbirth Third Edition*. New York: Oxford University Press.
27. Erbil, N., Biryay, N., & Şahin, Y. (2009). Laborda Kadınların Deneyimleri Ve Ebelerden Aldığı Destegın Belirlenmesi. 6. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongre Kitabı. içinde Ankara.
28. Erdine, S. (2007). Ağrı (3 b.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
29. Erdine, S. (2013). Ağrının Kitabı (2 b.). İstanbul: Hayy Kitap.
30. Ergöl, Ş. (2009). Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Destegının Doğum Eylemi Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
31. Ersanlı, C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- 32.Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. (2006). How Social Context Impacts On Women's Fears Of Childbirth: A Western Australian Example. *Social Science & Medicine*, 63(1), 64-75.
- 33.Gaskin, I. M. (2015). Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi (1 b.). (Ö. Erkök, & Z. Güler, Çev.) İstanbul: Sinek Sekiz Yayınevi.
- 34.Gönenç, İ. M., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(3), 129-143.
- 35.Gözükara, F. (2006). Primigravidadaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 36.Güleç, G., & Güleç, S. (2006). Ağrı ve Ağrı Davranışı. *Ağrı*, 5-9.
- 37.Güner, T., & Özbek, H. (2009). Primar Gebelerin Doğum Korkularının Nedenlerinin Belirlenmesi. 6. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. içinde Ankara.
- 38.Güngör, İ., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Development And Psychometric Testing Of The Scales For Measuring Maternal Satisfaction In Normal And Caesarean Birth. *Midwifery*, 28(3), 348-357.
- 39.Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R. J., & Takfallah, L. (2011). Effects Of L14 Acupressure On Delivery Satisfaction. *Behood Journal*, 15(5), 320-326.
- 40.Hamlacı, Y. (2013). L14 Noktasına Uygulanan Akupressürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi, T.C İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 41.Hjelmsyedt, A., Shenoy, S., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L., & Waldenström, U. (2010). Acupressure To Reduce Labor Pain: A Randomized Controlled Trial. *Acta Obstetricia Et Gynecologica*, 1453-1459.

- 42.Hodnett , E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala , C. (2013). Continuous Support For Women During Childbirth. The Cochrane Library.
- 43.Hotun Şahin, N., & Yıldırım, G. (2003). Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi Ve Kontrolü. İstanbul Üniversitesi Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Dergisi, 13(51).
- 44.Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. (2012). Pain Managment For Women In Labour : An Overview Of Systematic Reviews. The Cochrane Library .
- 45.Kashanian, M., & Shahali, S. (2010). Effects Of Acupressure At The Sanyinjiao Point (SP6) On The Process Of Active Phase Of Labor In Nulliparas Women. The Journal Of Maternal-Fetal And Neonatal Medicine, 23(7), 638-641.
- 46.Kaya, F., Serin, Ö., & Genç, A. (2006). Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları ve Bakımın Niteliğinin Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongresi Özet Kitabı. içinde İstanbul.
- 47.Kendrick, J., & Simpson, K. R. (2001). Labor and Birth. P. A. Creehan, & K. R. Simpson (Dü) içinde, Perinatal Nursing (s. 312-313). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- 48.Ketenci, A. (2002). Ağrı Kontrolünde Konservatif Tedavi Yöntemleri. Ankem Derg, 16(3), 189-192.
- 49.Kılıç, M., & Öztunç, G. (2012). Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler Ve Hemşirenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(21).
- 50.Kim, Y. R., Chang, S. B., Lee, M. K., & Maeng, W. J. (2002). Effects On Labor Pain And Length Of Delivery Time For Primipara Women Treated By San-Yin-Jian (SP-6) Acupressure And Hob-Gog (LI-4) Acupressure. Korean J Women Health Nurs, 8(2), 244-256.
- 51.Köksal, Ö., & Taşçı Duran, E. (2013). Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6(3), 144-148.

- 52.Kömürcü, N. (2014). Doğum Ağrısı ve Yönetimi (2 b.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- 53.Kömürcü, N., & Bertiken Ergin, A. (2008). Doğum Ağrısı Ve Yönetimi. (N. Kömürcü, Dü.) İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.
- 54.Körükçü, H. Ö. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- 55.Lee, M. K. (2003). Effects Of San-Yin-Jiao (Sp6) Acupressure (Shiatsu Incorporates Acupressure) On Labour Pain, Delivery Time In Women During Labour. *Taehan Kanbo Hakhoe Chi*, 33(6), 753-761.
- 56.Lee, M. K. (2005). Effects Of SP6 Acupressure On Labor Pain And Length Of Delivery Time In Women During Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(6), 959-965.
- 57.Lee, M., Chang, S., Lee, H., & Kim, H. (2002). Effects Of Treatment With Sanyin- Jian(Sp-6) Acupressure For Labor Women On Labor Pain, Length Time For Delivery And Anxiety: A Clinical Trial Pilot Study. *Korean J Women Health Nurs*, 8(4), 559-569.
- 58.Maffetoni, R. R., & Kakuda Shimo, A. K. (2015). Effect Of Acupressure On Progress Of labor And Ceserean Section Rate : Randomizen Clinical Trial. *Rev. Saude Publica*, 49(9).
- 59.Mamuk, R. (2008). Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne Ve Ağrıya Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 60.McFadden, K., Healy, K., Deattmann, M., Kaye, J., Ito, T., & Hernández, T. (2011). Acupressure As A Non-Pharmacological Intervention For Traumatic Brain Injury (TBI). *Journal Of Neurotrauma*, 28(1), 1-14.
- 61.Mollart, L., Adam, J., & Foureur, M. (2015). Impact Of Acupressure On Onset Of Labour And Labour Duration: A System Review. *Women Birth*, 28(3).

- 62.Moralar, D. G., Türkmen, Ü. A., & Altan, A. (2011). Doğum Analjezisi. Okmeydanı Tıp Dergisi, 27(1), 5-11.
- 63.Mucuk, S. (2010). Li4 Ve Sp6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarının Doğum Ağrısı Ve Süresine Etkisi. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Tezi, T.C Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 64.Nerum, H. (2006). Maternal Request For Cesarean Section Due To Fear Of: Can It Be Changed Through Crisis-Oriented Counseling. Birth, 33(3), 221-228.
- 65.Ozgoli, G., Sedigh, S., Heshmat, R., & Alavi, M. (2014). Effect Of Right Hand Hegu Acupressure On Pain Intensity Of Active Phase Of Labor Pain In Primiparous Women. Kowsar Medical Journal, 14(4), 229-234.
- 66.Öner, N., & Le Compte, A. (1983). Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- 67.Özer, H. G. (2004). Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi Ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- 68.Özşar, L. (2006). Akupresör (1 b.). İstanbul: Biblos Yayınevi.
- 69.Öztürk Can, H., & Saruhan, A. (2008). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 10(1).
- 70.Öztürk, H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 71.Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 83-92.
- 72.Pınar , G., Doğan, N., Algier, L., Kaya , N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J, 36(3), 184-190.

- 73.Rathfisch, G. (2012). Doğal Doğum Felsefesi (1 b.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- 74.Sağlık Bakanlığı. (2009). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara: Damla Matbaacılık.
- 75.Sandifer, J. (1999). Akupressur (1 b.). (D. Yazıcıoğlu, Çev.) İstanbul: Alkım Yayınevi.
- 76.Sayiner, F. D., & Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi, 2(3).
- 77.Sehhatie-Shafaie, F., Kazemzadeh, R., Amani, F., & Heshmat, R. (2013). The Effect Of Acupressure On Sanyinjiao And Hugo Points On Labor Pain In Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial,. Journal Of Caring Sciences, 2(2), 123-129.
- 78.Serçekuş, P., & İsbir, G. G. (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin, 11(1), 97-102.
- 79.Set, T. (2011). Ağrı İle Baş Etmede Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics, 2(2).
- 80.Simkin, P., & Ancheta, R. (2016). Doğum Süreci El Kitabı. (S. Mete, Çev.) İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 81.Smith, C., & Crowther, C. (2009). Acupuncture For Induction Of Labour. The Cochrane Library .
- 82.Smith, C., Collins, C., Crowther, C., & Levett, K. (2011). Acupuncture Or Acupressure For Pain Management In Labour. The Cochrane Library.
- 83.Şahin, Ş. (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması. Ş. Şahin, & M. D. Owen (Dü) içinde, Ağrısız Doğum Ve Sezaryende Anestezi (s. 13-27). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- 84.Taşçı, E., & Sevil, Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Derg, 17(3), 181-186.

85. Taşkın, L. (2007). Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (8 b.). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
86. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013-Nüfus Etütleri. (2015, 07 22).
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
adresinden alındı
87. Uçaner, B., & Öztürk, B. (tarih yok). Türkiye'de Ve Dünyada Müzikle Tedavi Uygulamaları. 04 15, 2015 tarihinde www.muzikegitimcileri.net adresinden alındı
88. Ulutaş, N. (2011). Ebelerin Doğum Eyleminde Nonfarmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemlerine İlişkin Uygulamaları ve Uygulamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
89. Uran, B. (2014). Hipnozun Kitabı (3 b.). (M. Yavuzılmaz, Dü.) Ankara: Pusula Yayınevi.
90. Verheijen, E., Raven, J., & Hofmery, G. (2009). Fundal Pressure During The Second Stage Of Labour. The Cochrain Library.
91. Vijayalakshmi, C., & Jothilakshmi, M. (2013). Acupressure Exercise For Health Promotion And Prevention From Disease. International Journal Of Advancements In Research & Technology, 2(5).
92. Waters, B. L., & Raisler, J. (2003). Ice Massage For The Reduction Of Labor Pain. Journal Of Midwifery & Women's Health, 48(5), 317-321.
93. Yeşilçiçek Çalık, K. (2010). Doğum Eyleminde Sp6 Noktasına Uygulanan Basının Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısına Ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
94. Yıldırım Rathfisch, G., & Güngör, İ. (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kamta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3(11), 53-64.

- 95.Yıldırım, G. (2001). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum Ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 96.Yıldırım, G., & Hotun Şahin, N. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1).
- 97.Yıldırım, G., & Hotun Şahin, N. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1).
- 98.Türk Dil Kurumu: <http://www.tdk.gov.tr/> (2015, 08 15) adresinden alındı.

10. EKLER

EK I. Bilgilendirilmiş Onam Formu

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

“Travayda Yapılan Akupressur Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğum Süresine Etkisi” konulu bir araştırma yapmaktayız. Türkçe’ye akubası olarak çevirilen Akupressure (Shiatsu), geleneksel Çin tıbbından doğmuş olan bir tekniktir. Temel amaç, istenen bölgelere basınç uygulayarak gevşemeye yönelik bir tekniktir. Literatürde doğum ağrısını azaltmak için bir çok farklı bası noktasından bahsedilmektedir. Uygulama açısından en uygun olan bası noktalarından birisi olan SP-6 noktasıdır. SP-6 noktası, aşık kemiğinin dört parmak genişliği kadar üzerinde bulunur. Genel olarak bu bası noktası endorfin salgısına neden olarak doğumda ağrıyı azaltmakta ve doğum sürecine olumlu etkileri bulunmaktadır. Bu noktaya doğumunuzun aktif fazında araştırmacı tarafından belirlenen sürelerde ve aralıklarda bası uygulanacaktır. Yapılan basının doğum ağrınıza ve doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacıyla anket formları uygulanacaktır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

**Yrd. Doç.Dr. Filiz OKUMUŞ İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Tel: 0 212 453 4800**

**Ebe Halime ÖNCÜ Çobançeşme Mah. Fatih Cad. Elmalı Sok. No:36/7 Yenibosna-İST.
Tel: 0 545 717 47 46**

EK II. Gebe Tanıtım Formu

TRAVAYDA YAPILAN AKUPRESSURUN DOĞUM AĞRISINA VE DOĞUMUN SÜRESİNE ETKİSİ

VERİ TOPLAMA FORMU

Adı Soyadı | Tel
Grup ()Oksitosin indüksiyonu ()SP-6

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1-Doğum tarihiniz.....

2-Çalışma durumunuz?

1) Çalışıyor 2)Çalışmıyor Mesleği:

3- Eğitim durumunuz nedir?

1)İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5)Y.lisans/doktora

4-Eşinizin mesleği nedir?

5-Eşinizin eğitim düzeyi nedir?

1)İlkokul 2) Ortaokul 3) Lise 4) Üniversite 5)Y.lisans/doktora

6- Aile tipiniz nedir?

1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

7-Aylık gelir durumunuz nasıldır?

1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

8-Sağlık güvenceniz nedir?

1)Bağkur 2)Emekli sandığı 3) SSK 4) Özel sigorta 5) Diğer

Sigara kullanıyor musunuz?

1)Kullanıyordum bıraktım 2) Kullanmıyorum 3) Kullanıyorum

GEBELİKLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

T: P: A: L:

Bu gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi? () Evet () Hayır

Toplam gebelik haftası:

Gebelik öncesi varolan kronik sistemik bir hastalığınız var mı? Nedir?

1) Evet 2) Hayır

Gebeliğiniz sırasında bir komplikasyon yaşadınız mı?

() Evet () Hayır

Gebeliğiniz sırasında ilaç kullandınız mı?

() Evet () Hayır

Boy: Kilo: BKİ (gebelik öncesi)

Gebelik sırasında kaç toplam kilo aldınız?

Gebelik kontrollerinize kaçınıcı gebelik haftasında başladınız?

Toplam kaç kez gebelik kontrolü için başvurduunuz?.....

SAT: TDH: GDT:

İlaç dışı ağrı kesme yöntemlerinden haberdar mısınız? Hangileri?

1)Evet

2)Hayır

DOĞUMLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Doğum şekli:

() Spontan vajinal doğum () Müdahaleli doğum () Acil sezaryen

Sezaryen endikasyonu:

Aktif fazın başlangıç saati:

Tam dilatasyon saati:

Doğumun 2. Evresinin sona ermesi:

Su kesesinin açılması:

1)Spontan 2)Amniyotomi

Doğumda kullanılan ilaçlar (Jenerik ismi, miktarı)

Ağrı kesici: Metiler:

Epidural: Prostaglandin:

Antibiyotik: Cytotec :

Synpitan:.....

Fetal distress gelişti mi? ()Evet ()Hayır

Suni sancı ile doğumun hızlandırılması (augmentasyon) yapıldı mı?

1)Yapılmadı 2)Yapıldı: Toplam doz:Toplam süre.....

Oral alımın kesilmesi: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Lavman: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Damar yolu açılması: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Doğumda vakum uygulaması: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Kristaller (fundal bası): 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Epizyotomi: 1) Yapılmadı 2)Median 3)Mediolateral 4)Lateral

YENİDOĞANLA İLGİLİ ÖZELLİKLER

Bebeğin cinsiyeti: **Ağırlık:** **Uzunluk**

Doğumdan sonra bebek neredeydi?

1)Anne yanında 2)Hemşire gözlemleniyor 3)Yoğunbakımda

EK III. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Görsel Kıyaslama Ölçeği

(10) **Dayanılmaz ağrı**

(0) **Ağrı yok**

EK IV. Durumluluk ve Sürekli Anksiyete Formu (STAI Form)

SPİELBERGER DURUMLULUK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (SDAÖ): STAI FORM TK-I

İsim	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Tarih				
					<u>Hayır</u>	<u>Biraz</u>	<u>Çok</u>	<u>Tamamiyle</u>
1.					()	()	()	()
2.					()	()	()	()
3.					()	()	()	()
4.					()	()	()	()
5.					()	()	()	()
6.					()	()	()	()
7.					()	()	()	()
8.					()	()	()	()
9.					()	()	()	()
10.					()	()	()	()
11.					()	()	()	()
12.					()	()	()	()
13.					()	()	()	()
14.								
					()	()	()	()
15.					()	()	()	()
16.					()	()	()	()
17.					()	()	()	()
18.								
					()	()	()	()
19.					()	()	()	()
20.					()	()	()	()

EK V. Doğum Memnuniyeti Değerlendirme Ölçeği (DAMDO)

DOĞUMDA ANNE MEMNUNİYETİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (NORMAL DOĞUM)

Yönerge: Bu ankette annelerin doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyetlerini değerlendiren sorular bulunmaktadır. Lütfen, aşağıda verilen ifadelerle katılıp katılmadığınıza karar veriniz ve her sorunun yanındaki *Kabılmıyorum*, *Kısmen Kabılıyorum*, *Kararsızım*, *Kabılıyorum* ve *Kesinlikle Kabılıyorum* seçeneklerinden birini işaretleyiniz. Boş soru bırakılmaya özen gösteriniz. Kimliğiniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederim. **Uzman Hemşire, İlkay GÜNGÖR**

1. Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
2. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
3. Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
4. Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığını inanıyorum.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
5. Sancularla baş etmeye yardımcı olmak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
6. Hemşireler doğumdaki ihtiyaçlarımı karşılamak için bana yeterince zaman ayırdı.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
7. Doğumda herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
8. Doğum sancularımı azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, masaj vb) yapılmasını istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
9. Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
10. Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
11. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
12. Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında eşime / aileme bilgi verildi.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
13. Doğumda doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
14. Doğumda hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileneceğini biliyordum.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
15. Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu bana açıkladılar.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
16. Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu aileme açıkladılar.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
17. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
18. Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemin onayı alındı.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
19. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
20. Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>
21. Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi istedim.	Kabılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Kabılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Kabılıyorum <input type="checkbox"/>

22. Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, soğuk uygulama vb) yapılabilirdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
23. Doğumdan sonraki dönemde hemşireler ihtiyaçlarımı yeterince karşıladı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
24. Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
25. Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
26. Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
27. Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
28. Doğum sancuları sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
29. Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
30. Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
31. Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımla ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
32. Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
33. Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
34. Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
35. Doğum sancularım sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
36. Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
37. Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
38. Doğumda ve doğumdan sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
39. Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
40. Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
41. Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
42. Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>
43. Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.	Katılmıyorum <input type="checkbox"/>	Kısmen Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kararsızım <input type="checkbox"/>	Katılıyorum <input type="checkbox"/>	Kesinlikle Katılıyorum <input type="checkbox"/>

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği ve Değerlendirilmesi

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ) 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek annelerin kendisi tarafından doldurulabilmektedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) 5'li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. On üç madde (7,8,9,10,19,20,21,22,35,36,38,41,42) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Madde puanlarının ters çevrilmesinde "1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum" yerine "5-Katılmıyorum, 4-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 2-Katılıyorum ve 1-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde puanlanır.

Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı "toplam ölçek puanını" verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise "toplam alt boyut puanı" olarak kullanılabilir. Toplam ham puan 43-215 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği için hesaplanan kesme noktası puanı 150,5 olarak belirlenmiştir ($\geq 150,5$ memnuniyet düzeyi yüksek, $< 150,5$ memnuniyet düzeyi düşük).

Alt boyutlara ait olan maddeler ve alt boyut minimum ve maksimum puanları aşağıda verilmiştir.

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

EK VI. Partograf Formu

Hasta Adı	Gravida	Parite	Protokol No.
Yatış Tarihi	Yatış Saati	Membran rüptürü:	Saat:

<p>Fetal kalp atım hızı (/dk)</p> <p>Amnion sıvısı Moulding</p> <p>Serviks (cm) [X]</p> <p>Başın seviyesi [0]</p> <p>Saat</p> <p>Tarih</p>	
--	--

<p>Kontraksiyon / 10 dk</p> <p>Oksitosin (U/L) Damla / dk</p> <p>Intravenöz sıvı ve ilaçlar</p> <p>Nabız ● ve TA</p> <p>Vücut ısısı (°C)</p> <p>İdrar { protein, aseton, miktar}</p>	<p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>5</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>1</p> <p>180</p> <p>170</p> <p>160</p> <p>150</p> <p>140</p> <p>130</p> <p>120</p> <p>110</p> <p>100</p> <p>90</p> <p>80</p> <p>70</p> <p>60</p>
--	--

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı : 10840098 – 142
Konu: Etik Kurulu Kararı

27/06/2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Travayda Yapılan Akupressur Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğumun Süresine Etkisi” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr


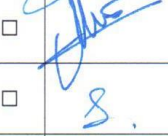
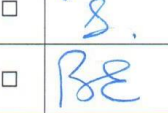

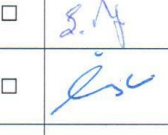
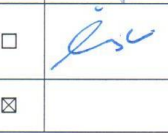
Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Travayda Yapılan Akupressur Uygulamasının Doğum Ağrısı ve Doğumun Süresine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	12.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	12.06.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 35		Tarih: 27.06.2014			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmannın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oy birliği” ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			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"/>	
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	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"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	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"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	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"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur 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"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

ADI:	Halime	SOYADI:	ÖNCÜ ÇELİK
DOĞUM YERİ:	Tekirdağ/Merkez	DOĞUM TARİHİ:	03.11.1989
UYRUĞU:	T.C.	TC KİM. NO:	---
E-MAİL:	halimeoncu03@hotmail.com	TEL NO:	05457174746

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lisans	Trakya Üniversitesi	2012
Lise	Florya Tevfik Ercan Anadolu Lisesi	2008

İş Deneyimi

	Görevi	Çalıştığı Kurum	Çalıştığı Süre
1.	Ebe	Özel Nisa Hastanesi	2012-2013 (Ağustos)
2.	Öğretmen	Özel Çizgi Koleji	2013-2014 (Temmuz)
3.	Ebe	İstanbul Bahçelievler Devlet Hastanesi	2014 - Halen

Yabancı Dil Bilgisi

Dil	Okuma	Yazma	Konuşma	Anlama
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	iyi	iyi
Bulgarca	iyi	iyi	orta	orta

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	YDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

Ales Puanı

Sayısal Puanı	Eşit Ağırlık Puanı	Sözel Puanı
66	70	72

Bilgisayar Bilgisi

Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint v.s)	İyi
SPSS	Başlangıç