

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMUN I. EVRESİNDE SICAK DUŞ UYGULAMASININ AĞRI ANKSİYETE VE
KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ**



Ayşe TAŞKIN

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin

Ebelik Programı için Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

KOCAELİ

2019

T.C.

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DOĞUMUN I. EVRESİNDE SICAK DUŞ UYGULAMASININ AĞRIANKSİYETE VE
KONFOR ÜZERİNE ETKİSİ**

Ayşe TAŞKIN

Kocaeli Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin

Ebelik Programı için Öngördüğü

BİLİM UZMANLIĞI TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

Danışman: Doç. Dr. Ayla ERGİN

Etik Kurul Onay Numarası: KÜ GOKAEK 2018/380

KOCAELİ

2019

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE


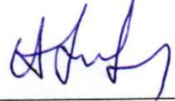

Tez Adı: Doğumun I. Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı Anksiyete Ve Konfor Üzerine Etkisi

Tez Yazarı: Ayşe Taşkın

Tez Savunma Tarihi: 06.02.2020

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayla ERGİN

Bu çalışma, sınav kurulumuz tarafından Ebelik Anabilim Dalında BİLİM UZMANLIĞI TEZİ olarak kabul edilmiştir.

SINAV KURULU ÜYELERİ		İMZA
ÜNVANI	ADI SOYADI	
BAŞKAN	Prof. Dr. Nuran KANURCA	
ÜYE (DANIŞMAN)	Doç. Dr. Ayla ERGİN	
ÜYE	Dr. Öğretim Üyesi Resmîye Özdilek	

Onay Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2020

Prof. Dr. SEMAAŞKIN KEÇELİ

KOÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ

Tezimde başka kaynaklardan yararlanılarak kullanılan yazı, bilgi, çizim, çizelge ve diğer malzemeler kaynakları gösterilerek verilmiştir. Tezimin herhangi bir yayından kısmen ya da tamamen aşırma olmadığını ve bir İntihal Programı kullanılarak test edildiğini beyan ederim.

Adı Soyadı

Ayşe TAŞKIN



ÖZET

Doğumun I. Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı Anksiyete Ve Konfor Üzerine Etkisi

Amaç: Doğumun birinci evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisini belirlemek ve ebelik uygulamalarına katkı sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Deneysel randomize kontrollü olan çalışmanın örneklemini, Kocaeli ilinde bir araştırma ve uygulama hastanesi doğumhane birimine başvuran Ocak 2019- Haziran 2019 tarihleri arasında toplam 104 primigravida (52 deney, 52 kontrol) oluşturdu. Deney grubuna, 4 cm dilatasyondan itibaren kadının tercihine göre ayakta ya da oturur pozisyonda 30 dakikalık toplam 3 kez sıcak duş uygulandı. Kontrol grubuna ise rutin obstetrik bakım verildi. Araştırmanın verileri, katılımcıların tanıtıcı özellikleri ve obstetrik verilerini içeren anket formu, ağrı skorları belirleyen GKÖ (VAS), Durumluk Anksiyete Ölçeği, Doğumda Konfor Ölçeği ve Partograf ile elde edildi. Verilerin analizinde SPSS® 20 paket programından yararlanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde normal dağılım gösteren değişkenlerde iki bağımsız grup karşılaştırılmasında Student t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenlerde ise, Mann Whitney U testi, kategorik değişkenler için ise, ki-kare testi kullanıldı ve anlamlılık düzeyi 0.05 olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftaları ise; 37 ile 41,2 arasında değişmekte olup, ortalama $39,31 \pm 1,11$ hafta idi. Gruplara göre toplam doğum süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak deney grubunun geçiş faz süresi, kontrol grubuna oranla daha düşüktü ($p=0,036$; $p < 0,05$). Her iki grubun ağrı (GKÖ) skorları değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlendi ve deney grubunun puanları 4 cm, 5-7 cm ve 8-10 cm dilatasyonda, kontrol grubuna göre anlamlı derece düşük bulundu ($p=0,001$; $p < 0,01$). Gruplar arasında, duş öncesi 4 cm'de durumluk anksiyete puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Ancak duş sonrası 4 cm dilatasyondan itibaren, deney grubunda anksiyete puanları de anlamlı derece düşük bulundu ($p=0,001$; $p < 0,01$). Ayrıca deney grubunun toplam konfor puanı, kontrol grubuna oranla daha yüksek bulundu ($p=0,001$; $p < 0,01$).

Sonuç : Doğumun birinci evresinde sıcak duş uygulamasının doğumdaki ağrı ve anksiyeteyi azalttığı, doğum konforu üzerine pozitif etkisinin olduğu, toplam doğum süresine etkisinin olmadığı ancak geçiş faz süresini kısalttığı belirlendi. Doğumda sıcak duş uygulamalarının pozitif etkisi olduğundan gebeler, ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından tercih edilebileceği ve diğer ilaç dışı yöntemlerle birlikte yaygın olarak kullanılabilirliği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, hidroterapi, ebelik ve non-farmakolojik yöntemler



ABSTRACT

The Effect of Hot Shower Application in The First Stage of Labor on Pain Anxiety and Comfort

Aim: The aim of the study is to determine the effect of hot shower application in the first stage of labor on pain, anxiety, and comfort and contribute to nursery practices.

Material and Method: The sample of this experimental randomized controlled study was composed of 104 primigravid women (52 in experimental group, 52 in control group), who applied to the delivery room of a research and application hospital in Kocaeli city, between January 2019 and June 2019. Hot shower was applied to the experimental group as from 4 cm of dilatation as standing or sitting at the women's option totally 3 times for 30 minutes. On the other hand, routine obstetric care was provided for the control group. The data of the study were obtained by the questionnaire including the descriptive characteristics and the obstetric data of the participants, VAS determining the pain scores, State Anxiety Inventory, Childbirth Comfort Questionnaire, and Partograph. In the data analysis, SPSS® 20 packaged software was used. In the data assessment, Student t test was used in the comparison of two independent groups for the normally distributed variables, Mann Whitney U test was employed for the non-normally distributed variables, and chi-square test was utilized for categorical variables and the significance level was assessed to be 0.05.

Results: The gestational weeks of the pregnant women participating in the study varied between 37 and 41.2 weeks and it was 39.31 ± 1.11 weeks on average. No statistically significant difference was found between the groups in terms of total duration of delivery. However, the transition phase duration of the experimental group was lower compared to the control group ($p=0.036$; $p<0.05$). When the pain (VAS) scores of both groups were assessed, a statistically significant difference was determined and the scores of the experimental group were found at 4 cm, 5-7 cm and 8-10 cm dilatation and significantly lower compared to the control group ($p=0.001$; $p<0.01$). No statistically significant difference was observed between state anxiety scores of the groups at 4 cm before the shower. However, as from the 4 cm dilatation after shower, the anxiety scores in the experimental group were found to be significantly low ($p=0.001$; $p<0.01$). Also, total comfort score of the experimental group was higher compared to the control group ($p=0.001$; $p<0.01$).

Conclusion: It was determined that hot shower application in the first stage of labor reduced the pain and anxiety in labor, had a positive effect on childbirth comfort, did not have any

effect on the total duration of delivery but it shortened the duration of the transition phase. As hot shower application in the labor has positive effects, it is considered that it may be preferred by pregnant women, midwives and other healthcare professionals and it may be used commonly together with the other non-pharmacological methods.

Keywords: Labor pain, hydrotherapy, midwifery, and non- pharmacological methods.



TEŞEKKÜR

Ebelik eğitimim ve mesleğim boyunca mesleğimin kıymetini ve önemini yansıtan ve tez çalışmam süresince bana destek ve yardımlarını esirgemeyen ve bana karşı sabır ve hoşgörü gösteren tez danışman hocam Doç. Dr. Ayla Ergin'e,

Tezimin uygulama aşamasında bana gece gündüz destek veren Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Doğumhane ünitesinde çalışan sevgili ebe arkadaşlarıma,

Hem çalışma hayatımda hem de tez çalışma aşamasında bana destek veren Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Derince Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik şefi Doç. Dr. Hasan Terzi ve klinikte çalışan uzman ve asistan hekimlerimize,

Hem yoğun iş hayatımda hem de bu zorlu süreçte her zaman yanımda olan sevgili annem ve babama ve ebelik mesleğini esinlendiğim kişi olan sevgili babaannem Fatma Taşkın'a

Çalışmama gönüllü olarak katılan ve ebelik yöntemlerini uygulamama izin veren tüm gebe kadınlara,

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım...

AYŞE TAŞKIN

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	iii
TEZİN AŞIRMA OLMADIĞI BİLDİRİSİ	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xvii
ÇİZİMLER DİZİNİ	xix
ÇİZELGELER DİZİNİ	xxi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğumun Tanımı	4
2.2. Doğumu Etkileyen Faktörler	9
2.2.1. Doğum Kanalı	10
2.2.1.1. Kemik Pelvis	10
2.2.1.2. Yumuşak Kısımlar	16
2.2.2. Doğum Objesi	21
2.2.2.1. Fetal Baş	22
2.2.2.2. Fetal Prezantasyon	24
2.2.2.3. Fetal Habitus	24
2.2.2.4. Fetal Situs	24

2.2.2.5. Fetal Pozisyon	25
2.2.3. Doğum Eylemini Gerçekleştiren Güçler	25
2.2.4. Doğum Sürecinde Rol Alan Hormonlar	26
2.2.5. Psikososyal Faktörler	36
2.3. Doğumun Başlama Belirtileri	38
2.4. Doğumun Evreleri	43
2.4.1. Doğumun Birinci Evresi	44
2.4.2. Doğumun İkinci Evresi	45
2.4.3. Doğumun Üçüncü Evresi	49
2.4.4. Doğumun Dördüncü Evresi	50
2.5. Ağrının Tanımı	51
2.5.1. Ağrı Kavramları	52
2.5.1.1. Ağrı Eşiği	52
2.5.1.2. Ağrı Toleransı	52
2.5.1.3. Ağrı Davranışı	52
2.5.2. Ağrı Teorileri	53
2.5.2.1. Primitif Teori	53
2.5.2.2. Spesifite Teori	53
2.5.2.3. Pattern Teorisi	53
2.5.2.4. Kapı Kontrol Teorisi	53
2.5.2.5. Endorfin Teorisi	55
2.5.2.6. İnteraktif Ağrı Modeli	55
2.5.3. Ağrının Sınıflandırılması	56

2.5.3.1. Kaynaklandığı Dokuya Göre Ağrı	56
2.5.3.2. Başlangıç Süresine Göre Ağrı	56
2.6. Doğum Ağrısı	57
2.6.1. Doğum Ağrısının Doğası	58
2.6.2. Doğum Ağrısının Fizyolojisi	59
2.6.3. Doğum Ağrısının Nörolojik Nedenleri	60
2.6.4. Doğum Ağrısının Fizyolojik Etkileri	62
2.6.5. Doğum Ağrısının Psikolojik Etkileri	63
2.6.6. Ağrı Algısını ve Toleransını Etkileyen Faktörler	63
2.6.6.1. Fizyolojik Faktörler	63
2.6.6.2. Psikososyal Faktörler	65
2.7. Nonfarmakolojik Ağrı Yönetimi	68
2.7.1. Doğuma Hazırlık Felsefeleri	71
2.7.1.1. Dick Read Felsefesi	71
2.7.1.2. Lamaze Felsefesi	71
2.7.1.3. Bradley Metodu	72
2.7.1.4. Hypnobirthing Metodu	72
2.7.1.5. Doğal Doğum	73
2.7.1.6. Kitzinger Metodu	74
2.7.2. Relaksasyon (Gevşeme Yöntemleri)	74
2.7.2.1. Nefes Teknikleri	76
2.7.2.2. Doğum Pozisyonları	78
2.7.2.3. Biofeedback	80

2.7.2.4. Hipnoz	81
2.7.2.5. Müzik	82
2.7.2.6. Yoga	83
2.7.3. Tensel Uyarılma Yöntemleri	83
2.7.3.1. Dokunma ve Masaj	83
2.7.3.2. Efloraj	85
2.7.3.3. Karşı Baskı	85
2.7.3.4. Yüzeysel Soğuk-Sıcak Uygulama	85
2.7.3.5. Akupunktur	86
2.7.3.6. Akupresür	87
2.7.3.7. Aromaterapi	88
2.7.3.8. İntradermal Su Enjeksiyonu	90
2.7.3.9. Transkütanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)	91
2.7.3.10. Refleksoloji	92
2.7.4. Mental Uyarılma	93
2.7.4.1. Hayal Kurma	93
2.7.4.2. Odaklanma/ Dikkat Dağıtma	93
2.7.5. Bitkisel Tedavi Yöntemleri	94
2.7.5.1. Fitoterapi	94
2.7.5.2. Homeoterapi	94
2.7.6. Hidroterapi	95
2.7.6.1. Hidroterapinin Tarihçesi	103
2.7.6.2. Hidroterapi Uygulamasını Destekleyen Kuruluşlar	104

2.7.6.3. Hidroterapinin Anne Açısından Güvenliği ve Faydaları	106
2.7.6.4. Hidroterapinin Olası Bebek Riskleri	110
2.7.6.5. Suda Doğum Kriterleri	111
2.7.6.6. Suda Doğumun Kontrendikasyonları	111
2.7.6.7. Hidroterapi ve Ebenin Rolü	111
2.8. Doğum Sürecinde Anksiyete	112
2.9. Doğum Sürecinde Konfor	115
3. Yöntem	116
3.1. Araştırmanın Tipi	116
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	116
3.3. Uygulama Adımları	118
3.4. Araştırma Evreni	118
3.5. Araştırma Örnekleme	119
3.5.1. Örnekleme Alma Kriterleri	121
3.5.2. Örnekleme Dışı Bırakılma Kriterleri	121
3.6. Araştırma Değişkenleri	121
3.7. Araştırmada Yapılacak İşlemlerin Sıralanması	122
3.8. Araştırmanın Hipotezi	122
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	122
3.10. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	122
3.11. Verilerin Analizi	124
4. Bulgular	126
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri	126

4.2. Gebeliği İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	127
4.3. Doğum ve Erken Postpartum Döneme İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması	129
4.4. Gebelerin Vital Bulguları, GKÖ puanları ve Doğum Sürelerinin Karşılaştırılması	130
4.5. GKÖ Puanlarının Dağılımı	132
4.6. GKÖ Puanlarının Karşılaştırılması	133
4.7. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Dağılımı	134
4.8. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	135
4.9. Doğum Konforu Ölçeği Puanlarının Dağılımı	137
4.10. Doğum Konforu Ölçeği Fiziksel Puanlarının Karşılaştırılması	139
4.11. Doğum Konforu Ölçeği Psikospiritüel Puanlarının Karşılaştırılması	141
4.12. Doğum Konforu Ölçeği Çevresel Puanlarının Karşılaştırılması	143
4.13. Doğum Konforu Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması	145
5. Tartışma	147
5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerin Tartışılması	147
5.2. Katılımcıların Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Tartışılması	147
5.3. Gebelerin Doğum ve Erken Postpartum Döneme İlişkin Özelliklerin Tartışılması	152
5.4. Gebelerin Vital Bulguları, GKÖ Puanları ve Doğum Süreklerinin Tartışılması	155
5.5. Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Tartışılması	159
5.6. Gebelerin Gruplara Göre Konfora İlişkin Özelliklerin Tartışılması	159
6. Sonuçlar	160
7. Öneriler	163

8. Kaynaklar Dizini	165
9.Özgeçmiş	180
10. Ek-1 Çalışma Algoritması	181
Ek-2 Tanıtıcı Anket Formu	182
Ek-3 Partograf	184
Ek-4 Doğum Konforu Ölçeği	185
Ek-5 VAS (Görsel Kıyaslama Ölçeği)	186
Ek-6 Durumluk Anksiyete Ölçeği	187
Ek-7 Sıcak Duş Deney Grubu Onam Formu	188
Ek-8 Kontrol Grubu Onam Formu	189
Ek-9 Etik Kurul İzni	190
Ek-10 Kurum İzni	192
Ek-11 Tez Denetleme Listesi	193
Ek-12 Doğum Konforu Ölçeği Kullanım İzni	194

SİMGELER VE KISALTMALAR

- AABC: Amerikan Doğum Merkezleri Birliği
- AAP: Amerikan Pediyatri Akademisi
- ABD: Amerika Birleşik Devletleri
- ACM: Avustralya Ebeler Derneği
- ACNM: Amerikan Ebe ve Hemşireler Derneği
- ACOG: Amerikan Obstetri ve Jinekologlar Derneği
- ANP: Atrial Natriüretik Posterior
- AWHONN: Kadın Sağlığı, Obstetri ve Neonatal Hemşireliği Derneği
- CAM: Kanada Ebeler Derneği
- CIMS: Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu
- CMBC: British Columbia Ebeler Derneği
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- FKA: Fetal Kalp Atımı
- HPL: Human Plesantal Laktojen
- GKÖ: Görsel Kıyaslama Ölçeği
- IASP: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği
- ICM: Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
- INC: Yeni Zelanda Ebeler Derneği
- IOM: Amerikan Tıp Enstitüsü
- ISPA: Uluslararası SPA Derneği
- MCWP: Birleşik Krallık Anne Bakımı Çalışma Grubu
- NCT: Ulusal Güvenli Doğum
- NICE: İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü
- NSF: Ulusal Hizmet Çerçevesi

OECD:(Organisation for Economic Co-operation and Development) Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü)

RBC: Kırmızı Kan Hücreleri

RCM: İngiliz Ebeler Derneği

RCOG: İngiliz Kraliyet Obstetri ve Jinekologlar Derneği

REM: (Rapid Eye Movement) Hızlı göz hareketlerinin eşlik ettiği uyku evresi

TENS: Transkütanoz Elektriksel Sinir Uyarımı

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları

TURDEP: Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokronolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması

USA: Amerika Birleşik Devletleri

VAS: Vizüel Analog Skala

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÇİZİMLER DİZİNİ

Çizim 2.2.1. Kemik Pelvis

Çizim 2.2.2. Pelvik Kemikleri Tutan Ligament ve Eklemler

Çizim 2.2.3. Pelvis Girim Çapları

Çizim 2.2.4. Pelvis Çıkım Çapları

Çizim 2.2.5. Pelvis Tipleri

Çizim 2.2.6. Pelvis Tiplerinin Karşılaştırılması

Çizim 2.3.1. Doğumun Başlama Teorileri

Çizim 2.4.1. Fetüsün Pelvik Kanalda İnişi ve Rotasyonu

Çizim 2.6.1. Doğumun Evreleri ve Ağrıya Neden Olan Fizyolojik Faktörler

Çizim 2.7.1. Doğum Ağrısının Yönetilmesinde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemler

Çizim 2.7.2. Doğum Pozisyonları

Çizim 2.7.3. Çapraz Sırt Masajı

Çizim 2.7.4. Masaj. Omuzların Ortasındaki Bası Noktaları

Çizim 2.7.5. Kadının Abdomenine ve Sırtına Duş Uygulaması

Çizim 2.7.6. Hidroterapi

Çizim 2.7.7. Suda Doğumda Kablosuz Fetal Monitör

Çizim 3.2.1. Araştırmanın Zaman Planlaması

Çizim 3.4.1. Araştırmanın Akış Diyagramı

Çizim 4.6.1 GKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Çizim 4.8.1. Durumluk Anksiyete Puanlarının Karşılaştırılması

Çizim 4.10.1. Doğum Konforu Ölçeği Fiziksel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizim 4.11.1. Doğum Konforu Ölçeği Psikospiritüel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizim 4.12.1. Doğum Konforu Ölçeği Çevresel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizim 4.13.1 Doğum Konforu Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çizelge 4.2. Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Çizelge 4.3. Doğum ve Erken Postpartum Döneme İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

Çizelge 4.4. Gebelerin Vital Bulguları, GKÖ Puanları ve Doğum Sürelerinin Karşılaştırılması

Çizelge 4.5. GKÖ Puanlarının Dağılımı

Çizelge 4.6. GKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.7. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Çizelge 4.8. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.9. Doğum Konforu Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Çizelge 4.10. Doğum Konforu Ölçeği Fiziksel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.11. Doğum Konforu Ölçeği Psikospiritüel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.12. Doğum Konforu Ölçeği Çevresel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.13. Doğum Konforu Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

GİRİŞ

Doğum her ne kadar doğal, mutlu ve anlamlı bir deneyim olarak görülse de, kadınlar genellikle bu süreçte ciddi derecede ağrı, rahatsızlık ve onu zorlayacak duyuşal durumlarla karşı karşıya kalırlar. Bu ağrı şiddetli bir akut ağrı olup, doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir sürede yaşanması ve anne bebek ilişkisi gibi nedenlerle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır. Doğum ağrısı sadece bireysel özelliklerden değil, kültürel, etnik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerden de etkilenmektedir (Mamuk ve Davas 2010, Ergin 2017, Lee ve diğ. 2013, Ergin ve diğ. 2014, Santana ve diğ. 2013).

Doğum fizyolojik olmasına rağmen tolere edilemeyen ağrı ise anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkiler. Özellikle annenin kontrolü dışındaki ağrı, korku ve gerginlik kaygı düzeyini artırır ve kadının kontrol duygusunu da etkiler (Mamuk ve Davas 2010, Henrique ve diğ. 2018, Mete 2013, Ergin ve diğ. 2017, Lee ve diğ. 2013, Ergin ve diğ. 2014).

Doğumda yaşanan ağrı ve anksiyete, fizyolojik olarak katekolamin ve kortizol salınımını artırır, sonuçta kardiyak output, kan basıncı ve periferik vasküler direnç artar. Maternal kardiyak output artışı da ilerleyicidir ve dilatasyon sırasında yaklaşık % 10 ila % 15 iken, doğum sırasında % 50 ve doğumdan hemen sonra başlangıç değerlerinin % 80'ine ulaşır. Bazı çalışmalar doğumda dolaşımdaki epinefrin ve norepinefrin düzeylerinin de % 200 - % 600 arasında arttığını göstermektedir (Santana ve diğ. 2013).

Literatürde doğum ağrısı farmakolojik (ilaçlar) ve non-farmakolojik (ilaç dışı yöntemler) olmak üzere iki yöntemle giderilebilir. Non farmakolojik yöntemlerin genellikle basit, anne-bebek sağlığı için güvenilir, kullanımı kolay, ulaşılabilir, ekonomik olması ve özel bir eğitim gerektirmemesi gibi özelliklere sahip olması beklenmektedir (Ergin ve diğ. 2017, Ergin ve diğ. 2014, Santana ve diğ. 2013).

Farmakolojik tedavide kullanılan ilaçlar somatik ağrı üzerine etki ederken, non-farmakolojik tedavilerde kullanılan yöntemler ise ağrının duyuşal, bilişsel, davranışsal ve sosyo-kültürel boyutlarını ele alarak gidermeye çalışır. Bu yöntemler herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlar ve ağrısını en az algılamaya yöneltir. Örneğin, sıcak banyo, hidroterapi, sıcak-soğuk uygulama, hareket, pozisyonlar, nefes, gevşeme egzersizleri, akupunktur, TENS, yoga, masaj, aromaterapi, müzik, hipnoz, ve steril su enjeksiyonu bunlardan bazılarıdır. Bu uygulamalar, travay sürecinde gebenin konforunu artırır ve kadının doğumda karar verme özgürlüğü sağlar. Ayrıca doğum sırasında bakımda yardımcı araçların kullanılmasını sağlayarak, sürekli doğum desteği ile birlikte ağrı, stres ve anksiyete düzeyini

azaltır, böylelikle sezaryen doğum oranları azalır ve verilen obstetrik bakımın kalitesi artar (Ergin ve diğ. 2017, Ergin ve diğ. 2014, Mamuk ve Davas 2010, Henrique ve diğ. 2016).

2018 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayımladığı rehberde nonfarmakolojik metotları daha güvenilir ve daha az invaziv olduğundan kullanılmasını önermektedir (Barbieri ve diğ. 2013, WHO 2018).

Doğum ağrısını azaltmada kullanılan non-farmakolojik yöntemlerden biri dehidroterapi uygulamalarıdır. Hidroterapinin tarihçesi hakkında yeterli kanıt olmamakla birlikte, beşinci yy.'da Hipokrat'ın kaplıca sularının tedavi edici etkisinin olduğunu bildirilmiştir (Cowan ve diğ. 2017).

Hipokrat dönemine kadar insanlarda hastalık durumunda suyun bedeni temizlediğine ve ruhuda günahlardan arındırarak iyilik hali sağlayacağına inanılmıştı (Nesipoğlu ve Özgönül 2016).Yine tarihsel belgelerde, antik çağlardan itibaren Yunan, Roma, Mısır ve Çin medeniyetlerinin holistik bakım amacıyla sağlık için hidroterapiyi kullandıkları bildirilmiştir(Cowan ve diğ. 2017, Tiainen 2014). Literatürde ilk su doğumunun Fransa'da gerçekleştirildiği, 1805 yılından itibaren nadir olarak kullanıldığı bildirilmektedir (Cowan ve diğ. 2017).

Hidroterapinin iyileştirici gücü psikolojik hastalıkların tedavisinde ortaçağda kullanılmaya başlamıştır ve inançsal öğretilerinden kaynağını almıştır. 17. yüzyılda inanç temelli anlayıştan tedavi yöntemine dönüşmeye başlamıştır. Psikiyatri hastalarının suyla tedavisi ise 19. yüzyılda yaygınlaşmaya başlamış hastalığın türüne göre sıcak ya da soğuk su banyoları, duş ve ıslak çarşafa sarma gibi yöntemler kullanılmıştır. 20. yüzyılda ise tamamen tedavi şekline dönüşerek insancıl bir boyut kazanmıştır. Selçuklu ve Osmanlı darüşşifalarında su sesinin sakinleştirici etkisinden faydalanılmıştır (Nesipoğlu ve Özgönül 2016).

İnsanlık tarihi boyunca neredeyse bütün kültürler gerginliği azaltmak, kas ağrısını rahatlatmak ve ağrıyı azaltmak için suyu kullanmıştır. İlk kayıtlı suda doğum 1805 Fransa'da gerçekleşmiştir. Fakat çeşitli doktorlar, Igor Charkovsky, Michel Odent, Michael Rosenthal ve Grantly Dick- Read resmi olarak Rusya, Fransa, İngiltere ve Amerika'da sırayla suda doğumu tanıtmışlardır. Dr. Odent ilk olarak 1983 yılında Lancet dergisinde 100 suda doğumun sonuçlarını yayınlamıştır. Onun bulguları hidroterapi kullanımının gevşemeye yardım ettiğini, endorfin salınımını arttırdığını ve uterin aktivitenin oluşturduğu ağrı algısını azalttığını bildirmiştir (ICEA 2017).

Günümüzde hidroterapi uygulamaları suya daldırma, sıcak, soğuk ya da ılık banyo şeklinde küvetlerde, jakuzide ılık suya daldırma gibi yöntemlerin yanı sıra sıcak duş şeklinde de kullanılmaktadır (Cowan ve diğ. 2017, Rathfisch ve Güngör 2017). Ayrıca bu uygulamalar, sıradan küvetten, jakuzi ve duşa kadar loş ışık ve müziği de içerebilen geniş bir yelpazede de uygulanmaktadır (Rathfisch ve Güngör 2017).

Su hidroterapinin bütün çeşitlilik, buhar ya da basınç oluşturacak şekilde kullanılmaktadır. Bu yöntem özetle, içsel ya da dışsal “suyun kullanımı” olarak tanımlanmaktadır (Tianien 2014).

Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların % 8 - % 10'unun doğum sırasında hidroterapi kullandığı öne sürülmektedir (Declercq ve diğ. 2013, Battista 2009, Vanderlaan 2017).

Sıcak banyo, duş ya da hidroterapide, terapötik olarak 37 ° C'ye ısıtılmış su kullanılır ve bu uygulama fizyolojik olarak da deri üzerindeki sinir stimülasyonunu azaltır, vazodilatasyonu sağlar, sempatik cevabı tersine çevirir ve katekolamin seviyesini düşürür. Ayrıca psikolojik olarak da, ağrıyla baş etmeye yardım eder, korku, stresi azaltır, rahatlamayı ve konforu sağlar, ağrı kesici kullanımı, doğum müdahaleleri azalır, uterus kasılmaları daha düzenli olur ve kadına daha fazla özerklik sunarak doğum memnuniyetini artırır (Henrique ve diğ. 2018, Henrique ve diğ. 2016, Perry ve diğ. 2010, Mete ve Çiçek 2016, Tuncay 2019).

Ayrıca ılık su endorfin salınımını uyarır, ağrı durumunda kontrol teorisine göre kapının kapanması için kasları gevşetir, daha iyi kan dolaşımı, oksijenasyonu sağlar ve perineal dokuların gevşemesine yardım eder. Kadınlar bu nedenle suda bulunmayı rahatlatıcı, gevşetici ve konforlu bulurlar (Lowdermilk ve diğ. 2015., Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Güner ve Kavlak 2016, Murray ve McKinney 2010). Kadınlar genellikle doğum ağrısı döneminde birkaç dakikadan birkaç saate kadar banyoda kalırlar. Doğum ağrısı sırasında hidroterapi kullanımının rahatlığı artırdığı, ağrıyı azalttığı kan basıncını düşürdüğü ve diürezisi artırdığı yine literatürde bildirilmektedir (Barbieri ve diğ. 2013, Karabulutlu 2014, Lee ve diğ. 2013). Duş lokal sıcak uygulama ile kan akışı ile birlikte gevşeme ve konfor artar. Ayrıca bu yöntem ekonomik, kullanımı kolay, güvenli ve etkili bir yöntem olup, kanıta dayalı klinik kılavuzlarda sağlıklı gebe ve yenidoğanlarda riskli olmadığı bildirilmiştir. Amerikan Ebe-Hemşire Koleji, DSÖ ve Ana-çocuk sağlık hizmetlerini temsil eden mesleki kuruluşlar doğum sırasında hidroterapinin kullanımı konusunda rehberler ve öneriler sunmuşlar, sağlıklı gebelerde sıcak duş uygulanmasının ebeler tarafından güvenle kullanılabileceğini bildirmişlerdir (Low 2016).

Doğumun aktif fazında uygulanan duş banyosunun ağrıya etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, 34 primipar gebeye standart doğum bakımının yanı sıra servikal dilatasyon 4-5 cm iken duş öncesi ve duş sonrası olmak üzere Görsel Kıyaslama Ölçeği ile (GKÖ) değerlendirilmiştir. Duş sonrası ağrı durumu, duş öncesine göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu çalışmada duş uygulaması doğum ağrısını gidermede etkili bir yöntem olarak belirlenmiştir. Su huzurlu ve güven verici bir ortam oluşturarak gebenin rahatlamasını sağlar, gebeye hareket özgürlüğü ile birlikte kendi doğum eylemine aktif katılımını sağlar ve doğum konforunu artırır (Henrique ve diğ. 2016).

Ülkemizde de, ilk çalışmalardan biri olan Tuncay ve arkadaşlarının 2017 çalışmasında, hidroterapi uygulamasının ağrıyı azalttığı ve olumlu doğum deneyimini arttırdığı belirlenmiştir (Tuncay ve diğ. 2017). Tosun'un 2019 yılında Afyon ilinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada ise 50 deney, 50 kontrol grubu alınmış, deney grubunun konfor düzeyinin sıcak duş uygulaması ile arttığı belirlenmiştir (Tosun 2019).

Tuncay ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmada ise, hidroterapi aktif fazda uygulanmış, deney grubunun aktif faz ve ikinci evre süreleri anlamlı derecede kısaldığı ve deney grubunda 6-10 cm dilatasyonda ağrı düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada, deney grubunun ebeveyn davranışı ve doğum deneyimlerinin daha pozitif olduğu ifade edilmiştir (Tuncay ve diğ. 2019).

Ebeler tarafından intrapartum dönemde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden biri olan sıcak duş uygulaması, dünyada çok kullanılmakla birlikte ülkemizde konu ile ilgili deneysel bir çalışmaya rastlanılmıştır. Bu çalışmada, doğumun birinci evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisini belirlemek ve ebelik uygulamalarına katkı sağlamak amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

2.1. Doğumun Tanımı

Gebelik ve doğum kadın, eşi ve ailesi için birçok değişikliklerin yaşandığı önemli, özel ve heyecanlı bir dönem ve içgüdüsel bir eylemdir (Ergin 2017, Ratfisch 2012, Aktaş ve Erkek 2018, Barnett 2008, Coşar 2012, Güner ve Kavlak 2016). Hill (2018) yılında normal doğumu ifade etmede genelde güçlendirici, dünyevi ve esrarengiz kelimeleri kullanır ve

gerçekte normal olan nedir? diyerek normal terimini kutupsallaştırıcı, duygusal ve öncelikle belirsiz olarak tanımlar.

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu da (ICM), doğumun fizyolojik bir süreç olmasından, doğum ile ilgili konularda öncelikli karar verecek kişinin kadının kendisi olduğundan, ebelerin gereksiz müdahalelerden kaçınması gerektiğinden ve kadının özgüvenini arttıran girişimlerde bulunarak doğuma ebelerin destek olmaları gerektiğinden bahseder(ICM 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre ise normal doğum, 37-42 gebelik haftalarında düşük riskli ve kendiliğinden başlayan, doğum eyleminin başından doğumun sonuna kadar yinesürdürülebilir düşük riski olan,yenidoğanın verteks prezantasyonunda doğduğu ve doğumdan sonra anne bebeğin durumunun iyi olduğu doğumdur ve yayınladığı kanıta dayalı altı uygulamanın doğumu yöneten sağlık profesyonelleri için kılavuzluk etmesi amacıyla sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum sürecinin gerçekleşebileceğini ifade eder. Bunlar;

- Doğum kendi kendine başlamalıdır.
- Doğumda yatağa bağımlı kalınmamalıdır.
- Hareket ve pozisyon özgürlüğü esastır. Doğumda dik pozisyon tercih edilmelidir.
- Doğumda sürekli destek gerekir.
- Gereksiz müdahale doğuma müdahale edilmemelidir.
- Doğumdan sonra anne ve bebek bir arada kalmalıdır (Özkan 2019, Ergin 2017, Taşkın 2002, Tokat 2016).

Özetle doğum eylemi fizyolojik olarak; fetüs, amniyotik mayi, plasenta ve membranların uterustan ayrıldığı ve vajen yoluyla dış dünyaya atıldığı düzenli uterin kontraksiyonlara servikal efasman ve dilatasyon ile fetal inişin eşlik ettiği fizyolojik bir olay olarak tanımlanır(Arıkan 2014, Tokat 2016, Perry ve diğ. 2010, Erenel ve Çiçek 2018).

Doğumu normal doğum olarak tanımlamak ancak retrospektif bir değerlendirme mümkün olup Kuzey Amerika ve Avrupa'da normal doğumun tanımı konusunda farklı görüşler bildirmişlerdir(Tokat 2016). Kadın Sağlığı Obstetri ve Neonatal Hemşireliği Derneği (AWHONN) normal doğumu, yenidoğanın sağlıklı doğduğu, yoğun bakıma gitmediği, doğum sonu annede perineal yırtıkların ve kanamaların olmadığı durum olarak ifade eder (Tokat 2016). Kanada Ebeler Birliği (CAM) ise bu tanımlara kanıta dayalı girişimleri de ilave eder

(Tokat 2016). Birleşik Krallık Anne Bakımı Çalışma Grubu (MCWP) 2007, İngiliz Ebeler Derneği (RCM), Royal Obstetri ve Jinekologlar Derneği (RCOG) ve Ulusal Güvenli Doğum (NCT) derneği isenormal doğumu, doğumu spontan olarak başlayan, herhangi bir tıbbi ilaç verilmeden spontan devam eden ve spontan sonlandırılan eylemdir diye ifade eder. Bu süreçte indüksiyon olmadan doğumun uzaması, amniyotomi uygulaması veya doğumu kolaylaştıracak herhangi bir araç kullanılması, azot oksit/ oksijen ve opioidlerin kullanımı, elektronik fetal monitorizasyon yapılması, doğumun üçüncü fazına müdahale edilmesi, antepartum, intrapartum veya postpartum kanama, perineal travma, yırtık ve yenidoğan yoğun bakım gereksinimi gibi doğum sonuna ait komplikasyonları da normal kabul eder (Tokat 2016).

Ancak normal doğum kavramına, doğumda indüksiyon uygulanması, membranların yapay olarak açılmasını, doğumda epidural, spinal veya genel anestezi kullanılmasını, forseps vakum, sezeryan veya epizyotomi uygulaması gibi uygulamalarını ise dahil etmez(Tokat 2016). Avustralya hazırlanan klinik rehberde İngiliz Obstetri ve Jinekologlar Derneği (ROCG)' nin kriterlerini benimseyerek, normal doğumun; yaşam evrelerinde meydana gelen normal, fizyolojik bir süreç olduğunu ve kadınların doğum deneyimleri ve tercihlerinde daha fazla saygı duyulması gerektiğini vurgular. Ayrıca doğumu destekleme rehberlerine, pozitif bir doğum bakım felsefesini, doğum sürecinde ve doğumda hormonal fizyolojinin bilinmesini, açık iletişim ve profesyonel işbirliğini, uygulanan bakımın ve bakım vericinin devamlılığını, bire bir ebe desteğini, doğum çevresini düznetmeyi, gebelik boyunca doğum eylemine hazırlanmayı, sıvı ve gıda alımını, hareket ve pozisyon özgürlüğünü, emzirmenin desteklenmesini ve doğum sonrası anne ve bebek birlikteliğini devam ettirmeyi ekleyerek, verilen bakımın kadın odaklı yada güvenli olup olmadığını sorgular (Queensland 2017).

Doğum servislerini geliştirme koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services CIMS) ise doğum sürecinin normal, doğal ve sağlıklı bir süreç olduğuna vurgu yapar. Anne ve bebeğin doğum için gerekli bilgiye doğal olarak zaten sahip olduğunu, emzirmenin yenidoğan için en uygun beslenme kaynağı olduğunu, doğumun hastane, doğum merkezlerinde ve evlerde ebelik bakım modeline göre gerçekleştirilebileceğinden bahseder (Tokat 2016, Demir ve diğ. 2012, Coşar ve Demirci 2012).

Uluslararası Lamaze Birliği ise 2007 yılında, normal doğum eylemi tanımında, DSÖ tanımına benzer şekilde, doğum kendiliğinden başlamasını, doğum sırasında kadının hareket özgürlüğünü, sürekli doğum desteği olması gerektiğini, rutin müdahalelerin olmamasını, dik

veya yerçekimine uygun pozisyonda spontan ıkmayı ve doğumdan sonra anne ve bebeği ayırmaması, bağlanmanın sağlanması ve emzirmenin sağlamak için sınırsız fırsat sunulması gerektiğinden bahseder (Tokat 2016, Coşar ve Demirci 2012). Bir doğum eyleminin normal kabul edilebilmesi için, Sağlık Bakanlığı rehberlerinde de; miadında sağlıklı bir gebe ve fetüsün varlığı, sürecin kendiliğinden başlaması, tek ve canlı bir fetüsün olması, fetüsün verteks pozisyonunda olması, baş-pelvis uygunsuzluğu olmadan kendiliğinden başlayıp, doğumun başlangıcından sonuna kadar normal düzende devam eden kontraksiyonlarla fetüs ve eklerinin herhangi bir yardımcı girişim olmadan, sağlıklı olarak doğması, süreç boyunca 500 cc'den fazla kanama olmadan gerçekleşmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Özkan 2019, Karahan 2010).

Kısaca, normal doğum eylemi, düzenli uterus kasılmalarının serviksin incelmesine ve genişlemesine yol açarak fetüsün uterustan doğum kanalı yolu ile doğmasıdır. Son menstrual perioddan 40 hafta sonra kendiliğinden başlayarak tek ve canlı bir fetüsün varlığı ile baş-pelvis uyuşmazlığı olmadan düşük riskde sağlıklı bir fetüsün doğması ve doğum sonu anne ve yenidoğanın sağlık durumunun iyi olma halidir (Ratfish 2017).

Son zamanlarda bu tanımların yanına bebek doğar doğmaz anne kucağına verilerek tensel temasın sağlanması hatta emzirmenin başlatılması da eklenmektedir (Ergin 2017). Gold ise, 2000 yılında, DSÖ'ünün tanımına ek olarak doğum süreci ve doğum anne tarafından gerçekleşen ağır fiziksel aktivite olarak ifade eder ve yeni rolüne alışmaya hazır sağlıklı anne ve bebek, kendini gerçekleştirmiş güçlü motive kadın, doğumda aktif kontrolü olan ve kendi kendine üretken çabası nedeniyle başarma hassasiyeti olan anneye vurgu yapar (Tokat 2016).

Yücel'in bildirdiğine göre Buckley ise "rahat bir doğumu, hormonların orkestra gibi iyi yönetilerek çok hassas şekilde dahil ve dengede olması şeklinde tanımlanmaktadır (Chapman 2018).

2013 yılında Portekiz, İngiltere, Brezilya, Hollanda, İtalya, Danimarka ve Çek Cumhuriyetigibi ülkeler bir araya gelerek normal doğumunun tanımı üzerinde çalışmışlar ve herhangi bir teknik ya da medikal müdahalenin olmadığı fizyolojik bir süreç olarak kabul etmişlerdir (White ve Schouten 2014).

Görüldüğü gibi normal doğum tanımı, yardımsız fizyolojik süreç anlamında doğal doğum tanımı ile birleştirilmiştir (White ve Schouten 2014). Yine de bu tanımın kültürlere ve kurumlara göre değişkenlik gösterdiği literatürde sıkça söz edilir. Sosyal bilim araştırmaları

da doğumu uygulanan medikal müdahalenin ve doğumda bakım hizmeti veren kişinin felsefesiyle doğrudan ilişkisi olan uluslararası bir olgu olduğu vurgular. Kadınların doğum tercihlerinin, doğum ve müdahale çeşidinin maliyetlerinin, ahlak ve etik konularının birbirleriyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (White ve Schouten 2014).

Feminist açıdan doğum tanımsız geleneksel ebeliğin işleyişine, doğum ağrısı çeken kadınların deneyimleri ve kadının bedenini disipline etmede medikal meslek olarak düşünülen ebeliğe yeni ve taze bir bakış açısı getirmiştir. Doğumun kişilerin etrafındaki inançların, tercihlerin , ritüel uygulamaların oluşturduğu ve etkilediği kültür ve topluma geniş bir bakış açısı sağladığı belirtilmiştir (White ve Schouten 2014).

Doğum hizmeti sunumunda standart yaklaşıma bir ihtiyaç olarak, çeşitli ülkelerde sağlık profesyonelleri ve özellikle ebelere istedikleri tarzda kadın odaklı destek ya da daha holistik sağlık hizmeti sunma fırsatı verilmediği ifade edilmiştir (White ve Schouten 2014).

Ülkeler arasında hatta aynı ülke içinde bile doğum sırasında medikal müdahale farklılığının sadece kadın fizyolojisiyle ilişkili olmadığı, sosyal, kültürel durumlar, sağlık hizmeti organizasyonu, yönetimi ve sağlık personelinin davranışıyla da ilişkili olabileceği ifade edilmiştir. Doğum ağrısı sırasındaki kadının kişilik yapısının yanı sıra, sağlık personeli ve kadın arasındaki etkileşim her bir vaka da uygulanan medikal müdahalenin derecesini belirlemede yardımcı olabildiği dile getirilmiştir.

Uluslararası alanda doğumun medikalleştirilmesi konusundaki tartışmalar ve şüpheler, anneler, babalar, aileler, sivil toplum ve meslekler tarafından desteklenen medikalizasyona karşıtlık ve hümanizasyon hareketini teşvik etmiştir (White ve Schouten 2014). 2010 yılında Midwifery dergisi ise, doğumu sosyal ve medikal modeller üzerinden açıklamıştır. Doğumu sosyal model olarak, doğal fizyolojik bir durum olarak ifade eder. Normal doğum yüksek riskli gebelikler ve medikal müdahalenin hiç olmadığı durumlar olarak tarif edilir. Doğum yapan kadının tecrübesi önemlidir ve sağlıklı bir bebek doğurmak olağanüstü bir duygudur (Bryers ve Teijlingen 2010). Medikal model de ise, doğayı kontrol altına almak ve medeniyetleşme sürecinde doğumu da kontrol altına alma çabası vardır. Bu yaklaşımda, kadınların bedenleri profesyoneller tarafından kontrol edilir. Bu modelde, kadınlar, medikal destek ve müdahale olmadan, güvenli bir şekilde doğurabilme yeteneklerine olan inançları da daha azdır. Doğum eylemi sırasındaki ağrı korkusu (tokofobi), bu çelişkinin de başka bir yüzüdür (Bryers ve Teijlingen 2010).

Maternal bakımda medikal ve sosyal modelin birbiriyle çeliştiği ve çatıştığı ifade edilir. Bu kısmen de her bir meslek grubunun, gebelik ve doğumu değerlendirmede farklı tutum ve değerlere sahip olmaları ile ilgilidir. Ayrıca ebelerin hepsinin sosyal modele doktorların hepsinin de medikal modele bağlı kalmadıkları da ifade edilmektedir (Bryers ve Teijlingen 2010).Toplumsal cinsiyet temelli uygulamada, sosyal ve medikal model arasında doğum tanımında farklılıklar özellikle, tıbbın bir erkek mesleği, ebeliğin ise bir kadın mesleği olarak algılanmasında yatar. Erkek cinsiyeti temelli yaklaşımda, klinik ortam, risk savunuculuğu, zaman yönetimi, kontrol ve müdahale hakimdir. Kadın temelli yaklaşımda ise, riskin, doğallığın, zamanının kabulü, bir şeyleri olmaya, dinlemeye, hissetmeye, bağlanmaya izin verme ve somutlaşan bilginin kabulü söz konusudur. Eğer ebelerde egemen olan model sosyal ise ve kadın buna bağlı kalıyorsa, bunu iyi bir doğum deneyimi ve pozitif hissetme olarak içselleştirebilir. Böylece anneliğe pozitif bir geçiş olur. Eğer kadın yüksek risk kategorisinden dolayı sezaryen ya da epidural gibi müdahaleler yapılan medikal bir doğumu seçmişse, kadın bunu kötü bir doğum ve hayatının başarısız bir parçası olarak içselleştirebilir. Böylelikle normal doğumun tanımının ve modellerinin, kültür, sosyal, ekonomik ve politikadan etkilenen sosyal yapılarla ilişkili de olduğu söylenebilir (Bryers ve Teijlingen 2010).

2.2. Doğumu Etkileyen Faktörler

Gebeliğin son döneminde kadın ve fetus, doğum sürecine hazırlık yapar. Fetus, extrauterin hayata hazırlanmaktadır. Kadın anneliğe ve doğuma hazırlık için gebelik döneminde çeşitli fizyolojik ve psikolojik değişiklikler yaşayarak adapte olmaya çalışır. Doğum süreci ve doğum, gebeliğin bitişini, yenidoğan için extrauterin hayatın başlangıcını ve ailenin yaşamındaki bir değişikliğini temsil eder (Cashion 2016).

Doğumu etkileyen pek çok faktörler bulunmaktadır. Literatürde bu faktörler doğum kanalı (pelvis- yol), doğum objesi (fetus-yolcu), doğumu gerçekleştiren güçler (kontakasyonlar ve amniotik mayi basıncı)ve annenin psikolojik durumu şeklinde tanımlanırken, son yıllarda bu faktörlere hormonlar, ağrı, çevre, etno-kültürel faktörler, hastane ve bakım vericilerin politikaları (aile ve kadın merkezli bakım, kanıt temelli bakım) ve psiko- emosyonel bakım (doğum deneyimine medikal olmayan bir bakışa öncelik verilmesi) gibi faktörler de ilave edilmiştir (Tokat 2016, Cashion 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Durmaz 2018, Güner 2016, Özkan 2019).

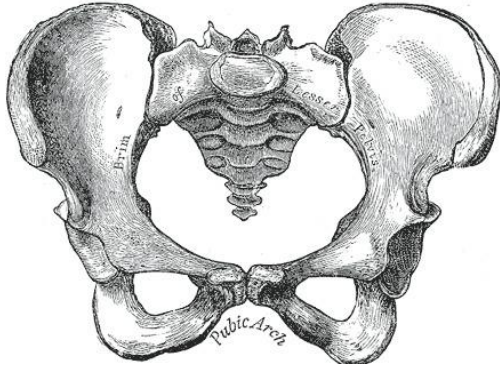
2.2.1 Doğum Kanalı

Doğum eyleminde rol oynayan faktörlerden biridir. Doğum kanalı, kemik pelvis ve yumuşak kısımlardan oluşmaktadır. Normal doğumun gerçekleşmesi için bu yapıların doğum objesi (fetüs) ile uyumlu olması gerekir (Rathfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016). Yumuşak dokular özellikle pelvik taban kasları fetüsün vajinal doğumuna katkıda bulunuyorken, maternal pelvis doğum sürecinde daha büyük bir rol oynar, çünkü fetüs bu rijit doğum kanalına başarılı bir şekilde uyum sağlamak zorundadır (Cashion 2016, Güner ve Kavlak 2016).

2.2.1.1. Kemik Pelvis:

Gövdenin sona erdiği ve alt ekstremitelere vücut ağırlığının iletiği leğen şeklindeki kemik “kemik pelvis” olarak tanımlanmaktadır (Pala ve Koyuncu 2014). Kemik pelvis anatomik özellikleri ile, normal doğumun gerçekleşmesi için önemli olup, en önemli görevi genital organları ve fetüsü korumaktır (Rathfisch 2017, Durmaz 2018, Rathfisch 2012, Yılmaz ve Bal 2017, Binici 2005, Güner ve Kavlak 2016). İki adet koksa (ilium, iskiyum, pubis), sakrum ve koksiks kemiklerinden oluşur. Bu iki koksa, sakrum ve koksiks kemikleri, sakroiliak ve sakrokoksigeal eklemlerle hafif derecede hareket yeteneğine sahip olarak doğumun gerçekleşmesinde bir öneme sahiptir. Simfizis pubis ise, doğum eyleminde birleşim yeri bir-iki milimetre ayrılarak pelvis çaplarının genişlemesini sağlayan pelvis kemiğinin önünde yer alan kırkırdak bağıdır (Rathfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Durmaz 2018, Cashion 2016, Perry ve diğ. 2010, Binici 2005, Güner ve Kavlak 2016). Normal gebelik süresince korpus luteum ve plasentadan salınan progesteron ve relaksin hormonu etkisi altında kalan sakroiliak eklemler ve simfizis pubis hareketinde artış gözlenmektedir. Ayrıca eklemlerin çevresindeki bağlarda yumuşama ve hiperemi de izlenir. Pubisin artmış mobilitesiağrıya neden olup yürümeyi zorlaştırabilir. Pelvik bağlardaki bu lokaldeğişikliklerin yanında gebelikte genel olarak tüm eklemlerde gevşeme olduğu, myometriyumun gevşediği, serviksin yumuşadığı ve simfizis pubisin ayrıştığı ifade edilmiştir (Pala ve Koyuncu 2014, Salman ve diğ. 2005, Akyüz ve Bayındır 2013). Gebelikte meydana gelen sırt ağrısına postural değişiklikler ve biyomekanik yüklenmenin sebep olduğu ve genellikle multiparlarda ve daha önceki gebeliğinde sırt ağrısı hikâyesi olanlarda ortaya çıktığı belirtilmiştir. Ayrıca abdominal kasların gergin tonüsleri azalmış olduğundan standart postürü gerçekleştiremezler. Ayrıca gebelikte anterior posterior longitudinal ligament değişiklikleri, artmış lordoz ve kas iskelet sistemi değişikliklerine bağlı olarak da eklemlerde gevşeme, simfizis pubisin ve sakroiliak

eklemin mobilitesinde artış izlenir. Böylece doğum kanalı doğuma hazırlanır (Akyüz ve Bayındır 2013).

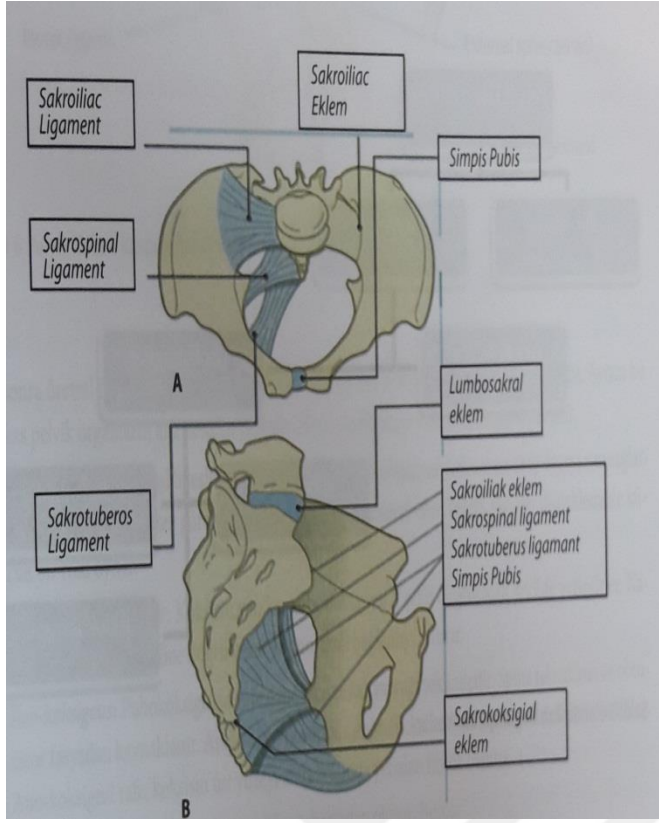


Çizim 2.2.1. Kemik Pelvis, Wobser Anatomy (2019)' dan alınmıştır.

Pelvis, ilium ve iskiumun birleştiği linea terminalis denilen hayali bir çizgiyle ikiye ayrılır. Linea terminalisin pelvis kemiğinin arkada promontorium yanlarda iliumların ortasından ve önde karın ön duvarından geçtiği varsayılarak pelvisi yalancı pelvis ve gerçek pelvis olarak tanımlanır (Ratfish 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Pala ve Koyuncu 2014, Binici 2005, Cashion 2016, Güner ve Kavlak 2016). Yalancı pelvisin obstetrik açıdan doğumla ilgili fonksiyonu pek yoktur. Gebelik boyunca büyüyen fetüs ve uterusu destekler. Doğum eylemi yönünden gerçek (küçük) pelvisle fetüsün uyumu büyük öneme sahiptir. Gerçek pelvis, pelvis girişi, pelvis boşluğu ve pelvis çıkımından oluşmaktadır.

Gerçek pelvisin gebelik ve doğumda fetüsün başı ile uyumu çok önemlidir. Fetal baş ile pelvis ölçümlerinin uyuşmadığı durumlarda, vaginal doğum zorlaşmakta ve hatta bazen imkânsız hale gelmektedir (Özkan 2019).

Pelvik kavite ya da orta pelvis, kısa anterior duvarı ve daha uzun konkav posterior duvarı ile kavisli bir geçittir. Koksiks, sakrum, iliumun bir kısmı, iskium ve simfizis pubisin posterior tarafından sınırlarını çizer. Pelvik çıkım ise, gerçek pelvisin daha kısa sınırınıdır. Aşağıdan bakıldığında oval, biraz elmas şeklinde ve anteriordan pubik ark, lateralden iskial tüberositler ve posteriordan da koksiks kemiği ile sınırlıdır. Gebeliğin daha ileri döneminde koksiks hareketlidir. Örneğin bir kayma sırasında ya da düşmede eğer kırılmazsa iyileşme sırasında sakruma birleşir. Pelvik kanalın çeşitli seviyelerde ölçü ve şekli değişir. Çünkü fetüs ilk önce pubik ark'ın altından geçmek zorundadır (Cashion 2016).



Çizim 2.2.2: Pelvik Kemikleri Tutan Ligament ve Eklemler-A; Önden Kesit, B; Sagital Kesit. Özkan (2019)'dan alınmıştır.

Pelvis girim çapları

Konjugata Anatomika: Sakral promontoryumun ortasından pubis kemiğinin ortasına kadar uzanır. Yaklaşık 11,5 cm uzunluğundadır. Obstetrik önemi yoktur (Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Konjugata Obstetrika: Sakral promontoryumdan simpizis pubisin posterior superior kenarına uzanır. Bu nokta simpizis pubisin arkasından pelvik kaviteye doğru çıkıntı yapan noktadır. Obstetrik konjugata yaklaşık 11 cm uzunluğundadır. Fetüsün içinden geçmek zorunda olduğu çaplardan biri olması sebebiyle önemli bir çaptır (Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

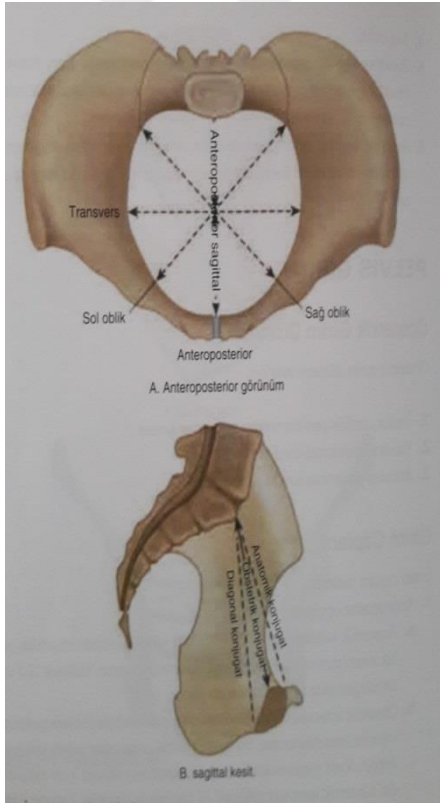
Konjugata Dioganalis: Subpubik açıdan sakral promontoryumun ortasına kadar uzanır. Yaklaşık 12,5 cm uzunluğundadır. Bu çap hastada manuel olarak ölçülebilir. Kendisinden 1,5 cm çıkarılarak obstetrik konjugatanın yaklaşık uzunluğu elde edilebilir (Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Güner ve Kavak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Transvers Çap: İliopektinal çizgiler arasındaki en geniş mesafe olup yaklaşık 13,5 cm dir.

Sol Oblik Çap: Sol sakroiliak eklemden sağ iliopektinal hattauzanır ve 12,5 cm uzunluğundadır.

Sağ Oblik Çap: Sağ sakroiliak eklemden sol iliopektinal hatta uzanır ve 12,5 cm uzunluğundadır.

Posterior Sagittal Çap: Anteroposterior ve transvers çap kesişiminden sakral promontoryum ortasına uzanır ve yaklaşık 4,5 cm' dir (Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).



Çizim 2.2.3. Pelvis Girim Çapları. Posner (2014)'den alınmıştır.

Pelvis çıkımın çapları ise;

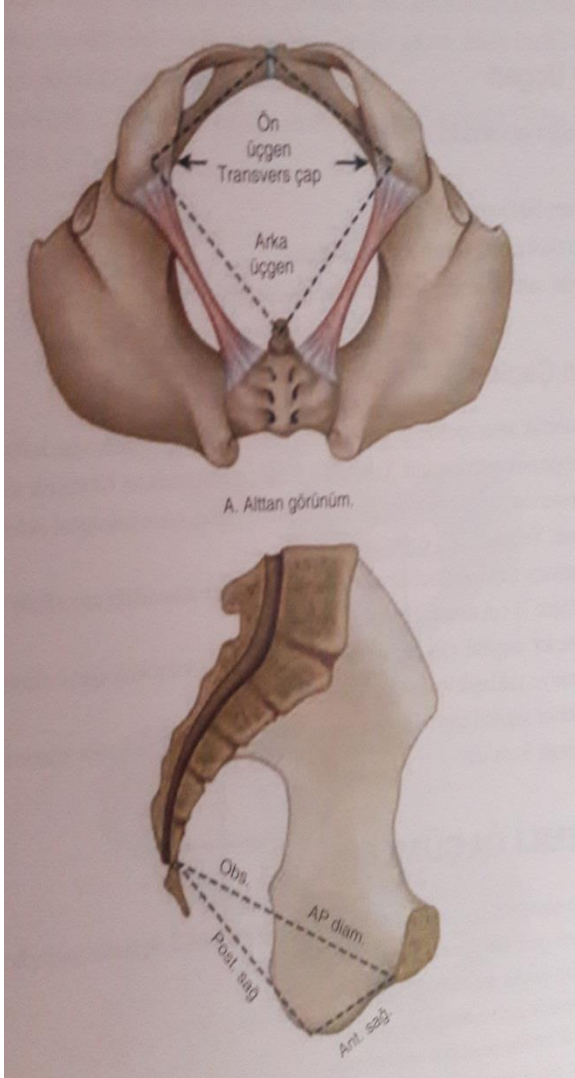
Anatomik Antero posterior çap: Simpizis pubisin inferior kenarından koksiksin tepe noktasına uzanır ve 9,5 cm uzunluğundadır.

Obstetrik anteroposterior: Simpizis pubisin alt kenarından sakrokoksigeal ekleme uzanır ve 11,5 cm'dir.

Transvers Çap: İskial tüberositlerin iç yüzeyleri arasındaki mesafedir ve 11 cm uzunluğundadır.

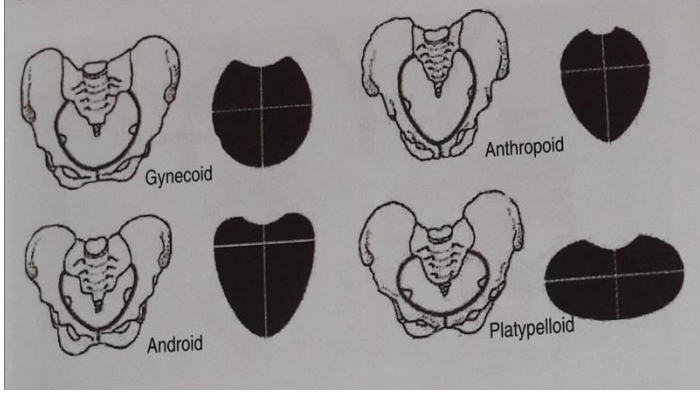
Posterior sagital çap: Transvers çapın ortasından sakrokoksigeal ekleme uzanır ve 9 cm uzunluğundadır.

Anterior sagital çap: Transvers çapın ortasından subpubik açığa uzanır ve 6 cm'dir(Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).



Çizim 2.2.4. Pelvis Çıkım Çapları. Posner (2014)'den alınmıştır.

Ayrıca pelvis kemiği, jinekoid tip pelvis, android tip pelvis, antropoid tip pelvis ve platipalloid tip çeşitlerden oluşmuştur (Yılmaz ve Bal 2017, Durmaz 2018, Binici 2005, Melekoğlu ve Büyükkurt 2014, Cashion 2016, Güner ve Kavlak 2016).



Çizim 2.2.5. Pelvis Tipler. Bal ve Yılmaz (2017)'den alınmıştır.

En yaygın tipi bütün kadınların %50'sinde bulunan jinekoid pelvis tipidir. Android ve antropoid özellikler daha az yaygın olmakla beraber platipelloit tip pelvik özellikler en az yaygın olanıdır.

Çizim 6. Pelvis Tiplerinin Karşılaştırılması

	JİNEKOİD	ANDROİD	ANTROPOİD	PLATİPELLOİD
	Kadınların %50'de	Kadınların %23'de	Kadınların %24'de	Kadınların %3'de bulunur.
Kenar,sınır	Hafifçe oval ya da enine yuvarlak	Kalp şeklinde, açılı	Oval, daha geniş anteriorposterior	Dümdüz anteriorposterior, enine geniş
Şekil	Yuvarlak 	Kalp 	Oval 	Düz 
Derinlik	Orta	Derin	Derin	Yayvan
Kenar Duvarı	Düz	Bir noktada birleşik	Düz	Düz
İskial Spinalar	Körelmiş, biraz genişçe ayrık	Çıkıntılı, dar spinalar arası çap	Çıkıntılı, dar spinalar arası çap	Körelmiş, genişçe ayrık
Sakrum	Derin, kavisli	Hafifçe kavisli, uç kısmı	Hafifçe kavisli	Hafifçe kavisli

		genellikle gagalı		
Subpubik kanal	Geniş	Dar	Dar	Geniş
Normal Doğum Şekli	Vajinal Spontan Oksipitoanterior pozisyon	Sezeryan Vajinal Forsepsle zor	Vajinal Forseps Spontan Oksipitoposterior ya da Oksipitoanterior Pozisyon	Vajinal Spontan

Çizim 2.2.6. Pelvis Tiplerinin Karşılaştırılması. Lowdermilk (2016)'dan alınmıştır.

Kemik pelvis ilk prenatal muayene sırasında değerlendirilebilir ve pelvis yeterli ölçü ve şekle sahipse muayenenin tekrar edilmesi gerekmez. Gebeliğin üçüncü trimesterdeki muayenede, pelvik eklem ve ligamentlerin hormonal etkiyle yumuşaması ve mobilitesinin artmasından dolayı daha kapsamlı ve daha doğrusal sonuçlar verebilir. Simpizis pubis ekleminin genişlemesi ve değişkenliği pelvik eklemlerde ağrıya sebep olabilir. Muayene eden kişi kemik pelvisin değişen miktarda ölçü ve şekildeki yumuşak doku ile örtülü olmasından dolayı direkt kemik yapıya ulaşamaz. Hassas kemik pelvis ölçümleri bilgisayarlı tomografi, ultrason ve X-Ray ile belirlenebilir. Fakat radyolojik muayene fetüse zarar verme ihtimalinden dolayı nadiren yapılır. Hatta hassas pelvik ölçümler, fetüsün pelvise ve maternal yumuşak dokuya uyum sağlayacağı birçok şekilden dolayı kadının vaginal doğum yeteneğini daima belirtmez (Cashion 2016).

2.2.1.2. Yumuşak Kısımlar

Pelvis Tabanı

Pelvik taban, aşağı perineal alandan, yukarı perineal kaviteyi ayıran bir kas tabakasıdır. Pelvis tabanının doğum eylemindeki işlevi kasların oluşturduğu oluk sayesinde fetüsün önde gelen kısmını pelvis çıkımına doğru ilerletir, prezante olan kısmın ön rotasyonuna yardım eder ve fetüsün doğmasına yardımcı olur. Ayrıca vajinanın yumuşak dokusu, fetüsün dış dünyaya geçişine izin vermesi için terme kadar gebelik boyunca gelişir (Cashion 2016, Ratfisch 2017, Kocaoğlu ve İtil 2014). Ayrıca perine ve pelvis tabanının kadın genital

organlarına destek olma ve organları yerinde tutma ve korumagörevi de vardır (Cashion 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Kocaoğlu ve İtil 2014). Etkili karın içi basınç oluşturmak için diyaframın, karın duvarının ve pelvik tabanın kaslarının mutlaka birlikte kasılmaları gereklidir. Pelvik taban; levator ani, ve koksiks kasları tarafından oluşur ve parietal fasya tarafından tamamen kaplanır. Ürogenital hiatus, üretra ve vajinanın boylu boyunca geçtiği ön boşluktur. Rektal hiatus arkadadır, rektum ve anal kanal rektal hiatus içinden geçer (Kocaoğlu ve İtil 2014). Perineum, forşet ve anüs arasında yer alır, pelvik yapıları örten, deri kaplı müsküler alandır ve perineal vücudun temelinden şekil alır. Pelvisin ligament, fasia ve kas tabakasına bir çapa gibi hizmet eden kama şeklinde kitledir (Olshansky 2016).Pelvik taban kasları, üretral kapanma basıncını sağlayan ve pelvik organlara (üretra, vagina, rektum) yapısal ve fonksiyonel destek veren kas gruplarıdır. Pelvik taban kas yapısı cinsel sağlık ve kontinansın sürdürülmesi açısından önemlidir (Mamuk ve diğ. 2018, Cangöl ve diğ. 2013). Ayrıca pelvik taban, abdomino pelvik basınca karşı koyarak, gebelik gibi pelvis tabanına ciddi yük getiren fizyolojik süreçlerde genital organların normal anatomisini korur (Mamuk ve diğ. 2018).

Pelvis taban fonksiyonları;

- 1.Pelvik ve abdominal organları destekler ve pozisyonlarını korur, zayıflaması bu organların prolapsusuna neden olur.
- 2.Vajinal ve anal sfinkterlerin hareketini sağlar, miksiyon ve defekasyonun kontrolünden sorumludur, defekasyonun anal kanaldan aşağı doğru itilmesini sağlar.
- 3.Cinsel ilişkide önemli rol oynar
- 4.Doğumda, fetüsün doğum kanalından geçerken pasif hareketini etkiler. Fetüs başının oblikten antero-posterior pozisyona rotasyonunu kolaylaştırır.
- 5.Etkili karın içi basınç oluşması için diyafram ve karın duvarı ile birlikte kasılır. Öksürme, hapşırma, gülme ve kusma gibi durumlarda karın içi basıncı sağlar (Özkan 2019, Kocaoğlu ve İtil 2014, Cangöl ve diğ. 2013).

Perine

Perine, pelvik diyaframın hemen altında yer alan, üretra ve vajinanın içinden geçtiği elmas şeklindeki alandır. Üst kısmında levator ani kası ve koksiks, yanlarda pelvik çıkışı oluşturan

kemik ve ligamentler, alt kısımda cilt ve fasya bulunur. Bu alan önde ürogenital üçgen arkada anal üçgen olarak ikiye ayrılır(Yılmaz ve Bal 2017, Bolatlı 2018, Yenieli ve diğ. 2009).

Uterus

Kadın üreme sistemi, pubisten perineye kadar görünebilen dış yapılar ve pelvik kavitede yerleşik iç yapılardan oluşmaktadır. External ve internal kadın üreme organları, östrojen ve progesterona yanıt olarak gelişir ve olgunlaşır. Bu süreç fetal hayatta başlar ve puberte ve doğurganlık yılları boyunca devam eder. Yaşla beraber ya da ovarian hormon üretiminin düşmesine bağlı olarak üreme organları atrofik olur. Bu organların fonksiyonları kompleks bir sinir ve kan desteği sağlar. External genital organların görünümü, genetik, yaş, ırk ve bir kadının doğurmuş olduğu çocuk sayısı ile ölçü, şekil ve renk açısından değişikliğe uğrar(Olshansky 2016). Fizyolojik olarak, uterus, mesane, rektum ve vajinanın üst kısmı arasında pelvik kavitede orta hatta oturan, baş aşağı armut şeklinde olan müsküler yapıda ve gebeliğin üçüncü ayı ile birlikte küre şeklini alarak ante-versiyo-fleksiyo pozisyonunda olan hareketli bir organdır (Olshansky 2016, Şahin 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Güzel 2014, Gümüşsoy ve Kavlak 2016, Topaktaş ve Armağan 2015). Gebelik öncesi 7-8 cm uzunluğunda, 4 cm genişliğinde, 2,5 cm kalınlığında ve 50-70 gram ağırlığında bir organ iken ağırlığı termde, 800-1200 grama ulaşabilen ve 4000 ml hacminde geniş bir keseye dönüşebilen bir yapıdadır. Uterus altıncı haftaya kadar ters armut gibi olan doğal şeklini korur, altıncı haftadan 12. haftaya kadar yuvarlak şeklini alır. Uterusdaki genişleme simetrik değildir, fundal ve plesantaya komşu bölgedeki myometrium daha fazla genişlemiştir. Gebelik sırasında östrojen ve progesteron hormonlarının seviyesinin artışına cevap olarak, myometrium lifleri ve endometrium dokusundaki hipertrofi ve hiperplazi nedeniyle uterus duvarı kalınlaşır. Hipertrofi gebeliğin ilk birkaç ayı boyunca devam eder, daha sonra kaslardaki gerilmeye bağlı olarak uterus duvarı incelir ve son trimesterde fetüs abdominal duvardan kolayca palpe edilebilir. Uterus, pelvisden yükselirken solda sigmoid kolon ve rektumun bulunması sebebiyle sağa doğru rotasyon yapar. İlk trimesterden sonra uterus ritmik olmayan düzensiz, ağrısız, şiddeti 15-25 mm Hg olan Braxton Hicks kontraksiyonları görülür ve bu kontraksiyonların sıklığı son üç ayda artar. Fetüs ve plesantanın gelişmesi ve uterusun boyutlarındaki artışa bağlı olarak gerekli olan kan ihtiyacını karşılayabilmek için kan damarları ve lenfatiklerin sayısı ve ölçüsü artar. Progesteronun etkisiyle uterusun özellikle istmus kısmında yumuşama ve gevşeme başlar. Plesantanın yerleştiği yerde uterusun duvarı daha yumuşak ve dışa doğru kavisli yani asimetriktir (Gümüşsoy ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Şahin 2017). Uterus, serviks, istmus uteri, korpus ve fundus uteriden oluşur.

Fundus uterusun üst kısmında yer almakta ve yanlarda fallop tüplerine komşudur. Uterus, spermin kabulüne, fertilize ovumun implantasyonuna, tutulumuna ve hem fertilize ovumun hem de gebelik sırasında fetüsün beslenmesine ve doğum sırasında fetüsün itilmesini sağlar. Ayrıca menstrual sıklıktan da sorumludur (Olshansky 2016). Üç bölümden oluşur.

Felsefik açıdan baktığımızda da, uterus her zaman kadının dişil enerjisinin ve doğurganlığının merkezinde yer alan, “can, dünya ve evren” olarak betimlenir. Hayatın tüm hareket eden fenomeni onun içinden geçer, o bu dünyaya açılan kapıdır ve uterus yüzünden kadının alıcı olması gerekir, agresif olamaz. Uterusun kabul etmesi, alması ve bilinmeyi davet etmesi gerekir (Ratfisch 2012). Tıbbi olarak ise üç bölümden oluşur.

Korpus: Fetüsün büyüüp geliştiği istmusa kadar uzanan uterusun kalın duvarlı bölümüdür. Doğumda kontrakte olarak fetüsün aşağıya doğru itilmesine ve serviks dilatasyonuna sebep olur (Yılmaz ve Bal 2017).

İstmus: Serviks ile korpus arasında uzanır, doğum esnasında uterusun alt segmenti konumunu alır. İnsanlarda sınırlar net olarak ifade edilememiştir ve istmusun fizyolojik önemi anatomisine göre daha önemlidir. Gebe olmayan uterusun uzunluğu 5-7 mm kadardır. Mukus sekresyonunun serbest olduğu korpustan farklıdır. İstmusun üst sınırı uterus lümenince sınırlanmıştır ve burası uterus gövdesinin alt sınırınıdır. Normal durumda istmusun az bir öneme sahip olduğunu söylene de gebelikte önemli bir rol oynamaktadır. Uterus büyüdükçe istmus uzunluğu artar ve yaklaşık 25 mm'ye ulaşır, yumuşak ve sıkıştırılabilir bir hale gelir. Erken gebelik dönemindeki “Hegar belirtisi” uterus gövdesinin altı ile serviks üstündeki yumuşak istmus dokusuna bağlıdır. Ovum sıklıkla uterus üst kısmına implante olmaktadır. Yaklaşık 3. ayda embriyo genişleyerek boşluğu sağlayan istmusa doğru ilerler. Süreç devam ederken istmus kademeli olarak uterin kavite ile birleşerek küresel şekle dönüşür. Doğum eylemi esnasında genişleyen istmus, uterus alt segmentini oluşturmaktadır. Histolojik internal açıklık, gebeliğin internal açıklığı halini alır. İstmustaki açılma servikse ulaşınca kadar devam eder. Yedinci aydan sonra genişlemenin büyük bir kısmı gövde, fundusta olmaktadır ve uterus tekrar armut şeklini almaktadır. Doğum eyleminin başında alt segment tüm uterusun 1/3'ünü oluşturmaktadır. Bu alan pasif alan olmamasına rağmen, normal doğumda kontraksiyonu gövde ile karşılaştırıldığında oldukça zayıftır (Bal 2017, Şahin 2017, Güzel 2014, Gümüşsoy ve Kavlak 2016).

Serviks: Yaklaşık 2,5 cm uzunluğunda, “rahim ağzı” olarak bilinen, vagina ön duvarında sonlanan uterusun en alt bölümüdür. Serviksin pelvik muayenede vajinadan görünen kısmına

“porsiyö” denir. Ortasından geçen kanal ise “servikal kanal” olarak adlandırılır. Kanalın uterin kaviyete açılan kısmı internal os, vajinaya açılan kısmı “external os” adını alır. Doğum yapmamış kadınlarda eksternal os’un görünümü yuvarlaktır, vajinal doğum yapmış kadınlarda ise enine bir çizgiye dönüşür. Servikal kanalda bulunan noboth glandları, kokusuz, irritan olmayan, siklusta östrojen ve progesteronun değişimine göre özelliği değişen alkale bir mukus salgılar. Ayrıca servikal kanalda yine siklusun dönemlerine göre değişim gösteren yüzlerce girinti mevcuttur. Burada spermeler iki üç gün canlı kalabilirler. Hormonların etkisiyle mukus ve girintilerde değişimler olur ve ovulasyon döneminde spermelerin rahatlıkla içinden geçmesine izin verir (Yılmaz ve Bal 2017, Şahin 2017, Gümüşsoy ve Kavlak 2016). Serviks gebelik dışında sert ve fibröz hissedilir.İ myometrial tabakanın çapraz liflerinin çoğu, uterusun girişinde, tuba uterinanın olduğu yerde ve internal servikal os’un civarında bulunur. Bu lifler gebelik boyunca serviksi kapalı tutmaya ve menstruasyon sırasında menstrual kanın tuba uterinaya geri akmasına engel olur. Serviksin dışı squamoz epitelyum tabakasıyla örtülüdür. Servikal kanalın mukozası ise, kolumnar epitelyum ile örtülüdür ve over hormonlarına cevap olarak mukus salgılayan çeşitli glandlar içerir (Olshansky 2016, Güzel 2014).

Doğum eyleminde fetüsün önde gelen kısmı, amniyon kesesi ve uterus kontraksiyonlarının yapmış olduğu basınç ile dilate olmaya başlar ve incelik(Ratfisch 2017). Primiparlarda ilk önce internal os (i darlık) açılmaya başlar ve sonra external os (dış darlık) açılır. Multiparlarda ise her iki darlık aynı anda açılmaya başlar,dilatasyon ve efesman beraber ilerlemeye başlar.Fetüsün prezante olan kısmı pelvik tabana ulaştığında, serviks basına bağlı olarak gerilmeye ve esnemeye başlar.Bu aşamada vajinanın arka duvarındaki gerilme reseptörleri kadının ıknmasını uyaran endojen oksitosin salınımına neden olur.Bu uyarılmaya “ferguson refleksi” denilmektedir (Ratfisch 2017). Serviks gebelik esnasında, uterin içeriği güvenli bir biçimde korumaya yardımcı sıkı ve sert bir tübüler yapı teşkil eden yoğun kolajen liflerden oluşur. Gebelikte vasküleritede artma, ödem ve glandlarda hipeplazi görülür. Birleşik tübüler glandlar aktif hale gelir ve fazla miktarda mukus üretirler. Sekresyon servikal kanalda birikir ve koyulaşarak mukus plağı olarak adlandırılır.Mukus tıkaçı kanalı etkin bir şekilde kapatarak uterin kaviteye asendan yolla olan bulaşmayı önler. Doğum eyleminin başında atılır (Güzel 2014). Serviksin rolü doğum sırasında tersine dönmektedir. Uterus kas aktivitesinin serviksi açarak fetüsü dışarı çıkarması için serviksin yeterince elastik hale gelmesi gerekmektedir. Bunu başarmak için, hormonal değişiklikler servikal dokunun kompozisyonunda değişimlere neden olur. Kolajen lifleri yıkılır; internal ostaki elastin lifler

gerginlik sağlar ve bağ dokusunun su içeriği artarak serviksi yumuşak ve gergin hale getirir. Servikal olgunlaşma adı verilen bu değişiklikler doğum başlamadan haftalar önce meydana gelir ve efesman ve dilatasyon mekanizmaları hormonal etkiler tarafından oluşturulur (Yazıcı 2016, Olshansky 2016).

Vajina

Fibromüsküler yapıda 8-10 cm uzunluğunda, bir tüp olan vajina aşağıda vulva, yukarıda uterus, önde mesane ve arkada rektum ile çevrili kadıncinsellik organıdır. Vajinal açıklık vestibülün alt kısmında bulunur ve şekli ve ölçüsü değişkenlik gösterir. Hymen vajinal açıklığı çevreleyen bir bağ dokusu membranıdır. Vajina kaslarının altında yatan bartolin glandları, vajinal açıklığın kenarında posterior kısmında yer alır. Cinsel uyarılma sırasında glandlar, vajinal introitusu kayganlaştırmak için açık renkte mukus salgılar. Üreme yılları boyunca mukozal hat, “rugae” ismi verilen transvers katlarla çevrilidir. Rugae’lar doğum sırasında vajinanın genişlemesine izin verir. Östrojen yokluğu, doğumdan sonra, laktasyon sırasında ve menopozda vajinal duvarın kuruluşuna ve incelmeye ve rugae’ların düzleşmesine sebep olur. Vajinal sekresyonlar hafifçe asidiktir (Ph 4-5). Böylece enfeksiyona karşı vajinal duyarlılık sınırlı kalır. Kısaca vajinanın üç temel fonksiyonu vardır. Birincisi, menstrual kanın akmasını sağlar. İkincisi, kadın cinsellik organıdır ve üçüncüsü ise, doğum eyleminde doğum kanalı olarak önemli rol oynar. Serviks uteri vajinanın içine doğru çıkıntılar yapar. Böylece vajinanın çevresinde serviksi çevreleyen “forniks” adı verilen anterior, posterior ve lateralde boşluklar oluşur. İç pelvik organlar, bu fornikslerin ince duvarı aracılığıyla palpe edilebilir (Olshansky 2016, Yazıcı ve Bal 2017, Ratfisch 2017). Gebelik durumunda vaskülaritede artma, duvarda incelmeye ve uzama ve sekresyonlarda artış olmaktadır. Bu sebeple birçok kadında gebelik süresince farklı nitelikte vajinal akıntı görülebilir (Ratfisch 2017, Güzel 2014, Murray ve McKinney 2010).

2.2.2. Doğum Objesi-Fetüs

Doğumu etkileyen faktörlerden biri de fetüstür. Fetüs erişkin insanasekizinci haftada benzetilebilmektedir. On ikinci haftanın sonunda ve bazen daha erken, abortuslarda cinsiyet saptanabilir. Büyüme intrauterin altıncı ve yedinci aylarda daha çoktur. Bebek hareketleri onaltıncı-yirminci gebelik haftaları arasında hissedilebilir ve anne aktif barsak hareketleri ile bebek hareketlerini birbirine karıştırabilir. Fetüs termde yaklaşık 50 cm uzunluğunda ve 2500-

4000 gr ağırlığı arasında değişmektedir. Fetal baş gövdeden daha büyük olması nedeni ile önemli olup, doğum mekanizması açısından baş doğum kanalından geçtikten sonra doğumun önemli bir kısmının tamamlanmış olduğu düşünülür. Fetüsün başı bebeğin en geniş, en az sıkışabilen kısmıdır. Fetüsün kafatası kemikleri büyük, kuvvetli kemik yapısına sahip, sıkıca birleşmiş ve beyin sapındaki hayati merkezleri koruma görevine sahiptir. Prematür bebeklerde, baş çevresi omuzlara göre daha büyüktür. Fetüs büyüdükçe vücut başanazaran daha hızlı büyür ve termde baş ve omuz çevrelerinin ölçümleri birbirine yaklaşıktır. Bunun yanında fetüsün anne karnında yatışı, duruşu, prezantasyonu, annepelvisi ile ilişkisi de doğum eyleminin ilerleyişini etkileyebilen fetüse ait faktörler arasındadır (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Çetin ve Çetin 2014).

2.2.2.1. Fetal baş: Obstetrik bakış açısıyla, özellikle doğumlarda fetal prezantasyonun %97'si baş olduğu için fetüsün başının özelliklerini ve fetüse ait diğer faktörleri bilmek çokönemlidir (Ratfisch 2017, Çetin ve Çetin 2014). Fetüs baş, gövdeden daha büyüktür (Yılmaz ve Bal 2017). Bu bebeğin en geniş, en az komprese olabilen ve en sıklıkla prezante olan bölümüdür. Baş doğduktan sonra, vücudun geri kalan kısmının doğumunda nadiren bir gecikme veya güçlük yaşanır (Çetin ve Çetin 2014). Fetal baş arkada oksipital, yanlarda iki adet pariyetal ve iki adet temporal, önde de iki adet frontal kemiklerden oluşu (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Çetin ve Çetin 2014, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018). Doğum eyleminde özellikle amniyon membran rüptür olduktan sonra, fetal kemiklerin yanısıra fetüs başındaki fontaneller ve süturların değerlendirilmesi fetüsün pelvik kanaldaki ilerleyişini, fetal prezantasyonu, pozisyonu, ve habitusu (davranış) değerlendirmek açısından önemlidir (Ratfisch 2017, Cashion 2016).

Fontaneller: Süturların birleştiği yerler “fontanel” adı verilen zarla kaplı yapıları oluşturur. Ön ve arka fontaneller obstetrik açıdan çok önemlidir (Çetin ve Çetin 2014, Cashion 2016, Yılmaz ve Bal 2017). Süturlar ve fontaneller doğum sonu bir süre yenidoğan beyninin büyümeye uyum sağlaması için kafatasını esnekleştirir. Ayrıca kemikler doğum sürecinde sıkıca birleşmezler, hafif birbiri üstüne gelirler ya da baş doğum kanalına göre şekillenir. Kemiklerin birbiri üzerine kayma kapasitesi, kafatasının maternal pelvisin çeşitli ölçülerine uyum sağlamasına izin verir. Fetal omuzların ölçüsü doğum yolunu etkileme ihtimaline karşı, omuzların pozisyonu doğum sürecinde kolaylıkla değiştirilebilir, çünkü bir omuz diğerinden daha düşük seviyede yer işgal eder. Bu durum bir omuzun ölçüsünü kafatasından daha küçük yaparak doğum kanalı boyunca doğum yolunu kolaylaştırır. Baş ve omuzlar doğduktan sonra vücudun geri kalan kısmı genellikle hızlıca doğar (Cashion 2017). Aynı zamanda sütur ve

fontanelerin, doğumun izlenmesinde de önemli rolü vardır. Fetüs başının pelvisdeki pozisyonunun belirlenmesinde fontaneler kılavuz nokta olarak kullanılır (Yılmaz ve Bal 2017).

Ön fontanel: Ön fontanel (bregma), sagittal, frontal ve koronal süturların birleşme noktasındadır. Bu ikisi arasındaki büyük olan fontaneldir ve eşkenar dörtgen şeklindedir. 18 aylık olunca kemikleşir. Ön fontanel “mouldingi” kolaylaştırır. Doğumdan sonra uzun süre geniş kalması, beynin belirgin büyüme yeteneğine uyumu sağlar (Çetin ve Çetin 2014, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018).

Arka fontanel: Arka fontanel (lambda) sagittal sütünun iki lambdoidal süturla kesiştiği yerdedir. Ön fontanelden belirgin bir şekilde daha küçüktür. Süturların birleşimi “Y şekli” oluşturur, sagittal sütünun tabanı oluştururken, lambdoidaller kollarını oluşturur. Bu fontanel, altı sekiz haftalık süreçte kapanır (Çetin ve Çetin 2014, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Durmaz 2018).

Moulding (Şekil verme): Fetal başın şeklini değiştirebilme ve kendini genişlemeyen maternal pelvise adapte edebilme yeteneğidir. Bu özellik travayın ilerlemesinde ve başın doğum kanalından inmesinde çok büyük öneme sahiptir. Fetal kemikler zarlara gevşek bir şekilde birleşmiştir ve bunlar sayesinde kemikler arasında gerçekte yer alan boşluklar yer alabilir. Bu durum başa, kemik pelvis tarafından uygulanan basınç durumunda, kemiklerin birbirleri ile olan ilişkisinin değişebilmesini sağlamaktadır. Kemikler birbirine yaklaşabilir veya uzaklaşabilir. Kısaca molding, vajenden geçerken başın önden arkaya doğru uzamasıdır. Moulding'e katkıda bulunan durum kemiklerin yumuşaklığıdır. Moulding aşırı olmadığı müddetçe ve yavaşça gerçekleştiği sürece beyne herhangi bir zararı yoktur (Çetin ve Çetin 2014, Yılmaz ve Bal 2017, Yazıcı 2016).

Kaput Suksadenum: Serum effüzyonu tarafından skalpta oluşan lokalize şişliktir. Servikal halka tarafından oluşan basınç, venöz dönüşü engeller ve dolayısıyla serviksın altında yer alan skalp parçası ödematöz hale gelir. Kaput, travay sırasında ve membranlar rüptüre olduktan sonra oluşur. Kaput suksadenumun boyutu, başa uygulanan basıncın derecesinin bir göstergesidir. Geniş olduğunda yukarıdan yoğun basıncı ve aşağıdan direnci gösterir. Travayda vaginal muayene yaparken, kaputun ve başın seviyesi ayırt edilmelidir. Doğumda var olan kaput, doğum sonu hızlıca kaybolmaya başlar ve genellikle 24-36 saat içinde kaybolur (Çetin ve Çetin 2014, Yılmaz ve Bal 2017, Yazıcı 2016).

2.2.2.2. Fetal Prezantasyon (Fetal Geliş):

Fetüsün pelvise hangi kısmı ile girdiğini belirtir. Fetüs çoğunlukla başprezantasyonunda %97 doğum kanalına girer.İkinci sırada ise makat prezantasyon %3 (makat, ayak ya da her ikisi birden) yer alır ve üçüncü sırada omuz gelişer doğumların %1'nde görülür (Yılmaz ve Bal 2017, Cashion v 2016, Ünlü ve Yılmaz 2014, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yazıcı 2016). Prezante olan kısım, serviksin internal os'una en yakın yerleşen fetüsün parçasıdır. Sefalik prezantasyonda, prezante olan kısım genellikle oksiputtur, makat prezantasyonda da sakrumdur, omuz prezantasyonda ise skapula'dır. Prezante kısım oksiput olduğunda prezantasyon "vertex" olarak belirtilir. Prezante kısmı belirleyen faktörler, fetal başın fleksiyonu ya da ekstansiyonu, fetal habitus ve fetüsün duruşudur (Yılmaz ve Bal 2017, Cashion 2016).

2.2.2.3. Fetal Habitus (Fetal davranış): Bu terim fetal baş ve ekstremitelerinin gövdesine göre nasıl durduğunu anlamak için kullanılır. Çene göğüse yaklaştığında fetal baş fleksiyonda ve oksiput sırtta yaklaştığında ekstansiyondadır.Fetüs kısmen fetal büyüme modundan dolayı kısmen de uterin kavitenin şekline uyum sağlamasından dolayı uterus içinde karakteristik bir postür alır. Çoğunlukla fetüs kol ve bacakları önünde çaprazlanmış, bacaklar dizlerden bükülü, umblikal kordun kollar ve bacaklar arasından geçtiği, baş öne doğru eğilmiş,çene göğse yaklaşmış başın eğik durduğu fleksiyon habitusundadır (Yılmaz ve Bal 2017, Cashion 2016, Ünlü ve Yılmaz 2014, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yazıcı 2016). Normal davranıştan sapmalar doğumda zorluklara sebep olabilir. Örneğin, sefalik prezantasyonda, maternal pelvis sınırını aşan bir baş çapının prezante olduğu durumda baş flexion ya da ekstansiyonda olabilir. Bu durum doğum eyleminin uzamasına, doğumda forseps ya da vakum kullanılmasına ya da sezeryan doğuma sebep olabilir. Baş tamamen fleksiyonda olduğunda, suboksipito-bregmatik çap fetal başın gerçek pelvise girişini sağlar. Baş eğer daha fazla ekstansiyonda olursa anterio posterior çap daha da genişler ve baş gerçek pelvise giriş yapamaz (Cashion 2016).

2.2.2.4. Fetal Situs (Fetüsün yatışı):

Annenin uzun ekseni ile fetüsün uzun ekseni arasındaki ilişkiyi ifade etmede kullanılır. Annenin uzun ekseni ile fetüsün uzun ekseni birbirine paralel ise "longitudinal", fetüsün uzun ekseni ile annenin uzun ekseni kesiştiğinde "transvers", eğik olduğunda ise "oblik" situs olarak ifade edilir (Yılmaz ve Bal 2017, Cashion 2016, Ünlü ve Yılmaz 2014, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yazıcı 2016).

2.2.2.5. Fetal Pozisyon:

Pelvik girime yerleşen fetal kısmın prezantasyonunu gösterir. Ayrıca pelvisde prezante olan fetal kısmın kadının pelvisi ile olan ilişkisidir. Anne pelvisinin dört kadraniyla, prezante olan fetal başın (oksiput, sakrum, mentum ya da sinsiput)'un bir referans noktasındaki ilişkisidir. Prezante olan kısım pelvis içinde sağda ya da solda ve önde, arkada ya da transvers olacak şekilde ifade edilir (Yılmaz ve Bal 2017, Cashion 2016, Ünlü ve Yılmaz 2014, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yazıcı 2016).

2.2.3. Doğum Eylemini Gerçekleştiren Güçler:

Doğum eyleminde myometrium tabakasının geçici olarak kasılması ve kalınlaşması sonucunda gelişen uterin kontraksiyonlar güç kısmını oluşturur. Doğumda primer etki olarak, serviksin dilatasyon ve efasmanın tamamlanmasına sebep olur sekonder etki olarak ise, doğum eyleminin ikinci aşamasında itme gücünü sağlamak için abdominal kasların kullanılmasını sağlar. Bu durum sempatik sinir sistemi ve endokrin sistemin etkisi ile gerçekleşir (Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yılmaz ve Bal 2017). Kontraksiyon, kasın uyarana yanıt olarak kısılmasıyla beraber kontraksiyon bittikten sonra orijinal uzunluğuna geri dönmektedir. Retraksiyon ise, kas uyarana cevap olarak kısalmış fakat kontraksiyon geçtikten sonra orijinal uzunluğuna geri dönmeyen kas nispeten daha kısa olan bir uzunlukta fikse olur ancak gerginlik aynı kalır. Retraksiyon inişten sorumludur. Bu özellik olmadan fetüs kontraksiyon ile beraber aşağı hareket eder, yalnız kontraksiyon geçtikten sonra orijinal seviyesine geri döner. Diğer taraftan retraksiyon ile fetüs her seferinde biraz daha aşağı seviyede kalır. Kontraksiyon sırasında üç adım ileriye ve üç adım geriye doğru yol alındığı düşünülür. Retraksiyon ile üç ileriye iki adım geriye gidilir. Bu yolla her seferinde kısa bir mesafe kazanılır. Postpartum kanamanın kontrolünde retraksiyon elzemdir. Retraksiyon olmazsa birçok hasta ölüme neden olacak şekilde kanayabilir (Arıkan 2014, Yazıcı 2016). Normal doğum, zaman içinde sıklık, süre ve şiddet açısından artış gösteren istemsiz ve aralıklı uterin kasılmalar ile karakterizedir (Yazıcı 2016). Normal uterin kontraksiyonların kaydedilmiş eğrisi çan şeklindedir. Kavisin zirvesine doğru yönelen hilal şeklindeki dik eğrilik kontraksiyonun gerçek gücünü temsil eder ve total kontraksiyonun sadece 1/3'ünü oluşturur. Relaksasyon dönemi olayın 2/3'nü oluşturur ve ilk başta aşağı yönlü dik bir eğrilik olan ve son 1/3 kısmında daha yatay bir hal alan bir kavistir, relaksasyonun son bölümünü yansıtır (Arıkan 2014). Doğum süresince myometriumun normal koordinasyonu, uterusun kalın, kaslı bir üst segment ile incelen, gergin bir alt segment şeklinde

farklılaşmasına neden olur. Retraksiyon, yani dikey kas liflerinin aralıksız kısılması, uterusun intrauterin alanı azaltmasına olanak sağlayarak serviksi açar ve fetüsü aşağıya ve dışarı iter (Yazıcı 2016). Uterin kontraksiyonlardalgalar halindedir ve her kasılma arasında annenin dinlenmesini sağlayan uterin gevşeme hali oluşmaktadır. Doğum eyleminin sonuna doğru kasılma sıklığı ve yoğunluğu artmaktadır (Yılmaz ve Bal 2017). Eylemin başlangıçta 30 saniye süren kasılmalar eylemin sonunda 50-90 saniyeye kadar ulaşırlar (Ratfisch 2017). Doğum eylemini gerçekleştiren güçlere ayrıca amnion sıvısı, fetüs, karın kasları, diyaframın basıncı ve vajinadaki basıncın emme gücü doğum eyleminde rol alan hormonlarda dahildir (Ratfisch 2017). Myometriyum kontrakte olduğunda amniyos boşluğunda intrauterin hidrolik basınç oluşur. Bu basıncın etkisiyle amniyon sıvısı servikse doğru basınç yaparak serviksin dilatasyonuna yardımcı olur ve fetüsü de beraberinde ilerletir. Serviksin dilatasyon ve efasmanı sırasında iç ve dış ortamdaki basınç farkından dolayı vajinada oluşan emme gücü fetüsün önde gelen kısmının doğumunu kolaylaştırır. Dilatasyon evresinin sonunda önde gelen çocuk kısmının vajina ve rektuma basınç yapması ile kontraksiyonların şekli değişir ve ıkınma başlar. Bunlar doğum eylemini gerçekleştiren sekonder güçlerdir. Sekonder güçlerin servikal dilatasyon üzerinde bir etkisi yoktur. Fakat servikal dilatasyon tam olduktan sonra fetüsün uterus ve vajinadan atılmasında önemi büyüktür (Cashion 2016, Ratfisch 2017).

2.2.4. Doğum Sürecinde Rol Alan Hormonlar

Hormonlar yaşamsal döngünün ve özellikle de doğurganlığın merkezinde yer alan önemli unsurlardan biridir. Bu eşsiz hormonal denge, düzenli cinsel yaşamı, yumurtlamayı, döllenmeyi, gebeliği, doğumu ve emzirmeyi içeren faaliyetleri düzenler. Bedenin kimyasal habercileri gibi işlev gören hormonlar sadece doğumda değil, vücudun diğer fonksiyonları üzerinde de doğrudan etkilidirler. Hormonlarımız bedenlerimizi kontrol ederken benzer şekilde duygularımız da hormonlarımızı kontrol eder. Doğumun hormonal orkestrasının tahmin edildiğinden de fazla karmaşık bir yapısı vardır. Son 50 yıldır hem insanlar hem hayvanlar üzerinde yürütülen büyük araştırmalara rağmen hormonların çalışma düzeniyle ilgili birçok temel süreç anlaşılammıştır. Örneğin hala insanlarda doğum sürecinin başlamasına neyin neden olduğu bilinmemekte, sadece bazı teoriler ortaya atılmaktadır. Bununla ilgili birçok olasılıktan bahsedilir. Bunlar arasında; çoğunlukla hormonlar ve anneyle bebek arasında bilgi geçişinin olması gibi faktörler yer almaktadır. Östrojen, progesteron, oksitosin ve kortizol doğumun başlangıcında etkili olduğu düşünülen hormonlardır. Bunun yanında bebeğin olgunlaşmış akciğerlerinden üretilen ve nefes hareketleri ile amniyon sıvısına oradan da annenin dolaşımına geçen protein yapısında bir maddenin de doğumda

uterus kasılmasında etkili olabildiği düşünülmektedir. Yani bebek, doğumu başlatmak için annesine “ben artık dışarıda yaşayabilirim” mesajını göndermektedir. Bu hormonların tamamı, öncelikli olarak limbik ya da duygusal beyin olarak da adlandırılan hipofiz tarafından üretilmekte ya da kontrol edilmektedir. Hipofiz aynı zamanda ilkel beyindir. Çünkü hipofiz içgüdüleri ve beraberinde gelen içsel davranışları barındırır. Doğumun sağlıklı ve güvenli ilerleyebilmesi için beynin bu ilkel parçasının, mantıksal düşünmenin yer aldığı ve “yüksek (mantıksal) beyin” olarak da adlandırılan neokorteksin önünde yer alması gerekmektedir. Birçok hormon, doğumun bu karmaşık ve büyüleyici dansı içinde yer almaktadır. Sevgiyi, mutluluğu, yüceliği, heyecanı ve sevecenliği sunan bu hormonlar, tüm memelilerde olduğu gibi, doğum anında da kadına yardım için doğanın sunduğu coşturucu ve keyiflendirici kokteylin en önemli bileşenleridir (Ratfisch 2012).

Doğumu oksitosin, adrenalin, endorfin, östrojen, progesteron, prolaktin ve pek çok stres hormonu etkiler. Bu hormonlar aşağıda sıralanmıştır:

Östrojen ve Progesteron: Östrojen ve progesteron, doğum eylemi ile ilgili diğer hormonları aktive eden, baskılayan ya da yeniden düzenleyen cinsiyet hormonlarıdır. Östrojen ve progesteron, her ay menstrual siklusla kadın bedenini gebeliğe hazırlar. Menstrual siklusun ilk yarısında östrojen ikinci yarısında progesteron salgınır. Gebelik halinde plasentadan salgılan progesteron düzeyi, diğer zamana göre 10-18 kat daha yüksektir (Arıkan 2014). Yine gebelikte plasentadan üretilen östriol seviyesi normal zamana göre 1000 kat daha yüksektir (Buckley 2005, Ratfisch 2012).

Gebelikte östrojen; genital organların, uterusun ve memelilerin genişlemesini sağlar. Vazkularizasyonu artırır ve vazodilatasyona neden olur. Pelvik ligamentler ve eklemlerin relaksasyonunu sağlar. Hiperpigmentasyona, deride vasküler değişikliklere, tükrük bezlerinin aktivitesinin artmasına, diş etleri ve nazal mukoz membranların hassasiyetine neden olur. Laktasyona hazırlanan memelerde duktal sistemin gelişmesine yardım eder (Özkan AS ve Beji 2017).

Progesteron hormonu ise; endometriyumun devamlılığını sağlamada kritik bir rolü olduğundan gebelik hormonu olarak adlandırılır. Fetüse uygun çevreyi sağlamak için endometriyumu destekler. Gebeliğin ilk birkaç haftası korpus luteum tarafından, daha sonra terme kadar plasenta tarafından üretilir. Spontan uterin kontraksiyonları baskılayarak, uterin aktiviteden dolayı görülebilecek erken dönem spontan abortusları önler. Memelerin lob ve

lobüslerini uyararak laktasyon için hazırlanmasını sağlar. Gebelik ve laktasyonda enerji kaynaklarını arttırmak için anne yağ depolarını geliştirir (Özkan AS ve Beji 2017).

Östrojen ve progesteronun doğum eyleminin başlaması üzerine kritik ve kompleks rollerinin olduğu düşünülmektedir. Östrojen aynı zamanda uterusdaki oksitosin reseptörlerinin ve gebeliğin son haftalarında da uterusun kas hücreleri arasındaki bağlantıyı sağlayan myometrial gap junctionlarının sayısını artırır (Arıkan 2014). Böylece doğum eyleminde uterus kontraksiyonlarının koordinasyonu için gerekli elektriksel düzenleme etkin hale gelmiş olur. Östrojen ve progesteron birlikte doğuma hazırlıkta, spinal kortta bulunan ağrı algısını azaltacak yolları da aktive eder (Buckley 2005, Ratfisch 2012).

Oksitosin: Oksitosin, emzirme, doğum, cinsel aktivite ile ilişkisinden dolayı aşk, şifa, bağlanma, sakinlik hormonu ve güven hormonu olarak adlandırılmaktadır (Yılmaz ve Bal 2007, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014, Buckley 2005, Buckley 2015). Hatta Michel Odent'in dediği gibi, bir yemekte paylaşılan etkileşim gibi sosyal durumlarda bile üretilen “kendini unutma” yı niteleyen bir alturizm felsefesi hormonu olarak tanımlanır. Oksitosin primer olarak hipotalamusdan üretilir. Sonra depolanır ve posterior hipofizden kan dolaşımına salınır. Gebe bir kadının uterusundaki oksitosin reseptörleri gebeliğin sonuna doğru giderek artar ve böylelikle kadının oksitosine olan hassasiyeti de artar. Reseptörler en çok kadının fundusunda yoğunlaşır ve doğum eyleminde etkili kontraksiyonları koordine etmeye yardım eder. Oksitosinin, doğum eyleminin ritmik uterin kontraksiyonlarının primer başlatıcısı olduğu düşünülmektedir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014, Buckley 2005, Buckley 2015). Bebekler de ayrıca doğum eylemi sırasında hipofizlerinden çok miktarda oksitosin üretmektedirler. Oksitosinin plesanta aracılığı ile anne dolaşımına geri taşındığına dair bazı kanıtlar da vardır. Oksitosin ayrıca, amniyotik sıvının yanı sıra plesanta ve fetal membranlardan da üretilir. Bebek başının inişi kadının vajinanın alt kısmındaki esneme reseptörlerini stimüle eder ve hipofiz oksitosin nöronlarına pozitif geri bildirimle çok miktarda oksitosin salınır. Bu ayrıca “ferguson refleksi” olarak bilinir ve bu etki adrenal ve noradrenalin tarafından güçlendirilir. Böylece doğum mekanizması daha güçlenerek doğum (fetal fırlatma) meydana gelir. Doğum sonrası da, oksitosin yükselmeye devam eder. Bebeğin annenin memesine verilmesi, memeyi yalaması, dokunması salınımı artırır, uterusu kontrakte eder ve kadını postpartum hemorajiden korur (Buckley 2005). Hayvanlar üzerinde yapılan deneylerde oksitosinin, annelik içgüdüsünün oluşmasında ve anne- bebek bağlanmasında etkisi olduğu görülmüştür. Oksitosin aynı zamanda, fark edilemeyen hem

fizyolojik, hem de psikolojik birçok yönleri ile insanlığın varoluş sürecinde etkili olmuştur. Sadece yapısal olarak iki aminoasiti farklı olan diğer bir biyokimyasal vazopressin (böbreklerden suyun emilimini artıran hormon) ile yakından ilişkilidir. Vazopressinin memelilerde aynı zamanda savaş ya da kaç mekanizmasının en önemli elementi olduğu fark edilmiştir. Vazopressin savaşmakla, oksitosin ise doğum ve emzirmeyle ilişkisi keşfedildiği için geleneksel olarak kadınlık hormonu olarak görülmektedir. Oksitosin miktarı, genetik özellikler ve yaşam tarzı gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Stressiz, sakin, ortamlarda ve romantik ortamlarda oksitosin seviyesi yükselmektedir (Ratfisch 2012). Sevgi ve aşk ilişkilerinin oluşumunda beyindeki nöropeptit sistemlerinin de rol aldığı düşünülmektedir. Vazopressinin oksitosinle birlikte erkeklere özgü cinsel davranışta, oksitosinin ise, kadınlara özgü cinsel davranışta, beta endorfinin homeostatik dengenin düzenlenmesi ve zevk almada, kortikotropin salgılatıcı faktörün stres ve olumsuz emosyonel uyaranların etkisinde rol aldığı düşünülmektedir. Oksitosin ve vazopressin özellikle bağlanma ve bağ kurma ile ilişkili görünmektedir. Her iki hormon hipotalamustan üretilerek hipofiz arka sapından salınmaktadır. Bu salınımın kadınlarda doğum ve emzirme sırasında, her iki cinsiyette de orgazm sırasında salındığı bilinmektedir. Her ikisi de dopamin salınımı ile yakından ilişkilidir. Vazopressinin erkeklerde ayrıca agresyona sebep olduğu düşünülmektedir. Her ikisi de öğrenme ve bellek oluşumunda rol oynamaktadır (Tufan ve Yaluğ 2010).

Oksitosinin etki alanları ise, aşağıda özetlenmiştir:

Cinsel davranış ve bağlanma: Kadında pelvik taban kasları, erkekte sperm ejeksiyonunun ritmik kontraksiyonunu oluşturarak cinsellik sırasında seviyesi artar (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Laktasyon:Süt ejeksiyon refleksine aracı olur. Aynı zamanda anne sütü üretimini sağlayan prolaktin salınımını stimüle eder (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Maternal Adaptasyon: Oksitosin doğumdan sonra hemen başlayan davranışları ve türe özgü maternal adaptasyonu sağlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Uyarıcı: Sıcak etki yaratarak periferik kan damarlarını genişletir. Doğum sonrası sıcak tene temasda bebeğini tutan anne de postnatal oksitosinin pik yapmasına yanıt olarak meme

üzerindeki yüzeysel kan damarları da böylelikle dilate olur. Anne vücut ısısı artar (Buckley 2005, Buckley 2015).

Sosyal- bağlayıcı davranış: Endojen oksitosin, güveni, empatiyi, cömertliği, göz temasını, benzer yüzleri farketmeyi ve duygusal durumların ayırımına yardım eder (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Otonom sinir sisteminin düzenlenmesi: Oksitosin, otonom sinir sisteminin bir parçası olan parasempatik sinir sisteminin aktivitesini artırır. Kalp atımını yavaşlatır, kan basıncını ve enerji tüketimini düşürür, sakinlik ve bağlılık etkisi üreterek, huzuru ve bağlılığı sağlar. Ayrıca otonom sinir sistemini, iç organları ve istemsiz vücut fonksiyonlarını kontrol eder (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Sosyal katılım: Otonom sinir sisteminin daha yeni ve daha yüksek bir kolu olan sosyal sinir sisteminin bir etkileycisidir (Buckley 2005, Buckley 2015). Oksitosin gen işlevi etkisizleştirilen farelerde toplumsal olayları tanıma ve hatırlamada sorunlar yaşadıkları saptanmıştır (Tufan ve Yaluğ 2010). Memeliler arasında strese ilk yanıt olarak sosyal katılımı sağlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Heinrichs, Von Dawans and Domes 2009).

Stresi azaltma: Oksitosin aşırı stresdurumunda salınarak fizyolojik dengeyi düzenler. Stres hormonu epinefrin ve norepinefrin seviyesini düşürerek otonom sinir sisteminin kolu olan sempatik sinir sistemi ve savaş ya da kaç aktivitesini azaltır. Kortizol, beta-endorfin, adreno kortikotropik hormon, kortikotropin releasing hormonunuda kapsayan orta vadeli stres yanıt hormonlarının da seviyesini düşürerek, hipotalamik-hipofiz-adrenalin yolundaki aktiviteyi azaltır. Oksitosinin bu stres azaltma etkisi, doğum eylemi, doğum, postpartum periyod ve emzirme sırasında da yarar sağlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Korku ve anksiyeteyi azaltma: Sosyal davranışı ve etkileşime yardım eder, anksiyeteyi azaltır ve beynin korku merkezi amigdaladaki aktiviteyi azaltır. Örneğin; laktasyon sırasında anne ve bebekte olduğu gibi tekrarlayan oksitosine maruz kalma, anksiyete seviyesi uzun süre düşmesini sağlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Fedakarlık ve özveri: Bakım hizmeti alan kadınlarda bebeklerinin hayatta kalması açısından tehlikeye karşı fedakârlık ve özveri gibi koruma içgüdüsünün ortaya çıkmasını sağlar. (Buckley 2005, Buckley 2015).

Ağrıyı Azaltma: Oksitosinin doğal ağrı giderici özelliği vardır. Doğum eylemi sırasında hem anneye hem de bebeğe yardım eder (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Hafızada ve dikkatte değişiklikler: Dikkati yoğunlaştırma ve odaklanmayı sağlar(Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Keyif ve ödül: Erişkin sosyal ilişkileri, anne ve bebek arasında bağlanma, cinsel davranış, hayatta kalma davranışları ve üremeyi pekiştirme ve keyif alma gibi davranışları sırasında beynin ödüllendirmeyle ilişkili dopamin aktivasyonunda salındığı belirlenmiştir (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018).

Koku alma: Oksitosin sisteminin beynin koku merkeziyle yakından ilişkisi vardır. Bu primitif bağlar, insanlarda da vardır (Buckley 2005, Buckley 2015). Kokulara karşı ve feromonal (bir birey tarafından vücut dışına salgılanan ve aynı türün diğer üyeleri tarafından algılandığında, özel bir takım reaksiyonların oluşmasına neden olankimyasal bileşen)etkilere karşı beyin merkezli yanıtlara katkı sağlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Akyazı ve Altunç 2018)

İyileşme ve büyüme: Oksitosin, oksidasyonun düşmesi ve oksidatif zararın olduğu, beyin, kalp, böbrek, karaciğer, mide ve deriyi de kapsayan bölgelerde hücre zararını hafifletir ve anti enflamatuar etkisi vardır. Ayrıca hafıza merkezindeki erişkin beyin hücrelerindeki büyümeyi kolaylaştırır (Buckley 2005, Buckley 2015).

Diğer vücut sistemleri üzerine etkisi: Oksitosinböbrek fonksiyonu ve su dengesi; gıda alımı, sindirim ve doyunluk, insülin salınımı, ısı kontrolü, kemik yoğunluğunun ayarı, prostat fonksiyonu, ağrı toleransı veditiğer birçok fizyolojik fonksiyonlara etkisi olduğu belirlenmiştir (Buckley 2015).

Yapılan çalışmalarda, kadınlar doğumdan önce korkularını dile getirdikleri halde, doğumdan sonra bu korkularını hatırlamadıkları görülmüştür. Bunun sebebi, oksitosinin doğum

sürecinde ve sonrasında geçici hafıza kaybına (amnezi) sebep olduğu gösterilmektedir. Ayrıca uterotonik bir hormondur. Oksitosin dalgalı hormon olarak da isimlendirilmektedir. Dolaşıma bırakıldığında bedene bir dalga yayılır bu dalgalanma sonrası bedende bir memnuniyet hali oluşur. Doğum eyleminde en önemli işlevi olan hormondur (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014). Uterusun oksitosine olan duyarlılığı östrojen tarafından artarken, progesteron tarafından azalmaktadır. Gebelik boyunca devamlı artan progesteron sayesinde uterus oksitosine duyarsız kalarak kontraksiyon gelişmemektedir (Ratfisch 2012, Yılmaz ve Bal 2017, Arıkan 2014). Son zamanlarda yapılan diğer çalışmalarda bebek hipofizinden, korion ve amnion zarlarındanda oksitosin üretilerek doğum eylemine katkıda bulunduğu da izlenmiştir (Ratfisch 2012, Yılmaz ve Bal 2017, Buckley 2005, Buckley 2015). Oksitosinin koku alma duyusu ile bir kişiden diğerine taşınabileceği ifade edilmektedir. Doğumda oksitosini pik seviyede olan kadına yardımcı olan kişilerinde pozitif duygular içinde olmalarını açıklamaktadır. Benzer şekilde doğumda bulunan kişiler de ne kadar sakin ve olumlu duygular içinde olurlarsa, bu duygu hallerini doğumu yapan kadına aktarabilmektedirler. Aksine doğum anında stresli ve gergin kişiler de bu duygularını doğrudan doğum yapan kadına aktarabilmekte ve kadının oksitosin düzeyinin düşmesine sebep olmaktadır. Ayrıca oksitosin sisteminde bozulma, şizofreni, otizm, kardiyovasküler hastalık ve madde bağımlılığı gibi sorunların ortaya çıkmasından da sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca oksitosin, antideprean ilaçların etkisine aracılık eder (Buckley 2005, Ratfisch 2012). Fakat oksitosin hormonu çevre şartlarından çok fazla etkilenen hormondur ve salınımı çok çabuk engellenebilmektedir. Kişinin kendini gözetlendiğini hissettiği durumlarda, gürültülü, kalabalık, ışıklı ortamlarda salınımı durmaktadır. Karanlık, loş, sessiz ve huzurlu ortamlar oksitosin salınımını artırır. Bu nedenle sağlık personelinin konuya duyarlılığı artırılarak, doğum ünitelerinin uygun ortamlarla sağlanabilir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Beta Endorfin: Beta endorfinler, hem periferik vücut dokularından, hem de hipotalamus ve hipofizi kapsayan merkezi sinir sisteminden salınır. Vücudun kendisinin ürettiği doğal ağrı kesicilerdir. Örneğin meperidin, morfin gibi opioid ilaçlarla örtüşen, beynin ödüllendirme merkezi aktivasyonu ve ağrı yönetimindeki majör bir role sahip olan bir grup peptittir. Opioidlerdeki genel özelliklere sahip endojen morfinlerdir (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018). Cinsel ilişki, gebelik dönemi, doğum anında ve emzirme sırasında, erişkin sosyal davranışlarında, bebek bakımı ve yemek yeme gibi ödüllendirici temel davranışları motive eden beyin ödüllendirici

merkezini aktive eder (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018). Fetüs, membranlar ve plasentadan salınır, gebelikte düzenli yapılan egzersiz, doğum eyleminde beta endorfin salınımını ve endojen ağrı kesici etkisi gösterir. Aşırı stres ve ağrı, merkezi beta endorfin seviyesini fizyolojik seviyenin üzerine çıkarabilir. Bu da oksitosin salınımını baskılar ve doğum eyleminin yavaşlamasına sebep olur (Buckley 2015). Endorfin ağrı kesici özelliği sayesinde stresin etkilerini azaltarak mutluluk, neşe ve sevinç gibi duyguların artmasını sağlar. Doğumda oksitosin seviyesi arttıkça cevap olarak endorfin seviyesi de artmaktadır (Yılmaz ve Bal 2017). Doğumdan sonra plasentada bulunan beta-endorfin düzeyi anne kanındaki düzeyinden daha yüksektir. Özellikle son zamanlarda göbek kordonun erken kesilmesi, annenin ve bebeğin, anne-bebek bağlanmasında etkili olan plasental beta-endorfin moleküllerinden yoksun kalmasına neden olduğu üzerinde durulmaktadır (Ratfisch 2012, Buckley 2005). Doğumdan sonra annede beta-endorfin, oksitosin ve katekolamin artışından dolayı annede eforik bir halde görünür. Anne ve bebek arasındaki tensel ve göz temasının buna sebep olduğu düşünülmektedir (Mete 2013).

Endorfin aynı zamanda annenin memelerini laktasyon için hazırlar ve bebeğin akciğerlerinin gelişimine de yardım eder. Endorfin anne sütünde de vardır ve hem anne hem de bebek için karşılıklı bağımlılığa neden olur ve anne-bebek etkileşiminin devamlılığının bir parçası olarak, emzirme ve fiziksel temas gibi güçlendirici ve ödüllendirici davranışlar ile anne ve bebek arasında mutluluk verici güçlü bir bağın oluşmasını sağlar (Ratfisch 2012, Buckley 2005, Ratfisch 2017). Kolostrumdaki beta endorfin yenidoğanın yaşama geçişi sırasındaki stresini düşürür. Doğumdan sonra anne ve bebek arasında devam eden temas (ten-tene temas, emzirme) ile anne ve bebekteki beta endorfin salınımını devam ettirir (Buckley 2015).

Adrenalin ve Noradrenalin: Diğer adı “**epinefrin ve norepinefrin**”beyin, sinir sistemi ve tüm kritik homeostatik fonksiyonlara sahip olan kimyasal olarak birbiriyle ilişkili hormonlardır. Noradrenalinin ayrıca nörotransmitter olarak kabul edilir. Epinefrin ve norepinefrin yanıt, bütün doğum eylemi boyunca, subkortikal seviyede içgüdüsel bir eylemdir. Doğum sırasında fizyolojik stres ile patolojik stres arasında ki farklılık beta-endorfinlerin, epinefrin ve norepinefrin ile ilişkisi açısından önemlidir. Katekolaminler, endorfin ve oksitosinle zıt çalışırlar. Normalde bir miktar stres, doğumda ve postpartum dönemde anne ve bebek açısından işlevlerin sağlıklı olabilmesi için faydalı ve normaldir (Buckley 2015). Bu hormonlar savaş ya da kaç hormonu olarak da bilinir. Böbrek üstü bezlerden salınan bu hormonlar açlık, korku, soğuk, stres, heyecan, doğum gibi durumlarda salınırlar (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012,

Tokat 2016, Durmaz 2018). Sağlıklı bir kişide adrenalin ve oksitosin dengede olmak zorundadır. Doğum eyleminde kadın korktuğunda ya da endişelendiğinde ve gözetlendiğinde adrenalin artar ve oksitosin seviyesi düşer. Yaşanan korkuda oksitosin salınımını durdurur (Yılmaz ve Bal 2017). Oksitosin azalıp, adrenalin arttığına ise, doğum zor ve yavaş ilerler. Doğum eyleminde adrenalinin giderek yükselmesi, dolaşımdaki kanın büyük miktarının hayati organlara gitmesine neden olur. Bu da plasenta ve bebeğe daha az kan ve beraberinde daha az oksijen gitmesi demektir. Fetüs sıkıntıya girerken, uterus kontraksiyonları ise düzensizleşir. Ayrıca perineal bölgeye daha az kan gideceğinden pelvik taban ve perine kasları giderek daha da sertleşir. Yaşanan bu süreç doğum eyleminin uzamasına ve durmasına neden olur. Doğum eyleminde adrenalinin yükselmesi ile oksitosin hormonu düzeyi düşer ve dolayısıyla beta-endorfinlerin seviyesi de düşer. Böylece doğum eylemi uzar, kadında yorgunluk ve tükenmişlik belirtileri ortaya çıkar. Doğum eylemindeki kadın uyarılır ve prostaglandin üretimi artar. Kadında ağrıya karşı tahammülsüzlük gelişir ve ilerlemeyen travay tanısı ile medikal müdahaleye daha fazla başvurulur (Buckley 2005, Buckley 2015, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2012, Tokat 2016, Durmaz 2018). Ferguson refleksi ile ilişkili olarak yüksek oksitosin düzeyiyle katekolamin salınımlarında iniş çıkışlar olması normaldir. Ayrıca, doğum eylemi normal düzeyde ilerlediğinde, epinefrin ve norepinefrin yükselişi, güçlü, etkili ve istemsiz kınmalar yaratır ve fizyolojik olarak fetüsün fırtaltılmasını sağlar. Bu aşamada bebek birkaç tane çok güçlü kontraksiyon ile hızlıca ve kolay bir şekilde doğar (Buckley 2015). Yapılan çalışmalarda da kronik stres sonucunda salınan adrenalinin, erken doğuma sebep olduğubildirilmektedir (Yılmaz ve Bal 2017). Doğumdan sonra anne ve bebekte epinefrin ve norepinefrin seviyesi çok hızlı düşer. Bu düşüş uterusun kontraksiyonları uyarır ve yenidoğan açısından enerji tüketimi azalır. Sıcak ortam ve rahat bir ten tene temas durumu, maternal ve yenidoğan katekolaminlerini düşürmede önemlidir (Buckley 2017). Doğum sonu ilk evrede eğer annede herhangi bir sebepten dolayı katekolamin düzeyi yükselirse, uterusun kontraksiyonunu baskılayarak doğum sonu kanama riski artar (Buckley 2015). Doğumdan hemen sonra epinefrin ve norepinefrinde ki ani düşmeden dolayı annede üşüme ve titreme gibi belirtiler gelişir. Bu hormonların seviyesinde azalma olmazsa, oksitosin seviyesi yükselmeyeceğinden uterus kontrakte olmaz ve maternal kanama görülür (Mete 2013).

Katekolamin düzeylerindeki artış, doğumda bebeği hipoksiden korur, oksijen yetersizliğinde glikoz metabolizmasında artışı sağlar, glikoz ve serbest yağ asitleri düzeylerini arttırarak bebeğin metabolizmasına yardımcı olur, akciğerlerdeki amniyotik sıvının emilimini ve

süpfaktan üretimini arttırarak bebeğin uterus dışında yaşamasına yardımcı olur, yenidoğanın vücut ısısının korunmasına yardımcı olur, emzirmenin başlaması için enerjiyi sağlar. Katekolaminler ayrıca, yenidoğanı uyanık tutar, kalbin kasılmasını arttırır, solunumu uyarma ve yenidoğanın reflekslerini ve tonüsünü düzenler (Buckley 2015).

Ayrıca, anneyle temas halinde olduğundan dolayı yenidoğanda katekolamin düzeyleri düşerken, noradrenalin düzeyleri ilk 12 saatsüresince yüksek kalır. Bu süre içerisinde yenidoğanın koklama duyusunun gelişmesinde ve annesinin kokusunu tanıyıp ayırt etmesine de yardımcı olur (Buckley 2005, Buckley 2015, Ratfisch 2017, Tokat 2016, Ratfisch 2012).

Prolaktin: Prolaktin tüm memelilerde temel gereksinim olan anne sütü sentezindeki en etkili hormondur. Anterior hipofiz bezinden üretilir ve tüm vücuda salınır. Prolaktin, vücuttan beyine tekrar giriş yapabilir ve hatta beynin bazı bölgelerinde de salınım yapabilir. Bu özelliğiyle, hem üreme de davranışları etkiler. Prolaktin hormonunun salınımını dopamin tarafından kontrol edilir. Üstelik yüksek prolaktin seviyesi, daha yüksek prolaktin seviyesini inhibe eder. Bu negatif feedback etkisi, gebelikten laktasyona kadar prolaktin üretimini azaltır (Buckley 2015). Bu hormon gebeliğin başında korpus luteumu aktive ederek devamlı progesteron üretimini sağlamaktadır (Yılmaz ve Bal 2017). Prolaktinin süt üretimi etkisi ayrıca, gebelikte bebeğin plesantasından üretilen yüksek seviyedeki progesteron tarafından bloke edilir. Prolaktin ayrıca uterin kavitede fetüs tarafından da üretilir ve önemli bir miktarı yenidoğan dolaşımına katılır. Bu kanıtta prolaktinin yenidoğanın nöroendokrin sisteminin gelişmesinde önemli rol oynadığını gösterir (Buckley 2015). Prolaktin hormonu aktif süt bezi dokusunun gelişmesine ve laktasyon sırasında süt oluşumuna yardım etmektedir. Plesantanın doğumu ve arkasından progesteron hormonunun düşmesiyle birlikte prolaktin süt üretimini uyarmaya başlar. Ayrıca tüm memelilerde, plesantadan salgılanan human plesantal laktojen (hPL) hormonun da süt üretime etkisi olmaktadır. Bu hormonda aynı prolaktin gibi gebelik süresince yükselir ve beynin anneliğe özgü duygu ve davranışları geliştirmesine yardım eder (Buckley 2005, Ratfisch 2017). Prolaktin salınımı emzirme ile aktive olmaya başlamıştır. Prolaktinin bilinen 300' den daha fazla etkisi vardır. Primer olanlar homeostazi ve üreme ile ilgili olanlardır. Kadında postpartum emzirme döneminde prolaktin hormonu yükselir bu da kadında anneliğe uyum sağlaması için kişisel değişiklik yaratır. Kadınlarda annelik içgüdüsunü geliştirir(Buckley 2015, Tokat 2016, Ratfisch 2012, Yılmaz ve Bal 2017).

Kuşlar ve balıktan insana kadar bazı türlerde babalık davranışlarıyla olan ilişkisinden dolayı babalık hormonu olarak da isimlendirilir. İnsan çalışmalarında da, doğumdan önce gebelerde

prolaktin artışına paralel olarak babalarda da prolaktinin yüksek olduğu saptanmıştır. Prolaktini yüksek olan babalar, bebek bakımında daha fazla sorumluluk almaktadırlar (Buckley 2015, Ratfisch 2012, Buckley 2005, Ergin ve Özdilek 2014). Ayrıca annede bulunan maternal nöroendokrin mekanizmalarının babalarda da bulunduğunu belirtmişlerdir. Bebek doğduktan sonra babalık davranışını başta prolaktin olmak üzere oksitosin, testosteron, östriol ve vazopressin de etkilediği belirtilmiştir. Ayrıca eşlerinin gebelikleri sırasında prolaktin seviyesi yüksek, testosteron seviyesi daha düşük seyreden babaların bebeklerine karşı daha şefkatli olduğu gösterilmiştir (Ergin ve Özdilek 2014).

Prolaktin hormonunun; anneliğe özgü davranışları geliştirme, iştahı açma ve gıda alımını artırma, doğurganlığı baskılama, motor aktiviteleri ve bakımla ilgili faaliyetleri artırma, strese yanıtı azaltma, oksitosin salınımını uyararak sütün atılımını sağlama, beta- endorfin salınımını uyararak doğal analjezi sağlama, uyku ve uyanıklık döngüsünü değiştirme, REM (hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku evresi) artırma, vücut ısısını azaltma ve immün sistemi güçlendirme etkisi vardır (Buckley 2005, Ratfisch 2017, Buckley 2015, Tokat 2016, Ratfisch 2012).

2.2.5.Psikososyal Faktörler:

Doğum eylemi fiziksel bir süreçten daha fazlasıdır. Kadının tüm varlığını etkiler. Kadınlar doğumlarını anlatırken, evliliklerini, yıldönümlerini, dini olayları ve hatta ölümleri tanımlamak için kullandıkları gibi doğumları için duygusal terimler kullanırlar. Kültür ve bireysel değerler, kadının doğum eylemine bakış açısını ve başatmasını etkiler (Durmaz 2018). Travay sırasındaki endişe, korku ve buna bağlı kadında oluşan huzursuzluk uterus kontraksiyonlarına ve travay sırasındaki anne organizmasının doğum kanalındaki direncine etkisi tahmin edildiğinden de çok güçlüdür. Bu nedenle doğumdan önceki eğitim ve motivasyon çok önemlidir. Her kadın doğumda ne olacağı konusunda belirsizlik yaşar (Güner ve Kavlak 2016). Kadın, bir önceki doğumlarında olumsuz deneyimler yaşamış ise ya da çevresinden doğum eylemiyle ilgili olumsuz deneyimler anlatılmışsa korku ve endişeyle gelecektir (Ratfisch 2017).

Doğumun ilerlemesi ve distosinin önlenmesi, değişik psiko-emosyonel, kişilerarası, fiziksel ve psikolojik faktörlerin arasında ki farklı etkileşimlere bağlıdır. Kadın kendini güvende hissettiğinde, sağlık personeli tarafından önemsendiğini ve kendisine saygı gösterildiğini hissettiğinde, hareket özgürlüğüne sahip olduğunda, yerçekimine uygun dik pozisyonda olduğunda, ağrısı yeterli ve güvenli bir şekilde yönetildiğinde doğumda ilerleme kolaylaşır.

Kadının yanında özenli bir eşinin ya da sevdiği kişinin olması ve onun tarafından desteklenmesi ve doğum ortamının sakin, rahat ve iyi donanımlı olması kadının kendini iyi hissetmesine yardımcı olacaktır. Bunlar sağlanmadığında utanmış, engellenmiş, yetersiz, yalnız, yargılanan, güvensiz, kısıtlanmış, saygı duyulmayan ya da önemsenmemiş hissedebilir. Bu gibi hisler etkili doğum sürecini engelleyecek reaksiyonlara sebep olabilir. Dr. Michel Odent günümüzdeki doğumda bakım uygulamalarını neokorteksin stimülasyonunu en aza indirecek ve rahatlamayı sağlayacak şekilde düzeltmeyi önermektedir. Odent diğer memelilerin doğum yaptıklarında mahremiyet, rahat, sessiz çevre ve karanlık bir ortam aradıklarını belirtmektedir. Yine günümüzde parlak ışıklar, yabancılar, kadına yöneltilen birçok soru, yabancı sesler ve buna benzer rahatsız edici faktörlerle beynin ilkel fonksiyonları inhibe edilmekte ve distosiye katkıda bulunmaktadır (Tokat 2016). Okumuş'un 2018 yılında yayımladığı makalesinde, hastaneye doğum için gelmiş olan gebelerde gereksiz tıbbi müdahalelere maruz kaldıkları dile getirilmiş, sağlık çalışanlarının gebelere nazik olmayan davranışlar uyguladığında, kadınlarda kontrol eksikliği, korku ve anksiyete yaşandığı belirtilmiştir. Yaşanan bu korku ve anksiyetenin katekolamin seviyelerini arttırarak doğumun yavaşlamasına sebep olduğuda ayrıca vurgulanmıştır. Yine aynı makale, Hastanelerdeki doğum ortamlarıanne ve bebek için daha iyi koşullarada hazırlanırsa sezeryan oranlarının düşeceğinden, gereksiz farmakolojik ajan kullanımı ve oksitosin kullanımının, epizyotomi ve diğer tıbbi müdahalelerin azalacağı ve ilk altı aydaki emzirme oranında artacağı belirtilmiştir (Okumuş 2018).

Doğum ortamı: Birçok hastanenin doğumhane ortamlarında oluşabilecek problemleri erken farketmek, hızlı müdahale etmek, tanı koymak ve tedaviyi planlamak için anne ve bebeğin güvenliğini sağlayacak belirli becerilere sahip sağlık profesyonelleri tarafından kullanılabilen kapsamlı standart bakım protokolleri mevcuttur. Kadının doğum yaptığı ortam, deneyimlenen korku ve anksiyete düzeyine çok güzel etkileri olabilir. Birçok kadın için hastane yabancı bir ortam ve burada ki kurumsal rutinler ve mahremiyete dikkat edilmemesi kadının kontrol kaybı yaşammasına neden olabilir. Doğum ortamının olumlu ve olumsuz yönlerine ilişkin yapılan bilimsel çalışmalarda kadınların gereksinimleri karşılandığında, kendilerini daha rahat ve memnun hissettikleri ifade ettikleri belirlenmiştir (Tokat 2016, Ratfisch 2017).

Emosyonel Faktörler: Doğumdan önce doğuma hazırlık sınıflarında ebe veya doktoruyla olan görüşmelerde her kadın doğum sırasında kendisi veya eşinin yapabileceği rahatlatıcı sevdiği müzik, kokular, resimler, sevdiği kişiler, doğum sırasında kendi kıyafetini giyme, görselleştirme, aromaterapi, masaj ya da gevşeme teknikleri gibi uygulamalar ile

desteklenmelidir. Bu gibi uygulamalar kadının doğumun ortamında kişisel rahatlığının artmasına katkı sağlayacaktır. Çiftler sağlık personeline “doğum planı” yazıp vermeleri konusunda desteklenmelidir. Bu doğum planında kendilerini tanıtmalıdır, endişelerini, korkularını, tercihlerini ve bakımlarıyla ilgili seçimlerini belirtmelidirler. Prenatal kontroller sırasında kadınla doğum planı gözden geçirilmeli ve tartışılmalıdır. Bu düzenlemeler kadının kendini daha iyi hissedeceği bir ortam yaratmaktadır ve aynı zamanda kadının iyi bakım aldığı algısını sağlamaktadır. Kadının fiziksel rahatlığının basit bir şekilde düzenlenmesi, kadının özgürlük duygusunu arttıracaktır. Bu düzenlemelerde kadın daha az engellenmiş ve daha fazla içgüdüsel olacaktır. Bu yöntemler neokorteks’i rahatlatır ve bedenin doğal gücünü kullanılmasına yardım eder (Tokat 2016).

Doğum sürecinde emosyonel faktörler fiziksel faktörler kadar önemlidir. Bundan dolayı kadının doğuma hazırlanması ve doğum süreci konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Doğum sürecinde kadını en çok etkileyen anksiyete ve korku, huzursuzluk, kontrol kaybı anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Bu etkilenmeden dolayı artan adrenalin seviyesi annede kalp atışlarında artış, kan glikoz seviyesinde yükselme, kontraksiyonlarda azalmaya ve fetüsün de olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. Doğumun merkezinde kadın, fetüs ve ailesi yer almalı ve doğum sırasında ağrının kontrolü kadın odaklı bir anlayış ile yapılmalıdır (Ergin ve Kömürcü 2008).

2.3.Doğumun Başlama Teorileri

Doğumu başlatan mekanizmaların bilinmezliği çalışmalara rağmen devam etmektedir. Fetüs extra uterin hayata kolayca uyum sağlayabilmek için yeterince olgunlaştığında, doğum eylemi normal olarak başlar. Bu evre kadının son menstrual periyodunun ilk gününden sonra 38-42 haftalar arasında meydana gelir. Gebeliğin devamını destekleyen güçler, gebeliğin sonunu destekleyen güçler tarafından dengelendiğinde normal doğum başlar. Bu alanda, erken doğum eylemine yönelik tedaviyi geliştirmek için araştırmalar devam etmektedir(Lowdermilk ve diğ. 2016).

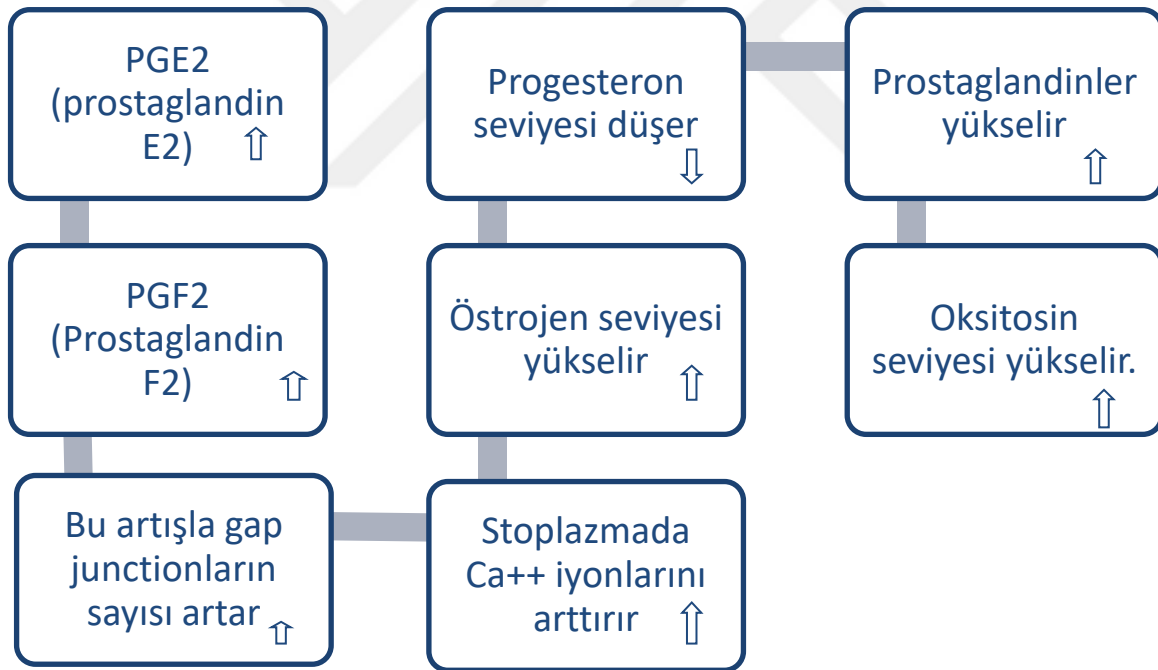
Doğumu başlatan mekanizmalar ise şöyle özetlenebilir.

Progesteronun azalması hipotezi: Maternal östrojen ve progesteron seviyesinde değişiklikler oluşur. Gebelikte, östrojen seviyesi progesteron seviyesinden daha yüksektir. Progesteron gebelik boyunca uterusun düz kaslarının gevşemesini sağlar. Bu dönemde doğum eyleminin başlangıcına yakın progesteron seviyesi düşüğe östrojen seviyesi yükselir. Bu da

uterusun kontraksiyonları stimüle eden maddelere karşı hassasiyetini artırır. Bu maddeler, fetal membranlardan salınan prostaglandin ve maternal posterior hipofiz bezinden salınan oksitosindir. Östrojen, uterusun koordineli bir şekilde kontrakte olması için uterin kas hücrelerini uyaran “gap junction” bağlarının sayısını arttırdığı düşünülmektedir (Lowdermilk ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Arıkan 2014, Durmaz 2018).

Prostaglandin hipotezi: Desidua ve membranlardan salınan prostaglandinin, termde oksitosin stimülasyonu için uterusu hazırlamada etkili rolü vardır. Prostaglandinler, doğum eylemi sırasında fetal membranların alt bölgesinden salınır ve kadının vajinasından mikroorganizmalar ile temas yüzünden bir inflamasyon görünümü yansıtır (Lowdermilk ve diğ. 2016).

Doğum eyleminden önce ve doğum eylemi sırasında bu mekanizma çizim 2.3.1.1.’de özetlenmiştir.



Çizim 2.3.1. Doğumun Başlama Teorileri (Lowdermilk ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Arıkan 2014, Durmaz 2018).’den alınmıştır.

Oksitosin: Doğum eylemi başlar başlamaz, doğum eyleminin devamı için doğal oksitosinin seviyesinin artmış olduğu izlenir. Oksitosin tek başına doğum eylemini başlatmada sorumlu değildir ancak diğer maddelerle bağlantılı olarak doğum eyleminin başlangıcında rol oynar.

Fetal oksitosin sekresyonunun varlığı da bunun en önemli kanıtıdır (Lowdermilk ve diğ. 2016)

Uterusdaki oksitosin reseptörlerinin sayısı doğum eyleminin başlangıcında dikkat çekici bir şekilde artar doğum eylemi boyunca artmaya devam eder ve doğumda pik yapar. Eğer reseptörler gelişmezse, oksitosinin uterin kas üzerine minimum etkisi olur (Lowdermilk ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Arıkan 2014).

Fetal rol: Doğum eyleminin başlangıcında fetal rol hemen hemen aynı gibi görünür. Fetal membranlar doğum eylemi boyunca yüksek konsantrasyonda prostaglandin salgılamaya başlarlar. Üstelik bir uterin uyarangibi hareket ederek fetal adrenallerden büyük miktarda kortizol salgılar bu da fetal oksitosin sekresyonunu sağlar (Lowdermilk ve diğ. 2016).

Kortikotropin salgılatıcı hormon (kortikotropin-releasing hormon) hipotezi: Bu hormon doğumun başlamasında olası bir role sahiptir. Termde kesin bir artışla birlikte gebelik esnasında da artar. Ayrıca preterm eylemden öncede plazma kortikotropin salgılatıcı hormon seviyelerinin arttığı belirlenmiştir. Kortikotropin salgılatıcı hormonun amniyotik hücreler tarafından üretilen prostoglandin sentezini arttırdığı bilinmektedir (Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018).

Pelvik tabandaki değişiklikler: Uterus ve serviksin gerilmesi, basıncı ve iritasyonu fetüs terme ulaştıkça artar. Gebeliğin erken döneminde uterus, düz kasların normalinde yaptıkları kontraksiyonlarla gerilmek için reaksiyon vermez. Fetal baş, fundus uteriye kontrakte ederek ve servikse karşı itilerek serviksi esnetir ve daha fazla fundal kontraksiyona sebep olur. Servikal gerilme ayrıca oksitosin sekresyonuna da neden olmaktadır (Lowdermilk ve diğ. 2016).

Myometrial aktivite: Doğum eyleminde üst uterin segment kasları kısalır. Her bir kontraksiyon servikal efesmanına yol açar. Servikte ilerleyici bir şekilde uzun ve kalın bir yapıdan ince bir kağıt görünümüne kadar değişen değişiklikler olmaktadır. Uterus, horizontal çapı azaltarak her bir kontraksiyonla uzar. Bu uzama fetal vücudun düzleşmesine ve aşağı uterin segment ve serviksin altına doğru prezante olan kısmın itilmesine neden olur. Uterus uzadığından longitudinal kas lifleri prezante olan kısmın üzerine doğru çekilir. Bu olay ve fetal membranların hidrostatik basıncıyla servikal dilatasyon gerçekleşir (Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017).

Doğumun başlama belirtileri

Doğum eyleminin başlangıcı ile ilgili tüm bu hipotezlerin yanında doğum eyleminin yakın bir zamanda başlayacağını gösteren subjektifler belirtiler de vardır. Bu belirtiler;

Braxton hicks kontraksiyonları:

Tüm gebelik boyunca meydana gelen kontraksiyonlar, düzensiz ve hafiftir. Term yaklaştıkça kontraksiyonlar, daha farkedilebilir hatta ağrılı olur. Gebeliğin sonuna doğru Braxton Hicks kontraksiyonlarının algısındaki artış gebede uyku problemi yaratmaktadır. Bazen kontraksiyonlar düzenli hale gelir ve genellikle huzursuzdur. Bu yüzen kadın, doğum eyleminin gerçekten başlayıp başlamadığı konusunda şaşırabilir (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014).

Düzenli uterus kontraksiyonları: Eylemin başında genellikle kontraksiyonlar orta şiddette, kısa süreli ve 20-30 dakika da bir gelir. Eylem ilerledikçe, kontraksiyon süreleri, şiddeti ve sıklığı artar. Başlangıçta 30 saniye süren kontraksiyonlar eylem ilerledikçe 50-90 saniyeye çıkar. Kontraksiyon sıklığı iki-üç dakikaya iner. Bu güçlü kontraksiyonlar uterusun palpe edilmesi ile hem sırtta hem de karnın önünde hissedilir. Servikte efesman ve dilatasyon gerçekleşir, prezante olan kısım aşağıya iner ve membranlar bombeleşir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014).

Hafifleme: Fetüs pelvik girimine indikçe kadın daha rahat nefes aldığını hisseder. Çünkü diyaframın üzerindeki basınç azalmıştır. Fakat mesanenin üzerinde artmış olan basınç kadının daha sık idrar yapmasına sebep olmaktadır. Fetal başın pelvise yapmış olduğu basınç bacaklarda krampa ve ödeme sebep olabilir. Hafifleme daha çok nulliparlarda farkedilir ve normal doğumun başlangıcından yaklaşık iki-üç hafta önce meydana gelir (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014).

Artmış vajinal mukus sekresyonları: Fetal basınç vajinal mukoza üzerinde tıkanıklığa sebep oldukça iritan olmayan açık renkte vajinal sekresyonlarda artış meydana gelir. Kadın mukus miktarındaki artıştan dolayı perineal ped kullanma ihtiyacı hissedebilir (Lowdermilk ve diğ. 2016).

Servikal olgunlaşma ve değişiklikler: Term yaklaştıkça, relaksin hormonundan ve artmış su içeriğinden dolayı serviks yumuşar. Bu değişiklikler ya da olgunlaşma serviksin doğum

kontraksiyonlarına daha kolay uyum sağlamasına izin verir. Fetal baş hafiflemeyle birlikte aşağıya indikçe, servikse basınç yapar ve dilatasyon ve efesman sürecini başlatır. Normalde arkaya dönük olan serviks, öne doğru yer değiştirir ve gebelik boyunca servikte açıklık görülmez (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Efesman: Servikal kanalın normal boyunun kısılması, incilmesi ve ince zar gibi olarak doğum eylemi esnasında uterusun alt segmentini oluşturmasıdır. Efesman yüzde (%) ile ifade edilir. Efesman % 100 olduğunda servikal kanalın uzunluğu tamamen kaybolmuş ve serviks ince bir zar haline gelmiştir(Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Durmaz 2018, Arıkan 2014).

Dilatasyon: Servikal kanalın 10 cm'ye kadar açılmasıdır. Bu bulguların her ikisinde vajinal muayene ile belirlenir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Durmaz 2018, Arıkan 2014). Efesman ve dilatasyon bu süreçte servikal kapillerde küçük rüptürler oluşturur. Böylelikle gebelik boyunca serviksi mühürleyen “mukus tıkaç” itilmiş olur. Mukus tıkaç (nişan), pembe ya da kahverengi kan ve kalın mukusun bir karışımıdır. Bu durum doğum eylemi başlamadan birkaç haftadan bir kaç güne kadar sürebilir, özellikle nullipar kadınlarda doğum eylemi başlayana kadar bu durum görülmeyebilir. Son vajinal muayene ya da koitusta küçük miktarlarda nişan atılmasına da sebep olabilir. Çünkü bu durum küçük kan damarlarını zedeler. Serviks tamamen dilate ve efase oldukça doğum eylemi sırasında nişan artabilir. Primipar kadınlar, genellikle nulliparlardan daha az kan kaybı yaşarlar (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Arıkan 2014).

Enerji artışı: Doğum eyleminden 24-48 saat önce kadının doğum eylemine hazırlanması amacıyla epinefrin salgılanması artar ve birden enerji artışı görülür. Bu kadınların enerjilerini korumaları için uyarılmaları gerekir çünkü bu enerjiye doğum eyleminde ihtiyaçları olacaktır (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Kilo kaybı: Terme yakın plesantada yaşlanma başlar. Plesanta eskisi kadar progesteron salgılayamaz ve sıvı kaybı olur. 2.2'kg dan 6.6 kg'a kadar kilo kaybı yaşanabilir, çünkü değişen östrojen ve progesteron seviyeleri gebelik boyunca biriken bazı sıvıların vücuttan atılmaktadır (Lowdermilk ve diğ. 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Gastrointestinal sistem sorunları: Doğum eyleminin başlangıcından hemen önce, diyare, sindirim sorunları, bulantı-kusma ve servikal dilatasyon ile birlikte görülebilir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Durmaz 2018).

Sırt ağrısı: Relaksin hormonunun pelvik eklemler üzerindeki etkisine bağlı olarak ortaya çıkar. Bununla birlikte uterusun alt segmenti ve serviksteki gerilme de sırt ağrısı yaşanır. Normal doğum eyleminde sırt ağrısı, sadece kontraksiyonun başlangıcında ve servikal dilatasyonun erken evrelerinde belirgindir (Yılmaz ve Bal 2017).

Amniyon kesesinin açılması (membran rüptürü): Amniyon kesesi dilatasyon ve efesmanın sonlarına doğru uterus içi basınç zarların dayanamayacağı bir noktaya ulaştığında kendiliğinden açılır. Çoğunlukla bu süre ikinci evrenin sonuna doğrudur. Amniyon kesesi uterus kontraksiyonları başlamadan ve latent fazda açılırsa bu olay “erken membran rüptürü”olarak adlandırılır (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Durmaz 2018, Güner ve Kavlak 2016). Membranlar açıldıktan 12-24 saat sonra eylemin spontan olarak başlaması beklenir. Termdeki gebeliklerde bu süre içinde eylem başlamazsa enfeksiyonu önlemek için işlem başlatılır. Membran küçük bir noktadan ve yüksek bir yerden açılmışsa amniyotik mayi az az sızıntı şeklinde gelebilir ve anne idrar kaçırdığını düşünebilir. Alt segmentten ve geniş bir şekilde açılmışsa fazla miktarda gelebilir. Membranlar açıldığında fetal baş yerleşmemiş ise, umbilikal kord sarkabilir. Böyle bir durumda gerekli müdahaleler yapılmalıdır (Yılmaz ve Bal 2017)

2.4. Doğumun Evreleri

Doğumla birlikte ailesel roller ve ilişkiler sonsuza kadar değişir. Bu ödüllendirici durum doğumeylemi sürecinde uygulanan ebelik bakımıyla ilişkilendirilir. Doğum sürecinin fizyolojik ve psikolojik bileşenlerini anlamak ebeinin kanıt temelli uygulamalar aracılığı ile doğum ailesine, güvenli ve etkili bir bakım sağlamasına yardım eder. Olası değişikliklerin farkındalığı ebeye doğum eylemindeki kadını desteklemeye olanak sağlar (Lowdermik ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016).

Ebelerin prekonsepsiyonel dönemde kadın ile birlikte gebeliği planlaması, antenatal dönemde gebesini takip etmesi ve gebenin tüm gebelik sürecini yöneten ebesi ile birlikte doğum eylemini gerçekleştirmesi kadın ve bebek sağlığı bakımından önemli istenen bir modeldir. Bu modelde ebeler doğumun tüm aşamalarını yakından takip eder ve kadının en büyük rehberi ve destekçisidir (Lowdermik ve diğ. 2016)

Normal doğum dört evreden oluşmaktadır.

2.4.1. Doğumun Birinci Evresi (Dilatasyon ve Efesman)

Bu evre ritmik uterus kontraksiyonları ile eylemin başlamasından, serviksin silinme ve dilatasyonunun tamamlanmasına kadar olan evredir. Nullipar kadınlarda 6-18 saat, multipar kadınlarda 2-10 saat sürer. Doğumun birinci evresi latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere 3'e ayrılır(Gürsoy 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Güner ve Kavlak 2016, Arıkan 2014, Durmaz 2018, Chapman 2018)

Latent faz: Bu faz düzenli, ritmik, hafif uterus kontraksiyonları ile başlar ve açıklık beş cm olduğunda sonlanır (Ratfisch2017). Latent fazda servikal değişiklikler yavaştır, serviks daha elastik, esnek ve yumuşak hale gelir (Cashion 2016, Ratfisch 2017, Arıkan 2014, Durmaz 2018, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017). Bu evrede uterus kontraksiyonları 10 dakikada bir gelir ve ortalama 20 saniye kadar sürer. Ağrılar daha çok karın ve bel bölgesinde hissedilir(Ratfisch 2017).Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafif olduğu için kadın ağrı ile baş edebilir ve çevresiyle iletişime geçebilir. Doğumun başlamış olması onu rahatlatır. Kadın endişeli olmasına rağmen, bu duyguları ifade edebilir ve tanımlayabilir. Kadın sıklıkla konuşkandır ve gülümser, kendisi hakkında konuşmak ve sorulan soruları cevaplamak için isteklidir. Heyecan seviyesi yüksektir (Yılmaz ve Bal 2017, Güner ve Kavlak 2016). Dünya Sağlık Örgütü 2018 yılı rehberinde, doğumun birinci evresinde latent fazı, ilk beş cm'ye kadar olan dilatasyonun yaşandığı, yavaş ilerlemenin olduğu ve ağırlı uterus kontraksiyonları ile birlikte karakterize evre olarak tanımlar (WHO 2018).

Aktif faz: Dünya Sağlık Örgütü 2018 rehberi aktif fazı ise, düzenli, ağırlı uterus kontraksiyonları ile, daha hızlı servikal dilatasyonun ve önemli derecede servikal efesmanın eşlik ettiği,beş cm dilatasyondan 10 cm (tam dilatasyon)'a kadar geçen zaman olarak kabul eder (WHO 2018).Bu fazda kontraksiyonların hem sıklığı hem de şiddeti artar. Kontraksiyonlar beşdakikadan daha az aralarla gelir ve ortalama 40 saniye sürer. Ağrılar daha çok bel, alt karın bölgesi, kasıklar ve bacaklarda hissedilir (Ratfisch 2017, Casion 2016). Bu faz nulliparlarda ortalama 5,8 saat, multiparlarda ise 2,5 saat sürer. Normal aktif faz nulliparlarda 12 saat, multiparlarda ise 6 saati aşmaz. Bu evrede fetal iniş azdır (Yılmaz ve Bal 2017).

Kadın aktif faza girdiğinde, kontraksiyonların yoğunluğu ve ağrı sebebiyle endişesi artmaya başlar. Kontrolü kaybedeceği korkusunu yaşar ve desteğe ihtiyaç duyar (Güner ve Kavlak 2016).

Geçiş fazı: Servikal dilatasyon sekiz cm olduğunda geçiş fazı ile başlar ve dilatasyon 10 cm olunca tamamlanır. Kontraksiyonlar iki dakikadan daha az aralarla gelir ve ortalama 60-90 saniye kadar sürer. Bu fazda fetüs doğum kanalında ilerler ve iniş artar. Anne yorgun, endişeli ve huzursuz olabilir. Ayrıca annede iletişime kapalı olma ve söylenenleri anlamada güçlük, hiperventilasyon, bulantı, kusma, hıçkırık, terleme ve rektumun üzerinde hissedilen basınçta artış olabilir (Cashion 2016, Ratfisch 2017, Arıkan 2014, Durmaz 2018, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017). Doğum eyleminin ilk evresindeki latent fazın süresi kadından kadına değiştiği için standart bir zaman aralığı yoktur. Bununla birlikte bu süre primiparlarda 12 saat, multiparlarda 10 saatten uzun olmamalıdır.

DSÖ eylem fazları ve süresinin yanında, saygılı anne bakımını (tüm kadınlara yönelik onların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyacak, onların özgürlüklerini ve kötü muamele görmemelerini garantiye alacak, travay ve doğum eylemi süresince, bilinçli seçimi ve sürekli desteği mümkün kılacak şekilde organize edilen sağlık bakımı), etkili iletişimin kurulmasını, tüm kadınlar için travay ve doğum süresince yanlarında onlara refakat edecek birini seçme hakkının sağlanmasını, düşük riskli kadınlarda, doğumun ilk evrenin rutin değerlendirmesinde dört saatlik aralıklarla dijital vajinal muayeneyi, kadının tercihine bağlı olarak doğumun birinci evresinde epidural aneljezi ve parenteral opioidlerin kullanımını, kadının tercihine bağlı olarak, progresif kas gevşetme, nefes alma, müzik, odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma vb. içeren gevşeme tekniklerini, masaj ya da lokal sıcak uygulama (sıcak ped/torba/kompres uygulaması vb.) gibi manuel teknikleri, düşük riskli gebeliklerde travay süresince oral sıvı ve yiyecek alımını ve düşük riskli gebelerin hareket etmesinin desteklenmesi ve dik pozisyonların kullanılmasını da önermektedir (WHO 2018).

2.4.2. Doğumun İkinci Evresi (İtilme):

DSÖ'e göre doğumun ikinci evresi, servikal dilatasyonun tam olması ile bebeğin doğması arasındaki zaman periyodudur. Bu evrede uterus kontraksiyonlarının itici gücünün sonucunda, kadının istem dışı fetüsü aşağıya itme, doğurma dürtüsü vardır. İkinci evrenin süresi kadından kadına farklılık göstermektedir. İkinci evre genellikle primiparlarda üç saat, multiparlarda iki saat sürmektedir.

Bu dönem normalde nullipar kadınlarda 30 dakika-3 saat ve multipar kadınlarda 5-30 dakika arasında sürer (Yılmaz ve Bal 2017). Bu evrede dilatasyon kanamasında artış, defakasyon yapma isteği, ıkınma isteğinde artış, ıkınırken ses çıkarma ve perineal kabarma gibi belirtiler görünür (Güner ve Kavlak 2016). Uterin kontraksiyon, yerçekimi ve annenin aşağı itici

baskısı tarafından harcanan güç, komplikasyonsuz spontan doğumu kolaylaştırır (Perry ve diğ. 2010).

Dünya Sağlık Örgütü İkinci Evrede ise;

- Dik pozisyonlar dahil olmak üzere kadının kendi tercih ettiği pozisyonun benimsenmesi,
- Ekspülsiyon fazında kadınlar ıkmaması konusunda cesaretlendirilmesini,
- Perineal travmayı azaltmak ve spontan doğumu kolaylaştırmak için mevcut seçeneklere ve kadının tercihine göre perineal masaj, sıcak kompres, perinenin elle korunması gibi teknikleri önermektedir.
- Ayrıca vajinal doğumda rutinde ya da genelde epizyotomi ve fundusa elle basınç uygulaması da önermemektedir (WHO 2018).

Fetüsün prezante olan kısmının doğum kanalı içinde yaptığı hareketler sırasıyla, yerleşme, iniş, fleksiyon, internal (iç) rotasyon, ekstansiyon, eksternal (dış) rotasyon ve ekspulsiyondur (Ratfisch 2017).

Yerleşme (Angajman): Pelvis giriminde fetüs başının sagittal suturu pelvis giriminin transvers çapına paraleldir ve fetüs başı oksipito-frontal çapını almıştır (Yılmaz ve Bal 2017). Travayın başlangıcında baş pelvis giriminde kolayca palpe edilebilir, çünkü baş bu esnada mobildir. Angajman eylemden önce ya da eylem başlarken desensusun başlamasıyla gerçekleşir (Güner ve Kavlak 2016). Klinik olarak prezante olan kısmın “0” düzlemine kadar inmiş olması, prezante olan kısmın pelvise girdiğini ve orta pelvis ve pelvis çıkımında herhangi bir darlık yok ise vajinal doğumun mümkün olabileceğini gösterir. Fetal baş sol oksiput transvers pozisyonunda ve biparietal çap pelvis düzlemine paralel olduğunda buna “sinklitismus” denilmektedir. Fetal baş pelvis giriminin enlemesine çapına paralel gelecek şekilde yerleşmediği duruma ise “asinklitismus” denilmektedir (Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018, Yılmaz ve Bal 2017).

İniş: İniş fazı ya da aktif ıkmama fazı, ferguson refleksinin aktivitesiyle bilinen aşağı itici dürtülerle karakterizedir. Ferguson refleksi, prezante olan kısmın pelvik taban kaslarının esnetici reseptörlerine baskısıyla oluşmaktadır. Bu pozisyonda fetal derece genellikle +1 seviyesinde ve pozisyon anteriordur. Bu stimülasyon, posterior hipofiz bezinden oksitosin salınımına sebep olur ve daha güçlü ve itici uterin kontraksiyonlar oluşturur. Kadın ritmik olan aşağı itici cabalarına daha fazla odaklanır (Perry ve diğ. 2016, Ertuğrul 2016). Amniyotik mayi basıncı, uterin kontraksiyonların aşağı itici baskısı, gebenin diyafram ve abdominal

kaslarının oluşturduğu itme gücü, fetüs vücudunun doğum kanalının ölçülerine uyabilmek için yaptığı ekstansiyon ve fleksiyon hareketleri ile gerçekleşir (Yılmaz ve Bal 2017).

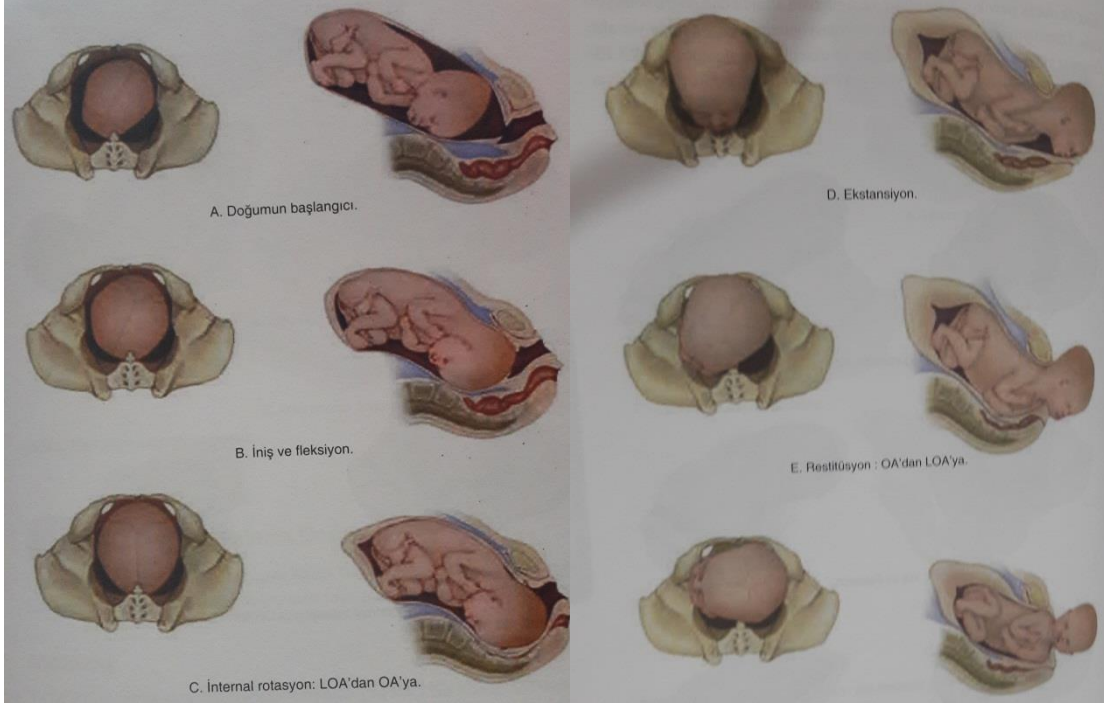
Fleksiyon: Fetüs başının doğum kanalından rahatlıkla geçebilmesi için fetüs başının pelviste en küçük hacmine ulaşması yani fleksiyon pozisyonunu alması gerekmektedir. İnişe karşı kemik pelvis ve yumuşak dokuların oluşturduğu direnç, uterus kontraksiyonları ve amniyon kesesinin yapmış olduğu bası, pelvis çaplarında daralmalar ve pelvis kemiklerinde sürtünmeler nedeni ile fleksiyonda artış meydana gelir. Çene göğse degecek şekilde baş öne doğru eğilerek fleksiyon hareketini gerçekleştirir (Perry ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Durmaz 2018). Böylelikle fetüs başı en küçük çapı olan suboksipito - bregmatik çapını alır (Ratfisch 2017).

İç Rotasyon: Maternal pelvik giriş en geniş çaptır. Bu yüzden fetal baş oksipito-transvers pozisyonda gerçek pelvise giriş yapar. Pelvik çıkış en geniş antero-posterior çaptır. Fetüsün çıkması için başı rotasyon yapmak zorundadır. İç rotasyon iskiyal spinaların seviyesinde başlar. Fakat prezante olan kısım alt pelvise ulaşana kadar tamamlanmaz. Fetal oksiput anteriora doğru rotasyon yaptıkça, fetal yüz posteriora rotasyon yapar. Her bir kontraksiyonla fetal baş, kemik pelvis ve pelvik taban kasları boyunca yol alır. Sonunda fetal oksiput, pubik ark'ın altında orta hatta bulunur. Hem Levator ani kası hem de kemik pelvis, anterior rotasyona ulaşmak için önemlidir. Önceki doğum insizyonu ya da bölgesel anestezi, levator ani kasının işlevini bozar (Perry ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Yılmaz ve Bal 2017, Durmaz 2018). Fetüs başının pelvisdeki bu iç rotasyon hareketi hemen hemen 90 derecedir (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017).

Ekstansiyon: Baş vulvaya ulaştığında fleksiyondadır. Uterus kontraksiyonları, güçlü ıkınmalarla ve pelvik taban kaslarının desteğiyle en az dirençle karşılaştığı vaginal açıklığa doğru defleksiyon (ekstansiyon) hareketini yapmaya başlar. Önce oksiput vaginal açıklıktan görünür bu esnada bregma perinenin alt kenarındadır. Ekstansiyonun devam etmesi ile birlikte alın, gözler, burun, ağız ve çene doğar. Bebek yüzü yere oksiput ise yukarı dönüktür (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Perry ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018)

Dış Rotasyon: Başa göre çapı daha fazla olan omuzların pelvis kanalından daha rahat ilerleyebilmesi için baş 90 derecelik dış rotasyonunu yapar. Bu aşamada bebek yüzü annenin bacaklarından birine dönüktür (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Perry ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018)

Ekspulsiyon: Omuzların ön rotasyonu başın ön rotasyonunun aksi yönündedir. Önce üst omuz simfizis pubisin altından doğar. Daha sonra alt omuz perineden sıyrılır. Omuzların çıkmasını takiben hafif bir traksiyon ile vücudun geri kalan kısmı doğar (Yılmaz ve Bal 2017, Ratfisch 2017, Perry ve diğ. 2016, Güner ve Kavlak 2016, Durmaz 2018)



Çizim 2.4.1.: A,B,C Fetüsün Pelvik Kanaldan İnişi ve Rotasyonları (Posner 2014)'den alınmıştır.



Çizim 2.4.1.:A,B,C Fetüsün Pelvik Kanaldan İnişi ve Rotasyonları

(Posner 2014)'den alınmıştır.

Amerika merkezli olarak 1996 yılında kurulan, CIMS (Doğum servislerini geliştirme Komisyonu) anne-dostu doğum merkezleri için “10 adımda anne-dostu bakım rehberini” hazırlamıştır. Ebe doğum süreci boyunca gebenin yürümesini ve serbestçe hareket etmesini desteklemeli, çömelme, oturma, eller ve dizler dahil istediği pozisyonu almasına ve dik pozisyonda durmasına yardımcı olmalıdır. Yine kanıta dayalı olarak desteklenmeyen; perine bölge traşı, lavman, damar yolu açılması ve serum takılması, aç bırakma, amnion kesesinin erken açılması ve sürekli fetal monitorizasyon uygulamalarının rutin kullanılmaması gerektiği bildirilmiştir. Ayrıca indüksiyon oranının %10 ve altında ve ideal epizyotomi oranının ise %5 olduğunu vurgulanmaktadır (Yılmaz ve Bal 2016).

2.4.3.Doğumun Üçüncü Evresi:

Bu evre bebeğin doğması ile başlar ve plasantanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Bebeğin doğumundan birkaç dakika sonra uterus kontraksiyonları tekrar başlar ve uterus involusyonu gerçekleşir. Esnek bir dokuya sahip olmayan plasenta, küçülen uterusu uyum sağlayamaz ve implante olduğu desidua spongiosa tabakasından ayrılmaya başlar. Ayrılma sırasında plasenta

ile desidua arasında bir hematoma oluşur(Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Perry ve diğ. 2010, Güner ve Kavlak 2016, Arıkan 2014, Durmaz 2018, Mete 2016). Bu evre hem nullipar hem de multiparda 5-10 dakika sürmekte ve 30 dakikayı aştığında postpartum kanama riski artmaktadır(Yılmaz ve Bal 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün Doğumun üçüncü evresindeki önerileri ise;

- Doğum sonu kanamanın önlenmesi için, uterotonik ilaç olarak oksitosin (10 IU IM/IV) kullanılması,
- Oksitosinin kullanılmadığı durumlarda diğer enjektabl yöntemler ergometrine, methylergometrine vb.ya da oral misoprostol (600µg) kullanılması,
- Anne ve bebeğin sağlığı ve beslenmenin iyileştirilmesi için bir dakikanın altında olmayacak şekilde gecikmeli umbilikal kord klemplenebilir,
- Doğumla ilgili nitelikli sağlık profesyonellerinin bulunduğu ortamlarda, bakımı veren kişi doğumun üçüncü evresinin süresinde küçük bir azalmayı ve kan kaybını önemli olarak görürse kontrollü kord traksiyonunun yapılması,
- Doğum sonu kanamayı önlemeye yönelik, profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda sürekli uterus masajını,
- Umbilikal kordun geç klemplenebilirliğini önermektedir (WHO 2018).

Umbilikal kordun hem preterm bebeklerde hem de term bebeklerde geç klemplenebilir kesilmesinin yenidoğan açısından faydalarına yönelik bilimsel kanıtlar artmaktadır. Umbilikal kordun klemplenebilirliği geciktiğinde, plasental kanı bebeğe taşıyan kordonun kırmızı kan hücreleri(RBC) %30-60 kadarı yenidoğana daha fazla geçmektedir. Plasentaldan bebeğe geçen bu ek RBC'ler azalmış yenidoğan anemisi, kalp ve akciğerlerinin ekstrauterin ortama uyumunu arttırmaktadır. Kordun geç klemplenebilirliği, polisitemi ve sarılık gibi istenmeyen sonuçlarla ilişkili değildir (Mete 2016).

2.4.4. Doğumun Dördüncü Evresi (Kanama kontrol dönemi):Bu evre plasentanın çıkarılmasıyla başlar ve ilk dört saati kapsar (Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017, Perry ve diğ. 2010, Güner ve Kavlak 2016, Arıkan 2014, Durmaz 2018, Mete ve diğ, 2016). Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabilize olmaya başlar. Anestezi uygulanan durumlarda veya eylemde komplikasyon geliştiğinde dördüncü evre uzayabilir. Bu dönem postpartum kanama, idrar retansiyonu, anestezi yan etkileri ve hipotansiyon görülme olasılığının arttığı bir evredir. Bu dönemin ilk birkaç saatinde özellikle atoni kanamaları önemlidir. Kan kaybı yaklaşık 250-500 cc civarındadır. Bu nedenle uterus düzenli olarak

muayene edilmeli, kanama kontrol edilmelidir (Ratfisch 2017, Yılmaz ve Bal 2017). Kan kaybının olması ve uterusun ağırlık yükünü kaybetmesiyle kan, tekrar venöz yatağa yayılır ve bunun sonucu olarak sistolik ve diyastolik basınç düşer, nabız artar ve taşikardi gelişir. Uterus abdomenin orta hattında kontraktedir. Fundus genellikle simfizis pubis ve umblikus arasındadır. Plesantanın doğumundan hemen sonra serviks geniş bir şekilde yayılır ve kalınlaşır (Güner ve Kavlak 2016). Bu evrede anne başta üreme sistemi olmak üzere annenin bütün sistemi gebelik öncesi evreye dönmeye başlar. Fetüs de intrauterin hayattan ekstrauterin hayata geçiş yaptığından adaptasyon sürecine uyum sağlamaktadır. Bu evreyi önemli kılan bir diğer faktör ise, diğer aile üyelerinin birebir bebekle iletişim kurma isteği ve bağlanma sürecinin başlamasıdır (Yılmaz ve Bal 2017).

Dünya Sağlık Örgütü bu evrede;

- Tüm kadınlar için uterus atonisinin erken tanınması için doğum sonu abdominal uterus tonüs değerlendirmesini,
- Tüm kadınlar için, doğumdan sonraki ilk saatten itibaren 24 saat boyunca vajinal kanama, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve kalp atım hızı açısından süzenli olarak değerlendirilmesini ve kan basıncı doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmesini önermektedir. İlk ölçüm normal ise ikinci kan basıncı ölçümü altı saat içinde yapılmalı ve idrar çıkışı ilk altı saat içinde değerlendirilip kaydedilmesi gerektiğini önermektedir.
- Yine bir sağlık kurumunda komplikasyonsuz vajinal doğumdan sonra, sağlıklı anneler ve yenidoğanlar doğumdan en az 24 saat sonrasına kadar sağlık kurumunda bakım alması gerektiği vurgulanmaktadır.
- Ayrıca komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi ve epizyotomili kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir (WHO 2018).

2.5. Ağrının Tanımı

Ağrı “pain (poena)” terimi Antik Yunan’da ceza, intikam ve işkence, cezayı ya da intikamı kişiselleştirme anlamlarında kullanılmıştır (Ergin 2017). Ağrı insanlığın başlangıcından beri insanoğlunun yaşadığı, paylaştığı ve yaşamını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Gönenç 2013). Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) tanımına göre ağrı, vücudun herhangi bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki tüm deneyimleriyle alakalı olan, duygusal bir duygu durumudur (Gönenç 2013,

Akarsu 2018). Ağrı evrensel bir deneyimdir fakat ifade etmesi zordur. Ağrı duyuşal sinirlerin stimulasyonundan kaynaklanan hoş olmayan, acılı, memnuniyetsiz bir algı durumudur. Ağrı sübjektif ve kişiseldir. Hiç kimse bir başkasının ağrısını hissedemez. Ağrının kanıtı bir kişinin ona verdiği reaksiyondur. Ağrının, duyuşal sinirlerle alınıp, merkezi sinir sistemine geçişini kapsayan fizyolojik bir bileşeni vardır. Ayrıca yine ağrının acılı ve ızdıraplı olarak algılamayı kapsayan psikolojik bileşeni de bulunur (Murray ve McKinney 2010). Bir başka tanıma göre ağrı, hem emosyonel hem de algısal bileşenleriyle birlikte kompleks, hoşnut olmayan ve kişiselleşmiş bir olgudur (Perry ve diğ. 2010).

Ağrı genelde, iç ya da dıştan gelen bir uyarı tarafından başlatılır. Çoğu zaman doku hasarı ile birlikte olur. Ağrı oluşumunda vücut dokuları travmalar, aşırı sıcak-soğuk ya da kimyasal maddeler tarafından hasara uğradıkları zaman, ağrı alıcıları uyarılır ve doku hücrelerinin salgıladıkları bir maddenin ağrı sinir uçlarını uyarmasıyla oluşur. Kas spazmı ve doku iskemisi de ağrıya nedenidir (Şahin 2017).

2.5.1. Ağrı Kavramları

Ağrı algısını ve ağrıya karşı olan reaksiyonu açıklamak için ağrı eşiğinin, ağrı toleransının ve ağrı davranışının bilinmesi gerekir (Aslan 2014).

2.5.1.1.Ağrı eşiğı:

Bireyin en düşük şiddette uyarılabildiğı ya da bireye verilen bir uyarının oluşturduğu ağrı anıdır (Aslan 2014).

2.5.1.2.Ağrı toleransı:

Bir bireyin dayanmaya hazır olduğu ağrının süresi ve yoğunluğu olarak ifade edilir (Aslan 2014). Ağrı sübjektiftir ve bireye özeldir. Ağrı ile ilgili geçmiş deneyimler, yaş, ağrıya karşı motivasyon, cinsiyet, ağrıya neden olan durumun birey için anlamı gibi faktörler bir kişinin ağrı toleransını etkileyen durumlardır (Aslan 2005, Aslan 2014).

2.5.1.3.Ağrı Davranışı:

Bir kişinin ağrısını anlatırken kullandığı yüz ifadesi, vücut pozisyonu ne kadar ağrı çektiğini gösteren davranışlardır (Aslan 2014).

2.5.2.Ağrı teorileri:

Ağrı teorileri, hastanın ağrısı hakkında özgün ağrı giderme yöntemleri ve araştırma için kavramsal bir çerçeve sağlar (Alptekin 2015). Ağrı ile spesifik teori, patern teorisi, kapı kontrol teorisi ve endorfin teorisi olmak üzere dört önemli teori ile açıklanabilir (Alptekin 2015).

2.5.2.1.Primitif teori:

Ağrının ifade edilmesine yönelik ilk teori Aristo tarafından gelmiştir. Aristo'ya göre ağrı keyif, hoşnutluk duygusunun karşıtı olan bir duygu ve heyecan durumudur (İpek 2014, Gönenç 2013)

2.5.2.2.Spesifite teorisi:

Uyarılmış bir ciltte oluşan ağrının,doğrudan beynin spesifik bir merkezine iletildiği teoridir(İpek 2014). Ciltte ya da perifer dokuda oluşan ağrılı uyaranları önce spinal korda taşıyan oradan da talamus ve korteksteki özel bölgelere ileten özel ağrı yollarından bahsedilir (Gönenç 2013, Alptekin 2015).

2.5.2.3.Pattern teorisi:

Periferde algılanan ağrı duyusunun aynı olduğu, fakat ağrının sinir lifleri ve hücrelerden geçen elektrik uyarısının sıklık ve kuvvetine göre değişik şekilde algılandığı diğeri bir deyişle “nicel duygu teorisi” olarak ifade edilir (Gönenç 2013). Uyarın spinal korda girdikten sonra ağrı duyusunun başlaması için uyarının birikmesi gerektiği ve bu birikimin belli bir düzeyi geçtikten sonra ağrının hissedildiğide vurgulanır (Alptekin 2015, İpek 2014).

2.5.2.4.Kapı kontrol teorisi:

Ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır ve sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder, kapı açıksa uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ve ağrı hissedilir(Akarsu 2018, Öztürk 2006, Ergin 2017). Bu teori Melzack ve Wall 1965’de ileri sürmüştür. Kapı-kontrol teorisine göre, nöronal veya spinal kapı mekanizması omuriliğın dorsal boynuz kısmındaki substentia gelatinosa kısmında gerçekleşir. Spinal kordun dorsal boynuzu bir kapı gibi çalışır (Gönenç 2013). Nosireseptörlerin bulunduğu sinir uçları da bu kapı kontrol mekanizmasından etkilenmektedir. Sinirlere yapılan uyarının özgürce medulla ve talamusa oradan da kortekse ulaşır ulaşmayacağı kapının bulunduğu pozisyon tarafından

belirlenir. Kapının kapalı olması durumunda ağrı ya çok az iletilecek ya da hiç iletilmeyecektir. Eğer kapı açık olursa, uyarı veya gerekli bilgi özgürce iletilecektir. Bu yüzden kapı açık olduğunda ağrı ve ağrıya ait duyular iletilecektir (Ergin 2017). Spinal kordun posterior kökündeki ince miyelinli A delta lifleri ağrıyı taşıyan liflerdir. Bunlar substantia gelatinosa hücrelerini baskılayarak iletimi kolaylaştırmakta ve böylece kapı açılmaktadır. Kalın myelinsiz C lifleri ise substantia gelatinosa hücrelerini stimüle edip iletimi baskılayarak kapıyı kapatmaktadır (Gönenç 2013). Bu kalın myelinsiz C lifleri dokunma ve basınç reseptörlerine bağlıdır. Bu reseptörlere uyarı verildiğinde ileti, myelinsiz “C liflerine” ulaşarak ağrının geçişi önlenmektedir. TENS, vibrasyon, müzik, masaj ve benzeri uygulamalar “C liflerini” uyararak ağrının sınırlar aracılığı ile iletmesine engel olabilmektedir. Masaj ve benzeri uygulamaların kişide dikkati dağıtarak, spinal kordda bulunan kapıyı kapattığı ve ağrı sinyallerinin beyine ulaşmasını engellediği düşünülmektedir (Gönenç 2013, Ergin 2017).

Bu teorinin üç varsayımı ise;

- Algılanan ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarının geçişine bağlıdır
- Sinir sistemindeki kapı kontrol mekanizmaları, ağrı geçişini kontrol eder
- Kapı açıksa uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ve ağrı hissedilir, kapı kapalı ise uyarılar bilinç düzeyine ulaşamaz ve ağrı hissedilmezşeklinde açıklanır (Aslan 2014).

Kapı Kontrol Teorisinin ağrı giderilmesini sağlayan yöntemler ise, deri uyarısı,normal ya da aşırı emosyonel durumun sağlanması ve ağrının kaynağı ve giderilmesi hakkında doğru bilginin verilmesi şeklinde özetlenebilir.

a. Ağrıyı azaltabilen deri uyarısı: Bu teoriye göre ince miyelinli A Delta lifleri ağrıyı ileten liflerdir. Derideki büyük çaplı lifler (myelinsiz C lifleri), küçük çaplı liflerin (ince miyelinli A Delta lifleri) taşıdığı uyarılara kapıyı kapatırlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif bulunmaktadır ve bunların birçoğunda ağrı giderme potansiyeli vardır. Sıcak soğuk uygulama, TENS, masaj, dokunma gibi yöntemlerle ağrı giderilebilir (İpek 2014, Öztürk 2006)

b.Normal ya da aşırı emosyonel durumun sağlanması: Beyin sapındaki retiküler yapı duyuşal durumları ayarlamaktadır. Kişinin yeterli ya da aşırı uyaran aldığıında beyin sapının ağrı uyarısının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatmasıdır. Kişide duygusal girdiler az olursa

kapı kapanmadığından kişi ağrıyı hisseder. Dikkati başka yöne çekme, düşünme gibi yöntemler hastanın ağrısını düzene sokmada önerilebilir (İpek 2014, Öztürk 2006)

c.Ağrının kaynağı ve giderilmesi hakkında doğru bilginin verilmesi: Kişinin kendikontrolünü sağlama ve anksiyetesini azaltma ağrının azalmasında etkili olabilir. Kişinin duyguları, geçmiş deneyimleri ve hatıraları korteksteki ağrı uyarılarını aktifleştirerek bilinç düzeyine geçiş yaparlar. Kişinin ağrı sırasında geçmişteki hatıralarıyla ilişkisi ağrıya vereceği cevabı etkiler. Ağrının nedenleri hakkında doğru bilgi verilmesi ve anksiyete kaynakları azaltılarak hastanın güven ve kontrol duygularının artırılması sağlanmalıdır (İpek 2014, Öztürk 2006) .

2.5.2.5. Endorfin teorisi: Endorfinler opiat benzeri peptitler veya nöropeptitler olarak tanımlanırlar. Bu maddeler merkezi sistemden gelen uyarılar üzerine sinirlerin snaps kısımlarından üretilirler. Üretildikleri bölgelerdeki oluşan ağrının algılanmasına yardımcı olurlar. Endorfinler limbik sistemde, hipotalamusta ve retiküler formasyonda bulunurlar (Ergin 2017). Spinal kordun sinir uçlarındaki narkotik reseptörlere bağlanan endorfinler ağrı uyarısının geçişini bloke ederek ağrıyı azaltırlar (Ergin ve Kömürcü 2008, İpek 2014, Akarsu 2018, Öztürk 2006). Presnaptik membranı bağlarlar ve P maddesinin salınımını inhibe ederek, ağrının iletilmesini engellerler (Ergin 2017). Endorfin teorisi, analjezi gereksinimi ve ağrı algısının kişiye göre nasıl değişiklik gösterdiğine açıklık getirmektedir. Birbirinden farklı insanlarda endorfin miktarındaki değişiklik ve diğer başka faktörlerin eşlik ettiği endorfin seviyesindeki artma ve azalmalar ağrının algılanmasındaki farklılıklara neden olmaktadır (Ergin ve Kömürcü 2008, İpek 2014, Öztürk 2006).Endorfin salınımı fizik egzersiz, masaj, akupunktur, TENS uygulamaları, hafif stres, hafif ağrı ve cinsel aktivite ile artar (Ergin ve Kömürcü 2008). Enkefalinler de nöropeptitler olup, nörotransmitterleri inhibe ederek ağrının beyine iletilmesini engellerler. Bu maddeler doğal ağrı kesiciler olarak işlev gösterirler (Ergin 2017).

2.5.2.6.İnteraktif ağrı modeli: Sosyal sistemler hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler (Ergin ve Kömürcü 2008, İpek 2014, Öztürk 2006, Akarsu 2018). Ağrısı olan ve ona tepkisel cevaplar veren bireyler aile ve kültür gibi çeşitli sosyal sistemlerin içindedir. Bu sosyal sistemler ve bağlantılar hastanın ve bakım verenin davranışlarını düzenlemede ve ağrının giderilmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır (Ergin ve Kömürcü 2008, İpek 2014, Öztürk 2006).

2.5.3.Ağrının Sınıflandırılması: Ağrı kaynaklandığı dokuya, duyum şekline, etyopatogenezine, başlama süresine ve mekanizmalarına göre sınıflandırılabilir.

2.5.3.1.Kaynaklandığı dokuya göre ağrı:

Somatik ağrı: Somatik sinir liflerinin taşıdığı ağrı çeşididir. İyi lokalizedilebilen, keskin bir ağrıdır. Periferik sinirler boyunca ve sinir köklerinin yayılım yerinde hissedilir. Batma, sızlama, zonklama tarzında ağrılardır ve tanısı daha kolay konulur (Öztürk 2006, İpek 2014, Alptekin 2015).

Visseral ağrı: Genellikle yavaş yavaş başlar, yaygın,künt, kolik ve kramp şeklindedir. Toraks, abdomen ve pelvis gibi iç organlardan kaynaklanır. Ağrı uyaranları arasında organların ani gerilmesi, boş organ distansiyonu, aşırı kasılmalar sayılabilir.Ağrı başka bir bölgede yansıma şeklinde ortaya çıkabilir (Öztürk 2006, İpek 2014, Alptekin 2015).

Sempatik ağrı: Sempatik sinir sisteminin işleyişine bağlı ağrılardır.Ağrıyan bölgede hasta soğukluk ve üşümeden bahseder. Soğuk ortamlarda daha da artar ve geceleri daha da şiddetlenir. Ağrının yanma tarzında olması önemli özelliklerindedir (Öztürk 2006, İpek 2014, Alptekin 2015).

Periferal ağrı: Periferik sinirlerin kendinden köken alan ağrılar olup kaslar ve tendonlarda yaşanan ağrı bu ağrı tipine örnektir (Alptekin 2015).

2.5.3.2.Başlama süresine göre ağrı:

Akut ağrı: Doku hasarıyla başlayıp, yara iyileşmesi sürecinde giderek azalan ve zamanla kaybolan, ani olarak başlayan ve sebep olan lezyon ile arasında yer, zaman ve şiddet açısından yakın ilişkisi olan bir ağrı şeklidir. Doğum ağrısı, miyokard enfarktüsü, renal kolik gibi ağrılar bu ağrı tipine örnek olarak verilebilir (Öztürk 2006, İpek 2014, Alptekin 2015).

Kronik ağrı: Genelde altıaydan daha fazla süren psikolojik etkenlerin rolünün olduğu, kişinin durumunu, kişiliğini etkileyen ve hayat kalitesini değiştiren bir ağrı şeklidir. Kronik ağrıda kişisel ve çevresel faktörler de rol oynar. Ayrıca anksiyete, depresyon, sosyal ve ekonomik problemler de kronik ağrıya eşlik edebilir (Öztürk 2006, İpek 2014, Alptekin 2015).

2.6. Doğum Ağrısı:

Kadınların yaşam süreci biyolojik yapıları gereği erkeklerden farklıdır. Menstruasyon, gebelik, emzirme, menopoş gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi, diğçerleri gibi doğal bir süreçtir. Doğum olayı bir hastalık değildir ve mümkün olduğu kadar bu büyüünün bozulmaması gerekir. Nasıl ki kalp ve diğçer organlar iyi ve etkin çalıştıklarında sağlıklı ise, doğum eyleminde de uterusun görevini tam yapmasına saygı duyulmalı ve ona güvenilmelidir (Ratfisch 2017).

Ağrı, hem duysusal hem de duygusal olarak bireyselleşmiş bir olgu olup kompleks ve hoşnut verici olmayan bir durumdur (Perry ve diğç. 2010). Ağrı yaralanmalardan ya da yaralanma sonuçlarından korunmak için doğanın sunduğu önemli bir araçtır. Ağrının biyolojik amacı koruyuculukturve ağrı bireysel olarak hem kendini korumak, hem de tehlikeli bir durumdan kaçma ile ilişkili kas aktivitesinin bir sonucudur (Ratfisch 2012). Akut bir ağrı olan doğum ağrısı bilinen en şiddetli ağrı türlerinden biridir. Ancak bu ağrı doğal bir sürecin bir parçası olması, sınırlı bir süre içinde gerçekleşmesi ve annenin bebeği için isteyerek bu ağrılarınıyaşaması özellikleri ile de diğçer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (Güner ve Kavlak 2016).

Doğum ağrısı, bir beklenti olmayıp, fizyolojik ve psikolojik faktörlerin arasındaki etkileşiminin bir ürünüdür. Uterin kontraksiyonlar, dilatasyon ve efesman doğum eyleminin esas parçasıdır ve doğum ağrısına önemli katkıları olan fizyolojik faktörlerdir. Stres, anksiyete, korku, kontrol duygusunda azalma ve terkedilmişlik duygusu gibi psikolojik faktörler ise doğum ağrısını etkiler (Ohaeri ve diğç. 2019). Literatürdedoğum ağrısı, fizyolojik, psikolojik ve sosyolojik bileşenleri olan çok yönlü bir deneyim olmakla birlikte bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı türlerinden biri olarak tanımlanır. Diğçer akut ve kronik ağrı deneyimlerinin aksine doğum ağrısı herhangi bir patoloji ile ilişkili değildir (Akarsu 2018).

Giambordino, doğum ağrısını hem somatik hem de viseral olarak ortaya çıkan “akut ağrının mükemmel bir modeli” olarak tanımlar (Ergin 2017). Herhangi bir patolojik bir durum olmamakla birlikte fizyolojik sürecin bir parçasıdır (Ergin 2017, Ratfisch 2017, Ratfisch 2012, Güner ve Kavlak 2016). Bedensel zarar vermekten ziyade bebeğin doğuma hazır olduğunun bir göstergesidir. Bazı yazarlar doğum ağrısını amaçlı, odaklı ve sonlu olduğu için bir maratona benzetirler. Literatürde, toplumsal cinsiyet rolleri, ağrıyla başetmede başarıma gücü ve deneyim gibi kültürel faktörlerinde doğum ağrısını etkidiği belirtilmektedir (Ergin 2017).

Akarsu'ya göre (2018), doğum ağrısının özelliği doğumun her evresinde farklılık göstermekle birlikte her evrede yaşanabilecek ağrının özelliğide kişisel olarak değişmektedir. Ancak her kadında ağrı özellikleri evrensel olarak da benzerlik göstermektedir (Akarsu 2018, Arıkan 2014).

Gebe kadınlar genellikle doğum eylemi ve doğum sırasında yaşadıkları ağrıdan dolayı ve ağrıyla nasıl başedecekleri ve nasıl bir reaksiyon verecekleri konusunda endişelidirler (Perry ve diğ. 2010).

Doğum eylemi ve doğum, doğal bir süreç olarak kabul edilmesine rağmen, doğum eylemindeki kadın, önemli seviyede ağrı ve huzursuzluk çeker. Ağrı duyuşsal ve duygusal olarak bireyselleşmiş bir olgudur. Çoğu kadın doğum eyleminde ve doğum sırasında ağrı ya da huzursuzluğu yaşıyor olsa bile, bu huzursuzluğun yoğunluğu kişi için tek ve benzersizdir. Gebelik sürecinde kadın, doğum eylemi ve doğum sırasındaki ağrı ve huzursuzlukla nasıl başedeceği konusunda endişeleri devam eder (Zauderer 2016).

2.6.1. Doğum Ağrısının Doğası:

Ağrı evrensel bir deneyimdir, fakat ifade etmesi zordur. Duyusal sınırların uyarılmasından kaynaklanan sıkıntının memnuniyetsizlik olarak algılanmasıdır. Ağrının iki bileşeni vardır:

Fizyolojik faktörler: Duyusal sınırlar tarafından oluşun algı ve bu algının merkezi sinir sistemine iletilmesidir.

Psikolojik faktörler: Algının farkedilmesi, ağrı olarak yorumlanması ve algılanan yoruma reaksiyon verilmesini kapsar.

Ağrı subjektif ve kişiseldir. Hiç kimse bir başkasının ağrısını hissedemez. Ağrının kanıtı kişinin ona vermiş olduğu reaksiyondur (Murray ve McKinney 2010). Doğum ağrısı birçok önemli boyutta diğeri ağrı tiplerinden farklılık göstermektedir. Örneğin doğum ağrısı normal bir sürecin parçasıdır. Diğeri akut ağrı tipleri ise yaralanma ya da hastalıkla ilişkilidir. Ağrı ayrıca, kadının doğum eyleminde fetüsün pelvisten inişini destekleyen çeşitli pozisyonlar almasını sağlar.

Gebe kadına gebelik döneminde doğum eylemine hazırlık için, ağrı yönetimine yardım etmede edinilmiş becerileri kapsayan zaman yaratır. Doğum süreci hakkında gerçek hazırlık ve edinilmiş bilgi kadının doğum ağrısıyla başetme becerisini geliştirmeye yardımcıdır.

Doğum ağrısının öngörülebilir bir sonu vardır. Yoğun olmasına rağmen bir kadın, günler, haftalar ve aylardan ziyade saatler sonunda doğum eyleminin bitmesini bekler. Bebek doğduktan sonra doğum ağrısında ani bir düşüş meydana gelir. Doğum ağrısı ayrıca, devamlı değildir ve aralıktır. Kontraksiyonlar arasında kadın rahatlayabilir. Doğum eylemi bebeğin doğmasıyla sonlanır. Kadının hissettiği doğum ağrısının yanında bebeğin doğumunun duygusal anlamı gözardı edilemez. Kadının doğum ağrısına katlanmaya istekli olmasından ziyade bebeği ile ilgili bilgi verilmesi genellikle doğum ağrısını daha fazla tolere etmeye motive eder (Murray ve McKinney 2010).

2.6.2. Doğum Ağrısının Fizyolojisi:

Doğum ağrısının fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, yollaklar, lateral medial sistemler ve korteks önemli rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel, hem de hormonal uyarıların kontrolü altındadır. Tüm düz kaslar gibi myometriyumda sempatik ve parasempatik sinirlerin kontrolündedir. Sempatik etki postganglioner sinir dallarından çıkan adrenalın beta reseptör ile myometriyumda gevşemeye, noradrenalin alfa reseptörlerde kasılmaya sebep olmaktadır (Akarsu 2018).

Uterus ve serviksin afferent lifleri primer olarak, sempatik sinirlerle giden A delta ve C lifleridir. Bu lifler sırasıyla uterin ve servikal pleksuslar, inferior, orta, superior ve hipogastrik pleksuslar ve alt torasik sempatik zincirden T10, T11, T12, ve L1 sinir kökleri yolu ile korda girmektedir. Doğum ağrısında parasempatik sinirlerle giden, afferent lifler belirgin değildir.

Uterustan çıkan vagal afferentler de doğum ağrısının şiddetini değiştirmektedir. Perineal bölgenin duyu innervasyonu nervus pudentalis tarafından taşınır ve impulslar pudental sinirler yolu ile gider ve S2, S3 ve S4 segmentlerdeki sinirlere girer. Spinal kordun tüm seviyelerinden kalkan afferent impulslar beyine ulaşarak ağrı algılanır (Akarsu 2018). Doğumun evreleri ve ağrıya neden olan fizyolojik faktörler çizim 2.6.1.'de özetlenmiştir.

Doğum Evresi	Ağrıya neden olan fizyolojik faktörler
Birinci Evre	<ul style="list-style-type: none"> • Kasılmalar sırasında uterusu oluşturan hipoksi ve iskemi • Servikal dilatasyon • Uterusun alt segmentinin gerilmesi • Adneksler parietal peritonyum ve onları saran yapılar, mesane, üretra, rektum ve pelvisteki basınç ve gerilme • Lumbosakral plesustaki baskı • İskelet kaslarındaki spazmlar
İkinci Evre	<ul style="list-style-type: none"> • Uterus kaslarındaki hipoksi • Vajen, perine ve çevre dokularındaki genişleme • Fetüsün perineye olan basısı
Üçüncü Evre	<ul style="list-style-type: none"> • Uterus kontraksiyonlarına bağlı servikal dilatasyon • Plesantanın atılmasına bağlı olarak servikal dilatasyon

Çizim 2.6.1.: Doğumun evreleri ve ağrıya neden olan fizyolojik faktörler. Çalık (2018)'den alınmıştır.

2.6.3. Doğum Ağrısının Nörolojik Nedenleri:

Doğum eylemindeki ağrı ve huzursuzluğun somatik (fiziksel) ve visseral (iç organlarla ilgili) olmak üzere iki etkeni vardır. Doğum eyleminin ilk evresinde uterin kontraksiyonlar servikal dilatasyon ve ve efesmana sebep olur. Uterin iskemi, uterin kontraksiyonlar sırasında myometriyumu destekleyen arterlerin kasılmasından kaynaklanır. Böylece kan akımı düşer ve bu yüzden bölgesel oksijen yetersizliği görülür. Doğum eyleminin ilk evresindeki ağrı impulsları T1 ve T2 spinal sinir segment ve alt torasik aksesuar ve üst lumbar sempatik sinir sistemiyle iletilir. Bu sinirler serviks ve uterin vücuttan köken alır. Serviks dilate ve efase oldukça servikal gerilmeyi sağlayan uterin alt segmentin distansiyonundan kaynaklanan ağrı, komşu dokuları (tuba uterina, overler, ligamentler) ve sinirleri çeker ve basınç uygular.

Doğum eyleminin ilk evresindeki uterin iskemi visseral (iç organsal) ağrıdır. Abdomenin alt kısmında lokalizedir. Uterustan kaynaklanan ağrıabdominal duvar, sırtın lumbosakral bölgesi, iliak çıkıntılar, gluteal bölge, uyluklar ve bel bölgesine yayıldığında hissedilen ağrı şeklindedir. Doğumun ilk evresinde kadınların genellikle kontraksiyonlar sırasında huzursuzdurlar ancak iki kontraksiyon arası dinlenme süresi bulunur. Bazı kadınlar özellikle fetüs posterior pozisyonda ise sürekli bel ağrısı hisseder. Doğum eylemi ilerledikçe ağrı, daha yoğun ve daha dirençli olur. Kadın yorulur ve cesaretini yitirir ve kontraksiyonlarla başetmede zorlanır.

Doğum Eyleminin ikinci evresinde kadının somatik ağrısı vardır. Genellikle yoğun, keskin, yakıcı ve iyi lokalize olmuş ağrı tipiyle karşılaşır (Zauderer 2016).

Ayrıca ikinci evrede perine ve vajinadaki distansiyon özellikle ikinci evre sırasında gelişir. Kadın, yanma, yırtılma ya da ayrılma duygusu ifade edebilir. Kontraksiyon sırasında periton ve uteroservikal desteklerde distansiyon gelişmesi ve komşu dokuların çekilmesinden kaynaklanan ağrı, spinal S2,S3 ve S4 seviyelerine giriş yapar (Zauderer 2016, Murray ve McKinney 2010). Kadın bu evrede, pelvik yapılar üzerinde çekme ve basınç hissederler. Örneğin, fallop tüpleri, overler, mesane, rektum ve periton gibi organlarda çekilme ve bası hissedilir. Bu ağrı visseral ağrıdır. Kadın ağrıyı ayrıca sırtında ve bacaklarında hissettiğini de ifade edebilir (Zauderer 2016, Murray ve McKinney 2010). İkinci evrede ayırıcaperineal dokuların gerilmesi ve distansiyonu ve pelvik tabanın fetüsün geçişi sağlanır. Uterusun alt bölgesi ve serviksin dilatasyonu ve esnemesi majör ağrı kaynağıdır. Servikal dilatasyondan kaynaklanan ağrı, hipogastrik pleksus boyunca yayılır ve spinal kord T10,T11, T12 ve L1 seviyelerinde giriş yapar (Zauderer ve Lowdermilk 2016, Murray ve McKinney 2010). Yine ikinci evrede, kontraksiyon sırasında uterusu kan desteği azalır, doku hipoksisine ve anaerobik metabolizmaya yol açar. İskemik uterin ağrı iskemik kalp ağrısına benzer (Zauderer 2016, Murray ve McKinney 2010)

Kadın doğum eylemi sürecinde itme çabasına konsantre oldukça, ağrının yoğunluğunun azaldığını ifade edebilir. Doğum eyleminin ikinci evresindeki ağrılar parasempatik sistem ve S2, S4 spinal sinir segmentleri aracılığıyla oradan da pudental sinir aracılığıyla iletilir. Doğum eyleminin üçüncü evresindeki ağrı ve erken postpartum dönemde yaşanan ağrı, uterusun doğum eyleminin ilk evresinde deneyimlenen ağrıya benzerdir (Zauderer 2016).

Doğumda ağrı algısı: Ağrı eşiği, cinsiyet, etnik ya da kültürel farklılıklardan bağımsız herkeste benzer olmasına rağmen, kişinin ağrı algısı ve ağrı cevabı farklılık göstermektedir. Korku ve bilgi eksikliği, doğum eylemindeki kadının huzursuzluğunu ve ağrı şiddetini artırır.

Diğer bir deyişle bilgi, azalmış ağrı algısına sebep olan destek ve pozitif bir tutumdur ve doğum eylemi esnasında medikasyon kullanımını azaltır (Zauderer 2016).

Doğumda ağrı toleransı: Doğum eylemindeki bir kadının katlanmak için istekli olduğu ağrı seviyesini ifade eder. Ağrı seviyesi toleransı aştığında, kadın ağrıyı azaltmak için önlemler arar. Kadının ağrı tolerans seviyesini ve onun ağrı kesici isteğini ise, kadının doğal doğum arzusu, kadının doğuma hazırlığı, anksiyete seviyesi, doğum sırasındaki desteğinin doğası ve destek verenin istekliliği ve nonfarmakolojik yönlemlere katılımı gibi faktörler etkiler (Zauderer 2016).

Doğumda ağrı ifadesi: Ağrı, fizyolojik etkilere, duyuşsal ve duyuşsal cevaplara sebep olur. Doğum sırasında yaşanan ağrı ve huzursuzluk ile kolaylıkla teşhis edilebilir (Zauderer 2016).

2.6.4. Ağrının Fizyolojik Etkileri:

Yoğunlaşmış ağrıya yanıt olarak sempatik sinir sistemi aktivasyonu uyarılır, bu da katekolamin seviyelerinin artmasına sebep olur (Zauderer 2016). Epinefrin hem alfa hem de beta reseptörlerini stimüle eder. Norepinefrin ise, primer alfa reseptörlerini uyarır. Alfa reseptörlerinin uyarımı uterin kasların kasılmasına ve uterin kas tonüsünde artışa neden olur. Bu etki uterin kan akımını azaltır ve maternal kan basıncını yükseltir. Beta reseptörlerinin uyarımı ise, uterin kasları gevşetir ve vazodilatasyona sebep olur. Fakat uterin kan damarları gebelikte zaten dilate olduğu için, diğer maternal kan damarlarının dilatasyonu kanın burada göllenmesine sebep olur. Göllenen kan plesantal perfüzyondaki kanın miktarını azaltır. Kan basıncı ve kalp atımı artar. Maternal solunum örüntülerindeki değişiklik, oksijen tüketimindeki artışa bir yanıttır. Daha yoğun ve daha hızlı ağrı meydana geldikçe, hiperventilasyon gelişir ve buna bazen solunum alkoloz da eşlik eder. Bu kontraksiyon durumunda yüzeyel nefes teknikleri kullanılabilir. Solgunluk ve terleme gibi belirtiler de gözlenir (Murray McKinney 2010).

Gastrik asiditede artış, mide bulantısı ve kusma doğum eyleminin ilk evresinde aygın olarak görülebilir. Yoğunlaşmış ağrı ile beraber plesantal perfüzyon ve uterin aktivite azalabilir, potansiyel olarak doğum eylemi uzar ve fetal iyilik hali etkilenir (Zauderer 2016).

Doğum eylemi, bir kadının metabolik hızını ve oksijen ihtiyacını arttırabilir. Ağrı ve anksiyete kadında yüksek olan metabolik hızı daha da arttırır. Kadın daha fazla oksijen sağlamak için hızlı nefes alır daha da fazla karbon dioksit verir. Doğum eylemi sırasında kadındaki kan gazı ve arteriyal ph seviyesindeki değişiklikler beklenenden çok daha fazladır.

Maternal solunum ve metabolik değişiklikler süreklilik gösterirse plasental dolaşım önemli derecede etkilenir. Böylece fetüsün alması için gerekli olan oksijen miktarı ve karbondioksiti atabilmeyeneği azalır. Sonuçta, fetüs, hidrojen iyonlarının yapımını arttırarak (asidoz) anaerobik metabolizmayı değiştirir. Bu tip asidoz metaboliktir ve solunum asidozu gibi doğumdan hemen sonra düzelmez (Murray McKinney 2010).

2.6.5. Ağrının Psikolojik Etkileri:

Kadınların doğum ağrısını şaşkırtıcı derecede tolere ederler. Fakat ağrı her iki eşin keyfini azaltabilir. Doğum ağrısından kaynaklanan tükenmişlikten dolayı anne bebeğiyle etkileşim kurmada zorlanabilir. Doğumun hoşnut olmayan hatıraları, kadının cinsel aktivitesini ve sonraki doğum eylemini negatif etkileyebilir. Kadını destekleyen kişi doğum sırasında kendini yetersiz hissedebilir. Kadın ağrıyı tolere edemediğinde, eşi/partneri kadına yardım edemediğini ve işe yaramaz olduğunu düşünebilir (Murray McKinney 2010). Böyle değişiklikler algıda azalma ile birlikte artmış anksiyete, bağırma, inleme, el sıkma ve ovuşturma ve tüm vücut boyunca aşırı kas uyarılması gibi belirtiler bazı duygusal ifadeleri de görülebilir (Zauderer 2016). Çeşitli fiziksel ve psikosozyal faktörler doğum eylemi sırasında kadının ağrı yanıtına katkıda bulunabilir. Bu faktörler ağrıyı gidermede yardımcı yöntemler olarak ebelik uygulamalarına olanak sağlar.

2.6.6. Ağrı Algısını ve Toleransını Etkileyen Faktörler:

Doğum sırasındaki ağrı, her kadın için özel, tek ve benzersizdir. Kadının ağrıyı nasıl algıladığı ya da nasıl yorumladığı fizyolojik, psikolojik, duygusal, sosyal, kültürel ve çevresel faktörlere bağlıdır (Zauderer 2016). Örneğin dismenore hikâyesi olan kadınlar, daha yüksek prostaglandin seviyesinden dolayı doğum ağrısını daha yoğun hissedebilirler. Menstruasyonla ilişkili sırt ağrısı ve kontraksiyonla ilişkili bel ağrısı olasılığını arttırabilir (Perry ve diğ. 2010).

2.6.6.1. Fizyolojik Faktörler:

Doğum ağrısı somatik ve visseral olmak üzere iki çeşittir. Somatik ve visseral ağrının duygusal niteliği, iğneleme, saplama, yanma, patlama, acıma, şiddetli, çekme, zonklama, keskin, sızlama, batma ya da kramp gibi şekillerde ifade edilmektedir (Perry ve diğ. 2010).

Doğum Eyleminin Yoğunluğu: Yoğun bir doğum eyleminde olan kadın ağrının şiddetinden şikâyetçi olabilir. Çünkü her bir kontraksiyon dilatasyon, efesman ve fetal iniş gibi birden

fazla eylem meydana getirir. Hızlı bir doğum eylemi ise, kadının farmakolojik ağrı giderici tercihlerini de sınırlayabilir (Murray ve McKinney 2010).

Servikal Hazırlık: Doğum eyleminin başlangıcında servikal değişiklikler tam değilse serviks, dilatasyonun ve efesmanın olgunlaştığı zamana kadar kolaylıkla açılmaz. Dilatasyon ve efesmana ulaşılması için daha fazla kontraksiyona ihtiyaç vardır. Bu da doğum eyleminin uzamasına ve eylemdeki kadının daha fazla yorulmasına neden olacaktır (Murray ve McKinney 2010).

Fetal Pozisyon: Fetüs istenmeyen bir pozisyonda ise, doğum eylemi daha uzar ve kadınlar daha konforsuzdur. Oksipito-posterior geliş ise genel olarak görülen diğer bir değişkendir. Bu pozisyonda her bir kontraksiyon fetal oksiputu kadının sakrumuna karşı iter. Kadın iki kontraksiyon arasında direnç gösteren bel ve sırt tarafında yoğun bir ağrı deneyimler. Kadın, fetüsün oksipito anterior pozisyona rotasyon yapana kadar doğum yapamayabilir. Fetüs başı bu yüzden ekstansiyon ve ekspulsiyon mekanizması olmadan önce daha geniş bir çapta rotasyon yapmak zorundadır ve bu nedenle de doğum eylemi uzar. Fetüs daha istenir pozisyonda rotasyon yaptığında sırt ağrısı belirgin bir şekilde azalır ve doğum eyleminin ilerleme hızı artar (Murray ve McKinney 2010).

Pelvisin Hazırlığı: Kadının pelvisinin şekli ve ölçüsü doğum eyleminin uzunluğunu ve seyrini etkiler. Pelvis anormallileri, fetal malprezantasyona ve malpozisyona katkı sağlar. Bu da doğum eyleminin uzamasına sebep olur (Murray ve McKinney 2010).

Açlık ve Yorgunluk: Yorgunluk, kadının öğrenmiş olduğu ağrıyla baş etme ve ağrıyı tolere etme becerisini azaltır. Kadın doğum ağrısını tolere etmeye yardımcı tekniklere odaklanamayabilir. Aşırı yorgun kadının kontraksiyonlara karşı abartılı yanıtı vardır veörneğin ıkmaya yanıt veremeyebilir. Çünkü oral alım sınırlıdır ve kadının enerji depoları da uzamış doğum eyleminde tükenmiştir (Murray ve McKinney 2010).

Birçok kadın gebeliğinin son haftasında uyku durumunda sıkıntı yaşar. Kadının yatar pozisyonda iken nefesinin kısılması, sık idrara çıkma ve fetal hareketten dolayı doğum eylemine uyku sorunları ile girer. Eğer doğum eylemi akşam zamanında başlarsa kadın, doğum yapana kadar 24 saatten daha fazla uyanık kalır ve bu yavaş süreç onu tüketebilir (Murray ve McKinney 2010).

Doğum Müdahaleleri: Bakım hizmetini sunan kişiler kadın ve fetüsün iyi olmaları için uygun olmalarına rağmen, genel müdahaleler konforu azaltabilir. Örneğin, eylem sırasında

uygulanan intravenöz uygulamalar ağrıya sebep olabilir. Fetal monitör ekipmanı bazı kadınlar için konforsuzdur. Her ikisi de kadının doğum eyleminde kendini daha konforlu hissedebileceği pozisyonu almasına engel olabilir. Fakat bazen de kadınlar rutin elektrik fetal monitörü bebeklerinin iyi olma halini teknolojiyle güvence altına almak için de isteyebilirler. İndüksiyon ya da diğer doğumu hızlandıran teknikler uygulanmış kadın ise, genellikle daha fazla ağrı hissettiğini ve başetmede zorlanırlar. Doğum eylemi bu uygulamalarla daha da müdahaleli olur. Kısaca servikal ve vajinal gerilmeden dolayı, vajinal muayene, amniyotomi ve fetal monitör cihazının eklenmesi kadının konforunu azaltabilir. Vajinal uyarım ferguson refleksinden dolayı genellikle kontraksiyonları stimüle eder (Murray ve McKinney 2010).

2.6.6.2. Psiko-sosyal Faktörler:

Bir kadının doğum ağrısı deneyimini etkileyen birçok psikososyal faktörler vardır. Bu faktörler aşağıda özetlenmiştir.

Kültür: Ebeler, çeşitli kültürel geçmişlerden gelen kadın ve ailelere bakım verdikçe, kültürün ağrıya yanıt verme üzerine etkileşimini de öğrenirler. Tüm kadınlardan doğum eylemi sırasında ağrı ve rahatsızlık yaşamaları beklenir. Fakat, onların ağrıyı nasıl yöneteceğini, nasıl yanıt vereceğini, yorumlayacağını ve nasıl algılayacağını belirleyen özellikler ise kadınların kültürleri ve nanç sistemleridir. Ağrı yaşandığı anda ortaya çıkan kültürel etkiler, kabul edilen ve kabul edilmeyen davranışlarla ilgili olarak bazı davranışsal beklentileri zorlayabilir. Örneğin, güçlü inancı olan kadınlar genellikle, ağrıyı dünyaya yeni bir yaşam getirmenin kaçınılmaz bir parçası ve gereksinimi olarak görürler. Oysaki diğerleri ağrılarını, bağırarak, ritmik nefes alıp vererek ya da inleyerek dile getirebilirler. İnançları, değerleri, beklentileri ve çeşitli uygulamaları anlamak, kültürel boşluğu daraltır ve ebeleredoğum eylemindeki kadının ağrısını değerlendirmeye yardım eder.

Sağlık bakım hizmeti verenler, kadının kontrol hissini ve özgüvenini koruyan ağrı giderici önlemleri kullanarak kültüre uygun hassasiyette bakım sunabilirler. Bir kadının ağrıya yanıtındaki davranışı, kültürel geçmişine göre değişiyor olmasına rağmen bu durum, kadının yaşadığı ağrının yoğunluğunu doğrudan yansıtmaz. Ağrının fizyolojik etkileri açısından kadının değerlendirilmesi ve kadının ağrısının niteliğini ve duyuşsal durumunu anlatırken kullandığı kelimelere dikkat edilmesi gerekir. Örneğin; Çinli kadınlar doğum sırasında ağrıyı göstermenin kabul edilebilir olduğunu ifade ederler fakat doğum ağrısına tepki vermezler. Onlara herhangi bir şey ilk defa teklif edildiğinde bunu kabul etmenin nezaketsizlik olduğunu

düşünürler bu yüzden ağrı giderici müdahalelerin bir kezden daha fazla sunulması gerekir. Akupunktur yöntemini de ağrı giderici olarak kullanabilirler.

Ortadoğulu ya da Arap kadınlar ise, doğum ağrısında daha çok yanıtı sesli olarak verirler. Onlarda ağrı giderici olarak tıbbi ilaç uygulamalarını daha çok tercih ederler.

Japon kadınlar doğum ağrısına yanıt olarak, acılara katlanmayı tercih ederler. Ancak doğum ağrıları çok şiddetlendiği durumda tıbbi tedavi isterler. Güneydoğu Asyalı kadınlar, ağrı giderici istemeden önce şiddetli ağrıya dayanabilirler. İspanyol kadınlar, doğum eyleminin son evresine kadar ağrıya katlanırlar, son evrede sesli yanıt verebilir ve ağrı giderici isteyebilir. Yerli Amerikan kadınları çeşitli ağrı kesici medikasyonları kullanırlar ya da yerli bitkilerden yapılan ilaçları kullanırlar. Afrikalı Amerikan kadınları, ağrıyı açık bir şekilde ifade ederler. Çeşitli ağrı giderici ilaçları kullanırlar (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Anksiyete: Anksiyete genellikle doğum ağrısı sırasında artmış olan ağrıyla ilişkilendirilir. Hafif anksiyetenin doğum eyleminde ve doğumdaki kadın için normal olduğu düşünülür. Fakat aşırı korku ve anksiyete daha fazla katekolamin salınımına sebep olur. Bu da düşük kan akımı ve artmış kas geriliminden dolayı pelvisden beyine giden uyarıları arttırır. Bu hareket ağrı algısını arttırır. Bu yüzden anksiyete ve korku arttıkça, kas gerginliği artar, etkili uterin kontraksiyonları azalır, huzursuzluk artar ve artmış anksiyete ve korku döngüsü başlar. Sonuç olarak bu siklus doğum sürecini yavaşlatır. Kadının ağrı ile başedebilme inancı azalır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Önceki Deneyimler: Ağrı ve doğumla ilgili önceki deneyimler, bir kadının ağrısını ve ağrıyla başetme mekanizmasını etkileyebilir. İlk doğum eyleminde ilk defa doğum ağrısıyla karşılaşan bir kadın etkili ağrıyla başetme stratejilerine sahip olmayabilirler. Kadın doğum eyleminin başındaki ağrıyı bile kötü bir ağrı olarak ifade edebilir. Daha önce doğum yapmış multipar kadınların önceki doğum tecrübeleri de kadının ağrıya yanıtını etkileyebilir. Önceki doğumu zor ve ağrılı olan kadınlarda, geçmişten gelen korku ve anksiyete artmış ağrı algısına yol açabilir. Nullipar kadınlar genelde doğum ağrısını, (dilatasyonun beş cm den az olduğu) sırada multiparlardan daha fazla hissederler. Çünkü nulliparların üreme organları daha az esnektir. Fakat doğum eyleminin ilk evresinin geçiş fazında ve ikinci evresinde multipar kadınlar nullipar kadınlardan daha fazla ağrı hissederler. Çünkü multipar kadınların esnemiş dokuları fetal iniş hızını arttırır ve bu yüzden ağrı ve rahatsızlık yoğunlaşır. Parite doğum ağrısı algısını etkileyebilir çünkü nullipar kadınların travayları daha uzun sürer ve bu yüzden

daha çok yorulurlar. Yorgunluk ağrısı arttırır bundan dolayı birçok kadın doğum eylemi sırasında artmış ağrı algısına sahiptir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Doğum eylemi sırasında verilen eğitim ve destek, kadının, relaksasyonunu, kendine güvenini ve kontrol hissini arttırmada kullanılır. Bu metodlar, ağrısı tamamen engellemesede, algılanan ağrının şiddetini azaltır (Murray ve McKinney 2010, Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010).

Konfor: Doğum eyleminde medikal yaklaşımlar egemen olmasına rağmen, doğum ağrılı bir durumdur ve ağrının çıkarılması gerekir buna alternatif bir bakış açısı, doğum doğal bir süreçtir ve kadınlar, keyifli bir doğum sonucuna ulaşmak için ağrısı ya da rahatsızlığı konforlu hale dönüştürebilirler. Gereksinimleri ve arzuları bir araya getirmek konforu arttırır. Konforu geliştirmede en yardımcı müdahaleler, ebeklik bakım yaklaşımı ve desteksel birinin varlığıdır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Destek: Kanıtlar gösteriyorki kadının doğum eylemi ve doğum tecrübesinden memnuniyeti, doğumundaki kişisel beklentilerin iyi olması ile belirlenir. Eşinden ve bakım vericiden alınan desteğin kaliteside önemlidir. Ayrıca, memnuniyet derecesi, kadının kendi doğum eyleminde kontrol sahibi olması ve doğumuyla ilgili karar vermede katılımcı olması etkiler.

Eylem sırasında kadının yanında devamlı desteksel varlığın bulunması (doğum eğiticisi, aile üyesi, arkadaş, ebe ya da eş) kadının fiziksel konforunu arttırır, iletişimi kolaylaştırır, bilgi sunar ve kadına rehberlik eder. Kadına övgü ve güven vererek, pozitif duyguların sakinliğin ve özgüvenin artmasına olanak sağlar. Doğumun başından beri devamlı destek alan kadınlar daha az ağrı medikasyon ya da bölgesel aneztesi kullanırlar. Spontan vajinal doğum yapma ve doğum deneyimlerinden memnuniyetleri daha fazladır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Doğum eylemindeki bir kadını desteklemede, arkadaşlık ve güvensağlanması, onun çabasını övme ve pozitif destek sunulması, kadının konforu için nonfarmakolojik yöntemler ile cesaretlendirilmesi, beslenmesi, kişisel hijyenine yardım edilmesi, bilgi verilmesi, kendi bakımı ile ilgili karar vermede kadınındâhil edilmesi, diğer sağlık bakımı sağlayıcıya ve destek grubuna kadının isteklerinin anlatılması, rahat bir çevre yaratılması, sakin ve güvenli bir yaklaşım kullanılması ve kadına destek sağlayan kişilerin cesaretlendirilmesi sağlanmalıdır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Çevre: Doğum eylemindeki kadın konforu azaldığında, doğum çevresi, kadının daha pozitif bir deneyim yaşamasına katkı sağlayabilir. Kadının çevresi, nasıl iletişim kurdukları, bakım verenin felsefesi, nonfarmakolojik yöntemlere olan inancı, uygulama politikaları ve desteğin ahil olduğu koşulların varlığı ve doğum eyleminin meydana geldiği fiziki alanıdır. Destekleyici çevresi olan kadınlar doğum eyleminde kontrolü daha fazla hissederler ve daha iyi bir doğum eylemine ve daha iyi bir doğum tecrübesine sahip olurlar. Çalışmalar, doğumda kontrol ve artmış memnuniyet arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Kadınlar genellikle ev ortamı gibi bir çevrede bir bakım vericiden hizmet almayı tercih etmektedirler. Çevrenin güveni ve mahremiyeti sağlanmış olmalıdır. Işık, gürültü ve ısı kadının tercihlerine göre ayarlanmış olması gerekir. Çevrenin hareket alanı, pozisyon değişiklikleri, yürüme ve ekipmanı olması gerekir. Çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerde katılımı kolaylaştırmak için duşlar, küvetler ve konforlu sandalyelerin rahatlıkla elde edilebilir. Evden getirilen örneğin yastık gibi eşyalar, odaklanma için objeler, müzik, iPad ya da DVD doğum çevresine kolay uyum sağlanmasına yardımcı diğer objelerdir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Ergin 2017).

2.7. Nonfarmakolojik Ağrı Yönetimi:

Ebeliğin özünde “kadınla bir olmak” ve ona doğumda “rahat ve destek verici bir ortam sağlamak” vardır. Tarihsel olarak bu görev kadınlara verilmiştir. Tarih boyunca kadınların birbirlerine destek oldukları görülmüştür. Normal doğum süreci fizyolojik bir olay olup, müdahaleye gereksinim duyulmadan, destekleyici bir ortamda gerçekleşebilen ve kadını güçlü kılan bir olaydır. Ebe bu süreçte anahtar role sahip olup, doğum sürecinde kadına destek sağlamalı ve yardımcı olmalıdır. Kadınların birçoğu, doğum sırasında kendilerine yardımcı olabilecek birine ihtiyaç duyduklarını ve modern teknolojilerin ve cihazların ise bu kişinin yerini almadığını ifade etmektedirler. Burada önemli olan hizmet değil, kadının ihtiyaçlarının ön planda tutulmasıdır (Ergin 2017).

Ağrının giderilmesi ya da azaltılması önemlidir. Çoğunlukla kadının deneyimlediği ağrının derecesi değil, kadının iyi ya da kötü olarak deneyimlediği doğum algısını etkileyen kendisinin ağrı ile baş etmek için kurduğu hedeflerine kendisinin ulaşip ulaşmadığıdır. Gözlem yapan ebe, ağrı ve ağrı giderme yöntemlerinin kontrolü için ipuçları arar. Ebe, kadına ve eşine doğum eylemini cesaretlendirip destek sağlarken, ağrıyı gidermek için çeşitli nonfarmakolojik yöntemleri de kullanabilir. Nonfarmakolojik yöntemler, genellikle basit ve güvenlidir. Çok azının yan etkisi bulunur. Nispeten ucuz ve eylem boyunca kullanılabilir. Bu

nedenle prenatal dönemde kadının nonfarmakolojik yöntemleri birkaçını önceden keşfetmesi gereklidir. Kadının genelde stresi azaltmada ve gevşemeyi arttırmada yardımcı teknikleri (müzik, meditasyon, masaj, sıcak banyo vb.) kullanabilirler. Sağlık bakım hizmeti veren kişinin kadına sunmuş olduğu gevşeme ve ağrı giderici yöntemler hakkında bilgi edinmesi içincesaretlendirilmesi gerekir ve aktif olarak kendinin de katılması gerekir. Birçok ağrı giderici nonfarmakolojik yöntem prenatal hazırlık sınıflarında öğretilir. Kadına ya da çiftlere önceden konu ile ilgili olarak çeşitli kitap ya da dergiler okutulur. Ebe ya da hemşire, kadının ya da çiftlerin ön bilgisi olmadan bu yöntemlerden bazılarını (yavaş tempolu nefes, masaj ve dokunma, efloraj, karşı basınç, gevşeme, müzik, sıcak ya da soğuk uygulama, hareket ve pozisyon verme vb.) başarılı bir şekilde uyguluyabiliyorken, bu yöntemlerin birçoğu, başarılı sonuç alınabilmesi için önceden uygulama yapılması ve bu yöntemlerin pekiştirilerek öğretilmesini gerektirir (Hipnoz, solunum teknikleri ve kontrollü relaksasyon teknikleri, biyofedback, odaklanma, dikkat dağıtma vb.). Uygulanan yöntem artık etkili olmadığında, kadının farmakolojik yöntemleri de kapsayan diğer alternatifleri aramaya ve çeşitli metotlar denemeye cesaretlendirilmelidir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Epidural analjezi ve anestezi kullanımının artmış olmasından dolayı ebelerin, nonfarmakolojik ağrı giderici yöntemleri kullanmada kadınları cesaretlendirmelidirler. Kısmende olsa bu yöntemleri epidural almış olan bir kadını takip etmekten daha kompleks ve daha çok zaman alıcı olarak görebilirler. Bu alanda çalışan hemşirelerinin ya da ebelerin, doğum eylemindeki çeşitli nonfarmakolojik yöntemleri kullanmada bir uzmanlık ve sertifika almaları zorunludur. Bu nonfarmakolojik önlemlerin birçoğunun etkinliğini destekleyen araştırma verisi sınırlı olmasına rağmen, bu tekniklerin faydalı olduğuna dair kullanımını tavsiye eden sağlık bakımı uygulayıcılardan ve kadınlardan gelen birçok rapor ve kanıt vardır. Bu yöntemler anne ve bebek için daha az invaziv ve daha güvenlidir. Ağrı giderici nonfarmakolojik yöntemler, doğum eyleminin normal seyretmesine izin verir. Farmakolojik metotlar doğum eylemini yavaşlatabilir. Farmakolojik yöntemler ayrıca doğum sonu emzirme davranışını da etkileyebilir. Birçok nonfarmakolojik yöntemlerin analjezik etkisi, parenteral olarak yönetilen opioidlerle karşılaştırılabilir hatta onlardan üstündür (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

Ebeler doğumun ritmini tecrübe ve bilgileri ile yakalamalı, farmakolojik olmayan yöntemleri kullanarak ağrıyı azaltmalı, kadına destek olma ve cesaret vermelidirler. Doğum süreci öncesinde kadın ilaç dışı (nonfarmakolojik) yöntemler hakkında bilgi sahibi olmalıdır (Ergin

2017). Doğum ağrısıyla birliktelikte etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miaddan birkaç hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte latent faz da, kadının dikkatinin dağılmaması yönünden bu eğitimin verildiği ideal zamanlardan biridir (Ratfish 2017, Murray ve McKinney 2010).

Gevşeme Yöntemleri	Nefes Teknikleri Doğum Pozisyonları Biofeedback Hipnoz Müzik Yoga
Tensel Uyarılma Yöntemleri	Dokunma ve masaj Efloraj Karşı Baskı Yüzeysel soğuk-sıcak uygulama Akupunktur Akupresür Aromaterapi İntradermal Su Enjeksiyonu, Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu Refleksoloji Hidroterapi
Mental Uyarılma	Hayal Kurma Odaklanma/Dikkat Dağıtma
Doğuma Hazırlık Felsefeleri	Dick Read Hipno-Birthing Lamaze Doğal Doğum Kirtzinger Bradley
Bitkisel Tedavi Yöntemleri	Fitoterapi Homeopati

Çizim 2.7.1.Doğum ağrısının yönetilmesinde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler (Akarsu ve Çalık 2018).

2.7.1. Doğuma Hazırlık Felsefeleri

Çoğu sağlık hizmeti uygulayıcıları, doğuma hazırlık sınıflarını bebek bekleyen ailelere önerirler. Doğuma hazırlık sınıflarının savunucuları, doğum eyleminde ağrının majör sebebinin korku ve gerilim olduğunda hemfikirdirler. Bütün doğum metotları, kadının doğum eylemi ve süreci hakkındaki bilgisini arttırarak, kadının kontrol duygusu ve özgüvenini genişleterek, destek bir kişi hazırlayarak, fiziki koşullandırma ve gevşetici nefes tekniklerinde kadını eğiterek bu iki faktörü azaltmaya çalışırlar. Bu yaklaşımlarda çok az farklılık vardır. Örneğin Lamaze metodu eksternal odaklanma ve dikkat dağıtmaya odaklanırken, Bradley metodu ise, medikasyon kullanımını azaltır ve kendi bedenlerinden cesaret almaya ve içtenliğe odaklanır. Gerçekte çok az eğitmen özel bir metoda sıkıca bağlıdır bunun yerine kadının medikal ihtiyacını minimize etmek ve doğum ağrısıyla başetme becerisini arttırma hedefli çeşitli stratejileri birleştirerek kullanmak çok daha önemlidir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010).

2.7.1.1. Dick Read metodu:

Doğumdaki ağrı, sosyal koşulludur ve korku-ağrı-gerilim sendromundan kaynaklanır. “Korkusuz Doğum” olarak ifade edilen bu metot, başlangıçta kontraksiyonların ilk aşamasında derin abdominal nefes tekniği, ikinci aşamasında yüzeysel nefes tekniği ve nefes tutarak sürekli ıkınma tekniğini önermektedir. Kadınlara iyi bir derecede relaksasyon becerisine ulaşana kadar bilinçli ve devamlı olarak tüm beden boyunca farklı kas gruplarını rahatlatmaları öğretilmektedir. Sonuç olarak kadına kontraksiyonlar arasında komple rahatlatma ve kontraksiyonlar sırasında uterusun haricinde bütün kaslar rahatlatmaya odaklanılır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, (Akarsu 2018).

2.7.1.2. Lamaze metodu:

1960’lı yıllarda geliştirilen bu metot psikoprofilaktik metot olarak da bilinir. Doğuma hazırlıkta aklın kullanımını kontrol etmeyi vurgulayarak yeni perspektifler getirmiştir. Nefes teknikleriyle kontrollü kas relaksasyon tekniği birleştirilmiştir. Aktif relaksasyon Lamaze metodunun bir parçasıdır. Kadına spesifik kas gruplarını kontrakte etmesi (nöromüsküler kontrol) ve vücudunun geri kalan kısmını rahatlatması öğretilmiştir. Uterin kontraksiyon sırasında gerilme yerine, kadınlar nefes teknikleri ve relaksasyonla cevap vermeye

koşullandırılırla. Bu metodun uygulayıcıları kadınların, hayatın doğal bir parçası olarak doğumu yeniden keşfetmeleri gerektiğini ve normal doğum sürecindeki müdahalelerin zararlı olduğunu ve kanıta dayalı olması gerektiğini savunur (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Akarsu 2018).

2.7.1.3. Bradley metodu:

Bu metot doğum eyleminde herhangi bir anestezi ve analjezi olmadan, nefes teknikleri ve eş desteğiyle doğal doğumu savunmaktadır. Nefes kontrolünü kullanan eş destekli doğum metodu, abdominal nefes ve genel vücut gevşemesi kullanılır. Bu metot ayrıca çevresel değişkenleri örneğin, karanlık, yalnızlık ve doğumu daha doğal bir deneyim olarak vurgular. Bradley metodunu kullanan kadınlarda doğum eyleminde derin bir mental relaksasyondan dolayı uyukulu oldukları görülebilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Akarsu 2018). Doğum annenin hayatı boyunca yaşayacağı özel bir deneyim olmakla beraber, babaya güven ve otoritenin kazandırıldığı, her iki ebeveyne de sorumluluk yüklenildiği güzel bir deneyimdir. 1970’li yıllardan sonra kadın haklarında meydana gelen gelişmeler, gebelik ve doğumla ilgili araştırmalarda artışın olması, medikal müdahalelere karşı doğal doğum hareketinin savunulmasıyla birlikte babalarında doğuma katılımı sağlanmış ve doğumdaki rolleri belirlenmeye çalışılmış. 1980’ li yıllarda babaların doğuma katılımı ile ilgili yapılan çalışmaların artmasıyla, babanın doğuma katılımıyla, doğum süresinin kısaldığı, annenin kendisini daha iyi hissettiği, ebeveyn ilişkilerini pozitif etkilediği, baba bebek bağlılığını arttırdığı, sezeryan doğum oranının azaldığı ve normal doğum oranlarının arttığı belirlenmiştir. İsveçte 1980’li yıllardan bu yana yapılan çalışmalarda, babaların doğuma katılımı ile çiftlerin ilişkilerini ve baba-çocuk ilişkilerini olumlu yönde etkilediğine dair vurgu yapılmaktadır (Ergin 2017).

2.7.1.4. HypnoBirthing Metodu:

Mongan metodu olarak da bilinen bu metot, korku ve gerilimin ağrıya yol açtığı vurgulayan Dick Read’in felsefesinden esinlenerek geliştirilmiştir. HypnoBirthing’de kadınlar vücudun gevşeme durumunda doğum kaslarının nasıl çalıştığını öğrenirler. Kadın kontrol halinde ve rahatlatılmıştır. Kadın sakin ve gevşemiş haldeyken, korku ve gerginlikten uzaklaşır ve kontraksiyonlarının gelişmesini sakinlikle deneyimler. Bu tekniği kullanan kadınlardan ve bu tekniğin uygulayıcılarından gelen ger bildirimler doğumların ağrısız ve hızlı olarak ifade ederek tekniğin etkinliğini doğrulamaktadır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Akarsu 2018).

2.7.1.5. Doğal doğum:

Kadının kendi içgüdülerinin rehberliğinde kendi doğumuna aktif olarak katıldığı ve müdahalenin olmadığı doğum eylemidir (Ratfisch 2012, Akarsu 2018). Her doğum eşsiz ve özeldir. Anne ve bebek arasındaki fiziksel, duygusal ve manevi ilişki de aynı şekilde eşsizdir. Bu özel ve duygusal anın büyüünün korunması doğal doğumun temelinde yer almaktadır. Kadınların birçoğu için doğal doğumun anlamı, kendiliğinden başlayan, doğal ilerleyişinde doğumu hızlandırmak için hiçbir ilacın kullanılmadığı, kadının kendi kontrolü altında ve anestezi ihtiyacı olmadan yapılan doğumdur. Doğum sırasında bebek ve anne için minimal düzeyde müdahale gerekebilir. Fakat beklenmedik, acil müdahale gerektiren olumsuz durumlarda genellikle birden fazla müdahalede bulunulabilir (Ratfisch 2012, Akarsu 2018). Birçok kadın için doğal doğum manevi ya da ruhsal bir yolculuğu başlatmaktadır. Müslüman, hıristiyan, yahudi, hindu, pagan ve diğer inançtaki kadınlar doğal doğumun kendi inançlarıyla örtüştüğünü görebilirler. Morgan tarafından geliştirilen bu metotta kadınların büyük çoğunluğunun doğal ve sağlıklı doğum yapabildiği savunulmaktadır. Doğum doğal, normal ve sağlıklı insani bir deneyimdir. Kadın bedeni, bebeğin gelişimini sağlayacak ve doğumu gerçekleştirecek şekilde yaratılmış ve tasarlanmıştır (Ratfisch 2012, Akarsu 2018). Kadın bedeni kusurlu değildir ve kaderinde bozulma, ya da çalışmaması düşünülemez. Doğal ve tıbbi bir müdahale olmadan doğumlarını gerçekleştirmek isteyen çiftlerin bu kararları desteklendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Doğumların doğal zamanında, kimyasal, kronolojik ve duygusal müdahaleler olmadan gerçekleşmesine izin verilmelidir. Normal doğumda sağlıklı kadınları, anormal durumların yaşandığı ya da tıbbi müdahalelerin olmadığı zamanlardaki tehlikeler hakkında korkutmaktan uzak durulmalıdır. Bu çok önemli deneyimde kadın, eşi ve çocukları temel oyuncularlardır. Doğuma destek ekibinin önemli üyeleri olarak dinlenilmeyi ve bilgilendirilmeyi hak ederler. Kadın ve eşi istekleri ve endişeleri hakkında soru sormaları konusunda cesaretlendirilmelidir. Rutin ve kanıt temelli olmayan işlemler, testler ve ilaçlar, bunların kullanımını gerektirecek özel ve bilimsel bir durum olmadıkça gebelerde ve doğum yapan sağlıklı kadınlarda kullanımından kaçınılmalıdır. Araştırma sonuçları fetüsün ve yenidoğan bebeklerin, gebelik ve doğum sürecine katılan kişilerin duygularının farkında olduklarını göstermektedir. Doğum eylemindeki bakım, anne ve bebeğin gereksinimlerine ve iyilik halinin sürdürülmesine yönelik olmalı, sağlık çalışanlarının gereksinimlerine ya da tıbbi uygulamalarını kolaylaştırmaya yönelik olmamalıdır. Çiftin sağlık ekibi tarafından kendilerine verdikleri bilgilere güvenmeye ihtiyaçları vardır. Koşullar uygun olduğu durumlarda kadın ya da eşi eğer isterlerse, bebeğin doğumu gerçekleşirken

bebeklerini kendileri tutup, onu karşılayabilirler. Rutin ve gereksiz girişimlerden tıbbi bir zorunluluk yoksa kaçınılmalıdır. Doğum eylemi cinsellik gibi tamamen içgüdüsel bir eylemdir. Bedeni tanımak, beden anatomisinin haritasını ve nasıl çalıştığını öğrenmek, doğuma hazırlıkta içgüdülerimizden gelen mesajları dinlemek ve yorumlamak, gebelik döneminin son haftalarında ve doğum eyleminin başlarında vajinadaki değişimleri hissetmek kadına, doğal doğum serüveninde yol gösterecektir. Böylelikle, psikoterapi, psikodrama, egzersizler, yoga ve meditasyon gibi uygulamalar kadının duygusal ve fizyolojik hazırlığında etkili olabilmektedir (Ratfisch 2012).

2.7.1.6. Kitzinger metodu:

Amacı gebelerin doğum sırasında gevşeme teknikleri ve solunum ile doğum ağrılarının kontrol altına alınabileceğini savunur. Prenatal dönemde gebelere duygusal hafıza kullandırmayı amaçlamıştır. Doğumda psikoseksüel yaklaşımı benimsemektedir (Akarsu 2018).

Doğum eğitimi sonuçları: Doğum eğitimi içeren çalışmalar, standart bir doğum eğitiminikabul etmemektedirler. Doğumda eğitiminin etkisi üzerine yapılan çalışmalar pozitif etkileri üzerinde yıllardır devam etmektedir. Doğum eğitiminin etkisi güven duygusunu geliştirir ve ilişkilerin etkileşimiyle sürekli olarak doğumdan memnuniyeti arttırdığı ifade edilir. Gebelik, bekleyen ebeveynler için bir değişikliklerin yaşandığı önemli bir süreçtir ve ebeveynler bu dönemde birçok eğitime açıktır. Ayrıca ebeveynlerin bir ömür boyu sağlık profesyonelleriyle nasıl iletişim kuracaklarını, birbirleriyle nasıl problem çözeceklerini ve yeni bir hayata nasıl başlayacakları hakkında da bilgi almalarını sağlar. Gebelik eğitimi ayrıca ailelerde esneklik ve bağlılığın oluşumunu ve sağlığı geliştirmeyi sağlamada ebe ve hemşireler için önemli bir fırsattır.

2.7.2. Relaksasyon (gevşeme) yöntemleri

Doğum eyleminde gevşeme, uterusu kan akışını hızlandırır, fetal oksijenlenmeyi sağlar, kontraksiyonların etkinliğini artırır, ağrı sırasında gerginliği azaltır, fetal FKA'nın normal sınırlarda olmasını sağlar, yorgunluğu azaltır, enerjiyi korur ve iletişimi kolaylaştırır. Gevşeme yanıtının oluşması için sakin ve temiz bir çevrenin sağlanması, mesanenin boş olması, rahat kıyafetlerin giyilmesi, tüm eklemlerin fleksiyonda olması, akıldaki tüm düşüncelerin boşaltılması, herhangi bir sözcük, ses ya da cümleye odaklanılması gerekir (Ratfisch 2017, Murray ve McKinney 2010). Müzik ve nefes teknikleri hayal etmenin ön

zeminini oluşturur. Bu dikkat dağıtma tekniği, ağrı algısından çok kadının dikkatinin yönünü değiştirir. Televizyonun da bazen kadınlarda buna benzer etki yaratabilir. Ayrıca kadının kişisel konforu da, doğum eylemi sürecinde ağrı yönetimi teknikleri kullanmada odaklanmaya yardım eder (Murray ve McKinney 2010). Gerilimi ve stresi azaltma, odaklanma ve gevşeme teknikleri doğum eylemindeki bir kadına, doğumda enerjisini korumaya ve dinlenmesine izin verir. Dikkate odaklanma ve dikkati dağıtma teknikleri, doğum ağrısını azaltmada etkili olan bakım yöntemlerinden biridir. Bazı kadınlar odalarına sevdikleri bir objeyi örneğin, bir fotoğraf, ya da bir peluş oyuncak hayvan getirebilirler ve kontraksiyon boyunca dikkatlerini bu objeye odaklayabilir. Kontraksiyon başladığında kadınlar, seçtikleri objeye odaklanarak algısını azaltmak için nefes tekniklerini uygulayabilirler (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Güner ve Kavlak 2016, Ergin 2017). Sık kullanılan gevşeme yöntemleri ise, progresif kas gevşemesi, biyolojik geri bildirim, hipnoz, akupunktur, meditasyon, hareket ve pozisyon, ses çıkarma ve müzik dinlemedir. Gevşeme teknikleri, bebeğin rotasyon yapmasına yardım etmek için örneğin, yürüme, yavaş dansetme, sallanma ve pozisyon değişikliği hareketleriyle birlikte kullanılabilir. Ritmik hareket, ağrı algısını azaltan beyindeki mekanoreseptörleri uyarır (Ratfish 2017, Perry ve diğ. 2010). Ebeler kadına doğru bilgi vererek ve kadını doğumun normalliğine odaklayarak anksiyetelerini azaltabilir ve kendini kontrol etmelerini arttırabilir. Hastaneler genel olarak anksiyeteyi arttıran hastalık ve yaralanma gibi durumları çağırır. Hemşireler ya da ebeler, ortamdaki bağımsız olarak, doğumun normalliğine odaklanmayı sağlayabilirler. Örneğin, bir kadını hastane ve hastalık atmosferini pekiştiren bir hasta görmek yerine ona ismiyle hitap etmek bile doğumu normal bir süreç olarak görülmesine yardım eder. Ayrıca kadına ve eşine seçenekler sunarak, onları güçlendirmeye ve onların bu eylemi başarabilen bir bileşen olarak görmelerine yardım eder (Murray ve McKinney 2010). Gevşeme teknikleri eğer doğum eyleminden önce uygulanırsa daha çok işlevsellik kazanır. Evde çiftler, bütün kaslar gevşeyene kadar kadının spesifik kas gruplarını kasıp gevşeterek progresif kas gevşetme tekniğini uygulayabilir. Nöromusküler çözülme, kadına ıkmama esnasında uterus ve abdominal kasların haricinde bütün kasların gevşemesini öğrenmeye yardım eder. Kadın, eşinin dokunması ile de bu gevşeme tekniğini öğrenebilir. Eğer kadın bu gevşeme tekniklerini evde uygulayamıyorsa ebe doğum eylemi sırasında gevşemeyi ona öğretebilir (Murray ve McKinney 2010).

2.7.2.1. Nefes Teknikleri:

Nefes teknikleri kontraksiyon sırasında ağırlı duyuya müdahale ederek, kadının farklı bir noktaya odaklanmasını sağlar. Bu teknikler, basit şekilde başlar ve giderek karmaşıklaşır. Doğum eylemi sırasında nefes tekniklerini değiştirmek için evrensel doğru zaman yoktur. Bazen karmaşık teknikler uzun süre kullanılırsa yorucu olabilir. İyi bir sonuç için kadın ve eşi teknikleri sık aralıklarla uygulamak zorundadır ve teknikler eğer çok karmaşık ya da kadın uygulayamıyorsa teknikler doğum eyleminde yardımcı olmaz. Nefes teknikleri sadece ihtiyaç olduğunda kullanılması gerekir. Genellikle kadın bir kontraksiyon sırasında artık konuşamaz ve yürüyemez olduğunda ihtiyaç hissedilir. Kadının basit nefes tekniğinden ihtiyaç olana kadar daha karmaşık nefes tekniğine geçmemesi gerekir.

Birinci evrede nefes tekniği: Doğum eyleminin birinci evresindeki nefes“temizleyici nefesi” oluşturur ve giderek daha kompleks hale gelir.

Temizleyici nefes tekniği: Herbir kontraksiyonun başlangıcıyla ve bitişiyle derin bir nefes alıp ve vermek olarak bilinir. İç çekmek gibi hafif bir nefes kadının gerilimini azaltmaya yardım eder. Temizleyici nefes, doğum eyleminde myometriyal hipoksiyi azaltmaya yardım eder ve oksijenizasyonu sağlar. Temizleyici nefes ayrıca kadının gevşemeye odaklanmasına yardım eder ve kadının eşine kontraksiyon başlangıcı ve bitişinin ip uçlarını verir. Kadın temizleyici nefesi burnuyla alır ve ağızıyla verir ya da kendini rahat hissettiği şekilde uygular. Fetal monitör kullanıldığında kadının eşi kontraksiyonların başlangıcını ve bitişini takip eder ve kadına temizleyici bir nefes almasını söyleyerek kontraksiyonlara bağlı rahatsızlığını giderilmesine yardım eder.

Yavaş tempolu nefes tekniği: İlk nefes gevşemeyi arttıran derin yavaş tempolu bir nefesdir. Kadın nefes hızının kontrolünden ziyade, vücudunu gevşemeye odaklamak zorundadır. Gevşeme doğal olarak uyku durumundakine benzer daha yavaş nefesi sağlar. Kadın burnunu, ağızını ya da her ikisini de kullanabilir. Yavaş tempolu nefesin mümkün olduğunca doğum eyleminde kullanılması gerekir çünkü bu nefes tekniği gevşemeyi ve oksijenlenmeyi sağlar. Doğum eğitimi almayan kadına, ebeler genelde bu tekniği öğretirler. Bu teknik korkmuş kadına yardım ederek onları sakinleştirir ve kasılmalarla başatmasını sağlar. Ayrıca diğer nonfarmakolojik yaklaşımlar örneğin efloraj ile birlikte kullanıldığında, yavaş tempolu nefesin etkinliği artar.

Modifiye tempolu nefes tekniği: Yavaş tempolu nefes artık etkili olmadığında kadın modifiye tempolu nefese başlar. Modifiye tempolu nefes, yavaş tempolu nefesten daha yüzeyel olmasına rağmen, daha fazla oksijen ihtiyacını arttırır. Yavaş tempolu nefeste olduğu gibi odaklanma alınan nefes, sayısından daha çok gerilimin azalması üzerinedir. Kadınlar bazen kontraksiyon sırasında yavaş ve modifiye tempolu nefesi birlikte kullanmayı öğrenirler. Yavaşça başlarlar ve kasılma pik yaptığında, daha hızlı ve yüzeyel nefesi kullanırlar. Doğum anında kadınlar bunu genelde doğal olarak yaparlar. En önemli konu, solunumun gevşemeye müdahale etmesi değil, gevşemeyi güçlendirmesidir.

Üfleme tempolu nefes tekniği: Modifiye tempolu solunuma benzerdir. Belli bir sayıda nefesten sonra kadın hafif bir vurguyla nefesini verir ya da üfler ve sonra tekrar modifiye tempolu nefese başlar. Bu ekleme kadının nefese daha fazla odaklanmasını sağlar. Ağzın bu teknikte gevşemiş olması gerekir ve kadının vokal kordlarını sıkacak spesifik sesler çıkarmaması gerekir. Hedef, kadının tüm vücudunun gevşemesidir.

İkınmayı engellemek için nefes almak: Eğer kadın serviks tam olarak dilate olmadan şiddetle ıkınıyorsa serviksi ve fetal başı yaralama riski vardır. Üfleme şiddetli ıkınmayla başetmeye yardım ederek nefesi tutmaya ve glotisin kapanmasına engel olur. Kadın ıkınma güçlü olduğunda kısa üflemleri kullanarak tekrarlayan şekilde üfler. Destek kişi kadının konsantrasyonuna yardım etmek için kadınla birlikte üflemeyi öğrenebilir.

Nefes teknikleri kullanıldığında hiperventilasyon ve ağız kuruluğu yaygın olarak görülür. Hiperventilasyon aşırı karbondioksit kaybına sebep olan hızlı derin nefes almaktan kaynaklanır ve bu yüzden solunum alkozu gelişebilir. Kadın sersemlik hissedebilir ve düşünmesüreçleri etkilenebilir. Vazokonstrüksiyon karıncalanmaya, parmaklarda ve ellerde uyuşmaya sebep olabilir. Eğer hiperventilasyon devam ederse dokularda ve kanda kalsiyum seviyesinin düşmesinden kaynaklı tetani gelişebilir ve yüzde, bacaklarda sertlik ve karpopedal spazma sebep olur. Eğer kadın sersemlik hissetmeye başlarsa kağıt bir poşete ya da avucuna üfleme istenir. Bu çeşit üfleme kadının vermiş olduğu havayı tekrar geri alarak karbondioksit seviyesinin artmasını sağlar. Kadının karbondioksit kaybını azaltmak için solunum hızını yavaşlatması gerekir. Uzamış ağız nefesi kadının ağzını kurutur. Kuruluktan kaçınmak için destek kişi tarafından buz, gargara ya da sıvılar verebilir.

İkinci Evre Nefesi (doğum nefesi): Doğum eyleminin ikinci evresinde kadının serviksi tam dilate olur olmaz eğer kadında ıkınma hissi yoksa, kadını ıkındırmaya yönlendirmekten ziyade ıkınma dürtüsü yanıtına yardım ederek doğumun fizyolojik tamamlanması için

cesaretlendirilir. İkinci evrede uzamış ıkınma sürecinin daha fazla maternal yorgunluğa, daha fazla operatif doğuma ve daha fazla güven vermeyen fetal kalp atımına sebep olduğu gösterilmektedir. İkinci evre nefesi, kontraksiyonlarla birlikte etkili bir şekilde ıkınmaya yardım eder. Kapalı glottis ıkınma kardiyak outputun ve kan basıncının düşmesine sebep olarak intratorasik basıncın artmasını sağlar. Kadındaki düşük kan basıncı plesantaya daha az kan akımına sebep olur ve fetal hipoksi gelişir bu da güven vermeyen fetal kalp atımı örüntüsü oluşturur. Her kontraksiyonda bu ıkınma tekniğinin dört kezden daha fazla uygulanması komplikasyonlarıarttırır. Fizyolojik ikinci evrede yardımcı olmak için özel bir teknikten ziyade nefes çeşitlerini uygulamak daha etkindir. Altı- sekiz saniyenin altında açık glottis ıkınma ya da sınırlı nefes tutma en iyi fetal oksijenasyonu sağlar (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Murray ve McKinney 2010, Güner ve Kavlak 2016, Ratfisch 2017, Ergin 2017).

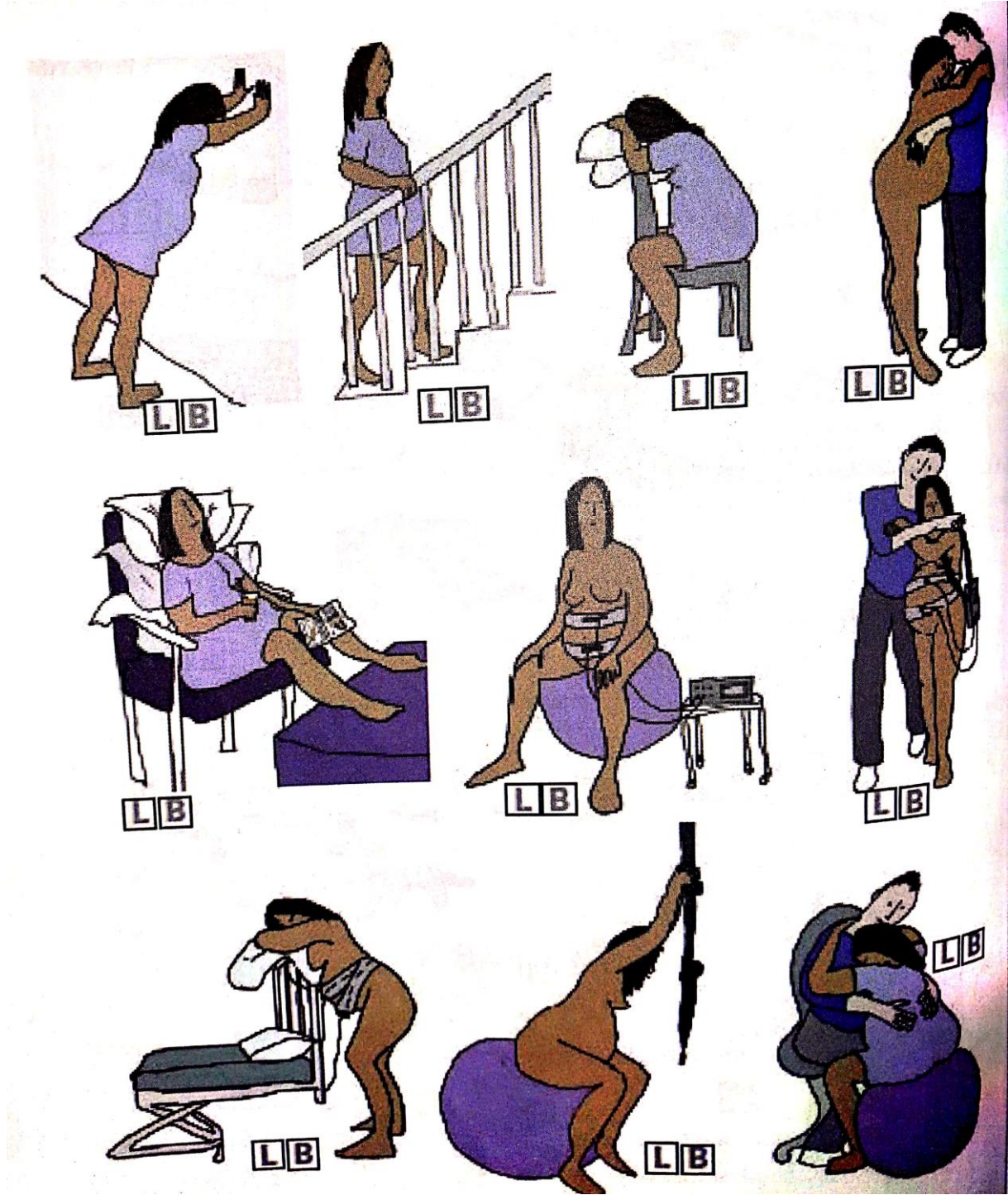
2.7.2.2. Doğum Pozisyonları:

Kadının rahatını sağlayan uygulamalardan biride doğumda hareket ve pozisyon değişikliğidir. 17. yüzyıl öncesi doğum eyleminde batı toplumlarında yatış pozisyonu (supine) dışındaki pozisyonlar yaygın olarak kullanılmakta iken, vajinal doğuma forseps gibi aletlerle müdahaleler supine pozisyonunun yaygınlaşmasını sağlamıştır (Ergin 2017). Zamanla günümüze kadar doğum ünitelerinde doğum yapmak için kadınlara yarı rekümbent pozisyon verilmiş ve kadın için uygun olduğunu gösteren kanıtlar olmadığı halde, litotomi pozisyonu kullanılmaya başlanmıştır (Ratfisch 2017). 1970’li yıllarda doğum eyleminde dik pozisyonların anne ve fetüse faydalı olabileceğinden bahsedilmiş,1980’li yıllarda da bu konu üzerine daha fazla araştırma yapılmıştır. 1990’lı yıllarda da ise gereksiz kanıta dayalı olmayan müdahalelerin oranının azaltılması ve doğum eyleminde kadının konfor ve güvenlik kavramlarının ortaya çıkmasıyla doğum eyleminde farklı pozisyonların kullanılması tekrar benimsenmiştir (Ergin 2017). Her 30 dakikada bir ya da kadının istediği sıklıkta pozisyon değişikliği (oturma, yürüme, diz çökme, ayakta durma, uzanma, elleri ve dizleri üzerinde durma, doğum topu kullanma vb.) doğum ağrısını gidermede kullanılan pozisyonlardan bazılarıdır. Pozisyon değişiklikleri pelvisteki şekil değişikliklerinin pozitif etkisi ve yerçekiminin gücüyle doğumun hızlanmasına yardımcı olmaktadır. Ayrıca uterus aktivitesi üzerinede önemli bir etkisi olduğu söylenmektedir (Ratfisch 2017).

DSÖ, ebelik ve doğumla ilgili pek çok organizasyon, doğumda kullanılan dik pozisyonların kanıt düzeyini A kategorisinde olduğunu belirterek, kullanılmasını tavsiye etmektedir (Ergin

2017). Kadını rahat edeceği bir pozisyon almasını sağlamak, pelvis ile fetüsün önde gelen kısmı arasında uyumu geliştirerek, fetüsün kemik pelviste rotasyon yapmasını kolaylaştırır. Anne konforuna göre pozisyon değiştirmeye devam ettikçe prezantasyona faydalı olduğu düşünülmektedir (Ratfisch 2017). Günümüzde doğum ünitelerinde bölgesel anestezi kullanımı, perineal destek sağlanması ve fetal monitorizasyonun yapılması gibi müdahalelerden dolayı doğum eylemi sürecinde supine pozisyon tercih edilmektedir. Fakat bu pozisyonlar sağlık çalışanının işini kolaylaştırırken, kadınlar ve fetüs için de faydalı değildir. Düz yatış pozisyonlarının anne ve fetüs sağlığı açısından fetal distress, uterin kontraksiyonların etkinliğini azaltılması ve maternal hipotansiyon gibi olumsuz etkileri vardır. Batı toplumları dışında pek çok toplumda doğumda dik pozisyonlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Supine (düz yatış) pozisyonlarının müdahaleli doğum oranını ve doğum ağrısını arttırdığı ve avantajlı olmadığına dair bazı çalışmalar vardır. Dik pozisyonlarda yerçekiminin etkisiyle fetüs pelvis daha kolay yerleşir, pelvik çıkımı genişler, uterin kontraksiyonlar daha etkinleşir, vena cava inferior basıncı azalır ve anne ve fetüse ait komplikasyonlar azalır (Ergin 2017).

Yarı oturur ve yan yatar pozisyonlar pozisyonlar yerçekimini ortadan kaldırır ve anneyi dinlendirir. Özellikle uzun süre ayakta kalmış ya da yürüyerek yorulmuş kadının enerjisini korumaya yardım eder. Ayrıca sürecin hızlı gittiği durumlarda daha iyi bir ilerleme için yerçekimini ortadan kaldırdığından doğumu yavaşlatır. Ayakta pozisyonlar yerçekimi nedeniyle, serviks baskı sağlar, kontraksiyonların gücünü ve fetüsün inişini artırır. Pozisyonlar kadının bir yöne dönmesine olanak sağlar, fetal rotasyonu artırır veya fetüsün tercih edilen oksiput anterior pozisyonunu sürdürmesinde yardımcı olur ve sırt ağrısını azaltır. Kadının bir diz ya da kalçasının bükülü olduğu asimetric pozisyonlar ise, pelvisin şeklini değiştirir, rotasyonunu artırır ve sırt ağrısını azaltır. Eylemin ikinci evresinde çeşitli kontraksiyonlarda kullanılan tam litotomi pozisyonu ise, simpizis pubisin altında takılmış olan bir bebeğin yolunu kolaylaştırabilir. Sırtüstü pozisyonlar supine hipotansiyona neden olabilir ve sırt ağrısını artırır. Kontraksiyonlar daha sık ve daha ağırlı olur, buna karşılık doğum süresi uzar (Serçekuş 2016).



Çizim 2.7.2.Doğum Pozisyonları. Bal ve Yılmaz (2017)'den alınıştır.

2.7.2.3. Biyofeedback:

Yaşanan fizyolojik olaylar hakkında hastalardan farkında olmadan geribildirimler almak esasına dayalı bir uygulamadır (Akarsu 2018). Biyolojik geribildirim doğum eyleminde kullanılabilen bir gevşeme tekniğidir.

Bir kadın kendindeki değişim gösteren hayati belirtilerini farkedebiliyorsa bunlar doğum ağrısı esnasında da içsel fizyolojik durumlarının fark etmesini de kolaylaştırır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010). Bir başka deyişle, kadının kendi bedeninde ağrıya yanıt olarak gerçekleşen fiziksel ve fizyolojik değişimleri (örn: kalp hızı ve kan basıncı) kontrol edebileceği teorisine dayanır (Akarsu 2018).

Etkili bir biyofeedback için kadının prenatal dönemde vücudunun farkına varması gerekir, gevşeme ve gevşemenin yanıtı hakkında eğitilmesi gerekir. Kadının vücut fonksiyonlarını ve vücut yanıtlarını kontrol etmek için mental süreci ve düşünmeyi kullanmayı öğrenmeside gerekir. Eğer kadın kontraksiyon sırasında endişelenerek, inleyerek ve nefesini tutarak yanıt veriyorsa, eşi kadının gevşemesine yardım etmek için, sözel ve duyasalgeribildirimini kullanır. Kadının vücut ısısını, kan akışını ya da kas gerilimini belirlemek için makineleri kullanan formal biyofeedback cihazı, ayrıca kadının gevşemeye yoğunlaşmasına hazırlayabilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Akarsu 2018). Ayrıca, ağrı sırasında kadının dikkati farklı bir bölgeye çekilmiş olur (Güner ve Kavlak 2016). Gevşeme yardımıyla yapılan biyofeedback doğum ağrısını azaltmada her zaman başarılı değildir. Bunlar başlangıçta doğum eyleminin ağrısını ve rahatsızlığını azaltabilirler, fakat eylem ilerdikçe kadının ağrı medikasyonuna da ihtiyacı artar. Biyofeedback'in doğum ağrısını yönetmede etkili olduğunu gösteren kanıtlar henüz yetersizdir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Akarsu 2018).

2.7.2.4. Hipnoz:

Dış uyaranlara farkındalığını azaltarak, derin bir odaklanma halinin sağlanıp, önerilere göre fazla yanıt verilmesini sağlayan bir uygulamadır (Akarsu 2018). Hayal kurma ya da meditasyona benzer derin bir relaksasyon şeklidir. Hipnozdaki kadınlar bir duruma odaklanırken konsantrasyon ve bilinçaltına daha kolay ulaşılabilir (Zauderer 2016). Bu teröpatik iletişim, gebeyi bilinçaltına yönlendirerek, herhangi bir bilinçli çaba veya kıyaslama yapmadan bağımsız olarak önerileri yapmaya yönlendirir (Akarsu 2018). 19. yüzyılda korkuyu bırakma ve rahatlama teknikleri kullanılarak ilk defa ortaya çıkmıştır. Bu yöntem, kendi kendine hipnoz ve hipnoz sonrası telkin yoluyla ağrının algılanmasını değiştirmeye çalışır. Gebe uyumaz, fakat eylem başladığında trans halindedir ve bunu eylem tamamlanana kadar devam ettirir. Başarılı vakalarda gevşeme tam olarak gerçekleşebilir. Doğum ağrısının azaltılması konusunda etkin olması, diğerlerine oranla ilaç gereksiniminin olmaması, fetüs ve yenidoğan üzerinde olumsuz etkilere sahip olmaması gibi faydaları olabileceği ifade edilmektedir (Ratfish 2017, Güner ve Kavlak 2016). Bazı doğuma hazırlık sınıflarına giden

kadınlara kendi kendine hipnoz yöntemleri öğretilir. Doğum eylemi için kullanılan hipnoz tekniklerinin relaksasyonu arttırdığı, korkuyu, anksiyeteyi ve ağrı algısını azalttığı vurgulanmıştır. Hipnozun, sersemlik, mide bulantısı ve baş ağrısının dahil olduğu çok az negatif etkisinin olduğu bildirilmiştir. Bu negatif etkiler yöntemdeki başarısızlıkla ilişkilidir. Bazı çalışmalar hipnozun faydalı olduğunu ifade ediyorken, Cochrane sistematik çalışmasında ise, hipnoz ile kadınlar arasında doğum eyleminde medikasyonun kullanımı, ağrı giderici ile ilgili memnuniyetler ya da genel doğum deneyimleri arasında bir farkın olmadığını ileri sürülmüştür (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017).

Yapılan bazı çalışmalarda da hipnozun ağrıyı azalttığı, vajinal doğum olasılığını arttırdığı, oksitosin kullanımını azalttığı ve maternal memnuniyeti arttırdığı ifade edilmektedir. Daha ileri çalışmalarla ve umut verici kanıtlara ihtiyaç vardır. Hipnozda kadına doğrudan ya da dolaylı yolla bebeğini kolaylıkla itebilirsin gibi direktifler verilebilir (Perry ve diğ. 2010).

2.7.2.5. Müzik:

Kronik ağrılı hastalar, doğum ağrısı, kanser ağrısı, abdominal cerrahi hastalarında ağrı ve postoperatif ağrının azaltılmasında müziğin etkili olduğu ifade edilmiştir. Analjezik etkisi kapı kontrol teorisi ile de açıklanmıştır. İnsanlarda rahatlama sağlayarak ve dikkati dağıtarak etkili olduğu düşünülmektedir (Güner ve Kavlak 2016). Yine müziğin hoş gitmeyen ağrılı uyaranları uzaklaştırarak, endorfin salınımını artırarak kadında relaksasyona yardımcı olduğu söylenmektedir (Ratfish 2017). Müzik, canlı ya da kayıtlı doğum eylemi sırasında gevşemeyi artırır. Bu sayede ağrı algısı, anksiyete ve stresi azaltır. Müzik, doğum eyleminin başında gevşemeyi sağlamada ve doğum eylemi ilerledikçe hareketleri başlatmada kullanılabilir. Müzik, doğum odasında daha pozitif bir atmosfer yaratır ve bakım hizmeti verenlerde de daha pozitif bir yaklaşıma yol açar. Herbir nefes tekniğinin hızı ve ritmiyle uyum sağlaması için müziğin temposunda değiştirilmesi gereklidir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018). Kadınlar, doğum merkezine ya da hastaneye müzik çalarlarını getirerek önceden müzik hazırlıklarını yapabilirler. Destek sağlayan kişi tarafından yatak kenarından sağlanan canlı müzik, enerjiyi iletmede yardımcı olur ve gerilimi azaltır ve ruh hallerinin iyi olmasını sağlar. Okyanus dalgaları, barok ve yeniçağ müzikleri gevşemeye yardım eder (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017). Doğum eylemi sırasında müziğin ağrı gidericibir yöntem olarak etkinliğini destekleyen kanıtlar giderek artmaktadır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017).

2.7.2.6. Yoga: Bu yöntem, nefes egzersizleri, yoga duruşları ve meditasyondan oluşur. Gebelikte genel olarak stresi giderir ve anksiyeteyi azaltır. Yine doğum eyleminde de anksiyeteyi azaltmak ve ağrı ile başetmede kullanılan bir yöntemdir. Kadının doğum eyleminde yogayı gerçekleştirebilmesi için prenatal dönemde etkin bir yoga eğitimi almış olması gerekir (Akarsu 2018).

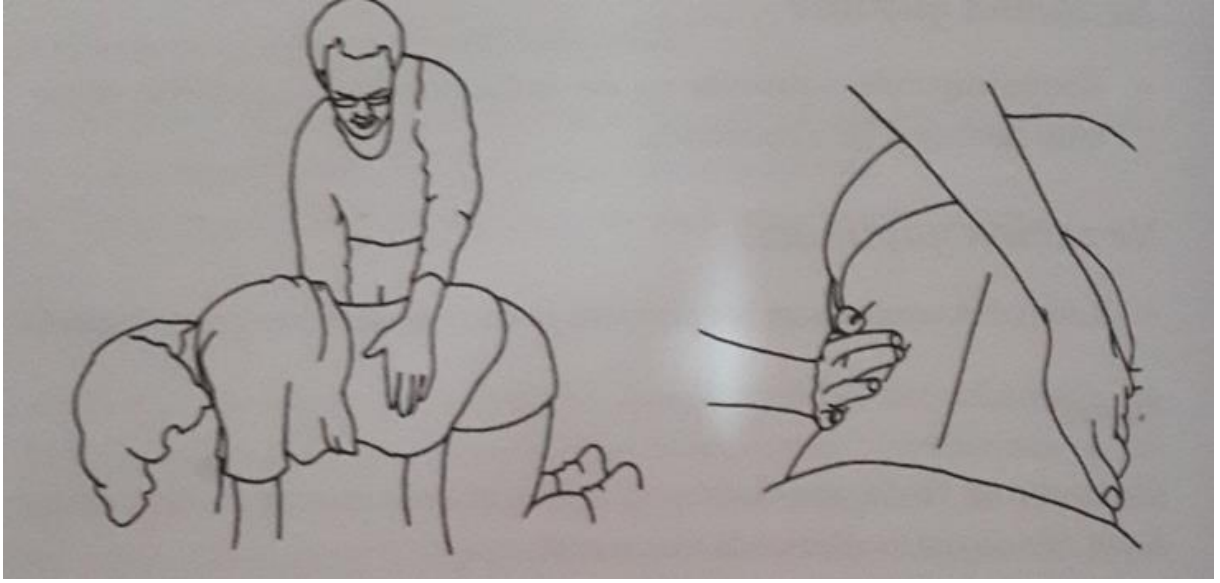
2.7.3. Tensel Uyarılma Yöntemleri

2.7.3.1. Dokunma ve Masaj:

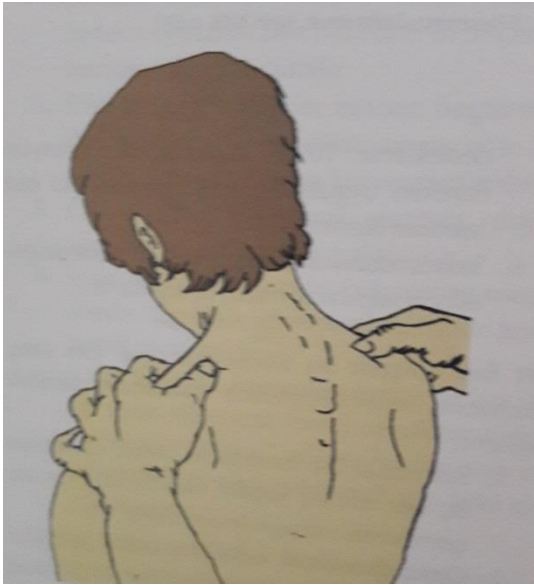
Vücuttaki dokunma reseptörlerinin uyarılarak deri üzerinde ağrının dar bir alanda kalmasını sağlamaktır. Masaj, kan akımını ve dokuların oksijenlenmesini artırma, ağrı uyaranlarını baskılama ve rahatlamaya sebep olur. Genellikle bireyi rahatlatmak ve sakinleştirmek için gergin kasların gevşettilmesinde kullanılan vücutta endorfin üretimini arttıran ve ağrıyı azaltan bir yöntem yöntemlerden biridir (Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017). Endorfin sinir hücreleri arasındaki iletimi azalttığından ağrı algısı daha az hissedilir. Ayrıca dokunma ve masaj kadını rahatsızlıklardan uzaklaştırarak, dikkat dağıtan bir yöntemdir (Ratfisch ve Güngör 2017). Doğum eylemindeki kadının geleneksel bakımının ayrılmaz bir parçasıdır. Dokunma eylemi, kucaklamak, vücudunu sıvazlamak, kadının elini tutmak kadar basit olabildiği gibi, baş, el, sırt ve ayak masajı, gerilimi azaltmada ve konforu arttırmada oldukça etkili olabilecek kadar karmaşık olabilir. Hiperestezi (aşırı duyarlı olma) durumunda kadın vücudunun başka bir bölgesine dokunmayı sınırladığında el ve ayak masajı özellikle gevşetici olabilir (Perry ve diğ. 2010). Doğum eylemi sırasında dokunmayı pozitif olarak algılayan kadının daha az ağrı, anksiyete ve daha az medikasyona ihtiyacı vardır. Dokunma ayrıca insan enerji alanının manipülasyonunu gerektiren oldukça özel teknikleri içermektedir. Töropatik dokunma, vücut içerisinde “prana” diye ifade edilen enerji alanlarını kullanır. Prana'nın ağrısı olan bazı insanlarda eksik olduğu düşünülür. Teropatik dokunma, ağrı ile ilişkili enerji alanlarını yeniden yönlendirmek için özel eğitilmiş kişilerin avuç içleri tarafından uygulanmaktadır. Araştırmalar, teropatik dokunmanın gevşemeyi arttırdığı, anksiyeteyi azalttığı ve ağrıyı giderdiğini göstermiştir. Aromaterapi yağı ya da losyonuyla yapılan masaj, hem kontraksiyonlar sırasında hem de kontraksiyonlar arasında gevşemeyi artırır. Kadın ve eşin doğum eylemi sırasında kendileri için en iyi hissettiren ve en gevşetici olan tekniği belirlemeleri için cesaretlendirilmesi gerekir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Murray ve McKinney 2010, Ratfisch ve Güngör 2017, Çiçek 2016). Bu hassas zamanda

kadının elini tutma, saçını ovma ya da benzer hareketler, bakımı, konforu, onaylanma ve güven duygusunu kadına iletir (Murray ve McKinney 2010).

Rahatlatıcı masaj ve rutin bakımın karşılaştırıldığı bir çalışmada, rahatlatıcı masaj alan grupta geçiş fazında anksiyete belirtileri ve kan basıncı daha düşük bulunmuştur. Kadınlara eşleri tarafından yapılan travay süresince birkaç kere 20-30 dakika süren masaj yapılmış ve masaj yapılan grupta ağrı ve anksiyetenin daha az olduğu, doğumlardaki memnuniyetin düzeyinin ise daha fazla olduğu bulunmuştur (Simkin 2016).



Çizim 2.7.3.Masaj. Simkin (2016)'dan alınmıştır.



Çizim 2.7.4.Masaj.Kömürcü (2008)'den alınmıştır.

2.7.3.2. Efloraj:

Kontraksiyonlar sırasında solunum ile ritmik olarak hafif okşama şeklinde karına uygulanan yüzeysel dokunuşlardır. Bu teknikle kadına rahatlama, dikkati ağrıdan uzaklaştırma ve gevşeme yöntemleri sağlanmış olur (Ratfisch ve Güngör 2017, Güner ve Kavlak 2017). Parmaklar abdominal bölgede sürekli deriyle temas ederek dokunuşlar yumuşak gıdıklama şeklinde olmalıdır. İki elin parmakları umblikusun her iki yanında pubik bölgeden umblikusa aşağı yukarı hareket ettirilir (Güner ve Kavlak 2017). Bu uygulamada kadın gerginliği azaltmak için sadece abdominal bölgeye değil, bacaklarını ya da sırtını da ovabilir. Bazı kadınlar abdominal bölgeye dokunulmasını istemezken, bazıları daha sert ovmayı tercih edebilirler. Bazıları da yanlarındaki destek kişinin avuçlarını ovmalarını isteyebilirler. Bazıları ellerini ya da ayaklarını birlikte ovma isteyebilirler. Serin bir yeri tutmak ya da avuç içlerini vurma isteyebilirler. Masaj dolaşımı arttırdığı için kas gerginliğini azalır. Destek kişi kadının sırtını, omuzlarını, bacaklarını ovabilir ya da kadın masajı kendisinde faydalı bulunduğu yerlere yapabilir (Murray ve McKinney 2010, Ergin 2017).

2.7.3.3. Karşı Baskı:

Kadının sırt ağrısı olduğunda genelde fetüs oksiput posterior pozisyonda olduğunda sakral basınç uygulaması yardımcı olabilir. Bu uygulama elin avuç içi, yumruklar ya da sert bir obje örneğin bir çorabın içinde iki tenis topu ile uygulanabilir. Kadın destek kişiye basınç miktarı ve yeri için rehberlik edebilir. Maternal dik pozisyonlar ve bel bölgesine yapılan yumruk masajı karşı baskıyı arttırmaktadır (Murray ve McKinney 2010, Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017). Karşı baskı ile yapılan masaj, kadının iç organlarından gelen ve sırtın alt kısmındaki ağrıya karşı direnci artırır (Ergin 2017).

2.7.3.4. Yüzeysel soğuk- sıcak uygulama:

Doğum eylemi sürecinde uygulanan sıcak uygulama teknikleri özellikle doğumun birinci evresinde fetüsün oksiput posterior prezantasyonundan kaynaklanan bel ve sırt ağrılarını rahatlatmak ve doğumun ikinci evresinde de fetüsün önde gelen kısmının bası yaptığı perineyi rahatlatmak, gevşemesini sağlamak ve travmalara karşı korumak amacıyla yapılmaktadır (Güner ve Kavlak 2016). Birçok kadın doğum eylemi sırasında perine, abdomen ya da sırt bölgesine sıcak uygulama yapmaktadır. Sıcaklık bölgesel kan akışını artırır, kasları gevşetir, kas iskemisini azaltır ve ağrı eşiğini yükseltir (Murray ve McKinney 2010, Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Güner ve Kavlak 2016, Akarsu 2018). Gergin bir kadına sıcak

uygulamadan sonra uygulanan masaj daha konforludur. Sıcak bir duş, küvet banyosu ya da jakuzi banyosu kadını gevşetir ve termal uyarımı sağlar. Kuru pirinç dolu bir çorap hafif sıcaklık sağlar ve sakral bölgeye sıcak basınç uygulamada kullanılabilir (Murray ve McKinney 2010).

Ilık kompresler, ılık pirinç keseleri, ılık bir banyo ya da duş ya da nemli sıcak pedler doğum eyleminde ağrıyı azaltır ve gevşemeyi artırır. Sıcak uygulama, yorgunluktan kaynaklanan genel sırt ağrısı ya da posterior prezantasyondan kaynaklanan sırt ağrısı için deetkilidir. Uygulama iskemiyin ve büyük sinir uçlarının uyarılması ile ortaya çıkan ağrıları hafifletebilir (Murray ve McKinney 2010, Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Güner ve Kavlak 2016). Kadın doğum eylemi sürecinde vücudunda sıcaklık hissettiğinde örneğin, serin elbiseler, serin nemli keseler, buz paketleri vb. sırtta, göğüse ve yüze uygulandığında etkili olabilir. Bu materyaller ayrıca ağrı alanlarına da uygulanabilir. Serinlik, kas ısısını düşürerek ve kas spazmını çözerek ağrıyı giderir. Ayrıca, vazokonstriksiyon etkisi ile doğum ağrısını azaltmada etkisi vardır. Bir kadının kültürü doğum eylemi sırasında soğuk uygulama yapılmasını kabul etmeyebilir. Sıcak ya da soğuk uygulamanın değişimli olarak uygulanmasının daha büyük etkisi vardır. Ne sıcak ya da soğuk uygulama dokuların zarar görmesinden dolayı iskemik ya da anestezi bölgeye uygulanmamalıdır. Deri ile sıcak ya da soğuk paket arasına cilt altı zararı önlemek için bir iki kat örtü yerleştirilmelidir (Murray ve McKinney 2010, Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018). Ayrıca ağızdaki kuruluğu gidermek için ağzının içine de pedleri koymak isteyebilir. Buz cipsleri ağızı serin tutar ve hidrasyon sağlar (Murray ve McKinney 2010, Ergin 2017). Buz uygulaması fetüsün oksiput posterior pozisyonundan kaynaklanan bel ağrısını hafifletmede de etkisi vardır. Soğuk uygulama, eklem yerlerindeki ve kaslardaki gerginliği giderir, derideki duyarlılığı azaltır ve kas spazmını azaltır. Doğum eylemi sürecinde kadın çok terlemiş ve bunalmış ise soğuk uygulama kadının rahatlamasına yardımcı olur (Güner ve Kavlak 2016).

2.7.3.5. Akupunktur:

Çinde 2000 yılından beri hastalıklardan korunma ve tedavi amacıyla uygulanan akupunktur, alternatif tıp terapilerinin en eski modellerinden biridir (Güner ve Kavlak 2016). Terapi amacıyla vücudun belli bölgelerine uygulanan akupunktur'un etki mekanizması açık değildir. Akupunktur vücutta enerji akışını engellediği düşünülen ağrıyı azaltmak ve enerji akışını onarmak için vücudun bazı bölgelerine ince iğnelerin uygulanması işlemidir. Ağrı durumu bir dengesizlik veya enerji akışındaki tıkanmayı yansıtır. Bu yöntem, bedendeki meridyenler

(enerji akım yolları) üzerindeki enerji akımlarını (qi) düzeltir, doğumda ağrı ve anksiyetenin azaltılmasında ve yavaş ilerleyen doğum sürecinin hızlanmasında kullanılır. Etkinliği vücuttaki kimyasal nörotransmitter seviyelerinin değişimine ya da hipotalamik aktivasyonun bir sonucu olarak endorfin salınımının artışına katkı sağlar (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Murray ve McKinney 2010, Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017, İsbir 2016). Sertifikalı bir akupunktur uygulayıcısı tarafından vücutta stratejik noktalara çok ince steril iğneler yerleştirilir, belli bir süre yerinde bırakılır ve ağrı kontrolü için ısıtılır veya küçük bir elektrik akımına bağlı bırakılır. Başarılı bir uygulamadan maksimum faydalanmak için iğneler her 5-10 dakika da bir uyarılmalıdır. İğnenin girdiği alanda karıncalanma veya uyuşma hissederken uygulayan kişi bunu gerginlik olarak yorumlar. Akupunktur doğum sürecinde kullanıldığında gevşeme etkisi görülür (İsbir 2016). Vücuttaki akupunktur noktaları steril ince iğnelerle uyarılsa da bu bölgelere sıcak, basınç, elektrik akımı gibi farkı uyaranlar ile de verilebilir. Akupunktur ile uyarılan bölgeler tüm vücut üzerinde genel analjezik etkisi yaratır. İşlem yapıldıktan yaklaşık 20 dakika sonra kadın kendini daha rahat ve sakin hissettiğini ifade etmektedir. Doğum ağrısı için hangi noktanın kullanılacağı doğumun evresine, ağrının lokalizasyonu ve derecesine, annenin yorgunluk ve anksiyete durumuna göre belirlenir. Akupunktur gebelik döneminde doğumdan birkaç hafta önce haftada birer saat süren seanslarla uygulanabilir. Bu tekniğin gebeliğe, doğuma, bebeğe ve doğum eylemi sürecine herhangi bir yan etkisi yoktur. Akupunktur alternatif tıp'ın bu modelinde eğitilmiş sertifikalı biri tarafından yapılması gerekir. Doğum eylemi sırasında uzman bir akupunktur uygulayıcısı ve ekibinin bulunması gerekmektedir (Güner ve Kavlak 2016, Ergin 2017). Akupunktur kullanımı İsveç'te popülerdir ve bu uygulamayı yapan sertifikalı ebeler de vardır (Simkin 2016). Kanıtlar akupunkturun doğum ağrısını gidermede faydalı olduğunu belirtmektedir fakat daha ileri çalışmalara da ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018).

2.7.3.6. Akupresür:

Akupresür, akupunktur gibi gebelikte, doğumda ve postpartum dönemde ağrıyı ve diğer rahatsızlıkları gidermek için kullanılmaktadır. Basınç, ısı ve "soğuk tsubos" denilen akupunktur noktalarına uygulanır. Bu noktalar artmış elektrik iletkenliğine ve artmış nöroreseptör yoğunluğuna sahiptir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017). Akupresür'ün kan dolaşımını, yin ve yang harmonisini ve nörotransmitter sekresyonunu uyardığı, doğumda uterin kontraksiyonları arttırdığı, doğum ağrısının kontrolünde yararlı olduğu, doğum süresini kısalttığı, serviksin açılmasını hızlandırdığı ve doğum sonrası

emzirmeye destek olduğu belirtilmektedir. Böylece normal vücut fonksiyonlarını ve iyi olma durumunu arttırmaktadır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Murray ve McKinney 2010, Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017, Çiçek 2016). Akupresür jel ya da yağ kullanmadan deri üzerine uygulanabilir. Basınç genellikle el topuğu, yumruk, başparmak ya da parmak uçlarıyla uygulanır. Tenis topu, tarak, buz kesesi ya da diğer aletler de ayrıca kullanılabilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017). Basınç, kontraksiyonun başlangıcında uygulanır ve daha sonra doğum eyleminin birinci evresinin sonunda geçiş fazına kadar sürekli olarak devam eder. Bu süreçte uygulanan basıncın farklı akupresür noktaları vardır. Bu noktalardan biri “hand points” olarak bilinen, el parmaklarının avuç içiyle birleştiği hattır. Bu noktanın avuç içine alınan tarak gibi bir cisim ile sıkıca uyarılmasının endorfin salınımını artırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir. El üzerinde bulunan diğer bir akupresür noktası ise “hoku” veya L1-4 olarak isimlendirilen elin başparmak ile işaret parmağı arasındaki bölgedir. Bu işlemle beraber bakım verici ve kadın tarafından senkronize nefes alıp vermenin daha fazla etkinlik sağladığı ifade edilir (Güner ve Kavlak 2016). Akupresür bölgeleri, boyun, omuzlar, bilekler, bel bölgesi ve sakral noktalar, kalçalar, dizkapaklarının alt bölgesi, küçük ayak parmağı üzerindeki tırnaklar ve ayak tabanlarını da kapsar. Akupresür doğum eylemi sırasında ağrıyı azaltmaya yardım edebilir ve farmakolojik ağrı giderici önlemlerin kullanımını azaltır. Bu yöntemin kullanımı üzerine daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017). Hoku noktalarına buz masajı öncesi ve sonrasında ağrı derecesi karşılaştırılmasının yapıldığı kontrollü bir çalışmada, kadınların doğum ağrısı derecesi buz masajı aldıktan sonra daha düşük çıkmıştır (Çiçek 2016). Çalık ve Kömürçü’nün 2010 yılında nonfarmakolojik metotlardan akupresür ile ilgili yaptıkları çalışmada ise, uygulama yapılan gebelerin çoğunluğunun daha pozitif bir doğum eylemi yaşadıkları, doğumu algılamalarının daha pozitif olduğu ve akupresür uygulamasından çok ya da oldukça memnun kaldıkları ifade edilmiştir (Ergin 2017).

2.7.3.7. Aromaterapi:

Aromaterapi, akli, bedeni ve ruhu tedavi etmek, dengelemek ve sağlığı teşvik etmek için bitkilerden, çiçeklerden, otlardan ve ağaçlardan damıtılan yağların kullanılmasına dayanan bir yöntemdir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Güngör ve Kavlak 2016, Chapman 2018).

Eski Mısır ve Hint uygarlıklarından yüzyıllar önce doğmuş olan aromaterapide kullanılan yağlar masaj tekniği ile birleştirilerek teröpatik etkide kullanılmaktadır (Güner ve Kavlak 2016). Ayrıca bitki çayı ve buharının inhalasyon yoluyla kullanımının bazı kadınlarda doğum sürecinde ve gebelikte pozitif etkisi olduğu rapor edilmiştir (Perry ve diğ. 2010). Uçucu yağlar(esans) oldukça yoğun, karmaşık esanslılar ve deriye uygulanmadan önce krem ya da losyonlarla karışımları sağlanabilir. Esanslar, uterusu uyarır, kontraksiyonları başlatır, ağrıyı ve gerilimi azaltır, korkuyu ve anksiyeteyi giderir, bulantı kusmayı azaltır ve iyi olma duygusunu arttırır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Güner ve Kavlak 2016). Aromaterapide 60 çeşitten fazla şifalı bitkiden faydalanılmaktadır. Lavanta yağı, tatlı portakal yağı, gül yağı, jojoba yağı, zeytin yağı, sardunya, ada çayı, ardıç, yasemin, sandal ağacı, okaliptüs ve çeşitli tütsüler en iyi bilinen aromatik bitkilerdir (Güner ve Kavlak 2016). Bunlardan Lavanta, ada çayı, gül ve yasemin yağları ağrıyı azaltır ve gevşemeyi sağlar. Gül yağı ayrıca antidepresan gibi etki gösterir ve uterusu uyarır ve yasemin yağı da kontraksiyonları güçlendirir, ağrıyı azaltmasına ilaveten panik duygusunu azaltır. Biberiye ya da bergamot esansları, vücutta kullanılabilir ya da tükenmişliği gidermek için masajda kullanılabilir. Yağlar ılık banyoya birkaç damla eklenerek kullanılabilir ya da vücuda uygulanabilen ıslak kompresler için kullanılan ılık suya damlatılabilir. Esans yağları, bir yastığın üzerine ya da kadının alnına ya da avuç içine damlatılabilir ya da masaj yağı oluşturmada bir bileşen olarak kullanılabilir. Esanslar ayrıca bir duman ya da buhar olarak da inhale edilebilir. Bazı esanslar ve kokular hoş hatıraları, sevgi ve güven duygusunu anımsatabilir. Bunun bir sonucu olarak kadının doğum sürecinde kullanacağı kokuyu seçmesine yardımcı olur (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017). Doğum sürecindeki anneye faydası olduğunu gösteren çalışmalar bulunmadığı halde alerjik bir reaksiyon ihtimaliyle çok düşük risk ve maliyeti bulunan aromaterapi doğum sürecindeki pek çok kadına rahatlatma açısından ek bir yöntem olmuştur. Konu ile ilgili yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Güner ve Kavlak 2016).

Ergin ve Mallı (2019) doğumda kullanılan aromaterapiler hakkında güncel bilgileri elde etmek, konu ile ilgili çalışmalara destek sağlamak ve ebelik bakımındaki kullanımına öneriler getirmek amacıyla yaptıkları sistematik çalışmada aromaterapilerin doğum ağrısını azalttığı, anksiyeteyi giderdiği ve gevşemeyi sağladığı ifade edilmiştir. Doğum sürecindeki kadının memnuniyetine ve doğum sonuçlarına olumlu etkisi olduğunu ifade etmişlerdir (Ergin ve Mallı 2019).

2.7.3.8. İntradermal Su Enjeksiyonu:

Steril suyun subkutan enjeksiyonu, omuz ve ense ağrılarında, kronik myofasiyal ağrı sendromunda ve ürolitiazisin akut atağında etkili olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca bu yöntem doğum sürecinde kontraksiyonlardan kaynaklanan ağrıyı gidermede de kullanılmaktadır (Güner ve Kavlak 2016).

Fetüs pelvik kanalda oksiput posterior pozisyonda olduğunda doğum sürecindeki kadınlar sıklıkla sırt ve bel ağrısından bahsederler. Nedeni tam olarak belli olmasa da çok şiddetli olabilir. Kadının bel ağrısının olduğu bölgede dört spesifik noktaya intradermal veya intrakutanöz steril su enjeksiyonu doğumda bel ağrısının hafifletilmesinde nonfarmakolojik ağrı giderici yöntem olarak kullanılmaktadır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, İsbir 2016). İntradermal su bloğu (0,05-0,1 ml) deri içine uygulanan dört küçüksteril su kabarcığından oluşmaktadır. Bu enjeksiyonlardan bir tanesi posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi üç cm altına ve diğer bir tanesi de ilk yerlerin medialine yapılır. Bu enjeksiyon noktaları yöntemin başarı sağlamasında önemlidir. Tüberküloz testinin uygulamasına benzer sıvı dolu papüller oluşur ve 20-30 saniye içinde etkisini gösterir (Güner ve Kavlak 2016).

Doğum eyleminin başında ve farmakolojik ağrı giderici yöntemlerin başlamasını geciktirmede etkili olabilir. Uygulamadan sonraki 20-30 saniyede etki göstermeye başlar fakat bel ağrısının azalması yaklaşık iki saate kadar sürer. Bu metotun etkinliği bir bölge yakınındaki cildi tahriş ederek o bölgede lokalize olan ağrıyı azaltan karşıttahriş mekanizmasıyla ilişkili olabilir. Kapı kontrol teorisi ya da enjeksiyonlar tarafından üretilen endojen endorfin seviyesinde artış ile açıklanabilir. Yöntemin etkisi geçtiğinde tedavi tekrar edilebilir ya da başka bir ağrı giderici metot kullanılabilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, İsbir 2016). Hutton ve arkadaşları, sekiz randomize kontrollü çalışmada doğum sürecinde steril su enjeksiyonu yapılan kadınlarda sezeryan doğum oranının anlamlı derecede azaldığını belirtmişlerdir. Randomize kontrollü bir çalışmada, bir grupta dört bölgenin her birine subkutan olarak 0,5 ml steril suenjekte edilmiş, diğer grupta her bir bölgeye intrakutanöz olarak 0,1 ml su enjekte edilmiş ve diğer grupta ise her bir bölgeye intrakutanöz olarak 1 ml plasebo (salin solüsyon) enjekte edilmiş ve etki mekanizmaları açısından gruplar karşılaştırılmıştır. Subkutan enjeksiyonlar intrakutan enjeksiyonlara göre bel ağrısının hafifletilmesinde ve uygulama sürecindeki ağrının azaltılmasında anlamlı düzeyde etkili bulunmuştur. Bu bulgular birçok çalışma ile de onaylanmıştır. Bundan dolayı doğumda bel ağrısının hafifletilmesinde intrademaal

enjeksiyonlardan ziyade subkutansteril su enjeksiyonlarının verilmesi önerilmektedir (İsbir 2016).

2.7.3.9. Transkutanöz elektriksel sinir uyarımı (TENS):

Transkutan elektriksel sinir uyarımı yaklaşık 30 yıldan daha fazladır invaziv olmayan nonfarmakolojik bir ağrı giderici yöntemdir. TENS kadının torasik ve sakral omurgasının her iki tarafına iki çift elektrodun yerleştirilmesiyle pille çalışan bir cihazdan devamlı olarak hafif bir elektrik akımının devamlı olarak sağlanmasıdır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Güner ve Kavlak 2016, Akarsu 2018, Çiçek 2016). TENS duyu sinir uçlarını uyarır ve ağrının kapı kontrol teorisinde ifade edildiği gibi ağrı sinyallerinin beyne ulaşmasını engeller ve vücudun daha çok endorfin üretimini sağlar (Zauderer 2016, Güner ve Kavlak 2016, Çiçek 2016).

TENS cerrahi ve kronik ağrı hastalarında da kullanılmıştır (Güner ve Kavlak 2016). Özellikle doğumun erken dönemlerinde kadının sırt ağrısında kullanımının oldukça faydalı olduğu görülmüştür (Zauderer 2016, Güner ve Kavlak 2016, Çiçek 2016, Akarsu 2018).

Ayrıca kadın ya da partnerinin TENS'i kullanıp, kontrol edebilmesi kadına doğum sürecinde hareket özgürlüğüne ve kendi doğum süreci üzerinde kontrol duygusunu yaşamasına olanak sağlar (Çiçek 2016).

Cihazın elektrodları alt sırt bölgesine veya suprapubik bölgeye (T10-L1 ve S2-S4) yerleştirilir. Bu elektrodlar kadının elektrik frekansını kontrol edebildiği bir kutuya bağlıdır. Kutu tarafından verilen düşük miktardaki elektrik akımı, kadında elektrodların olduğu bölgede karıncalanma ve uğultu gibi hissedilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Güner ve Kavlak 2016, Akarsu 2018, Çiçek 2016). Kontraksiyon sırasında kadın cihazın kontrol düğmesini kullanarak elektrik akımını düşükten yüksek yoğunluğa yükseltebilir. Yüksek yoğunluğun vücutta endorfin salınımı sağlaması için en az bir dakika devam ettirilmesi gerekir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010). TENS, kadına hidroterapi uygulanırken, kadın TENS'in kendisine faydalı olmadığını ifade ettiğinde ve kadının cildinde TENS elektrodlarının uygulanacağı yerde iritasyon varsa uygulanmamalıdır (Çiçek 2016). TENS'in uzun süreli ve kolay kullanılabilmesi, kapatıldığında etkisinin sona ermesi, anneye ve bebeğe zararının olmaması ve kadının kontrolünde kullanılması gibi avantajları da vardır (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Güngör ve Kavlak 2016, Chapman 2018).

Yapılan araştırmalarda TENS uygulanan birçok vakada ağrının azaldığına dair kesin kanıtların olmamasına rağmen kadınların çoğu TENS'i kullanmaktan memnun kalmış ve sonraki doğumlarında da bu cihazı kullanmak istediklerini ifade etmişlerdir (Zauderer 2016, Akarsu 2018, iek 2016). Ancak daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır (Zauderer 2016, Akarsu 2018, iek 2016, Perry ve diğ. 2010).

2.7.3.10. Refleksoloji:

Refleksoloji 12 bin yıllık geçmişe sahip olup ilk Çin ve Mısır'dan doğmuştur. Uluslararası Refleksoloji Enstitüsü tarafından refleksoloji, “ tüm salgı bezleri, organlar ve vücut bölümleri ile ilişkili olan, ellerde, ayaklarda ve kulaklardaki refleks noktalarına elle uygulanan, vücut fonksiyonlarının normalleşmesine yardım eden bir teknik” olarak tanımlanmıştır (Yılar 2014). Üzüntüler, stres, hastalıklar, travmalar sonucu vücuttaki enerji akışı tıkanabilir ve bu tıkanıklıklardan dolayı kimi organa gereğinden fazla, kimi organa ise az enerji gider. Enerji akışındaki bu dengesizlik ise yavaş yavaş organların işlevini bozar. Refleksoloji, ayaklardaki bazı noktalara uygulanan basınç ve masaj ile bu tıkanıklıkları açarak enerji akımınınserbestleşmesini ve enerjinin organlara dengeli bir şekilde dağılmasını sağlar. Enerjinin dengeli yayıldığı vücut sağlıklı bir bedene ve sağlıklı bir bağışıklık sistemine sahip olduğu anlaşılır (Wilhelm 2009).

Vücudun başka bir organı ile ilişkisi olan ayaktaki bazı refleks noktalarına masaj ve baskı uygulayarak ağrının meydana geldiği organda ağrıyı azaltmaya çalışmaktır (Akarsu 2018). Refleks sözcüğünün sözlük anlamı “ dıştan gelen bir uyarı sonucunda refleks yayı aracılığıyla doğan ve devinim, iç salgı gibi i tepkilere yol açan istem dışı sinir etkinliği”dir. Ancak refleksoloji kavramındaki "refleks" terimi ise, yansıma ya da aksetme anlamına gelir. Ellerimiz, ayaklarımız, gözbebeklerimiz ve kulaklarımızda her organın yansıdığı haritalar bulunmaktadır. Her organ, enerji kanalları, meridyenler veya sinir uçları aracılığıyla yansıma alanı ile ilişki içindedir. Örneğin ayaktaki karaciğer noktasına baskı uygulayarak ya da ovarak karaciğeri uyardırırız. Ayaklarda, organların yansıdığı noktalar daha geniş bir alanda oldukları için ve ayaklar vücudun hassas bölgeleri olmasından dolayı refleksoloji tedavisi için bu noktalar üzerinde çalışmak hem daha kolay hem de ellerde çalışmaktan daha etkilidir (Wilhelm 2009). Doğum sürecinde refleksoloji ile yapılan masaj, baskı ve cilt teması, endorfin ve enkafalin salınımı arttırarak doğum eylemindeki kadında ağrı ve kayđı düzeyini azaltır ve lenfatik ve kan dolaşımının etkilenmesiyle vücuttan toksinlerin atılımı sağlanmış olur. Ayrıca uygulanan masaj ile beyine giden ağrı iletisinin durdurulmasında ve algılanan

ağrının azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmektedir. Doğum eylemi sürecinde uygulanan refleksoloji masajının uterus kasılmalarını uyararak oksitosin salınımını arttırdığı, doğum sırasındaki kontraksiyonları düzenlediği, kontraksiyonlar sırasında gevşemeyi sağladığı ve hissedilen ağrı düzeyinin azaltılmasında etkili olduğu ifade edilmektedir (Öztürk ve Sevil 2013).

2.7.4. Mental Uyarılma Yöntemleri

2.7.4.1. Hayaletme ve gözünde canlandırma:

Hayal etme ve gözde canlandırma tekniğinin kullanımı kısıtlı olmasına rağmen klinik raporlar, gebelik sürecinde iyi olma duygusunun üretilmesinde kullanılabileceği, doğum eylemi sırasında gerilim ve ağrı deneyimini azaltabileceğini göstermektedir. Hayal etmeye örneğin, bir bahçede yürüyüş yaptığını hayal etmek, aydınlıkta nefes almak, enerji, şifa rengi ve sıkıntıyı ve gerilimi nefes vererek uzaklaştırmayı kapsar. Doğum sınıflarında gebelik ve doğum boyunca bütün gevşeme tekniklerin hepsi öğretilir ve bu teknikler çiftlere bir ömür boyunca kullanabilmeleri hatta stresli hayatla çocuklarıyla başedebilmelerinde kullanmaları da öğretilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017, Murray ve McKinney 2010, Güner ve Kavlak 2016). Bazen kadın kontraksiyonlarda uterustaki kasların serviksi çekerek araladığını ve fetüsün aşağıya doğru basarak serviksi açtığını hayal edebilir (Ratfisch ve Güngör 2017).

2.7.4.2. Odaklanma/Dikkat dağıtma:

Gebenin dikkatinin ağrıdan başka bir yöne çekilmesini amaçlar (Akarsu 2018). Nonfarmakolojik teknik kullanılmak istendiğinde, kadın gözlerini kapamayı tercih edebilir ya da bir dış odak noktasına konsantre olmayı isteyebilir. Doğum sınıfları gözler açık bir odak noktasına bakmaya devam etmenin kadının vücudunun dışında herhangi birşeye konsantre olmasına yardım ettiğini vurgular. Kadın, hayal etmede kullanmaya yardım için ve bir odak noktası olarak kullanmak için bir obje ya da rahatlatıcı bir manzara resmi getirebilir. Kadın bir odak noktası olarak odasında herhangi bir noktayı kullanabilir (Zauderer 2016, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Akarsu 2018, Ratfisch ve Güngör 2017, Murray ve McKinney 2010, Güner ve Kavlak 2016). Koridorda yürümek, sandalyede oturmak, ziyaretçilerle konuşmak, televizyon seyretmek ve telefonu kullanmak çoğu kadını meşgul edecektir (Güner ve Kavlak 2016). Bazı kadınlar bir şarkı, dua ya da geriye doğru sayma gibi belirli bir zihinsel aktiviteye odaklanabilir (Ratfisch ve Güngör 2017).

Dutucu (2019) 30 deney, 30 kontrol grubu olmak üzere sanal gerçeklik gözlüğüyle izletilen videonun gebelerde doğum ağrısına olan etkisini ölçmüştür. Dutucu, deney grubunda yer alan gebelere aktif fazda ve geçiş fazında en az beş dakika süre ile video izletmiş olup ağrı algısını uygulama öncesi bir kez uygulama sonrası iki kez olmak üzere üç kez GKÖ ile ölçmüştür. Kontrol grubundaki vakalara normal obstetrik bakım sağlanmıştır. Sonuç olarak ise sanal gerçeklik gözlüğünün doğum süresine etki etmediği, algılanan doğum ağrısını azalttığı ve gebelerin doğum sürecinde video izlemekten memnun kaldıklarını ifade etmiştir (Dutucu 2019).

2.7.5. Bitkisel Tedavi Yöntemleri

2.7.5.1. Fitoterapi:

Tıbbi bitkilerin tedavi edici özellikteki kökleri, yaprakları, tohumları kullanılarak demleme, inhale etme ve oral yolla kullanma şekilleriyle tedavi amaçlı kullanılmasıdır (Akarsu 2018, Parıldar ve diğ. 2011, Kömürcü ve Ergin 2008). Yunanca “pyhton” (bitki) ve “therapeia” (tedavi) sözcüklerinin birleşmesinden meydana gelen fitoterapi bitkileri taze veya kurutulmuş halde ya da doğal olarak özlerinde bulunan en yararlı bileşenlerini bitkiden ayrıştırarak yani ekstrakt haliyle tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Şifalı bitkiler hakkındaki yazılar MÖ 3000’ de yazılı olan Ninova tabletlerinde görülmüş olup Hititliler, Asurlular ve Mısırlılar dan günümüze kadar gelerek hâlâ aynı amaçlı kullanılmaktadır (Dağlar ve diğ. 2018). Doğum eyleminde kullanılan bitkilerin doğumu kolaylaştırdığı ve ağrı hissinde azalma meydana getirdiği düşünülmektedir. Bu bitkilerin bazıları, Meryem ana eli otu, susam, ayva, badem, karanfil, defne, nane, ısırgan otu vb. dir (Akarsu 2018). Tayland’da özel bitki çaylarının ve yeşil sebzenin üç gün süre ile içilmesinin doğumu kolaylaştırdığına inanılmaktadır (Koçak, Can ve soğukpınar 2010). Tedavi amacıyla kullanılan bitkisel ürünlerin preklinik/klinik aşamalardan geçmeden etkinliği, yan etkileri ve güvenliğine dair diğer ilaçlarla etkileşimleri bilinmeden kontrolsüzce kullanılması tehlikeli durumlara yol açabilir (Şahin 2017).

2.7.5.2.Homeopati:

İlk olarak eski yunan yazıtları ve Hipokrat döneminde adı geçerek literatüre geçmesi ise 1796 yılında alman doktor Samuel Hahnemann tarafından gerçekleştirilmiştir. Homeopati terimi, “benzeri benzer ile tedavi etmek” ilkesiyle benzerler yarasını ifade etmektedir (Özçakır ve Doğan 2013). Felsefesi, homeopatik maddenin vücuttaki fizyolojik fonksiyonları uyatarak var olan semptomları gidermede kullanılmasıdır (Akarsu 2018). Başka bir deyişle, bir madde

sağlıklı insana verildiğinde o insanlarda hangi hastalığa benzer belirtilere yol açıyorsa, o hastalığa gerçekten yakalanmış hasta kişiler bu etken madde ile tedavi edilebilir. Homeopatik ilacın düşük dozda olması ve tek bir ilaç kullanılması da homeopatinin diğer iki ilkesini oluşturmaktadır (Özçakır ve Doğan 2013). Homeopati ile vücudun semptomlarla mücadele etme ve doğal iyileşme süreci başlatılmaktadır. Gebelikte döneminde genellikle gastrointestinal sorunlarda, doğum sürecinde ağrı algısı, kontraksiyonların düzenlenmesinde, fetal oksiput posterior pozisyonlarında, doğum sonu dönemde de gelişen atoni kanamaları ve enfeksiyon gibi durumlarda homeopati remedileri kullanılmaktadır (Meran ve Ratfisch 2016). Bitkilerden, doğal maddelerden ve minarellerden seyreltilerek elde edilen maddeler doğumda deneyimlenen ağrı türüne ve kadının hissettiği duygulara göre verilir. Bu ilaçların kadındaki ağrı ve anksiyeteyi azaltacağı, gevşemesini sağlayacağı ve pozitif bir duygu geliştireceği söylenmektedir (Akarsu 2018).

2.7.6. Hidroterapi

Eskiden “hidropati” olarak ifade edilen “hidroterapi”, Latince’den türemiş olup doğrudan su tedavisine dönüşmüştür. Hidroterapinin hedefi hastalığı tedavi etmek ya da ağrıyı veya stresi gidermektir. Hidroterapi suya daldırma, sıcak, soğuk ya da ılık banyo şeklinde uygulanmaktadır. Ayrıca bu uygulamalar, sıradan küvetten, jakuzi ve duşa kadar loş ışık ve müziği de içerebilen geniş bir yelpazede de sunulmaktadır (Ratfisch ve Güngör 2017).

Bu yöntemlerde amaç, suyun basıncı ve ısısı ile teröpatik etkiye ulaşmaktır. Ayrıca kan dolaşımının hızlandırmak ve hastalık semptomlarını tedavi etmekte amaçlanmaktadır. Hidroterapinin bütün çeşitlerinde su, likit, buhar ya da basınç oluşturacak şekilde kullanılır. Hidroterapi özetle, içsel ya da dışsal “suyun kullanımı” olarak ifade edilebilir (Tianien 2014).

Sıcak suya daldırma, meme seviyesine kadar karnın tamamen sıcak suya batırılmasına izin veren derin bir küvete dalma şeklinde ifade edilmektedir. Bir diğer seçenek ise, doğumun herhangi bir evresinde ılık suya daldırma kullanılır fakat bu sürece bebeğin doğumu dâhil değildir. Suda doğum ise, bebeğin tamamen suyun altında doğması ya da doğumun ikinci evresi sırasında ılık suya daldırmanın kullanımı olarak tanımlanır. Bu sürece plesantanın doğumu dâhil değildir (ACNM 2016).



Çizim 2.7.5.:Kadının karnına duş uygulaması ve kadının sırtına duş uygulaması. Simkin (2016)'dan alınmıştır.



Çizim2.7.6.:Hidroterapi. (Simkin 2016)'dan alınmıştır.

Yaşamımızdaki beşinci hayati bulgu olarak kabul edilen genel ağrı, özelde de doğum ağrının azaltılması ya da giderilmesi aynı zamanda kadının bir hasta hakkı olarak da talebinin yerine getirilmesi gerekir.

İyi bir ebelik uygulamasının ve ebeliğe özgü müdahalelerininindikatörü olarak kabul edilen ağrı kontrolü ve değerlendirilmesi, ebelerin kadın merkezli bakım uygulanmalarını sağlar ve aynı zamanda kalite kaynağı olarak da nonfarmakolojik teknikleri uygulamayı kapsar (Lopes ve diğ. 2019).

Normal doğumdan arzu edilen pozitif sonuçlar, rutin tıbbi medikasyon ve prosedürlerden kaçınmada kadına aktif bir şekilde yardım eden bir sağlık bakımı uygulayıcısı ve fizyolojik doğumu kolaylaştıran bakım uygulamaları için bir gereksinim sağlar (Battista 2017).

Stresli bir günün sonunda ılık bir banyonun, günlük hayatta gevşetici etkisi olabilir ve hidroterapi gebellekle rahatlatıcı özelliklerinden dolayı klinik olaraktavsiye edilen bir terapidir. Hidroterapinin intrapartum kullanımı, farmakolojik ağrı giderici metotlara kıyasla sınırlı olup, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Ilık hidroterapinin, halk sağlığı hedeflerinde, sağlıklı kadınlar arasında normal doğumu ve kanıt temelli maternal bakımı sağlaması açısından yararlı bulunmakla birlikte literatürde, yüksek düzeyde kanıtlar açısından daha ileri araştırmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmaktadır (Battista 2017).

Doğum sürecinin bütün evrelerinde anksiyeteyi azaltmak, konforu arttırmak ve kadınlara hidroterapiyi tercih edebilmelerini sağlamak için gebelik döneminde danışmanlık ve eğitim verilmesi gerekmektedir. Doğum sürecinde uygulanan nonfarmakolojik müdahalelerin, ağrıyı, stresi ve sezaryen oranını azaltmada ve sağlanan obstetrik bakımın kalitesini yansıtmada yardımcı bir araç olduğu düşünülmektedir (Henrique ve diğ. 2016).

Birçok kadın hastanelerde doğum yapmayı tercih etmektedir bu yüzden etkili ağrı yönetimini destekleyen ebelik bakımı, edinilen doğum tecrübesinin başarısı için hayati önem taşımaktadır. Doğum eylemi sırasında kadınlar; bakım vericinin bireysel dikkatine, yetkinliliğe, iletişimine, bilgisine, savunuculuğuna, ağrıyı giderme, fiziksel konforu ve duygusal desteği sağlama gibi faktörlere değer verirler. Doğumhanede çalışan ebeler, doğum sürecinde kadına ağrı yönetimi seçeneklerinin çeşitlerini ve faydalarını sunmak zorundadırlar. Doğum birinci evresinde uygulanan hidroterapi kanıt temelli bir uygulamadır, kadınları desteklemek için uygulanması ve teşvik edilmesi gerekmektedir. Çünkü hidroterapi

hem uygulamayı yapan ebeyi güçlendirir, hem de kadına ve yenidoğan için faydalıdır (Cowan ve diğ. 2017).

Bugün hidroterapi yöntemi, duşlarda ılık su uygulamasının yanısıra havuzlar ve küvetlerde ılık su uygulamasını kapsayan genel bir terimdir. Doğum sürecinde uygulanan hidroterapi ile tarihi olarak suda doğum arasındaki farkı görmek önemlidir. Uygulama her ikisini de kapsar. Doğum sürecinde olan kadınlar, doğum ağrısını yönetmede bu sürece dahil olan doktor, hemşire ve ebeye bağlıdırlar. Fakat uygulanan ağrı yönetimi genellikle farmakolojiktir. Epidural analjezi, etkili bir yöntemdir fakat doğum sürecine birçok olumsuz etkisi vardır. Bununla birlikte doğum sürecinde epidural analjezi ile birlikte bazı nonfarmakolojik yöntemler örneğin, hidroterapi, pozisyon değişiklikleri ve basınç uygulamaları da yapılabilmektedir. Birçok hastanenin hidroterapi uygulamada yöntemin kontrendikasyonları açısından güçlü bir rehber ile takip etmeleri dikkat çekicidir. Bu rehberler, oksitosin indüksiyonu, sezaryen sonrası vajinal doğum ve diğer yüksek riskli medikal durumlarda kullanılmamasını gerektiğini vurgular (Cowan ve diğ. 2017).

Ilık su ya da hidroterapi, teröpatik amaçlı, 37° C' ye kadar ısıtılmış suyun kullanıldığı nonfarmakolojik bir yöntemdir. Literatürde, ağrı ve stresi azaltmada, uterin kontraksiyonları düzenleme ve doğum sürecinden memnuniyet ile birlikte kadına bu süreçte tercihleriyle ilgili olarak daha fazla otonomi kazanmasında ve doğumuna aktif katılımını sağlama da yardım ettiği bildirilmektedir (Henrique ve diğ. 2016).

Banyo sırasında lokal sıcak etkive suyun kaldırma kuvveti etkisi ile, müsküler kan dolaşımı artar, gevşeme ve konfor sağlanır.Çünkü, erişimi kolay ve düşük maliyetli bir yöntemdir (Henrique ve diğ. 2016, Ratfisch ve Güngör 2017, Ergin 2017, Akarsu 2018, Çiçek 2016, Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ratfisch 2012).

Suda doğum anne ve bebek açısından oldukça rahatlatıcı bir deneyimdir. 1970'li yıllarda suyun içinde rahatlamış kadınların ve bebeğin boğulma tehlikesinin olmadığı görüldükten sonra, nonfarmakolojik yöntem olarak suyundoğumda kullanılması popüler hale gelmiştir. Bununla ilişkili olarak suda doğumla ilgili birçok araştırma yapılmıştır (Chapman 2018, Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).

Aynı zamanda hidroterapi ev gibi bir atmosfer sağlar ve doğal ortamı daha fazla hatırlatır. Eylem süresince kadına daha fazla kontrol duygusu verir. Dik pozisyonlar ile birlikte doğum sürecini kolaylaştırır. Kadın küvete girdiğinde kontraksiyonlar sık aralıklı geliyorsa, doğum

süreci daha da hızlanır. Suda bulunma yorgun kasları rahatlatır ve baskıyı azaltır. Bebeğin rotasyonunu kolaylaştırır. Birçok kadın daha az ağrı algısı olduğunu ifade eder. Ortalama arteriyel kan basıncında ve ödemde azalma olur ve diürezde artışı vardır. Eğer kadında gebelik hipertansiyonu varsa hidroterapi özellikle yardımcıdır. Eğer doğum eyleminin latent fazında uygulanırsa dilatasyonu ve kontraksiyon sıklığını azaltır. Kadın suyun içinde olduğu için fetal kalp atımı elektrikli monitör yerine aralıklı oskültasyonla değerlendirilmesi gerekir. Eğer kadın yatağının dışında güvenli hareket edebiliyorsa, hidroterapi için özel bir kontrendikasyon yoktur. Amniyotik mayi de koyu mekonyum görülmesi ve kanaması olan kadında da hidroterapi kontrendikedir. Hem oksitosin hem de su terapinin birlikte kullanımı aşırı uterin aktiviteye sebep olabilir. Oksijen talebinin artışına sebep olan maternal ve fetal hipertermiden kaçınmak için su ısısını 36 ile 37 °C arasında tutmak gerekir. Böbreklerden daha fazla sıvı boşaltımıyla ilişkili olarak dehidratasyonu engellemek için maternal sıvı alımının desteklenmesi gerekir (Murray ve McKinney 2010).

Ilık su endorfin salınımını uyarır, ağrı durumunda kontrol teorisine göre kapının kapanması için kasları gevşetir, daha iyi kan dolaşımı, oksijenasyonu sağlar ve perineal dokuların gevşemesine yardım eder. Çoğu kadın suda bulunmayı rahatlatıcı, gevşetici ve konforlu bulur ve süreci daha iyi tolere ederler (Güner ve Kavlak 2016, Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).

Hidroterapide sıcak su, derideki sinirlere sakinleştirici bir uyarı vererek suyun hem hidrokinetik hem de hidrotermal etkisiyle sempatik sinir sistemi yanıtını geri çevirir, vazodilatasyonu artırır ve katekolamin seviyesinde azalmaya, oksitosini arttırmaya ve aktif fazı hızlandırmaya sebep olur. Suyun ısı ve suyun kaldırma kuvvetinin göstermiş olduğu rahatlatıcı etkisinden dolayı sıcak suda kontraksiyonlar daha az hissedilmektedir (Ratfish ve Güngör 2017, Çiçek 2016, Güner ve Kavlak 2016). Bu etkilerin süresi suyun derinliği, sıcaklığı, banyonun süresi, girişteki servikal dilatasyon, kadının kültürel algısı ve psikolojik faktörler gibi birçok değişkene de bağlı olduğu unutulmamalıdır. Kadın derin suya girdiğinde vücuduna hidrostatik basıncın etkisiyle intravasküler aralıktaki doku sıvısına bası yapar ve bundan dolayı kadının sıvı dengesi bozulur. Bu durum özellikle atrial natriüretik (ANF) hormon salınımına neden olur. Uzun süre suda kaldıkça, atrial natriüretik posterior hipofiz bezinin fonksiyonlarıyla birlikte vasopresin ve oksitosini inhibe eder. Oksitosin üretiminin azalmasıyla birlikte doğum süreci yavaşlar. Kadın 30 dakika suda kalıp çıktıktan sonraki 1-1,5 saatte bu etkiler eski haline döner (Çiçek 2016). Hidroterapi kullanımı, intrapartum bakımda son yıllarda popüler hale gelmiştir. Hidroterapi işlemine başlamadan önce maternal

ve fetal sağlık durumu açısından ve uygulamada primer bir sağlık bakımı uygulayıcısının gerekliliği açısından hekim onayı gerekmektedir. Hidroterapi, genellikle kadın aktif fazda yaklaşık beş cm iken doğum eyleminin uzama riskini azaltmak için başlatılır. Kadın küvete girdiğinde ya da duş aldığında bedeninin görünmesinden dolayı utanabilir ve mahremiyetinin korunması gerektiğini hatırlamak gerekir. Hidroterapinin ağrı gidermesinin ve gevşemeyi sağlamasının yanısıra başka faydaları da vardır. Eğer kadında fetal oksiput posterior ya da transvers pozisyondan dolayı uzamış doğum eylemi gelişmişse, kadın küvetin içinde el-diz ya da yan yatar pozisyonu uygulayarak, bebeğin rotasyonuna yardım etmiş olur. Çünkü suda iken pozisyon değişikliği yapmaya daha az çaba gerekmektedir. Kadınların, doğumla ilgili stres faktörleriyle başetmek ve doğum sürecini kolaylaştırmak için dik pozisyonları yapmaya ve daha sık pozisyon değiştirmeye cesaretlendirilmesi gerekir. Hidroterapi uygulaması ile, daha az farmakolojik ağrı giderici yöntemlerin kullanılmasına daha az müdahaleli doğuma ve daha az perineal travmaya neden olur. Aynı zamanda maternal memnuniyette artar (Güner ve Kavlak 2016, Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016, Ratfisch ve Güngör 2017, Akarsu 2018). Hidroterapiküvette uygulandığında fetal kalp atımı doppler, fetöskop ya da kablosuz monitör ile yapılmaktadır. Jet hidroterapide iç elektrotların yerleştirelmesi kontrendikedir. Çeşitli çalışmalar amniyon membranları açılmış kadınlarda hidroterapi uygulamanın risklerini belirtmektedir. Bulgular, koriyoamniyotis, postpartum endometritis, neonatal enfeksiyonlar ve antibiyotik kullanımında artışı göstermektedir. Bu nedenle uygulamanın kolay ve iyice temizlenebilen küvetlerde yapılması gerekmektedir. Küvetin temizliği için bir uygulama protokolü geliştirelmeside elzemdir (Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).Küvetler membranların açılması durumunda su temiz olmalıdır ya da az miktarda mekonyum olmalıdır. Koyu mekonyum durumunda bu yöntem kullanılmamalıdır (Ratfisch, ve Güngör 2017). Kadının banyoda kalış süresinde herhangi bir sınır yoktur. Kadınlar istedikleri sürece banyoda kalmaları için cesaretlendirilir. Çoğunlukla 30- 60 dakika jet hidroterapi kullanılmaktadır. Banyo sırasında kadının vücut ısısı ve fetal kalp atımı artarsa, suyun doğum sürecine etkisi azalırsa ya da ağrı giderici etkisi azalırsa, kadın banyodan çıkarılmalı ve daha sonra hidroterapi tekrar uygulanmalıdır. Uzamış doğum eyleminde aralıklı molalarla tekrarlayan banyolar, uzun süre suda kalmaktan daha etkilidir. Su ısısı 36-37° C arasında tutulmalı, hidrostatik basınçtan ve suda yüzmekten maksimum etkiyi sağlamak için küvetteki su kadının abdomenini örtmelidir. Kadının omuzları vücut ısısının yayılmasını kolaylaştırmak için suyun dışında tutulması gerekir (Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016). İngiliz Obstetri ve Jinekologlar Derneği (RCOG) ve İngiliz Ebe- Hemşireler

Derneği (RCM), term de komplikasyonsuz gebeliği olan sağlıklı kadınlarda suda doğum eylemini uygulamalarını desteklemektedir.

Bu kuruluşlar, suda doğumla ilgili olarak, su kaynaklı enfeksiyonu, kord kopması, yenidoğanda solunum problemleriyle ilişkili endişeleri kabul eder ve kord rüptürünün yönetimi, enfeksiyonu kontrol etmeyle ilişkili iyi bir rehber takip edilirse ve uygunluk kriterlerine bağlı kalınırsa bu komplikasyonların nadir olarak meydana geleceğini savunurlar (Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).

“Amerikan Pediatri Akademisi Fetüs ve Yenidoğan Komitesi” (AAP) ise, suda doğumla ilgili araştırmaların eksikliğinden dolayı suda doğum hakkında endişelerini ifade etmiştir. Suda doğumun bir sonucu olarak meydana gelmiş olan enfeksiyon ya da asfiksi örneklerinin rapor edilmiş ve nadir olarak meydana gelen komplikasyonlar olduğu ifade edilmektedir. Bu grup ise suda doğum uygulamasını deneysel bir prosedür olarak düşünülmesi gerektiğine inanmakta ve sadece bilgilendirilmesi yapılmış ve rızası alınmış ailelere uygulanması gerektiğini vurgulamaktadır (Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).

Ancak küvet yerine, duş uygulamasının duş sırasında duş başlığı ile kadının kendini rahatsız hissettiği bölgeye yönlendirilerek ısı aracılığıyla uygulanmasının kadında konforu arttırdığı ve doğum destekçesinin konforlu yönetime katılmasını sağladığı belirtilmektedir. Ilık suda bulunma baş dönmesi yarattığından dolayı bir duş taburesinin bulunması gerekir ve kadına küvet içindeyken ya da dışındayken yardım edilmesi gerekir (Murray ve McKinney 2010, Perry ve diğ. 2010, Ergin 2017, Zauderer 2016).

Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada distosi vakalarında uygulanan suyun, oksitosin kullanımını ve amniyotomiye anlamlı derecede azalttığı gözlemlenmiştir.



Çizim 2.7.7.:Suda doğumda kablosuz fetal monitör. Lowdermilk ve diğ. (2016)' dan alınmıştır.

2.7.6.1. Hidroterapinin Tarihçesi:

Uluslararası SPA Derneğine (ISPA) göre, hidroterapi yüzyıllardır uygulanmaktadır. Özellikle mineral suların bulunduğu Avrupa kaplıcalarında su, mineral banyoları (örneğin balneoterapi, duşu ve sıcak kaplıca şeklini de kapsayan farklı şekillerde kullanılmıştır. Yüzyıllardır insanlar doğal kaplıcalara seyahat ederler. Çek Cumhuriyetindeki “Karlovy Vary” sıcak kaplıcaları, stresi ve iyileşme arayışını gidermeye bir örnektir. Daha modern hidroterapi yöntemleri ise, fiskiyeler, jakuzi ve sıcak küvetlerde su altı masajı şekillerini de kapsar. Hidroterapiden ilk olarak beşinci yüzyılda Yunan asıllı hekim Hipokrat’ın kaynak suyunda banyo yapmayı tavsiye ettiğinde bahsedilmiştir (Tianien 2014). Bu zamana kadar eski Mısırlılar, Romalılar, Yunanlılar, Çinliler ve diğer medeniyetler sağlığı ve esenliği sağlamak ve bütüncül sağlığı korumak açısından suyu kullanmışlardır. Hastalıkla beraber tüm bedeni temizleyecek olan suyun insanları günahlarından da arındıracağı benimsenerek sağlık ve esenlik getireceğine inanılmıştır (Reid ve Champion 1997, Cluett ve Burns 2012, Tianien 2014, Nesipoğlu ve Özgönül 2016). Mısır’da hidroterapi genellikle aromaterapi ile birlikte kullanılmıştır. Hidroterapi, Hristiyanlık döneminde çıplaklığın halk arasında ahlâksızlık ve hoş görülme bir durum olarak görülmesiyle beraber popüleritesini kaybetmiştir. Rönesans döneminden sonra hidroterapi, cilt problemlerini gidermek ve kadın infertilitesini tedavi etmek için yeniden keşfedilmiştir.

Modern hidroterapi, 19. yüzyılda “Vincent Priessnitz” adlı Avusturyalı bir doktor tarafından başarılı bir hidroterapi sonuçlarını açıkladıktan sonra ortaya çıkmıştır. Bu nedenle “Vincent Priessnitz” “hidroterapinin babası” olarak kabul edilmektedir. Priessnitz’den sonra ise “Dr. Sebastian Kneipp” görülmektedir. Kneipp, suyun iyileştirici etkisini anlatan “My water cure” isimli bir kitap yazmıştır. Kitap çok başarılı olup ve daha sona birçok dile çevrilmiştir.

Kitaptaki “My water cure” teriminin önemi, ayrıca ortaçağ işkencesinin bir şeklinin adı olmasıdır. Bu işkence, bir kişinin kısa bir süre içerisinde oldukça büyük miktarda suyu tüketmeye zorlanmasıdır. Bu durum su toksisitesine ve dolaylı olarak kişinin ölümüne sebep olmaktadır (Tianien 2014).1805’li yılların başlarında literatür nadir olarak Fransa’da suda doğumun uygulanmış olduğundan bahseder. 1970’li yıllarda, hidroterapiye ilgiAvrupa’da yeniden canlanmıştır. Bu yöntemi Avrupa’da yeniden canlandıranlardan ve suda doğumu teşvik etmek için popüler hale getiren Rus gemi yapımcısı“İgor Charkovski” suyun fizyolojik faydalarına inanmıştı ve ikincisi ise, diğer Avrupa ülkelerinde suya daldırmayı popüler hale getiren araştırmacı Dr. Michel Odent’tir. 1990’lı yılların ortasında ilk uluslararası suda doğum

konferansı Londra’da yapılmıştır. Bu konferansda dünya çapında doğum eylemi sırasında ılık suya daldırma çalışmasına odaklanılmıştır (Cowan 2017, Serçekuş ve diğ. 2018).

Ülkemizde ise, hidroterapiyi ilk kez tanıtan ise Fransa’da fizik tedavi ve rehabilitasyon eğitimi aldıktan sonra 1930 yılında İstanbul Haydarpaşa Tıbbiyede bir fizik tedavi ünitesi kuran Osman Cevdet Çubukçu’dur. “Su ile tedavi” isimli bir eseri de bulunmaktadır (Gültekin 2016).Ülkemizde suda doğum ile ilgili ilk bilgiler Karaçam’ın 1994 yılında “Suda Doğum” adlı makalesi ile ele alındığı görülmüştür. Daha sonra, Yıldızoğluve Kömürçü’nün 2001 yılında yaptıkları çalışma ise bu alanda yapılan ilk çalışma olup, son trimestrdekigebelerin suda doğuma ilişkin bilgi düzeyleri sorgulanmıştır.

İlk suda doğum uygulamasıise, kısmen özel hastanelerde başlatılmış olup, kamu hastanelerinde ise ilk kez 2005 yılında “Sağlık Bakanlığı Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde” kurulan “suda doğum” servisi ile başladığı görülmüştür (Toker ve Uran 2018, Ünver, Uçar ve Çalık 2018).

Doğum ağrısını gidermede hidroterapinin etkisinin kanıtı sınırlı olmasına rağmen, gittikçe kullanımı artmaktadır. Hidroterapi uygulamasının kabulü ülkeler ve uluslararası kuruluşlar arasında değişmektedir. Amerikan Obstetri ve Jinekologları Derneği (ACOG), doğum sürecinde suyun kullanımıyla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerektiğini ifade etmektedir (ACOG, 2016).

Temel kısıtlılık olarak araştırma sınırlarından bahseden araştırmacı ve uygulayıcılar, doğum süreci sırasında hidroterapiyi destekler fakat doğum eyleminin ikinci evresinde kadınların sudan çıkılmasını tavsiye etmektedirler (ACOG 2016, Cluett ve Burns 2012, NICE 2016).

2.7.6.2. Hidroterapi uygulamasını destekleyen kuruluşlar:

ACOG, Kasım 2016’ da suda doğum üzerine bir kanıtlarla ilgili olarak uygulama önerilerini özetleyen bir komite görüşü sundu. Komite görüşü, doğum sürecinin birinci evresi sırasında suya batırma uygulamasının, daha kısa doğum süreci ve azalmış spinal ve epidural anestezi kullanımıyla ilişkili olabileceğini sonuçlamıştır. Komite doktorlara, hidroterapiyi, 37-42 gestasyonel gebelik haftasında hiçbir komplikasyonu olmayan sağlıklı kadınlara yapılabileceğini tavsiye etmiştir. Komite ayrıca, hidroterapi uygulamasında, hastanın uygunluğu, temizlik ve bakım gibi sıkı protokolleri kolaylaştıran daha ileri tavsiyelerde bulundu. Sonuç olarak, doğum sırasında kolayca suyun dışına çıkan kadında komplikasyon

gelişmesine karşı ve maternal ve fetal monitorizasyonun yapılması için uygun bir ekipmanın bulunması gerektiğini vurgulamıştır (ACOG 2016, Cowan ve diğ. 2017, Battista 2017).

British Columbia Ebeler Derneği (CMBC) (2015), doğum sürecinde hidroterapiyi, düşük riskli, 37 haftadan daha büyük, aktif fazda ve normal fetal kalp atımına sahip gebelere uygulanmasını tavsiye etmektedir. Kolej ayrıca ebelere, herhangi bir komplikasyon durumunda suda doğuma bir alternatif olması gerektiğini ve doğum havuzuna girişten dört saat içinde opioidlerin uygulanması gibi kontrendikasyonlar açısından sıkı bir rehberle sahip olmaları gerektiğini vurgulamıştır.

İngiliz Ebeler Derneği (RCM) kanıt temelli rehberi 2014, doğum sürecinde suya daldırmanın etkili olduğunu ve doğum sürecinde spinal/ epidural anestezi kullanım oranını düşürdüğünü kabul etmiştir. Ayrıca RCM, doğum sürecinde ağrının yönetimi için suyun kullanımında ebe eğitimini ve desteksel politika ve prosedürlere ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır. Benzer bir şekilde ACOG'da RCM'yi, fetal ve maternal sıkı monitorizasyonunda, yeterli temizlik, uygun ısının sürdürülmesinde ve su kalitesinin öneminde desteklemektedir (RCM 2014, Cowan ve diğ. 2017).

Yeni Zelanda Ebeler Derneği 2014 (INC), Avustralya Ebeler Derneği (ACM), Amerikan Ebe Hemşire Derneği (ACNM), 2014, Amerikan Doğum Merkezleri Birliği (AABC) hidroterapinin kullanımını, güvenli ve etkili bir nonfarmakolojik ağrı yönetimi stratejisi olarak destekler. Kadınlara ağrı yönetimi stratejileri hakkında bilgilendirilmiş bir karar vermeleri yönünde hidroterapi üzerine bilgi erişimi sağlanması gerekmektedir. ACNM, kurumlarda doğum sürecinde hidroterapiyi uygulayacak olan ebe ve hemşirelere engel olunmaması gerektiğini ve bütün düşük riskli gebelere doğum sürecinde hidroterapiyi kullanmaları için bir tercih sunulmasına izin verilmesini tavsiye eder (ACNM 2014, Cowan ve diğ. 2017).

Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (NICE) 2007 ve Royal Obstetri ve Jinekologlar Derneği (RCOG) 2007, suda doğum yapma olanağının komplikasyonsuz gebelik yaşayan bütün sağlıklı kadınlara sağlanmasını önermektedir. Ulusal Hizmet Çerçevesi (NSF) 2004, farmakolojik müdahale olmadan doğum yapmayı tercih eden kadınlara destek olmak amacıyla doğum havuzlarının kullanımını yaygınlaştırmayı, görevlilerin güncel bilgi ve becerilere sahip olmasının gerekliliğini ve mümkün olan her yerde suda doğum konusunda yetkin personel ile kadınların doğum havuzuna erişiminin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır. Bu bakımdan ebelere suda doğum alanındaki gelişmelerin sürekli bir şekilde aktarılması bir hizmet

gereksinimi olmalıdır (RCM, 2000).Suda doğumu yardım etmek alternatif tedavi yöntemi olarak değil, temel ebelik becerisi olarak algılanmalıdır (Chapman 2018).

Türkiyede doğum havuzlarının tanıtımı 2006 yılında yapılmıştır. Fakat sınırlı sayıda hastane suda doğum ünitesine sahiptir. Ayrıca türkiyede doğum sürecinde ve doğum sırasında suyun kullanımının standart prosedüründe eksiklikler vardır (Tuncay ve diğ. 2019).

2.7.6.3. Hidroterapinin Anne Açısından Güvenirliği ve Faydaları:

NICE 2016'nın "sağlıklı kadın ve bebekler için intrapartum bakım" klinik uygulama rehberinde de doğum sürecinde suya daldırma yöntemi ile önerilerden bahsedilmiştir. Ağrı giderici yöntem olarak gebeye suda doğum seçeneğinin sunulması, saatlik kadının ve su ısısının takibi, banyonun ve havuzların hijyen mekanizmasına uygun kullanılarak temiz tutulması da ayrıca tavsiye edilmiştir (NICE 2016).

18 sistematik derlemenin 15'i Cochrane olmak üzere sistematik bir incelemeyi tamamlayan Jones ve arkadaşları, doğum sürecinde ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik müdahalelerin güvenliği ve etkinliği üzerine yaptıkları çalışmada, sonuçlar üzerine daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu ifade etmişlerdir. Suyu daldırmanın ağrı yönetiminde etkili ve güvenli bir metot olduğu, anne ve neonatal açısından kötü bir etkisinin olmadığı, maternal memnuniyet ve kontrol duygusunu geliştirdiği belirtilmektedir. Hatta, ılık suyun geliştirdiği maternal gevşemeden dolayı fetüs hidroterapiden faydalanmaktadır. Ilık suya batırma plesantal perfüzyonu optimize eder ve suya daldırma sırasında hareketi kolaylaştırır ve ayrıca fetal pozisyonu optimize eder. Jones ve arkadaşları (2013) ayrıca, ılık suya daldırma uygulamasının, gelişmiş uterin perfüzyonla ilişkili olabileceği, daha az ağırlı kontraksiyon ve daha az müdahaleyle daha kısa doğum sürecinden bahsetmektedir. Yine bu uygulamada kadınlar omuzlarına kadar derine batırıldıklarında, suya daldırma periferik vazodilatasyondan dolayı kan basıncını düşürebilir (Jones ve diğ. 2013).

Çeşitli uygulama rehberlerinde (ACOG, 2016; ACNM, 2014; CMBC, 2014; NICE, 2016; RCM, 2012), hidroterapinin kurumlarda varolabilmesi için çevresel desteğe ihtiyacı vardır. Bunlar, politikalar ve prosedürler, maternal/fetal monitorizasyon ve küvet ve havuzların temizliği için yeterli ekipman ve teknolojidir. Suyu dayanıklı elektrikli fetal monitör cihazını, kişisel koruyucu ekipman, emniyet gözlükleri, veteriner eldiveni ve ergonomik küvetler gibi ekipmanlarda sağlanmalıdır. Hidroterapiyi uygulamada çevresel destek ayrıca kurum kültürü ve disiplinler arası takım çalışmasında kapsar. Araştırmacılar ayrıca, doğum ünitesinin

kültürünün, doğum sürecinde hidroterapinin kullanımı için engellerin algılanmasını etkilediğini ve desteksel bir çevre, yeterli politikalar, yeterli personel ve disiplinler arası ekip çalışması gerektiğini ifade etmektedirler (Cowan ve diğ. 2017).

Doğum sürecinde uygulanan hidroterapi, sadece hastayı güçlendirmez, ayrıca müdahalelerinin bir sonucu olarak pozitif hasta sonuçlarını etkiler ve ebeleride güçlendirir. Hatta Vargens ve arkadaşları (2013) doğum uygulamalarının medikalizasyonu azalttığını ifade etmişler ve bu nedenle suda doğum ile ilgili kanıt temelli bilgilere güçlü bir gereksinim olduğuna dair vurgu yapmışlardır. Ayrıca bu çalışma, nonfarmakolojik müdahalelerin doğumhane ebelerinin kendilerini uygulama çevrelerini etkileyen bir dönüşüm aracı olarak görmelerini konusunda cesaretlendirdiğinden de bahsetmektedir (Cowan ve diğ. 2017).

Su güven verici ve huzurlu bir ortam oluşturarak gebenin rahatlamasını sağlar ve gebeye hareket özgürlüğü sağlayarak doğum konforunu artırır (Henrique ve diğ. 2016, Tuncay ve diğ. 2019, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Suda bulunma doğum sırasında alınan pozisyon sayesinde fetal inişi kolaylaştırır. Suyun kaldırma kuvvetinden dolayı gebenin abdomeni üzerindeki basıncın azalmasına bağlı uterin kontraksiyonların etkinliği artar (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018, Lee ve diğ. 2013). Su, doğum sürecinde endorfin ve oksitosin hormonlarının salınımını artırıp, katekolamin salınımını azalttığından dolayı kadının hissettiği ağrı algısı azalacaktır. Bu durum analjezi ihtiyacını azaltır (Benfield ve diğ. 2018, Tuncay ve diğ. 2019, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018, Lee ve diğ. 2012). Gebe sürekli sırt üstü pozisyonda yatmak zorunda kalmayacağından annede vena kava inferiora bası olmaz ve uteroplesantal kan akımı artarak ve uterin oksijenlenme daha iyi olmasından dolayı etkili kontraksiyonlar gelişir (Henrique ve diğ. 2016, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018, Tuncay ve diğ. 2019). Banyoda ya da küvette sıcak suyun etkisiyle kadında vazodilatasyon gelişir, kan basıncı hafif düşer ve nabız hafif yükselir. Bu durum fetüsün ve uterusun oksijenlenmesini artırır (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Suyun içinde gebenin tüm vücuduna su basıncının eşit olarak dağılması ve kadının suyun içindeki göreceli ağırlıksızlığı, harcanan enerjiyi azaltır ve anneyi destekler (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Su havuzu veya küvetteki suyun sıcaklığı 37° C civarında korunması endorfin hormonunun salınarak kadının gevşemesine yardımcı olur ve böylece daha az endişe hissedilir. Gebedeki bu durum stres hormonları olan adrenalini ve noradrenalini ve vazopressin seviyesini düşürür bu da oksitosin salınımını ve uterusu ve fetüse oksijen akışını artırır. Bu da daha az ağırlı kontraksiyona sebep olur (Henrique ve diğ. 2016, Ünver, Benfield ve diğ. 2016, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018, Tuncay ve diğ. 2019).

Hidroterapinin, hem hidrokinetik (suyun meme başını uyarmasına bağlı hormonal oksitosin salınımı) hem de hidrotermal (perinede, vajinada ve servikste rahatlama) etkileri vardır (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Hidroterapide ılık su perineal çıkışı daha esnek hale getireceğinden doğumda yırtık olma olasılığı azalacaktır (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Hidroterapi, doğum sürecini 6-58 dakika (ortalama 32 dakika) daha hızlandırmaktadır. Ancak bu etki sadece birinci evrede gözlenmektedir. Diğer ikinci ve üçüncü evrede anlamlı bir kısalma görülmemektedir (Tuncay ve diğ. 2019, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018). Hidroterapide kadın doğumunda kendi denetimini sağlayabilir (Henrique ve diğ. 2016, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018, Tuncay ve diğ. 2019). Doğumun ikinci evresi su altında gerçekleşirse fetüs sıvı ortama daha stressiz ve daha yumuşak doğma şansını elde etmiş olur. Annede hissedilen ağrı algısı azalacağından analjezi ve anestezi ihtiyacı azalmıştır. Dolaylı olarak emzirmeye katkı sağlar (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018).

Gayeski ve arkadaşlarının 188 primipar ile yapılan bir çalışmada, doğum sürecinde uygulanan nonfarmakolojik yöntemler ile anne memnuniyetideğerlendirilmiş, uygulanan en yüksek memnuniyetin %77,9 oranında dikkati bir noktaya odaklanma ve %76,9 ile ikinci sırada, sıcak duş ve üçüncü yöntemin ise, %60,3 oranında doğum topu olduğu belirtilmiştir. En çok kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin ise, %97,3 oranında bir refakatçi tarafından sağlanan duygusal destek ve %91,3 oranında sıcak duş uygulaması olduğu belirtilmiştir (Gayeski ve diğ. 2015).

Cavalcantia ve arkadaşları Brezilya'da 128 gebe ile çalışılmış 3 ayrıgrup oluşturulmuş, bir gruba sadece sıcak duş uygulaması, diğer gruba sadece doğum topu uygulaması, üçüncü gruba ise her iki yöntem birlikte uygulanmıştır. Çalışmada gruplar arasında, ağrı algısı, anksiyete ve doğum süreleri değerlendirilmiş, anksiyete seviyesi bütün gruplarda özellikle de sıcak duş grubunda anlamlı derceede düştüğü belirtilmiştir. Servikal dilatasyon bütün gruplarda artmış, özellikle banyo ve doğum topunun birlikte kullanıldığı grupta doğum süresinin daha kısa olduğu gösterilmiştir (Cavalcantia ve diğ. 2019).

80 düşük riskli primipar gebe ile yapılan randomize kontrollü çalışmada ise, sıralı olarak uygulanan doğum topu, lumbo-sakral masaj ve sıcak duş tekniklerinin doğum ağrısı, farmakolojik analjezi kullanımı ve doğum süresine olan ilişkisi ve maternal memnuniyet düzeyleri incelenmiştir. Gebelere doğum sürecinde sıralı olarak her birinde 40'ar dakika olmak üzere 4-5 cm' de doğum toplu perineal egzersiz, 5-6 cm'de lumbo-sakral masaj, 7 cm

ve sonrasında sıcak duş uygulamaları yapılmıştır. Kontrol grubu katılımcılara ise, rutin obstetrik bakım uygulanmıştır. Sonuçta, egzersiz, masaj ve duştan sonra doğum ağrısının anlamlı derecede düştüğü, analjezik ilaç kullanımını azaldığı ya da geciktiği bildirilmiştir. Diğer önemli faydaları ise, ekspulsiyon evresinin hızlandığı, daha iyi neonatal sonuçlar ve daha fazla anne memnuniyet düzeyi olduğu ifade edilmiştir. Çalışma sırasında önemli bir yan etki izlenmemiştir. Deney grubunda toplam doğum süresinde, kontrol grubuna oranla 72 dakikalık bir kısalma olduğu gözlenmiştir. Ekspulsiyon süresi kontrol grubuna oranla 18 dakika ile anlamlı derecede daha hızlı olduğu ifade edilmiştir (Gallo ve diğ. 2018).

Barbieri ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışmada, üç ayrı gruba 15 düşük riskli gebe alınmış, birinci gruba sıcak duş daldırma banyosu, ikinci gruba İsviçre toplu perineal egzersiz, üçüncü gruba ise, hem İsviçre toplu perineal egzersiz hem de sıcak duş daldırma banyosu birlikte uygulanmıştır. Çalışma sonucunda, tüm uygulanan yöntemlerin ağrı algısını azalttığı ve ancak her iki yöntemin birlikte kullanıldığında, ağrı ve gevşeme üzerine rahatlatıcı etkisinin olduğu ve anksiyete düzeylerinin azaldığı ifade edilmiştir (Barbieri 2013).

Lee ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise, doğumun birinci evresinde sıcak duşun doğum ağrısına etkisi incelenmiş, çalışmaya 39 deney, 40 kontrol grubu gebe alınmıştır. Deney grubu katılımcıları her biri 20 şer dakika süren (ilk beş dakikası tam vücut ya da bel bölgesi banyosu ve son 15 dakikada kadının kendini en konforlu hissettiği bölgeye duşuygulaması sağlanmıştır. Kontrol grubuna standart bakım verilmiştir. Doğum ağrısı GKÖ ile değerlendirildiğinde, deney grubunda doğum ağrısının daha düşük ve daha pozitif bir doğum deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Ayrıca, sıcak duşun pozitif hijyen etkisinin yanında uygun maliyetli, kullanışlı, uygulaması kolay ve ağrı giderici nonfarmakolojik bir yöntem olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca bu yöntemin, kadınların doğum sürecine aktif katılımlarını sağlar, bakım verene devamlı destek sağlar, konforlu hissettirir ve daha pozitif bir genel deneyim yaşanmasına yardım eder. Sıcak duş, pozisyon değiştirmek için anneyi cesaretlendirir, ayrıca ağrıyı azaltır ve fetüsün doğum kanalında aşağıya inişini kolaylaştırır (Lee ve diğ. 2013).

Ağrı reseptörlerinin uyarılması ile ileti, spinal kord aracılığıyla doğrudan beyine gider. Sıcak duş tarafından üretilen sinyaller ise, epidermal termoreseptörler ile beyine daha hızlı ulaşır. Kan dolaşımını artırır, bazı dokulardaki stres kaynaklı kasılmaları sakinleştirir ve gevşemeyi sağlar (Lee ve diğ. 2013).

Sıcak uygulama yöntemleri farklı şekillerde uygulanmaktadır. İran'da yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, ısı terapisinin doğum ağrısı üzerine etkisini değerlendirilmiş, 64 nullipar gebe çalışma grubuna alınmıştır. Deney grubu kadınlara rutin bakımın yanısıra serviksin 3-4 cm dilatasyonundan doğumun birinci evresinin bitimine kadar bel bölgesine ve ikinci evrede perine bölgesine sıcak paket uygulaması yapılmıştır. Kontrol grubuna ise rutin obstetrik bakım verilmiştir. İki grubun karşılaştırıldığında, ısı tedavisi grubunda doğum ağrısının doğum sürecinin birinci ve ikinci evrelerinde anlamlı derecede azaldığı belirtilmiştir. Doğum süreleri açısından incelendiğinde ise, deney grubunda doğum sürecinin birinci ve üçüncü evrelerinde kısaldığı, fakat ikinci evrede her iki grupta da anlamlı bir farklılık görülmediği belirlenmiştir (Behmanesh ve diğ. 2009).

Nonfarmakolojik yöntemlerden hidroterapi hakkında hemşire bilgisinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada ise, toplam 120 obstetri hemşiresi çalışmaya alınmıştır. Hemşirelere hidroterapinin fizyolojik mekanizması, faydaları, uygulama sonuçları ve hidroterapinin kullanım engelleri sorgulanmıştır. Çalışma sonuçlarında, katılan hemşirelerin yaklaşık %73,3'nün bilgisinin yeterli, %26,7 ise doğum sürecinde hidroterapi uygulaması hakkında bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmada, doğum sürecinde hidroterapiyi sağlamada çevresel bir destek, yeterli hemşire, uygulanan politikalar ve sağlık ekibi arasında işbirliği gerekliliğinden bahsedilmektedir (Youness ve Moustafa 2012).

34 primipar gebe ile yapılan diğer bir çalışmada, doğumun aktif fazında sıcak duş banyosunun ağrı üzerine etkisi değerlendirilmiştir. Standart obstetrik bakımın yanısıra, gebelerin doğum sürecinde 4-5 cm iken duş almadan önce GKÖ ile ağrı puanları değerlendirilmiş ve 30 dakikalık duşun ardından GKÖ ölçeği tekrar uygulanmıştır. Doğumun aktif fazında duş uygulaması sonrası ağrı durumu, duş öncesine göre anlamlı derecede ($p < 0.01$) düşük bulunmuştur. Bu çalışmada duş uygulamasının doğum ağrısını gidermede etkili bir yöntem olduğu ifade edilmiştir. Bu yüzden bu yöntemlerin kullanımının daha insancıl bir doğumu destekleme adına sağlık profesyonelleri tarafından cesaretlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir (Santana ve diğ. 2013).

2.7.6.4. Hidroterapinin Olası Bebek Açısından Riskleri:

Bebekte erken solunum yetmezliği, soğuk sudan dolayı oluşabilecek riske karşı ise hidroterapi suyunun vücut sıcaklığında olması gerekliliği belirtilmiştir. Harper (2002) ise, 24° C gibi

soğuk sularda doğan bebeklerin sağlıklı olduğunu belirtmiştir. Gebede hidroterapi sırasında vücut ısısı yükselirse, bebeğinde vücut ısısı yükselir ve bebek oksijensiz kalır. Su uygulamasında vücut ısısı 37° olan anne ısısından fetal ısı 0,5° daha yüksektir. Bu nedenle gebenin vücut ısısı takip edilerek korunmalıdır. Suda doğumun perineal bölgede enfeksiyon riski oluşturduğu öne sürülmesine rağmen bunu kanıtlayacak bilgiler yetersizdir. Birçok doğumda kordon dolanması gelişebilir fakat kolaylıkla da çözülebilir (Chapman 2018, Harper 2002).

2.7.6.5.Suda Doğum Kriterleri:

Her kurumun kendine ait suda doğum kriteri vardır. Verilecek olan bakım kadının ihtiyaçlarını karşılayacak potansiyelde olmalıdır. Annenin uygulama için rızası olmalıdır. Normal, sağlıklı 37-41 haftalık arası gebelik olmalıdır. Annede tek fetüs ve baş geliş olmalıdır. İki saat öncesinden kadına herhangi bir opioid verilmemiş olması ve kadının uyuşmuş olmaması gerekir. Belli aralıklarla su geçirmez doppler veya elektronik fetal izlem araçları fetüsün takip edilmesi gerekir. Acil obstetrik durum geliştiğinde diğer doğum yöntemleri (normal doğum ya da sezeryan) uygulanacak ortamlar ya da kadının transferinin hızlı bir şekilde yapılacağı ortamlar olması gerekir (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018).

2.7.6.6. Suda doğumun kontrendikasyonları:

HIV, Hepatit B, MRSA ve B grubu streptokok enfeksiyonları taşıyan kadına birçok kurumun suda doğum yapmasına izin vermemesi tartışmalıdır. Bunun için evrensel önlemler alınmalıdır. Yüksek ateşi olan kadınlarda enfeksiyon ve fetal hipertermi riskinden dolayı kadın hemen havuzdan çıkarılmalıdır. Uzamış membran rüptüründe artan enfeksiyon riskine rağmen suda doğum uygulaması yapılmaya devam edilmiştir. Obez kadınları acil bir obstetrik durumda havuzdan çıkarmanın zor olacağı düşünüldüğünden böyle bir durumda ne yapılabileceği planlanmalıdır. Eğer havuzda asansör varsa nasıl kullanılacağı öğrenilmelidir. Ağır kanama ve yoğun mekonyum varsa her iki durumda fetal distress ve bebekte solunum yetmezliğine sebep olacağından bu durumlara suda doğum önerilmemektedir. Sezaryenle doğum yapmış olma durumunda kadın aralıklı fetal /maternal monitorizasyonu kabul ediyorsa suda doğum yapabilir. Çoğul doğum ve makat yerleşimli doğumlar suda doğum için kontrendikedir (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018).

Ebenin Rolü: Ebelere bir hizmet gereksinimi olarak suda doğumla ilgili gelişmelerin sürekli aktarılması gerekmektedir. Suda doğum yöntemi alternatif bir doğum müdahalesi olarak değil

temel bir ebelik becerisi olarak değerlendirilmelidir. Sessiz ve rahatlatıcı bir ortamın oluşturulması gerekir. Kadın havuzda iken bol sıvı alması gereklidir. Suyun ısısı ikinci evere için 37.5° C'yi geçmemesi gerekir. Her saat başı annenin ve suyun ısısını ölçün. Eğer mümkünse doğum sırasında perineye elle müdahale edilmemelidir. Doğum sırasında gaita çıkabilir ve kadının utanmasını önlemek amacıyla kadına farketmeden gizlice elek yardımıyla alınmalıdır (Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018).

2.8. Doğum Sürecinde Anksiyete

Anksiyete, bireye yönelik olası bir tehlike tehdidi karşısında ve varlığın sürdürülmesinde kişiyi gereğini yapmak üzere harekete geçmesi için hazırlayan temel duygulardan biridir (Öhman 2008).

Etimolojik açıdan kaygı, kökünün Latince "dar geçit" anlamına gelen "angustio" ve eski Yunancada "anxietas" olup endişe, korku anlamına gelmektedir (Kara ve Acet 2012). Freud anksiyeteyi, fizyolojik uyarılmanın eşlik ettiği, endişe, gerginlik, sinirlilik ve üzüntü duygularını kapsayan emosyonel bir durum, "hissedilen birşeyler" olarak ifade etmiştir (Spielberger 2010). Spielberger ve arkadaşları anksiyeteyi, durumluk ve sürekli anksiyete olmak üzere ikiye ayırmaktadır. Durumluk anksiyete, tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan kaygıdır. Sürekli anksiyete ise, ortada nesnel bir neden yokken de var olan ve böyle bir neden olduğunda da bu durumla orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli olan kaygıdır. Her insan tehlikeli bir durumla karşı karşıya kaldığında bir miktar kaygı duyar. Bireyin bu tehlikeli koşullar karşısında yaşadığı korku ve gerilim bireyde geçici ve normal anksiyete olarak karşılır. Buna durumluk anksiyete denilmektedir. Kişide günlük yaşamda stresin yoğun olduğu zamanlarda durumluk anksiyete yükselmektedir fakat stres ortadan kalkınca anksiyete düzeyide düşmektedir (Kara ve Acet 2012). Durumluk anksiyete ise, subjektif bir korkudur. Bir durum karşısında kişinin hissettiği anksiyete, otonom sinir sistemini uyararak, kişide terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişiklikler meydana getirmektedir ve bu değişiklikler kişinin hissettiği huzursuzluk ve gerilimin belirtileridir (Yiğit ve diğ. 2011).

Tehdit edici bir durum sezgisinde, durumluk anksiyetenin bir yanıtı olan sürekli anksiyete, doğum ağrısını arttırmaya katkı gösteren ana psikolojik faktörlerden birisidir. Lang ve arkadaşları ise doğum ağrısını anksiyetenin etkilemediğini fakat, kadının önceden yaşamış olduğu ağrı ile ilgili deneyimlerinden kaynaklanan korkunun zararlı ve tehdit edici olduğunu ifade etmişlerdir. Diğer bir deyişle doğum sürecinde anksiyete, kadında önceden

varolan birtakım özelliklerin sonucu olarak negatif sonuçların çıkacağı inancından dolayı, korku-anksiyete ilişkili bir durum olarak, doğum ağrısı ile ilişkili önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Yüksek anksiyeteli insanların, düşük anksiyeteli insanlara nazaran daha fazla önyargılı ve daha negatif ağrı deneyimi yaşadıkları ve var olan önyargıların daha kötü ağrı deneyimi ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir (Curzik ve Begic 2011, Mete ve diğ. 2016).

Bu içerikte yüksek anksiyetesi olan kadınlar, hem ağrı hem de bedensel duyumlar yönünden daha duyarlıdır. Bundan dolayı gebelerde doğum sınıflarına katılmama, anksiyete ve ağrıdan kaçınmak için sezaryeni daha sık sorma gibi davranışlar gösterebilirler (Curzik ve Begic 2011, Mete ve diğ. 2016).

Gebeliğin son dönemlerinde yükselmiş maternal anksiyete, maternal uterin arterlerden fetüse doğru bozulmuş kan akımı ilişkili olabilir. Böylelikle, kötü obstetrik sonuçlarla, özellikle intrauterin büyüme geriliği ve preeklampsiye neden olabilir ve bu durum yüksek anksiyeteli annelerin bebeklerinin gestasyonel haftasına göre küçük olmasının nedenini açıklamaya yardım eder (Glover, O'conner 2002).

Doğum fizyolojik bir durum olmasına rağmen, kadınlarda psikolojik anksiyete ve bir kriz dönemi olarak yorumlanabilir. Bu dönemin kriz olarak yorumlanması yüksek oranda, önceki gebelikler ve doğum deneyimleri, psikolojik ve sosyal riskler, gebelik döneminde yaşanmış duygusal değişiklikler kadınların hormonları ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Mete ve diğ. 2016, Erkaya ve diğ. 2017).

Doğum korkusu ve anksiyetenin sebepleri araştırıldığında, önceki negatif doğum deneyimi, klinik ya da obstetrik komplikasyonlar, bebekte zarar, maternal zarar, sağlık personeline güvensizlik, doğum sırasında panik ve güven kaybı doğum şekline karar vermede etkili faktörler belirtilmiştir (Mete ve diğ. 2016, Erkaya ve diğ. 2017).

Doğum korkusu ve anksiyeteyi azaltmak için verilen antenatal eğitimlerin kadında doğuma karşı pozitif duygular gelişmesine yardım eder (Erkaya ve diğ. 2017).

Özellikle hidroterapinin doğum ve doğum ağrısını algılama üzerine birçok fizyolojik etkisinin yanısıra, maternal memnuniyeti sağladığı ve anksiyete düzeyini de düşürdüğü ifade edilmektedir (Simkin ve O 'Hara 2002).

Abdomenin yeterince kapatılması şekilde ılık suya girmek, gevşemeyi sağlar, doğum ağrısı algısını azaltır ve doğum sürecini ilerletir (Florence ve Palmer 2003).Doğum ağrısı ve anksiyete üzerine uygulanan hidroterapi, dünya genelinde uygulanmakta ve anksiyete, doğum ağrısını azalttığı ve maternal memnuniyeti arttırdığı ve gevşemeyi sağladığı ifade edilmektedir.Bu nedenle antenatal dönemde itibaren hidroterapi yöntemi, etkinliği ve yararları konusunda gebeler ve aileleri bilgilendirilmelidir (Florence ve Palmer 2003, Henrique ve diğ. 2016, Benfield 2002, Benfield 2010, Benfield 2001, Cammu 1994, eldor 1992,Lenstrup 1987, Benfield ve diğ. 2018, Tuncay ve diğ. 2019, Ünver, Uçar ve Çalık 2018, Chapman 2018).

Romia ve arkadaşlarının (2014) yılında 100 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, sıcak duşun doğum ağrısı üzerine etkisi incelenmiş, teröpatik duşun ağrı ve anksiyete seviyeleri deney grubunda daha düşük bulunmuştur. Ayrıca çalışmanın verileri doğum ağrısını azaltmada sıcak duşun etkisini açık bir şekilde ortaya koymuştur (Romia ve El-Adham 2014).

Sıcak duşun doğum sürecinde etkisini gösteren çalışmada duş, ağrıyı ve doğum sürecinin ilerleyişini etkiler. Periferik vazodilatasyonu sağlayarak ve kan dolaşımını etkinleştirerek kardiyovasküler sisteme etki eder. Maternal memnuniyet gelişir. Kaslardaki gevşeme doğum kanalının elastikiyetini arttırır ve düşmüş katekolamin ve artmış endorfin seviyesinden dolayı kadının anksiyetesi düşer (Cluett ve diğ. 2004).

Sıcak duş terapisinin anksiyete seviyesini tüm gruplarda düşürdüğünü gösteren bir çalışmada sıcak duşun, ağrı-bazal seviyesi beşin üzerinde olan kadınlarda, beşin altında olan kadınlara nazaran ağrı algısını daha fazla azalttığı görüldüğü ifade edilmiştir. Bu azalma serum kortizon seviyesinin bir yansıması olarak ifade edilmiştir. Subjektif ağrı seviyesi yüksek olan kadınlarda plazma kortizol seviyesi ile ağrı düzeyleri karşılaştırıldığında kortizol tarafından kaynaklanan stres ile ağrı arasında kuvvetli bir ilişki olduğubelirtilmiştir. Hidroterapi (suya daldırma ya da banyo), dünya çapında doğum sürecinde gevşemeyi sağlamak, doğum ağrısı ve anksiyeteyi azaltmak için kullanıldığı fakat bu tekniğin psikofizyolojik etkileri belirsiz olduğu belirtilmiştir (Benfield ve diğ. 2010).

Doğum eylemini suda geçiren kadında, suyun kaldırma kuvvetinden dolayı kaslarda gevşeme olur, uterin kontraksiyonlara bağlı oluşan ağrıyı daha az hisseder, kadının anksiyetesi azalır, adrenalini seviyesi düşer, oksitosin ve endorfin seviyeleri yükselerekdoğum eylemindeki ağrı algısı ile gevşeme arasındaki doğal denge sağlanmış olur (Yıldırım 2005).

2.9. Doğum Sürecinde Konfor:

Fransızca'dan köken alan “confort” kelimesi, günlük hayatı kolaylaştıran maddi rahatlık anlamına gelmektedir (Türk Dil Kurumu). Kolcaba ise, konforu rahatlık, kolaylık ve sorunların üstesinden gelebilmeyi ifade eden üstünlük olarak ifade eder. Hasta konforunu ise; fiziksel, psikospirüel, çevresel ve sosyokültürel içerikte anlatmaktadır. Eğer hastanın spesifik konfor ihtiyacı karşılanırsa örneğin, reçete edilmiş ağrı kesici ile postoperatif ağrının giderilmesi, rahatlık duygusunda bireysel konfor deneyimidir. Eğer hasta memnuniyet duygusunda ise, kolaylık duygusundaki konforu deneyimler, anksiyeteye sebep olan duyguyu giderdikten sonra hissettiği kolaylık konforudur. Üstünlük konforu ise, hastaların zorlukların üstesinden gelme duygusu olarak ifade edilir. Kolcaba'nın konfor teorisine göre konfor, hemşirelik bakımının aciliyetle istenen bir sonucu olarak tanımlanır (Kolcaba 2010).

Doğum eylemindeki bir kadının konforunu artırma, ebelik ve hemşirelik bakımının önemli bir sonucudur. Doğum sırasında uygulanan konforu artırıcı müdahaleler, kadının doğuma katılım çabasını destekler ve bundan dolayı kadın vücudunun, duygularının ve doğum deneyiminin daha fazla farkında olmasını sağlar (Schuilling ve Sampelle 2007).

Bazı yazarlar, konfor ve doğum eyleminin birbiriyle ters ilişkili olduğunu düşünmektedirler. Doğum eyleminde ağrının yok olması, konfor için yeterli ve gerekli değildir. Ebeler ve hemşireler doğum sürecinde kadının kendi bakımlarının bütün boyutlarında kadınların özerkliğini ve aktif katılımlarını da savunmalıdırlar. Kadınları ayrıca cesaretlendirmenin de konfor için önemli ve genel bir bileşen olduğu vurgulanmaktadır.

Ebeler doğum sürecinde ağrı durumunda konforu sağlayabilir ve konforlu olmak için ağrı tamamen yok edilmek zorunda değildir. Ağrıyı hafifletme doğum sürecindeki kadınlara destek ve konforun bir kaynağı olarak ifade edilir (Schuilling ve Sampelle 2007).

Tosun'un 2019 yılında yaptığı çalışmada, duş almanın annenin doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi incelenmiş, duşun deney grubunda doğum memnuniyeti ve doğum sonu konfora ($r=0,68$) kuvvetli etkisi olduğu belirtilmiştir (Tosun, 2019).

Doğum sürecinde banyo sırasında lokal sıcak etki müsküler kan akımının sirkülasyonunu uyarır ve gevşemeyi ve konforu artırır (Benfield ve diğ. 2010).

Amerikan Ebe ve Hemşireler Derneği (ACNM), doğum sürecinde suya daldırma uygulamasının konforu sağladığını, gevşemeyi desteklediğini ve normal doğumu teşvik eden

güvenli etkili bir nonfarmakolojik ağrı giderici bir metot olduğunu ifade etmektedir (ACNM Kaynak 2018)

Ling Lee'nin sıcak duşun doğumun ilk evresindeki etkisiyle ilgili çalışmasında da, bu tekniğin doğum sürecinde kadınların tamamen katılmasına yardım ettiği, bakım veren kişiye devamlı destek sağladığı, konforlu ve bakımlı hissettirdiği ve daha pozitif bir deneyim kazandırdığından bahseder (Ling Lee ve diğ. 2013).

3.YÖNTEM


















3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma deneysel randomize kontrollü bir araştırmadır.

3.2 Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kocaeli Sağlık Bilimleri Derince Eğitim Araştırma Hastanesi doğumhane biriminde Şubat/Mart 2019- Ağustos 2019 tarihleri arasında yapıldı. Hastanede 45 ayrı branşta toplam 160 poliklinik ile yılda bir milyonun üzerinde hastaya poliklinik hizmeti verirken, 669 fiili yatak kapasitesi ile de ayda ortalama 3500 üzerinde hastaya yatarak tedavi hizmeti sunulmaktadır. Günlük ortalama 1200 hastaya hizmet veren acil servisi bulunmaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanenin doğumhane ünitesi; beş odalı, altı yataklı ve acil hasta kabulü olan ve Anne Dostu Hastanesi özelliğinde olan bir hastanedir. Yıllık normal doğum sayısı 2875 ve sezaryen doğum sayısı 2878 dir. Primer sezaryen sayısı 1166, oranı ise % 20,18' dir. Doğumhane, obstetri ve jinekoloji servisinde 11 uzman, 12 asistan, 16 ebe görev yapmaktadır. Ebelerin çoğunluğu lisans eğitimlerini tamamlamıştır.

Araştırmanın zaman planlaması Çizim 3.2.1.' de verilmiştir.

Faaliyetler	Ağustos 2018 Eylül 2018	Ekim 2018	Kasım 2018	Aralık 2018	Ocak 2019	Şubat 2019	Mart 2019 Ağustos 2019	Ağustos 2019 Eylül 2019	Eylül 2019 Aralık 2019
Litaratür Taraması									
Konu Seçimi									
Tez Önerisi ve Veri Toplanması Form Hazırlanması									
Tez Önerisi Verilmesi									
Gerekli izinlerin Alınması									
Pilot Uygulama									
Verilerin Toplanması									
Veri Analizi ve Değerlendirmesi									
Rapor Yazımı ve Teslim									

Çizim 3.2.1: Araştırmanın zaman planlaması

3.3. Uygulama Adımları:

1. Gebelerle tanışma ve çalışmanın onamın alınması
2. Doğum sürecinin birinci evresinde deney grubunda kadının tercihine göre ayakta ya da oturur pozisyonda 30 dakikalık duş alması ve su ısısının 37° C sabit tutulması
3. Her 5 dakikalık sürede termometre ile kova içinde biriktirilen su ısısının kontrol edilmesi
4. Katılımcıların duş odasının ortam sıcaklığı bizzat kendi konforlarına göre ayarlanması
5. Güvenlik için, duşa yerleştirilmiş bir tabure üzerine oturmaları ve kaymayan duş terliği giymelerinin sağlanması.
6. Tabure altına kaymaz banyo paspası konulması ve bireylerin yalnız bırakılmaması
7. Duş yaparken oturmaya teşvik edilirken rahatlıkla pozisyon değiştirebilecekleri, suyun akışının yönünü ayarlayabilecekleri konusunda gebelerin bilgilendirilmesi
8. İlk 5 dakikalık sürede tam bir vücut banyosunu takiben 25 dakika boyunca gebenin kendini en konforlu hissettiği herhangi bir bölgesine doğru sıcak duşu tutmaları istenmesi
9. Duş sonrası anne ve fetüse ait değişkenlerin partograf ve NST ile değerlendirilerek kayıt edilmesi.

Kontrol grubunda ise; tanışmanın ardından anket ve onam formunu doldurmaları istendi, 4 cm 5-7cm ve 8-10 cm dilatasyonda, partograf, GKÖ, anksiyete, konfor ölçekleri uygulandı ve doğum sonu verileri alındı. Rutin hastane uygulamaları dışında herhangi bir müdahale de bulunmadı.

3.4. Araştırma Evreni

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği'ne bağlı Kocaeli Sağlık Bilimleri Üniversitesi Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhane biriminde doğum yapacak olan tüm primigravidalar oluşturdu.

3.5. Araştırmanın Örneklemini

Örneklemini, ise, G*Power programını güç analizi yapılarak hesaplandı. Evreni temsil edecek örneklem hacmi α : 0.05 yanılma payı, 0,95 güç oranı koşulu ile Lee ve diğerlerinin çalışmasında GKÖ (Görsel Kıyaslama Ölçeği) ağrı puan ortalamalarının karşılaştırılması sonuçları ele alındığında, her bir grup için minimal 51 (kontrol grup için 51, deney grup için 51, toplam 102 birey) olarak hesaplandı (Lee ve diğ. 2013).

Doğum ağrısını etkilemesi olası faktörler bulunması nedeniyle örneklemin deney-kontrol grubuna alınmasında randomizasyon, random.org sitesine 1.02.2019 tarihinde giriş yapılarak yapıldı. Sisteme göre, “2.,5.,6.,7.,12.,15.,18.,19., 21., 24., 26.,30., 31.,32., 33., 35., 37., 39., 41., 43., 44., 48., 49., 50., 51., 53., 54., 56., 58., 60., 63., 64., 65., 66., 67., 68., 71., 72., 73., 74., 76., 79., 80., 84., 87., 88., 92., 93., 94., 97., 100., 104.” numaralı gebeler deney grubuna, diğer numaralar ise kontrol grubuna alındı. Deney grubunda, fetal distres ve ilerlemeyen travay nedenleri ile beş gebe sezaryen operasyonuna alındığından, bu gebeler çalışmaya dâhil edilmedi. Çalışma grupları arasında eşit sayısı elde edilene kadar sürdürüldü. Araştırmanın örneklemini Çalışma Algoritması Çizim 3.5.1.’de sunuldu. Deney ve kontrol grubu aynı güne denk geldiğinde ayrı odalarda olduklarından birbirleriyle temasları olmadı. Çalışmada deney grubuna 32, kontrol grubuna 30 gebeye doğum indüksiyonu (oksitosin) kullanıldı.

EK 1. ÇALIŞMA ALGORİTMASI

TANIŞMA VE ÇALIŞMA GRUPLARININ BELİRLENMESİ

DENEY GRUBU

KONTROL GRUBU

4 cm. dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

4 cm. dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

5- 7cm.dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

5-7 cm dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

8- 10 cm.dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

8-10 cm dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

Çizim 3.5.1. Araştırmanın Çalışma Algoritması

3.5.1.ÖrneklemeAlma Kriterleri

- Sözel iletişim kurabilen,
- 18-40 yaş arasında,
- Primigravida (ilk gebelik),
- Term gebelik (37-41 haftalık gebelik),
- Tek fetüs ve baş prezantasyonu olan,
- Vajinal doğum planlanan,
- Spontan doğum ağrıları başlayan,
- Servikal dilatasyonu en az 4 cm.,
- Tahmini doğum ağırlığı 2000-4000 gram arasında,
- Düşük riskli gebeliği olan ve komplikasyonu olmayan (EMR, Plesanta Previa, HT, DM vs)
- İletişim güçlüğü ve psikiyatrik sağlık sorunu olmayan,
- Herhangi bir kronik sağlık sorunu bulunmayan (Hipertansiyon, kalp hastalığı vb),
- Duş almayı kabul eden ve mobil olan,
- Herhangi bir obsterik riski bulunmayan (diyabet, preeklamsi,erken doğum tehditi vs,)
- Araştırmaya katılmayı kabul eden,
- Sorumlu hekim tarafından ilgili protokol çerçevesinde deney veya kontrol grubunda yer almasında bir sakınca bulunmadığı onaylanan gebeler çalışmaya alınmıştır.

3.5.2. Örneklem Dışı Bırakılma Kriterleri

- İletişim ve işbirliğine açık olmayan,
- Araştırmaya katılmada isteksiz,
- Herhangi bir medikal ya da obstetrik risk faktörleri bulunan (fetal distres, uzamış eylem vs),
- Herhangi bir farmakolojik ağrı kesici yöntem kullananlar,
- Doğum öncesi hazırlık sınıfı/gebe okuluna katılanlar dahil edilmedi.

3.6. Araştırmanın değişkenleri

Bağımsız değişken: Sıcak duş uygulama süresi

Bağımlı değişken: Gebelerin ağrı algısı (GKÖ puan ortalamaları), anksiyete ve konfor düzeyleri

3.7. Araştırmada yapılacak işlemlerin sıralaması

1. Gebeler ile tanışma
2. Hekim onayı alma
3. Onam Formunu Onaylama
4. Sosyo-demografik ve obstetrik verileri içeren anket formunu doldurma
5. ANT ölçümü
6. 4 cm ve 5-7cm ve 8-10 cm dilatasyonda Partograf, VAS, Anksiyete ve Konfor ölçeklerinin uygulanması
7. 4 cm ve 5-7cm ve 8-10 cm dilatasyonda 3 kez, hastanın tercihine göre ayakta ya da oturur pozisyonda 30 dakika 37 ° C sabit sıcak su ile duş alma (sıcak duş uygulamasının ayrıntıları ekte sunulmuştur.)
8. ANT ve NST ve Partograf izlem
9. Doğum Sonu Verilerin alınması

3.8. Araştırmanın Hipotezleri:

1. Ho: Doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisi yoktur.
2. H1: Doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisi vardır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu:

Araştırmanın etik onayı 2019 tarihinde Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan KÜ GOKAEK / KÜ GOKAEK 2018/380 proje numarası ile gerekli izin alınmıştır (Ek 8).

3.10. Araştırmada kullanılan veri toplama araçları

1. **Tanıtıcı Anket Formu (Ek-2):** Tanıtıcı bilgi formunda; yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, gelir durumu gibi bireysel özellikler ve ilk gebelik yaşı, toplam gebelik sayısı, düşük/kürtaj öyküsü gibi obstetrik özellikler sorgulandı.

2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Scale-VAS) (EK-3)

Doğumdaki ağrının geniş olarak tanımlanmasına yardımcıdır. GKÖ, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Görsel Kıyaslama Ölçeğinde 0 cm: Ağrı yok, 0.5 cm - 3.0 cm: Hafif ağrı, 3.5 cm - 6.5 cm: Orta ağrı, 7.0 cm - 10.0 cm: Şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır. GKÖ, ağrıyı azaltan farmakolojik ve non-farmakolojik tedavilerin değerlendirilmesinde oldukça duyarlı bir yöntem olup, dikey veya yatay, görsel, sayısal veya tanımlayıcı analog şeklinde olan bir ölçektir. Dikey GKÖ'nün çabuk sonuç vermesi ve kolay anlaşılır olması nedeniyle akut ağrı şiddetini belirlemede en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir (Kömürcü, Ergin, 2014). GKÖ'nün ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Ölçek, ilk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Robinson ve arkadaşları, ağrı şiddetinin ölçülmesinde GKÖ'nün güvenilir olduğunu göstermiş ve Scott ve Huskisson GKÖ'nün ağrıyı tanımlamada korelasyonunun iyi olduğunu bulmuştur. Ülkemizde duyarlılık ve geçerlilik çalışması, Aslan tarafından 1998 yılında yapılmıştır (Aslan, 2002; Kömürcü, Ergin, 2014).

3. Partograf (Ek-4)

Partograf, 1988 yılında “Güvenli Annelik” kapsamında uluslararası standartları sağlamak üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından düzenlenmiştir. “Erken Uyarı Sistemi” görevi gördüğü için doğum eyleminin gelişmesindeki normalden sapma durumlarının tanımlanmasında önem taşır. İlerlemeyen doğum eylemi tanısı konulmasına yardımcı olur. DSÖ tarafından 2000 yılında yeniden modifiye edilen partograf izleminde latent faz çıkarılmış, aktif fazda yani servikal açıklık 4 cm olduğunda başlatılmıştır. Doğum eyleminin ilerlemesini ve fetüs açısından gelişmeleri sürekli ve ayrıntılı olarak kayıt altına alan, normal dışı durumların erken tespitini ve ayrıca ilerlemeyen doğum eylemi tanısını koymaya yardımcı bir araç olan partografin kullanımı doğum eyleminin doğru takibi açısından önem taşımaktadır. Ayrıca kanıta dayalı tıp uygulamaları kapsamında doğum eyleminin izlenmesi ve değerlendirilmesi için doğum yöntemine karar vermede önemli bir araç niteliğindedir ([http:// www. kalite. saglik. gov.tr/TR,9025/partograf-ornegi.html](http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,9025/partograf-ornegi.html) , Erişim Tarihi: 22/12/2018)

4. Durumluk Anksiyete Ölçeği (Ek-5)

Durumluk Anksiyete Ölçeği Amerika Birleşik Devletlerinde 1970 yılında Spielberger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe uyarlaması ve standardizasyonu 1974-1977 yılları arasında Öner ve Le Comte tarafından yapılarak geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir. “Durumluk Anksiyete Ölçeği” kişinin bireysel özellikleri nedeniyle kaygı duymaya yatkınlığını belirler. Ölçekte 20 madde bulunmaktadır. Ölçekteki ifadeler doğrudan (3,4,6,7,9,12,13,14,17,18) ve tersine dönmüş (1,2,5,8,10,11,15,16,19,20) ifadeler şeklinde sunulmaktadır. Tersine dönmüş ifadeler Hiç (1), Biraz (2), Çok (3), Tamamen (4) şeklinde puanlanmıştır. Doğrudan ifadeler ise ters şekilde; Hiç (4), Biraz (3), Çok (2), Tamamen (1) puanlanmıştır. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin toplam puanı, durumluk anksiyete puanı olarak belirlenmektedir. Bu ölçekten minimum 20 puan, maksimumise 80 puan alınmaktadır (Öner ve Le Comte, 1983). Ölçeğin optimal uygulanma durumuna ilişkin literatürde herhangi bir bilgiye ulaşılamamıştır (Mete ve diğ. 2016, Karabulut 2014).

5. Doğumda Konfor Ölçeği (Ek-6)

Doğum Konforu Anketi 2003 yılında Kerri Durnell Schuiling tarafından geliştirilmiştir ve Kolcaba'nın konfor teorisinden etkilenmiştir. Schuiling, Sampslle ve Kolcaba tarafından yapılan çalışmada anket, 64 gebeye uygulanmıştır (Schuiling, Sampslle&Kolcaba, 2011). Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.71'dir ve faktör analizi sonucunda fiziksel, çevresel, psikososyal ve sosyo-kültürel olarak adlandırılan 4 faktör tanımlanmıştır. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Potur ve ark. 2015 yılında yapılmıştır (Potur-Coşkuner, Merih, Kulek ve Gürkan, 2015). Anket 5'li likert tipi olup, 9 maddeden 3 alt boyuta(Fiziksel, Psikospirütüel ve Çevresel alt boyut) sahiptir. Anketin mümkün olan en düşük puanı 9, mümkün olan en yüksek puan ise 45'tir. Puanlar arttıkça konfor seviyesi yüksektir ve puanlar azaldıkça konfor düzeyi düşüktür. Cronbach'salfa katsayısı $\alpha = .75$, ve alt boyutların Cronbach'salfa katsayıları $\alpha = .51 - .71$ arasında değişmektedir (Cenkçi ve Evşan 2017).

3.11. Verilerin analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanıldı. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınıandı. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t testi, normal dağılım göstermeyen nicel değişkenlerin iki grup

arası karşılaştırmalarında Mann-Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi (Karagöz 2014).



4. BULGULAR

Çalışma Ocak –Ağustos 2019 tarihlerinde, Kocaeli ilinde Sağlık Bakanlığına bağlı bir Araştırma ve Uygulama hastanesinde ; %50,0'si (n=52) deney grubunda, %50,0'si (n=52) çalışma grubunda yer alan 104 gebe ile gerçekleştirilmiştir.

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan gebelerin yaşları 18 ile 34 arasında değişmekte olup, ortalama 23,79±3,98 yıldır.

Çizelge 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	Test değeri p
Yaş (yıl)	<i>Min-Mak</i>	18-34 (23)	18-33 (23)	^a t:-0,984
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	23,40±3,49	24,17±4,43	p:0,327
Öğrenim durumu	İlköğretim	26(50,0)	26(50,0)	^b χ ² :0,001
	Lise	17 (32,7)	17 (32,7)	
	Üniversite	9 (17,3)	9 (17,3)	p:1,000
Meslek	Ev hanımı	44 (84,6)	41 (78,8)	^c χ ² :0,874
	İşçi	5 (9,6)	8 (15,4)	p :0,753
	Memur	3 (5,8)	3 (5,8)	
Gelir durumu	Geliri giderinden fazla	9 (17,3)	12 (23,1)	^c χ ² :0,839
	Geliri giderine eşit	40 (76,9)	36 (69,2)	p:0,700
	Geliri giderinden az	3 (5,8)	4 (7,7)	
Yaşanılan yer	Belde/Kasaba	2 (3,8)	4 (7,7)	^c χ ² :0,785
	İlçe	47 (90,4)	45 (86,5)	p:0,896
	İl	3 (5,8)	3 (5,8)	

^aStudent t Test

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher Freeman Halton Test

Gruplara göre yaş, öğrenim durumu, meslek, gelir durumu ve yaşanılan yere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Çizelge4.2. Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Karşılaştırılması

		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	Test değeri <i>p</i>
Gebelik haftası	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	37-41,2 (39,6)	37-41 (39,1)	^a <i>t</i> :2,081
	<i>Ort±Ss</i>	39,54±1,12	39,09±1,05	<i>p</i>:0,040*
Gebelikte alınan kilo (kg)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	1-33 (14,5)	5-33 (14)	^a <i>t</i> :-0,525
	<i>Ort±Ss</i>	14,63±6,47	15,27±5,86	<i>p</i>:0,601
Gebelik öncesi BKİ (kg/m ²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	16,5-34,3 (21)	15,1-39,5 (21)	^a <i>t</i> :-0,195
	<i>Ort±Ss</i>	22,03±3,8	22,19±4,61	<i>p</i>:0,846
Şu anki BKİ (kg/m²)	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	21,3-43,8 (26,7)	19,7-43,7 (27,2)	^a <i>t</i> :-0,721
	<i>Ort±Ss</i>	27,45±3,92	28,07±4,84	<i>p</i>:0,473
İsteyerek gebe kalma durumu	Evet	50 (96,2)	52 (100)	^d χ^2 :2,039
	Hayır	2 (3,8)	0 (0)	<i>p</i>:0,495
Gebelikte fizyolojik sorunlar yaşama durumu	Evet	35 (67,3)	18 (34,6)	^b χ^2 :11,119
	Hayır	17 (32,7)	34 (65,4)	<i>p</i>:0,001**
Gebelikte ilaç kullanma durumu	Evet	51 (98,1)	51 (98,1)	^d χ^2 :0,001
	Hayır	1 (1,9)	1 (1,9)	<i>p</i>:1,000
Gebelikte kullanılan ilaçlar (n=102)	Folik asit	5 (9,8)	-	^d χ^2 :5,258
	Vitamin	46 (90,2)	51 (100)	<i>p</i>:0,022*
Gebelikte kontrole gitme sayısı	<i>Min-Mak (Medyan)</i>	6-20 (13)	7-25 (14,5)	^a <i>t</i> :-1,537
	<i>Ort±Ss</i>	12,98±2,79	13,92±3,43	<i>p</i>:0,127
Doğum korkusu yaşama durumu	Evet	48 (92,3)	43 (82,7)	^b χ^2 :2,198
	Hayır	4 (7,7)	9 (17,3)	<i>p</i>:0,138
Normal yaşantıda ağrıyla gidermek için yapılan uygulamalar	Hiçbir şey	5 (9,6)	13 (25,0)	^c χ^2 :5,630
	uygulamama			
	Masaj yapma	5 (9,6)	7 (13,5)	<i>p</i>:0,341
	Sıcak uygulama	13 (25,0)	9 (17,3)	
	Ağrı kesici ilaç	21 (40,4)	18 (34,6)	
	alma			
	Dikkati dağıtma	6 (11,5)	4 (7,7)	
	Müzik dinleme	2 (3,8)	1 (1,9)	

^aStudent t Test

^bPearson Chi-Square Test

^cFisher Freeman Halton Test

^dFisher's Exact Test

**p*<0,05

***p*<0,01

Gebelik haftaları gruplara göre arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,040$; $p<0,05$); deney grubu gebelik haftaları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre gebelikte alınan kilo, önceki BKİ ölçümleri ve şu anki BKİ ölçümleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

İsteyerek gebe kalma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre gebelikte ilaç kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gebelikte kullanılan ilaçlara göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,022$; $p<0,05$); deney grubunda folik asit kullanma oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre gebelikte kontrole gitme sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Doğum korkusu yaşama durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gruplara göre eskiden uygulanan ağrıyı gidermek için yapılan uygulamalar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çizelge 4.3.Doğum ve Erken Postpartum Döneme İlişkin Özelliklerinin Karşılaştırılması

		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	Test değeri p
Doğum şekli	NSD	44 (84,6)	42 (80,8)	^b $\chi^2:0,269$
	Müdahaleli doğum	8 (15,4)	10 (19,2)	p:0,604
Epizyotomi	Var	49 (94,2)	52 (100)	^d $\chi^2:3,089$
	Yok	3 (5,8)	-	p:0,243
Laserasyon	Var	6 (11,5)	-	^d $\chi^2:6,367$
	Yok	46 (88,5)	52 (100)	p:0,027*
Yenidoğan Apgar 1.dk	<i>Min-Mak</i>	7-9 (8)	8-9 (8)	^a t:-0,740
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	8,13±0,40	8,19±0,40	p:0,461
Yenidoğan Apgar 5.dk	<i>Min-Mak</i>	9-10 (10)	9-10 (10)	^a t:0,001
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	9,85±0,36	9,85±0,36	p:1,000
Yenidoğan cinsiyeti	Erkek	26 (50,0)	27 (51,9)	^b $\chi^2:0,038$
	Kız	26 (50,0)	25 (48,1)	p:0,844
Yenidoğan ağırlığı (gr)	<i>Min-Mak</i>	2725-4130	2405-4250	^a t: 2,280
	<i>(Medyan)</i>	(3400)	(3200)	
	<i>Ort±Ss</i>	3421,35±325,91	3257,02±404,84	p:0,025*

^aStudent t Test^bPearson Chi-Square Test^dFisher's Exact Test

*p<0,05

**p<0,01

Gruplara göre doğum şekli istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Epizyotomi yapılma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p>0,05); deney grubunda laserasyon oranı kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,027; p<0,05). Gruplara göre yenidoğan 1.dakika ve 5.dakika Apgar skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05). Yenidoğan cinsiyetine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre yenidoğan kilo ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,025; p<0,05); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Çizelge 4.4.Gebelerin Vital Bulguları, GKÖ Puanları ve Doğum Sürelerinin Karşılaştırılması

			Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	Test değeri <i>p</i>
Vücut Isısı (°C)	İlk	Min-Mak (Medyan)	36,4-37 (36,7)	36,5-36,9 (36,7)	^a t:0,306
		Ort±Ss	36,71±0,14	36,70±0,11	p:0,760
	Son	Min-Mak (Medyan)	36,4-36,8 (36,6)	36,6-37 (36,8)	^a t:-10,240
		Ort±Ss	36,58±0,09	36,81±0,14	p:0,001**
	Fark (Son-İlk)	Min-Mak (Medyan)	-0,4-0 (-0,1)	-0,1-0,4 (0,1)	^e Z:-8,745
		Ort±Ss	-0,13±0,08	0,12±0,11	p:0,001**
Nabız	İlk	Min-Mak (Medyan)	70-80 (74)	70-80 (74)	^a t:-0,415
		Ort±Ss	73,62±2,80	73,85±2,87	p:0,679
	Son	Min-Mak (Medyan)	70-78 (72)	70-84 (76)	^a t:-9,725
		Ort±Ss	72,19±2,18	77,00±2,82	p:0,001**
	Fark (Son-İlk)	Min-Mak (Medyan)	-4-2 (-2)	-2-8 (4)	^e Z:-8,469
		Ort±Ss	-1,42±1,13	3,15±1,92	p:0,001**
Sistolik Kan Basıncı	İlk	Min-Mak (Medyan)	90-110 (100)	90-120 (100)	^a t:-0,116
		Ort±Ss	97,88±8,00	98,08±8,86	p:0,908
	Son	Min-Mak (Medyan)	80-110 (90)	90-120 (100)	^a t:-8,678
		Ort±Ss	92,50±5,19	103,65±7,68	p:0,001**
	Fark (Son-İlk)	Min-Mak (Medyan)	-10-0 (-10)	-10-10 (10)	^e Z:-7,388
		Ort±Ss	-5,38±5,03	5,58±5,39	p:0,001**
Diyastolik kan basıncı	İlk	Min-Mak (Medyan)	60-70 (70)	50-80 (60)	^a t:0,001
		Ort±Ss	65,38±5,03	65,38±7,79	p:1,000
	Son	Min-Mak (Medyan)	50-70 (60)	50-80 (70)	^a t:-10,402
		Ort±Ss	59,42±3,08	68,65±5,61	p:0,001**
	Fark (Son-İlk)	Min-Mak (Medyan)	-10-0 (-10)	-10-10 (0)	^e Z:-6,484
		Ort±Ss	-5,96±4,95	3,27±6,17	p:0,001**
Aktif faz GKÖ	Min-Mak (Medyan)	3-10 (6)	5-10 (8)	^a t:-7,522	
	Ort±Ss	6,25±1,58	8,25±1,08	p:0,001**	
Geçiş faz GKÖ	Min-Mak (Medyan)	5-10 (9)	8-10 (10)	^e Z:-6,611	
	Ort±Ss	8,44±1,47	9,87±0,44	p:0,001**	
Aktif faz süresi (saat)	Min-Mak (Medyan)	3-12 (5)	2,3-11 (5)	^e Z:-0,500	
	Ort±Ss	5,51±1,91	5,18±1,39	p:0,617	
Geçiş faz süresi (saat)	Min-Mak (Medyan)	1-4 (1,4)	1-7 (2)	^e Z:-2,093	
	Ort±Ss	1,70±0,72	2,08±1,08	p:0,036*	
Toplam doğum süresi (saat)	Min-Mak (Medyan)	4-15,6 (7)	5-13 (6,3)	^a t:0,057	
	Ort±Ss	7,25±2,33	7,22±1,78	p:0,955	

İlk ölçüm: Girişteki ölçümler

Son ölçüm: 8-10 cm dilatasyonki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p*<0,05

***p*<0,01

Gruplara göre ilk vücut ısısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,760$; $p>0,05$).

Gruplara göre son vücut ısısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Vücut ısısı ölçümlerindeki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuş olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubundaki düşüş kontrol grubundaki artıştan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre ilk nabız ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,679$; $p>0,05$).

Gruplara göre son nabız ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Nabız ölçümlerindeki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki artış deney grubundaki düşüşten yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre ilk sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,908$; $p>0,05$).

Gruplara göre son sistolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Sistolik kan basıncı ölçümlerindeki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki artış deney grubundaki düşüşten yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre ilk diyastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=1,000$; $p>0,05$).

Gruplara göre son diyastolik kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Diyastolik kan basıncı ölçümlerindeki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubundaki düşüş kontrol grubundaki artıştan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre aktif faz GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplara göre geçiş faz GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplara göre aktif faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Gruplara göre geçiş faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,036$; $p<0,05$); deney grubunun süreleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplara göre toplam doğum süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4. 5. GKÖ Puanlarının Dağılımı

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
GKÖ Puanları	Duş öncesi 4 cm	3-10 (5)	5,39±1,59
	Duş sonrası 4 cm	2-9 (5)	4,88±1,63
	Duş sonrası 5-7 cm	3-10 (8)	7,24±1,68
	Duş sonrası 8-10 cm	1-10 (10)	9,07±1,52

Gebelerin duş öncesi 4 cm dilatasyondaki GKÖ puanları 3 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 5,39±1,59; duş sonrası 4 cm dilatasyondaki GKÖ puanları 2 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalama 4,88±1,63; duş sonrası 5-7 cm'de GKÖ puanları 3 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 7,24±1,68; duş sonrası 8-10 cm'de GKÖ puanları 1 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 9,07±1,52 olarak bulunmuştur.

Çizelge 4. 6. GKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

GKÖ Puanları		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	Test değeri <i>p</i>
Duş öncesi 4 cm	Min-Mak	3-10 (5)	3-9 (5)	^a t:0,430
	(Medyan)			
	Ort±Ss	5,46±1,59	5,33±1,61	p:0,668
Duş sonrası 4 cm	Min-Mak	2-8 (4)	3-9 (5)	^a t:-2,857
	(Medyan)			
	Ort±Ss	4,44±1,55	5,33±1,61	p:0,005**
Duş sonrası 5-7 cm	Min-Mak	3-10 (6)	5-10 (8)	^a t:-7,420
	(Medyan)			
	Ort±Ss	6,25±1,58	8,23±1,10	p:0,001**
Duş sonrası 8-10 cm	Min-Mak	5-10 (9)	1-10 (10)	^a t:-4,576
	(Medyan)			
	Ort±Ss	8,44±1,47	9,69±1,31	p:0,001**
Fark (Son-İlk)	Min-Mak	-5-7 (3)	-2-7 (5)	^e Z:-3,537
	(Medyan)			
	Ort±Ss	2,98±2,14	4,37±1,78	p:0,001**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm dilatasyondaki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cmdilatasyondaki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

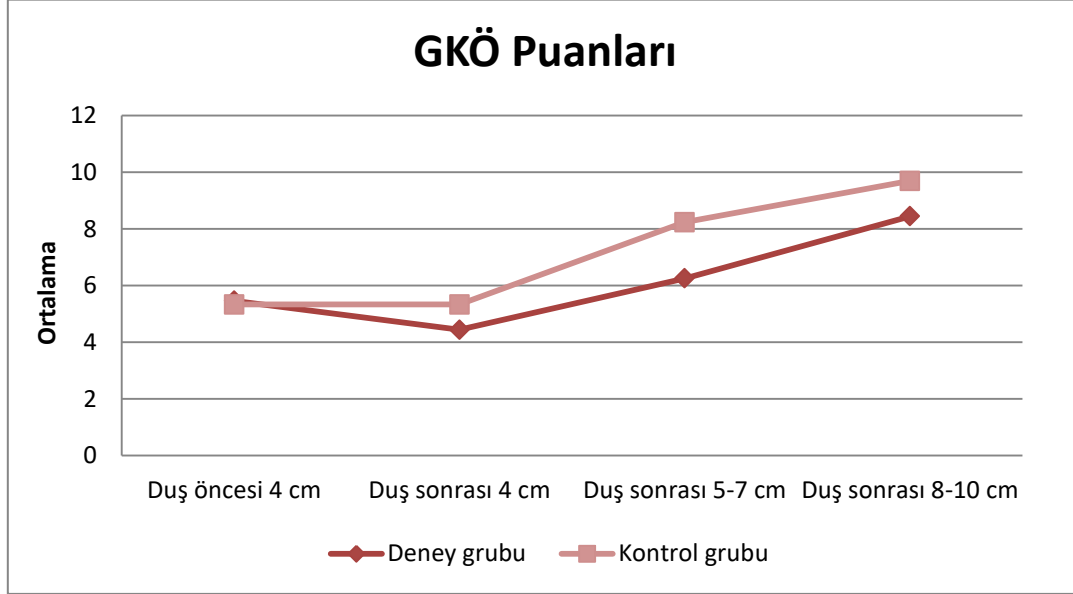
Gruplara göre duş öncesi 4 cm dilatasyondaki GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 4 cm dilatasyondaki GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,005; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 5-7 cm GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,001; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan düşük bulunmuştur.

GKÖ puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki ağrı artışı deney grubundan yüksek bulunmuştur.



Çizim 4.6.1.GKÖ Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.7. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Dağılımı

	Soru sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Durumluk anksiyete puanı			
Duş öncesi 4 cm		24-48 (34)	33,50±5,01
Duş sonrası 4 cm		25-56 (43,5)	41,77±9,62
Duş sonrası 5-7 cm	20	25-54 (41)	39,59±8,59
Duş sonrası 8-10 cm		22-55 (40,5)	39,81±9,35

Duş öncesi 4 cm dilatasyonda anksiyete puanları 24 ile 48 arasında değişmekte olup, ortalama $33,50\pm 5,01$; duş sonrası 4 cm dilatasyonda ise, anksiyete puanları 25 ile 56 arasında

değişmekte olup, ortalama 41,77±9,62; duş sonrası 5-7 cm dilatasyondaki anksiyete puanları 25 ile 54 arasında değişmekte olup, ortalama 39,59±8,59; duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki anksiyete puanları 22 ile 55 arasında değişmekte olup, ortalama 39,81±9,35'tir.

Genel olarak, Durumluk Anksiyete Ölçeği için elde edilen **Cronbach's Alpha katsayıları** sırasıyla **0,888; 0,938; 0,956** ve **0,958** olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Çizelge 4.8. Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

<i>Durumluk anksiyete puanı</i>		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	<i>Test değeri</i> P
Duş öncesi 4 cm	<i>Min-Mak</i>	25-43 (33,5)	24-48 (35)	^a t:1,335
	(<i>Medyan</i>)			
	<i>Ort±Ss</i>	32,85±4,12	34,15±5,73	p:0,185
Duş sonrası 4 cm	<i>Min-Mak</i>	25-43 (33,5)	44-56 (51)	^a t:25,996
	(<i>Medyan</i>)			
	<i>Ort±Ss</i>	32,85±4,12	50,69±2,74	p:0,001**
Duş sonrası 5-7 cm	<i>Min-Mak</i>	25-42 (32)	41-54 (48)	^a t:23,943
	(<i>Medyan</i>)			
	<i>Ort±Ss</i>	31,71±3,45	47,46±3,26	p:0,001**
Duş sonrası 8-10 cm	<i>Min-Mak</i>	22-46 (31)	40-55 (48,5)	^a t:23,609
	(<i>Medyan</i>)			
	<i>Ort±Ss</i>	31,25±3,91	48,37±3,48	p:0,001**
Fark (Son-İlk)	<i>Min-Mak</i>	-10-6 (-2)	-2-28 (15)	^e Z:-8,549
	(<i>Medyan</i>)			
	<i>Ort±Ss</i>	-1,60±4,26	14,21±5,90	p:0,001**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm dilatasyondaki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

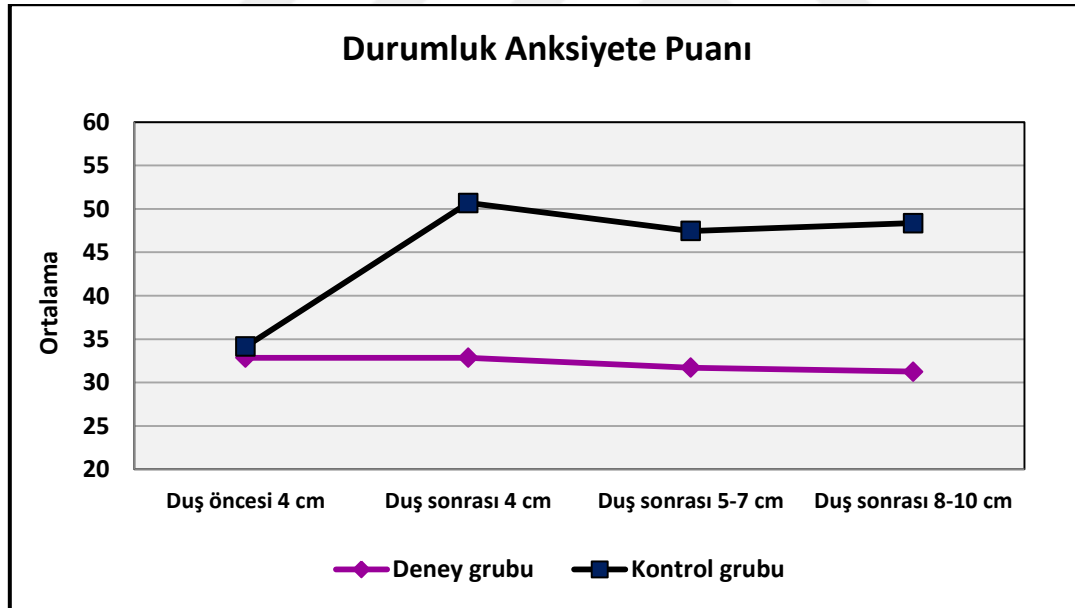
Gebelerin duş öncesi 4 cm dilatasyondaki durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gebelerin duş sonrası 4 cm dilatasyondaki durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubunun puanları deney grubundan yüksek bulunmuştur.

Gebelerin duş sonrası 5-7 cm dilatasyondaki durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubunun puanları deney grubundan yüksek bulunmuştur.

Gebelerin göre duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubunun puanları deney grubundan yüksek bulunmuştur.

Durumluk anksiyete puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki artış deney grubundaki düşüşten yüksek bulunmuştur.



Çizim 4.8.1. Durumluk anksiyete puanlarının karşılaştırılması

Çizelge 4.9. Doğum Konforu Ölçeği Puanlarının Dağılımı

		Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss
Fiziksel puanı	Duş öncesi 4 cm	4-20 (16)	15,27±3,91
	Duş sonrası 4 cm	4-20 (16)	15,69±3,95
	Duş sonrası 5-7 cm	4-20 (15)	14,24±4,21
	Duş sonrası 8-10 cm	4-20 (14)	13,38±4,52
Psikospritüel puanı	Duş öncesi 4 cm	2-10 (6,5)	6,30±2,99
	Duş sonrası 4 cm	2-10 (7)	7,10±2,74
	Duş sonrası 5-7 cm	2-10 (6)	5,88±2,86
	Duş sonrası 8-10 cm	2-10 (4)	5,36±2,74
Çevresel puanı	Duş öncesi 4 cm	8-15 (15)	13,43±1,94
	Duş sonrası 4 cm	7-15 (15)	13,87±1,75
	Duş sonrası 5-7 cm	8-15 (15)	13,83±1,89
	Duş sonrası 8-10 cm	7-15 (15)	13,79±1,93
Toplam puan	Duş öncesi 4 cm	17-45 (36)	35,00±6,59
	Duş sonrası 4 cm	17-45 (37,5)	36,65±6,58
	Duş sonrası 5-7 cm	15-45 (35)	33,95±7,13
	Duş sonrası 8-10 cm	13-45 (33)	32,52±7,37

Gebelerin duş öncesi 4 cm dilatasyondaki fiziksel puanları 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 15,27±3,91; duş sonrası 4 cm'deki fiziksel puanları 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 15,69±3,95; duş sonrası 5-7 cm fiziksel puanları 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 14,24±4,21; duş sonrası 8-10 cm'de fiziksel puanları 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 13,38±4,52'dir.

Gebelerin duş öncesi 4 cm'de psikospritüel puanları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 6,30±2,99; duş sonrası 4 cm'de psikospritüel puanları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama 7,10±2,74; duş sonrası 5-7 cm'de psikospritüel puanları 2 ile 10 arasında

değişmekte olup, ortalama $5,88 \pm 2,86$; duş sonrası 8-10 cm'de psikospiritüel puanları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalama $5,36 \pm 2,74$ 'tür.

Gebelerin duş öncesi 4 cm'deki çevresel puanları 8 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $13,43 \pm 1,94$; duş sonrası 4 cm'deki çevresel puanları 7 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $13,87 \pm 1,75$; duş sonrası 5-7 cm çevresel puanları 8 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $13,83 \pm 1,89$; duş sonrası 8-10 cm çevresel puanları 7 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama $13,79 \pm 1,93$ 'tür.

Gebelerin duş öncesi 4 cm'deki toplam konfor puanları 17 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama $35,00 \pm 6,59$; duş sonrası 4 cm'deki toplam konfor puanları 17 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama $36,65 \pm 6,58$; duş sonrası 5-7 cm'deki toplam konfor puanları 15 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama $33,95 \pm 7,13$; duş sonrası 8-10 cm'deki toplam konfor puanları 13 ile 45 arasında değişmekte olup, ortalama $32,52 \pm 7,37$ 'dir.

Takiplerde, doğum konforu ölçeği için elde edilen **Cronbach's Alpha katsayıları** sırasıyla **0,693; 0,747; 0,786** ve **0,796** olup, ölçeğin oldukça güvenilir olduğu söylenebilir.

Çizelge 4. 10. Doğum Konforu Ölçeği Fiziksel Puanlarının Karşılaştırılması

<i>Fiziksel puanı</i>		Deney grubu (n=52)	Kontrol grubu (n=52)	<i>Test değeri</i> P
Duş öncesi 4 cm	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	5-20 (17)	4-20 (15,5)	^e Z:-1,022
	<i>Ort±Ss</i>	15,73±3,50	14,81±4,27	p:0,307
Duş sonrası 4 cm	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	5-20 (17,5)	4-20 (15,5)	^e Z:-2,147
	<i>Ort±Ss</i>	16,58±3,43	14,81±4,27	p:0,032*
Duş sonrası 5-7 cm	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	4-20 (16)	4-20 (14)	^a t:2,814
	<i>Ort±Ss</i>	15,37±3,87	13,12±4,27	p:0,006**
Duş sonrası 8-10 cm	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	6-20 (15)	4-20 (11,5)	^a t:3,966
	<i>Ort±Ss</i>	15,02±3,62	11,73±4,76	p:0,001**
Fark (Son-İlk)	<i>Min-Mak</i> (<i>Medyan</i>)	-12-14 (-0,5)	-10-10 (-3,5)	^e Z:-3,052
	<i>Ort±Ss</i>	-0,71±4,61	-3,08±3,71	p:0,002**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm dilatasyondaki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

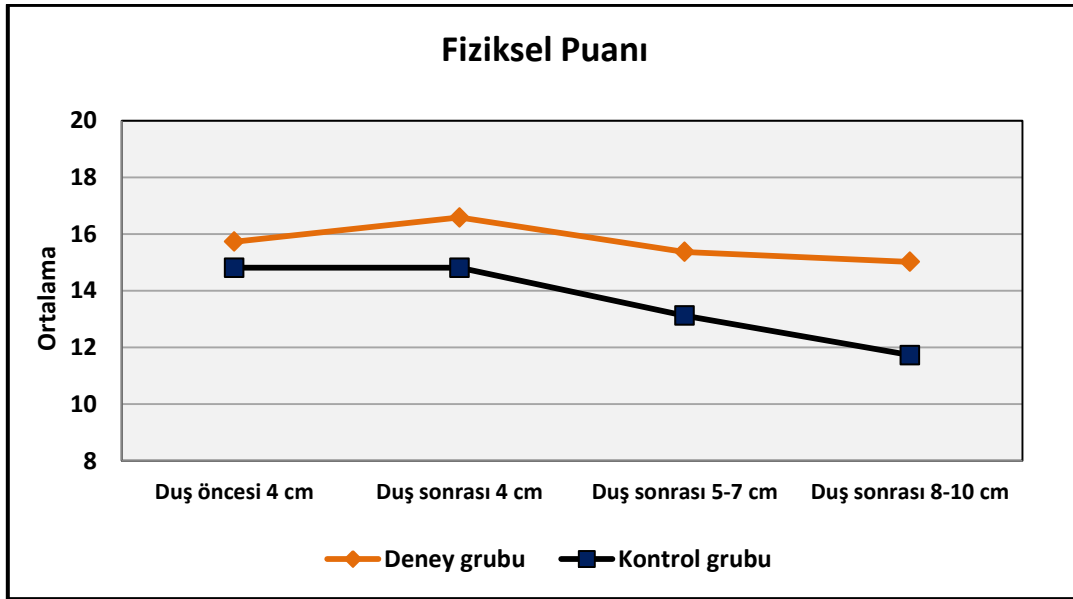
Gruplara göre duş öncesi 4 cm dilatasyondaki fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 4 cm dilatasyondaki fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,032; p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 5-7 cm'deki fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,006; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 8-10 cm'deki fiziksel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Fiziksel puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,002$; $p<0,01$); kontrol grubundaki düşüş deney grubundan yüksek bulunmuştur.



Çizim4.10.1.Doğum Konforu Ölçeği Fiziksel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.11. Doğum Konforu Ölçeği Psikospiritüel Puanlarının Karşılaştırılması

<i>Psikospiritüel puanı</i>		Deney grubu	Kontrol grubu	<i>Test değeri</i>
		(n=52)	(n=52)	P
Duş öncesi 4 cm	<i>Min-Mak</i>	2-10 (6)	2-10 (7)	^a t:-1,690
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	5,81±2,98	6,79±2,94	p:0,094
Duş sonrası 4 cm	<i>Min-Mak</i>	3-10 (7)	2-10 (7)	^a t:1,147
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	7,40±2,51	6,79±2,94	p:0,254
Duş sonrası 5-7 cm	<i>Min-Mak</i>	2-10 (6,5)	2-10 (4,5)	^a t:1,802
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	6,38±2,80	5,38±2,86	p:0,074
Duş sonrası 8-10 cm	<i>Min-Mak</i>	2-10 (5,5)	2-10 (4)	^a t:2,227
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	5,94±2,49	4,77±2,87	p:0,028*
Fark (Son-İlk)	<i>Min-Mak</i>	-6-8 (1)	-8-2 (-2)	^e Z:-3,959
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	0,13±3,16	-2,02±2,33	p:0,001**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm dilatasyondaki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

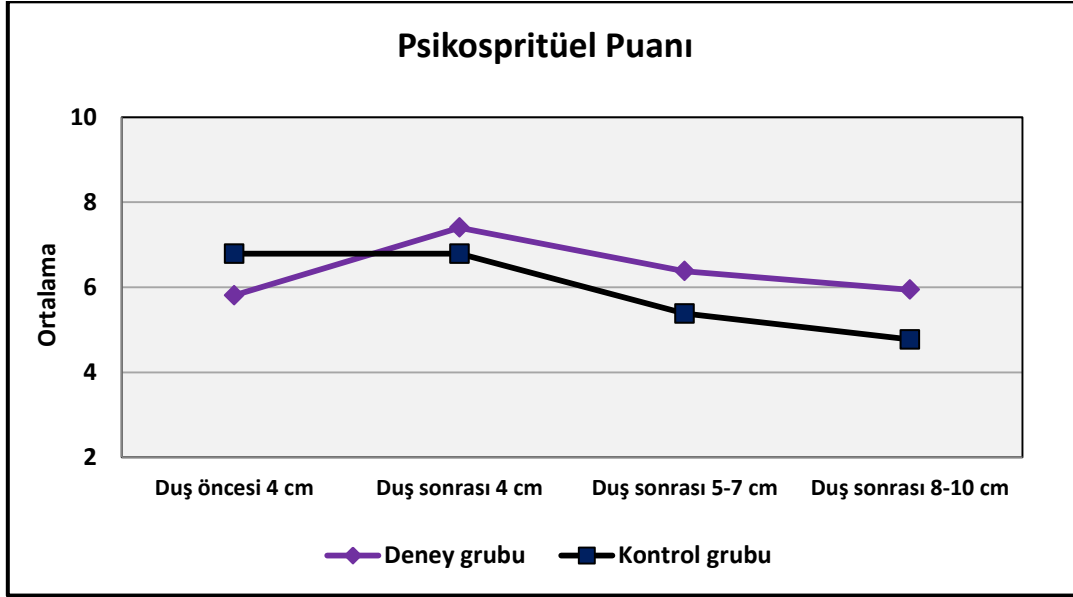
Gruplara göre duş öncesi 4 cm dilatasyondakipsikospritüel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 4 cm dilatasyondakipsikospritüel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 5-7 cm dilatasyondakipsikospritüel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken (p=0,074; p>0,05); deney grubu puanlarının kontrol grubundan yüksek olması dikkat çekicidir.

Gruplara göre duş sonrası 8-10 cm dilatasyondaki psikospiritüel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,028; p<0,05); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Psikospritu el puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki d şuő deney grubundaki artıştan yüksek bulunmuştur.



Çizim 4.11.1. Doğum Konforu  l eği Psikospriu el Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.12. Doğum Konforu Ölçeği Çevresel Puanlarının Karşılaştırılması

<i>Çevresel puanı</i>		Deney grubu	Kontrol grubu	<i>Test değeri</i>
		(n=52)	(n=52)	P
Duş öncesi 4 cm	<i>Min-Mak</i>	8-15 (15)	9-15 (14)	^e Z:-0,928
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	13,56±2,02	13,31±1,87	p:0,354
Duş sonrası 4 cm	<i>Min-Mak</i>	7-15 (15)	9-15 (14)	^e Z:-3,725
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	14,42±1,43	13,31±1,87	p:0,001**
Duş sonrası 5-7 cm	<i>Min-Mak</i>	9-15 (15)	8-15 (14)	^e Z:-3,843
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	14,52±1,29	13,13±2,14	p:0,001**
Duş sonrası 8-10 cm	<i>Min-Mak</i>	11-15 (15)	7-15 (14)	^e Z:-4,243
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	14,63±0,95	12,94±2,27	p:0,001**
Fark (Son-İlk)	<i>Min-Mak</i>	-3-7 (0)	-5-3 (0)	^e Z:-2,925
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	1,08±2,11	-0,37±1,74	p:0,003**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm'deki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cm'deki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

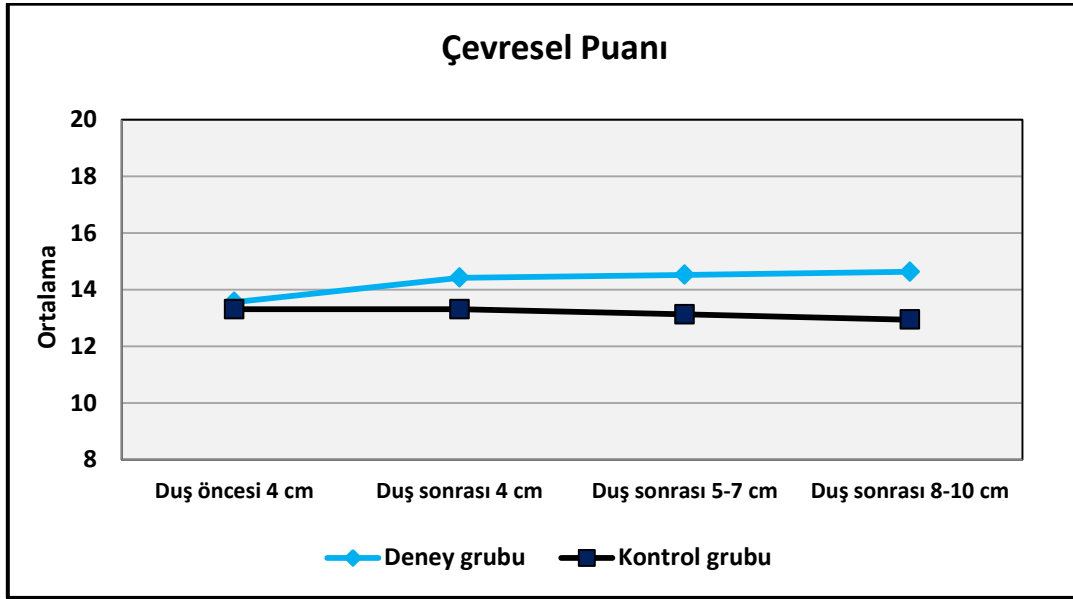
Gruplara göre duş öncesi 4 cm'deki çevresel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 4 cm'deki çevresel 1 puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,001; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 5-7 cm'deki çevresel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,001; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 8-10 cm'deki çevresel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Çevresel puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,003$; $p<0,01$); deney grubundaki artış kontrol grubundaki düşüşten yüksek bulunmuştur.



Çizim 4.12.1.:Doğum Konforu Ölçeği Çevresel Puanlarının Karşılaştırılması

Çizelge 4.13. Doğum Konforu Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

<i>Toplam konfor puanı</i>		Deney grubu	Kontrol grubu	<i>Test değeri</i>
		(n=52)	(n=52)	P
Duş öncesi 4 cm	<i>Min-Mak</i>	20-45 (35,5)	17-45 (36,5)	^a t:0,148
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	35,10±5,90	34,90±7,28	p:0,883
Duş sonrası 4 cm	<i>Min-Mak</i>	24-45 (38)	17-45 (36,5)	^a t:2,800
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	38,40±5,32	34,90±7,28	p:0,006**
Duş sonrası 5-7 cm	<i>Min-Mak</i>	15-45 (36,5)	15-45 (32)	^a t:3,487
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	36,27±6,19	31,63±7,32	p:0,001**
Duş sonrası 8-10 cm	<i>Min-Mak</i>	25-45 (35,5)	13-45 (29)	^a t:4,668
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	35,60±5,33	29,44±7,88	p:0,001**
Fark (Son-İlk)	<i>Min-Mak</i>	-14-19 (0)	-17-6 (-5)	^e Z:-4,278
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	0,50±7,25	-5,46±5,27	p:0,001**

İlk ölçüm: Duş öncesi 4 cm'deki ölçümler

Son ölçüm: Duş sonrası 8-10 cm'deki ölçümler

^aStudent t Test

^eMann Whitney U Test

**p<0,01

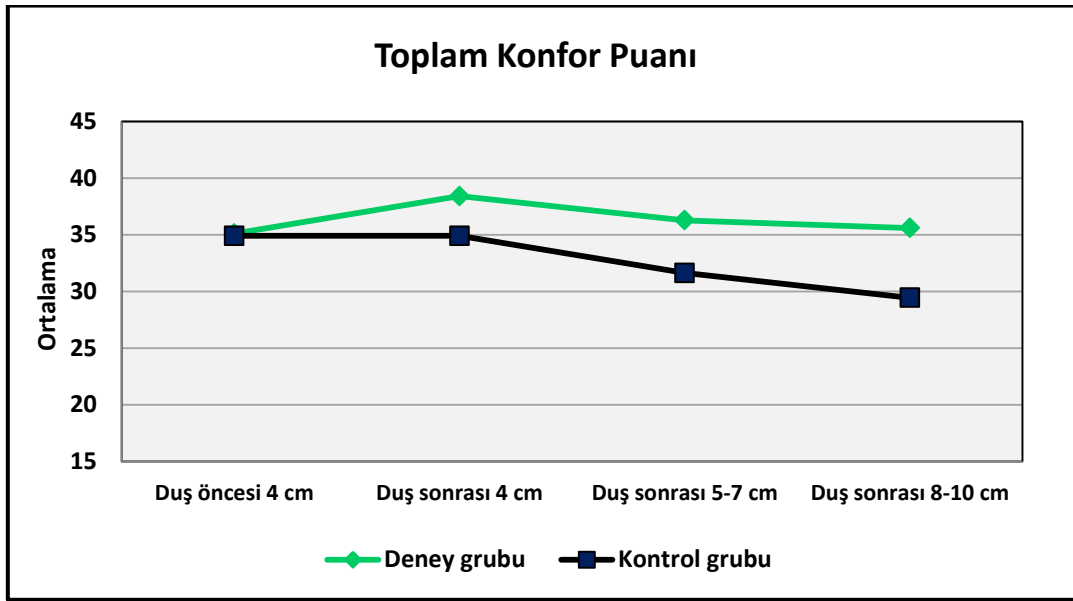
Gruplara göre duş öncesi 4 cm'deki toplam konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Gruplara göre duş sonrası 4 cm'deki toplam konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,006; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 5-7 cm'deki toplam konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup (p=0,001; p<0,01); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Gruplara göre duş sonrası 8-10 cm'deki toplam konfor puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Toplam konfor puanlarındaki değişimler gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekte olup ($p=0,001$; $p<0,01$); kontrol grubundaki düşüş deney grubundaki artıştan yüksek bulunmuştur.



Çizim 4.13.1. Doğum Konforu Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

5. TARTIŞMA

Bu çalışma doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla bir Eğitim Araştırma Hastanesi doğumhane biriminde Ocak 2019- Ağustos 2019 tarihleri arasında deneysel randomize kontrollü olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

5.1. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri,

5.2. Gebeliğe ilişkin özellikleri,

5.3. Doğum ve erken postpartum döneme ilişkin özellikleri,

5.4. Gebelerin Vital bulguları, GKÖ puanları ve doğum sürelerine ilişkin özellikleri,

5.5. Gebelerin durumluk anksiyete ölçeği puanları,

5.6. Gebelerin doğum konforuna ilişkin puanları olmak üzere toplam altı başlık altında tartışıldı.

5.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda katılımcıların tamamı primiparlardan oluşmaktadır. Gebelik haftaları ise; 37 ile 41,2 arasında değişmekte olup, ortalama $39,31 \pm 1,11$ hafta ve gruplara göre deney grubunun gebelik haftaları kontrol grubuna oranla biraz yüksek bulunmuştur ($p=0,040$; $p<0,05$) (Çizelge 1). Örneklem seçiminde randomizasyon yapıldığından bu farklılık önemsiz olarak değerlendirilmiştir.

5.2. Gebeliğe İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Gebeliklerin planlı olma durumu incelendiğinde ise, % 98,1'inin isteyerek ve planlı bir şekilde gebe kaldığı belirlenmiştir (Çizelge 2).

Gelişmiş ülkelerde gebeliklerin %20- % 40 plansız olduğu, USA(Amerika Birleşik Devletleri) 'da ise bu oranın % 45 olduğu bildirilmiştir(Gerds ve diğ. 2016).

Karaçam ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışma ise Türkiye'de postpartum dönemde 314 kadın ile görüşülmüş, 157 kadının gebeliklerinin plansız olduğu tespit edilmiştir (Karaçam ve diğ. 2011).

Kanığ ve Eroğlu'nun İstanbul ilinde yaptığı çalışmada gebeliklerin %71.4'ünün, Kartal ve Karaman'ın çalışmasında ise %81.8'nin, Özşahin ve arkadaşlarının çalışmasında ise planlı

gebelik oranının %80.7 olduğu belirtilmiştir (Kanığ ve Eroğlu 2019, Kartal ve Karaman 2018, Özşahin ve diğ. 2018).

Bolu'da yapılan bir çalışmada, annelerin %73,4'ünün (Bilgin Çıtak ve diğ. 2018), Gümüşhane'de ki çalışmalarında ise %79'nun gebeliklerinin planlı olduğu ve istedikleri belirtilmiştir (Yüksel Koçak ve Özcan 2018). Bağcı ve Altuntuğ'un Konya da yaptığı çalışmada annelerin %80,1'inin gebeliklerinin planlı olduğu (Bağcı ve Altuntuğ 2016) Konya'da 2019 yılında yapılan Can ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise gebelerin %66.9'unun gebeliklerinin planlı olduklarını ifade etmişlerdir (Can ve diğ. 2019).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre ise son 5 yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların veya halen süren gebeliklerin %75'i istendiği belirlenmiştir (TNSA 2018). Bizim çalışmamızda da kadınların % 98,1'i isteyerek ve planlı şekilde gebe kaldıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızın verilerinin diğer çalışmalar ve TNSA 2018 verilerinden biraz yüksek olduğu, bu sonuçların primigravidalardan ve öğrenim durumundan kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılan gebelerin boy ölçümleri ortalama $162,06 \pm 4,96$ cm; gebelik öncesi kilo ölçümleri ortalama $58,12 \pm 11,25$ kg; termdeki kilo ölçümleri ortalama $72,94 \pm 12,18$ kg; gebelikte alınan kilo ölçümleri ortalama $14,95 \pm 6,15$ kg; gebelik öncesi BKİ ölçümleri ortalama $22,11 \pm 4,21$ kg/m²; termedeki BKİ ölçümleri ortalama $27,76 \pm 4,39$ kg/m² olarak belirlenmiştir (Çizelge 2).

Ata ve Şahin'in 2015 yılında yaptıkları çalışmada, gebelikten önceki kilo ortalaması $61,58 \pm 10,66$ kg, gebelikten önceki Beden Kitle İndeksi (BKİ) ortalaması, $28,92 \pm 1,40$ ve gebelikte alınan kilo ortalaması $15,68 \pm 5,09$ kg olarak bulunmuştur (Ata ve Şahin 2015).

Dağışkiran'ın İzmir'de yaptığı çalışmada ise, gebe kadınların gebelik başlangıç BKİ ortalaması $25,99 \pm 4,74$ olup, gebelik başlangıç BKİ sınıflamasına göre yarısı fazla kilolu (%30,9) ve obez (%18,3) olarak belirlenmiştir (Dağışkiran 2015).

Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM), 2009 yılında DSÖ'nün obezite sınıflandırmasını temel alarak, gebelikte farklı BKİ düzeylerine göre kilo alımını düzenleyen bir öneri kılavuzu yayınlamıştır. Bu sınıflandırmaya göre, gebelik boyunca 'zayıf' olanların 12.5–18 kg, 'normal' olanların 11.5–16 kg, 'fazla kilolu' olanların 7–11.5 kg, 'obez' olanların ise 5–9 kg almaları önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü 2016, verilerine göre ise, yetişkinlerin DSÖ tahminlerine göre, 2016 yılında dünya genelinde, yetişkinlerin %39'u fazla kilolu ve %13'ü

obezdir (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> erişim tarihi: 22.11.2019)

Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokronolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması (TURDEP-II) ise obezite sıklığı Türkiye 'de genel toplumda %35 (kadın % 44, erkek %27) bulmuştur. Obezite prevalansı kadınlarda %34, erkeklerde ise %107 oranında artmıştır (Salman 2010).

Gebelikte obezite dünya genelinde giderek artmakta, örneğin İngiltere'de gebelerin %20' ndan daha fazla kadını etkilediği ve gebeliğin en sık görülen morbidite nedeni olduğu bildirilmektedir. ABD' de gebe kadınların % 2'nde bir BKI< 18,5 ve % 50'den fazlasında BKI> 25'in üzerindedir. Bu nedenle BKI popülasyonlar arasında farklılık göstermektedir (Yazdani ve diğ. 2012).

Maternal obezite, gestasyonel diyabet, hipertansif ve gestasyonel diyabet gibi komplikasyonlarla artmış olan preeklampsi, tromboembolik komplikasyonlar, operatif doğum, geç doğum, doğumda yaralanma, yenidoğan ünitesine kabul gibi maternal ve neonatal morbidite ve mortalite riskleri ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, maternal obezitenin kadınlar, yenidoğanlar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve yöneticileri için ciddi bir klinik ve ekonomik yük getirdiği de unutulmamalıdır (Denison ve diğ. 2014).

Dünya ve ülke genelinde gebelikte obezite oranlarını ve obeziteye bağlı komplikasyonların ve yükleri azaltmak için sağlık profesyonelleri için hazırlanan rehberler dikkate alınmalı ve gebeler bu konuda bilgilendirilerek obezite ile mücadele edilmelidir.

Çalışmamızda da benzer şekilde olguların gebelik BKİ "normal" ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebelikteki BKİ ve aldıkları kilolar diğer çalışmalarla benzer nitelikte olup, obezite sınırında olmaması sevindiricidir (Bulut ve Mihmanlı 2014, Okulu ve diğ. 2014).

Çalışmamızda gebelikte ilaç kullanma oranı %98,1 (n=102) olup; ilaç kullananların %4,8'i (n=5) folik asit ve %93,7'si (n=97) vitamin kullandığını belirtmiştir (Çizelge 2). Gebelikte ilaç kullanımını sıklıkla ve bu sıklıkla giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalarda gebelerin %80-90'ının en az bir reçeteli ya da tezgâh üstü satılan ilaç kullandıkları belirtilmektedir (Lupattelli ve diğ. 2014, Miral ve Beji 2017, Kaplan ve diğ. 2014).

Gebelikte en sık kullanılan ilaçlar multivitaminler ve demir ilaçlarıdır (Zorlu ve Arı 2006, Miral ve Beji 2017). Bizim çalışmamızda da en fazla kullanılan ilaçlar multivitaminler olarak belirlenmiş olup, bulgularımız literatür ile uyumludur.

Gebelerin tümü gebelikte kontrole gitmiştir (Çizelge 2). Gebelikte çoğunluğun hastaneye kontrole gittiği %99,0 (n=103), %1,0 aile hekimine gittiği belirlenmiştir. Yine benzer şekilde Can ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastanede kontrole girme oranı % 88.1 olarak belirlenmiştir (Can ve diğ. 2019). Karakaya ve Coşkun'un 2013 yılında Diyarbakır ilinde yaptığı çalışmada ise gebelerin %75.8'inin en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir (Karakaya ve Coşkun 2013).

TNSA 2018 verilerine göre doğuda doğum öncesi bakım almayanların oranı %3,6'dır. Görüldüğü gibi ülkemizde hâlâ gebelikte doğum öncesi bakım alma oranlarında bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. TNSA 2018 verilerine göre ise, kadınların %96.4'ünün doğum öncesi bakımı bir sağlık görevlisinden aldığı (doktor, hemşire veya ebe) ve yine kadınların %90'ının dört ya da daha fazla kez doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir (TNSA 2018)

Bizim çalışmamızda, gebelikte kontrole gitme sayıları ise 6 ile 25 arasında değişmekte olup ortalama $13,45 \pm 3,15$ olarak bulunmuştur (Çizelge 2). Verilerimiz TNSA 2018 verilerinden biraz yüksek olup, bölgesel sağlık hizmetlerinin sunumu, ekonomik ve eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda gebelik/doğuma hazırlık sınıfına giden ve doğum ağrısı hakkında bilgi alan kişi bulunmamaktadır. Çalışmanın yürütüldüğü hastanede gebe okulu bulunmakla birlikte, çalışmaya eğitim alanların doğum ağrısı ve konfor düzeyleri etkilenebileceği düşünüldüğünden eğitim alanlar örnekleme dahil edilmemiştir.

Doğum korkusu yaşayan gebelerin oranı %87,5 (n=91) iken, %12,5'i (n=13) herhangi bir korku yaşamadığını ifade etmiştir (Çizelge 4.2). Sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmelerle birlikte gebelik, doğum ve doğum sonu döneminde günümüzde nispeten daha az komplikasyonlar görülmesine karşın, birçok kadın bu süreçlere ilişkin korku yaşamaktadır. Kabul edilebilir düzeydeki korkunun doğuma hazırlanmakta yardımcı olduğu, ancak bu korku şiddetli boyutlara ulaşırsa “**tokofobi**” şeklinde depresyona kadar olumsuz etkilediği literatürde bildirilmektedir (Bektaş ve diğ. 2018).

Britanya'da gebelerin %25'inin İsveç'te %21,6'sının, Norveç'te %33'ünün orta düzeyde doğum korkusu yaşadığı belirlenmiştir (Stoll ve Hall 2012). Dönmez ve arkadaşlarının

yaptıkları çalışmada ise gebelerin %58.5'inin doğumdan korktuğu saptanmıştır (Dönmez ve ark, 2014)

Son yıllarda doğum korkusu ile ilgili çalışmalar giderek artmakta ve doğum korkusunu değerlendiren pek çok ölçek kullanılmaktadır. Ülkemizde Şahin ve arkadaşlarının doğum korkusuna özgü ölçekle yaptıkları çalışmada, doğum korkusunun yüksek ($85,63 \pm 13,76$) olduğu bulunmuştur (Şahin ve diğ. 2009).

Subaşı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise doğum korkusu yüksek seviyede, Şahin arkadaşlarının (2019) Sakarya ilinde yılında yaptıkları çalışmada ise yine doğum korkusu yüksek ($74,28 \pm 33,14$) seviyede bulunmuştur (Subaşı ve diğ. 2013, Şahin ve diğ. 2019). Türkiye'de de antenatal eğitim sınıflarında verilen eğitimin doğum korkusuna etkisini inceleyen çalışmalarda, eğitim öncesi korku puan ortalamalarının 53-66,4 arasında değiştiği ve sonuç olarak kadınların genellikle yüksek düzeyde doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (İsbir ve diğ. 2016, Bektaş ve diğ. 2018).

Güleç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise orta seviyede, Bülbül ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise doğum korkusunun orta seviyede olduğu, bu farklılığında örneklem, gebelik sayısı ve kültürel faktörlerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (Güleç ve diğ. 2014, Bülbül ve diğ. 2016).

Bektaş ve arkadaşlarının (2018) yılında ise yaptıkları çalışmada ise doğuma hazırlık eğitimi öncesi doğum korkusu ölçek puan ortalamasının ($78,49 \pm 7,06$) (ağır) olduğu, eğitim sonrası ise ortalama puanların 10-30 puan düşerek, 30-50,8 puan aralığında olduğu bildirilmiştir (Bektaş ve diğ. 2018).

Norveç'te Adams ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, orta seviyede ($56,66 \pm 19,49$), Storksen ve arkadaşlarının yine orta seviyede ($56,8 \pm 20,1$), Rouhe ve arkadaşlarının Finlandiya'da yüksek seviyede ($68,3 \pm 21,1$) olduğu saptanmıştır (Hall ve diğ. 2009, Storksen ve diğ. 2013, Adams ve diğ. 2012, Rouhe ve diğ. 2009).

Görüldüğü gibi doğum korkusu ülkeler ve bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Bizim çalışmamızda da doğum korkusu yaşama oranı %87,5 gibi yüksek olup, gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Çizelge 2). Oranların yüksek olmasının çalışmamıza primipar, doğuma hazırlık sınıflara katılmayan gebelerin alınması ve kültürel faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebelere normal yaşantısında ağrısı olduğunda ağrıyı gidermek için yaptığı uygulamalar sorulduğunda; %17,3'ü (n=18) hiçbir yöntem uygulamadığını, %11,5'i (n=12) masaj yaptığını, %21,2'si (n=22) sıcak uygulama yaptığını, %37,5'i (n=39) ağrı kesici ilaç aldığını, %9,6'sı (n=10) farklı şeylerle uğraşarak dikkatini dağıttığını ve %2,9'unun ise (n=3) müzik dinleyerek rahatladığını belirtmişlerdir (Çizelge 2). Ağrının kontrolünde farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemler kullanılır. Son yıllarda farmakolojik olmayan yöntemlerin kullanımı giderek artmaktadır (Özveren 2011). Koçoğlu ve Özdemir'in yetişkin nüfus ile yaptıkları çalışmada katılımcıların en çok kullandıkları ağrıyla baş etme yöntemleri incelendiğinde, ilk üç sırada doktor tarafından önerilen ağrı kesici kullanmak, doktora başvurmak ve ağrılı bölgeye masaj yapmak gibi yöntemlerin kullanıldığı görülmektedir (Koçoğlu ve Özdemir 2011). Bir başka çalışmada da, ağrıların gidermede seçilen yöntemlere bakıldığında, %30.3'ünün ağrı kesici alma, %15.4'ünün dinlenme-uyuma, %15.1'inin sıcak uygulama, %13.2'sinin dikkati başka yöne çekme, %6.3'ünün masaj ve %3.5'inin müzik dinleme gibi tekniklerin uyguladığı saptanmıştır (Özveren ve Uçar 2009).

Çalışmamızda da ağrıyı gidermede genel olarak tercih edilen yöntemler gruplara göre anlamlı farklılık göstermemekle birlikte, literatür ile uyumludur ($p>0,05$).

5.3. Doğum ve Erken Postpartum Döneme İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Deney grubunun %84,6'sının ve kontrol grubunun %80,8'inin normal doğum yaşadığı, deney grubunun %15,4'ünün ve kontrol grubunun %19,2'sinin ise müdahaleli doğum yaşadığı belirlenmiştir. Gruplara göre doğum şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3).

Günümüzde doğum eyleminde en çok kullanılan müdahaleler, epizyotomi, amniyotomi, oksitosin indüksiyonu ve sezaryendir (Erenel ve Çiçek 2018). Özellikle son yıllarda vaginal doğumlarda müdahale oranları azaldıkça sezaryen doğum oranları giderek artmaktadır (Fidan ve diğ. 2018).

DSÖ'ünün ise optimal sezaryen önerisi ise %10- %15 arasındadır (WHO 2015). Ülkemizde ise, 2016 yılı içinde tüm doğumlar içinde sezaryen doğum hızı %53,1 olarak belirlenirken; primer sezaryen oranı ise %26,4'tür. 2015 yılında Türkiye OECD ülkeleri arasında sezaryen doğum oranlarında birinci sırada yer almıştır (Karabel ve diğ. 2017). (https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf)

Bizim çalışmamızda ise, çalışmanın yürütüldüğü kurum 2017 yılında anne dostu hastane ünvanı almış olup, kurumsal olarak da primer sezaryen oranları ayrıca düşüktür. Oysa son yıllarda dünya’da ve ülkemizde sezaryen oranları giderek artmakta, bu oranın her yıl %3,7’lik artış gösterdiği bildirilmektedir (Boerma ve diğ. 2018).

Ülkemizde gebelere antenatal eğitim ve danışmanlık sağlanması, sezaryen doğumun güvenli bir şekilde azaltılması, daha doğru ve uygun travay/doğum yönetimi için ebelik ile ilgili düzenlemelerin hayata geçirilmesi ve non farmakolojik yöntemlerin yaygınlaştırılması ile bu oranların azaltılabileceği düşünülmektedir (Karahana 2018).

Çalışmamızda, epizyotomi uygulanma durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemekle birlikte ($p>0,05$); deney grubunda daha az (%94,2) kontrol grubunun ise tamamına epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir (Çizelge 3).

Bu nedenle deney grubunda laserasyon oranı da kontrol grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,027$; $p<0,05$). Ayrıca deney grubundaki bebek kiloları kontrol grubuna göre hafif yüksek bulunduğundan ve epizyotomi uygulanmadığından laserasyon görülme oranının arttığı düşünülmektedir.

Epizyotomi, normal vajinal doğumda en fazla uygulanan cerrahi müdahalelerden biridir. DSÖ epizyotomiye rutin olarak kullanılmaması, yapılan çalışmalar da epizyotominin rutin uygulamadan çıkarılması, sınırlandırılması ve gerekli olduğu durumlarda yapılmasını önermektedir (Yıldız 2019).

Yapılan çalışmalarda epizyotomi sıklığı nulliparlar için %54 ile %92.3 arasında, multiparlar için %6 ile %12 arasında değişmektedir (Nuran 2018).

Ülkemizde epizyotomi uygulanma sıklığı gelişmiş ülkelerden farklı olup; geleneksel olarak primiparlarda rutin, multiparlara ise gerektiğinde epizyotomi uygulandığı bilinmektedir (Karaahmet ve Yazıcı 2017, Karaçam ve diğ. 2014, Karaçam 2008).

Kayseri ilinde yapılan bir çalışmada ise, 2011-2012 yıllarında toplam epizyotomi oranı %88,6, nulliparlarda bu oranın %89,7 ve multiparlarda %87,7 olduğu belirlenmiştir (Kütük ve diğ. 2013).

Ülkemizde epizyotomi uygulanma sıklığına yönelik mevcut çalışmalar incelendiğinde nullipar için %92 ile %96,7 multipar için ise %51,8 ile %72 arasında olduğu söylenebilir (Kaya ve Demirel 2018). DSÖ ve diğer uluslararası kuruluşların önerileri ile epizyotomi rutin

uygulanmamalıve epizyotomi insidansını azaltmaya yönelik sunulan kanıtlar eşliğinde ebeler tarafından perine masajı, perineye sıcak uygulama, doğum pozisyonları, el manevraları ve aktif ıkınma yöntemlerini kullanmaları tavsiye edilmektedir (Kaya ve Demirel 2018).

Bizim çalışmamızda da epizyotomi oranı kontrol grubunda yüksek, deney daha grubunda ise daha düşük bulunmuştur. Bizim sonuçlarımızın da, doğumun birinci evresinde yapılan sıcak duşun epizyotomi oranını azaltabileceği görülmüş olup konu ile ilgili gelecekte bu ilişkiyi inceleyen daha çok araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan annelerin yenidoğanlarının özellikleri incelendiğinde, gruplara göre yenidoğan 1.dakika ve 5.dakika Apgar skorları ve cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Çizelge 3).

Güloğlu ve arkadaşlarının yaptığı 8 yılı kapsayan bir çalışmada, kız bebek oranının %49, erkek bebek sayısının ise, %51 olduğu belirlenmiştir (Güloğlu ve diğ. 2007).

İzmir'de yapılan bir başka çalışmada ise, kız ve erkek bebek oranlarının %50 olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, kontrol grubunda erkek bebek oranının %51,9 olduğu, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamış, literatür ile uyumlu bulunmuştur ($p>0,05$).

Yenidoğanların gruplara göre kiloları karşılaştırıldığında ise, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,025$; $p<0,05$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (Çizelge 3). Çalışmamızda randomizasyon yapıldığından bu değişkenin önemli olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda, gruplara göre yenidoğan 1.dakika ve 5.dakika Apgar skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (D: $8,13\pm0,40$, K: $8,19\pm0,40$, $p>0,05$) (Çizelge 3). Liu ve arkadaşlarının (2014), Çin'de yaptıkları çalışmada ve diğer çalışmalarda, suyun yenidoğan sağlığı ve apgar skorları üzerine etkisi olmadığı belirtilmiş, Cluett ve Burns (2012) tarafından da, hidroterapi uygulamalarının fetüs ve yenidoğana ait olumsuz etkilerin arttığına dair hiçbir kanıtın olmadığı vurgulanmıştır.

Davies ve arkadaşlarının (2015) suda doğumun anne ve yenidoğan sağlığı üzerine yaptıkları çalışmada, düşük riskli kadınlarda suda doğumun, neonatal zararlarına yönelik herhangi bir kanıt bulunmadığı belirtilmiştir (Davies ve diğ. 2015).

Vanderlaan ve arkadaşlarının yaptıkları sistematik derleme ve metaanalizde, 39 çalışma incelenmiş, suda doğum ile karadaki doğumlar karşılaştırıldığında, neonatal sonuçlar açısından fark olduğuna dair yeterli kanıt bulunamamıştır (Vanderlaan ve diğ. 2017).

Tosun'un 2019 yılında yaptığı çalışmada ise, sıcak duş uygulamasının yenidoğan apgar skorları üzerine etkisi olmadığı belirlenmiştir (Tosun 2019).

5.4.Gebelerin Vital Bulguları, GKÖ Puanları Ve Doğum Sürelerinin Tartışılması

Gruplara göre ilk vücut ısısı ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,760$; $p>0,05$). Gruplara göre son ateş ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun ölçümleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur (Çizelge 4).

Gruplara göre sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlendirildiğinde, ilk ölçümler arasında farklılık bulunmamakla birlikte, ancak son sistolik tansiyon ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiş olup, ($p=0,001$; $p<0,01$); deney grubunun değerleri kontrol grubundan düşük bulunmuştur (Çizelge 4).

Literatürde sıcak duş uygulamasının periferik vazodilatasyonu sağladığı, kan akışını hızlandırdığı ve kas gevşemesini sağladığı belirtilmektedir. Fizyolojik olarak su ayrıca, hidrostatik basınç etkisi ile kan basıncı, ödem azalır ve sıvıyı ekstrasvasküler alandan intravasküler alana taşınmasına yardım eder. Ayrıca sıcak duşun vasopressin, oksitosin ve diğer stres hormonlarını etkileyerek doğum sırasındaki vücut ısısını, maternal sistolik ve diyastolik kan basınçlarını azalttığı bildirilmektedir sıcak su ile duş uygulanan deney grubunun kan basıncı ve vücut ısısına ilişkin bulgularımız literatür ile uyumludur (Tuncay ve diğ. 2019, Benfield ve diğ. 2010, Silva ve diğ. 2007, Cowan ve diğ. 2017).

Hidroterapinin doğum ağrısını azalttığı çok eski yıllardan itibaren bilinmektedir. İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Enstitüsü (NICE) (2016) sağlıklı kadınlar ve bebekler için intrapartum bakım rehberinde, doğumda hidroterapi uygulamalarını ve suda doğumu önermektedir. Ancak, kadının vücut ısısını ve suyun saatlik olarak izlenmesini ve uygun mekanizmalar kullanarak banyoların ve havuzların temiz tutulmasını ve analjezik tedavisi alan kişilerde ise kontrendike olduğunu vurgulamaktadır (NICE, 2016).

Yine, Amerikan Ebe ve Hemşireler Derneği (ACNM) 2014 yılında hidroterapinin doğum ağrısını azaltmada güvenli ve etkili bir non-farmakolojik yöntem olarak kullanılabileceğini önermektedir (ACNM, 2014)

Dünya Sağlık Örgütü de, doğumda ağrının yönetilmesinde, farmakolojik olmayan yöntemlerin daha güvenli ve daha az invaziv olması nedeniyle kullanılmasını tavsiye etmektedir (DSÖ 2018).

Son yıllarda sıcak duş uygulamalarının, daha kolay, ekonomik, memnuniyet ve konforu artırması nedeniyle kadınlar arasında giderek popüler bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Lee ve diğ. 2013, Munoz- Selles ve diğ. 2013, Ak ve diğ. 2018).

Dünya’da doğumda banyo ya da hidroterapi uygulamaları, gevşemeyi sağlayan, anksiyeteyi ve ağrıyı azaltan uygulamalar şeklinde tanımlanmaktadır (Benfield ve diğ. 2010, Karakaya ve diğ. 2016, Benfield ve diğ. 2018, Battista 2018).

Araştırmalar, hidroterapinin, vazopressin seviyesini düşürdüğünü, uterin perfüzyonunu arttırdığını ve daha az ağrılı kasılmalara yol açtığını göstermiştir (Liu et al., 2014; Romia & Adham, 2014;). Ayrıca sıcak duş uygulaması ile kolay pozisyon değişikliği sağlandığı ve kadının doğumda kendi kontrol duygusunu arttırdığı belirtilmiştir (Benfield et al., 2010).

Literatürde Lopes ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları bir sistematik incelemede, 14 çalışma analiz edilmiş, çalışmalarda özellikle birinci evredeki ağrının azaltılmasında sıcak duşun etkin olduğu vurgulanmıştır (Lopes ve diğ. 2018, Santana ve diğ. 2013, Barbieri ve diğ. 2013, Lee ve diğ. 2013, Benfield ve diğ. 2010, Silva ve diğ. 2007, Cowan ve diğ. 2017, Stark 2013).

Vargens ve arkadaşlarının (2013) yılında yaptıkları sistematik incelemede, 21 çalışma incelenmiş, sıcak duş uygulamasının ağrıyı azalttığı belirlenmiştir (Vargens ve diğ. 2012).

Lee ve arkadaşlarının ise 2013 yılında yaptıkları çalışmada ise, sıcak duşun, olumlu fiziksel hijyen etkilerinin yanı sıra, ağrıyı azaltmada etkin olduğu, uygun maliyetli, kullanışlı ve kullanımı kolay bir yöntem olduğu belirtilmiştir (Lee ve diğ. 2013).

Liu ve arkadaşlarının (2014) Çin’de yaptıkları çalışmada suya dalma şeklinde hidroterapi uygulanmış, deney grubunda ağrı ortalamasının anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir (Liu ve diğ. 2014).

Henrique ve arkadaşlarının Brezilya'da (2016) yaptıkları çalışmada, 128 kadın birinci grup (n:44) gebeye sıcak banyo uygulanmış, ikinci grup gebeye (n:45) İsviçre topu, üçüncü grup gebeye ise (n:39) sıcak banyoda top uygulaması yapılarak doğum sonuçları karşılaştırılmış, sıcak banyo ve top uygulamasının ağrıda daha etkin olduğu belirlenmiştir (Henrique ve diğ. 2016).

Tuncay ve arkadaşlarının Türkiye'de yaptığı çalışmada ise küvette hidoterapi uygulamanın aktif faz ve ikinci evrede yaşanan ağrı düzeyi üzerine etkisi incelenmiş ve hidroterapi uygulanan grupta anlamlı bir şekilde ağrının azaldığı bulunmuştur (Tuncay ve diğ. 2019).

Fahamai ve arkadaşlarının 2011 yılında İran'da yaptıkları çalışmada ise su uygulaması sıcak su şişleri ile yapılmış, birinci evrede sırta, ikinci evrede ise perineal alana uygulanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre birinci ve ikinci evrede ağrı şiddetinde belirgin bir azalma olduğunu bildirilmiştir ($p < 0.001$) (Fahami ve diğ. 2011).

Romia ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışmada ise (2014), 100 kişi çalışmaya alınmış, sıcak duş uygulaması yapılan deney grubunun ağrı düzeylerinin ($p = 0.011$) anlamlı derecede azaldığı ve sıcak duşun, doğum ağrısını azaltmada önemli bir belirteç olduğu vurgulanmıştır (Romia ve El-Adham 2014).

2019 yılında Cavalcanti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise 44 sıcak banyo, 45 doğum topu ve 39 sıcak banyo ve doğum topu birlikte uygulanmış, sıcak duş kullanılan tüm gruplarda ağrı ve anksiyete puanlarının azaldığı belirlenmiştir (Cavalcanti ve diğ. 2019).

Bizim çalışmamızda isegruplara göre duş öncesi 4 cm'de, ağrı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken, duş sonrası deney grubunun kontrol grubuna oranla ağrı puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir ($p=0,005$; $p<0,01$).

Gruplara göre duş sonrası, (5-7 cm $p=0,001$; $p<0,01$); 8-10 cm'de ağrı puanları anlamlı farklılık göstermekle birlikte ($p=0,001$; $p<0,01$), deney grubunun puanlarının kontrol grubundan daha düşük olduğu bulunmuştur (Çizelge 4.6, Çizim 4.6.1.)

Sonuç olarak sıcak duş uygulamasının ağrı skorlarını azaltmada 4 cm'den itibaren etkin ve literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda, sıcak duş uygulama süresi (saat) (n=52) , ortalama süresi, $6,25 \pm 3,13$ saat olarak bulunmuştur. Çalışmamız DSÖ doğumdaki latent ve aktif faz sürelerini yeniden

tanımladığı (2018) tarihten önce veri toplanmaya başlandığı için, aktif faz süresi (4-8 cm), geçiş fazı ise (8-10 cm) olarak ele alınmıştır.

Çalışmamızda aktif faz süresi ortalaması, deney grubunun 5,51±1,91saat iken, kontrol grubunun ise 5,18±1,39 saat olarak belirlenmiştir. İki grup arasında aktif faz süreleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Z:-0,500^P 0,617) (Çizelge 4.4.)

Çalışmamızda geçiş faz süresi ortalaması ise deney grubunun 1,70±0,72, saat, kontrol grubunun ise 2,08±1,08 saat olarak belirlenmiştir. İki grup arasında geçiş faz süreleri açısından da anlamlı farklılık bulunmamıştır (z:-2,093,p ^e0,036). (Çizelge4.4)

Çalışmamızda toplam doğum süresi (saat) ortalaması ise deney grubunun 7,25±2,33, kontrol grubunun ise 7,22±1,78 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında geçiş faz süreleri açısından da anlamlı fark bulunmamıştır. (t:0,057, ^a0,955). (Çizelge 4.4)

Eckert ve arkadaşlarının Avustralya’da yaptığı çalışmada, doğumun I. Evresinde suya dalmanın doğum süresi üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir (Eckert ve diğ. 2001).

Literatürde su ile ilgili yapılan ilk çalışmalarda, hidroterapinin servikal dilatasyon, doğumun ilerlemesi ve süresi üzerine önemli bir etkisi olmadığını tespit etmiştir (Benfield 2001, Silva ve diğ. 2007, Ohlsson ve diğ. 2001).

Ancak, daha sonraki yıllarda yapılan 12 suya daldırma ile yapılan randomize kontrollü (n = 3243 kadın) çalışmalarınanaliz edildiği sistematik bir incelemede, yazarlar daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmasına rağmen, doğumun ilk evresinde suya dalma yönteminin, doğumun ilk evre süresini ortalama 33 dakika azalttığı bildirilmiştir (Cowan ve diğ. 2017).

Yine, Henrique ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptıkları çalışmada banyo ile doğum topu uygulamaları karşılaştırılmış, banyo uygulanan grubun doğum sürelerinin 41.18 dakika kısaldığı belirlenmiştir (Henrique ve diğ. 2016).

Bizim sonuçlarımızda sıcak duş uygulamasının doğum sürelerini etkilemediği ortaya çıkmıştır. Doğum süresini etkileyen pek çok faktör bulunur. Bizim çalışmamızdaki farklılığın suyun uygulama şekli ve süresi, uygulamaya 4 cm’de başlanması, doğumda kullanılan pozisyonlar gibi nedenlerden etkilenebileceği ve bu nedenle daha geniş örneklem grupları ile yapılan çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.5. Gebelerin Durumluk Anksiyete Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Çalışmalar hidroterapinin kas gevşemesini arttırdığı, katekolamin salınımını azalttığı, endorfinleri artırarak, kaygı ve anksiyeteyi azalttığı ve katılımcıların doğum memnuniyetlerini arttırdığı göstermiştir (Benfield ve diğ. 2010; Romia ve Adham, 2014, Santana ve diğ. 2013, Hauck ve diğ. 2006, Waldenstrom 2003).

Romia ve arkadaşlarının İran'da yaptıkları çalışmada (2014), deney grubuna sıcak duş uygulaması yapılmış, deney grubunun anksiyete düzeylerinde ($p = 0.018$) anlamlı derecede azaldığı, ancak her iki grup arasında yorgunluk düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir (Romia ve El-Adham 2014).

Sıcak duş yöntemi aynı zamanda farklı pozisyon değişimine olanak sağlayarak bebeğin rotasyonuna da yardımcı olur (Stark ve diğ. 2008). Ayrıca hidroterapi, doğumdaki müdahaleleri azalttığından dolayı olarak yaşanan anksiyetenin de azalmasına yardım eder (Tuncay ve diğ. 2019, Stark ve diğ. 2008).

Çalışmamızda, gruplara göre duş öncesi 4 cm dilatasyonda, durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, (D:32,85±4,12, K:34,15±5,73), duş sonrası 4 cm, (D: 32,85±4,12, K:50,69±2,74, $p=0,001$; $p<0,01$); 5-7 cm (D:31,71±3,45, K:47,46±3,26, ($p=0,001$; $p<0,01$); ve 8-10 cm dilatasyonda (D:31,25±3,9, K: 48,37±3,48, $p=0,001$; $p<0,01$) durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup deney grubunun puanları kontrol grubundan düşükbulunmuştur (Çizelge 4.8, Çizim 4.8.1)

Özetle doğumun birinci evresinde sadece suyun rahatlatıcı etkisinden yararlanabileceği vurgulanmıştır (Toker ve Uran 2015). Çalışmamızda da sıcak duş uygulaması anksiyete üzerine etkili olduğu ve literatürle uyumlu olduğu belirlenmiştir.

5.6.Katılımcıların Gruplara Göre Konfora İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Genel olarak doğumda hidroterapi uygulamaları hasta konfor ve memnuniyetini arttırmaktadır. Hatta son yıllarda konfor ve doğumda kadının kendi kontrolünü sağlamada bu yöntemlerin etkin olduğu belirlenmiştir (Lee ve diğ. 2013).

Gayeski ve arkadaşları tarafından (2015) yapılan çalışmada primipar kadınların en fazla tercih ettikleri non-farmakolojik yöntemler incelenmiş, en çok kadının arkadaşı tarafından sağlanan duygusal destek (% 97,3) ve ardından ılık duş (% 91,5) uygulamasını tercih ettikleri

belirlenirken, en çok odaklama (dikkati bir noktaya yoğunlaştırma) yöntemi ile memnun oldukları vurgulanmıştır. Bu çalışmanın yapıldığı obstetri merkezinde neredeyse tüm nonfarmakolojik yöntemler bir doğum destekçisi eşliğinde sağlık ekibi tarafından uygulanmış ve en çok memnuniyet veren yöntemin ise, en az kullanılan yöntem olduğu vurgulanmıştır (Gayeski ve diğ. 2015).

Maude ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise suda doğum yapan kadınlarda çoğunlukla, suyun müdahaleleri azalttığı, hareket özgürlüğü sağladığı, kendilerine özel alan yarattığı, daha rahat ve konforlu olduğu, korku ve ağrılarının azaldığını ifade etmişlerdir (Maude ve diğ. 2007).

Stark'ın (2013) doğumda terapatik düşün etkilerini incelediği çalışmasında, 24 kadının ağrı ve konfor düzeyi incelenmiştir. Duş uygulaması sonrası deney grubundaki kadınlarda servikal dilatasyon, konfor düzeyi ve FKA hızında anlamlı düzeyde artış bildirilmiştir (Stark 2013).

Tosun'un 2019 yılında yaptığı çalışma ise, doğum sürecinde sıcak duş uygulanan deney grubunun genel memnuniyet düzeyleri ve doğum sonu konforunun yüksek olduğu belirlenmiştir ($r=0.68, p<0.01$) (Tosun 2019).

6. SONUÇLAR

- Çalışmamıza katılan deney ve kontrol grubundaki gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin benzer olduğu, her iki grubun yaşlarının 18 ile 34 arasında değiştiği ve yaş ortalamasının $23,79 \pm 3,98$ yıl olduğu (Çizelge 4.1),
- Katılımcıların öğrenim durumları incelendiğinde; grupların benzer özellikler gösterdiği deney ve kontrol grubunun %50'sinin ilköğretim ve %32,7 lise mezunu olduğu, çoğunluğunun ev hanımı oldukları (D:%84,6 K: %78,8) ve gelir durumlarının birbirlerine benzer olduğu (Çizelge 4.1),
- Gebelerin çoğunluğunun ilçede yaşadığı (D:%90,4 , K:%86,5), ilde yaşayan gebelerin her iki grupta benzer olduğu (D:%5,8 ve K:%5,8) (Çizelge 4.1) belirlendi.
- Çalışmaya katılan gebelerin tamamı primigravidaydı. Gebelik haftalarının ise 37 ile 41, 2 arasında değişmekte olup ortalama 39,31 haftasında idi (Çizelge 4.2).
- Gruplar arasında, gebelikte alınan kilo, önceki ve gebelikteki BKİ ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p>0,05$) (Çizelge 4.2),
- Her iki grupta isteyerek gebe kaldığı (D: %96,2, K: %100 (Çizelge 4.2),

- Gebelikte ilaç kullanma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın görülmediği, her iki grupta da gebelikte en çok vitamin kullanıldığı (D:%98,1, K:%98,1 (Çizelge 4.2),
- Çalışmadaki gebelerin tümünün gebelikte antenatal kontrole ve özellikle hastaneye gittiği ve her iki grupta da antenatal kontrole gitme sayıları arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p>0,05$) (Çizelge 4.2),
- Her iki grubun doğum korkusu yaşama durumlarının benzer olduğu (D:%92,3, K:%82,7 ($p>0,05$) (Çizelge 4.2),
- Gebelerin normal yaşantılarında ağrıları olduğunda ağrıyı gidermek için uyguladıkları yöntemler arasında ise anlamlı farklılığın bulunmadığı, ağrıyı giderme en fazla ağrı kesici ilaç kullandıkları (D:%40,4 K:%34,6, (Çizelge 4.2) belirlendi.
- Deney grubu gebelere ortalama $6,25\pm 3,13$ saat sıcak duş uygulaması yapıldı.
- Her iki grubun doğum şekillerinin birbirine benzer olduğu ve normal doğum oranları fazlaydı (D: %84,6, K: %80,8) (Çizelge 4.3).
- Epizyotomi oranlarının ise gruplar arasında istatistiksel açıdan farklı olmadığı ($p>0,05$), deney grubunda laserasyon oranının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede yüksek olduğu ($p<0,05$) (Çizelge 4.3),
- Her iki grupta yenidoğanın 1.dk ve 5. dk apgar skorları ve cinsiyetlerinin benzer olduğu ($p>0,05$) (Çizelge 4.3),
- Yenidoğan kilo ölçümleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p<0,05$), ancak deney grubunun yenidoğan kilo ölçümlerinin kontrol grubundan yüksek olduğu (Çizelge 4.3),
- Vücut ısısı ölçümleri arasında gruplar arasında anlamlı farklılığın bulunmadığı ($p>0,05$), ancak 8-10 cm dilatasyondaki son vücut ısısı ölçümleri arasında anlamlı bir farklılığın olduğu ve deney grubunun son vücut ısısının kontrol grubuna oranla düşük olduğu (Çizelge 4.4),
- İlk nabız ölçümlerinin gruplar arasında anlamlı olmadığı ($p>0,05$), ancak, deney grubunun son nabız ölçümlerinin kontrol grubuna oranla düşük olduğu (Çizelge 4.4),
- İlk sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümlerinin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), ancak her iki grubun son sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri arasında anlamlı farklılık saptandığı ($p<0,01$) ve deney grubunun son sistolik ve diyastolik kan basıncının kontrol grubuna göre düşük olduğu (Çizelge 4.4) belirlendi.

- Her iki grubun aktif faz GKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ($p<0,01$), deney grubunun GKÖ puanlarının kontrol grubundan düşük olduğu, GKÖ puanlarının ortalamalarının ise (D: 6,25 ; K: 8,25 olduğu (Çizelge 4.6),
- Deney ve kontrol grubu geçiş fazı GKÖ puanları arasında anlamlı farklılığın olduğu ($p<0,01$), deney grubunun GKÖ puanlarının kontrol grubundan (D:8,44; K: 9,87), düşük olduğu (Çizelge 4.6) belirlendi. Bu sonuç doğrultusunda doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı üzerine etkisine ilişkin hipotezlerden H1 hipotezi kabul edildi.
- Gruplara göre aktif faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın saptanmadığı ($p>0,05$), aktif faz süresi ortalamasının ise (D: 5,51; K: 5,18) saat olduğu (Çizelge 4.4),
- Gruplara göre geçiş faz süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ($p=0,036$; $p<0,05$) ve deney grubunun geçiş faz süresinin kısaldığı belirlendi. (D:1,70 ve K: 2,08) (Çizelge 4.4)
- Sıcak duş uygulamasının gruplar arasında toplam doğum süreleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Çizelge 4.4)
- Çalışmada deney ve kontrol grubu gebelerin 4 cm dilatasyonda duş öncesi durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı ($p>0,05$) (Çizelge 4.8), ancak, duş uygulaması sonrası durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı bir farklılığın görüldüğü ($p<0,01$) kontrol grubunun durumluk anksiyete puanlarının deney grubundan yüksek olduğu (D:32,85; K:50,69 (Çizelge 4.8),
- 5-7 cm ve 8-10 cm dilatasyonda duş uygulaması sonrası durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu ($p<0,01$) ve kontrol grubu puanlarının deney grubundan yüksek olduğu (Çizelge 4.8) bulundu. Bu sonuç doğrultusunda doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının anksiyete üzerine etkisine ilişkin hipotezlerden H1 hipotezi kabul edildi.
- Gebelerin duş öncesi 4 cm'deki toplam konfor puanları 17 ile 45 arasında değiştiği ve ortalama $35,00\pm6,59$ olduğu, duş sonrası 4 cm'deki toplam konfor puanları 17 ile 45 arasında değiştiği ve ortalama $36,65\pm6,58$ olduğu, duş sonrası 5-7 cm'deki toplam konfor puanları 15 ile 45 arasında değiştiği ve ortalama $33,95\pm7,13$, duş sonrası 8-10 cm'deki toplam konfor puanları 13 ile 45 arasında değiştiği ve ortalama $32,52\pm7,37$ olduğu belirlendi (Çizelge 4.13)

- Ayrıca konfor ölçeğinin 4 cm duş uygulamasından sonra fiziksel, psikospiritüel ve çevresel puanları arasında anlamlı olduğu ($p<0,05$) ve deney grubunun fiziksel, psikospiritüel ve çevresel puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi (Çizelge 4.9) Bu sonuç doğrultusunda doğumun I. evresinde sıcak duş uygulamasının konfor üzerine etkisine ilişkin hipotezlerden H1 hipotezi kabul edildi.
- Bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak kullanılan sıcak duş yönteminin memnuniyetle karşılandığı, anksiyeteyi azalttığı, konforu arttırdığı, özellikle ağrı yönetimi ve rahatlama da etkin olduğu söylenebilir.

7. ÖNERİLER

Çalışmamızın sonuçlarına ve literatür bulgularına dayanarak aşağıdaki önerilerde bulunuldu;

- Doğumda hidroterapi uygulamaları, dünyadaki hemen hemen tüm kültürlerde uygulandığı, kullanımının geniş kabul gördüğü ve sezaryen doğumların azaltılmasında ebeler tarafından özellikle doğumun I. evresinde ağrı ve anksiyeteyi azaltmada, konforu arttırmada etkin, kolay, ekonomik ve güvenli bir yöntem olarak kullanılması,
- Sıcak duş uygulamasının kadınların doğum sürecine tam olarak katılmalarına, sürekli bakım desteği olarak rahatlanmalarının sağlamada ve daha olumlu bir doğum deneyime sahip olmalarına yardımcı olacağı,
- Doğumda sıcak duş yöntemi ve diğer non farmakolojik yöntemlerin karşılaştırıldığı daha fazla sayıda randomize kontrollü ve kalitatif çalışmaların yapılması ve kanıtların sunulması,
- Sağlık personelinin duş uygulamalarını attırmak için, doğumhanelerde uygun ortam, araç gereçlerin ve banyolara asılacak broşürlerin hazırlanması,
- Ebelere ve diğer sağlık çalışanlarına özgü sıcak duş uygulamalarına ilişkin hizmet içi eğitim programlarının hazırlanarak sağlık personeli ve gebe eğitim sınıflarında ailelere suyun kullanımı ile ilgili yeni güncel bilgiler sunulması,
- Sıcak duş uygulamasının pozitif bir doğum ortamı yaratmaktada etkisi olduğundan kullanılması ve

- Ayrıca doğumda sıcak duş uygulamalarına yönelik Sağlık Bakanlığı ve Ebelik dernekleri tarafından protokol ve rehberlerin hazırlanmasını önermekteyiz.



KAYNAKLAR

ACNM, A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth, *Journal of Midwifery & Women's Health* www.jmwh.org, American-College of Nurse-Midwives, 2016, <https://doi.org/10.1111/jmwh.12587>

ACNM, American Nurse-Midwife College Position Statement, *ACNM*, 2018.

ACOG, Immersion in Water During Labor and Delivery, *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* 2016

Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A, Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery, *An International Journal of Obstetric and Gynaecology, (BJOG)* 2012;119(10):1238-46. 25. DOI: [10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03433.x)

AK SP, Köse D, Özkan S, Suda Doğumun Kanıta Dayalı Çalışmalar İle İncelenmesi, 1.Uluslararası,3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi Kongre kitabı 2018, 634-638.

Akarsu KR, Doğum Eyleminde Ağrı Yönetimi (Farmakolojik ve Nonfarmakolojik Yöntemler), Çalık YK, Çetin CF (Ed), Normal Doğum ve Sonrası Dönem, İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, 2018, 103-116.

Aktaş S, Erkek Yılar Z. Annelerin vaginal Doğumu Tercih Etme Nedenlerinin İncelenmesi: Bir Nitel Araştırma, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2018; 7(1):111-124

Akyazı R, Altunç EY, Akarlarda Feromonlar, *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi*, 2018, Cilt 32, Sayı 1, 185-205

Akyüz G, Bayındır Ö, Gebelikle İlişkili Osteoporoz, *Türk fiz tıp rehab derg* 2013; 59: 145-50

Alptekin D, Pansuman İşlemi Sırasında Ebeveynin Çocuğun Yanında Bulunma Durumunun Ağrı Şiddetine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, İstanbul, 2015

Arıkan CD, Normal Doğum Eyleminin Klinik Seyri, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG (Ed), *Oxorn-Foote Eylem & Doğum*, Çeviri Ed. S. Cansun Demir, Ümran Küçükgöz Güleç, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014, s.120-141

Aslan EF, Ağrı Doğası ve Kontrolü, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2014

Aslan EF, Akut Ağrı, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, Cilt;2, Sayı:1, Temmuz 2005

Aslan EF, Badır A, Ağrı Kontrol Gerçeği: Hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirilmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları, Deneysel Klinik Çalışmalar, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 17:2, 2005

Ata KK, Şahin HN, Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksinin Perinatal ve Neonatal Sonuçlara Etkisi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2015;46:4:112-117

Bağcı S, Altıntuğ K. Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences* 2016; 13: 3266-3279.

Barbieri M, Henrique AJ, Chars FM, Maia NL, Gabrielloni MC, Warm Shower Aspersions Perineal Exercises With Swiss Ball And Pain In Labor, *Acta Paul Enferm.*2013;26(5):478-84, <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000500012>

Barnett GV, A new way to measure nursing: Computer timing of nursing time and support of laboring patients. *Computers informatics nursing* 2008,199-206, doi: 10.1097/01.NCN.0000304805.23499.3f

Bektaş AH, DERE Ş, Oskay YÜ, Doğum Korkusu Mu?,1.Uluslararası,3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi kongre kitabı, 932-938, 18-21 Ekim 2018.

Benfield DR, Herman J, Katz LV, Wilson PS, Davis MJ, Hydrotherapy in labor, *Research in Nursing Health*, Copyright © 2001 John Wiley & Sons, Inc.DOI:[10.1002/1098-240x\(200102\)24:1<57::aid-nur1007>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200102)24:1<57::aid-nur1007>3.0.co;2-j)

Benfield DR, Hydrotherapy in Labor, *Journal of Nursing Scholarship*, 23 April 2004, <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x>

Benfield R, Heitkemper MM, Newton RE, Culture, bathing and hydrotherapy in labor: An exploratory descriptive pilot study. *Midwifery* 64 (2018) 110–114. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.005>.

Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. Hydrotherapy in labor. *Res Nurs Health*. 2001;24(1):57–67, DOI:[10.1002/1098-240x\(200102\)24:1<57::aid-nur1007>3.0.co;2-j](https://doi.org/10.1002/1098-240x(200102)24:1<57::aid-nur1007>3.0.co;2-j)

Benfield RD, Hortobágyi T, Tanner CJ, Swanson M, Heitkemper, MM, Newton ER. The effects of hydrotherapy on anxiety, pain, neuroendocrine responses and contraction dynamics during labor. *Biol Res Nurs*. 2010;12(1):28-36), doi: 10.1177/1099800410361535. Epub 2010 May 7.

Benfield RD, Hydrotherapy in labor, *Journal of Nursing Scholarship*, (2002). 34, 347-352.<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00347.x>

Binici K, Ultrasonografik Pelvimetrinin Baş-Pelvis Uygunsuzluğu Öngörüsünde Kullanımı Uzmanlık Tezi, T.C Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2005, s.6-7

Bolatlı G, Perine Fasyaları Klinik Anatomisi , *SAUHSD* 2018;1(1):2-15

Bryers MH, Teijlingen VE, Risk, theory, social and medical models: A critical analysis of the concept of risk in maternity care, *Midwifery* 26 (2010) 488–496, . doi: 10.1016/j.midw.2010.07.003.

Buckley JS, Gentle Birth, Gentle Mothering The Wisdom and Science of Gentle Choices in Pregnancy, birth and Parenting, Australia, 2005, p.114-115

Buckley JS, Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. Washington, D.C.: Childbirth Connection Programs, National Partnership for Women & Families, January 2015.

Bulut B, Mihmanlı V, *Obezite ve Gebelik Okmeydanı Tıp Dergisi* 30(Ek sayı 1):24-28, 2014
doi:10.5222/otd.suppl.2014.024,

Bülbül T, Özen B, Çopur A, KayacıKF, Ebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Erciye sÜniversitesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi* (Journal of Health Sciences) 2016 ; 25 (3).

Cammu H, Clasen K, Wetteren L, Derde M. 'To bathe or not to bathe' during the first stage of labor. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 1994;73:468-72, DOI:10.3109/00016349409013433

Cammu H, Clasen K, Wetteren L. Is having a warm bath during labour useful?. *Journal of Perinatal Medicine* 1992;20:104.

Campion CR, *Hydrotherapy Principles and Practice*, 1st Edition, 1997, *Elsevier Health Sciences*, January 29, 1997

Can R, Yılmaz DS, Çankaya S, Neslihan Kodaz N, Gebelikte Yaşanan Sorunlar ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi, *Sağlık ve Toplum* Yıl:29, Sayı: 2 Mayıs-Ağustos 2019

Cangöl E, Aslan E, Yalçın Ö, Kadınlarda Pelvik Taban Kas Egzersizleri Ve Hemşirenin Rolü, Koç Üniversitesi *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013;10(3): 49-56

Cashion K, Labor and Birth Processes, Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR (Ed), *Maternity Women's Health Care*, 11. Edition, Elsevier, USA, 2016, s:367-410
<http://evolve.elsevier.com/Lowdermilk/MWCH>

Cavalcantia VCA, Henriquee JA, Brasilb MC, Gabriellonia CM, Barbieria M, Complementary therapies in labor: randomized clinical trial, *Rev Gaúcha Enferm.* 2019;40:e20190026, doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190026>

Cenkci Z, Evşan N, The effect of aromatherapy on pain, comfortand satisfaction during childbirth. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences* Volume 4, Issue 2 (2017) 11-19.
<http://www.kalite.saglik.gov.tr/TR,9025/partograf-ornegi.html>, Erişim Tarihi: 22/12/2018

Chapman V, Charles C, Travay ve Normal Doğum, *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı*, (Çeviri Ed) Hafize Öztürk Can, Ummuhan Yücel, Aytül Hadımlı, 2018 Ankara, 3. Baskı Nobel Kitabevleri, 2018, (1-128).

Cluett E, Burns E, Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (2012). (2). doi:10.1002/14651858.CD000111

Cluett ER, Burns E, İmmersion in water in labour and birth, Article in *Cochrane database of systematic reviews* (Online), January 2009, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000111.pub3>

Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, et al. Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Data Syst Rev.* 2004(2):CD000111.

Coşar F, Demirci N, Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi, *S.D.Ü Sağlık Enstitüsü Dergisi* Cilt 3 / Sayı 1 / 2012, <https://www.lamaze.org/> erişim tarihi, 18.10.2019

Cowan E, Heale R, Horrigan J, Koren I, Hydrotherapy as a Nursing Intervention for Labour Pain: A literature review, *Diversity of Research in Health Journal / Revue de la Diversité de la Recherche en Santé* Vol 1, pp 121-132, April 2017 – ISSN 2561-1666

Curzik D, Begic JN, Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2011; 1–6, DOI: 10.3109/0167482X.2011.626093

Çakır F, Yıkar KS, Arslan S, Nazik E, Doğuma Hazırlıkta Aqua Terapi. '1.Uluslararası,3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi kongre kitapçığı, Tam metin s. 554-590.

Çetin C, Çetin T, Yolcu: Fetüs, Sevil Ü, Ertem G(Ed), *Perinatoloji ve Bakım*, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2016, Ankara s.54

Çiçek Ö, Doğum Sürecine Yrdımcı Araçlar: Bölüm 2. Konfor Önlemleri, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 327-376

Da Silva F, de Olivera S, Nobre M. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labor pain, *Midwifery*. 2007;25(3):286–294, DOI:10.1016/j.midw.2007.04.006

Dağlar N, Dağdeviren NH, Geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarında Fitoterapinin yeri, *Euras J Fam Med* 2018;7(3):73-77

Daşıkın Z, Gebelikte Kilo Alımı: Gebe Kadınlar Prenatal Bakımda Doğru Kilo Alım Önerisi Alıyor mu? (Ödemiş / İzmir), *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2015;25(1):32- 35

Davies R, Davis D, Pearce M, et al. The effect of waterbirth on neonatal mortality and morbidity: a systematic review and meta-analysis, *JBI Database System Rev Implement Rep*, (2015). 13(10), 180- 231.)

Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Herrlich A, Major Survey Findings of Listening to Mothers(SM) III: Pregnancy and Birth: Report of the Third National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences, *The Journal of Perinatal Education*, 2014 Winter;23(1):9-16. doi: 10.1891/1058-1243.23.1.9.

Demir S, Karaman EÖ, Çayır G, Doğal Doğuma Genel Bir Bakış, *Maltepe tıp dergisi cilt:4, sayı:4, Aralık 2012*

Demirsoy G, Aksu H, Doğum Korkusunun Nedenleri Ve Baş Etme, *Kashed*, 2015 2 (2): 36-45.

Denison FC, Norwood P, Bhattacharya S, Duffy A, Mahmood T, Morris C, Raja EA, Norman JE, Lee AJ, Scotland G. Association between maternal body mass index during pregnancy, short-term morbidity, and increased health service costs: a population-based study. *BJOG* 2014;121:72–82), doi: 10.1111/1471-0528.12443.

Dönmez S, Yeniçel Ö, Kavlak O, (2014), 'Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması' Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 3:3 (908-920).

Durmaz A, Doğum Eylemi, Çalık YK, Çetin CF(Ed), *Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem*, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, 1. Baskı 2018, İstanbul, s.1-36

- Eckert K, Tumbull D, McLennan A, Immersion in Water in the First Stage of Labor:A Randomized Controlled Trial. *Birth*. 2001;28(2):84-93, DOI:10.1046/j.1523-536x.2001.00084.x
- Eldor J, Burstein M, Dudakova I, Stark M. Jacuzzi-immersion for obstetric analgesia. *Harefuah*, (1992). 123, 522-523, 571.
- Erenel Ş.A, Çiçek S. Doğum eyleminde yapılan müdahallerin Anne ve Çocuk sağlığına Etkileri, *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, Cilt:9,Sayı:2/2018. s. 123-129.
- Ergin A, Doğum ve Doğumun Tarihçesi, Kömürçü N (Ed), Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevleri, 2. Baskı, İstanbul, 2008
- Ergin A, Özdilek R, Değişen Babalık Rolü ve Erkek Sağlığına Etkileri, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014;11 (1): 3-8
- Ergin BA, Buckley S, Çalık YK, Çalışkan E, Çoker H, Karabekir N, Kömürçü N, Özdamar D, Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Noel Kitabevi, ISBN(Yayın No):978-605-335-001-9,(2014)
- Ergin BA, Doğum Ağrısının Fizyolojisi, Kömürçü N (Ed), *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, Nobel Tıp Kitabevleri, 2.Baskı, İstanbul, 2008, s.22-42
- Ergin BA, Doğum Ağrısıyla Başetme (Farmakolojik Olmayan Yöntemler), Bal DM, Yılmaz DS (Ed), *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum*, Akademisyen Kitabevi, 2017, s.69-98.
- Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık YK, Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*237 (2017) 1045 – 1052).
- Ertuğrul M, Mete S, Doğum Eyleminin Uzamış 2. Evresi, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 173-220
- Evrüke Cİ, Mısırlıoğlu S, Doğumun Normal Mekanizması, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG (Ed), *Oxorn-Foote Eylem ve Doğum*, Çeviri S. Cansun Demir, Ümran Küçükgöz Güleç, Akademisyen Tıp Kitabevi 2014, Ankara, s.100-117
- F Behmanesh, H pasha, M Zeinalzadeh, The Effect of Heat Therapy on Labor Pain Severity and Delivery Outcome in Parturient Women, *IRCMJ* 2009; 11(2):188-192 ©Iranian Red Crescent Medical Journal).
- Fidan U, Ulubay M, Kıncı FM, Mutlu H, Bodur S, Yenen CM, Vakum Yardımlı Doğum: Neden Çekiniyoruz? *Kocatepe Tıp Dergisi*, 19:1-6/Ocak/2018,s. 1-6.
- Florence DJ, Palmer DG,Therapeutic choices for the discomforts of Labor. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2003, 17(4): 238-249)
- Gallo SBR, Santana SL, Marcolin CA, Duarte G, Quintana MS, Sequential application of non-pharmacological interventions reduces the severity of labour pain, delays use of pharmacological analgesia, and improves some obstetric outcomes: a randomised trial, *Journal of Physiotherapy* 64 (2018) 33–40, DOI: 10.1016/j.jphys.2017.11.014

Gayeski EM, Bruggemann MO, Monticelli M and Santos AKE, Application of Nonpharmacologic Methods to Relieve Pain during Labor: The Point of View of Primiparous Women, *Pain Management Nursing*, Vol 16, No 3 (June), 2015: pp 273-284

Gerds C, Dobkin L, Foster DG, Schwarz EB. Side Effects, Physical Health Consequences, and Mortality Associated with Abortion and Birth after an Unwanted Pregnancy. *Womens Health Issues*. 2016;26(1):55-59. doi:10.1016/j.whi.2015.10.001.

Glover V, O'conner GT, Effects Of Antenatal Stress And Anxiety, *British Journal Of Psychiathry* (2002), 180, 389-391, DOI:[10.1192/bjp.180.5.389](https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.389)

Gönenç Mİ, 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, 2013

Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M, Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu ile Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2014;24(1):36-41.

Güloğlu G, Dayanıkl P, Şarman G, Balcı S, Sezaryenle Doğan Term Bebeklerde Solunum Sıkıntısı, *Vkv Amerikan Hastanesi, Pediatri Ve Neonatoloji Bölümü*, İstanbul 2007; Cilt: 4 Sayı: 2 Sayfa: 100-103

Gültekin E, Osmanlılarda Hidroterapi Hakkında 19. Yüzyıla Ait Bazı Arşiv Belgeleri, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2016;24(1):20-9.

Gümüüşoy S, Kavlak O, Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler, Sevil Ü, Ertem G(Ed), *Perinatoloji ve Bakım*, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2016, Ankara s.101-126

Güner ÖÖ, Kavlak O, Doğum, Sevil Ü, Ertem G Editörler, *perinatoloji ve Bakım*, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri 2016, s.299-372

Gürsoy E, Doğum Öncesi ve Birinci Evre Latent Fazda Uzamış Doğum Eylemi, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 101-123

Güzel BA, Uterus, Vajen, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG (Ed), *Oxorn-Foote Eylem ve Doğum*, Çeviri S. Cansun Demir, Ümran Küçükgöz Güleç, Akademisyen Tıp Kitabevi 2014, Ankara, s.22-35

Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38(5):567-76, doi: 10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x.

Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*, (2007). 23, 235–247. doi:10.1016/j.midw.2006.02.002.

Henrique AJ, Gabrielloni MC, Rodney P, Barberi M, Non-Pharmacological Interventions During Childbirth For Pain Relief, Anxiety And Neuro Endocrine Stress Parameters: A Randomized Controlled Trial, *Wiley& International Journal Of Nursing Practice* 2018, doi: 10.1111/ijn.12642

Henrique JA, Gabrielloni CM, Cavalcanti VCA, Melo SP, Barbieri M, Hydrotherapy and the Swiss ball in labor: randomized clinical trial, *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(6):686-92

Hill E, How to define normal birth [online]. *Australian Midwifery News*, Vol. 18, No.1, Mar 2018:17-18. Availability: <<https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=561665043642643;res=IELHEA>> ISSN: 1446-5612. [cited 03 Jan 20].

ICEA, Water Labor and Water Birth, International Childbirth Education Association, Reviewed and revised July 2017 by Donna Walls, RN, BSN, IBCLC, ICCE, ANLC, 25-12-2019)

ICM ,International confederation of midwives, *The Philosophy and model of midwifery care* 2012

İpek A, Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğumun Süresine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2014

İsbir GG, Doğum Sürecini Desteklemede Kullanılan Düşük Teknolojili Klinik Müdahaleler, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 243-265

Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson J., Pain management for women in labour: An overview of Systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2013), doi: 10.1002/14651858.CD009234

Kanğ M, Eroğlu K, Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyi ve Etkileyen Faktörler, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2019;16 (2): 125-133 |doi:10.5222/HEAD.2019.125

Kaplan CY, Can H, Demir Ö, Karadaş B, Yılmaz İ, Temiz KT, İlaçların gebelikte kullanımlarına dair risk iletişimde yeni dönem: FDA gebelik risk kategorileri değişiyor, *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18 (4):195-198, doi:10.15511/tahd.14.04195.

Kara H, Acet M, Spor Yöneticilerinde Durumluk Kaygısının Otomatik Düşünceler Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi-*Journal Of New World Sciences Academy* 2012, Volume: 7, Number: 4, Article Number: 3C0100.

Karahmet YA, Yazıcı S, Epizyotomide Güncel Durumlar, *dergipark Sağlık Bilimleri ve meslekleri dergisi*, 2017, Cilt:4, Sayı:1, Sayfa:57-63

Karabel PM , Demirbaş M, İnci BM, Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri, *Sakarya Tıp Dergisi* 2017, 7(4):158-163).

Karabulut H, Doğum Eyleminde Aromaterapilerin Etkileri, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Danışman: Rathfich. G. 2014.

Karabulutlu Ö, Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik Yöntemler, Kafkas, *DergiPark Akademik*, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa: 43-50

Karacam Z, Onel K, Gercek E. Effects of unplanned pregnancy on maternal health in Turkey. *Midwifery*. 2011;27(2):288-293. doi:10.1016/j.midw.2009.07.006.

Karaçam Z, Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008; 1: 38-46).

Karahan N, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, 2017, s.59

Karakaya E, Coşkun A, Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi, *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (2): 20-28.)

Karakaya KB, Moraloğlu Ö, Fındık BR, et al., 2016. Evaluation of maternal and fetal stress hormones during the process of birth. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine* 0 (0).doi 10.21613/GORM.2017.753 . Retrieved from <http://www.gorm.com.tr/index.php/GORM/article/view/753> .

Kartal AY, Karaman T, Doğuma Hazırlık Eğitiminin Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresyon Riski Üzerine, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*;2018;49(1):85-91.

Kaya N, Demirel G, İntrapartum Perine Masajı Uygulamasına Güncel Bakış, *Cumhuriyet Üniv. Sağ. Bil. Enst. Dergisi*,2018,3(1): 33-40.)

Kocaoğlu G, İtil Mİ, Pelvik Taban, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG, *Oxorn-Foote Eylem ve Doğum*, Çeviri S. Cansun Demir, Ümran Küçükgöz Güleç (Ed), Akademisyen Kitabevi 2014, Ankara, s.10-13

Koçak CY, Can ÖH, Soğukpınar N, Geleneksel Doğum Uygulamaları Ve Doğum Yardımcıları, *Dergipark*,2010, Cilt:5, Sayı:4, sayfa:1-6

Koçak YD ve Özcan H, Postnatal maternal attachment: a retrospective study, *Perinatal Journal* 2018; 26 (2),DOI10.2399/prn.18.0262005

Koçoğlu D, Özdemir L, Yetişkin nüfusta ağrı ve ağrı inançlarının sosyo-demografik ekonomik özelliklerle ilişkisi, *AĞRI* 2011;23(2):64-70. doi: 10.5505/agri.2011.93063

Kolcaba K, Katharine Kolcaba's Comfort Theory. In M. Parker & M. Smith (Eds.). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (2010, 2012 & 2015) (3rd edition, P. 389-401).

Kömürücü N, Ergin A, Çalışkan E, Buckley JS, Çalık YK, Çoker H, Karabekir N, Doğum Ağrısının Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler, Kömürücü N (Ed), *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 2.Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014,s. 74

Kütük SM, Özgün TM, Uludağ S, Dolanbay M, Özdemir F, Gülsüm Uysal G, Öztürk A, Rutin Epizyotomi Uygulamasının Terk Edilmesi: Erciyes Üniversitesi Deneyimi, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2013;23(3):154-9

Lee LS , Liu YC, Lu YY, and Gau LM, Efficacy of Warm Showers on Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage, *JOGNN*, 42, 19-28; 2013. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01424.x

Lenstrup C, Schantz A, Berget A, Feder E, Roseno H, Hertel J, Warm tub bath during delivery, *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, (1987). 66, 709-712.DOI:[10.3109/00016348709004148](https://doi.org/10.3109/00016348709004148)

Liu Y, Liu Y, Huang X, Du C, Peng J, Huang P, Zhang J, A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labour and conventional labour and delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth*, (2014). 14(1). doi:10.1186/1471-2393-14-160.

Lopes F, Tereso A, Curado AM, Bértolo H, Carvalhal L & Rute Guterres Hydrotherapy in the 1st stage of labor and its pain relief effects: a scoping review, *Annals of Medicine*, (2019) 51:sup1, 207-207, DOI: 10.1080/07853890.2018.1560167.

Low LK, A Model Practice Template for Hydrotherapy in Labor and Birth, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 1526-9523/09/\$36.00 doi:10.1111/jmwh.12587, November 29, 2016

Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion CM, Alden K, Maternity Women's Health Care, 11 Th, 2016, s.381-408

Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ et al. Medication use in pregnancy: a crosssectional, multinational web-based study. *BMJ Open* 2014;17:e004365.

Mamuk R, Dişsiz M, Dinç H, Sağlık Profesyonellerinin Pelvik Taban Kas Egzersizlerini Uygulama ve Öğretme Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, G.O.P EAH, *JAREN* 2018;4;(1): 15-20

Mamuk R. Davas İ, Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri, *Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Bülteni* 2010;44;137-144

Maude RM, Foureur MJ, It's beyond water: stories of women's experience of using water for labour and birth. *Women Birth*, .(2007). 20(1), 17-24. doi: 10.1016/j.wombi.2006.10.005.

Melekoğlu R, Büyükkurt S, Obstetrik Pelvis, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG (Ed), *Oxorn-Foote Eylem ve Doğum*, Çeviri S. Cansun Demir, Ümran Küçüköz Güleç, Akademisyen Tıp Kitabevi 2014, Ankara, s.38-52

Meran PEH, Rathfich G, Doğum Eyleminde Tamamlayıcı ve alternatif bir yöntem olan Homeopati Kullanımı, *F. N. Hemşirelik Dergisi* 2016

Mete S, Çiçek Ö. Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *DEUHFED* 2016, 9(3), 101-104.

Mete S, Feta S, Yenidoğanın En Uygun Geçişi ve Üçüncü ve Dördüncü Evre Yönetimi, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 225-239

Mete S, Stres, Hormonlar ve Doğum arasındaki İlişki, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2013,6(2),93-98.

Miral M, Beji KN, Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık, *HSP* 2017; 4(2):142-148, DOI:10.17681/hsp-dergisi.316897.

Munoz-Selles E, Valles-Segales A, Goberna-Tricas J, Use of alternative and complementary therapies in labor and delivery care: a crosssectional study of midwives' training in Catalan hospitals accredited as centers for normal birth. *BMC Complement Altern Med.* 2013; 13:318, doi: 10.1186/1472-6882-13-318

Murray SS, McKinney SE, Pain Management During Childbirth, Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, (5th Edition), Canada 2010, p.237-358

Nazan Karahan N. Sezaryen Oranlarını Azaltmada Ebelerin Rollerini, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics.* 2018;11(1):94-8.

Nesipoğlu G, Özgönül LM, Psikiyatri Alanında Hidroterapi Uygulamalarının Tarihsel Gelişimi, Mahiyeti ve Sosyokültürel Belirleyicileri Üzerine, *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2016;24(3):95-104).

NICE, National Institute for Health and Care Excellence, 2016

Ohaeri B, Owolabi G, İngwu J, Skilled Health attendants' knowledge and Practice of Pain management during labour in health care facilities in Ibadan, Nigeria, *European Journal of Midwifery* 2019;3(february);3, DOI: <https://doi.org/10.18332/ejm/99544>

Ohlsson G, Buchhave P, Leandersson U, Nordstrom L, Rydholm H, Sjölin I. Warm tub bathing during labor: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet et Gynecol Scand.* 2001; 80(4):311–314.

Okulu E, İlarıslan ÇEN, Arsan S, Anne Vücut Ağırlığının Yenidoğan Üzerine Etkisi Var mı? *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*,240- 245. DOI: 10.12956/tchd.506565.

Okumuş F, Doğum Fiziyojisine Elverişli Doğum Ortamları, *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, Aralık-Ocak-Şubat 2017- 2018, sayı:45, sayfa. 24-25

Olshansky FE, Assessment and Health Promotion, Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR, Maternity Women's Health Care, 11. Edition, Elsevier, USA, 2016, s:60 <http://evolve.elsevier.com/Lowdermilk/MWCH>

Öhman A, Fear and anxiety: Overlaps and dissociations. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (2008). (p. 709–728). The Guilford Press.

Özçakır A, Doğan OF, Homeopatiye genel bakış ve akıldaki sorular, *Turkish Family Psychian* 2013, Cilt:4, Sayı:1

Özkan AH, Hemşirelik ve Ebelik için Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Akademisyen Kitabevi, 2019, s.395

Özkan AH, hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Akademisyen Kitabevi, 2019, s.421

Özkan AS, Beji KN, Gebelikte Görülen Fizyolojik/ Psikolojik Değişiklikler, Beji KN (Ed), *Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevleri, 1. Baskı, 2017, s.295

Özşahin Z, Erdemoğlu Ç, Karakayalı Ç, Gebelikte Psikososyal Sağlık Düzeyi ve İlişkili Faktörler *Jour Turk Fam Phy* 2018; 09 (2): 34-46. Doi: 10.15511/tjtfp.18.00234.

Öztürk H, Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Doktora Tezi, T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2006

Öztürk R, Sevil Ü, Refleksolojinin Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi, *Uluslararası Hakemli Akademik spor sağlık ve tıp bilimleri dergisi* 2013 s.88-90

Özveren H, Ağrı Kontrolünde Farmakolojik Olmayan Yöntemler, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, (2011) 83-92.

Özveren H, Uçar H, Öğrenci Hemşirelerin Ağrı Kontrolünde Kullanılan Farmakolojik Olmayan Bazı Yöntemlere İlişkin Bilgileri, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* (2009) 59-72

Pala GH, Koyuncu MF, Pelvis: Kemikler, Eklemler ve Bağlar, Posner DG, Dy J, Black YA, Jones DG (Ed), *Oxorn-Foote Eylem ve Doğum*, Çevirenler S. Cansun Demir, Ümran Küçükgöz Güleç, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014, s.4-8

Parildar H, Serter R, Yeşilada R, Diabetes Mellitus and phytoterapy in Turkey. *J Pak Med Assoc* 2011;61(11):1116-21

Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D, Management Of Discomfort, Maternal Child Nursing Care, 4 Th, 2010, pp:394-420

Queensland Clinical Guedlines, Maternity ve Clinical Guedline, Normal Birth, 2017,s.10-11, URL: www.health.qld.gov.au/qcg, erişim tarihi: 19.10.2019).

Ratfisch G, Doğum Eylemi, Beji KN, (Ed) *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2017, s.364-376

Rathfisch G, Doğal Doğum Felsefesi Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven, Nobel Tıp Kitabevleri 2012, İstanbul, s.119

Rathfisch G, Güngör İ. Doğum Eyleminde Ağrıyla birliktelik, Beji KN (Ed), *Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2017, s.378-394

RCM 2000, RCM midwives journal: *official journal of the Royal College of Midwives*

Romia AAF, El- Adham MFA, Effect of warm showering on Labor Pain during the first stage of Labor, *International Journal of Advanced Research (IJAR)*,2014

Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E, Saisto T. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116(1):67-73.doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.02002.x

Sağlık Bakanlığı, İstatistik, Analiz, Raporlama ve Stratejik Yönetim Dairesi Başkanlığı Sağlık Göstergeleri Eylül/2018. https://khgmozellikli.saglik.gov.tr/svg/inc/saglik_gostergeleri.pdf.

Salman CM, Özyüncü Ö, Durukan T, Gebelik, Doğum ve Pelvik Taban Bozuklukları, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara 2005; Cilt: 2 Sayı: 5 Sayfa: 37-42

Samiye Mete, Özlem Çiçek, Elif Uludağ, Doğum ağrısı ve anksiyete arasındaki ilişkinin incelenmesi, *DEUHFED* 2016, 9(3), 101-104

Santana SL, Gallo SBR, Ferreira JHC, Quantana MS, Marcolin CA, Effect of showerbath on pain relief of parturients in active Labor stage. *RevDor. SãoPaulo*, 2013 abr-jun;14(2):111-3.

Schuilling DK, Sampsel MC, Comfort in Labor and Midwifery Art, *Journal of Nursing Scholarship*, 2007).

Serçekuş P, Doğum Süreci Araçlar: Bölüm 1. Annenin Pozisyonları ve Hareketleri, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire, Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çev. Editörü Samiye Mete, 3. Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, 2016, 277-325

Shaw-Battista J, Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth?, Systematic review of Hydrotherapy Research, *Journal of perinatal and neonatal nursing*, october 2017, Volume 31 number 4, 303-316, doi: 10.1097/JPN.0000000000000260.

Shaw-Battista J, Optimal Outcomes of Labor and Birth in Water Compared to Standard Maternity Care, Dissertation Submitted in partial satisfaction of the requirements for the degree of Doctor Of Philosophy in Nursing in the Graduate Division, University Of California, San Francisco, 2009, DOI: 10.1097/JPN.0000000000000260

Shaw-Battista J, Systematic Review of Hydrotherapy Research, Does a Warm Bath in Labor Promote Normal Physiologic Childbirth. *J Perinat Neonat Nurs* _ Volume 31 Number 4, 303–316 DOI: 10.1097/JPN.0000000000000260.

Silva FM, Oliveira SM, Nobre MR, A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain, *Midwifery*. 2007;25:286–294. DOI: [10.1016/j.midw.2007.04.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.04.006)

Simkin PP, O'Hara M, Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods.

American Journal of Obstetrics and Gynecology, *ACOG*, 2002, 186 (5): 131-159).

Spielberger DC, Instrument and Scoring Guide State-Trait Anxiety Inventory, Published by Mind Garden, Inc.

info@mindgarden.com www.mindgarden.com, 2010

Stark MA, Therapeutic showering in labor. *Clinical Nursing Research*, (2013). 22, 359-374. doi:10.1177/1054773812471972

Stark MA, Rudell B, Haus G Observing position and movements in hydrotherapy: A pilot study. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, (2008). 37(1), 116–122. doi:10.1111/j.1552-6909.2007.00212.x

Stoll KH, Hall W, Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection? *The Journal of Perinatal Education* 2012; 21(4): 229-37.

Størksen HT, Garthus-Niegel S, Vangen S, Eberhard-Gran M. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013;92(3): 318-24

Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Büşra Göker, Suphi Tunç, Beyhan Budak, Doğum Eğitiminin Doğum Kaygısı ve Korkusu Üzerine Etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2013;29(4):165-167.

Şahin HN, Kadın sağlığıyla İlgili Temel Kavramlar, Beji KN (Ed), Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2. Baskı, NobelTıp Kitabevleri, 2017,s.49-82

Şahin N, Dinç H, Dişsiz M, Pregnant women's fear of childbirth and related factors, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009;40(2):57-62).

Şahin S, Geleneksel, Alternatif Tıp Uygulamalarına Genel bir Bakış,*Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017;(21)4:159-162

Şahin S, Güler SD, Özdemir K, Ünsal A, Gebelerde Doğum ile ilgili Bilgi Düzeyi ve Doğum Korkusunun Değerlendirilmesi, *Med J Bakirkoy Tıp dergisi*, 2019;15(1):5-14.

Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2002, Ankara

Tianien B, Using Aromatherapy and Hydrotherapy in Obstetrics Care Master's Thesis ,University Of Eastern Finland, Faculty Of Health Sciences Public Health2014, Finland

Ties JB, Ronsmans C, Melesse YD, Barros DJA, Colugnati F, Juan L, Moller AB, Say L, Hosseinpoor A, Yi M, Neto D, Temmerman M, The global epidemiology of Caesarean Sections: major increases and wide disparities, *Lancet*,2018/08/09,

Tokat M A, Disfonksiyonel doğum: Genel Bakış Açısı, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çeviri Ed. Samiye Mete, 3.Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2016, s.16-46

Toker E, Uran İ, Suda doğum. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Healt Dis Nurs-Special Topics*, (2015), 1(3), 87-95),

Topaktaş R, Armağan A, Kadın Cinsel Fonksiyonunun Anatomisi ve Fizyolojisi, *Türkiye Klinikleri J Urology-Special Topics*. 2015;8(3):1-5

Tosun S, Travayda duş almanın annenin doğum ve doğum sonrası konforuna etkisi, Yüksek lisans Tezi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü 2019).

Tufan EA, Yaluğ İ, "Aşk" Fenomeni ve Sevgi İlişkilerinin Nörobiyolojisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry 2010;2(4):443456 © 2010, eISSN:13090674 pISSN:13090658

Tuncay S, Kaplan S, Tekin MÖ, An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior ,*Clinical Nursing Research*, 2019, Vol. 28(3) 298– 320.

Tuncay S, Kaplan S, Tekin MÖ, An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior. (2017). *Clinical Nursing Research*, 105477381774689. <https://doi.org/10.1177/1054773817746893>.

Uçar T, Gölbaşı Z, Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu, *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4 (2):54-5.

Ünlü SB, Yılmaz M, Fetopelvik İlişkiler, Sevil Ü, Ertem G(Ed), *Perinatoloji ve Bakım*, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri 2016, Ankara s.66-70

Ünver H, Uçar T, Alternatif Doğum Uygulamaları ve Evde Doğum, Çalık YK, Çetin CF, Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem, İstanbul Tıp Kitabevleri, 2018,s.131-146

Vanderlaan J, Retrospective Cohort Study of Hydrotherapy in Labor *JOGNN*, May-Juny, Volume46, Issue3, Pages 403-410, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2016.11.018>

Vanderlaan V, Hall PJ and Lewitt M, Neonatal Outcomes with Water Birth: A Systematic Review and Meta-analysis, *Midwifery*, (2017). Volume 59, April 2018, Pages 27-38. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.023.

Vargens OC, Silva AV & Progianti JM, Non-invasive nursing technologies for pain relief during childbirth: The Brazilian nurse midwives' view. *Midwifery*, (2013)29(11), DOI: 10.1016/j.midw.2012.11.011

Waldenstrom U, Women's memory of childbirth at two months and one year after the birth(2003). *Birth: Issues in Perinatal Care*, 30(4), 248–254. doi:10.1046/j.1523-536X.2003.00254.x

White J, Schouten JM, Normal birth as a Cultural Phenomenon- Background to the Proceedings, *Normal Birth: experiences from Portugal and beyond*, Chapter: February 2014

WHO 2015, statement on caesarean section rates, Sexual and reproductive health.2015

WHO Recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience Web annex. Evidence base, 2018

Wilhelm AZ, Adım Adım refleksoloji, Dharma Yayınları, İstanbul, 2009, s.15

World Health Organisation Recommendations, Intrapartum care for a positive childbirth experience, 2018, s.19-162

Yazdani S, Yosofniyapasha Y, Nasab BH *et al.* Effect of maternal body mass index on pregnancy outcome and newborn weight. *BMC Res Notes* 5, 34 (2012) doi:10.1186/1756-0500-5-34).

Yazıcı S, Doğumun Değerlendirme Süreci, Simkin P, Ancheta R, *Doğum Süreci El Kitabı Hemşire Ebe ve Hekimler için Distosiyi Önleme ve Tedavide Erken Müdahaleler*, Çeviri Ed. Samiye Mete, 3.Baskı, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2016, s.65

Yeniçel Ö A, Ergenoğlu M A, Yurttaş S C, Kadınlarda Pelvik Taban Anatomisi, *Türkiye Klinikleri Gynecol Obst-Special Topics*.2009;2(2);1-7

Yılar Z, Ayak Refleksolojisinin Doğum Ağrısına Ve Doğum Eyleminin Süresine Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2014, Erzurum

Yıldırım G, Suda doğumun anne ve bebek üzerine etkileri, *İstanbul üniversitesi F.N.H.Y.O dergisi*, Cilt 13, sayı.54, yıl:2005)

Yıldız H, Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* , (2019). 5 (2) , 98-105 . DOI: 10.30934/kusbed.546900.

Yılmaz DS, Doğum Eylemi, Bal DM, Yılmaz DS (Ed), Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017, s.1-41

Yiğit R, Dilmaç B, Deniz EM, Hamarta E, Sürücülerin Sürekli Ve Durumluk Kaygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi,*Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi* Yıl:2, Sayı:4 Eylül 2011)

Youness E M, Moustafa M. Nurses ' Knowledge About using Hydrotherapy as A Non-Pharmacological Pain Relieve Method in Labor and its Barriers to be Used, *Med. J. Cairo Univ.*,2013,vol.80,no.2,March: 151-160,2012

Zauderer RC, Maximizing Comfort for the Laboring Woman, Lowdermilk LD, Perry ES, Cashion K, Alden RK (Ed.), *Maternity Women's Health*, 11.Edition, Elsevier, 2016, s.381-409

Zorlu C, Arı E, Use of antibiotics and treatment of parasitic infestations in pregnancy. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology And Obstetrics*; 2006;16 (1): 17-32,

ÖZGEÇMİŞ

1. Kişisel Bilgiler

Adı, Soyadı:	Ayşe Taşkın
Doğum Tarihi ve Yeri:	08/04/1978
Halen Görevi:	Ebe
Yazışma Adresi:	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim Araştırma Hastanesi
Telefon:	0 505 501 45 43
E-Posta:	Aysetaskin78.at@gmail.com

2. Eğitim

Yılı	Derecesi	Üniversite	Öğrenim Alanı
2013	Yüksek Lisans	Beykent Üniversitesi	Kamu İşletmeleri Yönetimi
2000	Lisans	Kocaeli Üniversitesi	Ebelik

3. Akademik Deneyim

Görev Dönemi	Unvan	Bölüm	Üniversite
2004-.....	Ebe	Doğumhane	Derince Eğitim Araştırma Hastanesi
2001-2004	Ebe	Doğumhane	Yalova SSK Hastanesi

4. Çalışma Alanları

Çalışma Alanı	Anahtar Sözcükler
Ebelik	Gebelik, Doğum ve Kadın Hastalıkları

5. Son Beş Yılda Önemli Yayınlar

"Gestasyonel Diyabette Yeni Bir Risk Faktörü: Menarş Yaşı", Ergin Ayla, Türkay Ünal, Özdemir Suzi, Taşkın Ayşe, Terzi Hasan , 1.Uluslararası 2.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi ,23-24.03.2018,1.Uluslararası 2.Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi,23-24.2018.

EK 1. ÇALIŞMA ALGORİTMASI

TANIŞMA VE ÇALIŞMA GRUPLARININ BELİRLENMESİ

DENEY GRUBU

KONTROL GRUBU

4 cm. dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

4 cm. dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

5- 7cm.dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

5-7 cm dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

8- 10 cm.dilatasyon

- *Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)



*Duştan 10-20 dak sonra

- * GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- *Sıcak duş uygulaması (30 dak.)
- * Anne ve fetal durum takibi

8-10 cm dilatasyon

- * Vital Bulgular
- *Partograf uygulaması
- *GKÖ Ölçeği
- *Durumluk Anksiyete Ölçeği
- *Konfor Ölçeği
- * Anne ve fetal durum takibi
- *Rutin travay takibi

Ek-2. Tanıtıcı Anket Formu

GEBE TANITIM FORMU

Anket No:

Tarih:.....

GRUP:

GEBENİN SOSYO -DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ:

1-Kaç yaşındasınız?.....

2-Öğrenim Durumunuz:

() Okuryazar değil ()İlkokul ()Ortaokul ()Lise ()Üniversite

3- Ne İş Yapıyorsunuz?

()Ev hanımı ()İşçi ()Memur () Serbest meslek ()Diğer

4-Şu Anda Yaşanılan Yer:

()Köy () Belde/Kasaba () İlçe () İl

5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz ?

a) İyi b) Orta c) Kötü

GEBELİĞE İLİŞKİN BİLGİLER:

6- Son Adet Tarihi:..... MDT:..... Gebelik: Parite:

Abortus:

Küretaj:

7- Gebelik Haftası:.....

8-Gebelik Öncesi Kilosu:

9-Şu anki kilosu:

10- Toplam alınan kilo:

11. Boy:

12.Gebelik Öncesi BKI:

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

14- Gebeliğinizde herhangi bir problem oldu mu? () Evet Evet ise;... () Hayır

15- Nasıl bir problem yaşadınız?

() Bulantı-kusma () Kanama () İdrar yolu enf. () Üst solunum yolları enf.

()Ağrı/kasılma () Diğer

16- Gebeliğinizde İlaç Kullandınız mı?

() Evet () Hayır

17-Yanıtınız “evet” ise ne tür ilaç kullandınız?.....

18- Gebelikte kontrollere gittiniz mi? () Evet () Hayır

19- Kontrollere nereye gittiniz?

() Aile Hekimi () Hastane () Özel hekim muayenehanesi () Özel Klinik () Diğer

20- Kaç kez kontrole gittiniz?.....

21. Gebelik eğitim sınıf/okullarına katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır

Doğumdan korkuyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

22-Doğum ağrısı ile ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

23-(24.soruya cevabınız evet ise) kimden aldınız?

a)Ebe b)Hemşire c)Doktor d)Diğer

24-Normal yaşantınızda ağrınız (adet ağrısı vb.) olduğunda ağrınızı gidermek için ne tür girişimler yaparsınız?

a)Hiçbirşey yapmam

b)Masaj yaparım

c)Sıcak uygulama yaparım

d)Ağrı kesici ilaç alırım

e)Farklı birşeylerle uğraşarak dikkatimi dağıtırım

f)Müzik dinlerim

g)Diğer

Doğum ve Doğum Sonuna İlişkin Bilgiler:

25- Sıcak duş uygulamasının başlangıç saati:....

26-Sıcak Duş uygulamasının bitiş saati:....

27-Doğumun şekli: ()NSD () Vajinal Müdahaleli Doğum ()Sectio/Sezeryan

28-Epizyotomi/Laserasyon: ()Var ()Yok

29-Yenidoğan Apgar Puanı:1.Dakika.... 5.Dakika....

30-Yenidoğanın cinsiyeti: () Kız () Erkek31-Yenidoğanın Ağırlığı:....

EK-3: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: _____

EK -4: Doğum Konforu Ölçeği

Doğumdaki konfor düzeyini tanılamak amacıyla geliştirmeyi amaçladığımız “Doğum Konfor Ölçeği” çalışmamıza katılımınız için teşekkür ederiz. Aşağıdaki her bir ifade için “**tamamen katılıyorum**”dan “**kesinlikle katılmıyorum**”a kadar giden beş seçenek vardır. Lütfen **şu andaki** rahatlık durumunuz en iyi ifade eden numarayı daire içine alarak belirtiniz.

Tamamen **Kesinlikle**
katılıyorum **katılmıyorum**
5 **4** **3** **2** **1**

		5	4	3	2	1
1.	Çevremdeki kişiler sayesinde kendimi güçlü hissediyorum	5	4	3	2	1
2.	Bedenimle uyum içinde çalışıyorum	5	4	3	2	1
3.	Daha fazla ağrıya katlanabilirim, çünkü ağrılar bebeğimin doğmasına yardım ediyor	5	4	3	2	1
4.	Kendime güveniyorum, bebeğimi doğurabilirim.	5	4	3	2	1
5.	Bu oda bana kendimi çaresiz hissettiriyor.	5	4	3	2	1
6.	Doğum sancıları güçlü olmam için beni motive ediyor.	5	4	3	2	1
7.	Kendimi pes edecekmiş gibi hissediyorum	5	4	3	2	1
8.	Kontrolümü kaybedeceğim endişesi yaşıyorum	5	4	3	2	1
9.	Burası oldukça güvenli bir yer	5	4	3	2	1

EK-5:VAS (Görsel Kıyaslama Ölçeği)



EK 6. Durumluk Anksiyete Ölçeği STAI TX-1

Anket No:

Tarih:

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duyguları anlatmakta kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun , sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanı karalamak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

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

EK 7. Sıcak Duş Deney Grubu Onam Formu

Bu çalışma, doğum eyleminin 1. Evresinde ilk 5 dakikalık sürede tam bir vücut banyosunu takiben 25 dakika boyunca gebenin kendini en konforlu hissettiği herhangi bir bölgesine doğru sıcak duşu tutmaları istenecektir. Bu çalışma, sıcak su uygulamasının algılanan doğum ağrısı, anksiyete ve konfor üzerine etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Yüksek lisans tezi olarak yürütülmekte olan bu çalışma için, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Çalışma kapsamında 51 gönüllü kişi alınacaktır. Bu çalışmaya katılma ya da katılmama hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmadığınız takdirde bakımınız etkilenmeyecektir. Çalışmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde sizden yazılı izin alınacak, veri toplama araçlarında yer alan soruları yanıtlamanız istenecektir. Ayrıca doğum eyleminin 1. Evresinde bel bölgenize sıcak duş uygulaması yapılacaktır. Uygulama sırasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz. Bu uygulama doğumda hissedeceğiniz ağrı algısını azaltacaktır. Bu uygulamanın anne - bebek ve doğum süreci üzerine hiçbir zararlı etkisi yoktur. Bu uygulamanın başta doğum ağrısının hafiflemesi ve süresinin kısalması olmak üzere doğum süreci üzerine olumlu etkisi vardır. Bu uygulamalar sırasında herhangi bir rahatsızlık hissetmeyeceksiniz. İşlemlerle ilgili gerek duyduğunuz tüm bilgileri öğrenmeye ve soru sormaya hakkınız vardır. Çalışma kapsamında toplanan bilgiler toplu olarak kullanılacak, bireysel veriler gizli tutulacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Veri toplama araçlarında yer alan sorulara eksiksiz yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Sizin de katkılarınızla gerçekleştirilecek olan bu çalışmanın gelecekte doğum ağrısı yönetimine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. 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.

Ebe AYŞE TAŞKIN

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Ben,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

İmza

Tarih

EK -8. Kontrol Grubu Onam Formu

Bu çalışmada sizin doğumda hissettiğiniz ağrı, anksiyete ve konfor algılama düzeyiniz belirlenecektir. Yüksek lisans tezi olarak yürütülmekte olan bu çalışma için, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı ve çalışmanın yapılacağı kurumlardan yazılı izinler alınmıştır. Çalışma kapsamına 51 gönüllü kişi alınacaktır. 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 ve size herhangi bir uygulama yapılmayacaktır. Çalışma kapsamında toplanan bilgiler toplu olarak kullanılacak, bireysel veriler gizli tutulacak ve sadece bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Veri toplama araçlarında yer alan sorulara eksiksiz yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Sizin de katkılarınızla gerçekleştirilecek olan bu çalışmanın gelecekte doğum ağrısı yönetimine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. 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 katılardan dolayı teşekkür ederim.

Ebe AYŞE TAŞKIN

Kocaeli Üniversitesi

Ben,..... yukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmaya katılmayı, bana verilen hizmeti etkilemeksizin araştırmanın herhangi bir aşamasında çekilebilmek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih

İmza

EK-9: Etik Kurul İzni



T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU



Etik Kurul Bilgileri	Adı	Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	Adres	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Ara Kat 41380 Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
	Telefon	0262 303 74 50
	Faks	0262 303 74 63
	E-Posta	gokaetikkurul@kocaeli.edu.tr

Başvuru Bilgileri	Araştırmacının Adı	Doğum Birinci Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı, Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi			
	Araştırma Proje Numarası	KÜ GOKAEK 2018/380			
	Sorumlu Araştırmacı Unvanı/Adı/Soyadı	Doç. Dr. Ayla ERGİN			
	Sorumlu Araştırmacının Uzmanlık Alanı	Ebelik			
	Araştırma Merkezi	T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ Kocaeli Derince EAH			
	Destekleyici				
	Araştırmacının Türü	Yüksek Lisans Tezi			
	Araştırmaya Katılan Merkezler	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>	Ulusal <input checked="" type="checkbox"/>	Uluslararası <input type="checkbox"/>

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Var	Yok	Açıklama
	Başvuru Dilekçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başvuru Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırmacının Türü	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gözlemsel Çalışma (gözlemsel tıbbi cihaz ve gözlemsel ilaç çalışmaları hariç)/Anket Çalışması
	Araştırma Protokolü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kullanılacak Form Örnekleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aydınlatılmış Onam Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Araştırma Bütçesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Literatür Örneği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Taahhütname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Biyolojik Materyal Transfer Anlaşması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	İzin Belgeleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Başhekimlik Onayı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Özgeçmişler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Değişiklik Bilgi Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Proje Sonuç Formu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Diğer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	1/2

Karar Bilgileri	Karar No: KÜ GOKAEK 2018/20.18	Proje No: 2018/380	Tarih: 28.12.2018
	Doç. Dr. Ayla ERGİN sorumluluğunda yapılan ve yukarıda bilgileri verilen araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler, araştırmanın gerekçesi, amacı, yaklaşım ve yöntemleri, gönüllüler için beklenen yarar ve riskler dikkate alınarak değerlendirilmiş ve araştırmanın ilgili protokol doğrultusunda belirtilen merkezlerde yürütülmesi etik açıdan,		
<input type="checkbox"/> Uygun bulunmuştur. <input checked="" type="checkbox"/> Eksikliklerin tamamlanması koşulu ile uygun bulunmuştur.* <input type="checkbox"/> Uygun bulunmamıştır.*			

Dayanakları	Hasta Hakları Yönetmeliği (01.08.1998/23420); Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi; İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (09.12.2003/25311); Biyotıp Araştırmalarına İlişkin İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesine Ek Protokolün Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun (29.03.2011/27899); İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik (13.04.2013/28617); Tıbbi Cihaz Klinik Araştırmaları Yönetmeliği (06.09.2014/29111); Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi; İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu; Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Meslek Etiği Kuralları; Türk Tabipleri Birliği Araştırma Etiği Bildirgesi
-------------	--

Etik Kurul Üyeleri

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Toplantıda Bulunma		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Kadir Babaoğlu Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. İ. Erdem Okay Üye	Genel Cerrahi	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Haluk Emre Özel Üye	Restoratif Diş Tedavisi	Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Özlem Yıldız Gündoğdu Üye	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Canan Baydemir Üye	Biyostatistik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez Üye	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Yusufhan Yazır Üye	Histoloji ve Embriyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Aslihan Akpınar Raportör	Tıp Tarihi ve Etik	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dr. Öğretim Üyesi Ceyla Eraldemir Üye	Biyokimya	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Gerekçe ve öneriler:

KÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onay Formu	Belge Kodu	Rev. Tarihi / No.su:	Sayfa
	Onay formu	18.10.2017/KOGOEK01.2	2/2


EK-9: Kurum İzni

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
KOCAELİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
DERİNCE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİNE**

Sorumlusu olduğum "Doğumun birinci Evresinde Sıcak Duş Uygulamasının Ağrı, Anksiyete ve Konfor Üzerine Etkisi" isimli araştırma projesini 1 Ocak-30 Haziran 2019 arasında Hastanemizin Doğumhane biriminizdeki gebelerle yapmak istiyorum. Gerekli izin ve onay için gereğini arz ederim.

21.12.2018

Ayşe Taşkın (Yüksek Lisans Öğrencisi, Ebe Araştırmacı)
(Sorumlu Araştırmacı ve Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ayla Ergün Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Başkanı)

Ayşe Taşkın




Ek-11: Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve İç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da DOKTORA şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı.
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun biçimde hazırlandı, imzalatıldı.
- Dizinler kılavuzda belirtildiğı gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiğı şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiğı şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 m olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1,5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiğı gibi verildi.

Ek-12: Doğum Konforu Ölçeği Kullanım İzni



Dilek Coşkuner POTUR <dilekcp@yahoo.com>

Alıcı: ben ▾

20 Ara 2018 Per 11:41



Sayın Taşkın

Doğum Konforu Ölçeğini "Doğumun birinci evresinde sıcak duş uygulamasının ağrı, anksiyete ve konfor üzerine etkisi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmanız da kullanabilirsiniz.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim

Assist. Proff, PhD RN. Dilek Coşkuner POTUR
Marmara University

Faculty of HealthSciences Division of Nursing
Department of Obstetrics and Gynecology Nursing
Başbüyük Mah. Maltepe Başbüyük Yolu Sk. No:9/4/1Maltepe/İstanbul TURKEY
Posta Code: 34854
Telephone: +90 216 4594554 Internal:1226



Ek-10: Tez Denetleme Listesi

Tez, aşağıdaki denetimler yapılarak tamamlanmıştır.

- Kapak ve İç kapak sayfalarında BİLİM UZMANLIĞI ya da ~~DOKTORA~~ şeklinde elde edilen unvanlar yazıldı.
- Kapak sayfasına mezun olunan PROGRAMIN adı yazıldı.
- Tez kapağı sırt kısmına kılavuzda belirtilen çizimde ad, program, yıl yazıldı.
- Onay sayfası uygun biçimde hazırlandı, imzalatıldı.
- Dizinler kılavuzda belirtildiği gibi sıralandı.
- Ön sayfalara i, ii, iii şeklinde Roma rakamları konuldu.
- Sayfa numaraları kılavuzda belirtildiği şekilde konuldu.
- Sayfa düzeni kılavuzda belirtildiği şekilde yapıldı.
- Ana metin yazı boyutu 12 olacak biçimde basıldı.
- Dipnot yazı boyutu 10 olacak şekilde basıldı.
- Ana metin satır aralığı 1,5 olacak şekilde yazıldı.
- Kaynaklar abecesel sıralamaya göre yazıldı.
- Kaynak gösterme ilkelerine ve yazım kurallarına uyuldu.
- Ekler kılavuzda belirtildiği gibi verildi.

DANIŞMAN

Doç.Dr. Ayla ERGİN

17.01.2020

