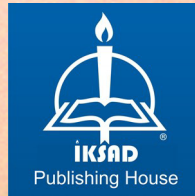


HEMŞİRE VE EBELERE YÖNELİK:

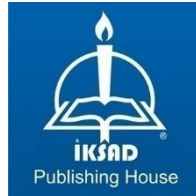
DOĞUM AĞRISINDA KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER

Arş. Gör. Dr. Ece KAPLAN



**HEMŞİRE VE EBELERE YÖNELİK:
DOĞUM AĞRISINDA KULLANILAN
NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER**

Arş. Gör. Dr. Ece KAPLAN



Copyright © 2021 by iksad publishing house
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,
distributed or transmitted in any form or by
any means, including photocopying, recording or other electronic or
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,
except in the case of
brief quotations embodied in critical reviews and certain other non-
commercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic
Development and Social
Researches Publications®
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)
TURKEY TR: +90 342 606 06 75
USA: +1 631 685 0 853
E mail: iksadyayinevi@gmail.com
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.
Iksad Publications – 2021©

ISBN: 978-625-7562-31-7
Cover Design: İbrahim KAYA
July / 2021
Ankara / Turkey
Size = 14,8 x21 cm

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	3
GİRİŞ	5
1.DOĞUM EYLEMİ	8
1.1.Doğumun Evreleri	9
1.1.1. Doğumun Birinci Evresi	9
1.2.3. Doğumun İkinci Evresi.....	11
1.2.4. Doğumun Üçüncü Evresi.....	12
1.2.5. Doğumun Dördüncü Evresi	13
2. DOĞUM AĞRISI VE NÖROFİZYOLOJİSİ	13
2.1.Ağrı Teorileri	15
2.2.Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler	19
2.3.Doğum Ağrısını Gidermede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemler	27
2.3.1. Refleksoloji	68
2.3.2. Yönlendirilmiş İmgelem	79
2.4. Doğum Eyleminin Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntem Kullanımında Hemşire ve Ebenin Rolü	80
SONUÇ	83
KAYNAKÇA	84

ÖNSÖZ

Doğum eylemi bir kadının yaşamında deneyimlediği en değerli anlardan birisidir. Bu mucizevi olayın kadının hayatı boyunca ya da bir sonraki gebeliğinde nasıl anımsanacağı ise doğum sırasında yaşadığı tecrübelere bağlıdır. Kadın için doğum ağrılarının azaltılması doğum olayının pozitif bir ana dönüşmesi için fazlasıyla önem arz etmektedir. Bu kitabın amacı doğum sırasında ağrıların hafifletilmesi için hemşire ve ebeler tarafından kullanılabilen ilaç dışı yöntemler konusunda uluslararası standartlara uygun rehber olmaktır.

Kitabın temelleri 2019 yılında aldığım refleksoloji eğitimi ile atılmıőtır. Hem doğumhanedeki gözlemlerim hem de doktora tezimi hazırlarken doğum sırasında kadınların yaşadığı acıya müdahale etmede hemşire ve ebelerin bağımsız rollerini uygulamadaki boşluklar dikkatimi çekmiőtir. Meslektaőlarımızın nonfarmakolojik girişimleri doğru bir şekilde öğrenebilmeleri ve uygulayabilmeleri benim için paha biçilemez bir mutluluktur.

Son olarak bu kitabı hazırlarken geçirmiő olduğum süreçte benden desteklerini esirgemeyen aileme, sevdiklerime ve doktora eğitimim boyunca kendimi geliőtirmemi sağlayan

Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik ve Ebelik Bölümü Öğretim Üyelerine teşekkürlerimi borç bilirim.

Arş. Gör. Dr. Ece KAPLAN

Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim

Dalı

Gaziantep, 2021

GİRİŞ

Doğum olayı bir kadının yaŐamı boyunca tecrübe ettiği en önemli olaylardan birisidir (Moghimi-Hanjani ve ark., 2015). Doğum ağrısı, en güçlü ve dayanılmaz ağrılardan birisi olarak tarif edilmektedir. Doğum ağrısı algısı beden için bir tehdit olarak algılanıp, annede ümitsizliğe, doğum şeklini etkileyerek sezaryen doğum tercihine, doğum süresine, doğum memnuniyetinin azalmasına, uzun dönemde annenin mental sağlığına ve anne bebek arasında negatif ilişkiye sebep olmaktadır (Moghimi-Hanjani ve ark., 2015; Beigi ve ark., 2019). Tüm bu fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkilerinden dolayı doğum eyleminin etkili bir şekilde yönetilmesi için ağrının kontrol edilmesi gerekmektedir.

Doğum eyleminin yönetimi kadın merkezli ve çok boyutlu bir yapı çerçevesinde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımları içermektedir. Doğum ağrılarının hafifletilmesinde kullanılan yöntemler annenin bilinci üzerinde ve fetal yan etkileri olmayan aynı zamanda bu süreçte uterus ve umbilikal kord arasındaki kan akışını engellemeyecek metodlar olmalıdır (Moghimi-Hanjani ve ark., 2015). Genel olarak, farmakolojik yöntemler öncelikle doğum ağrısını gidermeyi amaçlar,

farmakolojik olmayan yöntemler ise yalnızca ağrının fiziksel duyularını değil aynı zamanda bakımın psiko-duygusal ve ruhsal bileşenlerini geliştirerek acıyı önlemeye çalışan çok çeşitli teknikleri içerir. Bu yaklaşımda ağrı doğum eyleminin normal bir yan etkisi olarak algılanır ve asıl amaç ağrının kaybolmasını sağlamak değil kadının ağrı ile daha iyi başa çıkmasına yardımcı olmaktır. Farmakolojik yöntemler arasında; inhalasyon analjezi, opioidler, non-opioid ilaçlar, lokal anestezi sinir blokları, lokal anestezi veya opioid epidural, intratekal enjeksiyonlar gibi uygulamalar yer almaktadır (Ampofo ve Caine, 2015).

Doğum ağrısını gidermede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler farmakolojik yöntemlere göre daha basit ve ucuzdurlar. Farmakolojik olmayan yöntemler kadının kendi bedeni üzerinde kontrolünü sağlar, doğum eyleminin seyrini değiştirmez, zararsızdır ve yan etkisi yoktur. Ayrıca bu yöntemler kadının doğumdan memnuniyetini artıracak, hemşire ve ebelerin bağımsız olarak uygulayabilecekleri girişimlerdir. Aynı zamanda ilaçlara ek alternatif tedavi olarak da kullanılabilirler (Moghimi-Hanjani ve ark., 2015; Sadeghi ve ark., 2010). Farmakolojik olmayan yöntemlere örnek olarak;

solunum teknikleri, masaj, hipnoterapi - hipnoz, deri altı elektriksel sinir sitümülasyonu (tens), hidroterapi (banyo kullanımı, havuz veya duő), akupressüre, müzik terapi, yoga, aromaterapi, refleksoloji, dokunma – terapotik dokunma, fitoterapi, reiki verilebilir (Taşçı ve Sevil, 2007).

Multidisipliner sağlık ekibinde bulunan hemşire ve ebelerin doğum eylemindeki yerleri ve görevleri önem taşımaktadır. Farmakolojik olmayan uygulamalar tedavi maliyetinde düşüő ile sağlık bakım hizmetlerine ekonomik katkı sağlayacak, gebelerin doğum eylemine aktif katılımını sağlayarak özsayılarını artıracak, doğum sonu memnuiyet düzeyleri artarak anne-bebek bağlanması ve emzirme oranları artarak sağlıklı anne-bebek ve toplum oluşmasında katkıda bulunacaktır.

1.DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi; ağrılı ve düzenli gelen uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin açılması (dilatasyon) ve silinmesi (efasman) eşliğinde fetusun uterustan geçerek doğum kanalından geçmesi ile sonuçlanan fizyolojik bir olaydır. Doğum eyleminin normal sürecinde gitmesi için zamanında (en son görülen menstrual siklustan 40 hafta sonra), canlı ve tek fetüs, spontan başlaması, verteks pozisyonunda, baş kemik pelvis uyumsuzluğu olmaksızın sağlıklı anne ve fetüs olması gerekmektedir (Coşkun ve ark., 2012).

Doğum eyleminde rol oynayan faktörler doğum kanalı (Kemik pelvis, pelvis tipleri, serviksin silinme ve dilatasyon özelliği, vajinal kanal), fetüs, doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan birincil ve ikincil güçler, annenin psikososyal durumudur (Taşkın, 2016).

Doğum eylemini başlatan faktörler tam olarak bilinmemesine rağmen araştırmalara göre uterusun gerilme teorisi, hormonal uyarı (oksitosin, prostaglandinler, fetal kortizol, kortikotropin releasing hormon, estrogen ve progesterondur) ve miyometrial aktivite gibi pekçok faktörün etkili olduğu düşünülmektedir (Coşkun ve ark., 2012; Taşkın, 2016).

Doğum eyleminin baŐladıđını gösteren bazı belirtiler vardır. Bunlar; hafifleme, servikal değişiklik, membranların açılması, ani enerji yüklenmesi ve ağrılı kontraksiyonlardır (Taşkın, 2016).

1.1. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi dört aŐamada gerçekteŐir. Birinci evre; doğumun baŐlangıcı ile baŐlamakta, servikal silinmenin yüzde 100 ve dilatasyonun 10 cm olması ile sonlanmaktadır. İkinci evre; tam dilatasyon ile baŐlamakta, fetüsün doğumu ile sonlanmaktadır. Üçüncü evre; fetüsün doğumu ile baŐlamakta, plasental doğum ile sonlanmaktadır. Dördüncü evre; plasental doğumdan itibaren 1-4 saati kapsamaktadır (Sevil ve Ertem, 2016).

1.1.1. Doğumun Birinci Evresi

Bu evre düzenli kontraksiyonların meydana gelmesi ile başlar ve servikal açılma ve efasman tamamlanınca sona erer. En uzun evre eylemin birinci evresidir ve nulliparlarda ortalama 8-12, multiparlarda ise 6-8 saat sürmektedir. Birinci evre üçe ayrılır bunlar; latent, aktif ve geçiŐ fazıdır (Taşkın, 2016).

Latent faz; orta şiddette uterin kontraksiyonların hissedilmesi ile başlar, silinme tamamlandığında ve servikal dilatasyonun 3-4 cm olması ile sonlanır. Kontraksiyonlar düzensizdir, bu fazda oluşmaya başlar ve sıklığı süresi, şiddeti artar. İlk olarak 15-20 saniye sürer ve 10-20 dakikada bir gelir. Daha sonra kontraksiyon süresi 30-40 saniyeye çıkarken, sıklığı 5-7 dakikaya iner. Latent faz; nulliparlarda 6, multiparlarda 4 saat sürmektedir. Nulliparda 20 saatten, multiparda 14 saatten uzun sürmesi uzamış latent faz olarak tanımlanır. Kadın kontraksiyonları ile baş etmeye çalışır. Doğumun başlamış olması kadını rahatlatır, endişelidir ancak duygularını ifade edebilir. Sıklıkla konuşkandır ve gülümser, heyecan yüksek seviyededir ve eşi ya da destekçileri de onun kadar heyecanlıdır (Sevil ve Ertem, 2016; Taşkın, 2016).

Aktif faz; servikal dilatasyonun 3-4 cm'den 8 cm'ye ulaştığı fazdır. Nulliparlarda saatte 1.2 cm, multiparlarda saatte 1.5 cm dilatasyon ilerler. Fetüs ilerleyici bir şekilde iner. Kontraksiyonlar orta-güçlü ve daha düzenlidir. Süre, sıklık ve şiddetleri artmıştır. 3-5 dakikada bir görülür ve 30-60 saniye sürer. Kadın aktif faza erken girince kontraksiyonların yoğunluğu ve ağrı nedeniyle endişesi artmaya başlar. Baş etme

mekanizmalarını kullanabilmesi için desteğe ihtiyaç duyar (Sevil ve Ertem, 2016).

GeçiŐ fazında, servikal açıklık 8 cm'den 10 cm'ye kadar ulaŐmaktadır. Kontraksiyonlar 60-90 saniye sŸrer ve 1-2 dakikada bir gelir. Bu faz nulliparlarda 3 saat, multiparlarda 1 saatten daha uzun sŸrmemelidir. GeçiŐ fazında kadın yŸksek endişe duyar, kendisini yorgun hisseder, tŸm enerjisini eylemle baş etmek için harcar. Kadın bu fazda yalnız kalmaktan korkacağı için hemşire/ebe anneyi yalnız bırakmamaktadır. Kadında hiperventilasyon, konuŐulanları anlamada gŸlŸk, kontraksiyon esnasında Ÿfke, bulantı-kusma, terleme gibi bulgular gŸrŸlebilir (Sevil ve Ertem, 2016).

1.2.3. Doğumun İkinici Evresi

Bu evrede servikal dilatasyon tamamlanıp, istemsiz itici uterus kontraksiyonları ile bebeğin doğumu gerçekleŐmektedir (Guideline, 2017). İkinici evre serviks tam dilate olduktan sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda 5-30 dakika arasında gerçekleŐmektedir (Kızılkaya Beji, 2016). 60-90 saniye sŸren ve 1.5 – 2 dakikada bir gelen kontraksiyonlar mevcuttur (Taşkın, 2016). İkinici evrede defekasyon yapma

isteği, ıkınma isteğinde artış, ıkınırken homurdanma şeklinde ses çıkarma, perinenin taçlanması, bulantı kusma hissi ve ağlama, panik hali gibi huzursuzluk belirtileri görülür (Kızılkaya Beji, 2016; Simkin ve Ancheta, 2016). Bu evrede gebede umutsuzluk ve anksiyete, yorgunluk bitkinlik, panik içinde saldırgan olma görülebilir. Desteğe fazlasıyla ihtiyaç duyar. Gebe, duygularını ifade etmesi için desteklenmeli, ıkınma konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmeli ve kontraksiyonların olmadığı zamanlarda ise dinlenmesi sağlanmalıdır (Simkin ve Ancheta, 2016).

1.2.4. Doğumun Üçüncü Evresi

Bu evre bebeğin doğumu ile başlayıp, plasentanın ayrılması ile sonlanır. Nullipar ve multiparlar arasında farklı olmadan, yaklaşık 5-30 dakika sürer. Uterus plasentayı atmak için kasılmaya devam eder. Üçüncü evre ortalama 5-10 dakika sürmekte, bu süre 30 dakikayı geçtiğinde doğum sonu kanama riski artmaktadır (Guideline, 2017; Kızılkaya Beji, 2016; Simkin ve Ancheta, 2016).

1.2.5. Doğumun Dördüncü Evresi

Dördüncü evre, plasentanın doğumdan sonraki ilk bir-iki saati tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Annenin yaşam bulgularının stabilizelediği, 250-500 cc civarında olan kan kaybının kontrol edildiği, involüsyon sürecinin başladığı dönemdir. Kadın susamış ve aç hissedebilir, yorgunluğa bağlı olarak üőüme ve titreme görülebilir. Bu evrede anne ve bebeğin birarada olması ve emzirme sağlanmalıdır (Sevil ve Ertem, 2016; Simkin ve Ancheta, 2016).

2. DOĞUM AĞRISI VE NÖROFİZYOLOJİSİ

Ağrı, mevcut doku hasarının yanısıra emosyonel ve duyuşsal tecrübedir. Bir başka tanımda ağrı, “hastalık, bedensel yaralanma veya organik bozukluğa bağlı rahatsızlık verici bir duygu” olarak belirtilmektedir (Sani, 2015). Ağrı, bireysel bir tecrübe olmakla birlikte çoğunlukla kültürden öğrenilen, durumsal öğelere göre değişen ve kişinin ağrıyı nasıl anlamlandırdığı ile ilişkilidir (Andrews ve Boyle, 2008).

Bir kadının hayatında hissettiği en büyük ağrı doğum ağrısıdır (Tansivut ve ark. 2018; Mete ve ark. 2016; Koyyalamudi ve ark. 2016). Doğum ağrısı doğal sürecin bir parçasıdır, belirli zaman

içerisinde yaşanır. Diğer ağrı türlerinden farklı olarak doğum ağrısında dinlenme dönemi ve hazırlık dönemi vardır. Diğer ağrı türlerine göre farklı olmasının bir başka sebebi anne tarafından beklenen bir ağrı ve bu ağrının sonucunda bebeğin doğumu gibi güzel bir olayın gerçekleşmesidir (Özsoy ve ark., 2018).

Doğum ağrısının nöro-fizyolojisinde spinal kord, periferik sistem, çıkan yollar, lateral ve medial sistemler ile korteks etkili olmaktadır. Ağrının algılanması periferde bulunan nosiseptör adı verilen reseptörler ile olur. Uterus ve perinede bulunan bu reseptörler, uterus, serviks, pelvis ve perineden gelen ağrılı uyarıyı spinal korda iletir. Böylece doğum ağrısı başlamış olur. Ağrı ortadan kaldırılmadığında santral sensitizasyon ve ağrının yayıldığı görülür (Erdine, 2007; Berkiten Ergin, 2008; Saxena ve ark., 2009; Vural, 2009; Burroughs ve Leifer, 2001; Özyuvacı, 2007; Helms ve Barone, 2008).

Doğum eyleminin her evresinde yaşanan ağrı farklı bölgelerde, farklı yoğunlukta ve farklı sıklıkta olmaktadır. Doğumun I. evresindeki ağrı; uterusun alt segmentinde gerilme, uterusu oluşturan hipoksi, komşu dokulara olan baskı ve servikal dilatasyonun ortaya çıkardığı ağrıdır. Ağrı, sempatik sinir lifleri ile T10-11-12 ve L1 spinal segmentlerden santral sinir sistemine

iletilir. Fetal başın inişi ile lumbosakral plexusa bası nedeniyle sırtta, bacaklarda ve kalçalarda ağrı hissedilir. Doğumun II. evresindeki ağrı; pelvis tabanının gerilmesine, uterus kaslarında hipoksiye, vajen ve perinenin geniŐlemesine ve fetüsün perineye olan basısına bağlı olarak ortaya çıkar. Doğumun III. evresinde kontraksiyonların Őiddetlenmesi ve plasentanın çıkıŐı esnasında serviksteki açılma nedeniyle ağrı meydana gelir (Şahin, 2006; Erdine, 2007; Berkiten 2008; Saxena ve ark., 2009; Vural, 2009; Burroughs ve Leifer, 2001; Wiruchpongsanon, 2006; Özyuvacı, 2007; Lee ve ark., 2011).

2.1. AĞrı Teorileri

AĞrının fizyolojik mekanizması ve nasıl algılandığı henüz net bir Şekilde bilinmemektedir. Ancak psikolojik, nörolojik, fizyolojik ve sosyolojik çalışmalar ağrı teorilerine katkı saĐlamıŐtır (Berkiten, 2008). AĞrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayandığından bu bölümde bazı ağrı teorilerine deĐinilmiŐtir. Bunlar;

- Kapı Kontrol Teorisi,
- Endorfin Teorisi'dir.

Kapı Kontrol Teorisi

1965 yılında ortaya atılan ve 1980'lerde yeniden genişletilen kapı kontrol teorisinde; ağrı algısının öncelikle spinal kordda denetlendiği söylenmektedir. Ancak kapı kontrol teorisi merkezi sinir sisteminde meydana gelen önemli farklılıkları net bir şekilde açıklayamamıştır. Bu teoride nörolojik uyarılar kapıdan ne kadar çok geçerse şiddeti o kadar hissedilir. Ağrının yol almasını spinal korddaki kapı mekanizmaları sağlar. Kapı açık olduğunda uyarılar bilince gelir, kapı kapalı olduğunda ağrı bilinç düzeyine gelemmez ve acı çekilmez (Aslan, 2006; Duarte, 2005; Kanner, 2005; Kocaman, 1994; Berkiten, 2008; Yücel, 2006). Bu teori üç farklı yol ile açıklanabilir:

Deri uyarısı: Bu teoride ağrı büyük olmayan lifler aracılığıyla merkezi sinir sistemi kapılarına ulaşır. Büyük çaplı lifler, taşınan uyarılara kapıyı açmazlar. Deri üzerinde birçok büyük lif bulunduğu için dolayı, dokunma ile oluşan uyarılar ağrıyı azaltmada etkilidir. Masaj, soğuk ve sıcak uygulamalar, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir.

Normal ya da aşırı duyuşal uyarılar: Beyin sapında bulunan retiküler yapılar uyarıları düzenler. Bireyin yeterli ya da aşırı duyuşal uyarı alması, beyin sapındaki kapıların kapanmasına neden olur ve uyarılar geçemez. Hastanın duyuşal uyarıları az miktarda olduğunda ağrı uyarıları baskılanmaz ve açık olan kapıdan geçerler. Hayal kurma, dikkati farklı yönde toplama gibi yöntemlerin kullanımını ağrıyı azaltabilir. Ağrı ilgili doğru açıklamaların hastaya yapılması, kişinin otokontrolünün oluşturulması bu sayede endişenin azalması ağrıyı ortadan kaldırabilir. Bunun başarılması hemşirenin hastayla ilişkisi ve hasta eğitimi ile olasıdır (Kocaman, 1994). Dolayısıyla Kapı Kontrol Teorisinde yalnızca nörofizyolojik fonksiyonların değil, aynı zamanda affektif ve tutumsal boyutların da ağrı duyusunun iletimi ve algılanmasını etkileyeceği vurgulanmıştır. Nitekim yapılan çalışmalarda anksiyetesi yüksek olan ya da ağrıyla ilgili büyük negatif deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha üst düzeyde ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi ağrı ve ameliyat ile ilgili bilgi vermenin ameliyat sonrası hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir (Aslan, 2006; Kocaman, 1994; Berkiten, 2008; Yücel, 2006).

Endorfin teorileri (Endojen Analjezik Mekanizmaları)

Sentetik narkotiklere benzer salgılar insan bedeninden doğal olarak endorfin adıyla salgılanır. “Endorfin” terimi “endojen” ve “morfin” sözcüklerinden türemiştir. Spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulan endorfinler, ağrı uyarılarının bilince ulaşmasını engellemek için geçişi bloke ederler. Farmakolojik olmayan uygulamaların endorfin salınımını artırarak ağrıyı giderdiği belirtilmiştir (Kocaman, 1994; Berkiten, 2008; Şahin, 2006). Yapılan çalışmalar endorfin düzeylerinin yükselme ya da alçalmasında etkili olan şu faktörleri tanımlamışlardır (Kocaman, 1994; Berkiten, 2008; Şahin, 2006);

Kronik ağrı, uzun süreli stres ve morfin ya da alkol bağımlılığının endorfini azalttığı tespit edilmiştir. Hafif ağrı, hafif stres, fiziksel egzersiz, akupunkturun bazı tipleri, bazı TENS girişimleri ve cinsel aktivitenin endorfini arttırdığı belirtilmektedir.

Doğum eyleminin süresi, annenin stresli olması ve alkol ya da ilaç kullanımı, annenin gebelik egzersizleri yapma gibi durumları ağrıyı bu teoriye göre etkiler. Masaj ve akupress,

endorfin üretimi ile ağrı duyusunu azaltabilmektedir (Kocaman, 1994).

Endorfinler doğal maddelerdir, opioid maddelere göre zararı ve yan etkileri azdır. Bu teoride, her kişinin ağrıyı farklı algıladığı ve buna bağlı olarak ihtiyaç duyulan ağrı kesici miktarının da değişkenlik göstereceği belirtilmiştir (Aslan, 2006; Berkiten, 2008).

2.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler

Doğum ağrısını fizyolojik ve psikososyal yapı, kültürel ve diğer çevresel faktörler etkilemektedir. Doğum kanalındaki baskı ve dokuların gerginleşmesi fizyolojik faktörlerdir. Doğum eylemi sırasında yaşanan korku ve endişe psikososyal faktörlerdir. Bunun dışında kadının içinde bulunduğu kültürde öğrendiği davranışlar da ağrıyı algılamasını etkiler (Lowe 2002, Hodnett 2002, Leeman ve ark. 2003, Zwelling ve Johnson 2006).

Doğum Ağrısını Etkileyen Fizyolojik Faktörler;

Uterin hipoksi: Doğumun ilk evresindeki kramp tarzındaki ağrıların başlıca nedeni, uterusa giden kan damarlarının sıkışması sonucu uterus kaslarının hipoksisidir. Kontraksiyon sırasında uterusa gelen kan azalır. İki kontraksiyon arasındaki

gevşemeler kan akımını sağlar. Uygun rahatlama sağlanmazsa çok fazla ağrı hissedilir.

Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı:

Servikal dilatasyon ve efesman doğum ağrısının en önemli sebebidir. Serviksin gerilmesi uterus kontraksiyonuna neden olarak fetüs başını aşağıya iterek serviksi germektedir. Ayrıca serviksin gerilmesi hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açarak uterus kontraksiyonunu arttırmaktadır. Bu iki tip pozitif feedback doğum süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını arttırmaktadır. Bunun yanında tubalar, overler, peritonun gerilmesi, uterus bağlarının çekilmesi, üretra, mesane, rektuma ve pelvis tabanına baskı ve perinenin gerilmesi doğum ağrısında etkili olan diğer fizyolojik faktörlerdir (Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Perineal yapıda gerginlik:

Başın inerken perineal bölgede baskıya ve laserasyona neden olur bu da ağrıya sebep olur. Kadın ağrıyla yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar (Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Şahin, 2006).

Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği: Kontraksiyonların süresinin ve şiddetinin artması ile ağrının artmasının ilişkili olduğu belirtilmektedir (Berkiten, 2008; Yıldırım ve Şahin, 2003; Şahin, 2006).

Maternal Öykü: Ağrı algılaması yaşla da değişir. Yaşlanma myelinli liflerin kaybına yol açar. Bu nedenle yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılıdır (Şahin, 2006). Yapılan çalışmalarda ileri yaşta ağrı eşiğinin yükseldiği, ağrı gerbildiriminin ise azaldığı belirlenmiştir (Kuğuoğlu, 2006). Örneğin primiparlar daha çok ağrı hissediler, doğum eylemlerinin süresi uzundur ve en az iki kez doğum yapmış kadınlara göre daha çok anestezi ve analjeziye ihtiyaç duyarlar. Primiparlarda sözel ağrı skorları multiparlara göre daha yüksektir. Multiparların genelde doğum eyleminin latent ve aktif fazında nulliparlara oranla daha az ağrı çektikleri belirtilmesine rağmen eylemin ikinci evresinin çoğunlukla tüm kadınlar için çok ağrı verici olduğu görülmüştür. Hiç doğurmamış kadınlarda ağrıyı kontraksiyonların sıklığı ve servikal dilatasyon, doğurmuş olanlarda sadece servikal dilatasyon belirler (Batallan ve ark., 2002; Berman ve Kronenberg, 2003; Brown ve ark., 2001; Şahin, 2006). Doğum sayısının artması ise doğum süresini ve

ağrıları azaltır ancak sık aralıklı ve çok sayıdaki doğumların annenin fiziksel durumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Berkiten, 2008).

Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu: Fetüsün ağırlığı ve normal pozisyonda olmaması doğum süresinin uzamasına ve ağrının artmasında önemli bir etkidir. Örneğin, oksipito posterior pozisyon hem dilatasyonun yavaş olmasına hem de ağrının artmasına sebep olur. Aynı zamanda oksiput posterior geliş, doğumun ikinci evresini uzatır (Batallan ve ark., 2002; Klostergaard ve ark., 2001; Berkiten, 2008; Yıldırım ve ark., 2006).

Eyleme Müdahale: Gebeye eylem esnasında invaziv ve invaziv olmayan birçok girişim yapılmaktadır. Bu girişimler ağrıyı arttırabilir. Gebenin immobil durumda kalmasına neden olan invaziv girişimler (damar yolu açma, intravajinal ilaç uygulamaları vs.) ve bazı diğer uygulamalar (NST ile fetüsün takibi, vajinal tuşe gibi) birçok gebenin ağrısını arttırabilir (Berkiten, 2008; Sayiner ve Özerdoğan, 2009).

Doğum Ağrısını Etkileyen Psikososyal Faktörler;

Doğum ağrısının algılanmasında pekçok psikososyal etmenlerin etkili bulunmaktadır.

Kültür:

Bireyin ağrı eşiğinin ve ağrı tolerans düzeyinin belirlenmesinde kültürel öğrenmenin etkisi çok fazladır. Doğum ağrısının da sınırı tüm insanlarda benzer olmasına rağmen, farklı kültürler bireyin ağrıyla algılanmasında etkilidir (Berkiten, 2008, Kuğuoğlu, 2006). Kültürel değerler ve inanıŐlar bireyin ağrı ve hastalıklara cevabını, hasta-hemşire/hekim iliŐkileri ve hemşire/hekimlerin hastaların sorunlarına vereceği cevabı da etkilemektedir. Bazı kültürlerde bireyin ağrı sırasında çektiği acıyı açık bir Şekilde yaŐamasını doğal karŐılarken, bazı kültürlerde ise hissedilen acının açık bir Şekilde gösterilmesi kabul edilmez (Kuğuoğlu, 2006).

Asya kültürüne sahip bir kadının ağrısını ifade ederken utanması, zenci kadınların ağrıyla yaŐarken hissettikleri duygularını paylaşmasını zayıflık olarak görmesi örnek verilebilir. Meksika kültüründe ise ağrıyla artıracığı düşünceyle nefes almamaları gerektiğine inanılır (Köksal ve Taşçı Duran,

2013; Camann ve Alexander, 2008). Sağlık profesyonellerinin ağrıya verilen tepkinin kültürel alt yapının etkisinde olduğunun bilincinde olarak ağrıyı objektif olarak değerlendirmeleri oldukça önemlidir. Bunun için öncelikle sağlık profesyonelinin ağrıya kendi verdikleri cevabın kültürün etkisinde kalıp kalmadığının farketmeleri gerekir (Taşkın, 2016).

Anksiyete ve Korku:

Endişe hem fizyolojik hem de psikolojik yapı üzerinde değişikliklere neden olduğu için gebelerin doğum ağrısının algılama biçimlerini etkilemektedir (Berkiten, 2008). Anksiyete olarak adlandırılan endişe ile birlikte aşırı korku kas tonüsünde gerilmeye neden olarak beyin dokusuna ve iskelet kaslarının ihtiyacı olan kan miktarını düşürmektedir. Gebelerin doğum eylemi sırasında yaşadığı endişe ve korku pelvik kasların gerilimine sebep olmaktadır. Eğer pelvik kaslarda meydana gelen gerilme uzarsa yorgunluk, şiddetli ağrı ve ağrı ile baş etme mekanizmalarının zayıflamasına sebep olur (Olds ve ark., 1999; Ricci, 2007). Aşırı düzeyde anksiyete, gebelerin doğum eylemi sırasında beklenmeyen, aşırı tepkiler vermesine ve otokontrolünü kaybetmesine yol açar. Gebenin özgüveni azalır. Bunun sonucunda, gebeler kendilerini işe yaramaz, güçsüz,

eylem ile başa çıkamayacak düzeyde yetersiz hissederler ve ağrı ile baş etmeleri azalır. Doğum eyleminde korku, ağrı ve gerginlik üçgeni oluşmaktadır. Bireyin doğumla alakalı korkusu arttıkça gerilmekte ve endişe düzeyi artmaktadır, endişe arınca da hissedilen ağrı yükselmektedir. Bu durum uzun sürerse kırılması gereken kısır bir döngüye dönüşür (Kadayıkcı ve Barış Güzel, 2005).

Yaşanmış Deneyimler:

Geçmişte zor ve uzun doğum eylemini deneyimlemiş bir gebe daha kaygılı ve korkuludur. Eğer kadın zorlu bir doğum eylemi sonucu sezaryen olmuş ise vajinal doğum yapma konusunda çekingen kalır. Kadının çocukken izlediği bir filmde doğum yaparken bağırarak bir kadını görmesi, ailesi ile birlikte gittiği lohusa ziyaretlerinde duyduğu kulaktan dolma bilgilerle doğum sancıları, doğumu ağrı ve acı duyulması gereken bir eylem olarak görmesine neden olur. Bilinçaltındaki bu inancı değiştirmek zordur ve kendi doğumunda da bu davranışı sergiler. Ancak geçmiş deneyimler her zaman kadında bu etkiyi yaratmaz. Ağrı ile ilgili edinilmiş olumlu tecrübeler doğru davranış kazanılmasını ve pozitif değişiklikleri sağlar (Murray ve ark., 2002; Roberts ve ark., 2004).

Prenatal eğitim:

Doğum ağrısının azaltılmasında en önemli eğitimlerden birisi doğuma hazırlık sınıflarıdır. Doğum anı bilinmez bir yolculuk olduğu için prenatal eğitimler endişe ve korkuya faydalı olacaktır. Yapılan çalışmalar ile doğuma hazırlık kurslarına katılan kadınların ağrı seviyelerinin azaldığı, doğum olayından daha hoşnut kaldıkları ve analjezi ihtiyacının azaldığı gösterilmiştir. (Brown ve ark., 2001; Enkin ve ark., 2000; Berkiten, 2008; Kadayıkçı ve Barış Güzel, 2005).

Destek Sistemi:

Doğum sırasında gebenin ailesinden, eşinden ve yakın çevresinden alacağı destek, doğum ağrısının azaltmasına yardımcı olur. Bu destek sistemlerinin içinde gebenin yakınları dışında sağlık profesyonelleri de olabilir. Doğum eyleminde gebelere psikolojik ve fiziksel desteğin yanı sıra bilgi eksikliği konusunda eğitimler verilmelidir. Sağlık profesyoneli tarafından verilen desteğin aynı sıra gebenin eşinden ya da yakın çevresinden aldığı destek gebenin endişesini, korkusunu ve ağrısını azaltmasında daha etkilidir (Murray ve ark., 2002; Lowdermilk, 2010; Camann, 2008; Timur ve Hotun Şahin, 2010).

Gebe için ağrının ne anlama geldiği:

Gebenin ağrıyı nasıl algıladığı kültürel beklentilerle birlikte pek çok etmene bağlıdır. Kişi için ağrı hangi anlamı taşıyorsa o kadar eğri eşliğini ve toleransını etkiler. Gebe kontraksiyon aralığında ağrının tekrar başlayacağını bildiğinden dolayı sürekli endişeli olur (Kuğuoğlu, 2006).

2.3. Doğum Ağrısını Gidermede Kullanılan Farmakolojik Olmayan Yöntemler

Bu yöntemler, noninvaziv (invaziv girişim gerektirmeyen), nonfarmakolojik (ilaç dışı), tamamlayıcı ve alternatif yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ağrı ile baş etme mekanizmalarının tam olarak gelişmesi için farmakolojik olmayan yöntemlerin eğitimi gebeye ikinci trimester ile doğumdan birkaç hafta önce verilmelidir. Eğer gebe doğum yapmak üzere doğumhaneye geldiğinde bu eğitim verilecekse aktif fazda kontraksiyonların şiddeti ve sıklığı arttığından latent fazda verilmesi uygun olacaktır. Latent fazda henüz kontraksiyonlar şiddetlenmemiş, gebe eğitim vericiye konsantredir ve anlatılanları anlaması daha kolaydır (Taşçı ve Sevil, 2007; Wee, 2002; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Farmakolojik olmayan yöntemler birçok ülkede, kullanımı kolay ve maliyet etkin olmasından dolayı fazlasıyla kullanılmaktadır. Klinik kullanımları yaygın olmasına rağmen bilimsel kanıt düzeyini belirleyen çalışmalara pek rastlanmamaktadır. Farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemlerinin ilk amacı fiziksel ağrıyı doğum sırasında duyuşal olarak elemek ikincisi ise genel olarak fiziksel ağrıyı azaltmaktır (Beal, 1999; Brown ve ark., 2001; Berkiten, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007).

Nonfarmakolojik yöntemlerin, farmakolojik yöntemlere göre birçok avantajı vardır. Tıbbi kurallara gereksinim duymazlar, fetüse ve anneye zararsızdır, doğumun süresini uzatmaz ve yan etkileri bulunmaz. Bu olumlu yönlerinin yanısıra farmakolojik olmayan yöntemlerin sınırlı olduğu durumlar da vardır. Literatürde, bu yöntemlerin farmakolojik yöntemler ile birlikte değil tek başına kullanımları gebenin ağrı ile başatma gücünde yeterli olmamıştır. Bu sebeple farmakolojik olmayan yöntemler başka bir farmakolojik ya da farmakolojik olmayan girişimlerle birlikte kullanılmaktadır (Berman ve Kronenberg, 2003; Brown ve ark., 2001; Hodnett, 2002; Berkiten, 2008; Simkin, 2002; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Müzik

Müzik ile yapılan terapi; stres, endişe ve ağrının azaltılmasıyla bir davranışlarda değişiklik yapmaya çalışır. Yaşam kalitesini ve özgüveni artırır, rahatlatır, baş etme tekniklerini geliştirmeye destek olur (Yıldırım ve Gürkan, 2007). Doğumda müzik dinletisi ağrı eşliğini yükseltir, dayanıklılığı artırır, nefes alışverişinin kontrolünü sağlar ve mobilizasyonu artırır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Phumdoung ve Good, 2003; Simkin ve Boldig, 2004). Anadolu ve doğu ülkelerinde kullanılan makam olarak Rehavi türündeki müziklerin sabah ve akşam vaktinde daha etkileyici ve huzur sağlayıcı olduğu bulunmuştur. Bu makamda ney müzik aleti kullanılmaktadır ve doğum ağrısını hafifletmede oldukça etkilidir. Doğum ağrısının yanısıra dinginlik ve hafifleme duygusu oluşturarak baş ağrısının azaltılmasında ve psikiyatrik hastalıklarının farmakolojik olmayan tedavisinde de kullanılır (Ersanlı, 2007). Batılı ülkelerde ise rahatlama sağlaması için sözsüz, yavaş ritimli, sürekli ve melodik aynı zamanda perküsyon olan müzikler kullanılmaktadır. Bunun için yavaş ritimli caz şarkıları, yan flüt, piyano ya da arp aletlerinin oluşturduğu orkestra şarkıları tercih edilmektedir (Phumdoung ve Good,

2003; Good ve ark., 2001). Yabancı literatürde bulunan araştırmalar yavaş ritimdeki müziklerin ağrıyı algılama eşliğini yükselttiği, gebelerin solunumunu düzenlediği, mobilizasyonunu artırdığı ve kadını cesaretlendirip mental olarak iyi olmasını sağladığını göstermektedir (Simkin ve Boldig, 2004).

Hipnoz

Hipnoz kelimesi anlam olarak eski Yunan kültüründe “uyumak” anlamını ifade etmiştir. 19. yüzyıldan bu yana doğum ağrısını azaltmak için kullanılan farmakolojik olmayan yöntemler arasında yer alır. Hipnoz sayesinde bazı becerilerin aktivitesi geçici olarak durdurulur ve yoğun rahatlama ile bilinçaltına müdahale edilir (Simkin ve Boldig, 2004; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007). Hipnoterapi doğum eylemi sırasında ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmak için kullanılan nonfarmakolojik bir yöntemdir. Bilinç durumunu etkileyen derin bir konsanstrasyondur. İyi bir hipnoz sayesinde doğum ağrısı kontrol edilebilir. Ağrı tamamen geçmez ancak ağrının algılanmasında farklılar yaratır. Gebe iki kontraksiyon arasını daha uzun ve kontraksiyonların olduğu süreyi daha kısa hisseder. Literatürde hipnozun doğumun birinci evresini kısalttığı, ağrıyı azalttığı, doğumdan duyulan memnuniyeti

artırdığı belirtilmektedir. Literatürde hipnoz uygulamasının gebede oluşan doğum korkusu ve gerginliği azalttığı, anneyi de doğum eylemine aktif olarak kattığı ve bedenini kontrol edebildiği, ağrı algısını değiştirerek farmakolojik girişimlere duyulan ihtiyacı azalttığı belirtilmektedir. Tüm bu avantajlarının yanında antepartum dönemde profesyonel anlamda maliyetli bir eğitim alınması gerekmesi, yarar-zarar oranının net olmaması, bazı kişilerde etkisinin olmaması ve uyandırma aşamasında görülen mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesi gibi olumsuz yönleri de bulunmaktadır (Leeman ve ark. 2003).

Çoğu zaman gebenin kendisi veya partneri (yakını) tarafından uygulanan hipnozda çok sık tercih edilen bir teknik vardır. Bu teknik ‘Glove Anesthesia’ Eldiven Anestezisi’ olarak adlandırılır. Bu yöntemde gebeler ellerinde his kaybı olduğunu düşünüp bu şekildeymiş gibi hayal kurarlar ve bu uyuşan ağrılı vücut bölgelerine dokunurlar. Daha sonra bu bölgelerde de aynı ellerde olduğu gibi hissizleşme olur bu sayede ağrının azaltılmasını sağlayabilirler (Avcıbay ve Alan, 2011; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007). Birçok olumlu yönü bulunmasına rağmen, bir hipnoz terapistine ihtiyaç duyulması bakımından etkin bir şekilde kullanılmamaktadır (Taşçı ve Sevil, 2007;

Smith ve ark., 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Berkiten, 2008; Avcıbay ve Alan, 2011; Jones ve ark., 2012; Tiran, 2009).

Homeopati

Homeopati sağlıklı kişilerde herhangi bir hastalık oluşturarak, hastalık bulgularına sebep olan doğal maddelerin, benzer belirti bulgular gösteren hasta bir kişiye çeşitli yöntemlerle dilüe edilerek verilmesidir. Hasta kişinin iyileştirilmesi prensibi ile çalışır (Turan ve ark., 2010; Khorshid ve Yapucu, 2005; Jones ve ark., 2012).

Şiropatik

Şiropatik elle yapılan farmakolojik olmayan uygulamalar anlamına gelmektedir. Şiropaksi, kas, eklem, kemik, tendon, kıkırdak ve ligamentlerin yer aldığı bağ dokularının ve kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının giderilmesinde kullanılan hareketlerdir (Turan ve ark., 2010; Khorshid ve Yapucu, 2005).

Akupunktur

Akupunktur, dünya tarihinde kullanılan en eski tedavi yöntemlerindedir. Tarih boyunca Çin ve diğer Asya

ölkelerinde uygulanmaktadır. Akupunktur kelimesi Latince “acus” (iğne) ve “pungere” (delmek) anlamına gelmektedir. Bedenin bazı belli baŐlı noktalarına tedavi amaçlı uyarılar verilmesi mekanizmasına dayanan akupunktur uygulamasının ağrıyı nasıl azalttığı tam olarak bilinmemektedir. Fakat akupunktur noktalarına yapılan basınç ile hipofiz bezinin stimöle edildiği ve endorfin hormonunun salınımındaki yükselmenin ağrıyı azalttığı belirtilmektedir (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Hobbs, 2001).

Geleneksel Çin tıbbında tüm bedenin yüzeyinde 12 farklı çizgisel meridyen olduğu ve bu meridyenlerin üstünde konumlanmış 365 akupunktur noktası bulunduğu belirtilmektedir. Meridyenler arasındaki iletişimin doğru olması ile Qi dolaşımı ve Yin Yang dengesi sağlanmış olur. Vücuttaki enerji bu meridyenler ve kanallar yoluyla adeta bir akarsu gibi hareket ederek salınır. Bu kanallarda tıkanıklık olması durumunda kişinin enerjisinin azaldığı ve bazı hastalıklara yol açtığına inanılmaktadır. Akupunktur noktalarına genellikle özel iğnelerle uyarılar verilmektedir. Ancak bazı durumlarda sıcak uygulama, elle basınç, ultrason ya da elektrik akımı gibi farklı uyarılarla da akupunktur noktaları uyarılmaktadır. Doğum

ağrısını hafifletmede uyaran verilecek akupunktur noktasını belirleyebilmek için gebenin doğumun hangi evresinde olduğunu, ağrının yeri ve şiddetini, annenin yorgunluk ve anksiyete durumunu bilmemiz gerekir. Akupunktur uygulamasının olumlu yönleri arasında anne ve bebek sağlığına zararının olmaması ve doğumun eyleminin gidişatına dair herhangi bir yan etkisinin olmaması bulunmaktadır. Ancak maliyetli ve özel ekipmanların kullanımını gerektirmesi olumsuz yönleri arasında sayılabilir (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Simkin ve Boldig, 2004; Hobbs, 2001; Lee ve ark., 2011). Akupunkturda bedenin belli bölgelerinde cilt üzerine ince metal iğneler konulur bu sayede bu iğneler cildin altındaki enerji yollarını ve bu enerji kanallarının etkilediği organları uyarır. Vücudun birçok noktasında enerji kanalı bulunmaktadır ancak doğum ağrısını gidermede el, ayak ve kulaktaki akupunktur bölgeleri stimule edilir.

Akupunktur uygulaması yapıldıktan ortalama 20 dakika sonra ağrı azaltıcı etkisi görülmeye başlanır ve gebe rahatlar (Smith ve ark., 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Berkiten, 2008; Tiran, 2009; Lao ve ark., 2003; Hsieh ve ark., 2004).

Transkutanöz Elektriksek Sinir Stimölasyonu (TENS)

TENS elektriksel uyarıların spesifik sinirlere taşınmasını sağlayarak ağrının hafifletilmesinde kullanılan bir araçtır. TENS belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Hobbs, 2001).

TENS uygulamasının etki mekanizması kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisi ile açıklanmaktadır. Bir çift elektrot öncelikle gebenin T10 - L1 seviyesine, diğer çift elektrot ise S2 – S4 seviyesine yerleştirilir. Elektrik stimülasyonunun yoğunluğu ve süresi ağrıyı kontrol etmesi için anneye verilen bir kontrol kumandasıyla değiştirilebilir (Simkin ve Boldig, 2004). Cilt üzerine yapıştırılan elektrotlar sinir sistemine kontrollü bir şekilde, voltajı düşük elektrik akımı gönderir. Hem akut hem kronik ağrılarda oldukça yaygın bir şekilde kullanılır. Sırt bölgesinde dört tetik noktada kullanılan TENS'in ağrı kesici kullanımını azalttığı ve doğum eyleminin ilk evresinde etkili olduğu belirtilmiştir (Smith ve ark., 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Berkiten, 2008; Camann ve Alexander, 2008; Jones ve ark., 2012; Tiran, 2009; Özveren, 2011).

TENS'in olumlu yönleri arasında kullanımın kolay ve kısa süreli olmaması, uygulama son erdiğinde etkisinin de geçmesi, anneye ve fetüse herhangi bir zararının olmaması ve gebenin uygulamaya aktif katılıp kontrolü elinde hissetmesi sayılabilir. Olumsuz yönleri ise maliyetli bir cihaz olması, elektronik fetal monitörle aynı anda kullanılamaması ve sadece doğumun eyleminin ilk evresinde etkili olmasıdır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Hobbs, 2001).

Masaj

Hastalığın iyileşmesi ve sağlığın yüceltilmesi için friksiyon, perküsyon, vibrasyon ve tapotman gibi girişimlerle yumuşak dokunun manipüle edilmesidir. Pekçok farklı tekniklerle kasların gevşemesi sağlanarak ağrının algılanması değiştirilmektedir (Hsieh ve ark., 2004). Masajın etki mekanizması kapı kontrol ve endorfin teorisi ile açıklanmaktadır. Masaj; tek düze, belli bir ritim içinde ve yumuşak ve yavaş manipülasyonlardan oluşmalı, şiddetli, sert ve devamlı kuvvetten kaçınılmalıdır. Doğum eyleminde özellikle bel bölgesi, bacaklar ve sırt kısmına uygulanan masajın; ağrı ve acıyı hafiflettiği, doğum sırasında annenin rahatlamış, gevşemiş olmasını ve olumlu düşünmeyi tetiklediği

ayrıca kötü duygu durumunu azalttığı belirlenmiştir (Brown ve ark., 2001, Simkin ve Boldig, 2004; Hobbs, 2001; Leeman ve ark., 2003).

Hemşire ve ebeler tarafından ilaç dışı bir uygulama olarak ağrının azaltılmasında uzun yıllardır kullanılmaktadır. Masajın doğum eyleminde pelvik relaksasyonun sağladığı, ağrıyı azalttığı, doğumun süresini kısalttığı bulunmuştur. Kontraksiyon esnasında ya da iki kontraksiyon arası dinlenme döneminde masaja ek olarak aromaterapi yağları ya da losyonları da kullanılmaktadır (Smith ve ark., 2010; Chang ve ark., 2002; Jones ve ark., 2012).

Bel masajı: Doğum eyleminde uterus ile medulla sipinalis arasındaki bölge ağrı sinyallerinin geçiő bölgesidir. Bu sebeple bel bölgesine yapılan masaj ile ağrının hafifletilmesi hedeflenmektedir. Bel masajı için gebenin nefes alıp verme tekniklerini yapabileceği ve solunum egzersizi ile birlikte masajın da uygulanabileceği uygun bir pozisyona getirilmesi gerekmektedir. Pozisyonlar aşağıdaki şekillerde olabilir;

- Gebe sandalyeye ters bir şekilde oturabilir,
- Ayakta olabilir,

- Öne doğru eğilmiş diz çökme pozisyonunda olabilir veya
- Sol yana yatar pozisyonda olabilir.

Eğer gebeye sol yan ya da oturur pozisyonda bel masajı yapılacak ise başının altını ve dizlerinin arasını desteklemek için birer yastık konmalıdır. Ellerin tabanı ile veya avucun yassı kısmı kullanılarak uterustaki kontraksiyonlar ile eş zamanlı sakrum ve koksiks bölgesine basınç uygulanarak masaj yapılır. Kontraksiyon olmadığı zaman aralıklarında masaja ara verilir. Gebelerin birçoğu uterin kontraksiyonlar esnasında aşırı ağrı hissettikleri için şiddetli basınç uygulanmasını tercih etmezler bu yüzden yumuşak masaj daha çok kullanılmalıdır. Masajın çıplak elle yapılmasının yanısıra aromaterapötik olarak yağlarla ya da pudra ile desteklenmesi uygulamanın etkinliğini artıracaktır. Aynı zamanda gebenin eşinin masajı uygulaması ruh sağlığı açısından daha da faydalı olacaktır (Balaskas, 1991).

Hidroterapi

Suyun geçmişten günümüze sağlığın iyileştirilmesi ve ağrının hafifletilmesi gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanıldığını bilmekteyiz. Hidroterapinin eski tanımı 'hidropaty' idi. Hidroterapi sözcüğü Latince'den gelmektedir ve anlam olarak "su tedavisi" olarak kullanılmaktadır. Hidroterapinin literatürde

farklı tanımları da bulunmaktadır bunlardan birine göre suyun dışardan ya da içerden tedavi edici olarak kullanılması olarak tanımlanmasıdır. Doğum eyleminde ve travayda hidroterapi kullanımının başlaması ve sonrasında yaygınlaşması 1970 yılında Rusya'da Igor Charkovsy ile ardından Avrupa'da Micheal Odent liderliğinde olmuştur (Cluett and Burns, 2013). Literatürde 1980'li yılların başlarında suyun doğum sırasında gebelerin ağrılarını hafiflettiği, kadının eylemi kontrol edebilme gücüne sahip olduğu ve doğumdan duydukları memnuniyeti artırdığı saptanmıştır bunun için de suya daldırma yönteminin kullanıldığı kaydedilmiştir (Odent, 1983).

Hidroterapide suyun suya daldırma veya duő şeklinde, suyun formu olarak sıvı, buhar ya da kompres şeklinde, sıcak ya da soğuk ısılarda kullanılmaktadır. Bedenin tamamına ya da sadece bir kısmına uygulanan hidroterapi yöntemleri vardır. Bunlar; oturma banyoları, buhar banyoları, kolon irrigasyonu, sıcak/soğuk kompres ve buz uygulamalarıdır. Doğumun eyleminin ilk evresinde uygulanan su terapisinin doğum süresini kısalttığı, kontraksiyonları tolere edebilmede kolaylık sağladığı, analjezik kullanımını azalttığı, eylemde kullanılan augmentasyon oranını azalttığı, servikal açılmayı hızlandırdığı,

doğum süresini kısalttığı, perianal travmayı azalttığı, gebede rahatlama hissi uyandırdığı, doğumda memnuniyetin artırdığı belirtilmektedir. Suda doğum ise hidroterapinin eylemin ikinci evresinde kullanılmasıdır. Suda doğumun doğum ağrısını hafiflettiği, gebede rahatlama sağladığı, perianal travmayı azalttığı ve annenin doğumdan memnun olma durumunu artırdığı çalışmalarda görülmektedir. Fakat hidroterapinin doğumun birinci ve ikinci evresinde kullanımı ile ilgili bazı olumsuz yanları bulunmaktadır. Bunlar; su sıcaklığın ayarlanması, enfeksiyon, su aspirasyon riski ve umbilikal kordonun yırtılmasıdır (Odent, 1983; Daellenbach ve ark., 2007; Pagano ve ark., 2010). Doğum eyleminde uygulanan hidroterapinin pekçok avantajı vardır. Ağrının azaltılması ya da giderilmesi, pelvik relaksasyonu artırması, doğumun süresini kısaltması, annenin ağrıyla baş etme mekanizmalarını güçlendirmesi gibi faydalar hidroterapinin avantajları arasında sayılabilir. Bu sayede laserasyon görülme sıklığı azalacak ve epizyotomi uygulama insidansı düşecektir (Berkiten, 2008; Karagülle, 2008).

Su Sıcaklığının Ayarlanması: İntrapartum dönemde gebenin vücut sıcaklığının yüksek olması istenilen bir durum değildir.

Bu nedenle suya daldırma şeklinde uygulanan hidroterapide suyun sıcaklığı vücut ısısı ile aynı derecede olmalıdır (Johnson, 1996). Hidroterapide ısının uygun dağıtılabilmesi için sıcaklığın iletimi gerekmektedir. Sıcaklık iletimi iki yolla olmaktadır. İlk iletim, anne ile fetüs arasında iletişimi sağlayan umblikal kord ve plesantanın en geniş olduğu yüzey bölgesinden olmaktadır. Gebeden bebeğe ulaşan kan akışı sayesinde bebek etkilenmektedir. İkinci iletim yolu ise amniotik sıvıdır. Maternal sistemden uterusu buradan amniyon sıvısı ile fetal deri iletişim haline geçer (Power, 1989). Eğer suyun sıcaklığı annenin vücut sıcaklığından daha fazla olursa fetüste hipertermi, kardiovasküler ve metabolik bozukluklar görülebilir (Johnson, 1996). Literatürde su sıcaklığı yüksek olan suda doğumlarda fetal taşikardi, fetal mortalite ve morbidite görüldüğü belirtilmektedir (Deans ve Steer, 1995).

Gebe bir koyun üzerinde yapılan bir çalışmada bu duruma benzer sonuçlar bulunmuştur. Deney sırasında suyun sıcaklığının yüksek olması anne koyunda vücut sıcaklığının artmasına ve buna karşın fetal taşikardi, plesantal yatakta drenajın azalması ve maternal mortalite görülmüştür. Annede vücut sıcaklığının artması anne ile fetüs arasında sıcaklık

transferinin durmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda metabolizma hızlandığı için fetal oksijen ihtiyacı da ortaya çıkmıştır. Bu durum fetüsün kalp atımlarını etkilemektedir. Hidroterapide su sıcaklığının annenin rahatını sağlayacak ısıda, kontrol edilebilmesi için belli aralıklarla kaydedilmesi gerektiği, 37 derecenin altında tutulması, doğumun ikinci evresinde de kullanılacaksa 36- 37 derece arasında olması gerektiği bildirilmektedir.

Hidroterapi Kullanımında Enfeksiyon Riski: Fetal/ neonatal ve maternal enfeksiyonun anneden havuza ya da havuzdan anneye geçtiği belirtilmektedir. Ancak bu literatürde tam olarak kanıtlanmamıştır. Genel olarak kaynaklarda doğumun ikinci evresinde su tedavisi kullanılıyorsa havuz eğer anneye ait feçes, fetal mekonyum ya da kan pıhtısı ile kontamine olduysa elek, kalbur kullanılarak sudan uzaklaştırılması ve havuzun temizlenmesi gerektiği şeklinde yayınlar bulunmaktadır. Doğum eylemi bittikten ve havuz kullanıldıktan sonra başka bir gebenin havuzu kullanabilmesi için önce sudan kültür alınması sonra kültür sonucuna göre gebenin alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Mollamahmutoğlu, 2012).

Yenidoğan Su Aspirasyon Riski: Doğum eyleminin ikinci evresinin sonunda yenidoğanda solunumun başlaması ve aspirasyon riski ile karŐılaŐılması endişesi su tedavisinin risklerinden birisidir. Yenidoğanlarda dalma refleksi biz yetişkinler gibi olmadığından eğer doğum su içinde oluyorsa yenidoğanın solunumu hemen baŐlamamaktadır. Larenksin kapandığı ekspirasyon apnesi ile sağlıklı bebekler su içinde boğulmamaktadır. Bunun olmasını fetal larenkste sıvı aspirasyonunu önleyen milyonlarca kemoreseptör sağlamaktadır. Bir diğer deyiŐle fetal yüz su ile temas edince fetal yüzdeki sinirler aracılığıyla dalma refleksi uyarılmakta ve fetal solunum durmaktadır. Fetal solunumun durması hipo farenkste bulunan prostoglandin ve adenzin gibi hormonlara duyarlı olduğu bilinen kemo reseptörler sayesinde olmaktadır. Bundan ötürü suda doğumda yenidoğanın boğulma olasılığı oldukça düşüktür (Johnson, 1996).

Umblikal Kord Yırılma Riski: Bu durum su tedavisini doğumun ikinci evresinde uygulanması yani suda doğuma yöneliktir. Suda doğumla ilgili yapılan çalışmalarda umblikal kord yırtılmasına ilişkin herhangi bir veri saptanmamıŐtır. Umblikal kordon yırtılmaması için fetüs su içinde doğduktan sonra aşamalı olarak

su yüzeye çıkartılması gerekmekte ve sert bir çekme hareketinin yapılması tavsiye edilmektedir (Deans ve Steer, 1995). Doğumun üçüncü evresinde su tedavisinin kullanımı ile ilgili kanıt temelli yeterli düzeyde araştırmaya rastlanmamıştır. Üçüncü evrede uygulanması ile ilgili meydana gelebileceği varsayılan üç teori bulunmaktadır. Bunlar; kan kaybının fazla olması, kotelidon parçasının uterusu kalması ya da su embolizmidir. Yabancı ve yerli literatür taramasında hidroterapinin ikinci ve üçüncü evreden ziyade kontraksiyonların başladığı birinci evrenin aktif fazında kullanılması önerilmektedir (Power, 1989).

Akupressure (Shiatsu)

Eski Çin geleneksel tıbbında bu teknik uzun yıllardır kullanılmaktadır. Akupressure ile vücudun istenen bölgelerine basınç uygulayarak o bölgeyi uyarmak temel esastır. Akupunkturla akupressure benzer uygulamalarmış gibi görülsede iğne, elektrik vb. aletler gerektirmediği için invaziv değildir ve daha kolaydır (Lee ve ark., 2004; Chen ve Chen, 2004). Teoride akupressure kan dolaşımını düzenler, beyinden salınan nörotransmitlerin salgılanmasını artırır ve bu sayede bedenin fonksiyonlarının sağlıklı bir şekilde devamına yardımcı

olur. Kaynaklarda doğum eyleminde akupressure uygulamasının uterus kontraksiyonlarını düzenli olarak arttırdığı, doğum ağrısını hafiflettiği, doğum süresini kısalttığı ve postpartum dönemde emzirmeyi teşvik ettiği belirtilmektedir. Vücutta bazı organlarla bağlantılı enerji kanallarının iğne gibi invaziv girişimler yerine elle, parmakla ya da boncuk gibi materyallerle uyarılmasıdır. Uygulanan bu basınç sayesinde kan dolaşımı artırılarak bedenin rahatlaması sağlanır. Akupressure ile kadının hormonal düzeyde kontrolü de sağlanmaktadır. Akupressure uygulamasının doğum ağrısını azalttığı ve doğum eylemini hızlandırdığı belirlenmiştir.

Vücutta doğum ağrısının hafifletilmesini sağlayan farklı akupressure noktaları olduğu belirtilmektedir. 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 artırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. El üzerinde bulunan diğer bir acupressure noktası ise Hoko veya L1-4 olarak isimlendirilen elin başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölgedir. Bu bölge parmaklarla veya küçük buz keseleriyle her kontraksiyon başlangıcından kontraksiyon bitene kadar uyarılır ve uygulama

sırasıyla her iki el için 20 dk sürdürülür. SP6 noktası ise ayak bileğinin yaklaşık dört parmak üzerindeki noktadır. Sırt üstü uzanmış ve bacaklar düz durumda olan gebeyelerin bir nefes aldırılarak her bir kontraksiyonla beraber SP6 noktasına başparmaklarla 10 sn süreyle birkaç kez uygulanan basıncın doğumu uyardığı ve ağrı kontrolüne yardımcı olduğu bildirilmektedir (Betts, 2021). Doğum eylemi sırasında en çok SP6 akupunktur noktası üzerinde basınç uygulanmaktadır. Bu noktaya yapılan basınç ile hipofiz uyarılır ve oksitosin salgılanması düzenlenir (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Lee ve ark., 2011).

Intradermal Steril Su Enjeksiyonu (ISSE)

Uygulama 0.05-0.1 ml steril suyun sakrum çevresinde dört ayrı noktaya enjeksiyonu ile 4 su kabarcığının oluşturulması esasına dayanır (Simkin ve Boldig, 2004; Reynolds, 1994; Simkin ve Klein, 2009). Teoride intradermal su enjeksiyonu uygulaması yapılabilmesi için; steril enjeksiyonluk su ve 1 ml'lik 25 gauge iğne uçlu bir enjektör tercih edilmelidir. İlk iki intradermal baloncuk her bir posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin 3cm aşağısına ve 1cm medialine yapılır. Bu konumlamalar yöntemin başarı sağlamasında önem

arz etmektedir. Enjekte edilen distilesu sinir uçlarını uyarır ve ağrı geçişini bloke eder. Bu uygulama bel ağrısını ve kontraksiyon esnasında ortaya çıkan ağrıyı azaltmaktadır. Anne ve fetüs üzerinde bilinen bir yan etkisi yoktur. Ancak etkisinin uzun sürmemesi bir dezavantajdır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Lee ve ark., 2011; Camann ve Alexander, 2008; Fogarty, 2008).

Beslenme Tedavileri

Ağrının azaltılmasında kullanılan en yaygın beslenme şekli kalsiyum ve magnezyumdan zengin olan diyettir. En çok romatoid artrit ve menopoza sonrası gelişen osteoporozdaki ağrı tedavisinde kullanılır. Kalsiyum ve magnezyumun yanısıra esansiyel yağ asitleri de ek takviye olarak verilebilir. Esansiyel yağ asitlerinden en çok gama-linolenik asidin (omega-6) ve balıktan türetilmiş eikosapentaenoik asidin (omega-3) ve glukozamin sülfat tercih edilmektedir (Turan ve ark., 2010; Dillard ve Knapp, 2005).

Terapötik Dokunma ve Reiki

Terapötik dokunma ve reiki insan bedenine verilen enerji olarak uygulanır. Bu uygulamayı yapan kişi, bedendeki çakralara elle

dokunur ve enerji akışını sağlayan kanalların tıkanıklarını açar, dolaşımı hızlandırır. Eller; her bölgede 3-5 dakika kalmak şartıyla baş, boyun, toraks, abdomen ve inguinal bölgeye dokunur. Enerji akışının kesildiği noktalarda 10-20 dakika eller bu noktada kalabilir. Terapi yaklaşık 30-90 dakikadır. Terapötik dokunma ve reiki; astım, hipertansiyon, kanser, yorgunluk, artrit, akut ağrı, kronik ağrı, yara iyileşmesi, immün sistem fonksiyonlarını artırma, stres, depresyon ve anksiyete gibi birçok hastalıkta uygulanır (Erdoğan ve Çınar, 2011). Doğum eyleminde bu uygulamaların yapılması gebenin sağlık profesyoneli ile iletişimini artırır ve güven duymasını sağlar. Kontraksiyonların oluşturduğu ağrıların azaltılması için gebenin sırtına, abdomenine, kalça bölgesine, femoral noktalara, sakrum ve perine bölgelerine ellerle baskı uygulanır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007).

Kaynaklarda doğumda hemşire-ebe destekleyici bakımı içinde gebenin elini tutma ve ekspresif dokunmadan da söz edilmektedir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Yıldırım ve Şahin, 2004). Doğum eyleminde kontraksiyonlarla beraber ağrısı artan kadınlara hemşire-ebenin sağlayacağı psikolojik desteğin önemini bilmekle beraber terapötik dokunmanın annenin

korkusunu, endişesini ve buna bağlı da ağrısını azalttđđı araştırmalarca ortaya konmuştur. Gebelerin bir kısmı doğum esnasında avuç içi ya da ayak tabanına devamlı olarak yapılan basınç ve uyaran vermenin kendilerini sakinleştirdiğini dile getirmektedir. Bazı gebeler ise doğum yaparken eş zamanlı olarak el ve ayaklarını ovalamaktan, ellerini şiddetli bir şekilde çırpma ya da sıkıca tutmaktan ve doğum masasının soğuk yan parmaklıklarını tutmaktan hoşlandıklarını söylemektedir. Gebeler, herhangi sert bir cismi ellerinin içinde sıkmanın da rahatlattđđını belirtmektedir. Bunun için verilebilecek en iyi örneklerden birisi plastik bir tarağın ince uçlu dişlerini avuç içine basınç oluşturacak şekilde yerleştirip sıkma olabilir. Genellikle uygulamada gördüğümüz örneklerden birisi ise kontraksiyon sırasında gebelerin bir başkasının elini sıkıca tutmayı istemeleridir (Sayiner ve Özerdoğan, 2009; Yıldırım ve şahin, 2004). Dokunma ile cilt üzerine uygulanan dokunma hareketleri ile reseptörler uyarılmış olur, beyne ulaşan iletiler gebe tarafından yorumlanır ve cevaplanır (Arslan ve Özer, 2010).

Bitkisel Tedaviler (Fitoterapi)

Fitoterapi, “tıbbî bitkilerle tedavi” anlamına gelmektedir. Bu uygulamada hastalıklar, terapötik özelliği olan taze veya kurutulmuş bitkilerle ya da bu bitkilerin özütü kullanılarak elde edilen çay, damla, draje, kapsül, şurup, tablet ile tedavi edilir. Doğum ağrısını gidermede hangi bitkilerin kullanıldığı kesin olarak bilinmemektedir (Berkiten, 2008; Sarışen ve Çalışkan, 2005).

Aromaterapi

Terapötik etkisi olan bitkilerden elde edilen yağların ve kokuların kullanılması işlemine aromaterapi denilmektedir. Esansiyel yağların vücutta yatıştırıcı, uyarıcı ve rahatlatıcı etki gösteren Özüt yağlar beyinden salgılanan nörotransmitterlerin (parakrin andendocrine) salgılanmasını artırmaktadır. Özüt yağların vücutta birçok uygulanma şekli vardır. Bunlar; deri emilimi sayesinde masaj ya da ısıtılarak ortaya çıkan kokunun inhalasyonu şeklinde olabilir. Doğum eyleminde gül, lavanta, neroli, adaçayı vb. yağlar gebenin cilt yüzeyine sürülür. Literatürde ikinci evrede nane yağının gebenin güçlü hissettirdiği, lavanta yağının anksiyeteyi azalttığı, yasemin yağının analjezik ve antispazmotik etki yarattığı belirtilmektedir

(Smith ve ark., 2010; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Berkiten, 2008; Jones ve ark., 2012; Tiran, 2009).

Hayal kurma

Hayal kurma dikkati başka yöne çeker ve doğumda gevşemenin sağlanmasında etkilidir. Aynı zamanda gebenin doğumun zor ve acı verici durumlarından uzaklaşmasına yardımcı olur. Böylelikle ağrı eşiği yükselir ve ağrının algılanıőı azalır (Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım ve ark., 2006).

Solunum teknikleri

Kadınlar için doğum ağrısının azaltılmasında kullanılacak olan farmakolojik olmayan uygulamalar arasında yer alan nefes egzersizleri eğitimi kadının doğuma daha iyi konsantre olmasını ve doğum ağrıları ile başetmesine yardımcı olur (Gözüyeşil ve Başer, 2010; Kadayıkçı ve Barış Güzel, 2005). Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde doğum sırasında kadının gevşemesine yardım ederek ağrı eőiđini yükseltir, gevşemesini sağlar, uteroplesental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar (Berkiten, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Wee, 2002; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Nefes egzersizlerinin öğrenilmesi için en doğru zaman gebelik dönemidir. Doğum henüz olmadan gebelik süresi boyunca gebe okullarında veya online ortamda bu eğitimin alınması ve daha sonra tekrarlar yaparak pekiştirilir. Kadın gebelik döneminde öğrenmeden ilk kez doğum yapmak üzere doğumhaneye geldiğinde nefes egzersizlerini uygulamaya çalışırsa başarısız sonuçlar alabilir. Doğum eyleminde kontraksiyonun olduğu zamanlar ve dinlenme aralıklarında alınan nefes birbirinden farklı olmaktadır. Kontraksiyonların olmadığı zamanlarda yani dinlenme evresinde gebeye ıkmaması, gevşemesi ve pozitif düşüncelere odaklanması (örneğin bebeğinin doğumdan sonraki halleri) tavsiye edilir. Kadının doğru nefes alması ve solunum tekniklerini uygun biçimde yapması doğum ağrısını hafifleterek anneye ve bebeğe birçok fayda sağlamaktadır. Solunum tekniklerinin birçok olumlu yönü vardır. Bunlar; doğum korkusunu ve ağrısını azaltması, ilaç uygulamaları ve ekipmana ihtiyaç duyulmaması, bebek üzerinde herhangi bir yan etkisinin olamamasıdır.

Farklı solunum teknikleri gebenin ihtiyacına göre kullanılabilir. Solunum teknikleri hakkında hemşire-ebenin anneye eğitim vermesi, bilgilendirmesi ve uygulamasını sağlaması gebenin

endişesini, doğum korkusunu ve ağrısının azaltılmasında maksimum düzeyde yararlı olacaktır. Bunun için en ideal zaman latent fazdır. Farklı solunum tekniklerini gebe travayda takip edilirken ya da doğum eylemi esnasında ne zaman değiştirileceği ile ilgili kanıtlanmış bir çalışma yoktur. Önemli olan nokta inspiyum ve ekspiyum sırasında alınan ve verilen soluk miktarının eşit olmasıdır. Aynı zamanda soluk alıp vermenin mümkün oldukça yavaş olması gerekmektedir. Kompleks solunum tekniklerini kadının hemen anlamaması ya da uzun süre boyunca uygulaması yorgunluk ve bıkkınlığa neden olabilir. Kadın ihtiyacı olmadığı sürece basitten karmaşığa hemen değişiklik yapmamalı, sadece ihtiyaç duyulduğunda değiştirilmelidir, böylece çok karmaşık tekniklerin uzun süre kullanımı sınırlandırılmış olur (Gözüyeşil ve Başer, 2010; Kadayıkçı ve Barış Güzel, 2005).

Çeşitli olan solunum teknikleri annenin ihtiyacına göre belirlenir. En çok kullanılan yöntemler Dick- Read ve Lamaze yöntemleridir. Gevşeme egzersizleri ile kombine kullanımı daha faydalıdır (Berkiten, 2008; Taşçı ve Sevil, 2007; Wee, 2002; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Lamaze tekniğinin 7 temel doğrusu bulunmaktadır:

1. Doğum normal olmalı, naturel ve sağlıklıdır.
2. Doğum eylemi deneyimi gebeyi ve ailesini derin bir şekilde etkiler.
3. Gebenin doğal ve içgüdüsel dürtüleri doğumu yönlendirir.
4. Gebenin doğum tecrübesinin iyi ya da kötü olması sağlık profesyonellerine ve doğumun yapıldığı yere bağlıdır.
5. Doğal doğum yapmak tüm gebelerin hakkıdır, doğum sırasında uygulanan invaziv müdahaleler gerekmedikçe kullanılmamalı, kullanımından kaçınılmalı.
6. Doğum doğal ve güvenilir bir eylemdir.
7. Gebeler aldıkları doğum öncesi eğitimler sayesinde sağlıkları ile ilgili kararlara katılabilecek kendisine uygun yöntemi seçecek ve sorumluluğu alabileceklerdir (Huntley ve ark., 2004).

Kas gevşemesi

Gevşeme egzersizleri önce kasları germe daha sonra gevşetme yöntemlerinden oluşmaktadır. Gevşeme ile endişe azalır ve

çizgili kaslardaki gerilme hafifler. Kişiyeye herhangi bir kas kümesini germesini ve kasların son direnç noktasına kadar dayanmaları öğretilir. Ardından kişi kastığı kasları gevşetir ve başka bir kas kümesini kasmaya başlar. Gevşeme kas gerginliği ve anksiyeteyi azaltarak ağrıyı giderir. Ruhsal ve fiziksel gerginlik ile stresten kurtulma, kronik ve akut ağrıyı hafifletir. Gevşeme tüm nonfarmakolojik yöntemlerin temelini oluşturmakta ve bu yöntemlerin kullanımı için de gereklidir (Uçan ve Ovayolu, 2007; Yavuz, 2006).

Biofeedback

Servikal açıklık, dalgalanmalar, tansiyon gibi fizyolojik süreçler ile ilgili gebeye aralıklı olarak bilgi verilir. Kontraksiyonlar başladığında bu bilgileri gebenin tekrarlaması söylenir. Bu sayede gebenin dikkati dağılır kendi vücudu ile ilgili fizyolojik değişikliklere odaklanır ve ağrıyı daha hafif hisseder (Berkiten, 2008; Özatamer ve ark., 2002; Taşçı ve Sevil, 2007; Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Uçan ve Ovayolu, 2007; Yavuz, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Hareket ve pozisyon verme

Travayda ağrıyı gidermek için gebeyi mobilize etmek önemli girişimlerdendir. Literatürde travayda ayakta yürür pozisyonda ya da oturma halinde iken (vertikal pozisyonda) yatay pozisyona (horizontal) göre gebelerin sırt, bel ve abdominal ağrılarının daha az olduğu tespit edilmiştir. Birinci evrenin latent fazında ve erken aktif fazda gebelerin dikey pozisyonda yatay pozisyonlara göre daha rahat oldukları belirlenmiştir. İlk evrenin geç dönemlerinde ise aksine yatay pozisyonun dikey pozisyona göre daha rahat olduğu belirtilmektedir (Brown ve ark., 2001; Berkiten, 2008; Özatamer ve ark., 2002; Taşçı ve Sevil, 2007; Uçan ve Ovayolu, 2007; Wee, 2002; Yavuz, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Rebozo Tekniği

Rebozo gebeler tarafından başlarına sarılarak kullanılan iki metre uzunluğunda 70cm genişliğinde uzun ve renkli bir kumaştır. Bu tekniğin rahat ve kolay uygulanabilmesi açısından kumaşın uzun ve dokusunun esneyebilen pamuk kumaştan olması oldukça önemlidir (Iversen ve ark., 2017). Rebozonun doğum sürecinde kullanım amacı; annenin pelvisinde ritmik bir hareket yaratarak ağrının giderilmesi ve pelvis kaslarını

gevşeterek fetüsün doğum için uygun bir pozisyona girmesine yardımcı olmaktadır. Bununla birlikte ağrının hafifletilmesinin yanı sıra; bel ağrısı, stres, yorgunluk, bebeğin anne karnında pozisyon değışiklik ihtiyacı gibi zamanlarda etkili olması sebebiyle vücutta pek çok bölgeye uygulanabilmektedir.

Bu teknik doğumda kadın uzanırken, ayakta iken veya elleri ve dizleri üzerindeyken ebe veya hemşireler tarafından çeşitli pozisyonlarda kullanılmaktadır. Kaynaklarda Rebozo Tekniği'nin kullanımı ile araştırmalar az sayıda olduğu için uygulama süresi ile ilgili net bir zaman yoktur. Kontraksiyonlar sırasında 5-10 dakika arasında uygulanabilir ya da gebenin tercihi doğrultusunda bu süre uzatılıp kısaltılabilir (Iversen ve ark., 2017). Birçok kültürün doğum hikayelerinde, doğum yapan kadının ağaçtaki bir ipe asılı şekilde çömeldiği resmedilir. Rebozo Tekniği de buna benzer bir şekilde kullanılabilir. Kadın çömelme pozisyonunda iken kollarının altından rebozo geçirilir. Çömelme pozisyonunda olan gebeyi desteklemek için rebozonun ucunu eşi ya da sağlık profesyoneli kontraksiyonlar esnasında rebozoyu çeker. Bu sırada eşi hafif bir masaj veya rahatlatıcı sözlü destek sağlayabilir. Bir sonraki kasılmalara kadar kadın topa yaslanabilir ve dinlenebilir (Perez, 2014).

Sıcak ve soğuk uygulama

Bu yöntem maliyet etkin ve rahat uygulanabilir yöntemlerdendir. Sıcak kompres, uygulanan bölgelerde damarlarda vazodilatasyon oluşturarak ağrıyı hafifletir. Damarların genişlemesi ile kan dolaşımı hızlanır dokuların oksijenlenmesi ve beslenmesi artar. Isı reseptörleri sayesinde kas spazmından kaynaklanan ağrı giderilir. Sıcak kompres taravayda en çok bel ağrısına yönelik uygulanır. Doğumda sıcak uygulama aracı olarak; sıcak su şişeleri/su torbaları, pirinçle veya kiraz çekirdeği ile dolu ısıtılmış torbalar, sıcak havlu veya kompresler, ısıtıcılı battaniyeler ve sıcak su banyoları kullanılmaktadır. Doğum analjezisinde sıcak uygulama; ağrıyan bölgelere sıcak ajanların uygulanması, annenin sıcak battaniyelere sarılması, ılık su banyoları / küvetleri ve havuzlarına kadar çok çeşitli şekillerde uygulanmaktadır (Brown ve ark., 2001; Simkin ve Boldig, 2004).

Perineal sıcak uygulama: Perineye sıcak uygulama yapılması ağrı kesici etkisi yaratarak; fetal başın inişi sırasında yaşanan perine basıncını ve ağrıyı azaltmaktadır. Ayrıca perineal dokuların esnekliğini arttırarak epizyotomi ihtiyacını ve perineal laserasyon riskini azaltmaktadır (Hobbs, 2001). Perineal sıcak

uygulamada kullanılacak ideal ısı 40°C-45°C aralığında olmalıdır. Bu derecede bir ısı 6 ile 8 dakika uygulandığında 3 cm derinliğindeki dokulara ulaşabilmektedir. Sıcak petler doğumun 2. evresinin başında perineye uygulanır. Uygulamada ıslak kompresler kullanılacaksa anneyi alıştırmak ve rahatsızlık duyup duymadığını anlamak için ortalama 40-45°C hazırlanmış suyun içerisine kompresler daldırılıp iyice sıkıldıktan sonra üst bacağın iç yüzüne ön uygulama yapılır. Anne rahatsa aynı şekilde hazırlanmış kompreslerle perineye sıcak uygulamaya başlanır. Uygulamada kompresler perineyi tamamen örtmeli, kirlenip soğudukça değiştirilmeli ve işlem bebek başı perineden sıyrılıncaya kadar devam ettirilmelidir (Albers ve ark., 2005).

Soğuk kompres ise damarlarda vazokonstrüksiyon oluşturarak, kas spazmına engel olur, enflamatuvar dokularını azaltıp eklemlerdeki gerilmeyi ortadan kaldırır. Soğuk uygulama ağrıyı iki şekilde hafifletir. Birincisi; doğrudan periferik sinir iletimininin blokajı, ikincisi ise; indirekt olarak enflamatuvar cevabı azaltarak ödemli bölgenin sınırlar üzerinde yaptığı basıncın ortadan kaldırmasıdır. (Berkiten, 2008; Özatamer ve ark., 2002; Taşçı ve Sevil, 2007; Uçan ve Ovayolu, 2007; Wee, 2002; Yavuz, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Dikkati başka yöne çekme

Gebenin odak noktasını ağrı dışındaki başka bir obje, görsel ya da işitsel farklı uyarıya çevirmesidir. Bu uygulama ile ağrı tümüyle sonlanmaz ancak ağrı ile baş etme becerileri güçlenir. Yani, ağrı toleransı artar, ağrı algılama eşiği yükselir ve hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda bireyin otokontrolünü güçlendirir. Dikkati başka yöne çekme uygulamaları yorucu olduğundan iki saatten az kullanılmalıdır (Berkiten, 2008; Yavuz, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım ve ark., 2006).

Yoga

Yoganın ilk çıkış noktası Hindistandır ve bu uygulamanın felsefesi, zihin ve vücudu kontrol etmektir. Birçok yoga tekniği vardır. Bu tekniklerden ‘Enerji Yogası’ gebelikte ve doğumda kullanılabilir. Enerji yogasında özel nefes alma teknikleri, bilinç yükseltme ve rahatlama sağlamaktadır. Klinisyenler yoganın, doğumu kısalttığını, ağrıyı hafiflettiğini ve ilaç kullanım gereksinimini azalttığını belirtmişlerdir. Fakat bununla ilgili yapılmış kanıt düzeyi yüksek bilimsel çalışma bulunmamıştır (Tournaire ve Theau-Yonneau, 2007; Yıldırım ve Şahin, 2003).

Gebeliği boyunca düzenli yoga yapan kadınların gebelikte görölen rahatsızlıklarının, stres, anksiyete, depresyon, uyku sorunlarının azaldığı belirtilmiştir (Muzik ve ark., 2012). Bilindiği üzere gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte, fizyolojik ve psikososyal dengenin deĐiŐmesi, yaŐamdaki rollerin farklılaŐması, yeni deĐiŐen role adapte olma gebe ve çevresi için biyo-psikososyal uyum gerektirmektedir (Taşkın, 2016). Gebelikteki deĐiŐiklikler ve davranış biŐimleri, gebelik sonuçlarını, fetüsü, anneyi hem fizyolojik hem psikolojik olarak etkiler. Bu açıdan yoganın bütüncöl yaklaşımı; gebelik öncesinde yoga üreme sağlığını optimize ederek gebe kalma şansını artırmada, gebelikte, doğumda ve sonrası süreçte ortaya çıkan gereksinimleri karŐılamada önemli bir yöntemdir (Rathfisch, 2015).

Yoga, uterus ve perine kaslarını güçlendirmek ve omurgayı desteklemenin yanında zayıf kan dolaşımı, kan basıncı dalgalanmaları, aşırı kilo alımı, yorgunluk, ödem ve idrar problemleri gibi gebeliğin yaygın sorunları ile başa çıkmakta etkili olmaktadır. Asanaların doğasında olan disiplin ve zihinsel rahatlık oluŐturma becerisi, doğum eyleminde vücudun kasılmaları daha az endiŐeyle karŐılamasını, her bir kasılma

arasında rahatlamanın ve kendini bırakmanın daha kolay olmasını sağlar (Rathfisch, 2015). Gebelik döneminde yoga asanaları, uygulanabilirliği açısından gebelik haftasına göre üç bölümde düzenlenerek uygulanır (Rathfisch, 2015).

Bu bölümler; Erken gebelik haftasında yoga meditasyon (ilk 16 hafta); bu dönemde çoğunlukla gevşeme ve nefes farkındalığı uygulamalarına ağırlık verilir. Bu dönemde amaç yeni başlayan gebelere yogayı öğretmek değil, gebelik ve doğuma karşı belli bir tutum kazandırmak ve uygun uygulamalara doğru yönlendirmektir (Akarsu, 2016). Gebeliğin erken haftalarında yoga uygulaması ortalama 45 dakika kadar sürebilir. Bu süre içinde beş dakika nefes çalışmasına, 25 dakika yoga asanalarına, 15 dakika anne bebek iletişimine ve meditasyona ayrılabilir.

Orta gebelik haftasında yoga (16-34. haftalar arası); bu dönemde büyüyen bebek ve uterusu bağlı olarak sırt üstü yatmak çok sıkıntı verebilir. Ağırlık artışı postürü etkileyebilir, omurga ve bacaklar üzerine olan basıncı artırabilir. Bu nedenle daha çok yerde yapılan asanalara ağırlık verilir. Orta gebelik haftasında yoga uygulaması ortalama bir saat kadar sürebilir. Bu bir saat içinde beş dakika nefes çalışmasına, 40 dakika yoga asanalarına, 15 dakika anne bebek iletişimine ve meditasyona ayrılabilir.

Geç gebelik haftasında yoga (34. hafta ve sonrası); gebelik döneminin son haftalarında, gebenin rahatını sağlamak, doğuma ruhsal, bedensel ve zihinsel olarak hazırlamak ve bebeğin doğru pozisyonda doğum kanalına yerleşmesini desteklemek hedeflenir. Bu dönemde gebeye doğumda kullanabileceği nefes egzersizleri ve yoga asanaları öğretilir. Bu dönemde asanalar arası geçişler daha yavaş olmalı ve dinlenme araları verilmelidir. Gebeliğin son haftalarında yoga uygulaması ortalama 40 dakika kadar sürebilir. Bu süre içinde 5 dakika nefes çalışmasına, 20 dakika yoga asanalarına, 15 dakika anne bebek iletişime ve meditasyona ayrılabilir (Rathfisch, 2015).

Yogadaki meditasyon uygulamasının, kişinin baskı ve gerginliğinin giderilmesini, benliğin gelişmesini sevgi ve şefkat duygularının artmasını aynı zamanda daha coşkulu, huzurlu ve mutlu olmasını sağladığı belirtilmektedir (Akarsu, 2016). Gebelik sırasında yapılan yoganın, kasları etkin hale getirmek, gevşemeyi sağlamak, doğum eyleminin sağlıklı ilerlemesine imkan vermek, uterusu ve bebeğe kan akışını rahatlatmak, doğum ağrısı ile birlikteliği sağlamak, içgüdü ve sezgileri harekete geçirmek, anne bebek iletişimini güçlendirmek, kadının kendi bedenine güveni yükseltmek, doğum korkusu ve

stresini azaltmak başta olmak üzere pek çok yararı olduğu ifade edilmektedir (Akarsu, 2016; Rathfisch, 2015).

Gebelik Yogasında Dikkat Edilecek Noktalar:

Yoga uygulamaları yaparken her zaman gebenin kendi bedenini takip etmesi ve kendi beden kapasitesini gözeterek duruşları yapması önerilir. Ayrıca aşağıdaki hususlara özellikle dikkat edilmelidir; bedene herhangi bir acı veya rahatsızlığa yol açan hiçbir çalışmayı yapmaması gerekmektedir.

- Yoga yapan bireylerin aç veya çok tok olmamaları, uygulamanın daha rahat takip edilmesini sağlar. Yoga uygulamaları rahat ve bol kıyafetler ile mümkünse yalınayak yapılmalıdır.
- Her zaman bedenin iki yanı eşit çalışmalıdır. Önce sağ yan sonra sol yan çalıştırılırsa, sindirim sisteminin doğal hareket düzeniyle aynı doğrultuda çalışılması sağlanır.
- Omurga iki yana döndürülürken karnın sıkıştırılmamasına dikkat edilmelidir. Omurganın üst kısımlarını döndürmeye odaklanılmalıdır.
- Nefes düzenine hareket edilerek çalışılmalıdır. Fetusun sürekli oksijene ihtiyacı olduğu için gebeler yoga

esnasında kesinlikle nefeslerini tutmamalıdırlar. Nefesin her zaman burundan alınıp verilmesi, nefesin doğal akışında devam etmesini sağlar.

- Hemoroid, vulva varisleri, tromboz gibi rahatsızlıkları olanlar bacakları kıvrımmamalı, çömelmemeli ve öne doğru eğilmemelidir.
- Pelvik eklem ağrısı şikayeti olan çömelme ya da bacakları aşırı gerip açma yapılmamalıdır. Öne doğru eğilişlerde kalçalardan itibaren esneme yapılmalıdır.
- Özellikle 34. haftadan sonra sırt üstü uzanarak yapılan duruşlar yapılmamalıdır.
- Yüksek tansiyon problemleri olan gebeler kollarını başları üzerlerinde tutmamalıdırlar.
- Kanama problemi olan gebeler yoga yapmamalıdırlar (Babbar ve Shyken, 2016).

Gebelik Yogasının Faydaları:

- Uyku bozukluklarını azaltır.
- Hormon üretimini sağlayan salgı bezlerinin uyarılması sağlar.

- Dolaşımın iyileşmesi için kan akışının hızlanmasını sağlar.
- Sindirimi kolaylaştırır.
- Ağrıları hafifletir, sırt ağrılarını azaltır.
- Kas gücü ve esnekliğini artırarak dengenin gelişimi ve postürün korunmasına katkı sağlar.
- Vücut farkındalığını ve gevşeme yeteneğini artırır.
- Doğru nefes alışkanlığı kazandırdığı için nefes kontrolü sağlar ve doğuma yardımcı olur. Stresörlerin azaltılmasında fayda sağlayarak, stresi ve anksiyeteyi azaltır.
- Gebelerin sezgisel olarak duyguları ve bedenleri ile yakın temasını sağlar.
- İç netlik sağlayarak güven duygusunu geliştirir.
- Pozitif bir bakış açısını kazandırarak, duygusal iyi hissetmeyi ve sağlıklı olma hissini sağlar. Bebekle anne arasında bir bağın oluşmasını sağlar, böylece bebeğin fizyolojik ve ruhsal anlamda sağlıklı gelişimine katkıda bulunur.
- Anne ve bebeğin iletişim ve birlikteliğini güçlendirir; huzur ve sakinlik verir.

- İ organlara yaptığı masaj sayesinde gebelerin doğum yaptıktan sonra eski formlarına kavuŐmalarına yardım eder (Salmon ve ark., 2009).

Efloraj

Efloraj, cilt üzerinde kaydırılarak yapılan derin kas dokularında baskı yapmayan Şiddeti az olan masaj uygulamalarıdır. Gebenin kendisi tarafından, karnına veya bacaklarına tekrarlayan yuvarlak Őekiller ve çizgiler çizmek suretiyle, ya da başka bir uygulayıcının parmak uçları ile gebenin kol ve bacağında yukarı ve aŐaĐı doğru hafifçe ovma hareketi yapmasıdır. Doğum ağrısı mekanizmalarının sebep olduğu, sakroiliak bağ dokulardaki gerginlikten dolayı sakroiliak ağrıyla gidermek için bölgesel bası uygulamak suretiyle bu manevralar yapılır (Berkiten, 2008; Yavuz, 2006; Yıldırım ve Şahin, 2003; Yıldırım ve ark., 2006). Efloraj'da yapılan basınç yumuşak ve parmak uçları ile olmalıdır, aralıklar halinde değil sürekli deriye temas etmelidir. Efloraj yapılırken iki elin parmakları umblikusun her iki yanına konur. Eller yukarıya ve dıŐa doğru hareket ettirilip, aşağıya pubik bölgeye doğru getirilir ve tekrar umblikusa çıkarılır. Gebelerde bel, kol ve bacaklara yukarı ve aŐaĐı doğru hafif efloraj ovmalarının rahatlama sağladığı bildirilmektedir.

Fizyolojik etkisinin kapı kontrol teorisi ile olduğu düşünülmektedir ve genellikle doğum eyleminin latent fazında etkilidir (Balaskas, 1991).

2.3.1. Refleksoloji

Refleksoloji, geçmişi 5000 yıl önceye dayandığı tahmin edilen ve Mısır, Çin ve Hint yaşam tarzında vücudun belli noktalarının (el, ayak ve kulak) bazı masaj teknikleri ile uyarılmasıdır. Bu yöntem homeostazisi dengeleyen bedeninin kendisini yenilemesini sağlayan bir terapi yaklaşımıdır (Gözüyeşil, 2015; Wilhelm, 2009). Refleksoloji modern tıbbın merkezine 19. yy.'da Amerikalı doktor William Fitzgerald vasıtasıyla taşınmış ve günümüze kadar gelmiştir (Wilhelm, 2009). Refleksoloji teriminin “refleks” kısmı yansıma anlamına gelmektedir ve ayakların daha hassas bölgeleri olması ve vücudun durumunu yansıtan ayna görevinde bulunması nedeniyle uygulamada ellere oranla daha çok ayaklar tercih edilmektedir (Gözüyeşil, 2015).

Uzakdoğu inancına göre her insanda organlar ile yansıma noktaları arasında vücudun kendi dengesini koruyan enerji sistemi bulunur (Gözüyeşil, 2015; Wilhelm, 2009). Zamanla üzüntü, stres, hastalık ve travma gibi nedenlerle bu enerji kanalları tıkanarak organların yavaş yavaş görevlerini

aksatmalarına neden olur (Gözüyeşil, 2015). Refleksoloji uygulaması ile uygun refleks bölgelerine masaj yapılarak tıkanan enerji kanalları açılır ve organlara uyumlu dağılan enerji dağılımı yeniden düzene girer (Gözüyeşil, 2015; Tabur & Başaran, 2009; Wilhelm, 2009). Son yıllarda gittikçe popüler ve alternatif tıp uygulamalarından olan refleksoloji, sağlık çalışanları ve refleksologlar tarafından yapılmaktadır (Wilhelm, 2009).

Refleksolojinin Etki Mekanizması

Refleksolojinin etkinliğini belirleyen bazı teoriler vardır. Bunlar;

Enerji Teorisi:

Geleneksel Asya tıbbına göre refleksoloji, vücutta kesintisiz yaşam enerjisinin (Chi Enerjisi) kesintisiz akışını sağlama ilkesini benimser (Gözüyeşil, 2015; Maranki & Maranki, 2011). Zaman zaman çeşitli sebeplerden dolayı enerji blokaajları meydana gelmektedir ve bu blokaajlar hastalıklara neden olabilmektedir (Doğan, 2014; Gözüyeşil, 2015; Gunnarsdottir, 2013). Ayak veya elde bulunan refleks noktalarına uygulanan bası ile tıkanmış bu kanallardaki enerji blokaajının tekrar açıldığı

ve vücutta dengeli dağılımın tekrar sağlandığı görüşü savunulmaktadır (Bakır ve ark., 2018; Gözüyeşil, 2015).

Laktik Asit Teorisi:

Laktik asit teorisine göre ayaklarda kalsiyum, laktat ve ürik asit gibi mikrokristaller birikmektedir ve refleksoloji bu kristalleri eriterek serbest akımına izin verir (Doğan, 2014; Gözüyeşil, 2015).

Sinir Reseptörlerini Algılama Teorisi:

Her bir ayakta yaklaşık olarak 7000'in üzerinde sinir ucu bulunmaktadır (Tabur & Başaran, 2009). Refleksoloji ile ayaktaki sinir noktaları özel yöntemlerle uyarılarak elektrokimyasal mesajlar oluşturulur ve nöronların yardımı ile bağlı olduğu doku ve organlar uyarılır (Bakır, 2018; Doğan, 2014). Bu sayede fiziksel gerginlik ve stresi azalır ve gevşeme sağlanır (Gözüyeşil, 2015). Bu gevşeme ile otonom yanıt etkilenir ve sırasıyla endokrin, immün ve nöropeptit sistemleri etkiler (Doğan, 2014).

Sinir Uyarı Teorisi:

Bu teoriye göre refleksoloji ile deride bulunan duyuşal sinir reseptörlerine, hücrelerdeki plazma membranlarındaki açık iyonik kanallardan basınç uygulandığı ve iletilen mesajı spinal korda ve/veya beyine ulaştırmak için potansiyel lokal bir hareket sağlandığı savunulmaktadır (Gözüyeşil, 2015).

Refleksolojinin Kullanım Alanları

Refleksoloji, öncelikle profilaktik olarak önleme tedavisinde ve sağlığı iyileştirmede sonrasında ise birçok hastalığın tedavisinde tamamlayıcı bir yöntem olarak uygulanmaktadır.

Kullanım alanları;

- Kansere bağlı ağrıların ve kemoterapinin yan etkilerini (bulantı, kusma, ağrı, anksiyete, yorgunluk vb.) rahatlatmada ve yaşam kalitesini artırmada,
- Sempatik ve parasempatik sinir sistemini ayarlama ve fonksiyonunu düzenlemede,
- İmmün sistemi güçlendirmede, kan dolaşımını artırmada, enflamasyonun kısa sürede iyileşmesinde,

- Stres, anksiyete, ajitasyon, gerginlik, depresyon, yorgunluk ve uykusuzlukta,
- Konstipasyon ve irritabl bağırsak sendromunda,
- Otizm, serebral palside,
- Konuşma bozukluğunda,
- Baş ağrısı, sırt ağrısı, bel ağrısı, kas ağrıları ve migren ağrısında,
- Sinüzit, astımda,
- Egzema gibi dermatolojik sorunlarda,
- Yenidoğanda; uyku ve solunum problemlerinin giderilmesinde, bağışıklık sisteminin güçlendirilmesinde, kolik ve kabızlıkta,
- Menopoz, premenstrual sendrom (PMS), dismenore, doğum (ağrıyı azaltmak ve kontraksiyonları etkinleştirmek, servikal dilatasyonu artırmak), postpartum dönemde uterus involüsyonuna yardım etmek ve süt salınımını kolaylaştırmada kullanılmaktadır (Dolation ve ark., 2011; Wilhelm, 2009; Tabur & Başaran, 2009; Wang ve ark., 2008).
- Refleksoloji, yapısal bozuklukları (herni, kol kırığı vb.) gideremez. Kanser, multiple skleroz ya da Acquired

Immunodeficiency Syndrome (AIDS) gibi hastalıkları iyileştirmez. Ancak ağrı kesici özelliği sayesinde ağrıyı hafifleterek hastanın rahatlamasını sağlar (Wilhelm, 2009; Tabur & Başaran, 2009).

Refleksolojinin Kullanılmasının Sakıncalı Olduğu Durumlar

- Akut enflamasyon ve yüksek ateş,
- şüpheli kırıklar, açık yara ve yanıklar,
- Derin ven trombozu,
- Kalp krizi,
- Malign melanom,
- Gebeliğin ilk trimesteri,
- Diyabet (Özellikle Tip 1),
- Tanı konmamış şişlikler ve varisli damarlar üzerine refleksoloji uygulanmamalıdır (Gözüyeşil, 2015; Tabur & Başaran, 2009; Wilhelm, 2009).

Refleksoloji uygulamasında dikkat edilmesi gerekenler

- Refleksoloji uygulaması için en uygun ve rahat olan pozisyon tercih edilir. Bunun için kucakta veya sırt üstü yatış pozisyonu kullanılabilir (110).

- Refleksoloji uygulama odasının sıcaklığı ve ışığı uygun olmalıdır (114).
- Uygulayan kişinin tırnakları uzun olmamalıdır. Bunun için avuç içinden bakıldığında parmak boyunu geçmemelidir (106).
- Refleksoloji genellikle bir ayağın parmak ucundan başlayıp topuk bölgesinde bitirildikten sonra diğer ayakta uygulanır.
- Basınç şiddeti; kişinin yapısı, yaşı, hastalığı ve semptomuna göre farklılık gösterir. Yetişkinlerde daha kuvvetli, çocuklarda normal, bebeklerde ise hafif basınçlı masaj uygulaması yapılır (107).
- Eller yıkanır ve birbirine sürtülerek uygun sıcaklığa getirilir. Uygulama çıplak ellerle yapılır.
- Basılar manuel olarak uygulanır. Bunun için başparmak, işaret ve/veya orta parmak kullanılır. Bu uygulama için başka bir yardımcı araç kullanılmaz. Refleks bölgelerine masaj için toplam beş basınç uygulama tekniği kullanılmaktadır. Bunlar; başparmak hareketi, parmak hareketi, ovma hareketi, sıvazlama hareketi ve sıkma

hareketidir. Bu teknikleri yapmak için taő, tornavida, spatula gibi yardımcı aletler de tercih edilebilir.

Refleksolojiye Baőlama

- Gebeye sözlü olarak açıklama yapılır kendisine ve fetüseye zararlı bir işlem olmadığı anlatılır ve yazılı-sözlü izin alınır.
- Tırnaklar kısa olacak şekilde kesilir. Eller yıkanır, birbirine sürtülerek soğuk ise ısıtılır. Eldiven kullanılmadan çıplak el kullanılır.
- Gebe semifowler pozisyonuna getirilir. Sırt ve ayakların altına destekleyici yastık vb. konur.
- Uygulayıcı gebenin ayakucuna geçer, gebenin ayakları uygulayıcının göğüs hizasında olacak şekilde oturma pozisyonu alınır. Gebe ile göz teması sağlanır.
- Kayganlaőtırıcı etkisinden dolayı eller zeytinyağı ile yağlanır daha sonra gebenin ayaklarına sürülür.

Refleks Noktalarının Uyarılması

Doğum ağrısı manuel bası için ayaklardaki refleks noktaları; 1: Solar Pleksus, 2: Hipotalamus, 3: Hipofiz, 4: Dalak, 5: Troid Bezi, 6: Böbrek Üstü Bezleri, 7: Barsak, 8: Spinal Kord, 9: Uterus, Vajina, Overler ve Fallop Tüpleridir.

- Refleksolojinin uygulanmasına sağ ayaktan başlanır ve yukarıdan aşağıya doğru yapılır. Uygulama süresince iki el birbirini tamamlayıcı şekilde çalışır. Genelde bir el çalışan, yani basıncı uygulayan diğer el ise ayağa destek olan, ayağı tutan eldir.
- İlk önce beş dakika ayağa ısıtma ve gevşeme hareketleri yapılır. Ellere sürülen zeytinyağı ayağa iyice yayıldıktan sonra ayağı ısıtmak için rotasyon (döndürme), aşil tendon germe, iki taraflı bilek gevşetme, elin başparmaklarının ayağın altında yürütülmesi ve “çamaşır sıkma” yöntemleri kullanılır.
- İlk uygulama vücudun tamamına uyarı vermek için “solar pleksus” noktasına yapılır. Uygulama başparmak ile 8-10 defa basıp kaldırma şeklindedir. Solar pleksusa kişi nefes alırken basılır, nefes verirken bası kaldırılır.

- Bir dakika beyin bölgesine uygulama yapılır. Beyin bölgesinde; başparmakta hipofiz bezi ve hipotalamus üzerine çalışılır. El başparmağı, ayak başparmağının en geniş kısmının ortasının biraz arkasına koyulur. Tırtıl hareketleriyle ayak başparmağına elin başparmağıyla bastırıp hafifçe daireler çizilir.
- Bir dakika dalak ve troid bölgesine uygulama yapılır. Dalak refleks noktası sol ayağın tabanında dördüncü ve beşinci parmağın altında ayağın dış tarafına yakın olan kısımdır.
- Troid bezinin ayaktaki refleks bölgesi, tabanda başparmağın devamı olan birinci ayak tarağı kemiğinin yuvarlak bölümündedir. Bastırma, çekme ve tırtıl hareketleri ile çalışılır.
- Bir dakika böbrek üstü bezleri bölgesine uygulama yapılır. Bir dakika barsak bölgesine uygulama yapılır.
- Üç dakika omurilik bölgesine (L1-L5, T10-T12) uygulama yapılır. Omurilik refleks noktası, ayağın iç yanında, başparmağın ilk eklemeden topuğun ortasına kadar uzanan bölgedir ve buraya başparmak ile solucan

yürüyüşü yapılır. Bu hareket yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya yapılır.

- Üç dakika uterus, vajina, overler ve fallop tüpleri bölgesine uygulama yapılır. Uterus refleks bölgesi, ayağın iç tarafında (ayak başparmağı tarafı), ayak bileği ile topuğun en uç noktası arasındadır. Bu refleks bölgesini bulmak için, ayak bileği çıkıntısı ortasından, topuğa doğru hayali bir çizgi çekilir. Sağ ayaktaki refleks bölgesi sağ elin işaret parmağı, sol ayaktaki refleks bölgesi sol elin işaret parmağı yerleştirildikten sonra hafif bir döndürme hareketi yapılarak işlenir. Bu refleks bölgesini çalışmanın bir diğer şekli de, sağ elin ayasını ayak tabanının üzerine yerleştirip ve her iki yöne doğru elips şeklinde hareketler yapmaktır. Orta parmakla basınç uygulanır. Overler refleks bölgesi, ayağın dış kenarındadır (ayak parmağı kenarında). Ayak bileği çıkıntısının yan tarafından, topuğa doğru hayali bir çizgi çekilir. İşaret parmaklarını kullanarak refleks noktasına çalışılır. Her iki elin orta üç parmağını uterus ve over refleks noktalarına yerleştirilip dairesel hareketlerle dik şekilde çıkılarak uygulama yapılır. Böylece tüm bölge çalışılmış olur.

Refleksoloji Uygulamasının Sonlandırılması

En son tekrar solar pleksusa bası yapılarak masaj bitirilir. Sağ ayağa yapılan hareketlerin tamamı sol ayağa da yapılır. Refleksoloji 10 dakika ile 60 dakika arasında uygulanır (107, 108, 115).

2.3.2. Yönlendirilmiş İmgelem

Bu yöntem ile fiziksel ve mental iyilik durumunu artırmak amaçlanır ve bu amaç doğrultusunda zihinsel görselleştirme teknikleri kullanılır. İmgelemenin sağlık üzerindeki etkilerini ilk ortaya atan Dr. Martin Rossman, 1972 yılından günümüze kadar hastalarına imgeleme uygulamaları yaptırmaktadır. Rossman, imgeleme tekniğinin iyileştirici olarak kullanılabilđini Dr. Irving Oyle tarafından 1972 yılında öğrenir. Dr. Oyle farmakolojik uygulamalardan ziyade bireylere hastalıklarının sebebini açıklamayı ve iyileşmek için nasıl gevşeyeceğini, zihinsel olarak imgeleme yapmayı öğretmeyi savunmuştur. Yönlendirilmiş imgelem genellikle hastanın kendini gevşemiş, güvenli, mutlu ve huzurlu hissedebileceği bir yerde hayal etmesini sağlayacak imgeleme tekniklerini kullanmaktadır. Bu teknikler hastanın zihnini rahatsız edici duygularından ve

günlük yaşam düşüncelerinden uzaklaşmasını, farklı zihinsel imgeler üreterek, duygusal iyilik durumu ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkiler (Charalambous ve ark., 2016; Hosseini ve ark., 2016).

2.4. Doğum Eyleminin Yönetiminde Farmakolojik Olmayan Yöntem Kullanımında Hemşire ve Ebenin Rolü

Doğum eyleminde ağrı yönetimi; hemşirenin etkin rol alması, ağrının değerlendirilmesi, tedavisi, uygun girişimlerin seçilmesi ve bakımın planlanmasıyla başlar. Ağrı kontrolünde farmakolojik tedavinin yanı sıra pek çok farmakolojik olmayan yöntem de kullanılmaktadır. Farmakolojik olmayan yöntemler analjeziklerle beraber kullanıldığında ilaçların etkinliğini artıran, analjeziklerin kullanılmadığı durumlarda ise vücudun doğal morfin ve endorfin salınımını sağlayarak ağrının iyileşmesine yardımcı olan uygulamalardır. Bu yöntemler içinde yer alan tamamlayıcı alternatif tedavilerin kullanımında son yıllarda tüm dünyada ve tüm yaş gruplarında artış gözlenmektedir (Taşar ve ark., 2011). Farmakolojik olmayan yöntemler hemşirelerin felsefesi ile uyumlu olması, tıbbi uygulamaları önlemede ek seçenekler sağlaması, hemşirelik bakımını, çalışma memnuniyetini ve profesyonel otonomiyi

arttırması ve kadınların seçim ve otonomi desteğinin bir parçası olmasından dolayı gebelik ve doğum ünitelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Hall ve ark., 2012).

Literatürde doğum eyleminde refleksoloji ve yönlendirilmiş imgelem kullanımının etkisini inceleyen çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır (Arnon ve ark., 2018; Dolation ve ark., 2011; Moghimi-Hanjani ve ark., 2015; Chuang ve ark., 2015; Jallo ve ark., 2015).

İsrail’de yapılan bir çalışmada (Arnon ve ark., 2019) 36 kadına doğum eyleminde refleksoloji uygulanmış, ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, eylem sırasında özgüveni artırdığı ve kadının süreci daha iyi yönettiği bildirilmiştir. Dolation ve ark.’nın (2011) yaptıkları bir çalışmada refleksolojinin doğum ağrısının yoğunluğunu hafifletmesinin yanında doğumun I., II. ve III. evrelerinin süresini de kısalttığı belirlenmiştir. Ayrıca refleksoloji uygulamasının maternal bakımda anne memnuniyetini yüksek oranda artırdığı gözlenmiştir.

Moghimi-Hanjani ve ark.’nın (2015) 80 primipar kadında refleksolojinin doğum ağrısı ve doğum sonu çıktılarına etkisini değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmanın sonucunda;

refleksoloji uygulanan 40 kadında doğum ağrısı ve anksiyetenin azaldığı, yenidoğanda APGAR skorunun arttığı bildirilmiştir.

Tayvan’da yapılan bir çalışmada (Chuang ve ark., 2015) erken doğum eyleminde 57 kadına yönlendirilmiş imgelem videosu izletilmiştir. Bu çalışmada kadınların stresinin azaldığı ve relaksasyon sağlandığı belirtilmiştir. Jallo ve ark.’nın (2015) 148 kadında yönlendirilmiş imgelemin doğum eyleminde stres yönetimi üzerine etkisini değerlendirmeye yönelik yaptıkları çalışmanın sonucunda stres düzeyinin azaldığı bildirilmiştir.

Tüm bu sonuçlar farmakolojik olmayan yöntemlerin doğumda ağrıyı azaltmada, süreyi kısaltmada ve memnuniyet artışında etkili olduğunu ve hemşirelik alanında da son dönemlerde öneminin arttığını ve bu alanda akademik çalışmalarda artış olduğunu göstermektedir. Bunun nedenleri arasında farmakolojik olmayan yöntem uygulamalarının, birçok farmakolojik yöntem gibi invaziv olmaması, yan etkilerinin olmaması ve ekonomik olması gibi sebepler gösterilebilir (Cura ve ark., 2018; Pour ve ark., 2015).

Hemşirelerin güvenli, kolay, etkili ve invaziv olmayan bu yöntemleri uygulayabilmeleri için refleksoloji ve yönlendirilmiş imgelem hakkında eğitim almaları (Çevik, 2013; Pour ve ark.,

2015) ve klinik uygulamalarında bu yöntemden daha fazla yararlanmaları mümkündür.

SONUÇ

Sonuç olarak doğum ağrısının azaltılmasında kullanılan nonfarmakolojik uygulamaların doğumhane hemşire ve ebeleri tarafından kullanımının yaygınlaştırılması, farmakolojik olmayan müdahalelerde sertifika programlarına katılarak bu konudaki bilgi ve becerilerini artırmaları önerilmektedir. Doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaşması, gebe ve eşlerinin bu sınıflarda farmakolojik olmayan yöntemler hakkında bilinçlenmeleri ve daha pozitif bir doğum deneyimlemeleri sağlanması, doğumda bu uygulamaların güvenilirliğini ve etkinliğini gösterecek farklı örneklemlerde daha fazla çalışma yapılması önerilir. Bunun yanısıra araőtırmaların çoğunluğunda primipar gebeler üzerinde çalışıldığını görmekteyiz. Sadece primipar gebelerle değil multiparlar üzerinde ve gebelik döneminden başlanarak doğum esnasında nonfarmakolojik girişimlerin uygulandığı çalışmaların yapılması literatüre katkı sağlanması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Akarsu, H. R. (2016). Gebelik Yogasının Gebenin Psikososyal Sağlık Düzeyi ve Prenatal Bağlanmaya Etkisi. İstanbul, İstanbul Üniversitesi
- Albers, L. L., Sedler, D. K., Bedricik, J. E. (2005). Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Womens Health*, Vol. 50, pp 365-372
- Ampofo, E. A., Caine, V. A. (2015). Narrative Inquiry Into Women's Perception And Experience Of Labour Pain: A Study in The Western Region of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol. 3, pp 86-93
- Andrews, M. M., & Boyle J. S. (2008). *Transcultural Perspectives in Childbearing, Transcultural Concepts in Nursing Care*, 5th. Ed., London: Wolter Kluwer Health, pp 85-115
- Arnon, Z., Dor, A., Bazak, H., Attias, S., Sagi, S., Balachsan, S., & Schiff, E. (2018). Complementary Medicine For Laboring Women: A Qualitative Study Of The Effects Of Reflexology, *Journal of Complementary and Integrative Medicine*, Vol. 16, No.1, pp 1-7
- Arslan, S., Özer, N. (2010). Yoğun Bakım Hastalarının Duyusal Girdi Sorunlarında Tamamlayıcı Tedaviler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, Vol. 13, ss 68-75
- Aslan, F. E. (2006). Ağrıya İlişkin Kavramlar. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü, Aslan F.E. (editör), 1. Basım, İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, ss 47-51

- Avcıbay, B., Alan, S. (2011). Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Vol. 4, ss 18-24
- Babbar, S., Shyken, J. (2016). Yoga in Pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology, Vol. 59, pp 600-612.
- Bakır, E., Samancıoğlu Bağlama, S., Gürsoy, S. (2018). The effects of Reflexology on Pain and Sleep Deprivation in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Randomized Controlled Trial, Complementary Therapies in Clinical Practice, Vol. 31, pp 315-319
- Batallan, A., Goffinet, F., Paris, L. J., Fortin, A., Breart, G., Madelenat, P., Benifla, J. L. (2002). Fetal Macrosomia: Management, Obstetrical And Neonatal Results. Multi Center Casa-Control Study in 15 Maternity Hospitals Paris And the ile de France Arca. Gynecol Obstet, Fertil, Vol. 30, No. 6, pp 483-491
- Balaskas, J. (1991). New Active Birth: A Concise Guide to Natural Childbirth. 2th. Edition, London: Thorsons Harper Collins Publishers, pp 10-148
- Beal, M. W. (1999). Acupuncture and Acupressure Applications to Women's Reproductivehealth Care, J Nurse Midwifery, Vol. 44, No. 3, pp 217-30
- Beigi, S. M., Valiani, M., Alavi, M., Mohamadirizi, S. (2019). The Relationship Between Attitude Toward Labor Pain And Length of The First, Second, And Third Stages in Primigravida Women. Journal of Education and Health Promotion, Vol. 8, pp. 130

- Berkiten Ergin, A. (2008). Doğum Ağrısının Yönetimi. İçinde: Kömürcü N, Berkiten Ergin A (editörler). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul, Bedray Yayıncılık, ss 39-42
- Berman, A. F., Kronenberg, F. (2003). Complementary and Alternative Medicine (CAM) in Reproductive-Age Women: A Review of Randomized Controlled Trials, Reproductive Toxicology, Vol. 17, pp 137–152
- Betts, D. Natural Pain Relief Techniques for Childbirth Using. Acupressure. <http://acupuncture.rhizome.net.nz/acupressure>. Erişim Tarihi: 02.02.2021
- Brown, S. T, Douglas, C., Flood, L. P. (2001). Women’s Evaluation of Intrapartum Nonpharmacological Pain Relief Methods Used During Labor, The Journal of Perinatal Education, Vol. 10, No.3, pp 1–8
- Burroughs A, Leifer G. (2001). Maternity Nursing. 8th Ed. Chicago: Sounder Company, pp 89-130
- Camann, W., Alexander, K. J. (2008). Kolay Doğum. Günaydın, B., Çev, 1. Baskı, Ankara: İlke Yayınevi, pp 203-10
- Chang, M., Wang, S., Chen, C. (2002). Effects of Massage on Pain And Anxiety During Labour: A Randomized Controlled Trial in Taiwan, Journal of Advanced Nursing, Vol. 38, pp 68–73
- Charalambous, A., Giannakopoulou, M., Bozas, E., Marcou, Y., Kitsios, P., Paikousis, L. (2016). Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation as a Cluster of Symptoms Management Intervention in Patients Receiving Chemotherapy: A Randomized Control Trial, Plos One, Vol. 11. No. 6, pp 1-18

- Chen, H. M., Chen, C. H. (2004). Effects of Acupressure at the Sanyinjiao Point on Primary Dysmenorrhoea. *J Adv Nurs*, Vol. 48, pp 380-387
- Chuang, L. L., Liu, S. C., Chen, Y. H., & Lin, L. C. (2015). Predictors of Adherence to Relaxation Guided Imagery During Pregnancy in Women with Preterm Labor. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol. 21, No. 9, pp 563-568
- Cluett, E. R., Burns, E. (2013). Immersion in Water in Labour and Birth. *Sao Paulo Medical Journal*, Vol. 131. No. 5, pp 364-367
- Coşkun, A., Akyüz, A., Arslan, H., Aslan, E., Demirci, N., & Dinç, H. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Coşkun, A. (editör), İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, ss 39-101
- Cura, Ş., Oğul, T. & Kurt, F. (2018). Pediatrik Yaş Gruplarında Akut Ağrının Giderilmesinde Kullanılan Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamaları, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, Vol. 49, No. 1, ss. 126-129
- Çevik, K. (2013). Hemşirelikte Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi: Refleksoloji, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, Vol. 29, No. 2, ss. 71-82
- Daellenbach, R. A. Z., Tschudin, S., Zhong, X. Z., Holzgreve, W., Lapaire, O., Hösli, I. (2007). Maternal and Neonatal Infection and Obstetrical Outcome in Water Birth. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, Vol. 134. No. 1, pp 37-43
- Deans, A. C., Steer, P. H. (1995). Labour and Birth in Water Temperature of Pool is Important. *British Medical Journal*, Vol. 311. No. 7001, pp 390-391

- Dillard, J. N., Knapp, S. (2005). Complementary and Alternative Pain Therapy in The Emergency Department, *Emergency Medicine Clinics of North America*, Vol. 23, pp. 529-549
- Doğan, D. (2014). Ellerin İyileştirme Sanatı: Refleksoloji, *Eur J Basic Med Sci*, Vol. 4, No. 4, ss. 89-94
- Dolation, M., Hasanpour, A., Montazeri, S. H., Heshmat, R., & Majd, H. A. (2011). The Effect of Reflexology on Pain İntensity and Duration of Labor on Primiparas. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, Vol. 13. No. 7, pp 475-479.
- Duarte, R. A. (2005). Ağrı Sınıflaması. İçinde: Ağrının Sırları. Özyalçın, S., Dinçer, S. (editörler), Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, ss. 6-9
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley, L., Hodnett, Ed., Hofmayer, J. (2000). *Guide to Effective Care During Pregnancy and Childbirth*. 3rd Edition, Oxford University, Newyork, pp. 25-35
- Erdine, S. Ağrı, (2007). 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 7-27
- Erdoğan, Z., Çınar, S. (2011). Reiki: Eski Bir İyileştirme Sanatı – Modern Hemşirelik Uygulaması. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, Vol. 1, ss. 86-91
- Ersanlı, C., (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Fogarty, V. (2008). Intradermal Sterile Water İnjections for The Relief of Low Back Pain in Labour: A Systematic Review of The Literature. *Women and Birth*, Vol. 21, pp. 157-163

- Good, M., Stanton-Hicks, M., Jeffrey, A. (2001). Relaxation and Music to Reduce Postsurgical Pain. *J Adv Nurs*, Vol. 33, pp 208-215
- Gözüyeşil, Y. (2015). Refleksoloji, Başer, M., Taşcı, S. (editörler), Kanıta Dayalı Rehberleriyle Tamamlayıcı ve Destekleyici Uygulamaları içinde, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, ss.89-95
- Gözüyeşil, E., & Başer, M. (2010). Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi Uygulamaları ve Kadın Sağlığında Kullanımı. *ÇÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, Vol. 26. No. 1, pp 2
- Gunnarsdottir, T. J. (2013). Reflexology. In Lindquist, F., Snyder, M., Tracy, M.F. (eds.), *Complementary & Alternative Therapies in Nursing*, 7th Edition, New York: Springer Publishing Company, pp. 459-473
- Hall, H. G., McKenna, L. G., Griffiths, D. L. (2012). Midwives' Support For Complementary And Alternative Medicine: A Literature Review. *Women and Birth*, Vol. 25, pp. 4-12
- Helms, J. E., Barone, C. P. (2008). Physiology and Treatment of Pain. *Critical Care Nurse*, Vol. 28, pp 38-49
- Hobbs, L. (2001). *The Best Labor Possible?* 1th. Edition, Edinburgh: Elsevier Science Limited, pp 60-102
- Hodnett, E. D. (2002). Pain and Women's Satisfaction with The Experience of Childbirth: A Systematic Review, *American Journal of Obstetrics And Gynecology*, Vol. 186, No. 5, ss. 160-172
- Hsieh, L. L., Kuo, C. H., Yen, M. F., Chen, T. H. A. (2004). Randomized Controlled Clinical Trial For Low Back Pain Treated By Acupressure And Physical Therapy. *Preventive Medicine*, Vol. 39, pp. 168-176
- Hosseini, M., Tirgari, B., Forouzi, M. A., Jahani, Y. (2016). Guided Imagery Effects on Chemotherapy Induced Nausea and Vomiting in Iranian

- Breast Cancer Patients. *Complement Ther Clin Pract*, Vol. 25, pp 8-12
- Huntley, A. L., Coon, J. T., & Ernst, E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. *American journal of obstetrics and gynecology*, Vol. 191. No. 1, pp 36-44
- Iversen, M. L., Midtgaard, J., Ekelin, M., Hegaard, H. K. (2017). Danish Women's Experiences of The Rebozo Technique During Labour: A Qualitative Explorative Study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, Vol. 11, pp 79-85
- Jallo, N., Salyer, J., Ruiz, R. J., & French, E. (2015). Perceptions of Guided Imagery For Stress Management in Pregnant African American women. *Archives of psychiatric nursing*, Vol. 29, No. 4, pp. 249-254
- Johnson, P. (1996). Birth Under Water to Breathe or Not to Breathe. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 103, pp 202-208
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., Neilson, J. P. (2012). Pain Management for Women in Labour: An Overview of Systematic Reviews (Review). *The Cochrane Library*, Vol. 3, pp. 5-7
- Kadayıkcı, O., Barış Güzel, A. (2005). Lamaze Yöntemi Nedir?, Kadayıfçı, O. (editör), *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum*, İzmir: Nobel Maatbacılık
- Kanner, R. (2005). Ağrının Sırları. İçinde: *Ağrının Sırları*, Özyalçın, S., Dinçer, S. (editörler), İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.
- Karagülle, Z., Hidroterapi, S. P. A. (2008). *Balneoterapi, Talassoterapi*, *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi*, Vol. 28, ss. 224-229

- Kızılkaya Beji, N. (2016). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Geniőletilmiş 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 372
- Khorshid, L., Yapucu, Ü. (2005). Tamamlayıcı Tedavilerde Hemşirenin Rolü, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol. 8, ss. 124-130
- Klostergaard, K. M., Terp, M., R, Poulsen, C., Agger, A. O., Rasmussen, K. L. (2001). Labor Pain in Relation to Fetal Weightİn Primiparae. European Journal of Obstetrics&Gynecology, Vol. 99, pp. 195-198
- Kocaman, G. (1994). Ağrı, Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Tıp Kitabevi, İzmir.
- Köksal Ö., Taşçı Duran, E. (2013). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, Vol. 6, No. 3, ss. 144-148
- Koyyalamudi, V., Sidhu, G., Cornett, E. M., Nguyen, V., Labrie-Brown, C., Fox, C. J., & Kaye, A. D. (2016). New labor pain treatment options, Current pain and headache reports, Vol. 20, No. 2, pp. 11
- Kuğuoğlu S. (2006). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Aslan, F.E. (editör), Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 1. Basım, Bilim Yayınları: 42. İstanbul, ss. 52-60
- Lao, L., Hamilton, G. R., Fu, J., Bermani, B. M. (2003). Is acupuncture safe? A systematic review of case reports, Alternative Therapies in Health And Medicine, Vol. 9, pp. 72-83
- Lee, M. K, Chang, S. B, Kang, D. H. (2004). Effects of SP6 Acupressure on Labor Pain and Length of Delivery Time in Women During Labor. J Altern Complement Med, Vol. 10, pp 959–965

- Lee, N., Coxeter, P., Beckmann, M., Webster, J., Wright, V., Smith, T., & Kildea, S. (2011). A Randomised Non-Inferiority Controlled Trial of a Single Versus a Four Intradermal Sterile Water Injection Technique for Relief of Continuous Lower Back Pain During Labour. *Pregnancy and Childbirth*, Vol. 11, pp. 1-9
- Leeman, L., Fontaine, P., King, V., Klein, M. C., & Ratcliffe, S. (2003). The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, Vol. 68, No. (6), pp. 1109-1112
- Lowdermilk, L. D. (2010). Management of Discomfort. In: Alden, K. R., Perry, S. E., Cashion, K., Lowdermilk, L .D. (editörler). *Maternity Nursing*. 8th edition. Chapter 12, Mosby, Canada, pp. 337-367.
- Lowe, N. K. (2002). The Nature of Labor Pain. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 186, No. 5, pp. 16-24
- Maranki, E., Maranki, A. (2011). Profilaktik masajla mucizevi tedaviler, 20. Baskı. İstanbul: Hayat Yayıncılık, ss. 75-82
- Mete, S., Çiçek, Ö., & Uludağ, E. (2016). Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, Vol. 9, No. 3, ss.101-104
- Moghimi Hanjani, S., Mehdizadeh Tourzani, Z., Shoghi, M. (2015). The Effect of Foot Reflexology on Anxiety, Pain, and Outcomes of the Labor in Primigravida Women. *Acta Med Iran*, Vol. 53, No. 8, pp. 507-511
- Mollamahmutoğlu, L., Moraloğlu, Ö., Özyer, Ş., Su, F. A., Karayalçın, R., Hançerlioğlu, N. Ö. Uzunlar, Ö., Dilmen, U. (2012). The Effects of Immersion in Water on Labor, Birth and Newborn and Comparison with Epidural Analgesia and Conventional Vaginal Delivery. *Journal*

- of the Turkish German Gynecological Association, Vol. 13. No. 1, pp 45-49
- Murray, S. S., McKinney, E. S., Gorrie, T.M. (2002). Foundations of Maternal and Newborn Nursing. 3th Edition, Philadelphia, W.B Saunders Company, pp. 242-394
- Muzik, M., Hamilton, S. E., Lisa Rosenblum, K., Waxler, E., Hadi, Z. (2012). Mindfulness Yoga During Pregnancy for Psychiatrically At-Risk Women: Preliminary Results From A Pilot Feasibility Study. Complement Ther Clin Pract, Vol. 18. No. 4, pp 235-240
- Odent, M., (1983). Birth under water. The Lancet, Vol. 322. No. 8365, pp 1476-1477
- Olds, S. B., London, M. L., Ladewig, P. A. W. (1999). Maternal-Newborn Nursing: A Family and Community-Based Approach. New Jersey: Prentice Hall Health
- Özatamer, O., Alkış, N., Batasılın, Y., Küçük, D. (2002). Obstetrik Anestezi. Anestezi de Güncel Konular, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, ss.159-76
- Özsoy, F., Yıldız, M., Gülcü, S., & Müberra, K. U. L. U. (2018). Doğum Ağrısı ve Bazı Psikiyatrik Özellikler Arasındaki İlişki. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Vol. 13 No. 2, ss. 43-47
- Özveren, H. (2011). Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, ss. 83-92
- Özyuvacı, E. (2007). Doğum Ağrısı Mekanizma ve Kontrolünde Güncel Yaklaşımlar, Klinik Gelişim, Vol. 20, ss. 46-52

- Pagano, E., Rota B, De., Ferrando, A., Petrinco, M., Merletti, F., Gregori, D. (2010). An Economic Evaluation of Water Birth: The Cost Effectiveness of Mother Wellbeing. *Journal of evaluation in clinical practice*, Vol. 16. No. 5, pp 916-919
- Perez, P. (2014) *The Magic of Rebozo Use in Perinatal Care. The Nurturing Touch At Birth A Labor Support Handbook*. 3rd Edition, Revised and Enlarged, pp 131-134
- Phumdoung, S., Good, M. (2003). Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain. *Pain Management Nursing*, Vol. 4, pp. 55-61
- Pour, P. S. M., Kazemi, M., Ameri, G. F. & Jahani, Y. (2015). The effects of acupressure on venipuncture pain among 6–12 year-old hospitalized children, *Mod Care J.*, Vol. 12, No. 1, pp. 8-14
- Power, G. G. (1989). Biology of Temperature: The Mammalian Fetus. *Journal of Developmental Physiology*, Vol. 12, pp 295–304
- Rathfisch, G. (2015). *Gebelikten Anneliğe Yoga*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
- Reynolds, J. L. (1994). Intracutaneous Sterile Water for Back Pain in Labour. *Canadian Family Physician*, Vol. 40, pp. 1785-1792
- Ricci, S. S. (2007). *Essentials of Maternity Newborn and Women’s Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins
- Roberts, C. L., Raynes Greenow, C. H. Nassar, N., Trevena, L., Mccaffery, K. (2004). Protocol for a Randomised Controlled Trial of A Decision Aid for The Management of Pain in Labour And Childbirth, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2004, 4: 1-9

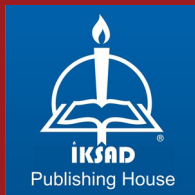
- Sadeghi, T., Neishaburi, M., Soleimani, M. A., Bahrami, N. (2010). The Effect Of Balloon İnflating On Venous Opening Pain in Children, JQUMS, Vol. 14, No. 3, pp. 67-72
- Salmon, P., Lush, E., Jablonski, M., Sephton, S. E. (2009). Yoga and Mindfulness: Clinical Aspects of an Ancient Mind/Body Practice. Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 16. No. 1, pp 59-72
- Sani, R. (2015). Doğum ağrısına kültürel yaklaşım, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Vol. 2
- Sarışen, Ö., Çalışkan, D. (2005). Fitoterapi: Bitkilerle Tedaviye Dikkat, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Vol. 14, ss. 182-187
- Saxena, K. N., Nischal, H., Batra, S. (2009). Intracutaneous İnjections of Sterile Water Over The Secrum for Labour Analgesia, Indian Journal of Anaesthesia, Vol. 53, pp. 169-73
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N. (2009). Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Vol. 2, No. 3, ss. 143-148
- Sevil, Ü., & Ertem, G. (2016). Perinatoloji ve Bakım. Birinci baskı, Ankara, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, ss. 375-404
- Simkin P., & Ancheta R. (2016). Doğum Süreci El Kitabı. Üçüncü Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, ss. 215-219
- Simkin, P., Boldig, A. (2004). Update on Nonpharmacologic Approaches to Relieve Labor Pain and Prevent Suffering, Journal Midwifery Womens Health, Vol. 49, pp. 489-504
- Simkin, P., O'Hara, M.A. (2002). Nonpharmacologic Relief Pain During Labor: Systematic Reviews of Five Methods, Am J Obstet gynecol, Vol. 186, No. 5, pp. 131–159

- Simkin, P., Klein, M.C. (2009). Nonpharmacological approaches to management of labor pain. Part 1 and 2 In: Basow DS(ed). The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia, Waltham, pp. 1-7
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., Crowther, C. A. (2010). Complementary and Alternative Therapies for Pain Management in Labour (Review). The Cochrane Collaboration and Published in The Cochrane Library, Vol. 9, pp. 1-43
- Queensland maternity and neonatal clinical guidelines program (2017). Queensland Maternity And Neonatal Clinical Guideline: Normal Birth. http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirth.pdf. Erişim Tarihi: 02.01.2021
- Şahin, Ş., Owen, D. M. (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması ve Etkileri. İçinde: Şahin, Ş. (editör). Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, İstanbul, Nobel ve Güneş Tıp Kitabevi, ss. 11-22
- Tabur, H., Başaran, E. B. Z. (2009). Refleksolojiye Giriş, İstanbul: Kitapdostu Yayınları, ss. 16-24
- Tanvisut, R., Traisisilp, K., & Tongsong, T. (2018). Efficacy of aromatherapy for reducing pain during labor: a randomized controlled trial, Archives of gynecology and obstetrics, Vol. 297, No. 5, pp. 1145-1150
- Taşar, M. A., Potur, E. D., Kara, N., Bostancı, İ. & Dallar, Y. (2011). Düşük Gelir Düzeyine Sahip Ailelerin Çocuklarına Tamamlayıcı Veya Alternatif Tıp Uygulamaları: Ankara Hastanesi Verileri, Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, Vol. 5, ss. 81-8

- Taşçı, E., Sevil Ü. (2007). Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Derg, Vol. 17, No. 3, ss. 181-186
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği (13. bs.). Ankara: Özyurt Matbaacılık, ss. 497-498
- Timur, S., Hotun Şahin, N. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, Vol. 1, ss. 29-40
- Tiran, D. (2009). Complementary Therapies in midfery. In: Fraser DM, Cooper MA (eds). Myles Midwives, 15 th edition. New York, Elsevier Publish, pp. 959-97
- Tournaire, M., Theau-Yonneau, A. (2007). Complementary and Alternative Approaches To Pain Relief During Labor, Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine (eCAM), Vol. 4, pp. 409–417
- Turan, N., Öztürk, A., Kaya, N. (2010). Hemşirelikte Yeni Bir Sorumluluk Alanı: Tamamlayıcı Terapi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Vol. 3, ss. 94-98
- Uçan, Ö., Ovasolu, N. (2007). Kanser Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Vol. 2, No. 4, ss. 123-133
- Vural, G. (2009). Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın, L. (editör). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IX. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, ss. 275-300
- Wang, M. Y., Tsai, P. S., Lee, P. S., Chang, W. Y., Yang, C. M. (2008). The Efficacy Of Reflexology: Systematic Review. Journal of Advanced Nursing, Vol. 62, pp. 512-520

- Wee, M. (2002). Non-Regional Analgesia I: Non-Pharmacological Methods. Textbook of Obstetric Anaesthesia, Eds: Collis, R.E., Plaat, F., Urquhart, J., Greenwich Medical Media Ltd., pp. 48-56
- Wilhelm, Z. A. (2009). Adım Adım Sağlık: Refleksoloji. (4.baskı). İstanbul: Dharma Yayınları.
- Wiruchpongsonon, P. (2006). Relief of Low Back Labor Pain By Using Intracutaneous Injections Of Sterile Water: A Randomized Clinical Trial. Journal of The Medical Association of Thailand, Vol. 89, pp. 571-76
- Yavuz, M. (2006). Ağrıda Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Aslan, F.E. (editör), 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, ss.135-147
- Yıldırım, G., Sömek, A. A., Kayır, H. (2006). Yenidoğanın Kilosu ile Doğum Ağrısı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi, Vol. 15, No. 57, ss. 99-107
- Yıldırım, G., Şahin, N. H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Vol. 7, No. 1, ss. 14-19
- Yıldırım, G., Şahin, N. H. (2004). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum Ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi, Vol. 18, pp 115-121
- Yıldırım, S., Gürkan, A. (2007). Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, Vol. 8, ss. 37-45

- Yücel, A. (2006). Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü, Aslan, F.E. (editör), 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları: 42, İstanbul, ss. 39-48
- Zwelling, E., Johnson, K. (2006). How to İmplement Complementary Therapies for Laboring Women. MCN, American Journal of Maternal Child Nursing, Vol. 31, No. 6, pp. 364-370



ISBN: 978-625-7562-31-7