



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE GEBELERE
UYGULANAN DOĞUM DANSININ DOĞUM
AĞRISI, ANKSİYETE, DOĞUM SÜRESİ VE
DOĞUMDA ANNE MEMNUNİYETİ ÜZERİNE
ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ
ÇALIŞMA**

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

DOKTORA TEZİ

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

TRABZON-2022

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yapıldığını ve yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kullanılan kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

01/04/2022

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

İthaf

Doktora tezimi, desteğini her zaman hissettiğim ela gözlüme (babama), bu süreçte bana güç veren ilk göz ağrıma (kızım Eylül Zeynep), hayatımın erkeğine (oğlum Kayra Han) ve eşime armağan ediyorum.



TEŞEKKÜR

Doktora eğitimi ve tez çalışmamın her aşamasında benden desteğini hiçbir zaman esirgemeyen; bilgi, tecrübe ve ileri görüşlülüğüyle zor olanı kolay eden, zaman mefhumu gözetmeden ulaşabilme onuruna ulaştığım, akademik hayatımın yanı sıra ilgi ve desteğiyle sosyal yaşamımı da güzelleştiren, her zaman güler yüzü ve bitmek bilmeyen enerjisiyle üretken olduğu kadar örnek bir insan olan, KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı Akademik Kurul Üyesi ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölüm Başkanı Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a,

Tez önerimde ve tez izleme komitemde yer alarak değerli önerileriyle katkı sunan KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Sevilay HİNTİSTAN'a, KTÜ Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Dr. Gülseren DİNÇ'e, tez savunma sınavımda tezime yapmış olduğu katkılarından dolayı Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Nülüfer ERBİL'e, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Aslı SİS ÇELİK'e, lisans eğitimimden beri her konuda desteğini gördüğüm Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Doç Dr. Hava ÖZKAN'a

Doktora eğitimimin her aşamasında desteklerini her zaman gördüğüm, tıkaandığım yerde bilgilerine başvurduğum, yoğun zamanlarında bile hayat kurtaran tavsiyeleriyle karmaşık şeyleri çözmemde yardımcı olan sevgili arkadaşlarım, değerli dostlarım Doç. Dr. Eda DOKUMACIOĞLU, Dr. Öğr. Üyesi Ruveyde AYDIN ve Öğrt. Gör. Sultan ÇEÇEN'e,

Tez sürecimde yardımlarını esirgemeyen Dr. Serkan Yasin KURUOĞLU'na, beraber çalıştığım ebelere, gece/gündüz yorgunluk kahvesini içtiğim ablam Ayşe Deniz ÖZAY'a, çalışmamın omurgasını oluşturan ve hayatın her anında sağlıklı olmalarını dilediğim gebelere,

Tanıştığımdan beri desteğine ihtiyaç duyduğum, her an yanımda olan canım eşim Mustafa'ya,

Gülümsemesi dünyalara bedel anneme, ablam Melek'e, kardeşlerim Emine'ye, Tevhit'e ve Şeyma'ya sevgi ve destekleri için teşekkür eder şükranlarımı sunarım.

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

ŞEKİLLER DİZİNİ

x

RESİMLER DİZİNİ

xi

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xii

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Ağrının Tanımı

4

2.1.1. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanması

4

2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması

5

2.1.3. Ağrı Teorileri

6

2.1.4. Ağrının Değerlendirilmesi

8

2.2. Doğum Eylemi ve Doğum Ağrısı

8

2.2.1. Normal Doğum Eylemi

8

2.2.2. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Hormonlar ve Etkileri

10

2.2.3. Doğum Ağrısı

11

2.2.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

11

2.2.5. Doğum Ağrısının Maternal/Uterin ve Fetal Etkileri

12

2.2.6. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Non-farmakolojik Yöntemler

12

2.2.7. Doğum Ağrısı Yönetiminde Doğum Dansı Uygulaması

17

2.3. Anksiyete ve Doğum Ağrısı

21

2.4. Doğumda Anne Memnuniyeti

22

2.5. Doğum Dansı Uygulaması ve Hemşirelik

23

3. GEREÇ ve YÖNTEM

24

3.1. Araştırmanın Tipi

24

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Edilmeme Kriterleri	29
3.5. Verilerin Toplanması	30
3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	30
3.5.2. Visual Analog Skala (VAS) Formu	30
3.5.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)	31
3.5.4. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)	31
3.5.5. Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)	32
3.5.6. Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF)	32
3.5.7. Çalışmanın Verilerini Toplama Sürecinde Alınan Kıstaslar	32
3.5.8. Doğum Salonunda Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlara Yönelik Uygulamalar	34
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.7. Araştırmanın Etiği	40
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri	40
3.9. Araştırmanın Değişkenleri	41
3.10. Araştırmacının Yetkinliği	41
4. BULGULAR	42
5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	66
6.1. Sonuçlar	66
6.2. Öneriler	67
7. KAYNAKLAR	69
EKLER	90
Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)	91
Ek 2. Visual Analog Skala (VAS) Formu	92
Ek 3. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (STAI TX-1)	95
Ek 4. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)	97
Ek 5. Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)	99
Ek 6. Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF)	100

Ek 7. Bilgilendirilmiş Onam Formu	101
Ek 8. Randomizasyon Kombinasyonları	103
Ek 9. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dâhil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi	104
Ek 10. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu	106
Ek 11. İç Geçerlilik Katsayıları Tablosu	107
Ek 12. Artvin Çoruh Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etik Kurul İzni	108
Ek 13. Artvin İl Sağlık Müdürlüğü’nden Kurum İzni	109
Ek 14. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği Kullanım İzni	110
Ek 15. Randomize Kontrollü Deneyler Kursu Katılım Belgesi	111
Ek 16. Doğum Sonu Erken Dönem Lohusa Bakımı ve Yenidoğan Bakımı Katılım Belgesi	112
Ek 17. Partograf	113
ÖZGEÇMİŞ	114

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması	42
Tablo 2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre VAS puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
Tablo 3. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması	47
Tablo 4. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürelerinin karşılaştırılması	49
Tablo 5. Deney ve kontrol grubundaki annelerin NDAMDÖ'nün toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması	51
Tablo 6. Deney ve kontrol grubundaki gebelere doğumunda yapılan uygulamaların karşılaştırılması	56
Tablo 7. Deney grubundaki annelerin doğum dansına yönelik görüşlerinin incelenmesi	57

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil No	Sayfa
Şekil 1. Consort akış şeması	28
Şekil 2. Deney grubundaki gebelerin doğum esnasındaki tercih ettikleri müzik türlerinin dağılımı	36
Şekil 3. Araştırma akış şeması	39



RESİMLER DİZİNİ

Resim No	Sayfa
Resim 1. Doğum dansı örneği	18
Resim 2. Doğum dansında kullanılan dokuz bilyeli masaj eldiveni	37



KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACNM	Amerika Ebe – Hemşireler Birliği
ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği
ADDUYGİAF	Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu
ADTA	Amerikan Dans Terapisi Derneği
APA	Amerikan Psikoloji Derneği
AWHONN	Kadın Sağlığı, Obstetri ve Neonatal Hemşireler Derneği
DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI TX-I)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DSYAABF	Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu
EFM	Elektro Fetal Monitörizasyon
GBOF	Gebelere Bilgilendirilmiş Onam Formu
GTBF	Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu
IASP	International Association for the Study of Pain
NDAMDÖ	Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
TDK	Türk Dil Kurumu
TENS	Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı
VAS	Visual Analog Skala
WHO	World Health Organization

Simgeler

Aδ	A delta
-----------------------------	---------

ÖZET

Doğumun Birinci Evresinde Gebelere Uygulanan Doğum Dansının Doğum Ağrısı, Anksiyete, Doğum Süresi ve Doğumda Anne Memnuniyeti Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma

Araştırmada amaç, doğumun birinci evresinde gebelere uygulanan doğum dansının; algılanan doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemektir. Randomize kontrollü olan çalışma Kasım 2020 – Mart 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklem büyüklüğünü; güç analizine göre deney grubunda 64, kontrol grubunda 64 olmak üzere toplam 128 gebe oluşturmaktadır. Deney ve kontrol grubunda eşit sayıda primipar ve multipar gebelerden oluşmaktadır. Deney grubundaki gebelere servikal açıklık 3-8 cm arasında iken her saat başı 15 dakikalık doğum dansı uygulanmıştır. Doğum dansı müzik eşliğinde uygulanmış olup, dans süresince gebenin bel bölgesine 9 bilyeli masaj eldiveniyle masaj uygulanmıştır. Veriler Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu, Visual Analog Skala Formu (VAS), Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ), Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu ve Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formlarıyla toplanmıştır. Verilerin analizi; Student t ve Mann Whitney U testiyle yapılmıştır. Deney grubundaki gebelere; servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm iken uygulanan doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması, kontrol grubundakilerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Gebelerin servikal dilatasyon 3 cm, 6-7 cm ve doğum sonrası 2-3 saatler arası değerlendirilen DKÖ puan ortalaması deney ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Deney ve kontrol grupları doğumun süresine yönelik “doğumun birinci, ikinci, üçüncü evresi süresi ve tüm evreleri kapsayan toplam süresi” olarak karşılaştırıldığında, iki grup arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubundaki gebelerin “NDAMDÖ toplam puanı” ve NDAMDÖ’nün “Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım, Pospartum Bakım” alt boyut puanı kontrol grubundaki gebelerden yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Sonuç olarak doğum dansı uygulamasının; gebelerde algılanan doğum ağrısını azaltmada ve doğumda anne memnuniyetini arttırmada etkili olduğu, doğum süresi ve anksiyete üzerinde etkili olmadığı belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Anne Memnuniyeti, Doğum Ağrısı, Doğum Dansı, Süre, Vajinal Doğum

ABSTRACT

The Effect of Labor Dance in the First Stage of Labor on Labor Pain, Anxiety, Duration of Labor, and Maternal Satisfaction with Birth: A Randomized Controlled Study

The study was conducted to examine the effects of labor dance applied in the first stage of labor on perceived labor pain, anxiety, duration of labor, and maternal satisfaction with birth. The randomized controlled study was conducted between November 2020 and March 2022. The sample size of the randomized controlled study consisted of 128 pregnant women determined by power analysis; 64 in the experimental group and 64 in the control group. Experimental and control groups included equal numbers of primiparous and multiparous pregnant women. Pregnant women in the experimental group were applied a 15-minute labor dance every hour when the cervical dilation was between 3-8 cm. Dance was accompanied by music. During the labor dance, the pregnant woman's waist was massaged with a 9-ball massage glove. The data were collected using the Pregnant Descriptive Information Form, the Visual Analogue Scale (VAS), the State Anxiety Scale (SAS), the Maternal Satisfaction Scale at Normal Birth (MSSNB), the Maternal Information Form for Postpartum and the Questionnaire on Maternal Views about Labor Dance Practice. The data analysis was done with Student t-test, and Mann Whitney U tests. The pregnant women in the experimental group performed labor dance when cervical dilatation was 3 cm, 5-6 cm, and 7-8 cm, and their mean VAS score after each dance practice was found to be lower than those in the control group ($p < 0.05$). There was not statistically significant difference between the SAS mean scores of the experimental and control groups, the cervical dilatations of which were evaluated between 3 cm, 6-7 cm, and postpartum 2-3 hours ($p > 0.05$). When the experimental and control groups were compared in terms of “the duration of the first, second, and third stages of labor and the total times covering all stages”, the difference between the two groups was not found to be significant ($p > 0.05$). The total MSSNB score of the women in the experimental group and the “Nursing Care, Comforting, Participation in Decisions, and Postpartum Care” sub-dimension scores of the MSSNB were higher than those in the control group ($p < 0.05$). In conclusion, the practice of labor dance was found to be effective in reducing the perceived labor pain in pregnant women and increasing maternal satisfaction at birth, but not on the duration of labor and anxiety.

Keywords: Anxiety, Duration, Labor Dance, Labor Pain, Maternal Satisfaction, Vaginal Birth

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum deneyimi subjektif ve çok boyutludur. Her kadının doğum deneyimi farklıdır (1-3). Doğum eyleminin fizyolojik sürecinde gerçekleşebilmesi için doğumda etkili olan hormonların (oksitosin, endrofin, prolaktin gibi) birbiri ile uyumlu olması önem taşımaktadır (4). Doğumda hormonal dengenin sağlanabilmesi için gebenin doğuma bağlı anksiyete ve stresi yönetebilmesi gerekmektedir (5). Kadınların doğum ağrısı doğuma yönelik stres ve doğum korkusu kötü yönetildiğinde sezaryen, uzamış doğum, indüklenmiş doğum, vakum ve forseps kullanarak müdahaleli doğum oranında artış, doğumdan memnuniyetsizlik, travma sonrası stres bozukluğu, fetal distres gibi anneye ve fetus / yenidoğana ait ciddi sonuçlar olabilir (6-8). Bu riskler doğumda bakım ve kamu sağlık harcamaları üzerinde ek yük oluşturmaktadır (9).

Doğum korkusu, doğumda ağrı ile baş etmede yetersizlik (10), olumsuz vajinal doğum deneyimleri (11), doğum ortamının fiziki yetersizliği, doğum hizmeti veren sağlık profesyonellerinin empatik olmayan tutum ve davranışları gibi nedenler gebelerin sezaryen ile doğumu tercih etme nedenleri arasındadır (12). Dünyada sezaryen ile doğum oranı ne yazık ki gittikçe artmaktadır. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) ülkeleri arasında Türkiye ilk sırada (%54.4), Güney Kore ikinci sırada (%45.2), Polonya üçüncü sırada (%38, 2) yer almaktadır (13). Cerrahi bir yöntem olan sezaryen, tıbbi gereklilik durumunda hayat kurtarıcıdır. Tıbbi endikasyon dışı kullanıldığında ise; maternal morbitide ve mortalite, yenidoğanın şimdiki ve ileriki dönem sağlığı üzerinde riski artırmaktadır (14). Dünya Sağlık Örgütü sezaryen oranının %10-15'lere çekilmesini önermektedir (15).

Doğum ağrısını azaltmak için kullanılan farmakolojik uygulamalar; somatik ağrı üzerine etki eder (16), doğum eylemini medikalize eder, sezaryen oranlarını artırır (17). Bu nedenle doğum ağrısı ile baş etmede kanıt temelli nonfarmakolojik yöntemlere gereksinim giderek artmaktadır (18, 19). Doğumun medikalizasyonunu engellemek için ucuz ve daha güvenilir olan nonfarmakolojik yöntemlere başvurulabilir (20, 21). Nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılma amacı; ucuz, kullanımının kolay ve güvenilir olması, gebelerin ağrılarını aktif olarak yönettiklerinde hissettikleri kontrol duygusunun bulunması (22, 23), süreci doğrudan gebenin yürütmesine olanak veren uygulamalar olması (18), ciddi yan etkilerin olmaması (24), doğum sürecine ek maliyet getirmemesi (1) bakımın psikolojik,

duygusal ve spiritüel boyutlarını artırarak acıyı önlemesi (25), olumlu doğum deneyimini sağlaması (26-29) ve doğumda anne memnuniyetini artırmasıdır (30, 31).

Dünya Sağlık Örgütü'nün temel hedeflerinden biri, doğumda gereksiz tıbbi uygulamalardan kaçınmak, doğumun doğallığının sürdürülerek vajinal doğumların ve pozitif doğum deneyimlerinin artırılmasıdır (32). Gebenin doğum ağrısı algısını azaltan nonfarmakolojik yöntemlerden biri de doğum dansıdır. Doğum dansının dik duruş, sürekli eş/partner desteği, pelvik hareket (pelvik tilt), masaj ve müzik olmak üzere beş parametresi bulunmaktadır (33). Bu parametrelerin birleşimi olan doğum dansının doğum ağrısı, süresi, korkusu ve memnuniyeti üzerine fiziksel ve duygusal katkısının olduğu belirtilmiştir (28, 34-38). Doğum dansı doğum eyleminin birinci evresinde, isteğe bağlı olarak ikinci evresinde de yapılabilir. Doğum dansının uygulanmasında kadın partnerine dönük durur, ona yaslanır ve yavaşça bir yandan diğer yana sallanır. Partner de ona sarılır, beline ve sakrum bölgesine masaj/basınç yapar (39). Bu esnada gebenin tercih ettiği rahatlatıcı hafif müzik de tercih edilebilmektedir (28, 38). Dansın içermiş olduğu müzik ve vücut hareketlerinin yanı sıra eş/partner desteği, dik duruş pozisyonu ve masaj da eklenerek uygulanan yöntemin etkinliğinin artırılması ve aynı zamanda gebeye emosyonel destek sağlanması amaçlanır (28). Doğum dansı uygulaması doğumun doğallığının sürmesine bir başka ifade ile doğumun medikalize edilmeyeşine, gebenin doğum ağrısıyla baş etme becerisinin artmasına, doğumda tıbbi müdahalelerin (analjezi, sentetik oksitosin uygulaması gibi) azalmasına, gebenin doğuma aktif katılmasına, doğumu olumlu deneyimlemesine katkı sağlama özelliği bulunmaktadır (40).

Ülkemizde doğum dansı ile ilgili yapılan çalışmalar oldukça sınırlıdır (35, 37, 38). Literatürde primipar ve multipar gebelerle yapılan, müzik tercihini (Acemiaşiran ve Rehâvi makamlar, Farid Farjad Fikrimin İnce Güllü gebelerin) gebelerin yaptığı, masaj uygulamasına 9 bilyeli masaj eldiveninin entegre edildiği, doğum dansı uygulamasının süresi, sıklığı, dört bağımsız değişken (doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğum memnuniyeti) üzerinde etkisini inceleyen bir çalışmaya henüz rastlanılmamıştır. Bu çalışma böyle bir ihtiyaçtan yola çıkılarak planlanmıştır. Yapılan bu çalışmada amaç, doğumun birinci evresinde primipar ve multipar gebelere uygulanan doğum dansının; algılanan doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemektir.

Araştırmanın Hipotezleri:

H₁: Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerde doğumda ağrı skoru puanı (VAS), kontrol grubundaki gebelerden daha düşüktür.

H₂: Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerde anksiyete puanı, kontrol grubundaki gebelerden daha düşüktür.

H₃: Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerde doğumun birinci evresinin süresi, kontrol grubundaki gebelerden daha kısadır.

H₄: Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerin doğum sonrası doğumda anne memnuniyet puanı, kontrol grubundaki gebelerden daha yüksektir.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ağrının Tanımı

Ağrı, insan hayatını etkileyen önemli bir durumdur. Bu duruma yönelik çeşitli tanımlamalar yapılmıştır. Ağrı kavramını Türk Dil Kurumu “vücudun herhangi bir yerinde duyulan şiddetli acı” (41), Uluslararası Ağrı Çalışmaları Birliği (International Association for the Study of Pain-IASP) “gerçek veya olası doku hasarı ile ilişkili veya bu tür hasar açısından tanımlanan hoş olmayan bir duysal ve duygusal deneyim” (42) olarak tanımlamıştır. Merriam- Webster “hafif ile şiddetli arasında değişkenlik gösteren, fiziksel rahatsızlığa ve duygusal sıkıntıya neden olan ve tipik olarak bedensel rahatsızlıktan (yaralanma veya hastalık gibi) kaynaklanan lokalize veya genelleştirilmiş, hoş olmayan bir bedensel duyum veya duyumlar kompleksi” (43) olarak tanımlamıştır. Literatürde “ ağrı bireyin söylediği şeydir, birey söylüyorsa vardır” (44) olarak tanımlamışlardır.

Ağrı duysal, duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyal bileşenleri kapsayan öznel bir deneyimdir (45, 46). Ağrıya yönelik verilen tepki anlamına gelen ağrı eşiği her bireyde farklı olabilmektedir. Bireylerin yaş, cinsiyet, yaşam şekli, kültür, eğitim, din, dil, çevre, yaşanmış ağrı deneyimleri, ağrıya neden olan durumun anlam ve önemi vb. gibi faktörler ağrı eşiğini, ağrı tolerans düzeyini ve fizyolojik davranışsal tepkileri etkilemektedir (47-49). Bu durum kişisel ağrı algısına (50) yönelik bireysel planlama yapılmasını gerekli kılmaktadır (47, 48). Ağrı yönetiminin yetersiz oluşu, psikolojik, fizyolojik ve finansal açıdan olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (51).

2.1.1. Ağrının Fizyolojisi ve Algılanması

Ağrı, vücudun koruyucu mekanizmalarından biridir. Vücudu tehdit eden ya da edecek olan uyaranlar ağrı reseptörleri yani nosiseptörler tarafından algılanır. (52, 53). Nosiseptörler, yalnızca ağrı uyaranlarına yanıt veren ve uyaranları, beynin ağrı hissi üretmek için yorumladığı sinir uyarılarına dönüştüren, birincil duyu nöronlarının oldukça uzmanlaşmış bir alt kümesidir. İki ana tip nosiseptör vardır. Bunlar A delta ($A\delta$) lifleri ve C lifleridir (45).

A delta ($A\delta$) lifleri, hızlı ve keskin ağrının omuriliğe iletiminden sorumludur. Bu liflerin harekete geçmesi, bir ağrı hissi algılanmadan önce, etkilenen vücut bölümünün uyarandan spinal refleks olarak geri çekilmesine neden olur. C lifleri, çoğu periferik nosiseptörü oluşturan daha küçük miyelinsiz liflerdir. C lifleri kas tendonlarında, vücut

organlarında ve deride bulunur. Zayıf lokalize olan ve genellikle yavaş/kronik ağrı olarak kendini gösteren donuk, ağrıyan veya yanma hissini iletirler (45, 53).

Nosiseptörler temelde ağrıya neden olan doku hasarı bilgilerini spinal korda aktarır (54). Algılanan ağrıya verilen tepkinin fizyolojik/patolojik sürecinde nosisepsiyon denir. Ağrının nosisepsiyonu Transdüksiyon, Transmisyon, Modülasyon ve Persepsiyon olmak üzere dört fazda algılanır (55). Bu fazlar aşağıda kısaca açıklanmıştır.

Faz I. Transdüksiyon (Ağrının Hissedilmesi): Ağrılı veya zararlı uyarının elektriksel sinyallere dönüşmesi yani nosiseptif sinir liflerini harekete geçirmesidir (50, 52, 54, 56).

Faz II. Transmisyon (Ağrının İletilmesi): Ağrı duyusunun ciltten, kemiklerden veya iç organlardan omurgaya ardından beyne iletilmesidir (50, 52).

Faz III. Modülasyon (Ağrının Düzenlenmesi): Ağrı sinyallerinin beyin tarafından modüle edilmesi veya değiştirilmesi için beyin sinirlerle etkileşime geçerek ağrının hafifletilmesidir (50, 52, 57)

Faz IV. Persepsiyon (Ağrının Algılanması): Ağrının, bireyin psikolojik ve emosyonel deneyimleri ile etkileşerek algılanmasıdır (50, 52, 57).

2.1.2. Ağrının Sınıflandırılması

Ağrı; başlama süresine, kaynaklandığı bölgeye, mekanizmalarına, duyum şekline ve etiyojisine göre beş kısımda incelenebilir (50, 58). Bu sınıflamalar aşağıda açıklanmıştır.

1. Başlama süresine göre sınıflandırılması: Akut ve kronik olmak üzere iki şekilde sınıflandırılmaktadır (48, 58).

Akut ağrı; aniden ortaya çıkar ve süresi sınırlı olan ağrıdır (59).

Kronik ağrı; akut ağrıdan daha uzun sürer ve genellikle tıbbi tedaviye biraz dirençli olan ağrıdır. Doğası gereği uzun süreli olan kronik ağrı bireyi depresyon ve anksiyete gibi psikolojik sorunlara daha duyarlı hale getirebilmektedir (54, 56, 59).

2. Kaynaklanan bölgeye göre ağrının sınıflandırılması: Somatik, viseral, sempatik ve periferik olarak 4 şekilde incelenmektedir (48, 58).

Somatik ağrı; ani olarak başlayan, batma ve zonklama tarzında olan ağrı tipidir (50, 58)

Viseral ağrı; yavaş başlayan (50), gerilme tarzında algılanan ağrılardır (59).

Sempatik ağrı; yanma tarzında olup, ağrıyan bölge hassas ve soğuk olduğu ağrıdır (50).

Periferal ağrı; periferik sinirlerin (beyin ve omurilik dışındaki sinirler) zarar görmesinden kaynaklanan ağrı tipidir (58).

3. Mekanizmalarına göre sınıflandırılması: Nosiseptif, nöropatik, deafferantasyon, reaktif, psikosomatik olmak üzere beş şekilde incelenmektedir (48, 58)

Nosiseptif ağrı; dokuların hasar alması sonucu oluşan ağrıdır (56).

Nöropatik ağrı; somatosensöriyel sistemde lezyon veya hastalıktan kaynaklanan ağrıdır (56).

Deafferantasyon ağrı, yaralanmalar sonucu ağrı uyaranının merkezi sinir sistemine iletiminin sağlanamaması ile ortaya çıkan ağrı tipidir (50, 58).

Reaktif ağrı; motor ve sempatik afferentlerin çeşitli olaylara reaksiyonu sonucu nosiseptörlerin uyarılması ile ortaya çıkan ağrıdır (50, 58).

Psikosomatik ağrı; bireyin psişik ve psikososyal problemlerini ağrı biçiminde ifade etmesine dayanan ağrı türüdür (58).

4. Duyu şekillerine göre ağrının sınıflandırılması: Ağrının sızlama, yanıcı, batıcı, kolik şekilde vb olmasını belirten ağrı türüdür.

5. Etyolojisine göre ağrının sınıflandırılması:

Mekanik ağrı; vücut yapılarının travmatizasyonu veya deformasyonu sonucu gelişen ağrıdır (50).

İnflamatuvar ağrı; kas iskelet sistemindeki yumuşak doku hasarına ve inflamasyonuna yanıt olarak oluşan ağrıdır (50).

2.1.3. Ağrı Teorileri

Modern çağ, ağrının nosiseptörden başlayıp merkezi sinir sistemine kadar uzanan yapısal ve işlevsel teorilerini yansıtmaktadır (60). Ağrı ile ilgili başlıca teoriler aşağıda belirtilmiştir.

Spesifite Teorisi: Beyinde spesifik uyaran için spesifik bir reseptör vardır. Ağrı, belirli sinir uçları aktive olduğunda yaşanır (52).

Patern Teorisi: Belli bir birikimden sonra omuriliğe giren ağrı hissinin tekrarı (52).

Kapı - kontrol teorisi (KKT): 1965 yılında Melzack ve Wall tarafından savunulan “kapı kontrol teorisi” günümüzde klinik bulguları açıklamak için kabul gören temel teorilerdendir (61). Bu teoriye göre sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı iletimini kontrol eder (62). Yani, rahatsız eden ağrı uyaranlarının önce beynin omurilik dorsal boynuzundaki bir kapıdan geçmesi gerekmektedir. Ağrı Aδ ve C lifleri ile mesaj göndererek kapının açılmasını sağlamaktadır. Ancak A beta lifinin aktivitesi kapıyı itecektir ve yol kapanacaktır (52). Kapı açıksa ağrıya neden olan uyaranlar bilinç düzeyine ulaşır, kapalıysa ulaşamaz ve ağrı hissedilmez (62).

Bu teoride üç varsayım vardır. Bu varsayımlar;

1. Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır.
2. Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder,
3. Açık kapıdan ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarıların bilinç düzeyine ulaşması ve ağrının hissedilmesi, kapalı kapıda ise uyarıların bilinç düzeyine ulaşamaması ve ağrının hissedilememesidir (62, 63).

Kapı kontrol teoride ağrının giderilebilmesi için ağrıyan bölgeyi ovuşturmak, ağrı nedeni ve giderilmesi hakkında bilgi vermek, duygusal destek sağlamak ve olumlu bir bağ kurmak beynin gönderdiği ağrı ile ilgili olmayan sinyaller sayesinde beyindeki nöral kapılar kapanır. Kapalı olan nöral kapılar ağrı sinyallerinin geçmesini engelleyerek ağrı hissini zayıflatır veya yok eder (62, 63).

Yaşantımızda karşılaşmaktayız ki, her hangi bir yeri incinen bir kişi ağrılı bölgeyi ovarak bir tür mekanik stimülasyon ile kalın sinirleri etkileyerek ağrısını hafifletmeye, rahatlamaya çalışmaktadır (64).

Endorfin Teorileri: “Endojen” ve “morfin” kelimelerinin birleşimi endorfin” terimi, içinde morfin anlamındadır. 1970’li yıllarda vücutta narkotiklere benzer salgılanan maddeler saptanmış ve bunlara endorfin denilmiştir. Endorfin hipofiz önlobundan salgılanır (65). Doğal ağrı kesici olarak bilinen endorfinler, beyin ve omuriliğin uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutularak, ağrı sinyallerinin iletimini engellerler (62, 63). Endorfin düzeyinin kişiden kişiye değişiklik gösterdiğini belirtilmiştir. Bu durum ağrı algısındaki ve analjezi gereksinimindeki farklılıkları açıklamaktadır (62). Masaj, TENS (Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı) gibi uygulamalar ile kişilerin doğal endorfin seviyeleri yükseltilerek, ağrı kontrolleri sağlanabilmektedir (63).

2.1.4. Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrının yoğunluğu için evrensel olarak uygulanabilir objektif bir ölçüm aracı bulunmamaktadır (66). Hastanın ağrısı için “var” ya da “yok” demesi ağrının değerlendirilmesi için yeterli olmamaktadır. Ağrının duyuşsal ve duygusal karmaşıklığı, bilişsel, sosyal ve çevresel faktörlerden etkilenmesi, motivasyonel ve davranışsal olarak çok boyutlu olması ağrıyı kontrol altına almada klinik zorlukları beraberinde getirmektedir (50, 67, 68). Bir ağrı sorununu kapsamlı, etkili ve bireyselleştirilmiş şekilde çözmek için ağrının doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekir. Bunun için geçerli bir ölçek kullanılması (Kanıt Düzeyi C) tavsiye edilmektedir (69). Kullanılan başlıca ölçekler Vizüel Analog Ölçek (VAS), Numerik Ölçek (NRS), Sözel Ölçek, Yüz Ölçeği ve Davranışsal Ölçeklerdir (69). Bunlardan en sık kullanılanı VAS; bir ucu 0 (ağrı yok), diğer ucu 10 (dayanılmaz, yaşanabilecek en kötü ağrı) olarak numaralandırılmış, yatay veya dikey şekli ile kullanılabilen, subjektif duyguları ölçen sayısal bir skaladır (70).

2.2. Doğum Eylemi ve Doğum Ağrısı

Doğum, kadının hayatında fiziksel, psikolojik ve duygusal etkileri olan çok önemli bir fizyolojik olaydır. Bu olay sıklıkla ağrı, psikolojik zorlanma, savunmasızlık, fiziksel etkiler ile ilişkilidir (71). Özellikle doğum ağrısı ve bu kadının bu ağrı ile baş edebilme becerisi; kadının doğum öz yeterliliğini, doğum memnuniyetini, doğum süresini, fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyen temel bileşendir. Doğum ağrısı konusuna geçmeden evvel, normal doğum eylemi hakkında kısaca bilgi vermek yararlı olacaktır.

2.2.1. Normal Doğum Eylemi

En sade ifade ile normal doğum eylemi; serviksin efasman ve dilatasyonu ile sonuçlanan, koordineli, efektif sıklıkta oluşan istemsiz uterus kasılmaları ve gebenin istemli çaba harcaması ile fetüs ve eklerinin uterustan vajinal yol ile doğduğu fizyolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (72-74). Doğum eylemi dört evreden oluşur.

Doğumun Birinci evresi (dilatasyon evresi): Bu evre servikal değişikliğe neden olan düzenli uterus kasılmaları ile serviksin tam dilatasyon (açılma) ve efasman (silinme) sürecini kapsamaktadır (72, 73, 75, 76).

a. Latent faz: Doğumun başlangıcı olan bu evre serviksin yumuşayıp incelendiği, bebeğin doğması için açılmaya başladığı zaman dilimini kapsamaktadır. Bu evre dilatasyon 3 cm olduğunda biter (4, 73). Bu aşamada rahim kontraksiyonları başlangıçta her 10-20

dakikada bir gelir ve 15-20 saniye sürer. Daha sonra uterin kontraksiyon süreleri kademeli olarak 30-40 saniyeye çıkar, kasılma sıklığı 5-7 dakikaya düşer (4).

Latent fazda serviksin silinmesinde daha fazla ilerleme ve prezente olan kısmın inişinde çok az artış olmaktadır (75). Bu evrede parite, oksitosin, misoprostol kullanımı, amniotomi, fetal büyüklük ve pozisyon, annenin psikolojisi gibi pek çok faktör doğum süresi üzerinde etkili olabilmektedir (75, 77).

Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saat sürebilmektedir. Bu faz nulliparlarda 20 saati, multiparlarda 14 saati “aşarsa uzamış latent fazdan” söz edilir (73, 78, 79).

b. Aktif faz: Bu faz servikal dilatasyon hızının önemli ölçüde arttığı süreçtir. Aktif faz servikal dilatasyon 4 cm'ye ulaştığında başlar ve 7 cm'ye ulaştığında tamamlanır. Orta şiddette başlayan ve gittikçe şiddetlenen uterin kontraksiyonlar, 3-5 dakikada bir 40-60 saniye süren aralıklarda görülür. Aktif fazın süresi ortalama olarak nulliparlarda 3 saat, multiparlarda 2 saat'tir. Bu fazdaki servikal dilatasyon hızı ise nulliparlarda ortalama 1.2 cm/saate, multiparlarda 1.5 cm/saattir (4, 80).

c. Geçiş fazı: Uterus kontraksiyonların 2-3 dakikada bir geldiği, 60-90 saniye devam ettiği, uterin kontraksiyon gücünün şiddetli olduğu fazdır. Servikal dilatasyon 8 cm iken başlayıp, 10 cm'ye ulaştığında sonlanmaktadır. Bu faz Nulliparlarda 3, multiparlarda 1 saati geçmemesi beklenir (4, 80).

2. Doğumun İkinci evresi (itilme evresi): Bu evre serviksin tam dilatasyonu (10 cm) ile başlar ve fetüsün doğumu ile sonlanmaktadır (72, 81). İkinci evrenin süresi multiparlar için ortalama 20 dakika, nullipar için 50 dakika sürer (75, 78, 82). İkinci evrenin nulliparlarda 3, multiparlarda 2 saati aşarsa “uzamış ikinci evreden” bahsedilir (79).

3. Doğumun üçüncü evresi (plasental dönem): Bu evre bebeğin doğumu ile başlayıp plasantanın tamamen ayrılması ile bitmektedir (4, 72). Bu evre ortalama 5-30 dakika içinde tamamlanır. Üçüncü evrenin süresi arttıkça, postpartum kanama riski de artmaktadır (4, 75). Plasantanın atılması 30 dakikayı aşarsa “uzamış ikinci evreden” bahsedilir (79).

4. Doğumun dördüncü evresi (kanama kontrol dönemi): Doğumun son evresi olan bu evre plasantanın ayrılması ile başlayan ve devamındaki ilk 2 saati kapsayan (83) ve bazen de dört saate kadar uzayabilen süreci içermektedir (4, 72, 84).

2.2.2. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Hormonlar ve Etkileri

İnsanoğlunda doğuştan bulunan, sosyal ve annelik bağları için gerekli olan hormonlar aynı zamanda doğumun başlamasından ve devam etmesinden de sorumludur. Doğum hormonları kadının travay, doğum ve anneliğe verdiği fiziksel, duygusal, emosyonel ve sosyal tepkilerde önemli bir rolü vardır (85). Doğum hormonal olarak başlıca dört hormon tarafından tasarlanır. Bunlar oksitsin, beta-endorfinler, katekolaminler ve prolaktindir (86).

Oksitosin: Aşk, güven, sakinlik ve bağlanma gibi birçok insan davranışında önemli bir role sahip olan oksitosin hormonu, (87), doğum sürecinde annenin hipofiz arka bezinden salınarak ritmik uterus kasılmalarını arttırır. Kasılmaların etkinliğinin korunmasını (87), ıkınma dürtüsünü ve anne sütünün inmesini destekler (88). Aynı zamanda bireyin sosyallliğini sağlar, stresi azaltır. İkinci aşamada expulsiyonu sağlar (85).

Endorfinler: Endorfin hipofiz önlobundan salgılanır (65). Doğal ağrı kesici olarak bilinir. Korku, ağrı ve stresli durumlarda artarak analjezik işlevi sayesinde ağrı algısını azaltır, stres seviyesini düşürür. Ayrıca zevk ve haz duygusunu artırır (88).

Endorfin seviyeleri, travayın erken döneminden itibaren yükselir, travayın sonlarında zirve yapar. Endorfin düzeyleri, kasılma gücü, doğum eyleminin ilerlemesi, kişinin bildirdiği ağrı ve membran rüptürü ile pozitif ilişkilidir. İkınma aşamasındaki tepe seviyeleri, doğum öncesi seviyelere göre dört ila sekiz kat artmaktadır (87).

Katekolaminler: Bu hormonlar böbreklerin üzerinde bulunan adrenal bezler tarafından salınmaktadır. Katekolaminler stres hormonları olarak bilinen adrenalin (epinefrin), noradrenalin (norepinefrin), kortizol hormonlarını kapsamaktadır (88).

Katekolaminler genellikle stres ve korkuya tepki olarak kan dolaşımına salınırlar ve vücudu “savaş ya da kaç”a hazırlarlar. Yüksek katekolamin seviyeleri, doğum sırasında oksitosin ve endorfin hormonuna zıt etkili çalışır. Katekolaminler doğum yapan kadın üzerindeki psikolojik olarak kas gerginliği, aşırı uyanıklık, korku, yardım arama ve doğmamış çocuğunun koruyuculuğu gibi davranışlara neden olmaktadır. Doğumun ikinci aşamasında, katekolaminlerdeki artış fizyolojiktir ve bebeği dışarı atmak için gereken gücü, etkili ıkınmayı ve uyanıklığı sağlar (87).

Prolaktin: Süt üretimi için gerekli bir hormon olan prolaktin, hipofiz ön bezi tarafından salgılanmaktadır. Annelik hormonu olarak ta bilinen bu hormon; tüm memelilerin hem

vücudu hem de beyni üzerinde etkiye sahiptir. Anne sütü sentezinin ana hormonu olarak bilinen Prolaktin, göğüsleri gebelik sırasında ve doğumdan sonra emzirmeye hazırlar. Oksitosin ile prolaktinin annelik davranışına katkıda bulunduğu düşünülmektedir (85, 87, 88).

2.2.3. Doğum Ağrısı

Doğumda ağrı, yaygın bir doğum semptomudur (68). Beklenen, patolojik olmayan, yavaş yavaş ortaya çıkan ve doğumun ilerleyen aşamalarında şiddetlenen, dinlenme araları olan bir fenomendir (18).

Doğum, kadının hayatında fiziksel, psikolojik ve duygusal etkileri olan fizyolojik olaydır. Bu olay ağrı, psikolojik zorlanma, savunmasızlık, fiziksel etkiler ve nadirde olsa ölümle ilişkilidir (71). Doğumda ağrı algısı bilişsel, psiko-sosyal, kültürel ve çevresel faktörlerden etkilenir (68).

Doğum eylemindeki kadının ağrı eşiği, doğumun ilerleme düzeyi, fetüsün büyüklüğü, annenin genel sağlık durumu, pelvik boyutlar, doğum sırasındaki annenin pozisyonu, doğum stresi, gebeye ait mental faktörler vb. doğumdaki ağrının algılanışı etkileyen başlıca faktörlerdendir (89). Ayrıca doğum ağrısını ve şiddetini algılama toplumsal yapıya, kültüre göre değişebilmektedir (90).

Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadınlar doğum ağrısını; beklendiğinden daha yoğun (91), zor, korkutucu (49) olarak değerlendirmişlerdir (5). Aktaş ve Aydın(2019)’ın nitel çalışmasında bazı kadınlar doğum ağrısını dayanılmaz, zor bir acı olarak ifade etmiş ve bu ağrıya bağlı doğumlarını olumsuz deneyimlediklerini belirtmiştir (92). Suriyeli göçmen annelerin doğum deneyimlerinin incelendiği bir çalışmada, bazı anneler doğum ağrısını annelik hazzı için kutsal, dayanıla bilinir, olgunlaşma olarak anlamlandırırken bazı anneler de acı veren, baş edilmesi zor olgu olarak ifade etmişlerdir (93). Hollander ve ark. (2017) çalışmasında ise primipar kadınlar multiparlara göre doğum ağrısını daha şiddetli algıladıkları saptanmıştır (94). Güney Etiyopya’da ise kadınların doğum ağrısını olumlu olarak algılama ve ağrı ile baş edebilme düzeylerinin iyi olduğu ortaya koyulmuştur (95).

2.2.4. Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi

Vajinal doğum sürecinde fetüsün inişi sırasında doğum kanalına uyum sağlayabilmesi için yaptığı rotasyon ve hareketlere kardinal hareketler denir. Bu kardinal hareketler ile doğum mekanizması gerçekleşmektedir (73, 75). Doğum mekanizmasının

yerleşme (angajman), iniş (descent - desensus), fleksiyon, iç rotasyon, ekstansiyon, dış/eksternal rotasyon, ekspulsiyon (atılma) olmak üzere aşamaları vardır. Bu hareketler sırasında somatik ve viseral olmak üzere iki tip ağrı oluşur (4).

Viseral ağrı; doğumun ilk aşamasında ortaya çıkan uterus kasılmaları ve servikal genişleme ile ilgilidir (89). Bu ağrı tipik olarak alt karın, sırt ve kalçalarda yaygındır ve T10-L1 (Torak10-Lumbal1) bölgesindeki sinir stimülasyonundan kaynaklanır. Somatik ağrı ise doğum eyleminin ilk evresinin sonlarında veya ikinci evresinde görülür (76, 96). Fetüs inerken vajina, pelvik taban ve perinede oluşturduğu distansiyon, pudendal sinir ve S2-S4 (Sakral 2-Sakral 4) sinirlerin anterior primer bölümleri yoluyla uyarılara neden olur. Bu nedenle somatik ağrı, doğumun erken döneminde ortaya çıkan ağrıdan daha lokalizedir (66). Bu ağrının pelvik kaslar ve perineal dokudaki basınç ve distansiyonun yanı sıra doku iskemisi gibi çeşitli nedenleri vardır (76).

2.2.5. Doğum Ağrısının Maternal/Uterin ve Fetal Etkileri

Doğum eylemi sırasında devam eden ağrının anne ve fetüsü üzerinde etkisi bulunmaktadır (97, 98). Doğum süreci ilerledikçe ve ağrı şiddeti arttıkça kadınlar aralıklı olarak hiperventilasyon yaşamaktadır. Bu durum maternal ve fetal hipoksemiye yol açabilmektedir (76). Doğum sırasındaki ağrı, kaygı ve stres, katekolaminlerin ve kortizolün dolaşımında artmasına neden olur (89). Katekolaminlerin artması uterus kan akışında azalmaya, kalp debisi, kan basıncında (90) ve ağrı yoğunluğunda artışa sebep olur (99). Ayrıca düşük plasental perfüzyona, yetersiz kontraksiyonlara, uzun doğum eylemine, apgar skorun düşmesine (3, 96, 100, 101) ve doğum sonrası anne-bebek arasında etkileşim azlığına (71) yol açabilmektedir.

Annenin doğum ağrısı ile baş etme yetersizliği doğum öz yeterliliğinin azalmasına, doğumda analjezik ve tıbbi uygulamaların artmasına, doğumda komplikasyonların gelişmesine, elektif sezaryen tercihine, (1, 49), doğumda anne memnuniyetsizliğine, negatif doğum deneyimi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (40). Bu nedenle, obstetrik bakımda ağrının yönetilmesi büyük önem taşımaktadır (2, 102).

2.2.6. Doğum Ağrısı Yönetiminde Kullanılan Non-farmakolojik Yöntemler

Kadınların doğum eylemindeki en büyük beklentisi doğum ağrısını daha az hissetmektir (103). Doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılır. Farmakolojik yöntemler; ilacın yan etkisi, hormonal değişiklikler gibi

anne ve bebek üzerinde olumsuz etkilerden dolayı daha az tercih edilmektedir. Nonfarmakolojik yöntemler ise ilaçsız olması ve buna bağlı yan etkisinin olmaması, kolay uygulanması, alternatiflerinin olması, doğum ağrısını azaltmada gebede fiziksel, psikolojik ve duygusal yönden olumlu etki göstermesi yönüyle daha çok tercih edilebilmektedir (18, 19, 39, 104).

Doğum sürecinde ağrıyı azaltan, gevşemeyi artıran (39), kullanılabilirliği, kabul edilebilirliği, riskleri ve faydaları olan birçok nonfarmakolojik yöntem vardır (28). Bunlar akupunktur, hipnobirthing, yoga, hidroterapi, Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS), masaj, solunum ve gevşeme vs. tekniklerini içermektedir. (90). Aşağıda doğum ağrısını gidermede/azaltmada uygulanan bu nonfarmakolojik yöntemlere değinilmiştir.

Solunum Teknikleri: Doğumda semptomların şiddetlenmesi, anksiyete ve stresin artması arasında kısır bir döngü yaşanmaktadır. Bu kısır döngüyü kırmak ve kadını rahatlatmak için birçok solunum ve gevşeme tekniği kullanılmaktadır. En sık Lamaze tekniği ve Dick Read kullanılmaktadır (105). Lamaze yöntemi gebeyi duygusal ve fiziksel olarak bilinçli bir şekilde doğuma hazırlayan yöntemdir. Bu yöntem; doğumdaki ağrının kontrolüne odaklanmakta, doğum ağrısının şartlanmış bir refleks olduğu, beynin bedeni kontrol edebileceğini ve düşünce yoluyla doğum ağrısı ile baş edilebileceği üzerinde odaklanmaktadır. Amerika’da Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)’nun kurulmasıyla birlikte Lamaze’nin sadece bir yöntem değil sağlıklı doğum uygulamalarını içeren bir felsefe olduğu benimsenmiştir. Kadınları normal doğuma teşvik etme, destekleme gibi misyonuyla doğuma hazırlık eğitimcilerine ve gebe kadınlara hizmet etmektedir. Lamaze felsefesine göre doğuma götüren 6 uygulama vardır. Bu uygulamalar:

- Doğum kendiliğinden başlamalıdır.
- Annelere doğum boyunca hareket özgürlüğü tanınmalıdır.
- Doğum süresince rutin müdahalelerden kaçınılmalı,
- Doğum boyunca duygusal ve fiziksel destek sağlanmalıdır.
- Doğumdan sonra anne ve bebek bir arada olmalı, emzirme için sınırsız imkân tanınmalıdır.
- Doğumda doğal ve aktif ıkınma teknikleri uygulanmalıdır (106-108).

Dick-read metodun da ise doğumda oluşan “korku-gerilim-ağrı” zincirini kırabilmek için gebelerin gevşeme, nefes ve solunum egzersizleri ile bilinçli solunum

tekniklerini kullanmalarını sağlamaktır. Bu metotta korkuyu kırsak ağrı azalır, ağrıyı kırsak korku azalır (18). Bu teknikler doğum sırasında kadının gevşemesini sağlayarak ağrı algısını azaltır, anne ve fetus için yeterli oksijenasyonun sürdürülmesini sağlar (76, 104). Yapılan bir çalışmada solunum tekniklerinin latent ve aktif faz süresini kısalttığı, anksiyete düzeyini azalttığı; geçiş fazın ve 2. evrenin süresini ise etkilemediği belirtilmiştir (109). Diğer bir çalışmada doğumun ilk evresinde solunum tekniklerinin kullanımının anksiyete, ağrı, yorgunluk ve anne memnuniyeti üzerine etkili olmadığı bulunmuştur (99).

Ayak Refleksolojisi: Refleksoloji, ayak bölgelerinin vücuttaki organlara karşılık gelmesi ve bu noktalara basınç uygulayarak vücudun ilgili bölgesine rahatlama ve iyileşme sağlamasıdır (18). Refleksoloji teknikleri, ağrı mesajının beyne nöral iletimini ve ardından kapı kontrol teorisiyle ağrı algısını olumlu etkiler (110). Yapılan çalışmalarda refleksoloji uygulamalarının doğumda anksiyete düzeyini düşürdüğü (21), doğumun ilk aşamasını kısalttığı (111), doğum ağrısını azalttığı, 1. ve 5. dakika Apgar skorlarını (110) ve doğum memnuniyetini artırdığı saptanmıştır (20).

Hidroterapi-Banyo (Jet Hidroterapi, Masaj Küvetleri, Suya daldırma, Suda doğum): Hidroterapi, hamilelikle birlikte ortaya çıkabilecek rahatsızlığı ve doğum kasılmalarını hafifleten, rahatlamayı ve stresi azaltmayı destekleyen nonfarmakolojik bir ılık su daldırma şeklidir. Hidroterapinin çeşitli uygulama şekilleri vardır. Bunlar;

Sıcak suya daldırma: Karnın tam olarak göğüs hizasına daldırılmasına izin veren derinlikte bir küvete daldırılmasıdır.

Suyla doğum: Yenidoğanın doğumuna kadar ancak doğumun herhangi bir aşamasında ılık suya daldırmadır.

Suda Doğum: Doğumun ikinci aşaması sırasında, plasentanın doğum yeri ne olursa olsun, bir yenidoğanın tamamen su altında doğmasıyla sonuçlanan ılık suya daldırmadır (112).

Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG), doğumun ilk aşamasında suya daldırmanın, doğum süresini kısalttığını, spinal ve epidural analjezi kullanımını azalttığını belirterek 37-41 hafta arasında komplikasyonsuz gebeliği olan sağlıklı kadınlara önermekle birlikte doğumun karada gerçekleşmesini tavsiye eder (113). Diğer çalışmalarda suya daldırma; farmakolojik analjezi kullanımını azaltmakla birlikte (114) doğumun ilk aşamasında doğum şekli veya perineal travma üzerinde çok az etkisi olduğuna dair orta ila düşük kalitede kanıtlar vardır (115).

Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)

TENS, doğumun erken evrelerinde kullanılan, cilde hafif bir elektrik akımı vererek ağrının hissedilmesini azaltan bir elektrik akımı uygulamasıdır (18).

Literatürde doğumun erken evresinde TENS kullanımı ağrının yönetilmesinde olumlu katkı sağladığı, gebeler tarafından tekrar kullanılabileceği ve önerilebileceği saptanmıştır (116). TENS uygulamasının doğum ağrısı üzerine azaltıcı etkisini ortaya koyan çalışmalar olduğu gibi (102, 117), etkilemediğini gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bir deneysel çalışmada doğum sırasında akupunktur noktalarına TENS uygulanması şiddetli ağrıyı iyileştirebilirken, sırta uygulama ağrıyı önemli ölçüde azaltmadığı belirtilmiştir (118). Lomber veya akupunktur noktalarına TENS uygulanan çift kör randomizasyon çalışmasında ise TENS'in doğum ağrısı üzerinde belirgin bir rahatlatıcı etkisi olmadığı görülmüştür (119). Yapılan çalışmalar TENS uygulamalarının tutarsızlık olduğunu göstermektedir.

Aromaterapi: Aromatik bitki yağlarının kullanıldığı geleneksel tıp yöntemlerinden biridir. Aromaterapi, ağrı sinyallerinin iletimini engelleyen düşünce ve zihinsel süreçleri harekete geçirmesi, ağrılı bir uyarandan dikkati uzaklaştırması, endorfin salınımını artırması ve rahatsız edici algılar hakkındaki düşünceleri değiştirmesi ile ağrı yönetimine yardımcı olabilir (120). Lavanta esanslı aromaterapi, doğum eylemindeki kadınlarda ağrı yönetiminde etkili bir tedavi seçeneği olabileceği vurgulanmaktadır (121).

Lavanta yağı ile yapılan masaj aromaterapisinin (122) ve inhalasyonla lavanta koklatma tekniğinin doğum ağrısını azalttığı belirtilmektedir (123). Bir meta analiz çalışmasında aromaterapinin doğumun birinci ve ikinci evresinin süresini kısaltma eğiliminde olduğu, sezaryen oranı ve Apgar skoru üzerinde ise hiçbir etkisi olmadığını belirtmektedir (120).

İntradermal Su Enjeksiyonu (İntradermal Su Bloğu): Bel bölgesindeki ağrı hissini azaltmak için 0.05-0.1 ml steril suyun sakrum çevresinde dört ayrı noktaya enjekte edilerek su kabarcığının oluşturulmasıdır (18, 124). Bu yöntemin avantajı bel ağrısında etkin azalma, anne ve yenidoğan üzerinde olumsuz etkisinin olmamasıdır. Dezavantajı ise abdominal kontraksiyonlara bağlı ağrıda rahatlamayı az sağlaması ve etkisinin kısa sürmesidir (125). Literatürde intradermal su enjeksiyonun doğum ağrısını (126) ve doğumda yaşanan bel ağrısını azalttığı, memnuniyet düzeyini de olumlu etkilediğini

belirtmektedir (124, 127). Bazı meta analiz sonuçlarında intradermal steril su enjeksiyonlarının doğum sırasında bel ağrısını etkisi olmadığı bildirilmektedir (118).

Yüzeyel Sıcak-Soğuk Uygulama: Alt abdomene, kasıklara, uyluklara, sırtın altına veya perineye ılık, sıcak kuru-yaş pres, tüm vücuda battaniye sarma gibi sıcak uygulamalar ile doğum ağrısı azaltılmaya çalışılmaktadır. (18, 128).

Doğum sürecinde sakral ve perineal bölgelere sıcak uygulama yapmak doğum ağrısını azalttığı ve doğum süresini kısalttığı saptanmıştır (129-131). Öte yandan doğumda kadının belin alt bölgesine ve perineye buz torbası, dondurulmuş ıslak bez, soğuk içecek şişesi şeklinde soğuk uygulamalar yapılabilmektedir. (18, 128)

Akupunktur: Akupunktur, gebelik ve doğum üzerinde faydalı etkiler sağlamak için kullanılan, geleneksel Çin tıbbının tamamlayıcı bir tedavi yöntemidir. Akupunkturun duygusal ve fiziksel dayanıklılığı geliştiren güvenli bir müdahale olduğuna dair kanıtlar vardır (132).

Yapılan bir derlemede akupunkturun, doğum ağrısının hafifletilmesi, doğum şekli, doğum süresi, doğum sonu kanama, APGAR skoru ve doğum ağırlığına yönelik olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir (9). Gebeliğin 37. haftasından sonra veya gebeliğin son üç ayında doğuma hazırlık için akupunktur hizmeti uygulanmış gebelere yönelik toplanılan veri sonucunda, akupunkturun normal doğum oranını arttırdığı, daha az intrapartum analjezi gerektirdiği, doğum indüksiyonunu ve hastanede kalış süresinin kısalttığını bulmuştur. Sonuç olarak bu uygulama hastanın doğum deneyimini iyileştirmesine ve maliyet tasarrufu sağlamasına katkıda bulunabilir (132).

Akupresure: İnsan vücudunda farklı organ ve dokulara bağlı bulunan meridyenlerin akupunktur noktalarına parmak veya avuç içleri ile basarak etkinleştirilmesi temel ilkesine dayanan iyileştirme sanatıdır (133, 134).

Literatürde kulak akupresürünün doğum ağrısını azalttığı ve doğum eyleminin aktif fazını kısalttığı, vücut akupresürünün ise yalnızca doğum ağrısını azalttığı saptanmıştır (133). Primipar kadınlarda GB21 akupresürü doğum sırasında ağrının giderilmesinde etkili olduğu saptanmıştır (135). Literatürde akupresürün, sezaryen ihtiyacını, doğum ağrısını, (136, 137), ağrı yoğunluğunu ve doğum süresini azalttığına (118) dair bilgiler bulunmaktadır.

Yoga: Sağlıklı yaşam sanatı, bir zihin ve beden pratiğidir. Antenatal dönemde yoga yapmak doğum ağrılarının azalmasına, daha az indüksiyon kullanımına, doğumda kontrol duygusunun artmasına, doğumun ikinci ve üçüncü evresinin kısalmasına ve sezaryen oranında azalmaya katkıda bulunurken (138), anne ve yeni doğan kilo artışlarına ve doğum sonrası iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayabilir (19).

2.2.7. Doğum Ağrısı Yönetiminde Doğum Dansı Uygulaması

Tarih boyunca insanlar farklı coğrafyalarda, ortak bir ritimde hareket ederek kendilerini ifade etmişlerdir. Dans olarak ifade edilen ritimli hareketler ergenlik, evlilik, gebelik ve doğum gibi hayatın en önemli dönemlerinde yapılmıştır (139). Duygular ve duyular yoluyla yapılan dans terapinin de bir parçası olmuştur. Şifa için muhtemelen dansı ilk kullanan şamanlar ve cadıların amacı beden-zihin-ruh arasındaki ilişkiden yararlanarak iyileştirme sağlamaktır (140, 141).

Doğumda hareketlilik çağrısı, kanıta dayalı bir sonuçtur ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2018), Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (ACOG) (2017), Amerika Ebe – hemşireler Birliği (ACNM) (2012) ve Kadın Sağlığı, Obstetri ve Neonatal Hemşireler Derneği (AWHONN) (2018) kuruluşları tarafından önerilmektedir (86). Amerikan Dans Terapisi Derneği (ADTA), “dans/hareket terapisini, bireyin duygusal, sosyal, bilişsel ve fiziksel bütünleşmesini desteklemek için hareketin psikoterapötik kullanımı” olarak tanımlar (142). Kliniklerde alzheimer hastalığı, kistik fibroz, kalp hastalığı, diyabet vs. gibi hastalıkların tedavisinde tamamlayıcı bir terapi şeklidir (143). Kullanım alanı ve iyileştirici etkisi fazla olan dans, ona erişen insan gurubuna bağlı olarak okullarda, hapishanelerde, sosyal hizmetlerde, bakım evlerinde ve gönüllü kuruluşlarda tedavi amaçlı kullanılmaktadır (144). Son dönemlerde doğum eyleminde de ağrı ile baş etmede “doğum dansı” uygulamalarına vurgu yapılmaktadır.

Kişilerin kendini ifade etme biçimi, ritüel uygulama şekli vs. olan dans farklı hareketlerden oluşmaktadır. Doğurganlık ve göbek bölgesine yönelik ritmik hareketler de milattan önce ikinci yüzyılda Mısır İmparatorluğu’nda başladığı ve oradan Türkiye, İspanya ve Lübnan vb. ülkelere yayıldığı ileri sürülmektedir (139). Birçok kültürde gebelikte ve doğumda kasları güçlendiren ve doğumu kolaylaştıran göbek dansının, doğumda dans kavramını ortaya çıkardığı düşünülmektedir (40, 139). Bu bağlamda doğum dansı kavramı literatürde, dansla ilgili bazı hareketlerin kullanılabildiği bir dizi vücut hareketi (40), doğumda hareket özgürlüğü, dikey pozisyon (35, 36, 40) kavramları ile eş

anlamlı olarak kullanıldığı görülmektedir. Simkin'in aktarımına göre doğum dansı dik duruş, sürekli eş/partner desteği, pelvik hareket (pelvik tilt), masaj ve müzik olmak beş parametreden oluşmaktadır (39). Alanyazında doğum dansının bu beş parametresinin kullanıldığı çalışmalar çoğunlukla 2010 yılından sonra olduğu görülmektedir (28, 34, 35, 38).

Maliyeti düşük, yan etkileri az olan dans eylemi, doğum sırasında kadınların dikkatini farklı yöne çekerek (28), doğumda analjezi gereksiniminin azalmasına ve kontrol hissinin artmasına katkı sağlayabilmektedir (40). Doğumun ilk evresinde uygulanan doğum dansının, doğum eyleminin ilerlemesini kolaylaştıracağı, olumlu doğum deneyimi yaşanmasına katkı sağlayabileceği vurgulanmaktadır (40).

Doğum dansının uygulanmasında kadın partnerine dönük durur, ona yaslanır ve tercih ettiği bir müzik eşliğinde yavaşça bir yandan diğer yana sallanır. Partner ona sarılır, beline ve sakrum bölgesine masaj/basınç yapar. Kadın kollarını partnerinin boynuna dolar ya da başparmaklarını partnerinin arka ceplerine veya pantolon kemerine takarak kollarının rahat bir şekilde sarkmalarına izin verir. Başını partnerinin omzuna veya göğsüne yaslar. Kadın kısmen desteklendiği için dik bir pozisyonu koruyarak daha az yorulur (39). Doğum dansının; dik duruş, sürekli eş/partner desteği, pelvik hareket (pelvik tilt), masaj ve müzik olmak üzere beş parametresi vardır (33). Bu parametreler aşağıda açıklanmıştır. Dans parametrelerinden olan masaj, basınç/vibrasyon, müzik kanıt temelli uygulamalardır (69).



Resim 1. Doğum dansı örneği (Simkin'den, 39)

Dik Duruş: Doğum etkilenebilmektedir eylemi sürecinde fetüsün angajmanı, rotasyonu annenin aldığı doğum pozisyonlarından. Fetüsün obstetrik kanaldan geçişi önemli bir süreçtir ve bu süreç doğum sırasındaki doğum pozisyonlarından etkilenebilir. Doğum pozisyonları genellikle dik pozisyonlar ve sırtüstü pozisyonlar olarak sınıflandırılır. Dik pozisyonlar, kadınların L3 ve L5 omurlarının yataydan daha dikey olarak hizalandığı duruşlardır ve birçok uluslararası kuruluş tarafından tavsiye edilir (145)

Doğumun ilk evresindeki dik duruşun başlıca etkileri şunlardır:

- Doğumda gebenin daha az ağrı hissetmesini sağlar,
- Yerçekimin etkisi ile kontraksiyonların etkililiğini artırır (28).
- Doğumun birinci (146) ve ikinci aşamalarında (147) fetal başın daha kısa sürede doğum yoluna inişine yardımcı olur (39).
- Farmakolojik analjezi kullanımını azaltır (114).
- Sezaryen doğum oranlarını azaltır (148).
- Doğumda anne memnuniyetini artırır (149).
- Bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışını azaltır (86, 146, 150, 151).

Yukarıda sayılan olumlu etkilerinden dolayı gebelikte riski düşük olan kadınlara, sağlık profesyonelleri tarafından doğumda dik pozisyonların tercih edilmesi ve uygulanması konusunda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi önerilmektedir (146).

Sürekli Eş/Partner Desteği: Tarihsel olarak, kadınlar doğum sırasında genellikle diğer kadınlar tarafından ziyaret edilmiş ve desteklenmiştir. Bununla birlikte, birçok hastanede doğum eylemi sırasında sürekli destek, rutin olmaktan çok istisna haline gelmiştir (152).

Dünya Sağlık Örgütü “pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım kapsamında” doğum yapan bir kadının güvendiği ve kendisini rahat hissettiği bir refakatçiye sahip olmasına izin verilmesini önermektedir (153). Doğum sürecinde rutin bakıma ek olarak gebeye sürekli destek sağlanması; doğum süresinde kısılma, doğum öncesi, sırası ve sonrası süreçte klinik komplikasyonları azaltmakta, analjezi ve ilaç ihtiyacında, aletli ve sezaryen doğum oranlarında azalma ve doğum memnuniyetinde, doğum yapma yeteneklerine güven duygularında, yenidoğanın 1. ve 5. dakika Apgar skorunda artış gibi olumlu katkıları olmaktadır. Ayrıca sezaryen oranında azalma, kişi başı maliyet yükünü ve sağlık personelinin iş yükünün azalmasına imkân verecektir (76, 86,

101, 114, 154-156). Akın ve Karaca Saydam (2020) yaptığı çalışmada doğum dansında partner olan kişinin eş yada ebe olması doğum ağrısı ve memnuniyetinin yanısıra yenidoğana ait sonuçları da değiştirmedeği saptanmıştır (38). Sürekli eş/partner desteği intrapartum bakımın kalitesine, toplum sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine ve sağlıklı toplumun gelişmesine katkı sağlamaktadır (157).

Pelvik hareketler: Gebeler için pelvik jimnastik olarak da bilinen pelvik sallanma egzersizleri, pelvisi ileri geri, dairesel bir düzende döndürerek (36), yavaş dans yaparak yani bir yandan diğer yana sallanma şeklinde yapılabilmektedir (39).

Kadın sallanırken pelvik kasları kadının bedenini gevşetir, fetüsün rotasyonuna ve doğum kanalından inişine katkı sağlar (36, 39). Ayrıca rahatlatıcı olan bu hareketler, sırt ve bağdoku ağrı yoğunluğunu ve ağrı süresini azaltmada etkilidir. Bu egzersiz, doğum sürecinde gebenin konforunu artırır, ağrının giderilmesinde kendi kendine bakımı kolaylaştırır, doğumu başlatmaya ve doğum sancılarının hafifletmeye yardımcı olur (28).

Masaj: Genel olarak masaj, çeşitli özel hareket becerilerine göre uzmanların elleri veya uzuvlarının diğer kısımları tarafından tedavi ve sağlık bakımı amacıyla vücudun belirli bir bölümünde veya akupunktur noktasında yapılan basınç, ovma vs. ifade eder. Farklı hareket türlerine ve klinik uygulamalarına göre masaj teknikleri vardır (158).

Doğum dansında masaj uygulaması sıklıkla kullanılmaktadır. Bu uygulama ile doğum ağrısı hafifletmekte, annelerin kontrol duygusu ve doğum memnuniyeti artmakta, korku ve anksiyete düzeyi düşmekte, analjezi gereksinimi azalmaktadır (153, 159).

Masaj ile birlikte aromaterapik ajanların kullanılması, akupressür noktalarına basın uygulama gibi çoklu teknikler doğum anksiyetesini azaltmada, doğum memnuniyeti sağlamada daha etkili olabilmektedir (122, 160). Gönenç ve Terzioğlu'nun deneysel çalışmasında (2020) masaj ve akupressürün birlikte uygulanmasının doğum ağrısı yönetiminde ve anksiyetesinin azaltılmasında daha etkili olduğu saptanmıştır (158). Ayrıca doğumda uygulanan masajın yenidoğanda resüstasyon gereksiniminin ve yoğun bakım ünitelerine yatış gereksiniminin azalmasına katkı sağladığı belirtilmektedir (153, 159).

Müzik: Müziğin yaşamımız ve duygularımızın üzerinde güçlü bir etkisi vardır. Ayrıca bize güç veren ve mevcut olumsuz durumlardan gizemli şekilde uzaklaştıran yönü de vardır. İnsanlar, ruh halini iyileştirmek, olumlu ruh halini sürdürmek, olumsuz ruh halinden dikkati dağıtmak ve korkuyu azaltmak için müzik dinler (161). Müzikle tedavi, müzikal

seslerin ve melodilerin bireyin fizyolojik ve psikolojik özelliklerine göre düzenlenerek gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle müziği sağlık alanında kullanma, tıp tarihi kadar eskidir. Müzik, günümüzde tedavi amaçlı dış tedavileri, kalp prosedürleri, tıbbi ve cerrahi prosedürler, kadın hastalıkları ve onkoloji tedavilerinin neden olduğu kaygıyı azaltmak, stresi azaltmak, ağrı yönetimi ve hipertansiyonu azaltmak için kullanılmaktadır (162).

Doğum ağrısını iyileştirmek için birçok alternatif ve tamamlayıcı tedavi olmasına rağmen, müzikle müdahale sağlık bakım ortamlarında uygulanması en güvenli ve en kolay tedavilerden biridir (104). Travay sırasında müzik dinlemenin doğum ağrısı ve kaygısı, maternal-fetal parametreler ve analjezik gereksinimi üzerinde olumlu etkisi vardır (163, 164). Vajinal ve sezaryen doğum esnasında müzik dinletildiği çalışmada müziğin ekip ve hasta iletişimi için olumlu, katılımcılar üzerinde sakinleştirici ve ruh halini iyileştirdiği belirtilmiştir. Vajinal doğumlarda daha sık müzik dinlemek önerilmiştir (165). Gönenç ve Dikmen'in çalışmasında (2020) nullipar kadınlara doğumda uygulanan dans ve müziğin, doğum korkusunu ve doğum ağrısını azaltmada etkili olduğu saptanmıştır (37).

Müzik işitsel stimülasyon olup, gebelerin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını gidermede etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Obstetride, yavaş ve dinlendirici müziğin doğumun erken evresinde gevşemeyi teşvik edici ve yatıştırıcı olarak kullanılabileceği belirtilmektedir (18). Yapılan çalışmalarda dinletilen müzik süresinin beş dakika ile dört saat arasında olduğu, en sık kullanılan ortalama sürenin ise 15-30 dk. aralığında olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte bireylerin müzik anlayışları yaşamış oldukları toplumun sosyal ve kültürel yapısına ve almış oldukları eğitime bağlı olarak çeşitlilik göstermekte olup birey kendi kültürünün müziğinden daha çok etkilenmektedir. Çünkü bireyler kendi kültürünün müziği ile daha sağlıklı bir iletişim kurabilmektedir (166). Her kadın müziğini kendi seçmelidir. Ses seviyesini kendi ayarlamalıdır. Bu durum kendisine kontrol hissi verir (167, 168). Literatürde Acemaşiran Makamı'nın anksiyete düzeyini azalttığı (169), gevşemeye yardımcı olduğu, ağrıyı giderdiği, spazm çözücü özelliği gösterdiği ve doğumu kolaylaştırdığı bilinmektedir (162). Ayrıca aktif müzik ve Rehâvi Makamı da doğuma yardımcı olmaktadır (162, 170).

2.3. Anksiyete ve Doğum Ağrısı

Amerikan Psikoloji Derneği (APA)'ya göre anksiyete, gerginlik duyguları, endişeli düşünceleri ve artan kan basıncı gibi fiziksel değişiklikler ile karakterize bir duygudur ve

kişilerde kaçınma, endişe, terleme, titreme, baş dönmesi, hızlı kalp atışı gibi semptomlar gösterebilir (171).

Doğum, bir kadının hayatında ağrı verici ve stresli bir olaydır. Hamile kadınlar genellikle travay ve doğum sırasında ağrıdan anksiyete yaşar. Doğum ağrısının fizyolojik kaynağı uterus kasılmaları veya servikal genişleme; psikolojik kaynağı ise stres, anksiyete ve korku ilişkili olduğu belirtilmektedir (95).

Doğumda anksiyete yaratan her durum stres hormonlarının artmasına, oksitosin salınımının azalmasına neden olabilmektedir. Oksitosin hormonunun azalması ise uterus kontraksiyonlarının sıklığının ve yoğunluğunun azalmasına, doğumun süresinin uzamasına neden olmaktadır (21). Diğer taraftan doğumda anksiyete ve korku fetüs üzerine de olumsuz etkiye sahiptir. Doğumda gebenin anksiyeteli olması katekolamin (adrenalin, noradrenalin) gibi stres hormonlarının salınımını artmasına bağlı uterusu giden kan akımında azalmaya neden olur (5). Uterusa giden kan miktarındaki azalma uteroplesental yetmezlik oluşturarak fetal distrese neden olur. Fetal distrese bağlı doğumda tıbbi müdahale oranları artmaktadır (5, 172). Bu nedenle gebelere doğumda korku, ağrı ve anksiyete ile baş etmeyi öğretmek önemlidir. Aksi durumda gebeler, baş edemediği ağrı ve anksiyete nedeniyle kendi vajinal doğumu reddederek endikasyon olmaksızın kontrollerinin olmadığı sezaryen ile doğumu tercih etmektedir (7, 21, 173).

2.4. Doğumda Anne Memnuniyeti

Doğumda memnuniyet, en sade tanımıyla annelerin beklentilerinin karşılanmasıdır. Annelerin başlıca beklentileri; güler yüzlülük, saygılı davranma, humanistik ve empatik yaklaşım, yol gösterme, rahatlatma, olumlu iletişim, mahremiyete saygı, bilgilendirme, kararlara katma, cesaretlendirme, pozitif doğum ortamı, fiziksel ve duygusal destektir (174). Doğumda ebe ve hemşirenin bu beklentilere duyarlı bakım vermesi hem bakım kalitesinin hem de kalite standardının artmasına katkı sağlar (175).

Annelerin doğumundan memnun olmayışı ise; negatif doğum algısına, doğumunu travmatik algılamasına, doğumda tıbbi müdahalelerin artmasına, olumsuz doğum deneyimine, doğum sonu strese ve postpartum depresyona, annelik adaptasyonunun gecikmesine, anne-bebek bağlanmasında gecikme gibi birçok sorunlara neden olabilmektedir (92).

Doğumu kolaylaştıran doğum dansı, müzik, pozisyon sağlama, hareket özgürlüğü gibi uygulamalar hem doğumun süresini kısaltmakta, hem analjezi ve tıbbi müdahale gereksinimini azaltmakta ve doğum memnuniyetini artırmaktadır (37). Memnuniyeti yüksek bir doğum, pozitif doğum deneyimi anlamına gelmektedir. DSÖ, kadınların pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım kalitesinin artırılmasını önermektedir (176).

Doğumda ebe ve hemşireler, kanıt temelli, bireyselleşmiş, kültüre duyarlı, hareket özgürlüğü tanıyan uygulamalarla sürekli doğum desteği sağlayarak doğum anksiyetesinin azalmasına, memnuniyetin artmasına katkı sağlamalıdır (174).

2.5. Doğum Dansı Uygulaması ve Hemşirelik

Doğuma yardım eden ebe ve hemşirenin temel sorumluluklarından biri doğum desteği sağlamaktır. Doğum desteği kadınların doğum ağrısı ile baş etmesini artırmak için sağladığı bakım ve sosyal desteğidir. Doğum desteğinin amacı; anne ve bebeğine olumsuz bir etkide bulunmadan, annenin bilinçli bir şekilde ağrılarını kontrol ederek doğum ağrılarının hafifletilmesini sağlamaktır (104, 110). Doğum ağrısı yönetimi için pratik, etkili, ucuz ve erişilebilir bir yöntem (177-180) olan doğum dansı, hemşirenin ve ebeğin rahatlıkla gerçekleştirebileceği nonfarmakolojik uygulamadır. Dans uygulaması ile gebenin doğum ağrısı ile baş etme gücü artmakta, doğumun süresi kısalabilmekte, doğum memnuniyeti artabilmektedir. Tüm bunların sonucu obstetrik bakımın kalitesi artmaktadır. Sağlanan kaliteli bakım uzatılmayan travay, düşük müdahaleli ve normal doğum oranlarının artması sonuçlanmaktadır (181, 182).

Hemşirelik müfredatı, bakım kalitesini artırmak ve sürekli değişen sağlık sistemine ayak uydurmak için sürekli olarak geliştirilmiştir. Bu bağlamda doğum dansı gibi nonfarmakolojik yöntemler günümüzde hemşirelik müfredatına entegre edilmelidir (183). Bu entegrasyon hemşirelerin kapsamlı ve bütüncül bakım sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hemşire-kadın / aile ilişkisini geliştirmekte (183), prepartum, intrapartum ve postpartum süreçlerini gebeye olumlu sonuçlandırabilmektedir (157).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmanın tipi randomize kontrollü deneysel çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Artvin Devlet Hastanesi jinekoloji ve obstetri servisinde gerçekleşmiştir. Çalışma Kasım 2020 – Mart 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. 1945 yılından itibaren Artvin ilinde hizmet veren bu hastane, 200 yataklıdır. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde hastanenin jinekoloji ve obstetri servisinde aktif çalışan hekim sayısı 2, ebe sayısı ise 12'dir. Hastanede doğum salonu, jinekoloji ve obstetri servisinin içindedir. Bir başka ifade ile bu serviste gebelik, doğum, doğum sonu ve jinekolojik nedenli yatan kadınlar bulunmaktadır.

Bu çalışma Covid-19 pandemi döneminde yapılmıştır. Bu araştırmanın verilerinin toplandığı zaman diliminde Covid-19 pandemisine bağlı olarak Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tüm bireylerin sağlığını korumak, Covid 19 bulaş riskini azaltmak ve önlemek için karantina uygulaması, sosyal izolasyon, sosyal mesafe kuralları, market ve okul vb. iş yerlerinin bir süreliğine kapatılması, bazı hastanelerde doğurmak için gelen veya doğurmuş kadınların yanına refakatçi kısıtlamaları gibi uygulamalar getirilmiştir. Çalışmanın yapıldığı hastanenin jinekoloji ve obstetri servisinde de Covid 19'dan korunmaya yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

Gebenin obstetri servisine yatış süreci: Hastaneye başvuran gebelerin doğum salonuna yatışı poliklinik ya da acil servisten kadın hastalıkları ve doğum uzmanının onayı ile yapılmaktadır. Gündüz 08.00-16.00 saatleri arasındaki yeni yatışlar ve yatan hastanın takibi takipli olduğu hekim tarafından yapılmaktadır. Akşam saat 16.00'dan sonra gelen gebelerin hastaneye yatışı için değerlendirilmeleri sorumlu icap nöbetinde olan kadın doğum hekimi tarafından yapılmaktadır. İcap nöbetinde olan kadın doğum hekimi saat 16.00'dan sabah saat 08.00'a kadar hastaneye başvuran ve acil sezaryen gereksinimi olan tüm gebelerden sorumludur.

Doğum salonuna yatan gebeye yapılan uygulamalar: Yatışı kabul edilen gebenin ebe tarafından amnezinin alınması, onam formlarının imzalanması ve odasına yatış işlemleri gerçekleştirilmektedir. Her gebenin vital bulguları alınmakta, damar yolu açılmakta ve kol bandı takılmaktadır. Ebe tarafından gebenin vajinal muayenesi

yapılmakta ve EFM'si çekilmektedir. Bu işlemler tamamlandıktan sonra gebe odasına alınmaktadır. Gebe taravay sürecini bu odada geçirmektedir. EFM çekileceği zaman EFM odasına, vajinal tuşe gerektiği zaman doğum salonuna götürülmekte, tekrar kendi odasına alınmaktadır. Eğer kadın doğum hekimi yazılı olarak talep etmişse gebeden laboratuvar testleri için kan örneği alınmakta, lavman yapılmakta ve sentetik oksitosin infüzyonu uygulanmaktadır.

Ebeler, gebelerin servikal dilatasyonu 4 cm olunca partograf kullanıma geçmekte ve doğum izlemini partograf üzerinden yapmaktadır. Ebeler gebelerin EFM'sini ve vajinal muayanesini ek bir durum gerekmedikçe ortalama iki saatte bir yapmaktadır. Doktor istemine göre kimi gebelerin oral alımları kısıtlanmakta ve bu gebelere intra venöz mayi takılmaktadır. Ebeler, her muayene sonrası kadına durumu ve süreci hakkında bilgi vermektedir. Dilatasyon tamamlandığında gebeler doğum salonuna alınmakta, primipar gebelere rutin epizyotomi uygulanmaktadır. Doğumu için doğum salonuna alınan gebe doğum sonrası bebeği ile tekrar kendi odasına alınmaktadır. Gebenin yanında olmasını istediği bir yakını ile odasında kalmasına izin verilmektedir.

Doğumların yaptırılması: Gebelerin gündüz (08.00-16.00 saatleri arası) travay takipleri ve doğumları ebeler tarafından yapılmaktadır. Doğumda risk geliştiği zaman yatışını yapan doktor doğuma çağırılmaktadır. Gece (16.00-08.00 saatleri arası) travay takipleri ve doğumları ebeler tarafından yapılmaktadır. Doğumda risk geliştiği zaman ebe içapçı kadın doğum hekimine haber vermektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aralık 2020 - Ağustos 2021 tarihleri arasında Artvin Devlet Hastanesi'ne vajinal doğum için başvuran tüm gebeler (primipar ve multipar) oluşturmuştur.

Çalışmamız deney ve kontrol grupları son test sonuçlarının karşılaştırıldığı “bağımsız gruplarda t testi” sonuçlarına göre deney grubunda 64 kontrol grubunda 64 olmak üzere toplam 128 katılımcı ile yürütülmüştür. Çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için “post hoc” güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde, %95 güven aralığında, 0.1163 etki büyüklüğünde ve 0.97 gücünde olduğu belirlenmiştir. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir (184).

Artvin Devlet Hastanesi'nde 2019 yılında 206, 2020 yılında 184 normal spontan (vajinal) doğum gerçekleşmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı 18 Aralık 2020 - 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında toplam 207 gebe (96 primipar, 111 multipar) vajinal doğum yapmıştır. Araştırmaya dâhil olma kriterlerine uymayan 39 gebe, araştırmaya dâhil olmak istemeyen 1 gebe, araştırmacının başka kurumda ve il dışında iken doğumuna katılamadığı 27 gebe araştırma dışında tutulmuştur. Yeterli örneklem sayısına ulaşana kadar çalışmanın verilerini toplamaya devam edildi. Araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırma kriterlerini karşılayan ve randomizasyon yöntemiyle seçilen 140 gebeden 128 gebe araştırmanın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmaya dâhil edilen gebeler gruplara randomizasyonla atanmış ve körleme gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın randomizasyonu aşağıda açıklanmıştır.

Randomizasyon

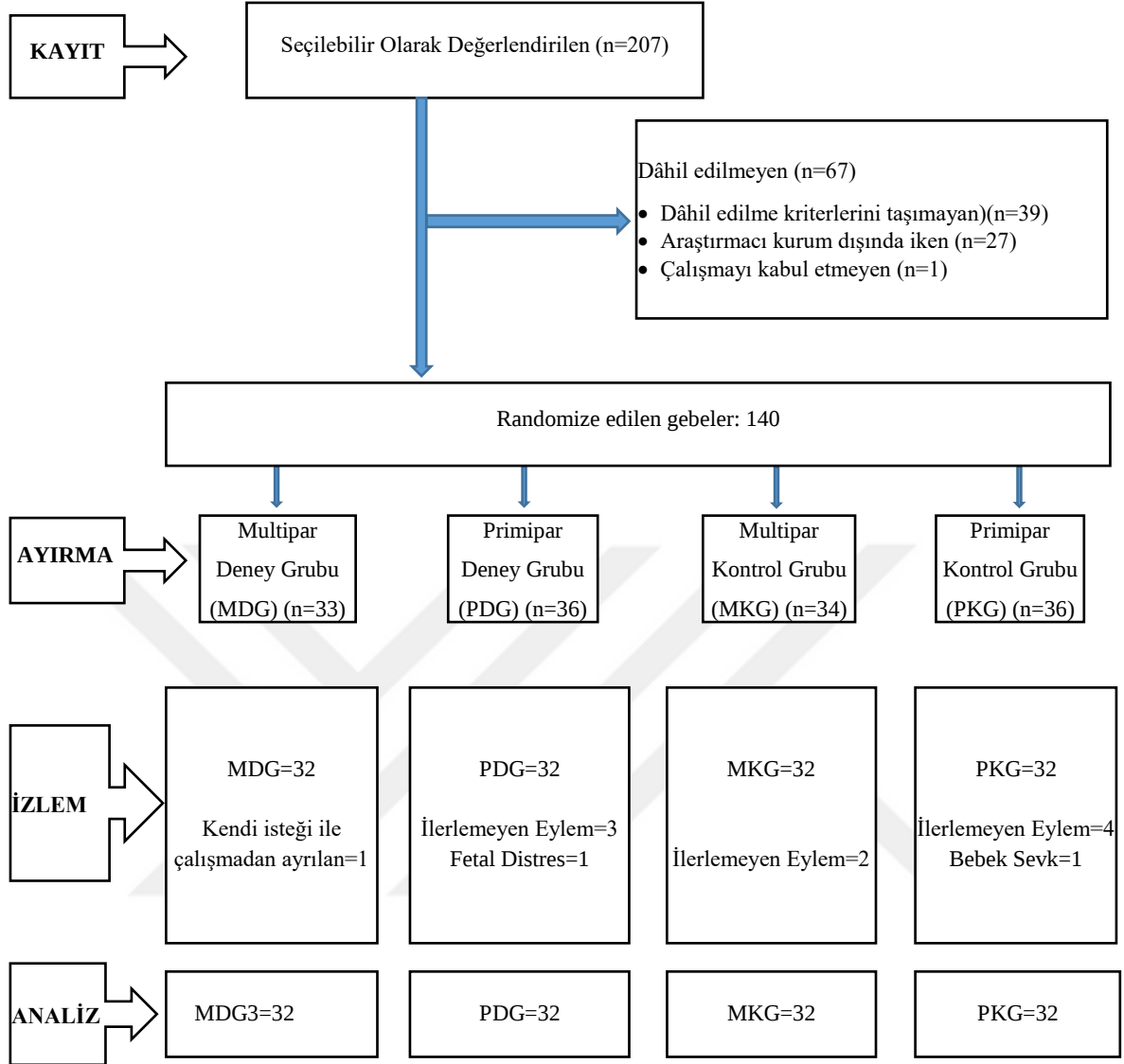
Bir çalışmada randomizasyonun gerçekleştirilmesi için önemli iki unsur vardır. Bunlardan birincisi, rastgele atama (random allocation), ikincisi ise atama sürecinin çalışmada yer alan araştırmacılardan gizlenmesidir (allocation concealment). Ayrıca küçük örneklem grubundan oluşan çalışmalarda iyi bir randomizasyon için blok rastgele yönteminin tercih edilebileceği belirtilmektedir. Blok randomizasyonda grup sayısı ve olasılıkları eşit olmak zorundadır (185, 186). Yapılan bu çalışmada rastgele atama ve atama sürecinin araştırmacıdan gizli yapılabilmesi için randomizasyon bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. İstatistik uzmanı deney ya da kontrol grubunda olma durumuna kura ile karar vermiştir. İstatistik uzmanı primipar ve multipar olarak grupları tabakalandırarak, grupların atanmasına eşit şans vermek için rastgele dizisini bilgisayar üzerinde www.randomize.org programını kullanarak blok randomizasyon (dört hafta oluşan, altı bloğa uygun olarak) ile deney ve kontrol gruplarına numaraların atanmasını yapmıştır. Gruplar 100 katılımcıdan az olduğundan dolayı tahmin edilemezliği artırmak için dört harfli kombinasyonlar yapılmıştır. Kombinasyonların oluşumu ABAB (1), AABB (2), BAAB (3), BABA (4), BBAA (5), ABBA (6) şeklindedir.

Bu çalışmada atamanın gizlenmesi için (allocation concealment) katılımcılar kaydedilene ve girişim gruplarına atanana kadar atama düzeni araştırmacıdan gizlenmiştir. Araştırmacı tarafından zarflar üzerine multipar gebeler için M1, M2,...M64, primipar gebeler için P1, P2, ...P64 yazılarak 128 zarf hazırlanmış ve hazırlandığı şekli ile istatistik uzmanına verilmiştir. Zarfların içine randomizasyonu yapan istatistik uzmanı deney

grubunu “A”, kontrol grubunu “B” olarak yazmış, zarfları kapalı olarak araştırmacıya geri vermiştir. Bu çalışmadaki randomizasyon kombinasyonları Ek 8’de gösterilmektedir.

Bu çalışmada normal doğum için jinekoloji ve obstetri servisine kabul edilen primipar ve multipar gebeler randomizasyon listesinde var olan sıralamaya ve zarfındaki grubuna göre araştırmacı tarafından atanmıştır. Çalışmanın farklı aşamalarında gebe sezaryene alındığında ya da herhangi bir nedenle çalışmadan ayrıldığında; ayrılan gebenin yerine grubuna gelen, kriterlere uyan ve çalışmayı kabul eden ilk gebe çalışmaya dâhil edilmiştir. Böylece çalışmada randomizasyon korunmuş ve hedeflenen örneklem sayısına ulaşılmıştır.

Bu çalışma sırasında deney grubundaki multipar 1 gebe kendi isteği ile çalışmadan ayrılmış, kontrol grubundaki multipar 2 gebede ilerlemeyen eylem, deney grubunda primipar 2 gebede ilerlemeyen eylem ve 2 gebede fetal distres gerçekleşmiştir. Kontrol grubunda primipar 4 gebede ilerlemeyen eylem ve 1 yenidoğanın doğum sonrası başka hastaneye sevkı olmuştur. Bu nedenlerden dolayı toplam 12 kadın çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Çalışmada hedeflenen örneklem büyüklüğüne ulaşana kadar veri toplamaya devam edilmiştir. Çalışmanın Consort akış şeması (Şekil 1) gösterilmektedir.



Şekil 1. Consort akış şeması

Körleme

Bu çalışmada körleme, katılımcılar (gebeler) yönünden “tekli” körleme şeklinde yapılmıştır. Doğum için başvuran gebeler tek kişilik odaya alınmış, dâhil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözel ve yazılı onam alınmıştır. Deney ve kontrol grupları için ayrı bir onam formu kullanılmıştır. İstatistik uzmanından gelen zarflar araştırmacı tarafından gebenin yanında açılmış, zarf içinde yazan gruba göre araştırmanın uygulama basamaklarına geçilmiştir. Araştırmacı gebelerin deney veya kontrol grubunda olacağını gebenin yanında zarfı açtığı zaman görmüştür. Araştırmaya alınan gebe kadın ise hangi grupta olduğunu bilmemektedir.

Pilot Çalışma

Araştırmaya başlamadan önce örneklem seçim kriterlerine uygun 8 gebe (2 multipar deney, 2 multipar kontrol, 2 primipar deney, 2 multipar kontrol) ile pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma esnasında; doğum dansı uygulamasına yönelik doğum ortamı, gebelerin doğum dansına yönelik değerlendirmeleri ve veri toplama formlarının gebeler tarafından anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)'ndaki bazı sorular Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)'na aktarılmıştır. Ayrıca başlangıçta deney grubunun dans süresi 15-20 dakika ile başlanıp geçiş fazına doğru bu sürenin kısalabileceği düşünülmüştür. Fakat gebeler geçiş fazına kadar rahat bir şekilde 15'er dakika bütün evrelerde dans ettikleri gözlemlendiği için ve standardizasyon sağlamak adına doğum dansının 15'er dakika olmasına karar verilmiştir. Gebelerin 8 cm servikal açıklığa kadar 15 dakika dans edebildikleri gözlemlenmiş olup, araştırmada dansın her saat başı 15 dakika olması planlanmıştır. Pilot çalışmaya alınan gebeler araştırmaya dâhil edilmemiştir.

3.4. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Edilmeme Kriterleri

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri;

- 20 yaşını doldurmuş olan,
- Türkçe konuşabilen,
- En az ilkokul mezunu olan,
- İşitme, görme, ortopedik gibi herhangi bir engeli olmayan,
- Miadında gebeliği olan (38-41 gebelik haftasında olanlar),
- Gebelikte riski düşük olan (plesenta previa, preeklamsi, kalp hastalığı gestasyonel diabet, intrauterin gelişme geriliği gibi durumların olmayışı),
- Doğum eylemi aktif başlamış olan,
- Doğum eyleminin latent fazında (servikal açıklık 1-3 cm iken) hastaneye başvurmuş olan,
- Uterin kontraksiyon anomalisi olmayan,
- Gebeliğinde tek fetüsü olan,
- Fetüsün önde gelen kısmı baş olan (verteks pozisyonunda),
- Fetal ağırlığı 4000 gr'ın üzerinde olmayan gebeler araştırmaya alınmıştır.

Araştırmaya dâhil edilmeme kriterleri;

- Yüksek risk grubunda olan (konjenital anomalili bebeğe sahip olma, çoğul gebelik, prezentasyon bozukluğu, eklampsi, postterm gebelik gibi),
- Daha önceki doğum şekli sezaryen olan (sezaryen sonrası vajinal doğum tercihinde bulunan),
- Doğumun birinci evresinde epidural analjezi uygulanan,
- Doğum eylemi 3 saatten kısa süren (hızlı doğum hikâyesinin olması) gebeler araştırmaya alınmamıştır.

Türkiye'de birçok devlet hastanesinin doğum biriminde özellikle ilk kez gebe olan kadınlara doğumda sentetik oksitosin neredeyse rutin bir uygulama olarak uygulanmaktadır. Yapılan pilot çalışmada da bu gebelere neredeyse rutin bir sentetik oksitosin uygulandığı gözlenmiştir. Bu nedenle bu çalışmada doğumda sentetik oksitosin uygulanan nullipar gebeler (deney ve kontrol grubunda) çalışma kapsamına alınmıştır. Multigravida gebelerde ise oksitosin uygulanma şartı aranmamış, hastanenin standart uygulamasına göre gebeler alınmıştır. Doğumun başından doğumdan sonra ilk 4 saatine kadar kullanılan tüm formların toplam süresi ortalama 40-45 dakika olduğu belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Aralık 2020 - Ağustos 2021 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Artvin Devlet Hastanesi'nin doğum salonunda toplanmıştır. Verilerin toplanmasında “Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)” (Ek 1), “Visual Analog Skala Formu (VAS)” (Ek 2), “Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)” (Ek 3), “Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)” (Ek 4), “Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)” (Ek 5) ve “Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF)” (Ek 6) formları kullanılmıştır. Bu formlar aşağıda açıklanmıştır.

3.5.1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form (18, 38, 128, 187) gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini, ve doğuma yardım eden sağlık profesyonellerini içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.5.2. Visual Analog Skala (VAS) Formu

Bu çalışmada gebelerin doğum süresince ağrı algısını değerlendirmek için ağrı Visual Analogue Scale kullanılmıştır. Bu skala 10 cm uzunluğunda, bir ucunda ağrısızlık

(0, sıfır) diğer ucunda olabilecek en yüksek ağrıyı (10, on) gösteren dikey bir cetvel şeklinde gebelere ağrı algılarını değerlendirmek için sunulmuştur. Örneğin ağrısını çok zayıf hissedenden gebeler 1 cm, çok yüksek hissedenden gebeler ise 10 cm olarak ifade etmişlerdir (70). Bu skala doğum boyunca çok sayıda kullanılmıştır. Her bir uygulamada bir önceki VAS değerlendirme puanından etkilenmemesi için her uygulamada yeni bir VAS formu kullanılarak değerlendirme yapılmıştır (Ek 2).

3.5.3. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ)

Durumluk Kaygı Ölçeği, Spielberger ve ark. tarafından 1970 yılında geliştirilmiş, Türk kültürüne uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Ölçek yirmi maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği; bireylerin belirli bir anda, belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplamasını gerektirir. Bunun için (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırır. Ölçekte doğrudan ve ters dönmüş olmak üzere iki tür ifade bulunur. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Ölçekte on tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20'nci maddeler) ters madde bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan minimum 20, maksimum 80'dir (188, 189). Puanlama için doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin her biri için iki ayrı anahtar hazırlanır. Böylece bir anahtarla doğrudan ifadeler, ikinci anahtarla tersine dönmüş ifadelerin toplam ağırlıkları saptanır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlıklı puandan ters ifadelerin toplam ağırlıklı puanı çıkartılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk kaygı ölçeği için eklenecek değer 50'dir. Eklemelemlerden sonra elde edilen değer, bireyin durumluk kaygı puanını gösterir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasında Cronbach Alfa değerleri korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için 0,83 ile 0,92 arasında, olduğu saptanmıştır (189) Bu çalışma da DKÖ Cronbach Alfa değerleri 0.4745 ile 0.576 arasında, olduğu bulunmuştur (Ek 3).

3.5.4. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)

NDAMDÖ; Güngör ve Beji (190) tarafından geliştirilmiştir. İlgili ölçek toplam 43 madde ve 10 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları ve madde numaraları; sağlık ekibini algılayışı (1, 2, 3, 4 nolu maddeler), doğum eylemindeki bakım (5, 6), rahatlatma (7, 8, 9, 10 nolu maddeler), kararlara katılım ve bilgilendirme (8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

nolu maddeler), bebekle tanışma (19, 20, 21 nolu maddeler), postpartum bakım (22, 23, 24, 25, 26, 27), hastane odası (28, 29, 30, 31), hastane olanakları (32, 33, 34 nolu maddeler), mahremiyete saygı (35,36,37,38 nolu maddeler), beklentilerin karşılanmasıdır (39, 40, 41, 42, 43 nolu maddeler)” alt boyutları şeklindedir. Maddeler ifadelere katılıp katılmama durumuna göre (1-Katılmıyorum, 2-Kısmen katılıyorum, 3-Kararsızım, 4-Katılıyorum ve 5-Kesinlikle katılıyorum) 5’li likert tipi ölçek üzerinde puanlanmaktadır. 13 madde (7, 8, 9, 10, 19, 20, 21, 22, 35, 36, 38, 41, 42 nolu maddeler) ters puanlıdır. Ölçek puanının hesaplanması için, öncelikle ters puanlı maddeler çevrilir. Ters puanlı maddeler çevrildikten sonra ölçekteki bütün maddelerin puanının toplamı "toplam ölçek puanını" verir. Her alt boyutu oluşturan maddelerin toplamı ise "toplam alt boyut puanı" olarak kullanılabilir. Toplam ham puan en düşük 43, en yüksek 215' tir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça annelerin normal doğumda hastanede aldıkları bakımdan memnuniyet düzeyleri artmaktadır. "Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği" için hesaplanan kesme noktası puanı 150.5 olarak belirlenmiştir (≥ 150.5 memnuniyet düzeyi yüksek, < 150.5 memnuniyet düzeyi düşük). NDAMD Ölçeğinin toplam Cronbach Alfa katsayısı (iç tutarlılık) 0.91, alt boyutlarındaki Cronbach Alfa katsayısı ise 0.67 ile 0.89 arasında değişmektedir (190). Bu çalışma da toplam NDAMDÖ Cronbach Alfa değeri 0.820, alt boyutlarındaki Cronbach Alfa katsayısı ise 0.47 ile 0.874 arasında olduğu bulunmuştur (Ek 4).

3.5.5. Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form (174, 187, 191) doğumun birinci ve ikinci evresindeki gebeye uygulanan tıbbi uygulamaları, doğumun birinci evresinin süresini ve yeni doğana ait bilgileri gösteren sorulardan oluşmaktadır (Ek 5).

3.5.6. Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF)

Doğum eyleminden sonra annenin doğum dansı uygulamasına ilişkin memnuniyet düzeyi ve görüşlerini içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek 6).

3.5.7. Çalışmanın Verilerini Toplama Sürecinde Alınan Kıstaslar

Bu çalışmanın verilerini toplama sürecinde alınan kıstaslar aşağıda açıklanmıştır;

Primipar ve multiparın tanımı: Nullipar, hiç canlı doğum yapmamış kadını; primipar, bir veya birden fazla fetüsü tek bir doğumda canlı olarak dünyaya getirmiş kadını; multipar iki ve üzeri canlı doğum yapmış kadını temsil etmektedir (192). Bu çalışmada ilk doğum için başvuran kadın nullipar ancak bu kadın doğumu sonrası primipar olacağından, çalışmada bu gruptaki kadın “primipar” olarak tanımlanmıştır. Eğer kadının ikinci gebeliği ise bu kadın doğum sonrası multipar olacağından çalışma boyunca bu gruptaki kadınlar “multipar” olarak tanımlanmıştır. Deney grubu doğum dansı uygulanan grup, kontrol grubu doğum dansı uygulanmayan gruptur.

Servikal dilatasyon değerlendirmesi: Bu çalışmada gebelerin servikal dilatasyon değerlendirmesi ebelerin vajinal muayenesi sonrası değerlendirmelerini esas almıştır.

Doğumun birinci evresi: Bu çalışmada doğumun birinci evresi hesaplanırken latent faz (servikal dilatasyon 1-3 cm iken) dâhil edilmemiş, aktif ve geçiş faz sürelerinin toplamı “doğumun birinci evresi olarak” değerlendirilmiştir. Çünkü çalışma kapsamındaki anneler doğumun latent fazın herhangi bir süresi içinde gelmiştir.

Doğumun birinci evresinin aktif fazı: Servikal dilatasyon 4cm’den 7 cm’ yi de içine alan faz olarak değerlendirildi.

Doğumun birinci evresinin geçiş fazı: Servikal dilatasyon 8 cm’den başlayıp 10 cm’yi içine alan faz olarak değerlendirildi.

Doğumun birinci evresinin toplam süresi: Aktif ve geçiş fazı içine alan toplam süre olarak değerlendirildi.

Doğumun 2. evresi: Servikal açıklık 10cm den başlayıp bebeğin doğumunu içine alan süreyi kapsamaktadır. Bu çalışmada servikal dilatasyon 10 cm olup gebe doğum masasına alındığında bu evrenin başladığı esas alınmış, yenidoğanın doğum anı ise ikinci evrenin bitiş süresi olarak değerlendirilmiştir.

Doğumun 3. evresi: Yenidoğan bebeğin doğumundan itibaren başlayıp plasentanın doğumunu içine alan toplam süre olarak değerlendirilmiştir.

Doğumun toplam süresi (Doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evresinin toplamının süresi): Doğumun birinci evresinin aktif fazından başlayıp (4 cm), geçiş fazı, doğumun 2. ve 3. evresini de içine alan toplam süre olarak alınmıştır. Çalışmada süre dakika olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Süresindeki Formların Kullanım Zamanları

Gebelere Bilgilendirilmiş Onam Formu (GBOF): Gebe odasına alınıp çalışmayı kabul ettiğini sözel olarak belirttikten sonra bu form uygulanmıştır.

Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF): Gebelerin onamı alındıktan sonra bu form uygulanmıştır.

Visual/ Görsel Ağrı Skalası (VAS): Bu çalışmada gebelere servikal açıklığı 3 cm iken iki kez, 5-6 cm iken iki kez, 7-8 cm iken iki kez olmak üzere toplam altı kez VAS ölçeği uygulanmıştır.

Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ): Gebelerin servikal açıklığı 3 cm, 6-7 cm ve doğum sonrası 2-3. saatler arasında birer kez olmak üzere toplamda üç kez DKÖ uygulanmıştır.

Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ): NDAMDÖ doğum sonrası 2-3. üçüncü saatler arasında bir kez uygulanmıştır.

Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF): Doğumda ve doğum sürecinin takibinde bir kez uygulanmıştır.

Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF): Bu form sadece deney grubundaki annelere doğum sonrası 2-3. saatler arasında bir kez uygulanmıştır.

3.5.8. Doğum Salonunda Deney ve Kontrol Grubundaki Kadınlara Yönelik Uygulamalar

Doğum Salonunda Deney Grubundaki Kadınlara Yapılan Uygulamalar

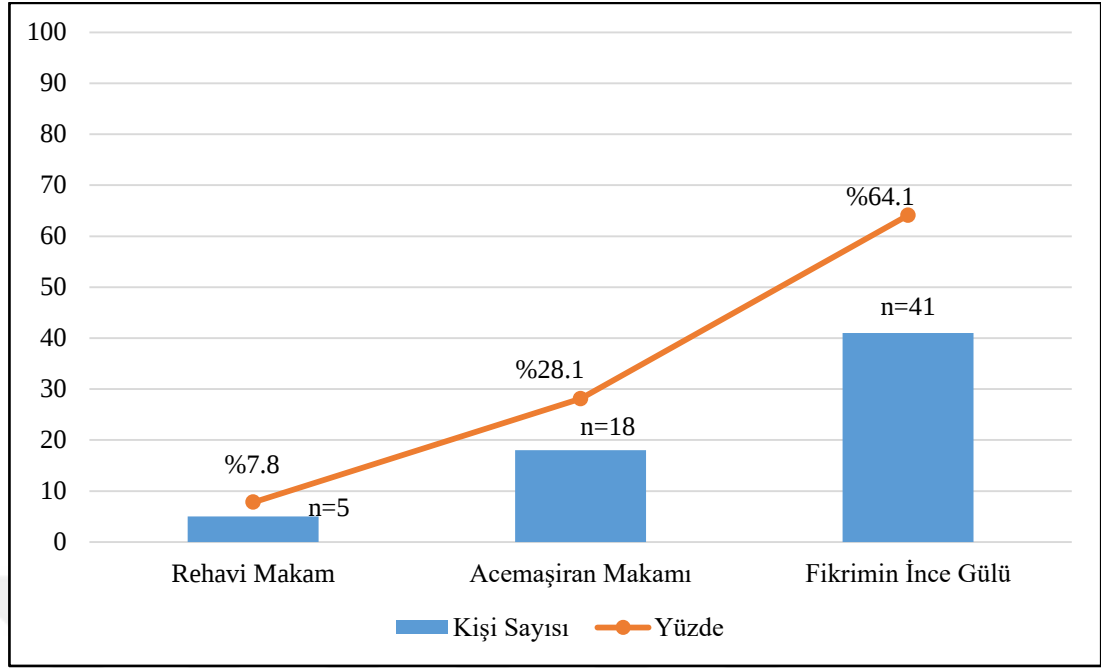
Gebenin servikal dilatasyonu 3 cm olduğunda araştırmacı çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmanın konusu ve süreç hakkında gebelere bilgi vermiş, sözel ve yazılı onam almıştır. Ardından Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu doldurulmuştur. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu uygulandıktan sonra deney grubundaki bu gebelere VAS formunun kullanımı ve amacı, doğum dansı uygulaması, doğum dansında dinleyebilecekleri müzik seçenekleri ve gele uygulanacak masaj eldiveni hakkında araştırmacı tarafından gebelere detaylı bilgi verilmiştir. Deney grubundaki gebelere uygulanan doğum dansı, doğum dansında müzik seçimi ve kullanılan masaj eldiveni uygulaması aşağıda detaylı açıklanmıştır.

Doğum Dansı Uygulaması: Bu çalışmada doğum dansı uygulaması; araştırmanın yapıldığı tarihlerde tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19 pandemisi göz önünde

bulundurularak koronavirüsün bulaş riskinin önleyici tedbirler alınarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada deney grubundaki gebe (bir veya çift kat maske), araştırmacı (çift kat) maske, lateks veya şeffaf eldiven ve önlük kullanmıştır. Tek kişilik odalarda, pencere açık tutulmuştur. Gebe ve araştırmacı 15-18 m² olan tek kişilik odada, karşılıklı el ele tutuşmuş (aradaki 3-4 adımlık mesafeyi koruyarak), gebenin tercih ettiği müzik eşliğinde pelvik tilt hareketini yapmıştır. Kontraksiyonlar sırasında gebenin bel ve sakrum bölgesine kıyafetinin üstünden gebenin istediği basınçta masaj eldiveni ile masaj yapılmıştır. Doğum dansı servikal dilatasyon 3-8 cm aralığında, her saat başı 15 dakika yapılmıştır. Örneğin saat 10:00 da servikal açıklığı 3 cm olan gebenin doğum dansı uygulama zaman aralığı saat 10, 11, 12, 13,...devam etmiş, servikal açıklık saat 18.00'da 8 cm olduğu zaman dansı son kez yapmış ve uygulama sonlandırılmıştır.

Doğum Dansı Esnasında Müzik Seçimi: Bu çalışmada müzik eşliğinde ve masaj eldiveni ile doğum dansının uygulanmasında; gebelerin bilişsel ve duyuşsal boyutta doğum ağrısı ile baş edebilme becerisi kazanması, fiziksel ve emosyonel rahatlık sağlayarak doğum memnuniyeti sağlaması amaçlanmıştır.

Doğum dansı esnasında gebe tarafından seçilen müzikler kesintisiz 15 dakika devam edecek şekilde ayarlanmıştır. İlk dans uygulamasından önce gebelere “Acemaşiran Makamı”, “Rehâvi Makamı” ve Farid Farjad "Fikrimin İnce Gülü" olmak üzere üç müzik seçeneği sunulmuştur. Bu üç müzik türü gebelere dinletilmiş ve sonrasında gebenin tercihinine göre seçtiği bir müzik türü tüm doğum dansı uygulamalarında dinletilmiştir. Bu çalışmada deney grubundaki gebelere kaç kez doğum dansı uygulanmışsa aynı süreçte aynı müzik türü dinletilmiştir. Gebelerin tümü müzik dinletiminde kulaklığı tercih etmemiştir. Gebeler tek kişilik odada kaldığından müzik dinletimi araştırmacı tarafından hazırlanan dışa ses veren müzik çalar ile gebenin istediği ses düzeyi ayarında dinletilmiştir.



Şekil 2. Deney grubundaki gebelerin doğum esnasındaki tercih ettikleri müzik türlerinin dağılımı

Bu çalışmadaki gebelerin doğum dansı süresince tercih ettikleri müzik türü en yüksek oranda (%64.1) “Fikrimin İnce Gülü” olup diğerleri sırasıyla “Acemaşıran” (%28.1) ve “Rehâvi” (%7.8) makamı şeklindedir.

Doğum Dansında Kullanılan Dokuz Bilyeli Masaj Eldiveni: Çalışmada kullanılan bu masaj eldiveni silikon malzemeden üretilmiş olup eldiven üzerinde 360 derece dönebilen 9 adet metal bilye bulunmaktadır. Bu eldivenin ölçüleri ise 16 cm x 14 cm x 4.5 cm olup vücudun tüm noktalarına uygulanabilir özelliktedir (Bilgiler tanıtım kılavuzundan alınmıştır.). Bu çalışma dışında ülkemizde Kaçar (2019) çalışmasında doğum eylemindeki kadınlara bu eldiveni kullanmış ve eldivenin doğum memnuniyetini artırdığını vurgulamıştır (193).

Çalışmamızda 9 bilyeli masaj eldiveni araştırmacı tarafından gebenin kontraksiyonları sırasında gebenin bel ve sacrum bölgesine uygulanmıştır. Uygulama esnasında masaj eldiveninin gebeler tarafından geniş hacimli olması, homojen basınç uygulaması, gebenin isteğine göre basıncın ayarlanabilir olması, sakral bölgeye kadar ulaşması gibi nedenlerle gebelerin bu uygulamadan memnuniyet duydukları araştırmacıya sözel olarak iletilmiştir. Aşağıda bu çalışmada kullanılan dokuz bilyeli eldiveninin şekli

gösterilmektedir. Bu masaj eldivenini araştırmacı çalışmada kullanılmak için kendi maddi imkânları ile elde etmiştir.



Resim 2. Doğum dansında kullanılan dokuz bilyeli masaj eldiveni

Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelere Yapılan Ortak Uygulamalar

Vajinal muayene ile servikal değişiklikler ve eylemin ilerleyişi klinik ebese tarafından değerlendirilerek latent fazda Hemşire Gözlem Formuna, aktif faza geçince partografa kaydedilmiştir. Bu çalışmada araştırmacı da kendi elinde var olan partografa kendisi kayıt yapmıştır.

Ebeler latent, aktif faz ve geçiş fazında ortalama iki saatte bir vajinal muayene yapmış, her fazda ortalama 20 dakika süren EFM çekmiştir.

Gebenin servikal dilatasyonu 3 cm olduğunda araştırmacı çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmanın konusu ve süreç hakkında bilgi vermiş, sözel ve yazılı onam almıştır. Ardından GTBF doldurulmuştur. Daha sonra diğer bir form olan VAS formunun kullanımı ve amacı hakkında bilgi vermiştir. VAS formunu değerlendirirken araştırmacı gebeye “şu anki doğum ağrınıza 0 ile 10 puan arasında değerlendirseniz kaç puan verirsiniz?” şeklinde soru sormuş, aynı zamanda VAS cetvelini sunmuştur. Gebenin verdiği yanıtı göre araştırmacı formu doldurmuştur. Doğru veri elde edebilmek için araştırmacı gebenin söylediğini bir kez daha teyit ederek bilgi güvenilirliğini sağlamıştır. Bu çalışmada VAS puanı doğum süresince 6 kez değerlendirildiği için gebenin önceki VAS puanından etkilenmesini önlemek için her VAS uygulamasında yeni bir form kullanılmıştır. Bu aşamadan sonra deney ve kontrol grubuna yapılan uygulamalar farklılık göstermektedir. Aşağıda yukarıda belirtilen bu uygulamalardan sonra her iki gruba yönelik yapılan uygulamalar ayrı ayrı açıklanmıştır.

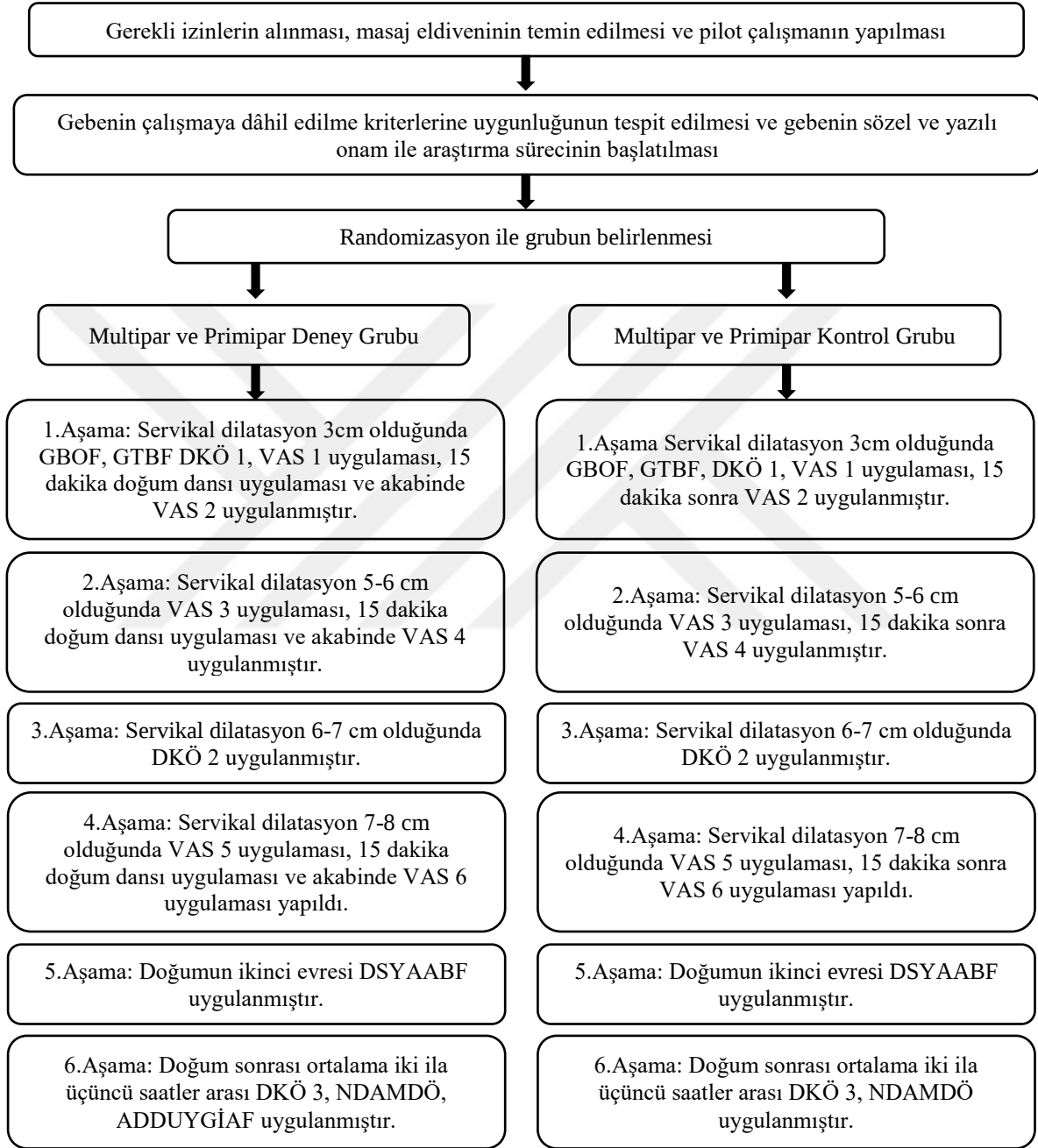
Deney grubuna yönelik yapılan uygulamalar/ işlem basamakları;

1. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 3 cm olduğunda araştırmacı VAS 1 uygulamasından sonra DKÖ 1 uygulanmıştır. DKÖ1 uygulandıktan hemen sonra 15 dakika doğum dansı uygulanmıştır. Doğum dansı uygulamasından hemen sonra VAS 2 uygulanmıştır.
2. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 5-6 cm olduğunda araştırmacı tarafından VAS 3 uygulanmıştır. VAS 3 uygulandıktan hemen sonra 15 dakika doğum dansı uygulanmıştır. Doğum dansı uygulaması bitiminden hemen sonra VAS 4 uygulanmıştır.
3. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 6-7 cm olduğunda DKÖ 2 uygulanmıştır.
4. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 7-8 cm olduğunda VAS 5 uygulanmıştır. VAS 5 uygulandıktan hemen sonra 15 dakika doğum dansı uygulanmıştır. Doğum dansı uygulamasından hemen sonra VAS 6 uygulanmıştır.
5. Aşama: Gebenin servikal silinme ve dilatasyonu tamamlanıp, fetal baş perineye dayandığında gebe doğum masasına alınmıştır. DSYAABF doldurulmuştur
6. Aşama: Doğum eyleminin dördüncü evresinde anne ve yenidoğan odasına alındıktan sonra ortalama ikinci ve üçüncü saatler arasında araştırmacı tarafından DKÖ 3, NDAMDÖ ve ADDUYGİAF uygulanmıştır.

Kontrol grubundaki gebelere yönelik yapılan uygulamalar/ işlem basamakları;

1. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 3 cm olduğunda VAS 1 uygulamasından sonra DKÖ uygulanmıştır. DKÖ 1 uygulandıktan 15 dakika sonra VAS 2 uygulanmıştır.
2. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 5-6 cm olduğunda araştırmacı tarafından VAS 3 uygulanmıştır. VAS 3 uygulandıktan 15 dakika sonra da VAS 4 uygulanmıştır.
3. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 6-7 cm olduğunda DKÖ 2 uygulanmıştır.
4. Aşama: Gebenin servikal dilatasyonu 7-8 cm olduğunda VAS 5 uygulanmıştır. VAS 5 uygulandıktan 15 dakika sonra da VAS 6 uygulanmıştır.
5. Aşama: Gebenin servikal silinme ve dilatasyonu tamamlanıp, fetal baş perineye dayandığında gebe doğum masasına alınmıştır. DSYAABF doldurulmuştur.

6. Aşama: Doğum eyleminin dördüncü evresinde anne ve yenidoğan odasına alındıktan sonra ortalama ikinci ve üçüncü saatler arasında araştırmacı tarafından DKÖ 3 ve NDAMDÖ uygulanmıştır.



GBOF: Gebelere Bilgilendirilmiş Onam Formu

VAS: Visual Analog Skala

DSYAABF: Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu

NDAMDÖ: Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği

ADDUYGİAF: Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu

GTBF: Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu

DKÖ: Durumluk Kaygı Ölçeği

Şekil 3. Araştırma akış şeması

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelik, ortalama ve standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kurtosis ve Skewness testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi, normal dağılıma uymayan iki bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Mann Whitney U testi yapılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede ise $p < 0.05$ ise istatistiksel fark anlamlı kabul edildi (194).

3.7. Araştırmanın Etiği

Bu çalışmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uyulmuş ve çalışma bu ilkelere uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeğini kullanabilmek için Sn. İlkay Güngör'den e-posta yolu ile ölçek izni (Ek 14) alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Artvin Çoruh Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (05.11.2020 tarih ve E.11865 sayılı) (Ek 12) izin alınmıştır. Ardından bu çalışmanın yapılacağı Artvin Devlet Hastanesi'nden kurum izni alabilmek için İl Sağlık Müdürlüğü'ne yazılı dilekçe ile başvurulmuş ve bu başvuru sonucu 16.12.2020 tarihli, 00130996273 sayılı (Ek 13) kurum izni alınmıştır. Ayrıca çalışma için 08.02.2021 tarihinde "ClinicalTrials.gov" adresine "The Effect of Labor Dance on Labor Pain, Anxiety, Birth Time and Maternal Satisfaction" adlı çalışma "NCT04746170" kayıt numarası ile kaydedilmiştir.

Araştırmaya başlamadan önce gebelerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Tüm bunların yanında araştırma kriterlerini taşıyan ve araştırmaya katılmak isteyen gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek "Özerkliğe Saygı" ilkesi, araştırmaya katılan gebelerin bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi yerine getirilmiştir. Araştırmada kişisel hakların korunması gerektiğinden çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Güçlü Yönleri

Sınırlılıklar

Bu çalışmadaki gebelerin çoğunluğu ebe yardımıyla doğum yapan kadınlardan oluşmaktadır. Bu çalışmanın başka bir sınırlılığı da dans uygulamasının ve veri toplama

zamanının Covid 19 pandemi sürecinde gerçekleşmesidir. Bu durum çalışmanın sınırlılığı olmakla birlikte, pandemi gibi olağanüstü durumda yüz yüze hem doğum dansı uygulamasının yapılmış olması hem de verilerin toplanmış olması çalışmanın güçlü yönü olduğunu da ortaya koymaktadır.

Güçlü Yönleri

Randomize kontrollü olan bu çalışmada toplanan verilerin değerlendirilmesinde yanlılığı önlemek için; veri tabanına kayıt edilen verilerin analizi araştırmacıdan bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından yapılmıştır. Öte yandan dans eyleminde müziğin kullanılması, masaj eldiveninde uygulamayı yaparken gebenin yönlendirmelerine göre uygulanan yapılması, gebenin hastaneye kabulünden travay, doğum ve doğum sonu dönemde aynı araştırmacı tarafından izlenmesi, araştırmanın hem primipar hemde multipar gebeleri kapsayıp bu iki grubun istatistiksel olarak karşılaştırılmasına imkân vermesi araştırmanın güçlü yönleri olarak değerlendirilebilir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Gebelerin algıladıkları ağrı düzeyi, doğum süresi, durumluk kaygı ve normal doğumda anne memnuniyeti puan ortalaması.

Bağımsız Değişkenler: Doğum dansı uygulaması araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.10. Araştırmacının Yetkinliği

Araştırmacı bu çalışmaya başlamadan önce Randomize Kontrollü Deney kursu almıştır.

4. BULGULAR

Doğumun birinci evresinde gebelere uygulanan doğum dansının doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular bu bölümde gösterilmiştir

Tablo 1. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması

		Deney Grubu n=64		Kontrol Grubu n=64		Anlamlılık
		n	%	n	%	
Yaş Aralığı	20-24	13	20.3	8	12.5	$\chi^2=3.716$ $p=0.294$
	25-29	30	46.9	27	42.2	
	30-34	16	25.0	18	28.1	
	35-39	5	7.8	11	17.2	
Eğitim Düzeyi	İlkokul	3	4.7	4	6.3	$\chi^2=5.289$ $p=0.259$
	Ortaokul	10	15.6	11	17.2	
	Lise	19	29.7	24	37.4	
	Üniversite ve üzeri	32	50.0	25	39.1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	15	23.4	13	20.3	$\chi^2=0.183$ $p=0.669$
	Çalışmıyor (ev hanımı)	49	76.6	51	79.7	
Sosyal Güvence Durumu	Var	58	90.6	59	92.2	$\chi^2=0.099$ $p=0.752$
	Yok	6	9.4	5	7.8	
Aile Yapısı	Çekirdek aile	50	78.1	51	79.7	$\chi^2=0.047$ $p=0.828$
	Geniş aile	14	21.9	13	20.3	
Gelir Algısı	Gelir giderden az	12	18.8	14	21.9	$\chi^2=0.324$ $p=0.850$
	Gelir gidere denk	45	70.3	42	65.6	
	Gelir giderden fazla	7	10.9	8	12.5	
Günlük Yaşamda Genel olarak Kendini Kaygılı /Anksiyeteli Hissetme Durumu	Genellikle kaygılıyım	17	26.6	13	20.3	$\chi^2=2.021$ $p=0.364$
	Kısmen kaygılıyım	21	32.8	17	26.6	
	Genellikle kaygılı bir yapım yoktur	26	40.6	34	53.1	
Gebelik Sayısı	1	32	50.0	32	50.0	$\chi^2=6.248$ $p=0.100$
	2	21	32.8	12	18.7	
	3	8	12.5	9	14.1	
	4 ve üzeri	3	4.7	11	17.2	
Parite (Gerçekleştirilen Doğum Sayısı)	Primipar	32	50.0	32	50.0	$\chi^2=0.000$ $p=1.000$
	Multipar	32	50.0	32	50.0	
Doğum Öncesi Hazırlık Sınıflarına Katılma Durumu	Hayır katılmadım	60	93.8	61	95.3	$\chi^2=0.342$ $p=0.843$
	Evet katıldım	4	6.2	3	4.7	
İsteyerek Gebe Kalma Durumu	Evet	56	87.5	50	78.1	$\chi^2=1.976$ $p=0.160$
	Hayır	8	12.5	14	21.9	
Gerçekleştirdiği Bu Doğumuna Yardım Eden Sağlık Profesyonelleri	Yalnızca Ebe	51	79.7	56	87.5	$\chi^2=1.424$ $p=0.233$
	Ebe ve Hekim Birlikte	13	20.3	8	12.5	
Sürekli Değişkenler	n Ort.	SS.	n Ort.	SS.	SS.	Anlamlılık
Gebelik Haftası	64 39.56	1.14	64 39.09	1.09	1.09	$t=2.374$ $p=0.019$

Tablo 1’de deney (doğum dansı uygulanan) ve kontrol grubu (doğum dansı uygulanmayan) gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılması gösterilmektedir. Deney grubundaki gebelerin %46.9’u 25-29 yaş aralığında, %50’si üniversite ve üzeri mezundur. Bu gruptaki gebelerin %76.6’sı ev hanımı, %90.6’sının sosyal güvencesi olup %78.1’inin ise aile yapısı çekirdektir. Gebelerin %70.3’ü gelirini giderine eşit olarak algılamakta, %40.6’sı günlük yaşamda genel olarak kendini kaygılı/anksiyeteli hissetmediğini belirtmiştir. Gebelerin %50’sinin primipardır. Deney grubundaki gebelerin %93.8’inin doğum öncesi hazırlık sınıfına katılmadığı ve %87.5’inin isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir. Deney grubunun %79.7’si ebe ile doğum yapmıştır. Deney grubu gebelerin ortalama gebelik haftası 39.56 ± 1.14 olarak saptanmıştır.

Kontrol grubu gebelerin %42.2’si 25-29 yaş aralığında, %39.1’i üniversite ve üzeri mezundur. Bu gruptaki gebelerin %79.7’si ev hanımı, %92.2’sinin sosyal güvencesi olup %79.7’sinin ise aile yapısı çekirdektir. Gebelerin %65.6’sı gelirini giderine eşit olarak algılamakta, %53.1’i günlük yaşamda genel olarak kendini kaygılı/anksiyeteli hissetmediğini belirtmiştir. Gebelerin %50’sinin primipardır. Kontrol grubundaki gebelerin %95.3’ünün doğum öncesi hazırlık sınıfına katılmadığı ve %78.1’inin isteyerek gebe kaldığı belirlenmiştir. Kontrol grubunun %87.5’i ebe ile doğum yapmıştır. Kontrol grubu gebelerin ortalama gebelik haftası 39.09 ± 1.09 olarak saptanmıştır.

Ayrıca deney ve kontrol grupları, gebelik haftası hariç tüm değişkenler bakımından benzerdirler ($p > 0.05$). Deney grubundaki gebelerin gebelik haftası kontrol grubundakilerden ileri olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$)

Tablo 2. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre VAS puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup	Primipar n=64			Multipar n=64			Primipar+Multipar Toplam=128		
		n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.
Dilatasyon 3cm iken doğum dansı uygulanmadan	Deney	32	4.78	1.60	32	3.78	1.60	64	4.28	1.67
	Kontrol	32	4.25	1.92	32	3.69	1.62	64	3.97	1.78
	Anlamlılık		t=1.203 p=0.234			t=0.233 p=0.816			t=1.025 p=0.307	
Dilatasyon 3cm iken uygulanan doğum dansı sonrası	Deney	32	3.16	1.51	32	2.59	1.36	64	2.88	1.45
	Kontrol	32	4.66	1.96	32	3.97	1.58	64	4.31	1.80
	Anlamlılık		t=-3.433 p= 0.001			t=-3.732 p= 0.000			t=-4.974 p= 0.000	
Dilatasyon 5-6cm iken	Deney	32	8.16	1.53	32	6.69	1.67	64	7.42	1.75
	Kontrol	32	7.78	1.60	32	6.84	1.17	64	7.31	1.47
	Anlamlılık		t=0.959 p=0.341			t=-0.433 p=0.666			t=0.383 p=0.703	
Dilatasyon 5-6cm iken uygulanan doğum dansı sonrası	Deney	32	6.00	1.81	32	4.47	1.72	64	5.23	1.92
	Kontrol	32	8.44	1.46	32	7.41	1.43	64	7.92	1.53
	Anlamlılık		t=-5.925 p= 0.000			t=-7.415 p= 0.000			t=-8.776 p= 0.000	
Dilatasyon 7-8cm iken	Deney	32	9.56	0.72	32	9.03	1.12	64	9.2969	0.97
	Kontrol	32	9.72	0.63	32	9.41	0.76	64	9.5625	0.71
	Anlamlılık		t=-0.924 p=0.359			t=-1.569 p=0.123			t=-1.767 p=0.080	
Dilatasyon 7-8cm iken uygulanan doğum dansı sonrası	Deney	32	7.72	1.55	32	6.66	1.47	64	7.1875	1.59
	Kontrol	32	9.82	0.74	32	9.75	0.62	64	9.7813	0.68
	Anlamlılık		t=-6.900 p= 0.000			t=-10.948 p= 0.000			t=-11.990 p= 0.000	

Deney ve kontrol grubundaki primipar gebeler için;

Tablo 2’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre VAS puan ortalamasının karşılaştırılması gösterilmektedir.

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 4.78 ± 1.60 ve kontrol grubunda 4.25 ± 1.92 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.203$; $p>0.05$). Dilatasyon 3 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 3.16 ± 1.51 ve kontrol grubunda VAS 4.66 ± 1.96 olduğu ve gruplar arasındaki farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=3.433$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Servikal dilatasyon 5-6 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 8.16 ± 1.53 ve kontrol grubunda 7.78 ± 1.60 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.959$; $p>0.05$). Dilatasyon 5-6 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 6.00 ± 1.81 ve kontrol grubunda 8.44 ± 1.46 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=5.925$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek bulunmuştur.

Servikal dilatasyon 7-8 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 9.56 ± 0.72 ve kontrol grubunda 9.72 ± 0.63 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.924$; $p>0.05$). Dilatasyon 7-8 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 7.72 ± 1.55 ve kontrol grubunda 9.82 ± 0.74 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=6.900$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek belirlenmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki multipar gebeler için;

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 3.78 ± 1.60 ve kontrol grubunda 3.69 ± 1.62 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.233$; $p>0.05$). Dilatasyon 3 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 2.59 ± 1.36 ve kontrol grubunda 3.97 ± 1.58 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-3.732$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Servikal dilatasyon 5-6 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 6.69 ± 1.67 ve kontrol grubunda 6.84 ± 1.17 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t= -0.433$; $p>0.05$). Dilatasyon 5-6 cm iken ortalama 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 4.47 ± 1.72 ve kontrol grubunda 7.41 ± 1.43 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-7.415$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Servikal dilatasyon 7-8 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 9.03 ± 1.12 ve kontrol grubunda 9.41 ± 0.76 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.569$; $p>0.05$). Dilatasyon 7-8 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 6.66 ± 1.47 ve kontrol grubunda 9.75 ± 0.62 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-10.948$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebeler (primipar ve multiparların toplamı) birlikte incelendiğinde;

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 4.28 ± 1.67 ve kontrol grubunda 3.97 ± 1.78 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=1.025$; $p>0.05$). Dilatasyon 3 cm iken 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 2.88 ± 1.45 ve kontrol grubunda 4.31 ± 1.80 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-4.974$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Servikal dilatasyon 5-6 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 7.42 ± 1.75 ve kontrol grubunda 7.31 ± 1.47 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.383$; $p>0.05$). Dilatasyon 5-6 cm iken ortalama 15 dakika süren doğum dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 5.23 ± 1.92 ve kontrol grubunda 7.92 ± 1.53 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-8.776$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Servikal dilatasyon 7-8 cm iken doğum dansı uygulamadan önce VAS puan ortalaması deney grubunda 9.2969 ± 0.97 ve kontrol grubunda 9.5625 ± 0.71 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=-1.767$; $p>0.05$). Dilatasyon 7-8 cm iken ortalama 15 dakika süren dansı sonrası VAS puan ortalaması deney grubunda 7.1875 ± 1.59 ve kontrol grubunda 9.7813 ± 0.68 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($t=-11.990$; $p<0.05$). Kontrol grubunun VAS puan ortalaması deney grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 3. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) puan ortalamalarının karşılaştırılması

Grup		Primipar n=64			Multipar n=64			Primipar+Multipar Toplam=128		
		n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.
Dilatasyon 3 cm iken (Doğum dansı uygulamadan önce)	Deney	32	47.31	10.33	32	41.72	9.63	64	44.52	10.30
	Kontrol	32	46.19	9.87	32	43.28	8.33	64	44.73	9.18
	Anlamlılık	t=0.446, p=0.657			t=-0.694, p=0.490			t=-0.127, p=0.899		
*Dilatasyon 6-7 cm	Deney	32	53.28	12.23	32	48.38	10.55	64	50.83	11.59
	Kontrol	32	54.63	8.94	32	48.78	10.86	64	51.70	10.30
	Anlamlılık	t=-0.502, p=0.618			t=-0.152, p=0.880			t=-0.451, p=0.652		
**Doğumdan hemen sonraki ilk dört saat	Deney	32	32.03	7.71	32	28.81	6.45	64	30.42	7.24
	Kontrol	32	31.03	7.11	32	28.91	6.19	64	29.97	6.70
	Anlamlılık	t=0.539, p=0.592			t=-0.059, p=0.953			t=0.368, p=0.714		

*Dilatasyon 6-7 cm iken gebelere ortalama toplam 4-5 kez doğum dansı uygulanmıştır.

**Annenin kendini hazır hissettiği doğumdan hemen sonraki ilk dört saat içinde (ortama iki ila üçüncü saatler arası) DKÖ puan ortalaması ölçülmüştür.

Deney ve kontrol grubundaki primipar gebeler için;

Tablo 3'te deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin servikal dilatasyonuna göre DKÖ puan ortalaması karşılaştırılması gösterilmektedir.

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan önce deney grubunda DKÖ puan ortalaması 47.31 ± 10.33 ve kontrol grubunda 46.19 ± 9.87 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.446$ $p>0.05$).

Servikal dilatasyon 6-7 cm iken deney grubunda DKÖ puan ortalaması 53.28 ± 12.23 ve kontrol grubunda 54.63 ± 8.94 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.502$ $p>0.05$).

Doğumdan hemen sonraki ilk dört saat içinde (ortalama iki ila üçüncü saatler arası) deney grubunda DKÖ puan ortalaması 32.03 ± 7.71 ve kontrol grubunda 31.03 ± 7.11 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.539$; $p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki multipar gebeler için;

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan deney grubunda DKÖ puan ortalaması 41.72 ± 9.63 ve kontrol grubunda 43.28 ± 8.33 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. ($t=-0.694$ $p>0.05$).

Servikal dilatasyon 6-7 cm iken deney grubunda DKÖ puan ortalaması 48.38 ± 10.55 ve kontrol grubunda 48.78 ± 10.86 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.152$ $p>0.05$).

Doğumdan hemen sonraki ilk dört saat içinde (ortalama iki ila üçüncü saatler arası) deney grubunda DKÖ puan ortalaması 28.81 ± 6.45 ve kontrol grubunda 28.91 ± 6.19 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.059$; $p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebeler (primipar ve multiparların toplamı) birlikte incelendiğinde;

Servikal dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulamadan DKÖ puan ortalaması deney grubunda 44.52 ± 10.30 ve kontrol grubunda 44.73 ± 9.18 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.127$ $p>0.05$).

Servikal dilatasyon 6-7 cm iken DKÖ puan ortalaması deney grubunda 50.83 ± 11.59 ve kontrol grubunda 51.70 ± 10.30 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($t=-0.451$; $p>0.05$).

Doğumdan hemen sonraki ilk dört saat içinde (ortalama iki ila üçüncü saatler arası) DKÖ puan ortalaması deney grubunda 30.42 ± 7.24 ve kontrol grubunda 29.97 ± 6.70 olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($t=0.368$; $p>0.05$).

Tablo 4. Deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürelerinin karşılaştırılması

	Grup	Primipar n=64			Multipar n=64			Primipar+Multipar Toplam=128		
		n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.
Aktif Faz Süresi (dk)	Deney	32	296.47	173.11	32	220.00	141.65	64	258.23	161.57
	Kontrol	32	300.94	125.44	32	178.13	62.60	64	239.53	116.20
	Anlamlılık	U=453.500, p=0.432			U=465.500, p=0.531			U=2036.000, p=0.954		
Geçiş Faz Süresi (dk)	Deney	32	119.94	83.70	32	65.09	26.01	64	92.52	67.41
	Kontrol	32	129.75	79.18	32	78.06	36.88	64	103.91	66.58
	Anlamlılık	U=465.500, p=0.532			U=402.500, p=0.141			U=1780.000, p=0.201		
1. Evre Süresi (dk)	Deney	32	416.38	204.70	32	285.09	154.54	64	350.73	191.70
	Kontrol	32	433.28	188.46	32	259.31	95.23	64	346.30	172.12
	Anlamlılık	U=459.500, p=0.481			U=489.500, p=0.762			U=1954.500, p=0.656		
2. Evre Süresi (dk)	Deney	32	14.75	7.37	32	10.50	7.47	64	12.63	7.67
	Kontrol	32	13.59	6.11	32	11.06	8.09	64	12.33	7.22
	Anlamlılık	U=476.500, p=0.633			U=511.000, p=0.989			U=2016.500, p=0.880		
3. Evre Süresi (dk)	Deney	32	9.59	5.75	32	8.09	4.37	64	8.84	5.12
	Kontrol	32	10.59	7.94	32	6.41	3.08	64	8.50	6.33
	Anlamlılık	U=497.500, p=0.845			U=387.000, p=0.091			U=1872.500, p=0.401		
Doğumun Toplam Süresi	Deney	32	440.75	204.78	32	303.69	155.19	64	372.22	193.02
	Kontrol	32	454.88	183.79	32	273.66	86.54	64	364.27	169.25
	Anlamlılık	U=466.500, p=0.541			U=511.500, p=0.995			U=1990.500, p=0.784		

Deney ve kontrol grubundaki primipar gebeler için;

Tablo 4’de deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğum sürelerinin (dakika = dk.) karşılaştırılması gösterilmektedir

Deney grubunda aktif fazın süresi 296.47 ± 173.11 dk., geçiş fazın süresi 119.94 ± 83.70 dk., birinci evrenin süresi 416.38 ± 204.70 , ikinci evrenin süresi 14.75 ± 7.37 , üçüncü evrenin süresi 9.59 ± 5.75 dk. ve doğumun toplam süresi 440.75 ± 204.78 dk., kontrol grubunda aktif fazın süresi 300.94 ± 125.44 dk., geçiş fazın süresi 129.75 ± 79.18 , birinci evrenin süresi 433.28 ± 188.46 dk., ikinci evrenin süresi 13.59 ± 6.11 , üçüncü evrenin süresi 10.59 ± 7.94 dk. ve doğumun toplam süresi 454.88 ± 183.79 dakika olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki multipar gebeler için;

Deney grubunda aktif fazın süresi 220.00 ± 141.65 dk., geçiş fazın süresi 65.09 ± 26.01 dk., birinci evrenin süresi 285.09 ± 154.54 dk., ikinci evrenin süresi 10.50 ± 7.47 dk., üçüncü evrenin süresi 8.09 ± 4.37 dk. ve doğumun toplam süresi 303.69 ± 155.19 dakika, kontrol grubunda aktif fazın süresi 178.13 ± 62.60 dk., geçiş fazın süresi 78.06 ± 36.88 dk., birinci evrenin süresi 259.31 ± 95.23 dk., ikinci evrenin süresi 11.06 ± 8.09 dk., üçüncü evrenin süresi 6.41 ± 3.08 dk. ve doğumun toplam süresi 273.66 ± 86.54 dakika olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebeler (primipar ve multiparların toplamı) birlikte incelendiğinde;

Deney grubunda aktif fazın süresi 258.23 ± 161.57 dk., geçiş fazın süresi 92.52 ± 67.41 dk., birinci evrenin süresi 350.73 ± 191.70 dk., ikinci evrenin süresi 12.63 ± 7.67 dk., üçüncü evrenin süresi 8.84 ± 5.12 dk. ve doğumun toplam süresi 372.22 ± 193.02 dk., kontrol grubunda aktif fazın süresi 239.53 ± 116.20 dk., geçiş fazın süresi 103.91 ± 66.58 dk., birinci evrenin süresi 346.30 ± 172.12 dk., ikinci evrenin süresi 12.33 ± 7.22 dk., üçüncü evrenin süresi 8.50 ± 6.33 dk. ve doğumun toplam süresi 364.27 ± 169.25 dakika olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Tablo 5. Deney ve kontrol grubundaki annelerin NDAMDÖ'nün toplam ve alt boyutları puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Grup	Primipar n=64			Multipar n=64			Primipar+Multipar Toplam=128		
		n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.	n	Ort.	SS.
Sağlık Ekibini Algılayışı	Deney	32	18.88	1.77	32	18.72	1.61	64	18.80	1.68
	Kontrol	32	17.41	3.21	32	18.53	2.03	64	17.97	2.73
	Anlamlılık	U=351.500, p=0.021			U=492.000, p=0.773			U=1677.000, p=0.058		
Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	Deney	32	9.38	1.16	32	9.34	0.90	64	9.36	1.03
	Kontrol	32	8.03	2.51	32	8.88	1.26	64	8.45	2.02
	Anlamlılık	U=326.000, p=0.006			U=412.500, p=0.138			U=1477.500, p=0.003		
Rahatlatma	Deney	32	15.16	3.20	32	15.50	2.37	64	15.33	2.80
	Kontrol	32	11.53	4.28	32	13.41	4.16	64	12.47	4.29
	Anlamlılık	t=3.835, p=0.000			t=2.472, p=0.017			t=4.462, p=0.000		
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	Deney	32	35.53	4.37	32	33.50	5.38	64	34.52	4.97
	Kontrol	32	30.59	7.17	32	33.69	10.92	64	32.14	9.30
	Anlamlılık	U=281.000, p=0.002			U=461.500, p=0.496			U=1483.000, p=0.007		
Bebekle Tanışma	Deney	32	12.09	3.80	32	12.47	3.67	64	12.28	3.71
	Kontrol	32	11.00	3.97	32	12.28	3.67	64	11.64	3.85
	Anlamlılık	t=1.126, p=0.265			t=0.204, p=0.839			t=0.958, p=0.340		
Postpartum Bakım	Deney	32	25.47	3.81	32	24.25	4.91	64	24.86	4.40
	Kontrol	32	20.44	5.16	32	21.28	5.79	64	20.86	5.46
	Anlamlılık	t=4.440, p=0.000			t=2.212, p=0.031			t=4.565, p=0.000		
Hastane Odası	Deney	32	18.47	2.54	32	18.47	2.09	64	18.47	2.31
	Kontrol	32	18.25	2.21	32	18.34	2.82	64	18.30	2.52
	Anlamlılık	U=457.500, p=0.426			U=481.500, p=0.653			U=1997.000, p=0.791		
Hastane Olanakları	Deney	32	12.63	2.86	32	12.59	2.11	64	12.61	2.49
	Kontrol	32	11.66	1.64	32	13.25	1.85	64	12.45	1.91
	Anlamlılık	U=310.000, p=0.006			U=415.000, p=0.183			U=1800.000, p=0.230		
Mahremiyete Saygı	Deney	32	19.31	1.23	32	18.28	2.69	64	18.80	2.14
	Kontrol	32	18.50	2.69	32	19.50	1.14	64	19.00	2.11
	Anlamlılık	U=417.000, p=0.150			U=347.500, p=0.013			U=1910.500, p=0.460		
Beklentilerin Karşılanması	Deney	32	17.53	4.74	32	18.63	3.24	64	18.08	4.06
	Kontrol	32	16.16	4.85	32	19.31	4.44	64	17.73	4.88
	Anlamlılık	t=1.147, p=0.256			t=-0.708, p=0.482			t=0.433, p=0.666		
Toplam NDAMDÖ Ölçeği	Deney	32	184.44	16.65	32	181.75	16.92	64	183.09	16.71
	Kontrol	32	163.56	19.46	32	178.47	20.09	64	171.02	21.01
	Anlamlılık	t=4.612, p=0.000			t=0.707, p=0.482			t=3.600, p=0.000		

Tablo 5'te deney ve kontrol grubundaki annelerin doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeği toplam ve alt boyutları puan ortalamalarına ilişkin bulgular gösterilmektedir.

Deney ve kontrol grubundaki primipar gebeler için;

Sağlık ekibini algılayışı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.88 ± 1.77 , kontrol grubunda 17.41 ± 3.21 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 9.38 ± 1.16 , kontrol grubunda 8.03 ± 2.51 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Rahatlatma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 15.16 ± 3.20 , kontrol grubunda 11.53 ± 4.28 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyut puan ortalaması deney grubunda 35.53 ± 4.37 , kontrol grubunda 30.59 ± 7.17 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Bebekle Tanışma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.09 ± 3.80 , kontrol grubunda 11.00 ± 3.97 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Pospartum Bakım alt boyut puan ortalaması deney grubunda 25.47 ± 3.81 , kontrol grubunda 20.44 ± 5.16 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Hastane Odası alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.47 ± 2.54 , kontrol grubunda 18.25 ± 2.21 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastane olanakları alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.63 ± 2.86 , kontrol grubunda 11.66 ± 1.64 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Mahremiyete Saygı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 19.31 ± 1.23 , kontrol grubunda 18.50 ± 2.69 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Beklentilerin Karşılanması alt boyut ortalaması deney grubunda 17.53 ± 4.74 , kontrol grubunda 16.16 ± 4.85 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Normal doğumda anne memnuniyeti toplam puan ortalaması, deney grubunda 184.44 ± 16.65 , kontrol grubunda 163.56 ± 19.46 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Deney ve kontrol grubundaki multipar gebeler için;

Sağlık ekibini algılayışı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.72 ± 1.61 , kontrol grubunda 18.53 ± 2.03 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 9.34 ± 0.90 , kontrol grubunda 8.88 ± 1.26 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Rahatlatma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 15.50 ± 2.37 , kontrol grubunda 13.41 ± 4.16 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyut puan ortalaması deney grubunda 33.50 ± 5.38 , kontrol grubunda 33.69 ± 10.92 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Bebekle tanışma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.47 ± 3.67 , kontrol grubunda 12.28 ± 3.67 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Pospartum bakım alt boyut puan ortalaması deney grubunda 24.25 ± 4.91 , kontrol grubunda 21.28 ± 5.79 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Hastane Odası alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.47 ± 2.09 , kontrol grubunda 18.34 ± 2.82 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastane Olanakları alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.59 ± 2.11 , kontrol grubunda 13.25 ± 1.85 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Mahremiyete Saygı alt boyut puan ortalaması kontrol grubunda 19.50 ± 1.14 , deney grubunda 18.28 ± 2.69 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Beklentilerin Karşılanması alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.63 ± 3.24 , kontrol grubunda 19.31 ± 4.44 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Normal doğumda anne memnuniyeti toplam puan ortalaması deney grubunda 181.75 ± 16.92 , kontrol grubunda 178.47 ± 20.09 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebeler (primipar ve multiparların toplamı) birlikte incelendiğinde;

Sağlık ekibini algılayışı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.80 ± 1.68 , kontrol grubunda 17.97 ± 2.73 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Doğum eyleminde hemşirelik bakımı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 9.36 ± 1.03 , kontrol grubunda 8.45 ± 2.02 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Rahatlatma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 15.33 ± 2.80 , kontrol grubunda 12.47 ± 4.29 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Kararlara katılım ve bilgilendirme alt boyut puan ortalaması deney grubunda 34.52 ± 4.97 , kontrol grubunda 32.14 ± 9.30 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Bebekle tanışma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.28 ± 3.71 , kontrol grubunda 11.64 ± 3.85 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Pospartum bakım alt boyut puan ortalaması deney grubunda 24.86 ± 4.40 , kontrol grubunda 20.86 ± 5.46 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Hastane odası alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.47 ± 2.31 , kontrol grubunda 18.30 ± 2.52 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Hastane olanakları alt boyut puan ortalaması deney grubunda 12.61 ± 2.49 , kontrol grubunda 12.45 ± 1.91 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Mahremiyete saygı alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.80 ± 2.14 , kontrol grubunda 19.00 ± 2.11 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Beklentilerin karşılanma alt boyut puan ortalaması deney grubunda 18.08 ± 4.06 , kontrol grubunda 17.73 ± 4.88 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$).

Normal doğumda anne memnuniyeti toplam puan ortalaması deney grubunda 183.09 ± 16.71 , kontrol grubunda 171.02 ± 21.01 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubunun puan ortalaması daha yüksektir.

Tablo 6. Deney ve kontrol grubundaki gebelere doğumunda yapılan uygulamaların karşılaştırılması

		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Önemlilik
		n	%	n	%	
Amniyotomi (Amnion sıvısının müdahale ile açılması)	Yapılmadı	40	62.5	39	60.9	$\chi^2=0.033$
	Yapıldı	24	37.5	25	39.1	$p=0.856$
Suni Sancı (Sentetik Oksitosin)	Uygulanmadı	31	48.4	37	57.8	$\chi^2=1.129$
	Uygulandı	33	51.6	27	42.2	$p=0.288$
Epizyotomi	Uygulanmadı	14	21.9	13	20.3	$\chi^2=0.002$
	Uygulandı	50	78.1	51	79.7	$p=0.964$
Fundal Bası	Uygulanmadı	27	42.2	29	45.3	$\chi^2=0.127$
	Uygulandı	37	57.8	35	54.7	$p=0.722$

Tablo 6’da deney ve kontrol grubundaki tüm gebelere (primipar ve multiparların toplamı) doğumda yapılan uygulamaların karşılaştırılması verilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebelere doğumda yapılan amniyotomi, suni sancı, epizyotomi, fundal bası uygulamaları arasında yüzdelik oranı açısından istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 7. Deney gurubundaki annelerin doğum dansına yönelik görüşlerinin incelenmesi

		Multipar		Primipar		Toplam		Önemlilik
		n	%	n	%	n	%	
Doğum olmadan önce uygulanan doğum dansı uygulamasından memnun kalma	Memnun kaldım	32	100	30	93.8	62	96.9	$\chi^2=2.065$
	Kısmen memnun kaldım	-	-	2	6.3	2	3.1	p=0.151
Doğum dansı süresi	Süre uygundu	31	96.9	30	93.7	61	95.3	p=1.000*
	Süre uygun değildi	1	3.1	2	6.3	3	4.7	
Doğum ortamını doğum dansına uygun bulma durumu	Uygundu	29	90.6	31	96.9	60	93.8	p=0.613*
	Kısmen uygundu	3	9.4	1	3.1	4	6.3	
Doğum dansı esnasında bele uygulanan masaj aletine yönelik memnuniyet durumu	Çok memnunum	30	93.8	22	68.8	52	81.3	$\chi^2=6.564$
	Orta düzeyde memnunum	2	6.3	10	31.3	12	18.8	p= 0.010
Doğum dansı doğum sürecinde size bir katkı sağladı mı?	Evet	31	96.9	31	96.9	62	96.9	p=1.000*
	Kısmen	1	3.1	1	3.1	2	3.1	
Annelerin sağlanan katkıya yönelik düşünceleri								
Ağrı şiddetimi azalttı	Hayır	6	18.8	3	9.4	9	14.1	p=0.474*
	Evet	26	81.3	29	90.6	55	85.9	
Kaygımı azalttı	Hayır	9	28.1	5	15.6	14	21.9	$\chi^2=1.463$
	Evet	23	71.9	27	84.4	50	78.1	p=0.226
Dikkatimi başka yöne çekti, ağrı ile baş etmemi artırdı	Hayır	11	34.4	11	34.4	22	34.4	$\chi^2=0.000$
	Evet	21	65.6	21	65.6	42	65.6	p=1.000
Doğum süresince eğlendim	Hayır	19	59.4	11	34.4	30	46.9	$\chi^2=4.016$
	Evet	13	40.6	21	65.6	34	53.1	p= 0.045
Doğuma aktif katılmamı sağladı	Hayır	11	34.4	6	18.8	17	26.6	$\chi^2=2.003$
	Evet	21	65.6	26	81.3	47	73.4	p=0.157
Doğumda bana duygusal destek sağladı	Hayır	12	37.5	3	9.4	15	23.4	$\chi^2=7.053$
	Evet	20	62.5	29	90.6	49	76.6	p=0.008

Tablo 7. (Devam)

Doğum yapacak gebelere doğum dansını önerme	Evet	31	96.9	31	96.9	62	96.9	p=1.000*
	Kısmen	1	3.1	1	3.1	2	3.1	
Önerme Nedeni *	Doğum sırasında rahatlamayı sağladığı için (Kontraksiyonlar sırasında fiziksel ve ruhsal rahatlatma)	21	65.7	14	48.2	36	36	x ² =10.595 p=0.305
	Doğumu kolaylaştırdığı için (servikal açıklığı hızlandırma vb.)	-	-	3	10.3	3	3	
	Yorum yok	11	34.4	11	37.9	22	22	
Doğum dansı sürecinde güçlük yaşama	Yaşamadım	27	84.4	29	90.6	56	87.5	x ² =3.893 p=0.143
	Yaşadım	-	-	1	3.1	1	1.6	
	Kısmen yaşadım	5	15.6	2	6.3	7	10.9	
Doğum dansı sürecinde yaşanan güçlükler	Dans süresince gelen doğum sancılarım	3	60	1	33.3	4	50	
	Doğum ağrılarımdan dolayı doğum dansını sürdürmede güçlük yaşama	2	40	2	66.7	4	50	

** Fisher'in kesin ki-kare testi kullanıldığı için x² değeri bulunmamaktadır.

*Anneler doğum dansını önermelerine yönelik birden fazla seçeneği işaretlemişlerdir.

Tablo 7’de deney grubundaki annelerin doğum dansına yönelik görüşleri incelenmektedir.

Primipar ve multipar annelerin doğum dansına yönelik görüşleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun doğum dansı uygulamasından memnun olduğu, süresinin ve dans ortamının uygun olduğu, dans esnasında bele uygulanan masaj eldiveninden memnuniyet duyduğu ve doğum sürecine olumlu katkı sağladığı belirlenmiştir. İki grup arasındaki yüzdelik farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bu çalışmada primipar ve multipar annelerin çoğunluğunun doğum dansının onlara sağladığı katkılara yönelik “ağrı şiddetini ve kaygıyı azaltma, dikkatini başka yöne çekme, doğum süresince eğlenmeyi ve doğuma aktif katılmayı sağlama, doğuma duygusal destek sağlama” yönünde olumlu görüşlerini ifade etmişlerdir.

Primipar ve multipar annelerin tamamına yakını doğum dansı uygulamasını başka gebelere önerdiği ve önerme nedenleri olarak çoğunlukla “doğum dansının kontraksiyonlar sırasında fiziksel ve ruhsal rahatlama sağladığı, doğumu kolaylaştırdığı” yönünde görüşleri olmuştur.

Primipar ve multipar annelerin büyük çoğunluğunun doğum dansı sürecinde herhangi bir güçlük yaşamadığı yaşıyanların ise “dans süresince gelen doğum sancılarında ve bu sancılara bağlı doğum dansını sürdürmede yaşadığı güçlük nedeni ile zorlandığı” belirlenmiştir. İki grup arasındaki yüzdelik farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Doğumun birinci evresinde gebelere uygulanan doğum dansının doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Yapılan bu çalışmada gebelerde servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 iken doğum dansı uygulamasından önce değerlendirilen hem primipar hem de multipar gebelerin ağrı puanı (VAS puanı) arasında anlamlı bir fark olmadığı, benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmanın bu bulgusu grupların homojenliği açısından önemlidir. Benzer şekilde Akın ve ark. (2020) çalışmasında da deney ve kontrol grubundaki gebelerde doğum dansı uygulaması öncesi VAS puanı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (38). Bu çalışmada deney grubundaki gebelere servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 iken doğum dansı uygulanmış ve bu gebelerin ağrı puanı, kontrol grubundaki gebelerden düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmada primipar ve multipar gebelerin ağrı puanı ayrı ayrı karşılaştırılmış, bu karşılaştırma sonucunda deney grubundaki hem primipar hem multipar gebelerin ağrı puanı, kontrol grubundaki gebelerden düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmadaki bu bulgu dans uygulamasının doğum eylemindeki gebelerde ağrı puanını düşürmede etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmanın bu bulgusu H_1 “Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerde doğum ağrısı skor puanı (VAS), kontrol grubundaki gebelerden daha düşüktür” hipotezini doğrulamaktadır. Yan ve ark. (2019) primipar gebelerle yaptığı deneysel çalışmada gebelere her saat en az 30 dakika doğum dansı uygulanmış, doğum dansı sonrası 30., 60. ve 90. dakikada değerlendirilen VAS puanı kontrol grubundaki gebelerden daha düşük bulunmuştur (34). Abdolahian ve ark. (2014)’nin randomize kontrollü çalışmasında primipar gebelere doğumun aktif fazında en az 30 dakika uygulanan doğum dansının VAS puanını azalttığı saptanmıştır (28). Akın ve ark. (2020) yapılan bu çalışmadaki gibi hem primipar hem multipar gebelerle yaptığı çalışmasında gebelere doğum dansı uygulamasından sonra VAS puanı kontrol grubuna göre düşük saptanmıştır (38). Bu çalışmanın bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir. Yapılan bu çalışmada servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 iken doğum dansı uygulamadan önce değerlendirilen ağrı puanının doğum süreci ilerlemesine rağmen hem deney hem kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmayışını şöyle yorumlayabiliriz: Deney grubunda her saat dans uygulanmasına rağmen servikal dilatasyon arttıkça ve doğum ilerledikçe algılanan ağrı şiddetinin yüksek çıkması beklenen sonuçtur.

Benzer şekilde bu durum kontrol grubundaki gebeler için de beklenen durumdur. Ancak doğum dansından sonra ağrı puanlarının düşmesi dansın algılanan ağrı şiddetini azaltmada etkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Doğum dansının dik duruş, sürekli eş/partner desteği, pelvik hareket (pelvik tilt), masaj ve müzik olmak üzere beş parametresi bulunmaktadır. Çınar çalışmasında (2021) gebeleri gruplara bölerek gebenin tercih ettiği müzik eşliğinde istediği hareketi en az bir dakika olmak şartı ile istediği kadar yaptığı ve bu uygulama sonucunda gebelerin VAS puanının azaldığı saptanmıştır (35). Doğum dansının parametrelerine yönelik yapılan çalışmalarda; müziğin (37, 163, 195), masajın (1, 31, 193, 196-200), dik pozisyonun (149, 201), sürekli eş/partner desteğinin (202, 203) doğum ağrısını (VAS) azaltmada etkili olduğu saptanmıştır. Belirtilen çalışmaların bulguları çalışmamızın bu bulgusunu destekler özelliktedir. Dans gibi bir tür yaratıcılıkla meşgul olmak; tutumu, duygusal durumu ve ağrı algısını değiştirerek rahatlamaya yol açabilir (40). Yapılan bu çalışmanın ve literatürdeki diğer çalışmaların bulguları doğumda dans, hareket, sürekli destek ve müzik uygulamalarının doğum ağrısını algılama şiddetini kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde azalttığını göstermektedir.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki primipar gebelerin VAS ve DKÖ puanının multipar gebelere daha yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 2). Çalışmanın bu bulgusu primipar gebelerin ilk doğum deneyimine bağlı doğum ağrısını daha şiddetli algılamış ve daha anksiyeteli olabileceğini akla getirmektedir. Bu bulgu doğrultusunda ilk kez doğumunu deneyimleyen kadınlara destekleyici bakım hizmeti sunmada daha duyarlı olunması gerektiğini söylemek mümkündür.

Yapılan bu çalışmada servikal dilatasyon 3 cm, 6-7 cm ve doğum sonrası 2-3. saatler arası değerlendirilen DKÖ puan ortalaması bir başka ifade ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Primipar ve multipar gebeler olarak da karşılaştırıldığında anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı, benzer olduğu saptanmıştır. Bu bulgu çalışmamızdaki H_2 “Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerin DKÖ puanı, kontrol grubundaki gebelerden daha düşüktür” hipotezini doğrulamamaktadır.

Çalışmamızın bu bulgusunu çoklu faktörleri inceleyerek yorumlamak mümkündür. Yapılan bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin yarıdan fazlasının; eğitim düzeyinin lise ve üzerinde olması, sosyal güvencelerinin varlığı, gelir algılarının “gelir -

gidere denk” düzeyinde olmasının gebelerde sağlık bilincini ve sağlık arama davranışını (doğum öncesi bakım alma, sağlık hizmeti kaynaklarına erişim vb.) artırmış olabileceğini akla getirmektedir. Doğuma yönelik bilgisi ve öz yeterliliği artan gebelerin kaygı ve korku durumları az olabilmektedir (204, 205). İlâveten çalışmamızda iki gruptaki gebeler tek kişilik odada kalmış ve bu odalarda birinci derece yakınları ya da istedikleri refakatçiler ile birlikte olabilmışlerdir. Gebelerin yanında bir sosyal desteğin olması ve tek kişilik odada kalmaya bağlı kaygılarının iki grupta da benzer olabileceği akla gelmektedir. Kul Uçtu ve Akan (2021) doğumda kadınların sosyal destek algıları ve kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada doğumda ebe desteğinin yanı sıra, aile bireylerinden veya kadının seçtiği herhangi birinin doğum destekçisi olarak bulundurulması kaygının azaltılmasında etkili olacağını belirtmiştir (206). Ayrıca bu çalışmanın yapıldığı hastanede doğum salonunda çalışan ebelerin doğum yönetimine yönelik mesleki tecrübelerinin fazla olması, gebeleri bilgilendirmeye özen göstermeleri (araştırmacının gözlemi bu yöndedir) gebelerde kaygıyı azaltmada etkili olmuş olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki gebelerin çoğunluğu kendini “kısmen kaygılı” ve “genellikle kaygılı bir yapım yoktur” şeklinde ifade etmiştir. Bu bulgu doğrultusunda çalışmadaki gebelerin kendilerini daha az kaygılı ya da kaygısız olarak değerlendirmelerinin; VAS puanı yüksek olsa bile, bu durumun onlarda ileri düzeyde anksiyete oluşturmadıklarını, oluşan anksiyete ile de baş edebildiklerini akla getirmektedir.

Yapılan bu çalışmadan farklı olarak literatürde doğumda anksiyeteyi azaltmada; doğum dansı ve müziğin (37), doğum dansının parametrelerinden olan masajın (196, 198), müziğin (23, 163, 195) etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Çalışma bulguları arasındaki farklılığın; çalışmanın örneklem grubunun sosyo-kültürel ve doğumu anlamlandırma özelliği, doğum ortamı, doğuma yardım eden sağlık profesyonelinin tutum ve davranışı, kaygıyı ölçen ölçüm aracı gibi nedenlerden kaynaklanabileceği akla gelmektedir.

Yapılan bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerin (primipar ve multipar gebelerin toplamı) doğum süreleri karşılaştırıldığında değerlendirilen hem primipar hem de multipar gebelerin doğumun birinci evresinin aktif ve geçiş fazı, birinci evrenin tümü (aktif ve geçiş faz toplamı), ikinci ve üçüncü evresi ve doğumun toplam süresinin (birinci, ikinci ve üçüncü evrenin toplamı) deney ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark olmadığı, benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Bu bulgu

çalışmamızdaki H₃ “Deney grubundaki doğum dansı uygulanan gebelerde doğumun birinci evresinin süresi, kontrol grubundaki gebelerden daha kısadır” hipotezini doğrulamamaktadır. Bu araştırma sürecinde araştırmacı deney ve kontrol grubundaki gebelerin doğumda yürüme, dik duruş pozisyonlarını sık kullandıkları gözlemlemiştir. Buna bağlı doğum süresi açısından deney ve kontrol grubunda fark olmadığı akla gelmektedir. Gebelerde dik duruşun kendiliğinden benimsenmesinin potansiyel etkisi kontrol gruplarının çoğunda doğum süresinin kısalmasına etki sağlayabilmektedir. Gebe ve fetüs sağlıklı olduğunda kadınların içgüdülerini dinlemeleri ve buna göre hareket etmeleri konusunda desteklenmelidir (207). Doğum dansı uygulamasının doğum süresi üzerine etkisine dair çalışmaların bulguları çelişkilidir. Abdolahian ve ark. (2014)’ın çalışmasında doğumun aktif fazında uygulanan doğum dansının doğumun aktif faz süresini kısaltmadığı saptanmıştır (28). Çınar (2021)’ın deneysel çalışmasında da doğum dansı uygulamasının doğum süresini azaltmada deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel bir fark olmamakla birlikte, deney grubunda doğum süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir (35). Yapılan bu çalışmanın bulguları belirtilen bu çalışmaların bulguları ile uyumludur. Öte yandan Yanti ve ark. (2020) yaptığı çalışmada gebeliğin 34. haftasından itibaren pelvik tilt (sallanma) hareketlerine başlanan ve haftada iki kez 30’ar dakikalık pelvik tilt egzersizinin doğumun birinci evresinin aktif faz süresinde 187.22 dakikalık bir kısalma sağladığını, ikinci evre süresinde ise anlamlı bir azalma sağlamadığı saptanmıştır (36). Çalışma bulguları arasındaki farklılık, doğumda annenin fiziksel aktivitesini oluşturan eylemin türü, düzeyi ve süresinin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Doğumda dans uygulaması dikey pozisyonda gerçekleşmektedir. Bu yönüyle ele aldığımızda literatürde bazı çalışmalar dikey pozisyonun doğumun birinci (146) ve ikinci evresini (147) kısaltmada etkili olduğunu belirtmektedir.

Bu çalışmada deney grubundaki tüm gebelerin (primipar ve multiparların toplamı) normal doğumda anne memnuniyeti (NDAMDÖ) toplam puan ortalaması ve NDAMDÖ’nün alt boyutları olan “Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım, Pospartum Bakım”, kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgu çalışmamızdaki H₄ “Deney grubunda doğum dansı uygulanan gebelerin doğum sonrası doğumda anne memnuniyeti puanı, kontrol grubundaki gebelerden daha yüksektir” hipotezini doğrulamaktadır. Bu çalışmada deney grubundaki primipar annelerin NDAMDÖ toplam puanı kontrol grubuna göre yüksek bulunmuş iken ($p<0.05$), multipar annelerde ise anlamlı bir fark olmadığı, benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu çalışmada kontrol grubundaki primiparların VAS, DKÖ puanının deney grubundaki primiparlara göre, deney grubundaki primiparların NDAMDÖ toplam puanının, kontrol grubundaki primiparlara göre yüksek bulunması primipar annelerde doğum sürecinde “destekleyici bakımın önemini” ortaya koymaktadır. Primipar anneler doğumda tanımlayamadığı birçok yeni duyguyla beraber ağrı, korku, anksiyete ve bilinmezliklerle dolu bir süreci ilk kez deneyimlemektedir. Bu çalışmada primipar deney grubu ile doğum dansı yapmak fiziksel ve psikolojik açıdan doğumun başından sonuna kadar sürekli bakım desteği sağlanmış olması anlamına gelmektedir. Aktaş ve Pasinlioğlu’nun (2021) deneysel çalışmasında doğumda ebelik bakımından, ebenin empatik tutum ve davranışından memnun olan primipar annelerin doğumda anne memnuniyetinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (208). Bu çalışmada deney grubundaki primiparlara doğum dansı uygulaması esnasında “hareket, dik duruş, dokunma, masaj, müzik” uygulamasının bu annelerde NDAMDÖ’nün “doğum eyleminde hemşirelik bakımı, rahatlatma, kararlara katma ve bilgilendirme, postpartum bakım, sağlık ekibini algılayış, hastane olanakları” alt boyut puanının yükselmesine katkı sağlamış olabileceği akla gelmektedir. Ayrıca primipar anneler ilk doğum deneyimine bağlı doğum dansını hastanenin sağladığı bir hizmet olarak değerlendirdikleri için “hastane olanakları” alt boyut puanının kontrol grubundaki primiparlardan yüksek olmasının bir nedeni olabileceği akla gelmektedir.

Çalışmamızda deney grubunda bulunan primipar ve toplam gebelerin (primipar ve multiparların toplamı) normal doğumda anne memnuniyetinin yüksek, deney ve kontrol grubu multipar gebelerde ise yüksek bulunmaması şöyle yorumlanabilir. Multipar gebelerin en az bir doğum deneyiminin olması kendilerinde özgüven, öz yeterlilik ve kontrol duygusunu geliştirmiş olabileceği akla gelmektedir.

Bu çalışmada doğumda anne memnuniyetini değerlendirir iken, deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerin doğum ortamına yönelik oda tipi, oda sıcaklığı, ışık, ses, ekipman gibi çevre koşullarının benzer olduğunu belirtmekte yarar vardır. Abdolashian ve ark. (2014) randomize kontrollü çalışmasında primipar gebelere doğumun aktif fazında uygulanan doğum dansının doğumda memnuniyeti artırdığı saptanmıştır (28). Akın (2020) çalışmasında doğum dansının uygulandığı partner eş ya da ebe olmak üzere iki deney grubu, bir de kontrol grubunun oluşturulduğu 3 gruplu çalışmada doğumda anne memnuniyeti en yüksek partneri eş olanlarda bulunmuştur (38). Bu çalışmada doğum dansı

eşler ile yapılmış olsa idi, belki annelerin doğum memnuniyetleri daha farklı çıkabilirdi. Doğum dansına yönelik şimdiye değin literatür taramalarında dansın primipar ve multipar annelerin doğum memnuniyeti üzerinde karşılaştırmalı etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu yönüyle bu çalışmanın literatürdeki boşluğu dolduracağına inanılmaktadır. Öte yandan doğum memnuniyetinin doğuma yardım eden sağlık personelinin, doğum yapılan ünite ve sağlık kurumundan memnun olma ile doğru yönde ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu çalışmada doğum dansı esnasında gebelere 9 bilyeli masaj eldiveni ile masaj uygulanmıştır. Doğum dansının parametrelerinden biri masajdır. Çalışmamızda uygulanan bu masajın doğum memnuniyetini artırmada etkisi olabileceği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda mekanik ve sıcak mekanik masajın (193), İsveç masajının (198)'ın doğumda anne memnuniyetini artırdığı ortaya koyulmuştur.

Çalışmada kontrol grubundaki multipar gebelerde NDAMDÖ'nün mahremiyete saygı alt boyut puanı, deney grubundaki multipar annelerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Bu durum bu annelerle araştırmacının sadece ölçek formları doldurmak amaçlı bir arada bulunması, bu annelerle sadece ebelerin ilgilenmesi (araştırmacı deney grubuyla daha fazla zaman geçirmiştir), onların geçmiş doğum deneyimlerinin doğumu ve süreci anlamlandırmalarının (vajinal muayene vb.) etkili olmuş olabileceği akla gelmektedir.

Doğum dansına yönelik anne memnuniyetini değerlendirirken; annelerin bu uygulamadan memnuniyet duyma durumlarını da göz önünde bulundurmak gerekmektedir (40). Horter et al., (2020) çalışmasında doğum dansını kabul eden gebeler dans etmenin faydalı, eğlenceli ve dikkat dağıtıcı olduğunu belirtmiştir (178). Bu çalışmada da deney grubundaki annelerin büyük çoğunluğu doğum dansından memnuniyet duyduğunu, rahatlattığını, doğum ağrısı ile baş etmede fiziksel ve duygusal olarak sürekli destek sağladığını, onlarda eğlence duygusu uyandırdığını ifade etmişlerdir (Tablo 7). Literatürde kadınların doğum sürecine yönelik daha fazla bilgilendirme ve kararlara katılma, rahatlatılma, yol gösterilme beklentilerinin olduğunu, kararlara katılan ve rahatlatılan kadınların doğum memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (209).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Doğumun birinci evresinde primipar ve multipar gebelere uygulanan doğum dansının; algılanan doğum ağrısı, anksiyete, doğum süresi ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılan randomize kontrollü deneysel araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerde (primipar ve multipar gebelerin toplamı) servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm iken doğum dansı uygulamadan önce değerlendirilen ağrı puanının (VAS puanı) benzer olduğu ($p>0.05$), doğum dansı uygulaması sonrası ise deney grubundaki gebelerin ağrı puanının kontrol grubundaki gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Primipar ve multipar olma durumuna göre gebelerde servikal dilatasyon 3 cm, 5-6 cm ve 7-8 cm iken doğum dansı uygulamadan önce değerlendirilen ağrı puanı, deney ve kontrol gruplarında benzer olduğu ($p>0.05$), doğum dansı uygulaması sonrası ağrı puanının kontrol grubundaki primipar ve multipar gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki; tüm gebelerin (primipar ve multipar gebelerin toplamı), primipar ve multiparların servikal dilatasyon 3 cm, 6-7 cm ve doğum sonrası 2 ila 3. saatler arası değerlendirilen anksiyete puanı deney ve kontrol gruplarında benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerin (primipar ve multipar gebelerin toplamı), primipar ve multiparların; doğum süreleri karşılaştırıldığında; kadınların doğumun birinci evresinin aktif fazı, geçiş fazı, birinci evrenin tümü (aktif ve geçiş faz toplamı), ikinci evresi, üçüncü evresi ve doğumun toplam süresi (birinci, ikinci ve üçüncü evrenin toplamı) deney ve kontrol grupları arasında benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney grubundaki tüm gebelerin (primipar ve multipar gebelerin toplamı) “NDAMDÖ toplam puanı” ve NDAMDÖ’nün “Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım, Pospartum Bakım” alt boyut puanı kontrol grubundaki gebelerden yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Tüm gebelerin (primipar ve multipar gebelerin toplamı) NDAMDÖ’nün “Sağlık ekibini algılayışı, Bebekle tanışma, Hastane odası,

Hastane olanakları, Mahremiyete saygı, Beklentilerin Karşılanması” alt boyut puanı, deney ve kontrol grupları arasında benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$).

Annelerin NDAMDÖ toplam puanı deney ve kontrol grubunda primipar ve multipar olma durumuna göre de karşılaştırıldığında;

Deney grubundaki primipar annelerin “NDAMDÖ toplam puan ortalaması” ve NDAMDÖ’nün “Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Rahatlatma, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Postpartum Bakım, Hastane Olanakları” alt boyut puanı kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). NDAMDÖ’nün “Beklentilerin Karşılanması ve Mahremiyete Saygı” alt boyut puanı ise, deney ve kontrol grubundaki primipar annelerde benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$).

Deney grubundaki multipar annelerin NDAMDÖ’nün “Rahatlatma, Postpartum Bakım” alt boyut puanı kontrol grubundaki multipar annelerden yüksek, “Mahremiyete Saygı” alt boyut puanı ise kontrol grubundaki multipar annelerden düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubundaki multipar annelerde; “NDAMDÖ toplam puan ortalaması” ve NDAMDÖ’nün “Sağlık Ekibini Algılayışı, Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı, Kararlara Katılım ve Bilgilendirme, Bebekle Tanışma, Hastane Odası, Hastane Olanakları, Beklentilerin Karşılanması” alt boyutları puanı, iki grup arasında benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Deney grubundaki primipar ve multipar anneler doğum dansı uygulamasının fiziksel ve ruhsal rahatlatma sağladığını, ağrı tolerasyonunu artırdığını, kaygıyı azalttığını, dikkati başka yöne çektiğini, doğuma aktif katılım ve eğlence sağladığını ifade etmişlerdir.

6.2. Öneriler

Bu çalışmanın bulguları doğrultusunda;

- Doğum ünitelerinde, doğuma hazırlık sınıflarında ve gebe okullarında çalışan ebe, hemşire ve hekimlere doğum dansı uygulamasına yönelik bilgilendirme yapılması, hizmet içi eğitim ve kurs vb. düzenlenmesi,
- Doğuma hazırlık sınıflarında ve gebe okullarında gebe ve eşlerine doğum dansı uygulaması konusunda bilgi verilmesi ve bu uygulamanın gösterilmesi,

- Doğum ünitelerinde gebenin dans uygulaması yapabileceği ideal doğum ortamı oluşturulması (tek kişilik oda, dışa ses veren ses sistemlerinin olması, refakatçi olarak eş ve yakınlarının olmasına izin verme vb.)
- Doğum dansı uygulamasının doğumda hemşirelik bakımı, anneyi rahatlatma, bilgilendirme ve kararlara katma yönüyle annelerde doğum memnuniyetini artırdığı göz önünde bulundurulduğunda, dans uygulamasının intrapartum ve postpartum bakım kalitesini artırmada etkililiği bilimsel toplantılarda, hizmet içi eğitimlerde vb. vurgulanmalı ve bu uygulamanın kullanımının yaygınlaşması,
- Doğum dansı uygulamasının primipar annelerde VAS puanı düşürmede, doğumda anne memnuniyeti artırmada etkisi göz önünde bulundurularak, doğum ağrısına bağlı doğum korkusu yaşayan ve sezaryene tercihine yönelebilecek bu gebelere doğum dansı uygulamasının daha özenle vurgulanması,
- Doğum için başvuran ve doğum dansı için koşulları uyan gebelere (vajinal kanama riski olmayan, erken membran rüptürü olmayan gebe gibi) doğum dansı uygulamasının alternatif olarak sunulması,
- Doğum dansı uygulamasına gebe istiyorsa müzik, masaj entegre edilerek dansın etkili olmasının artırılması,
- Doğum dansına eşlik edecek partner eş veya gebenin bir yakını ise, seçilecek müzikte partnerin kararlara katılarak dans uyumunun sağlanması,
- DSÖ'nün doğumda hareket özgürlüğü verilmelidir felsefesinden yola çıkarak doğum dansının normal doğumu kolaylaştıran, doğumda ağrı ile baş etmeyi artıran ve anne memnuniyeti sağlayan bir uygulama olduğu konusunda sözlü ve yazılı basın aracılığı ile toplumda farkındalık yaratılması,
- Ebelik ve hemşirelik eğitim müfredatında doğum ağrısında kullanılabilecek ve doğumda anne memnuniyetini sağlayacak yöntem olarak doğum dansı uygulamasının eklenmesi,
- Çalışmanın bulgularının bilimsel toplantılarda, hizmet içi eğitimlerde, kurslarda vb paylaşılarak bu uygulamanın yaygınlaşması,
- Doğum dansı uygulamasına yönelik annelerin duygu, düşünce ve tutumlarını inceleyen nitel çalışmaların yapılması,
- Bu çalışmanın nicel ve nitel araştırma deseninde karma desende yapılması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Suad Abdul-Sattar Khudhur A, Hamdia Mirkhan A (2018). Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. *Pain Management Nursing* 19(3): 288-294.
2. Makvandi S, Mirzaiinajmabadi K, Tehranian N, Esmily H, Mirteimoori M (2018). The effect of normal physiologic childbirth on labor pain relief: an interventional study in mother-friendly hospitals. *Maedica* 13(4): 286.
3. Borges C, José C, Sancho P, Barros M, Sim-Sim M (2017). Labor pain: perception of the parturient and midwife evaluation. *American Journal of Nursing Science* 6(2): 80-86.
4. Taşkın L (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara; Sayfa: 281-312.
5. Mete S, Çiçek Ö, Uludağ E (2016). Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 9(3): 101-104.
6. Baljon KJ, Romli MH, Ismail AH, Khuan L, Chew BH (2020). Effectiveness of breathing exercises, foot reflexology and back massage (BRM) on labour pain, anxiety, duration, satisfaction, stress hormones and newborn outcomes among primigravidae during the first stage of labour in Saudi Arabia: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 10(6): e033844.
7. Goutaudier N, Bertoli C, Séjourné N, Chabrol H (2019). Childbirth as a forthcoming traumatic event: pretraumatic stress disorder during pregnancy and its psychological correlates. *Journal of Reproductive Infant Psychology Infant Psychology* 37(1): 44-55.
8. Nahaee J, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Abbas-Alizadeh F, Martin CR, Martin CJH, Mirghafourvand M, Hassankhani H (2020). Pre-and during-labour predictors of low birth satisfaction among Iranian women: a prospective analytical study. *BMC Pregnancy* 20(1): 1-11.
9. Cheng, F. K. (2020). Using acupuncture in labor pain and childbirth-related issues: a narrative review. *International Journal of Childbirth* 9(3): 120-144.

10. Demirbaş M, Karabel MP, İnci MB (2018). Türkiye’de ve Dünya’da değişen sezaryen sıklığı ve olası nedenleri. *Sakarya Tıp Dergisi* 7(4): 158-163.
11. Yüksel D, Yüce T, Kalafat E, Aker SŞ, Koç A (2016). The views of nulliparous pregnant women on the types of delivery. *Turkish Journal of Obstetrics Gynecology* 13(3): 127.
12. Aktaş S, Yılar Erkek Z (2018). Annelerin vajinal doğumu tercih etme nedenlerinin incelenmesi: bir nitel araştırma örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 7(1): 111-124.
13. Bora Başara B, Soytutan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, Birge Kayış B, Yentür GK, Pekeriçli A, Kara S (2021). Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması. Bora Başara B, Soytutan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B (Eds). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 81-92.
14. Kırılmaz H, Ulusinan E (2021). Tıp etiği çerçevesinde sezaryen. *Türkiye Biyoetik Dergisi* 8(2): 114-125.
15. World Health Organization (WHO) (2015). WHO statement on caesarean section rates. Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland. 1-8.
16. Karabulutlu Ö (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Science* 1(1): 43-50.
17. Şahin M, Erbil N (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2(2): 120-130.
18. Höbek Akarsu R (2018). Doğum Eyleminde Ağrı Yönetimi (Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemler). Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.), Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa:103-117.
19. Wadhwa Y, Alghadir AH, Iqbal ZA (2020). Effect of antenatal exercises, including yoga, on the course of labor, delivery and pregnancy: a retrospective study. *International Journal of Environmental Research Public Health* 17(15): 5274.

20. Akköz Çevik S, Incedal İ (2021). The effect of reflexology on labor pain, anxiety, labor duration, and birth satisfaction in primiparous pregnant women: a randomized controlled trial. *Health Care for Women International* 42(4-6): 710-725.
21. Yılar Erkek Z, Aktas S (2018). The effect of foot reflexology on the anxiety levels of women in labor. *The Journal of Alternative Complementary Medicine* 24(4): 352-360.
22. Van der Gucht N, Lewis K (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: a critical review of qualitative research. *Midwifery* 31(3): 349-358.
23. McCaffrey T, Cheung PS, Barry M, Punch P, Dore L (2020). The role and outcomes of music listening for women in childbirth: an integrative review. *Midwifery* 83:102627.
24. Khavandizadeh Aghdam S, Adib A, Kazemzede R, Infertility (2014). The effects of massage during labor on pain and length of delivery in nulliparous women. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 16(83): 15-20.
25. Gallo RBS, Santana LS, Ferreira CHJ, Marcolin AC, PoliNeto OB, Duarte G, Quintana SM (2013). Massage reduced severity of pain during labour: a randomised trial. *Journal of Physiotherapy* 59(2): 109-116.
26. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 23(3): 235-247.
27. Levett KM, Smith C, Bensoussan A, Dahlen H (2016). Complementary therapies for labour and birth study: a randomised controlled trial of antenatal integrative medicine for pain management in labour. *BMJ Open* 6(7): e010691.
28. Abdollahian S, Ghavi F, Abdollahifard S, Sheikhan F (2014). Effect of dance labor on the management of active phase labor pain & clients' satisfaction: a randomized controlled trial study. *Global Journal of Health Science* 6(3): 219.
29. Aydemir Arak N (2020). Doğumda sağlık personelinden algılanan desteğin doğum memnuniyetine etkisi. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ebelik Yüksek Lisans Programı, Aydın

30. Callister LC, Khalaf I, Semenik S, Kartchner R, Vehvilainen-Julkunen K (2003). The pain of childbirth: perceptions of culturally diverse women. *Pain Management Nursing* 4(4): 145-154.
31. Sade G (2020). Doğumda uygulanan kontrollü masajın doğum ağrısı ve süresi ile anne memnuniyetine etkisi. Doktora tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Erzurum
32. World Health Organization (WHO) (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization 150.
33. Akın B, Karaca Saydam B (2017). Algılanan doğum ağrısının azaltılmasına yönelik yeni bir yaklaşım: doğum dansı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6(3): 218-224.
34. Yan F, Zhang HZ, Yang JY, Lin YN, Zhang LL (2019). Effect of “dancing for birth” on labor pain and sense of labor self-control for primiparas. *Journal of Nursing* 26(17): 6-9.
35. Çınar Ş (2021). Primipar gebelerde doğum ağrısı yönetiminde dansın etkisinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul
36. Yanti L, Sukmaningtyas W (2020). The effectiveness of pelvic rocking exercises on the length of time of the first and the second stage of labor. 1st International Conference on Community Health (ICCH 2019), 116-124.
37. Gönenç İM, Dikmen HA (2020). Effects of dance and music on pain and fear during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing* 49(2): 144-153.
38. Akın B, Saydam BK (2020). The effect of labor dance on perceived labor pain, birth satisfaction, and neonatal outcomes. *Explore* 16(5): 310-317.
39. Simkin P, Ancheta R (2017). The Labor Progress Toolkit Part 1: Positions and Movements. Simkin P, Hanson L, Ancheta R (Eds.), *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. 4th ed. John Wiley & Sons, Inc., Sayfa: 277-326.

40. Toberna CP, Horter D, Heslin K, Forgie MM, Malloy E, Kram JJ (2020). Dancing during labor: social media trend or future practice? *Journal of Patient-Centered Research Reviews* 7(2): 213-17.
41. Türk Dil Kurumu (TDK) (2021). Ağrı [online]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>. [Accessed 29 Mart 2021].
42. International Association for the Study of Pain (IASP) (2021). Pain terms [online]. Available from: https://www.iasp-pain.org/wp-content/uploads/2021/07/Part_III-PainTerms.pdf. [Accessed 26 Eylül 2021].
43. Merriam-Webster (2021). Pain [online]. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/pain>. [Accessed 26 Eylül 2021].
44. Senturan L (2014). Ağrının Değerlendirilmesi. Sabuncu N (Ed.), *Hemsirelik Bakimında İlke ve Uygulamalar*. Alter Yayıncılık Ltd. Şti., Ankara, Sayfa: 449-463.
45. Ellison DL (2017). Physiology of pain. *Crit Care Nurs Clin North Am* 29(4): 397-406.
46. Bourne S, Machado AG, Nagel SJ (2014). Basic anatomy and physiology of pain pathways. *Neurosurgery Clinics of North America* 25(4): 629-638.
47. Kuşuoğlu S (2014). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. Eti Aslan F (Ed.), *Ağrı Doğası ve Kontrolü*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 51-56.
48. Yağcı Ü, Saygın M (2019). Ağrı fizyopatolojisi. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 26(2): 209-220.
49. Öztürk S, Tüfekci FG, Karakaya N (2019). The Perceptions and feelings of women related to labor pain: fear, panic, anxiety feelings and support need of primiparas women. *Sakarya Tıp Dergisi* 9(2): 302-309.
50. Dikmen Y, Ziyai NY (2021). Ağrı. Kara Kaşıkçı M, Akın E (Eds.), *Temel Hemşirelik Esaslar, Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 383-395.
51. Alzghoul BI, Abdullah NAC (2015). Psychosocial theories and pain management practices: a review of empirical research. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 6(6): 60-67.
52. Eti Aslan F, Yıldız T (2017). Ağrı ve Ağrı Yönetimi. Eti Aslan F, Olgun N (Eds.), *Fizyopatoloji*. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 109-136.

53. Hall JE (2017). In Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji..Çağlayan Yeğen B (Ç. Ed.), On üçüncü Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, Sayfa: 621-632.
54. Yağız On A (2017). Kronik ağrı etiopatogenezi. Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics 10(3): 234-241.
55. Grubb T (2018). Physiology and Pathophysiology of Pain. Mathews KA, Sinclair M, Steele AM, Grubb T (Eds.), Analgesia and Anesthesia for the Ill Or Injured Dog and Cat. John Wiley & Sons, Hoboken, NJ 07030, USA, Sayfa: 8-16.
56. Uyar M, Köken İ (2017). Kronik ağrı nörofizyolojisi. Neurophysiology of Chronic Pain TOTBİD Dergisi 16: 70-76.
57. Yücel E (2014). Ağrı Mekanizmaları. Eti Aslan F (Ed.), Ağrı Doğası ve Kontrolü Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 37-66.
58. Eti Aslan F, Uslu Y (2014). Ağrı Sınıflandırılması. Ağrı Doğası ve Kontrolü. İkinci Baskı. Akademik Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 57-66.
59. Öngel K (2017). Ağrı tanımı ve sınıflaması. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 9(1): 12-14.
60. Burmistr I (2018). Theories of pain, up to Descartes and after neuromatrix: what role do they have to develop future paradigms? J Pain Medicine 3(1): 6-12.
61. Shimoji K, Yokota Y (2021). Theories of Pain. Shimoji K, Nader A, Hamann W (Eds.), Chronic Pain Management in General and Hospital Practice. Springer, 11-19.
62. Demir Dikmen Y (2013). Ağrı ve Yönetimi. Atabak Aştı T, Ayiße K (Eds.), Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 634-667.
63. Eti Aslan F (2014). Ağrıya İlişkin Kavramlar. Eti Aslan F (Ed), Ağrı Doğası ve Kontrolü. İkinci Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 45-49.
64. Tulgar M, Arslan A, Kalkan E (1998). Ağrı ve nörostimülasyon. Van Tıp Dergisi 5(4): 258-263.
65. Bakan E (2015). Tanıda Laboratuvar. Birinci Baskı. Aktif Yayınevi, Ankara; Sayfa: 100
66. ACOG (2019). ACOG practice bulletin no. 209: obstetric analgesia and anesthesia. Obstetrics Gynecology 133(3): 208-225.

67. Eti Aslan F, Kan Öntürk Z (2014). Ağrı Ölçümü ve Değerlendirilmesi. Eti Aslan F (Ed.), Ağrı Doğası ve Kontrolü. İkinci Baskı. Akademik Tıp Kitabevi Ankara, Sayfa: 67-100.
68. Caughey AB, Tilden E (2021). Nonpharmacologic approaches to management of labor pain [online]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/nonpharmacologic-approaches-to-management-of-labor-pain#H6959805>. [Accessed 07 Eylül 2021].
69. Eti Aslan F, Pamir Aksoy A (2014). Ağrıda Kanıta Dayalı Öneriler. Eti Aslan F (Ed.), Ağrı Doğası ve Kontrolü. İkinci Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 103-175.
70. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD (1992). Standardization of the visual analogue scale. Nursing Research 41: 378-380.
71. Naghizadeh S, Kazemi AF, Ebrahimpour M, Eghdampour F (2013). Assessing the factors of mother's dissatisfaction with labor and delivery care procedure in educational and non-educational hospitals in Tabriz. European Journal of Experimental Biology 3(6): 132-139.
72. Rathfisch G (2016). Doğum Eylemi. Kızılkaya Beji N (Ed.), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 363-375.
73. Özçerezci Güner Ö, Kavlak O (2016). Doğum. Sevil Ü, Ertem G (Eds.), Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel Tıp Kitabevi, Ankara, Sayfa: 299-372.
74. Aktaş S, Aydın R (2021). Doğumun ikinci evresinde ıkınma ve ıkınma sürecinde ebeğin sorumlulukları. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 4(2): 159-166.
75. Lowdermilk DL (2012). Labor and Birth Processes. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR(Eds.), Maternity-Women's Health Care. America, Elsevier, Sayfa: 369-385.
76. Farnham T (2020). Reviewing pain management options for patients in active labor. Nursing Research 50(6): 24-30.
77. Berkiten Ergin A (2013). Doğum ve Doğumun Tarihçesi. Kömürcü N (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 2-19.

78. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, S. DJ, Hoffman BL, Casey BM (2018). Normal Labor. In Williams Obstetrics Twentyfifth Edition. Mc Graw Hill Education; Sayfa: 971-973.
79. Sağlık Bakanlığı (SB) (2015). Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı. Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti., Ankara, 27.
80. Durmaz A (2018). Doğum Eylemi. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.), Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 1-36.
81. Simkin P, Ancheta R (2016). Doğum Eyleminin Uzamış 2. Evresi. Simkin P, Ancheta R, (Eds.), Mete S (Ç. Ed.), Doğum Süreci El Kitabı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 173-223.
82. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. International Journal of Nursing Sciences 6(4): 460-467.
83. Sağlık Bakanlığı (SB) (2009). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara, Sayfa: 74.
84. Aydın Beşer M (2018). Doğum Eyleminde İzlem ve Bakım. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.), Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 66-83.
85. Dixon L, Skinner J, Foureur M (2013). The emotional and hormonal pathways of labour and birth: integrating mind, body and behaviour. Journal-New Zealand College of Midwives: 15-23. doi:10.12784/nzcomjnl48.2013.3.15-23.
86. Ondeck M. (2019). Healthy birth practice# 2: Walk, move around, and change positions throughout labor. The Journal of Perinatal Education 28(2): 81-87.
87. Buckley SJ (2015). Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families. Washington, D.C., Sayfa: 27-141.

88. Simkin P, Ancheta R (2017). Normal Labor and Labor Dystocia: General Considerations. Simkin P, Hanson L, Ancheta R (Eds.) The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia. Fourth Edition. John Wiley & Sons, Inc., Sayfa: 9-48.
89. Czech I, Fuchs P, Fuchs A, Lorek M, Tobolska-Lorek D, Drosdzol-Cop A, Sikora J (2018). Pharmacological and non-pharmacological methods of labour pain relief establishment of effectiveness and comparison. International Journal of Environmental Research 15(12): 2792.
90. Koyyalamudi V, Sidhu G, Cornett EM, Nguyen V, Labrie-Brown C, Fox CJ, Kaye AD (2016). New labor pain treatment options. Current Pain Headache Reports 20(2): 11.
91. Uzel HG, Yanikkerem E (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 11(1): 26-34.
92. Aktaş S, Aydın R (2019). The analysis of negative birth experiences of mothers: a qualitative study. Journal of Reproductive Infant Psychology 37(2): 176-192.
93. Toker E, Aktaş S (2021). The childbirth experiences of Syrian refugee mothers living in Turkey: a qualitative study. Journal of Reproductive Infant Psychology 39(5): 544-560.
94. Hollander M, van Hastenberg E, van Dillen J, Van Pampus M, de Miranda E, Stramrood C (2017). Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's perceptions and views. Archives of Women's Mental Health 20(4): 515-523.
95. Siyoum M, Mekonnen S (2019). Labor pain control and associated factors among women who gave birth at Leku primary hospital, southern Ethiopia. BMC Research Notes 12(1): 1-5.
96. Berkiten Ergin A (2013). Doğum Ağrısının Fizyolojisi. Kömürcü N (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İkinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, Sayfa:22-38.
97. Ali SA-SK, Ahmed HM (2018). Effect of change in position and back massage on pain perception during first stage of labor. Pain Management Nursing 19(3): 288-294.

98. Ebirim LN, Buowari OY, Ghosh S (2012). Physical and Psychological Aspects of Pain in Obstetrics. Ghosh S (Ed.), Pain in Perspective. Published by InTech Open, Rijeka, Sayfa:219-236.
99. Boaviagem A, Junior EM, Lubambo L, Sousa P, Aragão C, Albuquerque S, Lemos A (2017). The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: a randomized controlled clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 26: 30-35.
100. Westergren A, Edin K, Lindkvist M, Christianson M (2021). Exploring the medicalisation of childbirth through women's preferences for and use of pain relief. *Women Birth* 34(2): e118-e127.
101. Yurtsev E, Şahin N (2021). Doğum ağrısının yönetiminde dikkati dağıtma ve odaklanma: stereogramlar. *Journal of Education and Research in Nursing* 18(2): 256-261.
102. Kaçar N (2020). Doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik olmayan ebelik uygulamaları. *Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2(2): 113-130.
103. Rathfisch G, Güngör İ (2016). Doğum Eyleminde Ağrıyla Birliktelik. Hemşire ve Ebelerine Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İkinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa:378-395.
104. Kömürcü N, Berkiten Ergin A, Çalışkan E, Buckley SJ, Yeşilçiçek Çalık K, Çoker H, Karabekir N (2013). Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. Kömürcü N (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İkinci Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 63-178.
105. Gültepe R, İldan Çalım S (2021). Obstetride kullanılan solunum ve gevşeme egzersizleri: lisansüstü tezlere yönelik sistematik bir derleme. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi* 8(3): 233-244.
106. Samiye M, Ertuğrul M, Uludağ E (2015). Bir doğuma hazırlık eğitim programı "doğumda farkındalık". *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 8(2): 131-141.

107. Kilpatrick SJ, Papile L-A, A MG. (2017) ACOG Guidelines for Perinatal Care. [online]. Available from: <https://ebooks.aappublications.org/content/guidelines-for-perinatal-care-8th>. [Accessed 18.06.2021].
108. Serçekuş P, Yenal K (2015). Doğuma hazırlık sınıflarının Türkiye'deki gelişimi. Türkiye Klinikleri Journal of Obstetric-Women's Health Diseases Nursing-Special Topics 1(1): 33-35.
109. Çiçek S (2017). Solunum teknikleri eğitiminin travay süresi ve anksiyete düzeyi üzerine etkisi. Yüksek lisans tezi. Kütahya Dumlupınar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı, Kütahya.
110. Abdulziz KS, El-Refaye GE, El Hameed HA, Ibrahim FE, Hameed HE (2017). Effect of foot reflexology on pain and outcomes of labor. The 18th International Scientific Conference Faculty of Physical Therapy Cairo, Cairo, 16-17 March 2017, 1-9.
111. Bagheri L, Ghiasi A, Ahmadnia E (2018). Effect of reflexology on the length of labor: a systematic review and meta-analysis of clinical trials. The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology Infertility 21(1): 105-114.
112. Low L (2016). A model practice template for hydrotherapy in labor and birth. Journal of Midwifery Women's Health 62(1): 120-126.
113. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2016). Committee opinion no. 679: immersion in water during labor and delivery. Obstetrics Gynecology 128(5): e231-e236.
114. Smith A, Laflamme E, Komanecky C (2021). Pain management in labor. American Family Physician 103(6): 355-364.
115. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A (2018). Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews (5): 1-114.
116. Daniel L, Benson J, Hoover S (2021). Transcutaneous electrical nerve stimulation for pain management for women in labor. MCN, The American Journal of Maternal/Child Nursing 46(2): 76-81.

117. Rashtchi V, Maryami N, Molaei B (2020). Comparison of entonox and transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in labor pain: a randomized clinical trial study. *The Journal of Maternal-Fetal Neonatal Medicine* 1-5. doi:10.1080/14767058.2020.1813706.
118. DynaMed (2019). Comfort measures (nonpharmacologic) during labor-potentially effective interventions [online]. Available from: <https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=0&sid=8a06f915-8559-484c-9857-332f070ce4ac%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbmc9dHlmc2l0ZT1lZHMtOGl2ZQ%3d%3d#db=dmp&AN=T114734&anchor=Yoga-and-dance>. [Accessed 24 Eylül 2021].
119. Bastani FF, Sharami SH, Aski SK, Milani F, Khakifirooz B, Shakiba M, Attari S, Omidkhah T (2020). The Effect of simultaneous application of transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) on specific lumbar and acupuncture points on labour pain relief: a randomised clinical trial. *Journal of Clinical Diagnostic Research* 14(10): 11-16.
120. Bertone AC, Dekker RL (2021). Aromatherapy in obstetrics: a critical review of the literature. *Clinical Obstetrics Gynecology* 64(3): 572–588.
121. Yazdkhasti M, Pirak A (2016). The effect of aromatherapy with lavender essence on severity of labor pain and duration of labor in primiparous women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 25: 81-86.
122. Makvandi S, Mirteimoori M, Mirzaiinajmadi K, Sadeghi R (2016). A review of randomized clinical trials on the effect of aromatherapy with lavender on labor pain relief. *Nurse Care Open Acces J* 1(3): 1-6.
123. Vakilian K, Keramat A, Gharacheh M (2018). Controlled breathing with or without lavender aromatherapy for labor pain at the first stage: a randomized clinical trial. *Crescent J Med Biol Sci* 5(3): 172-175.
124. Yılar Z (2014). Doğum eyleminde bel ağrısının hafifletilmesinde intradermal steril su enjeksiyonu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17(3).
125. Yılar Erkek Z, Pasinlioğlu T (2016). Doğum ağrısında kullanılan tamamlayıcı tedavi yöntemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 19(1): 71-77.

126. Almassinokiani F, Ahani N, Akbari P, Rahimzadeh P, Akbari H, Sharifzadeh F (2020). Comparative analgesic effects of intradermal and subdermal injection of sterile water on active labor pain. *Anesthesiology Pain Medicine* 10(2): e99867.
127. Koyucu RG, Demirci N, Yumru AE, Salman S, Ayanoğlu YT, Tosun Y, Tayfur C (2018). Effects of intradermal sterile water injections in women with low back pain in labor: a randomized, controlled, clinical trial. *Balkan Medical Journal* 35(2): 148-154.
128. Simkin P, Ancheta R (2016). Doğum Sürecine Yardımcı Araçlar: Bölüm 2. Konfor Önlemleri. Simkin P, Ancheta R, (Eds.), Mete S (Ç. Ed.), Doğum Süreci El Kitabı. İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, Sayfa: 326-380.
129. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Suganuma M (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): 1-75.
130. Türkmen H, Oran NT (2019). Sıcak uygulamanın doğum ağrısına etkisi: sistematik derleme. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 16(3): 225-233.
131. Taavoni S, Sheikhan F, Abdollahian S, Ghavi F (2016). Birth ball or heat therapy? a randomized controlled trial to compare the effectiveness of birth ball usage with sacrum-perineal heat therapy in labor pain management. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 24: 99-102.
132. Lokugamage A, Eftime V, Porter D, Ahillan T, Ke SX (2020). Birth preparation acupuncture for normalising birth: An analysis of NHS service routine data and proof of concept. *Journal of Obstetrics Gynaecology* 40(8): 1096-1101.
133. Alimoradi Z, Kazemi F, Gorji M, Valiani M (2020). Effects of ear and body acupressure on labor pain and duration of labor active phase: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine* 51: 102413.
134. Çevik B, Taşçı S (2017). Akupres uygulamasının ağrı yönetimine etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 26(3): 257-261.

135. Torkiyan H, Mobarakabadi SS, Heshmat R, Khajavi A, Ozgoli G (2021). The effect of GB21 acupressure on pain intensity in the first stage of labor in primiparous women: a randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine* 58: 102683.
136. Smith CA, Collins CT, Levett KM, Armour M, Dahlen HG, Tan AL, Mesgarpour B (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): 1-115.
137. İskender MD, Eren H (2020). Türkiye’de ağrıya yönelik akupresur uygulaması ile ilgili yapılmış hemşirelik tezlerinin incelenmesi. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies* 3(1): 40-46.
138. Jahdi F, Sheikhan F, Haghani H, Sharifi B, Ghaseminejad A, Khodarahmian M, Rouhana NJCticp (2017). Yoga during pregnancy: the effects on labor pain and delivery outcomes (a randomized controlled trial). *Complementary Therapies in Clinical Practice* 27: 1-4.
139. Otero D (2021). The Evolution of the Latin dances through the belly dance & Roma cultures. *American Research Journal of Humanities Social Science (ARJHSS)* 4(3): 51-74.
140. Chaiklin S (2009). We Dance from the Moment Our Feet Touch the Earth. Chaiklin S, Wengrower H (Eds.), *The Art and Science of Dance/Movement Therapy Life is Dance*. Taylor & Francis Group, New York, Sayfa: 3-11.
141. Schmais C, White EQ (1986). Introduction to dance therapy. *American Journal of Dance Therapy* 9(1): 23-30.
142. American Dance Therapy Association (ADTA) (2021). What is dance/movement therapy? [online]. Available from: <https://www.adta.org/>. [Accessed 07 Ekim 2021].
143. Aktas G, Ogce F (2005). Dance as a therapy for cancer prevention. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 6(3): 408.
144. Karkou V, Meekums B (2017). Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). doi:10.1002/14651858.CD011022.pub2.

145. Zang Y, Lu H, Zhao Y, Huang J, Ren L, Li X (2020). Effects of flexible sacrum positions during the second stage of labour on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing* 29(17-18): 3154-3169.
146. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 8. doi:10.1002/14651858.CD003934.pub3.
147. Aguilar OC, Romero ALF, García VEM (2013). Comparison of obstetric and perinatal results of childbirth vertical position vs childbirth supine position. *Ginecol Obstet Mex* 81(01): 1-10.
148. Deliktaş A (2016). Doğum eyleminin 1. ve 2. evresinde anne pozisyonlarının kadın sağlığına olan etkisi: bir meta-analiz çalışması. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Antalya
149. Al-Seady MY, Fadel EA, El-Gohary AM, Marzouk T (2017). Labour pain and satisfaction of primipara assume upright versus recumbent positions during first stage of labour. *IOSR J Nurs Health Sci* 6(4): 24-30.
150. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 19(1): 1-8.
151. Watson HL, Cooke A (2018). What influences women's movement and the use of different positions during labour and birth: a systematic review protocol. *Systematic Reviews* 7(1): 1-6.
152. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7): 1-130.
153. WHO (2018). WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience World Health Organization, Geneva, 1-200.
154. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR (2006). A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *Journal of Obstetric, Gynecologic Neonatal Nursing* 35(4): 456-464.

155. Kozhimannil KB, Hardeman RR, Attanasio LB, Blauer-Peterson C, O'Brien M (2013). Doula care, birth outcomes, and costs among medicaid beneficiaries. *American Journal of Public Health* 103(4): e113-e121.
156. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). ACOG committee opinion no. 766. Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics & Gynecology* 133(2): e164-e173.
157. Kaçar N, Yazıcı S (2020). Ebe tarafından verilen sürekli doğum desteğinin mesleki ve obstetrik sonuçlara etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 3(3): 214-224.
158. Gönenç IM, Terzioğlu F (2020). Effects of massage and acupressure on relieving labor pain, reducing labor time, and increasing delivery satisfaction. *Journal of Nursing Research* 28(1): e68.
159. Karami NK, Safarzadeh A, Fathizadeh N (2007). Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in primipara. *Iranian Journal of Nursing Midwifery Research* 12(1): 6-9.
160. Gönenç İ, Terzioğlu F (2012). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan masaj ve akupressürün gebelerin anksiyete düzeyine etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(3): 129-144.
161. Wood MJ (2015). Music, emotion regulation, & distress tolerance: Investigating how music may influence distress tolerance in college students. Psychological science undergraduate honors theses, The University of Arkansas Psychological Science J. William Fulbright College of Arts and Sciences, Fayetteville
162. Toker E, Kömürcü N (2017). Effect of Turkish classical music on prenatal anxiety and satisfaction: a randomized controlled trial in pregnant women with pre-eclampsia. *Complementary Therapies in Medicine* 30: 1-9.
163. Simavli S, Gumus I, Kaygusuz I, Yildirim M, Usluogullari B, Kafali H (2014). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecologic Obstetric Investigation* 78(4): 244-250.

164. Santiv  ez-Acosta R, Tapia-López EdlN, Santero M (2020). Music therapy in pain and anxiety management during labor: a systematic review and meta-analysis. *Medicina* 56(10): 526.
165. Hepp P, Fleisch M, Hasselbach K, Fehm T, Schaal NK (2021). Use of music during vaginal birth and caesarean section: an interprofessional survey. *Archives of Gynecology Obstetrics & Gynecology*: 1-9. doi:10.1007/s00404-020-05958-9.
166. Gen  el    (2006). M  zikle tedavi. *Kastamonu Eēitim Dergisi* 14(2): 697-706.
167. Bonapace J, Gagn   G-P, Chaillet N, Gagnon R, Hébert E, Buckley S (2018). No. 355-physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada* 40(2): 227-245.
168. Simkin P, Bolding A (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery Women's Health* 49(6): 489-504.
169. Doēan Y  ksek  l   , Ba  er M (2020). The effect of music on arterial blood pressure and anxiety levels in pregnant women hospitalized due to mild preeclampsia: a pilot randomized controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine* 35: doi:101093. 10.1016/j.eujim.2020.101093.
170. Ersanlı C (2007).   nd  ksiyon uygulanan primipar gebelere travayda verilen eēitim ile dinletilen m  ziēin doēum sürecine etkisi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Saēlık Bilimleri Enstitüsü, Doēum ve Kadın Hastalıkları Hem  shireliēi Anabilim Dalı,   stanbul
171. American Psychological Association (APA) (2021). Anxiety [online]. Available from: <https://www.apa.org/topics/anxiety#>. [Accessed 09 Ekim 2021].
172. Üst Z, Pasinlioēlu T,   zkan H (2013). Doēum eyleminde gebelerin anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hem  shirelik ve Saēlık Bilimleri Dergisi* 16(2): 110-115.
173. Bhavya S, Parvathi N, Bhagyalakshmi H, Santosh Kumar M (2015). A study on awareness and anxiety aevel of arimigravida mothers on labour and its outcome, in a selected hospital, mysore. *International Editorial Advisory Board* 7(1): 187.

174. Aktaş S, Pasinlioğlu T (2017). Ebelere verilen empati eğitiminin postpartum dönemdeki annelerin beklentilerini karşılama, doğumu ve ebeyi algılama düzeyine etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 14(2): 60-65.
175. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15(1): 1-12.
176. Bolten N, De Jonge A, Zwagerman E, Zwagerman P, Klomp T, Zwart J, Geerts C (2016). Effect of planned place of birth on obstetric interventions and maternal outcomes among low-risk women: a cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 16(1): 1-13.
177. Campbell L (2013). Movement and dance: deep medicine for pregnancy, labour and birth. *Essentially MIDIRS* 4(4): 40-45.
178. Horter DA, Heslin K, Forgie M, Malloy E, Kram JJ (2020). Dancing during labor: are women down to boogie? *Journal of Patient-Centered Research Reviews* 7(4): 349.
179. Jackson I (2015). May. Empowering embodiment through belly dancing in pregnancy: a phenomenological exploration. *Pract Midwife* 18(5): 27-30.
180. Cowan R (2016). Belly dance and its links to body psychotherapy. *Body, Movement Dance in Psychotherapy* 11(4): 235-248.
181. Prosser SJ, Barnett AG, Miller YD (2018). Factors promoting or inhibiting normal birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 1-10.
182. Gu C, Wang X, Zhang Z, Schwank S, Zhu C, Zhang Z, Qian X (2020). Pregnant women's clinical characteristics, intrapartum interventions, and duration of labour in urban China: a multi-center cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 20(1): 1-10.
183. Hajbaghery MA, Mokhtari R (2018). Complementary and alternative medicine and holistic nursing care: the necessity for curriculum revision. *Journal of Complementary Medicine* 5(4): 001-002.
184. Çapık C (2014). İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17(4): 268-274.

185. Kanik EA, Taşdelen B, Erdoğan S (2011). Klinik denemelerde randomizasyon. *Marmara Medical Journal* 24(3): 149-155.
186. Akın B, Koçoğlu D (2017). Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 4(1): 73-92.
187. Gönenç IM (2013). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür'ün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
188. Koca A (2017). Engelli çocuğa sahip olan ve engelli çocuğa sahip olmayan annelerin ölüm kaygısı ve durumluk sürekli kaygı düzeyleri arasındaki farklılaşmanın incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı, Gaziantep.
189. Öner N, LeCompte A (1983). Durumluk–Sürekli Kaygı Envanter El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.
190. Güngör İ (2009). Doğumda anne memnuniyetini değerlendirme ölçeğinin geliştirilmesi. Doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul
191. Çapar Y (2019). Doğum ağrısının yönetiminde sıcak ve soğuk akupresür uygulamasının doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisi. Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
192. Dinç A (2018). Doğum Öncesi Bakım ve Ebenin Rolü. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.), Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Doğum Öncesi Dönem II. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, Sayfa: 1-19.
193. Kaçar N (2019). Mekanik masaj ile sıcak mekanik masaj uygulamasının algılanan doğum ağrısı ve doğum deneyimine etkisinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Liansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul

194. Büyüköztürk Ş (2014). Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı. Yirminci Baskı. Pegem Akademi Yayınları, Ankara, Sayfa: 151
195. Buglione A, Saccone G, Mas M, Raffone A, Di Meglio L, Di Meglio L, Toscano P, Travaglino A, Zapparella R, Duval M (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. Archives of Gynecology Obstetrics & Gynecology 301(3): 693-698.
196. Ersöz M (2019). Travayda uygulanan sakral masajın kadınların kaygı düzeyi, doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Adana
197. Türkmen H (2017). Masaj ve sıcak uygulamanın doğum ağrısı ve konfora etkisi. Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İzmir
198. Tırkaz E (2019). Swedish masajın kadınların kaygı düzeyi doğum ağrısı ve doğum sürecine etkisinin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Adana
199. Marlin R (2020). Reduction of labour pain with back massage. Enfermeria Clinica 30: 209-212.
200. Varışoğlu Y, Ünlü G (2020). Türkiye'deki tezlerde doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin incelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 23(1): 45-52.
201. Karaman ÖE, Yıldız H (2018). Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği: nasıl? ne sağlar? kadın doğum hemşiresinin rolü nedir? Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri 10(1): 78-87.
202. Tokat S (2019). Doğumda eş ve anne/arkadaş desteğinin doğum sürecine etkileri. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul
203. Gökçek Aİ, Yazıcı S (2022). Doğum desteği ve ebelik bakımı. Avrasya Sağlık Bilimleri Dergisi 5(1): 93-99.

204. Calpbinici P (2020). Primipar gebelere motivasyonel görüşme yöntemi ile verilen eğitim programının doğum korkusuna, doğumda öz-yeterliliğe ve doğum şekline etkisi: randomize kontrollü çalışma. Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara
205. Barut S, Uçar T (2018). Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11(2): 107-115.
206. Kul Uçtu A, Akan A (2021). Doğum eylemindeki kadınların sosyal destek algıları, durumluluk-süreklilik kaygı düzeyleri ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi. Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 18(2): 805-811.
207. Martin CJH, Martin CR (2013). A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. Complementary Therapies in Clinical Practice 19(1): 44-49.
208. Aktas S, Pasinlioğlu T (2021). The effect of empathy training given to midwives on the empathic communication skills of midwives and the birth satisfaction of mothers giving birth with the help of these midwives: a quasi-experimental study. Journal of Evaluation in Clinical Practice 27(4): 858-867.
209. Mazúchová L, Kelčíková S, Štofáníková L, Kopincová J, Malinovská N, Grendár M (2020). Satisfaction of Slovak women with psychosocial aspects of care during childbirth. Midwifery 86: 102711.



EKLER

Ek 1. Gebe Tanıtıcı Bilgi Formu (GTBF)

Anket No: .

Grup No:

1-MDG 2-MKG 3-PDG

4-PKG

Gebenin Sosyo-Demografik Özellikleri:

1.Yaş

- a. 20-24 ()
- b. 25-29 ()
- c. 30-34 ()
- d. 35-39 ()

2.Eğitim Durumu

- a. İlkokul ()
- b. Ortaokul ()
- c. Lise ()
- d. Üniversite ve üzeri ()

3.Çalışma durumunuz

- a. Çalışıyor ()
- b. Çalışmıyor (E hanımı) ()

4.Sosyal güvence durumunuz

- a. Var ()
- b. Yok ()

5.Aile yapınız

- a. Çekirdek aile ()
- b. Geniş aile ()

6.Gelir algınız

- a. Gelir giderden az ()
- b. Gelir gidere denk ()
- c. Gelir giderden fazla ()

7.Günlük yaşamda (gebelik dışında) kaygı /anksiyete durumunuzu aşağıdakilerden hangisi ile tanımlarsınız?

- a. Genellikle kaygılıyım ()
- b. Kısmen kaygılıyım ()
- c. Genellikle kaygılı bir yapım yoktur ()

Simdiki gebeliğine ilişkin bilgiler:

8.Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4 ve üzeri

9. Parite (Gerçekleştirilen Doğum Sayısı)

- a. Primipar
- b. Multipar

10. Doğum öncesi hazırlık sınıflarına katıldınız mı?

- a. Evet katıldım ()
- b. Hayır katılmadım ()

11.İsteyerek mi gebe kaldınız?

- a. Evet
- b. Hayır

12. Gerçekleştiği bu doğumuna yardım eden sağlık profesyonelleri

- a. Yalnızca ebe ()
- b. Ebe ve hekim birlikte ()

13. Şu an kaçınıcı gebelik haftasındasınız?.....

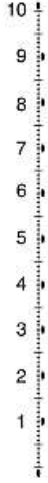
Ek 2. Visual Analog Skala (VAS) Formu

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

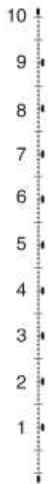
Uygulama Zamanı: Dilatasyon 3 cm iken doğum dansı uygulanmadan önce (VAS I)

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 3 cm iken uygulanan doğum dansı sonrası (VAS II)

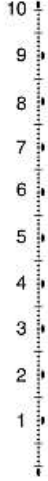
Ek 2. (Devam)

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 5-6 cm iken (VAS III)

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 5-6 cm iken uygulanan doğum dansı sonrası (VAS IV.....)

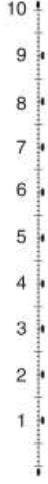
Ek 2. (Devam)

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

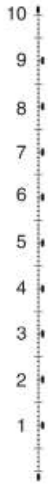
Uygulama Zamanı: Dilatasyon 7-8cm iken (VAS V)

Değerli gebe;

Aşağıdaki ölçek algıladığınız ağrıyı ölçmek için kullanılır. Rakam değeri sizin ağrınızı ifade etmektedir. 1 değeri ağrı yok denecek kadar az demek iken, 10 değeri olabilecek en şiddetli ağrıyı ifade etmektedir. Süreç içerisinde bu şekilde kendinizi değerlendirmeniz istenmektedir.

Ağrı şiddetinizi aşağıdaki ölçek üzerinde işaretleyin.

En şiddetli ağrı



Hiç ağrı olmaması

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 7-8 cm iken uygulanan doğum dansı sonrası (VAS VI.....)

Ek 3. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) (STAI TX-I)

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

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 3 cm iken (Doğum dansı uygulamadan önce) (DKÖ I)

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

Uygulama Zamanı: Dilatasyon 6-7 cm (DKÖ II)

Ek 3. (Devam)

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

Uygulama Zamanı: Doğumdan hemen sonraki 2-3 saatler arası (DKÖ III)

Ek 4. Normal Doğumda Anne Memnuniyetini Değerlendirme Ölçeği (NDAMDÖ)

		1 Katılmıyorum	2 Kısmen katılıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle katılıyorum
1	Hastanede kaldığım sürece benimle ilgilenen doktor ve hemşirelerin sayısı yeterliydi.	1	2	3	4	5
2	Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler bana iyi davrandılar.	1	2	3	4	5
3	Doğumumda görev alan doktorlar ve hemşireler aileme iyi davrandılar.	1	2	3	4	5
4	Doktorların doğumum sırasında gerekli olan tüm tıbbi müdahaleleri yaptığına inanıyorum.	1	2	3	4	5
5	Sancılarla baş etmeme yardımcı olmak için hemşireler bana yeterince zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
6	Hemşireler doğumdaki ihtiyaçlarımı karşılamak için bana yeterince zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
7	Doğumda herkes bana sadece ne yapmam gerektiğini söylüyordu.	1	2	3	4	5
8	Doğum sancılarımı azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, masaj vb) yapılmasını isterdim.	1	2	3	4	5
9	Doğumdaki stresimi azaltmak için benimle daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	1	2	3	4	5
10	Doğumda ailemin yaşadığı stresi azaltmak için onlarla daha fazla ilgilenilmesini isterdim.	1	2	3	4	5
11	Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında bana bilgi verildi.	1	2	3	4	5
12	Doğumum sırasında yapılan tüm gerekli işlemler hakkında eşime / aileme bilgi verildi.	1	2	3	4	5
13	Doğumda doktorlar ve ebe/hemşireler onlara söylediğim her şeyi dikkate aldılar.	1	2	3	4	5
14	Doğumda hangi doktor ve ebe/hemşirenin benimle ilgileceğini biliyordum.	1	2	3	4	5
15	Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu bana açıkladılar.	1	2	3	4	5
16	Doktorlar ve hemşireler doğumum sırasında oluşan her yeni durumu aileme açıkladılar.	1	2	3	4	5
17	Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde benim onayım alındı.	1	2	3	4	5
18	Bana yapılan bakımla ilgili girişimlerde eşimin/ailemin onayı alındı.	1	2	3	4	5
19	Doğumdan sonra bebeğimi daha erken kucağıma alabilmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
20	Doğumdan sonra ailemin bebeğimizi daha erken görebilmesini isterdim.	1	2	3	4	5
21	Doğumdan sonra bebeğimi daha erken emzirmeyi isterdim.	1	2	3	4	5
22	Doğumdan sonra yaşadığım ağrı ve rahatsızlıkları azaltmak için daha fazla girişim (ilaç, soğuk uygulama vb) yapılabilirdi.	1	2	3	4	5
23	Doğumdan sonraki dönemde hemşireler ihtiyaçlarımı yeterince karşıladı.	1	2	3	4	5
24	Hemşireler bana loğusalıkta kendi bakımım konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
25	Hemşireler bana bebek bakımı konusunda bilgi vermek için yeterli zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
26	Hemşireler bebeği emzirmeme / beslememe yardım etmek için yeterli zaman ayırdı.	1	2	3	4	5
27	Loğusalık ve bebek bakımı ile ilgili konularda farklı doktor/hemşirelerin verdikleri bilgiler tutarlıydı.	1	2	3	4	5
28	Doğum sancıları sırasında kaldığım oda ihtiyaçlarımın karşılanması için uygun ve temiz bir yerdi.	1	2	3	4	5
29	Doğum yaptığım oda doğum için uygun ve temiz bir yerdi.	1	2	3	4	5
30	Doğumdan sonra kaldığım oda ihtiyaçlarıma uygun ve rahat bir yerdi.	1	2	3	4	5
31	Doğumdan sonra kaldığım oda ailemin ve yakınlarımla ziyareti için uygun ve rahat bir yerdi.	1	2	3	4	5
32	Ben doğumdayken ailemin hastanede rahatça bekleyebileceği uygun bir yer vardı.	1	2	3	4	5
33	Hastanede ihtiyacımız olan her şeyi kolaylıkla bulabildik.	1	2	3	4	5
34	Hastanede verilen yemek hizmeti iyiydi.	1	2	3	4	5
35	Doğum sancılarım sırasında gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	1	2	3	4	5
36	Doğumdan sonra gereksiz yere odama girip çıkan kişiler oldu.	1	2	3	4	5

Ek 4. (Devam)

		1 Katılmıyorum	2 Kısmen katılıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlik katılıyorum
37	Sağlık personeli yaptıkları uygulamalarda mahremiyetime gerekli özeni gösterdi.	1	2	3	4	5
38	Doğumda ve doğumdan sonra ailemle yaşadığım özel anlar sağlık personelinin ertelenebilir müdahaleleri ile engellendi.	1	2	3	4	5
39	Hastanede aldığım bakım bundan daha iyi olamazdı.	1	2	3	4	5
40	Doğum tamamen beklediğim gibi geçti.	1	2	3	4	5
41	Doğumun süresi beklediğimden daha uzun sürdü.	1	2	3	4	5
42	Doğumda hiç beklemediğim tıbbi müdahaleler yapıldı.	1	2	3	4	5
43	Bu doğum benim için hayatımdaki en güzel deneyimlerden biri oldu.	1	2	3	4	5

Ek 5. Doğum Sonrasına Yönelik Anneye Ait Bilgi Formu (DSYAABF)

1.Vajinal doğum sürecinde aşağıdaki uygulamalardan hangisi size uygulandı? (Birden çok seçeneği işaretleyebilirsiniz?)

- a. Amniyotomi (Amnion sıvısının müdahale ile açılması)
- b. Suni sancı (Sentetik oksitosin)
- c. Epizyotomi
- d. Fundal bası (kristaller manevrası)

2. Müzik tercihiniz?

- a. Acemaşiran Makamı
- b. Rehâvi Makamı
- c. Farid Farjad "Fikrimin İnce Gülü"

3. Doğum süreleri

Aktif fazın süresi	
Geçiş fazın süresi	
1. evrenin süresi	
2. evrenin süresi	
3. evrenin süresi	
Doğumun Toplam Süresi	

Ek 6. Annenin Doğum Dansı Uygulamasına Yönelik Görüşlerini İçeren Anket Formu (ADDUYGİAF)

1. Doğum olmadan önce (doğumun birinci evresinde) size uygulanan doğum dansı uygulamasından memnun kaldınız mı?

- a. Memnun kaldım ()
- b. Kısmen memnun kaldım ()
- c. Memnun kalmadım ()

2. Doğum dansını uygulama süresini nasıl değerlendirirsiniz?

- a. Süre uygundu ()
- b. Süre uygun değildi ()

3. Doğum dansı uygulamasında doğum ortamı sizce uygun muydu?

- a. Uygundu
- b. Kısmen uygundu
- c. Uygun değildi

4. Masaj eldivenini nasıl buldunuz?

- a. Çok memnunum
- b. Orta düzeyde memnunum
- c. Memnun değilim

5. Doğum dansı uygulamasının doğum sürecine ilişkin size bir katkı sağladığını düşünüyor musunuz?

- a. Evet ()
- b. Kısmen ()
- c. Hayır ()

6. Doğum dansı uygulamasının doğum sürecine ilişkin size katkı sağladığını düşünüyorsanız bu katkılar aşağıdakilerden hangisidir? (birden çok seçeneği işaretleye bilirsiniz)

- a. Ağrı şiddetimi azalttı ()
- b. Kaygımı azalttı ()
- c. Dikkatimi başka yöne çekti, ağrı ile baş etmemi artırdı ()
- d. Doğum süresince eğlendim ()
- e. Doğumuma aktif katılmamı sağladı. ()
- f. Duygusal destek sağladı ()

7. Doğum yapacak gebelere doğum dansı uygulamasını önerir misiniz?

- a. Evet ()
- b. Kısmen ()
- c. Hayır ()

Nedeninizi çok kısa belirtir misiniz?

8. Doğum dansı sürecinde güçlük yaşadınız mı?

- a. Evet ()
- b. Kısmen ()
- c. Hayır ()

Cevabınız evet ise zorlandığınız durumu / yaşadığınız güçlüğü belirtiniz.....

.....

Ek 7. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Deney Grubundaki Gebeler İçin

Değerli Katılımcı,

Ben Artvin Çoruh Üniversitesi'nde çalışan Arş. Gör. Dilek KALOĞLU BİNİCİ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi yapmaktayım. Tezimin konusu, doğumun birinci evresinde gebelere uygulanan doğum dansının doğum ağrısına, anksiyete, doğum süresine ve doğumda anne memnuniyeti üzerine etkisini incelemektir. Sizin bu çalışmaya katılmanız konusunda rızanız olması durumunda size bu çalışmada, araştırmacı olan benimle doğum dansı uygulaması yapılacaktır. Doğum dansı, doğum sırasında pelvisin hareketlerini destekleyen ve bazı pelvik hareketleri (kalçayı sağa sola hareket ettirme) kapsayan bir yöntemdir. Gebe müzik eşliğinde, birlikte dans ettiği araştırmacıdan destek alarak kalçasını sağa sola hareket ettirecektir. Ayrıca ağrılarınız olduğu zamanda sizin istediğiniz basınçta araştırmacı tarafından belinize dokuz bilyeli masaj eldiveni ile de masaj yapacaktır. Dans uygulaması sırasında sizin ve karnınızdaki bebeğinizin maruz olacağı herhangi bir risk bulunmamaktadır. Doğum dansı uygulaması doğum salonuna kabulünüzden sonra rahim ağzı açıklığınız (servikal açıklık) 3 cm olduğunda başlayacak, 8 cm açıklığınızda dâhil her saat başı 15 dakika uygulanacaktır. Doğum dansı öncesi ve sonrası sizin doğum ağrınızı, kaygınızı ve doğum memnuniyetinizi değerlendirmek için bazı formları doldurmanız istenecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme ve araştırma süresince araştırmadan çekilme hakkına sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğiniz ya da sonradan çekildiğinizde hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum, şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma kapsamındaki bütün uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Katılımınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının

Adı Soyadı: Dilek KALOĞLU BİNİCİ,

Telefon No:

İletişim Adresi: Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Dosya No:

İmzası:

Tarih:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 7. (Devam)

Kontrol Grubundaki Gebeler İçin

Değerli Katılımcı,

Ben Artvin Çoruh Üniversitesi'nde çalışan Arş. Gör. Dilek KALOĞLU BİNİCİ. Karadeniz Teknik Üniversitesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi yapmaktayım. Sizden doğum eylemi süresince doğum ağrınızı, kaygınızı /anksiyetinizi, doğum memnuniyetinizi, doğumdaki uygulamalara ilişkin formları doldurmanız istenecektir. Sizin de katkılarınızla gerçekleştirilecek olan bu çalışmanın gelecekte doğuma yönelik ağrı, anksiyete ve anne memnuniyeti gibi konulara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmadığınız takdirde bakımınız etkilenmeyecektir. Çalışmaya katılmaya kabul ettiğiniz takdirde sizden yazılı izin alınacak, veri toplama araçlarında yer alan soruları yanıtlamanız istenecektir. Çalışma kapsamında toplanan bilgiler toplu olarak kullanılacak, bireysel veriler gizli tutulacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Bu çalışma kapsamında sizden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği gibi çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ücret ödemesi de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılmayı yazılı olarak kabul ettiğiniz halde istediğiniz zaman çalışmadan ayrılma hakkına sahip olacaksınız. Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacının

Adı Soyadı: Dilek KALOĞLU BİNİCİ

Telefon No:

İletişim Adresi: Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken yukarıdaki metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Dosya Nosu:

İmzası:

Tarih:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı-Soyadı:

Görevi:

Tarih:

İmzası:

Ek 8. Randomizasyon Kombinasyonları

Multipar:			6-1-4-4-3-1-1-4-3-4-3-5-3-5-6-1							
6(ABBA) - 1(ABAB) - 4(BABA) - 4(BABA) - 3(BAAB) - 1(ABAB) - 1(ABAB) - 4(BABA) - 3(BAAB) - 4(BABA) - 3(BAAB) - 5(BBAA) - 3(BAAB) - 5(BBAA) - 6(ABBA) - 1(ABAB)										
M1-A	M2-B	M3-B	M4-A	M5-A	M6-B	M7-A	M8-B	M9-B	M10-A	M11-B
M12-A	M13-B	M14-A	M15-B	M16-A	M17-B	M18-A	M19-A	M20-B	M21-A	M22-B
M23-A	M24-B	M25-A	M26-B	M27-A	M28-B	M29-B	M30-A	M31-B	M32-A	M33-B
M34-A	M35-A	M36-B	M37-B	M38-A	M39-B	M40-A	M41-B	M42-A	M43-A	M44-B
M45-B	M46-B	M47-A	M48-A	M49-B	M50-A	M51-A	M52-B	M53-B	M54-B	M55-A
M56-A	M57-A	M58-B	M59-B	M60-A	M61-A	M62-B	M63-A	M64-B		

Primipar			3-3-2-1-4-5-2-5-2-1-4-5-3-2-6-3							
3(BAAB) - 3(BAAB) - 2(AABB) - 1(ABAB) - 4(BABA) - 5(BBAA) - 2(AABB) - 5(BBAA) - 2(AABB) - 1(ABAB) - 4(BABA) - 5(BBAA) - 3(BAAB) - 2(AABB) - 6(ABBA) - 3(BAAB)										
P1-B	P2-A-	P3-A	P4-B	P5-B	P6-A	P7-A	P8-B	P9-A	P10-A	P11-B
P12-B	P13-A	P14-B	P15-A	P16-B	P17-B	P18-A	P19-B	P20-A	P21-B	P22-B
P23-A	P24-A	P25-A	P26-A	P27-B	P28-B	P29-B	P30-B	P31-A	P32-A	P33-A
P34-A	P35-B	P36-B	P37-A	P38-B	P39-A	P40-B	P41-B	P42-A	P43-B	P44-A
P45-B	P46-B	P47-A	P48-A	P49-B	P50-A	P51-A	P52-B	P53-A	P54-A	P55-B
P56-B	P57-A	P58-B	P59-B	P60-A	P61-B	P62-A	P63-A	P64-B		

Ek 9. Randomize Bir Çalışmanın Raporlanmasında Dâhil Edilecek CONSORT 2010 Bilgi Kontrol Listesi

Bölüm/başlık	Madde No	Kontrol Listesi Maddesi	Bildirilen Sayfa Numara
Başlık ve özet	1a	Başlıkta randomize bir çalışma olarak tanımlama	xiii
	1b	Çalışma dizaynı, yöntemler, bulgular ve sonuçlarının yapılandırılmış özeti (ölgül kılavuz için, bakınız özetler için CONSORT [21,31])	KTÜ Sağ. Bil. Ens. Tez yazım kılavuzunda yapılandırılmamış özet istenmektedir.
Giriş			
Arka plan ve amaçlar	2a	Bilimsel arka plan ve gerekçenin açıklanması	1-23
	b	Ölgül amaçlar veya hipotezler	3
Yöntemler			
Çalışma dizaynı	3a	Çalışma dizaynının tanımlaması (paralel, faktöriyel, gibi) ayırma oranları dâhil	26-28
	3b	Çalışma başladıktan sonra yöntemlerdeki önemli değişiklikler (uygunluk kriterleri gibi), sebeplerle birlikte	29
Katılımcılar	4a	Katılımcılar için uygunluk kriterleri	29-30
	4b	Verilerin toplandığı ortamlar ve yerler	24-26
Girişimler	5	Kopyalamaya olanak sağlamak için, yeterli detaylarla her grup için girişimler, tam olarak nasıl ve ne zaman uygulandığı dâhil	26-39
Sonuçlar	6a	Eksiksiz bir şekilde tanımlanmış önceden belirlenmiş birincil ve ikincil sonuç ölçümleri, nasıl ve ne zaman değerlendirildiği dâhil	42-43
	6b	Çalışma başladıktan sonra çalışma sonuçlarındaki herhangi bir değişiklik, nedenleriyle	29
Örneklem büyüklüğü	7a	Örneklem büyüklüğü nasıl belirlendi	26
	7b	Uygulandığında, ara analizlerin ve durdurma yönergelerinin açıklaması	26-29
Randomizasyon Dizi oluşturma	8a	Rasgele ayırma dizisi oluşturmada kullanılan yöntem	27
	8b	Randomizasyon tipi; herhangi bir kısıtlamanın ayrıntıları (bloklama ve blok boyutu gibi)	27
Ayırmayı gizleme mekanizması	9	Girişimler ayrılana kadar diziyi gizlemek için yapılan adımları tanımlayan rasgele ayırma dizisi sağlamada kullanılan mekanizma (sıralı olarak numaralandırılmış kaplar gibi)	27, 105
Uygulama	10	Rastgele ayırma dizisini kim oluşturdu, katılımcıları kim kaydetti ve girişimler için katılımcıları	27-29
Körleme	11a	Eğer yapıldıysa, girişimler için ayrıldığında kim (örneğin, katılımcılar, bakım verenler, sonuçları değerlendirenler) ve nasıl körleştirildi	29
	11b	Eğer ilgili ise girişimlerin benzerliğinin açıklaması	37
İstatistiksel Yöntemler	12a	Birincil ve ikincil sonuçlar için grupların karşılaştırılmasında kullanılan istatistiksel yöntemler	39-40
	12b	Alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler gibi ek analizler için yöntemler	

Ek 9. (Devam)

Bulgular			
Katılımcı akışı (bir diyagram şiddetle önerilir)	13a	Her grup için, rasgele ayrılan, planlanan tedaviyi alan ve birincil sonuçlar için analiz edilen katılımcı sayısı	28
	13b	Her grup için, randomizasyondan sonraki kayıplar ve hariç bırakmalar, nedenleriyle birlikte	28
Çalışmaya alım	14a	Çalışmaya alım ve izlem sürelerini tanımlayan tarihler	29
	14b	Çalışma neden sonlandırıldı veya durduruldu	30
Temel veriler	15	Her grubun temel demografik ve klinik özelliklerini gösteren bir tablo	26
Analiz edilen sayılar	16	Her grup için, her analize dâhil edilen katılımcı sayısı (payda) ve analizin asıl olarak seçilen gruplara göre olup olmadığı	42-60
Sonuçlar ve tahmin	17a	Birincil ve ikincil her sonuç için, her grup için sonuçlar ve tahmini etki boyutu ve hassasiyeti (%95 güven aralığı gibi)	42-60
	17b	İkili sonuçlar için, hem kesin ve hem nispi etki boyutunun sunulması önerilir	42-60
Yan analizler	18	Yapılan herhangi diğer analiz sonuçları, alt grup analizleri ve düzeltilmiş analizler dâhil, önceden belirlenmiş olanları planlanmamış olanlardan ayırarak	
Zararlar	19	Her grupta bütün önemli zararlar veya istenmeyen etkiler (özellikle kılavuz için, zararlar için CONSORT'a bakınız[28])	
Tartışma			
Kısıtlılıklar	20	Çalışma kısıtlılıkları; potansiyel önyargı kaynakları; beklenmeyen durum ve eğer bağlantılı ise analizlerin çeşitliliğini ele alan	40
Genelleştirilebilirlik	21	Çalışma bulgularının genelleştirilebilirliği (dış geçerlik, uygulanabilirlik)	61-76
Yorum	22	Sonuçlarla tutarlı yorum, yararları ve zararları dengeleme ve diğer ilgili kanıtları göz önünde tutma	61-79
Diğer Bilgiler			
Kayıt	23	Çalışma kaydının ismi ve kayıt numarası "The Effect of Labor Dance on Labor Pain, Anxiety, Birth Time and Maternal Satisfaction" NCT04746170. 08 Şubat 2021.	x
Protokol	24	Tam çalışma protokolüne nereden erişilebilir, eğer mevcutsa ClinicalTrials.gov	
Fon bulma	25	Fon kaynakları ve diğer destekler (ilaçların sağlanması gibi), fon sağlayıcıların rolleri -	

Ek 10. Çalışmada Yer Alan Sürekli Değişkenlere Ait Normal Dağılım Tablosu

Sürekli Değişkenler	n	Skewness Kat Sayısı		Kurtosis Kat Sayısı	
		İstatisti k	Standart Hata	İstatistik	Standart Hata
Aktif faz süresi*	128	1.842	0.214	4.42	0.425
Geçiş faz süresi*	128	2.146	0.214	5.229	0.425
Aktif faz+geçiş faz süresi*	128	1.539	0.214	2.538	0.425
İkinci evrenin süresi*	128	1.359	0.214	2.708	0.425
Üçüncü evrenin süresi *	128	2.566	0.214	10.578	0.425
Ser. dilatasyon 3cm iken VAS1	128	0.486	0.214	-0.381	0.425
Ser. dilatasyon 3cm iken dd sonrası VAS2	128	0.719	0.214	0.378	0.425
Ser. dilatasyon 5-6cm iken VAS3	128	0.003	0.214	-0.599	0.425
Ser. dilatasyon 5-6cm iken dd sonrası VAS4	128	-0.347	0.214	-0.536	0.425
Ser. dilatasyon 7-8cm iken VAS5	128	-1.369	0.214	0.838	0.425
Ser. dilatasyon 7-8cm iken dd sonrası VAS6	128	-1.158	0.214	0.842	0.425
Ser. dilatasyon 3cm iken DKÖ1	128	0.101	0.214	-0.426	0.425
Ser. dilatasyon 6-7cm iken DKÖ2	128	-0.167	0.214	-0.535	0.425
Ser. dilatasyon doğum sonrası DKÖ3	128	0.817	0.214	-0.209	0.425
Sağlık Ekibini Algılayışı *	128	-1.881	0.214	4.621	0.425
Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı *	128	-2.326	0.214	6.58	0.425
Rahatlatma	128	-0.796	0.214	-0.103	0.425
Kararlara Katılım ve Bilgilendirme *	128	1.695	0.214	16.114	0.425
Bebekle Tanışma	128	-0.973	0.214	-0.429	0.425
Postpartum Bakım	128	-0.656	0.214	-0.493	0.425
Hastane Odası *	128	-2.035	0.214	5.075	0.425
Hastane Olanakları *	128	-1.232	0.214	2.153	0.425
Mahremiyete Saygı *	128	-3.179	0.214	12.45	0.425
Beklentilerin Karşılanması	128	-0.661	0.214	0.037	0.425
Toplam NDAMDÖ Ölçeği	128	-0.284	0.214	1.052	0.425

* Normal Dağılmayan Verilerdir.

Ek 11. İç Geçerlilik Katsayıları Tablosu

Ölçek	Cronbach α
DKÖ 1	0.528
DKÖ 2	0.4745
DKÖ 3	0.576
1. Sağlık Ekibini Algılayışı	0.838
2. Doğum Eyleminde Hemşirelik Bakımı	0.874
3. Rahatlatma	0.670
4. Kararlara Katılım ve Bilgilendirme	0.486
5. Bebekle Tanışma	0.805
6. Postpartum Bakım	0.777
7. Hastane Odası	0.886
8. Hastane Olanakları	0.588
9. Mahremiyete Saygı	0.545
10. Beklentilerin Karşılanması	0.577
Toplam NDAMDÖ Ölçeği	0.820

Ek 17. Partograf

PARTOGRAF			
Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü:saat	

Fetal Kalp Atım Hızı

Amniyon Sıvısı

Serviks Açıklığı

Baş Seviyesi

Kontraksiyon Süresi

İzlem Yapanın Adı Soyadı:	Başlama Saati:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:	Başlama Saati:

- 3 Aydın R, Aktaş S, **Kaloğlu Binici D** (2022). Vajinal doğum yapan annelerin doğuma ilişkin travma algısı ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi: bir kesitsel çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 11(1): 158-169.
- 4 Aydın R, Aktaş S, **Kaloğlu Binici D**. An investigation of psychological resilience and core belief levels of women during the covid-19 pandemic and affecting factors: a cross sectional study. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. (İncelemede).
- 5 Aydın R, Aktaş S, **Kaloğlu Binici D**. Examination of the effect of the perceived stress in the covid-19 pandemic on marital adjustment, sexual life and intimate partner violence. Journal of Advanced Nursing. (İncelemede).
- 6 Köse Tuncer S, **Kaloğlu Binici D** (2022). The correlation between spouse support and postpartum depression in fathers. Perspectives in Psychiatric Care. DOI: 10.1111/ppc.13075.

BİLDİRİLER

- 1 **Kaloğlu Binici D** (2021). Kadın sağlığında epizyotomi. Palandöken Uluslararası Yara Bakım Kongresi, 11-12 Kasım 2021. (Tam metin).
- 2 **Kaloğlu Binic, D**, Köse Tuncer S (2019). Multipar ve primipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Presented at the 3. Uluslararası Kuru Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi. 14-17 Şubat 2019. (Sözel bildiri).
- 3 Köse Tuncer S, **Kaloğlu Binici D** (2021). Babalarda postpartum depresyon ile eş desteği arasındaki ilişki. 3. Uluslararası 4. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi, 16-18 Eylül 2021. (Sözel bildiri).
- 4 **Kaloğlu Binici D**, Köse Tuncer S (2017). Gebelerde algılanan stres ve hemşirenin rolü. Sağlık Bilimleri Eğitim Araştırma ve Uygulamalarında Güncel Yönelimler Kongresi Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi 10. Yıl Bilimsel Etkinliği, 07-08 Şubat 2017. (Sözel bildiri).
- 5 **Kaloğlu Binici D** (2021). Ortopedik engelli kadınlarda üreme sağlığı sorunları ve çözüm yolları. Dr. Hıfzı Özcan 8. Uluslararası Katılımlı Cerebral Palsy ve Gelişimsel Bozukluklar Kongresi, 26 Şubat 2021. (Poster bildiri).
- 6 **Kaloğlu Binici D**, Çınar Özbay S (2021). Gebelerde psikolojik iyi oluş ve eş uyumunun prenatal bağlanma ile ilişkisi. I. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Multidisipliner Yaklaşımlar Kongresi, 25-27 Kasım 2021. (Sözel bildiri).

- 7 Aydın R, Aktaş S, **Kaloğlu Binici D** (2021). Covid-19 pandemisinde algılanan stresin; evlilik uyumu, cinsel yaşam ve eş şiddeti üzerine etkisinin incelenmesi. 5. Uluslararası 6. Ulusal Ebelik Kongresi, 11-14 Kasım 2021. (Sözel bildiri).
- 8 **Kaloğlu Binici D**, Köse Tuncer S (2019). Multipar ve primipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi, 14-17 Şubat 2019. (Poster bildiri).

SEMİNER ve PANELLER

- 1 **Kaloğlu Binici, D.** (Davetli Konuşmacı). Özel eğitime gereksinim duyan bireylere yönelik kişisel bakım ve hijyen. (Online, Artvin Rehberlik ve Araştırma Merkezi, 19 Şubat 2021).
- 2 **Kaloğlu Binici, D.** (Davetli Konuşmacı). Kişisel hijyen ve temizlik uygulamaları (Hayatında Bende Varım Paneli, AÇÜ Nihat Gökyiğit Kongre ve Kültür Merkezi, 3-4 Şubat 2022).