HACER KARABULUT

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL-2014

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya (sol yandaki gibi) olacak .

↓

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ; Doktora ise DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DOĞUM EYLEMİNDE AROMATERAPİNİN ETKİLERİ

HACER KARABULUT

DANIŞMAN
DOÇ.DR. GÜLAY RATHFISCH

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2014

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Hacer Karabulut tarafından hazırlanan Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri başlıklı Yülsek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

24 / 02 / 2014

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Prof.Dr.Nuran Kömürcü Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3. Doç.Dr.Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

4.Doç.Dr.Gülay Rathfisch (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Doç.Dr.İlkay Güngör İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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.

Hacer KARABULUT



TEŞEKKÜR

Beni bu günlere getiren, hep yanımda olan, daima gurur duyacağım, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim sevgili aileme,

Her zaman yanımda olan ve her konuda desteğini eksik etmeyen, hayat arkadaşım, sevgi dolu eşim Ümit Karabulut'a,

Tez dönemim boyunca bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren, pozitif hayat enerjisiyle manevi destek sağlayan sayın danışmanım Doç. Dr. Gülay Rathfisch'e,

Çalışmaya katılarak çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanabilmesine katkıda bulunan tüm kadınlara,

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi doğumhanesinde çalışan tüm meslektaşlarıma,

Eğitim ve öğretim sürecimde gelişimime katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin tüm öğretim elemanlarına tarafıma verdikleri emeklerden dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
TEŞEKKÜR ..... İV
İÇİNDEKİLER V
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Doğum Eyleminde Rol Alan Faktörler 3
2.2. Doğum Eyleminin Fizyolojisi 4
2.3. Doğumun Evreleri 4
2.3.1. Birinci Evre (açılma-dilatasyon) 4
2.3.1.1. Latent Faz 5
2.3.1.2. Aktif Faz 5
2.3.1.3. Geçiş Fazı 5
2.3.2. İkinci Evre (itilme) 6
2.3.3. Üçüncü Evre (halas) 6
2.3.4. Dördüncü Evre (erken postpartum) 6
2.4. Doğum Eyleminde Ağrı Kontrolü 6
2.4.1. Doğum Ağrısının Özellikleri 7
2.4.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler 8
2.4.2.1. Fizyolojik Faktörler 8
2.4.2.2. Psikolojik Faktörler 9
2.4.3. Doğum Ağrısını Gidermede Kullanılan Yöntemler 10
2.4.3.1. Farmakolojik Yöntemler: 11
2.4.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler 12
2.5. Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri 21

2.5.1. Aromaterapi 21
2.5.1.1. Lavanta Esansiyel Yağı 22
2.6. Aromaterapinin Doğum Eyleminde Ebelik/Hemşirelik Uygulamalarındaki Yeri .24
3. GEREÇ VE YÖNTEM 26
3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı: 26
3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi: 26
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 26
3.4. Araştırmanın Hipotezleri: 27
3.5. Araştırmada Verilerin Toplanması 27
3.5.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-2) 28
3.5.2. İnnatal Dönem Gözlem Formu (Ek-3) 28
3.5.3. Doğum Sonrası Görüşme Formu (Ek-4) 28
3.5.4. Visuel Analog Skala (VAS) (Ek-5) 28
3.5.5. Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX – I) (Ek-6) 29
3.5.6. Uygulama Aşaması 29
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 31
3.7. Etik Konular 31
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 31
4. BULGULAR 33
4.1. Kontrol ve Deney Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması 33
4.2. Doğum Eyleminin Dilatasyon ve İkinci Evresine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması 37
4.3. Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Karşılaştırılması 48
5. TARTIŞMA 52
5.1. Kontrol ve Deney Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması 52
5.2. Kontrol ve Deney Grubundaki Kadınların Doğum Eyleminin Dilatasyon ve İkinci Evresine İlişkin Bulgularının Tartışılması 54
5.3. Kontrol Ve Deney Grubundaki Kadınların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgularının Tartışılması 61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 65

KAYNAKLAR 68
FORMLAR 76
ETİK KURUL KARARI 93
ÖZGEÇMİŞ 95

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1: Demografik özelliklerin karşılaştırılması…….…….33

Tablo 4-2: Kadınların gebelik dönemine ilişkin verilerinin karşılaştırılması……..34

Tablo 4-3: Kadınların doğum eylemi hakkındaki bilgi ve ağrıyı gidermeye yönelik davranışlarının karşılaştırılması……...36

Tablo 4-4: Doğumun birinci evresindeki VAS değerlerinin karşılaştırılması…….37

Tablo 4-5: STAI form TX – I durumluluk anksiyetesi puanlarının karşılaştırılması……38

Tablo 4-6: Oksitosin uygulanmasının karşılaştırılması……...40

Tablo 4-7: Kadınların sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olma durumunun karşılaştırılması……...40

Tablo 4-8: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışlarının karşılaştırılması……41

Tablo 4-9:Kadınların doğumun 2. evresinde müdahale, obstetrik problem, perineal ve servikal yırtık durumlarına göre karşılaştırılması……...45

Tablo 4-10: Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evre sürelerinin karşılaştırılması……...…….46

Tablo 4-11: Doğumun 3. evresinde fundus masajı uygulamasının karşılaştırılması……47

Tablo 4-12: Yenidoğanların birinci ve beşinci dakika apgar skorlarının karşılaştırılması……48

Tablo 4-13: Yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu ve ilk emzirilme zamanının karşılaştırılması……49

Tablo 4-14: Kadınların doğum eylemlerine yönelik memnuniyetlerinin karşılaştırılması……....50

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Doğum ağrısının kontrolünde etkili olan acupressure noktaları…….……16

Şekil 2-2: TENS' in kullanımı…….……18

Şekil 2-3: İntradermal su enjeksiyonunun yerleşimi……...…18

Şekil 4-1: Doğumun birinci evresindeki VAS değerleri…….....38

Şekil 4-2: STAI form TX – I durumluluk anksiyetesi puanları……...…39

Şekil 4-3: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışları……...…….43

Şekil 4-4: Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evre süreleri……..47

Şekil 4-5: Yenidoğanın ilk emzirilme zamanı……49

Şekil 4-6: Kadınların doğum eylemlerine yönelik memnuniyetleri……51

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

CAM: Complementary Altermatif Medicine (Tamamlayıcı Alternatif Tıp)

WEU: Western European Union (Batı Avrupa Birliğine)

IFPA: The International Federation of Professional Aromatherapists (Uluslararası Profesyonel Aromaterapisler Federasyonu)

ITHMA: The Institute of Traditional Herbal Medicine and Aromatherapy (Geleneksel Bitkisel Tıp ve Aromaterapi Enstitüsü)

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

FIGO: İnternational Federation Gynecology and Obstetric (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu)

ÖZET

Karabulut H. Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul. 2014.

Bu araştırma, doğum eyleminde aromaterapinin etkilerini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmadır. Çalışma, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde, 04.06.2013-25.10.2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Kadınlar, protokol numaralarının tek ya da çift olmasına göre randomize edildi. 30 kontrol grubu, 30 deney grubu olmak üzere toplam 60 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu. Kontrol grubuna standart hemşirelik bakımı verilirken, deney grubuna doğum eylemi boyunca aromaterapi uygulaması yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, tanıtıcı bilgi formu, innatal dönem gözlem formu, doğum sonu görüşme formu, visuel analog skala ve durumluluk kaygı ölçeği (STAI FORM TX – I) kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde Ki kare ($\chi 2$), Mann-Whitney U ve t testi uygulandı.

Katılımcılar, 21-25 yaş grubunda, eğitim düzeyi ilköğretim olan, çoğunluğu evli, çalışmayan ve sağlık güvencesi olduğunu ifade eden kadınlardan oluşmaktadır. Aromaterapi uygulanan gruptaki kadınlar (ortalama ağrı skoru: 6,37±1,474), kontrol grubundaki (ortalama ağrı skoru: 8,37±1,752) kadınlara göre aktif fazda doğum ağrısını daha az algıladı. Geçiş fazında, deney grubundaki kadınlar (ortalama ağrı skoru: 9,33±0,88), kontrol grubundaki kadınlara (ortalama ağrı skoru: 9,87±0,57) göre doğum ağrısını daha az algıladıkları bulundu. Deney gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre latent fazda ve geçiş fazında yaşadıkları kaygı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Deney grubunun (%93,3), kontrol grubuna (%66,7) göre daha fazla sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olduğu görüldü. Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal basınç ve görülen obstetrik problem, perineal yırtık, servikal yırtık durumları incelendiğinde kontrol ve deney grubu arasında bu özellikler açısından fark görülmedi. Deney grubundaki kadınlarda doğum eyleminin ikinci (ortalama süre: 18,00±11,640) ve üçüncü evrelerinin süreleri (ortalama süre: 8,53±3,340) kontrol grubuna göre (ikinci evre ortalama süre: 25,10±12,120, üçüncü evre ortalama süre: 12,13±5,700) daha kısa sürdüğü gözlendi. Deney grubundaki yenidoğanların birinci dakika apgar skor ortalaması (8,23±0,57), kontrol grubundakilere (7,63±0,76) göre daha yüksek bulundu. Deney grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara göre doğum ağrısına tahammüllerinin daha iyi olduğunu ve kendilerini daha fazla güvende hissettiklerini ifade ettiler.

Sonuç olarak; doğumda uygulanan aromaterapinin; kadının doğum ağrısını algılamasını, kaygı ve anksiyete düzeyini azalttığı, kadının ağrıya tahammülünü ve güvenini

arttırdığı, doğumun süresini ise azalttığı saptandı. Bunun yanında aromaterapi uygulaması ile ilgili hiçbir maternal ve fetal yan etki ise görülmedi.

Anahtar Kelimeler: Doğum Eylemi, Aromaterapi, Doğum Ağrısına Destek, Anksiyete, Lavandula Angustifolia Mill.

ABSTRACT

Karabulut H. The Effects Of Aromatherapy in Labor. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Women's Health and Diseases Nursery. Master's Thesis. İstanbul. 2014.

This research is a randomize controlled study in order to determine the effects of aromatherapy in labor. The study was carried out between 04.06.2013-25.10.2013 in Clinic of Obstetrics and Gynecology, Sisli Hamidiye Etfal Education and Research Hospital. Women, depending on whether a single or dual their protocol number, were randomized. The sample of study consist of 60 women and thirty of them is the experimental group. When applying the standart nursing care in the control group, the experimental group was made aromatherapy threatments during labor. As a means of collecting data, identifiying information form, observation form of innatal period, postpartum interview form, the visual analogue scale and state anxiety inventory(STAI Form TX-I) was used. Data were evaluated with chi-square ($\chi 2$), Mann-Whitney U and T test.

Participants are women in the 21-25 age group, which have elementary educational level, which the majority are married and unemployed, and which have health insurance. Women in aromatherapy treatment (mean pain score : 6,37 ± 1,474) and the control group (mean pain score : 8,37 ± 1,752) compared in the active phase of labor pain, the experimental group was perceived less pain. In the transition phase , women in experimental group (main pain score : 9.33 ± 0.88) were perceived the less labor pain than women in the control group (mean pain score : 9,87 ± 0, 57). Women in the experimental group compared with women in the control group, the experimental group's levels of anxiety and depression were found to be lower in latent phase and the transition phase. The control group (%66,7) was observed in collaboration with the more less health care team compared with the experimental group (%93.3). İn the second stage of labor, it is observed that fundal pressure applied and obstetric problems, perineal laceration, cervical laceration were the same both in experimental group and the control group. Women in the experimental group the second stage duration of labor (mean duration: 18.00 ± 11.640) and the third stage duration of labor (mean duration: 8.53 ± 3.340) was observed to take less time than the control group (second stage mean duration: 25.10 ± 12,120, third stage mean duration: 12.13 ± 5.700). First minute average apgar score of newborns in the experimental group, (8.23 ± 0.57) was significantly higher than in the control group (7.63 ± 0.76). Women in the experimental group compared with the control group, they have said more tolerate the pain of labor and that they felt more secure.

Consequently, aromatherapy treatment at childbirth; decrease perception of labor pain, decrease the level of anxiety and depression, reduce labor duration and increase self-

confidence, increase pain tolerance was determined. There were no adverse effects on mothers and newborns.

Keywords: Labor, Aromatherapy, Labor Pain Support, Anxiety, Lavandula Angustifolia Mill.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum süreci kadının hayatı boyunca yaşayacağı eşsiz olaylardan biridir. Kadının kendisinin ve bebeğinin çıktığı bu yolculuğundan haz duyması ve bu yolculuğu güzel anılarla tamamlaması en temel arzudur. Fakat doğum süreci tarihsel süreç içinde giderek gelişen teknoloji ve tıptan etkilenmiş ve doğal doğum kavramından uzaklaşılmasına yol açmıştır. Doğal doğum; kadının kendi iç güdüleri rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdehalenin olmadığı doğum eylemidir. Doğum sürecinin müdahalelerden mümkün olabildiğince uzak, doğal akışında ilerlemesini sağlanması önemlidir (1).

Doğum sırasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olması nedeniyle günümüzde non farmakolojik ya da bir diğer deyişle tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamalarına eğilim artmıştır. Tamamlayıcı/alternatif tıp (CAM; Complementary Altermatif Medicine) uygulamalarının tümünün etkileri klinik düzeyde kontrollü araştırmalarla kanıtlanmamış olsa da doğum eyleminde genel olarak kadının kendi kontrolünü sağlayabilmesi, aktif olarak eyleme katılabiliyor olması bu yöntemlerin kabul edilebilirliliğini kolaylaştırmaktadır (2). Çalışmalar gelişmiş ülkelerdeki erişkinlerin %36 ile %62' sinin sağlıkla ilgili sorunları önlemek veya tedavi etmek için alternatif tedavileri kullandığını göstermektedir (3,4).

Doğumda kullanılan aromaterapi, biofeedback, akupunktur, hipnoz, masaj, hidroterapi, nefes egzersizleri, hayal kurma, odaklanma, müzik, soğuk-sıcak uygulama gibi çeşitli tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemleri vardır. Aromaterapi; kişiyi zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak tedavi etmek ve dengelemek için bitkisel kaynaklardan elde edilen esansiyel yağların iyileştirici güçlerinden yararlanılması olarak tanımlanmaktadır (2,5). Esansiyel yağların vücudun kendi sedatif, uyarıcı ve rahatlatıcı nörotransmitterlerinin (parakrin ve endokrin) salgılanmasını artırdığı düşünülmektedir (6,7).

Aromaterapinin doğum sürecine ve sonuçlarına etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada, çalışmaya katılan ebeler ve kadınlar, aromaterapi kullanımının maternal aksiyete, korku ve ağrıyı hafişetip, refahı arttırdığı yönünde olumlu geri bildirimlerde bulunmuşlardır (8).

Burns ve ark.'ının (2007), doğumda aromaterapi isimli randomize kontrollü bir çalışmada aromaterapi uygulamasıyla ilişkili maternal ve neonatal yan etki bildirilmemiştir (8). Burns ve ark.'ının (2010), sekiz yıl süren 8058 kadınla gerçekleştirdiği doğumda aromaterapinin kullanımını inceleyen gözlemsel çalışmada elde edilen kanıtlar, doğum sırasında maternal anksiyete, korku ve/veya ağrıyı azaltmada aromaterapi uygulamasının etkili olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışma yılları içinde sistematik opioid kullanım oranları ise %6 dan %0.04' e düşmüştür (9). Aromaterapi, aynı zamanda maliyeti oldukça düşük olduğundan bireylere ucuz bir bakım seçeneği de sunmaktadır (9).

Tanımlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, doğum eyleminde tıbbi müdahalelere güvenli alternatifler sunmakta, kadının kendisine olan güveninin destekleyerek otonomisini güçlendirmektedir. Aromaterapi uygulamasının hemşirelik ve ebelik felsefesine uyumlu olması ve mesleği profesyonel anlamda geliştireceği düşünüldüğünden, bu çalışma doğum eyleminde aromaterapinin ekilerinin belirlemek için planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Doğum süreci kadının hayatı boyunca yaşayacağı eşsiz olaylardan biridir. Mükemmel olarak tanımlanan doğum süreci, artık yalnız kalınan, acı veren ve korkunç bir deneyim olarak ifade edilmektedir. Bugün birçok insan neredeyse, ağrısız bir doğum deneyimi geçirmenin evrenin varoluşuna karşı gelmek olduğuna inanmaktadır.

Modern dünyada, doğum eylemi tehlikeli bir sürecin parçası olarak görülmekte ve kadınların yaşamlarını tehlikeye attığı düşünülmektedir. Modern doğum uygulamaları, kadının kendi bedeni ve bebekleriyle ilgili sorumluluklarından vazgeçtikleri ve doktorların kontolü ele aldıkları zaman başlamıştır.

Modern tıp, günümüzde doğum eylemiyle ilgili bir şeyler beklenmedik şekilde kötü gittiği zaman anne ve bebeği kurtarma girişiminde başarılı olmaktadır. Problem, bakımın tüm sisteminin felaketler ve bunların oluşması yönündeki beklentiler üzerine odaklanmasıdır. İnsanlar, doğum sürecine ve başarılı bir doğum sürecinde anne ve bebeğin var olan doğal kapasitesine olan güvenlerini kaybettiler. Maalesef, bu normalliğin desteklenmesinden daha çok problemlerin yaratılması olasılığı anlamına gelmektedir. Hastahanelerde kadınlara potansiyel risk içinde, hasta gibi davranılmaktadır. Doğum bir problem olarak görülmekte, kadının tek başına bir şey yapması istenmemekte ve kadının hareketsiz, sessiz kalışı ödüllendirilmektedir.

Doğumun doğal bir durum olduğu düşüncesi kadının doğuma olan bakışını değiştirecektir. Sağlıklı bir kadının normal doğumda ihtiyacı olan tek şey deneyimli, sabırlı ve doğum sürecine saygı duyan bir sağlık ekibidir (1).

Doğum eyleminin normal kabul edilebilmesi için: termde, eylemin kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüs varlığı, verteks pozisyonunda , baş-pelvis uyuşmazlığı olmadan, doğum eylemi sırasında gerek anne gerekse de bebeğin genel durumu bozulmadan gerçekleşmesi gerekir. Normal doğum; son menstural perioddan 40 hafta sonra gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı fizyolojik bir süreçtir (10,11,12).

2.1. Doğum Eyleminde Rol Alan Faktörler

Doğum yolu kemik pelvis ve yumuşak kısımlardan oluşmuştur. Normal doğumun gerçekleşmesi için doğum yolu ile doğum objesi arasında uyum olmalıdır.

Doğum mekanizmasının iyi anlaşılabilmesi için; fetüsün bir cisim olarak şekli, büyüklüğü, dayanıklılığı, pelvis ile ilişkisi, yatışı, duruşu ve pelvise girme durumlarının incelenmesi gerekir. Fetüs başı, normalde gövdeden daha büyük olması nedeniyle doğum mekanizması yönünden en önemli vücut kısmını oluşturur.

Doğumu yapan kuvvet; uterus kontraksiyonları, abdominal ve diyafragmatik kasların itici güçleride doğum eyleminde rol alan faktörlerdendir.

Kadınınn psikososyal durumu doğumda son derece önemli rol oynar. Kadınlar eylemde fiziksel yaralanma, ağrı gibi alışık olmadıkları durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetme endişesi yaşayabilirler. Eylemin ilerleyişi, kadının daha önce yaşadığı deneyim ve gerginlikten, aldığı çevresel desteklerden etkilenir. Eylemde korku yaşayan kadınların kan basıncında, solunum ve kalp hızında artma görülebilir. Aşırı maternal stres kadında kortizol ve katekolamin düzeyinin artmasına yol açar. Sonuçta vazokonstrüksiyon oluşarak, uterus perfüzyonu azalır, bu nedenle kadında ağrı görülebilir (10,11).

2.2. Doğum Eyleminin Fizyolojisi

Fetüs doğum için hazır ve olgunsa doğum genellikle 38-42 haftalar arasında başlar. Tüm medikal çalışmalara rağmen doğumun mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Fakat bazı önemli ipuçları bulunmaktadır. Mesala; östrojenin uterin kasları kastığı, yumuşamasını engellediği, sertleştirdiği ve özellikle serviksin silinmesini sağladığı bilinmektedir.

Serviksteki kollojen lifleri kollagenaz ve elastaz enzimlerinin etkisiyle kırılırlar. Bu sırada hiyaluronik asit seviyesi artarken dermatan sülfat seviyesi düşer. Serviks daha ödemli hale gelir. Tüm bu değişikliklerin sonunda serviks zayıflar ve yumuşar. Tüm bunlar serviksin efasmanını oluşturur (10,11).

2.3. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir.

2.3.1. Birinci Evre (açılma-dilatasyon)

Bu evre kendi içinde; latent, aktif, geçiş fazlarını içerir. Birinci evre doğumun en uzun evresidir.

2.3.1.1. Latent Faz

Düzenli kontraksiyonların başlaması ile başlar. Dilatasyon 0-3 cm'dir.

Nulliparlarda bu faz ortalama 8,6 saat sürer. 20 saati aşmaması gerekir. Multiparlarda ise ortalama 5,3 saat sürer. 14 saati aşmaması gerekir.

Latent fazda uterus kontraksiyonlarının şiddet, süre ve sıklıkları artar. Kontraksiyonlar başlangıçta; 20-40 dakikada bir gelip, 3-30 sn sürer. Ortalama 25-50 mm/Hg'dir (intrauterin pressure catheter ile).

Kadın ağrıyla baş edebilir, konuşmaya meyillidir, gülümseyebilir. Heyecanlı olabilir. Hemşirenin kadını desteklemesi, kadının olumlu bir doğum deneyimi yaşamasına ve ağrı ile baş edebilmesine yardım eder (11,13).

2.3.1.2. Aktif Faz

Dilatasyon 4 cm olduğunda başlar 8 cm olduğunda biter.

Nulliparlarda bu faz ortalama 4,6 saat sürer (saatte 1,2 cm). Multiparlarda ortalama 2,4 saat sürer (saatte 1,5 cm).

Kontraksiyonlar: 2-5 dakikada bir gelip, 40-60 saniye sürer. Ortalama 50-70 mm/Hg'dir (intrauterin pressure catheter ile) (11,13).

2.3.1.3. Geçiş Fazı

Dilatasyon 8-10 cm'dir. Fetüs hızla aşağıya iner. Ortalama iniş oranı nulliparlarda saatte 1 cm, multiparlarda saatte 2 cm'dir. Bu dönemin nulliparlarda 3 saatten, multiparlarda ise 1 saatten uzun sürmemesi beklenir.

Kontraksiyonlar: 1,5-2 dakikada bir gelip, 60-90 saniye sürer. Ortalama 70-80 mm/Hg'dir (intrauterin pressure catheter ile).

Geçiş fazında kadın tüm enerjisini eylemle baş etmeye harcar, endişeli ve huzursuzdur. Ayrıca kadında görülebilecek diğer bulgular; hiperventilasyon, yorgunluk, konuşulanları anlamada güçlük, kontraksiyon sırasında öfke yaşama, genel rahatsızlık, bel ağrısı, titreme, bacaklarda kramp, partner/eşin varlığı ve desteğine ihtiyacın artması, endişe ve korkularının artması, daha fazla katlanamadığının ifadesi, ilaç talep etmesi, bulantı, kusma, hıçkırık, terleme, ayak parmaklarını kıvırma, kontrolünü kaybetme, ağlama, bağırma'dır (11).

2.3.2. İkinci Evre (itilme)

Serviksin tam olarak dilate olaması (10 cm) ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Primiparlarda bu evre 30 dakika ile bir saat kadar sürer. Multiparlarda ise sadece birkaç kontraksiyon süresince ve en çok 30 dakika devam eder. Dilatasyon 10 cm olduğunda rektumda hissedilen basınç artar, ıkınma kontrolsüz gerçekleşir. Vajinal kanama gerçekleşebilir. Membranlar açılmadıysa açılır. Kontraksiyonlar ile başın iç rotasyonunu tamamlatıcı kuvvetlerinin artması sonucunda, baş feleksiyon habitusundan defleksiyona geçer ve perine üzerinden sıyrılarak vulvada görülmeye başlar.

Her ıkınma sırasında perinenin çok gerildiği, gerilme dolayısıyla anemik bir durum meydana geldiği görülür ise bu perinenin yırtılacağı anlamına geldiği için perine bölgesine bir kesi yapılabilir. Buna epizyotomi denir.

Fetal baş son bir ağrı ve ıkınma ile perineden sıyrılarak doğar. Fetüs dış rotasyonunu yapar, üst ve alt omuz doğar. Gövdenin çıkışı bir özellik göstermez (12).

2.3.3. Üçüncü Evre (halas)

Bebeğin doğumundan başlayıp, plasentanın ayrılıp atılmasıyla son bulur. Plasentanın ayrılıp atılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir. Bebeğin doğumundan sonra uterus kasılır, uterusun kasılmasıyla plasenta kendini küçülen endometriuma uyduramaz. Kasılmanın oluşturduğu basınçla desidua bazalis, desidua spongiozadan ayrılır (10,11).

2.3.4. Dördüncü Evre (erken postpartum)

Plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saati içerir. Bu dönemde kadının fiziksel ve ruhsal durumu stabilleşir. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedilebilir (10,11). Kadın vital fonksiyonlar, fundus ve kanama kontrolü yönünden değerlendirilir (12).

2.4. Doğum Eyleminde Ağrı Kontrolü

Doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir. Ağrının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik ve destekleyici metodlar hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır ve doğum eyleminde güvenle kullanılabilir (14).

2.4.1. Doğum Ağrısının Özellikleri

Hem evrensel bir fenomen, hem de bireysel bir deneyim olan doğum ağrısı, diğer ciddi ve önemli ağrılara göre farklılık gösterir. Ağrı normal bir sürecin parçasıdır. Diğer ağrı çeşitleri yaralanma yada hastalıkları işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir. Gebenin ağrı kontrolünü başarabilecek/sağlayabilecek beceriler geliştirip, doğuma hazırlanabilmesi için zamanı vardır. Doğum ağrıları devamlı değil aralıklıdır. Başlangıçtaki ağrılar daha az rahatsız eder fakat eylem ilerledikçe ağrılar daha sık aralarla gelir ve kadın ağrılarla baş etmekte zorluk çeker. Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır (15).

Eylemin birinci evresinde latent fazda, genellikle hafif dereceli olan ağrı, korku ve anksiyetenin varlığında orta veya şiddetli ağrıya dönüşebilir. Aktif fazda orta veya şiddetli düzeyde ağrı görülebilir. Eylemin birinci evresinde ağrı; serviksin dilatasyonuna, kontraksiyon sırasında uterusta oluşan hipoksiye, uterusun alt segmentinin gerilmesine, komşu dokulara olan baskıya bağlı olarak gelişir (10,16).

İkinci evrede erken dönemden geç döneme doğru, ciddi uterin ağrıdan, orta veya ciddi perineal ağrıya dönen bir ağrı görülebilir. Eylemin ikinci evresinde ağrı; uterus kaslarının hipoksisi, fetusun perineye olan baskısı, çevre dokulara olan baskıya bağlıdır (10,16).

Üçüncü evrede minimal düzeyde bir uterin ağrı olup, dördüncü evrede çok az mevcuttur ya da yoktur. Eylemin üçüncü evresinde ağrı; uterus kontraksiyonları ve plasentanın atılması sırasında oluşan servikal dilatasyona bağlı olarak gelişir (10,16).

Doğum eylemi ilerlerken fiziksel belirtilerin yanında duyusal işaretlerinde farkında olunmalıdır. Kontraksiyonların uzun aralarla geldiği dönemlerde kadında heyecan, sevinç, gurur ve bir parçada sinirlilik hali gözlenir. Aktif evreye girdiğinde kadında ciddiyet hakimdir. Heyecan içinde olma kadının konsantrasyonunu arttırır. Kadın daha fazla gevşemeye ve nefes alıp vermeye ihtiyaç duyar. Kadın bu dönemde ağrıyla baş etmeye, yeni yöntemler denemeye oldukça açıktır. Fiziksel duyarlılık gittikçe kuvvetlenmiştir. Geçiş fazında ise kadın artık kuşku içindedir. Niye hala doğuramadığını sorgular. Öleceğini düşünür. Çok sinirli ve gergin olur. Tam olarak ne yapmak istediğini bilemez, içinde bulunduğu ruh halini açıklayamaz. Sağlık ekibi tüm yaşanan duygusal değişimlerin farkında olup bunlara saygı duymalı, kadına eşlik etmelidir (1).

2.4.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum eyleminin başlaması ve ilerlemesi; doğum kanalına ait faktörler, kadının psikososyal durumu, fetus ve eylemin gerçekleşmesini sağlayan birincil güçlerin etkisi altındadır. Tüm bu faktörler bir araya geldiğinde ağrının da eylem süresince fizyolojik olarak kaynağı ve şiddeti bakımından değişiklik göstermesi söz konusudur. Bunun yanı sıra psikolojik ve emosyonel faktörlerin de doğum ağrısında fizyolojik faktörler kadar etkili olduğu düşünülmektedir (17).

2.4.2.1. Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısı ile ilgili yaşanılan rahatsızlıkların iki kökeni vardır. Doğumun birinci evresinde visseral ağrı baskındır. İniş fazında ağrı, pelvik ve perineal bölgede hakimdir daha çok somatik ağrı özelliği baskındır. Ağrı vajinal kanalı çevreleyen pelvik yapıların çekilmesi, pelvis tabanı ve perinedeki gerginlikten kaynaklanır (10).

Serviksin efasmanı ve dilatasyonu; alt uterin segment uterin gangliyonlarını uyararak, doğum ağrısının daha da şiddetli yaşanmasına neden olur (10).

Kontraksiyonların etkisi ile uterusa giden kan damarlarındaki sıkışmaya bağlı olarak uterusa gelen kan akımı önemli ölçüde azalır. Uterin kasların yeterli kanlanamaması bu bölgede gelişen hipoksiye bağlı olarak ağrının yaşanmasına neden olur. Kontraksiyonlar arasında yeteri kadar gevşeme olmazsa ağrı daha fazla hissedilebilir. Uterusta oluşan iskemik ağrı, iskemik kalp ağrısına benzetilmektedir (10).

Kontraksiyonların şiddet, süre ve sıklığındaki artışa bağlı olarak ağrı düzeyinde de artış görülmektedir (15,18).

Başın inişi ile bazı dokuların laserasyonu ve perinenin gerilmesi ağrıya yol açar. Özellikle doğumun 2. evresinde fetus ilerledikçe perineal bölgedeki gerilme, genişleme ve bazen yırtılmaların etkisiyle somatik tarzda ağrı oluşur. Kişisel farklılıklar nedeniyle pelvik taban kaslarının değişen esnekliği ağrının farklı düzeylerde hissedilmesine neden olabilir (15,18).

Doğum kanalı ve fetüs arasındaki uyum derecesi doğum ağrısının şiddetinde etkili olabilmektedir. Fetus normal doğum eylemi için uygun olmayan bir pozisyonda olması nedeniyle hissedilen ağrı artabilir. Örneğin oksiput posterior pozisyonda eylem uzar ve oksipital kemiğin sakral sinirlere yaptığı basınç nedeniyle ciddi sırt ağrısı ortaya çıkmaktadır (10,15).

Gebenin fiziksel durumu, yaşı, doğum sayısı, yaşanmış deneyimler, sistemik bir hastalığın olup olmama durumu ve beslenmesi ağrıya karşı duyarlılığı etkileyen kadına ait fiziksel bulgulardır (10,15,18).

Uterus kaslarının stimule edilmesi için kullanılan uterotonik ajanların serviksin henüz yumuşamadığı, dilatasyonun yetersiz olduğu durumlarda ve baş fikse olmadan uygulanması daha fazla ağrının hissedilmesine neden olabilmektedir (15,18).

Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimlerden; intravenöz uygulama, fetal monitör, vajinal muayene, amniyotomi, lavman gibi uygulamalar doğum ağrısının yaşatacağı sıkıntıları daha da attırabilir (15).

Multiparların genelde doğum eyleminin latent ve aktif fazında nulliparlara oranla daha az ağrı yaşadıkları belirtilmesine rağmen, ikinci evresinde çoğunlukla tüm kadınlar için çok ağrı verici olduğu görülmüştür (10,15,18).

2.4.2.2. Psikolojik Faktörler

Bazı psikolojik değişkenlerin kadının doğum ağrısını algılayışı üzerinde etkileri olduğu bilinmektedir. Psikolojik faktörler; kültür, anksiyete ve korku, daha önce yaşanmış deneyimler, doğuma hazırlık ve destek sistemlerini içermektedir.

Kadının sosyokültürel temelleri onun doğum ağrısını algılamasını, yorumlamasını ve ağrıya tepkisini etkiler. Bazı kültürlerde ağrının ifade edilmesi desteklenirken, bazı kültürlerde kendine hakim olma önemlidir. Buna rağmen kadınlar kendi kültürel grupları içinde ayrı bir kişidir. Ağrının algılanması bireyseldir ve kişiden kişiye değişir (15).

Kadının ağlamaması onun ağrısının olmadığı anlamına gelmeyeceği gibi, ağlayıp inlemesi de şiddetli bir ağrı olduğunu düşündürmemelidir. Her iki durumda da ağrı farklı kültürel davranışlarla ifade edilmektedir. Bu nedenle gebe kadınlar, ağrı sırasında buldukları rahatlama yollarını açıklamaları konusunda cesaretlendirilmeli ve ifadeler arasındaki farklılıklara saygı duyulmalıdır (10, 15, 19).

Aşırı anksiyete, kortikal düzeyde nosiseptif uyaran (Santral sinir sistemi kaynaklı olmayan uyaran, sadece doku hasarı sonucu oluşan nosiseptif ağrı. Sinir sistemi dışında tüm doku ve organlara yayılmış bulunan özelleşmiş ağrı reseptörleri tarafından algılanıp, santral sinir sistemine iletildikten sonra ağrı olarak hissedilen ağrı tipidir) algılamasının artmasına yol açan emosyonel bir durumdur. Anksiyete, kas

spazmı, vazokonstrüksiyon, vissereal rahatsızlıklara yol açar ve ağrıyı arttıran maddelerin salınmasını arttırır. Laboratuvar ve klinik çalışmalar, anksiyete düzeyinin artması ile ağrı algılanmasının arttığını ve buna bağlı olarak analjezik kullanımının da arttığını göstermektedir. Anksiyetenin kontrol altına alınması ağrıyı hafifletmektedir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar, kadının doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir (20).

Duygusal stresin özellikle depresyon, kaygı ve anksiyetenin gebelik ve doğum komplikasyonlarını arttırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (21).

Anksiyete ve korku kas tonüsünü artırır, beyine ve iskelet kaslarına giden kan akışını engeller. Pelvik kaslardaki gerilim, uterus kaslarının itici gücüne ve kadının doğum eyleminin ikinci evresinde yapmış olduğu itici etkiye karşı koyar. Pelvis kaslarındaki bu gerilimin uzaması genel bir yorgunluğa, ağrının daha fazla hissedilmesine ve ağrı ile baş edebilme becerilerinde de azalmaya neden olur (22).

Ağrıyla ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkilemektedir. Özellikle ağrılı deneyimlerin, aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir (15,22).

Doğuma hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrılarıyla başa çıkma becerilerini de öğrenirler. Yapılan bazı çalışmalarda elde edilen verilere göre doğum öncesi dönemde formal ebeveyn eğitim sınıflarına katılan kadınlar, katılmayanlara oranla doğum eylemi sırasında daha az ağrı yaşamaktadırlar (15,19).

Ağrının algılanması kadının kendi algılaması ile ilgili olduğu gibi, kültürel beklentilere de bağlıdır. Kadın doğum eylemini korku dolu bir olay olarak algılayabilir ya da mutluluk dolu bir olay olarak düşünebilir. Doğum eylemine karşı reaksiyonların bireysel olduğu ve değişebileceği düşünülürse ağrıya duyarlılıkta da farklılıklar ortaya çıkacaktır (10,19,23).

2.4.3. Doğum Ağrısını Gidermede Kullanılan Yöntemler

Doğum ağrısını kontrol altına almada iki farklı yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemler; farmakolojik ve nonfarmakolojik metodlardır.

2.4.3.1. Farmakolojik Yöntemler:

1) Sistemik etkili yöntemler;

a. İnhalasyon analjezisi; volatil anestezikler ve N2O 1.evre sonunda ve 2. evrede kullanılmışlardır. Rejional anestezinin uygulanamadığı yerlerde veya derin uterin gevşeme gerektiren durumlarda kullanılabilir. Bir zamanlar popüler olan bu tekniğin yerini günümüzde rejyonal teknikler almıştır (24,25).

b. Sedatif trankilizanlar: benzediazepin türevi ilaçlardan en çok tercih edilen midazolam, kısa etki süresi ve uygun sedasyon imkanı nedeniyle kliniklerce en çok tercih edilen farmakolojik ajanlardandır.

c. Paranteral opioidler; obstetride meperidin, fentanil, sufentanil, remifentanil, butorfenol, nalbufin ve pentazosin kullanılabilir. Ancak kullanılan hiçbir opioid solunum depresyonu, refleks kaybı ve postural hipotansiyon oluşturmadan doğumda efektif aneljezi sağlamaz. Ağrıyı tamamıyla kaldırmaktan çok azaltmak için verilir. Bütün sistemik analjezikler plasentayı geçer ve fetal kalp hızını geçici olarak azaltabilirler. Meperidine ve normeperidinin her ikisi de, neonatal solunum depresyonuna ve norölojik davranışlarda depresyona neden olur (24,25).

2) Lokal anestezi teknikleri (Rejional anestezi)

a. Periferik bloklar; Pudental sinir bloğu S2-S4 sakral sinirlerin blokajı ile perineal adalelerin, external anal sfinkterin motor blokajı sağlanır. Pudental sinir bloğu ile spontan vaginal doğum için yeterli analjezi sağlarken postpartum muayene için, forseps doğum için, üst vajinal duvar tamiri için, ve uterus kavitenin elle explorasyonu için yeterli analjezi sağlamaz. Amerika'da transvajinal yaklaşım transperineal yaklaşıma göre daha çok tercih edilir(24,25)..

b. Santral bloklar; epidural analjezi, spinal anestezi, kombine spinal epidural blok, kaudal anestezi, lumbar sempatik bloklardır.

Epidural analjezi, intrapartum ağrı gidermede en popüler ve etkin metoddur. Etkin epidural analjezi, maternal katekolamin plazma konsantrasyonunu azaltır. Azalmış alfa ve beta adrenerjik stimülasyon sonucu uteroplasental perfüzyon iyileşir böylece uterusun aktivitesi çok etkinleşir. Ağrılı uterus kontraksiyonları maternal hiperventilasyon bunun sonucunda respiratuar alkaloza neden olur (24,25).

Spinal anestezi, vajinal doğumu gerçekleştirmek için hemen doğumdan önce spinal anestezi (aynı zamanda saddle blok olarak da bilinen) yapılabilir. İşlemden önce 500-1000 ml. sıvı bolus verilir ve oturur pozisyonda spinal anestezi yapılır (24,25).

Kombine spinal epidural blok, bu yöntemde kullanılan özel bir epidural iğnenin içinden spinal iğne geçirilerek ilk önce spinal blok yapılır. Sonra epidural iğne yerinde tutularak epidural kateter yerleştirilir. Bu yöntemde spinal anestezi ile istenilen analjezi düzeyi erken dönemde ve yeterli sağlanırken, idamede epidural kateterden devamlı veya intermittant yöntemlerden biri ile devam edilebilir (24,25).

Farklı nedenlere bağlı olarak bu teknikler uygulanamazsa alternatif olarak, kaudal anestezi, lumbar sempatik blok, intratekal narkotik uygulaması gibi rejyonal anestezik teknikler kullanılabilir (24,25).

2.4.3.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum olmak üzere dört ayrı grup altında toplanabilir (15).

Gevşeme

Gevşeme tekniği anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılmaktadır. Gevşeme nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin temelini oluşturmaktadır ve tüm yöntemlerin kullanımı için de gereklidir. Gevşeme teknikleri doğum öncesinde öğrenilmiş ise doğum anında uygulaması daha kolay olacaktır (15,23). Başlıca gevşemeyi içeren ağrıyla baş etme yöntemleri; biofeedback, maternal hareket ve pozisyonlar, hipnoz, yoga, sofroloji, haptonomi, müzik, akupressur, akupunktur'dur.

Biofeedback; kadınların nomalde farkında olmadığı fiziksel bir değişikliğin; elektronik izleme araçlarının yardımı ile fizyolojik tepkileri üzerinde kontrol kazanmak için geri bildirim aldığı bir tedavi tekniğidir. Kadınlar izlenen işlev arttıkça veya azaldıkça değişen bir ses ya da görsel bir metre ile sonuçlarını kaydeden bir alet yardımıyla devamlı bir geri bildirim alırlar. Birçok biofeedback destekli gevşeme teknikleri bulunmaktadır. Bu tekniğin kullanımında bilgi alabileceği bir kişinin desteği, kadınların ağrıyla baş edebilmesini kolaylaştırıp tekniğin başarısını arttırmaktadır. Yöntem, bireyin bedensel farkındalığını artırmakta ve ruhsal olarak gerginlikten

kurtulup rahatlanmasını sağlamaktadır. Karın kaslarının gerilmesinin monitörize edildiği, kadınların her kontraksiyonda karın kaslarını rahatlatmasının değerlendirildiği prospektif randomize bir çalışmada biofeedback uygulanan grupta anlamlı derecede düşük ağrı ve daha az ilaç kullanımı olduğu bulunmuştur (26,27,28,29).

Maternal hareket ve pozisyon; kadınlar kendilerini rahatlatmak için doğum eylemi boyunca yürür, hareket eder ve pozisyon değiştirir. Hareket ve pozisyonlar pelvisin boyutları değiştirerek ağrının daha az hissedilmesinde yardımcı olur (28,30). Doğumun konfor ve memnuniyetini arttıran pozisyonların yanı sıra görülebilecek hipotansiyon ya da fetal kalp hızında yavaşlama gibi durumlarda sol yan yatış pozisyonu önerilir. Bu pozisyon vena kava inferior üzerindeki baskının kalkması ve uteroplasental dolaşımın daha rahat sağlanması bakımından önemlidir. Eylemin birinci aşamasında ağrının algılanışı ve doğumun ilerleyişi bakımında yatay pozisyon ile dik pozisyonu karşılaştırılan çoğu çalışmada; dik pozisyonun daha kısa ve daha az ağrılı eylem ile ilişkili görülmektedir (28).

Doğum topu; kadına rahatlama ve hareket kolaylığı sağladığı için annelik bakımı içinde kabul edilmiş büyük bir egzersiz topudur. Doğum topu, doğum eyleminde kullanılacak pozisyonların sayısını arttırır (sallanma, zıplama gibi) ve kontraksiyonlar sırasında kadının dinlenmesini sağlar (28).

Hipnoz; derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. Normal doğumda ağrı ve endişeyi azaltmak ve ortadan kaldırmak için hipnoz uygulanması, Amerikan Tıp Birliği tarafından kabul edilmiş tıbbi bir yöntemdir. Kimyasal analjezi ihtiyacını azaltır. Ağrı eşiğini yükseltir. Hipnoz, bu nedenle eylemde yardımcı bir destek olarak kabul edilebilir. Hipnoterapist tarafından doğum öncesi eğitim gerektirir. Kadın kendi kendine hipnozu eylemden önce öğrenebilir. Bazen de hipnotik duruma geçmek için partnerinin yardımını alır. Eylemin birinci evresini oldukça kısalttığı, ağrı ve anksiyetede belirgin düzeyde düşüşe neden olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (27,28,29,31).

Yoga, hint kökenli bir yöntem olup, zihin, beden ve ruhsal kontrolünü önerir. Yoga türleri arasında yer alan enerji yoga uygulaması gebelik ve doğumda kullanılabilir. Nefese odaklanılarak bilinçli rahatlama, içsel dinginlik ve huzura ulaşılır. Uzman görüşüne göre; yoga, doğum süresini kısaltır, ağrıyı azaltır ve analjezik ihtiyacını azaltır. Ancak, bu iddiaların bilimsel onayı yoktur (27).

Sofroloji; zihin kontrol bilimi olan sofroloji aslında bir öğretim yolu olup; kişiye gevşeme, nefes, konsantrasyon, imajinasyon ve kendi kendine telkin yöntemlerini öğretmektedir. Hipnoz, derin gevşeme teknikleri, telkin ve meditasyon yöntemlerini kapsayan bir alan olup, şuur hallerinin dengelenmesini böylece kişinin kendini eğitmesi ve iyileştirmesini sağlayan bir yöntemdir. Doğuma hazırlık sınıflarında kullanılan bu yöntemlerle yüksek düzeyde memnuniyet sağlanmış olsa da doğum ağrısı ile başetmede kullanımına ilişkin bilimsel bir çalışma yoktur (27,29).

Haptonomi; dokunma ve hissetmenin bilimi olarak bilinen haptonomi, insanlar arasındaki duygusal ilişki ve etkileşimi konu edinir. Amacı, iyileştirmek, başkasının varlığını onaylamak, temel özgüveni yaratmak için sözlerle ve hareketlerle dokunmak olarak tanımlanır. Uygulayıcılar ebeveynler ve fetus arasında dokunmayla kurulacak olan bağın, doğum eyleminin daha hızlı ve kolay olmasını sağlayacağı görüşünü savunmaktadırlar. Uzmanlar duygulanma durumu ile ilişkili olması bakımından gerçek bir değerlendirme yapmanın mümkün olmadığı görüşündedirler ve henüz bilimsel çalışmalarla desteklenmemiştir (27).

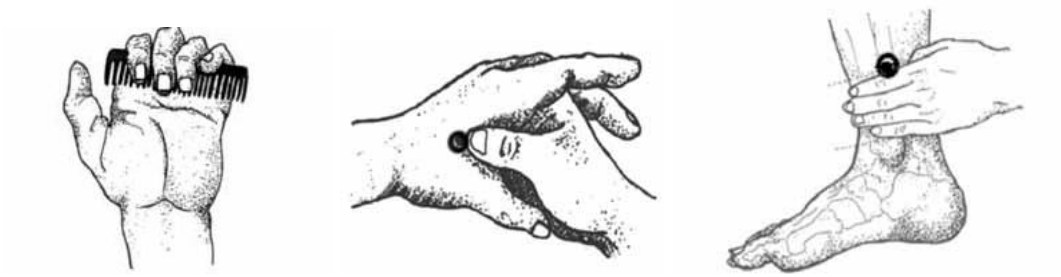
Müzik ve audioanalgesia; audioanalgesia; müzik, beyaz gürültü, veya çevresel sesler gibi ağrı algısını azaltmak için işitsel stimülasyon kullanımıdır. Audioanalgesia'nin bilinen hiçbir yan etkisi olmaması nedeniyle doğumda popüler bir şeçenek gibi gözükmektedir. Doğumdan önce kadın, üzerinde olumlu bir etkiye sahip çevresel ses yada müzik seçer. Bu müziği gevşeme ve kendi kendine hipnoz için prova ederken de kullanır. Kadın müzikle doğumunu kişiselleştirebilir. İlgisini müziğe, gevşemeye yönlendirerek ağrıyla baş edebilmesini kolaylaştırır. Eylemde analjezik gereksinimini ve ağrı şiddetini önemli ölçüde azalttığına dair veriler vardır (32,33,34). Fakat literatürde bulunan pek çok çalışma örneği; müziğin ağrı toleransını yükselttiği, annelerin ritmik nefes almalarını ve hareketlerini desteklediği, cesaret ve moralini yüksek tuttuğunu gösterse de, bu çalışmaların pek çoğu örneklem grubu küçük ve nonrandomize çalışmalardan oluşmaktadır (28,35).

Akupunktur; vücudun belli noktalarına (akupunktur noktaları) iğneler yerleştirmeyi içerir. Doğum ağrısı için, iğnelerin yerleştirme derecesi, ağrının konumu, maternal yorgunluk, gerginlik, anksiyete düzeyine bağlıdır. Tek kullanımlık iğneler kullanılarak eğitilmiş hekimler tarafından uygulanan akupunkturun bilinen hiçbir riski yoktur. Kadınlar müdahale sırasında çok memnun görünmektedir**.** Amerikan Ulusal

Sağlık Enstitüsünce kas iskelet sistemindeki ağrıyı azaltmada fonksiyonel etkileri olduğu kabul edilmiştir. Bunun yanında hala tekniğin nasıl kullanıldığı tam açık değildir. Bu yöntem Çin'de ve Uzak Doğu'da yıllardır doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Doğumda akupunkturun etkinliği üzerine yapılan üç randomize çalışmayı değerlendiren Lee ve Ernest'e göre; akupunktur uygulanan deney gruplarında kontrol gruplarına kıyasla farmakolojik analjezi ihtiyacı oldukça düşüktür (28,36,37).

Acupressure (Shıatsu); genel olarak vücutta belirli noktalara basınç uygulamak suretiyle o bölgede toplanan enerji yoğunluğunun dağıtılması ve ilgili noktalarla bağlantılı organlarında bu şekilde rahatlaması esasına dayanır. İğnesiz akapunktur olarak da bilinen bu metod için özel ahşap bir alet, eller, parmaklar (özellikle baş parmaklar) veya tarak, buz kesesi, tenis topu gibi farklı nesneler yardımıyla uygulanabilir. Literatürde doğumda acupressure kullanımının uterus kontraksiyonlarını arttırdığı, doğum ağrısının kontrolünde yararlı olduğu, doğum süresini kısalttığı ve doğum sonrası emzirmeye destek olduğu belirtilmektedir.

Doğum ağrısının kontrolünde etkili olan farklı acupressure noktaları bulunmaktadır. Bu noktalardan biri Hand points olarak bilinen, el parmaklarının avuç içiyle birleştiği hattır. Bu noktanın avuç içine alınan tarak gibi bir cisim ile sıkıca uyarılmasının endorfin salınımını arttırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. El üzerinde bulunan diğer bir acupressure noktası ise Hoko veya L1-4 olarak isimlendirilen elin baş parmak ile işaret parmağı arasındaki bölgedir. Bu bölge parmaklarla veya küçük buz keseleriyle her kontraksiyon başlangıcından kontraksiyon bitene kadar uyarılır ve uygulama sırasıyla her iki el için 20 dk sürdürülür. SP6 noktası ise ayak bileğinin yaklaşık dört parmak üzerindeki noktadır. Kontraksiyonla beraber SP6 noktasına baş parmaklarla 10 sn süreyle birkaç kez uygulanan basıncın doğumu uyardığı ve ağrı kontrolüne yardımcı olduğu bildirilmektedir. Bu noktalar şekil 1 de gösterimiştir (Şekil 2.1). Yapılan randomize bir çalışmada SP6 noktasına acupressure uygulanan deney grubundaki VAS puanlarının, SP6 noktasına sadece dokunularak müdahale edilen kontrol grubuna kıyasla anlamlı derecede düşük bulmuştur. Ayrıca çalışmada deney grubundaki ortalama doğum süresinin kontrol grubuna göre daha kısa olduğu bildirilmiştir (27,35,38).



Şekil 2-1: Doğum ağrısının kontrolünde etkili olan acupressure noktaları (33)

Mental uyarılma

Hayal Kurma; dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar. Doğum eylemi sırasında hayal kurma gevşemenin oluşmasında etkili olmaktadır. Ağrı sırasında zihin doğrudan bazı pozitif hayallere, görüntülere yönlendirilebilir. Kontraksiyonlar sırasında kadına doğum ekibi tarafından hayal kurmasına yardımcı olacak kelime ve sözcükler söylenebilir. Eğer kadın gevşemeye odaklanmış ve hayal kurabilmiş ise her bir kontraksiyonda kendi düşüncelerine yoğunlaşabilir ve bunu uzun süre devam ettirebilir (1,29,39).

Odaklanma; ağrıda dikkati başka yöne çekme dikkatin ağrı dışında bir uyaranda odaklanılmasıdır. Bu uyaran basınç ya da sıcaklık gibi ağrıdan daha az rahatsız edici bir duyu olabilir. Kişi kendisini ağrı duyusundan korur iken diğer duyusal girdileri artırır. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur (29,39).

Dikkat Dağıtma; gebelerin yanlarında getirdikleri ya da travay odasında odaklandıkları bir nesne olabileceği gibi destek veren kişinin gözlerine odaklanmak şeklinde de olabilir (29,39).

Tensel Uyarılma

Terapötik dokunuş; başka bir insana dokunarak ilgi, güven, aşk gibi olumlu mesajlar iletilebildiği gibi doğru noktalara dokunularak terapötik etki oluşturulmasıdır. Kontraksiyonlar sırasında oluşan ağrılar kadının sırt, karın, kalça, uyluk, sakrum veya perinesine elle basınç uygulaması ile tedavi edilebilir. Ağrısı olan kadına hemşirenin sağlayacağı psikolojik destekle birlikte terapötik dokunmanın durumlukluk anksiyetesini ve dolayısıyla ağrı algısını azalttığı çalışmalarla bildirilmiştir. Anksiyete terapötik dokunuş alan hastalarda azalmış olduğu bildirilmiştir (15,27,28). Retrospektif

bir çalışmada, doğum sırasında dokunduğu zaman kadınların % 77 oranında daha az ağrı deneyimlediği ve % 40 daha az ağrı kesici ihtiyacı bildirdi (40).

Masaj; kişiye şifa vermek yada mevcut sağlığını korumak amacıyla vücut dokularına yumuşak olarak yapılan amaçlı ve sistematik manüplasyondur (uyarı ve hareketler bütünüdür). Doğum sırasında rahatlamayı sağlamada ve ağrıyı azaltmada kullanılır (28). Bel masajı; sakrum ve koksiks bölgesine uterus kontraksiyonlarıyla beraber masaj ve basınç uygulanır. Masajda pudra veya aromatik yağların kullanılması ve mümkünse uygulamayı gebenin partnerinin gerçekleştirmesi daha da etkilidir. Efloraj; destekleyici kişi ya da kadının kendisi tarafından, karnına veya bacaklarına ritmik şekilde daireler ve çizgiler çizmesiyle yapılan bir masaj şeklidir. Gebelerde bel, kol ve bacaklara yukarı ve aşağı doğru hafif efloraj ovmalarının rahatlama sağladığı bildirilmektedir (35). Yapılan bir çalışmada doğumda masaj ve efloraj uygulanan kadınların %38'inin uygulamayı çok etkili, %57'sinin biraz etkili %5'inin ise etkisiz bulduğunu bildirmiştir (41). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda doğum sırasında yapılan masajın ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, genel iyilik hali ile doğum sürecinin ilerlemesini artırdığı ve kadınların ağrıya daha az reaksiyon verildiği belirlenmiştir (31).

TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation); belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır (27). Etki mekanizması kapı kontrol ve endorfin teorisi ile açıklanan TENS uygulamasında, bir çift elektrot öncelikle kadının T10-L1 seviyesine, diğer çift elektrot ise S2–S4 seviyesine yerleştirilir (şekil 2.2). TENS vızıltı ya da iğne batması gibi bir duyguya neden olarak kontraksiyon ağrısının farkına varmayı engellediği düşünülmektedir. Elektrik stimulasyonunun yoğunluğu ve süresi ağrıyı kontrol etmesi için kadına verilen bir kontrol kumandasıyla değiştirilebilir (şekil 2.2). TENS'in bel ağrısı üzerine rahatlatma etkisi, doğum ağrısı üzerine olan etkisinden daha fazla olabileceği vurgulanmaktadır (28,35,42). Bundsen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada TENS in özellikle lokalize sırt ağrıları için yararlı olduğunu bildirmiştir. Ancak, yapılan bir metaanalizde ağrıda ve ek analjezik kullanımında anlamlı bir fark bulunamamıştır (42,43).



Şekil 2-2: TENS' in kullanımı (28)

İntradermal Sıvı Enjeksiyonu; sakral bölgeye intradermal steril su enjeksiyonu doğumda bel ağrısını azaltmak için kullanılabilir. İntradermal olarak 0.05-0.1 ml steril suyun sakrum çevresinde dört ayrı noktaya enjeksiyonundan oluşmaktadır (şekil 2.3). Doğum ağrısını başka bir irritasyon yaratarak azalttığı düşünülmektedir (28,42,45).



Şekil 2-3: İntradermal su enjeksiyonunun yerleşimi (45)

Soğuk-Sıcak Uygulama; doğum eyleminde yaşanan rahatsızlığı hafifletmek için kullanılan sıcak ya da soğuk uygulama hemşirelik girişiminde önemli bir yere sahiptir. Sıcak uygulama doğum eyleminde daha çok bel ağrılarını (oksiput posterior da) hafifletmek için kullanılır. Ayrıca doğumun ikinci evresinde ise perine ağrısını azaltmak ve perineyi travmalara karşı korumak amacıyla kullanılır. Sıcak uygulama iskeminin ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir. Vazodilatasyona yol açarak ağrının hissedildiği bölgelerde kan akışını artırır. Sıcak uygulamada nemli kompresler, sıcak su şişesi, ısıtılmış pedler gibi değişik yöntemler kullanılmaktadır (15,23,35).

Soğuk uygulamanın ağrıyı azaltmasında iki mekanizma söz konusudur. Birincisi periferik sinir iletimini azaltması ya da bloke etmesi, ikincisi ise inflamatuar yanıtın

azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinir uçlarına baskısının azaltması yönündedir (15,23,29). Soğuk uygulamanın doğum ağrısı üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, kadınlara doğum eylemi sırasında, elin üzerinde bulunan Large Intestinal 4(LI4) (kalın barsak dört enerji meridyen noktası) noktasına uygulanan buz masajı uygulaması yapılmış ve sonuçta ağrı algılama puanlarında düşüş olduğu ve ağrı algısını azalttığı belirlenmiştir (46). Benzer bir çalışmada ise, kalın barsak dört noktasına yapılan buz uygulamasının doğum ağrı algısı puanlarını azaltmada etkisinin olmadığı, ancak kadınların yapılan uygulamanın ağrılarını azalttığını, hafiflettiğini ifade ettikleri saptanmıştır (39).

Hidroterapi; son yıllarda bir çok ülkede popülaritesinde oldukça yüksek artış görülen suda doğum, kadının fundus bölgesini suyun altında bırakacak şekilde ılık su içine girilmesi esasına dayanır. Doğum ağrısını azalttığı, kan basıncını düşürdüğü ve diürezi arttırdığı yönünde etkileri çalışmalarla desteklenmiştir. Suyun sıcaklığı kadının bazal vücut ısısını arttırmayacak şekilde, vücut ısısının biraz üzerinde olmalıdır. Çalışmalarda suda kalma süresi ve suya girme zamanı konusunda farklı öneriler mevcuttur (28,29,45). Sürekli fetal monitörizasyon gereken durumlar, ağır mekonyum gibi durumlar için uygun değildir. Sekiz randomize kontrollü çalışmada (1239 kadın) su immersiyonu kullanılan kadınlar, anlamlı derecede daha az ağrı bildirmiş ve doğumun birinci evresinde daha az analjezi gereksinimi bildirilmiştir. Ayrıca yenidoğan açısından apgar skorunda, yenidoğan ünitesine yatışta ve enfeksiyon görülme açısından anlamlı fark bulanamamıştır (47).

Aromaterapi; kişiyi zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak tedavi etmek ve dengelemek için bitkisel kaynaklardan elde edilen esansiyel yağların iyileştirici güçlerinden yararlanılması olarak tanımlanmaktadır (2,5). Esansiyel yağların vücudun kendi sedatif, uyarıcı ve rahatlatıcı nörotransmitterlerinin (parakrin ve endokrin) salgılanmasını artırdığı düşünülmektedir (6,7).

Homeopati; benzeri benzer ile tedavi etme prensibine dayanır (48). Homeopatik teoriye göre, ilaçlar kendi kendini iyileştirme mekanizmasını harekete geçirir. Homeopatide asıl amaç hastayı en ılımlı ve en düşük dozla tedavi etmektir. Doğal kaynaklardan (bitkiler, mineraller, hayvansal maddeler) elde edilen maddelerin işlenmesiyle elde edilir. Ancak bu maddelerin hiçbirisi karışım olarak kullanılmaz.

Sadece tek ana madde olarak işlenir yani inceltilir, seyreltilir. Homeopatik tedavinin doğum ağrına etkisini değerlendiren yeterli çalışma yoktur (27). Homeopatik tedavinin servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonuna olan etkisini inceleyen randomize kontrollü bir çalışmada homeopati ve kontrol grupları arasında fark bulunamamıştır (49).

Solunum / Nefes

Çoğu gebe eğitim sınıfları ve çoğu doğum kitabı ağrıyı azaltmak, kadının dikkatini ağrı anında değişik noktalara yönelten gevşeme ve ritmik nefes, solunumu içermektedir. Bu uygulamaların güvenliği; prova ayrılan zamanın miktarı, öğretim esaslılığı, bireylerin tercihleri ve adaptasyonu, uygulamaların tekrarlanması gibi bağımsız değişkenlerle değişebilir. Gevşeme ve nefes randomize çalışmalarda, doğum ağrısı yönetimindeki mevcut verileri göstermektedir fakat bağımsız değişkenlerin etkisini ele alan bir çalışma yoktur (50).

Doğum ağrısıyla baş etmede Grantly Dick Read, Robert Bradley, Fernand Lamaze, Shelia Kitzinger, Frederick Leboyer, Michel Odent, Gayle Peterson, Pam England gibi kadın doğum uzmanı, psikoterapist ve ebe/hemşire tarafından geliştirilmiş birçok model bulunmaktadır. Bunlardan özellikle Dick Read ve Lamaze gibi çok daha ön plana çıkmış iki önemli teknik kullanılmaktadır (51). Dick Read metodu; doğumun anatomisi ve fizyolojisi, gebelik hijyeni, relaksasyon teknikleri, solunum, egzersiz hareketleri hakkında gebenin eğitilmesini hedefler. Lamaze ise; Pavlov' un şartlı cevap teorisine dayanmaktadır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimülasyon belirli merkezleri uyarır. Kontraksiyonlar sırasında ağrıya ve korkuya cevap öğrenilebilir. Şartlı cevap durdurulabilir ya da pozitif bir şeyle yer değiştirebilir şeklinde bir felsefeye sahiptir. Yöntemin etkinliği düşünüldüğünde doğumhanede çalışan ebe/hemşirenin solunum hakkında kadını bilgilendirip, uygulamasını sağlaması anksiyete, korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında oldukça etkili olacaktır. Bunun için en ideal zaman latent fazdır (15,29).

Nefes almaya odaklanma, doğum ağrısıyla başa çıkmada kullanılan önemli bir yöntemdir ve birçok kadın gebelik dönemlerinde nefes egzersizlerine çok fazla zaman ayırmadan da doğum eyleminde rahatlıkla nefes almayı kullanabilecek yetenektedir (1).

2.5. Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri

Doğum sırasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olması nedeniyle günümüzde non farmakolojik ya da bir diğer deyişle tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamalarına eğilim artmıştır. Tamamlayıcı/alternatif tıp (CAM; Complementary Altermatif Medicine) uygulamalarının tümünün etkileri klinik düzeyde kontrollü araştırmalarla kanıtlanmamış olsa da doğum eyleminde genel olarak kadının kendi kontrolünü sağlayabilmesi, aktif olarak eyleme katılabiliyor olması bu yöntemlerin kabul edilebilirliliğini kolaylaştırmaktadır (2). Çalışmalar gelişmiş ülkelerdeki erişkinlerin %36 ile %62' sinin sağlıkla ilgili sorunları önlemek veya tedavi etmek için alternatif tedavileri kullandığını göstermektedir (3,4).

2.5.1. Aromaterapi

Aromaterapi; kişiyi zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak tedavi etmek ve dengelemek için bitkisel kaynaklardan elde edilen esansiyel yağların iyileştirici güçlerinden yararlanılması olarak tanımlanmaktadır (2,5). Kök, yaprak, ağaç kabuğu, tohum ve çiçeklerden elde edilen bitki malzemelerinin damıtılmasıyla elde edilen kokulu, uçucu, organik bileşikler olan esansiyel yağların kullanımını içerir (3,52). Aromaterapi terim olarak ilk kez bir Fransız kimyager tarafından 1928 yılında Fransa'da kullanıldı. Ancak şifa için, bitki bazlı yağlar ve özlerinin kullanımı binlerce yıldır uygulanmaktadır (53). Aromaterapi için eylem mekanizması bilinmemektedir. Esansiyel yağların psikolojik ve fizyolojik etkilerini araştıran çalışmalar, kan basıncı ve kalp hızı gibi fizyolojik parametrelerin üzerinde hiçbir değişiklik olmadığını ancak psikolojik parametrelerden, iyi ruh hali, düşük anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (54). Esansiyel yağların vücudun kendi sedatif, uyarıcı ve rahatlatıcı nörotransmitterlerinin (parakrin ve endokrin) salgılanmasını artırdığı düşünülmektedir (6,7).

Aromaterapi topikal (masaj) , aromatik (inhalasyon, banyo) ve dahili (oral preparat, bitki çayı, sıvı şekilde oral) olarak 3 şekilde uygulanabilir (52,53). Doğum sırasında en yaygın uygulanan aromaterapi yöntemleri masaj, banyo ve inhalasyondur (7,9). Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada aromaterapi uygulanmasında kadınların tercihi en çok %37 ile taper (kıyafet üzerine tutturulan esansiyel yağ damlatılmış emici kağıt) oldu. Bunu %32 ile masaj, %20 ile doğum havuzu, %5 ile akupresür, %4 ile aromaterapi kompresi, %4 ile ayak banyosu takip etmekteydi (8).

Doğum eyleminde yaygın kullanılan iki yağ; lavanta ve sığla esansiyel yağlarıdır (9,31,55). Doğum eyleminde kullanılan diğer esansiyel yağlarsa; okaliptüs, yasemin (cinsel yorgunluk, uykusuzlukta kullanılır), roman papatyası (ağrıyı azaltmada yardımcı, grip ve soğuk algınlığında antiviral), adaçayı (kasılmaların etkinliğini arttırır, eylemi kısaltır), ıtır yağı (gerginlik ve stresi azaltır, mantar enfeksiyonlarında, deri problemlerinde kullanılır), fesleğen (ağrıyı azaltmada yardımcı), karabiber (sırt ağrılarını azaltır), ylang ylang (gevşemeyi sağlar, cinsel soğuklukta kullanılır), gül (anksiyeteyi azaltır), mandarin (sedatif etkilidir), palmarosa (antifungal, antiviral olarak kullanılır) 'dır (3,9,50,55).

Doğumda aromaterapinin etkilerini araştıran 513 kadının katıldığı randomize kontrollü bir çalışmada seçmesi için kadınlara 5 esansiyel yağ sunulmuştur. Kadınların çoğu (% 45) lavanta yağını (L. augustifolium) tercih etmiştir, onu takiben %26 ile mandarin (C. Reticulata), %18 ile roman papatyası (C. nobile), %11 ile adaçayı (S. sclarea) %10 ile sığla yağı (B. carteri) gelmektedir (8).

Yapılan bir araştırmada aromaterapi kullanımının en yaygın nedenlerine bakıldığında, kadınların çoğu (%38) aromaterapiyi ağrıyla baş edebilmek için kullandığını belirtmiştir. Çalışmadaki kadınların %30'u aramaterapiyi anksiyeteyi azaltmak için, %18'i korkuyu gidermek için, %14'ü doğumu hızlandırmak için kullandığını belirtmiştir (8).

8058 kadının katıldığı benzersiz bir çalışmada aromaterapinin doğum sırasında kaygı ve korkuyu azaltmaya yardımcı olduğunu göstermiştir. Çalışmada aromaterapinin ağrı kesici ihtiyacının azaltmış olduğu bulundu, kadınların yaklaşık %62' si doğum ağrısını hafifletmek için kullanılan yağları yararlı bulmuştur (9).

Aromaterapi, kadınlar ve bebekler için güvenli bir seçenektir. Yapılan çalışmalarda sadece cilt tahrişi ve bulantı gibi hafif yan etkiler bildirmiştir (9).

2.5.1.1. Lavanta Esansiyel Yağı

Tarihte; 15. yy.'da distile yönteminin gelişmesiyle birlikte, lavanta yağı oda içinde buharlaştırılarak heycanlı çocukları sakinleştirmede kullanılmaya başlanmıştır. 1989 yılında yüksek konsatrasyonda kullanıldığında narkotik etkisinin olduğu tanımlanmıştır. 1968'de epileptik nöbetlerde lavanta suyu kullanımı mevcuttu. Avrupada 30 yılı aşkın süredir lavanta yağı kullanılmaktadır. Fransada 1966'dan beri

ise fitoterapide lavanta çiçeği kullanılıyordu. Uzun yıllar geleneksel olarak kullanılan Lavandula angustifolia Miller'in kullanım alanları, güvenirliliği araştırılmış ve monografisi Avrupa ilaç ajansı tarafından 2009 yılında tamamlanmıştır (53).

Lavandula angustifolia Miller (tıbbi lavanta)'ın kimyasal ana bileşenleri; linalool, monoterpen alkoller ve linalil asetattır (53).

Lavandula angustifolia Miller'in yapılan araştırmalarla bulunan terapötik özellikleri: antiseptik, analjezik, antikonvülzan, antinosiseptif, antidepresan, anksiyolitik, antiromatizmal, antispazmotik, antienflamatuar, antimikrobiyal, dekonjestan, sikatrizan, kötü kokuları giderme (antiperspirant), safra atılımını arttırma, menstruasyonu uyarma, uyku düzenleme, periferik kan akımını arttırma, diüretik, hipotansif, sedatif, yara iyileştirici. Fakat bu araştırmaların çok azı randomize kontrollü çalışmadır ve çoğu yeterli örnekleme sahip değildir (53).

Klinik güvenliğine bakıldığında yapılan araştırmalarda lavanta yağı kullanımıyla ilişkili toksisite görülmemiştir. Nadir olarak kontakt dermatit görülebilir (53). Lavantanın farklı kullanım miktarları ve uygulama yolları mevcuttur.

Batı Avrupa Birliğine (WEU) göre; lavandula angustifolia mill ağız yoluyla yumuşak kapsüller halinde, Almanya'da 2009 yılında kullanım yetkisi almıştır. WEU, anksiyete nedeniyle huzursuzluk tedavisi için terapötik amaçlı, 18 yaş üstü yetişkinler için günde 1 kapsül (80 mg) olacak şekilde kullanılmasını uygun görmüştür. Bunun yanında banyo suyunda katkı maddesi olarak lavanta 1976 yılından beri Almanya'da, 1994 yılında beri de Avusturya'da kullanılmaktadır. Kronik yorgunluk ve kötü ruh hali için terapötik amaçlı 12 yaş üzeri kişilerde 35-38 °C suya, 15 ila 30 ml lavanta yağı 10-20 dakika boyunca uygulanır (53).

SCOPUS veri tabanındaki monografiye (2009) göre; huzursuzluk , ajitasyon ya da uykusuzluk gibi duygudurum bozukluklarında 150 ml su içinde 1-2 çay kaşığı lavanta çiçeği (yaklaşık 0,8-1,6 gr) yada günlük tentürü (Tentür, bitkilerin kök, gövde, çiçek, yaprak veya dallarının bitkisel alkol, sirke veya su ile karıştırılmasından elde edilen karışıma verilen genel isimdir.) 1 e 5 oranında hazırlanmış etanol ile günde 60 damla yada bir küp şeker üzerine 1-4 damla (yaklaşık 20-80 mg) lavanta yağı uygulanabilir (53).

Monografi komisyonunda yer alan Blumenthal'e (2000) göre; huzursuzluk, uykusuzluk ve Roehmheld sendromu (mide rahatsızlığı) ve meteorizmde angustifolia Mill'in dahili kullanımı mevcut olup 150 ml suya 1-2 tatlı kaşığı (yaklaşık 0,8-1,6 gr) esansiyel lavanta yağı yada bir küp şeker üzerine 1-4 damla (yaklaşık 20-80 mg) lavanta yağı uygulanabilir. Fonksiyonel dolaşım bozuklukları balneoterapi (20 litre banyo suyuna 20-100 gr kurutulmuş lavanta çiçekleri) ile tedavi edilir (53).

İngiliz Bitkisel Farmakopesi'ne göre; ilaç kullanımı dahili olarak 1-2 gr kurutulmuş çiçeklerle çay yapılarak günde 3 kez kullanılabilir. % 60 etanol içine 2-4 ml lavanta esansiyel yağı konularak tentür hazırlanır, günde üç kez uygulanır. Ya da 0,06-0,2 ml lavanta yağı günde 3 kez kullanılır (53).

Leclerc (1966) göre, lavanta yağı; astım, boğmaca, grip ve larenjit durumunda 100 e 5 oranında infüzyon oluşturularak günde 4 bardak kullanılır, reçete edilir (53).

2.6. Aromaterapinin Doğum Eyleminde Ebelik/Hemşirelik Uygulamalarındaki Yeri

Sağlıklı bir kadının normal doğumda ihtiyacı olan tek şey deneyimli, sabırlı ve doğum sürecine saygı duyan bir sağlık ekibidir. Doğumun doğal bir durum olduğu düşüncesi kadının doğuma olan bakışını değiştirecektir (1). Diğer sağlık görevlilerine göre ebeler ve hemşireler doğum yapan kadına daha fazla zaman ayırmaktadır. Hastanın ağrısını ilk duyan, ağrıyı hafifletme doğrultusunda duygusal ve bilişsel girişimleri kullanan ve etkilerini kaydeden kişi çoğu kez ebe ve hemşiredir (20). Doğum ağrısını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemler tarih boyunca kullanılmıştır. Doğum ağrısının kontrolü, doğum yapan kadınlara verilen bakımın temel amaçlarından biridir. Ağrının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik ve destekleyici metodlar ebelik/hemşirelik uygulamalarının bir parçasıdır ve ebe/hemşireler doğum eyleminde bu metotları güvenle kullanılabilir (42).

Doğum eyleminde gebenin desteklenmesinin doğum ağrısının daha az algılanmasında etkisi olduğu bilinmektedir. Doğum ebesi ve hemşiresi, doğum ağrısıyla baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri, bunların etkilerini, sınırlılıklarını bilmeli ve bu yöntemlerin etkin bir şekilde uygulanmasında gebeye yardımcı olmalıdır (23).

Günümüzde doğum ağrısının bilgisizlik, korku, endişe ve destek yokluğuyla daha da şiddetlendiği netlik kazanmıştır. Ülkemizdeki kadınların doğuma yeterince

hazırlanmadıkları ve doğumda ağrıya yönelik yeterli bakım ve desteği bulamadıkları gerçeği göz önüne alındığında, doğumun ülkemizdeki kadınlar için ne kadar zor bir sürece dönüştüğünü daha iyi anlayabiliriz. Doğum ağrısıyla birlikteliği sağlanan kadının yaşadığı doğum deneyimlerinden bir birey olarak anlam çıkarması, tat alması ve kendini gerçekleştirmesi kolaylaşacaktır (23).

Sağlık profesyonellerinin özellikle doğumhanede çalışan ebe ve hemşirelerin kendilerini bu alanda yetiştirmesi, doğum ağrısı ve non farmakolojik yöntemler hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, kurslara katılarak nonfarmakolojik yöntemleri doğumda uygulayabilir hale getirilmelidir.

Aromaterapi konusunda yayınlanan çok sayıda kitap vardır fakat bunların çok azı titiz araştırmalar sonucunda yazılmıştır. Aromaterapi uygulamak için gerekli asgari uygulama becerileri konusunda da görüş birliğine varılmış değildir (53).

Birleşik Krallık aromaterapistler için lisans ve standardizasyon programları geliştirmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise lisans programı olmayıp sadece bir kaç klinik ilgilenen hekimler için sertifika kursları düzenlemektedir. Birleşik Krallık'ta 2002 yılında IFPA (The International Federation of Professional Aromatherapists) Uluslararası Profesyonel Aromaterapistler Federasyonu, dünyanın en büyük profesyonel aromaterapi uygulayıcı kuruluşlarından biri olarak kurulmuştur ve şu anda 3000 üyeye sahiptir. Londra'da The Institute of Traditional Herbal Medicine and Aromatherapy (ITHMA) 1987 yılında kurulmuş ve aromaterapist olmak için on aylık diploma programı yürütmektedir. Türkiye'de ise şahıs ve kurumlar (üniversiteler, türkiye masaj enstitüsü) tarafından aromaterapi kursları verilmektedir. Aromaterapi lisans programları içinde yer almamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli ve Amacı:

Bu araştırma, doğum eyleminde aromaterapinin etkilerini belirlemek amacıyla yapılan randomize kontrollü bir çalışmadır. Kontrol gruplu deneysel bir tasarım düzeni kullanıldı.

Çalışmanın amacı; doğum eyleminde aromaterapiyi kullanarak kadının korkusunu, anksiyetesini ve algıladığı ağrı düzeyini düşürerek, daha memnun edici bir doğum eylemi geçirmesine yardımcı olmaktır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Süresi:

Araştırma T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 04.06.2013-25.10.2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine doğum için başvurup araştırma katılım kriterlerine uyan, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturdu.

Araştırmaya katılım kriterleri;

1) Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden kadınlar

2) 18-35 yaş, primipar kadınlar

3) 38-42. haftalar arasında tekiz gebelikler

4) Doğum eylemi spontan başlamış kadınlar

5) Normal seyreden gebeliği olanlar

6) Prezantasyonu oksiput anterior olan kadınlar

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

1) Yüksek riskli gebeliği olan kadınlar

2) Sezeryan endikasyonu bulunan kadınlar

3) Kronik hastalığı olan kadınlar

4) Lavandula angustifolia Mill.'e alerjisi bulunan kadınlar

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2012 yıllık gerçekleşen; normal doğum sayısı 1746, sezeryan doğum sayısı 1423, toplam doğum sayısı ise 3169 olmuştur. Doğumhane ünitesine başvuran ve çalışmaya kabul koşullarına uygun olan gönüllü kadınlar araştırmaya alındı. Çalışmaya katılan kadınlar, protokol numaralarının tek yada çift olmasına göre kontrol (tek) ve deney (çift) grubu olarak randomize edildi. 30 kontrol grubu, 30 deney grubu olmak üzere toplam 60 kadın araştırmanın örneklemini oluşturdu.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri:

Araştırmanın Hipotezleri;

- Doğum eyleminde aromaterapi uygulamaları kadının doğum ağrısını algılamasını azaltmaktadır.
- Aromaterapi, kadının doğum eylemiyle ilgili kaygı ve anksiyete düzeyini azaltır.
- Aramoterapi, kadının doğum eylemiyle ilgili memnuniyetini artırır.
- Doğum eyleminde aramoterapi uygulanan kadın ve bebeklerinin (apgar skor, yenidoğan yoğun bakıma gitme gibi) sağlık durumu daha iyidir.

3.5. Araştırmada Verilerin Toplanması

Bu araştırmada veriler araştırmacı tarafından bire bir görüşme yöntemiyle soru formu, yineleyen ölçümler ve likert tipi ölçek kullanılarak toplandı. Araştırmada verilerin toplanmasında, gebelere bilgi vermek ve onam almak için gönüllü bilgilendirme formu (deney ve kontrol grubu için ayrı ayrı) (Ek-1), yapılandırılmış bilgi formu (Ek-2), innatal dönem gözlem formu (Ek-3), doğum sonrası görüşme formu (Ek-4), Visuel Analog Skala (VAS) (Ek-5), Durumluluk kaygı ölçeği (STAI FORM TX – I) (Ek-6) kullanıldı.

3.5.1. Yapılandırılmış Bilgi Formu (Ek-2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu formda, kişilerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, medeni durumu, sigara ve alkol kullanımı) gebelikle ilgili bilgilerini (kullandığı ilaçlar, gebelik öncesi ve gebelikteki kilosu, kontrollere gelme durumu, hamile eğitim programlarına katılma durumu) ağrıyla baş etme yöntemleri, daha önce aromaterapi kullanma durumununun değerlendirildiği açık ve kapalı uçlu sorular yer aldı.

3.5.2. İnnatal Dönem Gözlem Formu (Ek-3)

Bu formda birinci evrenin uzunluğu, doğumun birinci evresini kısaltmak için yapılan müdahaleler, gebeliğin nasıl sonlandığı, doğumda yapılan müdahaleler, ikinci evrenin uzunluğu, ikinci evrede olabilen obstetrik problemler, doğum eyleminin ikinci evresini kısaltacak girişimler, üçüncü evrenin uzunluğu, perineal yırtık, servikal yırtık, postpartum hemoraji, pospartum kanamayı önlemek için yapılan girişimler, doğum eyleminde gebenin duygusal davranışları ayrıca yenidoğanın; cinsiyeti, baş çevresi, kilosu, boyu, birinci ve beşinci dakika apgar skorları, yenidoğan yoğun bakım ünitesine gitme durumu araştırmacı tarafından değerlendirilen soruları içermektedir.

3.5.3. Doğum Sonrası Görüşme Formu (Ek-4)

Kadınların doğumlarına ilişkin görüş ve düşüncelerini içerecek şekilde araştırmacı tarafından litarütürden faydalanarak hazırlanmış; verilen bakım, bilgilenme durumu, doğum kasılmalarına tahammül durumu, kendini güvende hissetme, çocuk sahibi olmanın nasıl bir duygu olduğu, memnuniyet hali gibi sorular yer almaktadır. Her soruda 100 mm'lik çizgi üzerinde 0 dan 10 a kadar sayılar yer alıp, iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu açıklanarak, durumunu ifade edecek olan rakamı işaretlemesi, göstermesi yada söylemesi istendi.

3.5.4. Visuel Analog Skala (VAS) (Ek-5)

Visuel Analog Skala (VAS), ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Araştırmamızda doğum ağrısının şiddetinin ölçülmesi için visual analog scale (VAS) kullanıldı. Katılımcılara doğumun latent (3-4 cm), aktif (5-7 cm) ve geçiş (8-10) fazında olmak üzere üç kere uygulandı. Tanılama hastanın sözel ifadesini içeren subjektif veriler doğrultusunda yapıldı. Yatayda 100 mm'lik çizgi üzerinde 0'dan 10'a kadar sayılar yer almaktadır. Ağrı şiddeti 0 ile 10 arasında değişen rakamlarla ifade

edilmekte; ağrının olmaması '0', en şiddetli ağrı '10' rakamı ile belirlenmektedir. Bu yöntemde kişiye iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu açıklanmaktadır (15).

3.5.5. Durumluluk Kaygı Ölçeği (STAI FORM TX – I) (Ek-6)

Durumluk Kaygı Ölçeği, ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Araştırmamızda kadınların doğum eyleminde yaşadığı anksiyeteyi değerlendirmek için latent (3-4 cm) ve geçiş fazlarında (8 cm) STAI FORM TX – I kullanıldı. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 de geliştirilmiş, 1975 yılında Türkçe'ye çevrilerek ölçeklerin iç tutarlılığı ve güvenirliliği Kuder Richardson, 'Item Remainder' kolerasyonları ve test tekrar-test tekniğiyle saptanmıştır. Bireyin içinde bulunduğu durumda yaşadığı duygu ya da davranışları şiddet derecesine göre (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamen gibi şıklardan birini işaretlemek suretiyle cevaplandırmasını gerektirir. Durumluk Anksiyete Ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullar altında kendini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak cevaplamasını gerektirir. Yüksek puanlar yüksek kaygı seviyelerini, düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini gösterir (56).

Durumluk anksiyete ölçeği 20 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen puan değeri 20 ile 80 arasında değişebilmektedir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Ölçüt yönergesine uygun biçimde yapılan puanlandırmada 0-19 puan "yok", 20-39 puan "hafif", 40-59 puan "orta", 60-79 puan "ağır", 80 puan ise şiddetli anksiyete olarak değerlendirilir (56).

3.5.6. Uygulama Aşaması

Araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce araştırmanın yürütüleceği T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapan sağlık ekibi üyelerine araştırmanın amacı, kapsamı, kendilerinden ne beklenildiği ile ilişkili bilgilendirme toplantısı yapıldı ve sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği sağlandı.

Araştırmada İzlenen Adımlar;

- Doğumhaneye başvuran kadınlarla tanışma,

- Çalışmanın amacı hakkında bilgi verme,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınları belirleme,
- Çalışmaya alınacak kadınlara doğumhanenin fiziksel koşulları, yapılan rutin işlemler ve doğumhanede çalışan sağlık personeli ve görevleri hakkında bilgi verme,
- Protokol numarasına göre kontrol yada deney grubu randomizasyonunu sağlama,
- Gönüllü bilgilendirme formunun (deney ve kontrol grubu için ayrı ayrı) alınması.

Deney gurubuna alınan kadınlara;

- Kadınlarla birebir görüşerek yapılandırılmış bilgi formu doldurulduu,
- Rutin hemşirelik/ebelik bakımlarının sağlanmasının yanında deney grurubuna aromaterapi uygulaması 3 şekilde yapıldı;
  1. Taper (esansiyel yağ içeren bezin kadının kıyafetine tutturulması) doğum eylemi boyunca bir damla esansiyel yağın saatte bir yenilenmesi ile uygulama,
  2. Şakak bölgelerine friksiyon şeklinde bir damla esansiyel yağın uygulaması (geçiş fazına kadar saatte bir, geçiş fazında ise yarım saatte bir uygulama,
  3. Ayak banyosu (üç damla esansiyel yağ damlatılarak ılık su ile hazırlanmış) latent, aktif ve geçiş fazında yarım saatlik uygulama.
- Durumluluk kaygı ölçeği (STAI FORM TX – I): hastanın kabul edildiği latent fazda (3-4 cm) ve geçiş fazında (8 cm) değerlendirildi,
- Visuel Analog Skala (VAS): latent (3-4 cm), aktif (5-7 cm) ve geçiş fazında (8-10 cm) değerlendirildi,
- Doğum sonrası perine bölgesi yırtık açısından değerlendirildi ve ped kontrolü yapıldı,
- Yenidoğanın 1. ve 5.dakika Apgar skor değerlendirilmesi yapıldı,
- İzlem formu ve doğum sonrası görüşme formu doldurulduu.

Kontrol gurubuna alınan kadınlara;

- Kadınlarla birebir görüşerek yapılandırılmış bilgi formu doldurulduu,
- Rutin hemşirelik/ebelik bakımları verildi,

- Durumluluk kaygı ölçeği (STAI FORM TX – I): hastanın doğumhaneye kabul edildiği latent fazda (3-4 cm) ve geçiş fazında (8 cm) değerlendirildi,
- Visuel Analog Skala (VAS): latent (3 cm), aktif (5-7 cm) ve geçiş fazında (8-10 cm) değerlendirildi,
- Doğum sonrası perine bölgesi yırtık açısından değerlendirildi ve ped kontrolü yapıldı,
- Yenidoğanın 1. ve 5.dakika Apgar skor değerlendirilmesi yapıldı,
- İzlem formu ve doğum sonrası görüşme formu doldurulduu.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Kontrol grubundan 8 katılımcı, deney grubundan 4 katılımcı ilerlemeyen travay ya da fetal distress nedeniyle sezeryane alındı. Bu 12 katılımcı araştırma dışı bırakıldı.

Dilatasyonu 3-4 cm olan kadınlar doğumhaneye kabul edilmektedir. Yatışı verilen her kadına damar yolu açıldı, oral beslenmesi durduruldu, doğumun ikinci evresinde epizyotomi yapıldı. Pospartum tedavi olarak tüm katılımcılara 500 cc mai içine 20 ünite oksitosin IV olarak, 0,2 mg metilergobasin maleat ve 5 ünite oksitosin IM olarak uygulandı.

Araştırmamızda esansiyel yağ olarak sadece lavanta esansiyel yağı kullanıldı. Araştırmada yetkili bir aromaterapist olmadığından aromaterapik karışımlar kullanılmamıştır. Böylelikle allerjik reaksiyon olasılığı azalmış oldu. Lavanta esansiyel yağını tercih etme nedenimiz ise doğumda en çok tercih edilen yağ olmasıdır (8,9,31).

3.7. Etik Konular

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan 02.04.2013 tarihli 182 numaralı etik kurul onayı alındı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan 25.07.2013 tarihli izni (Ek-7) ile de çalışmamız 04.06.2013-25.10.13 tarihleri arasında tamamlandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bir istatistik uzmanından danışmanlık hizmeti alınarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirildi. Araştırmada verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak

yapıldı. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterme Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirilerek uygun analiz tekniği belirlendi.

Demografik özelliklerin (yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, güvence, sigara kullanımı, ilaç kullanımı) karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi kullanıldı. Gebelik haftası karşılaştırması için Mann-Whitney U, gebelik kilosu, gebelikte alınan kilo, isteyerek gebe kalma, önceki gebeliği, gebelikte kontrole gitme sayısı, daha önce aromaterapi uygulanması istatistiksel olarak hesaplanmasında t testi kullanıldı. Doğum hakkındaki bilgisi, ağrıya olan yaklaşımlarının değerlendirilmesinde Ki-Kare analizi kullanıldı.

Doğum eyleminin dilatasyon ve ikinci evresine ilişkin bulgular; latent fazda VAS, aktif fazda VAS, stai form latent faz, stai form geçiş faz t testi ile değerlendirildi. Geçiş fazda VAS ise Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Oksitosin uygulanması ve kadınların sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olma durumunun karşılaştırılması kadınların duygu durumu, 2.evrede müdahale, obstetrik problem, perineal yırtık, servikal yırtık Ki-Kare ile değerlenlendirildi. Birinci ve ikinci evrenin süresinin hesaplanmasında t testi, üçüncü evrenin süresi için Mann-Whitney U testi kullanıldı.

Doğum sonu döneme ilişkin bulguların karşılaştırlmasına ilişkin veriler; fundus masajı yapılması, yenidoğanın yoğunbakıma gitme durumu, ilk emzirilme zamanı karşılaştırılması Ki-Kare testi ile, yenidoğanın kilosu t testi ile yenidoğanın boy, baş çevresi 1. ve 5. dakika apgar skorları Mann-Whitney U testi ile analiz edildi. Doğum sonu memnuniyet soruları değerlendirilmesinde normal dağılıma uyan değerlendirmeler kontrol ve deney grubu için t testi ile diğerleri ise Mann-Whitney U parametrik olmayan test ile analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen veriler üç bölümde incelendi. Birinci bölüm katılımcıların tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguları içermektedir. İkinci bölüm kontrol ve deney grubundaki kadınların doğum eyleminin dilatasyon ve ikinci evresine ilişkin bulguların karşılaştırılmasını içermektedir. Son bölümde ise doğum sonu döneme ilişkin bulguların karşılaştırlıması sunulmaktadır.

4.1. Kontrol ve Deney Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Karşılaştırılması

Tablo 4-1: Demografik özelliklerin karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Yaş	18-20 Yaş arası	8	26,7	11	36,7	1,19	0,549
	21-25 Yaş arası	14	46,7	10	33,3		
	26-34 Yaş arası	8	26,7	9	30		
Medeni Durum	Bekar	4	13,3	6	20	0,48	0,488
	Evli	26	86,7	24	80		
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	5	16,7	1	3,3	2,97	0,226
	İlköğretim	21	70	24	80		
	Lise ve Üstü	4	13,3	5	16,7		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	23,3	5	16,7	0,41	0,518
	Çalışmıyor	23	76,7	25	80		
Sosyal Güvence	Var	25	83,3	21	70	1,49	0,222
	Yok	5	16,7	9	30		

Çalışmada yer alan katılımcılar kontrol ve deney grubu olarak ayrılmış ve yaş grubu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, medeni durum bakımından karşılaştırılmıştır. Kontrol grubu ile deney grubu sosyodemografik özellikleri bakımından homojendir **(**$\chi 2$=1,19 p=0,549) ($\chi 2$=0,48 p=0,488) ($\chi 2$=2,97 p=0,226) ($\chi 2$=0,41 p=0,518) ($\chi 2$=1,49 p=0,222) (Tablo 4.1).

Kontrol grubunun %20'si, deney grubunun % 23,3'ü yaşamlarının bir kısmında sigara içtiğini belirtti. Kontrol grubundakilerin %3,3'ü, deney grubundakilerin % 13,3'ü gebeliğinde sigara içmeye devam ettiğini ifade etti. Sigara kullanımı ve gebelikte devam etme durumu bakımından deney ve kontrol grubu benzer bulundu ($\chi 2$= 0,000 p=0,266) ($\chi 2$=2,236 p=0,266).

Kontrol grubunun %20'si deney grubunun ise %10'u gebeliği boyunca hiç ilaç kullanmamıştır. Her iki grupta da gebelik süresince kullanılan ilaçlar çoğunlukla demir ve vitamin ilaçlarından oluşmaktadır. Gebelikte ilaç kullanımını karşılaştırdığımızda iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi 2$=1,176 p=0,472).

Tablo 4-2: Kadınların gebelik dönemine ilişkin verilerinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**Z_{mwu}**	**p**
	Ortalama	**Sd**	**Ortalama**	**Sd**		
Gebelik haftası	39,07	1,23	38,90	1,06	411	0,55
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**t**	**p**
	Ortalama	**Sd**	**Ortalama**	**Sd**		
Gebelik kilosu	69,27	9,036	72,20	10,394	-1,167	0,248
Gebelikte alınan kilo	13,00	4,835	11,73	3,886	1,118	0,268

Kontrol grubunun gebelik haftası ortalaması 39,07 (sd=1,23) iken deney grubunun ortalaması 38,90 (sd=1,06) olup aralarında gebelik haftası yönünden anlamlı farklılık bulunmadı (Zmwu=411 p=0,55). Kontrol grubunun gebelik kilosu ortalaması 69,27 (sd=9,036) olup deney grubunun ortalaması 72,20 (sd=10,394)'dir (t=-1,167 p=0,248). Kontrol grubunun gebelikte aldığı kiloların ortalaması 13,00 (sd=4,835) olup

deney grubunun ortalaması ise 11,73 (sd=3,886)'tür (t=1,118 p=0,268). Kontrol ve deney grubu arasında bu iki değişken bakımından anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 4.2).

Kontrol grubunun %86,7'si deney grubunun %86,7'si ''isteyerek mi gebe kaldınız?'' sorusuna ''evet'' yanıtını verdi. Her iki grubun da gebe kalma isteği karşılaştırıldığında fark saptanmadı, bu açıdan gruplar homojen olarak dağılmaktadır ($\chi 2$=0,0001 p = 0,647).

Her iki grubun önceki gebelik durumları karşılaştırıldığında iki gruptaki kadınların da %90'ının ilk gebeliği olduğu yine her iki gruptaki kalan kadınların %10'unun daha önceden 1 düşük yaptığı görülmektedir. Her iki grubun da önceki gebelik sonucu karşılaştırıldığında fark saptanmadı bu açıdan da grupların homojen dağıldığı görülmektedir ($\chi 2$=0,0001 p = 0,647).

Her iki gruptaki kadınların tamamı gebeliğinde doktor kontrolüne gitmiştir. Kontrol grubundaki kadınlar, ortalama 10,87 (sd=5,46), deney grubundaki kadınlar ise ortalama 13,43 (sd=5,33) kez gebeliğinde doktor kontrolüne gitmiştir. Deney grubu ile kontrol grubu arasında doktor kontrolüne gitme sayıları bakımından farklılık bulunmadı (t=-1,842 p=0,071). Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinin gebelik ya da doğumla ilgili bir eğitim programına katılmadığı görüldü.

Araştırmada, ''daha önce hiç aromaterapi uyguladınız mı?'' sorusuna kontrol grubunun %3,3'ü, deney grubunun %6,7'si ''evet'' cevabını verdi. Daha önce aromaterapi uygulamasına ilişkin iki grup arasında yapılan karşılaştırmada benzerlik görüldü ($\chi 2$=0,0001 p=0,647). Aromaterapiyi daha önce uygulayanların, uygulama nedenlerine baktığımızda 2 kişi karınlarında çatlak oluşmaması için 1 kişi ise rahatlamak için kullandığını belirtti.

Tablo 4-3: Kadınların doğum eylemi hakkındaki bilgi ve ağrıyı gidermeye yönelik davranışlarının karşılaştırılması

		Kontrol Grubu Sayı (n)	%	Deney Grubu Sayı (n)	%	X^2	P
Doğum hakkında bilgi alma kaynağı	Arkadaş- Aile	5	16,7	13	43,3	5,222	0,073
	İnternet-Kitap	4	13,3	2	6,7		
	Hiçbiri	21	70	15	50		
Normal yaşamda ağrı giderme davranışları	Ağrı Kesici Almak	9	30	8	26,7	0,682	0,711
	Masaj- Sıcak, soğuk Uygulama	7	23,3	5	16,7		
	Hiçbiri	14	46,7	17	56,7		

Katılımcılara doğum hakkında bilgisi olup olmadığı soruldu. Kontrol grubunun %16,7'si, deney grubunun ise 43,3'ünün doğum hakkında edindiği bilgilerin aile, arkadaş çevresinden olduğu sonucu bulundu. Gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi ($\chi 2=5,222$ p=0,073) (Tablo 4.3).

Kadınlara normal yaşamlarında ağrıları olduğu zamanki davranışları sorgulandığında en çok (kontrol grubundaki kadınların %30'u deney grubunun %26,7'sinin) ağrı kesici almayı tercih ettikleri sonucuna ulaşıldı. Gösterilen davranışlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi ($\chi 2=0,682$ p=0,711) (Tablo 4.3).

4.2. Doğum Eyleminin Dilatasyon ve İkinci Evresine İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Bu bölümde kontrol ve deney grubundaki kadınların doğum eyleminin dilatasyon ve ikinci evresine ilişkin bulguların karşılaştırılması yapılmaktadır.

Tablo 4-4: Doğumun birinci evresindeki VAS değerlerinin karşılaştırılması

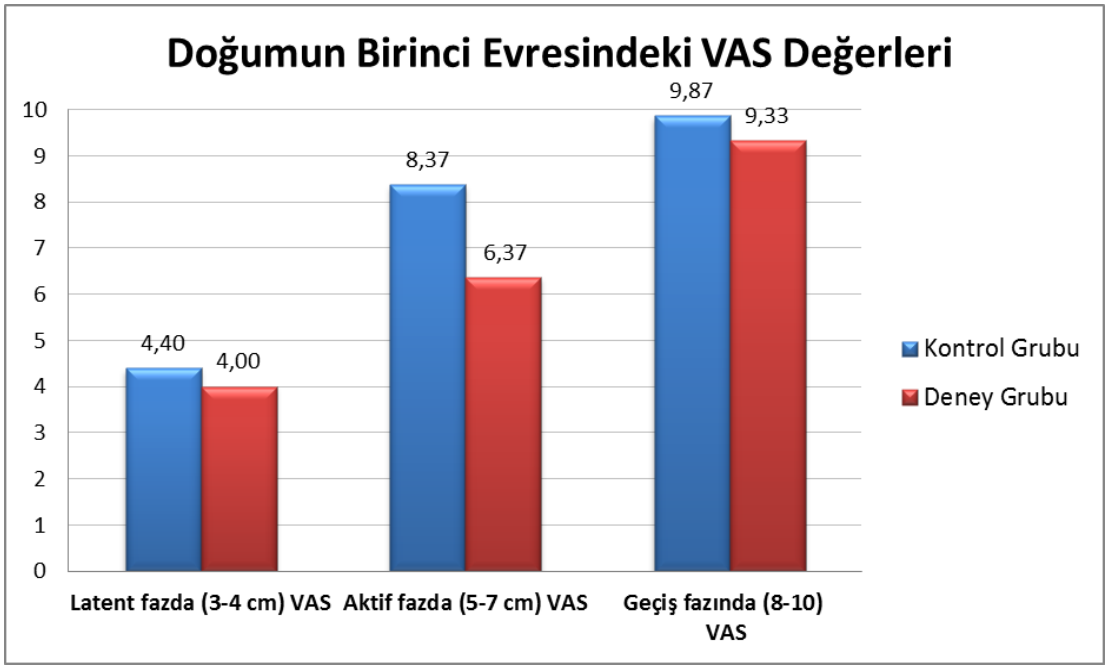
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**t**	**p**
	Ortalama	**sd**	**Ortalama**	**sd**		
Latent fazda (3-4 cm) VAS	4,40	1,976	4.00	1,819	0,816	0,418
Aktif fazda (5-7 cm) VAS	8,37	1,752	6,37	1,474	4,786	0,000
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**Z_{mwu}**	**p**
	Ortalama	**sd**	**Ortalama**	**sd**		
Geçiş fazında (8-10) VAS	9,87	0,57	9,33	0,88	288,00	0,002

Latent fazda, kadınların ağrı algılamasına yönelik verdikleri VAS puanı ortalaması, kontrol grubununda 4,40 (sd=1,976), deney grubunda ise 4,00 (sd=1,819)'dır. İki grup arasında VAS ortalama puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmadı (t=0,816 p=418) (Tablo 4.4) (Şekil 4.1).

Aktif fazda, kadınların ağrı algılamasına yönelik verdikleri VAS puanı ortalaması kontrol grubunda 8,37 (sd=1,752) iken aromaterapi uygulanan grupta ortalama 6,37 (sd=1,474) idi. Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre aktif fazda doğum ağrısını daha az algıladıkları görüldü ve iki grup arasındaki bu ağrı algısındaki farklılıklar ileri düzeyde anlamlı bulundu (t=4,786 p=0,000) (Tablo 4.4) (Şekil 4.1).

Geçiş fazında; kadınların ağrı algılamasına yönelik verdikleri VAS puanı ortalaması kontrol grubunda 9,87 (sd=0,57) iken aromaterapi uygulanan grupta ortalama 9,33 (sd=0,88) olup kontrol grubuna göre daha düşüktür. Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre geçiş fazında doğum ağrısını daha az algıladıkları

görüldü ve iki grup arasındaki bu ağrı algısındaki farklılıklar ileri düzeyde anlamlı bulundu (Z_{mwu}=288,00 p=0,002) (Tablo 4.4) (Şekil 4.1).



Şekil 4-1: Doğumun birinci evresindeki VAS değerleri

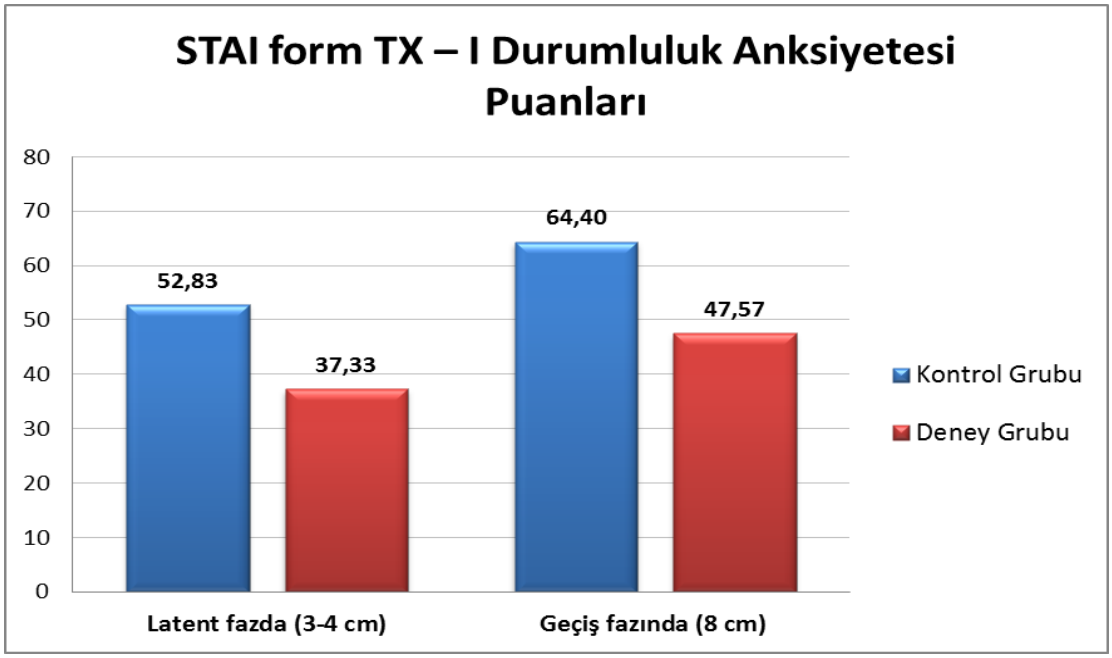
Tablo 4-5: STAI form TX – I durumluluk anksiyetesi puanlarının karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Deney Grubu		t	p
	Ortalama	sd	Ortalama	sd		
Latent fazda (3-4 cm) STAI	52,83	9,407	37,33	9,774	6,258	0,000
Geçiş fazında (8 cm) STAI	64,40	8,435	47,57	10,461	6,861	0,000

Latent fazda STAI TX–I form durumluluk anksiyetesi puanları karşılaştırıldığından kontrol grubunun ortalaması 52,83 (sd=9,407) bulunurken aromaterapi uygulanan deney grubunda ortalama 37,33 (sd=9,774) olarak daha düşük bulundu. Latent fazda deney grubundaki kadınların STAI TX–I durumluluk anksiyete düzeyinin kontrol grubundaki kadınlara göre daha az olduğu belirlendi. Deney

gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre latent fazda daha az kaygı ve anksiyete içinde oldukları saptandı ve iki grup arasında STAI TX– I durumluluk anksiyete puanları açısından ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu (t=6,258 p=0,000) (Tablo 4.5) (Şekil 4.2).

Geçiş fazında STAI TX–I form durumluluk anksiyetesi puanları karşılaştırıldığından kontrol grubunun ortalaması 64,40 (sd=8,435) bulunurken aromaterapi uyguladığımız deney grubunda ortalama 47,57 (sd=10,461) olarak daha düşük bulundu. Geçiş fazında deney grubundaki kadınların STAI TX–I durumluluk anksiyete düzeyinin kontrol grubundaki kadınlara göre daha az olduğu belirlendi. Deney gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre geçiş fazında daha az kaygı ve anksiyete içinde oldukları saptandı ve iki grup arasında STAI TX– I durumluluk anksiyete puanları açısından ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu (t=6,861 p=0,000) (Tablo 4.5) (Şekil 4.2).



Şekil 4-2: STAI form TX – I durumluluk anksiyetesi puanları

Tablo 4-6: Oksitosin uygulanmasının karşılaştırılması

Oksitosin uygulanması	Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Uygulandı	15	50	9	30	1.736	0.188
Uygulanmadı	15	50	21	70		

Tablo 4.6'da, kontrol ve deney gruplarında oksitosin uygulanmasına yönelik verilerin karşılaştırılması görülmektedir. Doğumun birinci evresini hızlandırmak için kontrol grubunun %50'sine, deney grubunun %30 una oksitosin uygulandı. Oksitosin uygulaması bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi 2$=1.736 p=0,188).

Tablo 4-7: Kadınların sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olma durumunun karşılaştırılması

Sağlık ekibi ile işbirliği içinde olma durumu	Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
	Sayı (n) %		Sayı (n)	%		
İşbirliği içinde	20	66,7	28	93,3	5,104	0,021
İşbirliği içinde değil	10	33,3	2	6,7		

Kontrol grubunu % 66,7'si, deney grubunun % 93,3'ü sağlık ekibiyle işbirliği içerisindeydi. İşbirliğine katılım konusunda anlamlı bir farklılık gözlendi. Deney grubunun, kontrol grubuna göre daha fazla sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olduğu görüldü ve iki grup arasındaki bu farklılık anlamlı bulundu ($\chi 2$=5,104 p=0,021) (Tablo 4.7).

Tablo 4-8: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışlarının karşılaştırılması

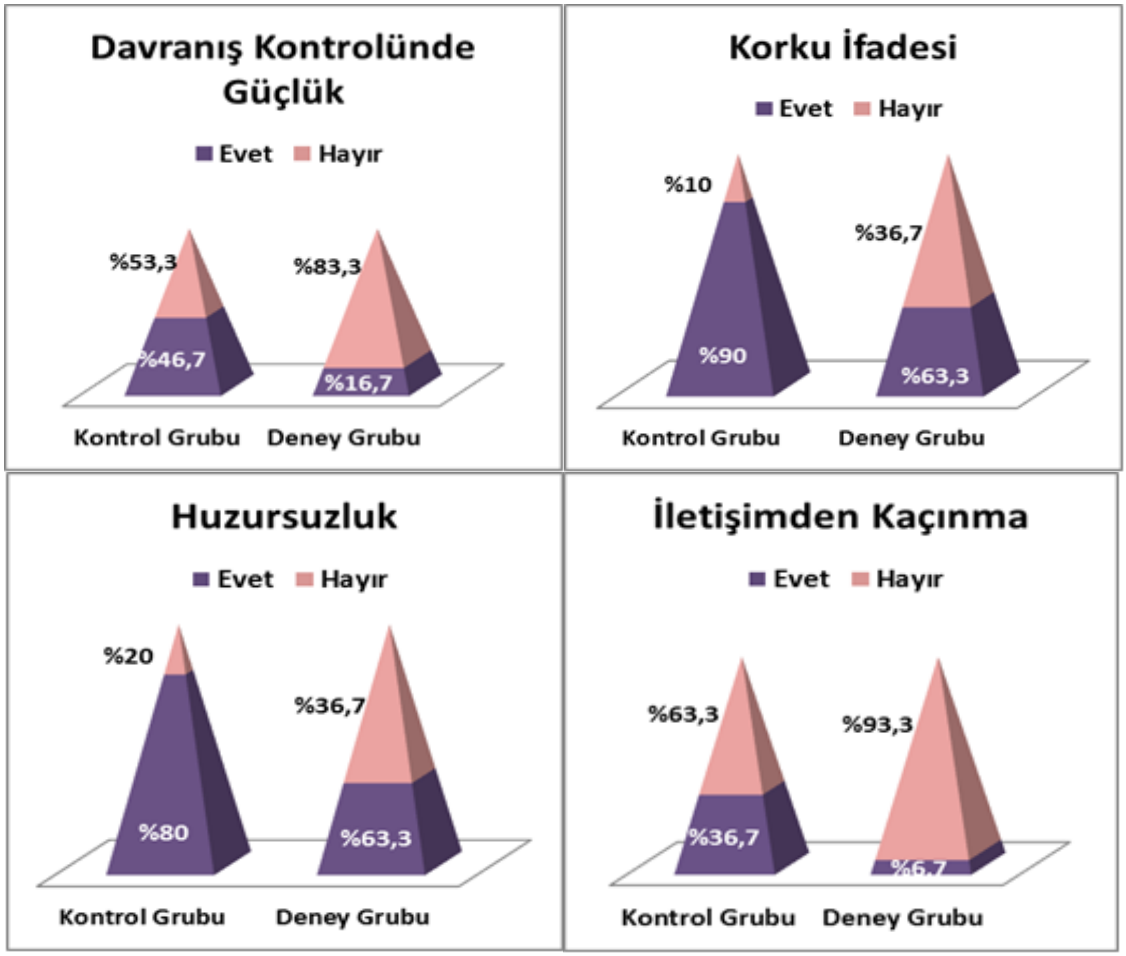
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Heyecanlı görünme durumu	Evet	25	83,3	18	60,0	2,955	0,086
	Hayır	5	16,7	12	40,0		
Korku ifadesi	Evet	27	90,0	19	63,3	4,565	0,03
	Hayır	3	10,0	11	36,7		
Yalnız kalmaktan kaçınma	Evet	12	40,0	6	20,0	1,984	0,159
	Hayır	18	60,0	24	80,0		
Huzursuzluk	Evet	24	80,0	11	36,7	9,874	0,002
	Hayır	6	20,0	19	63,3		
Davranış kontrolünde güçlük	Evet	14	46,7	5	16,7	4,929	0,026
	Hayır	16	53,3	25	83,3		
İletişimden kaçınma	Evet	11	36,7	2	6,7	6,285	0,010
	Hayır	19	63,3	28	93,3		
Mahremiyetin azalması	Evet	12	40,0	2	6,7	7,547	0,005
	Hayır	18	60,0	28	93,3		
Yüksek sesle ağlama	Evet	20	66,7	13	43,3	2,424	0,119
	Hayır	10	33,3	17	56,7		

Tablo 4-8: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışlarının karşılaştırılması (devamı)

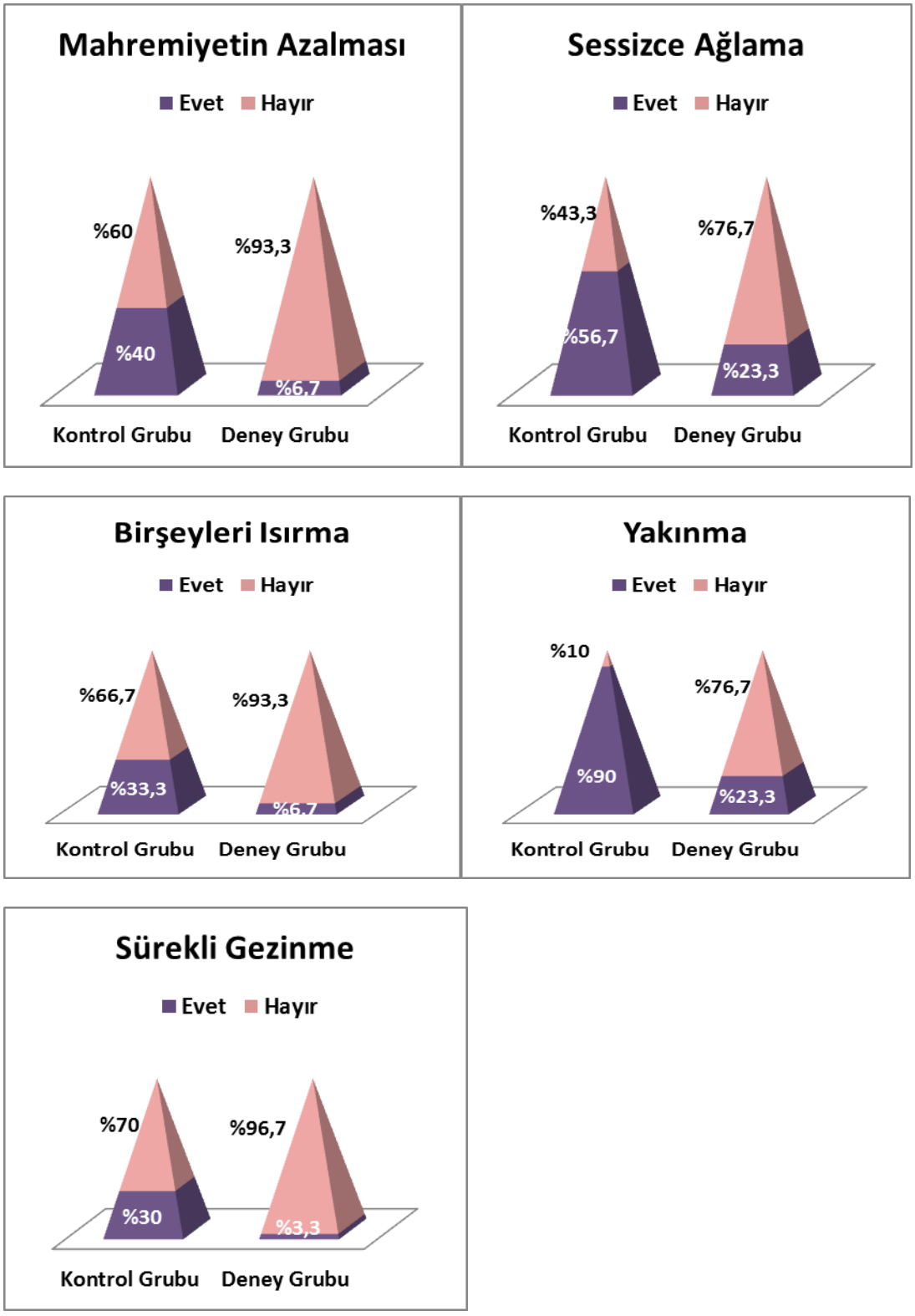
		Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Sessizce ağlama	Evet	17	56,7	7	23,3	5,625	0,018
	Hayır	13	43,3	23	76,7		
Avuçlarını sıkma	Evet	28	93,3	23	76,7	2,092	0,145
	Hayır	2	6,7	7	23,3		
Herhangi bir şeyi ısırma	Evet	10	33,3	2	6,7	5,104	0,021
	Hayır	20	66,7	28	93,3		
Yakınma	Evet	27	90,0	7	23,3	24,502	0,0001
	Hayır	3	10,0	23	76,7		
Çığlık atma	Evet	27	90,0	24	80,0	0,523	0,472
	Hayır	3	10,0	6	20,0		
Kendisine zarar verme	Evet	3	10	2	6,7	0,0001	1,000
	Hayır	27	90,0	28	93,3		
Sürekli gezinme	Evet	9	30,0	1	3,3	5,880	0,012
	Hayır	21	70,0	29	96,7		
Çevresindeki kişileri suçlama	Evet	2	6,7	0	0	0,517	0,492
	Hayır	28	93,3	30	100		

Katılımcıların doğum eylemi boyunca duygu durum ve davranışları gözlemlendiğinde kontrol ve deney grubu arasında; heyecanlı görünme, yalnız kalmaktan kaçınma, yüksek sesle ağlama, avuçlarını sıkma, çığlık atma, kendisine zarar verme, çevresindeki kişileri suçlamaya yönelik duygudurum ve davranışlarında anlamlı farklılık gözlenmedi. Bu sonuçlar hem deney hem de kontrol grubunda bulunan gebeler

için benzer değerler taşımaktadır ($\chi2$=2,955 p=0,0869 ($\chi2$=4,565 p=0,159) ($\chi2$=2,424 p=0,119) ($\chi2$=2,092 p=0,145) ($\chi2$=0,523 p=0,472) ($\chi2$=0,000 p=1,000) ($\chi2$=0,517 p=0,492). İki grup arasında farklılıkların gözlendiği davranışlar ise; korku ifadesi, huzursuzluk, davranışların kontrolünde güçlük, iletişimden kaçınma, mahremiyetin azalması, sessizce ağlama, herhangi bir şeyi ısırma, yakınma, sürekli gezinme şeklindedir. Bu ifadelerin her biri için kontrol grubu, deney grubuna göre istatistiki olarak anlamlı sayılacak oranda; korkmuş, huzursuz olmuş, davranış kontrolünde güçlük çekmiş, iletişim sorunu yaşamış, mahremiyeti azalmış, sesssizce ağlama, ısırma, yakınma ve sürekli gezinme davranışlarını daha fazla sergilemiştir. Bu ifadelerin çoğunlukla deney grubuna göre daha çok kontrol gurubunda yaşandığı gözlemlendi ve iki gurup arasında doğum eylemindeki bu duygu durum ve davranışlar açısından anlamlı farklılık bulundu ($\chi2$=4,565 p=0,03) ($\chi2$=9,874 p=0,002) ($\chi2$=4,929 p=0,026) ($\chi2$=6,285 p=0,010) ($\chi2$=7,547 p=0,005) ($\chi2$=5,625 p=0,018) ($\chi2$=5,104 p=0,021) ($\chi2$=24,502 p=0,0001) ($\chi2$=5,880 p=0,012) (Tablo 4.8) (Şekil 4.3).



Şekil 4-3: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışları



Şekil 4-3: Kadınların doğum eylemindeki duygudurum ve davranışları (devamı)

Tablo 4-9:Kadınların doğumun 2. evresinde müdahale, obstetrik problem, perineal ve servikal yırtık durumlarına göre karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
2. evrede müdahale yapılma	Evet	21	70,0	13	43,3	3,326	0,068
	Hayır	9	30,0	17	56,7		
2.evrede obstetrik problem	Evet	9	30,0	8	26,7	0,0001	1,000
	Hayır	21	70,0	22	73,3		
Perineal yırtık durumu	Epizyotomi	22	73,3	20	66,7	2,139	0,410
	Uzamış epizyotomi	3	10,0	7	23,3		
	2.derece yırtık+epizyo	5	16,7	3	10,0		
Servikal Yırtık	Var	3	10,0	2	6,7	0,0001	1,000
	yok	27	90,0	28	93,3		

Doğumun 2.evresinde müdahalede bulunulması (fundal basınç), obstetrik problemlerin yaşanması (fetal distress, mekonyum) perineal yırtık ve servikal yırtık varlığı iki grupta karşılaştırıldı ve iki grup arasında bu özellikler açısından anlamlı farklılık gözlenmedi ($\chi2$=3,326 p=0,068) ($\chi2$=0,000 p=1,000) ($\chi2$=2,139 p=410) ($\chi2$=0,000 p=1,000) (Tablo 4.9).

Fundal basınç ile ikinci evrenin süresi çalışmaya katılan tüm kadınlar arasında değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir fark bulunamadı (t=1,818 p=0,074). Kontrol ve deney grubunda bakıldığında kontrol grubu (t=,418 p=0,679) ve deney grubu (t=1,382 p=0,178) arasında, fundal basınç ve ikinci evrenin süresi yönünden anlamlı bir farklılık bulunamadı.

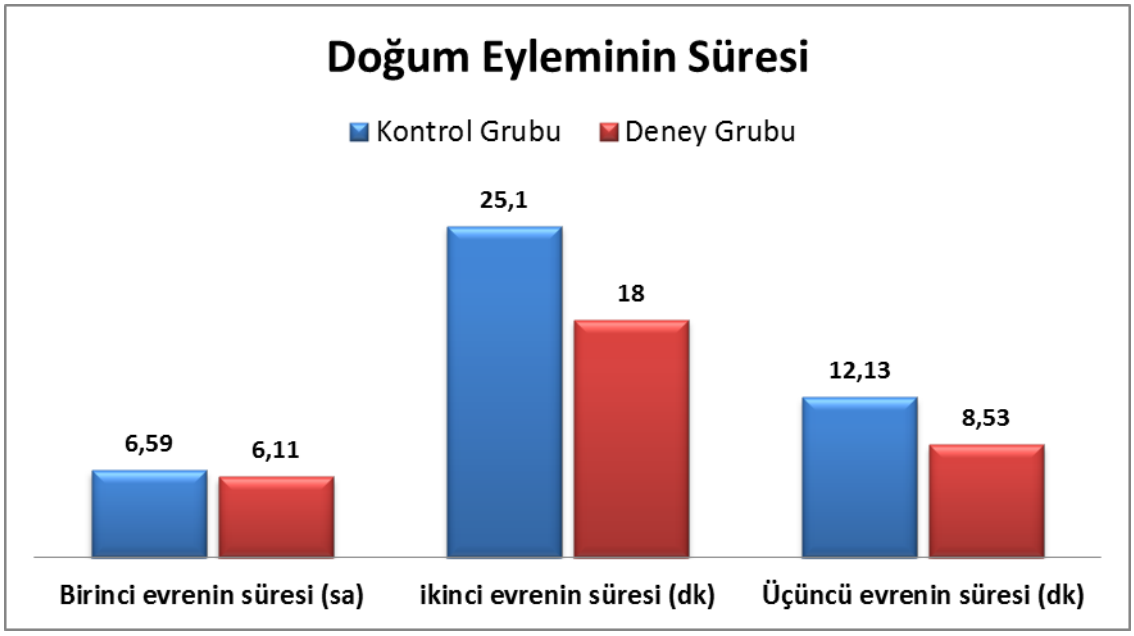
Tablo 4-10: Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evre sürelerinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Deney Grubu		t	p
	Ortalama	sd	Ortalama	sd		
Birinci evrenin süresi (sa)	6,59	4,051	6,11	2,909	0,532	0,597
ikinci evrenin süresi (dk)	25,10	12,120	18,00	11,640	2,313	0,024
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**Z_{mwu}**	**p**
	Ortalama	**sd**	**Ortalama**	**sd**		
Üçüncü evrenin süresi (dk)	12,13	5,700	8,53	3,340	262,000	0,005

Doğumun birinci evresi kontrol grubunda ortalama 395,43 dk (6,59 saat), deney grubunda ise 366,37 dk (6,11 sa) sürdü. Gruplar arasında birinci evrenin süresi bakımından önemli farklılık gözlenmedi (t=,532 p=0,597) (Tablo 4.10) (şekil 4.4).

Doğumun ikinci evresi kontrol grubunda ortalama 25,10 dk, deney grubunda ise 18,00 dk sürdü. Deney grubu kontrol grubuna göre daha kısa süren bir "ikinci evre" geçirdiği gözlendi ve bu farklılık anlamlı bulundu (t=2,313 p=0,024) (Tablo 4.10) (şekil 4.4).

Doğumun üçüncü evresi kontrol grubunda ortalama 12,13 dk, deney grubunda ise 8,53 dk sürdü. Deney grubunun kontrol grubuna göre daha kısa süren bir ''üçüncü evre'' geçirdiği gözlendi ve bu farklılık anlamlı bulundu (Z_{mwu}=262,000 p=0,005) (Tablo 4.10) (şekil 4.4).



Şekil 4-4: Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evre süreleri

Tablo 4-11: Doğumun 3. evresinde fundus masajı uygulamasının karşılaştırılması

3. evrede fundus masajı	Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
	Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Uygulandı	8	26,7	4	13,3	0,938	0,333
Uygulanmadı	22	73,3	26	86,7		

Doğumun üçüncü evresinde postpartum tedavi yanı sıra kontrol grubunun %26,7'sine deney grubunun %13,3'üne kanamayı önlemek için fundus masajı uygulanmıştır. İki grupta üçüncü evrede yapılan fundus masajı açısından anlamlı fark bulunmadı ($\chi 2$=0,938 p= 0,333) (Tablo 4.11).

Doğumun 2. evresinde uygulanan fundal basınç ile oluşan perineal yırtıklar arasında anlamlı bir farklılık bulundu. Fundal basınç uygulanan gebelerde daha fazla perineal yırtık gözlendi ($\chi 2$=9,453 p=0,008). Bu durum kontrol grubu ($\chi 2$=3,766

p=0,090 ve deney grubu (χ2=5,455 p=0,056) arasında karşılaştırıldığında benzer bulundu.

4.3. Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulguların Karşılaştırılmasına Yönelik Bulguların Karşılaştırılması

Her iki gruptada yenidoğanların cinsiyetine bakıldığında %33,3'ü erkek, %66,7'si kızdır. Kontrol grubunda 3144,67 gr (sd=312,804), deney grubunda 3146,67 (sd= 485,076) gr'dır. Yenidoğanın ortalama kilosu yönünde iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (t=-0,019 p=0,985). Yenidoğanın ortalama boy uzunluğu kontrol grubunda 47,98 cm (sd=4,79) deney grubunda 48,73 (sd=5,68) cm'dir. Yenidoğanın ortalama boyu yönünde iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (Z_{mwu}=354,500 p=0,153). Yenidoğanın ortalama baş çevresi kontrol grubunda 33,79 (sd=1,17) cm deney grubunda 32,90 (sd=5,85) cm'dir. Yenidoğanın ortalama baş çevresi yönünden iki grup arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (Z_{mwu}= 431,500 p=0,783).

Tablo 4-12: Yenidoğanların birinci ve beşinci dakika apgar skorlarının karşılaştırılması

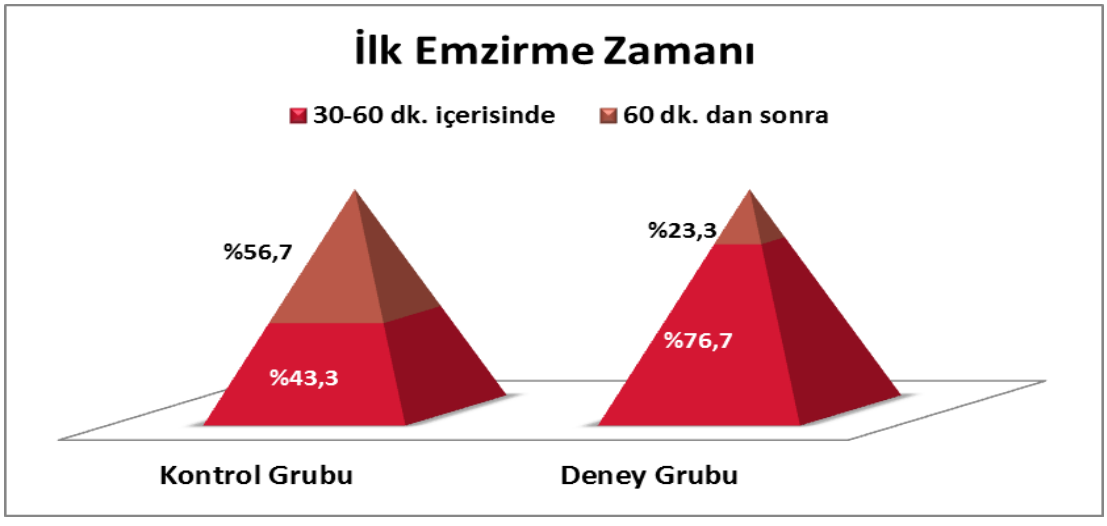
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		**Z_{mwu}**	**p**
	Ortalama	**Sd**	**Ortalama**	**Sd**		
Birinci dakika apgar skoru	7,63	0,76	8,23	0,57	259,000	0,002
Beşinci dakika apgar skoru	9,07	0,52	9,30	0,47	358,500	0,860

Yenidoğanın birinci dakika apgar skoru ortalama kontrol grubunda 7,63 (sd=0,76) deney grubunda 8,23 (sd=0,57)'tür. Deney grubu kontrol grubuna göre birinci dakika apgar skoru daha yüksek gözlendi ve bu anlamlı olarak farklı bulundu ($Z_{mwu=}$259,000 p=0,002). Yenidoğanın beşinci dakika apgar skoru ortalama kontrol grubunda 9,07(sd=0,52), deney grubunda 9,30 (sd=0,47)'dur. Yenidoğanın beşinci dakika apgar skoru yönünden iki grup arasında anlamlı bir fark yoktur ($Z_{mwu=}$358,500 p=0,86) (Tablo 4.12).

Tablo 4-13: Yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu ve ilk emzirilme zamanının karşılaştırılması

		Kontrol Grubu		Deney Grubu		X^2	P
		Sayı (n)	%	Sayı (n)	%		
Yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu	Hayır	26	86,7	30	100	**3,825**	**0,112**
	Gözlem yatışı	3	10,0	0	0		
	Yatış verildi	1	3,3	0	0		
İlk emzirilme zamanı	30-60 dk. içerisinde	13	43,3	23	76,7	**5,625**	**0,018**
	60 dk. dan sonra	17	56,7	7	23,3		

Yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu karşılaştırıldığında kontrol grubu ve deney grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($\chi 2=3,825$ p=0,112). Yenidoğanın ilk emzilme zamanına bakıldığında kontrol grubunun %43,3'ü, deney grubunun %76,7'si bebeklerini doğumdan sonra ilk 30-60 dakika arasında emzirmişlerdir. Deney grubunun, kontrol grubuna göre bebeklerini daha erken zaman aralığında emzirmesi anlamlı bulundu ($\chi 2= 5,625$ p=0,018) (Tablo 4.13)(şekil 4.5).

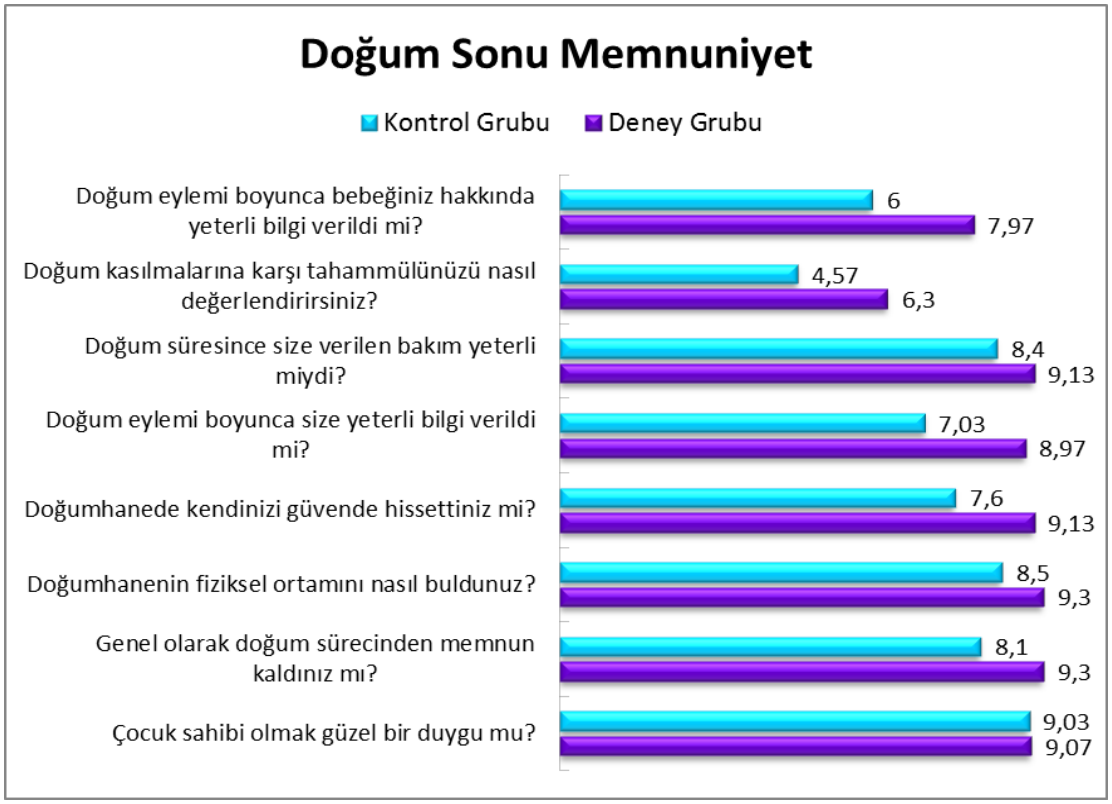


Şekil 4-5: Yenidoğanın ilk emzirilme zamanı

Tablo 4-14: Kadınların doğum eylemlerine yönelik memnuniyetlerinin karşılaştırılması

	Kontrol Grubu		Deney Grubu		t	p
	Ortalama	sd	Ortalama	sd		
Doğum eylemi boyunca bebeğiniz hakkında yeterli bilgi verildi mi?	6,00	3,474	7,97	2,312	-2,581	0,013
Doğum kasılmalarına karşı tahammülünüzü nasıl değerlendirirsiniz?	4,57	3,159	6,30	2,480	-2,364	0,021
	Kontrol Grubu		**Deney Grubu**		Z_{mwu}	**p**
	Ortalama	**sd**	**Ortalama**	**sd**		
Doğum süresince size verilen bakım yeterli miydi?	8,40	2,328	9,13	1,697	354,500	0,110
Doğum eylemi boyunca size yeterli bilgi verildi mi?	7,03	3,023	8,97	1,866	251,000	0,002
Doğumhanede kendinizi güvende hissettiniz mi?	7,60	3,103	9,13	1,756	316,00	0,025
Doğumhanenin fiziksel ortamını nasıl buldunuz?	8,50	2,345	9,30	1,264	368,000	0,165
Genel olarak doğum sürecinden memnun kaldınız mı?	8,10	2,833	9,30	1,368	336,000	0,054
Çocuk sahibi olmak güzel bir duygu mu?	9,03	2,371	9,07	2,559	441,000	0,844

Katılımcıların doğum sonu memnuniyeti karşılaştırıldığında aromaterapi uygulanan kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre; kendi ve bebeği hakkında daha fazla bilgi aldığı, kontraksiyonlara karşı tahammülünün daha fazla olduğu, kendini daha fazla güvende hissettiği bulundu (Z_{mwu}=251,000 p=0,002) (t=-2,581 p=0,013) (t=-2,364 p=0,021) (Z_{mwu}=316,00 p=0,025). Kontrol ve deney grubundaki kadınların verilen bakımın yeterliliği, doğumhanenin fiziksel ortamını değerlendirmeleri, doğum sürecindenden memnuniyeti, çocuk sahibi olmanın güzel bir duygu olduğu ile ilgili düşünceleri yönünden anlamlı bir fark bulunmadı (Z_{mwu}=354,500 p=0,110) (Z_{mwu}=368,000 p=0,1659) (Z_{mwu}=336,000 p=0,054) (Z_{mwu}=441,000 p=0,844) (Tablo 4.14) (Şekil 4.6).



Şekil 4-6: Kadınların doğum eylemlerine yönelik memnuniyetleri

5. TARTIŞMA

Doğum süreci kadının hayatı boyunca yaşayacağı eşsiz olaylardan biridir. Kadının kendisinin ve bebeğinin çıktığı bu yolculuğundan haz duyması ve bu yolculuğu güzel anılarla tamamlaması en temel arzudur. Doğum sürecinin müdahalelerden mümkün olabildiğince uzak, doğal akışında ilerlemesini sağlanması önemlidir (1). Doğum sırasında kullanılan farmakolojik yöntemlerin tıbbi yan etkileri olması nedeniyle günümüzde non farmakolojik ya da bir diğer deyişle tamamlayıcı/alternatif tıp uygulamalarına eğilim artmıştır.

Aromaterapi; kişiyi zihinsel, bedensel ve ruhsal olarak tedavi etmek ve dengelemek için bitkisel kaynaklardan elde edilen esansiyel yağların iyileştirici güçlerinden yararlanılması olarak tanımlanmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, doğum eyleminde tıbbi müdahalelere güvenli alternatifler sunmakta, kadının kendisine olan güveninin destekleyerek otonomisini güçlendirmektedir. Aromaterapi uygulamasının hemşirelik ve ebelik felsefesine uyumlu olması ve mesleği profesyonel anlamda geliştireceği düşünüldüğünden, bu çalışma doğum eyleminde aromaterapinin ekilerinin belirlenmesi amaçlandı. Kontrol ve deney grubu olarak randomize edilen 60 kadından elde edilen bulgular litaratür doğrultusunda 3 bölümde tartışıldı.

Birinci bölümde katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin kontrol ve deney grubuna göre karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması yer almaktadır. Kontrol ve deney grubundaki kadınların doğum eyleminin dilatasyon ve ikinci evresine ilişkin bulguları ikinci bölümde tartışılmaktadır. Son bölümde ise iki grubun doğum sonu döneme ilişkin bulgularının tartışılması sunulmaktadır.

5.1. Kontrol ve Deney Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Araştırmada kontrol ve deney grubunda incelenen kadınların tanıtıcı özellikler açısından birbirine benzer olduğu saptandı. Araştırma örneklemi, 21-25 yaş grubunda, eğitim düzeyi ilköğretim olan, çoğunluğu evli, çalışmayan ve sağlık güvencesi olduğunu ifade eden kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 4.1).

Sigara kullanımı ve gebelikte devam etme durumu bakımından deney ve kontrol grubu benzer bulundu. Mevcut gebelikte sigara içme oranı kontrol grubunda %3,3,

deney grubunda %13,3'tür. Araştırmada deney ve kontrol grubunda alkol kullanan kadın bulunmamaktadır. Yapılan çeşitli çalışmalarda gebelik döneminde sigara içme oranı %10-20 arasındadır (57).

Her iki grupta da gebelik süresince kullanılan ilaçlar çoğunlukla demir ve vitamin ilaçlarından oluşmaktadır. Gebelikte ilaç kullanımını karşılaştırdığımızda iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Kontrol grubu ile deney grubu sosyodemografik özellikleri bakımından homojendir.

Araştırmaya katılan kadınların %86,7'sinin isteyerek gebe kaldıkları saptandı. Yapılan bazı çalışmalarda gebeliği isteme oranları %66,7 ile %94 arasında değişmektedir (58,59) Gebeliği istemenin, sağlık davranışlarına olan etkisi net olarak bilinmesede, kadının ve doğacak bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği, istenmeyen gebeliklerdeki yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir. Bu nedenle araştırmada gebeliği istemenin oranlarının yapılan çalışmalar ile uyumlu olarak yüksek olması sevindiricidir (60).

Doğum öncesinde bakım alma gebelik süreci ve sonrası için son derece önemlidir. Gebenin ve bebeğinin sağlıklı gelişimi doğum öncesi bakım alma durumlarıyla yakından ilişkilidir. Olumsuzlukların saptanması ve bunlara yönelik gerekli görülen girişimlerin yapılması uygun bir prenatal bakım sayesinde sağlanabilir. TNSA 2003 verilerinde doğum öncesi bakım alam oranı % 81,4 iken 2008 verilerinde % 92 olarak belirtilmiştir. Çalışmamıza dahil olan gebelerin doğum öncesi kontrole gitme oranları % 100 olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki kadınlar, ortalama 10,87±5,46), deney grubundaki kadınlar ise ortalama 13,43±5,33 kez gebeliğinde doktor kontrolüne gitmiştir. Çalışmaya katılan kadınların hiçbirinin gebelik ya da doğumla ilgili bir eğitim programına katılmadığı görüldü (61).

Katılımcıların gebelik haftası, gebelik kilosu ve gebeliğinde aldığı kilo açısından gruplar homojen dağılmıştır.

Kontrol grubundaki kadınların %70'i, deney grubunun %50'si doğum hakkında herhangi bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Bilgisi olanların ise kontrol grubunun %16,7'si, deney grubunun ise 43,3'ünün doğum hakkında edindiği bilgilerin aile, arkadaş çevresinden olduğu sonucu bulundu. Gruplar arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 4.3). Web ortamında yapılan interaktif antenatal danışmanlık sürecinde gebelerin bilgi gereksinim alanlarını tanımlamak amacıyla yapılan bir

araştırmada kadınların %95,1'i gebelikle ilgili bilgi aldığını belirtmiştir. Bilgi kaynakları incelendiğinde %78,1'i hekimlerinden, %65,9'u kitap ve dergilerden, %58,5'i diğer web sayfalarından yararlandıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin danışmanlık aldıkları konular sırasıyla; gebelik (%53,7), fetal sağlık (%28,4), doğum (%11,3), yenidoğan (%6,6)'dır (62). Bilgi edinme durumu eğitim düzeyi arttıkça artmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınların eğitim düzeyinin düşük olmasının yanı sıra hiç birinin gebe eğitim sınıflarına katılmamış olması, daha önce doğum yapmamış olmaları doğum hakkındaki bilgi düzeylerini etkilemektedir. Bilgisi olduğunu söyleyenlerin çoğu ise çevresindeki kişilerin deneyimlerden bilgi edinmiştir.

Kadınlara normal yaşamlarında ağrıları olduğu zamanki davranışları sorgulandığında en çok (kontrol grubundaki kadınların %30'u, deney grubunun %26,7'sinin) ağrı kesici almayı tercih ettikleri sonucuna ulaşıldı. Gösterilen davranışlar açısından gruplar arasında anlamlı farklılık gözlenmedi (Tablo 4.3).

Çalışmalar gelişmiş ülkelerdeki erişkinlerin %36 ile %62' sinin sağlıkla ilgili sorunları önlemek veya tedavi etmek için alternatif tedavileri kullandığını göstermekedir (3,4). Çalışmaya katılan kadınların ağrıyı gidermek için ağrı kesici kullanmaları bu kadınların nonfarmakolojik yöntemler hakkında yeterli bilgilerinin olmadığını düşündürmektedir. Çalışmamızda kontrol grubunun %3,3'ü, deney grubunun %6,7'si yaşamlarında aromaterapi uygulamışlardır.

5.2. Kontrol ve Deney Grubundaki Kadınların Doğum Eyleminin Dilatasyon ve İkinci Evresine İlişkin Bulgularının Tartışılması

Doğum eylemin ilerlemesiyle birlikte ağrı düzeyinde artış, olması beklenen ve normal kabul edilen bir durumdur. Ağrının algılanış düzeyi, kontraksiyonların başlamasından servikal dilatasyonun tamamlanmasına kadar geçen zamanda sürekli artış gösterir (8,63). Çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğum ağrısının akut ve şiddetli seyreden bir deneyim olduğunu göstermektedir. Ayrıca VAS kullanılarak belirlenen doğum ağrısının şiddetinin, dilatasyonun ilerlemesiyle birlikte arttığı bulunmuştur.

Çalışmamızda kontrol ve deney grubu arasında, latent fazda değerlendirilen VAS ortalama puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmadı (t=0,816 p=418). Aktif fazda, kadınların ağrı algılamasına yönelik verdikleri VAS puanı ortalaması kontrol grubunda 8,37±1,752 iken aromaterapi uygulanan grupta ortalama 6,37±1,474 idi. Deney grubundaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre aktif fazda doğum

ağrısını daha az algıladıkları görüldü ve iki grup arasındaki bu ağrı algısındaki farklılıklar ileri düzeyde anlamlı bulundu (t=4,786 p=0,000). Geçiş fazında; kadınların verdikleri VAS puanı ortalaması kontrol grubunda 9,87±0,57 iken deney grubunda ortalama 9,33±0,88'dir. Aromaterapi uygulanan gruptaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre geçiş fazında doğum ağrısını daha az algıladıkları görüldü ve iki grup arasındaki bu ağrı algısındaki farklılıklar ileri düzeyde anlamlı bulundu (Zmwu=288,00 p=0,002) (Tablo 4.4) (Şekil 4.1).

Burns ve ark.'ının (2007), doğumda aromaterapi isimli, 513 kadınla gerçekleştirdiği randomize kontrollü bir çalışmada, aromaterapi uygulama öncesi ve sonrası VAS puanlarını değerlendirmiş olup nullipar kadınlarda aromaterapi uygulaması sonrası ağrı algısı azalırken, multipar kadınlarda algıladıkları ağrıların stabil kaldığını bulmuştur (8).

Burns ve ark.'ının (2010), sekiz yıl süren 8058 kadınla gerçekleştirdiği doğumda aromaterapinin kullanımını inceleyen gözlemsel çalışmada; katılımcıların %60'ının, esansiyel yağların ağrıyı azaltmakta yararlı olduğunu ifade ettikleri görülmüştür (9).

Chung ve ark.'ının (2003) akupresür ve eflorajın doğum ağrısına ve uterus kontraksiyonlarına olan etkisinin incelendiği bir çalışmada, doğumun birinci evresinin latent fazında akupresür uygulanan grup, efloraj uygulanan grup ve kontrol grubu arasında araştırmamıza benzer olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aktif fazındaki VAS değerlerinde akupresür ve kontrol grubu arasında araştırmamıza benzer olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Fakat geçiş fazında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Bu da geçiş fazdaki ağrı yoğunluğunun fazla olmasından dolayı ağrı ile baş etmenin güç olacağı şeklinde yorumlamışlardır. Kaplan ve ark.'ının (1998) doğum ağrısı üzerine TENS'in etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, kadınların çoğunluğunun TENS'in doğum ağrısını azaltmada etkili olduğunu belirttikleri saptanmıştır (65).

Yıldırım ve Şahin'in (2004), doğumda solumun ve tensel uyarılmanın etkinliğini araştırdıkları çalışmada; latent fazda (dilatasyon 4 cm iken) VAS puanları kontrol grubunda 6,35, deney grubunda 3,75 bulunmuş. Aktif fazda (dilatasyon 6 cm iken) VAS puanları kontrol grubunda 8,35, deney grubunda 5,80'dır. Geçiş fazında (dilatasyon 10 cm iken) kontrol grubunda 10,00, deney grubunda 9,15 olarak bulunmuştur (15). Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında eğitim ve hemşirelik desteği alan

kadınların, almayan kadınlara oranla doğum ağrısının şiddetini daha düşük ifade etmeleri, araştırmamızla benzer şekilde anlamlı bulunmuştur (15).

Çalışmamızda latent fazda iki grup arasındaki benzerliğin, kadınların latent fazın (dilatasyon 3-4 cm'de iken) sonlarında doğumhaneye kabul edilmeleriyle ilişkili olduğunu düşünüyoruz. Bu sürede deney grubuna, sadece 1 kez aromaterapi uygulanabildi. Deney grubundaki kadınlara daha sonraki evrelerde daha fazla aromaterapi uygulanmıştır. Bu farklılık da araştırmanın sınırlılıklarından birini oluşturmaktadır.

Araştırmamızda, aramoterapi uygulanan gruptaki kadınların, aktif fazda ve geçiş fazında kontrol grubuna göre ağrıyı daha az algıladıkları saptanmıştır. Bu sonuçlara göre "Doğum eyleminde aromaterapi uygulamaları kadının doğum ağrısını algılamasını azaltmaktadır" hipotezi çalışma sınırlıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Latent fazda deney grubundaki kadınların STAI TX–I durumluluk anksiyete düzeyinin (ort: 37,33±9,77) kontrol grubundaki kadınlara göre (ort: 52,83±9,40) daha az olduğu belirlendi. Deney gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre latent fazda daha az kaygı ve anksiyete içinde oldukları saptandı ve iki grup arasında STAI TX– I durumluluk anksiyete puanları açısından ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu (t=6,258 p=0,000). Doğum eylemi ilerledikçe yaşanılan ağrı ve anksiyete artma eğilimindedir (8). Bu çalışmada da doğumun ilerlemesiyle anksiyetenin arttığı görülmektedir. Deney gurubundaki kadınların (47,57±10,461), kontrol grubundaki kadınlara (64,40±8,435) göre geçiş fazında daha az kaygı ve anksiyete içinde oldukları saptandı ve iki grup arasında STAI TX– I durumluluk anksiyete puanları açısından ileri düzeyde anlamlı farklılık bulundu (t=6,861 p=0,000) (Tablo 4.5) (Şekil 4.2).

Üst ve ark.'ı (2013) doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerini inceledikleri bir çalışmada, latent fazda değerlendirilen durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamasının 40,88±6,25 bulunmuştur. Doğum eyleminde kadınların durumluluk kaygı ölçeği puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, eğitim düzeyi düşük olan, köyde yaşayan ve birden fazla doğum yapmış gebelerin durumluluk kaygı puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (66).

Avcıbay (2009) gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisinin araştırdıkları bir araştırmada latent fazda deney grubunun anksiyete puan ortalamasının 62,27±9,04, kontrol grubunun ise 56,47±10,23 olduğu

bildirilmektedir. Gevşeme tekniği öğretilen deney grubunda, uygulama sonrası puanı 35,70±5,11 olarak bildirilmektedir. Bu fark çalışmamızda olduğu gibi istatistiksel olarak oldukça anlamlı bulunmuştur (29).

Burns ve ark.'ının (2010), sekiz yıl süren 8058 kadınla gerçekleştirdiği randomize kontrollü çalışmada, aromaterapinin doğum sırasında kaygıyı ve korkuyu azaltmaya yardımcı olduğunu rapor etmiştir (9).

Çalışmamızda doğum eyleminde aromaterapi uygulamasının kadınların anksiyetesini azaltmakta olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre "Aromaterapi, kadının doğum eylemiyle ilgili kaygı ve anksiyete düzeyini azaltır" hipotezi çalışma sınırlıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Çalışmamızda uterus kontraksiyonlarını güçlendirmek için kontrol grubunun %50'sine, deney grubunun %30'una oksitosin uygulandı. Oksitosin uygulaması bakımından deney ve kontrol grupları arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi 2$=1.736 p=0,188) (Tablo 4.6). Burns ve ark.'ının (2010) yaptığı çalışmada aromaterapi uygulanan 8058 kadının %32'sine oksitosin uygulanmış olup bu sonuç araştırmamız bulguları ile benzerlik göstermiştir. Burns ve ark (2010), aromaterapinin kontraksiyonları güçlendirdiğine dair kesin kanıtın bulunamadığını bildirmişlerdir (9).

Araştırmamızda, deney grubundaki kadınların (% 93,3'ü), kontrol grubundaki kadınlara (% 66,7) göre daha fazla sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olduğu görüldü ve iki grup arasındaki bu fark anlamlı bulundu ($\chi 2$=5,104 p=0,021) (Tablo 4.7). Gençalp (1998)'in doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmada, doğum eyleminde hemşirelik desteği alan kadınlar almayan kadınlara oranla sağlık ekibiyle daha fazla işbirliği yaptığı belirtilmiştir (15, 67). Çalışmamızda, her iki gruba aromaterapi uygulaması dışında aynı ebelik, hemşirelik bakımı ve desteği verilmiştir. Ağrıyla işbirliği daha iyi sağlanan ve anksiyete düzeyleri daha düşük olan deney grubunda iletişim daha kolay gerçekleşmiştir. Bunun da kontrol grubuna göre deney grubunda sağlık ekibiyle işbirliğinin anlamlı düzeyde artmasına neden olduğunu düşünmekteyiz. Artmış işbirliği hem kadın, hem de sağlık ekibi açısından daha tatmin edici bir doğumun yaşanmasını sağlamıştır. Yıldırım ve Şahin'inin (2004) çalışmasında bizim çalışmamızın aksine, hem kontrol (%100) hem de deney grubunun (%95) benzer şekilde sağlık ekibiyle işbirliği içinde olduğu bildirilmiştir (15).

Doğumda ağrıları ile nasıl başa çıkacağı, ne tür işlem ve uygulamalarla karşılaşacağı konusunda hazırlıklı olmayan, özellikle de doğum deneyimi olmayan primipar gebeler, doğum eyleminde korku, endişe gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Kadınlar, doğumda ajitasyondan, kendine zarar vermeye kadar varan duygusal tepkiler gösterebilmektedir. Bu tepkilerin daha sonra utanma, suçluluk duyma ve benlik duygusunda azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu durum annelerin doğum sonu dönemde duygusal sıkıntı yaşamasına, anne ve bebek sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine de yol açabilir (15).

Katılımcıların doğum eylemi boyunca duygu durum ve davranışları gözlemlendiğinde kontrol ve deney grubu arasında; "heyecanlı görünme", "yalnız kalmaktan kaçınma", "yüksek sesle ağlama", "avuçlarını sıkma", "çığlık atma", "kendisine zarar verme", "çevresindeki kişileri suçlama" ya yönelik duygudurum ve davranışlarında anlamlı farklılık gözlenmedi. Bu sonuçlar hem deney hem de kontrol grubunda bulunan gebeler için benzer değerler taşımaktadır.

İki grup arasında farklılıkların gözlendiği davranışlar ise; "korku ifadesi", "huzursuzluk", "davranışların kontrolünde güçlük", "iletişimden kaçınma", "mahremiyetin azalması", "sessizce ağlama", "herhangi bir şeyi ısırma", "yakınma", "sürekli gezinme" şeklindedir. Bu ifadelerin her biri için kontrol grubu, deney grubuna göre korkmuş, huzursuz olmuş, davranış kontrolünde güçlük çekmiş, iletişim sorunu yaşamış, mahremiyeti azalmış ve sesssizce ağlama, ısırma, yakınma, sürekli gezinme davranışlarını daha fazla sergilemiştir. Bu ifadelerin çoğunlukla deney grubuna göre daha çok kontrol gurubunda yaşandığı gözlemlendi ve iki gurup arasında doğum eylemindeki bu duygu durum ve davranışlar açısından anlamlı farklılık bulundu (Tablo 4.8) (Şekil 4.3).

Yıldırım ve Şahin'inin (2004) çalışmasında, aktif fazda "yüksek sesle ağlama", "yüz ifadesinde değişiklik", "yakınma", "çığlık atma", "korku ifadesi", "duyarlılık", "herhangi bir şeyi sıkma", "huzursuzluk" ve "avuçlarını sıkma" yönünde davranışların deney grubundaki kadınlarda daha az görüldüğü bildirilmiştir (15).

Coşar ve Demirci'inin (2012) lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisini inceledikleri çalışmada, kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla "korku ifadesi", "huzursuzluk", "mahremiyetin azalması", "sessizce ağlama" ve "dudak ısırma" davranışları daha sık

görülürken, deney grubunda "sürekli gezinme" davranışı daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur. Ayrıca kontrol grubu gebelerde "heyecanlı görünüm", "herhangi bir şeyi sıkma", "yakınma" ve "çığlık atma" davranışları deney grubuna oranla daha fazla görülmüş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (67). Araştırmamızdaki bulgular, bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Aromaterapi uygulamasının kadınların doğum eyleminde gösterdikleri duygusal tepkilerde azalmaya neden olduğu ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada kontrol grubuna göre deney grubunun daha başarılı olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda, doğumun 2.evresinde müdahalede bulunulması (fundal basınç), obstetrik problem yaşanması (fetal distress, mekonyum), perineal yırtık ve servikal yırtık varlığı iki grupta karşılaştırıldı ve iki grup arasında bu özellikler açısından anlamlı farklılık gözlenmedi ($\chi 2$=3,326 p=0,068) ($\chi 2$=0,000 p=1,000) ($\chi 2$=2,139 p=410) ($\chi 2$=0,000 p=1,000) (Tablo 4.9).

Epizyotominin perineal travmaları azalttığı ve perineal tamir ve iyileşmeyi kolaylaştırdığına inanılmaktadır. Çalışmanın yapıldığı yerde tüm primipar kadınlara rutin olarak epizyotomi açılmaktadır. Bu sebeble çalışmada epizyotomi uygulanma oranı %100'dür. Karaçam ve ark.'ının (2013) 396 primipar üzerinde yaptığı çalışmada, epizyotomi sıklığının %56,3 olduğu bildirilmektedir (68). FIGO (İnternational Federation Gynecology And Obstetric) rutin epizyotomiden kaçınılmasının, gerek duyulduğunda ise sınırlı epizyotominin yapılmasını önermektedir (69).

Çalışmamızda, kontrol grubunun %70'ine, deney grubunun ise %43,3'üne doğumun ikinci evresinde fundal basınç uygulanmıştır. Moiety ve Azzam (2014) 8097 kadın üzerinde fundal basıncı inceledikleri çalışmada fundal basınç sıklığını %24,38 olarak bulmuştur. Çalışmamızda ki tüm katılımcıların primipar olmasının, fundal basıç kullanım sıklığını arttırdığını düşünmekteyiz (70). Fundal basınçın uygulanma nedenleri daha sıklıkla fetal distress ve maternal yorgunluktur (71). İstatistiksel olarak anlamlı olmasa da çalışmamızda aromaterapi uygulanan gruba daha az fundal basınç uygulandığını bulduk. Bunun nedeneninin aromaterapi grubunda yer alan kadınların daha az maternal yorgunluk yaşamalarıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Doğumun birinci evresi kontrol grubunda ortalama 395,43 dk (6,59 saat), deney grubunda ise 366,37 dk (6,11 sa) sürdü. Gruplar arasında birinci evrenin süresi bakımından önemli farklılık gözlenmemekle birlikte deney grubunda, kontrol grubuna göre birinci evrenin süresi ortalama otuz dakika daha kısadır. (t=,532 p=0,597). Doğumun ikinci evresi kontrol grubunda ortalama 25,10 dk, deney grubunda ise 18,00 dk sürdü (t=2,313 p=0,024). Doğumun üçüncü evresi kontrol grubunda ortalama 12,13 dk, deney grubunda ise 8,53 dk sürdü (Zmwu=262,000 p=0,005). Deney grubunun kontrol grubuna göre daha kısa süren ikinci ve üçüncü evre geçirdiği gözlendi ve bu farklılık anlamlı bulundu (Tablo 4.10) (Şekil 4.4).

Nelson ve ark.(2013)'ın 12.523 kadın üzerinde yaptıkları ve doğumun birinci ve ikinci evrelerinin sürelerini inceledikleri bir çalışmada, doğumun birinci evresinin süresi ortalama 15,6 saat, ikinci evresinin ortalama süresi ise 2,9 saat olarak rapor edilmiştir (72).

Burns ve ark.'ının (2007), doğumda aromaterapi konulu, 513 kadınla gerçekleştirdiği randomize kontrollü bir çalışmada, doğumun birinci evresinin uzunluğu ortalama kontrol grubunda 216 dk, aromaterapi grubunda ise 217 dakika olarak bulunmuştur (p=0.90). Aromaterapinin, birinci evrenin süresini bizim çalışmamızla benzer şekilde değiştirmedi bildirilmiştir. Aynı çalışmada doğumun ikinci evresinin uzunluğu ortalama kontrol grubunda 33,20 dk, aromaterapi grubunda 34,70 dk olarak bulunmuştur (p=0.51). Bu çalışmada bizim çalışmamızın aksine ikinci evrenin süresiyle ilişkili anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Öztürk'ün (2006) dogum eyleminde Lİ4 enerji meridyen noktasına uygulanan buz masajının doğum ağrısının algısı üzerine etkisini belirlemek için yaptığı çalışmasında, buz veya silikon uygulamasının travay süresine etkisine bakılmış, gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmadığı rapor edilmiştir (39).

Mucuk ve Başer (2009)'in Li4 ve SP6 akupunktur noktasına akupunktur kalemi ile yapılan uyarının doğum ağrısı ve süresi üzerine etkisine bakıldığı çalısmada, Lİ4 grubunun daha kısa sürede doğum yaptığı ve bunu sırasıyla SP6 ve kontrol grubunun izlediği saptanmış, ancak farklılıkların istatistiksel düzeyde anlamlı bulunmadığı bildirilmiştir (42).

Borup ve ark.(2009)'ının yaptığı çalışmada da, akupunktur ve TENS uygulanan grup ve kontrol grubu karşılaştırılmış gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı

farklılık yokken, akupunktur grubunun doğum süresi ortalamasının daha düşük olduğu, bunu TENS grubunun, onu da kontrol grubunun izlediği bildirilmiştir (73).

Kaplan ve ark.(1998)'ının doğum eyleminde TENS'in etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada nulliparlarda birinci evrenin ortalama süresi tens uygulanan grupta (720 dk), kontrol grubuna (856 dk) göre ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur (65).

5.3. Kontrol Ve Deney Grubundaki Kadınların Doğum Sonu Döneme İlişkin Bulgularının Tartışılması

Her iki grupta yenidoğanların cinsiyeti, ortalama kilosu (t=-0,019 p=0,985), boyu (Zmwu=354,500 p=0,153) ve baş çevresi (Zmwu= 431,500 p=0,783) açısından anlamlı farklılık gözlenmedi. Araştırmada kontrol ve deney grubunun yenidoğan özellikleri açısından birbirine benzer olduğu saptandı.

Çalışmamızda deney grubundaki yenidoğanların birinci dakika apgar skor ortalaması (8,23±0,57), kontrol grubundakilere (7,63±0,76) göre daha yüksek gözlendi ve bu fark anlamlı bulundu (Zmwu=259,000 p=0,002). Yenidoğanın beşinci dakika apgar skoru yönünden kontrol grubu (9,07±0,52) ve deney grubu (9,30±0,47) arasında anlamlı bir fark bulunmadı (Zmwu=358,500 p=0,86) (Tablo 4.12). Çalışmada aromaterapi uygulamasının yenidoğan sağlığı üzerinde etkili olduğu görüldü. Bunda aromaterapi grubunda doğum süresinin daha kısa olması, kadınların anksiyete düzeylerinin düşük olması, ağrıyla daha iyi birlikteliklerinin sağlanmasının etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Bastarda ve Tiranb'ının (2009) aromaterapi ve masajın fetüs üzerine olan etkisini inceledikleri çalışmada akut fetal distresle, kadınlardaki anksiyete düzeyi arasında bağlantı olduğu bulunmuştur. Anksiyete arttıkça fetal distress oranın da arttığını rapor etmişlerdir (74). Doğum eyleminde annenin doğum ağrı algısının azaltılması, annede oluşan anksiyetenin azalması ile fetal distres oluşumuna engel olduğu belirtilmektedir (39). Hodnett (1997) tarafından yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, doğum ağrılarını gidermede nonfarmakoloijk yöntem kullanımının düşük apgar skorunu önlediği bildirilmektedir (75).

Burns ve arkadaşlarının (2007) yaptığı doğumda aromaterapi isimli randomize kontrollü bir çalışmada yenidoğanların birinci dakika apgar skor ortalaması aromaterapi uygulanan grupta 9,1±0,79, kontrol grubunda 9,1±0,81 çalışmamızdan farklı olarak

istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p=0,38). Yenidoğanların beşinci dakika apgar skor ortalaması aromaterapi uygulanan grupta 10±0,34, kontrol grubunda 10±0,46 çalışmamız benzer olarak istatistiksel bir anlamlılık bulunmamıştır (p=0,92) (8).

Skilnand ve arkadaşları (2002) tarafından doğumda ağrı yönetiminde akupunkturun etkilerinin incelendiği çalışmada yenidoğan apgar puanları arasında farklılık belirtilmemiştir (76). Kaplan ve ark.'ının çalışmasında kontrol ve deney grubu yenidoğan birinci ve beşinci dakika apgar puanları arasında fark bildirilmemiştir (65).

Borup ve ark.(2009)'ının yaptığı çalışmada, birinci dakikadaki apgar puanları açısından gruplar arasında farklılık yokken, beşinci dakika apgar puanlarında hafif düzeyde farklılık belirlenmiştir (73).

Yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu karşılaştırıldığında kontrol grubu ve deney grubu arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($\chi 2$=3,825 p=0,112).

Burns ve ark.'ının (2010) 8058 kadınla gerçekleştirdikleri çalışmada kontrol ve aromaterapi uygulanan grup yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu bakımından benzer bulunmuştur. Sonuçlarımızdan farklı olarak Burns ve arkadaşlarının (2007) 513 kadınla gerçekleştirdiği randomize kontrollü bir çalışmada yenidoğanın yoğun bakıma gitme durumu kontrol grubuna göre aromaterapi grubunda daha az bulunmuştur (8). Fakat bu anlamlılığın rastlantı sonucu (örneklem sayısının azlığı) olduğunu rapor etmişlerdir.

Yenidoğanın ilk emzilme zamanına bakıldığında kontrol grubunun %43,3'ü, deney grubunun %76,7'si bebeklerini doğumdan sonra ilk 30-60 dakika arasında emzirmişlerdir. Deney grubunun, kontrol grubuna göre bebeklerini daha erken zaman aralığında emzirmesi anlamlı bulundu ($\chi 2$= 5,625 p=0,018) (Tablo 4.13) (Şekil 4.5). Aromaterapi grubundaki kadınların anksiyete düzeylerinin düşük olması, ağrıyla daha iyi birlikteliklerinin sağlanması, daha iyi bir doğum deneyimi yaşamalarının etkisi olduğunu düşünmekteyiz.

Ahmad ve ark.(2012)'ının doğum öncesi danışmanlığın emzirme üzerine etkisinin incelendiği araştırmada doğum öncesi eğitim alan grubun (%96'sı), eğitim almayan gruba (%84'ü) göre anlamlı olarak doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirdiğini ifade etmişlerdir (77).

Araştırmamızda bulunan sonuçlara göre, "Doğum eyleminde aramoterapi uygulanan kadın ve bebeklerinin sağlık durumu daha iyidir" hipotezi çalışma sınırlıkları kapsamında kısmen karşılanmıştır. Ayrıca çalışmamızda aromaterapi uygulaması ile ilgili hiçbir maternal ve fetal yan etki görülmemiştir.

Doğum eyleminden sonra kadınların doğum süreci ve özellikle doğum ağrısın karşısındaki tahammülünü değerlendirmeleri, yaşanan deneyimin sağlıklı olup olmadığını değerlendirmek açısından önemlidir. Araştırmamızda katılımcıların doğum sonu memnuniyeti karşılaştırıldığında aromaterapi uygulanan kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre; kendi ve bebeği hakkında daha fazla bilgi aldığı, kontraksiyonlara karşı tahammülünün daha fazla olduğu, kendini daha fazla güvende hissettiği bulundu (Z_{mwu}=251,000 p=0,002) (t=-2,581 p=0,013) (t=-2,364 p=0,021) (Z_{mwu}=316,00 p=0,025). Kontrol ve deney grubundaki kadınların verilen bakımın yeterliliği, doğumhanenin fiziksel ortamını değerlendirmeleri, doğum sürecindenden memnuniyeti, çocuk sahibi olmanın güzel bir duygu olduğu ile ilgili düşünceleri yönünden anlamlı bir fark bulunmadı (Z_{mwu}=354,500 p=0,110) (Z_{mwu}=368,000 p=0,1659 (Z_{mwu}=336,000 p=0,054) (Z_{mwu}=441,000 p=0,844) (Tablo 4.14) (Şekil 4.6).

Simavli ve ark'ı (2013) müzik terapisinin postpartum ağrı ve memnuniyet üzerine etkisinin araştırıldığı 161 kadınla gerçekleşen randomize kontrollü bir çalışmada doğum eylemi boyunca kadınlara seçtikleri müzik dinletilmiştir. Doğum sonu ağrı ve anksiyete düzeyleri anlamlı olarak deney grubunda daha düşük bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak memnuniyet oranları deney grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir (78).

Cluett ve Burns (2013), doğumda su immersiyonunu kullanılarak yapılmış çalışmaların değerlendirilmesinde su immersiyonunun doğum sonu memnuniyetiyle ilişkisine bakılmış üç araştırmadan bir tanesinde doğumunda su immersiyonu uygulanan kadınların uygulanmayanlara göre doğum memnuniyeti anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu rapor edilmiştir (79).

Mortazavi ve ark.'ı (2012) masaj terapinin doğum eylemi boyunca ağrı, anksiyete ve kadınların memnuniyetini inceledikleri 120 primipar kadınla yaptıkları çalışmada masaj uygulanan grupta doğumun dört evresinde de memnuniyet puanları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (80).

Yıldırım ve Şahin'inin (2004) çalışmasında, çalışmamıza benzer şekilde doğumda solumun ve tensel uyarılmanın yapıldığı deney grubundaki kadınların daha memnun edici doğum deneyimi yaşadıkları bildirilmiştir (15).

Doğum sonu memnuniyetin sorgulanmasında kontrol ve deney grubu arasında anlamlı fark olsun olmasın tüm değerlendirme puanlarında deney grubu daha yüksek skor belirtmiştir. Bu sonuçlara göre "Aramoterapi, kadının doğum eylemiyle ilgili memnuniyetini artırır" hipotezi çalışma sınırlıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Çalışmamızda, aromaterapi uygulanan gruptaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre aktif ve geçiş fazında doğum ağrısını daha az algıladıkları bulundu. Deney gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre latent fazda ve geçiş fazında yaşadıkları kaygı ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu, deney grubunun, kontrol grubuna göre daha fazla sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olduğu görüldü. Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal basınç, obstetrik problemlerin yaşanması, perineal ve servikal yırtık durumları incelendiğinde kontrol ve deney grubu arasında bu özellikler açısından fark görülmedi. Deney grubundaki kadınlarda, doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evrelerinin süreleri, kontrol grubuna göre daha kısa sürdüğü ve deney grubundaki yenidoğanların birinci dakika apgar skor ortalamasının ise kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu bulundu. Deney grubundaki kadınlar, kontrol grubundaki kadınlara göre, doğum ağrısına tahammüllerinin daha iyi olduğunu ve kendilerini daha fazla güvende hissettiklerini ifade ettiler.

Sonuç olarak; doğumda uygulanan aromaterapinin; kadının doğum ağrısını algılamasını, kaygı ve anksiyete düzeyini azalttığı, kadının ağrıya tahammülünü ve güvenini arttırdığı, doğumun süresini ise azalttığı saptandı. Bunun yanında aromaterapi uygulaması ile ilgili hiçbir maternal ve fetal yan etki ise görülmedi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum eyleminde aromaterapinin etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar üç bölümden oluşmaktadır. Kontrol ve deney grubunun tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların karşılaştırılmasına ilişkin verilerin bulunduğu birinci bölümde;

- Araştırma örneklemi, 21-25 yaş grubunda, eğitim düzeyi ilköğretim olan, çoğunluğu evli, çalışmayan ve sağlık güvencesi olduğunu ifade eden kadınlardan oluşmaktadır. Kontrol (39,07±1,23) ve deney (38,90±1,06) grubunun gebelik haftası ortalaması ile kontrol (13,00±4,835) ve deney (11,73±3,886) grubunun gebelikte aldığı kiloların ortalaması bakımında gruplar homojen dağılmıştır. Araştırmada kontrol ve deney grubunda incelenen kadınlar, tanıtıcı özellikler açısından birbirine benzerdir.
- Kontrol grubundaki kadınların %70'i, deney grubunun %50'si doğum hakkında herhangi bir bilgisi olmadığını ifade etmiştir. Bilgisi olanların çoğunun doğum hakkında edindiği bilgileri aile, arkadaş ve çevresinden edindiği belirlendi.

Doğum eyleminin dilatasyon ve ikinci evresindeki bulguların karşılaştırılmasına ilişkin verilerin bulunduğu ikinci bölümde;

- Kontrol ve deney grubu arasında, latent fazda değerlendirilen VAS ortalama puanları yönünden anlamlı bir fark saptanmadı (t=0,816 p=418). Aromaterapi uygulanan gruptaki kadınların, kontrol grubundaki kadınlara göre aktif ve geçiş fazında doğum ağrısını daha az algıladıkları bulundu (t=4,786 p=0,000) (Zmwu=288,00 p=0,002).
- Deney gurubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre latent fazda ve geçiş fazında daha az kaygı ve anksiyete içinde oldukları saptandı (t=6,258 p=0,000) (t=6,861 p=0,000).
- Deney grubunun (93,3'ü), kontrol grubuna (%66,7'si) göre daha fazla sağlık ekibi ile işbirliği içerisinde olduğu görüldü ($\chi 2$=5,104 p=0,021).
- Kontrol grubu, deney grubuna göre korkmuş, huzursuz olmuş, davranış kontrolünde güçlük çekmiş, iletişim sorunu yaşamış, mahremiyeti azalmış ve

sesssizce ağlama, ısırma, yakınma, sürekli gezinme davranışlarını daha fazla sergilemiştir.

- Doğumun ikinci evresinde uygulanan fundal basınç, obstetrik problemlerin yaşanması, perineal ve servikal yırtık durumları incelendiğinde kontrol ve deney grubu arasında fark yoktur.
- Deney grubunun kontrol grubuna göre daha kısa süren ikinci ve üçüncü evre geçirdiği gözlendi (t=2,313 p=0,024). (Zmwu=262,000 p=0,005).

Doğum sonu döneme yönelik bulguların karşılaştırılmasına ilişkin verilerin bulunduğu üçüncü bölümde;

- Deney grubundaki yenidoğanların birinci dakika apgar skor ortalaması, (8,23±0,57), kontrol grubundakilere (7,63±0,76) göre daha yüksek gözlendi (Zmwu=259,000 p=0,002).
- Deney grubunun (%76,7), kontrol grubuna (%43,3) göre bebeklerini daha erken zaman aralığında emzirdiği bulundu ($\chi 2$= 5,625 p=0,018).
- Aromaterapi uygulanan deney grubundaki kadınların kontrol grubundaki kadınlara göre; kendi ve bebeği hakkında daha fazla bilgi aldığı, kontraksiyonlara karşı tahammülünün daha fazla olduğu, kendini daha fazla güvende hissettiği bulundu (Zmwu=251,000 p=0,002) (t=-2,581 p=0,013) (t=-2,364 p=0,021) (Zmwu=316,00 p=0,025).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar ve yapılan araştırmalar doğrultusunda;

- Tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemleri, doğum eyleminde tıbbi müdahalelere güvenli alternatifler sunmakta, kadının kendisine olan güveninin destekleyerek otonomisini güçlendirmektedir. Aromaterapi uygulamasının hemşirelik ve ebelik felsefesine uyumlu olması ve mesleği profesyonel anlamda geliştireceği düşünüldüğünden doğumda yer alan sağlık ekibinin aromaterapi ve tamamlayıcı, alternatif tıp yöntemleri konusunda bilgili ve deneyimli olmaları,
- Doğumda, doğal yöntemlerin etkinliğinin arttırılması için doğum konusunda toplumun farkındalık ve duyarlılıklarının yükseltilmesi gerekmektedir. Toplum

ve bireyle sürekli iletişimde bulunan ebe ve hemşirelerin kadınlara sağlık danışmanlığı yapması ve eğitim programları geliştirmesi,

- Sağlık profesyonellerinin özellikle doğumhanede çalışan ebe ve hemşirelerin kendilerini bu alanda yetiştirmesi, tamamlayıcı/alternatif tıp yöntemleri ve non farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri hakkında hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, mesleki eğitimde bu konulara yer verilmesi, yetkili kurumlar tarafından sertifika programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1) Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*. İstanbul: Nobel tıp kitapevi; 2012

2) Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *eCAM* 2007;4(4)409–417

3) Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour (review). *The Cochrane Library* 2011, Issue 8

4) Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults. United States, 2002. Advance Data 2004; Vol. 343:1–19.

5) Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour *The Cochrane Library* 2010, Issue 9

6) Allaire AD, Moos M, Wells SR. Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of North Carolina nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology* 2000;**95** (1):19–23.

7) Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews (Review). *The Cochrane Library* 2012, Issue 3

8) Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2007;**114**: 838–844.

9) Burns E, Blamey C,. Ersser SJ, Lloyd AJ and Barnetson L. The use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice an observational study. *Complementary Therapies in Nursing &Midwifery* 2000; **6**, 33-34

10) Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Kitabı*. Doğum eylemi, Sistem ofset matbaacılık; Ankara.2005 275-304

11) Davidson M, London M, Ladewig P. *OLD'S Maternal- Newborn Nursing & Women's Health Across the Lifespan*. 8th edition. Pearson Education, Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall; 2008

12) Şirin A, editör. *Kadın Sağlığı. İstanbul;bedray basın yayıncılık:2008. 646-662*

13) Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK et al. içinde: Cunningham GF, editörle. Çeviren Akman AC, *Williams Doğum Bilgisi* Ankara; Nobel Tıp Kitabevi, 21. Baskı, 2005

14) Murray SS, McKinney ES. *Foundations of Maternal – Newborn Nursing. Third Edition,* W.B. Saunders Company, Philadelphia, Pennsylvania, 2002;242-394.

15) Yıldırım G, Şahin NH. The effect of breathing and skin stimulation techniques on labor pain perception of Turkkish women. *Pain Res Manage* 2004;**9**(4):183-187.

16) Bonica JJ. *The Management of Pain.* 2.ed, Philadelphia, Lea & Febiger Company, 1990:1326-1333.

17) Escott D, Slade P, Fraser RB. the range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labour. *Midwifery,* 2004;**20**:144-156.

18) Demir CS, Balcıoğlu O, Atay Y, Evrüke C, Kadayıfçı O, doğum anestezisi ve analjezisi, *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 1998; 5(2):69-77.

19) Taşçı E, Sevil Ü, Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi,* 2007; **17**(3):181-86.

20) Ertem G, Sevil Ü Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;**8**(2)

21) Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007;**110**:1102-12.

22) Lederman RP, Treatment strategıes for anxiety, stress, and developmental conict during reproduction. *Behavioral Medicine*, 1995; 21(3):113-22.

23) Yıldırım G, Şahin NH, Doğum ağrısının değerlendirilmesi ve kontrolü *İÜFNHYO hemşirelik Dergisi*, 2003;**13**(51):101-113.

24) Leblebici HŞ. Hasta kontrollu epidural teknik ile doğum analjezisi. Uzmanlık tezi, Dr. Sadi Konuk eğitim ve arastırma hastanesi anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği İstanbul-2006.

25) Ergin A. *Ağrısız doğum*. erişim tarihi:16.12.2013 http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=do%C4%9Fum%20a%C4%9Fr%C4%B1s%C4%B1%20analjezisi&source=web&cd=6&cad=rja&ved=0CFAQFjAF&url=http%3A%2F%2Fwww.journalagent.com%2Fz4%2Fdownload_fulltext.asp%3Fpdir%3Dokmeydanitip%26plng%3Deng%26un%3DOTD-87597&ei=ESOvUpf4FZKqhAe8w4CgBA&usg=AFQjCNG3X1750ggI-Dc_XiwtGYUbOGgvoA&sig2=zgimtKk84PfKMob4yYIGPw&bvm=bv.57967247,d.bGQ

26) Duchene P. Effects of biofeedback on childbirth pain. *J Pain Symptom Manager* 1989;**4**:117–23.

27) Tournaireve M, Theau-Yonneau A. complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evidence-based complementary and alternative medicine* 2007;**4**(4):409-417

28) Simkin P, Klein MC. Nonpharmacological approaches to management of labor pain advances in experimental medicine and biology 2013 http://www.uptodate.com/contents/nonpharmacological-approaches-to-management-of-labor-pain erişim tarihi:01.12.2013)

29) Avcıbay B. Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi yüksek lisans tezi çukurova üniversitesi Sağlık bilimleri enstitüsü, Adana; 2009.

30) Michel SC, Rake A, Treiber K, et al. MR .Obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. *AJR Am J Roentgenol* 2002; **179**:1063.

31) Simkin P, Bolding A.Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004;**49**(6):489–504.

32) Kömürcü N., Travayda dinletilen tedavi müziğinin gebenin anksiyetesine etkisi. HemşirelikForumu Dergisi, 1996; 2-3:89-96.

33) Ersanlı C., İndüksiyon uygulanan Primipar gebelere travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi, Yükseklisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2007.

34) Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs*. 2003;2:54–61.

35) Mamuk R, Davaş Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2010; 44(3), 137-144.

36) Ramnero A., Hanson U., Kihlgen M., Acupuncture treatment during labour—a randomised controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2002; **109**:637-644.

37) Budd S. Acupuncture. İçinde TiranD, MackS. *Complementary therapies for pregnancy and childbirth*, 2nd ed. New York: Balliere Tindall, 2000.

38) Lee MK, Chang SB, Kang DH: Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med* 2004; **10**: 959–965.

39) Öztürk H., Gebelerde algılanan doğum ağrısının azaltılmasında ele uygulanan buz masajı etkisinin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006.

40) Penny KS. Postpartum perceptions of touch received during labor. R*es Nurs Health*. 1979; 2 :9–16.

41) Brown TS, Douglas C, Şood PL. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *J Perinat Educ 2001;*10:1-8.

42) Mucuk S, Başer M. Doğum ağrisini hafişetmede kullanilan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,* 2009; **12**:(3)61-66

43) Bundsen P, Peterson LE, Selstam U. Pain relief labor by transcutaneous electrical nerve stimulation, a prospective matched study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1981; **60**:459–468.

44) Carroll D, Moore RA, Tramer MR, Mc Quay HJ. Transcutaneous electrical nerve stimulation does not relieve labor pain: updated systematic review. *Contemp, Rev Obstet Gynecol.* 1997; 195–205.

45) Simkin P, O'Hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002; **186:**131–159.

46) Waters BL, Raisler J. Ice massage for the reduction of labor pain. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2003; **48** (5): 317- 321.

47) Cluett E, Nikodem V, McCandlish R, Burns E. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;2:CCD000111.

48) *Homeopati* 2013 Erişim tarihi: 01.12.2013 http://homeopatidernegi.org/?page_id=63

49) Smith CA. Homeopathy for induction of labour. *Cochrane Database Sys Rev* 2001; CD 003399.

50) Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD 009514.

51) Kadayıfçı O. *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. Nobel Kitabevi, 2005.

52) Fritz S. *Essential oils for pregnancy, birth babies.* Gently born puplication, Arizona 2012.

53) European Medicines Agency. Assessment report on *Lavandula angustifolia Mill*., aetheroleum and *Lavandula angustifolia Mill*., 2011.

54) Stevensen CJ. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. Complementary Therapies in Medicine 1995; **2**:27–35.

55) Clifford FR. *Aromatherapy during your pregnancy*. C.W. Daniel Company, England 1997.

56) Lecompte A, Öner N. Durumluk-sürekli kaygı envanterinin türkçe'ye adaptasyon ve standardizasyonu ile ilgili bir çalışma. IX. Milli Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Çalışmaları 1975, 457-462.

57) Durualp, E., Bektaş , G., Ergin, D. ve Karaca, E. ve Topçu, E. Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyuve baş çevresi arasındaki iliş kinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 2011 **64**(3) 119-126.

58) Sözeri C, Cevahir R, Şahin S ve Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006; **1**(2) 93-103.

59) Karadağ F. Gebelere lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar 2008.

60) Chuang CH, Hillemeier MM, Anne-Marie D ve Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Preventive Medicine*, 2011;**53**, 85–88.

61) TNSA (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.* Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim Tarihi:16.12.2013 http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008

62) Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü. Web ortamında interaktif- antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi *DEUHYO ED* 2010, **3**(1), 9-14.

63))Baker A, Ferguson SA, Roach GD, Dawson D. Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing* 2001;**35** (2).

64) Chung UL, Hung LC, Kuo SC, Huang CL. Effects of LI4 and BL 67 acupressure on labor pain and uterine contractions in the first stage of labor. *Journal of Nursing Research* 2003;**11**(4): 251- 260.

65) Kaplan B, Rabinerson D, Lurie S, Bar J, Krieser UR, Neri A. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for adjuvant pain-relief during labor and delivery, *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1998; **60**: 251-255.

66) Üst ZD, Pasinlioğlu T, Özkan H. Doğum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;**16**:2.

67) Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi* 2012; **3**(1): 18-30.

68) Karaçam Z, Ekmen H, Çalışır H, Şeker S. Prevalence of episiotomy in primiparas, related conditions, and effects of episiotomy on suture materials used, perineal pain, wound healing 3 weeks postpartum, in Turkey: A prospective follow-up study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2013;**18**(3):237-245.

69) NICE Clinical Guidelines, No.55 National collaborating centre for women's and children's health (UK).2007. Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth.

70) Moiety FM, Azzam AZ. Fundal pressure during the second stage of labor in a tertiary obstetric center: A prospective analysis *J Obstet Gynaecol Res*. 2014. 15. doi: 10.1111/jog.12284.

71) Tongate S, Gibbs JD. Nurses, Physicians and disagreements about fundal pressure. *Nursing for Women's Health*. 2010;14(2):95-169.

72) Nelson DB , McIntire DD , Leveno KJ. Relationship of the length of the first stage of labor to the length of the second stage. *Obstet Gynecol*. 2013;122(1):27-32.

73) Borup L, Wurlitzer W, Hedegaard M, Kesmodel US, Hvidman L. Acupuncture as pain relief during delivery: a randomized controlled trial. Birth 2009; 36 (1): 5–12.

74) Bastarda J, Tiranb D. Reprint of: aromatherapy and massage for antenatal anxiety: its effect on the fetus. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2009; **15**(4): 230–233.

75) Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth, In: JP Neilson, C.A. Crowther, E.D. Hodnett, G.J. Hofmeyr and MJNC Keirse Editors, Pregnancy and Childbirth Module, *Cochrane database of systematic reviews, cochrane librarry update software*, Oxfory,1997.

76) Skilnand E, Fossen D, Heiberg E. Acupuncture in the management of pain in labor, *Acta Obstetricia et Gynecologia Scandinavica*. 2002; **81**(10), 943.

77) Ahmad MO, Sughra U, Kalsoom U , İmran M , Hadi U. Effect of antenatal counselling on exclusive breastfeeding. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2012, **24** (2) :116-119.

78) Simavli S, Kaygusuz I, Gumus I, Usluogulları B, Yildirim M, Kafali H. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *J Affect Disord.* 2013;**28:** pii: S0165-0327(13)00867-7.

79) Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Sao Paulo Med J.* 2013;**131**(5):364.

80) Mortazavi SH, Khaki S, Moradi R, Heidari K, Vasegh Rahimparvar SF. Effects of massage therapy and presence of attendant on pain, anxiety and satisfaction during labor. *Arch Gynecol Obstet.* 2012; **286**(1):19-23.

FORMLAR

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu) Ek-1

Bu çalışma bilimsel bir araştırma için yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN AMACI NEDİR?
Bitkisel bir tedavi yöntemi olan aromaterapinin doğum eylemine etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için 18-35 yaş aralığında, daha önce hiç doğum yapmamış, doğum eyleminiz kendiliğinden başlamış, herhangi bir risk bulunmayan normal seyreden bir gebeliğinizin olması, eşlik eden kronik hastalığınızın olmaması, Lavandula esansiyel yağına bilinen alerjinizin olmaması gerekir. Bu koşulları sağlayan gebeler arasından hasta numaranızın tek veya çift sayı olmasına göre rasgele iki araştırma grubundan birine dahil edileceksiniz.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Aromaterapi uygulaması lavanta esansiyel yağı ile 3 şekilde yapılacaktır;

1- Esansiyel yağ içeren bir kağıdın kıyafetinize tutturulması ile (doğumhanede bulunduğunuz sürece saatte bir yağın yenilenmesi),

2-Şakak bölgelerine ovuşturma şeklinde (doğumhanede bulunduğunuz sürece bebeğinizin doğum kanalından çıkması için gerekli olan rahim ağzı açıklığınız 8 cm oluncaya kadar saatte, 8 cm den sonra ise yarım saatte bir) esansiyel yağın uygulaması ile,

3-Esansiyel yağ damlatılmış ılık su ile hazırlanmış ayak banyosu (doğumhanede bulunduğunuz sürece üç kez yarım saatlik süreyle) uygulamaları yapılacaktır.

Çalışma süreci boyunca farklı zamanlarda araştırmacı tarafından size bazı sorular sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt edilecektir.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 ’tır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Doğum eyleminde aromaterapi uygulamaları sizin doğum ağrısını algılamanızı, korku ve kaygı düzeyinizi azaltır ayrıca doğum eylemiyle ilgili memnuniyetinizi artırır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?
Bu araştırmada size lavanta esansiyel yağı uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen etkiler arasında ciltte kızarıklık, allerji oluşması sayılabilir. Sizin ve bebeğinizin sağlığını tehlikeye sokacak bir yan etkisi bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak istemeniz ya da çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz durumunda araştırmacı tarafından izniniz olmadan çalışma dışı bırakılabilirsiniz.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİME BAŞVURMALIYIM?
Uygulama süresi boyunca çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırma boyunca yanınızda bulunacak olan araştırmacı olan Hacer KARABULUT' a başvurabilirsiniz. Ayrıca araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir yan etki hakkında daha fazla bilgi temin etmek isterseniz 24 saat boyunca '0542 730 09 61' nolu telefondan bilgi alabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?
Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş kabul edilir.

Ayrıca;

-Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilci zamanında bilgilendirilir,

2. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre bildirilir,

3. Gönüllülerden elde edilecek olan Biyolojik Materyallerin hangi amaçla kullanılacağı açıklanır,

4. Biyolojik materyallerin analizlerinin yurtdışında yapılıp yapılmayacağı hususunun açıklanması; eğer analizler yurtdışında yapılacak ise ilgili Ülke/Ülkeler belirtilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metnin tamamını okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		**İMZASI**
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		**İMZASI**
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		**İMZASI**
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

Bu çalışma bilimsel bir araştırma için yapılmaktadır.

ARAŞTIRMANIN AMACI NEDİR?
Bitkisel bir tedavi yöntemi olan aromaterapinin doğum eylemine etkisi olup olmadığının araştırılmasıdır.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için18-35 yaş aralığında, daha önce hiç doğum yapmamış, doğum eyleminiz kendiliğinden başlamış, herhangi bir risk bulunmayan normal seyreden bir gebeliğinizin olması, eşlik eden kronik hastalığınızın olmaması gerekir. Bu koşulları sağlayan gebeler arasından hasta numaranızın tek veya çift sayı olmasına göre rasgele iki araştırma grubundan birine dahil edileceksiniz.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Araştırma süresince size diğer gebelerden farklı bir uygulama ya da tedavi yapılmayacaktır. Sadece farklı zamanlarda araştırmacı tarafından size bazı anket soruları sorulacak ve verdiğiniz cevaplar kayıt edilecektir. Araştırmanın süresi doğum eyleminizin başından sonuna kadar olacaktır.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak bir sorumluluğunuz yoktur.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 60 ’tır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Araştırmadan çıkarılan sonuçlar başka insanların yararına kullanılabilmek için karşılaştırılacak.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?
Araştırmanın size ve bebeğinize olası bir riski yoktur.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Çalışmanın herhangi bir aşamasında ayrılmak istemeniz ya da çalışmanın gereklerini yerine getirmemeniz durumunda araştırmacı tarafından izniniz olmadan çalışma dışı bırakılabilirsiniz.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİME BAŞVURMALIYIM?

Uygulama süresi boyunca çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda araştırma boyunca yanınızda bulunacak olan araştırmacı olan Hacer KARABULUT' a başvurabilirsiniz.Ayrıca araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir yan etki hakkında daha fazla bilgi temin etmek isterseniz 24 saat boyunca '0542 730 09 61' nolu telefondan bilgi alabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?

Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ ÖDEME YAPILACAK MIDIR?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilecektir.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyiciler, yoklama yapan kişiler, Etik Kurul, Bakanlık ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimleri bulunabilir. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur

formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş kabul edilir.

Ayrıca;

-Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllü veya yasal temsilci zamanında bilgilendirilir,

2. Gönüllünün araştırmaya devam etmesi için öngörülen süre bildirilir,

3. Gönüllülerden elde edilecek olan Biyolojik Materyallerin hangi amaçla kullanılacağı açıklanır,

4. Biyolojik materyallerin analizlerinin yurtdışında yapılıp yapılmayacağı hususunun açıklanması; eğer analizler yurtdışında yapılacak ise ilgili Ülke/Ülkeler belirtilir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren metnintamamını okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

GÖNÜLLÜNÜN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

AÇIKLAMALARI YAPAN ARAŞTIRICININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

RIZA ALMA İŞLEMİNE BAŞINDAN SONUNA KADAR TANIKLIK EDEN KURULUŞ GÖREVLİSİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

YAPILANDIRILMIŞ BİLGİ FORMU Ek-2

Deney Grubu ( ) Kontrol Grubu ( )

1- Adı Soyadı Protokol no:

2- Yaşınız?

3- Eğitim Durumunuz?
( ) okuma yazması yok ( ) okuryazar ( ) ilköğretim ( ) lise ( ) üniversite

4- Çalışma durumu?
( ) çalışıyor işi:……. ( ) çalışmıyor

5- Sosyal güvenceniz var mı?
( ) var ( ) yok

6 - Medeni durumunuz nedir?
( ) evli (nikahlı) ( ) bekar (nikahsız)

7- Sigara ve/veya alkol kullanıyor musunuz?
( )hayır
( ) evet Sigara: …….. paket/yıl Gebelikte devam durumu:……
Alkol:……miktar ……...yıl Gebelikte devam durumu:……

8- Gebelikte ilaç kullandınız mı?
( ) hayır
( ) evet işaretleyiniz ( ) demir ilacı ( ) vitamin/mineral ( ) diğer……

9- Gebelik haftanız? ……..

10- Gebelik kilosu: …….

11- Gebeliğinizde kaç kilo aldınız: ……

12- İsteyerek mi gebe kaldınız ?
( ) Evet ( ) Hayır

13- Daha önce gebeliğiniz var mı?
( ) hayır
( ) evet sonuçlanma şekli: düşük….. kürtaj…..

14- Doğum eylemiyle ilgili herhangi bir bilginiz var mı?
( ) Hayır
( ) kitap, dergi
( ) internet araştırması
( ) arkadaş, akraba
( ) sağlık ekibi
( ) diğer……

15- Gebeliğinizde kontrol için doktora gittiniz mi?
( ) evet ( ) hayır

16- Cevabınız evet ise kaç kez gittiniz? ……..

17- Hamile eğitim programlarına (ebeveyn eğitim sınıfları) katıldınız mı ?
( ) Evet ( ) Hayır

18- Daha önce herhangi bir sebeple aromaterapi uygulaması yaptınız mı?
( ) evet ( ) hayır

19- Cevabınız evet ise hangi amaçla kullandınız?.....

20- Nasıl uyguladınız……..

21- Normal yaşantınızda ağrınız olduğunda ne tür girişimlerde bulunursunuz?
( ) Hiçbir şey yapmam
( ) Ağrı kesici alırım
( ) Ağrıyan bölgeye masaj uygulama
( ) Solunum, gevşeme teknikleri
( ) Sıcak, soğuk uygulama
( ) Diğer…….

İNNATAL DÖNEM GÖZLEM FORMU Ek-3

1- Birinci evrenin uzunluğu……dakika

2- Doğumun birinci evresini kısaltmak için müdahale yapıldı mı?
( ) Hayır
( ) Amniotomi
( ) Oksitosin uygulaması
( ) Pethidin (50 mg IM)
( ) 8 mg/ml valetamat br ampul (2 Ampul)

3- Doğum eylemi süresince gebenin sağlık ekibiyle işbirliği yapma durumu:
( ) işbirlikçi bir yaklaşım içinde
( ) işbirlikçi bir yaklaşım içinde değil

4- Doğum eylemi süresince gebenin gösterdiği duygusal davranışlar:

	Gözlemlendi	Gözlemlenmedi
Heyecanlı görünüm		
Korku ifadesi		
Yalnız kalmaktan kaçınma		
Huzursuzluk		
Davranış kontrolünde güçlük		
İletişimden kaçınma		
Mahremiyetin azalması		
Yüksek sesle ağlama		
Sessizce ağlama		
Avuçlarını sıkma		
Herhangi bir şeyi		
Dudak ısırma		
Yakınma		
Çığlık atma		
Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma		
Sürekli gezinme		
Çevresindeki kişileri suçlama		

5- Doğum şekli :
( )Normal vajinal doğum ( ) Sezaryen

6- Normal doğum eylemine müdahale var mı?
( ) Hayır ( ) Fundal basınç ( ) Vakum ( ) Vakum + fundal basınç

7- Doğum eyleminin ikinci evresinde obstetrik problemler yaşandı mı ?

( ) Hayır
( ) Amniotik sıvıda mekonyum varlığı
( ) Fetal distres
( ) Distosi, ağrı zaafı,
( ) Omuz takılması
( ) Diğer ……

8- İkinci evrenin uzunluğu……dak.
9- Perineal yırtık durumu
( ) Yok ( ) 1. derece yırtık ( ) 2. derece yırtık ( ) epizyotomi ( ) uzamış epizyotomi
( ) 2. derece yırtık +epizyotomi ( ) 3. derece + epizyotomi

10- Servikal yırtık
( ) Yok ( ) Var

11- Doğum sonrası kanamayı önlemek için girişimde bulunuldu mu ?
( ) Hayır
( ) Fundus masajı yapılması
( ) 500cc Dekstroz içinde 20 ünite oksitosin infüzyon verilmesi
( ) 1 ml 0.2 mg Metilergobasin maleat + 5 ünite oksitosin IM uygulanması
( ) Kan transfüzyonu uygulaması
( ) Diğer……..

12- Üçüncü evrenin uzunluğu……dak

13- Yenidoğanın cinsiyeti
( ) Kız ( ) Erkek

14- Yenidoğanın kilosu: …….gr.

15- Yenidoğanın boyu: …… cm.

16- Yenidoğanın baş çevresi: ……. cm.

17- 1. dakika Apgar skoru..……..

18- 5. dakika Apgar skoru…….

19- Yenidoğanın yoğun bakım ünitesine gitme durumu?
( ) Yenidoğan yoğun bakım ünitesine gözlem yatışı verildi.
( ) Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı verildi.

20- Yenidoğanı ilk emzirme zamanı
( ) İlk 30 dak. İçinde ( ) 30-60 dakika içinde ( ) 60 dakikadan sonra

DOĞUM SONRASI GÖRÜŞME FORMU Ek-4

Annelerin Doğumlarına İlişkin Görüşleri / Düşünceleri

1- Doğum süresince size verilen bakım yeterli miydi?

Yetersizdi — yeterli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2- Doğum eylemi boyunca durumunuz hakkında size yeterli bilgi verildi mi?

Yetersizdi — yeterli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3- Doğum eylemi boyunca bebeğinizin durumu hakkında yeterli bilgi verildi mi?

Yetersizdi — yeterli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Doğumdaki kasılmalarınıza karşı tahammülünüzü nasıl değerlendirirsiniz?

Yetersizdi — yeterli

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5- Doğumhanede kendinizi güvende hissettiniz mi?

az — çok

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6- Doğumhanenin fiziksel ortamını nasıl buldunuz?

Çok kötü — çok iyi

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7- Genel olarak doğum sürecinden memnun kaldınız mı?

Memnun değilim memnunum

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8- Çocuk sahibi olmak güzel bir duygu mu?

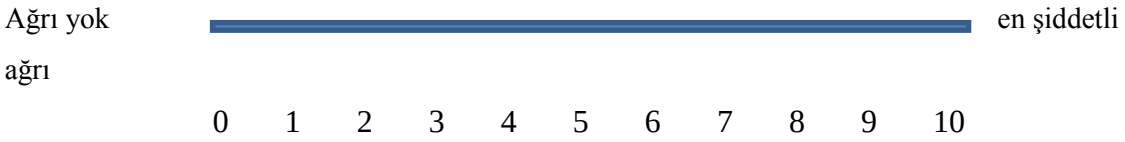
Hayır evet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

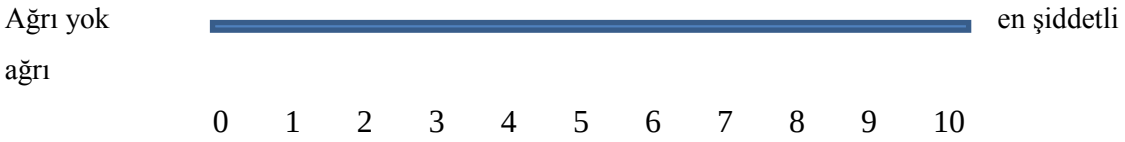
Visuel Analog Skala (VAS) **Ek-5**

Visuel Analog Skala (VAS), ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Tanılama hastanın sözel ifadesini içeren subjektif veriler doğrultusunda yapılmaktadır. Yatayda 10 cm(100 mm)'lik çizgi üzerinde 0 dan 10 a kadar sayılar yer almaktadır. Ağrı şiddeti 0 ile 10 arasında değişen rakamlarla ifade edilmekte; ağrının olmaması '0', en şiddetli ağrı '10' rakamı ile belirlenmektedir. Bu yöntemde kişiye iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu açıklanmaktadır. Latent(3 cm), aktif (5-7 cm) ve geçiş fazında (8-10 cm) olmak üzere gebeden bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir çizgi çizerek veya nokta koyarak veya işaret ederek belirtmesi istenir.

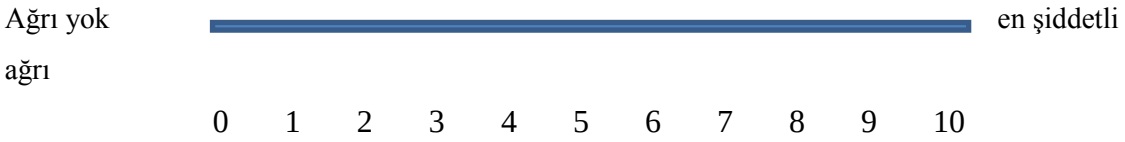
Latent faz



Aktif faz



Geçif faz



STAI FORM TX – I **Ek-6**

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:.....
Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin şağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği puanlaması

Üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse, doldurulan form geçersiz sayılır ve puanlanmaz.

Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde; Sürekli Kaygı Ölçeğindeki seçenekler ise;

(1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir.

Ölçeklerde iki türlü ifade bulunur. Bunlara (1) doğrudan ya da düz (direct) ve (2) tersine dönmüş (reverse) ifadeler diyebiliriz. Doğrudan ifadeler, olumsuz duyguları; tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Bu ikinci tür ifadeler puanlanırken 1 ağırlık değerinde olanlar 4 'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüşür. Doğrudan ifadelerde 4 değerindeki cevaplar kaygının yüksek olduğunu gösterir. Tersine dönmüş ifadelerde ise 1 değerindeki cevaplar yüksek kaygıyı, 4 değerindekiler düşük kaygıyı gösterir. "Huzursuzum" ifadesi doğrudan, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi de tersine dönmüş ifadelere örnek olarak gösterilebilir. Bu durumda "huzursuzum" ifadesi için 4 ağırlıklı bir seçenek, "kendimi sakin hissediyorum" ifadesi için 1 ağırlıklı seçenek işaretlenmişse, bu cevaplar yüksek kaygıyı yansıtmış olur.

Durumluk kaygı ölçeğinde on tane tersine dönmüş ifade vardır. Bunlar 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. Maddelerdir. Sürekli kaygı ölçeğinde ise tersine dönmüş ifadelerin sayısı yedidir ve bunlar 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeleri oluşturur.

Puanlama iki şekilde olur: Elle ya da bilgisayarla.

Elle Puanlama: Doğrudan (direct) ve tersine dönmüş (reverse) ifadelerin herbiri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden tespit edilmiş ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli kaygı ölçeği için ise 35' dir En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır.

PUANLARIN YORUMLANMASI

Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan düşük kaygı seviyesini ifade eder. Puanlar yüzdelik sırasına göre yorumlanırken de aynı durum geçerlidir. Yani düşük yüzdelik sıra (1, 5, 10) kaygının az olduğunu gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir.

ETİK KURUL KARARI

Ek-7

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Giden Evrak Servisi
Giden Evrak No: 82741
Giden Evrak Tarihi: 29.07.2013
Güvenlik Kodu: 282457
İşlem Takip No: 1000227

Sayı :26247029-514-04-01
Konu :Klinik Araştırma [2013-AKD-28]

Sn: Yrd. Doç. Dr. Gülay RATHFISCH
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
İSTANBUL

İlgi: Bakanlık evrak kayıt 25.07.2013 tarih, 137023 sayılı ve 1000227 e-takip no' lu yazınız.

Yrd. Doç. Dr. Gülay RATHFISCH sorumluluğunda yapılması planlanan ve aşağıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ilgili mevzuat gereğince incelenmiş olup;

Bakanlık evrak giriş 24.04.2013 tarih ve 073119 sayılı yazı ekinde belirtilen merkezlerde araştırmanın başlaması uygun bulunmuştur.

Araştırmanın Adı :	Doğum Eyleminde Aromaterapinin Etkileri
Koordinatör Merkez:	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Koordinatör /Sorumlu Araştırmacı:	Yrd. Doç. Dr. Gülay RATHFISCH
Araştırma Protokolü tarih:	27.06.2013
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu tarih:	27.06.2013
Olgu Rapor Formu tarih:	27.06.2013
Araştırma broşürü tarih:	27.06.2013

Araştırmanın güncel Helsinki Bildirgesi'ne, İyi Klinik Uygulamalar İlkelerine ve ilgili mevzuata uygun olarak yürütülmesi,

Araştırmada yer alan koordinatörün ve diğer araştırmacıların ilgili mevzuat hükümleri gereğince araştırma süresince tam zamanlı olarak araştırma merkezinde bulunması,

Araştırmada kullanılacak tüm ürünlerin ve tetkiklerin destekleyici, destekleyici yoksa araştırmacı tarafından karşılanması,

Gönüllülerden alınacak numuneler ülke dışına çıkarılacaksa, biyolojik materyal transfer formunda belirtilenlerin yerine getirilmesi,

Araştırma ürünü ithal edilecek ise Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna müracaat edilmesi,

Araştırma sonunda artan araştırma ürününün imha işlemlerinin ilgili mevzuata göre yapılması,

Araştırmanın başlamaması, iptali veya sonlandırılması halinde tarafımıza bilgi verilmesi,

Söğütözü Mahallesi,2176.Sokak No:5 06520 Çankaya/ANKARA
Tel: (0 312) 218 30 00– Fax : (0 312) 218 33 54

www.iegm.gov.tr

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

25.07.2013 00:00:00 Tarih Ve 82741 Sayılı Yazının Devamıdır/Ekidir

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

Araştırma süresince ortaya çıkan advers olayların/reaksiyonların tarafımıza bildirilmesi gerekmektedir.

Ayrıca, güncellenmiş bütçeye ait Etik Kurul kararının tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Yazımızın bir örneğini sorumlu araştırmacıya ve ilgili Etik Kurula iletilmesi hususunda bilginizi ve gereğini rica ederim.

Ecz. Güven ARTIRAN
Kurum Başkanı a.
Başkan Yardımcısı

Belgenin Aslı Elektronik İmzalıdır.
...29../..07../201.3... MB

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu uyarınca elektronik olarak imzalanmıştır.
Doküman https://e-islemler.iegm.gov.tr/eimza/eimzakontrol.aspx adresinden kontrol edilebilir.
Güvenli elektronik imzalı aslı ile aynıdır.

Sögütözü Mahallesi,2176.Sokak No:5 06520 Çankaya/ANKARA
Tel: (0 312) 218 30 00– Fax : (0 312) 218 33 54

www.iegm.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Hacer	**Soyadı**	Karabulut
Doğ.Yeri	Adapazarı	**Doğ.Tar.**	10.12.1985
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	11588397338
Email	enigma.hacer@hotmail.com	**Tel**	542 730 09 61

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.		
Lisans	Marmara Üniversitesi Zeynep Kamil SYO	2009
Lise	Adapazarı Anadolu İmam Hatip Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Ebe	Şişli Etfal E.A.H.	2009-Halen
2.			-

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
ingilizce	Iyi	Orta	Iyi	52,50	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	87.754	84.534	80.602
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Mc Office	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Neonatal Resüsitasyon Sertifikası, 2009

Rahim İçi Araç Uygulama Sertifikası, 2009

Marmara Üniversitesi Zeynep Kamil SYO 2005-2009 dönemi okul birinciliği

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Sinema, fotoğraf.