T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM EYLEMİNDE SAKRAL BÖLGEYE YAPILAN SICAK UYGULAMANIN KADINLARIN AĞRI DÜZEYİ VE DOĞUM SÜREÇLERİNE ETKİSİ

ASLIHAN TURAN

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ TÜLAY KAVLAK

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

İSTANBUL-2021

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum, “Doğum eyleminde sakral bölgeye yapilan sıcak uygulamanın kadınların anksiyete düzeyi ve doğum süreçlerine etkisi” adlı çalışmanın, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ASLIHAN TURAN

İTHAF

Biricik Babama…

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin başından itibaren hep yanımda olan, bana hem profesyonel hem de etik değerler kazandıran, çalışmamızın başından sonuna kadar bana karşı sabır gösteren ve bana ışık olan biricik danışmanım Dr.Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK' a

Yüksek lisans eğitimim boyunca ders aldığım ve aralarında bulunmaktan onur duyduğum İstinye Üniversitesi Ebelik ve Hemşirelik Anabilim Dalı hocalarıma,

Her koşulda yanımda olan sevgi dolu biricik Aileme,

Bugünlere gelmemde, maddi manevi eksikliğini hiç hissetmediğim, beni sevgi ile yetiştiren canım Babam'a,

Araştırmaya gönüllü olarak katılan çok değerli annelere,

TEŞEKKÜR EDİYORUM.

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYANI ..... İ
İTHAF ..... İİ
TEŞEKKÜR ..... İİİ
İÇİNDEKİLER ..... İV
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİ
SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ ..... İX
ÖZET X
ABSTRACT ..... Xİ
GİRİŞ 1
1. GENEL BİLGİLER 5
1.1. Doğum Eylemi 5
1.2. Doğumun Evreleri 5
1.2.1. Doğumun Eyleminin Birinci Evresi 6
1.2.1.1. Latent Faz 6
1.2.1.2. Aktif Faz 6
1.2.1.3. Geçiş Fazı 7
1.2.2. Doğumun Eyleminin İkinci Evresi 7
1.2.3. Doğumun Eyleminin Üçüncü Evresi 7
1.2.4. Doğumun Eyleminin Dördüncü Evresi 8
1.3. Doğum Eyleminde Ağrı 8
1.4. Ağrının Nörofizyolojisi ve Nöroanatomisi 9
1.5. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler 10
1.6. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Non-farmakolojik Yöntemler 11
1.6.1.1. Sıcak Uygulama 14
1.7. Doğum Ağrısı ve Doğum Süreçlerinde Hemşirelik Yaklaşımları 16
2. MATERYAL VE METOD 18
2.1. Araştırmanın Amacı 18
2.2. Araştırmanın Şekli 18
2.3. Araştirmanin Yapıldığı Yer ve Zaman 18
2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi 18
2.5. Veri Toplama Araçları 21

2.6. Araştırma Süreci....21
2.7. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri....23
2.8. Araştırmanın Etik Yönü....23
3. BULGULAR....24
4. TARTIŞMA....36
4.1. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması....36
4.2. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı düzeylerinin karşılaştırılması....37
4.3. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum sürelerinin karşılaştırılması....39
4.4. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum süreçlerine ilişkin bulguların karşılaştırılması....41
5. SONUÇ....43
KAYNAKÇA....46
EKLER....59
ARAŞTIRMAYA DAİR ARAŞTIRMACI VE KATILIMCI HAKKINDA BİLGİLER....61
ARAŞTIRMANIN TOPLUMA VE SİZE OLASI FAYDALARI....61
ARAŞTIRMAYA KATILMA / AYRILMA KONUSUNDA HAKLARINIZ VE ARAŞTIRMACININ HAKLARINIZI KORUMA GÜVENCESİ....61
GÖNÜLLÜNÜN SORDUĞU EK SORULAR VE CEVAPLARI....62
RIZA / ONAY / ONAM....62
YUKARIDA KONUSU VE AMACI BELİRTİLEN ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN BİLGİLENDİRME BÖLÜMÜNÜ OKUDUM VE AŞAĞIDA İMZASI OLAN İLGİLİ TARAFINDAN ÖNCE SÖZLÜ SONRA YAZILI OLARAK BİLGİLENDİRİLDİM. KATILMAM İSTENEN ÇALIŞMANIN KAPSAMINI VE AMACINI, GÖNÜLLÜ OLARAK ÜZERİME DÜŞEN SORUMLULUKLARI TAMAMEN ANLADIM**. ÇALIŞMA HAKKINDA SORU SORMA VE TARTIŞMA İMKANI BULDUM VE TATMİN EDİCİ YANITLAR ALDIM. BANA, ÇALIŞMANIN MUHTEMEL RİSKLERİ VE FAYDALARI SÖZLÜ OLARAK DA ANLATILDI.** ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILDIĞIMI, İSTEDİĞİM ZAMAN GEREKÇELİ VEYA GEREKÇESİZ OLARAK ARAŞTIRMADAN AYRILABİLECEĞİMİ VE KENDİ İSTEĞİME BAKILMAKSIZIN ARAŞTIRMACI TARAFINDAN ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLECEĞİMİ BİLİYORUM. BU KOŞULLARDA;....62

EK 5: ETİK KURUL ONAYI.....66
EK 6: İNTİHAL RAPORU.....67

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik özelliklerinin karşılaştırılması ……..……..36

Tablo 3.2: Kontrol ve Müdahele grubundaki kadınların obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması……...……...….39

Tablo 3.3: Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların müdahale sonrası ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması……..41

Tablo 3.4: Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası ağrı puanlarının karşılaştırılması……....42

Tablo 3.5: Kontrol ve müdehale grubundaki kadınların doğum eylemindeki yaşam bulgularının ve fetal kalp atım sayılarının karşılaştırılması……43

Tablo 3.6: Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evre sürelerinin karşılaştırılması ……46

Tablo 3.7: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların 1. ve 5. dk yenidoğan apgar skorlarının karşılaştırılması…….47

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Araştırmanın Uygulama ve Akış Şeması……..3

SİMGE VE KISALTMA LİSTESİ

WHO: World Health Organization

FKH: Fetal kalp hızı

TENS: Transkültanöz elektriksel sinir stümilasyonu

YAUK: Ağrılı Uyaran Kontrolü

MSSK: Merkezi Sinir Sistemi Kontrolü

KKT: Kapı kontrol teorisi

ÖZET

Turan, A. (2021). Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapılan Sıcak Uygulamanın Kadınların Ağrı Düzeyi ve Doğum Süreçlerine Etkisi. İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu araştırma, doğum eyleminde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyi ve doğum süreçlerine etkisinin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilmiştir. Müdahale çalışması olarak yapılan araştırma 15 Nisan 2020-15 Mayıs 2021 tarihleri arasında Sarıyer Hamidiye Etfal ve Eğitim Araştırma hastanesinde doğum yapan 67 kontrol ve 67 müdahale olmak üzere toplam 134 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştımamızda müdahale grubundaki kadınlara doğum eyleminin n latent, aktif ve geçiş fazlarında. sakral bölgeye 20 dk. sıcak uygulama yapılmış, kontrol grubundaki kadınlara ise standart bakım verilmiştir. Araştırmanın verileri literatür doğrultusunda oluşturulan veri toplama formu ile elde edilmiştir. Veri toplama formu, kişisel bilgi formu, ağrı değerlendirme formu ve doğum eylemine ilişkin izlem formu, olamak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler NCSS (Number Cruncher Statistical System) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde standart sapma, minimum, maksimum değerleri ile ortalamaların karşılaştırılmasında, chi-quare, wilcoxon, mann-whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırmamızda müdahale grubundaki kadınların latent ve aktif fazdaki ağrı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı dercede düşük olduğu, buna karşılık kontrol ve müdahale grubundak kadınların doğum eyleminin 1. evresindeki süreleri arasında bir farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ayrıca müdahale grubunda yer alan kadınların bebeklerinin Apgar skorlarının kontrol grubundaki kadınlardan anlamlı derecede daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Sonuç olarak doğum eyleminin 1. evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum ağrısının azaltılmasında ve yenidoğan apgar skorlarının yükseltilmesinde etkili bir yöntem olduğu ancak doğum sürelerine ve Kadınların vital bulguları üzerine herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, Doğum süresi, Sıcak uygulama, Hemşirelik,

ABSTRACT

Turan, A. (2021). The Effect of Hot Application to the Sacral Region on Women's Pain Level and Birth Process. Istinye University, Institute of Health Science, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing. Master Thesis. Istanbul.

This research was carried out with the aim of determining the effect of hot application applied to the sacral region during labor on the pain level of women and their labor processes. The research, which was conducted as an intervention study, was carried out with a total of 134 women, 67 control and 67 intervention, who gave birth in Sarıyer Hamidiye Etfal and Training and Research Hospital between April 15, 2020 and May 15, 2021. In our study, women in the intervention group were in the latent, active and transitional phases of labor. 20 minutes to the sacral region. Hot application was applied, and the women in the control group were given standard care. The data of the research were obtained with the data collection form created in line with the literature. It consists of 3 parts: data collection form, personal information form, pain assessment form and birth follow-up form. The data obtained in the research were analyzed using the NCSS (Number Cruncher Statistical System) program. Chi-quare, Wilcoxon, Mann-Whitney U tests were used to compare the standard deviation, minimum and maximum values with the mean in the evaluation of descriptive data.

In our study, it was determined that the pain levels of the women in the intervention group in the latent and active phase were significantly lower than the women in the control group, however, there was no difference between the duration of the first phase of labor in the women in the control and intervention group. In addition, it was determined that the Apgar scores of the babies of the women in the intervention group were significantly better than the women in the control group.

As a result, it was determined that the application of heat applied to the sacral region in the first stage of labor is an effective method in reducing labor pain and increasing newborn apgar scores, but it has no effect on delivery times and vital signs of women.

Key Words: Labor pain, Labor duration, Hot application, Nursing,

GİRİŞ

Doğum eylemi son menstrual kanamadan yaklaşık 40 hafta sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı doğal bir süreçtir (World Health Organiization (WHO),1992; Kömürcü ve Ergin, 2008; Taşkın, 2016). Doğum, gebe ve ailesi için çok anlamlı ve eşsiz bir deneyimdir. Bu dönemler yaşam süreci içinde normal bir zaman dilimi olmasına rağmen kadınların sağlık bakım ihtiyaçlarının ve gereksinimlerinin önemli ölçüde arttığı, gebenin bedensel ve psikolojik açıdan fazlaca etkilendiği bir dönemdir (Taşkın 2016; Çankaya ve ark., 2017). Doğum eylemi 3 evreden oluşmaktadır. Dilatasyon(açılma) evresi olarak da bilinen doğumun ilk evresi; yalancı olmayan doğum ağrılarının başlaması ile serviksin tam açılması 10 cm'ye ulaşması arasında geçen dönemdir Doğum eyleminin ikinci evresi, dilatasyonun(açılmanın) tamamlanmasıyla birlikte başlayıp fetüsün doğumunun arasındaki ekspulsiyon-itilme dönemidir (Başgöl ve Kızılkaya, 2015). Doğum eyleminin üçüncü evresi fetusün doğumundan sonra plasenta ve eklerinin doğumununda gerçekleştiği 5-30 dakikalık dönemi kapsar (Başgöl ve Kızılkaya,2015). Bu süreçlerde gebeye verilen sağlık bakımı, kadının ve fetüsün sağlığı için hayati öneme sahiptir. Hemşireler doğum sürecinde anne ve yenidoğanın ihityacı olan sağlık bakımını planlamak ve gerçekleştirmelerinin yanında doğum eyleminde kadının ağrı ile başa çıkmasının sağlanmasında da önemli görevleri bulunmakatadır (Işın, 2021; Çelik, 2016; Kömürcü ve Ergin, 2008).

Doğum ağrısı fizyolojik bir olaydır. Buna karşılık kontrol altına alınmayan doğum ağrısı kadında stres ve anksiyete oluşturarak yenidoğanın sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle doğum ağrısının kontrol altında tutulması obsteterik açıdan önemlidir (Taşçı ve Sevil, 2007; Türkmen ve Tuna Oran 2019; Karabulutlu, 2014). Yaplan çalışmalarda primipar kadınların %60'ı ve multipar kadınların ise %40'ı doğum ağrısını şiddetli bir ağrı olarak tanımlamaktadır (Taşçı ve Sevil, 2007; Kaçar, 2019). Doğum eyleminde yaşanan ağrı serviksin dilatasyonu ve uterus kontraksiyonlarından kaynaklanmaktadır. Doğumun I. evresinde ağrının şiddeti serviksin dilatasyonu arttıkça artmaktadır. Fetal başın pelviste inişi ve lumbosakral pleksusa yaptığı bası nedeniyle anne sırtında, belinde, bacaklarında ve kalçalarında ağrı hissetmektedir (ipek 2014 ;Sever, 2011). Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik ve non-farmakolojik olmak üzere iki yöntem kullanılmaktadır (Çelik,2006; Kömürcü ve

Ergin,2008). Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan farmakolojik yöntemler sistemik ve rejional (bölgesel) etkili olan anestezik ve analjezikler olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (Tandoğan ve Oskay, 2021). Sistemik etkili farmakolojik yöntemler plesanta aracılığıyla fetuse geçebilmeleri nedeniyle fetüste istenmeyen etkilere yol açabilmektedirler. Bunun yanında kadının doğum eylemine aktif olarak katılamaması ve doğum eylemi sırasında yaşananları hatırlayamaması gibi sakıncaları beraberinde getirmektedir. Rejional (bölgesel) farmakolojik yöntemler ise kadında bulantı-kusma, idrar retansiyonu, alerjik reaksiyonlar ve solunum depresyonu gibi durumlara yol açabilmektedir (Gönenç,2013).

Doğum ağrısı ile başa çıkmada, giderek yaygınlaşmakta olan non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, herhangi bir farmakolojik ilaç kullanılmadan doğum ağrısını en az şekilde algılamasına neden olan yöntemlerdir (Taşkın, 2020; Tektaş ve Ark., 2016). Bu yöntemlerin, herhangi bir invaziv işleme gerek olmadan, kolay uygulanabilen, maliyet etkin ve hem annenin hem de fetüsün sağlığı için zararsız uygulamalar olmasının yanında gebenin de aktif olarak doğum eylemine katılmasına olanak sağlamaları önemli avantajlarıdır. (Gür, 2019; Varışoğlu ve Ünlü, 2020). Non-farmakolojik yöntemler doğum ağrısını azaltmasının yanında kadının daha iyi bir doğum deneyimi yaşamasına da olanak sağlamaktadırlar (Gündüz ve Çalışkan, 2018;Gönenç ve Terzioğlu, 2012). Sıcak uygulama, doğum eyleminde ağrıyı azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerdendir. Özel beceri gerektirmeden, kolay ve ucuz cihazlarla uygulanabilir olması en önemli avantajlarından bir tanesidir. Doğru bir şekilde uygulandığında çok az veya hiçbir yan etkisinin olmadığı belirtilmektedir(Akbarzadeh ve ark, 2018; Simkin ve Bolding, 2004). Sıcak uygulama periferik kan damarlarında vazodilatasyona neden olarak bölgenin oksijenlenmesi, beslenmesi, atık maddelerin uzaklaştırılmasını sağlar ve kaslarda gerilimi azaltarak rahatlama yaşatır ve ağrı hissi azalmış olur (Türkmen,2017; Akbarzadeh ve ark, 2018). Bunun yanında sıcak uygulamanın neden olduğu vazodilatasyon kalbe dönen kan miktarını arttırarak kalp debisinin artmasına ve nabız hızının azalmasına neden olmaktadır (Sheldahl ve ark., 1987; Benfield ve ark, 2010). Ayrıca Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, stresinin uterus kasılması, fetal kalp hızı ve fetal hareket üzerindeki etkisi araştırılmış ve fetal kalp hızının dakikada 146 vuruştan maksimum 157 vuruşa yükseldiğini ortaya koymuştur (Albers ve ark., 2005). Literatürde bu uygulamaların doğumun birinci evresinde ağrıyı rahatlattığı ve süreyi kısalttığı belirtilmiştir

(İpek,2014; Smith ve ark, 2018; Kaur ve ark, 2020). Literatürdeki yer alan çalışmalarda doğum ağrısının azaltılması amacıyla yapılan sıcak uygulamanın gebelerin %38-45'inde etkili olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark., 2008)

Doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan non-farmakolojik yöntemler, basit ve yan etkisi olmaması nedeniyle güvenli ve maliyet etkin yöntemlerdir (Gönenç ve Terzioğlu, 2012; Varışoğlu ve Ünlü, 2020) . Doğum ağrısının azaltılması yada ortadan kaldırılması, kadının memnuniyetinin artmasını, doğuma aktif bir şekilde katılmasını ve sağlıklı doğum deneyimi yaşamasına olanak sağlayacaktır (Taşkın,2011; Gündüz ve Çalışkan, 2018). Doğum eylemine ilişkin süreçlerde kadının bakım ve tedavisinde yer alan hemşireler, non-farmaklojik ağrı yöntemlerini kullanarak doğum ağrısının azaltılmasına, doğuma ilişkin stresin azaltılarak kadın ve fetüsün olumlu fizyolojik süreçlere sahip olmasına ve kadının olumlu doğum deneyimi yaşamasına yardımcı olabilmektedirler. Bu amaçla çalışmamızda doğum eyleminde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyleri ile doğum süreçlerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri:

H_0: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadının algıladığı ağrıya etkisi yoktur.

H_1: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadının algıladığı ağrıya etkisi vardır.

H_0: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum eyleminin süresine etkisi yoktur.

H_1: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum eyleminin süresine etkisi vardır.

H_0: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadının yaşam bulgularına etkisi yoktur.

H_1: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadının yaşam bulgularına etkisi vardır.

H_0: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın apgar skoruna etkisi yoktur.

H_1: Doğumun birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın apgar skoruna etkisi vardır.

1. GENEL BİLGİLER

1.1. Doğum Eylemi

Doğum eylemi son menstrual kanamadan yaklaşık 9 ay 10 gün sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı doğal bir süreçtir. *(*WHO*,* 2018; Kömürcü ve Ergin, 2008; Taşkın, 2016). Doğum, gebe ve ailesi için çok anlamlı ve eşsiz bir deneyimdir. Bu dönem yaşam sürecinde doğal bir evre olmasına rağmen gebelik süresince, doğum ve doğum sonrasında kadınların sağlık bakım gereksiniminin büyük oranda arttığı, annenin bedensel, psikolojik ve duygusal açıdan çok etkilendiği zor bir dönemdir (Çankaya ve ark., 2017).

Doğum eylemi, serviks dilatasyonuna ve efasmanına neden olan ve zamanla sıklaşarak düzenli bir şekilde şiddeti artan kontraksiyonlarla birlikte fetus ve eklerinin uterustan bu kasılmalar yardımıyla dışarı atılıp anneden ayrılması ile gerçekleşenkişiden kişiye değişen ve bireysel bir ile klinik süreçtir (WHO, 2018). Başka bir tanıma göre doğum eylemi; konsepsiyon ürünleri yani fetüs, amniyotik mayi, plasenta ve membranların, düzenli kontraksiyonlar, servikal dilatasyon ve efasmanın gerçekleşmesi ile uterustan ayrımlası, vajen yoluyla fizyolojik olarak atılmasıdır (Sarıboğa, 2020) Fetusun 40 haftalık zaman diliminde, uterus içinde büyümesi ve gelişmesini tamamlamasıyla dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiğinde doğal fizyolojik mekanizmalarla doğum kanalı olan vajenden dışarı atılması normal spontan doğum olarak tanımlanmaktadır. (Kömürcü ve Ergin, 2008; Taşkın, 2011; Arslan, 2012) Normal doğumun; herhangi bir tıbbi müdahale tarafından yönetilmeyen, verteks poziyonda ve kendiliğinden başlayarak gerçekleşen bir eylem olduğu ifade edilmektedir. Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır. (Acavut, 2020).

1.2. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi; yalancı olmayan doğum ağrıları ile başlayan, servikal efasman (silinme) ve dilatasyonun (açılma) tamamlandığında, bebek ve plasentanın doğumu ve devamındaki 1-2 saatlik süreyi kapsayan dört evreden oluşmaktadır (Acavut,2020).

Normal doğum, fetüsün doğum kanalından inişi sırasında, servikal kanalda düzenli ve itici bir güç ile açılma ve silinmeyi sağlayan uterus kontraksiyonlarının devam ettiği fizyolojik bir süreçtir. Her bir evrenin kendisine özgü özellikleri bulunmaktadır (Kömürcü ve Ergin, 2008; Sezer Yıldırım, 2020).

1.2.1. Doğumun Eyleminin Birinci Evresi

Bu evre gebeliğin %95 ini oluşturmakta ve implantasyon döneminden önce bile başladığı düşünülmektedir. Bu dönemde aynı zamanda uterus boyutlarında artış ve damarlanmasında değişiklikler olmakta ve bu değişiklikler gebeliğin sonuna kadar devam etmektedir (Bağ, 2020). Dilatasyon (Açılma) evresi olarak da adlandırılan bu evre, gerçek doğum ağrılarının başlamasıyla serviksin tam dilate olması arasında geçen zamanı kapsar (Başgöl ve Kızılkaya, 2015). Bu evre nulliparlarda ortalama 8-12 saat, multiparlar da 6-8 saat sürmektedir. Birinci evre doğumun en uzun süren evresidir. Bu evre kendi içerisinde; latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır.

1.2.1.1. Latent Faz

Düzensiz kontraksiyonlar ile başlayan, silinme tam'a yakın (%100) olduğu ve açıklık 2-3 cm olduğunda sona erer (Taşkın, 2016; Who, 2018). Hiç doğum yapmayan kadınlarda bu dönem genellikle 6 saat sürer. Bu sürenin nulliparlar için 20 saati, multiparlarlarda ise ortalama 4-5 saat arasında olup, 14 saati aşmaması gerekmektedir. Latent fazda ilk zamanlarda uterus kasılmalarının şiddeti hafifken, kasılmaların şiddet, sıklığı ve süresi giderek artmaktadır. Kontraksiyonlar başlangıçta 15-20 saniye sürüp, 10-20 dakikada bir gelir. Bu süre zamanla uzayarak kontraksiyon süresi 30-40 saniyeye çıkarken kontraksiyon sıklığı 5-7 dakikaya iner (Taşkın, 2016). Travay'ın başlangıcı anlık bir olay olmadığından latent fazın süresinin tam olarak bilinemediği de belirtilmektedir. (Ergin, 2008; Yaşar, 2019) Latent faz sedasyon ve stres gibi diğer faktörlerden etkilenir ve süresi uzayabilir (Göker, 2019).

1.2.1.2. Aktif Faz

Dilatasyon(açılma) yaklaşık olarak 3-4 cm kadar olduğunda başlamakta ve 8cm'e ulaştığında sonlanmaktadır. Kontraksiyonlar 3-5 dakika kadar aralıklarla gelir ve yaklaşık 45-60 saniye kadar devam eder. Aktif faz ortalama ilk doğumlarda 4 saat kadar, multiparlarda ise 2 saat kadar devam eder. (Yıldız, 2019) Bu fazda kontraksiyonların süresi, sıklığı ve şiddeti oldukça artar. Kontraksiyonlar 40 saniye kadar sürer ve 5 dakikadan daha az aralıklarla gelir. Ağrı daha çok sakral bölge, alt karın bölgesi, bacaklar ve kasıklarda hissedilir. Kadının bu fazda ağrıyı hissetmesi artmıştır ve çevreyle iletişimi azalmaya başlamıştır. Bu faz ortalama 4 saat sürmektedir. (Rathfisch, 2017; Taşkın, 2016; Yeşilçiçek Çalık ve Kömürcü, 2010).

1.2.1.3. Geçiş Fazı

Servikal dilatasyon (açılma) 8 cm'e ulaştığında geçiş fazı başlar ve dilatasyon 10 cm açıklığa ulaştığında son bulur. Kontraksiyonlar ortalama 60-90 saniye sürer ve 2 dakikadan daha az aralıklarla gerçekleşir. Ağrı daha fazla perine bölgesi ve sakral bölgesinde hissedilmeye başlar. Doğumu evrelerinin içinde kadını en fazla zorlayan ve dayanılması güç olan evredir. Bu fazda kadının ağrıyı kabullenmesi ve iletişime açık uyum içinde olması için daha çok desteğe ihtiyacı vardır. Eylemin son evresidir. Ortalama 2 saat süren, servikal dilatasyon 8-10 cm olduğunda sonlanır. Fetal iniş hızla gerçekleşir. (Rathdisch, 2017; Taşkın, 2016; Yeşilçiçek Çalık ve Kömürcü, 2010; Sönmez, 2019).

1.2.2. Doğumun Eyleminin İkinci Evresi

Doğum eyleminin ikinci evresi servikal dilatasyonun tamamlanarak 10 cm'e ulaşması ve fetusün doğumunun gerçekleşmesine kadar olan zaman dilimini kapsamaktadır (Who, 2018; Taşkın, 2016). Primiparlarda doğum genellikle 30 dakika ile 5 saat içerisinde, multiparlarda ise doğum genellikle 5 ile 30 dakika içerisinde tamamlanmaktadır. Bu evrede kontraksiyonlar 1.5 ile 2 dakikalık sıklıklarla gelip, 60-90 saniye sürmektedir. Fetüs başı vajinal açıklığa ulaştıkça perine taçlanır, rektum genişler, pelvis tabanının kasları gerilir ve baş doğar (Taşkın, 2020).

1.2.3. Doğumun Eyleminin Üçüncü Evresi

Bu evre doğum eyleminin klinik evrelerini kapsayan dönemdir. Doğum eyleminin klinik evrelerini şöyle özetleyebiliriz: İlk evre servikste ilerleyici efasman ve dilatasyon sağlamaya yeterli süre, frekans ve amplitüde sahip kontraksiyonlarla başlar. Serviksin tam açılması -10 cm- ile sonlanır. Doğum eyleminin birinci evresi bu sebeple servikal dilatasyon ve efasman evresidir. İkinci evre serviksin tam açıklığa ulaşması ile başlar fetusun doğumuyla sonlanır. Bu evreye de fetusun atılma evresi denir. Üçüncü evre ise fetusun doğumunun gerçekleşmesinden hemen sonra başlar ve plasentanın atılması ile biter. Bu nedenle bu evre plasentanın ayrılma ve atılma evresidir (Bağ, 2020). Fetüsün doğumundan sonra başlar, plasenta ve eklerinin ayrılması ile sona erir. Plasental evre 5 ila 30 dakika arasında gerçekleşir. (Taşkın, 2020)

1.2.4. Doğumun Eyleminin Dördüncü Evresi

Erken postpartum dönemdeki kanama kontrol evresi olarak da bilinen bu evre, plasenta ve eklerinin doğumundan sonraki ilk 4 saatlik dilimdir (Akpınar, 2020). T.C. Sağlık Bakanlığı, doğumdan sonra erken dönemde annenin vital bulgularını ilk 2 saat içinde 15 dk aralıklarla, 2 ila 4 saatler arasında ise 30 dakika arayla değerlendirilmesi gerektiğini, uterus tonus kontrolünü ise; postpartum ilk 30 dakikada 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saat 15 dakika aralıklarla, iki saat dolana kadar da 30 dakika aralıklarla yapılması gerektiğini belirtmektedir (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, 2014).

1.3. Doğum Eyleminde Ağrı

Latince poena (işkence, ceza, intikam) kelimesinden türemiş olan ağrı, "hastalık, bedensel olarak yaralanma ya da organik bozukluğa bağlı rahatsız edici bir duygu" olarak tarif edilirken, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (International Association for the Study of Pain (IASP)) ağrıyı; doku, olası doku hasarıyla birlikte olan veya böyle bir hasar süresince tanımlanan duyusal ve bilişsel deneyim olarak tanımlanmıştır (Morgan ve Mikhail, 1996; Köksal ve Duran, 2013). Duyusal uyaranlara karmaşık, öznel ve çok boyutlu bir cevap olan doğum ağrısı ise diğer akut ve kronik ağrı deneyimlerinin tam tersine mevcut bir patoloji kaynaklı değil, yeni bir yaşamın ortaya çıkması ile ilişkilidir (Taşçı ve Sevil, 2007; Kaçar, 2019). Doğum ağrısının mekanizması hakkında ilk bilgiler Cleland tarafından 1933 yılında ortaya konmuş ve en son bilgiler ise Bonica tarafından düzenlenmiştir Doğum ağrısı, eylemin ilerlediğinin fizyolojik bir göstergesidir. Doğum eyleminde yaşanan ağrı serviksin dilatasyonu ve uterus kontraksiyonlarından kaynaklanmaktadır. Doğumun I. Evresinde hissedilen ağrının şiddeti serviks dilatasyonu arttıkça artmaktadır. Fetüsün başının pelvisten inişi ve lumbosakral pleksusa yapmış olduğu bası nedeniyle anne sırtında, belinde, bacaklarında ve kalçalarında ağrı hissetmektedir. (Kaçar, 2019; Sever, 2011; Türkmen ve Tuna Oran, 2019).

Doğum ağrısı, doğumun evrelerine, annenin sahip olduğu fiziksel ve psikolojik özelliklere, fetüsle ilgili faktörlere ve doğum sırasında yapılacak girişimlere göre farklılıklar gösteren oldukça karmaşık ve subjektif bir yapıya sahiptir (Kaçar, 2019; Sever, 2011; Türkmen ve Tuna Oran, 2019). Bazı bireylerde dayanılmaz olarak

algılanırken, bazı bireylerde zevkli algılama gibi farklı değerlendirilen bir durumdu (Aghil Dizaj, 2020). Doğumda ağrı fizyolojik olarak gerçekleşen bir durum olmasına karşılık mutlaka kontrol altına alınmalıdır (Karabulutlu,2014). Ağrının kontrol edilemediği durumlarda ortaya çıkan stres ve anksiyete anne, fetüs ve yenidoğanın sağlığını kötü etkilediği için obstetrik anlamda çok önemlidir. Yaşanan bu deneyimi primipar kadınların %60'ı, multipar kadınların ise %40'ı şiddetli bir ağrı olarak tanımlamaktadır (Taşçı ve Sevil, 2007). Ağrı birçok değişkenden etkilenen çok boyutlu bir deneyimdir. Nöro-fizyolojik, biyokimyasal, ruhsal, psikolojik, bilişsel, etnokültürel, dinsel, ve çevresel boyutları olan bir durumdur. Ağrının tanılaması, ölçülmesi ve değerlendirilmesi zordur. Ağrının bireysel bir semptom olması, bireyin tam anemnezini almayı, sürekli gözlem yapmayı ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir. (İpek, 2014)

1.4. Ağrının Nörofizyolojisi ve Nöroanatomisi

Doğum eyleminde ağrı fizyolojik, psikolojik, inhibitör, eksitatör bir çok etkileşimin sonucunda oluşur. Doğum ağrısının nöral mekanizması akut ağrı türleri ile arasında benzerlik olsa da, doğum ağrısının kendine farklı özellikleri vardır. (Ertem ve Sevil, 2005; Mucuk ve Başer, 2009; İpek, 2014). Doğum ağrısı nedeniyle yaşanan rahatsızlıkların iki kökeni vardır. Doğumun birinci evresinde olan ağrı, visseral ağrı karakterindedir ve serviksin dilatasyonuna, kontraksiyonlar esnasında uterusta oluşan hipoksiye, uterusun alt segmentinin gerilmesine ve komşu dokulara baskı oluşmasına bağlı olarak gelişmektedir. Uterustan kaynaklı olan ağrılar 10., 11., ve 12. torasik ve 1. lumbal sinirler tarafından iletilmektedir. Bundan dolayı ağrı, karın duvarının alt bölgesinde, sakrumun ve lumbal bölgenin üzerinde hissedilir. Fetal başın inmesi ile lumbosakral pleksusa bası meydana gelir ve ağrı sakrumda, bacaklarda ve kalçalarda hissedilir. (Kömürcü ve Ergin, 2008; Taşkın, 2016; Cunningham ve ark., 2005)

Doğumun birinci evresinde sempatik sinir sistemi ağrının iletiminde önemli rol oynarken ikinci ve üçüncü evresinde buna ek olarak perineden gelen uyarılarla, pudendal ve sakral sinirlerin somatik lifleri de olaya katılır. (Erdine, 2008; Mucuk ve Başer, 2009)

Doğumun birinci evresinin sonlarında perineal bölgede ağrı başlar. Bu durum fetal başın pelvis tabanda ilerlediğini ve doğumun ikinci evresinin başladığını göstermektedir. Doğumun ikinci evresindeki ağrı, uterus kaslarının oksijensiz kalması,

perine ve vajenin genişlemesi, fetal başın perineye olan basısı ve çevresindeki dokuların genişlemesinden kaynaklanmaktadır. Perinede bulunan hem motor hem de duyusal lifleri pudental sinir aracılığıyla sakral 2, 3, 25 ve 4. köklerden omuriliğe girer. Doğumun üçüncü evresindeki ağrı, plasentanın atılmasını sağlayan uterus kontraksiyonlarına ve servikal dilatasyona bağlı olarak gerçekleşmektedir. (İpek, 2012; Kömürcü ve Ergin, 2008)

1.5. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Doğum deneyiminin kişilik özelliklerinden, öz etkililik ve anksiyete düzeyinden, stresle baş etme şeklinden, doğum hakkındaki bilgi düzeyinden, önceki doğum deneyiminden, sosyal destek varlığından ve kadının sağlık durumu gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği belirtilmiştir. Bununla birlikte kadınların doğum deneyimlerini etkileyen en önemli faktörün doğum ağrısı ve doğum ağrısına ilişkin yaklaşımları olduğu belirtilmektedir (Yılmaz ve Nazik, 2018). Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğumdaki ağrının azaltılması için ilaç tedavisi yapılması gerektiğini belirtmektedirler (ACOG, 2015). Farmakolojik yöntemler ağrıyı ortadan kaldırmak veya azaltmak için en çok kullanılan yöntemlerdir (Karaduman, 2017). Doğum ağrısını azaltmak ya da ortadan kaldırmak için kullanılan farmakolojik yöntemler, sistemik etkili anestezik ve analjezikler (inhalasyon analjezisi ve parenteral analjezi) ile rejyonal (bölgesel) etkili analjezik ve anestezikler (spinal anestezi ve epidural anestezi) olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Doğum analjezisinde temel prensip; minimum yan etki ile maksimum ağrı giderilmesinin sağlanması, kadında motor blok oluşturmadan, fetüsün pozisyonunda bozukluk yapmadan doğumun gerçekleşmesini sağlamaktır (Littleford, 2004). Sistemik etkili olan yöntemler kadında ve plesanta aracılığıyla fetuste istenmeyen olumsuz etkilere neden olabilmektedir. Ayrıca kadının doğum eylemi sırasında bu sürece aktif olarak katılamaması ve doğum sürecinde yaşanan olayları hatırlayamaması gibi olumsuz durumlara sebep olabilmektedir (Gönenç, 2013; Türkmen ve Tuna Oran, 2019). Doğum ağrısının azaltılmasında en sık kullanılan bölgesel anestezi yöntemi olan epidural analjezi etkili bir yöntem olduğu bilinmektedir. Buna karşılık bulantı ve kusma, idrar retansiyonu, alerjik reaksiyonlar ve solunum depresyonu şeklinde yan etkileri bulunmaktadır (Kılıç ve Öztunç, 2012).

Doğum ağrısını kontrol altına almak ve başa çıkmak için son zamanlarda yaygın bir şekilde farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemleri kullanılmaktadır. Bu yöntemler, ilaç kullanılmadan bütünüyle kadının rahatlamasını, gevşemesini sağlayan, ağrısını minimal düzeyde algılamasına olanak sağlayan yöntemlerdir (Varışoğlu ve Ünlü, 2020)

1.6. Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Non-farmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan farmakolojik yöntemlerin yan etkilerinin fazla olması non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin yaygınlaşmasına olanak sağlamıştır. Non-farmakolojik yöntemler, ilaç kullanılmadan ağrının azaltılmasını amaçlayan yöntemlerdir. Bu uygulamaların etkinliğine ilişkin farklı sonuçlar gösteren araştırmalar olmasının yanında kadının kendi kontrolünü sağlaması, aktif olarak doğuma katılması ve bebek ile iletişimi arttırması gibi etkileri nedeniyle de tercih edilmektedir (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018; Ersöz, 2019; Gür, 2019). Doğum eylemindeki ağrının kontrol edilmesinde kullanılan non-farmakolojik yöntemler; gevşeme/rahatlama, zihinsel-mental uyarılma, tensel uyarılma, solunum teknikleri olmak üzere dört grupta incelenmektedir (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018; Ersöz, 2018; Uyanık, 2019; Sımkın ve Ancheta, 2016). Gevşeme/Rahatlama tekniği grubunda, biofeedback (biyolojik geri bildirim), ses çıkarma, akupuntur, hipnoz, akupressure, müzik dinletme, yoga ve haretket-poziyon verme uygulamaları yer almaktadır. Zihinsel-mental uyarılma grubunda, odaklanma, hayal kurma ve dikkat dağıtma uygulamaları bulunmaktadır. Tensel uyarılma grubunda, masaj, TENS (transkültanöz elektriksel sinir stümilasyonu), intradermal steril su enjeksiyonu, yüzeyel soğuk ve sıcak uygulama, hidroterapi gibi uygulamalar yer almatadır. Solunum tekniklerinde ise Lamaze ve Dick Read tarafından geliştirelen, doğum ağrısını ve süresini azaltan uygulamalar bulunmaktadır (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2018; Ersöz, 2019; Narman, 2019; Uyanık, 2019).

Non-farmakolojik yöntemlerin uygulanmaya başlaması çok eski tarihe dayanmaktadır. Masaj insanlığın ilk çağlarından bu yana kullanılan çok eski yöntemlerden biridir. Çoğu kültürde tedavi edici ve iyileştirici etkileri için kullanılır. Soğuk uygulama tedavi amacıyla, antik çağdaki hekimlerden beri, bazı hastalıklar ve rahatsızlıkların tedavisi için kullanılmıştır. TENS uygulaması ise, 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından tanımlanan Kapı Kontrol Teorisinden sonra ağrının tedavisinde önemli bir yer almıştır. Teröpotik dokunma 19. Yüzyılın başlarında hemşire Doleres

Kriger tarafından geliştirilmiştir ve uygulama ilk kez Jacopsan tarafından gevşeme eğitimi çerçevesinde kullanılmaya başlanmıştır. Ağrı kontrolünde gevşeme, Herbert Benson tarafından bir teknik olarak bilim alanına kazandırılmıştır (Özveren, 2011; Uyanık, 2019).

Non-farmakolojik yöntemlerin, ağrıyı azaltmadaki etkileri çeşitli teorilerle açıklanmıştır. Bu teorilerden biri olan Kapı Kontrol Teorisi (KKT), ilk kez 1965 yılında Ronald Melzack ve Patrick Wall tarafından ileri sürülmüş ve günümüzde de geçerliliğini sürdürmektedir. KKT de spinal geçişin ağrısız uyarılarla aşırı yüklenerek kapatıldığı ve ağrılı uyarının beyine ulaşmasının omurilik seviyesinde engellendiği düşüncesine yer verilmektedir. Geniş çaplı sinir liflerin uyarılması ile dokunma duyusunun, küçük çaplı sinir liflerin uyarılmasıyla da ağrı duyusunun meydana geldiği bilinmektedir. Bu nedenle KKT'ye göre geniş çaplı sinir liflerinin ilk olarak uyarılmasıyla spinal geçiş kapatılarak ağrı duyusuna sebep olan uyarıların spinal sinirlerden geçemeyerek ağrı oluşumuna engel olunabileceği belirtilmektedir. Bu nedenle hidroterapi, masaj, ayak refleksolojisi, sıcak- soğuk uygulama, TENS uyuglaması ve ambulasyon gibi uygulamaların geniş çağlı sinir liflerinde uyarı oluşturarak doğum ağrısının azaltılmasında etkili yöntemler olduğu savunulmaktadır (Aslan, 2006; Yücel, 2006; Engin, 2013). Yaygın Ağrılı Uyaran Kontrolü (YAUK) teorisinde ağrılı uyaranlar endorfin sistemi harekete geçirerek endorfin salınımını açığa çıkarmaktadır. "Endojen" ve "Morfin" kelimelerinin birleşimi olan endorfin teriminin, vücudun kendisinin salgılamakta olduğu opoidlere benzer maddeleri tanımlar. 1970'li yılların ortalarında bu maddelerin varlığı belirlenmiştir. Endorfinler spinal kordun sinir uçlarındaki narkotik reseptörlere bağlanarak ağrı uyarısının geçişini bloke ederek ağrıyı azaltmaktadırağrılı Masaj, refleksoloji, steril su enjeksiyonu, akupunktur, akupuresure ve TENS uygulaması bu teoriye dayanan yöntemlerdir. (Demir, 2012; Engin, 2013). Merkezi Sinir Sistemi Kontrolü (MSSK) teorisine dayanan yöntemler, gevşeme/nefes egzersizi, meditasyon/yoga, hipnoz, antenatal eğitim, sürekli destek, hayal kurma/odaklanma, müzik, aromaterapi, biofeedback ve plasebo'dur (Varışoğlu, 2020; İpek, 2014; Taşçı ve Sevil, 2007; Yılmaz, 2019; Narman, 2019). MSSK teorisine dayanan hipnobirthing ve lamaze felsefesine göre doğuma hazırlık eğitimleri ve nefes çalışmalarının kadının memnuniyetini artırdığı ve doğum sonrasında emzirme başarısını artırdığı belirlenmiştir. Çömelme, masaj ve sıcak uygulama yöntemlerinin uygulama kolaylığı,

maliyetsiz olması ve doğum ağrısı/süresini azaltmada oldukça etkili olduğu belirtilmektedir. MSS teorisine dayanan nefes çalışmaları, hipnobirting ve lamaze felsefesinden yararlanılarak oluşturulan doğuma hazırlık eğitimlerinin doğum ağrısının yönetiminde ve doğum sonrası kadının memnuniyeti ve anneliğe hazır hissetmesinin getirdiği avantajlar yönünden gebe okullarında sağlık personelleri tarafından uygulanması önerilmektedir. Ülkemizde giderek artan gebe okulları ve doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve bu okullara ulaşılabilirliğin arttırılması için sertifika programları ve hizmet içi eğitimlerin planlanması gerekmektedir. (Varışoğlu&Ünlü, 2020; İpek, 2014; Taşçı ve Sevil, 2007)

Dünya sağlık örgütü doğumda non farmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir (WHO, 2018). Non-farmakolojik yöntemler invaziv değildir, alerjik değildir, uygulaması kolay, ucuz ve daha güvenilirdir. Gebenin doğum eylemine aktif katılımına yardımcı olur. Ayrıca non farmakolojik yöntemler, anneler tarafından sevilen ve doğumda daha konforlu olan yöntemlerdir. Anne ve fetüs sağlığı açısından herhangi bir zararı yoktur. Doğum sürecini yavaşlatmaz aksine kadının eyleme katılması sağlanarak süre azaltılır, yan etkisi veya alerji riski yoktur. Bir diğer olumlu yanı ise, doğum ağrısını azaltmak için kullanılan bu yöntemlerin, algılanan doğum ağrısını azaltarak gebenin anksiyete düzeyini de düşürmesi ve doğumda daha olumlu deneyimler yaşamasını sağlamasıdır (Taşkın, 2011; Kömürcü ve Bertiken Ergin, 2008; Tandoğan ve Oskay, 2021). Non-farmakolojik yöntemler çoğunlukla ağrının bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarına etki etmekte ve tamamen gevşemeyi sağlayarak, kadını ağrısını en düşük düzeyde algılamaya yöneltmektedir (Yeşildağ ve Gölbaşı, 2019). Bunun yanında non-farmakolojik yöntemlerin doğumda konforu, annenin memnuniyetini ve anne bebeğin bağlanmasını artırdığını bildiren çalışmalar da bulunmaktadır (Varışoğlu ve Ünlü, 2020; Yılar, 2014; İpek, 2014).

Literatürde, Brown ve ark. (2001) yaptıkları sistematik incelemelerinde solunum teknikleri, gevşeme, akupressür ve masajın en etkili nonfarmakolojik yöntemler olduğu saptanmıştır. Hajiamini ve ark. (2012) çalışmasında bu masajı ve akupressür uygulamasının etkinlikleri karşılaştırılmıştır. Çalışmada buz masajının akupressürden daha etkili olduğu belirlenmiştir. Chaillet ve ark (2014) yaptıkları çalışmada ise kullanılan non-farmakoljik yöntemlerin müdahaleli doğumları azalttığı, doğumda anne memnuniyetini arttırdığı ve doğumun birinci ve ikinci evresinin süresini kısalttığı

belirlenmiştir. Smith ve ark. (2018) yaptıkları sistematik derlemede masaj, sıcak uygulama ve termal manuel yöntemlerin ağrıyı azaltmada, doğum süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve duygusal deneyimlerini geliştirmede rol oynadığını belirtmişlerdir.

Doğumda maternal ve fetal mortalite ve morbiditelerin azaltılmasında etkili olan kanıta dayalı uygulamalardan biri olan sıcak uygulamanın kanıt düzeyi (B) olarak belirlenmiştir. Bu uygulamanın gerek yalnız başına gerekse farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında ağrının azalmasına etkisinin olması son yıllarda kullanımı artmıştır (Acavut, 2020; Özveren, 2011). Perineye sıcak uygulama yapılan başka bir çalışmada ise sıcak uygulamanın perineyi 3. ve 4. derece travmalara karşı koruyucu olduğu belirtilmiştir (Dahlen ve ark, 2007). Benzer şekilde sistematik bir incelemede de perineye uygulanan sıcak kompresin 3. ve 4. derece yırtık riskini azalttığı bildirilmiştir (türkmen ve Tuna Oran, 2019). Fahami ve ark. (2011) çalışmalarında doğumun I. evresinde sakruma 80 dakika uygulanan kuru sıcak uygulamanın 6-7 cm ve 9-10 cm servikal dilatasyonda doğum ağrısı üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır. Ayrıca doğumun II. evresinde perine bölgesine uygulanan 5 dakika kuru sıcak uygulamanın doğum ağrı algısını azalttığı belirlemişlerdir. Türkmen (2017) sakral masaj ve sakral sıcak uygulamanın gebelerde doğum ağrısı algısını ve konfor düzeyini değerlendirdiği çalışmasında ise sıcak uygulamanın 4-5 cm ve 6-7 cm servikal dilatasyonda, masaj uygulamasının 6-7 cm servikal dilatasyonda doğum ağrı algısını azalttığı bulunmuştur.

1.6.1.1. Sıcak Uygulama

Sıcak uygulama periferik kan damarlarında vazodilatasyona neden olarak bölgenin oksijenlenmesi, beslenmesi, atık maddelerin uzaklaştırılmasını sağlar ve kaslarda gerilimi azaltarak rahatlama yaşatır ve ağrı hissi azalmış olur (Türkmen,2017; Akbarzadeh ve ark, 2018). Vazodilatasyon etkisi sayesinde ağrı hissini ve kadının algıladığı ağrıyı azaltabilir. Vazodilatasyon, ağrının hissedildiği bölgelere direk sıcak uygulama uygulandığında kan dolaşımını arttırır ve impulsları stimülize eden hücre metabolitlerinin bu bölgeden uzaklaştırılmasını sağlayarak ağrıyı azaltır. Isı reseptörleri ise ağrıyı inhibe eden refleksleri harekete geçirir. Böylece doğum eylemi sırasında kas spazmında ve buna bağlı olarak oluşan ağrıda büyük miktarda azalma olur. Kapiller permeabilitede artma, Hücre metabolizmasının hızında artma, sedatif etki, sinovyal sıvının viskozitesini azaltma ve eklem tutukluğunu azaltma gibi olumlu etkileri vardır

(Gönenç, 2013; Kaçar, 2019). Bunun yanında sıcak uygulamanın neden olduğu vazodilatasyon kalbe dönen kan miktarını arttırarak kalp debisinin artmasına ve nabız hızının azalmasına neden olmaktadır (Sheldahl ve ark, 1987; Benfield ve ark, 2010).

Sıcak uygulama genelde kadının sakral bölgeye, alt karına, kasık ve perineye uygulanmaktadır. İkinci evrede perineuma sıcak uygulamak pelvik tabanda gevşeme sağlar ve ağrıyı azaltır (Ersöz, 2019;Çapar, 2019; Sımkın ve Ancheta, 2016). Doğum eylemindeki ağrının azaltılması için bu sıcaklığın tedavi edici değerler arasında olması gerekir. Sıcak uygulamada tedavi edecek değer 40-46ºC aralığındadır. Bu sıcaklık aralığı kan dolaşımındaki artışı gösteren hiperemi oluşurken, 46ºC'nin üzerindeki ısılar da doku harabiyetine ve yanıklara sebep olabilmektedir. Yüksek ısı doku harabiyetine sebep olurken 40ºC'nin altında olan ısı da ağrıyı azaltmakta işe yaramaz. Isı kaynağı olarak kullanılan gereçler genel olarak; sıcak su şişesi, cam bilyeler, termofor, ısıtılmış pirinç dolu çorap, sıcak pedler (hot pack), elektrikli ısıtıcı pedler, akuatermik ped, sıcak kompres (ılık suya batırılmış bez ve ya havlu), sıcak battaniye, sıcak jakuzi, sıcak su oturma banyosu, sıcak duş şeklinde çeşitlendirilebilir. Sıcak uygulamaların tedavi edici etkisi belirli ısı aralığında olmasının yanı sıra uygulama süresi de oldukça önemlidir. Sıcak uygulamanın rahatlatıcı etkisinin hissedilebilmesi için 20-30dk arasında uygulanması uygundur. Bu süre olumsuz bir etkinin olmaması için 45 dakikadan fazla olmamalıdır (Karabulutlu, 2014; Çapar, 2019; Kaçar, 2019; Taşkın, 2020).

Akbarzadeh ve ark. (2016) doğumun birinci ve ikinci evresinde perineal sıcak uygulamanın, epizyotomi durumunu ve epizyotomi kesisinin ortalama uzunluğunu azaltmada, doğum sonrası ağrıyı azaltmada ve sağlam perine oranını arttırmada etkili olduğu belirlenmiştir. Ganji ve ark (2013) primiparlar kadınlar ile yaptığı araştırmada doğumun birinci ve ikinci evresinde yapılan sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı belirlenmiştir. Benzer biçimde Dahlen ve ark. (2007) yaptıkları çalışmada doğumun ikinci evresinde perineal sıcak kompres uygulamanın ağrıyı hafiflettiği belirtilmiştir. Ibrahim ve ark. (2017) sıcak uygulama ve yağlı perine masjının perineal travma, epizyotomi ve ağrıya etkisinin değerlendirdiği çalışmada yağlı perine masajının perineal travma ve epizyotomi durumuna sıcak kompreslerden daha etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca yağlı perine masajı ve sıcak kompres uygulanan kadınlarda perineal ağrı şiddeti

ve davranışsal ağrı tepkisinin kontrol grubunda göre önemli ölçüde azaldığını belirlemişlerdir.

Fahami ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada sıcak terapi uygulanan kadınların doğum ağrısı algıları daha düşük bulunmuştur. Shirvani ve Jila'nın (2013) yapmış olduğu bir çalışmada soğuk paket uygulamasının kapı kontrol teorisine dayandırılarak doğum ağrısını azalttığı ve maternal-fetal sağlık üzerinde olumsuz bir etki yaratmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ganji ve ark. (2013) çalışmasında sıcak ve soğuk uygulamanın doğum ağrısını azalttığı saptanmıştır. Yapılan başka çalışmada ise doğumun ikinci evresinde uygulanan sıcak kompreslerin perineal travma ve ağrıyı azalttığı bulunmuştur (Vaziri 2014). Hem sıcak hem de soğuk uygulama yapılan kadınların müdahale sonrası ağrı skorları ve kaygı düzeylerinin daha fazla düştüğü, doğumdan memnuniyet seviyelerinin yükseldiği belirlenmiştir (Ghani 2014). Taavoni ve ark (2016) çalışmasında ısı terapisi uygulanan kadınların ağrısı düzeylerinin kontrol grubundaki kadınlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Ahmad- Shirvani ve Ganji (2016) yaptıkları sıcak ve soğuk uygulamanın kıyaslandığı bir çalışmada sıcak uygulamanın ağrı skorlarını düşürdüğü, soğuk uygulamanın ise doğumun ikinci evresinin süresinin kısalmasına neden olduğu, her iki yöntemin memnuniyet düzeyleri açısından birbirine üstünlüğünün olmadığı bulunmuştur. Mardliyana ve ark. (2017) yapmış oldukları bir çalışmada ise buz jeli paketi uygulanan kadınların doğum ağrısını daha az hissettiği saptanmıştır.

Ayrıca Finlandiya'da yapılan bir çalışmada, stresinin uterus kasılması, fetal kalp hızı ve fetal hareket üzerindeki etkisi araştırılmış ve fetal kalp hızının dakikada 146 vuruştan maksimum 157 vuruşa yükseldiğini ortaya koymuştur (Albers ve ark, 2005). Literatürde bu uygulamaların doğumun 1. evresinde ağrıyı rahatlattığı ve süreyi kısalttığı belirtilmiştir (İpek,2014; Smith ve ark, 2018; Kaur ve ark, 2020). Literatürdeki yer alan çalışmalarda doğum ağrısının azaltılması amacıyla yapılan sıcak uygulamanın gebelerin %38-45'inde etkili olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark, 2001; Tzeng ve Su, 2008).

1.7. Doğum Ağrısı ve Doğum Süreçlerinde Hemşirelik Yaklaşımları

Doğum eylemi, kadın için özel bir deneyim olmakla beraber ağrılı zor bir süreçtir. Kadınlar bebeğinin ve kendisinin sağlıklı olmasını ve yaşamı boyunca hatırlayacağı doğum deneyiminin güzel geçmesini istemektedir (Taşkın, 2020). Doğum ağrısı, NANDA

Hemşirelik tanıları içinde akut ağrı olarak yer almakta olup bakım planına dahil edilip yönetilmesi ve hemşirelik bakımı verilmesi gereken bir semptomdur (Coşkun, 2008; Birol, 2009). Doğum eyleminin anne ve fetus için olumlu sonuçlanması ve doğum ağrısının kontrolü hemşirelik bakımının temel amaçlarındandır. Bu nedenle hemşirelerin hem doğum eylemindeki süreçlere olumlu katkı sağlayacak hem de doğum ağrısını azaltan yöntemleri bilmeleri ve bu yöntemlerin uygulanmasında gebeye yardımcı olmaları gerekmektedir (Yıldırım ve Şahin, 2003: Aslan, 2005). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemlerin uygulama sorumluluğu hekime ait olup, farmakolojik olmayan yöntemlerin uygulama sorumluluğu ise hekim orderı olmaksızın hemşirelere aittir. Hemşireler, nonfarmakolojik yöntemleri invaziv müdahale gerektirmemesi ve yan etkilerinin minimal olması nedeniyle doğum eylemindeki süreçlerde güvenle kullanabilmektedirler (Gür, 2019;Ersöz, 2019; Narman, 2019). Kadının doğum sürecine hakim olabilmesi ve non-farmakolojik yöntemleri kullanabilmesi için doğum öncesi dönemde ya da latent fazda bu bu yöntemler hakkında bilgi alması gerekmektedir. Gebeler bu yöntemler hakkında konuşabilmeli, merak ettiklerini sorabilmeli ve bu doğum eylemine aktif olarak katılabilmelidir (Ersöz, 2019;Uyanık, 2019). Doğum eyleminde olan kadınlara ağrıyı azaltan yöntemler hakkında doğru, geçerli ve tarafsız bir şekilde bilgi verilmesi ve istediği yöntemi kendi ağrısı algısına göre seçmesi hemşirenin sorumluluğundadır (Gür, 2019; İpek, 2014). Bununla beraber kadının kendisinin bireysel olarak koyduğu hedefe uygun yöntemi göz önüne alarak, ağrının azaltılması veya ortadan kaldırılması için gerekli hemşirelik girişimleri de belirlenmelidir (Gür, 2019;İpek, 2014;Çöçelli ve ark, 2008).

Doğum ağrısının kontrolünde hemşirenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran, vazgeçilmez ve önemli kılan durumlar; hemşirenin anne adayı ile diğer ekip üyelerinden daha çok zaman geçirmesi, bu nedenle kadının ağrı ile ilgili geçmiş deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenebilmesi ve gerektiğinde bu bilgileri bakım esnasında kullanması, ağrıyı rahatlatma yöntemlerini gebeye öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması ve sonuçları izlemesidir. Hemşirelerin doğum eyleminin yönetilmesindeki rolleri, onları teknolojik gelişmelerle elde edilemeyen ve sağlık bakımında uzun süreli etkileri olan ayrıcalıklı bir yere koymaktadır (Yıldırım ve Şahin, 2003; İpek, 2014; Çapar, 2019)

2. MATERYAL VE METOD

2.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların ağrı düzeyi ve doğum süreçlerine etkisi değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

2.2. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, 15 Nisan 2020-15 Mayıs 2021 tarihleri arasında müdahele çalışması olarak gerçekleştirilmiştir.

2.3. Araştirmanin Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, İstanbul il merkezindeki Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği doğumhanesinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri 15 Nisan 2020 – 15 Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yapılacağı hastanede doğumhane 1 kat ayrılmıştır toplamda 4 adet hasta odası bulunmaktadır. Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniğinde toplamda 8 ebe, 2 hemşire, 4yardımcı sağlık personeli ve 1 sorumlu hemşire çalışmaktadır. Araştırmanın, hastanenin sadece normal doğum yapan hastalarının bakıldığı doğumhanesinde gerçekleştirilmiştir.

2.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesine bir yıl içinde doğum yapmak için başvuran 1254 kadın oluşturmaktadır. Literatürde sıcak uygulamanın kadınların anksiyete düzeyini 0,95 puan azalttığı belirtilmektedir (Calvanti ve ark,2019). Bu nedenle yapılan literatür taramasında üzerinde çalışılacak yöntemlere ilişkin yüzde ölçüm değerleri baz alınarak 0,5 etki büyüklüğü, %82 güç ve 0,05 hata payı ile G-POWER programı kullanılarak bulunan toplam örneklem büyüklüğü 134 olarak belirlenmiştir. Ancak araştırmanın örneklemini veri kaybı göz önüne alınarak, Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesinde doğum yapan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmayı kabul eden 70 kontrol ve 70 müdahale olmak üzere toplam minimum 140 kadın oluşturmuştur. Araştırmamızda kontrol grubundaki kadınların 1 tanesi ilerlemeyen eylem 2 tanesi fetal distres ve yine müdahale grubundaki kadınların 3 tanesinde ilerlemeyen eylem ile

sezaryen kararı verilmesi nedeniyle araştırma dışı bırakılmışlardır. Bu nedenle araştırmamız 67 kontrol, 67 müdahale olmak üzere 134 kadın ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

- 18 yaş üstü
- Primipar,
- Doğumun Latent fazında olan (Servikal dilatasyon 1-2 cm)
- Tek fetüsün bulunduğu,
- Fetüsün verteks prezentasyonunda olduğu
- Gebelik döneminde herhangi bir komplikasyon öyküsü bulunmayan,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olan
- Spinal bölgesinde herhangi bir ameliyat geçirmemiş olan kadınlar

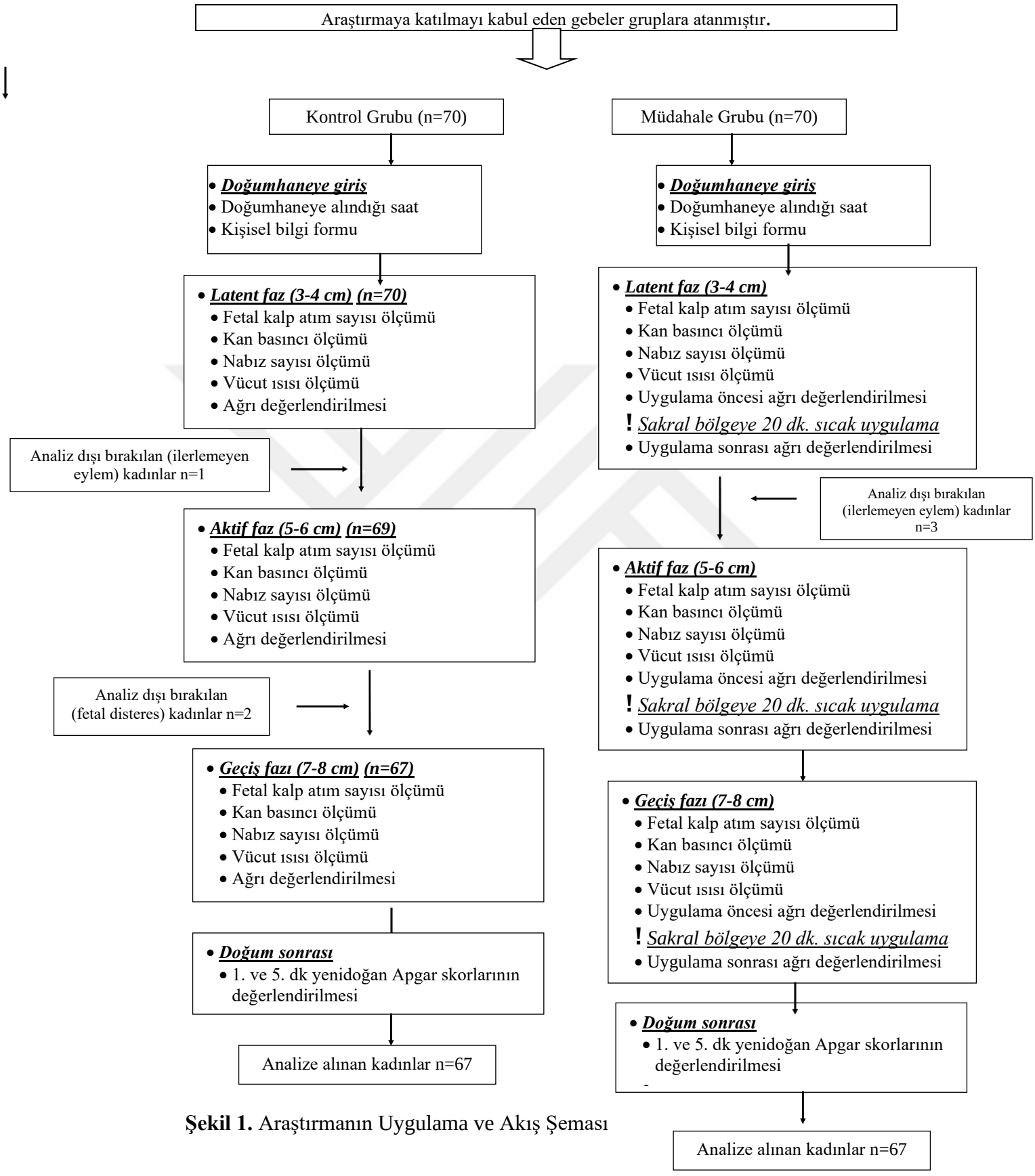
Araştımadan dışlanma kriterleri

- Travay esnasında sezaryen doğum kararı verilen
- Doğum eyleminin farklı aşamalarında farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri uygulanan kadınlar

Bağımlı Değişkenler: Kadınların ağrı düzeyleri, doğumun 1. evresindeki vital bulguları, FKH değerleri, doğum süreleri ile 1. ve 5. dk yenidoğan Apgar skorları

Bağımsız Değişkenler: Kontrol ve müdahale grubunda yer alan kadınların

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun gebelere bilgilendirme yapılmış ve yazılı onam alınmıştır.



Şekil 1. Araştırmanın Uygulama ve Akış Şeması

2.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri literatür bilgilerine dayanılarak oluşturulan ‘ Kişisel Bilgi Formu’ ve ‘Doğum eylemine ilişkin izlem formu’ ile doğum eylemi esnasında 2-3,4-6 ve 7-8 cm dilatasyonda ağrı düzeyini belirlemek için kullanılan ‘ Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale-NRS)’ ile toplanmıştır. Bunlara ek olarak ‘Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği’ kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen kişisel bilgi formu; kadının sosyo-demografik özelliklerin değerlendirildiği 12 ve obstetrik özelliklerin değerlendirildiği 11 soru olmak üzere toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Eylemine ilişkin İzlem Formu: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan form, gebenin doğum ağrılarının başlama zamanı, hastaneye geliş saati, sıcak uygulamalarının başlangıç ve bitiş saati, servikal dilatasyon, fetal kalp sesleri, vital bulguları, doğum evrelerinin başlangıç ve bitiş saatleri, doğum süresi ve yenidoğanın değerlendirmesinin yer aldığı bölümden oluşmuştur.

Ağrı Değerlendirme Formu: Ağrı düzeylerinin dğerlendirilmesinde Sayısal Ağrı Değerlendirme Skalası (Numerical Rating Scale-NRS) kullanılmıştır. Sayısal ağrı değerlendirme skalası Ağrı duygu ifadesinin aynı düzlem üzerine yerleştirildiği bir ölçme aracıdır. Katılımcılar o andaki psikolojik deneyimlerinin yoğunluğunu en iyi temsil eden sayıyı cetvel aracılığıyla belirtmektedir. Mesela ağrı için bir uca hiç ağrım yok, diğer uca çok şiddetli ağrı yazılır ve hasta kendi o anki durumunu bu çizgi üzerinde işaretler.1’den 10’a kadar bir rakam seçmesi istenir 1 en hafif 10 en ağır ağrı durumudur.

2.6. Araştırma Süreci

Araştırma Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesine 15 Nisan 2020 – 15 Mayıs 2021 tarihleri arasında vajinal doğum yapmak için başvuran primipar kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada kullanılan veri toplama formunda yer alan soruların değerlendirilmesi amacıyla 5 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Araştırmada vajinal doğum için doğumhaneye alınan ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlar, doğum öncesi gerekli hazırlıklar için araştırmacı tarafından karşılanıp travay odasına alınmıştır. Burada araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlardan yazılı onam alınmıştır. Kadınlara sistematik bir randomizasyon uygulanmamış, doğumhaneye geldikleri günlere göre kontrol ve müdahale grubu olarak iki gruba ayrılmıştır.

Kontrol Grubu'nda Araştırmanın Uygulanması

Kontrol grubundaki kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak kişisel bilgi formu bölümündeki bilgiler alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından kontrol grubundaki kadınlar doğumhanede takipleri yapılmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınlara herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve kliniğin rutin takip protokolü (İndüksiyon uygulaması dahil) doğrultusunda izlenmiştir. Kontrol grubunda yer alan kadınların servikal dilatasyonlarının 3-4 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm olduğu tespit edildikten sonra doğum eylemine ilişkin izlem formunda yer alan (kan basıncı, nabız ve vücut ısısı ölçümleri) değerlendirilmiş FKH değerleri ölçülmüş ve ağrı düzeyleri değerlendirilmiştir. Bu gruptaki kadınlara rutin takipleri ve tuşe kontrolleri araştırmacı tarafından saatte bir ya da 2 saatte bir yapılmıştır. Kontrol grubunda yer alan kadınların doğumlarını gerçekleştikten sonra 1. ve 5. dk. yenidoğan apgar skorları değerlendirilmiştir.

Müdahale Grubu'nda Araştırmanın Uygulanması

Müdahale grubunda yer alan kadınlar ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak kişisel bilgi formu bölümündeki bilgiler alınmıştır. Daha sonra araştırmacı tarafından bu grupta yer alan kadınların doğum eylemine ilişkin takipleri yapılmıştır. Müdahale grubunda yer alan kadınların servikal dilatasyonlarının 3-4 cm olduğu tespit edildikten sonra vital bulguları (kan basıncı, nabız ve vücut ısısı ölçümleri) değerlendirilmiş, FKH değerleri ölçülmüş ve ağrı değerlendirmesi yapılmıştır. Daha sonra bu grupta yer alan kadınların sakral bölgelerine içerisinde 40-45 ºC sıcak su bulunan termaforlarla sol yan pozisyonda 20 dakika boyunca yüzeyel sıcak uygulama yapılmıştır. Uygulama sona erdikten 1-2 dk sonra ağrı değerlendirmesi tekrarlanmıştır. Müdahale grubunda yer alan kadınların doğum eylemindeki takipleri ve tuşe kontrolleri araştırmacı tarafından saatte bir ya da 2 saatte bir yapılmıştır. Müdahale grubunda yer alan kadınların servikal dilatasyonlarının 5-6 cm ve 7-8 cm olduğu tespit edildikten sonra benzer şekilde yine vital bulguları (kan basıncı, nabız ve vücut ısısı ölçümleri) değerlendirilmiş, FKH değerleri ölçülmüş ve ağrı düzeyleri değerlendirilmiştir. Sonrasında da kadınlara tekrar sol yan pozisyonda 20 dakika boyunca yüzeyel sıcak uygulama yapılmıştır. Uygulamalar sona erdikten 1-2 dk sonra ağrı düzeyleri tekrar değerlendirilmiştir. Müdahale grubunda yer alan kadınların doğumlarını gerçekleştikten sonra 1. ve 5. dk. yenidoğan apgar skorları değerlendirilmiştir.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada tanımlayıcı verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, standart sapma, minimum, maksimum değerlerinin yanı sıra verilerin dağılımı Shapiro-Wilk Testi ile değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin karşılaştırmasında chi-quare, wilcoxon, mann-whitney U testleri kullanılmışır. Araşırma verileri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ise Spearman's korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.7. Araştırmanın Güçlü ve Sınırlı Yönleri

Araştırmanın güçlü yönü her iki grupta yer alan kadınların doğum eylemine ilişkin takiplerinin ve araştırma verilerinin toplanmasının araştırmacı tarafından yapılmasıdır. Buna karşılık araştırmanın tek bir merkezde doğum yapan kadınlarla gerçekleştirilmesi önemli bir sınırlılıktır.

2.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhemliğinden doğumhane biriminde yürütülebilmesi için izin alınmıştır. İstinye üniversitesi insan araştırmaları etik kurulu 26.02.2020 tarih ve 20 protokol no sayılı kararıyla etik kurul onayı alınmıştır. İl sağlık müdürlüğünden 04/09/2020 tarihli ve 79341859-799-15637 sayılı yazı araştırma için izin alınmıştır. Araştımaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden sıcak uygulama ve kontrol grubundaki gebelerden yazılı onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Tablo 3.1: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=134)

Özellikler	**Kontrol grubu (n=67) X̄±SS**	**Müdahale grubu (n=67) X̄±SS**	**p ***
Yaş ortalamaları	24,99±4,73	23,63±4,01	0,114
	Kontrol grubu (n=67) n (%)	**Müdahele grubu (n=67) n (%)**	
Yaş			
18-20	11 (%16,4)	18 (%26,9)	0,118
21-29	46 (%68,7)	45 (%67,1)	
30 Yaş ve üzeri	10 (%14,9)	4 (%6)	
Eğitim durumu			
Okur-yazar değil	3 (%4,5)	3 (%4,5)	0,900
İköğretim	30 (%44,8)	34 (%50,7)	
Lise	25 (%37,3)	23 (%34,3)	
Üniversite ve üstü	9 (%13,4)	7 (%10,4)	
Çalışma durumu			
Çalışıyor	19 (%28,4)	22 (%32,8)	0,574
Çalışmıyor	48 (%71,6)	45 (%67,2)	
Meslek			
Memur	3 (%15,8)	5 (%22,8)	0,852
İşçi	13 (%68,4)	14 (%63,6)	
Serbest meslek	3 (%15,8)	3 (%13,6)	
Sosyal güvence durumu			
Var	64 (%95,5)	62 (%92,5)	0,359
Yok	3 (%4,5)	5 (%7,5)	
Sosyal güvence			
Sgk	63 (%98,4)	62 (%100)	0,508
Yeşil kart	1 (%1,6)	0 (%0)	
Eş eğitim durumu			
Okur-yazar değil	0 (%0)	3 (%4,5)	0,232
İköğretim	32 (%47,8)	32 (%47,8)	
Lise	29 (%43,3)	23 (%34,3)	
Üniversite ve üstü	6 (%9)	9 (%13,4)	
Eş çalışma durumu			
Çalışıyor	63 (%94)	64 (%95,5)	0,698
Çalışmıyor	4 (%6)	3 (%4,5)	
Eşin mesleği			
Memur	9 (%14,3)	11 (%17,2)	0,667
İşçi	33 (%52,4)	36 (%56,2)	
Serbest meslek	20 (%31,7)	17 (%26,6)	
Yönetici	1 (%1,6)	-	

*Chi-Square testi, $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.1: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=134) (devamı)

Özellikler	Kontrol grubu (n=67) X̄±SS	Müdahale grubu (n=67) X̄±SS	p *
Evlilik süreleri	2,31±1,89	1,99±1,46	0,382
	Kontrol grubu (n=67) n (%)	**Müdahele grubu (n=67) n (%)**	
Aile tipi			
Çekirdek aile	49 (%73,1)	43 (%64,2)	0,264
Geniş aile	18 (%26,9)	24 (%35,8)	
Gelir durumu algısı			
Gelir giderden az	32 (%47,8)	40 (%59,7)	0,285
Gelir gidere eşit	32 (%47,8)	26 (%38,8)	
Gelir giderden fazla	3 (%4,4)	1 (%1,5)	
Gebelik öncesi sigara kullanma durumu			
Evet	24 (%35,8)	31 (%46,3)	0,219
Hayır	43 (%64,2)	36 (%53,7)	
Kullanılan sigara miktarı			
1-10	17 (%70,8)	17 (%54,8)	0,143
10-20	4 (%16,7)	3 (%9,7)	
20<	3 (%12,5)	11 (%35,5)	
Kronik-Metabolik hastalık durumu			
Var	8 (%11,9)	8 (%11,9)	0,605
Yok	59 (%88,1)	59 (%88,1)	

*Chi-Square testi, p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 3.1' de kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 24,99±4,73, müdahele grubundaki kadınların ise 23,63±4,01 bulunmuştur. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bir saptanmamıştır (p>0,05).

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (%85,1 ve %94) yaş ortalamasının 30 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Kontrol gurubundaki kadınların %44,8'nin ve müdahale grubundaki kadınların %50,7'sinin ilköğretim mezunu olduğu tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (%71,6 ve %67,2) çalışmadığı, çalışan kadınların ise her iki gruptada yarıdan fazlasının (%68,4 ve%63,6) işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının (%98,4 ve %100) sosyal güvence durumunun Sgk olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun eş eğitim durumu ilkokul ve lise mezunu (%91,1 ve %82.1) olduğu belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların eşlerinin tamamına yakınının (%94 ve %95,5) çalıştığı, çalışan eşlerin ise her iki gruptada yarıdan fazlasının

(%52.4 ve %56.3) işçi olarak çalıştığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınların evlilik yılı ortalamaları 2,31±1,89, müdahele grubundaki kadınların evlilik yılı ortalamaları ise 1,99±1,46 bulunmuştur. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların evlilik yılı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır($p>0,05$).

Kontrol gurubundaki kadınların %73.1'nin ve müdahale grubundaki kadınların %64.2'sinin aile yapısının çekirdek aile olduğu olduğu tespit edilmiştir. Kontrol gurubundaki kadınların %47,8'nin ve müdahale grubundaki kadınların %59,7'sinin gelir algısı durumu gelirim giderimden az kontrol gurubundaki kadınların %47,8'nin ve müdahale grubundaki kadınların %38,8'sinin gelir algısı durumu gelirim giderimi karşılıyor olarak tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların yarısından azının (%35,8 ve %46,3) sigara kullandığı belirtilmiştir. Sigara kullanma miktarları ise 1 gün içinde . Kontrol gurubundaki kadınların %70,8'nin ve müdahale grubundaki kadınların %54,8'sinin 1-10 tane arasında kontrol gurubundaki kadınların %12,5'nin ve müdahale grubundaki kadınların %35,5'sinin ise 20 taneden fazla içtiği tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların az bir kısmının (%11.9 ve %11.9) kronik metabolik bir hastalığının olduğu belirlenmiştir.

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların yaşları, eğitim ve çalışma durumları, meslekleri sosyal güvence durumları eşlerinin eğitim ve çalışma durumları, eşlerinin, meslekleri, evlilik sürleri, aile tipleri, gelir durumu algıları, gebelik öncesi sigara kullanma durumları,kullanılan sigara miktarı ve kronik hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3.2: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması (n=134)

Özellikler	Kontrol grubu (n=67) n (%)	Müdahele grubu (n=67) n (%)	p
İlk gebelik yaşı			
17-21	29 (%43,3)	36 (%53,7)	0,438
22-28	29 (%43,3)	25 (%37,3)	
30 yaş ve üstü	9 (%13,4)	6 (%9)	
Toplam gebelik sayısı			
1-2	64 (%95,5)	64 (%95,5)	0,660
3 ve üzeri	3 (%4,5)	3 (%4,5)	
Düşük yapma durumu			
Var	10 (%14,9)	10 (%14,9)	0,595
Yok	57 (%85,1)	57 (%85,1)	
Düşük sayısı			
1	7 (%70)	7 (%70)	0,686
2	3 (%30)	3 (%30)	
Kürtaj durumu			
Evet	3 (%4,5)	2 (%3)	0,649
Hayır	64 (%95,5)	65 (%97)	
Gebeliğin planlı olma durumu			
Evet	44 (%65,7)	33 (%49,3)	0,055
Hayır	23 (%34,3)	34 (%50,7)	
Gebeliğin istenme durumu			
Evet	62 (%92,5)	53 (%79,1)	**0,023***
Hayır	5 (%7,5)	14 (%20,9)	
Gebelik döneminde hastalık/komplikasyonlar varlığı			
Evet	21 (%31,3)	27 (%40,3)	0,280
Hayır	46 (%68,7)	40 (%59,7)	
Gebelikte belirlenen hastalık/komplikasyon			
Kanama	5 (%23,8)	7 (%28)	0,274
Aşırı Bulantı	6 (%28,6)	5 (%20)	
Tansiyon	1 (%4,8)	3 (%12)	
Enfeksiyon	0 (%0)	4 (%16)	
Kolestaz	1 (%4,8)	0 (%0)	
Şeker	3 (%14,3)	6 (%24)	
GDM ve GHT	1 (%4,8)	0 (%0)	
Tiroid	1 (%4,8)	0 (%0)	
Böbrek taşı	1 (%4,8)	0 (%0)	
Toxoplazma	1 (%4,8)	0 (%0)	
Doğum ve doğum ağrısına ilişkin bilgi durumu			
Bilgi var	64 (%95,5)	64 (%95,5)	0,660
Bilgi yok	3 (%4,5)	3 (%4,5)	

*Chi-Square testi, $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.2' de kontrol ve müdahele grubundaki kadınların obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (%86,6 ve %91) ilk gebelik yaşları 28 yaşın altında olduğu saptanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların tamamına yakının (%95,5 ve %95,5) yaş ortalamasının 30 yaşın altında olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının (%95.5 ve %95.5) ilk gebeliklerinin olduğu yada toplam gebelik sayısının 2 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğu (%85,1 ve %85,1) düşük yapmamış olarak belirtilmiştir. Düşük yapanların ise kontrol gurubundaki kadınların %70'nin ve müdahale grubundaki kadınların %70'inin 1 defa düşük yaptığı ortaya çıkmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının (%95,5 ve %97) kürtaj yaptırmadığı belirlenmiştir. Kontrol gurubundaki kadınların %65,7'sinin ve müdahale grubundaki kadınların %49,3'ünün gebeliğinin planlı olduğu saptanmıştır. Kontrol gurubundaki kadınların %92,5'inin ve müdahale grubundaki kadınların %79,1'inin gebeliğinin istenilen bir gebelik olduğu olduğu saptanmıştır. Kontrol gurubundaki kadınların %68,7'sinin ve müdahale grubundaki kadınların %59,7'sinin Gebelik döneminde hastalık/komplikasyonlar varlığı olmadığı belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (%66,7 ve %72) kanama, aşırı bulantı-kusma ve GDM gebelik döneminde geçirdiği hastalıklar olarak saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların nerdeyse tamamına yakını (%95,5 ve %95,5) doğum öncesinde doğum ve doğum ağrısına ilişkin bilgi sahibi olduğu saptanmıştır.

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, düşük ve kürtaj durumu, gebeliğin planlı olma, gebelikte belirlenen hastalık/komplikasyon ve doğum ağrısına ilişkin bilgi sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubundaki gebeliğin istenme durumu ile kadınların arasında istatiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubundaki kadınların gebeliğin istenme durumu daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3.3: Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların müdahale sonrası ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ağrı Puanları	Kontrol grubu(n=67)		Müdahale grubu(n=67)		P*
	X̄±SS	Min-Max	X̄±SS	Min-Max	
Latent faz (3-4 cm) ağrı	7,83±1,66	4-10 (8)	5,84±1,88	0-10 (6)	***0,001****
Aktif faz (5-6 cm) ağrı	9,31±1,12	6-10 (10)	7,72±1,28	5-10 (8)	***0,001****
Geçiş fazı (7-8 cm) ağrı	9,3±1,12	6-10 (10)	9,21±0,96	5-10 (9)	0,151

*Wilcoxon Testi, p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 3.3'te kontrol ve müdahale grubundaki kadınların müdahale sonrası ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların doğum eyleminin latent fazındaki ağrı puan ortalaması 7,83±1,66, müdahale grubundaki kadınların ise 5,84±1,88 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin latent fazındaki ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Kontrol kadınların doğum eyleminin aktif fazındaki ağrı puan ortalaması 9,31±1,12, müdahale grubundaki kadınların ise 7,72±1,28 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin aktif fazındaki ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0,001).

Kontrol grubundaki kadınların doğum eyleminin geçiş fazındaki ağrı puan ortalaması 9,3±1,12, müdahale grubundaki kadınların ise 9,21±0,96 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin geçiş fazındaki ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 3.4 : Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=134)

Ağrı Puanları	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		P*
	X̄±SS	Min-Max	X̄±SS	Min-Max	
Latent faz (3-4 cm) ağrı	7,86±1,68	4-10 (8)	5,84±1,88	0-10 (6)	**0,001****
Aktif faz (5-6 cm) ağrı	9,34±1,05	6-10 (10)	7,72±1,28	5-10 (8)	**0,001****
Geçiş fazı (7-8 cm) ağrı	9,94±0,36	7-10 (10)	9,21±0,96	5-10 (9)	**0,001****

*Wilcoxon Testi, p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 3.4'te Müdahale grubundaki kadınların müdahale öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Müdahale grubundaki kadınların latent fazda müdahale öncesi ağrı puan ortalamasının 7,86±1,6, müdahale sonrası ise 5,84±1,88 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin

latent fazında müdahale öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Müdahale grubundaki kadınların aktif fazda müdahale öncesi ağrı puan ortalamasının 9,34±1,05, müdahale sonrası ise 7,72±1,28 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin aktif fazında müdahale öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Müdahale grubundaki kadınların aktif fazda müdahale öncesi ağrı puan ortalamasının 9,94±0,36, müdahale ise 9,21±0,96 olduğu saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin geçiş fazında müdahale öncesi ve sonrası ağrı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 3.5 : Kontrol ve müdehale grubundaki kadınların doğum eylemindeki yaşam bulguları ve fetal kalp atım sayılarının karşılaştırılması (n=134)

Özellikler	Kontrol grubu(n=67) X̄±SS	Min-Max	Müdahale grubu(n=67) X̄±SS	Min-Max	P*
Latent faz (3-4 cm)					
Fetal kalp atım sayısı	142,78±11,75	114-168 (144)	150,66±8,1	124-172 (148)	**0,001****
Sistolik kan basıncı	115,01±11,1	90-140 (110)	115,12±8,56	100-140 (110)	0,860
Diastolik kan basıncı	68,69±9,49	60-90 (62)	67,61±9,86	60-100 (60)	0,421
Nabız sayısı	90,1±6,48	70-100 (94)	94,52±6,15	74-106 (96)	**0,001****
Vücut ısısı	36,89±0,31	36-37 (37)	36,99±0,12	36-37 (37)	**0,001****
Aktif faz (5-6 cm)					
Fetal kalp atım sayısı	148,37±13,32	114-170 (146)	153,25±8,79	134-178 (154)	0,055
Sistolik kan basıncı	118,48±12,73	90-140 (120)	116,12±7,78	100-140 (120)	0,179
Diastolik kan basıncı	71,22±9,9	60-90 (70)	69,55±9,91	50-90 (70)	0,301
Nabız sayısı	94,03±9,41	60-114 (94)	96,07±8,28	74-114 (96)	0,238
Vücut ısısı	36,79±0,41	36-37,1 (37)	36,99±0,12	36-37 (37)	**0,001****
Geçiş fazı (7-8 cm)					
Fetal kalp atım sayısı	149,09±13,32	120-172 (148)	157,28±9,03	126-172 (158)	**0,001****
Sistolik kan basıncı	120,51±13,49	90-150 (120)	118,66±9,03	100-140 (120)	0,218
Diastolik kan basıncı	73,88±11	50-100 (80)	72,24±11,12	50-90 (70)	0,368
Nabız sayısı	96,46±10,01	74-114 (96)	97,96±8,03	74-114 (98)	0,574
Vücut ısısı	36,79±0,41	36-37,1 (37)	36,99±0,12	36-37 (37)	**0,001****

***Mann Whitney U Testi, p<0.05 kabul edilmiştir.

Tablo 3.5'te kontrol ve müdehale grubundaki kadınların doğum eylemindeki yaşam bulguları ve fetal kalp atım sayılarının karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol grubundaki kadınların latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda) fetal kalp atım sayıları ortalaması 142,78±11,75, müdahale grubundaki kadınların ise 150,66±8,1 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda fetal kalp atım sayı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Kontrol grubundaki kadınların latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda) sistolik kan basıncıortalaması 115,01±11,1, müdahale grubundaki kadınların ise 115,12±8,56olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda) diastolik kan basıncı ortalaması 68,69±9,49 müdahale grubundaki kadınların ise 67,61±9,86 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda diastolik kan basıncı

ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda) nabız ortalaması 90,1±6,48, müdahale grubundaki kadınların ise 94,52±6,15 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda nabız ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Kontrol grubundaki kadınların latent fazda (servikal dilatasyon 3-4 cm olduğunda) vücut ısısı ortalaması 36,89±0,31, müdahale grubundaki kadınların ise 36,99±0,12olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda vücut ısısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Kontrol grubundaki kadınların aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6 cm olduğunda) fetal kalp atım sayıları ortalaması 148,37±13,32, müdahale grubundaki kadınların ise 153,25±8,79 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda fetal kalp atım sayı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6 cm olduğunda) sistolik kan basıncıortalaması 118,48±12,73, müdahale grubundaki kadınların ise 116,12±7,78 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların aktif fazda sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6 cm olduğunda) diastolik kan basıncı ortalaması 71,22±9,9, müdahale grubundaki kadınların ise 69,55±9,91olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların aktif fazda diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6 cm olduğunda) nabız ortalaması 94,03±9,41, müdahale grubundaki kadınların ise 96,07±8,28 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların aktif fazda nabız ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların aktif fazda (servikal dilatasyon 5-6 cm olduğunda) vücut ısısı ortalaması 36,79±0,41, müdahale grubundaki kadınların ise 36,99±0,12olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda vücut ısısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Kontrol grubundaki kadınların geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda) fetal kalp atım sayıları ortalaması 149,09±13,32, müdahale grubundaki kadınların ise 157,28±9,03 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda fetal kalp atım sayı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Kontrol grubundaki kadınların geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda) sistolik kan basıncı ortalaması 120,51±13,49, müdahale grubundaki kadınların ise 118,66±9,03olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların geçiş fazında sistolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda) diastolik kan basıncı ortalaması 73,88±11, müdahale grubundaki kadınların ise 72,24±11,12 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların geçiş fazında diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda) nabız ortalaması 96,46±10,01, müdahale grubundaki kadınların ise 97,96±8,03 olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların geçiş fazında nabız ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Kontrol grubundaki kadınların geçiş fazında (servikal dilatasyon 7-8 cm olduğunda) vücut ısısı ortalaması 36,79±0,41, müdahale grubundaki kadınların ise 36,99±0,12olduğu saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latetnt fazda vücut ısısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001).

Tablo 3.6: Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evre sürelerinin karşılaştırılması (n=134)

Eylemin süresi (Saat)	Kontrol grubu (n=67) X̄±SS	Min-Max	Müdahale grubu (n=67) X̄±SS	Min-Max	p
Hastaneye gelme- Latent faz (3-4cm)	6,88±7,41	0-33 (4)	10,16±10,59	0-49 (7)	0,063
Latent faz-Aktif faz (5-6 cm)	4,43±2,67	1-11 (4)	4,51±2,65	1-13 (4)	0,807
Aktif faz-Geçiş fazı (7-8 cm)	2,52±1,64	1-8 (2)	3,01±1,9	1-10 (3)	0,119
Toplam travay süresi	16,33±8,38	3-43 (16)	19,96±11,46	3-53 (18)	0,084

*Wilcoxon Testi, $p<0.05$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.6'da kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evre sürelerinin karşılaştırılması verilmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latent fazının süresi kontrol grubundaki kadınlarda 6,88±7,41, müdahele grubundaki kadınlarda ise 10,16±10,59 olarak saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların latent fazın sürelerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların aktif fazının süresi kontrol grubundaki kadınlarda 4,43±2,67, müdahele grubundaki kadınlarda ise 4,51±2,65 olarak saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların aktif fazın sürelerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların geçiş fazının süresi kontrol grubundaki kadınlarda 2,52±1,64, müdahele grubundaki kadınlarda ise 3,01±1,9 olarak saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların geçiş fazının sürelerinin ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların toplam travay süreleri kontrol grubundaki kadınlarda 16,33±8,38, müdahele grubundaki kadınlarda ise 19,96±11,46 olarak saptanmıştır. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların toplam travay süre ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır ($p>0,05$)

Tablo 3.7: Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların 1. ve 5. dk yenidoğan apgar skorlarının karşılaştırılması (n=134)

Apgar skoru	Kontrol grubu(n=67) X̄±SS	Min-max	Müdahale grubu(n=67) X̄±SS	Min-max	P*
1.dakika	7,15±0,8	6-9 (7)	8,42±0,78	6-9 (9)	**0,001****
5. dakika	9,33±0,59	8-10 (9)	9,61±0,6	8-10 (10)	**0,003****

*Mann Whitney U Testi, p<0,05 kabul edilmiştir.

Tablo 3.7'de kontrol ve müdahele grubundaki kadınların 1. ve 5. dk yenidoğan apgar skorlarının karşılaştırılmasına bakılmıştır. Kontrol grubundaki kadınların 1. dk. apgar skoru ortalaması 7,15±0,8, müdahale grubundaki kadınların yenidoğan apgar skoru ortalaması ise 8,42±0,78 olarak belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların 1. dk. yenidoğan apgar skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Müdahale grubundaki kadınların yenidoğanlarının 1.dk. apgar skoru ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki kadınların 5.dk. yenidoğan apgar skoru ortalaması 9,33±0,59, müdahale grubundaki kadınların ise 9,61±0,6 olarak belirlenmiştir. Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların 5.dk. apgar skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Müdahale grubundaki kadınların yenidoğanlarının 5.dk. apgar skoru ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

4. TARTIŞMA

Bu bölümde, doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların anksiyete düzeyi ve doğum süreçlerine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan müdahale çalışmasından elde edilen sonuçlar dört bölüm olarak tartışılmıştır.

- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması
- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı düzeylerinin karşılaştırılması
- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum sürelerinin karşılaştırılması
- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum süreçlerine ilişkin bulguların karşılaştırılması

4.1. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-dermografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların karşılaştırılması

TNSA (2018) verilerine göre ülkemizdeki 25-29 yaş grubundaki kadınların ortanca doğum yaşı 23,3 olduğu, yaşayan kız çocuklarının lise eğitimine devam etme oranı %77 olduğu, kadınların %64'ünün çalışmadığı olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde doğum eyleminde non-farmakolojik yöntemlere ilişkin yapılan çalışmalarda yer alan kadınların 20-30 yaş aralığında, orta düzeyde eğitim almış, herhangi bir işte çalışmayan ve çekirdek aile yapısına sahip olduğu görülmektedir (Türkmen, 2017; Acavut, 2020; Kaçar, 2019).

Bizim çalışmamızda kontrol ve müdahele gruplarında ise kadınların büyük çoğunluğunun 29 yaş altı (%85,1 ve %94,1), ilköğretim ve lise mezunu (%82,1 ve %85) ve çalışmadığı (%71,6 ve %67,2) saptanmıştır. Çalışmamıza katılan kadınların sosyo demografik verileri TNSA verileri ile benzerlik göstermektedir. Bunun yanında kontrol ve müdahele grubundaki kadınların eşlerinin büyük çoğunluğun ilköğretim ve lise mezunu (%91.1 ve %82.1) olduğu, tamamına yakının (%94 ve %95,5) çalıştığı belirlenmiştir. kontrol ve müdahele grubundaki kadınların büyük çoğunluğun evlilik süresinin 1-5 yıl (%94 ve %97), çekirdek aile yapısına sahip (%73,1 ve %64,2) olduğu ve kadınların tamamına yakının gelirlerini giderlerine eşit veya az (%95,4 ve %98,5) olduğu tespit edilmiştir. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikleri değerlendirildiğinde; gruplar arasında sosyodemografik özellikler (yaş,

eğitim durumu, çalışma durumu, meslek sosyal güvence durumu, eş eğitim ve çelışma durumu, eşiğn mesleği, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu algısı, gebelik öncesi sigara kullanımı ve kronik-metabolik hastalık durumu) açısından farklılık saptanmamıştır (p>0,05). Ayrıca kontrol ve müdahale grubundaki kadınların obstetrik özellikleri karşılaştırıldığında kadınların ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, düşük ve kürtaj durumu, gebeliğin planlı olma, gebelikte belirlenen hastalık/komplikasyon ve doğum ağrısına ilişkin bilgi sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir (p>0,05). Çalışmamızda yer alan kadınların sosyo-demografik özelliklerinin ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Ayrıca kontrol ve müdahale grubunda yer alan kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikler açısından homojen olduğu belirlenmiştir. Bu durumun çalışmamızı güçlendiridiği düşünülmektedir.

4.2. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı düzeylerinin karşılaştırılması

Doğum eylemi ilerledikçe doğum ağrısının sıklığı, şiddeti ve süresi artmaktadır (Taşkın 2020; Türkmen 2017). Doğum ağrısı gebe kadının fiziksel ve psikolojik olarak olarak zorlayan,oksijen gereksiniminin artarak fetal hipoksiye yol açabilecek durumlar oluşturan en şiddetli ağrı türlerinden biridir. Bu nedenle azaltılmasına yönelik müdahalelerde bulunularak olası komplikasyonların önüne geçilmelidir (Türkmen ve Oran, 2019). Doğumun birinci evresinde hissedilen ağrı çoğunlukla alt abdomende ve sakrum bölgesindedir. Bu nedenle bu bölgelere yapılan sıcak uygulamanın doğum ağrısının azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir (Ertem ve Sevil, 2005; Türkmen ve Oran, 2019).

Literatürde sıcak uygulamaya ilişkin araştırmalar yer almakla birlikte birçok çalışmada sıcak uygulama ile farklı bir non-farmakolojik uygulamanın etkinliğinin karşılaştırılması yer almaktadır. Mohamed ve ark. (2011)'nın yaptığı perineal masaj ve sıcak uygulamanın karşılaştırıldığı çalışmasında perineal sıcak uygulamanın, perine masajından daha etkili olduğu belirtilmiştir. Fahami ve ark. (2011) yaptığı çalışmada doğumun I. evresinde uygulanan kuru sıcak uygulamanın doğum ağrısı üzerinde etkili olduğunu saptamışlardır.Ganji ve ark. (2013) doğum eyleminde sıcak ve soğuk uygulamasının doğum ağrısına etkisini inceledikleri çalışmada, sıcak ve soğuk uygulamanın eylemin birinci ve ikinci evresinde ağrıyı azalttığı belirlenmiştir. Taavoni

ve ark. (2013)'nın doğumun aktif fazında sakrum ve perine bölgesine sıcak uygulama yaptıkları çalışmada sıcak uygulamanın müdahale sonrası 60. ve 90. dakikalarda doğum ağrı algısını azalttığını açıklamışlardır. Ghani (2014) doğumun ilk aşamasında uygulanan sıcak ve soğuk terapinin kadınların doğum deneyimine etkisinin değerlendirildiği çalışmasında sıcak ve soğuk terapi uygulanan kadınların ağrı düzeyleri kontrol grubundan daha düşük düzeyde bulunmuştur. Türkmen (2017)'in doğum eyleminde sıcak uygulama ve masaj uygulamasının doğum ağrısına etkisinin incelendiği çalışmada, sıcak uygulama yapılan kadınların latent fazda ağrı düzeylerinin diğer gruplardaki kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Ibrahim ve ark. (2017)'nın primipar kadınlara doğum eyleminin ikinci evresinde sıcak uygulama ve masaj uygulamasının ağrıyı azalmada anlamlı derecede etkili olduğu belirtilmiştir. Acavut (2020) çalışmasında perineye sıcak uygulama ve masaj yapılan kadınların müdahale sonrası ağrı düzeylerinin, müdahale öncesine göre anlamlı şekilde azaldığı saptanmıştır. Dahlen ve ark. (2007)'nın perineye sıcak kompres uygulanan gebelerin ağrı düzeyi ve konforunun değerlendirildiği çalışmalarında doğum eyleminde perineal sıcak kompres uygulamanın ağrıyı hafiflettiği belirtilmiştir.

Doğum ağrısının azaltılmasında kullanan sıcak uygulamaya ilişkin yapılan çalışmalarda uygulama şekilleri kuru ve yaş sıcak uygulama olarak çeşitli şekillerde yapılabilmektedir. Lee ve ark. (2013)'nın doğumun birinci evresinde ılık duşun doğum ağrısı üzerine olan etkisini belirlemek için yaptığı çalışmasında doğumun aktif fazında deney grubunun ağrı değerleri kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Mamuk ve Gençalp (2013)'in yaptıkları müdahale çalışmasında doğumun birinci evresinin geçiş fazından doğumun ikinci evresinin sonuna kadar perineye yaş sıcak uygulama yaptıkları çalışma sonucunda perineal ağrı açısından müdahale grubunun ağrı düzeyi kontrol grubundan anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Essa ve Ismail (2013) doğumun ikinci evresinde perineye yapılan yaş sıcak uygulamanın etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında doğum sonrası ağrı algısını azalttığını bulmuşlardır. Barbosa da Silva ve ark. (2009) ve Liu ve ark. (2014) çalışmalarında sıcak su küvetine giren gebelerin doğum ağrı algılarında azalma olduğunu saptamışlardır. Benfield ve ark. (2010) doğum eyleminin birinci evresinde sıcak su küvetinde sıcak uygulama yapılan gebelerin ağrı düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olmadığını ancak müdahale öncesine göre gebelerin ağrı düzeylerinde bir azalma görüldüğümü

belirtmişlerdir. Eckert ve ark. (2001) çalışmalarında sıcak su küveti uygulamasının kadınların doğumdan sonrasındaki ağrı düzeyini etkilemediğini belirtmişlerdir

Bizim çalışmamızda kontrol ve müdahele grubunda yer alan kadınların doğum eyleminin latent ve aktif fazlarındaki ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (p=0,001). Müdahale grubundaki kadınların latent ve aktif fazlarda ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatür bulguları bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Buna göre doğum eyleminde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum ağrısını azalttılmasında etkili bir yöntem olduğu belirlenmiştir.

4.3. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum sürelerinin karşılaştırılması

Doğum ağrısının neden olduğu endişe ve korku uterusa giden kan akışını azaltan ve ağrı artışına neden olan katekolaminler gibi stres yaratan hormonların (epinefrin, norepinefrin, kortizol) salınımını arttırır. Bu durum uterusa giden kan miktarındaki azalma kandaki oksijen seviyesinin azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara neden olabilmektedir. Daha fazla ağrı hissi yaşayan kadında adrenalin miktarında artış, oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına neden olur (Bertiken Engin, 2005; Hodnett ve ark, 2013; Yıldırım Rathfisch ve Güngör, 2009). Doğum eyleminin süresini etkileyen bu mekanizma doğum ağrısının ve dolayısyla kadının endişe ve korkusunun azaltılmasında etkili olan non-farmakolojik yöntemler ile engellenebilmektedir. Özellikle kaslarda vazodilatasyona neden olması, anneyi rahatlatması ve annenin doğum eylemine aktif olarak katılımı arttırması nedeniyle derisel terapi yöntemlerinden olan sıcak uygulamanın doğum eyleminin süresinin kısaltılmasında etki eden yöntemler arasında olduğu belirtilmektedir (Smith, 2018; Sımkın ve Ancheta, 2016).

Literatürde sıcak uygulamanın doğum eylemin süresine etkisini inceleyen az saysıda çalışmaya rastlanmıştır. Smith ve ark. (2018) yaptıkları doğum ağrısının yönetiminde kullanılan non-farmakolojik yöntemlerin değerlendirildiği sistematik derleme çalışmasında ağrıyı azaltmada, doğumun süresini kısaltmada ve kadınların kontrol duygusunu ve doğumun duygusal deneyimini iyileştirmede, masajın önemli bir role sahip olduğu bildirilmiştir. Behmanesh ve ark. (2009) sıcak uygulamanın gebe kadınların doğum sonuçları ve doğum ağrısı algıları üzerine etkisini incelediği

çalışmasında sıcak uygulama grubunun doğum eyleminin birinci ve üçüncü evre sürelerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede azaldığı, ikinci evre süresini ise etkilemediği bulunmuştur. Fahami ve ark. (2011) doğumun birinci evresinde uzun süreli sıcak uygulamanın etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında sıcak uygulama yapılan grubun kontrol grubuna göre doğumun birinci evresinin süresinde anlamlı bir kısalma olduğu sonucuna varmışlardır. Ganji ve ark. (2013) doğum eyleminde sıcak ve soğuk uygulamasının evre süresi doğum ağrısına etkisini inceledikleri çalışmada, sıcak uygulama yapılan kadınlarda doğumun birinci evresinin soğuk uygulama yapılan kadınlara göre daha kısa olduğunu belirtmişlerdir. Mamuk ve Gençalp (2013) doğumun birinci ve ikinci evresinde perineye yaş sıcak uygulamanın etkinliği değerlendirdikleri çalışmalarında perineal sıcak uygulama yapılan grupta doğum süreleri arasında anlamlı farklılık olmadığını belirtmişlerdir. Acavut (2020) yapmış olduğu çalışmasında perineal masaj ve sıcak uygulamanın, doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinin evresinin süresinin azaltılmasında etkili olmadığı belirlenmiştir. İpek (2014) yapmış olduğu çalışmada doğumun aktif faz süresinin masaj ve sıcak uygulama grubunda kontrol grubuna göre daha kısa olduğunu belirlemiş, masaj ve sıcak uygulamanın doğumun aktif faz süresini kısalttığı bulunmuşlardır Tuncay (2016) yapmış olduğu çalışmasında, doğum eyleminde hidroterapi alan kadınların doğumun aktif faz ve ikinci evre sürelerinin hidroterapi uygulanmayan kadınlara göre daha kısa olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda kontrol ve müdahale grubunda yer alan kadınların latent, aktif ve geçiş fazı sürelerini arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0,05$). Bu nednele doğum eyleminin birinci evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğumun eyleminin latent, aktif ve geçiş fazı sürelerine herhangi bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar literatürde yer alan bazı çalışma sonuçlarını desteklerken, birçok çalışma ile farklılık göstermektedir. Bunun nedeninin sakral bölgeye yapılan sıcak uygulanın her bir fazda 20 dk. olacak şekilde uygulaması olduğu düşünülmektedir. Doğum eyleminin süresine etki ettiği belirtilen çalışmalarda sıcak uygulamanın uzun süreli yapılmasının etkili olduğu belirtilmiştir.

Literatürde sıcak uygulama dışında doğum eyleminini süresine etki eden diğer non-farmakolojik yöntemlere ilişkin çalışmalarda yer almaktadır. Kaçar (2019) yapmış olduğu çalışmada masajın aktif fazın süresini etkilemediği, geçiş fazının süresini ise kısalttığını belirtmiştir. Karaman (2017) yapmış olduğu çalışmasında, hareket

özgürlüğü bulunan, yürüyüş ve pozisyon değişikliği yapan kadınların yapmayanlara göre doğum eyleminin toplam süresi, dilatasyon ve plasentanın atılma sürelerinin daha kısa bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise Chang ve ark (2002) doğum eyleminde uygulanan masajın ağrı ve anksiyeteye etkisi inceledikleri çalışmalarında masaj uygulamasının doğum sürelerini üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını saptamşlardır. Askari ve ark. (2016) susam yağı ile yapılan sırt masajının doğum ağrısı ve süresine etkisini inceledikleri çalışmada, susam yağı ile yapılan masajın doğum ağrısını azalttığı ve süresini kısalttığı bulunmuştur. Bolbol-Haghighi ve ark (2016) yapmış oldukları bir çalışmada doğumda masaj terapisi uygulanan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci aşamasının süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Gönenç (2013) yaptığı çalışmada masaj ve akupressür uygulamalarının doğumun aktif ve geçiş fazı sürelerine etkisinin olmadığı ancak masaj ve akupressür uygulanan gruplarda doğum eyleminin toplam süresinin azaldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sıcak uygulama dışındaki diğer derisel terapi yöntemlerinin etkiliği konusunda farklı sonuçlar belirtilmektedir.

4.4. Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların doğum süreçlerine ilişkin bulguların karşılaştırılması

Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazlarında fetal kalp atım hızları (FKH) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubundaki kadınlarda FKH değerleri doğum eyleminin tüm fazlarında daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki grupta yer alan kadınların doğum eyleminin tüm fazlarında FKH değerlerinin normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir. Ahmad-Shirvani ve Ganji (2016) doğum ağrısı yönetiminde ayrı ve aralıklı sıcak ve soğuk uygulamaları karşılaştırdıkları çalışmada FKH değerlerinin değişmediğini belirtmişlerdir. İpek (2014) doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisinin inceledikleri çalışmada masaj ve sıcak uygulamasının FKH değerlerini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki sonuçları literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir. Ancak kontrol ve müdahale gruplarındaki FKH değerleri arasında farklılık tespit edilmiş olmasına rağmen FKH değerlerinin normal sınırlarda olmasının fetüsün sıcak uygulamadan etkilenmediğin bir göstergesi olduğu düşünülmetedir.

Çalışmamızda kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin latent, aktif ve geçiş fazlarında vücut ısısı değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0,05$). Müdahale grubundaki kadınlarda vücut ısısı değerleri daha yüksek bulunmuştur. Ancak her iki grupta yer alan kadınların doğum eyleminin tüm fazlarında vücut ısısı değerleri normal sınırlarda olduğu belirlenmiştir. İpek (2014) doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisinin inceledikleri çalışmada masaj ve sıcak uygulamasının vücut ısısı değerleri etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızdaki sonuçları literatürdeki diğer çalışmalardan farklılık göstermektedir.

5. SONUÇ

- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun 29 yaş altı (%85,1 ve %94,1), ilköğretim ve lise mezunu (%82,1 ve %85) ve çalışmadığı (%71,6 ve %67,2) tespit edilmiştir.
- Kontrol ve müdahele grubundaki eşlerinin büyük çoğunluğun ilköğretim ve lise mezunu (%91.1 ve %82.1) olduğu, tamamına yakının (%94 ve %95,5) çalıştığı belirlenmiştir.
- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların büyük çoğunluğun evlilik süresinin 1-5 yıl (%94 ve %97), çekirdek aile yapısına sahip (%73,1 ve %64,2) olduğu ve kadınların tamamına yakının gelirlerini giderlerine eşit veya az (%95,4 ve %98,5) olduğu tespit edilmiştir.
- Kontrol ve müdahele grubundaki kadınların sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek sosyal güvence durumu, eş eğitim ve çelışma durumu, eşiğn mesleği, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu algısı, gebelik öncesi sigara kullanımı ve kronik-metabolik hastalık durumu) açısından farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin latent ve aktif fazlarındaki ağrı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır ($p=0,001$). Müdahale grubundaki kadınların latent ve aktif fazdaki ağrı düzeyleri kontrol grubunda yer alan kadınlardan daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle araştırmamızda yer alan H_1: Doğumun 1. evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın kadının algıladığı ağrıya etkisi vardır hipotezi doğrulanmıştır.
- Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin 1.evresinin tüm fazlarındaki müdahale öncesi ağrı düzeyleri ile müdahale sonrası ağrı düz düzeyleri arasında arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır ($p=0,001$).
- Müdahale grubundaki kadınların latent ve geçiş fazında FKH ortalamalarının kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin latent aktif ve geçiş fazlarındaki sistolik ve diastolik kan basıncı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05).
- Müdahale grubundaki kadınların latent fazında nabız sayısı ortalamalarının kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin aktif, latent ve geçiş fazlarındaki vücut ısısı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001). Müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin 1.evresindeki tüm fazlarda vücut ısısı ortalamalarının kontrol grubundaki kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların doğum eyleminin aktif, geçiş ve latent faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmamıştır (p>0,05). Bu nedenle araştırmamızda yer alan H_0: Doğumun 1. evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum eyleminin süresine etkisi yoktur hipotezi kabul edilmiştir.
- Kontrol ve müdahale grubundaki kadınların 1. ve 5. dk. yenidoğan apgar skoru ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bir saptanmıştır (p=0,001, p=0,003). Müdahale grubundaki kadınların yenidoğanlarının 1. ve 5. dk. apgar skoru ortalamalarının kontrol grubundaki kadınların yenidoğanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle araştırmamızda yer alan H1: Doğumun 1. evresinde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın apgar skoruna etkisi vardır hipotezi doğrulanmıştır.

Öneriler;

Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum eyleminde sakral bölgeye uygulanan sıcak uygulamanın doğum ağrısının yönetiminde etkilidir.
- Gebelere travayda non farmakolojik yöntemelerden sıcak uygulamanın uygulanması.
- Yapılan çalışmanın Randomize-Kontrollü bir şekilde tekrardan yapılması.
- Sıcak uygulamanın bizim çalışmamızda uygulanan süreden farklı sürelerde uygulanması.

- Sıcak uygulamanın sakral bölgenin dışında başka bölgelere uygulanması ya da latent-aktif ve geçiş fazında ağrının nörofizyolojisine göre farklı bölgelere uygulanması.
- Sıcak uygulama dışında başka non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Acavut, G. (2020) Doğum Eyleminde Uygulanan Perineal Masaj Ve Sıcak Uygulamanın Perineal Travma, Ağrı Ve Doğum Konforuna Etkisinin Değerlendirilmesi, Doktora tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane/Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul

ACOG, Committee Opinion. Pain relief during labor. No 295, American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet. Gynecol. 2015; 104: 213.

Aghil Dizaj, P. (2020) Primipar Annelerde Latent Fazda Yapılan Ayak Masajının Doğum Ağrısı Algısı Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. .

Ahmad-Shirvani M & Ganji J. (2016) Comparison of separate and intermittent heat and cold therapy in labour pain management. Nurs Pract Today. 3(4):179-186

Akbarzadeh, M., Nematollahi, A., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S. (2018). The Effect of Two-Staged Warm Compress on the Pain Duration of First and Second Labor Stages and Apgar Score in Prim Gravida Women: a Randomized Clinical Trial. Journal of Caring Sciences, 7 (1), 21-26.

Akbarzadeh, M., Vaziri, F., Farahmand, M., Masoudi, Z., Amooee, S. & Zare, N. (2016). The effect of warm compress bistage intervention on the rate of episiotomy, perineal trauma, and postpartum pain intensity in primiparous women with delayed valsalva maneuver referring to the selected hospitals of shiraz university of medical sciences in 2012-2013. Advances in Skin&WoundCare, 29(2), 79-84.

Akpınar, G. (2020) Doğumun İkinci Evresinde Uygulanan Fundal Basının Doğum Çıktıları Ve Yenidoğan Oksijen Satürasyonu Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Aksoy, C. (2000). Fizik Tedavi Vasıtaları, Soğuk Sıcak Uygulamalar., F. Diniz ve A. Ketenci. (Editörler). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Birinci Baskı. İstanbul. Nobel Kitabevi, ss.125–145.

Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P.(2005) Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. J Midwifery Womens Health, 50:365-72

Albers, L.L. (2003). Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching A Clinical Trial in Midwifery. Journal of Midwifery & Women's Health, 48(2), 105–110.

Allaire, A., D. (2007). Complementary and alternative medicine in the labor and delivery suite. Clin Obstet Gynecol. 44:681–91.

Arslan, H. (2012). Doğum Eylemi. K.Tankuter Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı (s.195-213).

Askari, M., Alavi, A., & Dashtinezhad, E. (2016). Effect of Back Massage with Sesames Oil on Pain and Lenght of Delivery in Primiparous Women. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility, 18 (183), 12-19

Aslan FE. (2006). Ağrıya ilişkin Kavramlar. İçinde: Aslan FE (Editör). Ağrı; Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Baskı. İstanbul.

Bağ, L. (2020) Valethamat Bromür Ve Hyosin-N-Butilbromür'ün Doğumun Aktif Fazı Ve Ortalama Doğum Süreleri Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği

Baltacı, N. &Başer, N. (2020), Gebelerde Anksiyete ve Bağlanma, Deuhfed, 13 (3), 206-212

Başgöl, Ş. & Kızılkaya Beji, N. (2015a). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (2), 32-39.

Başgöl, Ş. & Kızılkaya Beji,N. (2015b). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 5 (3), 66-71.

Behmanesh, F., Pasha, H. & Zeinalzadeh, M. (2009). The effect of heat therapy on labor pain severity and delivery outcome ın parturient women. Iranian Red Crescent Medical Journal. 11: 188-192.

Benfield, R. D., Hortobagyi, T., Tanner, C. J., Swanson, M., Heitkemper, M. M., & Newton, E. R. (2010). The Effects of hdyrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. biological research for nursing. 12 (1), 28-36

Bertiken Engin, A. (2005). Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. Z., & K, F. (2016). Effect of Massage Therapy on Duration of Labour: A Randomized Controlled Trial. Journaş of Clinical & Diagnostic Research. 10(4), 12-15.

Brown ST, Douglas C, Flood LP. (2008) Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. J Perinat Educ. 2001;10(3):1-8.; Tzeng Y, Su T. Low back pain during labour and related factors. J. Nurs. Res. 2008;16(3):231-40

Cavalcanti A.C.V., Henrique A.J., Brazil C.M., Gabrielloni M.C. & Barbieri M. (2019)Complementary therapies in labor: randomized clinical trial. Rev Gaúcha Enferm. ;40

Chang, M. Y., Wang, S. Y, & Chen, C. H. (2002). Effects of Massage on Pain and Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan. J Adv Nurs. 38(1). 68-73.

Chuntharapat, S., Petpichetchian, W., & Hatthakit, U. (2008). Yoga during Pregnancy: Effects on Maternal Comfort, Labor Pain and Birth Outcomes. Complementary Therapies in Clinical Practice. 14(2). 105-115.

Coşkun, A.(2008) Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. İstanbul Medikal Yayıncılık, 17-20

Çankaya, S., Dereli Yılmaz, S., Can,R. & Değerli Kodaz, N.,(2017). Postpartum depresyonun maternal bağlanma üzerine etkisi, ACU Sağlık Bil Dergisi, (4), 232-240.

Çapar, Y. (2019), Doğum Ağrısının Yönetiminde Sıcak Ve Soğuk Akupresür Uygulamasının Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğum Süresine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsi, Erzurum

Çelik B. J. (2006). Obstetrik Analjezi ve Anestezi. N. Çiçek, C. Akyürek, Ç. Çelik ve A. Haberal (Ed.). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Güneş Kitapevi

Çöçelli, L.P., Bacaksız, D.B., Ovayolu, Y. (2008), Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü, Gaziantep Tıp Dergisi 2008,14:53-58,

Dahlen, HG., Homer, CSE., Cooke, M., Upton, AM., Nunn, R. & Brodrick, BS. (2007). Perineal Outcomes and Maternal Comfort Related to the Application of Perineal Warm Packs in the Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. BIRTH 34:4.

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

Erdoğan, F. (2000). Sıcak Soğuk ve Ultraviole., M. Beyazova, Y. Gökçe-Kutsal. (Editörler). Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. İkinci Baskı. Ankara. Güneş Kitabevi, ss.758–69.

Erenel, A.Ş. & Çiçek, S. (2018). Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 9(2);123-129

Erenoğlu, R. (2013). Ekspressif dokunmanın doğum ağrısı ve anne memnuniyetine etkisi, Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri

Ergin A.B. (2008). Doğum ve Doğumun Tarihçesi. Kömürcü N, Ergin AB (Editörler). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık.

Ergin A.B. (2013). Doğum Ağrısının Yönetimi. İçinde: Kömürcü N, Berkiten Ergin A(Editörler). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık, 1. Baskı. İstanbul, 39-42.

Ersöz, M. (2019). Travayda Uygulanan Sakral Masajın Kadınların Kaygı Düzeyi, Doğum Ağrısı Ve Doğum Sürecine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Adana

Ertem, G. & Sevil, Ü. (2005) Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8: 117-123.

Fahami, F., Behmanesh, F., Valiani, M. & Ashouri, E.(2011) Effect of heat therapy on pain severity in primigravida women. Iran J Nurs Midwifery Res.16(1):113-6.

Fei Chen, S., ve ark. (2018). Labor Pain Control by Aromatherapy: A MetaAnalysis of Randomized Controlled Trials. Women and Birth.

Ganji, J., Shirvani, MA., Rezaei-Abhari, F. & Danesh, M. (2013). The Effect of Intermittent Local Heat and Cold on Labor Pain and ChildBirth Outcome. Iranian Journal of Nursing and Midwifery, 18(4), 298-303.

Geranmayeh, M., Habibabadi, ZR., Fallahkish, B., Farahani, MA., Khakbazan, Z., Mehran, A. (2012). Reducing Perineal Trauma Through Perineal Massage with Vaseline in Second Stage of Labor. Arch Gynecol Obstet, 285:77-81

Ghani R.M.A. (2014). Effect of heat and cold therapy during the first stage of labor on women perception of birth experience: a randomized controlled trial. J Biol AgricHealthc; 4(26): 66-72.

Gök, B. (2020) Yeni tasarlanmış doğum kıyafetinin vajinal doğum yapan kadınlarda doğum konforu, doğum algısı ve ilk emzirmeye ilişkin sonuçlarının değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara

Göker, N. (2019) Travayda Aktif Faz Süresinin, Doğumun İkinci Evresine Ve Postpartum Konfora Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.

Gönenç, İ. M. (2013) 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 Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Ankara

Gönenç, M. İ., & Terzioğlu, F. (2012). Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj Ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.1(3). 129-143.

Gündüz, C. S. & Çalışkan, N. (2018) Ağrı Kontrolünde Uygulanan Non farmakolojik Yöntemler: Etkinliği Hakkındaki Kanıtlar Yeterli mi? , *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi* 2018;1(2):76-81, doi: 10536/jtracom.2018-6043

Gür, E.Y. (2019) Bilişsel Davranışsal Tekniklerin Doğum Ağrısına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum

Hodnett , E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala , C. (2013). Continuous Support For Women During Childbirth. The Cochrane Library.

Ibrahim, H.A., , Ibrahim Elgzar, W.T. & Hassan, H.E. (2017). Effect of Warm Compresses Versus Lubricated Massage during the Second Stage of Labor on Perineal Outcomes among Primiparous Women. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 6(4); 64-76.

İpek, A. (2014) Doğum eyleminde alt sırt bölgesine uygulanan derisel terapi yöntemlerinin doğum ağrısı algısına ve doğumun süresine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Erzurum

Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Kaçar, N. (2019). Mekanik Masaj İle Sıcak Mekanik Masaj Uygulamasının Algılanan Doğum Ağrısı Ve Doğum Deneyimine Etkisinin Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Karabulutlu, Ö. (2014) Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler, Caucasian Journal of Science, 1(1), 43-50

Karadaş, C. & Özdemir, L. (2019) Deliryumun Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar Ve Hemşirenin Sorumlulukları, *Pskiyatri Hemşireliği Dergisi,* 2019;10(2):137-142, doi: 10.14744/phd.2019.81994

Karaduman S., (2017). Sakral Bölgeye Yapılan Masajın Doğuma Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Karaman, Ö. E. (2017). Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi. İstanbul.

Kaur, J., Sheoran, P., Kaur S. & Sarin J. (2020) Effectiveness of warm compression on lumbo-sacral region in terms of labour pain intensity and labour outcomes among nulliparous: an interventional study. J Caring Sci. 9 (1): 9-12.

Kaya, A. (2020), Gebelerde doğum korkusu ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya

Kılıç M. & Öztunç G. (2012). Ağrı kontrolünde kullanılan yöntemler ve hemşirenin rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.2012;7(21):36-48

Köksal, Ö & Duran, E . (2013) Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 6 (2013): 144-148

Koyuncu, H. (2002). Yüzeyel Isıtıcılar., H. Sarı, Ş. Tüzün, K. Akgün. (Editörler). Hareket Sistemi Hastalıklarında Fiziksel Tıp Yöntemleri. İkinci Baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi, ss.43– 50.

Lee, S., Liu, C., Lu, Y., & Gau, M. (2013). Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing. 42 (1), 19-28.

Littleford, J.(2004). Effects on the fetus and newborn of maternal analgesia and anesthesia: a review. Obstetrical And Pediatric Anesthesia. 51: 586-609.

Mamuk, R. & Gençalp, N.S. (2013) Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. JHS. 10(2):48-66. file:///C:/ Users/user/Downloads/2551-8072-1-PB.pdf.

Mohamed, M.L. (2011). Comparative Study between Two Perineal Management Techniques Used to Reduce Perineal Trauma during 2nd Stage of Labor. Journal of AmericanScience, 7(11);228-232.

Morgan, G.E. & Mikhail, M.G. (1996) Pain Management. In: Clinical Anesthesiology, 2 ed. New Jersey: PrentticeHall Interntional, Inc. 274-316.

Mucuk, S. & Başer, M. (2009) Doğum ağrısını yönetmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 61-66.

Narman, E. (2019) Doğumda algılanan destekleyici bakım ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi

Ott, J., Gritsch, E., Pills, S., Kratschmar, S., Promberger, R., Seemann, R. et all (2015). A Retrospective Study on Perineal Lacerations in Vaginal Delivery and the Individual Performance of Experienced Mifwives. BMC Pregnancy and Childbirth, 15:270.

Özveren, H. (2011), Ağrı kontrolünde farmakolojik olmayan yöntemler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2011:83-92

Polat Başpınar, D. (2021), Pamukkale Üniversitesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin, gebeliğe uyum, piskolojik sağlamlık ve bunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Denizli

Rathfisch G. Doğum Eylemi. İçinde: Beji NK (editör). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2017: 364-375

Rajiani, I., & Fri. (2019). Application of Digital Rubbing Massage in Pain Level, Comfort and Duration of Labor Phase. Indian Journal of Public Health Research & Development. 10(1), 391-395.

Sanders, J. Peter, T.J., Campbell, R. (2005). Techniques to reduce perineal pain during spontaneous vaginal delivery and perineal suturing: a UK survey of midwifery practice. Midwifery. 21: 154–60.

Sarıboğa, Y. (2020) Yeni Tasarlanmış Doğum Kıyafetinin Vajinal Doğum Yapan Kadınlarda Doğum Konforu, Doğum Algısı Ve İlk Emzirmeye İlişkin Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Gaziantep.

Sever N. (2011) Doğum ağrısının azaltılmasında transkutanöz elektiriksel sinir uyarımı uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara.

Sheldahl, L. M., Tristani, F. E., Clifford, P. S., Hughes, C. V., Sobocinski, K. A., & Morris, R. D. (1987). Effect of head-out water immersion on cardiorespiratory response to dynamic exercise. Journal of the American College of Cardiology, 10, 1254-1258

Simkin, P. & Bolding, A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. J Midwifery Womens Health. 49 (6): 489-504.

Sımkın, P. & Ancheta, R. (2016). Doğum Süreci. Mete, S (Çeviri editörü). Hemşire ve Ebeler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler, İstanbul, Tıp Kitabevleri. 363-365

Smith, C.A., Levett, K.M., Collins, C.T., Dahlen, H.G., Ee, C.C. & Suganuma, M. (2018). Massage, Reflexology and Other Manual Methods for Pain Management in Labour. Cochrane Database of Systematic Reviews.

Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC. & Suganuma M. (2018) Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. No.: CD009290.

Taavoni, S. ve Ark. (2013). Effect of sacrum-perineum heat therapy on active phase labor pain and client satisfaction: a randomized, controlled trial study. Pain Med. 2013;14:1301-6. doi: 10.1111/pme.12161

Tandoğan, Ö. V. & Oskay, Ü. (2021) Doğum Ağrısının Giderilmesinde Reboza Tekniği, *Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ve Araştırmaları Dergisi*, 2021;3(1), doi: 10.46413/boneyusbad.820235

Taşçı E., Sevil Ü. (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi,17(3):181-6.

Taşkın L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 16. Baskı. Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2020: 275-433.

Tektaş, E. ve Ark. (2016). Vajinal Doğumda Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları

Tuncay, S. (2016). Doğumun Aktif Fazında Uygulanan Hidroterapinin, Doğum Süreci, Anne Memnuniyeti ve Doğum Sonrası Ebeveynlik Davranışı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara,2014.

Türkmen, H. & Tuna Oran, N. (2019). Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısına Etkisi: Sistematik Derleme. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2019;16 (3): 225-233.

Türkmen, H. (2017), Masaj ve Sıcak uygulamanın Konfora etkisi, Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. İzmir

Ugwu, EO., Iferikiqwe, ES., Obi, SN., Eleje, GU., Ozumba, BC. (2018). Effectiveness of Antenatal Perineal Massage in Reducing Perineal Trauma and Post-

Partum Morbidities: A randomized Controlled Trial. J. Obstet. Gynaecol. Res., 44(7); 1252-58

Uyanık, A. (2019) Doğum Ağrısında Non Farmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik, Anne çocuk Sağlığı ve Eğitimi, Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi s30-44

Ünalmış, E. S., Yanıkkerem, E., & Goker. A. (2017). Effects of Low Back Massage on Perceived Birth Pain and Satisfaction. Complementary Therapies in Clinical Practice. 28. 169-175

Üst, Z.D., Pasinlioğlu, T. & Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16.2

Varışoğlu, Y. & Ünlü, G. (2020). Türkiye'deki Tezlerde Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 23(1): 45-52. DOI: 10.17049/ataunihem.503312

World Health Organization. (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, 195.

Yalçın, E. & Özbaşaran, F. (2021), Nefes Terapisinin Genel Sağlık Ve Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2021;3(2):106-111 doi: E-ISSN:2667-792X

Yarıcı Atış, F., & Rathfisch, G. (2018). The Effect of Hypnobirthing Training Given in the Antenatal Period on Birth Pain and Fear. Complementary Therapiees in Clinical Practice. 33 (2018), 77-84

Yaşar, H. (2019) Nullipar Kadınlarda Doğum Eylemi Süresince Yapılan Perine Masajının Doğum Konforu, Perineal Ağrı Ve Travmaya Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya

Yeşilçicek Çalık K. (2010). Doğum eyleminde Sp6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul, 2010

Yeşildağ, B. & Gölbaşı, Z. (2018). Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018; 8(3): 104-111. ISSN: 2146-443X

Yılar, Z. (2014). Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.

Yıldız Sezer, M. (2019) Doğumhanede Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Doğum Ağrısı Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemleri Bilme Ve Uygulama Durumlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Eskişehir

Yıldız, H. (2019). Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(2), 98-105.

Yıldırım Rathfisch, G., & Güngör, İ. (2009). Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3(11), 53-64.

Yıldırım G. & Şahin, N.H. (2003) Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 7: 14-20.

Yılmaz T.(2019). Doğum ağrısı ve Yönetimi. H. Özkan (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara: Akademisyen Kitapevi.

Yılmaz, E., Nazik, F. (2018). Alternatif bir doğum yöntemi; faydaları ve riskleri ile suda doğum, *Jinekoloji–Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 15(2),52-56.

Yücel, A. (2006) Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Aslan FE (Editör). *Ağrı;* Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, 1. Baskı. İstanbul.

Zhao, Y., Zhu, C., & Chen, X. (2017). Application and Security Observation of Acupuncture in Labor Analgesia. Western Pacific Region Index Medicus. 36(8), 905-909.

EKLER

Ek 1: KURUM İZNİ

SARIYER HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

Hastanemizin Doğumhane Kliniği'nde Ebe olarak görev yapmaktayım. İstinye Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans öğrencisiyim. ''Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapılan Sıcak Uygulamanın Kadınların Anksiyete Düzeyi ve Doğum Süreçlerine Etkisi'' başlıklı tez çalışmamın Sarıyer Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğumhaneye başvuran hastalara uygulanması uygunluğunun hastane yöneticiliğimiz tarafından tarafıma bildirilmesini saygılarımla arz ederim.

NOT: Bu izin İstinye Üniversitesi etik kurul için alınmaktadır.

Telefon: 05377066320

Adres: Selçukbey caddesi Aydınevler mahallesi

Bulut apartmanı No: 58 Daire:18 MALTEPE/İSTANBUL

Ebe Aslıhan TURAN

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI HAMİDİYE ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Ek 2: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Değerli katılımcı;

Sizi " *Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapılan Sıcak Uygulamanın Kadınların Ağrı Ve Doğum Süreçlerine Etkisi"* başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olarak bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak da anlatılan aşağıdaki bilgileri bir kez de dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınız ve bilgilendirme esnasında yanınızda olan tanık kişi tarafından imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkına da sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu

Aslıhan TURAN

Araştırmanın Amacı

Gönüllü olarak katılmanızı teklif ettiğimiz çalışma bir araştırma projesidir. Bu araştırma projesinin amacı;

Doğum eylemi son adet kanamasından 40 hafta sonra bebeğin ve eşinin kadının rahminden dışarıya atıldığı bir süreçtir. Doğum, kadın ve ailesi için çok özel bir deneyimdir. Bu dönemler yaşam sürecinde normal bir evre olmasına rağmen kadınların sağlık bakım gereksinim ihtiyacının önemli ölçüde arttığı, annenin bedensel ve ruhsal açıdan etkilendiği bir dönemdir. Doğum birçok kadın için ağrı ve kötü deneyimlerin yaşanabildiği fizyolojik bir olaydır. Doğumda ağrı normal bir olaydır. Ancak doğum ağrısının kontrol altına alınamadığı durumlarda oluşan stres anne ve bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkilediği için önemlidir. Doğum ağrısı özellikle ilk kez doğum yapanların karşılaştıkları en şiddetli ağrılı deneyimdir. Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan ilaçlı yöntemler, sistemik etkili ağrı kesiciler ile bölgesel etkili ağrı kesiciler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sistemik etkili ağrı kesiciler annede ve bebekte istenmeyen etkilere neden olmaktadır. Ayrıca annenin doğum sırasında yaşananları hatırlamaması gibi sakıncaları beraberinde taşımaktadır. Bölgesel anestezi yöntemlerinin ise bulantı, kusma, idrar birikimi, alerjik reaksiyonlar ve solunum durması gibi annenin sağlığına olumsuz etkileri bulunmaktadır. Doğum ağrısı ile başa çıkmada giderek yaygınlaşan ilaç dışı ağrı kontrol yöntemleri, herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en az algılamaya yönelten yöntemlerdir. Bu yöntemlerin uygulaması kolaydır ve güvenilirdir. Gebenin ve çevresindeki destek kişilerin aktif olarak doğuma katılmasına olanak sağlar. Diğer yandan maliyeti azalmada etkilidir. Anne ve bebek sağlığı açısından zararsızdır. Doğum eylemini yavaşlatmaz, yan etki ya da allerji riskleri yoktur. Bir diğer olumlu etkisi ise; doğum ağrısını rahatlatmak için kullanılan yöntemlerin, algılanan doğum ağrısını azaltarak gebenin anksiyete düzeyini düşürmesi ve annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşamasını sağlamasıdır.

Gebelerin ağrı algısını azaltmaya yönelik nonfarmakolojik yöntemlerin planlanması ve uygulanması, uygulanan yönteme devam etme ya da yeni bir yönteme geçişe karar verme ve değerlendirmesi ebelere düşen görev ve sorumluluklardandır. Doğum ağrısının rahatlatılması anne adayının doğumda memnuniyetinin artırılmasını ve olumlu bir doğum deneyimi

yaşamasını sağlayacaktır. Ayrıca gebelerin doğum sürecinde yaşadığı korku ve anksiyete kas gerginliğini artırmakta ve doğum ağrısının daha şiddetli hissedilmesine yol açmaktadır. Sonuç olarak korku, anksiyete ve ağrı arasında bir kısır döngü oluşmaktadır. Bu durum doğum eyleminin ilerlemesini olumsuz etkilemektedir. Ülkemizde doğum ağrısının azaltılmasına yönelik olarak ilaç dışı ağrı yöntemlerine ilişkin çalışmalar bulunmakla birlikte bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu bildirilmiştir. Bu amaçla çalışmamız kalça bölgesine uygulanan sıcak uygulamanın kadınların ağrı ve anksiyete düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Araştırmaya Dair Araştırmacı ve Katılımcı Hakkında Bilgiler

Bu çalışma İstanbul ilinde bulunan "Sarıyer Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi" Doğumhanesine başvuran nullipar gebelere yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirilecektir araştırma Yüksek Lisans öğrencisi Aslıhan TURAN ile Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK tarafından yürütülmektedir. Araştırma, Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi" Doğumhanesine başvuran ilk kez doğum yapacak kadınlar ile gerçekleştirilecektir. Araştırmaya katılması beklenen gönüllü sayısı toplam 90 kadın olarak belirlenmiştir

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere veri toplama formu uygulanacaktır. Veri toplama formları dört bölümden oluşmaktadır: (1) Sosyo-demografik özelliklerin yer aldığı kişisel bilgi formu, (2)Doğum eyleminde izlem formu,(3)Sayısal Ağrı Değerlendirme skalası, (4) Durumluluk-Süreklilik Anksiyete ölçeği dir. Kişisel bilgi Formu, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Bu formda kadının yaşı, eğitimi, sosyal güvence varlığı, çalışma durumu ve gebelik özelliklerine ilişikn 24 soru bulunmaktadır. Durumluk-Sürekli Anksiyete Ölçeği'nde kadınların her zamanki ve içinde bulundukları zaman da endişe seviyelerinin değerlendirildiği toplam 40 soru yer almaktadır. Sorular, çoktan seçmelidir . Araştırmada yer alan soruların yanıtlanması 15-20 dk sürmektedir.

Araştırmanın Size Getirebileceği Risk ve Rahatsızlıklar Nelerdir?

Araştırmanın size getirebileceği herhangi bir risk ve rahatsızlık bulunmamaktadır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Bunun yanında istemediğiniz sorulara cevap vermeme hakkına sahipsiniz. Araştıramaya katılmayı kabul etmemeniz ya da yarıda bırakmanız durumunda derslerinizi ya da eğitim durumunuzu engelleyecek herhangi bir durum yaşamayacaksınız. Araştırmada verdiğiniz sorular tamamen akademik araştırma amacıyla kullanılacaktır. Araştırmaya verdiğiniz yanıtları sorumlu araştırmacı ve danışmanı öğretim üyesi dışında kimse tarafından görülmeyecektir.

Araştırmanın Topluma ve Size Olası Faydaları

Bu araştırmada doğum eyleminde sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların anksiyete düzeyi ve doğum süreçlerine etkisi değerlendirilecektir. Böylelikle kadınların doğum eylemi sırasında yaşayabileceği anksiyete düzeyi ve bunun doğum süreçlerine olan etkilerini değerlendirilecektir. Doğum eylemine bağlı olarak yaşanan anksiyete kadınların algıladıkları ağrı düzeyini arttırmakta ve doğum eyleminin süresinin uzamasına neden olabilmektedir. Kadınlar araştırmaya katılarak sakral bölgeye yapılan sıcak uygulamanın kadınların anksiyete düzeyi ve doğum süreçlerine olan etkisinin belirlenmesine katkıda bulunacaklardır. Böylelikle doğum sürecinde güvenle kullanılabilecek, anne ve yenidoğan üzerinde herhangi bir yan etkisi olmayan non-farmakolojik yöntemlerin etkilerine yönelik önemine dikkat çekmek amaçlanmıştır. Bu nedenle araştırmamıza katılarak sizin ve diğer kadınlarımızın doğum sürecinde korku ve ağrı düzeyinin azaltılmasına katkıda bulunacaksınız.

Araştırmaya Katılma / Ayrılma Konusunda Haklarınız ve Araştırmacının Haklarınızı Koruma Güvencesi

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra herhangi bir zamanda bırakabilirsiniz. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yararınıza olan hakların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır. Araştırma konusu ile ilgili araştırmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edilmesi durumunda siz ya da yasal

temsilciniz bilgilendirilecektir. Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Yukarıda Belirtilen Hususlar Dışında Sorularınız Var İse, Bu Bölüme Eklenerek Cevaplandırılacaktır.

☐ **Gönüllünün sorduğu ek sorular ve cevapları**
☐ **Ek bir soru bulunmamaktadır.**

RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan ilgili tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım**. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Bu koşullarda;

1) Söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
3) Çalışmada elde edilen bigilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu araştırmaya katılmayı onaylıyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İletişim

Tarih

İmzası:

Ek 3: VERI TOPLAMA FORMU

DOĞUM EYLEMİNDE SAKRAL BÖLGEYE YAPILAN SICAK UYGULAMANIN KADINLARIN AĞRI DÜZEYİ VE DOĞUM SÜREÇLERİNE ETKİSİ

Değerli katılımcı;

Bu çalışma; Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapilan Sicak Uygulamanin Kadinlarin Ağrı Düzeyi Ve Doğum Süreçlerine Etkisi etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Verdiğiniz bilgiler sadece bu çalışma için kullanılacak ve size ait bilgiler başka kişilerle kesinlikle paylaşılmayacaktır. Araştırmanın herhangi bir aşamasında çalışmadan kendi isteğinizle ayrılma hakkınız bulunmaktadır. Vereceğiniz bilgilerin sağlıklı toplumların oluşturulmasına ve literatüre katkı sağlayacağından, önemli olduğunu hatırlatır vereceğiniz katkılar için teşekkür ederim.

ASLIHAN TURAN
İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bölüm I: Sosyo-Demografik Özelliklere İlişkin Soru Formu

1.Yaşınız:…….

2.Eğitimin durumunuz?

a) Okur-yazar değilim
b) İlköğretim mezunu
c) Lise mezunu
d) Üniversite mezunu ve üstü

3. Çalışma durumunuz?

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) (5. Soruya geç)

4. Mesleğiniz nedir?

b) Memur
c) İşçi
d) Serbest Meslek
e) Diğer……

5. Sosyal güvenceniz var mı?

Var ( ) Yok( ) (7. Soruya geçiniz)

6. Sosyal güvenceniz nedir?

a) SGK
b) Yeşil Kart
c) Özel sağlık sigortası
d) Diğer...…

7.Eşinizin Eğitim durumu?

a) Okur-yazar değil
b) İlköğretim mezunu
c) Lise mezunu
d) Üniversite mezunu ve üstü

8. Eşinizin Çalışma Durumu?

Çalışıyor ( ) Çalışmıyor ( ) (10. Soruya geçiniz)

9.Eşinizin Mesleği nedir?

a) Memur
b) İşçi
c) Serbest Meslek
d) Diğer……

10. Kaç yıldır evlisiniz…….

11.Aile tipiniz?

Çekirdek aile ( ) Geniş aile ( )

12. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

a) Gelirim giderimden az ( )
b) Gelirim giderimi karşılıyor ( )
c) Gelirim giderimden fazla ( )

13.Gebelik öncesi sigara kullanıyor musunuz?

Evet …..……...adet/gün b) Hayır

14.Gebelik öncesi alkol kullanıyor musunuz?

Evet.……..adet/gün b) Hayır

15.Kronik/metabolik hastalığınız var mı?

Evet b) Hayır (15. Soruya geçiniz)

16.Kronik mevcut hastalığınız aşağıdakilerden hangisidir?

a) Hipertansiyon
b) Diyabet
c) Kalp hastalığı
d) Troid hastalığı
e) Diğer.....

Bölüm II: Obstetrik Özelliklere İlişkin Soru Formu

1) İlk gebelik yaşınız nedir? …….
2) Toplam gebelik sayınız……
3) Daha önce Düşük yaptınız mı? (Varsa sayısını belirtiniz)

Evet ( ) …… Hayır ( )

4) Daha önce Kürtaj oldunuz mu? (Varsa sayısını belirtiniz)

Evet ( ) …… Hayır ( )

5) Gebeliğinizin kaçıncı haftası…….

6) Gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

Evet ( ) Hayır ( )

7) Gebeliğiniz istenilen bir gebelik miydi?

Evet ( ) Hayır ( )

8) Gebelik döneminde belirlenen bir hastalığınız var mı? (Şeker, tansiyon, aşırı bulantı, kusma, kanama, enfeksiyon hastalığı gibi)

Evet ( ) …… Hayır ( )

11) Doğum öncesi dönemde doğum ve doğum ağrısı ile ilgili bilgi aldınız öı?

Evet ( ) Hayır ( )

DOĞUM EYLEMİNE İLİŞKİN İZLEM FORMU

1. **Doğum ağrılarının başladığı tarih ve saat:**
2. **Hastaneye geldiği saat:**

3. **Gebe muayene bulguları:**

	Latent Faz Servikal açıklık (3-4 cm)	**Aktif Faz Servikal açıklık (5-6 cm)**	**Geçiş Fazı Servikal açıklık (7-8 cm)**
Fetal kalp atım sayısı			
Kan basıncı			
Nabız			
Vücut ısı			

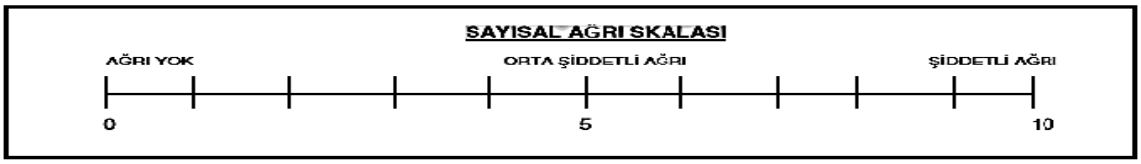
4. **Müdahale**
5. **Doğum eylemi süreleri**

	Tespit	
Latent faz		
Aktif faz		
Geçiş fazı		

6. **Yenidoğan apgar skoru**

1. Dakika		**5. dakika**	

AĞRI DEĞERLENDİRME FORMU



Doğumhaneye ilk geldiğinde:

Latent Faz (Dilatasyon 3-4 cm):

Aktif Faz (Dilatasyon 5-6 cm):

Geçiş Fazı (Dilatasyon 7-8 cm):

Ek 5: ETİK KURUL ONAYI

İSÜ | İstinye Üniversitesi İSTANBUL

T.C.
İSTİNYE ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

Araştırmanın Başlığı: Doğum Eyleminde Sakral Bölgeye Yapılan Sıcak Uygulamanın Kadınların Ağrı Düzeyi ve Doğum Süreçlerine Etkisi			
Proje Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü			
Sorumlu Araştırmacı: Aslıhan TURAN İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı			
Toplantı Tarihi:	26.02.2020	**Protokol No:**	20

SONUÇ

☒ Etik olarak uygun bulunmuştur.
☐ Düzeltme gereklidir:
☐ Görevsizdir; Gerekçe, Görüş, Tavsiye ve Açıklamalar:

Başvuruda bulunduğunuz başvuru dosyası ve ilgili belgeleri İstinye Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Prof. Dr. Semra ŞARDAŞ
Etik Kurul Başkanı

Prof. Dr. Hikmet KOÇAK
Üye

Prof. Dr. Yeşim Saliha GÜRBÜZ
Üye

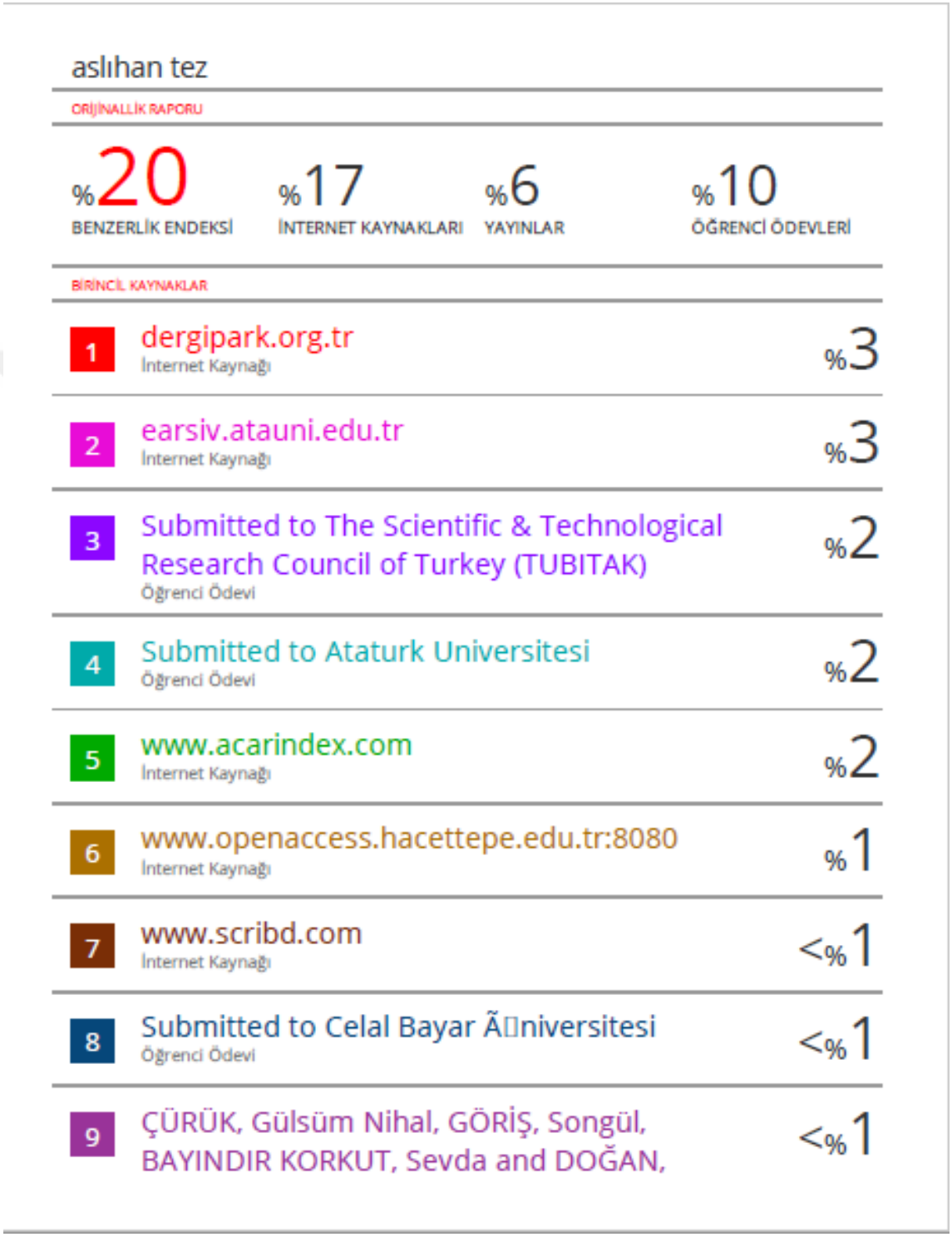
Dr. Öğr. Üyesi Bernis SÜTÇÜBAŞI
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Doğan ÜVEY
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Nurgül DÜRÜKTKAN ELBAŞI
Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tülay KAVLAK
Üye
(Proje Danışmanı)

Ek 6: İNTİHAL RAPORU



aslıhan tez

ORİJİNALLİK RAPORU

%20	%17	%6	%10
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%3
2	earsiv.atauni.edu.tr İnternet Kaynağı	%3
3	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	%2
4	Submitted to Ataturk Universitesi Öğrenci Ödevi	%2
5	www.acarindex.com İnternet Kaynağı	%2
6	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
7	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<%1
8	Submitted to Celal Bayar Ã□niversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
9	ÇÜRÜK, Gülsüm Nihal, GÖRİŞ, Songül, BAYINDIR KORKUT, Sevda and DOĞAN,	<%1