

# Doğumu Kolaylaştırıcı Non-Farmakolojik Yöntemlerin Bir Nullipar Gebe Vakasında Uygulanması

Meryem Metinoğlu<sup>1</sup>, Aylin Yalçın Irmak<sup>1</sup>, Sinem Albayrak Kaya<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Namık Kemal Üniversitesi Sağlık  
Yüksekokulu, Hemşirelik, Tekirdağ,  
Türkiye

<sup>2</sup>Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim  
Dalı, Tekirdağ, Türkiye

Meryem Metinoğlu, Öğr. Gör.  
Aylin Yalçın Irmak, Yrd. Doç. Dr.  
Sinem Albayrak Kaya, Yrd. Doç. Dr.

## İletişim:

Meryem Metinoğlu  
Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu,  
Hemşirelik, Tekirdağ, Türkiye  
**Tel:** +90 282 250 31 11  
**E-Posta:** mmetinoglu@nku.edu.tr

**Gönderilme Tarihi** : 03 Mart 2016  
**Revizyon Tarihi** : 23 Mart 2016  
**Kabul Tarihi** : 23 Mart 2016

## ÖZET

Doğum, bilinen en şiddetli ağrı kaynaklarından biri olarak tanımlanmakta ve bu süreçte yararlanılan farmakolojik (FAKY) ve non-farmakolojik (NFAKY) ağrı kontrol yöntemlerinden söz edilmektedir. FAKY'nin, hissedilen fiziksel doğum ağrısını ortadan kaldırdığı, NFAKY ise ağrı yaşamayı önlediği vurgulanmaktadır. Bu vaka raporunda, habitual abortus hikayesi olan gebeye prenatal doğuma hazırlık eğitimi verildikten sonra doğum destekçisi tarafından NFAKY uygulanması bildirilmiştir.

Vaka Raporu: Yirmi sekiz yaşındaki nullipar gebe doğuma hazırlık eğitimi ve doğum desteği için birinci yazara yönlendirilmiştir. 23 Nisan 2015 saat 00:45'te 38,2 gebelik haftasında doğum eylemi başlayan AE'nin travay ve doğum sürecine doğum destekçisi ve eşi dahil olmuştur. Doğum sürecinde bazı NFAKY (loş ortam, müzik, tamamlayıcı sıvı ve gıdalar, aktif doğum pozisyonları, aromaterapi, akubası, buz kesesi, masaj, duş, ıslak sıcak uygulama, solunum egzersizleri) kullanılmıştır.

Sonuç ve Öneriler: Doğumda yapılan uygulamaların; gebenin anksiyetesinin giderilmesi, hissedilen ağrı düzeyinin hafifletilmesi, perinede hissettiği baskının azaltılması ve kontraksiyonların indüklenmesinde dikkate değer etkisi görülmüştür. Gebenin doğumdan memnuniyeti yüksek olarak belirlenmiştir. Bu vaka sonuçları ışığında benzer özellikleri taşıyan gebelerde mümkün olduğunca doğuma hazırlık eğitimlerinin ve doğum destekçisi eşliğinde NFAKY kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar sözcükler:** non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, doğal doğum, doğum ağrısı, doğuma hazırlık, doğum destekçisi, gebe, psikososyal destek sistemleri

## IMPLEMENTATION OF OF NON-PHARMACOLOGICAL BIRTH FACILITATOR METHODS ON A NULLIPAROUS PREGNANCE CASE

### ABSTRACT

Giving birth is one of the most severe pain inducing experiences with both pharmacological (PPCT) and non-pharmacological pain control methods (NPPCT) used during the process of delivery. In this case report, NPPCT's implementation was reported by the birth supporter after prenatal preparation and training for birth was given to a pregnant woman who wanted a normal delivery and had a history of premature spontaneous abortions.

Case Report: The 28-year-old nullipar was directed to the first author of this article for prenatal training and birth support. On April 23, 2015 at 00:45, week 38.2 of gestation the birth began, and AE's labor and birth process is attended by a birth attendant and her husband. NPPCT (dim light, music, complementary liquids and foods, active birth positions, aromatherapy, acupressure, ice bags, massage, shower, wet hot applications, and breathing exercises) were used during labor and birth process.

Conclusions and Recommendations: Applications at birth had considerable effects on reducing the anxiety of the pregnant woman, relieving the level of pain felt, reducing perineal pressure, and inducing contractions. Intrapartum birth satisfaction of pregnant woman was found to be high. In the light of these results, it is recommended that the use of NPPCT assisted by birth supporters should be promoted as much as possible in the case of pregnancies with similar characteristics in preparations for birth.

**Keywords:** non-pharmacological pain control methods, natural childbirth, labor pain, doula, prenatal education, pregnant, psychosocial support systems

**H**em primipar hem de nullipar kadınların, yoğun ve şiddetli ağrı olarak tanımladıkları doğum ağrısı (1); bel ağrısı, terminal dönem dışında kanser ağrısı, fantom ekstremite ağrısı, post-herpetik nöralji, diş ağrısı ya da artrik ağrısı olan hastalardan daha yüksek bildirilmiştir (2). Hastalık, rahatsızlık, travma, cerrahi ve tıbbi işlemler sonucu oluşan ağrıdan farklı olarak doğum ağrısı; öznel, devamlı değil kesik kesik, sonu olan ve diğer ağrı çeşitlerinin aksine normal fizyolojik bir sürecin parçasıdır (3,4). Ağrı, doğumun ilk aşamasında kasılmalar sonucu uterusun iskemisi, ikinci aşamada ise doğum kanalından ilerleyen fetüs nedeni ile vajina ve perinenin gerilmesi ve pelvik yapıların sıkışması nedeni ile oluşmaktadır (5). Brownridge (6) doğum ağrısının olası sonuçları ile ilgili yazısında şiddetli doğum ağrısının bazı fizyolojik etkilere neden olabileceğini belirtmiştir. Bunlar 1-oksijen tüketiminin artmasına bağlı hiperventilasyon, 2-hipokarbi ve solunum alkalozu, otonomik innervasyon ve katekolamin salınımına bağlı mide inhibisyonu ve mide asiditesinde artış, 3-lipoliz, kardiyak output, kan basıncı ve periferik vasküler direncin artması, 4-plasental perfüzyonun azalması ve 5-inkoordine uterus aktivitesidir. Yanı sıra, Brownridge (6) komplike olmayan bir doğumda bu etkilerin büyük olasılıkla zararsız olacağını belirtmiştir.

Kadının yaşadığı ağrı deneyiminde fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler etkili olmaktadır. Birçok faktörün etkisinde olan subjektif ağrı hassasiyeti nedeni ile bazı kadınlar doğum ağrısının süresini ve şiddetini hafif, bazıları ise şiddetli olarak ifade etmektedir (4,7). Günümüzde toplumsal cinsiyet rolleri, doğumda ağrı beklentisi, kadınlar arasında doğum ile ilgili olumsuz deneyimlerin aktarımı, destek yetersizliği gibi nedenler ile (8) doğum ağrısı, doğurgan yaştaki kadınların yaşadığı en önemli korku ve memnuniyetsizlik kaynağı haline gelmiştir. Yanı sıra korku, doğumun doğal bir olaydan çok müdahale gerektiren bir durum olarak düşünülmesine neden olmaktadır. 1920'lerde Dick-Read "Doğumda yanlış giden nedir?" sorusunun yanıtı olarak "Korku-Gerginlik-Ağrı Sendromu" kuramını ileri sürmektedir. Bu kuram, korkunun bedendeki (özellikle rahim) gerginliğin nedeni olduğu ve bu gerginliğin doğurma sürecini engellediği, doğumu uzattığı ve ağrıya neden olduğu varsayımını içermektedir (9). Saisto ve arkadaşlarının (10) çalışmasına göre de doğum korkusu yaşayan kadınların, korku yaşamayanlara göre ağrı toleransının azaldığı, doğumda daha çok ağrı deneyimledikleri rapor edilmiştir (10). Diğer taraftan şiddetli/yoğun doğum ağrısı, gebenin solunum örüntüsü ve katekolamin düzeyinde değişime neden olmakta ve bu değişimden kaynaklı olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır (4).

Doğumda yoğun/şiddetli korku ve ağrının kanıt temelli olumsuz etkilerinden hareketle 2004 yılında Amerikan Obstetri ve Jinekoloji (ACOG) (11) Komitesi, doğumun kadın için şiddetli ağrıya neden olduğu, obstetrik uygulamalarda tıbbi bir kontrendikasyon olmasa dahi gebenin sadece isteğinin olması dahi doğum sırasında ağrının giderilmesi için yeterli bir tıbbi gösterge kabul edilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bu alandaki literatür kapsamında doğum ağrısının yönetiminde farmakolojik (FAKY) (inhaler analjezik, opioidler, opioid olmayan ilaçlar, lokal anestezi sinir blokları, epidural ve lokal anestezi veya opioid enjeksiyonlar) ve non farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinden (NFAKY) (hipnoz, biofeedback, derialtı steril su enjeksiyonu, duş-banyo, aromaterapi, rahatlama teknikleri [yoga, müzik, ses], akupunktur veya akupressure, manuel yöntemler [masaj, refleksoloji], transkütanöz elektriksel sinir stimülasyonu [TENS]) söz edilmektedir. Medikal yaklaşıma dayanan FAKY ağrının yok edilmesini sağlarken, NFAKY yaşanan ağrının azaltılmasına ve baş etmeye yönelik uygulamaları içermektedir (12). NFAKY ucuz olduğu, anne ve fetüse yan etkisinin bulunmadığı, doğumu yavaşlatmadığı, alerjik olmadığı gibi avantajları (3,13) bilinmesine rağmen kadın doğum alanında çalışan profesyonellerin ağrı kontrolünde medikal uygulamalara yöneldiği bilinmektedir (14). Nitekim FAKY doğum yapan kadınlar için önemli faydalar sağlamalarına karşın tıbbi endikasyon olmadan kullanıldığında olumsuz sonuçlar da doğurabilir (7). Almushait ve Ghani (15) çalışmasında NFAKY kullanımı önündeki engelleri; yetersiz zaman, yönetsel hususlar, bilgi eksikliği, gebelerin isteksizliği ve analjezik ilaçların etkisine güçlü inanç olarak belirtmiştir. Birçok otorite tarafından doğum sürecinin müdahalelerden mümkün olabildiğince uzak, NFAKY yardımı ile doğal akışında ilerlemesinin sağlanması önerilmektedir (12, 16 vb.). Çünkü doğal doğum; kadının kendi içgüdüleri rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı doğum eylemidir (17).

Belirtilen yararlarına karşın özellikle Türkiye'de NFAKY'ni test eden sınırlı araştırmaların olması, ilgili profesyoneller tarafından uygulamaya aktarılmaması ve birçok klinikte rutin FAKY'in kullanılması dikkat çekicidir. Bu noktadan hareketle vaka raporunda, spontan abortus hikayesi olan ve doğal doğum yapmak isteyen bir gebeye prenatal doğuma hazırlık eğitimleri ile birlikte NFAKY uygulanması bildirilmiştir. Ayrıca çalışma sonuçları; NFAKY'nin etkileri ve kullanımı hakkında ilgili sağlık profesyonellerine yol gösterici olması hedeflenmiştir.

## Vakanın geliş şikayetleri ve seyri

23 Nisan 2015

*Saat 00:45;* 28 yaşında, 38,2 haftalık nullipar gebe olan AE'nin doğum eylemi spontan ve düzensiz uterin kontraksiyonlar ile başladı. Beraberinde mukus tıkaçın açılması ve membranların rüptürü ile berrak görünümlü amniyotik sıvı gelişi belirlendi.

*Saat 01:20'de* prenatal takibinin yapıldığı hastaneye başvuran gebeye yapılan vajinal muayenede; serviks anterior pozisyonda, 1 cm dilatasyon, %20–30 efasman, -3 seviyede palpabl fetal baş ve aktif amniyon sıvı gelişi bulguları. Non Stres Test (NST)'de düzensiz, 30–40 mmHg arasında uterin kontraksiyon ve reaktif özellik gösteren Fetal Kalp Sesleri (FKS) (143 atım/dk.) olduğu görüldü. Bu aşamada gebe Görsel Kıyaslama Ölçeği'ne (GKÖ) göre hissettiği ağrıyı 1/10 bildirdi. Gebenin vital bulguları değerlendirildiğinde; kan basıncı 70/120 mmHg, kalp atımı 69 atım/dk, vücut sıcaklığı 37,1°C tespit edildi. Fizik muayenede pretibial ödem +1 bulundu. Gebenin kilosu 72,2 kg (doğum öncesi kilosu 58,4 kg), boyu 160 cm idi. Yapılan Leopold manevraları sonrası, fundus yüksekliği ksefoidin iki parmak altında, fetüs longitudinal situsta, fleksiyon habitusunda, D1 pozisyonunda, baş prezante ve mobil olup gebelik haftasıyla uyumlu bulundu.

*Saat 05:00'te* 2 cm dilatasyon, %40–50 efasman bulgularınırken NST reaktif olarak değerlendirildi. GKÖ değeri ile vital bulgularında değişiklik olmadı.

*Saat 09:30'da* düzenli olarak altı dakikada bir gelen, 30–60 sn süren ve basıncı 20–50 mmHg arasında değişen kontraksiyon bulgularıyla beraber NST tekrar reaktif olarak değerlendirildi. Yanı sıra sakroiliak bölgede baskı hisseden gebenin kendi isteğiyle yapılan vajinal muayenede; 4 cm servikal dilatasyon, %60–70 efasman ve 0 seviyede fetal baş belirlendi. Gebe kontraksiyonları ağrı yerine baskı hissi ile tanımladı. Bu aşamada gebenin hissettiği baskı GKÖ'ne göre kontraksiyon sırasında 3/10, iki kontraksiyon arasında ise 1/10 idi. Vital bulguları 4 saatte bir alınmaya devam edildi.

*Saat 10:15'te* düzenli aralıklarla gelen baskı hissini yok olduğu görüldü.

*Saat: 13:15'te* efasmanı tamamlanan (%100) ve 7–8 cm servikal dilatasyonu olan gebe, hissettiği baskıyı lumbal omurga bölgesinde tanımladı. NST'nin reaktif özelliği devam ettiği gözlenirken, GKÖ'ne göre gebe baskıları 6/10 olarak bildirdi.

*Saat 14:35'te* üç dakikada bir gelen şiddetli baskı hissi, lumbal bölgenin yanı sıra rektal bölgede de hissedilmeye başlandı. IV. Leopold manevrasıyla fetal başın angaje olduğu tespit edildi. Yanı sıra gebenin kontraksiyonlar sırasında hissettiği baskıyı GKÖ'ne göre 7/10 olarak ifade etmesi vajinal muayene yapılmadan servikal dilatasyonun ilerlemiş olabileceğini düşündürdü.

*Saat 15,00'te* Ferguson refleksi aktif hale gelen ve doğumhaneye alınan gebenin iki dakikada bir gelen, 50–60 saniye süren uterin kontraksiyonları vardı. *Saat 15:45'te* doğumun ikinci evresi 45 dakikalık bir sürede tamamlandı. APGAR (Activity and muscle tone, Pulse, Grimace response, Appearance ve Respiration) skoru 1. ve 5. dakika 9–10 olan, 2480 gr ağırlığında ve 50 cm boyunda canlı erkek yenidoğan doğdu.

## Gebelik hikayesi

Son adet tarihi 27 Temmuz 2014 olan AE, 6. gebelik haftasında kadın doğum hekimine başvurdu. Canlı ve tekil gebeliği olduğu tespit edildi. Üç kadın doğum hekimi değişikliği yapan gebeye 16 prenatal takip yapıldı. 12,1 gebelik haftasında yapılan ikili tarama testi cut-off değerinin üzerinde riskli (1:244) bulundu. AE'ye ileri tetkik olarak dördüncü tarama testi ve II. düzey ultrasonografi önerilmesine rağmen gebe yaptırmayı kabul etmedi. 16. haftada fetüsün cinsiyeti erkek olarak belirlendi. 24. gebelik haftasında yapılan 50 gr glukoz yükleme testi sonucu açlık 84 mg/dl (referans aralığı: 70–110 mg/dl), 1 saat sonra 100,9 mg/dl (referans aralığı: 70–140 mg/dl) bulundu. Kan grubu B Rh (+) olan gebenin Anti HIV, Anti HCV, HBsAg, Toxo-IgM, Rubella IgM, Sitomegalovirus (CMV IgM), VDRL değerleri negatif görüldü. İdrar testi bulgularında protein, eritrosit ve lökosit görülmedi. Sigara, alkol ve ilaç kullanımı sorgulanan gebe, alışkanlığı olmadığını bildirdi.

Habitual abortus hikayesi olan AE'nin kaygı düzeyini azaltmak, doğuma ait negatif hipnozunu temizlemek ve sağlıklı bir doğal doğum deneyimi yaşatabilmek için takibini sürdüren hekim tarafından doğuma hazırlık eğitmine yönlendirildi. Eğitim öncesinde AE'ye uygulanan WIJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A versiyonuna göre 95 puan (min: 0, Max: 165) olarak Körükçü ve arkadaşlarının (18) dört alt grupta topladığı (düşük derecede doğum korkusu yaşayan (puan  $\leq$ 37), orta derecede doğum korkusu yaşayan (puan 38–65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan (puan 66–84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan (puan  $\geq$ 85)) sınıflamaya göre "klinik derecede doğum korkusu yaşayan" bir gebe olarak belirlendi. Gebe 34. gebelik haftasında eşi ile birlikte dört

oturum, toplam 12 saat süren Doğuma Hazırlık ve Destek Sınıfı eğitimlerine katıldı. Bu eğitimler; doğumun fizyolojisi, doğum korkusu ile baş etme, normal ve sezaryen doğum rol-play çalışması, aktif doğum pozisyonları, doğumu kolaylaştıran nefes egzersizleri, doğumda gevşeme ve imgeleme, hipnoz, ilaç dışı rahatlatıcı teknikler (efloraj, lomber/sakral basınç, hidroterapi-banyo, masaj, müzik), ten tene temasın önemi, doğumda müdahaleler ve anne-bebek dostu sezaryen konularında teorik ve pratik bilgi yanında uygulamalı eğitimi içermektedir. Girişimler sözel izin alındıktan sonra uygulanmıştır. Eğitimleri yürüten ve doğumda gebeye destek girişimlerini uygulayan birinci yazar doğuma hazırlık eğitmeni, hemşire akademisyendir.

### Tıbbi özgeçmiş

Kronik hastalığı olmayan AE, 18 yaşında apendektomi ameliyatı geçirmiştir. Obstetrik geçmişinde üç kez beşinci ve altıncı haftalarda tekrarlayan habitual abortus hikayesi olan gebe, hamilelik öncesi kendisine önerilen genetik araştırmayı reddetti. Gebeliğini takip eden hekim tarafından antikoagülan tedavi başlanarak, 37,4. gebelik haftasına kadar devam etti.

### İlaçları

Clexane 4000 Anti-XA IU/0,4 ml 1x1, Coraspin 100 mg tb. 1x1, Ferrum Hausman Fort 100 mg draje 1x1, Decavit Pronatal film tb. 1x1, Calcium Sandoz FF 1000 mg efervesan tb. 1x1 kullandı.

### Allerji

Gebenin bilinen allerjisi bulunmamaktadır.

### Doğum çevresi

Doğumun güvenli gerçekleştirilmesine ve prenatal eğitim programında kazandırılan becerilerin uygulanmasına fırsat veren doğum çevresi önemlidir. Bu noktadan hareketle hem gebenin psikolojik hazırlığını hem de uygun doğum çevresini sağlamak amacı ile son prenatal izlem doğum destekçisinin katılımıyla yapıldı. Doğumun gerçekleştirileceği hastane ziyaret edilerek harekete izin veren geniş alan, konforlu sandalye ve koltuk, karanlık ortam, CD çalar, 65 cm'lik pilates topu, 5 cm'lik pilates minderi, güvenli bir duş alanı gibi imkanlar temin edildi. Bu ziyarette ev benzeri rahat bir ortamın gevşemeyi sağlayacağı bilgisi gebe ile paylaşılarak, tercihleri doğrultusunda rahatsızlık verici unsurların azaltılması, destekleyici unsurların ise ortama dahil edilmesi sağlandı.

Gebe doğum için hastaneye başvurduğunda travay odasının penceresine güneş ışığını kesen siyah perde takılarak loş bir ortam yaratıldı. Gebenin mahremiyetini korumak ve uyaranları en aza indirmek amacıyla gebenin de isteği doğrultusunda eşi dışında ziyaretçi kabul edilmedi. Doğum odasında limon kokulu mumlar yakılarak gürültü en az düzeyde tutuldu. Limon kokusunun antibakteriyel ve antidepresan özelliğinin yanı sıra yenilenmeyi sağlayarak pozitif bir ruh halini desteklediği bilinmektedir (19).

### Doğuma destek girişimleri

23 Nisan tarihinde **saat 00:45**'te telefonla görüşülen gebe alt karın ve kasıklarında hareket ile şiddeti artan baskı hissini başladığını ve amniyon sıvısının geldiğini ifade etti. Doğum öncesi takibinin yapıldığı hastaneye gelmesi istenen gebe, saat 01:20'de doğum destekçisi eşliğinde muayene olduktan sonra eşiyile beraber tek kişilik travay odasına alındı. AE'nin heyecanlı olması ve kaygılarının olduğunu ifade etmesi üzerine sedasyon etkisi bilinen melissa çayı (20) içmesi önerildi. Kendi isteğiyle yapılan vajinal muayene sonrası 1 cm. servikal dilatasyon olduğu belirlendi ve latent faz olarak tanımlanan bu aşamanın nulliparlarda 6–20 saat (en az-en çok) sürebileceği (21,22) bilgisi gebeye hatırlatıldı. Berkiten Ergin (22)'in belirttiği üzere yorgunluk, uykusuzluk ve açlık, ağrının artmasına neden olabilmekte ve kadının ağrıya olan toleransını azaltmaktadır. Böyle bir durum da prenatal eğitimlerde öğrenilen ağrı ile baş etme tekniklerinin kullanımını engelleyebilmekte, doğumda ağrının daha fazla hissedilmesine neden olmaktadır (23). Buradan hareketle latent fazda gebeye aç kalmaması önerildi. Yanı sıra melatonin ve oksitosin hormon aktivasyonu için loş ortamda uyuması sağlandı.

Gece boyunca dinlenmesine fırsat verilen gebenin **saat 7,30**'dan itibaren aktif faza geçişini hızlandırmak amacı ile güvenlik önlemleri sağlanarak doğum destekçisi eşliğinde merdiven inip-çıkması, yürütmesi yanı sıra ara ara doğumu indükleyici, gerilim giderici, sakinleştirici ve doğum sonu dönemde üreme organlarının rejenerasyonuna da etkisi olduğu bilinen ahududu yaprağı çayı, hurma ve adaçayı (19,24–26) tüketmesi sağlandı. Berkiten Ergin'in Sarah. J. Buckley'den aktardığına göre, sevgi hormonu olarak da bilinen oksitosin cinsellikte, erkek ve kadın orgazmında, doğumda ve emzirme sırasında salgılanmaktadır (22). Bilinen bu bilgi doğrultusunda çiftlerin birbirine yaklaşması ve eşin bazik özellikte olan badem yağı ile gebeye meme masajı (Hoffman egzersizleri) yapması önerildi.





Şekil 1. Yongquan KID-1



Şekil 2. Taichong LIV 3

**Saat 09:30**'da düzenli kontraksiyonları başlayan ve sakroiliak bölgede baskı hisseden gebe latent fazdan aktif faza geçti. Aromaterapide uyarılan koku duyusu, beyinde ağrı uyarılarının kortekse ulaşmasını engeller (19). Aktif fazda oksitosin hormon aktivasyonunu arttırmak ve fetüsün ilerlemesi ile artan baskı hissini azaltmak amacıyla gevşetici etkisi bilinen limon ve lavanta gibi aroma terapötik kokulardan ve bedene kodlanan gevşemenin hatırlatılması için dinlendirici enstrümantal müziklerden yararlandı (22,27). Müziğin doğumda gevşemeyi sağladığını ve ağrıyı azalttığını gösteren çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bu alandaki bulgular bu tür müziklerin doğumun seyrini hızlandırdığı, ağrı ve anksiyete düzeylerinde azalma sağladığını göstermiştir (28-30).

**Saat 10:15**'de eşinin yanından ayrılması ile eş zamanlı olarak kaygı düzeyi artan gebe, baskı hissini kaybaldığını belirtti. Kaygının adrenal salgısını uyararak oksitosin üretimini baskıladığı ve böylece doğumu yavaşlattığı bilinmektedir (22). 20 dk'lık NST'de sadece 20-30 mmHg şiddetinde tek bir kontraksiyon görüldü. Yongquan KID-1 (Şekil 1) ve Taichong LIV-3 (Şekil 2) akubası noktasına yapılan basının doğum esnasında kontraksiyonları indükleyici, gebede rahatlatıcı ve anksiyetenin azaltılmasında etkili olabileceği bildirilmiştir (31). Yongquan KID-1 akubası noktası için ayak tabanının parmaklara yakın üçte birlik kısmında yer alan çukura ayak planter fleksiyon pozisyonuna getirilerek, Taichong LIV-3 akubası noktası için ise 2. ve 3. metatars arasında proksimal taraftaki en dar alana başparmağın boğumlarıyla yukarıya doğru itilip güçlü bası uygulandı.



Şekil 3. Sanyinjiao SP-6

**Saat 11:00**'de kasılmaların ve serviks dilatasyonunun yavaşladığı, dahası aktif fazın etkili bir şekilde ilerlemediği görülen gebeye Sanyinjiao SP-6 (Şekil 3) ile Hegu L.I.-4 (Şekil 4) akubası noktalarına baş parmağın boğumlarıyla bası uygulandı. Betts (31,32) servikal dilatasyonu ilerletmek ve doğum eylemini hızlandırmak için Sanyinjiao SP-6 ve Hegu L.I.-4 akubası noktalarının birlikte etkili olduğunu bildirmiş, ayrıca bir eldeki Hegu L.I.-4 noktası ile karşı bacakta Sanyinjiao SP-6 noktasına yapılan bir-iki dakika süresince basıyı takiben 10 dakika sonra tam ters noktalara bası uygulanmasını önermiştir.



Şekil 4. Hegu L.I.-4

**Saat 11:40'da** doğum destekçisi tarafından akubası uygulaması sırasında eşinin de gelmesiyle AE, lomber bölgede baskı hissettiğini ifade etti. Bu aşamada pilates topu üzerinde olmayı tercih eden gebede sıklığı 4–5 dakika, süresi 45–60 saniye, basıncı 60–90 mmHg olan düzenli kontraksiyonların yanı sıra 140–158 atım/dk. FKS bulguları. Aktif faz olarak kabul edilen bu fazda hissedilen baskı GKÖ: 6/10 olarak bildirildi. Lomber bölgede hissedilen yoğun baskıyı azaltmak için buz uygulaması ile birlikte parmakların dışını kullanarak tüm sırt ve kol bölgesine endorfin masajı uygulandı. Çelik ve Toksöz (33) 60 saniye süren bir kasılma sırasında 10–12 defa uygulanan bu masajın kasılmalar süresince devam etmesini önermektedir. Bu masaj şekli hafif dokunuşlar şeklinde olduğunda endorfin salınımını artırırken katekolamin salınımını baskılamaktadır (9). Yapılan uygulamanın gebeyi gevşettiği ve ağrıya karşı duyarsızlaştırmaya yardımcı olduğu gözlemlendi. Hafif dokunuşlar şeklinde yapılan endorfin masajının cilt yüzeyinin hemen altındaki erector pili düz kasını uyardığı ve endorfin salınımına yardımcı olduğu bilinmektedir (9). Tensel uyarlma yöntemlerinden masajın doğum sürecine etkisini ele alan çalışmalarda; doğum sırasında ağrının şiddetini azalttığı (34), doğumun birinci fazını kısalttığı (35), anksiyeteyi azalttığı (36), daha az depresyon ve stres (34) yaşandığı gösterilmiştir.

Gebenin doğuma hazırlık eğitimlerinde kazandığı hızlı derin gevşeme, yavaş karın solunumu gibi nefes egzersizlerini spontan/kendiliğinden uyguladığı görüldü. AE her bir kontraksiyonun ilk 15 saniyesinde tam nefes, 30 saniyesinde dalga nefesi, son 15 saniyesinde ise tekrar tam nefesle kontraksiyonları karşılıyor, eşzamanlı olarak gözlemlerini kapatıp imgelemeler yapıyordu. Gebenin bu davranışı motive edilerek sürdürmesi için teşvik edildi ve sık sık "her

*dalga bebeğimi bana yaklaştırıyor", "bebeğimi mutluluk ve neşe ile karşılıyorum", "bedenimin gevşediğini hissediyorum", "bedenime ve bebeğime güveniyorum"* gibi olumlama cümlelerinin AE tarafından tekrarlandığı görüldü.

**Saat 13:00'de** AE spontan gevşeme nefesinden sesli nefese geçerek baskı hissini giderek arttığını ifade etti. Bu aşamada hissettiği baskı GKÖ'ne göre 6/10 olarak bildirildi. Hidroterapi (duş veya banyo) dünya çapında binlerce kadın tarafından rahatlama, doğum anksiyetesini ve doğum sırasında ağrıyı azaltma amacıyla kullanılmaktadır (37–39). Ayrıca doğum ağrısı döneminde masajlı banyo yaptırılan gebelerin daha fazla müdahalesiz doğum gerçekleştirdikleri, daha fazla endorfin hormonu salgıladıkları bildirilmiştir (17). Hissettiği baskının şiddetini azaltmak, kasların gevşemesini ve rahatlama sağlama amacıyla gebe vital bulguları alındıktan sonra eşyle birlikte duşa alındı. Pilates topu üzerinde ılık suyun altında 30 dk kalan gebenin bu aşamada özellikle omuz ve çenesinin gevşek olduğu gözlemlendi. Duş esnasında 5–6 kontraksiyon karşılayan gebenin hissettiği baskının azaldığı ve baskı hissi GKÖ'e göre 4/10 olarak bildirildi. Post natal süreçte görülen gebe, hidroterapinin/duşun onu rahatlatan en iyi girişimlerden biri olduğunu ifade etti.

**Saat 14:00'da** AE, kontraksiyonları pilates topu, pilates minderi ve sandalye yardımıyla aktif doğum pozisyonunda (ayakta durma, desteklenen duruş, çömelme, diz çökme, yürüme, diz üstü durma, oturma gibi dikey pozisyonlar) eşyle beraber karşılamayı tercih etti. Aktif doğum pozisyonları ilk olarak aktivist Janet Balaskas tarafından tanımlanmıştır. Teknikten çok bir felsefe olan aktif doğumda kadının içgüdüleri ve bedeninin fizyolojik işleyişine güven duyması vurgulanmaktadır. Bu felsefede doğurgan bir kadının içgüdüsel olarak doğum yapmak için gerekli olan vücut fizyolojisine sahip olduğunu savunur (40). Lawrence ve arkadaşlarının (41) belirttiği gibi kadınlar tarafından benimsenen pozisyonlar ve doğum sırasında hareket özgürlüğü, ağrı algılanmasını önemli ölçüde etkilemektedir. Bir sistematik derlemede (42) dik veya yatay pozisyonda dalgaları karşılayan kadınlarda, sırt üstü yatarak karşılayan kadınlara göre doğumun ikinci evresinde daha az şiddetli ağrı hissi olduğu rapor edilmiştir. Bu bağlamda gebenin doğum süresince tercih ettiği ve kabul ettiği pozisyonda dalgaları karşılaması desteklendi. Yanı sıra doğum destekçisi tarafından baskıların yoğun hissedildiği anlarda sakrum bölgesine sol el yumruğu yardımıyla bası uygulanırken aynı anda sağ kol dirseğiyle de omuzunun orta hattına bası uygulandı (22).



Şekil 5. Tarak ile avuç içine akubası

14:35'de AE sakral bölgede baskı ve eşlik eden defekasyon isteğinin yoğun olarak hissedilmeye başladığını ifade etti. Bu süreçte hissettiği baskı GKÖ'ne göre 7/10 idi. Gebenin, her bir kontraksiyonda avuç içi ile parmakların birleştiği noktalara (Şekil 5) dişli tarağı tutarak baskı uygulaması istendi. Betts (43) endorfin salımına yardım ettiğini belirttiği bu noktayı bazı kadınların çok yararlı bazılarının ise sadece dikkat dağıtıcı olarak tanımladığını belirtmiştir. Bu aşamada AE'nin kontraksiyonları daha rahat karşıladığı görüldü. Doğumun 1. evresi tamamlanincaya kadar elinden tarakları bırakmak istemeyen gebeye kontraksiyonlar esnasında parmakların dışını kullanarak tüm sırt ve kol bölgesine endorfin masajı uygulandı. Supine ve fowler pozisyonunda kalmayı reddeden gebe, sadece dikey pozisyonunda kalmayı tercih etti.

Saat 15:00'te AE, iki dakikada bir gelen ve bir dakika süren kontraksiyonlar sırasında çömelerek kontraksiyonları karşılamayı tercih etti. Ferguson refleksi aktif hale gelen gebe spontan ıkınmaya başladı. Solunum tekniklerini yerinde ve zamanında uygulayan gebenin bu süreçte nefesini beş saniyeden fazla tutmadığı gözlemlendi ve sakin kalmaya devam etti. Doğumun geçiş fazında olan gebe eşiyile beraber doğumhaneye yürüyerek geçti ve jinekolojik masaya alındı. Doğumhanede AE'ye gevşeme müzikleri dinletilmeye devam edildi. Sessizlik ve ortamın loş yapılmasının yanı sıra doğumhaneye giriş çıkışlar azaltılarak gebenin mahremiyeti korundu. Kontraksiyonlar devam ederken vajina ve perineal bölgesinde şiddetli yanma ve ayrılma hissinden dolayı yangıyı hafifletmek ve olası travmalara karşı koruma sağlamak (44,45) amacı ile bölgeye ıslak sıcak kompres uygulandı.

Saat 15:35'te taçlanma aşamasında bebeğinin saçlarına dokundurulan gebe, ilk gelen kontraksiyon ile sesli ve güçlü ıkındı. Fetal baş doğarken AE'nin doğum öncesi eğitimde öğrendiği üç mum, bir tüy nefesini spontan yaptığı gözlemlendi. Bu nefes eşliğinde yenidoğan müdahalesiz dış rotasyonu tamamladı. Ardından üst omuz, alt omuz ve tüm bedenin doğması sonucu doğumun ikinci evresi 15:45'te tamamlanmış oldu. Postpartum dönemde yapılan görüşmede 45 dakika süren bu sürecin gebe tarafından 10–15 dakika gibi kısa bir süre olarak algılanması dikkat çekti. Normal doğum eylemine hiçbir müdahale yapılmadan doğum doğal sürecinde gerçekleşti. Yenidoğanın ilk nefesini plasental kan akımının faydası eşliğinde almasına izin vermenin solunum ve anemi problemlerini en aza indirdiği bilinmektedir (9,46). Bu bilgiler ışığında umbilikal kord, nabzının durması için yaklaşık 2 dk beklendikten sonra kesildi. Dahası birçok uluslararası otorite ve araştırma kanıtları Ten Tene Temas (TTT)'in önemine işaret etmektedir (47–49). Bu gerçeğin farkında olan doğum ekibi ilk dakikadan itibaren üçüncü evre tamamlanincaya kadar yenidoğan ile TTT'ini sağladı. Doğumdan bir hafta sonra tekrar görüşülen AE'ye kadının doğumdan sonra yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsayan WIJMA doğum deneyimi ölçeği B versiyonu uygulandı ve ölçekten aldığı puan 190 (min: 33, max: 198) olarak belirlendi. Belirlenen bu yüksek puan AE'nin memnun edici bir doğum deneyimi yaşadığı duygu ve düşüncesini yansıtmaktadır.

## Tartışma

Günümüzde antenatal doğuma hazırlık eğitimleri, doğumda sürekli destek ve non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri (NFAKY) doğal doğumun sağlanabilmesi için zemin hazırlamaktadır. Sunulan bu vaka çalışmasında doğum öncesi izlemlerini sürdüren AE, hekimin yönlendirmesi ile 34. gebelik haftasından itibaren doğuma hazırlık eğitimlerine katılmıştır. AE'nin yaşadığı olumsuz gebelik deneyimleri, doğumla ilgili korku ve anksiyete düzeyini arttırmıştır. Bu vaka örneğinde olduğu gibi olumsuz deneyimler ve sosyal öğrenmeler gebelerin doğumun zor bir süreç olduğuna koşullanmalarına neden olmaktadır. Dahası doğum korkusu, gebelerin en sağlıklı ve doğal doğum şekli olan müdahalesiz normal doğumu tercih etmelerini engellemekte, doğum eylemini yönetmelerine ve doğumda aktif rol almalarına engel olmaktadır (9). Beraberinde birçok komplikasyonu da getirebilen korkuların altında yatan nedenleri anlamak intrapartum bakımın niteliğini olumlu etkilemektedir. Bu noktadan hareketle, vakaya verilen antenatal eğitimlerde pozitif doğum dili kullanılarak gebenin olumlu hamilelik ve doğum algısı yanı sıra doğumla ilgili gerçekçi ağrı beklentisi ve ağrı/



kontraksiyon/anksiyete kontrolü gibi konularda bilgi ve beceri kazanması sağlandı. Ferguson, Davis ve Browne'in (50) antenatal eğitimlerin etkisini sistematik incelediği çalışmasında, eşlerin sürece daha fazla katılımını arttırdığını, gebelerin doğum sürecini yönetmelerinde daha az hata yaptığını, daha az doğum korkusu yaşadığını ve olumsuz imgelemenin giderilmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Sunulan vaka örneğinde de AE'nin antenatal eğitimlerde kazandığı hızlı derin gevşeme, yavaş karın solunumu gibi nefesleri spontan/kendiliğinden uygulayarak kontraksiyonları olumlama cümleleriyle karşılaşması, eşzamanlı olarak gözlerini kapatıp imgelemeler yapması, antenatal eğitimlerin doğum üzerindeki olumlu etkilerine dikkati çekmektedir. Aynı zamanda antenatal eğitim içeriğinde yer alan "doğum canlandırması"nda rol alan AE'nin bebeğini karşılarken kurduğu cümlelerin (*Seni çok bekledik bebeğim. Seni çok seviyoruz. Hoş geldin yavrum*) aynısını kendi doğumunda bebeğini karşılarken de söylemesi, hayalinde gerçekleştirmek istediği doğum sürecini yaşadığını göstermiştir.

Lowe (4) doğum ağrısı ile başa çıkmak için yeterli kaynaklara sahip olmadığını hisseden kadınların, doğumda şiddetli ağrı yaşadığını önemle vurgulamıştır. İşaret edilen temel kaynaklar ağrı kesiciler, sosyal destek ve doğuma hazırlıktır. Gebelik ve doğum sürecinde AE'ye yaklaşımda özellikle iki kaynak önemsenmiş, doğuma hazırlık ve doğum sürecine gebe ve eşin birlikte alınması, doğum ortamına eşin emosyonel desteğini taşımasına yardımcı olmuştur. AE'nin eşinin yanından kısa bir süre ayrılması ile kontraksiyonların aniden durması, eş desteğinin gebenin yaşadığı doğum deneyiminde ki önemine dikkati çekmektedir. Bu sonuçla uyumlu olarak doğum sürecinde sürekli desteğin (eş, arkadaş, akraba desteği) etkisini inceleyen bazı çalışmalarda yenidoğanın yeni ortama daha sorunsuz uyum sağladığı, gebenin daha az postpartum emosyonel sıkıntı yaşadığı (51), daha fazla spontan vajinal doğum yaptığı, daha az intrapartum analjezi ihtiyacı ve daha az doğumdan memnuniyetsizlik duyduğu gösterilmiştir (52). Uluslararası politikalar da anne ve bebeğin iyiliğini korumak için emosyonel desteğin önemini vurgulamaktadır (53). Yanı sıra Kardong-Edgren (54) çalışmasında sürekli hemşire/ebe desteğinin doğumun süresini, analjezi ihtiyacını, forseps, vakum, sezaryen doğum gibi girişimlerin olasılığını azalttığını ve anne memnuniyetini arttırdığını

bildirmiştir. Literatürle uyumlu olarak bu vaka çalışmasında da doğum destekçisi rehberliğinde uygulanan NFAKY (Tablo 1); gebenin başa çıkma çabalarını, doğum sürecine aktif katılımı ile ağrı yönetimini dolayısıyla da doğumdan memnuniyeti arttırmıştır. Hiçbir parenteral girişim, indüksiyon, ağrı kesici, lavman ya da normal doğum eylemine müdahale yapılmadan doğum gerçekleşmiştir.

Yüksek anne memnuniyeti, erken sürede ten tene temas ve emzirmenin sağlanması ile doğum ekibi ve AE memnun edici bir doğum deneyimi yaşamıştır. Bilinmektedir ki nonfarmakolojik yöntemler, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir (3,7,13). Ancak yapılan bazı çalışmalarda, kadınların NFAKY tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada yetersiz kaldıkları bildirilmiştir (55–58). Bu vaka çalışmasında AE'ye doğuma hazırlık eğitimi, doğum çevresinin hazırlığı, doğumda sürekli destek, gebenin aktif katılımı, imgeleme, gevşeme (hareket/pozisyon değişikliği, akubası, müzik, bitkisel rahatlatıcı çaylar), mental uyarılma (hayal kurma), tensel uyarılma (soğuk, sıcak uygulama, hidroterapi banyo/duş, masaj, aromaterapi) ve solunum tekniklerini içeren NFAKY uygulanmıştır. Uygulanan NFAKY'nin sunulan vaka çerçevesinde gebenin anksiyetesinin giderilmesi, rahatlama, kas gerginliğinin azaltılması, kasılmaların ve serviks dilatasyonunun yavaşladığı aşamada kontraksiyonların indüklenmesinde dikkate değer etkisi görülmüştür.

**Sonuç ve Öneriler:** Bu vaka raporu, doğuma hazırlık eğitime eşi ile birlikte katılan ve profesyonel doğum desteği alan AE'nin doğum sürecinde, olumsuz düşüncelerini ve korkularını olumlu duygulara dönüştürebildiği, kontraksiyon/ağrı ile baş edebildiği, doğum öncesi aldığı eğitimi sürece aktif katılım sağlayarak yansıtabildiği ve memnuniyetinin yüksek olduğu sonucunu yansıtmaktadır. Gebe, rutin farmakolojik ve invazif uygulamalar yapılmadan doğumunu doğal gerçekleştirmiştir. İlgili literatür temelli uygulanan NFAKY, gebenin sakinleştirilmesinde, hissedilen ağrı düzeyinin hafifletilmesinde, ilerlemesi yavaşlayan aktif fazın ilerletilmesinde ve pelvik taban baskısının azaltılmasında etkili olduğu görülmüştür. Bu vaka sonuçları ışığında benzer özellikleri taşıyan gebelerde mümkün olduğunca doğuma hazırlık eğitimlerinin ve doğum destekçisi eşliğinde NFAKY kullanımının yaygınlaştırılması önerilmektedir.



**Tablo 1.** Vakaya uygulanan Doğumu Kolaylaştırıcı Non-Farmakolojik Yöntemler

<b>Tekniğin adı</b>	<b>Uygulama</b>	<b>Pozisyon</b>	<b>Amaç</b>	<b>Sonuç</b>
Tamamlayıcı sıvı ve gıda tüketimi	Adaçayı, ahududu yaprağı çayı, hurma tüketildi	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevşeme sağlamak</li> <li>• Doğumda etkili hormonları indüklemek</li> </ul>	Sentetik hormonlara gerek kalmadan gebenin anksiyetesi azaldı ve doğum doğal sürecinde ilerledi
Aktif doğum pozisyonları	Gebe eşi/doğum destekçisi eşliğinde rahat ettiği dikey pozisyonlarda kaldı	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayakta durma</li> <li>- Yürüme</li> <li>- Destekli duruş</li> <li>- Oturma veya çömelme</li> <li>- Diz çökme vb.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yer çekimini kullanarak pelvik çapı açmak.</li> <li>• Fetal-maternal kan dolaşımını rahatlatarak fetüsün uygun pozisyonda ilerlemesini sağlamak</li> <li>• Ağrıyı ve doğum sürecini azaltmak</li> </ul>	Aktif ve geçiş fazı kısaldı ve GKÖ değerinde düşüş sağlandı
Hoffman egzersizi	Her iki meme başına parmaklar yardımıyla uçtan areolaya, yukardan aşağıya, oblik ve dairesel hat boyunca masaj yapıldı	Gebe ve uygulayıcının rahat edeceği pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oksitosin hormonunu aktive etmek</li> <li>• Latent fazdan aktif faza geçişi hızlandırmak</li> </ul>	NST değerlendirmede orta şiddette kontraksiyonlar görüldü. Doğum başladı.
Aromaterapi	Odada, üç damla lavanta ve limon yağı kullanılarak koku elde edildi	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ağrı uyarılarının kortekse ulaşmasını engelleyerek ağrıyı duyarısızlaştırmak</li> </ul>	Gebe tüm süreçte gevşek ve sakin kaldı. GKÖ değeri en çok 7/10 idi
Müzik	Doğa sesleri ve enstrümental müzik aktif faz, geçiş fazı ve doğum eyleminde dinletildi	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gebenin gevşek ve sakin kalmasını sağlamak</li> <li>• Gebenin imgelemeler yapmasını kolaylaştırmak</li> </ul>	Gebe doğumda sakin kalabildi
Yongquan KID-1 akubası noktası	Planter fleksiyon pozisyonunda ayak tabanının parmaklara yakın üçte birlik kısmında yer alan çukura, 8-10 defa başparmak ile kişi nefes alırken basılıp, nefes verirken bası kaldırıldı	Ayakta, semi fowler veya uygulayıcının rahat edebileceği pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevşemesini sağlamak</li> <li>• Anksiyeteyi azaltmak</li> </ul>	Gebe sakin kalabildi
Taichong LIV3 akubası noktası	2. ve 3. metatars arası proksimal en dar olan alana başparmak ile güçlü bası uygulandı	Ayakta, Semi fowler veya uygulayıcının rahat edebileceği pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevşemesini sağlamak</li> <li>• Anksiyeteyi azaltmak</li> </ul>	Gebe sakin kalabildi
Sanyinjiao SP-6	Talus kemiğinin 4 parmak (6 cm) yukarısında, malleol altına bası uygulandı	Ayakta veya semi fowler pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraksiyonları indükleyerek servikal dilatasyonu ilerletmek</li> <li>• Doğum eylemini hızlandırmak</li> </ul>	Lumbar bölgede baskı hissiyle beraber şiddetli kontraksiyonlar gözlemlendi
Hegu L.I.-4	1. ve 2. metakarpal kemikler arasında, baş parmağın işaret parmağına dayandığında ortaya çıkan en yüksek noktaya bası uygulandı	Uygulayıcının rahat edebileceği pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraksiyonları indükleyerek servikal dilatasyonu ilerletmek</li> <li>• Doğum eylemini hızlandırmak</li> <li>• Doğum ağrısını azaltmak</li> </ul>	Duran uterus kontraksiyonları yeniden şiddetli hissedilmeye başlanmasına rağmen bası sırasında GKÖ puanında düşme oldu
Buz kesesi	Baskının yoğun hissedildiği bölgeye uygulandı	Sakral bölgenin açıkta olduğu pozisyonlar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Her kontraksiyonda sakral bölgede hissedilen baskıyı azaltmak</li> </ul>	Aktif fazda GKÖ puanında düşme oldu
Endorfin masajı	Her iki el parmaklarının arkası kullanılarak omurgadan yukarı ve dışa doğru sırt boyunca, kollar da dahil hafif dokunuşlarla masaj yapıldı	Uygulayıcıya sırtını döner pozisyon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katekolamin salınımını baskılayarak endorfin salgısını arttırmak</li> <li>• Gevşeme sağlayarak ağrıya karşı duyarısızlaştırmak</li> </ul>	Baskının en yoğun hissedildiği dönemde (aktif ve geçiş faz) gebe sakin kalarak kontraksiyonları karşıladı
Tarak ile avuç içine bası	Her bir kontraksiyonda gebe avuç içi ile parmakların birleştiği noktalara dışlı tarak ile bası uygulaması istendi	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ağrıyla baş etmeyi kolaylaştırmak</li> </ul>	Gebe sakin kalarak kontraksiyonları karşıladı
Islak sıcak koprores	Perine bölgesine ıslak sıcak koprores uygulandı	Litotomi pozisyonu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinede hissedilen ağrıyı azaltmak</li> <li>• Travmaya karşı korumak</li> </ul>	Perinedeki gerilme hissi azaldı, perineal travma görülmedi ve epizyotomi açılmadı.
İmgeleme	Kontraksiyonlar esnasında gebe olumlama cümleleri eşliğinde düş gücünü kullanarak (açan çiçek, gökkuşağı vb) imgelemeler yaptı	Semi fowler pozisyonunda kollar ve bacaklar yastıklarla desteklenerek sol yan gevşeme pozisyonu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontraksiyonlarda sakin ve gevşek kalarak dilatasyonu sağlamak</li> <li>• Bebeğin doğum kanalından ilerlemesini sağlamak</li> </ul>	Aktif ve geçiş fazı kesintisiz ilerledi. Gebe sakin kalarak kontraksiyonları karşıladı
Sesli nefes	Gebe aktif fazda sesli ve uzun nefes eşliğinde "Aaaaaa/Oooooo" seslerini çıkardı	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gevşemek</li> <li>• Dikkati solunuma vererek ağrıya karşı duyarısızlaştırmak</li> </ul>	Geçiş fazındaki kontraksiyonları sakin ve gevşeyerek karşıladı

## Kaynaklar

- Niven C, Murphy-Black T. Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth* 2000;27:244–53.
- Melzack R, Taenzer P, Feldman P, Kinch RA. Labour is still painful after prepared childbirth training. *Can Med Assoc J* 1981;125:357–63.
- Kömürçü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. p.22–37.
- Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:516–24.
- Ralph WY, John SM. Obstetric analgesia and anesthesia. In: Decherney AH, Nathan L, editors. *Current Obstetric & Gynaecologic Diagnosis and Treatment*, 9th ed. Sydney: Lange Medical Books / McGraw-Hill; 2003. p.1242–94.
- Brownridge P. The nature and consequences of childbirth pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;59:59–15.
- Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, et al. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(3):CD009234. doi: 10.1002/14651858.CD009234.pub2
- Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women and Birth* 2014;27:185–9. doi: 10.1016/j.wombi.2014.05.002
- Mongan MF. Hypnobirthing Mongan Yöntemi / Daha Kolay Daha Rahat Güvenli Bir Doğuma Doğal Bir Yaklaşım, 2. Basım. Çeviri editörü: Çoker H. İstanbul: Gün Yayıncılık; 2013. p.29–30.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. A longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:39–45.
- ACOG Committee on Ethics. ACOG Committee Opinion. Number 294, May 2004. At-risk drinking and illicit drug use: ethical issues in obstetric and gynecologic practice. *Obstet Gynecol* 2004;103:1021–31.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth*. London: RCOG Press; 2007.
- Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:94–105. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00210.x
- Einarsdóttir K, Haggar F, Pereira G, Leonard H, de Klerk N, Stanley FJ, et al. Role of public and private funding in the rising caesarean section rate: a cohort study. *BMJ Open* 2013;3:e002789. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002789
- Almushait M, Ghani RA. Perception toward non-pharmacological strategies in relieving labor pain: an analytical descriptive study. *Journal of Natural Sciences Research* 2014;4:5–12.
- World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. 1996;34–7. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf) Erişim Tarihi: 26.11.2015
- Rathfisch G. Doğal doğum felsefesi. Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012. p.21–32, 147–53.
- Korukcu O, Kukulu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the WJMA delivery expectancy/experience questionnaire with pregnant women. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;19:193–202. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x
- Rathfisch G. Gebelikten Anneliğe Yoga. Ebeveylige Bedensel, Zihinsel ve Ruhsal Hazırlık. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015. p.268–82.
- Kennedy DO, Little W, Haskell CF, Scholey AB. Anxiolytic effects of a combination of Melissa officinalis and Valeriana officinalis during laboratory induced stress. *Phytother Res* 2006;20:96–102. doi: 10.1002/ptr.1787
- Arslan H. Doğum eylemi. İçinde: Coşkun AM, editör. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı*. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2015. s.195–213.
- Berkiten Ergin A. Doğum ve doğumun tarihçesi. İçinde: Kömürçü N, editör. *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. s.2–19.
- Okumuş H. Doğum Başlıyor: Normal Doğum ve Bilmeniz Gerekenler. İçinde: Okumuş H, Mete S, editörler. *Anne Babalar için Doğuma Hazırlık*. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014. s.89–97.
- Dugoua JJ. Herbal medicines and pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol* 2010;17:e370–8.
- Forster DA, Denning A, Wills G, Bolger M, McCarthy E. Herbal medicine use during pregnancy in a group of Australian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006;6:21. doi: 10.1186/1471-2393-6-21
- Pinn G, Pallet L. Herbal medicine in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery* 2002;8:77–80. doi: 10.1054/ctnm.2001.0620
- Stevensen CJ. The psychophysiological effects of aromatherapy massage following cardiac surgery. *Complement Ther Med* 1995;2:27–35.
- Kömürçü N. Travayda dinletilen tedavi müziğinin gebenin anksiyetesine etkisi. *Hemşirelik Forumu* 1996;2:89–96.
- Liu YH, Chang MY, Chen CH. Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese first-time mothers. *J Clin Nurs* 2010;19:1065–72. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03028.x
- Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs* 2003;4:54–61.
- Betts D. Inducing labour with acupuncture – crucial considerations. *J Chinese Med* 2009;90:20–5.
- Betts D. The essential guide to acupuncture in pregnancy & childbirth. Sussex, England: The Journal of Chinese Medicine Ltd; 2006. p.181–210.
- Çelik R, Toksöz L. Gevşeme ve Nefes Alma Teknikleri. İçinde: Kadayıfçı O, editör. *Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Ltd Şti.; 2005. s.62–8.
- Field T, Hernandez-Reif M, Taylor S, Quintino O, Burman I. Labor pain is reduced by massage therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1997;18:286–91.
- Karami NK, Safarzedeh A, Fathizadeh N. Effect of massage therapy on severity of pain and outcome of labor in Primipara. *Iranian J Nurse Midwifery* 2007;12:6–9.
- Chang MY, Wang SY, Chen CH. Effects of massage on pain and anxiety during labour: a randomized controlled trial in Taiwan. *J Adv Nurs* 2002;38:68–73.
- Benfield RD. Hydrotherapy in labor. *J Nurs Scholarsh* 2002;34:347–52.
- Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labor. *Res Nurs Health* 2001;24:57–67.
- da Silva FM, de Oliveira SM, Nobre MR. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery* 2009;25:286–94. doi: 10.1016/j.midw.2007.04.006
- Balaskas J. *Active Birth: The New Approach to Giving Birth Naturally*, revised ed. Harvard Common Press; 1992. p.10–55.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003934. doi: 10.1002/14651858.CD003934.pub2
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD002006. doi: 10.1002/14651858.CD002006.pub3
- Betts D. *Natural Pain Relief Techniques for Childbirth Using Acupressure: Promoting a Natural Labour and Partner Involvement*; 1997. p.3–27.

44. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels SM, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. *J Nurse Midwifery* 1996;41:269–76.
45. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Emeis C, Francisco T. Getting through birth in one piece: protecting the perineum. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2007;32:158–64. doi: 10.1097/01.NMC.0000269565.20111.92
46. Gaskin IM. Ina May'in Doğuma Hazırlık Rehberi, 1. Baskı. İstanbul: Sinek Sekiz Yayınevi; 2015. s.345–9.
47. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;(5):CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
48. Matthiesen A, Ransjö-Arvidson A, Nissen E, Uvnäs-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth* 2001;28:13–9.
49. Phillips R. The Sacred Hour: Uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. *Newborn & Infant Nursing Reviews* 2013;13:67–72.
50. Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth* 2013;26:e5–8. doi: 10.1016/j.wombi.2012.09.003
51. Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol* 2012;26:453–63. doi: 10.1037/a0028332
52. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(3):CD003766. doi: 10.1002/14651858.CD003766
53. World Health Organization and United Nations Children's Fund (WHO/UNICEF). Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of the maternity services. World Health Organization, Geneva: 1989. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf> Erişim Tarihi: 18.12.2016
54. Kardong-Edgren S. Using evidence-based practice to improve intrapartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30:371–5.
55. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res* 2010;59:194–202. doi: 10.1097/NNR.0b013e3181dbbb4e
56. Barragán Loayza IM, Solà I, Juandó Prats C. Biofeedback for pain management during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(6):CD006168. doi: 10.1002/14651858.CD006168.pub2
57. Smith CA, Collins CT, Crowther CA. Aromatherapy for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(7):CD009215. doi: 10.1002/14651858.CD009215
58. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Evaluation of a birth preparation program on lumbopelvic pain, urinary incontinence, anxiety and exercise: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:154. doi: 10.1186/1471-2393-13-154