

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

**SWEDİSH MASAJIN KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ
DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİNİN
BELİRLENMESİ**

Emel TIRKAZ

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi. Meltem AKBAŞ**

ADANA-2019

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

SWEDİSH MASAJIN KADINLARIN KAYGI DÜZEYİ DOĞUM AĞRISI VE DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİNİN BELİRLENMESİ

Emel TIRKAZ

**EBELİK TEZLİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi. Meltem AKBAŞ

Bu tez Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından
TYL-2017-8679 nolu proje ile desteklenmiştir.

ADANA-2019

KABUL ONAY

Ebelik Anabilim Dalı

Ebelik Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan

“Swedish Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisinin
Belirlenmesi”

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

Tarihi: 25 / 01 / 2019

TEZ SINAV JÜRİSİ


Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Çukurova Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
Çukurova Üniversitesi
Üye


Dr. Öğr. Üyesi Ebru GÖZÜYEŞİL
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Dr.
Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof.Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI
ETİK BEYANI

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

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde ve ortaya çıkan sonuçlarda herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Tez olarak sunduğum bu çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda bu konuda hakkımda yapılacak tüm yasal işlemleri ve aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim. 25/01/2019

Emel TIRKAZ

Kayıtlı olunan Program: Ebelik

Tezin Konusu: Swedish Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisinin Belirlenmesi

Tezin Türü: Yüksek Lisans

Danışmanın Adı-Soyadı: Meltem AKBAS

Danışmanın İletişim Bilgileri

Telefon:0322 338 6484-1122

E-Posta: makbas@cu.edu.tr

Öğrencinin İletişim Bilgileri

Telefon: 0507 577 3220

E-Posta:emeltirkaz@hotmail.com

Adresi: Kale mah. Amed cad. Eroğlu apt.

Kat: 7 no: 33 Derik/Mardin

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

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca değerli katkılarını, desteklerini, bilgi, deneyim ve rehberliğini esirgemeyen, bir annenin evladına yaklaştığı gibi yaklaşan çok sevgili ve değerli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş'a,

Bu çalışmanın tüm aşamalarında yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü'ye,

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana destek veren Çukurova Üniversitesi Ebelik Bölümü hocalarım; Doç. Dr. Sultan Alan, Öğr. Gör. Kemaliye Demirkaya, Öğr. Gör. Dr. Melike Öztürk, Arş. Gör. Dr. Burcu Avcıbay Vurgeç, Arş. Gör. Emine Akça, Arş. Gör. Cemile Onat Köroğlu, Arş. Gör. Emine Demir ve Arş. Gör. Güneş Arslan'a,

Bu çalışmayı destekleyen Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğüne,

Ayrıca, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonunda çalışan değerli ebe arkadaşlarıma ve katılımcılara,

Bana teyzelik duygusunu yaşatan o küçücük bedenlerinde kocaman yürekler taşıyan, sevgi dolu, masum, şefkatli çocuklarım Yavuz Demirel'e, Zeynep Demirel'e ve küçüğüm Menderes Doğru'ya varlıkları için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

KABUL ONAY	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
ÇİZELGELER DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
ÖZET	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Doğum Süreci ve Doğumun Evreleri	3
2.1.1. Doğum Süreci	3
2.1.2. Doğumun Evreleri	3
2.1.2.1. Doğumun 1. Evresi	3
2.1.2.2. Doğumun 2. Evresi	4
2.1.2.3. Doğumun 3. Evresi	4
2.1.2.4. Doğumun 4. Evresi	4
2.2. Ağrı ve Doğum Ağrısı	4
2.2.1. Ağrı	4
2.2.1.1. Ağrının Tanımı	5
2.2.1.2. Ağrı Mekanizması	5
2.2.1.3. Ağrı Teorileri	5
2.2.1.4. Ağrının Sınıflandırılması	6
2.2.2. Doğum Ağrısı	8
2.2.2.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Yöntemler	9
2.2.2.1.1. Doğumda Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler	9
2.2.2.1.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler	10
2.2.2.1.2.1. Gevşeme/Rahatlama Teknikleri	10

2.2.2.1.2.2. Zihinsel/Mental Uyarılma	13
2.2.2.1.2.3. Tensel Uyarılma	13
2.2.2.1.2.4. Solunum Teknikleri.....	16
2.3. Kaygı ve Doğum Sırasında Sürekli ve Durumluk Kaygı.....	17
2.3.1. Kaygı.....	17
2.3.2. Doğum Sırasında Sürekli ve Durumluk Kaygı	18
2.4. Swedish Masaj	18
2.4.1. Efloraj.....	19
2.4.2. Petrisaj.....	21
2.4.3. Friksiyon	21
2.4.4. Vibrasyon	21
2.4.5. Tapotman	21
2.5. Doğum Eyleminde Ebelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları	22
2.6. Tez Aşamasında Yararlanılan Araştırmalar	24
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	32
3.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	32
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	33
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.6. Verilerin Toplanması	37
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	40
3.9. Araştırma Sınırlılıkları	40
4. BULGULAR.....	41
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Doğumla İlgili Algı ve Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulgular	41
4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri	41
4.1.2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumları.....	43
4.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular..	45
4.2.1. Kadınların Uygulama Öncesi Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları.....	45

4.2.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği	
Puanları	45
4.3. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin	
Bulgular	47
4.3.1. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puanları .	47
4.4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Maternal ve Fetal İyiliğine İlişkin	
Bulgular	49
4.4.1. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları.....	49
4.4.2. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişlerine İlişkin Bulgular.	51
4.4.3. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızlarına İlişkin Bulgular.....	53
4.4.4. Kadınların Gruplara Göre Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular	54
4.5. Kadınların Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulgular	55
5. TARTIŞMA	56
5.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır	
Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	56
5.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların	
Tartışması.....	56
5.1.2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumlarına	
İlişkin Bulguların Tartışması	57
5.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerine İlişkin	
Bulguların Tartışması	59
5.3. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Düzeylerine İlişkin	
Bulguların Tartışması	60
5.4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Maternal ve Fetal İyilik	
Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması.....	63
5.4.1. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulgularının Tartışması.....	63
5.4.2. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişlerine İlişkin	
Bulguların Tartışması	63
5.4.3. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızlarına İlişkin Bulguların	
Tartışması	64
5.4.4. Kadınların Gruplara Göre Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların	
Tartışması	65

5.5. Kadınların Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulguların Tartışması	66
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	67
KAYNAKLAR	69
EKLER	76
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu	76
Ek-2: Doğum Sürecine İlişkin Bilgi Formu	78
Ek-3: Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu	79
Ek-4: Vizüel Analog Skala	80
Ek-5: Sürekli Kaygı Ölçeği	81
Ek-6: Durumluk Kaygı Ölçeği	82
Şu anda sakınım	82
Ek-7: Aydınlatılmış Onam Formu	83
Ek-8: Etik Kurul Onayı	84
Ek-9: Bilimsel Çalışma İzni	85
ÖZGEÇMİŞ	86

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge No:</u>	<u>Sayfa No:</u>
Çizelge 1. Kadınlara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	42
Çizelge 2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumları	44
Çizelge 3. Kadınların Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar	45
Çizelge 4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları	46
Çizelge 5. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puanları	48
Çizelge 6. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları	50
Çizelge 7. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişleri	52
Çizelge 8. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızları	53
Çizelge 9. Kadınların Gruplara Göre Doğum Süreleri	54
Çizelge 10. Yenidoğanların Gruplara Göre APGAR Puanları.....	54
Çizelge 11. Kadınların Masaj Memnuniyetine İlişkin Bulgular	55

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No:

Sayfa No:

Şekil 1. Masaj Uygulanan Bölgeler 37

ÖZET

Swedish Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi Doğum Ağrısı ve Doğum Sürecine Etkisinin Belirlenmesi

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

Araştırma 01 Mart-30 Mayıs 2017 tarihleri arasında randomize kontrollü deneysel tipte yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesine doğum yapmak üzere kabul edilen tüm gebeler, örnekleme ise 64 gebe oluşturmuştur. Etik kurul onayı, hastaneden izin ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, doğum sürecine ilişkin değerlendirme formu, doğum sonucuna ilişkin değerlendirme formu visual analog skala, sürekli ve durumluk kaygı ölçeği ile toplanmıştır. Veriler, IBM SPSS Statistics 22 programında analiz edilmiştir. Kritik anlamlılık değeri $p<0,05$ olarak alınmıştır.

Kadınların yaş ortalamasının $22,08\pm2,73$ olduğu, %56,3'ünün ilkökul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %84,4'ünün çalışmadığı, %62,5'inin gelir durumunun iyi olduğu, %81,3'ünün sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Deney ve kontrol grupları sosyo-demografik ve gebeliğe ilişkin özellikleri bakımından benzerdir ($p>0,05$). Çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasında sürekli kaygı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney ve kontrol gruplarındaki katılımcılar arasında uygulama öncesine göre uygulama sonrasında durumluk kaygı puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunun uygulama sonrası ağrı puanı ortalamalarının, deney grubundakilerden anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Kontrol grubunun toplam doğum sürelerinin, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,01$). Deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet ortalamasının $9,91\pm0,30$ olduğu ve tamamının sonraki doğumda masaj yaptırmak istediği görülmüştür.

Bu çalışma sonuçları, Swedish masajının, gebelerin doğum ağrılarını ve kaygı düzeylerini azaltmada, doğum süresini kısaltmada ve hasta memnuniyetini arttırmada etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Doğum, Gebe, Kaygı, Swedish Masaj.

ABSTRACT

Identification of the Effect of Swedish Massage on Women's Anxiety Level, Labour Pain and Labour Process

This study aims to identify the effect of Swedish massage on women's anxiety level, labour pain and labour process

The present study, which utilized randomized controlled experimental design, was conducted between 1st of March and 30th of May, 2017. Target population was all pregnant women who were admitted to Adana Maternity and Children Hospital for labour, and the participants were 64 pregnant women. Ethical approval and permission was obtained from the hospital, and informed consent was obtained from the participants. Data were collected through the Personal Information Form, assessment form on the labour process, assessment form on the labour outcome, Visual Analogue Scale, and State-Trait Anxiety Inventory. Data were analyzed in SPSS 22 package program. Statistical significance was taken $p<0,05$.

Average age of the women was found $22,08\pm2,73$. Of all the participants, 56,3% had education level of primary school or below, 84,4% did not work, 62,5% had good income, and 81,3% had health security. Experimental and control groups were similar in terms of their socio-demographic and pregnancy-related features ($p>0,05$). No significant differences were detected between the experimental and control groups in terms of their Trait Anxiety Scale scores ($p>0,05$). There was a significant difference between the experimental and control group participants in terms of their State Anxiety Scale mean scores before and after the practice ($p<0,05$). Pain mean score of the control group after the practice was found to be significantly higher in comparison to the experimental group ($p<0,01$). Total labour duration of the participants in the control group was found to be significantly higher in comparison to the experimental group ($p<0,01$). Massage satisfaction mean score of the women in the experimental group was $9,91\pm0,30$, and all of them reportedly wanted to have a massage in the following labours.

Results of the present study showed that Swedish massage was effective in decreasing pregnant women's labour pain and anxiety levels, shortening the labour duration, and increasing patient satisfaction.

Key words: Pain, Labour, pregnant, anxiety, Swedish massage

1. GİRİŞ

Akut bir ağrı olan doğum ağrısı bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı türlerinden biridir (1). Doğum ağrısı, doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi, dinlenme dönemlerinin olması, beklenen ve hazırlık dönemi olan bir ağrı olması, annenin bebeği için isteyerek bu ağrılara katlanması gibi özellikleriyle nedeniyle diğer ağrı türlerinden farklıdır (1,2)

Ağrının algılanması kişiden kişiye değişmekte ve her bireyin ağrı değerlendirilmesi birbirinden farklıdır. Bu nedenle ağrı değerlendirmesi kişiye özel olmalıdır. Uterus kontraksiyon ve doğumdaki gerilmelere bağlı doğum ağrısı, kadının o zamana kadar karşılaştığı en şiddetli ağrılardan biridir (3).

Fizyolojik olmasına rağmen baş edilemeyen doğum ağrısının anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (4). Doğum ağrısının kontrol altına alınmasında farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerle ağrı tedavisinin temelinde kapı kontrol teorisi ve endojen endorfin teorileri yer almaktadır. Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ebelik uygulamalarının bir parçasıdır ve doğum eyleminde güvenle kullanılabilir. Ağrı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden birisi de masaj uygulamasıdır (4,5).

Masaj, birçok rahatsızlığın giderilmesi ve hafifletilmesi için pek çok kültürde yüzyıllardır kullanılan geleneksel bir tedavi yöntemidir. Masajın doğal olarak vücudun ağrı kontrol yeteneğini uyardığı bilinmektedir (6). Masajın, kas spazmını çözerek hipoksinin azalmasına, sinir sistemini uyararak endorfin, serotonin gibi ağrı eşığının yükselmesine yardımcı maddelerin salınımına neden olmakta ve böylece ağrının giderilmesinde etkili olmaktadır (7).

Swedish masaj, kanın dolaşımını hızlandırmak için kaslara ve kemiklere ters yönde basınç uygulayarak kas dokusunu gevşetmek için tasarlanmış bir masaj tedavisi setidir. Masaj teknikleri arasında efloraj (uzun, dairesel kayma hareketleri), petrisaj (kasları kaldırma ve yoğurma hareketleri), friksiyon (sert, derin, dairesel sürtünme hareketleri), perküsyon (tempolu vuruş veya vurmali hareketler), vibrasyon (hızla sallanan veya belirli kasları titreten hareketler) vardır. Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniğinin doğum sürecinde kullanılması ile gebenin ağrıyla başa çıkma gücünün

artması, kaygı düzeyinin azalması, doğum süresinin kısalması, ve bu şekilde hem annenin hem de fetüsün doğum eylemine bağlı komplikasyonlara maruz kalma oranlarının azalması öngörülmektedir (6,8).

Literatürü incelediğimizde, Khudhur and Mirkhan tarafından (9) yapılan bir çalışmada sırt masajının ağrı algısını azalttığı belirtilmiştir (9). Sadat and Forugh tarafından (10) yapılan çalışmada katılımcıların %20'si masajın doğum ağrısını etkili bir şekilde azalttığını, %76,7'si ise ağrı azalmasının orta derece olduğunu belirtmiştir (10). Bolbol-Haghighi et al. tarafından (11) yapılan bir çalışmada masajın doğum süresini kısalttığı belirlenmiştir (11). Hosseini and Asadi tarafından (12) yapılan bir çalışmada masaj tedavisinin doğumun ilerlemesinde ve doğum süresinin azaltılmasında anlamlı olduğu belirlenmiştir (12). Sadat and Forugh tarafından (10) yapılan çalışmada masajdan memnuniyet oranının %96,7 olduğu görülmüştür (10). Bolbol-Haghighi et al. tarafından (11) yapılan bir çalışmada, masajın doğum sonu dönemde deney grubundaki annelerin bebeklerinin Apgar puanlarının 1. ve 5. dakikada kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (11). Mortazavi and Khaki tarafından (13) yapılan bir çalışmada masajın anksiyete düzeyini önemli derecede düşürdüğü belirlenmiştir (13).

Doğum sürecinde kadınların kaygı düzeyinin, doğum ağrısının ve doğum süresinin kısaltılmasında masajın etkisini değerlendiren çeşitli çalışmalar yapılmış olmakla birlikte bu çalışma Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniğinin kullanılması, uygulanan bölgeler, masaj süresi ve örneklem grubu, konuların biraraya getiriliş ve işleniş açısından orjinaldir. Bu çalışma, anne ve yenidoğan sağlığına, hasta memnuniyetine, hastane giderlerine, sosyal güvenlik kurumu giderlerine, çalışanlarda iş doyumuna ve sonuç olarak sağlıklı toplum ve sağlıklı nesillerin oluşmasına katkısı nedeniyle önemli bir çalışmadır.

Bu çalışma swedish masajın kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak yürütülmüştür. Bu çalışmada elde edilen bilimsel verilerin yayın haline dönüştürülmesi, ülkemiz ve dünya genelinde ebelik eğitiminde ve ebelik uygulamalarında kullanılması hedeflenmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Süreci ve Doğumun Evreleri

2.1.1. Doğum Süreci

Doğum eylemi düzenli gelip giden, rahatsız edici sancılı uterus kontraksiyonlarının, serviksin silinmesine ve dilatasyona yol açtığı bir süreçtir. Doğum süreci içerisinde, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel özellikler yer almaktadır (14).

Fizyolojik olarak normal doğum, fetusun doğum kanalından inişi sırasında, servikal kanalda düzenli ve ilerleyici, açılma ve silinme sağlayan uterus kontraksiyonlarının devam ettiği bir süreçtir. Doğum süreci dört evreye ayrılır. Her bir evrenin kendine özgü özelliği vardır (14,15,16).

2.1.2. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi 4 aşamada gerçekleşir.

2.1.2.1. Doğumun 1. Evresi

Doğumun birinci evresi gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır (17,18,19).

Latent Faz: Gebenin güçlü ve düzenli kontraksiyonlarını hissetmesi ile başlar. Açıklık 4 cm olduğunda sonlanır (18). Latent fazda serviksteeki değişiklikler yavaştır, serviks daha elastik esnek ve yumuşak hale gelir. Kontraksiyonlar daha düzenli hale gelir ve güçlenerek devam eder (2).

Aktif Faz: Servikal dilatasyon 4 cm olduğunda başlar, 7 cm olduğunda aktif faz tamamlanır. Bu fazda kontraksiyonların süre, sıklık ve şiddeti artar (17,19,20).

Geçiş Fazı: Servikal dilatasyon 8 cm olduğunda başlar, 10 cm olduğunda tamamlanır (19,20). Fetal iniş hızlı şekilde gerçekleşir. Bu fazda fetüs doğum kanalında ilerler ve iniş artar (17).

2.1.2.2. Doğumun 2. Evresi

Doğumun ikinci evresi Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar, fetüsün doğumu ile sonlanır (17,18,19,21). İkinci evre serviksin dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında gerçekleşmektedir (16,19).

2.1.2.3. Doğumun 3. Evresi

Doğumun üçüncü evresi fetüsün doğumu ile başlar, plasenta ve membranlarının tamamen atılması ile sonlanır. Plasentanın ayrılıp atılması 5-30 dakika arasında gerçekleşir (16,17,18,19,21,22).

2.1.2.4. Doğumun 4. Evresi

Doğumun dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir. Bu süre bazan dört saate kadar uzayabilir. Erken pospartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır (17,18,19,22). Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedilir (18). Eylemde artan serebrospinal sıvı basıncı, dördüncü evrede normal değerine döner. Uterus kasılmaya devam eder ve karnın orta bölgesinde yer alır. Fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır (18,19,22). Kasılma sonucunda plasentanın ayrılma bölgesindeki damar sinüsleri kapanır (20). Doğumdan hemen sonra serviks yaygın bir görünüm alır ve kalınlaşır (18,20).

2.2. Ağrı ve Doğum Ağrısı

2.2.1. Ağrı

Türkçe bir sözcük olan ağrının tarihi insanlık kadar eskidir. Geçmişten günümüze insanlar ağrılarını dindirmek için çeşitli yöntemler kullanmışlardır. Tarihsel süreç içerisinde rönesansa kadar dini inançlara göre çeşitli uygulamalar, soğuk su, sıcak taş, büyü, akupunktur, mandagora, afyon ve güzel avrat otu, köknar ağacı gibi bitkiler, fizyoterapi ve karotis artere basınç şeklinde çeşitli yöntemler ve analjezik haplar kullanılmıştır. Rönesanstan itibaren bilimsel çalışmalar hızlanmış, fizyoloji alanındaki ilerlemeler, morfinin, aspirinin üretilmesi, enjektörün geliştirilmesi ağrı kontrolüne

ciddi katkılar sağlamıştır. Günümüzde bilimsel gelişmeler ışığında geliştirilen farmakolojik yöntemlerin yanısıra nonfarmakolojik yöntemlerin kullanımının önemi üzerinde de durulmaya başlanmıştır. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemlerin ağrı kontrolünde etkinliğini belirlemeye yönelik bilimsel çalışmalara hız verilmiştir (23).

2.2.1.1. Ağrının Tanımı

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) 'na göre ağrı, “var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş gitmeyen duyuşsal ve emosyonel deneyimdir” şeklinde tanımlanmaktadır (24). Bu tanıma göre ağrı, bir duyum veya hoş gitmeyen bir durum olduğundan her zaman kişiden kişiye değişkenlik gösterir; süresi, şiddeti ve ağrının etkisi hastadan hastaya ya da zamanla farklılık gösterebilir (25,26,27,28). Bu nedenle ağrıyı değerlendirirken fiziksel, psikolojik ya da diğer bileşenlerin göz önünde bulundurulması gerekir (24,25,26,28,29).

2.2.1.2. Ağrı Mekanizması

İnsanların tıbbi bakım talep etmelerinin başlıca sebebi, akut veya kronik ağrıdır, ancak güncel tedaviler ya belirli tipteki ağrılarda yetersizdir ya da dayanılmaz yan etkilere neden olabilir. Son zamanlarda, ağrı nörobiyologları, ağrının başlamasına ve korunmasına yol açan bir dizi hücrel ve moleküler süreç tanımlamıştır (30).

2.2.1.3. Ağrı Teorileri

Spesifite Teorisi: Bu teori, ağrı için ilk modern teorilerden biridir. Spesifik ağrı reseptörleri beyindeki ağrı algısını üreten ağrı merkezine sinyaller iletmektedir. Spesifik bir uyarının beyinde temsil edilen özel bir reseptörü vardır. Spesifik lokalizasyon ağrının niteliğini belirler. Böylece cilde uygulanan ağrılı uyarı ağrı duyusuna yol açar. Ağrının tipinin değerlendirilmesi beyinde gerçekleşir. Ancak, teori, ağrı algımızı etkileyen geniş yelpazedeki psikolojik faktörleri açıklamamaktadır (25,30).

Patern Teorisi: Ağrı duyusunun başlaması için uyaranlar spinal korda girdikten sonra birikmekte ve ağrı oluşmaktadır (20,25).

Kapı Kontrol Teorisi: Kapı kontrol teorisine göre medulla spinalisin arka boynuzunda ağrı duyusunun şiddetini kontrol edebilen bir kapı bulunmaktadır. Bu kapı ince liflerin (miyelinli A grubu delta lifleri) aktivitesi ile açılarak ağrı uyarıları bilinç

düzeyine ulaşmakta, kalın çaplı liflerin (miyelinsiz C lifleri) aktivitesi ile kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmekte ve ağrı hissedilmesini önlemektedir. Bu kalın lifler dokunma ve basınç reseptörlerine bağlıdır (31). Ağrı, deride çok sayıda kalın çaplı lif olması nedeniyle dokunma, masaj, sıcak/soğuk uygulama, transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS) ve akupunktur gibi özel deri uyarılarına olumlu cevap vermektedir (5,32,33). Akupunktur/akupress uygulaması ile miyelinsiz ve kalın ağrı liflerinden oluşan C lifleri uyarılarak ağrı impulsu iletimine izin veren kapılar kapanıp ağrıyı önlemektedir (32,33). Kişinin yoğun duyuşsal uyarı alması durumunda, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Bu özellik dikkat dağıtma, telkin, hayal kurma vb. yöntemlerin ağrıyı azaltmada etkili olmasını sağlamaktadır (1,5,31,32,33).

2.2.1.4. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı, nörofizyolojik mekanizmalara, süreye ve etyolojik faktörlere göre sınıflandırılabilmektedir (25).

1. Nörofizyolojik mekanizmalara göre;

a. Nosiseptif

*Somatik

*Visseral

b. Nöropatik (nonnosiseptif)

*Santral

*Periferik

c. Psikojenik

2. Süreye göre;

a. Akut

b. Kronik

3. Etiyolojik faktörlere göre;

a. Kanser ağrısı

b. Postherpetik nevralji

- c. Orak hücreli anemiye bağlı ağrı
- d. Artrit ağrısı (25)

1. Ağrının Nörofizyolojik Mekanizmalara Göre Sınıflandırılması

a. Nöroseptif Ağrı: Nöroseptörler, sinir sistemi dışındaki tüm doku ve organlarda bulunan reseptörlerdir. Ağrı ileten lifler ile omuriliğe oradan da talamusa iletilen ve serebral korteks tarafından ağrı olarak algılanan uyarılar, nöroseptörlerce algılanır. Nöroseptif ağrı da, somatik ve visseral ağrı olarak iki alt gruba ayrılır (25). Bu ikisi arasındaki temel farklılık somatik ağrının duyuşal liflerle, visseral ağrının ise sempatik liflerle taşınmasıdır. Somatik ağrı daha yoğun ve acı vericidir; visseral ağrı ise yaygın ve zor tarif edilebilen bir ağrı olduğundan değerlendirilmesi daha güçtür (31,34).

b. Nöropatik Ağrı: Nöropatik ağrı, nörolojik bir yapı veya işlevin değişmesiyle ortaya çıkar. Nöropatik ağrının nöroseptif ağrıdan en belirgin farkı, nöroseptif uyarının sürekli olmasıdır. Sorunu başlatan fonksiyon bozukluğudur ve sinir mekanik olarak duyarlı hale geldikten sonra ektopik bir uyarı yayar. Büyük ve küçük lifler arasında çapraz bir iletişim oluşur. Bu arada merkezi işlevlerde bir hasar oluşur (29,34).

***Santral Nöropatik Ağrı:** Merkezi sinir sisteminde talamik ağrı, paralizisi sonrası ağrı, parapleji sonrası ağrı, kuadripleji sonrası ağrı gibi ağrıya yol açan bir lezyon vardır. Bu ağrı sendromları tedavisi en zor olan durumlardır (25,35,36).

***Periferik Nöropatik Ağrı:** Periferik sinir sisteminde postherpetik nevralji, diyabette görülen ağrılı nöropatiler gibi inatçı ağrılı durumlardan sorumlu bir lezyon olduğu durumlarda görülür (25,35,37).

c. Psikojenik Ağrı: Ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur (38).

2. Ağrının Süreye Göre Sınıflandırılması

a. Akut Ağrı: Akut ağrı yaralanmalar, hastalıklar veya cerrahi girişimler sonucu oluşur (37). Akut ağrı ani başlar ve hastanın hekime başvurması için bir uyarı işlevi görür. Hızlı müdahale gerektirir. Ani olarak doku hasarı ile başlayan, neden olduğu hasar ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkinin olduğu, yara iyileşmesi süresince giderek azalan ve kaybolan bir ağrı şeklidir (33,39,40). Akut ağrı bir hastalık

değil, bir belirtidir. Akut ağrı kendi içinde beklenen ve beklenmeyen ağrı olarak ikiye ayrılabilir. Beklenen ağrı, önceden tahmin edilen ve koruyucu tedbir alınabilen ağrıdır. Örneğin, diş çekimi, doğum ve ameliyat sonrası ağrıları gibi. Çeşitli kırık, yanık ve travmalarda görülen, beklenmeyen ağrı ise ağrı eşiği yüksek olabilir (33).

b. Kronik Ağrı: Kronik ağrı genellikle 12 haftadan uzun süren herhangi bir ağrı olarak tanımlanır. Kronik ağrı aylarca veya daha uzun süre devam edebilir (27). Yorgunluk, uyku bozukluğu, iştah azalması ve duygudurum değişiklikleri gibi diğer sağlık sorunları, sıklıkla kronik ağrıya eşlik eder. Kronik ağrı, bir kişinin hareketlerini sınırlayabilir, bu da esnekliği, gücü ve dayanıklılığı azaltabilir (31).

3. Ağrının Etiyolojik Faktörlere Göre Sınıflandırılması

Ağrının sebebine göre yapılan sınıflamadır. Ağrı, örneğin kansere, sistemik hastalıklara veya uygulanan tedaviye bağlı olarak ortaya çıkar. Ancak daha önceden var olan veya halen var olan kanser dışında bir neden de ağrıya yol açabilir (25,32,33).

2.2.2. Doğum Ağrısı

Tüm ağrı deneyimlerinde olduğu gibi doğum sürecinde de ağrı önemli bir yer tutar. Doğum sürecindeki ağrı, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir (16,32). Ağrı doğumun birinci ve ikinci evrelerinde belirgindir; ilk aşamada visseral, ikinci aşamada ise somatik karakterde hissedilir (41).

Doğumun birinci evresinde uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik mayinin basıncı artar, bunun sonucunda da uterus alt segmenti ve serviks gerilir. Bu durum yaygın ve iyi lokalize edilemeyen, genellikle göbek ile pubis arasında hissedilen, sırta yayılabilen visseral karakterde ağrıya neden olur (2,41).

Doğumun ilk aşamasında ortaya çıkan ağrı uyarısı, sempatik efferentler ile birlikte seyreden A ve C lifleri ile merkeze taşınır. Bu lifler önce paraservikal bölgeden geçerler ve ardında sırasıyla uterin plexus, inferior hipogastrik plexus, orta hipogastrik plexus, superior hipogastrik plexustan geçerek lomber sempatik zincire, oradan da alt torakal sempatik zincire ulaşır ve iletişim kuran dallar aracılığıyla T10, T11, T12 ve L1 spinal sinirlerle medulla spinalise girerler. Arka kökten geçen bu lifler medulla spinalis arka boynuzundaki internöronlar ile sinaps yaparlar (42).

Doğumun ikinci evresindeki ağrının nedeni ise fetüsün kemik pelvis ve doğum kanalından geçişi sırasında oluşan, cilt, cilt-altı dokular, kas ve fasyadaki gerilme ve yırtılmalarıdır. Bunun sonucunda vajinal ve rektal bölgelerde hissedilen somatik ağrı uyluğa yayılım gösterebilir. Bu durum, pelvik peritonun çekilmesi, pelvik kavitedeki mesane, üretra, rektum gibi organlara ve lumbosakral pleksus köklerine bası sonucu ortaya çıkmaktadır (41). Basınç ve gerilmeye duyarlı nosiseptörler uterus yan duvarı ve fornikslerinde yer alır. Doğumun ikinci aşamasında ağrı, somatik afferentler aracılığıyla pudental sinire ve bununla da medulla spinaliste S2, S3 ve S4 arka boynuzlarına taşınır (33,41).

Doğum ağrısının değerlendirmesinde kullanılan tek boyutlu ölçekler; Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ), Sayısal Ölçekler, Burford Ağrı Termometresi (BAT)'dir. Çok boyutlu ölçekler ise; McGill Ağrı Soru Formu, Dartmount Ağrı Soru Formu, Davranış Modelleri, Ağrı Algılama Profili, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi olarak sayılabilir. Doğum ağrısının değerlendirmesinde sıkça kullanılan VAS (Vizüel Analog Skala), son derece basit, etkin, kullanımı kolay, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı değerlendirme yöntemidir (43).

2.2.2.1. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Yöntemler

2.2.2.1.1. Doğumda Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının azaltmak için kullanılan farmakolojik yöntemler, sistemik etkili anestezi ve analjezikler ve bölgesel etkili analjezik ve anestezi olarak ikiye ayrılmaktadır. Sistemik olarak uygulanan anestezi ve analjezikler narkotikler, sedatifler, trankilizanlar, amfetikler, inhalasyonel analjezi ve intravenöz genel anestezi. En sık kullanılan rejyonel anestezi formları spinal, lumbal, epidural, kaudal, paraservikal, pudental ve lokal perineal infiltrasyondur (3,25,41).

2.2.2.1.2. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

2.2.2.1.2.1. Gevşeme/Rahatlama Teknikleri

Doğum eyleminde gevşeme çok önemlidir (19). Gevşeme, uterusu kan akışını hızlandırır, fetal oksijenlenmeyi sağlar, kontraksiyonların etkinliğini artırır, ağrı sırasında gerginliği azaltır, fetal kalp atımının (FKA) normal sınırlarda olmasını sağlar, yorgunluğu azaltır, enerji tüketimini azaltır ve iletişimi kolaylaştırır (7,42). Gevşeme yanıtının oluşması için, sakın bir çevrenin sağlanması, mesanenin boş olması, rahat kıyafetlerin giyilmesi, tüm eklemlerin fleksiyonda olması, akıldaki tüm düşüncelerin boşaltılması, mental bir araç olarak sözcük, ses ya da cümleye odaklanılması gerekmektedir (19).

Mobilizasyon ve Pozisyon: Tarih boyunca doğumda kadınların hareket etme özgürlüğü olmuş, özellikle dik pozisyonlardan yararlanılmış ve yatış pozisyonları tercih edilmemiştir. Günümüzde ise, kadının elektronik fetal monitörizasyona bağlı kalarak fetüsün takibinin kolaylaştırılması, intravenöz tedaviler, perineal bölgesine müdahalelerin yapılması gibi medikal nedenlerle yatış pozisyonları daha fazla tercih edilmektedir (44). Yerçekimi etkisinin fazla olduğu dik pozisyonlar ise kadının sırt ağrısını hafifletip, fetüsün rotasyon ve inişini kolaylaştırarak travay süresini kısaltmaktadır (44,45). Cochrane’de 2013 de yayınlanan 5218 kadın üzerinde yapılan bir sistematik derleme çalışmasında doğum eyleminin ilk evresinde yürüyüş, ayakta durma ve dik duruş pozisyonlarının yatar pozisyonlara kıyasla, doğum süresini ortalama 1 saat 20 dakika kısalttığı, sezaryen ve epidural gereksinimini ve bebeklerin yenidoğan yoğun bakıma yatma olasılığını azalttığı belirtilmiştir (46).

Biyolojik Geri Bildirim (Biofeedback): Biyolojik geri bildirim, bireylerin kendi bedenlerinden gelen sinyaller yoluyla (sıcaklık, nabız, kas gerginliği dahil) sağlıklarını ve refah düzeylerini iyileştirmek için eğitim aldıkları terapötik bir tekniktir (18). Temel ilke düşünce ve duyguların değişimlerinin vücut işlevlerinde değişikliğe neden olabileceğidir (32,47).

Hipnoz: Eski Yunancada uyumak anlamına gelen hipnoz, önemli yetenekleri baskılayan ve bilinçaltına erişilebilen derin fiziksel relaksasyon durumudur. Bu durumda kişilerin etki altına alınabilirliği artmaktadır. Hipnozun bütün dünyada

analjezik, anestezi ve psikolojik tedavide kullanıldığı bilinmektedir (5). Algı, ruh hali veya davranışta spontan değişikliklerle sonuçlanan alışlagelmiş iletişimlidir. Bu terapötik iletişim kişinin bilinçaltına yönlendirilir ve yanıtlar bilinçli çaba ya da akıl yürütmeden bağımsızdır (7,32). Hipnoz indüklenen analjezi sırasında ortaya çıkan nevro-fizyolojik değişikliklerin anlaşılmasına yol açmıştır. Duyusal korteks ve amigdala-limbik sistem arasındaki sinir aktivitesinin bastırılması, duyguların ağrı olarak deneyimlenişinin duygusal yorumlanmasını önlediği görülmektedir (32,48). Beebe (49) tarafından yapılan çalışmada hipnozun doğum ağrılarını azaltmadaki ya da doğum ağrısıyla başa çıkmadaki etkisi konusunda yeterli kanıt yoktur. Daha yüksek kaliteli araştırmalara ihtiyaç vardır (49). Atış'ın (50) hipnozun doğum korkusu ve doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemeye yönelik çalışmasında deney grubunun daha az doğum ağrısı ve korkusu yaşadığı, doğumun ikinci ve üçüncü evrelerinin kısaldığı ve emzirmeye daha erken başlanıldığı bildirilmiştir (50).

Ses Çıkarma: Ses çıkarma ve inleme ağrıyla hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Özellikle doğumda zorlandıkları zamanlarda kadınlar, ses çıkararak rahatlamaya çalışmaktadırlar. Ses çıkarma, inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrar etmeyi içermektedir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırması anlamına gelmemekte, tam aksine kendi bedenine dikkatini yöneltmiş olan kadının enerjisinin bir kısmının sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir (20,51).

Müzik Dinletme: Ağrı yönetiminde müzik uygulaması kapı kontrol teorisine göre geliştirilmiştir. Hasta konforu için dinletilen müzik ile küçük sinir lifleri tarafından taşınan ağrı sinyallerinin geçişi engellenir. Ayrıca, sağ beyin tarafından algılanan müzik ağrıyı azaltmak amacıyla endorfin salınımını sağlamak için hipofiz bezini uyarabilir (7,52). Doğum sırasında kadınlar ağrı ve endişe ile karşı karşıya kalırlar. Müzik negatif duyguları nötralize eder, stres eşiğini yükseltir, hastanın stresinin azalmasına ve rahatlamasına yardım eder. Ayrıca ruh halini değiştirerek, talamik seviyede otonomik yanıt ve imajinasyonu stimüle eder. His ve duygular serebral hemisfere geçer. Beyin iletişim ağına etki eden müzik, limbik sistem yoluyla duygu durumu etkiler. Estetik zevkler sağ beyin tarafından alınarak, hipofizden endorfin salınmasına sebep olur. Böylece kanda adrenokortikotropik hormon konsantrasyonu azalır. Müzik talamus ve retiküler aktivasyon sistemi (RAS) arasındaki etkileşim değişikliğine sebep olur. Bunun

sonucu emosyonel durum değişikliği, kas sisteminde değişimler, kan basıncı, kalp ve solunum hızı gibi otonomik fonksiyonlarda değişiklikler meydana gelir. Kalp hızını, kan basıncını, vücut ısını ve solunum hızını düşürür (53). Rahatlatıcı müzik kaygıyı azaltabilir, ağrıyı giderebilir ve ağrı algılama eşiği arttırabilir (7,52,54,55). Çatalgöl (56) tarafından indüksiyon uygulanan primipar 80 gebeye travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan deneysel çalışmada travay süresince dinletilen ney sesinin toplam doğum süresini kısalttığı, ağrı şiddetini azalttığı ve doğum sürecini olumlu etkilediği saptanmıştır (56). Sürücü ve ark. (57) tarafından 50 primipar gebe üzerinde yapılan çalışmada deney grubundaki gebe kadınlara doğum eylemi sürecinde Acemasiran modunda 3 saat boyunca kulaklıkla (10 dakika ara ile 20 dakikalık dinleme) müzik dinletilmiştir. Müzik dinletisi sonrası kadınların ağrı ve kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Müzik dinleyen kadınlar daha huzurlu, daha uzun kasılmalarının olduğu ve doğumlarının daha hızlı ilerlediğini ifade etmiştir (57).

Akupunktur: Vücuttaki belli noktalara iğne batırarak veya benzer yöntemleri kullanarak gerçekleştirilen binlerce yıllık bir tedavi yöntemidir (19,32). Günümüzde akupunktur destekleyici bir tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (5). Akupunkturun esas özelliği, organizmanın olanaklarını kullanarak, dışarıdan organizmaya hiçbir madde vermeden semptomları ortadan kaldırmak veya hastalığı tedavi etmektir. Bir teoriye göre akupunktur, kapı kontrol mekanizmasını aktive ederek spinal korda ulaşan ağrı uyaranlarını bloke etmektedir. Diğer bir teori, akupunkturun endojen endorfinler ve opioid salınımını uyarak ağrıyı azatlığını ileri sürmektedir. Bu yöntem Çin’de ve Uzak Doğu’da doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır (5,32).

Acupressure (Shiatsu): Geleneksel Çin tıbbından doğmuş olan bu teknikte temel amaç, istenen bölgelere basınç uygulayarak uyarmaktır. Acupressure yöntemi, kan akımını düzenler, nörotransmitterlerin salgılanmasını destekleyerek vücudun normal fonksiyonlarının sürdürülmesine yardımcı olur. Acupressure’un doğumda acupressure kullanımının uterus kontraksiyonlarını arttırdığı, doğum ağrısının kontrolünde yararlı olduğu, doğum süresini kısalttığı ve doğum sonrası emzirmeye destek olduğuna dair çalışmalar bulunmaktadır (5,7,19,51). Acupressure’de basınç eller, parmaklar (özellikle başparmaklar) veya tarak, buz kesesi, tenis topu gibi farklı nesnelerle de uygulanabilir. Doğum ağrısının kontrolünde etkili olan farklı acupressure noktaları bulunmaktadır. Bu

noktalardan biri “hand points” olarak bilinen, el parmaklarının avuç içiyle birleştiği hattır. Bu noktanın avuç içine alınan tarak gibi bir cisim ile sıkıca uyarılmasının endorfin salınımını arttırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir (5,7,19,51). El üzerinde bulunan diğer bir acupressure noktası ise Hoko veya L1-4 olarak isimlendirilen elin başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölgedir. Bu bölge parmaklarla veya küçük buz keseleriyle her kontraksiyon başlangıcından kontraksiyon bitene kadar uyarılır ve uygulama sırasıyla her iki el için 20 dk yapılır (51). SP6 noktası ise ayak bileğinin yaklaşık dört parmak üzerindeki noktadır (5,7).

2.2.2.1.2.2. Zihinsel/Mental Uyarılma

Hayal Kurma: Hayal kurma, bireyde kontrol duygusu ve gevşeme sağlayan dikkati başka yöne çekme yöntemidir. Hayal kurma, ritmik solunum ve gevşeme ile birlikte daha etkili olur. Gevşeme, düşünme ile birlikte kas gerginliğini azaltarak anksiyete ve ağrıyı azaltmaktadır (19,20,58).

Odak Nokta: Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Kontraksiyon anında dikkati doğrudan başka bir yöne verme çok önemlidir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur (32). Ağrı odasında önceden herhangi bir odak nokta belirlenmemiş ya da böyle bir obje yok ise gebe odada bulunan herhangi bir eşyaya konsantre olabilir (19). Gebeler evden getirdikleri bir iki eşyayı odak nokta olarak kullanabilirler. Ayrıca odak nokta olarak gözler de seçilebilir. Gebe ile kendisine destek veren kişi arasında göz teması kurulabilir. Bu durum dikkati dağıtır ve kontrolün sürdürülmesine yardımcı olur (59).

2.2.2.1.2.3. Tensel Uyarılma

Diğer bir insana dokunmak, onu önemsemek, düşünmek, güven vermek ve sevgi gibi pozitif mesajların iletilmesine yol açar. Sağlık ve iyileşmeyi arttırmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik olarak manipule edilmesi doğum ağrısı döneminde rahatlığı arttırmak, ağrıyı ve acıyı azaltmak için kullanılır (32).

Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS): TENS derinin elektrotlar aracılığı ile uyarılmasıdır (23). Bunun için titreşim ve şiddeti değişen düşük voltajlı elektrik uyarıları yayan bir cihaz kullanılır (5). TENS ağrı uyarılarının geçişini

engelleyerek ve endorfinlerin ve ensefalinlerin salınımını uyararak ağrı kontrolünü sağlayan bir yöntemdir (51). TENS rahim kasılmasını engelleyebilen ve ilerlemeyi geciktirebilen katekolaminlerin salınmasını bastırarak doğumun süresini azaltabilir (7). Sever ve Akyüz (60) tarafından 164 kadında yapılan çalışmada TENS'in doğum ağrısıyla ilgili VAS puanlarını düşürdüğü, doğum süresini kısalttığı, verimliliğinin diğer değişkenlerden bağımsız olduğu ve yan etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (60).

İntradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISSE): İntradermal su enjeksiyonu uygulaması doğum eyleminde bel ağrısının azaltılması amacıyla kullanılan bir yöntemdir (32). Uygulama 0.05-0.1 ml steril suyun sakrum çevresinde dört ayrı noktaya enjeksiyonu ile 4 su kabarcığının oluşturulması esasına dayanır (5,32). Steril su sinir uçlarını uyararak daha şiddetli olan diğer ağrı hislerini bloke eder (2,5). ISSE belirgin düzeyde bel ağrısını, minimal düzeyde de abdominal kontraksiyonların yarattığı ağrıyı azaltmaktadır. Martennson et al. tarafından 2008 yılında 318 ebe ile yapılan çalışmada ebelerin %75'inden fazlası, intradermal steril su enjeksiyonunun orta düzeyde ağrı azaltıcı etkisi olduğu bildirilmiştir (61).

Sıcak-Soğuk Uygulama: Sıcak uygulama iskemi ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir (62). Scak uygulama doğumda ağrıyı azaltmak ve perine bölgesini travmalardan korumak için kullanılan yöntemlerden biridir. Sıcak uygulamanın etkisi ile oluşan vazodilatasyon, kan dolaşımını arttırarak, ağrı uyarılarını stimüle eden hücre metabolitlerinin eliminasyonunu sağlar. Isı reseptörleri aracılığı ile ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrıda azalma olur (3,5,7). Soğuk uygulama kas spazmını azaltır, inflamasyonu ve ödemi azaltır, kalın çaplı sinir liflerinin stimülasyonu ile derinin duyarlılığını azaltarak ağrının hafiflemesini sağlar (3,7,32,62). Shirvani and Ganji' nin (63) 64 gebe ile randomize kontrollü yaptığı çalışmada soğuk uygulama yapılan deney grubunda kontrol grubuna göre VAS değerlerinin anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür (63).

Hidroterapi: Hidroterapi, suyun ağrının giderilmesi ve hastalıkların tedavisinde kullanılması yöntemidir. Adams et al. (64) tarafından 2015 yılında 1835 gebe ile yapılan çalışmada kadınların doğum ağrı yönetimi için suyu kullanmalarının (banyo, doğum havuzu veya duş) bebeklerinin yoğun bakıma alınma olasılığını azalttığı görülmüştür (64). Sıcak su doğumda kullanıldığında, kaslarda gerginliği azaltarak

kadına rahatlık hissi verir. Sıcak su vazodilatasyona neden olarak sempatik sinir sistemi yanıtını engeller ve buna bağlı olarak ketakolaminlerde azalma meydana gelir (19,32). Lee et al. tarafından (65) 80 gebe üzerinde (41 deney ve 39 kontrol grubu) yapılan çalışmada deney grubuna sıcak duş uygulanmıştır. Araştırma sonucuna göre deney grubundaki gebeler ağrılarının azaldığını, daha rahat ve konforlu olduklarını dile getirmişlerdir (65).

Aromaterapi: Bitkisel kaynaklardan (yapraklar, çiçekler, ağaç kabukları, meyveler, kökler) çıkarılmış, konsantre edilmiş uçucu yağların terapötik olarak organizmayı etkilemesi üzerine kurulan tedavi şekline aromaterapi denilmektedir (66). Aromaterapi, uçucu yağların kullanılması, bitkilerin şifa güçlerine başvurulmasıdır (7,32,67). Uçucu yağların psikolojik ve fizyolojik etkilerini araştıran araştırmalar, uçucu yağların kan basıncı ya da kalp atım hızı gibi fizyolojik parametreler üzerinde herhangi bir değişiklik göstermediği; ancak ruh hali ve kaygı düzeyine olumlu etkisi olduğunu göstermiştir (68). Uçucu yağların vücudun kendi sakinleştirici, uyarıcı ve rahatlatıcı nörotransmitterlerinin (parakrin ve endokrin salınımı) arttığı düşünülmektedir. Yağlar cilde masaj yapılabilir veya buharlı infüzyon veya inhalasyon yoluyla da kullanılabilir (7,67). Aromaterapi, kadınların hamileliğin ve erken çocukluk döneminin fizyolojik belirtileri ile baş etmesine ve doğumdaki rahatsızlığı ve ağrıları hafifletmesine yardımcı olmak için mükemmel bir araç sunar (32,68). Yazdkhasti and Pirak (69) tarafından 2016 da yapılan çalışmada müdahale grubundaki kadınlarda lavanta esansiyel aromaterapi kullanarak doğum ağrısı yoğunluğunda önemli bir azalma olduğunu göstermiştir (69).

Masaj: Masaj hem fiziksel hem de mental gevşeme sağlar (23). Masaj, kaslarda gerilimi azaltıp, rahatlamayı sağlamak ve dokulardaki kan dolaşımını uyarmak için yapılan uygulamalar bütünüdür ve bu etkisi ile ağrıyı kontrol eder (6,7). Masaj klasik masaj ve özel teknikli masajlar (swedish masaj, thai masajı, spor masajı) olarak iki başlık altında incelenir (7). Bazı özel durumlar hariç (kırıklar, filebit, deri lezyonları, ameliyat durumları) çoğu hastalarda masaj uygulanabilir. Masaj için kullanılan 5 hareket efloraj, petrisaj, friksiyon, vibrasyon ve tapotmandır. Masaj uygulaması sırasında hasta için sessiz bir ortam, rahat bir pozisyon ve bilgilendirilmiş onam konusuna dikkat edilmelidir (23). Doğum sırasında masaj çok kişisel bir durumdur. Masajın ağrıyı azaltmasındaki nörofizyolojik mekanizmayı açıklayan hiç bir kontrollü çalışma olmamasına rağmen, masajın iyi hissettirdiği bilinmektedir. Masaj hareketleri duyuşal

etkileşimlerin azaltarak ve spinal seviyede kapı kontrol mekanizmasını aktive etmektedir. Ayrıca masaj endojen opioidlerin salınmasını stimüle etmektedir. Masaj, ağrıyı azaltmasının yanı sıra kişiye sözlü ve sözsüz iletişimi de sağlamaktadır (6,7,59,70).

2.2.2.1.2.4. Solunum Teknikleri

Doğum ağrılarının başlamasından bebeğin doğumuna kadar geçen sürede annenin doğru şekilde nefes alıp vermesi; annenin doğuma daha iyi konsantre olmasını, doğum ağrıları ile başetmesini, sakin kalmasını ve kendi vücudunu kontrol etmesini, enerjisini doğru kullanmasını, stressiz ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamasını, doğuma daha iyi bir şekilde odaklanmasını ve aktif olmasını, doğumun daha kolay ilerlemesini, fetüse ve anneye daha fazla oksijen gitmesini sağlayacaktır. Solunum tekniklerini dört düzeyde inceleyebiliriz (22, 32,67).

İlk Düzey (Normal Solunum): Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder (18,20). Solunum hızı 15 sn' de iki kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır (18). Gevşeme için çok önemlidir. Tekniği: NEFES AL 2-3-4/ VER 2-3-4 AL... (22,32).

İkinci Düzey (Yavaş- Derin Göğüs Solunumu): Bu solunum şekli aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla başetmede yardımcı olur (20). Özellikle oluşan gerilimi gidererek gevşemeye de yardımcı olmaktadır (22,32). Her kontraksiyon başında normal solunum yapılır. Bu derin ve duyulabilir bir solunumdur. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir (16,20). Başlangıçta normal solunum yapılır ve sonra burundan 5 sn nefes alınır ve ağız yoluyla 5 sn'de dışarı verilir. Solunum hızı dakikada ortalama 6 ile 12 arasında değişir. Kontraksiyon süresince yavaş ve derin göğüs solunumu sürdürülür (22,32,67).

Üçüncü Düzey (Hızlı-Yüzeysel Göğüs Solunumu): Bu solunum tipi köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye "hii" ya da "hoo" sesleri eşlik eder. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir (18). Her bir kontraksiyon normal solunum ile başlar. Kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı da gittikçe artırılır. Kontraksiyonlar durulmaya başladığında solunum hızı da yavaşlar (18,20). İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir. Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek

çok önemlidir. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır (18).Tekniği: NEFES AL-VER/ AL-VER...(22,32).

Dördüncü Düzey (Üfleme-Abdominal Solunum): Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır (18,22,32).Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı-yüzeyel solunum tipine benzer ancak burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir (18,20,22). Üfleme tipi solunum, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma altı kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme tarzında solunuma başlanır (18,22,32).

2.3. Kaygı ve Doğum Sırasında Sürekli ve Durumluk Kaygı

2.3.1. Kaygı

Kaygı kelimesi Yunanca “anxietas” olarak dile getirilen, korku, merak ve endişe anlamlarına gelmektedir (71). Kaygı kişilerin tehlike ya da tedirgin edici durum ile nasıl başa çıkacaklarına yönelik bir uyum mekanizmasıdır. İnsanın temel duygu kriterlerinden biri olan kaygı çok yönlüdür. Bilimsel öğeler, kişisel davranışlar ve fizyolojik belirtileri öznel duygular ile ortaya koymaktadır. Kaygı düzeyinin düşük olduğu durumlarda, kaygı bireyi çeşitli tehlikelerden korurken, yüksek olduğu durumda, kişiyi olumsuz etkiler, kendini başarısız hisseder ve kendine olan güvenini kaybetmesine neden olur (72).

Kaygı için çeşitli nedenler öne sürülmüştür. Psikoanalitik teoriye göre, kaygının nedeni, benlik ile alt benlik ya da üst benlik arasındaki iç çatışmalardır. Bu süreçte benlik, çözemediği ya da bastıramadığı çatışmayı tehlike olarak algılar; bilinç alanında ise kaygı ortaya çıkar. Davranışçı teoriye göre kaygı, organizmanın belli bazı çevresel faktörlere gösterdiği şartlanmış bir cevaptır ve öğrenme sonucu oluşur. Bilişsel teori kaygının, olayların birey tarafından nasıl algılandığına ve yorumlandığına bağlı olarak geliştiğini öne sürer. Buna göre kaygı, olayların çarpıtılmış düşünce örüntüleri ile algılanması sonucu ortaya çıkar. Varoluşçu teori ise, bireyin yaşamın anlamsızlığının farkına vardığını ve bunun gerçek ölüm korkusundan bile daha rahatsız edici olduğunu; dolayısıyla bu anlamsızlığa tepki olarak kaygının ortaya çıktığını savunur (73)

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

I) Durumluk Kaygı (A-State); subjektif bir korku çeşidi olup, kişinin bulunduğu ortamda kendini baskı altında hissetmesi sebebi ile ortaya çıkan durumdur. Kişi sinir sisteminin uyarılması birlikte titreme, sararma, terleme gibi fizyolojik değişiklikler ve huzursuzluk hisseder. Kişinin kendini baskılanmış ve stres altında hissettiği zamanlarda ya da ortamlarda durumluk kaygı seviyesinin yükseldiği görülür ve bu durum geçtiğinde strese biter (73,74)

II) Sürekli Kaygı (A-Trait); bu kaygı, kişinin içinde bulunduğu her ortama kaygıyı adapte edebilme yatkınlığıdır. Bu kişiler, her ortam ya da durumu stresli olarak nitelendirir veya stresli, gergin ortam olarak ifade eder bu da kişileri kolayca kırılğan yapar ve karamsarlığa sebep olur. Dolayısı ile bu tarz kişiler durumluk kaygıyı da yoğun bir şekilde ve sıkça yaşarlar (73,74).

2.3.2. Doğum Sırasında Sürekli ve Durumluk Kaygı

Kadınlar tarafından doğum sürecinin bilinmemesi ve doğumdan korkmaya bağlı olarak ortaya çıkan kaygı doğum sürecini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Doğumda yaşanan kaygı ve stres doğum süresinin uzamasına, hipoaktif doğuma, bunun sonucunda da operatif doğumlara ve fetüs ve yenidoğanın olumsuz etkilemesine neden olmaktadır Ayrıca kaygı doğum ağrısının şiddetini artırması bakımından oldukça önemlidir.

Doğum eylemi sırasında gebenin kaygısını ölçmek için sıklıkla durumluk kaygı ölçeği kullanılmaktadır. Durumluk kaygı; tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan kaygıdır. Bhavya, Parvathi and Bhagyalakshmi'nin (75) çalışmasında primigravida kadınların % 51,66'sının doğumda orta düzeyde anksiyete yaşadığı belirlenmiştir.

Sürekli kaygı ölçeği doğum eyleminin başlangıcında gebelerin sürekli kaygı düzeylerine ilişkin bilgi elde etmek için kullanılmaktadır.

2.4. Swedish Masaj

Swedish masajın babası Per Henrik Ling (1776-1839)'tir. İsveçli fizyolog/ jimnastik eğitmeni "Ling Sistemi, İsveç Hareketi veya İsveç Hareketi Kürü, İyileştirici

Jimnastik olarak bilinen aktif, pasif ve hem aktif hem pasif olarak yapılan kendi masaj sistemini geliştirmiştir. Daha sonra Stockholm Üniversitesi'nde jimnastik eğitmeni ve eskrim ustası olarak çalışan İsveçli Per Henrik Ling (1776-1839) Swedish masajı 1800'lerin başında formüle ederek herkese tavsiye etmiştir (76,77). Bir hekim olan Johann Metzger (1838-1909) Swedish masajı sağlık çalışanları tarafından kullanılmasına katkıda bulunmuş ve masaj hareketlerine Fransızca isimlerini vermiştir. Ling'in programı, modern terapötik masaj ve fizik tedavi için temel oluşturmuştur. Bugün Amerika'da "Swedish Masaj" ve İsveç'te "Klasik Masaj" olarak bilinmektedir (76). Swedish masaj, 20. yüzyılın ilk yarısından itibaren sık kullanılan bir fizyoterapi sistemi haline gelmiştir (76,77).

Swedish masaj, insan anatomi ve fizyolojisine dayalı, geleneksel bir batı masajıdır (6,76). Swedish masaj, kanı kalbe döndürmek için kaslara ve kemiklere ters yönde basınç uygulayarak ve masaj yaparak kas dokusunu gevşetmek için tasarlanmıştır (6,8). İsveç masajı, gevşeme, dolaşımın artma, kas ve duygusal gerginlikte azalma, esneklikte artma ve ağrıda azalma sağlayan bir dizi dokunma, doku ve eklem hareketleridir (76,77). Swedish masajda önceleri dört temel masaj hareketi bulunmaktadır. Bunlar efloraj, petrisaj, friksiyon, tapotman şeklindedir. 19. Yüzyılın sonlarında ise beşinci masaj hareketi olan vibrasyon kullanılmaya başlanmıştır. Son yıllarda bazı yazarlar 5 temel masaj tekniğine "sallama, sıkıştırma ve dokunmak" şeklinde yeni teknikler eklemiştir (78). Swedish masajında, masaj hareketlerini kolaylaştırmak için aromatik veya kokusuz yağ veya losyon kullanılır. Her seans genellikle 30-60 dakika sürer. Masaja genellikle sırt bölgesinden başlanır. Masaj seansı, efloraj, petrisaj, friksiyon, vibrasyon ve tapotman şeklindeki temel tekniklerin birkaçını veya tamamını içerebilir (6,8,79).

2.4.1. Efloraj

Efloraj, yüzeysel dokuların kayma hareketidir. Masaj başlangıcında ve bir masaj tekniğinden diğerine geçerken kullanılabilir (78). Efloraj Swedish masaj teknikleri içinde en sık uygulanan tekniklerden biridir. Bir veya iki elin avucunu kullanarak vücudun dış hatlarını izleyen, kalbe doğru serbest bir şekilde kayma hareketidir. Masajın ilk aşamasına başlamak için kayganlaştırıcı uygulanır. Masaj ile hafif veya orta derecede basınç uygulanır. Bu teknik, kasları ısıtmak, vücudu gevşetmek, sinirleri

sakinleştirmek, kan dolaşımını, kalp fonksiyonunu ve lenfatik drenajı iyileştirmek için kullanılır (76,79).

Masajın başında efloraj genel olarak, kayganlaştırıcıyı uygulamak, yzeeye yaymak, dokuyu ısıtmak ve masaj uygulaması için pürüzsüz, rahat, ritmik ve akıcı hareket sağlamak için kullanılır. Efloraj uygulanan bölgedeki dolaşım hızlanır ve derin dokular daha derin hareketlere hazırlık için ısıtılır. Efloraj, Fransızca “effleurer” szğnden türetilmiştir ve “tersine fırçalama, hafifçe dokunmak” anlamına gelir. Bazı yazarlar bu harekete sıvazlama veya kayma olarak aynı hareket olarak bakarken, bazıları ise sıvazlama ve eflorajı iki farklı hareket olarak tanımlamaktadırlar. Stroking ve efloraj arasındaki en büyük fark uygulanan basıncın derinliğidir. Efloraj, sıvazlamanın tersine daha büyük bir mekanik etkiye sahiptir ve aynı zamanda sıvazlama ile aynı pozitif etkileri de sağlayabilir. Eflorajın venöz ve lenfatik dnşzerinde etkili olduğu söylenebilir (6,78).

Genel olarak kişinin vücuduna yerleştirilen elin i yüzeyi ile uygulama yapılır. Uygulayıcı vücut ağırlığını kullanarak yzeyssel dokulara dayanır ve dokuları baskıyla ileri doğru iter. Bu uygulama genellikle venöz dolaşım ve lenfatik akış yönünde gerçekleştirilir (6,78).

Efloraj, vücuda yavaşça birbirini takip eden kayma hareketleriyle uygulanır. Masaj geniş alanlara uygulanır. Genellikle masajın etkisini arttırmak için venöz ve lenfatik akış yönünde proksimalden distale doğru uygulanır. Masajın akışını ve srekliiliği sağlamak ve başlangıç pozisyonuna geri dönmek için daha hafif basıncı hareketleri ile ters yönde hareket edilmelidir. Masaj boyunca, şekillendirilmiş ve kubbeleştirilmiş avuç içi, eller, parmaklar veya parmak uçları masaj yapılan vücut bölgesine göre seçilir (78). Farklı el teknikleri kullanılarak, hareketlerin etkinliğine göre uygulanma şeklini değiştirebilir. Uygulayıcı tedavi edilen bölgeye ve istenen etkiye bağlı olarak, kollar, avuç içi, eller, parmaklar veya parmak uçları, hatta elin yanı veya arkasını kullanarak farklı teknikler uygulayabilir. Bunlar, kürek çekme hareketi, yarım kürek çekme hareketi, önkol efloraj, yumruk efloraj, birbirini takip eden el eflorajı (hand after hand), vücudun yan bölgesine efloraj, sinir sıvazlama hareketleri şeklinde sayılabilir (78).

2.4.2. Petrisaj

Petrisaj, dokunun tekrarlayan yoğurma, kaldırma, yuvarlama, kavrama, germe, sıkıştırma veya bastırma hareketlerini içeren bir teknikler grubudur (78). Dokunun ellerin altında veya arasında kaldırılması, yuvarlanması ve sıkıştırılması ile ilgilidir. Petrisaj, kas gerginliğini azaltmak, kan akışını iyileştirmek ve lenfatik drenajı artırmak için tasarlanmıştır (76,79).

2.4.3. Friksiyon

Friksiyon, spesifik, tekrarlayan ve kaymayan bir tekniktir. doku hareketliliğini ve lokal kan akışını artırmak ve ağrıyı azaltmak amacıyla yapılır. Friksiyon hareketleri daha derin kaslarda yapılır. Friksiyon tekniği bir basınç hareketidir ve Swedish masaj teknikleri içinde en derin uygulananıdır (76,78,79). Friksiyon uygularken parmakların deri üzerinde kaymaması gerekir. Deri ile deri altı birlikte hareket ettirilerek dokunun derinliğine sirküler hareketler yapılır. Elin bütünü, avucun proksimal kısmı ya da baş parmak veya parmakların distal phalangslarının palmar yüzü ile yapılır (6).

2.4.4. Vibrasyon

Vibrasyonlar, yumuşak dokuların ritmik hareketlerinden oluşan bir teknikler grubudur. Ritmik hareketler, benzersiz bir titreşim modeline sahiptir ve bu model, uygulanan titreşimin tipine bağlıdır (78). Titreşim, hızlı, hafif ve hızlı veya yavaş, ağır ve kaba olabilir. Titreşimi sağlamak için, uygulayıcı el veya parmak uçları ile dokuyu sallar veya titretir, sonra başka bir noktaya geçer ve bu hareketi tekrarlar. El veya araçla yapılabilir. El ile yapılan uygulamada parmak uçları deriye dik olarak yerleştirilir. Hafif basınç uygulanırken bütün kol ile titreşim hareketleri yapılır. Bu sırada parmak uçlarının deriden teması hiç kesilmez. Titreşim, yüzde veya omurgada olduğu gibi küçük kas alanlarında kas gerginliğini serbest bırakmak için tasarlanmıştır. Vibrasyon uygulamaları yatıştırıcı, ağrı kesici ve kasların beslenmesinde etkilidir (76,79).

2.4.5. Tapotman

Tapotman, yüzeysel ve/veya derin dokuların tekrarlayan, ritmik, darbeleri, sert vuruşlu bir hareketidir ve bu hareketi takiben dokuda hızlı bir toparlanma gözlenir (78). Derinin kan dolaşımını canlandırma ve tonusu artmış kasların tonuslarının azaltılması

amacını güder. Darbelerin vurulmasında, arzu edilen etkinin derecesine göre değişik teknikler, değişen basınç derinliği ile uygulanır (76,78,79). Altı ana darbeli vuruş tipi vardır (78). Bunlar, hacking, striking, cupping, pummeling, tapping, plucking şeklinde sıralanabilir (76,78,79).

2.5. Doğum Eyleminde Ebelerin Görev Yetki ve Sorumlulukları

DSÖ'nün tanımına göre “Ebelik, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların bakımının yanı sıra yenidoğanın bakımını da kapsar. Gebelikte sağlık problemlerini önleme, anormal durumların tespiti, gerektiğinde tıbbi yardım temin edilmesi ve tıbbi yardım yokluğunda acil durum önlemlerinin uygulanmasına yönelik tedbirleri içerir” (80). Ebeler, insanlığın varoluşundan itibaren tüm kültürlerde doğuma yardım görevi yapmış ve çoğu doğal yöntemlerden oluşan farklı tekniklerle doğuma yardımcı olmuşlardır. İlkel çağlarda bilimsellikten uzak olan ebelik mesleği usta çırak ilişkisi ile sürerken, tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ilerlemiş ve günümüzde bilim ve sanatı birleştiren, bilimsel ve etik değerler üzerine temellenmiş profesyonel bir disiplin olarak tıp meslekleri içinde yerini almıştır (81). Doğum desteği ebe tarafından doğum eylemi süresince kadına sağlanan destekleyici bakımı tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Doğum desteği, doğum eylemindeki bakımın önemli bir bölümünü oluşturmakta ve ebelerin önemli bir görevi olarak kabul edilmektedir. Doğum desteğinin amaçları; doğum yapan kadına aktif yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, doğum sonuçlarını geliştirme, benlik saygısını arttırma, olumlu doğum deneyimi edinmesini sağlama ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmadır (82,83). Doğum eyleminde bakımın amacı ise; sağlıklı anne ve bebek için güvenli ve mümkün olduğunca az müdahale ile doğumun gerçekleşmesini sağlamak, anneyi aktif kılmak, annenin gereksinimlerinin karşılandığı doğum deneyimi edinmesini sağlamak, bilgi gereksinimini karşılama, anne ve bebeği değerlendirmektir (83).

Ebelerin görev ve yetkileri Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 133'te şöyle belirtilmektedir: “Kurumlarda doğum işleriyle vazifelendirilmiş ebeler, müracaat eden kadınların fenni olarak doğuma hazırlanmaları için yetkileri dahilinde her türlü tedbirleri alır ve hazırlıkları yaparlar. Meslek ve sanatlarının gerektirdiği şekilde ana ve çocuğu muayene ederler. Özellikle çocuk kalp seslerini

yakından izler, müşahedelerini yaparlar. Gerekli gördükleri hallerde her türlü genital muayeneleri de yaparlar, müşahedelerini bir not halinde de yazarak tespit ederler ve doğumun seyrini dikkatle ve sürekli bir şekilde izlerler. Normal doğumları kendileri yaparlar. Doğum güçlükleri veya arızaları mevcut olan veya durumunu kesin olarak tespit edemedikleri vakaları uzman tabibe derhal haber verirler” (84). Bu bilgi ve beceriyi eğitimleri sırasında kazanan ebelere kendi mesleklerini aktif olarak yapma fırsatı verilmelidir. Ebelik bakımında terapötik ilişkiler hizmet alan kadınlar için önemlidir. Terapötik ilişkinin varlığı ağrı, anksiyete ve korkuyu azaltır, kadının duygusal, ruhsal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmasını sosyal destek yoluyla sağlar. Fiziksel destek olması ise kişinin kendini sakin tutma duygusunu yaşatır. İşlem hakkında yapılan açıklamaların/tavsiyelerin olduğu bilgi desteği kadına güç verir (85).

Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan yöntemlerin amacı, anneye ve bebeğe zarar vermeden direkt olarak doğum ağrısını azaltmak ya da onu düzenlemektir. Doğum ağrısını azaltmada kullanılan farmakolojik yöntemlerin genellikle non-farmakolojik yöntemlerden daha etkin olduğu bulunmuş, fakat maliyetin yüksek ve olası yan etkilerinin olması nedeniyle non-farmakolojik yöntemlerin uygulanması diğer uygulamalara göre daha popülerdir. Bu yöntemlerin kullanılmasında ebelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri ebelerin bağımsız olarak olarak gerçekleştirebileceği ve gebeye işbirliği içerisinde olabileceği uygulamalardır. Ebeler bu yöntemleri bilmeli ve uygulanırken gebenin yanında yer almalıdır (32).

- Doğum eylemi her birey için öznel ve farklıdır. Bu sebeple ebeler özellikle primipar gebelere her doğumun kendine özel olduğunu ve diğer doğumlara benzemeyeceğini anlatmalı ve korkularının giderilmesini desteklemelidir.
- Ebe gebelerin kaygısını gidermek amacıyla gebeyi eyleme dahil etmeli, kendi sorumluluklarını alabilmesi için bilgilendirmelidir.
- Doğum süresince ağrıyla baş etmede kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin amaçlarını, uygulama biçimlerini, olumlu olumsuz yönlerini, risklerini anlatmalı ve uygulamada destek olmalıdır. Ebe, nonfarmakolojik yöntemlerin ağrıyla başetmede yetersiz kaldığında ise farmakolojik ajanların uygulanmasını

sağlayarak doğum eyleminin olumlu duygu, deneyim ve sağlıklı anne-bebekle sonuçlanmasını sağlamalıdır.

- Kontraksiyonlar sırasında gebeye masaj tekniklerini, etki mekanizmasını anlatarak masaj uygulaması yapılabilir. Kontraksiyonlar sırasında efloraj tekniği ile kasılmaların hissedilmesinin azalmasına, sakral bölgeye ya da sırtın alt bölgesine basınç uygulayarak gelişen sırt ağrısının azaltılmasına destek olunmalıdır.
- Eylem sırasında anneyi doğumun ilerleyişi, fetüsün durumu, kendi durumu hakkında bilgilendirmelidir. Eylem sonlandığında yenidoğanla anne arasında ten temasını ve ilk etkileşimin başlamasını sağlamalıdır (86,87).

2.6. Tez Aşamasında Yararlanılan Araştırmalar

Bu alt bölümde tez çalışması çerçevesinde yürütülen araştırma ile farklı açılardan benzerlik gösteren, yakın konularda gerçekleştirilmiş ve tartışma bölümünde değerlendirilmiş 23 makalenin ana hatları ile tanıtımı yer almaktadır.

Janssen et al. (88) tarafından 2012'de 77 nullipar kadın ile yapılan "Masaj Terapisi ve Doğum Sonuçları: Randomize Kontrollü Bir Çalışma" başlıklı çalışmada deney ve kontrol grubu olmak üzere gebeler iki grup altında değerlendirilmiştir. Deney grubuna Swedish masaj uygulaması yapılırken, kontrol grubu standart bakım almıştır. Deney grubunun müdahale sonrası ağrı şiddeti kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (88).

Bolbol-Haghighi et al. (11) tarafından 2016'da 100 primipar gebe ile yapılan "Masaj Terapisinin Doğum Süresi Üzerine Etkisi: Randomize, Kontrollü Bir Çalışma" başlıklı çalışma rastgele deney ve kontrol gruplarına ayrılmıştır. Deney grubundaki gebelere en az 30 dakika göbek altı, üst bacak, sakral bölge, omuz ve bacak masajı, kontrol grubundaki gebelere ise sadece rutin bakım uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelerin doğumun birinci evresi ve ikinci evresindeki süre, kontrol grubundan anlamlı olarak kısa bulunmuştur ($p<0,0001$, $p=0,003$). Deney grubundaki gebelerin bebeklerinin Apgar puanları 1. ve 5. dakikada kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,0001$), (11).

Sadat and Forugh (10) tarafından 2016'da 60 primigravida gebe ile yapılan "Primigravida Kadınlarda Doğumun İlk Fazında Manuel Masajın Ağrı Şiddeti ve Süresi

Üzerine Etkisi ” başlıklı çalışmada deney grubuna 15 dakika boyunca elle masaj yapılmış (n=30) kontrol grubuna ise standart bakım verilmiştir. Uygulama öncesi iki grup arasındaki VAS puanları dilatasyon 5 cm ($1,963 \pm 0,532$, $2,71 \pm 0,416$, $p=0,001$) ve 8 cm ($2,31 \pm 0,45$ vs $3,72 \pm 0,32$) benzerlik gösterirken, uygulama sonrası iki grup arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ($p=0,001$). Deney grubunun ağrı şiddeti uygulama sonrası kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur. Masaj grubundakilerde memnuniyet oranı %96.7’dir. Masajdan memnun olanların %20’si masajın ağrıyı etkili bir şekilde azalttığını, %76.7’si ise ağrı azalmasının orta derece olduğunu belirtmiştir. İki grup arasında doğumun birinci evresinin süresi arasında anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür (10).

Hosseini and Asadi (12) tarafından 2014 yılında 30 nullipar kadın ile yapılan "Masaj Terapisinin İlk Doğumun Aktif Aşaması Üzerindeki Etkisi " başlıklı çalışmaya 38-40 gebelik haftasındaki kadınlar alınmıştır. Deney grubuna omuzdan dirseğe, bel bölgesi ve sakral alana masaj yapılmıştır. Kontrol ve deney grubunun yaş ortalaması sırasıyla $23,9 \pm 3,0$ ve $23,6 \pm 4,0$ şeklindedir. Bu çalışmada masaj tedavisinin doğumun ilerlemesinde ve doğum süresinin azaltılmasında anlamlı olduğu belirtilmiştir (12).

Gallo et al. (89) tarafından 2013’ de 46 gebe ile yapılan "Masaj, Doğum Sırasındaki Ağrı Şiddetini Azaltmıştır: Randomize Bir Çalışma" başlıklı çalışmada deney grubundakilere doğum eyleminin aktif aşamasında 30 dakikalık bel masajı uygulanmış, kontrol grubuna ise deney grubuna paralel zamanlarda sadece sorular yöneltilmiştir. Deney grubunda müdahale sonunda ağrı şiddeti kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Deney grubu ortalama doğum süresi 6,8 saat ve kontrol grubu 5,7 saat olup ortalama fark 1,1 saat’tir. Deney ve kontrol gruplarında bulunan gebelerin bebeklerinin 1. ve 5.dakikadaki APGAR puanların % 90’ı 7-10 puan aralığında çıkmıştır (89).

Hosseini et al. (90) tarafından 2013 yılında nullipar gebelerle yapılan "Masaj Uygulamasının İlk Doğumun Aktif Fazında Doğum Süreci ve Kortizolün Plazma Düzeyleri Üzerine Etkisi" başlıklı deneysel çalışmada deney grubuna alınan gebelere açıklık 3-4 cm’den 8-10 cm’ye kadar 10 dakika süre ve 10 dakika ara ile omuz, kol, bel ve sakral bölgeye masaj yapılmıştır. Deneyin başlangıcında ve doğum sırasında hem kontrol hem de deney gruplarından kan örnekleri alınarak doğum öncesi ve sonrası kortizol seviyeleri ve doğumun ilerlemesi değerlendirilmiştir. Masaj tedavisinin

doğumun ilerlemesinde belirgin bir etkiye ve doğum süresinin anlamlı düzeyde ($p \leq 0,05$) azalmasına neden olduğu görülmüştür. Bulgular, doğumun ilerlemesi ile birlikte her iki grupta da kortizol hormon plazma düzeyinin belirgin olarak arttığını ortaya koymuştur. Bu artışın deney grubunda ($p \leq 0,001$), kontrol grubuna ($p \leq 0,0005$) göre anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür (90).

Mortazavi and Khaki (13) tarafından 2012 yılında 120 primipar gebe ile yapılan "Masaj Terapisinin ve Katılımcının Varlığının Doğum Sırasındaki Ağrı, Kaygı ve Memnuniyet Üzerine Etkileri" başlıklı çalışmada masaj grubu, bir ebe eşliğinde takip edilen katılımcı grup ve kontrol grubu olarak üç grup arasında yapılmıştır. Deney grubuna latent faz (3-4 cm), aktif faz (5-7 cm) ve geçiş fazlarında (8-10 cm) 30 dakika süreyle masaj uygulanmıştır. Masajlar arasında omuz ve sırt masajı, abdominal masaj ve sakral basınç yer almıştır. Masaj tipi, annelerin tercihinine göre seçilmiştir. Masaj grubunda, annenin tercihinine göre %91,7 (n=25) sakrum masajı, %2,5 (n=3) omuz masajı, %0,8 (n=1) efloraj masajı ve %5 (n=6) masaj kombinasyonu uygulanmıştır. Ortalama aktif faz süresi, masaj grubunda 2.6 saat (SD=0.95 saat), katılımcı grupta 5.7 saat (SD=1.89 saat) ve kontrol grubunda 7.5 saat (SD=1.87 saat) olduğu görülmüştür. Aktif fazın süresi masaj grubunda istatistiksel olarak anlamlı düşük bulunmuştur ($p < 0,001$). Latent, aktif ve geçiş fazlarında masaj grubunun ağrı yoğunluğu anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Aksine anksiyete durumu aktif ve geçiş fazda ($p < 0,05$) ve katılımcı grupta ve geçiş fazda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Deney grubunda latent fazda anksiyete istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Deney grubunun tamamı masaj uygulamasından memnuniyetlerini iletmislerdir ($p < 0,001$). Deney grubunda, kontrol grubuna göre ağrı yoğunluğunun istatistiksel olarak anlamlı düşük olduğu, her fazda memnuniyet düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ($p < 0,05$, $p < 0,001$) ve anksiyetenin istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (13).

Abasi and Abedian (91) tarafından 2008 de 62 primipar gebe ile yapılan "Primipar Kadınlarda İlk Doğum Sırasında Sırt Masajının Ağrı Şiddeti Üzerine Etkileri" başlıklı çalışmada deney grubundaki gebelere 30 dakika boyunca sırt masajı uygulanırken, kontrol grubundaki gebelere 30 dakika rutin ebelik bakımı verilmiştir. Deney grubundaki gebelerin ağrı yoğunluğu kontrol grubundaki gebelere göre latent ($p < 0/001$), aktif ($p < 0/001$) ve geçiş fazlarında ($p < 0,001$) istatistiksel olarak anlamlı

derecede düşük bulunmuştur. Deney grubunda Sırt masajından önce ve sonra ortalama ağrı yoğunluğu anlamlı farklılık göstermiştir (her faz için $p<0/001$). Bu çalışma, sırt masajının doğumun ilk aşamasında ağrı yoğunluğunu azalttığını göstermiştir (91).

Karami et al. (92) tarafından 2006 yılında 60 gebe ile yapılan “Primiparlarda Masaj Tedavisinin Ağrı Şiddeti ve Doğum Sonucu Üzerine Etkisi” başlıklı randomize kontrollü deneysel bir çalışmada gruplar arasında müdahale öncesi ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı ancak müdahale sonrası servikal açıklık 4, 8 ve 10 cm iken gruplar arasında ağrı şiddetinde anlamlı derecede farklılık olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p:0,009$; $p:0,014$ ve $p:0,01$). Doğumun birinci evresinin süresi (264.16 ve 362.5 dakika) açısından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0,001$). Doğumun ikinci evresinin süresi gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,157$). İkinci aşamada ortalama süre deney ve kontrol grubunda sırasıyla 37.16 ve 30.50 dakika şeklinde belirlenmiştir. Bu çalışmada, deney grubunda ortalama doğum ağrısı şiddetinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Masaj terapisi uygulanan gruptakiler, latent, aktif ve geçiş fazlarında daha az ağrı yaşadıklarını belirtmişler ve 30 katılımcının 26'sı, doğum sırasında masaj tedavisinin faydalı, destekleyici ve rahatlatıcı bulduklarını belirtmişlerdir (92).

Khodakaram (93) tarafından 2006 da 60 nullipar gebe ile yapılan "Masaj Tedavisinin Doğum Ağrısına ve Gebelik Sonucuna Etkisi" çalışmada deney ve kontrol grupları arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmacı deney grubundaki gebelere sırt, kol ve bacak masajı uygulamıştır. Visual analog skalası (VAS) kullanılarak, doğum sırasındaki ağrı algısı ölçülmüştür. Deney grubundaki kadınların ortalama ağrı yoğunluğu kontrol grubuna göre istatistiksel anlamda düşük bulunmuştur. Deney grubundaki kadınların doğumun birinci evresinin süresi kontrol grubuna göre kısalmıştır. Masaj tedavisinin tıbbi müdahaleleri azalttığı ve doğum sırasında ağrı kesici ihtiyacını azalttığını görülmüştür (93).

Chang et al. (94) tarafından 2002 yılında yapılan “Masajın Doğum Sırasındaki Ağrı ve Kaygı Üzerindeki Etkileri: Tayvan'da Randomize Kontrollü Bir Çalışma” başlıklı çalışmada deney ve kontrol gruplarının her ikisinde de doğum ilerledikçe ağrı yoğunluğu ve kaygı düzeyinde nispeten istikrarlı bir artış olduğu, deney grubunun latent, aktif ve geçiş fazlarında ağrı reaksiyonlarının belirgin olarak daha düşük olduğu,

latent fazdaki kaygı düzeylerinin iki grup arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Deney grubundaki 30 kişiden ikisi masajın faydalı olduğunu ve doğum sırasında ağrı kesici ve psikolojik destek sağladığını bildirmiştir (94).

Khudhur and Mirkhan (9) tarafından 2018' de 80 gebe ile yapılan " Doğumun Birinci Aşamasında Pozisyon ve Sırt Masajında Değişimin Ağrı Algısına Etkisi " başlıklı çalışmada Grup A (20 kadın) sık sık pozisyon değişiklikleri, Grup B (20 kadın) sırt masajı uygulaması yapılacak şekilde kontrol grubu ise grup C (40 kadın) olarak üç grup oluşturulmuştur. Üç grubun ortalama ağrı puanları arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmüştür. Çalışmanın sonuçlarına göre A grubu için ağrı puanı Grup C'ye (kontrol) göre daha yüksekti, bu da pozisyon değişikliğinin ağrıyı arttırdığı anlamına gelir, B grubunun ağrı puanlarının C grubuna göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu çalışma doğumun ilk aşamasında, sırt masajının ağrı algısını azalttığını ve sık pozisyon değişikliğinden daha etkili bir ağrı yönetimi yaklaşımı olduğunu göstermiştir (9).

İpek (2) tarafından 2014 yılında yapılan “Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına ve Doğumun Süresine Etkisi” başlıklı çalışma 120 gebe üzerinde yapılmıştır. Masaj uygulama, sıcak uygulama ve kontrol grubu olmak üzere 3 grupta incelenmiştir. Aktif fazda ölçülen ortalama ağrı düzeyi masaj uygulama grubunda $6,43 \pm 1,47$, kontrol grubunda $8,20 \pm 1,28$, sıcak uygulama grubunda $4,95 \pm 1,63$ olarak belirlenmiştir. Derisel terapi yöntemlerinin (masaj ve sıcak uygulama) doğumun aktif faz süresini kısalttığı, doğumun aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı algısını azalttığı bulunmuştur. Bu sonuçlar masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısıyla başa çıkmada etkili bir ebelik girişimi olduğunu ve güvenle kullanılabileceğini göstermektedir (2).

Gönenç (3) tarafından 2013 yılında yapılan “Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür’ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi” başlıklı çalışmada gebelerin hiç bir müdahale yapılmadan önceki (latent fazda uygulama öncesi) VAS puanlarının masaj uygulanan grupta en yüksek ($6,36 \pm 1,098$), kontrol (K) grubunda ise en düşük ($5,80 \pm 1,401$) olduğu tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur. Gebelerin sürekli kaygı puanlarının en düşük olduğu masaj ve akupressür uygulanan 3. gruba ait olduğu ($40,33 \pm 8,640$), en yüksek puanın ise akupressür uygulanan 2. gruba ait olduğu ($43,41 \pm 8,09$) saptanmıştır. Doğumun aktif faz süresinin

1. (M) ve 2. (A) gruplarda kısa (60 dk) olduğu, 3. (MA) ve 4. (K) gruplarda ise uzun (90 dk) olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemsiz olduğu belirlenmiştir. Masaj grubunda bulunan gebelerin %89,3'ü ağrılarının azaldığını, %53,6'sı kendini iyi hissedip, rahatladığını, %14,3'ü doğumunun hızlandığı için yöntemden memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (3).

Kamalifard et al. (95) tarafından 2012' de 82 primipar gebe ile yapılan "Masaj Tedavisi ve Solunum Tekniklerinin Ağrı Yoğunluğu ve Doğum Ağrılarına Verilen Fizyolojik Tepkiler Üzerindeki Etkisi" çalışma rastgele bir tablo kullanılarak iki grup masaj terapisi 1 (M1, n=20) ve nefes tekniği 1'e (B1, n=20) ve kontrol grupları masaj terapisi 2 (M2, n=20) ve solunum tekniği 2' ye (B2, n=22) ayrılmıştır. Böylece, eğer B1 grubu 4 ve 8 cm genişliğinde solunum teknikleri alırsa, B2 grubundaki denekler B2 yöntemin gerekli değişkenler üzerindeki etkinliğini belirlemek için aynı genişlemelerde kontroller olarak kabul edilmiştir. B1 grubunda anneler 4 ve 8 cm'de doğum eyleminin birinci veya ikinci aşamasında 30 dakika boyunca nefes tekniklerini kullanırken B2 grubundaki denekler aynı teknikleri 6 ve 10 cm genişliğinde kullanmışlardır. M1 ve M2 gruplarında sırasıyla 4 ve 8 cm ile 6 ve 10 cm dilatasyonlarda gebeler 30 dakika boyunca masaj (hipogastrik, üst uyluk, sakral bölge, omuz ve ayak) uygulanmıştır. Ağrı yoğunluğu ve ağrıya fizyolojik tepkiler dilatasyonun belirlenmesinden 30 dakika sonra ölçülmüştür. M1 ve M2 grupları arasındaki 4 ve 6 cm'lik dilatasyonlardaki ortalama ağrıdaki farklılıklar anlamlı iken 8 ve 10 cm dilatasyonlarındaki farklılıklar anlamlı olmadığı bildirilmiştir. B1 ve B2 gruplarındaki ortalama ağrının karşılaştırılması, 4, 6 ve 10 cm dilatasyonlarında anlamlı farklılıklar görülmüştür. Ancak, 8 cm dilatasyonda anlamlı bir fark gözlenmedi. Doğumdan sonra Apgar skorları gruplar arasında farklılık göstermemiştir (95).

Mirzaei and Kaviani (96) tarafından 2010 da 80 primipar gebe ile yapılan "Ayak Refleksolojisinin Birinci Fazında Doğum Ağrısının ve Doğum Süresi Üzerine Etkisi " başlıklı çalışmada deney grubunda ayak masajı öncesi ve hemen sonra ölçülen doğum ağrısı şiddetinin, deney ve kontrol grupları arasında değişmediğini ($p>0,05$), yarım, bir ve iki saat sonra müdahale grubundaki doğum ağrısı şiddetinin kontrol grubundan daha düşük olduğu ($p<0,001$) ve müdahale grubundaki doğum süresinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük ($p<0,001$) olduğu görülmüştür (96).

Taghinejad et al. (97) tarafından 2010' da 101 primigravida gebe ile yapılan "Doğum Sancılarının Şiddetini Hafifletmek İçin Masaj ve Müzik Terapileri Arasındaki Karşılaştırma" çalışması rastgele masaj (n=51) veya müzik (n=50) terapileri olarak iki gruba ayrılmıştır. Masaj grubunda uygulama öncesi ağrı şiddeti müzik terapi grubuna göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,009$). İki grup arasında girişim sonrası ağrı şiddeti masaj grubunda müzik grubuna göre istatistiksel olarak daha düşüktür ($p=0,01$),(97).

Erenoğlu (98) tarafından 2013'de 80 gebe ile yapılan "Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi" başlıklı deneysel çalışmada deney grubu gebelere doğumun ikinci evresinde 15-20 dk süreyle ekspresif dokunma uygulanmış, kontrol grubu gebelere ise doğum kliniğinde yapılan rutin uygulamalar dışında herhangi bir uygulama yapılmamıştır. Çalışmaya katılan müdahale grubunun ağrı şiddeti ortalaması uygulama öncesi 6,8 iken uygulama sonrası bu değer 6,1 olarak ölçülmüştür ($p<0,01$). Kontrol grubu gebelerin uygulama öncesi ağrı şiddeti ortalamaları 7,1'dir. Uygulama sonrası değerlendirilen ağrı şiddeti ortalaması 7,3 olarak saptanmıştır. Bu çalışma doğumda uygulanan ekspresif dokunmanın ağrı duyusu üzerine olumlu etkileri olduğu ve doğum ağrısını azalttığı, anne memnuniyet düzeyini arttırdığını göstermiştir (98).

Shahri (99) tarafından 2009 yılında yapılan "Lavanta Yağı ile Masaj Aromaterapisinin Nullipar Kadınların Doğumun Aktif Faz Ağrı Şiddetine ve Memnuniyeti Üzerine Etkisi" başlıklı çalışma 90 nullipar gebe ile yapılmıştır. Çalışma doğumun aktif evresinde lavanta yağı ile yapılan masajın ağrı yoğunluğu ve hasta memnuniyeti üzerine etkisini değerlendirmek için yapılmıştır. Tüm gruplarda uygulama öncesi ve hemen sonrasındaki ağrı yoğunluğu ve memnuniyet anlamlı bulunmuş olmasına rağmen özellikle lavanta yağı ile yapılan masajın doğumun aktif evresinde hem ağrı yoğunluğunu azaltıcı etkisi, hem de doğum süresince hasta memnuniyetini artırıcı etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (99).

Bagheri and Akbari (100) tarafından 2009 da yapılan "Plantar Refleksolojinin Gebelerin Ağrı Şiddeti ve Stresine Etkisi" başlıklı çalışmada hastaneye başvuran rastgele seçilmiş 60 gebeye Plantar refleksoloji uygulanmıştır. Deney grubundaki ağrı yoğunluğu doğumun üç evresinde de anlamlı derecede düşük saptanmıştır. Her iki grupta da stres düzeylerinde anlamlılık olduğu görülmüştür. Plantar refleksolojinin

kullanımının, doğum sırasında ağrı ve stres azaltılmasında etkin olarak uygulanabileceği belirtilmiştir(100).

Simkin and Bolding (101) tarafından 2004 yılında yapılan “Doğum Ağrısını Gidermek ve Acı Çekmeyi Önlemek İçin Farmakolojik Olmayan Yaklaşımların Güncellemesi” başlıklı çalışmada kontrol grubunda ağrı yoğunluğunun doğum evrelerinin ilerlemesiyle artarken, masaj grubunda her kasılma döneminde ağrı yoğunluğu puanının istatistiksel olarak anlamlı derece düşük olduğu, anksiyete düzeyinin latent evrede masaj grubunda anlamlı derecede düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca masaj grubundaki kadınların %87'sinin masajın ağrı kesici ve psikolojik destek sağlamada yardımcı olduğunu bildirdiği görülmüştür (101).

Field (102) tarafından 2004 yılında “Masaj Terapisinin Depresif Gebelerde Etkileri” başlıklı çalışma 84 gebe üzerinde yapılmıştır. Deney ve kontrol olarak iki gruba ayrılan gebelerde 18-32 haftalık gebelik periyodunun ilk ve son günlerinde, deney grubundaki gebelere baş, boyun, kollar, eller, bacaklar ve ayaklara masaj uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelere yapılan masaj terapileri seanslarından sonra kaygı seviyelerinde düşme, bacak ve sırt ağrılarında azalma olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucunda, masaj grubunun dopamin ve serotonin düzeyleri daha yüksek, kortizol ve norepinefrin düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar, masaj grubunda fetal aktivitenin artması, yenidoğanın sağlığı açısından daha iyi sonuçlar alınması ve Brazelton Yenidoğan Davranışı Değerlendirmesi sonuçlarının iyi olmasına katkıda bulunmuştur (102).

Simkin and Hara (103) tarafından 2002 yılında yapılan “Doğum Sırasında Ağrının Nonfarmakolojik Rahatlaması: Beş Yöntemin Sistemik İncelenmesi” başlıklı çalışmada doğum sırasında ağrının hafifletilmesi için sürekli doğum desteği, banyolar, dokunma ve masaj, annenin hareketleri ve pozisyonu ve intradermal su blokları uygulanarak yapılan çalışmalar incelenmiş ve bütün çalışmalarda doğum ağrısını azaltmada ve diğer obstetrik sonuçların iyileştirilmesinde bu yöntemlerin etkili olabileceği ve uygun şekilde kullanıldığında güvenli olduğu belirtilmiştir (103).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masajın kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında kadının kaygı düzeyini azaltmada etkilidir.

H2: Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel, ayak ve ellere uygulandığında doğum ağrısını azaltmada etkilidir.

H3:Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında doğumun süresini kısaltmada etkilidir.

H4. Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında hasta memnuniyetini arttırma da etkilidir.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 10 doğum odası ve 3 travay odası ve her travay odasında dörder yatak bulunmaktadır. Doğum odalarında 40 ebe görev yapmakta ve ebeler gündüz ve nöbet şeklinde çalışmakta olup gece nöbetlerinde her doğum odasında bir ebe çalışmaktadır. Travay odalarında yataklar perdelerle ayrılarak gebelerin mahremiyeti sağlanmaya çalışılmaktadır. Her travay odasında bir NST (Nonstres Test) cihazı bulunmaktadır. Gebelerin bireysel gereksinimleri açısından her travay odasında bir lavoba bulunmakla birlikte tuvaletler ve banyolar ayrı bir bölümde ortak kullanılacak şekildedir. Travay odalarının gebeler için biyopsikolojik olarak kullanılamaması nedeni ile gebe yakınları travay odalarına alınmamaktadır. Doğum

odalarında gebe ve yenidoğan üniteleri bulunmaktadır. Her odada bir jinekolojik masa, yenidoğan için yatak, ısıtıcı, doğum malzemeleri, acil çantası ve ilaçlar bulunmaktadır. Gebe takibi ve doğumlar ebeler tarafından gerçekleştirilmekte ve acil durumlarda kadın doğum hekimlerinde yardım alınmaktadır. Yenidoğanların ilk bakımı doğum odasında ebeler tarafından yapılmakta acil durumlarda Çocuk Hastalıkları Uzmanından yardım alınmaktadır. İlgili hastanede normal doğum sayısı yılda yaklaşık 10.000'dir. Araştırmanın bu hastanede yapılmasının nedeni araştırmanın yapıldığı tarihte bu hastanenin şehrin tek ve en büyük doğum hastanesi olmasıdır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 01 Mart-30 Mayıs 2017 tarihleri arasında Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapılmıştır. Evreni, adı geçen hastanenin doğum salonuna doğum yapmak üzere kabul edilen tüm gebeler oluşturmuştur. İlgili hastanede 2016 yılında normal doğum sayısı yılda yaklaşık 10.000'dir. Örneklem sayısı için medcalc ile güç analizi yapılmıştır. Çeşitli ölçümlerde ağrı ölçeği değerlerinin standart sapması 0,7 olarak kabul edilmiştir. Gruplar arası birimlik farkı $\alpha=0,05$, $\beta=0,20$ ' de tespit edebilmek için deney grubu 32, kontrol grubu 32 gebe olarak alınmış ve örneklemi 64 gebe oluşturmuştur.

Randomizasyon haftanın günlerine göre yapılmıştır. Haftanın günleri önce kura ile iki gruba ayrılmıştır. Kura çekilerek bir grup için Çarşamba, Cuma ve Parar günleri, diğer grup için Pazartesi, Salı ve Cumartesi günleri belirlenmiştir. Kurada geriye kalan Perşembe günü araştırmacı için dinlenme günü olarak belirlenmiştir. İkinci bir kura çekilerek deney ve kontrol grubunun alınacağı günler belirlenmiştir. Kura sonucuna göre Çarşamba, Cuma ve Parar günleri başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 32 gebe deney, Pazartesi, Salı, Cumartesi günleri başvuran ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 32 gebe kontrol grubunu oluşturmuştur.

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

Araştırmaya alınma kriterleri;

- Primipar olan,
- 38-42 haftalık gebeliği olan,

- Dilastayon 3 cm ve üzeri olan,
- Tek fetüs ve baş prezantasyonu olan,
- Türkçe konuşabilen,
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olan.

Dışlanma kriterleri;

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

3.5. Veri Toplama Araçları

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

Kişisel Bilgi Formu: Kişisel bilgi formu, hastanın demografik özelliklerine ilişkin; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, yaşadığı yer ve aile tipi olmak üzere 7 sorudan oluşmaktadır. Hastanın gebeliği ile ilgili; evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı, düşük/kürtaj sayısı, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebeliğin planlı olup olmama durumu, doğum eylemini algılama durumu, doğuma hazırlık sınıfına katılma durumu, normal doğum için hazır hissetme durumu, doğumla ilgili kaygı durumu, normal doğum kararını kimin verdiği, doğuma gebeliğin hangi döneminde karar verildiği, doğumda yakın desteğine ihtiyaç duyma durumu, istiyorsa kimi istediği, travay odasında bulunan hasta sayısı ve doğum eyleminin başlama saati olmak üzere 16 sorudan oluşmaktadır. Kişisel bilgi formunda toplam 23 soru bulunmaktadır (EK-1).

Doğum Sürecine İlişkin Değerlendirme Formu: Doğum sürecine ilişkin değerlendirme formu; FKH, serviks açıklığı, kontraksiyon şiddeti, nabız, sistolik kan basıncı (SKB), diastolik kan basıncı (DKB) ve vücut ısısını belirlemeye yönelik 7 sorudan oluşmaktadır (EK-2).

Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu: Doğum sonucuna ilişkin değerlendirme formu; doğumun gerçekleştiği saat, yenidoğanın apgar puanı, kadının

sağlığını nasıl değerlendirdiği, masaj memnuniyet puanlaması ve sonraki doğumunda masaj yaptırmayı isteme durumu olmak üzere 5 sorudan oluşmaktadır (EK-3).

Vizüel Analog Skala (VAS): Ağrının şiddetini değerlendirmek için VAS kullanılmıştır. VAS, 10 cm uzunluğunda, 0'dan 10'a eşit aralığa ayrılmış yatay "Ağrı Yok" ile başlayıp "Dayanılmaz Ağrı" ile biten bir çizgi şeklindedir. Her bölmenin üzerinde belirtilen sayısal değerlere göre ağrı değerlendirmesi yapılmıştır (EK-4).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği, Spielberger, Gorsuch ve Lushene tarafından 1970 yılında geliştirilen ölçek, durumluk ve sürekli kaygıyı ölçen 20'şer ifadeli 2 ölçekten oluşmaktadır. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1983 yılında Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır (104).

Sürekli Kaygı Ölçeği: Sürekli kaygı ölçeği, genellikle bireyin içinde bulunduğu durumu, kendini nasıl hissettiğini tanımlar. Ölçek 4'lü Likert tipindedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinde cevap seçenekleri sıklık derecelerine göre; '(1) Hemen Hiçbir Zaman, (2) Bazen, (3) Çok Zaman ve (4) Hemen Her Zaman' şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin orijinal formunun test-tekrar test ve Kuder-Richardson güvenilirlik oranları sırasıyla 0,73-0,86 ve 0,86-0,92 şeklinde bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Kuder-Richardson güvenilirliği 0,83-0,87 arasında bulunmuştur. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Madde güvenilirliği korelasyonlarının 0,34-0,72 arasında bulunması, Türkçeleştirilmiş maddelerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik oranları ise 0,71 ile 0,86 arasında olup yeterli kabul edilmiştir. Sürekli Kaygı Ölçeğinin Cronbach's α iç tutarlılık oranı 0,90 olarak bulunmuştur (EK-5), (104,105).

Durumluk Kaygı Ölçeği: Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belli bir anda ve belli koşullarda kendini nasıl hissettiğini tanımlar. Ölçek 4'lü Likert tipindedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinde cevap seçenekleri yaşantıların şiddet derecesine göre '(1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla' şeklindedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, kaygı düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin orijinal formunun test-tekrar test ve Kuder-Richardson güvenilirlik oranları 0,16-0,54 ve 0,83-0,92 şeklinde bulunmuştur. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Kuder-Richardson güvenilirliği 0,94-0,96 arasında bulunmuştur. Durumluk Kaygı Ölçeğinin Madde güvenilirliği

korelasyonlarının 0,42-0,85 arasında bulunması, Türkçeleştirilmiş maddelerin güvenilir olduğunu göstermektedir. Durumluk Kaygı Ölçeğinin test-tekrar test güvenilirlik oranları ise 0,26-0,68 arasında olup yeterli kabul edilmiştir. Durumluk Kaygı Ölçeği Cronbach's α iç tutarlılık oranı 0,96 olarak bulunmuştur (EK-6), (104,105).

Efloraj Tekniği ile Masaj Uygulama Prosedürü: Deney grubundaki gebelere dilatasyon 3-4 cm, 5-6 ve 8-9 cm iken 30 dakika süre ile yapılan efloraj tekniği ile masaj uygulama prosedürü araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Uygulama yapılan masaj bölgeleri Şekil 1'de verilmiştir.

1. Kadına uygulama hakkında açıklama yapılır.
2. Oda ısısı ve nem oranı kontrol edilir (21-24 °C, %30-60).
3. Perde çekilerek gebenin mahremiyeti sağlanır.
4. Eller yıkanır ve vücut sıcaklığına getirilir.
5. Gebenin kendini rahat hissedeceği bir pozisyon alması sağlanır.
6. Araştırmacı gebenin pozisyonuna göre rahat edebileceği bir pozisyon alır.
7. Araştırmacı ellerini kayganlaştırmak için (yaklaşık 2 ml) sıvı vazelini avucuna dökerek her iki eline iyice yayar.
8. Araştırmacı kadının sakrum, kalça, omuz, bel, eller ve ayaklarına 5'er dakika olmak üzere toplam 30 dakika Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile, hafif ya da orta derecede basınç uygulayarak masaj yapar. Araştırmacı masaj yapmaya gebenin kalça, sakrum, bel ve omzunu içeren bölgeden başlar, sonar sırasıyla sağ el, sol el, sağ ayak, sol ayak olacak şekilde masaja devam eder.
9. Araştırmacı tarafından gebeye her masaj alanı değişikliğinde herhangi bir rahatsızlık duyup duymadığı sorulur. Gebenin talebine göre pozisyon değişikliği yapılabilir. Her masaj alanı değişikliğinde kayganlaştırıcı kullanılır.
10. Dilatasyon 3-4 cm, 5-6 cm, 8-9 cm olduğunda gebeye 30'ar dakika Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj uygulaması tekrarlanır.



Şekil 1. Masaj Uygulanan Bölgeler

Veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek saptamak amacıyla Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum odasına doğum yapmak üzere başvuran 10 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra veri toplama formlarına son şekli verilmiştir. Ön uygulamaya alınan kadınlar çalışma grubuna dahil edilmemiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

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

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

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

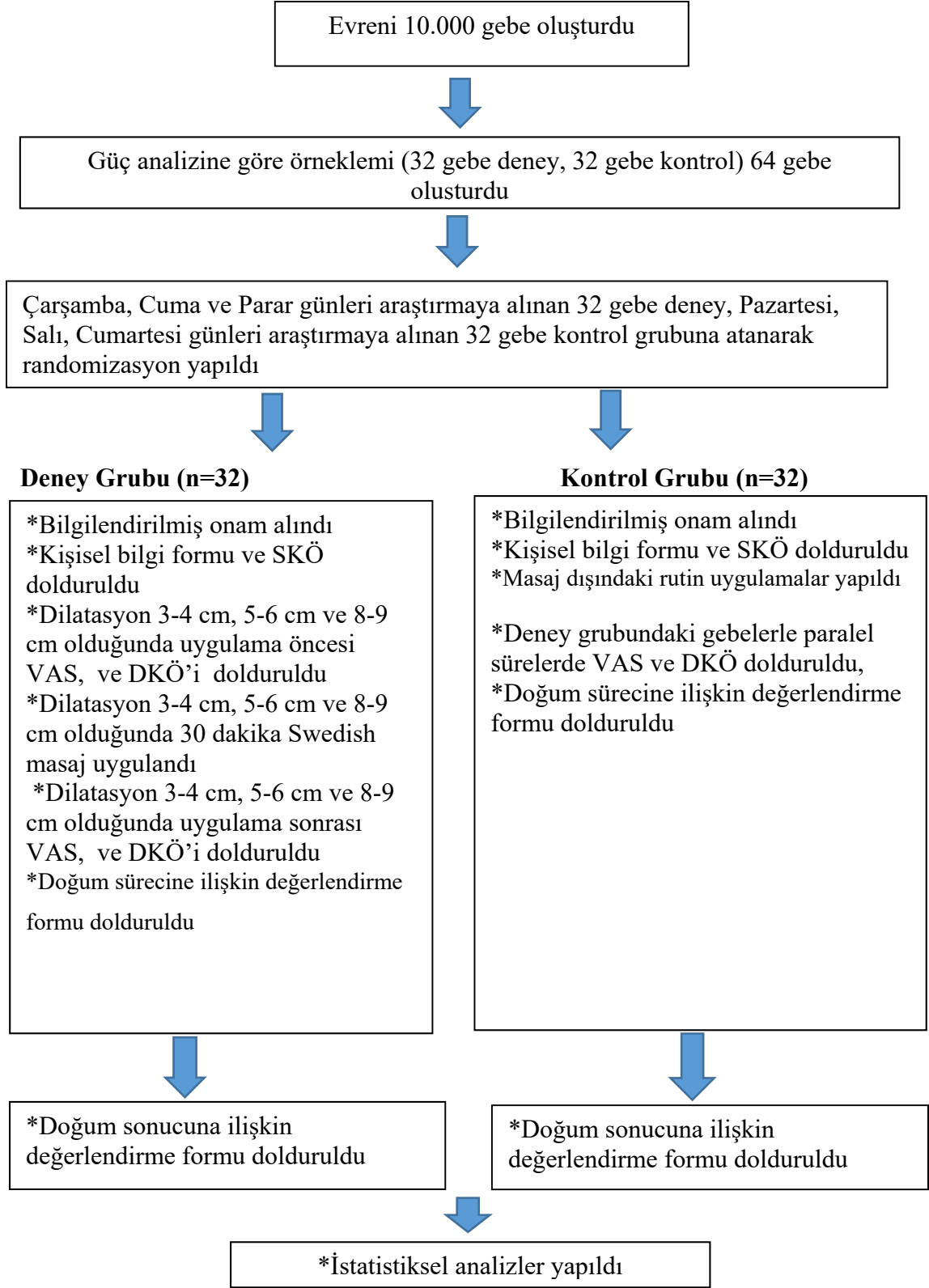
Deney Grubuna Yapılan İşlemler

- Randomizasyonun yapılması
- Bilgilendirilmiş Onam alınması
- Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Kaygı lğinin doldurulması
- Dilatasyon 3-4 cm olduğunda 30 dakika Swedish masajın uygulanması
- Dilatasyon 5-6 cm olduğunda 30 dakika Swedish masajın uygulanması
- Dilatasyon 8-9 cm olduğunda 30 dakika Swedish masajın uygulanması
- Her masaj uygulamasından hemen önce ve uygulamadan sonra 30. dakikada VAS ve Durumluk Kaygı lğinin doldurulması
- Doğum sürecine ilişkin değerlendirme formunun doldurulması
- Doğumun sonucuna ilişkin değerlendirme formunun doldurulması

Kontrol Grubuna Yapılan İşlemler

- Randomizasyonun yapılması
- Bilgilendirilmiş Onam alınması
- Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Kaygı lğinin doldurulması
- Masaj dışındaki rutin uygulamaların yapılması
- Deney grubundaki gebelerle paralel srelerde VAS ve Durumluk Kaygı lği'nin doldurulması
- Doğum sürecine ilişkin değerlendirme formunun doldurulması
- Doğumun sonucuna ilişkin değerlendirme formunun doldurulması

Araştırma Akış Şeması



3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası değerlendirmelerinde Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Uygulama öncesi ve sonrası ölçümlerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin değerlendirilmesinde Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi kullanıldı. Kritik anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (13 Ocak 2017, 60/12 sayılı karar) onay alınmıştır. Araştırma yapılacak hastaneden izin ve araştırmanın katılımcılarından aydınlatılmış onam alınmıştır. Bu çalışma araştırmaya katılan gebelere ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek bir maliyet getirmemiştir.

3.9. Araştırma Sınırlılıkları

Masaj uygulaması sırasında doğum odalarının tek kişilik olması gebelerin mahremiyetinin sağlanması ve kendilerini rahat hissetmeleri açısından son derece önemlidir. Ancak araştırmanın yapıldığı hastanede travay odalarında dörder tane yatak bulunmaktadır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, çalışmamızın sonuçları çizelgeler şeklinde istatistiksel analizleriyle sunulmuştur.

Birinci bölümde, kadınların tanıtıcı özellikleri ve doğumla ilgili algı ve hazır olma durumlarına ilişkin bulgular,

İkinci bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine ilişkin bulgular,

Üçüncü bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası ağrı yaşama durumlarına ilişkin bulgular,

Dördüncü bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası maternal ve fetal iyilik durumlarına ilişkin bulgular,

Beşinci bölümde, kadınların doğum memnuniyetine ilişkin bulgular yer almıştır.

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Doğumla İlgili Algı ve Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri ve doğumla ilgili algı ve hazır olma durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özellikleri

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki kadınların sosyo-demografik özelliklerine (yaş, evlenme yaşı, ilk gebelik yaşı ortalaması, düşük veya kürtaj sayısı, gebelik sayısı, yaş grubu, eğitim, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık güvencesi, yaşanılan yer, aile tipi, evlenme yaşı ve ilk gebelik yaşı) ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Kadınların yaşlarının 18 ile 30 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $22,08 \pm 2,73$ ve medyanının 22 yıl olduğu, evlenme yaşlarının 15 ile 28 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $21,08 \pm 2,72$ ve medyanının 21 yıl olduğu ve ilk gebelik yaşlarının 18 ile 29 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $21,67 \pm 2,71$ ve medyanının 21 yıl olduğu saptanmıştır.

Kadınların %6,3'ünün (n=4) 1 kez düşük veya kürtaj yaptığı, %93,8'inin (n=60) 1 kez, %6,3'ünün (n=4) ise 2 kez gebelik yaşadığı görülmüştür.

Çizelge 1. Kadınlara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Sosyo-Demografi Özellikler		Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	Total (n=64)	χ^2	p
		n (%)	n (%)	n (%)		
Yaş grubu	22 yaş altı	14 (%43,8)	17 (%53,1)	31 (%48,4)	0,250	0,617
	22 yaş ve üzeri	18 (%56,3)	15 (%46,9)	33 (%51,6)		
Eğitim	İlkokul ve altı	15 (%46,9)	21 (%65,6)	36 (%56,3)	1,587	0,208
	Ortaokul ve üzeri	17 (%53,1)	11 (%34,4)	28 (%43,8)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	3 (%9,4)	7 (%21,9)	10 (%15,6)	1,896	0,302
	Çalışmıyor	29 (%90,6)	25 (%78,1)	54 (%84,4)		
Gelir düzeyi	İyi	14 (%43,8)	14 (%43,8)	28 (%43,8)	0,000	1,000
	Orta	10 (%31,3)	10 (%31,3)	20 (%31,2)		
	Kötü	8 (%25)	8 (%25)	16 (%25,0)		
Sağlık güvencesi	Var	26 (%81,3)	26 (%81,3)	52 (%81,3)	0,001	1,000
	Yok	6 (%18,8)	6 (%18,8)	12 (%18,8)		
Yaşanılan yer	İl	17 (%53,1)	14 (%43,8)	31 (%48,4)	4,250	0,119
	İlçe	9 (%28,1)	16 (%50)	25 (%39,1)		
	Köy	6 (%18,8)	2 (%6,3)	8 (%12,5)		
Aile tipi	Çekirdek aile	26 (%81,3)	27 (%84,4)	53 (%82,8)	0,001	1,000
	Geniş aile	6 (%18,8)	5 (%15,6)	11 (%17,2)		
Evlenme yaşı	20 yaş ve altı	14 (%43,8)	16 (%50)	30 (%46,9)	0,063	0,802
	20 yaş üzeri	18 (%56,3)	16 (%50)	34 (%53,1)		
İlk gebelik yaşı	22 yaş altı	15 (%46,9)	20 (%62,5)	35 (%54,7)	1,009	0,315
	22 yaş ve üzeri	17 (%53,1)	12 (%37,5)	29 (%45,3)		

χ^2 : Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi

Çizelge 1'de kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların %51,6'sının (n=33) 22 yaş ve üzerinde olduğu, %56,3'ünün (n=36) ilkokul ve altı mezunu olduğu, %84,4'ünün (n=54) çalışmadığı, %62,5'inin (n=40) gelir durumunun iyi olduğu, %81,3'ünün (n=52) sağlık güvencesinin olduğu, %48,4'ünün (n=31) il'de yaşadığı ve %82,8'inin (n=53) aile tipinin çekirdek aile

olduğu, %53,1'inin (n=34) evlenme yaşının 20 yaş ve üzerinde olduğu, %54,7'sinin (n=35) ilk gebelik yaşının 22 yaş ve altında olduğu belirlenmiştir (Çizelge 1).

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

4.1.2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumları

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarındaki kadınların gebelik haftası ortalaması, gebeliği planlama durumları, doğum hazırlığı sınıfına katılma durumları, doğum şekline karar verme zamanı, doğum sırasında yanında yakınlarının olmasını isteme durumu, doğum sırasında en çok yayında bulunmasını istediği kişiler, gebelik haftası, doğum eylemini algılama şekli, normal doğum yapmak için hazır hissetme durumu, doğumla ilgili kaygılanma, normal doğum kararını veren kişiler ve travay odasındaki hasta sayısına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Kadınların gebelik haftalarının 38 ile 40 arasında değiştiği, ortalamasının $38,60 \pm 0,73$ ve medyanının 38 hafta olduğu görülmüştür.

Kadınların %95,3'ünün (n=61) gebeliğini planladıkları, %100,0'ının (n=64) doğum hazırlığı sınıfına katılmadıkları, %89,1'inin (n=57) doğum şekline gebeliğin ilk aylarında, %7,8'inin (n=5) gebeliğin son haftalarında ve %3,1'inin (n=2) doğuma geldiğinde karar verdiği saptanmıştır. Kadınların %90,6'sının (n=58) doğum sırasında destek olması için yanında yakınlarından birisinin olmasını ve %87,5'inin (n=56) destek olması için annesini yanında olmasını istediği belirlenmiştir.

Çizelge 2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumları

Özellikler		Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	Total (n=64)	χ^2	P
		n (%)	n (%)	n (%)		
Gebelik haftası	38 hafta	14 (%43,8)	21 (%65,6)	35 (%54,7)	2,270	0,132
	38 hafta ve üzeri	18 (%56,3)	11 (%34,4)	29 (%45,3)		
Doğum eylemini algılama şekli	Olumlu	22 (%68,8)	26 (%81,3)	48 (%75)	0,750	0,386
	Olumsuz	10 (%31,3)	6 (%18,8)	16 (%25)		
Normal doğum yapmak için hazır hissetme	Evet	21 (%65,6)	27 (%84,4)	48 (%75)	3,250	0,197
	Hayır	6 (%18,8)	2 (%6,3)	8 (%12,5)		
	Kısmen	5 (%15,6)	3 (%9,4)	8 (%12,5)		
Doğumla ilgili kaygılanma durumu	Evet	20 (%62,5)	24 (%75)	44 (%68,8)	0,655	0,418
	Hayır	12 (%37,5)	8 (%25)	20 (%31,3)		
Normal doğum kararını veren kişiler	Doktor	3 (%9,4)	2 (%6,3)	5 (%7,8)	2,512	0,285
	Kendisi	21 (%65,6)	16 (%50)	37 (%57,8)		
	Eşiyle	8 (%25)	14 (%43,8)	22 (%34,4)		
Travay odasındaki hasta sayısı	3 kişi ve altı	13 (%40,6)	16 (%50)	29 (%45,3)	0,252	0,616
	4 kişi	19 (%59,4)	16 (%50)	35 (%54,7)		

χ^2 : Ki-Kare Testi, Continuity (Yates) Düzeltmesi ve Fisher Tam Ki-Kare Testi

Çizelge 2’de kadınların doğum algısı ve doğuma hazır olma durumlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Kadınların %54,7’sinin (n=35) gebelik haftasının 38 hafta olduğu, %75’inin (n=48) doğum eylemini algılama şeklinin olumlu olduğu, %75’inin (n=48) normal doğum yapmak için kendini hazır hissettiği, %68,8’inin (n=44) doğumla ilgili kaygı duyduğu, %57,8’inin (n=37) normal doğum kararını kendisinin verdiği ve %54,7’sinin (n=35) travay odasındaki hasta sayısının 4 kişi olduğu saptanmıştır (Çizelge 2).

Gruplar arasında kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 2).

4.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Kaygı Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi sürekli kaygı durumları ve uygulama öncesi ve uygulama sonrası durumluk kaygı durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.2.1. Kadınların Uygulama Öncesi Sürekli Kaygı Ölçeği Puanları

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarındaki kadınların SKÖ den aldıkları puanlara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3. Kadınların Sürekli Kaygı Ölçeği'nden aldıkları puanlar

Sürekli Kaygı Ölçeği	Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
	47,59±2,44 (48)	47,81±2,62 (48)		

Z: Mann Whitney U Testi

Kadınların SKÖ toplam puanları 42 ile 63 arasında değişmekte olup, ortalamasının $47,70 \pm 2,53$ ve medyanının 48 olduğu saptandı. Bu çalışma için SKÖ Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,733 olarak saptandı. Gruplar arasında SKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p > 0,05$)

4.2.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Bu bölümde; deney ve kontrol gruplarındaki kadınların DKÖ den aldıkları puanlara ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Durumluk Kaygı Ölçeği Puanları

Durumluk Kaygı Ölçeği		Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	¹Z	P
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Dilatasyon 3-4 cm	Uygulama öncesi	45,25±3,91 (46)	44,88±4,06 (45)	-0,451	0,652
	Uygulama sonrası	44,09±1,27 (44)	52,50±3,31 (53)	-6,776	0,000**
	²Z	-1,528	-4,775		
	p	0,127	0,001**		
Dilatasyon 5-6 cm	Uygulama öncesi	48,13±3,03 (49)	51,78±2,21 (52)	-4,973	0,000**
	Uygulama sonrası	47,09±0,81 (47)	52,06±1,54 (52)	-6,945	0,000**
	²Z	-2,269	-0,374		
	p	0,001**	0,709		
Dilatasyon 8-9 cm	Uygulama öncesi	47,25±1,27 (47)	48,38±1,69 (48)	-2,496	0,13
	Uygulama sonrası	45,22±2,13 (45)	48,03±1,20 (48)	-5,721	0,001**
	²Z	-4,380	-1,322		
	p	0,000**	0,186		

¹Z: Mann Whitney U Testi

²Z: Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi

**p<0,01

Çizelge 4'te kadınların uygulama öncesi ve sonrası durumluk kaygı ölçeği puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Gruplar arasında dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesi DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05), (Çizelge 4). Gruplar arasında dilatasyon 3-4 cm iken uygulama sonrası DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p:0,001; p<0,01). Deney grubunda, dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05), (Çizelge 4). Kontrol grubunda, dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,000; p<0,01), (Çizelge 4). Dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesi DKÖ iç tutarlılık katsayısı 0,811, uygulama sonrası 0,716 olarak saptanmıştır.

Gruplar arasında dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesi ve sonrası DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,000$; $p<0,01$), (Çizelge 4). Deney grubunda, dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanlarındaki düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 4). Kontrol grubunda, dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 4). Dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesi DKÖ iç tutarlılık katsayısı 0,848, uygulama sonrası 0,823 olarak saptanmıştır.

Gruplar arasında dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesi DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), Gruplar arasında dilatasyon 8-9 cm iken uygulama sonrası DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p:0,008$; $p<0,01$), (Çizelge 4). Deney grubunda, dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,000$; $p<0,01$), (Çizelge 4). Kontrol grubunda, dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasındaki DKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 4). Dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesi DKÖ iç tutarlılık katsayısı 0,856, uygulama sonrası 0,801 olarak saptanmıştır.

4.3. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Yaşama Durumlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası ağrı yaşama durumlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.3.1. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puanları

Bu bölümde; deney ve kontrol grubundaki kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS puanlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 5. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Vizüel Analog Skala Puanları

Vizüel Analog Skala		Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	¹ Z	p
		Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
Dilatasyon 3-4 cm	Uygulama öncesi	4,97±0,74 (5)	4,75±0,72 (5)	-1,196	0,232
	Uygulama sonrası	4,09±0,73 (4)	5,50±0,62 (6)	-5,846	0,001**
	² Z	-4,644	-3,692		
	p	0,001**	0,001**		
Dilatasyon 5-6 cm	Uygulama öncesi	7,38±0,66 (7)	7,38±0,66 (7)	0,001	1,000
	Uygulama sonrası	6,91±0,82 (6)	7,97±0,59 (8)	-4,754	0,001**
	² Z	-2,434	-3,624		
	p	0,015*	0,001**		
Dilatasyon 8-9 cm	Uygulama öncesi	9,88±0,34 (10)	9,81±0,40 (10)	-0,683	0,495
	Uygulama sonrası	9,31±0,64 (9)	9,91±0,30 (10)	-4,207	0,001**
	² Z	-3,819	-1,732		
	p	0,001**	0,083		

¹Z: Mann Whitney U Testi

²Z: Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi *p<0,05 **p<0,01

Çizelge 5’de kadınların uygulama öncesi ve sonrası VAS puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Gruplar arasında dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesindeki VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubunun dilatasyon 3-4 cm iken uygulama sonrasındaki VAS puanları, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p:0,001; p<0,01), (Çizelge 5). Deney grubunda, dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,001; p<0,01), (Çizelge 5). Kontrol grubunda, dilatasyon 3-4 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,001; p<0,01), (Çizelge 5).

Gruplar arasında dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesindeki VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun dilatasyon 5-6 cm iken uygulama sonrasındaki VAS puanları, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 5). Deney grubunda, dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,015$; $p<0,05$). (Çizelge 5). Kontrol grubunda, dilatasyon 5-6 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 5).

Gruplar arasında dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesindeki VAS puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubunun dilatasyon 8-9 cm iken uygulama sonrasındaki VAS puanları, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 5). Deney grubunda, dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,015$; $p<0,05$), (Çizelge 5). Kontrol grubunda, dilatasyon 8-9 cm iken uygulama öncesine göre uygulama sonrasında VAS puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 5).

4.4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Maternal ve Fetal İyiliğine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası maternal ve fetal iyiliğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.4.1. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları

Bu bölümde, deney ve kontrol gruplarındaki kadınların nabız, sistolik kan basıncı, diastolik kan basıncı ve vücut ısı ölçümlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 6. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulguları

Yaşamsal Bulgular		Deney (n=32)		Kontrol (n=32)		Z	p
		Ort±SS (Medyan)	n	Ort±SS (Medyan)	n		
Nabız	0-2 saat	76,63±6,61 (75)	32	76,50±6,80 (75)	32	-0,142	0,887
	2-4 saat	77,59±5,33 (79)	32	77,63±6,00 (79,5)	32	0,001	1,000
	4-6 saat	77,00±4,75 (77)	28	76,69±4,43 (75,5)	32	-0,239	0,811
	6-8 saat	79,06±6,10 (80)	17	79,00±6,52 (77,5)	26	-0,300	0,764
SKB	0-2 saat	109,06±4,66 (110)	32	109,69±4,74 (110)	32	-0,531	0,596
	2-4 saat	109,69±3,09 (110)	32	110,31±3,09 (110)	32	-0,810	0,418
	4-6 saat	109,63±4,37 (110)	27	109,69±5,95 (110)	32	-0,020	0,984
	6-8 saat	110,59±2,43 (110)	17	112,31±4,30 (110)	26	-1,476	0,140
DKB	0-2 saat	66,25±5,54 (70)	32	66,88±5,92 (70)	32	-0,384	0,701
	2-4 saat	69,38±2,46 (70)	32	69,06±2,96 (70)	32	-0,462	0,644
	4-6 saat	69,26±3,85 (70)	27	68,13±4,71 (70)	32	-1,022	0,307
	6-8 saat	69,41±2,43 (70)	17	70,00±0,01 (70)	26	-1,237	0,216
Vücut Isısı	0-2 saat	36,75±0,08 (36,7)	32	36,73±0,09 (36,7)	32	-1,109	0,267
	2-4 saat	36,75±0,06 (36,8)	32	36,73±0,07 (36,7)	32	-0,927	0,354
	4-6 saat	36,76±0,05 (36,8)	27	36,75±0,05 (36,7)	32	-0,659	0,510
	6-8 saat	36,75±0,07 (36,8)	17	36,73±0,07 (36,7)	26	-1,199	0,231

Z: Mann Whitney U Testi

Çizelge 6’da kadınların gruplara göre yaşamsal bulgularına ilişkin bulgular verilmiştir. Gruplar arasında 0-2 saat, 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatlerindeki nabız ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Deney grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 6-8 saatteki nabız ölçümlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p:0,004$; $p<0,01$). 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat ve 4-6 saatteki nabız ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Kontrol grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki nabız ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6).

Gruplar arasında 0-2 saat, 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatlerindeki sistolik kan basıncı ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Deney grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6

saat ve 6-8 saatteki sistolik kan basıncı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Kontrol grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki sistolik kan basıncı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6).

Gruplar arasında 0-2 saat, 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatlerindeki diastolik kan basıncı ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Deney grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki diastolik kan basıncı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Kontrol grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki diastolik kan basıncı ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6).

Gruplar arasında 0-2 saat, 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatlerindeki vücut ısı ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Deney grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki ateş ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6). Kontrol grubunda, 0-2 saatteki nabız ölçümlerine göre 2-4 saat, 4-6 saat ve 6-8 saatteki ateş ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 6).

4.4.2. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kadınların gruplara göre serviks ve uterus kontraksiyonlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 7. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişleri

Doğum Sürecine İlişkin Bulgular		Deney (n=32)		Kontrol (n=32)		Z	p
		Ort±SS (Medyan)	n	Ort±SS (Medyan)	n		
Serviks	1. saat	4,63±0,79 (4)	32	4,22±0,42 (4)	32	-2,287	0,022*
	2. saat	5,53±1,19 (5)	32	4,81±0,64 (5)	32	-2,818	0,005**
	3. saat	6,55±1,46 (6)	31	5,47±0,67 (5)	32	-3,374	0,001**
	4. saat	7,67±1,35 (7)	30	6,41±0,71 (6)	32	-4,113	0,001**
	5. saat	8,58±0,99 (8)	26	7,44±0,84 (7)	32	-4,039	0,001**
	6. saat	9,43±0,75 (10)	21	8,44±0,98 (8)	32	-3,484	0,001**
	7. saat	9,92±0,29 (10)	12	9,19±0,75 (9)	26	-3,006	0,003**
Kontraksiyon	1. saat	1,25±0,51 (1)	32	1,16±0,37 (1)	32	-0,684	0,494
	2. saat	1,81±0,74 (2)	32	1,47±0,51 (1)	32	-1,861	0,063
	3. saat	2,23±0,62 (2)	31	1,78±0,55 (2)	32	-2,835	0,005**
	4. saat	2,57±0,57 (3)	30	2,19±0,54 (2)	32	-2,687	0,007**
	5. saat	2,88±0,33 (3)	26	2,63±0,49 (3)	32	-2,226	0,026*
	6. saat	3,00±0,00 (3)	21	2,81±0,40 (3)	32	-2,087	0,037*
	7. saat	3,00±0,00 (3)	12	3,00±0,00 (3)	26	0,000	1,000

Z: Mann Whitney U Testi *p<0,05 **p<0,01

Çizelge 7’ da kadınların gruplara göre doğumlarının ilerleyişleri ilişkin bulgular verilmiştir. Deney grubunun 1.saat (p:0,022), 2.saat (p:0,005), 3.saat (p:0,001), 4.saat (p:0,001), 5.saat (p:0,001), 6.saat (p:0,001) ve 7.saatteki (p:0,003) serviks ölçümleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0,05, p<0,01), (Çizelge 7). Deney grubunda, 1.saatteki serviks ölçümüne göre 2.saat (p:0,001), 3.saat (p:0,001), 4.saat (p:0,001), 5.saat (p:0,001), 6.saat (p:0,001) ve 7. saatteki (p:0,001) serviks ölçümlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01), (Çizelge 7). Kontrol grubunda, 1.saatteki serviks ölçümüne göre 2.saat (p:0,001), 3.saat (p:0,001), 4.saat (p:0,001), 5.saat (p:0,001), 6.saat (p:0,001) ve 7. saatteki (p:0,001) serviks ölçümlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,01), (Çizelge 7).

Gruplar arasında 1., 2. ve 7. saatteki kontraksiyon ölçümleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Deney grubunun 3.saat (p:0,005), 4. saat (p:0,007), 5. saat (p:0,026) ve 6. saatteki (p:0,037) kontraksiyon

ölçümleri, kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,01$), (Çizelge 7). Deney grubunda, 1.saatteki serviks ölçümüne göre 2.saat ($p:0,001$), 3.saat ($p:0,001$), 4.saat ($p:0,001$), 5.saat ($p:0,001$), 6.saat ($p:0,001$) ve 7. saatteki ($p:0,001$) kontraksiyon ölçümlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$), (Çizelge 7). Kontrol grubunda, 1.saatteki serviks ölçümüne göre 2.saat ($p:0,002$), 3.saat ($p:0,001$), 4.saat ($p:0,001$), 5.saat ($p:0,001$), 6.saat ($p:0,001$) ve 7. saatteki ($p:0,001$) kontraksiyon ölçümlerinde görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,01$), (Çizelge 7), (Doğum sonrası veriler dağılımı 7.saatten sonra azaldığından analizler 8. saate kadar yapılmıştır. Her saatte her kadın için ölçüm bulunmadığından ortak olan ölçümler analize dahil edilmiştir. Amniyon sıvısının dağılımı analize uygun olmadığından tabloya dâhil edilmemiştir.

4.4.3. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, fetüsün gruplara göre kalp atım hızlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 8. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızları

Kalp Atım Hızı	Deney (n=32)		Kontrol (n=32)		Z	p
	Ort±SS (Medyan)	n	Ort±SS (Medyan)	n		
1. saat	135,31±8,79 (140)	32	139,69±10,92 (140)	32	-1,668	0,095
2. saat	137,81±11,57 (140)	32	137,50±8,80 (140)	32	-0,091	0,928
3. saat	137,42±10,32 (140)	31	137,50±9,84 (140)	32	-0,022	0,983
4. saat	142,67±11,72 (140)	30	141,88±13,78 (140)	32	-0,152	0,879
5. saat	141,54±10,47 (140)	26	143,13±10,61 (140)	32	-0,553	0,580
6. saat	140,48±9,73 (140)	21	138,75±11,29 (140)	32	-0,525	0,599
7. saat	135,83±15,05 (140)	12	135,38±13,34 (135)	26	-0,049	0,961

Z: Mann Whitney U Testi

Çizelge 8’de fetüsün gruplara göre kalp atım hızlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Gruplar arasında 1., 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. saatlerdeki kalp atım hızları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. ($p>0,05$), (Çizelge 8). Deney grubunda, 1.saatteki kalp atım hızlarına göre 4. saatteki kalp atım hızlarında görülen artışlar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p:0,005$; $p<0,01$). 1. saatteki kalp atım hızlarına göre 2., 3., 5., 6. ve 7. saatteki kalp atım hızlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 8). Kontrol grubunda, 1. saatteki kalp atım hızlarına göre 2., 3., 4., 5., 6. ve 7. saatteki kalp atım hızlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 8).

4.4.4. Kadınların Gruplara Göre Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, kadınların deney ve kontrol gruplarına göre doğum süresine ilişkin bulgular, fetüsün deney ve kontrol gruplarına göre farklı zamanlardaki kalp atım hızları ve yenidoğanların Apgar skorlarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 9. Kadınların Gruplara Göre Doğum Süreleri

Toplam Doğum Süresi (saat)	Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
	6,28±1,39 (6,5)	7,92±1,06 (7,96)		
			-4,452	0,001**

Z: Mann Whitney U Testi

** $p<0,01$

Çizelge 9’da kadınların gruplara göre doğum sürelerine ilişkin bulgular verilmiştir. Kontrol grubunun toplam doğum süreleri, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 9)

Çizelge 10. Yenidoğanların Gruplara Göre APGAR Puanları

APGAR	Deney (n=32)	Kontrol (n=32)	Z	p
	Ort±SS (Medyan)	Ort±SS (Medyan)		
1. dk	8,78±0,42 (9)	8,75±0,44 (9)	-0,293	0,770
5. dk	9,91±0,30 (10)	9,84±0,37 (10)	-0,750	0,453

Z: Mann Whitney U Testi

Çizelge 10’da yenidoğanların gruplara göre apgar puanlarına ilişkin bulgular verilmiştir. Gruplar arasında 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 10).

Kadınların tamamı ($n=64$) sağlıklarını iyi olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların tamamında doğum sonrası dönemde doğum odasından doğum sonu bakım kliniğine gidinceye kadar geçen sürede (ortalama 45 dk içinde) herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

4.5. Kadınların Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Bu bölümde deney grubundaki kadınların masaj memnuniyetine ve sonraki doğumda masaj isteğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 11. Kadınların Masaj Memnuniyetine İlişkin Bulgular

Deney Grubu ($n=32$)		
Masaj memnuniyeti	Min-Maks	9-10
	Ort $\pm$ SS (Medyan)	9,91 $\pm$ 0,30 (10)
Sonraki doğumda masaj isteği, n(%)	Evet	32 (%100)
	Hayır	-

Çizelge 11’de deney grubundaki kadınların masaj memnuniyetine ilişkin bulgular verilmiştir. Deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet düzeylerinin 9 ile 10 arasında değişmekte olduğu, ortalamasının 9,91 $\pm$ 0,30 ve medyanının 10 olduğu saptanmıştır. Kadınların tamamı ($n=32$) sonraki doğumda masaj yaptırmak istemektedirler (Çizelge 11).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Swedish masajının kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla randomize kontrollü, deneysel olarak yapılan bu çalışmada elde edilen veriler güncel literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Birinci bölümde, kadınların tanıtıcı özellikleri ve doğumla ilgili algı ve doğuma hazır olma durumlarına ilişkin bulguların tartışması,

İkinci bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerine ilişkin bulguların tartışması,

Üçüncü bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası ağrı yaşama durumlarına ilişkin bulguların tartışması,

Dördüncü bölümde, kadınların uygulama öncesi ve sonrası maternal ve fetal iyilik durumlarına ilişkin bulguların tartışması,

Beşinci bölümde, kadınların doğum memnuniyetine ilişkin bulguların tartışması yer almıştır.

5.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ve Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

5.1.1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda, kadınların yaşlarının 18 ile 30 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $22,08 \pm 2,73$ olduğu, %51,6' sının 22 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye'de doğurganlık hızlarına bakıldığında 25-29 yaş grubundaki kadınların ilk sırada, 20-24 yaş grubundaki kadınların ise ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (106).

Çalışmamız incelendiğinde kadınların %56,3'ünün ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (Çizelge 1). TNSA 2013 verilerine göre; 25-29 yaş grubundaki kadınlarda %12,5 'i hiç eğitim almamış ya da ilkokulu bitirmemiş, %44,1'inin en az lise mezunu olduğu görülmüştür (106).

Çalışmamızda kadınların evlenme yaşlarının 15 ile 28 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $21,08 \pm 2,72$ ve medyanının 21 yıl olduğu saptanmıştır. TNSA 2013

verilerine göre, 25-49 yaşlarındaki kadınların % 41'inin 20 yaşından önce, %22'sinin 18 yaşına kadar, % 4'ünün de 15. yaş gününden önce evlendikleri, ortanca ilk evlenme yaşının ise 21 olduğu belirlenmiştir (106). TÜİK 2017 verilerine göre ilk evlenme yaşı 24,6 olarak belirlenmiştir (107).

Çalışmamızda kadınların ilk gebelik yaşlarının 18 ile 29 yıl arasında değiştiği, ortalamasının $21,67 \pm 2,71$ ve medyanının 21 yıl olduğu saptanmıştır. TNSA-2013 sonuçları, 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşının 22.9 olduğunu göstermiştir. TNSA verilerine göre ilk gebelik yaşı ile ilgili bilgilere ulaşamamış olup ilk doğum yaşı üzerinden tartışılmıştır (106).

Çalışmamızda kadınların %6,3'ünün (n=4) 1 kez düşük veya kürtaj yaptığı saptanmıştır. TNSA 2013 sonuçlarına göre kendiliğinden düşük oranı %14, isteyerek düşük oranı ise %4,7, kadın başına isteyerek düşük sayısı ise 0,14 olarak belirlenmiştir (106).

Çalışmamızda gebelerin %93,8'inin (n=60) 1 kez, %6,3'ünün (n=4) ise 2 kez gebelik yaşadığı saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre Toplam doğurganlık hızı 2,9, istenen doğurganlık hızı ise 1,9 olarak belirlenmiştir (106). Çalışmamızda gebeler primipar kadınlardan oluşmaktadır.

Çalışmamızda kadınların %84,4'ünün (n=54) çalışmadığı, %62,5'inin (n=40) gelir durumunun iyi olduğu, %81,3'ünün (n=52) sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır (çizelge 1). TNSA 2013 verilerine göre, kadınların %31'inin çalışmakta olduğu, %11'inin sağlık sigortasının olmadığı görülmektedir (106). TÜİK 2017 verilerine göre kadınların %43, 5' i gelir durumundan memnun olduğu belirlenmiştir (107).

Deney ve kontrol gruplarında kadınların gebeliğe ilişkin özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$), (Çizelge 2). Dolayısıyla deney ve kontrol gruplarının kadınların sosyo-demografik özellikleri açısından benzerlik göstermektedir. Bu durum sonuçların güvenilirliğini artırmıştır.

5.1.2. Kadınların Doğumla İlgili Algı ve Doğuma Hazır Olma Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda gebeliğe ilişkin özellikler incelendiğinde kadınların %95,3'ünün gebeliği planladıkları saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %74,1'inin

gebeliğini planladığı, %12,5'inin gebeliğini planlamadığı görülmüştür. Avcıbay'ın (20) 2009'da 60 gebe ile yürüttüğü travaydaki gebelerin ağrıyla doğal baş etme yöntemlerinden gevşeme, pozisyon değişikliği ve solunum egzersizinin ağrı anksiyetesi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak yürüttüğü araştırmada gebelerin % 81,6'sının gebeliği planladıkları, % 18,3'ünün ise gebeliği planlamadıkları belirlenmiştir. Hamlacı (108) tarafından 2013'de 88 gebede eldeki LI4 noktasına uygulanan akupresürün, gebelerde algılanan doğum ağrısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada gebelerin %80,7'sinin isteyerek gebe kaldığı görülmüştür. Yıldırım (51) tarafından 2014'de Kalın Bağırsak 4 (Large Intestinal 4-LI4) akupres enerji meridyen bölgesine uygulanan buz basısının kadınların doğum ağrısını algılamalarına ve doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla 72 gebe üzerinde yapılan çalışma da çalışmamızdan farklı olarak araştırmaya katılan gebelerin %55,6'sının planlı, %44,4'ünün planlamadan gebe kaldıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda gebelerin %100,0'ının doğuma hazırlıkla ilgili herhangi bir kurs ya da eğitime katılmadıkları saptanmıştır. Dünyada doğuma hazırlık sınıflarının 1930 yıllarında başlamış olup etkinliğini arttırarak günümüze kadar devam ettiği görülmektedir. Ülkemizde 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi ile gebe sınıfları açılmış ve gebelere eğitim verilmeye başlanmıştır (109). Verilere göre, 2014 yılında son 3 ayda 128.589 gebeye, 2015 yılında 163.912 gebeye ve 2016 yılında 216.982 gebeye eğitim verilmiştir (110). Öztürk (1) tarafından 2008'de yapılan doğum eyleminde LI4 enerji meridyen bölgesine uygulanan buz masajının doğum ağrısı algısı üzerine etkisini belirlemek için 150 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebeliklerinde doğum ile ilgili bilgi alan gebe oranının %6.7 olduğu görülmüştür.

Çalışmamızda kadınların %75'inin (n=48) doğum sürecini olumlu şekilde algıladığı saptanmıştır. Hamlacı (108) tarafından yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada gebelerin %30,7'si normal doğumu çok kötü, %12'si normal doğumu iyi olarak değerlendirdiği ve %17'sinin ise daha önce çevresinden doğumla ilgili herhangi bir şey duymadığını belirttiği görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde Duru (111) tarafından 2014'de 170 primipar anne ve eşinde anne ve babaların doğum eylemindeki eş desteğine ilişkin görüşlerini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada gebelerin yarısından fazlasının doğum deneyimini olumlu olarak değerlendirdikleri bildirilmiştir.

5.2. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda deney ve kontrol grubunda SKÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Sürekli kaygı ölçeği, genellikle bireyin içinde bulunduğu durumu, kendini nasıl hissettiğini tanımlar. Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin sürekli kaygı puanları arasında farklılık yoktur. Bu durum Swedish masajın deney ve kontrol gruplarında etkisini değerlendirmek açısından çalışmayı olumlu etkilemektedir.

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında dilatasyon 3-4, 5-6 ve 8-9 cm iken gebelerin DKÖ puan ortalaması arasında uygulama öncesine göre uygulama sonrasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p<0,05$), (Çizelge 4). Deney grubundaki gebelere uygulanan swedish masaj sonrası kadınların kaygı düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın hipotezlerinden olan "Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masajın doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında kadının kaygı düzeyini azaltmada etkilidir" hipotezi çalışmanın sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Yapılan çeşitli çalışmalar da çalışmamızı destekler niteliktedir. Gönenç (3) tarafından 2013' de yapılan randomize kontrollü çalışmada gebelerin uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Mortazavi and Khaki (13) tarafından 2012' de yapılan çalışmada gebelerin uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Chang et al. (94) tarafından 2002' de yapılan randomize kontrollü çalışmada gebelerin uygulama öncesi ve sonrası kaygı düzeylerinde anlamlı farklılıklar görülmüştür. Bagheri and Ali Akbari (100) tarafından 2009' da yapılan çalışmada kaygı düzeylerinde istatistiksel anlamlı farklılıklar görülmüştür.

Araştırma sonuçlarımıza göre; Swedish masajının doğum sürecinde kaygıyı azalttığını söyleyebiliriz. Görüldüğü üzere literatür bulguları çalışmamızdan elde edilen olumlu sonuçlara katkı sağlar niteliktedir.

5.3. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Ağrı Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda deney ve kontrol grupları arasında uygulama öncesindeki VAS puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Çizelge 5). Çalışmamıza benzer bir şekilde Gönenç (3) tarafından 120 primipar gebeye masaj ve akupressürün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada çalışmamızdan farklı olarak hiç bir müdahale yapılmadan önceki VAS skorlarının deney grubunda yüksek ($6,36\pm1,098$), kontrol grubunda ise düşük ($5,80\pm1,401$) olduğu tespit edilmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur. Taghinejad et al. (97) tarafından 2010'da 101 primigravida gebe ile doğum ağrılarının şiddetini hafifletmek için masaj ve müzik terapileri etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan Masaj grubunda uygulama öncesi ağrı şiddeti müzik grubuna göre daha düşük bulunmuştur ($p = 0,009$). Karami et al. (92) tarafından çalışmada kontrol grupları ve deney grupları arasında uygulama öncesi ağrı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olmadığı görülmüştür.

Doğum ağrısının yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerde kullanılmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar değerlendirildiğinde, Mirzaei and Kaviani (96) tarafından 2010'da 80 primipar kadın üzerinde, ayak masajının doğumun süresi ve doğumun birinci evresindeki ağrı şiddeti üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada çalışmamıza benzer şekilde deney ve kontrol grupları arasında müdahale öncesi ağrı şiddetinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda uygulama sonrası kontrol grubunun ağrı puanlarının, deney grubundanki ağrı puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p:0,001$; $p<0,01$) (Çizelge 5). Literatürde masaj terapisinin doğum ağrısına etkilerinin araştırıldığı pek çok çalışma bulunmaktadır. Böylece araştırmanın Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masajın doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel, ayak ve ellere uygulandığında doğum ağrısını azaltmada etkilidir" hipotezi çalışmanın sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Bu çalışmalar incelendiğinde, çalışmamıza benzer şekilde Khudhur and Mirkhan (9) tarafından 2018'de rastgele seçilen 80 gebede doğumun birinci aşamasında pozisyon

ve sırt masajında değişimin ağrı algısına etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel olarak yapılan çalışmada da çalışmamıza benzer olarak ağrı yoğunluğu kontrol gruplarında deney gruplarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Türkmen (112) tarafından 2017'de 90 primipar gebe ile yapılan randomize deneysel çalışmada Masaj, sıcak uygulama ve kontrol grubu olmak üzere üç grup oluşturulmuştur. Müdahale gruplarına sakral masaj ve sakral bölgeye sıcak uygulama yapılmış, kontrol grubuna ise sadece standart ebelik bakımı verilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre sıcak uygulama yapılan grubun ağrı ortalaması masaj ve kontrol gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. Masaj grubunun ayrı yoğunluğu da kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Hosseini and Asadi (12) tarafından yapılan çalışmada çalışmamıza benzer şekilde ağrı yoğunluğunun kontrol gruplarında deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Gallo et al.(89) tarafından 2013'de 46 gebe ile masajın, doğum ağrısını üzerindeki etkisini anlamak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubunda müdahale sonunda ağrı şiddeti kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşüktür. Kamalifard et al. (95) tarafından 2012' de 82 primipar kadın ile masaj tedavisi ve solunum tekniklerinin ağrı şiddetine ve doğum ağrılarına verilen fizyolojik tepkiler üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada M1 ve M2 grupları arasındaki 4 ve 6 cm'lik dilatasyonlardaki ortalama ağrıdaki farklılıklar anlamlı iken 8 ve 10 cm dilatasyonlarındaki farklılıkların anlamlı olmadığı bildirilmiştir. B1 ve B2 gruplarındaki ortalama ağrının karşılaştırılmasında, 4, 6 ve 10 cm dilatasyonlarda anlamlı farklılıklar görülmüştür. Ancak, 8 cm dilatasyonda anlamlı bir fark görülmemiştir. Janssen et al. (88) tarafından 2012' de 77 nullipar kadın ile masajın doğum sonuçlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubuna Swedish masaj, kontrol grubu standart bakım verilmiştir. Deney grubunun müdahale sonrası ağrı şiddetinin kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür. Mortazavi and Khaki (13) tarafından masaj terapisinin doğum sırasındaki ağrı, kaygı ve memnuniyet üzerine etkilerini belirlemek amacıyla 120 primipar gebede yapılan randomize kontrollü çalışmada ağrı yoğunluğu kontrol gruplarında, deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Taghinejad et al. (97) tarafından 101 primigravida ile doğum ağrılarının şiddetini hafifletmek için masaj ve müzik terapileri

etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada masaj grubunda uygulama öncesi ağrı şiddeti müzik grubuna göre daha düşük bulunmuştur ($p=0,009$). İki grup arasında girişim sonrası ağrı şiddeti masaj grubunda müzik grubuna göre istatistiksel olarak daha düşüktür ($p=0,01$). Mirzaei and Kaviani (96) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü çalışmada ise masaj öncesi ve hemen sonraki doğum ağrısı şiddetinin, vaka ve kontrol grupları arasında değişmediğini ($p>0,05$) ancak, yarım, bir ve iki saat sonra müdahale grubundaki doğum ağrısı şiddetinin ($p<0,001$) kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu göstermiştir. Khodakaram (93) tarafından 2006'da 60 nullipar kadın ile masaj tedavisinin doğum ağrısına ve gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, deney grubundaki kadınların ortalama ağrı yoğunluğu kontrol grubuna göre istatistiksel anlamda düşük bulunmuştur. Shahri (99) tarafından 2009'da 90 primipar gebede lavanta yağı ile masajın ağrı yoğunluğu ve hasta memnuniyeti üzerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan çalışmada çalışmamıza benzer olarak ağrı puanının kontrol gruplarında deney gruplarındaki ağrı puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Abasi and Abedian (91) tarafından 2008'de yapılan çalışma da çalışmamıza benzer şekilde ağrı puanının kontrol gruplarında deney gruplarındaki ağrı puanına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Chang et al. (94) tarafından 60 primipar gebede masajın doğum ağrısına ve doğum süreci kaygısına etkisini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada ağrı yoğunluğu kontrol gruplarında deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır.

Doğum ağrısının yönetiminde Swedish masaj tekniklerinden efloraj dışında başka nonfarmakolojik yöntemler de kullanılmaktadır. Diğer nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar değerlendirildiğinde, Sadat and Forugh (10) tarafından 2016'da 60 Primigravidalı kadınlarda el masajının doğum eyleminin birinci evresindeki yoğunluğu ve süresi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü deneysel çalışmada çalışmamıza benzer şekilde ağrı yoğunluğunun kontrol gruplarında deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. İpek (2) tarafından 2014'de 120 primipar gebe ile doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi belirlemek amacı ile yapılan randomize kontrollü çalışmada uygulama sonrası ağrı yoğunluğu kontrol gruplarında deney gruplarına göre istatistiksel olarak

anlamalı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır. Erenoğlu (98) tarafından 2013' de 80 gebede ekspressif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü deneysel olarak yapılan çalışmada kontrol gruplarında deney gruplarına göre ağrı puanlaması istatistiksel olarak anlamalı şekilde yüksek bulunmuştur. Bagheri and Ali Akbari (100) tarafından 2009' de 60 gebede plantar refleksolojinin gebelerin ağrı şiddeti ve stresine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü yapılan çalışmada çalışmamıza benzer şekilde kontrol gruplarında deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamalı şekilde yüksek bulunmuştur. Simkin and Bolding (101) tarafından 2004' de rastgele seçilen gebelerde doğum ağrısını gidermek ve acı çekmeyi önlemek için farmakolojik olmayan yaklaşımları belirlemek amacı ile randomize kontrollü yapılan çalışma da çalışmamıza benzer şekilde kontrol gruplarında ağrı yoğunluğu deney gruplarına göre istatistiksel olarak anlamalı düzeyde yüksek bulunmuştur. Simkin and Hara (103) tarafından 2002' de rastgele seçilen gebelerde doğum sırasında farmakolojik olmayan yöntemlerle ağrının şiddetine etkisini belirlemek amacı ile randomize kontrollü yapılan çalışma da çalışmamıza benzer olarak kontrol gruplarında deney gruplarına göre ağrı puanlamaları istatistiksel olarak anlamalı derecede yüksek bulunmuştur.

5.4. Kadınların Uygulama Öncesi ve Sonrası Maternal ve Fetal İyilik Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışması

5.4.1. Kadınların Gruplara Göre Yaşamsal Bulgularının Tartışması

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında yaşamsal bulgular arasında istatistiksel anlamda farklılık saptanmamış ve bulgular normal aralıkta olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 6).

5.4.2. Kadınların Gruplara Göre Doğumlarının İlerleyişlerine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında farklı zamanlardaki serviks dilatasyonu ve kontraksiyon şiddeti açısından değerlendirdiğimizde deney gruplarında kontrol gruplarına göre istatistiksel olarak anlamalı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$), (Çizelge 7). Deney grubunda doğumların ilerleyişi kontrol grubuna göre daha

olumlu ilerlemiş, dilatasyonun ilerlemesi daha hızlı, kontraksiyonların şiddeti ise daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmamızın hipotezlerinden olan “Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masajın doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında doğumun süresini kısaltmada etkilidir” hipotezi çalışmanın sınırlılıkları dâhilinde kabul edilmiştir.

Öztürk (1) tarafından yapılan çalışmada gebeler arasında uygulama öncesi ve uygulama sonrası servikal dilatasyon ve efasman ortalamaları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Uygulama esnasında geçen süre nedeni ile gebelerin doğum süreçlerinin ilerlediği, dilatasyon ve efasmanlarında artış olduğu görülmüştür.

Doğumun ilerleyişinin yönetiminde diğer nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalar değerlendirildiğinde; Hamlacı (108) tarafından yapılan çalışmada gruplar arasında eylem ilerledikçe servikal dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiş, servikal silinme yüzdesine bakıldığında deney ve kontrol gruplarının sadece ilk uygulamadan sonraki silinme düzeyinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu görülmüştür.

5.4.3. Fetüsün Gruplara Göre Kalp Atım Hızlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda gruplar arasında fetal kalp atım hızında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmamıştır (Çizelge 8). Yıldırım (51) tarafından yapılan çalışmada fetal kalp atım hızı ikinci uygulamada deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir düşüş göstermiştir. Hamlacı'nın (108) çalışmasında deney ve kontrol gruplarının hastaneye geldiğinde, ilk uygulamadan önce, ilk uygulamadan sonra, ikinci uygulamadan önce ve ikinci uygulamadan sonraki fetal kalp atımlarının ortalamalarında anlamlı bir farklılık gözlenmediği görülmektedir. Mucuk (15) tarafından 2010'da akupunktur noktasına yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresine etkisini belirlemek amacı ile yapılan çalışmada fetal kalp atım hızı ortalaması bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir.

5.4.4. Kadınların Gruplara Göre Doğum Sonuçlarına İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmamızda toplam doğum süreleri incelendiğinde; kontrol grubunun toplam doğum süreleri, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür.($p:0,001$; $p<0,01$), (Çizelge 9). Deney grubundaki kadınların doğum süreleri kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda araştırmamızın hipotezlerinden olan “Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masajın doğum sürecinde (latent, aktif ve geçiş fazı) sakrum, kalça, omuz, bel ayak ve ellere uygulandığında doğumun süresini kısaltmada etkilidir” hipotezi çalışmanın sınırlılıkları dâhilinde kabul edilmiştir.

Çalışmamıza benzer şekilde Bolbol-Haghighi et al. (11) tarafından 100 primipar gebe ile masaj terapisinin doğum süresi üzerine etkisi belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada rastgele deney ve kontrol gruplarında ayrılmıştır. Deney grubundaki doğumun birinci evresi ve doğum ikinci evresindeki süre kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,0001$, $p=0,003$). İpek (2) tarafından yapılan çalışmada ise aktif faz süresi açısından kontrol grubunun toplam doğum süreleri, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gallo et al. (89) tarafından 46 gebe ile masajın, doğum ağrısını üzerindeki etkisini anlamak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubu ortalama doğum süresi 6,8 saat (SS 1,6) ve kontrol grubu 5,7 saat olup ortalama fark 1,1 saat, deney grubu ortalama doğum süresi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Gönenç (3) tarafından yapılan çalışmada doğumun birinci evresi açısından kontrol grubunun toplam doğum süreleri, deney grubundan anlamlı farklılık gösterirken doğumun ikinci evresinin süresi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Khodakaram (93) tarafından 60 nullipar kadın ile masaj tedavisinin doğum ağrısına ve gebelik sonucuna etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışma deney grubundaki kadınların doğumun birinci evresi süresi kontrol grubuna göre kısalmıştır. Karami et al. (92) tarafından yapılan çalışmada kontrol grubunun doğum süreleri, deney grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Hamlacı'nın (108) çalışmasında ise doğum eyleminin toplam süresi deney grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür.

Kadınların uygulama öncesi ve sonrası fetal iyilik durumlarını değerlendirdiğimizde gruplar arasında 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p>0,05$), (Çizelge 10). Bolbol-Haghighi et al. (11) tarafından 100 primipar gebe ile masaj terapisinin doğum süresi üzerine etkisi belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada deney ve kontrol grupları rastgele ayrılmıştır. Deney grubundaki yenidoğanların APGAR puanları 1. ve 5. dakikada kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0.0001$). Gallo et al. (89) tarafından 46 gebe ile masajın, doğum ağrısını üzerindeki etkisini anlamak amacıyla yapılan randomize kontrollü çalışmada deney ve kontrol gruplarında yenidoğanların 1. ve 5. dakikadaki APGAR puanların %90'ı 7-10 puan aralığında çıkmıştır. Kamalifard et al. (95) tarafından 82 primipar kadın ile masaj tedavisi ve solunum tekniklerinin ağrı şiddetine ve doğum ağrılarına verilen fizyolojik tepkiler üzerindeki etkisi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, doğumdan sonra APGAR puanları gruplar arasında farklılık göstermemiştir. Yıldırım'ın (51) çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak bebeklerin APGAR puanları deney ve kontrol grubunda zaman içerisinde benzer şekilde artış göstermiştir ($p>0,05$). Çalışmamıza benzer şekilde Öztürk (1) tarafından yapılan çalışmada da yenidoğanların APGAR puan ortalamaları bakımından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

5.5. Kadınların Doğum Memnuniyetine İlişkin Bulguların Tartışması

Deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet düzeylerinin 9 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalamasının $9,91\pm0,30$ ve medyanının 10 olduğu saptanmıştır. Kadınların tamamı ($n=32$) sonraki doğumda masaj yaptırmak istemektedir (Çizelge 11). Çalışmamıza benzer şekilde Sadat and Forugh (10) tarafından yapılan çalışmada çalışmamıza benzer şekilde memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gönenç (3) tarafından yürütülen çalışmada deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Mortazavi and Khaki (13) ve Erenoğlu (98) tarafından başlıklı çalışmada rastgele seçilen gebelerde yapılan çalışmalarda çalışmamıza benzer şekilde memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Shahri (99) tarafından yapılan çalışmada deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Karami et al. (92) tarafından yapılan randomize kontrollü çalışmada deney grubundaki kadınların masaj memnuniyet oranları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamız Swedih masajın kadınların kaygı düzeyine, doğum ağrısının şiddetine ve doğumun maternal ve fetal açıdan sonucuna etkisini belirlemek amacıyla randomize kontrollü deneysel bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma başlangıcında öngörülen hipotezler sınanmıştır. Uygulanan Swedish (efloraj) masaj sonrasında;

- Gebelerin doğum ağrıları azalmıştır.
- Gebelerin kaygı düzeyi azalmıştır.
- Gebelerin doğum süresi kısalmıştır.
- Hasta memnuniyeti artmıştır.

Araştırma sonucunda;

- Deney grubunda bulunan kadınların uygulama sonrası kaygı düzeyleri uygulama öncesine ve kontrol grubunda bulunan gebelere göre düşmüştür.
- Deney grubunda bulunan gebelerin uygulama sonrası VAS puanları uygulama öncesi VAS puanlarına göre düşmüştür.
- Kadınların yaşamsal bulguları normal değerlerde seyredip gruplar arasında farklılık olmamıştır.
- Doğumun deney grubundaki kadınlarda kontrol grubuna göre daha hızlı ilerlediği görülmüştür.
- Deney grubunda bulunan kadınların doğum süreleri kontrol grubunda bulunan kadınlara göre azalmıştır.
- Fetüsün kalp atım hızında deney ve kontrol grupları arasında farklılık olmadığı görülmüştür.
- Deney grubunda yenidoğanların APGAR puanları kontrol grubuna göre farklılık göstermemiştir.
- Kadınların tamamının sağlıklarını iyi olarak algıladıkları görülmüştür.
- Deney grubunda bulunan kadınların tamamının masajdan memnun olduğu, memnuniyet düzeyinin çok yüksek olduğu ve kadınların tamamının bir sonraki doğumda masaj yaptırmak istediği görülmüştür.

- Kadınların tamamında doğum sonrası dönemde, doğum odasından doğum sonu bakım kliniğine gidinceye kadar geçen sürede (ortalama 45 dk içinde) herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

Çalışmamızın sonucunda, sakrum, kalça, omuz, bel, eller ve ayaklara yapılan Swedish masaj tekniklerinden efloraj tekniği ile masaj uygulamasının kadınların doğum sürecinde yaşadığı kaygı düzeyini düşürdüğü doğum eyleminin ilerleyişine olumlu katkı yaparak doğum süresini kısalttığı, ve yenidoğan apgar puanları 7-10 değerleri arasında tutulmasını ve annenin sağlığını iyi algılamasını sağladığı belirlenmiştir.

Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda;

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

KAYNAKLAR

1. **Öztürk Can H.** Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2008**.
2. **İpek A.** Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğumun Süresine Etkisi. Yükseklikans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2014**.
3. **Gönenç İM.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
4. **Yeşildağ B, Gölbaşı Z.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, **2018**; 8(3): 104-111
5. **Mamuk R, Davas İN.** Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2010**; 44(3): 137-144.
6. **Yüksel İ.** *Masaj Teknikleri*. 4. Baskı, Ankara: Hipokrat Kitapevi&Pelikan Kitapevi, **2016**.
7. **Başer M, Taşçı S.** *Kanıtı Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı Ve Destekleyici Uygulamalar*. Ankara: Akademisyen Kitapevi, **2015**.
8. **Gholami-Motlagh, et al.** Comparing the effects of two Swedish massage techniques on the vital signs and anxiety of healthy women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, **2016**.
9. **Khudhur AS, Mirkhan AH.** Effect of Change in Position and Back Massage on Pain Perception during First Stage of Labor. *American Society for Pain Management Nursing*. Vol 19, No 3 (June), **2018**; pp 288-294
10. **Sadat HS, Forugh F.** The İmpact of Manual Massage on İntensity and Duration of Pain At First Phase Of Labor İn Primigravid Women. *International Journal of Medicine Research*, Volume 1, Issue 4, September **2016**; Page No. 16-18
11. **Bolbol-Haghighi N, Masoumi SZ, Kazemi F.** Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* **2016**;10(4):12-5. Doi: 10.7860/JCDR/2016/17447.7688.
12. **Hosseini S, Asadi N, Zareei F.** Investigating The Effect Of Massage Therapy On Labor İn The Active Stage Of First Labor. *Iran J Nurs Res*, **2014**; 9: 25–32.
13. **Mortazavi SY, Khaki S, Moradi R.** Effects of Massage Therapy and Presence of Attendant on Pain, Anxiety and Satisfaction During Labor. *Arch Gynecol Obstet*, **2012**: 286:19–23
14. **Köker İ.** Kadın Hastalıkları Ve Doğum Temel Bilgileri. Adana: Nobel Tıp Kitabevi, **2006**.
15. **Mucuk S.** L14 ve SP6 Akupunktur Noktasına Yapılan Uyarımın Doğum Ağrısı ve Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2010**.
16. **Şirin A, Kavlak O.** *Kadın Sağlığı*. Bedray Basın Yayıncılık. **2008**. İstanbul.
17. **Taşkın L.** *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13. Baskı. Ankara. Akademisyen Tıp Kitapevi. **2016**.

18. **Sevil Ü, Ertem G.** *Perinatoloji ve Bakım*. İzmir. Ankara Nobel Tıp Kitapevi. **2016**.
19. **Beji NK.** *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevi. **2015**
20. **Avcıbay B.** Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana , **2009**.
21. **Demir SC, Güleç ÜK.** Bir Bakışta Kadın Doğum. 3. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitapevi, **2013**.
22. **Özkan B, Turfan EÇ, Toksoy SY.** *Ebelik Uygulama Standartları*. Ankara, Vize Yayıncılık, **2016**.
23. **Akbaş M.** Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ağrısı Olan Hastaların Bakımına İlişkin Bilgileri Ve Hemşirelik Girişimlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Adana, **2003**.
24. International Association for the Study of Pain (IASP). IASP Terminology Erişim: <https://www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576#Pain> Erişim Tarihi: 21.02.2019
25. **Erdine S.** *Ağrı*. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri.Ltd.Şti., 2007:123-130
26. **Swieboda P, Filip R.** Assessment of pain: types, mechanism and treatment. *The Annals of Agricultural and Environmental Medicine (AAEM)*, **2013**;Special Issue 1: 2–7.
27. **Özkulyüksek Ç.** Görsel İllüzyon Uygulamasının Ağrı Şiddeti, Niteliği Ve Fonksiyonel Kapasite Üzerine Etkileri. Yüksek Lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2013**.
28. **İltuş F.** Migrende 24 Saatlik Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkiye'deki Geçerlik ve Güvenirliği. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2007**.
29. **Düzel V.** Hemşire ve Hastaların Postoperatif Ağrı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Adana, **2008**.
30. **Cheryl L, Michael S, Xu Z.** Ağrı mekanizmaları. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS). 9 Ekim 2001. 98 (21) 11845-11846 Erişim: <https://doi.org/10.1073/Pnas.211373398> Erişim Tarihi: 23.09.2018
31. **Aslan FE.** *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. 2. Baskı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi, **2014**.
32. **Kömürcü N.** *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri. Ltd. Şti., **2014**.
33. **Erdine S.** *Ağrının Kitabı*. 3. Baskı, İstanbul: Hayygrup Yayıncılık Ltd.Şti., **2016**.
34. **Uyar M, Köken İ.** Kronik Ağrı Nörofizyolojisi. *Totbid Dergisi*, İzmir :**2017**; 16:70–76
35. **Tan E.** *Nöropatik Ağrı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu* .1. Baskı, İstanbul: **2009**
36. **Taşkapılıoğlu Ö, Zarifoğlu M.** Santral Nöropatik Ağrı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa: Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, **2006**; 2(5): 58-63
37. **Babacan A.** Ağrı, Ağrı Yolları ve Ağrılı Hastaya Yaklaşım. Erişim: med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20754 Erişim Tarihi: 11.12.2018
38. **Gökçe Y, Varlı K.** Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım. *Hacettepe Tıp Dergisi*, **2005**; 36:111-128
39. **Sarıdoğan M. Kasabalıgil A.** *Muskuloskeletal Ağrılar*. 1. Baskı, İstanbul: Deomed Yayıncılık, **2008**.

40. **Aydın O.** Ağrı ve Ağrı Mekanizmalarına Güncel Bakış. *Adü Tıp Fakültesi Dergisi*, **2007**; 3(2), 37 - 48
41. **Şahin Ş, Owen MD.** *Ağrısız Doğum Ve Sezeryan Anestezi*. 1. Baskı, İstanbul: Nobel&GüneşTıp Kitapevi, **2006**.
42. **Coşkun A M, Karakaya E.** *Güvenli Annelik Eğitim ve Danışmanlık Beceri Rehberi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2016**.
43. **Köksal Ö, Taşçı DE.** Doğum Ağrısına Kültürel Yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Elektronik Dergisi)*, **2013**; 6 (3): 146-147. Erişim:21.12.2018 <http://www.deuhyoedergi.org>
44. **Başkaya Y, Sayiner F.** Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıta Dayalı Ebelik Uygulamaları/ Evidence-Based Midwifery Practices to Reduce Cesarean Rat. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5, **2018**; 113-119
45. **Serçekuş P, İsbir GG.** Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *Taf Prev Med Bull*, **2012**; 11(1): 97-102.
46. **Lawrence A. et al.** Maternal Positions and Mobility During First Stage Labour (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2013**; Issue 8.
47. **Tick H, Nielsen A, Kenneth R.** Evidence-Based Nonpharmacologic Strategies for Comprehensive Pain Care. The Consortium Pain Task Force White Paper. [Pain Task Force of the Academic Consortium for Integrative Medicine and Health](http://www.nonpharmpaincare.org). **2017**. www.nonpharmpaincare.org Erişim tarihi:25.02.2018
48. **Jones L, Othman M, Dowswell T.** Pain Management for Women in Labour: An Overview of Systematic Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **2012**; Issue 3.
49. **Beebe K.** Hypnotherapy for Labor and Birth. *Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses*, **2014**; Volume 18 Issue 1.
50. **Atış FY.** The Effect Of Hypnobirthing Training Given İn The Antenatal Period On Birth Pain And Fear. *Complement Ther Clin Pract*, **2018**,33, 77–84. Doi: 10.1016/J.Ctcp.2018.08.004
51. **Yıldırım E.** Doğumun Birinci Evresinde Elde Bulunan Kalın Bağırsak 4 Bölgesine Uygulanan Buz Basısının Doğum Ağrısı ve Sürecine Etkisinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2014**.
52. **Ersanlı Kaya C.** İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, **2007**.
53. **Coşar ÇF, Tan A, Doğan MY, Kamil Z.** Türk Müziğinin Gebelik ve Yenidoğan Üzerindeki Etkileri. *Zktb Tıp Bülteni*, **2017**; 48(3): 124-130
54. **Liu YH, Chang MY, Chen CH.** Effects of Music Therapy on Labour Pain and Anxiety in Taiwanese First-Time Mothers. Blackwell Publishing Ltd. *Journal of Clinical Nursing*, **2010**; 19, 1065–1072.
55. **Wulff V, Hepp P, Fehm T, Schaal N. K.** Music in Obstetrics: An Intervention Option to Reduce Tension, Pain and Stress. *Geburtsh Frauenheilk* , **2017**; 77: 967–975 Erişim: <https://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0043-118414> Erişim Tarihi:20.02.2018
56. **Çatalgöl Ş.** İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Dinletilen Ney Sesinin Doğum Sürecine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2013**.

57. **Sürücü ŞG, Öztürk M, Avcıbay BV, Alan S, Akbaş M.** The Effect of Music on Pain and Anxiety of Women in Labor During Their First Pregnancy: A Study from Turkey. [Complementary Therapies in Clinical Practice, Volume 30](#), February 2018, Pages 96-102
58. **Özveren H.** Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Ankara: *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 2011; 83-92.
59. **Yildirim G, Şahin Hotun N.** Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Ç.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2003; s. 17.
60. **Sever N. Akyüz A.** Assessment of Efficiency of the Use of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Labor Pain Relief. [Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, Volume 44, Supplement 1](#), June 2015; Page S70.
61. **Martensson L. et al.** US Midwives' Knowledge and Use of Sterile Water Injections for Labor Pain. *Journal of Midwifery & Women's Health*, Volume 53, No. 2, March/April 2008.
62. **Ganji Z, Shirvani MA, Abhari F.** The Effect of Intermittent Local Heat and Cold on Labor Pain and Child Birth Outcome. [Iran Journal Nursing and Midwifery Research](#), 2013; 18: 298-303
63. **Shirvani A, Ganji J.** The influence of Cold Pack on Labour Pain Relief and Birth Outcomes: A Randomised Controlled Trial. *John Wiley & Sons Ltd Journal of Clinical Nursing*, 2013; 23, 2473-2480, doi: 10.1111/jocn.12413
64. **Adams J, Frawley J.** Use of Pharmacological and Non- Pharmacological Labour Pain Management Techniques and Their Relationship to Maternal and Infant Birth Outcomes: Examination of A Nationally Representative Sample of 1835 Pregnant Women. *Midwifery*, Volume 31, 2015; 458-463
65. **Lee L. et al.** Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *JOGNN*, 42, 2013; 19-28. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424
66. **Bilgiç Ş.** Hemşirelikte Holistik Bir Uygulama; Aromaterapi. *Namık Kemal Tıp Dergisi*, 2017; 5(3) 134-141
67. **Bal M D, Yılmaz S D.** *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*. İstanbul: Akademisyen Kitapevi, 2017.
68. **Tiran D.** *Clinical Aromatherapy For Pregnancy And Childbirth*. 2. Baskı, Toronto: Elsevier, 2005.
69. **Yazdkhasti M, Pirak A.** The effect of Aromatherapy with Lavender Essence on Severity of Labor Pain and Duration of Labor in Primiparous Women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 25, 2016; 81e86
70. **Akbayrak T, Kaya S.** *Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. Ankara: Hipokrat Kitapevi & Pelikan Kitapevi, 2016.
71. **Kaya M, Varol K.** İlahiyat Fakültesi Öğrencilerinin Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyleri ve Kaygı Nedenleri. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 2004, 17:31-63.
72. **Doğan AA, Baş M.** Beden Eğitimi ve Spor Bölümü Öğrencilerinin Durumluk Kaygı Düzeyleri ile Başarıları Arasındaki İlişkileri, *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2003, 5(3), s.1-5.
73. **Kutanis RÖ, Tunç T.** Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. *İş, Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*. Nisan 2013, Cilt: 15, Sayı: 2, Sayfa: 1-15, DOI: 10.4026/1303-2860.2013.0222.x
74. **Öner N.** *Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler, Bir Başvuru Kaynağı*, Boğaziçi Yayınları, 1997, 3. Baskı İstanbul.

75. **Bhavya SV, Parvathi NK, Bhagyalakshmi HS.** A Study On Awareness And Anxiety Level of Primigravida Mothers on Labour and Its Outcome in A Selected Hospital, Mysore. *International Journal of Nursing Education*, **2015**, 7(1), 184-187.
76. Basic Concepts of Therapeutic Massage and Bodywork. Chapter 4 Erişim: https://www.physioblasts.org/f/public/1366280192_429_FT0_technique_of_massage.pdf Erişim Tarihi:11.01.2019
77. America Massage Therapy Association (AMTA) . Brush Up on the History of the Massage Therapy Profession. Patricia J. Benjamin, August 27, 2015. Erişim: <https://www.amtamassage.org/articles/3/MTJ/detail/3285/brush-up-on-the-history-of-the-massage-therapy-profession>. Erişim Tarihi:11.01.2019
78. **Goldstein S, Casanelia L.** *Foundations of Massage*.The Techniques of Swedish Massage Chapter 16.**2009**,163.
79. Alternatif Tıp Ansiklopedisi . İsveç Masajı. Erişim: <https://www.encyclopedia.com/medicine/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/swedish-massage> Erişim Tarihi: 10.02.2019
80. World Health Organization (WHO) (2019). Midwifery. Erişim: www.who.int/topics/midwifery/en/ Erişim Tarihi: 12.02.2019
81. **Arslan H, Karahan N, Çam Ç.** Ebeliğın Doğası Ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*. **2008**;1:54–9.
82. **Miltner RS.** Identifying Labor Support Actions of Intrapartum Nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2000**, 29(5), 491-499.
83. **Sleutel RM.** Intrapartum Nursing: Integrating Rubin’s Framework with Social Support Theory. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, **2003**, 32(1), 76-82.
84. **T.C Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğı.** Erişim:[Http://Www.Saglik.Gov.Tr/Tr/Belge/1-10615/Yataklitedavi-Kurumlari-İsletme-Yonetmeliğı-Son-Degisi-.Html](http://Www.Saglik.Gov.Tr/Tr/Belge/1-10615/Yataklitedavi-Kurumlari-İsletme-Yonetmeliğı-Son-Degisi-.Html) Erişim Tarihi: 10.12.2018
85. **Paul J, Jordan R, Duty S, Engstrom JI.** Improving Satisfaction with Care and Reducing Length of Stay in an Obstetric Triage Unit Using A Nurse-Midwife-Managed Model of Care. *J Midwifery Womens Health* .**2013**;58:175–81. Erişim: <https://doi.org/10.1111/J.1542-2011.2012.00239.X> Erişim tarihi : 22.12.2018
86. **Dağlar G, Aydemir N.** Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2011**, 20(1).
87. **Wong DL, Perry SE, Hockanberry MJ.** Nonpharmacologic Management of Discomfort. Maternal Child Nursing Care. *USA: A.H. Health Sciences Company*.**2002** .
88. **Janssen P, Shroff F, Jaspar P.** Massage Therapy and Labor Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Int J Ther Massage Bodywork* , **2012**;5(4):15-20
89. **Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G.** Massage Reduced Severity of Pain During Labour: A Randomised Trial. *Aust J Physiother*, **2013**;59:109-16.
90. **Hosseini E, Asadi N, Zareei F.** Effect of Massage Therapy on Labor Progress and Plasma Levels of Cortisol in the Active Stage of First Labor. *Zahedan Journal of Research in Medical Science*, **2013** Sep; 15(9): 35-3

91. **Abasi Z, Abedian Z, Fadaie A, Esmacili HA.** The Effects of Back Massage on Pain Intensity During The First Stage Of Labor İn Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*, **2008**;11:39–47.
92. **Karami NK, Safarzadeh A.** Effect of Massage Therapy on Severity of Pain and Outcome of Labor in Primipara. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research*, Winter **2007**; Vol12, No:1
93. **Khodakarami N, Safarzadeh A, Fathizadeh N.** The Effects of Massage Therapy on Labor Pain and Pregnancy Outcome. *European Journal of Pain*, **2006**, Vol 10 (suppl S1)
94. **Chang MY, Wang SY, Chen CH.** Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial İn Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, **2002**; 38 (1): 68–73.)
95. **Kamalifard M, Shahnazi M, Melli MS, Allahverdizadeh S, Toraby S, Ghahvechi A.** The Efficacy of Massage Therapy and Breathing Techniques on Pain İntensity and Physiological Responses to Labor Pain. *JCS*, **2012**;1(2):73-8.
96. **Mirzaei F, Kaviani M, Jafari P.** Effect of Foot Reflexology on Duration of Labor and Severity of First-Stage Labor Pain. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*, **2010**;13:27–32.
97. **Taghinejad H, Delpisheh A, Suhrabi Z.** Comparison Between Massage And Music Therapies to Relieve The Severity of Labor Pain. *J Women's Health*, **2010**;6(3):377-81.
98. **Erenoğlu R.** Ekspresif Dokunmanın Doğum Ağrısı ve Anne Memnuniyetine Etkisi. Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, **2013**.
99. **Mohamadkhani SL.** The Effect of Massage Aromatherapy with Lavender Oil on Active Phase Pain İntensity and Satisfaction of Labor Nullipara Women. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, Vol 7(Suppl 1), Winter **2009**.
100. **Bagheri Kh, Ali Akbari F, Moslehi M, Delaram M.** Effects Of Plantar Reflexology On The Pain İntensity and Stress of Pregnant Women. Shahrekord University of Medical Sciences, Shahrekord, Iran. *Iranian Journal of Reproductive Medicine*, Vol. 7, Suppl 1, Winter **2009**.
101. **Simkin P, Bolding A.** Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health*, **2004**; 49: 489-504 100.
102. **Field T.** Massage Therapy Effects on Depressed Pregnant Women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, Jun **2004**; 25(2): 115-22.)
103. **Simkin P, O'Hara M.** Nonpharmacologic Relief of Pain During Labor: Systematic Reviews of Five Methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, **2002**;186: 131-159
104. **Öner, N, Le Compte, A.** *Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: 2.Basım, Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi. **1998**.
105. **Öner N.** Durumlu –Sürekli Kaygı Envanteri Erişim: <http://www.emdr-tr.org/wp-content/uploads/2017/11/Durumluk-Kaygı-Envanter-puanlamas.doc> Erişim Tarihi: 10.12.2018
106. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 2014. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: 07.01.2019
107. **Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK).** **2018.** Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/PreTabloArama.do%3Fmetod%3Dsearch> Erişim Tarihi: 07.01.2019

108. **Hamlacı Y.** L14 Noktasına Uygulanan Akupresürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. Yüksek lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, **2013**.
109. **T. C. Sağlık Bakanlığı 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi** <https://khgmsaglikbakimdb.saglik.gov.tr/TR,49327/gebe-okulu-genelgesi-yayinlandi.html> Erişim Tarihi: 07.01.2019
110. **Esencan TY, Karabulut Ö.** Doğuma Hazırlık Eğitimi Alan Gebelerin Doğum Şekli, İlk Emzirme Zamanı ve Ten Tene Temas Tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, **2018**; 26(1): 31-43
111. **Duru Y.** Anne Ve Babaların Doğum Eylemindeki Eş Desteğine İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi ,İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya, **2014**.
112. **Türkmen H.** Masaj ve Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısı ve Konfora Etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, **2017**.

EKLER

Ek-1: Kişisel Bilgi Formu

Swedish Masajın Tekniklerinden Efloraj Tekniği İle Kadınların Kaygı Düzeyi, Doğum Ağrısı Ve Doğumun Sürecine Etkisinin Belirlenmesi

Değerli Anneler;

Bu çalışma, Swedish masajın tekniklerinden efloraj tekniği ile kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğumun sürecine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmaktadır. Size yönelteceğim sorulara vereceğiniz yanıtlar çalışmanın amacı dışında kullanılmayacaktır. Gizli kalacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Dr.Öğretim Üyesi Meltem AKBAŞ, Ebe Emel TIRKAZ

A. SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

1. Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz

- 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
4) Ortaokul 5) Lise 6) Lisans ve üstü

3. Çalışma durumunuz:

- 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

4. Gelirdüzeyiniz:

- 1) Çokiyi 2) İyi 3) Orta 4) Kötü 5) Çokkötü

5. Sağlık güvenceniz:

- 1) Var 2) Yok

6. Yaşadığı Yer:

- 1) İl 2) İlçe 3) Köy

7. Aile Tipi:

- 1) Çekirdek 2) Geniş 3) Parçalanmış

B. GEBELİĞİ İLE İLGİLİ ÖZELLİKLERİ

8. Evlenme yaşıınız:.....
9. İlk gebelik yaşıınız:.....
10. Düşük/ kürtajsayınız:.....
11. Gebelik sayınız:.....
12. Gebelik Haftası:.....
13. Bu gebeliğiniz planlı mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
14. Doğum eylemini nasıl algılıyorsunuz?
 - 1)Olumlu
 - 2)Olumsuz
 - 3)Fikrim Yok
15. Doğum hazırlık sınıfına katıldınız mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
- 16.Kendinizi normal doğum yapmak için hazır hissediyormusunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
 - 3.Kısmen
 - 4.Bilmiyorum
17. Doğumunuzla ilgilikaygılarınızvar mı?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
 - 3) Kısmen
18. Normal doğum kararını kim verdi?
 - 1) Doktor
 - 2) Kendim
 - 3) Eşim
 - 4) Eşimle birlikte
 - 5) Diğer.....
- 19.Doğumşekline gebeliğinizin hangidöneminde kararverildi?
 - 1) Gebeliğin ilk aylarında
 - 2) Gebeliğin son haftalarında
 - 3) Doğuma geldiğimde
20. Doğum sırasında size destek olması için yanınızda yakınlarınızdan birisinin olmasını ister miydiniz?
 - 1) Evet
 - 2) Hayır
21. (20.soru evet ise) kimin olmasını isterdiniz?
 - 1) Eşim
 - 2) Annem
 - 3) Kayınvalidem
 - 4) Yakınım
 - 5) Arkadaşım
 - 6) Diğer
22. Travay odasında bulunan hasta sayısı :.....
23. Doğum Eyleminin başlama saati:.....

Ek-2: Doğum Sürecine İlişkin Bilgi Formu

Saat	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
FKH											
Serviks Açıklığı											
Kontraksiyon Şiddeti											
Nabız											
SKB											
DKB											
Vücut Isısı											

Kontraksiyon şiddeti

0-20 saniye süre: 1 az şiddetli

20-40 saniye süre: 2 orta şiddetli

40 saniye daha fazla: 3 çok şiddetli

Ek-3: Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu

1. Doğum saati:..... Toplam süresi:.....

2. Yenidoğanın APGAR Puanı: 1. Dk.....5. Dk.....

PUANLAMA			
Kriter	0	1	2
Renk	Ekstremiteler ve gövde siyanoze	Ekstremiteler siyanoze, gövde pembe	Ekstremiteler ve gövde pembe
Kalp Atım Hızı	Kalp sesleri yok	<100/ dk	>100/dk
Kas Tonusu	Gevşek	Hafif fleksiyon	Aktif hareket
Refleks/İrritabilite	Yok	Yüz buruşturma, zayıf ağlama	Hareket, ağlama, öksürük
Solunum	Yok	Yüzeyel, düzensiz	Düzenli, kuvvetli

3. Şu anda sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?

1. İyi 2. Orta 3. Kötü

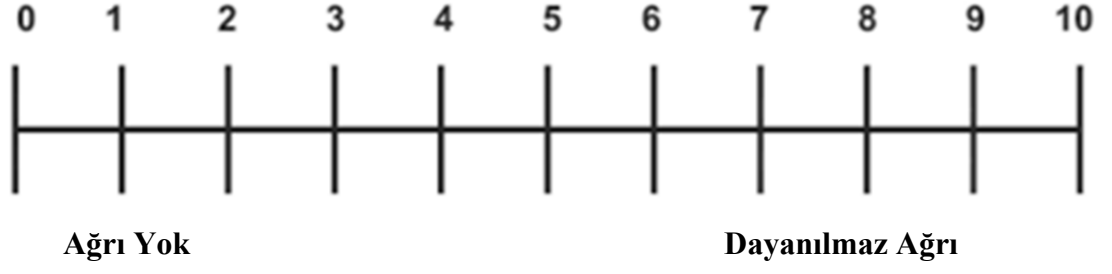
4. Size yapılan masaj uygulamasını düşünürseniz memnun olmadığınızı '0', çok memnun olduğunuzu '10' ile ifade edecek olursanız, memnuniyetinizi nasıl puanlarsınız işaretleyiniz.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

5. Bir sonraki doğumunuzda masaj uygulamasını kullanmak ister misiniz?

1. Evet 2. Hayır

Ek-4: Vizüel Analog Skala



Ek-5: Sürekli Kaygı Ölçeği

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

Ek-6: Durumluk Kaygi Ölçeği

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

Ek-7: Aydınlatılmış Onam Formu

Bu araştırma Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum salonunda randomize kontrollü deneysel çalışma olarak yapılacaktır. Veriler **“Kişisel Bilgi Formu”** ve **"Doğum Sürecine İlişkin Değerlendirme Formu"** ve **"Doğum Sonucuna İlişkin Değerlendirme Formu"** ve **"Ağrı Ölçme Aracı”** ve **Sürekli ve Durumluk Kaygı Ölçeği** ile toplanacaktır. Araştırmaya katılmama ve istediğiniz zaman ayrılma hakkınız vardır. Araştırmadan ayrıldığınız takdirde teşhis-tedavi süreciniz aksamayacaktır. Araştırma giderleri size veya sosyal güvenlik kurumuna yansıtılmayacaktır. Araştırmaya katılmanızın size herhangi bir maddi getirisi yoktur. Sizden aldığımız veriler araştırma dışında başka bir amaçla kullanılmayacak ve özel verileriniz gizli tutulacaktır.

Dr.Öğr.Üyesi Meltem AKBAŞ, Ebe Emel Tırkaz
Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıda sözü geçen araştırmanın amacı, uygulama süresi, uygulanacak ölçüm araçları ve yöntemi konusunda bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı kendi isteğimle kabul ediyorum.

...../...../.....

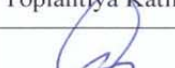
Ad Soyad, İmza

Ek-8: Etik Kurul Onayi

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

Toplantı Sayısı		Tarih
60		13 Ocak 2017

KARAR NO 12- Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü'nde, Yrd. Doç. Dr. Meltem Akbaş yönetiminde, Ebe Emel Tırkaz tarafından yürütülmesi öngörülen, "Swedish Masajın Doğum Ağrısının Şiddeti ve Doğumun Sonucuna Etkisinin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

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

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

Ek-9: Bilimsel Çalışma İzni



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Adana İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

ADANA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ADANA İLİ KHBGS İDARI HİZMETLER
BAŞKANLIĞI
21.03.2017 17:06 - 69937107 - 799 - E.5370



Sayı : 69937107-799
Konu : Bilimsel Çalışma İzni

ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Fakültesi)

Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü yüksek lisans öğrencisi Emel TIRKAZ 'ın **“Swedish Masajın Doğum Ağrısının Şiddeti,Kaygı Düzeyi ve Doğumun Sonucuna Etkisinin Belirlenmesi”** başlıklı çalışmasını Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapmak istemesi ile ilgili Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma başvuru talebi incelenmiş olup, çalışma sonuçlarının Genel Sekreterliğimize sunulması koşulu ile oy birliği ile uygun bulunmuştur.

Hakkı EGE
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

Adana Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Araştırma Geliştirme ve Proje Birimi Yenibaraj Mahallesi, 68008. Sk. 2-22, 01150 Dörtler/Seyhan/Adana
Faks No:

e-Posta:Sadiye.Ceylan@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Şadiye CEYLAN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0322) 455 70 00-1408

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 9e8aa141-9cfd-4519-8145-b3f672266ba7 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖZGEÇMİŞ

1985 yılında Adana'da doğdu. İlkokul, ortaokul ve lise eğitimini Adana'da tamamladı. Lisans eğitimini Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksek Okulu'nda aldı. 2010 yılında mezun oldu.

2014 yılında Çukurova Üniversitesi'nde Adana Sağlık Yüksek Okulu Ebelik Bölümü'nde yüksek lisansa başladı. 2009-2017 yılları arasında bazı hastane ve tıp merkezlerinde ebe olarak görev yaptı. 2017 yılında atamayla Mardin'e ebe olarak atandı.

2009 yılından itibaren ebelle ilgili çeşitli sempozyum, seminer, konferans ve kurslara katıldı.

Orta düzeyde ingilizce bilmektedir.