



**DİNOPROSTON UYGULANAN VE UYGULANMAYAN
GEBELERDE DOĞUM ALGISI VE ÇIKTILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Neslihan ATLI
Ebelik Anabilim Dalı**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hava ÖZKAN**

Yüksek Lisans Tezi-2021

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**DİNOPROSTON UYGULANAN VE UYGULANMAYAN
GEBELERDE DOĞUM ALGISI VE ÇIKTILARININ
KARŞILAŞTIRILMASI**

Neslihan ATLI

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Hava ÖZKAN**

**ERZURUM
2021**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	I
TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLolar DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi.....	4
2.2. Serviks Yapısı	5
2.3. Servikal Olgunluk	6
2.4. Servikal Değerlendirme (BİSHOP Skorlama Sistemi).....	6
2.5. Servikal Olgunlaştırma ve Yöntemleri,	7
2.5.1. Non - Farmakolojik Yöntemler.....	8
2.5.1.1. Klasik Yöntemler	8
2.5.1.1.1. Bitkisel Ürünler.....	8
2.5.1.1.2. Cinsel İlişki	8
2.5.1.1.3. Meme Başı Uyarısı	8
2.5.1.1.4. Membran Striping	8
2.5.1.1.5. Ekstra Amniyotik Salin İnfüzyonu	9
2.5.1.1.6. Akupunktur	9
2.5.1.2. Mekanik Dilatasyon Yöntemler.....	9
2.5.1.2.1. Amniyotomi	9

2.5.1.2.2. Higroskopik Dilatatörler	10
2.5.1.2.3. Balon Kateter	10
2.5.2. Farmakolojik Yöntemler	11
2.5.2.1. Oksitosin	11
2.5.2.2. Prostaglandin	11
2.5.2.3. Mifepristone	11
2.5.2.4. Relaksin	12
2.5.2.5. Nitrik oksit	12
2.6. Dinoprostan	12
2.6.1. Dinoprostan Kullanımında ve Takibinde Ebenin Rolü	15
2.6.2. Dinoprostan Uygulamasının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Etkisi	15
2.7. Doğum Sonu Yenidoğanın Değerlendirilmesi	16
2.7.1. APGAR Skoru	16
2.8. Ağrı	18
2.8.1. Doğum Ağrısı	18
2.8.2. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler	19
2.8.2.1. Fiziksel Faktörler	19
2.8.2.2. Psikososyal Faktörler	20
2.8.3. Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı	20
2.8.4. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Ağrı	20
2.8.5. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Ağrı	20
2.8.6. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Ağrı	21
2.8.7. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresinde Ağrı	21
2.8.8. Doğum Ağrısının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri	21
2.8.9. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi	22

2.8.10. Doğum Ağrısını Kontrol Altına Almada Ebenin Rolü	22
3. MATERYAL VE METOT.....	24
3.1. Araştırma Tipi.....	24
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	24
3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri.....	24
3.4. Veri Toplama Araçları ve Araçların Özellikleri	25
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu	25
3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği	26
3.4.3. Apgar Skoru Değerlendirme Skalası	26
3.4.4. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği	26
3.5. Verilerin Toplanması	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	28
3.7. Bağımlı, Bağımsız ve Kontrol Değişkenler	28
3.8. Etik İlkeler	28
3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği	29
4. BULGULAR.....	30
5. TARTIŞMA.....	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	39
KAYNAKLAR	40
EKLER	50
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	50
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	51
EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU	52

EK-4. ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİK ONAYI.....	53
EK-5. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI	54
EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU.....	55
EK-7. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ.....	57
EK-9. ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ.....	59



TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilimsel desteğini ve yardımını esirgemeyen, rehberlik eden, gösterdiği ilgi, sabır, emek, zaman ve anlayış için danışman hocam sayın Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a, saygı ve şükranlarımı sunarım.

Her daim manevi olarak desteklerini benden esirgemeyen değerli hocam; Emine KAPLAN SERİN'e, yüksek lisans eğitimim boyunca emeği geçen, sabır ve hoşgörülerini esirgemeyen ebelik bölümündeki tüm değerli hocalarıma ve arkadaşlarıma teşekkür ederim. Tez savunma sınavıma katılarak değerli katkılar sunan Doç. Dr. Serap EJDER APAY'a ve Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖZTÜRK ALTINAYAK'a teşekkür ederim. Tez çalışmamın uygulaması aşamasında destek veren Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastane yöneticileri ile çalışanlarına ve gebelere ayrıca eğitimim boyunca desteklerini esirgemeyen motivasyonumu sağlayan her zaman yanımda olan en büyük destekçim annem, babam ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

Neslihan ATLI

ÖZET

Dinoproston Uygulanan ve Uygulanmayan Gebelerde Doğum Algısı ve Çıktılarının Karşılaştırılması

Amaç: Bu araştırma, dinoproston uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı ve çıktılarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma, tanımlayıcı-karşılaştırmalı nitelikte bir çalışma olarak yürütülmüştür. Araştırmanın evreni Haziran 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma hastanesi doğumhanesine kabul edilen gebeler oluşturmuştur. Örneklem grubunu, güç analiziyle belirlenmiş ve araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan 160 gebe (hekim orderı ile dinoprostan uygulanan 80 gebe ve dinoprostan uygulanmayan 80 gebe) oluşturmuştur. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)", "APGAR Skoru Değerlendirme Skalası" ve "Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)" kullanılarak toplanmıştır. Veriler, yüzdelik dağılım, kıkare testi, ortalama ve t testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki gebeler tanıtıcı ve obstetrik değişkenler bakımından homojenlik göstermektedir. Gebelerin GKÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; dinoprostan uygulanmayan gebelerde ağrı algılama düzeyleri dinoprostan uygulanan gebelere göre uterus kontraksiyonları sonrası ve aktif fazda diğer fazlara göre yüksek olduğu ve ağrı puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.007$).

Dinoproston uygulanan ve uygulanmayan grupları arasında doğum sürelerinin karşılaştırılmasında toplam süre için gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$). Dinoproston uygulanan ve uygulanmayan gruplarda 1. ve 5. dakikadaki Apgar skorları arasındaki puan farkının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p=0.73$).

Araştırmada, ADAÖ toplam puan ortalaması dinoprostan uygulanan grupta 84.38 ± 11.96 ve dinoprostan uygulanmayan grupta 76.98 ± 14.98 olarak bulunmuş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark saptanmıştır ($p=0.001$).

Sonuç: Araştırmada kullanılan dinoprostanın doğum ağrısında ve annenin doğumu algılamasında etkili olduğu görülmüştür. Çalışma sonucunda dinoproston tedavisinin yenidoğan APGAR skorlarını etkilemediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Dinoprostan, doğum ağrısı, doğum algısı, doğum çıktısı, ebe, gebelik.

ABSTRACT

Comparison of Perception of Birth and Outputs in Pregnant with and without Dinoprostone

Aim: This study was carried out to compare the perception of birth and outcomes of pregnant women who were both administered and not administered dinoprostone.

Materials and Methods: This research was conducted out as a descriptive - comparative study. The universe of the study consisted of pregnant women admitted to the delivery room of the Şanlıurfa Training and Research Hospital between June 2020 and December 2020. The sample group consisted of 160 pregnant women (80 pregnant women who were administered dinoprostane under physician control and 80 pregnant women who were not administered dinoprostane) who were determined by power analysis and met the criteria. The data were collected using the "Personal Information Form", "Visual Comparison Scale (VAS)", "APGAR Score Evaluation Scale" and "Maternal Birth Perception Scale (BPS)". The data were evaluated with percentage distribution, chi-square test, mean and t test.

Results: Pregnant women within the scope of the study show homogeneity in terms of introductory and obstetric variables. When the mean mean scores of the pregnant women were compared; It was found that the pain perception levels of the pregnant women who were not administered dinoprostane were higher after uterine contractions and in the active phase compared to the other phases, and the difference between the mean pain scores was statistically significant ($p=0.007$).

In the comparison of delivery times between groups that administered and did not administered dinoprostone, it was determined that the difference between the groups for the total time was statistically significant ($p=0.001$). It was determined that the difference in APGAR scores at the 1st and 5th minutes in the groups administered and not administered dinoprostone was not statistically significant ($p=0.73$).

In the study, the mean POBS total score was found to be 84.38 ± 11.96 in the group administered dinoprostane and 76.98 ± 14.98 in the group not applied dinoprostane, and a statistically significant difference was found between the groups ($p = 0.001$).

Conclusion: It has been observed that dinoprostane used in the study is effective in labor pain and in the mother's perception of delivery. As a result of the study, it was observed that dinoprostone treatment did not affect the newborn apgar scores.

Keywords: Dinoprostane, birth pain, birth perception, birth output, midwife, pregnancy

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
APGAR	: Activity-Pulse-Grimace-Appearence-Respiration
FDA	: Food And Drug Administration
GKÖ	: Görsel Kıyaslama Ölçeği
NO	: Nitrik Oksit
NST	: Non Strest Test
POBS	: Perception Of Birth Scale
VAS	: Visual Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sekil No

Sayfa No

Şekil 2.1. Propess® Vajinal Ovül..... 14

Şekil 2.2. Propess® Vajinal Ovülün Uygulanması. 15



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1. Bishop Skorlaması	7
Tablo 2.2. APGAR Skoru	17
Tablo 4.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	30
Tablo 4.2. Grupların İlk Bimanuel Muayene Bulgularının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.3. Grupların Doğuma Yönelik Bulgularının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4.4. Grupların ADAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35

1. GİRİŞ

Gebelik ortalama 280 gün süren, maternal ve fetal yapılarda bir takım fizyolojik değişim sürecidir. Doğum, fetusun dünyaya gelmesi için uterus ve servikte çok birçok değişiklik gerektirir. Doğumda servikal yumuşama için bağ doku, kollojen ve serviksin temel bileşenlerinde değişiklikler olması gerekir. Bunlardan biri aminoglikanların miktarında olan değişimlerdir. Hyolüronik asitin dokuda su tutması özelliğinin olması hyolüronik asit kantitatif artışı gözlenir. Gebeliğin sonunda serviks, hyaluronik asit ve sıvı içeriğinin artışına, dermatan sülfat- kondroidin sülfat oranında azalma ve kollajenin azalmasına bağlı olarak şişer ve yumuşar, esneklik ve genişleme yeteneği kazanır.¹ Dinoproston servikal olgunlaştırmada en çok kullanılan ve düzenli salınım ile dokuların dinoprostana maruz kalmasını önleyerek uterus hiperstimülasyonunu en aza indirir.² Servikal olgunlaşmayı kollajenaz ve elastaz aktivitesini arttırarak, servikal düz kaslarda gevşemeye neden olarak ve fundal myometriyumda kontraksiyonlar oluşturur. Böylece uterus oksitosine karşı daha duyarlı hale gelir.³⁻⁴

Servikal açılma ve serviksin silinmesini sağlayan dinoprostan (propes) aynı zamanda uterusu myometriyum kasılmasına da neden olur. Klinikte sıkça kullanılan vajinal ovül olgunlaşmamış serviksin doğum eylemine hazırlığını sağlamak için gebelere uygulanan preparattır.⁵ Bu preparatlar Türkiye’de Sağlık Bakanlığında 37 haftasından sonra doğum eyleminde indüksiyon olarak kullanılmak üzere onay almıştır.⁶

Günümüzde bu zamanlama kesin kurallar ile belirlenmemiş olup gebenin klinik durumuna göre planlanmaktadır. Kapsamlı klinik çalışmaları sonucu 41. gebelik haftası ve üzerindeki gebelerde doğum indüksiyonu düşünülmesi ve 42. gebelik haftası ve üzeri gebeliklerde doğum indüksiyonun gerekli olduğu önerilmektedir. Bu gebelik haftalarında doğum indüksiyonunun kullanılması perinatal mortalite riskini azaltmayla ilişkili olduğu için uygulanmaktadır.⁷⁻⁸

Gebelik ve doğum esnasında kullanılan birçok göstergeler ile yenidoğanın sağlık durumu değerlendirilmektedir. Bunlar; annenin sağlık durumu, fetal (gestasyonel) yaş, travayın süresi, membranların rüptür zamanı, doğum eylemde kullanılan ilaçların türü, zamanı, verilme şekli, doğum eyleminde karşılaşılan güçlükler olarak sayılabilir. Doğum esnasında kullanılabilen bir diğer yöntem, resusitasyon ihtiyacını hızlı bir şekilde değerlendirmeye olanak sağlayan APGAR skorlama sistemidir.⁹

Doğum eylemi kadın yaşamını değiştiren bir olaydır. Eylemde verilen bakım kadını hem fiziksel hem duygusal olarak etkilenmektedir.¹⁰ Ebeler tarafından doğum eyleminin desteklenmesi doğum sürecinin olumlu sonuçlanması açısından önemlidir.¹¹ Doğum eyleminde gebeler ne yaşayacaklarını bilemedikleri için endişe, korku ve anksiyete yaşarlar. Kadının sağlıklı bir doğum süreci yaşamak için önemsendiğini hissetmeye ve profesyonel desteğe gereksinimi vardır. Doğumda verilen profesyonel destek kadının doğum ağrısı ile baş etmesini de etkilemektedir. Ayrıca eyleme yönelik olumsuz deneyimide önler ve kadının doğumu algılamasını olumlu etkiler. Eylemde verilen bakım doğum, anne ve yenidoğan sağlığını olumlu etkilemekte ve doğum eylemine yapılan müdahaleleri azaltmaktadır.¹²⁻¹³

Literatürde dinoprostan ile ilgili yapılmış bazı çalışmalar mevcuttur. Güngördük¹⁴ “Term gebeliklerde doğum eyleminin indüksiyonu amacıyla kontrollü salınımlı dinoproston ile eş zamanlı oksitosin kullanımının dinoproston ile birlikte altı saat sonra başlanan oksitosin kullanılması ile karşılaştırılması: prospektif randomize kontrollü çalışma” isimli çalışmayı; “Şerbetçi¹⁵ bishop skoru ≤ 4 olan vertex geliş hastalarda doğum indüksiyonunda PGE2 (dinoproston) ve servikal olgunlaştırıcı balon kateterin klinik kullanımdaki yeri” isimli çalışmayı; Uğurel¹⁶ “41 hafta ve üzeri gebeliklerde servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonu amacıyla dinoproston vajinal ovül ve dinoproston vajinal ovüle düşük doz oksitosin ilavesinin karşılaştırılması” isimli

çalışmayı yapmıştır. Yapılmış çalışmalarda dinoprostan uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı değerlendirilmemiş ve doğum eyleminin süresi karşılaştırılmamıştır. Buradan yola çıkılarak bu çalışma yapılmıştır. ·

Bu araştırma, dinoproston uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı ve çıktılarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eyleminin Fizyolojisi

Yaşam tecrübelerinden biri olan doğum eylemi kadınların fiziksel ve ruhsal durumunu etkileyen faktördür. Doğum eylemi; belli aralıklarla oluşan uterus kontraksiyonlarının servikste silinme ve dilatasyonuna sebep olur. Fizyolojik bir süreç olan doğum eylemi uterus kontraksiyonlarında etkisiyle fetüs ve eklerinin doğum ile uterus dışına atıldığı olaydır. Normal doğum eylemi, termde, spontan başlaması, canlı ve tek fetüs varlığı ile vertex pozisyonunda, baş- pelvis uyumsuzluğu olmadan sağlıklı bir anne ve fetüsün varlığıyla gerçekleşmektedir.¹⁷

Doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlayan 5 güç bulunmaktadır. Bunlar;¹⁷⁻¹⁸

- Doğum kanalı (doğum yolu)
- Doğum objesi (fetüs)
- Doğumda etkili güçler
- Doğum pozisyonları
- Annenin fiziksel ve psikolojik durumu

Doğum Kanalı: Doğum kanalı yumuşak dokulardan ve kemik pelvisten oluşmaktadır. Pelvis ve ölçüleri (pelvis girimi, pelvis boşluğu ve pelvis çıkımı), pelvisin tipi (jinekoid, android, andropoid veya platipelloid pelvis), serviksin silinme ve dilatasyon özelliği ile vajen yapısının esnekliği doğum eyleminin gidişatını etkileyen faktörlerdendir.^{17,19}

Doğum Objesi: Doğum eyleminde en önemli kısım fetüsün başıdır. Fetal başın büyüklüğü, fetüsün prezantasyonu, duruşu (situs), fetüsün durumu (positio) ve tavrı (habitus) doğum eyleminde önemli rol oynamaktadır.^{17,19,20}

Doğumda Etkili Güçler: Doğum eyleminde önemli rol oynayan ve fetüsün doğum kanalından ilerlemesini sağlayan uterus kontraksiyonlarının şiddeti, süre ve sıklığı ile

anneninin bebeği itmek amacıyla kullandığı diyafragmatik ve abdominal kasların itici güçleri ile eylemde güç oluşturur.^{17,19}

Doğum Pozisyonları: Eylemde seçilen pozisyon, anatomik ve fizyolojik olaylara etkileyerek; yorgunluğu azaltır, konfor sağlar, kan dolaşımını rahatlatır, ağrıya dayanıklılığı artırır ve fetusun inişini kolaylaştırır.¹⁸ Yürümek, ayakta durmak, çömelmek, diz çökmek, Sim's ve el-diz pozisyonu gibi kullanılan birçok pozisyon doğum eyleminde kullanılan alternatif doğum pozisyonlarıdır.²⁰

Annenin fiziksel ve psikolojik durumu: Doğum eylemi, özellikle primipar gebeler için gebelikte başlayıp, eylem sırasında oluşan beklenti, kaygı ve stres duygularının yoğun olarak yaşandığı dönemdir. Annenin doğuma bedensel olarak hazır olması, daha önceki doğum deneyimleri, eylem boyunca aldığı destek ve duygusal durumu eylemin gidişatını etkilemektedir.^{17,19,20}

2.2. Serviks Yapısı

Uterus dört ana kısımdan oluşur ve bu kısımlar birbirine eşit değildir: Üçgen yapıya benzeyen uterus üst kısımda korpus, iğ şeklinde ve alt silindirik yapıda vajinaya doğru ilerleyen kısım ise serviks olarak adlandırılmaktadır. Ön kısımda, internal os serviksin üst sınırını oluşturur. Yaklaşık olarak peritonun mesaneye uzandığı seviyede yer almaktadır. Serviks, supra vajinal ve vajinal olmak üzere iki kısma ayrılmaktadır. Arka yüzündeki periton ile kaplı olan kısım supra vajina olarak adlandırılır. Yan tarafta, kardinal ligamanlar ile ilişkilidir. Ön tarafta ise üstündeki mesaneden gevşek bağ dokusu aracılığı ile ayrılmaktadır. Eksternal os, serviksin vajinal kısmı, portio vajinalisin alt ucunda yer almaktadır.²¹ Serviksi pelvisin merkezinde tutan yapı ön tarafta pubovesikoservikal fasya, arka tarafta sakro-uterin bağlar ve yanlarda bulunan kardinal ligamentlerdir.²¹

Gebelik geçirmeyen kadın serviksi yaklaşık 2.5–3 cm uzunluğundadır. Ön arka çapı 2–2.5 cm, enlemesine ortalama 2.5-3 cm arasındadır.

Bu farklılıklar servikal kanalın şeklini belirlemektedir. Serviks frontal düzlemde iğ, sagittal düzlemde düzlemde ise düz şekildedir. Servikal olgunlaşmayı sağlayan serviks duvarı, uzunluğu boyunca yaklaşık 1 cm kalınlıktadır. Gebelik geçirmeyen kadınlarda serviks, kollajen içeren yoğun fibröz bağ dokusundan meydana gelmektedir. Serviksin yapısında bulunan elastin adı verilen ve serviksin % 1'lik bölümünü oluşturan elastik bir doku bulunmaktadır.^{21,22}

2.3. Servikal Olgunluk

Serviksin olgunlaşması fizyolojik bir süreçtir. Kontraksiyonlar oluşmadan önce gelişir ve kompleks bir biyokimyasal süreç içerir. Servikal olgunlaşma tamamen uterus kontraksiyonlarından ayrı değildir.

Gebeliğin sonunda serviks, hyaluronik asit ve sıvı içeriğinin artışına, dermatan sülfat- kondroidin sülfat oranında azalma ve kollajenin azalmasına bağlı olarak şişer ve yumuşar, esneklik ve genişleme yeteneği kazanır¹. Bu değişimler, genellikle fibroblast aktivitesinin değişimine bağlıdır; bu durumda ise, prostaglandinler dâhil birkaç hormonun kontrolünde oluşmaktadır. Servikal değişimler, enzimler ile kollajen konsantrasyonunun azaltılmasını ve proteoglikan/glukozaminoglikan oranında değişimi içerir. Son zamanlarda prostaglandin E2 (dinoprostan) analogu dinoproston servikal olgunlaşmada oldukça etkili dikkat çeken bir ajan olarak kullanılmaktadır.⁶

2.4. Servikal Değerlendirme (BİSHOP Skorlama Sistemi)

Doğum eyleminde indüksiyon kararı alabilmek için 1964 yılında Burnett tarafından geliştirilen ve literatüre giren BISHOP skorlaması kullanılmaktadır.²³ BISHOP skorlaması klinik olarak kullanılmaktadır ve 5 parametreden oluşmaktadır. Bu skorlama sistemi servikal dilatasyon, efasman (silinme), baş seviyesi, serviksin pozisyonu ve kıvamı parametrelerini içermektedir.²¹

Tablo 2.1. Bishop Skorlaması

FAKTÖR	SKOR			
	0	1	2	3
Servikal Dilatasyon (cm)	0	1-2	3-4	>5
Servikal Silinme (%)	0-30	40-50	60-70	>80
Baş Seviyesi	-3	-2	-1 veya 0	+1 veya +2
Serviksin Kıvamı	Sert	Orta	Yumuşak	-
Serviksin Pozisyonu	Posterior	Orta hat	Anterior	-

Bu skalaya göre Burnett; 9 ya da 10'un üzeri puan alan gebelerin çoğu 2-4 saat içinde; 6-8 puan arasındaki gebelerin %90'ının 6 saat içinde doğum eylemini gerçekleştirdiği saptanmıştır. 6 ve daha az puan alan gebelerin sonuçlarının ise öngörülmez olduğu bulunmuştur.²¹

Doğum indüksiyonunun amacı, vajinal doğumu gerçekleştirmek ve sezaryen doğum ihtiyacını önlemektir. Bishop puanlama sistemi, indüksiyonun etkili olup olmayacağını belirlemede kullanılan verimli bir yöntemdir. Bishop skoru ile servikal özelliklerin ve fetal prezentasyonun durumu kolaylıkla belirlenir.²⁴

2.5. Servikal Olgunlaştırma ve Yöntemleri,

Doğum eylemi öncesi kullanılan servikal olgunlaştırmayla ilgili yöntemler nonfarmakolojik yöntemler ve farmakolojik olarak ikiye ayrılmaktadır. Non farmakolojik yöntemlerde mekanik dilatasyon yöntemleri ve klasik yöntemler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.²⁵

2.5.1. Non - Farmakolojik Yöntemler

2.5.1.1. Klasik Yöntemler

2.5.1.1.1. Bitkisel Ürünler

Mavi ve siyah cohosh, akşam çuhaçiçeği yağı ve ahududu yaprakları tarihte sıklıkla kullanılmış olan bitkisel servikal olgunlaşmayı sağlayan preparatlarıdır. Bu bitkiler uterotonikler olarak kullanılmaktadır.^{26,27} Dünya genelinde halen belirli coğrafyalarda kullanılmaktadır.

2.5.1.1.2. Cinsel İlişki

Cinsel ilişki sırasında memelerin uyarımının olması oksitosin salınımına ve dolaylı olarak uterus kontraksiyonlarına neden olmaktadır. Ayrıca ejakulat sırasında oluşan seminal sıvı çok miktarda prostoglandin içerir ve cinsel birleşme sonrası vajen de bulunan ejakulattaki prostoglandinlerin serviksin olgunlaşmasında etkili olabileceği saptanmıştır.^{26,27}

2.5.1.1.3. Meme Başı Uyarısı

Emme şeklinde memelerin uyarılması ve fiziksel manipülasyon servikal olgunlaşma için geçmişten bu yana kullanılan ve oksitosin salınımını uyarmak için kullanılan bir yöntemdir.^{26,27}

2.5.1.1.4. Membran Striping

Membran striping (rüptür) yönteminin kullanılabilmesi için servikal açıklığın oluşması gerekir. Gebelik ile birlikte oluşan bu membranlar sirküler hareketlerle uterus duvarından ayrılmaktadır. Bu olay travmaya neden olur ve endojen prostoglandinler ortaya çıkar. Endojen prostaglandinler uterus kontraksiyonlarının şiddetinin artmasına ve servikal olgunlaşmayı sağlar. Mc Colgin ve ark.²⁸ tarafından 1990 yılında yapılan çalışmada membran sıyrılması (membran striping) yöntemi ile endojen

prostaglandinlerin düzeyinde artış gözlenmiştir ve güvenilir olan bu işlem miad aşımı sıklığını azalttığını kanıtlamıştır.

2.5.1.1.5. Ekstra Amniyotik Salin İnfüzyonu

Plasenta membranları ve internal servikal os arasındaki boşluğa foley kateterin takılması ile uygulanan bir yöntemdir. 40 ml/saat hızında steril salin solüsyonu infüze edilir. Salin infüzyonu kullanılsın veya kullanılsın, kateterin yerleştirilmesi servikal maturasyona ve ilerleyen dönemde de etkili kontraksiyonların açığa çıkmasına neden olur.²⁹ Serviks açıklığını artırmak için Sherman ve ark.³⁰ tarafından balon uçlu kateterlerin kullanıldığı 13 çalışmanın sonuçlarını özetlemişler ve kullanılan yöntemde infüzyon eşlik etsin veya etmesin, Bishop puanlamasında iyileşme sağladığı ve doğum süresini kısalttığı sonucuna varılmıştır.

2.5.1.1.6. Akupunktur

Geleneksel olarak kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem ile ciltten elektriksel sinir stimülasyonu yerleştirilmektedir veya organ alanına küçük iğneler yerleştirilir. Bu yöntemin doğum indüksiyonu olarak kullanılmasını savunan çalışmalar vardır.^{26,27}

2.5.1.2. Mekanik Dilatasyon Yöntemler

2.5.1.2.1. Amniyotomi

Amniyotik membranların elle veya aletle açılması ile uygulanan bir yöntemdir. İşlem yapılmadan önce servikal dilatasyonun belli oranda oluşması gerekmektedir. Sezeryan endikasyonu, vasa previa, kordon prolapsusu, HIV veya aktif Herpes virüsü olmayan gebelerde kullanılmalıdır. Amniyotomi esnasında ciddi komplikasyon olan kordon sarkmasından korunmak amaçlı fetüsün tam yerleşmiş ve fetal başın oynatılmamasına dikkat edilmelidir. Kordon sarkması riskini önlemek amacıyla fundusa ve suprapubik bölgeye bası uygulamak yararlı olabilir. Amniyotomi işleminden önce ve sonrasında mutlaka fetal kalp hızı izlenip değerlendirilmelidir. Amniyotomi ile yapılan

çalışmalarda servikal açıklığın yaklaşık 5 cm sırasında yapılan amniyotominin doğum eylemini 1-2 saat hızlandırdığı grlmstr.^{31,32}

2.5.1.2.2. Higroskopik Dilatatrler

Sıklıkla erken dnemde gebeliklerin sonlandırılmasında kullanılır. Higroskopik servikal dilatatrler kullanılarak servikal açıklık sağlanabilir. Higroskopik dilatatrlerin endoservikal sıvıyı serviks içinde absorbe ederek yavaş bir şekilde genişlediği ve bu şekilde servikal olgunlaştırmaya yardım ettiği dşnlmektedir. Servikal dilatasyonun oluştuğu sre zarfında endojen prostaglandin salınımı artar bu şekilde servikal olgunlaşma sresi hızlanır.^{26,27,33} Higroskopik dilatrler kk çaplı (2-3mm) ve byk çaplı (6mm) bulunmaktadır. Kk çaplı olan dilatrler yerleştirilmesi kolay ve servikal dilatasyonu daha iyi yapmasından dolayı daha sık tercih edilmektedir. Servikal kanala yerleştirilmek için kullanılan dilatrler vajen ve serviks asepsi kurallarına uygun solsyonlarla silindikten sonra serviks allis klempi ile kaldırılarak dilatrler yerleştirme işlemi yapılır. Osmotik dilatatrler kullanılırken birçok komplikasyon olasıdır. Bu işlem gebede kanama, amniyotik membranlarda rptr, plesantanın ayrılması veya dilatrlerden herhangi birinin retansiyonu gibi komplikasyonlar grlmektedir. Higroskopik dilatrler yerleştirildikten sonra allerjik reaksiyon gelişmesi durumunda servikal dilatatrn hızlı bir şekilde serviksten çıkarılması gerekmektedir.³⁴

2.5.1.2.3. Balon Kateter

Servikal silinme ve dilatasyonu sağlamak için balonu foley sonda aracılığıyla internal os'tan ilerletilip 30-80 ml sıvı ile balon şişirilmelidir. Balon 8-12 saatte servikal olgunluğu sağlayabilir. Balon gergin olacak şekilde bacak i yzne tespitlenir.³⁵

2.5.2. Farmakolojik Yöntemler

2.5.2.1. Oksitosin

Spontan doğum eyleminin ilk safhasında beyin lobunun arka hipofizden oksitosin salınımı olmakta, ikinci safhası sırasında kontraksiyonları düzenlemektedir. Ortalama yarılanma ömrü 3-4 dakikadır. Oksitosin hormonu kanda serbest halde dolaşır. Plasental oksitokinaz tarafından yıkılımı sağlanıp, atılımı karaciğer ve böbrekler tarafından yapılır. Myometriumun oksitosine yanıtı, uterusun duyarlılığı, oksitosin atılım hızı, servikal durumu, önceden var olan uterin kontraksiyonlarına ve gebelik süresine bağlıdır. Oksitosine karşı oluşan myometrial duyarlılık gebeliğin 20.haftasında itibaren başlar ve gebelik haftası ilerledikçe artar. Doğum eyleminin başladığı zaman, oksitosin hormon reseptörlerinin artmasıyla oluşan bu yanıt pik yapar. Oksitosinin dışardan intravenöz kullanımından sonra uterusun yanıtı 3 ila 5 dakikada ortaya çıkar.³⁶

2.5.2.2. Prostaglandin

Prostaglandinler (misoprostol, dinoproston) servikal açıklığı sağlamak için servikal ve vajinal yoldan yaygın olarak kullanılmaktadır. Prostaglandinlerin kullanımı, daha kısa sürede doğum eyleminin gerçekleşmesini sağlamakta, oksitosine olan gereksinimini azaltmaktadır.²⁶

2.5.2.3. Mifepristone

Mifepriston erken gebelik haftasında doğum eylemi indüksiyonunda alternatif bir yöntem olan, oral kullanıma uygun antiprogesteron içeren bir ajandır. Mifepristonun term gebeliklerde kullanımını öneren çalışma sayısı azdır. Doğum indüksiyonu olarak plasebodan daha etkili bulunmuştur ancak doğum eyleminde alternatif metotlar ile karşılaştırılması yapılan herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.²¹

2.5.2.4. Relaksin

Korpus luteum, desidua, koryon zarları tarafından üretilen polipeptid bir hormon olup servikte kollajenaz enzimini aktive ettiği ve bu şekilde servikal olgunlaşmayı sağladığı bilinmektedir.²⁶ Saf relaksinın vajinal veya intraservikal uygulanmasıyla yapılmış birçok çalışmada relaksin hormonunun maternal ve fetal yan etkilere neden olmadığı gözlenmiş ve serviksin olgunlaşmasını artırdığı gösterilmiştir.³⁷

2.5.2.5. Nitrik oksit

Nitrik oksit (NO) bir çeşit servikal olgunlaşma metodudur. Servikal nitrik oksit metabolitleri uterin kontraksiyonlar ile birlikte artış göstermektedir.³⁸ Yapılan klinik çalışmalarda Nitrik Oksit türevlerinin servikal olgunlaşmada prostaglandin kadar etkili olmadığı kanıtlanmıştır.³⁹

2.6. Dinoprostan

Prostaglandin E2 preparatı Food And Drug Administration (FDA) tarafından kullanımı uygun görülen ve sık kullanılan servikal olgunlaşma için kullanılan bir maddedir. Dinoproston prostoglandin E2 maddesinin eşdeğeriştir. Beyaz renkte veya beyaza yakın kristal ve katı şekilde olan preparatların erime noktası 65-68° C'dir.⁴⁰

Doğum eylemi indüksiyonu ve servikal olgunlaşma için kullanılan preparatın birçok dinoprostan formu bulunmaktadır. Lokal uygulama olarak tercih edilen dinoprostan sistemik olarak ateş, bulantı, kusma ve ishal gibi yan etkilere neden olmaktadır. Ticari olarak bulunan ve lokal uygulama formülasyonları birkaç şekilde bulunmaktadır. Bunlar:⁴¹

- İnvajinal tablet (Prostin E2® ,Upjohn): 3 miligram (mg) dinoprostan içerir.
- İnvajinal jel (Prepidil ® Upjohn, Cerviprost ® Organon): Tek kullanımlık olup şırınga içinde 0.5 mg dinoprostan madde içerir.

- İnvajinal jel (Prostin E2,Upjohn): Tek kullanımlık olup şıranada içinde 1-2 mg dinoprostan madde içerir.
- İnvajinal ovül (Propess ® ,Vitalis)

Birçok ÷lkede parafin bazlı hastane ve eczanelerde formüle edilmiş ovüller kullanılmaktadır. Kullanım formülasyonuna bağlı olarak dinoprostanın tropikal uygulaması değişmektedir. Dinoprostanın kontrollü salınımı uterus hiperstimülasyonunu düzenler, dokuların prostaglandine maruziyetini önler. Dinoprostan kolay kullanımı, düşük dozda ve kontrollü salınımını sağlamak amacıyla geliştirilmiş vajinal ovüldür. Bu özelliği servikal olgunlaşmayı sağlamak için yüksek doz dinoprostan kullanımını engellemektedir. Düşük dozda kullanıma uygun olması ve dokulardan hızla uzaklaşması ile oluşabilecek yan etkileri azaltmaktadır. Servikal olgunluğu sağlamak için tek doz dinoprostan kullanımı yeterli olup 12 saat boyunca vajinada miktarı bilinen ve salınımı kolay preparatların kullanımının uygun olduğu belirtilmiştir.⁴¹

Dinoproston, Food And Drug Administration ve Avrupa Birliği Sağlık Otoritesi tarafından onaylanan bir vajinal ovüldür. Vajinal ovül 1987 ila 1993 yılları arasında geliştirilmiştir. 1995 yılında ilk kez İngiltere’de ve Amerika Birleşik Devletlerinde kullanılmıştır. Dinoproston servikal açılma ve servikal silinmeyi sağlayarak etki ederken bununla beraber uterusda bulunan myometrium tabakasındaki uterus kontraksiyonlarında etkilemektedir. 10 mg dinoprostan madde içeren vajinal ovül düzenli salınım için bir rezervuardır. Doğum eyleminin başlangıcında kullanılan ve nemle temas edene kadar vajinal ovül rezervuar içinde muhafaza edilir. Vajinal ovül 0,33 mg/saat hızla 12 saat boyunca vajinaya yerleşirildikten sonra düzenli olarak dinoprostan madde salınımı yapmaktadır. Prostaglandin E2 salınımı hızlı olduğu için servikte etkili olan doz düzeyini sağlamak için sürekli ve kontrollü salınım önemlidir. Dinoprostan vajinal ovül ince

dikdörtgen, yarı geçirgen hidrojen aparatından oluşan tek parçalı polyester kese içinde ve geri çekme bandı içinde bulunan bir preparattır. (Şekil 1).⁴²⁻⁴⁴

Vajinal ovül 30 x10x1.1 mm ölçülerinden oluşmaktadır. Ovül yerleştirilmeden önce yaklaşık 241 mg ağırlığındadır. Kolay ve güvenilir olan ürün, 30 santimetre uzunluğunda olup geri çekme sistemi kolaylıkla sağlanmaktadır. Ovül yerleştirildikten sonra vajinal sıvıyı absorbe ederek ortalama iki katına kadar şişer ve dinoproston serbestleşmeye ve etkinliğini göstermeye başlar.⁴²⁻⁴⁴



Şekil 2.1. Propess® Vajinal Ovül

Servikal olgunlaşmayı sağlamak için bir dinoprostan içeren vajinal ovülün en fazla 12 saat kullanılması gerekmektedir. 12 saat süre sonunda yeterli servikal olgunluk sağlanamazsa, takılan ovül çıkartılıp yerine yeni bir vajinal ovül kullanılabilir. Yeni takılan vajinal ovül yine 12 saat kullanıma uygundur ve 12 saat sonra tekrar çıkartılmalıdır. Tedavi süresi boyunca maksimum iki adet vajinal ovül ard arda uygulanmalı, ikiden fazla kullanımı uygun değildir. Vajen içine uygulanan vajinal ovülün takılması ve çıkarılması işlemi basittir. Vajinal ovül posterior fornikse yerleştirilir. İşlem vajinal ovülün işaret ve orta parmak arasında tutularak yapılır. (Şekil 2). Vajinal ovülün çıkarılmasını kolaylaştırmak için bandın ucunu vajinadan 2-3 cm uzunluğunda dışarıda bırakılıp tespitlenmelidir. Gebeler ovülün hidrate olup şişmesi için ortalama 20-30 dakika sırt üstü yatırılmalıdır. Bu süreden sonra gebeler yürüeyebilir. Prostaglandin E2 ovülden 12 saat boyunca salındığı için uterus kasılmaları ve fetusun kalp tepe atımları aralıklı olarak takip edilmelidir.⁴²⁻⁴⁴



Şekil 2.2. Propess® Vajinal Ovülün Uygulanması.

Propes uygulama sırasında posterior forniks içinde yatay şekilde 90° dönderilmelidir. Ovülün geri çekilmesini kolaylaştırmak için geri çekme bandının vajina dışında kalması sağlanır.⁴²⁻⁴⁴

2.6.1. Dinoprostan Kullanımında ve Takibinde Ebeğin Rolü

Dinoprostan, hekim orderi belirlenen gebelere doğumhanede çalışan ebeler tarafından uygulanmaktadır. Uygulama sonrası takibi ebeler tarafından yapılmaktadır. Dinoprostan uygulanan gebenin yaşam bulgularını takibini, ağrısını, servikal silinme ve dilatasyonunu, uterus kontraksiyonlarını ve fetüsün sağlığı ebeler tarafından değerlendirip kayıt altına alınmaktadır.

Dinoprostan uygulanan gebenin doğumu başladığında, doğum sürecin ilerlemesini yardımcı olmak için oksitosin gibi diğer ilaçların kullanılması gerekiyorsa, uterus kontraksiyonları uzun ve güçlü ise, fetüsün kalp tepe atımında oluşabilecek olası yan etkiler olduğu zaman dinoprostan gebeden çekilmelidir.⁴⁵ Ebe olası komplikasyonları gözlemleyerek gerekli müdahale için hekimi bilgilendirmelidir.

2.6.2. Dinoprostan Uygulamasının Anne ve Yenidoğan Sağlığı Etkisi

Dinoprostanın anne ve yenidoğan sağlığına etkisini inceleyen 3 plasebo çalışmasından toplanan verilere göre vajinal ovülün anne ve yenidoğanda çok az yan etki gösterdiği gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda, fetal sıkıntı ile (%2.8) ve fetal sıkıntı olmadan (%4.7) uterus hiperstimülasyonu ve uterus hiperstimülasyonu olmadan fetal

sıkıntı (%3.8), dinoprostan tedavisi ile ilgili en çok kaydedilen olumsuz olaylar olmuştur. Bu çalışmada daha az insidanslı bulantı, kusma, ishal ve karın ağrısı ve ateş meydana gelmiştir. Ayrıca çalışmaya dahil edilen 121 bebekte 3 yıllık takip çalışmasında fizik muayene ve psikomotor değerlendirmede herhangi olumsuz etki gözlenmemiştir.⁴²⁻⁴⁴

2.7. Doğum Sonu Yenidoğanın Değerlendirilmesi

Doğum eyleminden sonraki ilk 28 günlük süre yenidoğan dönemi (neonatal dönem) olarak adlandırılmaktadır. Yenidoğanlar doğumla beraber önemli fizyolojik değişikliklere uğrar ve intrauterin yaşamdan ekstrauterin yaşama uyum sağlamaya çalışır.¹⁷ Yenidoğan dış ortama çıktığı anda, ilk solunumunu yapmak ve sirkülasyonunu ekstrauterin oksijenasyona adapte olmak zorundadır. Bu nedenle yenidoğanın ilk 24 saatteki klinik görünüşü ve yaşam bulguları oldukça önem taşımaktadır. Yenidoğanın bu dönemdeki büyük değişikliklere uyum sağlayabilmesi onun genetik özelliklerine, mevcut intrauterin çevrenin durumuna, doğum eylemi esnasında ve neonatal dönemdeki aldığı bakıma bağlı olarak değişmektedir.^{18,46}

Yaşamın ilk yılındaki ölümlerin üçte ikisi neonatal dönemde bu ölümlerin yarısından fazlası ilk 24 saatte gerçekleşmesi nedeniyle doğum sonrası dönem hem anne hem de bebeği için oldukça önem taşımaktadır.¹⁸

2.7.1. APGAR Skoru

Neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi bebeğin doğum anında iyi değerlendirilip, kısa sürede girişimde bulunulmasıyla mümkün olabilmektedir. Bunun için ilk değerlendirme olarak APGAR skorlama sistemi kullanılmaktadır.⁴⁶

APGAR skorlama sistemi Virginia APGAR tarafından geliştirilmiş, renk, kas tonüsü, solunum, refleks ve kalp atımını içeren 5 kritere göre doğum sonrası 1. ve 5. dakikalarda değerlendirilmektedir Her bir kritere 0-2 arasında puan verilir. Buna göre en yüksek APGAR 10, en düşük 0'dır (Tablo 2.2.).⁴⁶

Tablo 2.2. APGAR Skoru

SKOR		0	1	2
A	Appearance (renk)	Mavi (siyanotik) veya soluk	Vücut ekstremite siyanotik	pembe, Tamamen pembe
P	Pulse (nabız)	Yok	< 100/dk	>100/dk
G	Grimace (refleks iritabilitesi)	Cevap yok	Yüzünü buruşturma	Ağlama
A	Activity (kas tonüsü)	Yumuşak, gevşek	Ekstremiteler fleksiyon	hafif Aktif hareket, tüm ekstremite fleksiyonda
R	Respiration (solunum)	Yok	Yavaş, düzensiz, ağlama	zayıf İyi, ağlıyor

Doğumdan sonra kordun klemlendikten hemen sonra hızlı bir değerlendirmesi gerekir. Yenidoğanın kas tonüsü ve aktivitesi, baş perineden doğmadanda değerlendirilebilir. Genellikle çoğu bebek siyanotiktir, fakat efektif respirasyon ile renk, distal ekstremite hariç hızla pembeleşmeye başlar. On beş (15) saniye süre ile kord pulsasyonlarının sonra palpe edilmesi veya göğüs hareketlerinin oskülte edilmesi için kalp atım hızının mevcut ve yeterli olduğunu belirlemektedir.¹⁷ Normal bir APGAR skoru, 1. dakikada 7 veya üzeri, 5. dakikada ise 9 veya 10 olmalıdır. Term yenidoğanların %90'ından daha fazlasının 5. dakika APGAR skoru 9 veya 10'dur.⁴⁶

APGAR skorunun 4'ün altında olması yenidoğanda ciddi asfiksini olduğunu göstermektedir. Ancak asfiksi ile APGAR skoru arasında çok kuvvetli bir ilişki yoktur. Çünkü kan gazı sonuçlarındaki değişiklikler ve daha sonra belirti gösteren nörolojik sorunlarla tanımlanan asfiksini bağlantısı zayıftır. Asfiksi dışında; annenin kullandığı ve anneye verilen ilaçlar, annenin hiperventilasyonu, travma, prematürelilik, anemi bebekler, özellikle merkezi sinir sistemi ve kardiyovasküler sistem ile ilgili olan anomaliler de düşük anomaliler olan bebeklerde düşük APGAR skoruna neden olabilir.⁴⁶

2.8. Ağrı

Uluslararası Ağrı Çalışmaları Derneği'ne göre ağrı; doku, doku hasarı ile beraber oluşan veya belli bir doku hasarı boyunca tanımlanan emosyonel ve duygusal deneyimlerdir.⁴⁷

2.8.1. Doğum Ağrısı

Doğum ağrısı sosyokültürel, bireysel, fizyolojik, psikolojik, ailenin ve toplumun standartları, inançları, gelenek ve görenekleri gibi pek çok bileşenden etkilenebilmektedir.⁴⁸⁻⁵⁰ Doğum ve doğumla ilişkili ağrı henüz tam olarak anlaşılammıştır, ancak doğum sürecine özgüdür ve ağrı hissi, doğumun her aşamasında farklıdır. Doğum ağrısı, kadını doğum yapacak güvenli bir yer bulması konusunda uyarır. Doğum ağrısı, kadınlar arasında büyük ölçüde değişir. Bazı kadınlar nispeten ağrısız doğumlara sahiptir ve bazı kadınlar ağrıyı orta derecede tanımlarken, diğerleri ağrıyı şiddetli olarak tanımlamaktadır. Korku ve anksiyete gerginliği artırarak adrenalini salgılamasına ve ağrının artmasına neden olur.^{51,52} Doğum ağrısının yoğunluğu ve ağrıya verilen tepki; kültür, önceki doğum deneyimi, duygusal durum ve beklenti, bilinmeyen korkma, endişe ve stresten etkilenebilir.⁵¹

Doğum eylemi sırasında oluşan ağrı sürecin bir parçasıdır, gebe için uyarıcıdır; güvenli bir ortam bulmasını, farklı pozisyonlar almasını sağlar ve fetüsün inişini kolaylaştırır. Diğer ağrılar gibi akut ya da yaralanma sonucu oluşmadığı için hazırlık aşaması vardır; gebeliğe karar verilmesiyle birlikte gebelikten itibaren doğum süreci ve ağrı yönetimi hakkında eğitim alınarak hazırlanılabilir. Doğum ağrısı eylem boyunca var 20 olsa da doğum sona erdiğinde ağrı düzeyi azalarak sonlanır. Doğum ağrısı belirli aralıklarla gelen, aralarda dinlenme fazı olan bir ağrıdır, kesintisiz bir ağrı değildir.⁵³ Doğum eyleminin her evresinde ağrı farklı düzeyde algılanır. Eylemin birinci evresinde latent fazda genellikle hafif ağrı vardır; ancak korku ve anksiyete orta ya da şiddetli ağrıya

dönüştürebilir. Aktif fazda ise orta dereceli uterin ağrı vardır ve ciddi ağrıya dönüşebilir. Doğumun ilk evresindeki ağrılar genellikle servikal dilatasyona bağlı oluşur. İkinci evrede şiddetli uterin ağrı, orta ya da şiddetli perineal ağrı hissedilebilir. Bu evrede ağrı, pelvik periton ve uterus segmentlerinin gerilmesinden ayrıca mesane, üretra ve rektumun gerilmesi ve lumbosakral sinir pleksusu üzerindeki baskı gibi diğer faktörlerden de kaynaklanır.⁵⁴ Üçüncü evrede minimal uterin ağrı vardır. Plasentanın ayrılmasıyla kontraksiyonların devam etmesi bu evrede ağrıya neden olur. Dördüncü evrede ise ağrı ya azdır ya da hiç yoktur. Ağrının nedeni uterusun involüsyonu, epizyotomi ya da laserayonlar olabilir.⁵³

2.8.2. Doğum Ağrısında Etkili Olan Faktörler

2.8.2.1. Fiziksel Faktörler

Doğum eyleminde ağrıyı etkileyen 4 temel fiziksel faktör bulunmaktadır. Bunlar dokuların oksijensiz kalmasına bağlı doku iskemisi, servikal dilatasyon, kemik pelvis üzerindeki basınç, vajina ve perinedeki gerilimdir. Uterus kontraksiyonları sırasında uterusa giden kan akımı azalır ve doku hipoksiye girer. Doku hipoksisıyla beraber oluşan bu iskemi ağrıya neden olmaktadır. Uterus kontraksiyonlarının sıklığı ve şiddeti arttıkça oluşan iskemide artmakta ve bununla beraber ağrının şiddetide artmaktadır. Servikal silinme ve dilatasyonu uterusun alt segmentinde sinir gangliyonlarını uyarmasıyla ağrıya sebep olmaktadır.^{55,56} Artan kontraksiyon sıklığıyla servikal silinme ve dilatasyon da artar bununla beraber ağrının süresi, sıklığı ve şiddeti de artış gösterir.

Doğum eyleminde ağrıyı etkileyen diğer faktörler ise pelvis yapısı üzerindeki basınç ve gerilimdir. Pelvise olan basınç ve gerilim arttıkça ağrının şiddetide artmaktadır. Doğum eyleminin fetusun inişiyle beraber vajina ve perine üzerinde belirgin bir distansiyon ve basınç oluşturur. Oluşan bu basınç arttıkça ağrı da artmaktadır.^{17,57,58}

2.8.2.2. Psikososyal Faktörler

Gebelikte algılanan doğum ağrısının fizyolojik faktörlerden başka birtakım psikososyal faktörlerinde etkileyebileceği düşünülmektedir. Gebenin daha önceki gebelikler ve doğum deneyimi, doğumun anne için önemi, kültür, doğum eyleminde oluşan ağrı ile baş etmede kullandığı yöntemler, doğum öncesi bakım ve eğitici doğum sınıflarından aldığı destek, antenatal bakım alma durumu, aileden aldığı destek gibi birçok faktör doğum ağrısında ve doğumu algılamada önemli rol oynamaktadır.⁵⁹

2.8.3. Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı

Normal doğum eylemi dört evrede gerçekleşir. Bu evrelere göre eylemde oluşan ağrısının özellikleri aşağıda açıklanmıştır.¹⁷

2.8.4. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Ağrı

Doğum eyleminin birinci evresi servikal silinme ve dilatasyonun olduğu evredir. Bu evrede primipar gebeler ortalama 8-12 saat, multiparlar gebelerde ortalama 6-8 saat sürer. Doğum eyleminin birinci evresinde ağrı, uterus kontraksiyonlarının da etkisiyle serviks silinme ve dilatasyonu, distansiyon ve gerilmesi neden olmaktadır.^{60,55,60,61}

Uterus kontraksiyonları esnasında amniyotik sıvıya oluşan basınç artmakta, uterusun alt segmentine ve serviste oluşan gerilim artmaktadır.^{61,62}

2.8.5. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Ağrı

Eylemin ikinci evresinde ağrı uterusun myometriyum kaslarının hipoksisine, fetüsün perineye ve diğer çevre dokulara olan basısına bağlı oluşur.⁶³⁻⁶⁶

Ayrıca zamanla artan distansiyon periton, pelvik kavite kasları, vajina, mesana, üretra, ve uterus ligamentlerinin fasya ve subkutan dokularını gerilim oluşturarak yırtmasıyla oluşur. Bu evrede sırt ya da bel bölgesinde ağrı, uterus kramp ya da alt vajinal bölgede ağrı hissi şeklinde olabilmektedir.⁶³⁻⁶⁶

2.8.6. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Ağrı

Eylemin bu evresinde de bebeğin doğumundan sonra başlayıp ve plasentanın ayrılıp doğması ile son bulmaktadır.^{55,67}

Doğum eyleminin 3. evresi ortalama 5-30 dakika sürmektedir. Bu evrenin uzaması hemoraji riskini artırmaktadır.⁵⁵ Üçüncü evrede ağrı, plasentanın atılması esnasında oluşan uterusin kontraksiyonlar ve servikal dilatasyona bağlı oluşur.^{55,68}

Ayrıca fetüsün aşağı inişi esnasında oluşan doku hasarında bu evrede ağrının oluşmasına neden olmaktadır.⁶³

2.8.7. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresinde Ağrı

Doğum eyleminin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonra ilk 4 saatlik süreyi kapsar. Bu dönemde annenin fiziksel ve psikolojik durumu stabilize olmaya başlar. Anestezi uygulandığı durumlarda veya eylem de herhangi bir komplikasyon geliştiğinde dördüncü evrenin uzamasına neden olur.^{55,68,48}

2.8.8. Doğum Ağrısının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri

Doğumla beraber annede oluşan fizyolojik değişiklikler annede anksiyete, moral bozukluğu, bitkinlik, açlık ve doğum esnasında harcanan eforla beraber daha da şiddetlenir. Primipar gebelerde ve dismenoresi olanlarda ağrı ve ağrıyla oluşan bu fizyolojik değişimler daha fazla şiddetlenmektedir.⁶⁹

Doğum sonu kontrol altına alınamayan doğum ağrısı erken ya da geç postpartum depresyona neden olabilir ayrıca gelecek dönemde cinsel ilişkiyi de olumsuz etkileyebilmektedir.⁷⁰⁻⁷²

Eylemde uterus kontraksiyonlarının en güçlü olduğu dönemde dokulara olan kan akımının azalması plasental gaz değişiminide geçici olarak azalmasına neden olur. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyonda arttırmaktadır. Annede oluşan solunum alkolozu fetüse olan oksijen geçişinde azalmaya neden olmaktadır.⁵⁷

Normal doğum eyleminde saplıklı bir fetüs için uterusun kasılmasıyla oluşan ve dolaşımda yetersiz oksijen olması kısa sürede plasental hipoperfüzyon sırasında fetüsü etkilemez oksijenizasyonun sürdürülmesinde yeterli olur. Ancak gestasyonel diyabet, kalp hastalığı ve preeklamsi gibi anneden kaynaklanan maternal nedenler sonucunda fetusta hipoksi oluşur. Bu durum perinatal mortalite ve morbiditeye neden olmaktadır.⁵⁷

2.8.9. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi

Doğum ağrısını ölçmek ve değerlendirmek birbirinden farklı iki kavamdır. Ağrı değerlendirilmesinde ağrının yeri, şiddeti ve tüm boyutlarıyla değerlendirmesi gerekir. Objektif olarak ölçülemeyen ağrı ise sübjektif olarak ölçekler ile değerlendirilmektedir.^{73,74}

Ağrı ölçümü yapıldığı zaman, hastanın ağrısının kavramlaştırılıp ifade edilmesi, ağrının hangi boyutlarının ölçüleceğinin belirlenmesi ve ölçümün ne amaçla yapılacağı gibi konulara dikkat edilmelidir. Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanırken; hastanın sübjektif olarak sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrının şiddeti ve niteliği mümkün olduğunca objektif hale getirilmelidir. Ağrının değerlendirilmesinde tek ve çok boyutlu ölçekler kullanılmaktadır.⁷⁵

Tek Boyutlu Ölçekler; sözel kategori ölçeği, sayısal ölçekler, görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ/VAS), burford ağrı termometresi, kutu ölçeğini kapsamaktadır.⁷³⁻⁷⁶

Çok Boyutlu Ölçekler; McGill melzack ağrı soru formu; kısa ağrı soru formu; west haven–yale çok boyutlu ağrı envanteri, kısa ağrı envanteri; kısa ağrı sorgulaması (KAS); memorial ağrı değerlendirme kartı; tanımlayıcı diferansiyel ölçek(Descriptor Diferantial Scale=DDS); ağrı rahatsızlık ölçeğini (Pain Discomfort Scale PDS) kapsamaktadır.⁷³⁻⁷⁶

2.8.10. Doğum Ağrısını Kontrol Altına Almada Ebenin Rolü

Doğum ağrısı; anneyi fiziksel açıdan yoran, stres ve anksiyeteye neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran fizyolojik bir süreçtir.⁴⁹ Bu süreçte ebeler

doğum ağrısı ile başetmede gebelere destek olabilecek farklı birçok görev düşmektedir. Eylemde gebeler hem fiziksel hemde ruhsal olarak desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Özellikle doğum salonlarındaki ebeler, gebelerin ihtiyaçlarını gidermelerine ve gebelerin doğum ağrısıyla başetme konusunda yardımcı olmalıdır.

Ebelerin, gebe ile işbirliği sağlayarak doğum eyleminin olduğunca sorunsuz ve olumlu duygular ile sonuçlanmasını sağlamakta önemli görevlerde yer almaktadırlar. Ebeler, özellikle travayda ağrı kontrolünde önemli bir rol oynamaktadırlar. Çünkü ebeler doğum eyleminde gebe ile birebir süreci yöneten sağlık profesyonelleridir. Bununla beraber ebeler ağrı ile başetmede nonfarmakolojik yöntemleri iyi bilip ve gebelere öğretirler.⁵⁹ Bu sebeple ebelerin gebelere doğum ağrısı konusunda duyarlı ve iletişime açık olmalarının yanısıra gebelerin doğum ağrısı ile baş edebilmeleri için nonfarmakolojik yöntemleri bilmeleri ve bu yöntemleri kullanabilme becerilerine sahip olmaları önemlidir. Ebeler ağrı yönetiminde gebeye yönelik en uygun yöntemi seçebilmeli ve gebeye eylem süreci boyunca destek olabilme becerisine sahip olmalıdırlar.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırma Tipi

Bu araştırma, tanımlayıcı - karşılaştırmalı nitelikte bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesine Haziran 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında hastanenin doğumhanesine yatışı yapılan ve dinoprostanın uygulanan primipar ve uygulanmayan primipar gebelere yapılmıştır. Bu hastane bir bölge hastanesi niteliğinde olması ve gebe yoğunluğu nedeniyle seçilmiştir. Hastanenin doğum salonu, 30 yataklı travay odasından oluşmaktadır. Normal doğum eylemi için uygun doğum ortamı mevcut olup bu odalarda tokokardiyografi ile izlemi yapılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğumhanesine yatışı yapılan gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmaya alınması gereken minimum örneklem büyüklüğünü hesaplamak için kullanılacak testler dikkate alınarak GPower analizi yapılarak örneklem büyüklüğü 160 gebe olarak hesaplanmıştır. Örneklem, araştırmaya alınma kriterlerine uygun olan, araştırmaya katılmayı kabul eden, hekim orderinde dinoprostan uygulanması istenen 80 primipar gebe ve dinoprostan uygulanmayan 80 primipar gebe olmak üzere toplam 160 primipar gebe dahil edilmiştir.

3.3.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Dinoprostan Uygulanan Gebelerde Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 41 haftanın üzerinde medikal endikasyonu olmayan
- Dinoprostan uygulanan
- Primipar gebeler
- Baş prezentasyonu

- Erken membran rüptürü olmayan
- Bishop skoru 4'in altında olan
- Baş pelvis uyumsuzluğu bulunmayan
- Reaktif NST'si olan
- Ultrasonografi belirlenmiş tahmini fetal ağırlık <4000 gr altında olması
- Verteks pozisyonda tek fetus olması

Dinoprostan Uygulanmayan Gebelerde Çalışmaya Alınma Kriterleri

- 41 haftanın üzerinde medikal endikasyonu olmayan
- Dinoprostan uygulanmayan
- Primipar gebeler
- Baş prezentasyonu
- Erken membran rüptürü olmayan
- Bishop skoru 4'in altında olan
- Baş pelvis uyumsuzluğu bulunmayan
- Reaktif NST'si olan
- Ultrasonografi belirlenmiş tahmini fetal ağırlık <4000 gr altında olması
- Verteks pozisyonda tek fetus olması

3.4. Veri Toplama Araçları ve Araçların Özellikleri

Araştırma verilerinin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK-6), Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale; VAS) (EK-7), Apgar Skoru Değerlendirme Skalası (EK-8) ve Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) (EK-9) kullanılmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-6)

Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine yönelik araştırmacılar tarafından hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır.

3.4.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS) (EK-7)

Visual Analog Skala (VAS), doğum ağrısını ölçmede sıklıkla kullanılan bir ölçektir. VAS, 1966 yılında Bond ve Pilowsky tarafından geliştirilmiş olup, Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği 1998 yılında Eti Aslan⁷⁵ tarafından yapılmıştır. VAS, bir ucunda ağrı yok, diğer ucunda ise dayanılmaz ağrı yazan, hastanın üzerinde ağrısını işaretlediği 10 cm.'lik bir cetvelden oluşmaktadır. Bu araştırmada VAS yatay olarak kullanılmıştır. Cline MA ve ark.⁷⁷ VAS sonuçlarının değerlendirilmesinde 0 cm “ağrı yok”, 0.5-3 cm “hafif ağrı” yı, 3.5-6.5 cm “orta şiddette ağrı”yı, 7-10 cm “şiddetli ağrı”yı göstermektedir.

3.4.3. Apgar Skoru Değerlendirme Skalası (EK-8)

Neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılabilmesi bebeğin doğum anında iyi değerlendirilip, kısa sürede girişimde bulunulmasıyla mümkün olabilmektedir. Bunun için ilk değerlendirme olarak APGAR skora sistemi kullanılmaktadır.⁴⁶

APGAR skora sistemi Virginia APGAR tarafından geliştirilmiş, renk, kas tonüsü, solunum, refleks ve kalp atımını içeren 5 kritere göre doğum sonrası 1. ve 5. dakikalarda değerlendirilmektedir.⁴⁶

3.4.4. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) (EK-9)

Ölçek, anne adaylarının normal doğum eylemi veya doğumlarda yaşadığı deneyimi nasıl algıladığını değerlendiren bir araçtır. 1979 yılında Marut&Mercer tarafından 29 maddeden oluşan Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği geliştirilmiştir.⁷⁹ CrFawcett ve Knauth tarafından 1996 yılında analiz çalışmalarında ADAÖ'ni 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi ölçek haline getirmişlerdir.⁷⁹

Annenin doğumu algılama ölçeğinin alt boyutları; doğum esnasındaki deneyimleri (7 madde; 3, 5, 6, 8, 15, 17, 18), doğum eyleminin ağrı dönemindeki deneyimleri (7 madde; 1, 2, 4, 7, 9, 10, 16), doğum sonu (4 madde; 22,23,24,25), eşin eyleme katılımı (4

madde; 11,12,20,21) , eşin farkında olma (3 madde; 13,14,19)'dır. Ölçekteki her bir madde 1'den 5'e kadar puanlandırılmaktadır. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeği oluşturan 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılmaktadır.⁸⁶ 2004 yılında Güngür ve Beji⁸⁰ tarafından Annenin Doğuma Algılama Ölçeği'nin türkçeye çevrilmesi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.90 ve iki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.83 ve 0.81 bulunmuştur.⁸¹ (EK-8) Bu araştırmada ise Cronbach Alpha değeri güvenilirlik katsayısı 0.86 olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma doğumhanede yürütüldü. Araştırmaya alınma ölçütlerini sağlayan gebe ile doğumhane rutinlerini aksatmayan ve gebelerin birbirlerinden etkilenmelerini önlemek amacıyla uygun zaman aralığında gebelere çalışmanın amacı ve kapsamı anlatılıp sözel onam alınmıştır. Araştırma süresince araştırmacı belirtilen tarihler arasında her gün hastanede bulunmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere kişisel bilgi formu doldurulup servikal değerlendirmesi yapılmıştır. Araştırmada iki grup mevcut olup gebe uygun gruba dahil edildi. Hekim orderi ile dinoprostan uygulanan gebeler uygulama grubuna dahil edildi. Dinoprostan ovül serviksine posterior forniksine yerleştirildi. Vajinal ovülün kendiliğinden düşmesini engellemek için yatay şekilde yerleştirildi ve ovülün uygulandığı zaman kayıt altına alındı. Dinoprostan uygulanan gebeler en az 30 dk boyunca NST (Non Stress Test) ile yakından izlendi. Kardiyotokografik izlemde fetal kalp hızı 120-160 atım/dk olanlar normal kabul edildi. 30 dk'lık izlemde normal trase izlenen gebelerin mobilize olmasına izin verildi ve 4 saatlik periyotlarla NST tekrarı yapıldı. Uygulanan dinoprostan ovül her hastada en fazla 12 saat tutuldu. 12 saat geçtikten sonra dinoprostan çekilip yenisi yerleştirildi. 4 saatlik periyotlarda vajinal bulgular kaydedildi.

VAS ağrı skalası kullanılarak latent fazın başında, aktif fazın başında ve geçiş fazın başında geberin ağrısı değerlendirildi. Doğum sonrası yenidoğanın 1. ve 5. Dakikalarda APGAR skoru değerlendirilip kaydedildi. Doğum sonrası anneye doğumu algılama ölçeği uygulanarak doğum algısı değerlendirildi.

Dinoprostan uygulanmayan gebeler rutin bakım aldılar. Dinoprostan uygulanmayan gebelere doğum sonrası doğumu algılama ölçeği uygulanarak annelerin doğum algısı değerlendirildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri SPSS 20.0 paket programında analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdellik dağılım, kıkare testi ve t testi kullanılmıştır.

3.7. Bağımlı, Bağımsız ve Kontrol Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Annenin Doğumu Algılama Ölçeği puan ortalaması ve Yenidoğan APGAR skalası puanı ve doğum çıktıları

Bağımsız değişkenler: Dinoprostan uygulanması

Kontrol Değişkenler: Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri

3.8. Etik İlkeler

Araştırmaya başlanmadan önce, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulundan onayı alınmıştır (EK-3). Araştırmanın yapılacağı hastaneden gerekli izin alınmıştır (EK-4)-(EK-5). Araştırma verileri toplanmaya başlamadan önce; gebelere araştırma hakkında açıklama yapılarak ve araştırma hakkında soruları yanıtlanacak, gebelerin sözel onayları alınarak '*Bilgilendirilmiş Onam İlkesi*' yerine getirilmiştir.

Gebelerin istedikleri zaman diliminde araştırmadan çıkabilecekleri belirtilerek "*Özerklik İlkesine*", gebelere ait bireysel bilgiler araştırmacı ile paylaşıldıktan sonraki aşamada korunacağı söylenerek "*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması ilkesine*" uyulmasına

özen ile hasta kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik ilkesi*” yerine getirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Sınırlılığı ve Genellenebilirliği

Araştırma, Şanlıurfa İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere genellenebilir.



4. BULGULAR

Dinoproston uygulanmayan ve uygulanan gebelerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Grupların Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Dinoproston Uygulanmayan		Dinoproston Uygulanan		Test ve p değeri
	s	%	s	%	
Yaş					
20-24	59	73.8	53	66.3	X ² =1.78 p=0.61
25-29	15	18.8	17	21.3	
30-34	4	5.0	8	10.0	
35 ve üstü	2	2.45	2	2.4	
Eğitim Durumu					
Okuryazar	41	51.3	28	35.0	X ² =7.07 p=0.07
İlköğretim	24	30.0	39	48.8	
Lise	9	11.3	10	12.5	
Yükseköğretim	6	7.4	3	3.7	
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	3	3.7	2	2.5	X ² =0.20 p=0.65
Çalışmıyor	77	96.3	78	97.5	
Yaşanılan Yer					
Köy	29	36.3	25	31.2	X ² =4.07 p=0.13
İlçe	26	32.5	18	22.5	
İl	25	31.2	37	46.3	
Ekonomik Durum Algısı					
Kötü	32	40.0	23	28.8	X ² =4.92 p=0.08
Orta	30	37.5	44	55.0	
İyi	18	22.5	13	16.2	

Tablo 4.1. (Devamı)

Özellikler	Dinoproston Uygulanmayan		Dinoproston Uygulanan		Test ve p değeri
	s	%	s	%	
Aile Tipi					
Çekirdek aile	40	50.0	43	53.8	X ² =0.22 p=0.63
Geniş aile	40	50.0	37	46.2	
Evlilik Süresi					
<1 yıl	49	61.3	39	48.8	X ² =5.77 p=0.05
12 -36 ay yıl	28	35.0	30	37.5	
37 ve üzeri	3	3.7	11	13.7	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Planlı	71	88.8	74	92.5	X ² =0.66 p=0.41
Planlı değil	9	11.2	6	7.5	
Gebelik Sayısı					
1	73	91.3	69	86.3	X ² =1.01 p=0.31
2	7	8.7	11	13.7	
Doğum Öncesi Kontrolleri Yapan Kişi					
Ebe	7	21.2	10	12.5	X ² =2.18 p=0.14
Hekim	63	78.8	70	87.5	
DÖB Alma Sayısı					
1	22	27.5	16	20.0	X ² =5.41 p=0.06
2	2	2.5	9	11.3	
3 ve üzeri	56	70.0	55	68.7	
Yenidoğanın Cinsiyeti					
Kız	33	41.3	42	52.5	X ² =2.03 p=0.15
Erkek	47	58.7	38	47.5	

Dinoproston uygulanmayan gebelerin %73.8'inin 20-24 yaş grubunda olduğu, %51.3'ünün okuryazar olduğu, %96.3'ünün çalışmadığı, %40.0'inin BKİ'nin 25.00-29.99 arasında olduğu, %36.3'ünün köyde yaşadığı, %40.0'inin ekonomik durumlarını kötü algıladığı, %41.3'ünün eş eğitiminin ilköğretim olduğu, %50.0'inin çekirdek ailede yaşadığı, %61.3'ünün 1 yıldan az evli olduğu, %88.8'inin planlı gebe kaldığı, %91.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %78.8'inin hekimden doğum öncesi bakım aldığı, %70.0'inin üç ve üzerinde doğum öncesi bakım aldığı ve %58.7'sinin erkek bebeği olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1, $p > 0.05$).

Dinoproston uygulanan gebelerin %66.3'ünün 20-24 yaş grubunda olduğu, %48.8'inin ilköğretim olduğu, %97.5'inin çalışmadığı, %50.0'inin BKİ'nin 25.00-29.99 arasında olduğu, %46.3'ünün ilde yaşadığı, %55.0'inin ekonomik durumlarını kötü algıladığı, %51.3'ünün eş eğitiminin ilköğretim olduğu, %53.8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %48.8'inin 1 yıldan az evli olduğu, %92.5'inin planlı gebe kaldığı, %86.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %87.5'inin hekimden doğum öncesi bakım aldığı, %68.7'sinin üç ve üzerinde doğum öncesi bakım aldığı ve %52.5'inin kız bebeği olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda tanıtıcı özelliklerine göre grupların homojen olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1, $p > 0.05$).

Dinoproston uygulanmayan ve uygulanan gebelerin ilk bimanuel muayene bulgularının karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir. Dinoproston uygulanmayan gebelerin ilk bimanuel muayene bulguları incelendiğinde; %58.7'sinin dilatasyon bulgusunun 1-2 cm olduğu, %73.8'inin efasman düzeyinin 0-30 olduğu, %52.5'inin konsistansının sert olduğu, %50.0'inin orta pozisyonda olduğu, %63.8'inin -3 seviyesinde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2. Grupların İlk Bimanuel Muayene Bulgularının Karşılaştırılması

Bulgular	Dinoproston uygulanmayan		Dinoproston uygulanan		Test ve p değeri
	s	%	s	%	
Dilatasyon					
0	33	41.3	42	52.5	$X^2=2.03$
1-2 cm	47	58.7	38	47.5	$p=0.15$
Effasman					
0-30	59	73.8	64	80.0	$X^2=0.87$
40-50	21	26.2	16	0.0	$p=0.34$
Kıvam					
Sert	42	52.5	49	61.3	$X^2=2.35$
Orta	25	31.3	24	30.0	$p=0.305$
Yumuşak	13	16.2	7	8.7	
Pozisyon					
Posterior	24	30.0	20	25.0	$X^2=0.80$
Mid (orta)	40	50.0	40	50.0	$p=0.66$
Anterior	16	20.0	20	25.0	
Seviye					
-3	51	63.8	64	80.0	$X^2=5.74$
-2	29	36.2	16	20.0	$p=0.05$

Dinoproston uygulanan gebelerin ilk bimanuel muayene bulguları değerlendirildiğinde; %47.5'inin dilatasyon bulgusunun 1-2 cm olduğu, %80.0'min effasman düzeyinin 0-30 olduğu, %61.3'ünün konsistansının sert olduğu, %50.0'min orta pozisyonda olduğu, %80.0'min -3 seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Dinoproston uygulanmayan ve uygulanan gebelerin doğuma yönelik bulgularının karşılaştırılması Tablo 4.3'de sunulmuştur. Dinoproston uygulanmayan gebelerin dilatasyon süre ortalamasının 404.91 ± 243.94 olduğu, uygulanan gebelerin ise dilatasyon süre ortalamasının 1032.37 ± 552.93 olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3, $p=0.001$).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin efasman süre ortalamasının 404.91 ± 243.94 olduğu, uygulanan gebelerin ise efasman süre ortalamasının 1268.62 ± 2298.19 olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3, $p=0.001$).

Tablo 4.3. Grupların Doğuma Yönelik Bulgularının Karşılaştırılması

Bulgular	Dinoproston	Dinoproston	Test ve p değeri
	uygulanmayan	uygulanan	
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
Dilatasyon Süresi (dk)	404.91±243.94	1032.37±552.93	t=9.28,p=0.001
Effasman Süresi (dk)	404.91±243.94	1268.62±2298.19	t=3.34,p=0.001
Toplam Doğum Süresi (dk)	434.17±254.62	1068.35±551.48	t=9.33,p=0.001
Latent Fazın başında VAS	5.12±1.83	2.52±2.08	t=8.36,p=0.001
Aktif Fazın başında VAS	7.23±1.56	6.58±1.41	t=2.75,p=0.007
Geçiş Fazın başında VAS	9.28±1.25	9.27±1.12	t=0.06,p=0.94
1. APGAR	7.70±0.95	7.61±1.08	t=0.54,p=0.59
5. APGAR	9.51±1.05	9.45±1.28	t=0.33,p=0.73

Dinoproston uygulanmayan gebelerin toplam doğum süre ortalamasının 434.17±254.62 olduğu, uygulanan gebelerin ise toplam doğum süre ortalamasının 1068.35±551.48 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, **p=0.001**).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin kontraksiyon sonrası ağrı ortalamasının 5.12±1.83 olduğu, uygulanan gebelerin ise kontraksiyon sonrası ağrı ortalamasının 2.52±2.08 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3, **p=0.001**).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin aktif fazda ağrı ortalamasının 7.23±1.56 olduğu, uygulanan gebelerin ise aktif fazda ağrı ortalamasının 6.58±1.41 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.3, **p=0.007**).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin geçiş fazda ağrı ortalamasının 9.28±1.25 olduğu, uygulanan gebelerin ise geçiş fazda ağrı ortalamasının 9.27±1.12 olduğu

bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3, $p=0.94$).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin 1. APGAR ortalamasının 7.70 ± 0.95 olduğu, uygulanan gebelerin ise 1. APGAR ortalamasının 7.61 ± 1.08 olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (Tablo 4.3, $p=0.59$).

Dinoproston uygulanmayan gebelerin 5. APGAR ortalamasının 9.51 ± 1.05 olduğu, uygulanan gebelerin ise 5. APGAR ortalamasının 9.45 ± 1.28 olduğu bulunmuştur. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3, $p=0.73$).

Tablo 4.4. Grupların ADAÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	Dinoproston uygulanmayan	Dinoproston uygulanan	Test ve p değeri
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	
DAÖ	76.98 ± 14.98	84.38 ± 11.96	t=3.45, p=0.001

Dinoproston uygulanmayan ve uygulanan gebelerin ADAÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4'de gösterilmiştir. Dinoproston uygulanmayan gebelerin ADAÖ toplam puan ortalamasının 76.98 ± 14.98 olduğu, Dinoproston uygulanan gebelerin ise 84.38 ± 11.96 puan ortalamasına sahip oldukları bulunmuştur. Dinoproston uygulanmayan ve uygulanan gebelerin puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4, $p=0.001$).

5. TARTIŞMA

Doğum eyleminin vazgeçilmez bir uygulaması doğum indüksiyonlarıdır. Doğum indüksiyonu olarak günümüzde en çok kullanılan yöntem intravenöz oksitoin uygulamasıdır.²¹ Bu konuda klinikte sıklıkla uygulanan bir diğer doğum indüksiyonu ise intraservikal PGE2 (Dinoprostan) yöntemidir.⁸² Bu çalışmada amacımız, dinoprostan uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı ve çıktılarının karşılaştırmak amacıyla yapılan araştırmanın bulguları ilgili literatür bilgileri ile tartışılmıştır.

Araştırma sonucunda dinoproston uygulanmayan ve uygulanmayan gruplar arasında yaş, eğitim, çalışma durumu, ekonomik durum vb. özellikler arasındaki farkın istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur. Araştırmaya alınan grupların dağılımı homojenlik göstermektedir.

Araştırmada dinoproston uygulanan primipar gebeler ile dinoproston uygulanmayan primipar gebelerin dilatasyon süreleri arasında anlamlı fark belirlenmiş olup dinoproston uygulanan gebelerin dilatasyon süresi uygulanmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu durum dinoprostonun hedef organ olan serviksi etkili ve yavaş bir şekilde etkilemesinden kaynaklanmaktadır.⁸³

Dinoproston uygulanan primipar gebeler ile dinoproston uygulanmayan primipar gebelerin effasman süreleri arasında anlamlı fark belirlenmiştir. Dinoproston uygulanan gebelerin effasman süresi uygulanmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3). Bu farklılık dinoprostonun hedef organ olan servikse yavaş ve etkili bir şekilde etkilemesinden kaynaklanmaktadır.⁸³

Dinoproston uygulanan primipar gebeler ile dinoproston uygulanmayan primipar gebelerin toplam doğum süreleri arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Dinoproston uygulanan primipar gebelerde toplam doğum süresi dinoproston uygulanmayan primipar gebelere göre uzadığı belirlenmiştir (Tablo 4.3). Çağlar tarafından yapılan bir çalışmada

dinoproston vajinal ovülün yerleştirilmesinden eyleminin başlamasına ve doğum eylemine kadar geçen ortalama süreler, sırası ile 9.9 ve 9.67 saat olarak tespit etmişlerdir.⁸⁴ Kılıçkap çalışmasında PGE2 içeren ovülün kullanımı sonrasında doğum süresini uzattığı görülmüştür.⁸⁵

Dinoproston uygulanan primipar gebeler ile dinoproston uygulanmayan primipar gebelerin latent fazın başında ve aktif fazın başında uygulanan VAS puanları arasında anlamlı fark belirlenmiştir (Tablo 4.3). Dinoproston uygulanan gebelerde ağrı algısı daha düşük belirlenmiştir. Yapılan uygulamada dinoprostonun gebelerde ağrıyı algılamada etkili olduğunu göstermektedir. Dinoproston uygulamasından sonra gebenin yatağa bağlı kalmaması, mobil olabilmesi ve etkin maddenin hedef organı etkilemektedir. Tüm bu faktörler gebelerin kendilerini psikolojik olarak daha iyi hissetmelerine ve ağrıyı daha az algılamalarına neden olmaktadır.⁸³

Dinoproston uygulanan primipar gebeler ile dinoproston uygulanmayan primipar gebelerin geçiş fazın başında uygulanan VAS puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.3). Bu fark doğum eylemin geçiş fazına ulaşan gebelerde uterus kontraksiyonlarını etkili hale gelmesinden kaynaklanmış olabilir.

Dinoprostan uygulanan ve uygulanmayan gebe gruplarında yenidoğanların 1. ve 5. dakika ortalama apgar skorları karşılaştırıldığında grupların ortalamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır (Tablo 4.3). Apgar skollama sisteminde, apgar skoru 7 puan veya üzerinde olan yenidoğanlar sağlıklı olarak değerlendirilmektedirler.¹⁷ Bu araştırmada yenidoğanların 1. ve 5. dakika APGAR skoru incelendiğinde 1. ve 5. Dk apgar skorlarının da normal sınırlarda olduğu Uğürel'in çalışmasında neonatal sonuçlar açısından Apgar skorları ise sırayla 8.94 ± 1.13 ve 9.10 ± 0.89 olarak belirtilmiş ve gruplar arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır.¹⁶ Kılıçkap, servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonunda dinoprostone ve oksitosini karşılaştırdığı çalışmasında, gruplar

arasında 1. ve 5. dakika APGAR skorlarında karşılaştırmış ve anlamlı bir ilişki bulunmadığını ifade etmiştir.⁸⁵ Yapılan araştırma bulguları ile sunulan çalışmaların bulguları göstermektedir.

Araştırmada dinoprostun uygulanan ve uygulanmayan annelerin doğumu algılama puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Dinoprostan uygulanan annelerin doğumu algılama puan ortalamaları uygulanmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4, p=0.001). Dinoprostun uygulanan annelerin doğumu algılamalarının olumlu olduğunu düşündürmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dinoproston uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı ve çıktılarının karşılaştırılmak amacıyla yapılan bu araştırmada;

- Doğum eyleminde dinoprostan uygulanan gebelerde dilatasyon, effasman ve toplam doğum sürsinin uygulanmayanlara göre uzamış olduğu,
- Dinoprostan uygulanan gebelerde laten fazın başında ağrı algılama düzeylerinin dinoprostan uygulanmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Dinoprostan uygulanan gebelerde aktif fazın başında ağrı algılama düzeylerinin dinoprostan uygulanmayan gebelere göre daha düşük olduğu,
- Dinoprostan uygulanan ve uygulanmayan gebelerde geçiş fazın başında ağrı algılama düzeylerinin benzer olduğu,
- Yenidoğan APGAR skorunun dinoprostan uygulanan ve dinoprostan uygulanmayan grupta 1. dakikadaki APGAR skorunun 5. dakika APGAR skorunun benzer olduğu,
- Dinoprostan uygulanan annelerin doğumu algılama puan ortalamaları uygulanmayanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda;

- Servik üzerindeki olgunlaştırıcı etki ve uterus kontraksiyonlarını başlatma avantajı nedeniyle dinoprostan uygulaması tercih edilebilir.
- Dinoprostan uygulamasının etkinliğini ortaya çıkarabilecek farklı faktörleri inceleyen ebelik araştırmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Mc Donald JS, Obstetric pain. In: McMahon SB, Koltzenburg M (eds). *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. 5nd ed. Edinburgh, Churchill Livingstone, 2006:793-816.
2. Lyneras S, Clason I, Ulmsten U. In vivo controlled release of PG E2 from a vaginal insert (0.8 mm,10 mg) during induction of labour. *British Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 2001, 108:169- 178.
3. Golichowski AM, King SR, Mascaro K, Pregnancy-related changes in rat cervical glycosaminoglycans. *Biochem J*, 1980, 192:1-8
4. Leszczynska – Gorzelak B, Laskowska M, Oleszczuk J. Comparative analysis of the effectiveness of misoprostol and prostaglandin E2 in the preinduction and induction of labor. *Med Sci Monit*, 2001, 7:1023-8.
5. Yörük Ö, Öksüzoğlu A, Engin-Üstün Y, Aktulay A, Yapar Eyi EG, Erkaya S. Bishop skoru 4 ve altında olan gebelerde doğum indüksiyonunda dinoproston ve oksitosin kullanılmasının karşılaştırılması. *Perinatoloji Dergisi*, 2013, 21:107-12.
6. Çetinkaya SE, Söylemez F. Doğum İndüksiyonunda Başarıyı Etkileyen Faktörler ve Doğum İndüksiyonu Yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2013, 66:25-32.
7. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). Clinical Management Guidelines For Obstetrician–Gynecologists. Management of Late-Term and Postterm Pregnancies. *Practice Bulletin*, 2014, 124:390-396.
8. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P, Heatley E. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012, 1-92.

9. Baston H, Durward H. http://www.stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Helen_Baston_Heather_Durward_Examination_of_theBookFi.pdf. 15 Eylül 2020
10. Iravani M, Zarean E, Janghorbani M, Bahrami M. Women's needs and expectations during normal labor and delivery. *J Educ Health Promot*, 2015, 4:31- 37.
11. Uludağ E. Doğumda Verilen Destekleyici Bakıma İlişkin Kadının Algısı Ölçeği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
12. Güngör İ, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, 2012, 28:348-57.
13. Avcıbay B. Gevşeme Tekniklerinin Travaydaki Gebelerin Anksiyete Düzeyleri Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
14. Güngördük K. Term Gebeliklerde Doğum Eyleminin İndüksiyonu Amacıyla Kontrollü Salınımlı Dinoproston İle Eş Zamanlı Oksitosin Kullanımının Dinoproston İle Birlikte Altı Saat Sonra Başlanan Oksitosin Kullanılması İle Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma. Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2008.
15. Şerbetçi H. Bishop Skoru ≤ 4 Olan Vertex Geliş Hastalarda Doğum İndüksiyonunda PGE2 (Dinoproston) ve Servikal Olgunlaştırıcı Balon Kateterin Klinik Kullanımdaki Yeri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın

- Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2008.
16. Uğurel V. 41 Hafta Ve Üzeri Gebeliklerde Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonu Amacıyla Dinoproston Vajinal Ovül ve Dinoproston Vajinal Ovüle Düşük Doz Oksitosin İlavesinin Karşılaştırılması. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.
 17. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş XIII. Baskı. Ankara, Özyurt Matbaacılık, 2016: 325-495.
 18. Coşkun A. *Hemşire ve Ebeler İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi*. 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:130-142.
 19. Saydam BK. Doğum Eylemi. İçinde: Şirin A (editör). Kadın Sağlığı, 1. Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008:646-663.
 20. Karaçam Z. Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. *C.Ü Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5: 56-61.
 21. Minamoto T. Immunohistochemical studies on collagen types in the uterine cervix in pregnant and nonpregnant states. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1987, 156:138-44.
 22. Chiossi G, Verocchi G, Venturini P, Facchinetti F. Changes in cervical nitric oxide concentration correlate with Bishop score and cervical length modifications in prostaglandin E2-mediated induction of labor. *Journal of the Society for Gynecologic Investigation*, 2006, 13:203- 208.
 23. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction. *Obstetrics and Gynecology*, 1964, 24: 266–268.

24. Özkan H, Çapık A, Üst ZD, Aksoy A, Ceylan H. Bishop scoring: Perceived benefits of using in labour induction by Turkish midwives. *International Journal of Nursing Practice*, 2016, 22: 436–443.
25. Benrubi GI, Labor induction: historic perspectives. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 2000, 43:429-432.
26. Hadi H, Cervical ripening and labor induction: clinical guidelines. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 2000, 43:524-536.
27. David C. Adair nonpharmacologic approaches to cervical priming and labor induction. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 2000, 43: 447-454.
28. McColgin SW, Hampton HL, McCaul JF, Howard PR, Andrew ME, Morrison JC. Stripping membranes at term: can it safely reduce the incidence of post-term pregnancies? *Obstetrics & Gynecology*, 1990, 76: 678-680.
29. Guinn DA, Goepfert AR, Christine M, Owen J, Hauth JC. Extra-amniotic saline, laminaria, or prostaglandin E(2) gel for labor induction with unfavorable cervix: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96: 106-112.
30. Sherman DJ, Frenkel E, Tovbin J, Arieli S, Caspi E, I Bukovsky I. Ripening of the unfavorable cervix with extraamniotic catheter balloon: clinical experience and review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 1996, 51: 621-637.
31. Fraser WD, Marcoux S, Moutquin JM, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. The Canadian Early Amniotomy Study Group. *The New England Journal of Medicine*, 1993, 328: 1145-1149.
32. Garite TJ, Porto M, Carlson NJ, Rumney PJ, Reibold PA. The influence of elective amniotomy on fetal heart rate patterns and the course of labor in term patients: a randomized study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1993, 168: 1827- 1831.

33. Gary Cunningham F, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap III, John C. Hayth, Katharine D. Wenstrom. Induction and Augmentation of Labor; *Williams Obstetric*, 2001, 469-481.
34. Chua S, Arulkumaran S, Vanaja K, Ratnam SS. Preinduction cervical ripening: prostaglandin E2 gel vs hygroscopic mechanical dilator. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 1997, 23:171-177.
35. Scher J, Jeng DY, Moshirpor J, Kerenyi TD. A comparison between vaginal prostaglandin E2 suppositories and intrauterine extra-amniotic prostaglandins in the management of fetal death in utero. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 7: 769-772.
36. Kabilan A. Pharmacological role of oxytocin-a short review. *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2014, 6:220-223.
37. Bell RJ, Permezel M, MacLennan A, Hughes C, Healy D, Brennecke S. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of the safety of vaginal recombinant human relaxin for cervical ripening. *Obstetrics & Gynecology*, 1993, 82:328-333.
38. Ekerhovd E, Weijdegård B, Brännström M, Mattsby-Baltzer I, Norström A. Nitric oxide induced cervical ripening in the human: Involvement of cyclic guanosine monophosphate, prostaglandin F(2 alpha), and prostaglandin E(2). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:745-750.
39. Osman I, MacKenzie F, Norrie J, Murray HM, Greer LA, Norman JE. The "PRIM" study: a randomized comparison of prostaglandin E2 gel with the nitric oxide donor isosorbide mononitrate for cervical ripening before the induction of labor at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2006, 194:1012-1021.

40. Calder AA and Mackenzie IZ. Review of Propess a controlled release dinoprostone (prostaglandin E2) pessary. *Journal Obstetrics And Gynecology*, 1997, 17:53-67.
41. Lyrenas S, Clason I, Ulmsten U. In vivo controlled release of PGE2 from a vaginal insert (0.8 mm, 10 mg) during induction of labour. *International Journal of Obstetrics & Gynecology (BJOG)*, 2001, 108:169 -178.
42. Witter FR, Rocco LE, Johnson TR. A randomized trial of prostaglandin E2 in a controlled-release vaginal pessary for cervical ripening at term. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992, 166:830-834.
43. Rayburn WF, Wapner RJ, Barss VA, Spitzberg E, Molina RD, Mandsager N, Yonekura ML. An intravaginal controlled-release prostaglandin E2 pessary for cervical ripening and initiation of labor at term. *Obstetrics and Gynecology*, 1992, 79:374-379.
44. Witter FR, Mercer BM. Improved intravaginal controlled-release prostaglandin E2 insert 62 for cervical ripening at term. The Prostaglandin E2 insert Study Group. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 1996, 5:64-69
45. Rayburn WF, Lightfoot SA, Newlant JR. A model for investigating microscopic changes induced by prostaglandin E2 in term cervix. *Journal of maternal-fetal investigation*, 1994,4:137-140.
46. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2011:23-55.
47. Türk Algoloji Derneği. <http://algoloji.org.tr/>. 25 Ekim 2020
48. Mamuk R, Davas Nİ. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 2010, 3:137-144.

49. Vural G. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L. (editör). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2016: 325-360.
50. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrı Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. İçinde: Erdine S (editör), Ağrı, İstanbul: Alemdar Ofset, 2000: 91-107.
51. Varassi G, Marinangeli F, Beltrutti D. Doğum Ağrısı ve Analjezisi. Ağrı. İçinde: Edirne S (editör). Doğum Ağrısı ve Analjezisi, İstanbul, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Yayınevi, 2000: 142.
52. Özdamar D. Doğum Ağrısının Yönetiminde Farmakolojik Yöntemler. Kömürcü N. (editör). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, İstanbul, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014: 47-59.
53. Ergin AB. Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde: Kömürcü N (editör). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, 2. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:30-106
54. Rathfisch G, Güngör İ. Doğum Eyleminde Ağrıyla Birliktelik. İçinde: Beji NK (editör). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2017: 378-394.
55. Dağlar G, Aydemir N. Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebeklik bakım uygulamaları. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2011, 20: 1.
56. Makvandi S, Latifnejad Roudsari R, Sadeghi R, Karimi L. Effect of birth ball on labor pain relief: A systematic review and meta- analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2015, 41: 1679-1686.
57. Şahin Ş. Doğum Ağrısının Mekanizması ve Etkileri. İçinde: Şahin Ş, ve Owen MD (editörler). Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Bursa, Nobel & Güneş Kitabevi, 2006:57-120.
58. Kömürcü N. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, 2014:7-20.

59. Gönenç İ.M. Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Nonfarmakolojik Yöntemlerden Masaj ve Akupressür'ün Algılanan Doğum Ağrısına, Gebenin Anksiyetesine ve Maliyete Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2013.
60. Dilek U, Yörükoğlu D. Postoperatif PCA. İçinde: Özatamer O, Alkış N, Batislam Y, Yörükoglu D. (editörler). Anestezi Güncel Konular, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2002:515-30.
61. Çelik BJ. Obstetrik Analjezi ve Anestezi. İçinde: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç ve A. Haberal (editörler). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara, Güneş Kitabevi. 2006: 111-119.
62. Moralar-Genç D, Türkmen ÜA, Altan A. Doğum Analjezisi, *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 2011, 27: 5-11.
63. Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısıyla Başetme İçinde:Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S (editörler). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum (1. baskı) Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017: 81.
64. Özveren H, Faydalı S, Özdemir S. Hemşirelerin ağrının farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrolüne ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2016, 7: 99-105.
65. Leeman L,Fontaine P, King V, Klein M.C, Ratclife S.R. The Natura and Management of Labor Pain: Part I. Nonpharmacologic Pain Relief. *American Family Physician*, 2003, 68:1109-1112.
66. Günalp S. ve Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı Tedavi. İstanbul, Pelikan Tıp Teknik Yayıncılık, 2004:20-65.

67. Üstünsöz A, Güngör S. Antenatal eğitimin dünü ve bugünü: İçinde: Kadayıfçı O (editör) Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum, 1. Baskı. Türkiye, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005:7-20.
68. Erdine S. Ağrı Mekanizmaları ve Ağrıya Yaklaşım. İçinde: Erdine S. (editör) Ağrı. 3.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2007: 37-48.
69. Yıldırım, G. ve Şahin. Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2003,7:14-19.
70. Kömürcü N, Berkiten Ergin A. Doğum Ağrısı ve Yönetimi, İstanbul Bedray Kitapevi, 2008.
71. Yağız R, Demirel Bozkurt Ö, Sevil Ü. Doğum Topu: Peanut Ball. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2018, 79-95.
72. Simkin P. Pain Suffering, and Trauma in Labor and Prevention of Subsequent Posttraumatic Stress Disorder. *Journal Perinatal Education*, 2011, 20:166-176.
73. Babadağ B. Algoloji Hastalarında Ağrı İnançları ile Ağrıyla Başa Çıkma Durumları Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir: Osmangazi Üniversitesi, 2014.
74. Mc Mahon SB, Koltzenburg SB. Wall and Melzack's Textbook of Pain. London, Elseiver, 2006.
75. Eti Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2002, 6: 9-16.
76. Lebel AA. Assessment of Pain. İn: Ballantyne JC (eds). The Massachusetts General Hospital Handbook of Pain Management. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 2006: 58-76.
77. Cline ME, Herman J, Shaw ER, Morton RD. Standardization of the vissuel analogue scale. *Nursing Research*, 1992, 41: 378-380.

78. Marut J.S, Mercer R.T. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nursing Research*, 1979, 28:260-266.
79. Fawcett J, Knauth D. The Factor Structure of the Perception of Birth Scale. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 1997, 22:160.
80. Gngr İ. Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi zerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2004.
81. Gngr I, Beji NK. Effects of Fathers' Attendance to Labor and Delivery on the Experience of Childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 2007, 29:213-231.
82. Ulmsten U, Wingerup L, Ekman G, Local application of prostaglandin E2 for cervical ripening or induction of term labour. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1983, 26:95-105.
83. Ağar E. Vajinal Dinoprostan Ovülün Term Gebelikte Servikal Olgunluğa Etkisi. T.C Şişli Efdal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Şişli Efdal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2006.
84. ağlar Z. Preeklampitik Hastalarda Dinoproston ile İndüksiyon Sonrası Fetal Umblikal Arter Doppleri, Umblikal Kord Arteryel Kan Gazı (Ph-Laktat) ve Apgar Skorlarının Değerlendirilmesi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
85. Kılıçkap MT. Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonunda Dinoproston (PGE2) ve Oksitosinin Karşılaştırılması. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Diyarbakır: Dicle Üniversitesi, 2008.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Neslihan ATLI
Doğum tarihi:	
Doğum Yeri:	
Medeni Hali:	
Uyruğu:	T.C.
Adres:	
Tel:	
Faks:	-
E-mail:	
Eğitim	
Lise:	Adıyaman İMKB Anadolu Lisesi (2014)
Lisans:	Adıyaman Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2014-2018)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı (2019-2021)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	Orta Düzeyde
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Doğa ve kültürel geziler,	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Ebelik ana bilim dalında Yüksek lisans olarak *Doç. Dr. Hava ÖZKAN* danışmanlığında sunulan “**Dinoproston Uygulanan Ve Uygulanmayan Gebelerde Doğum Algısı Ve Çıktılarının Karşılaştırılması**” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	8	30
Materyal ve Metod	28	35
Bulgular	9	10
Tartışma	11	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 27/01/ 2021

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../.... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ETİK KURUL ONAY FORMU



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU

Sayı:2020/03/15

Tarih: 29.03.2020

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu Neslihan ATLI ve Hava ÖZKAN isimli araştırmacılar tarafından yapılması planlanan “Dinoproston Uygulanan ve Uygulanmayan Gebelerde Doğum Algısı ve Çıktılarının Karşılaştırılması” başlıklı araştırmayı etik açıdan **uygun bulmuştur.**

EK-4. ŞANLIURFA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİK ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 33619151/ 1879
Konu: Araştırma hk.

26 /06/2020

Sn: Neslihan ATLI
Ebe

Dilekçenize istinaden; Dinoproston uygulanan ve uygulanmayan gebelerde doğum algısı ve çıktılarının karşılaştırılması hakkında çalışma yapmanız hastanemiz idaresi tarafından uygun görülmüştür.
Bilgilerinize rica ederim.

Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Telefon 3171717 Faks 3172630

Ayrıntılı bilgi için Yazı İşleri.
Telefon 3171717 Dahili 2560

EK-5. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN YAZISI



T.C.
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ŞANLIURFA
EĞİTİM HİZMETLERİ BİRİMİ
03/11/2020 12:45 / 49781372 / 772.99 / 158



Sayı : 49781372-772.99
Konu : Tez Çalışma İzni Neslihan ATLI

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi : 26.06.2020 tarihli ve 88179374-300-E.2000157906 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Neslihan ATLI'nın "**Dinoproston Uygulanan ve Uygulanmayan Gebelerde Doğum Algısı ve Çıktılarının Karşılaştırılması**" konulu tez çalışması değerlendirilmiş olup, Müdürlüğümüze bağlı Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır

İl Sağlık Müdürü

Ek: Yazı ve Ekleri (27 Sayfa)

Bağlarbaşı Mahallesi, 63050 Haliliye/Şanlıurfa

Telefon: Faks No:

e-Posta: mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ŞANLIURFA İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ-İL STAJ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 7bf3a58c-6bca-458d-8958-5846b0c18344 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: MEHMET FATİH YÜKSEL

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 414) 318 83 29

EK-6. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Anne adayı, bu araştırma hastanemize doğum eylemi için başvuran **Dinoproston Uygulanan ve Uygulanmayan Gebelerde Doğum Algısı ve Çıktılarının Karşılaştırılması** amacı ile yapılmaktadır. Paylaşacağınız bilgiler sadece bu araştırma için kullanılacaktır. Verdiğiniz bilgilerin doğruluğu araştırmanın güvenilirliği açısından son derece önemlidir. Değerli vaktinizi ayırıp, araştırmaya destek verdiğiniz için teşekkür ederiz.

() **Dinoproston Uygulanan**

() **Dinoproston Uygulanmayan**

Ebe Neslihan ATLI

1. Yaş

- a) 20-24
- b) 25-29
- c) 30-34
- d) 35ve üstü

2. Eğitim durumunuz?

- a) Okuryazar
- b) İlköğretim
- c) Lise
- d) Yükseköğretim

3. Çalışma durumunuz?

- a) Çalışıyor
- b) Çalışmıyor

4. Yaşadığınız yer?

- a) Köy
- b) İlçe
- c) İl

5. Ailenizin ekonomik düzeyini değerlendiriniz?

- a) Kötü
- b) Orta
- c) İyi

6. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek aile

b) Geniş aile

7. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?

- a) Planlı
- b) Planlı değil

8. Kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) 1
- b) 2

9. Doğum öncesi kontrolleriniz kim tarafından yapıldı?

- a) Ebe
- b) Hekim

10. Yenidoğanın cinsiyeti ?

- a) Kız
- b) Erkek

Bimanuel Muayene Bulguları

11. Dilatasyon

12. Efesman

13. Seviye (uzunluk):.....

14. Kıvam:

- a) Sert
- b) Orta
- c) Yumuşak

15. Pozisyon:

- a) Posterior
- b) Mid (Orta)
- c) Anterior

16. Dinoprostan uygulama tarihi ve saati: /

17. Dinoprostan uygulanma süresi (dakika):

18. Serviks Açılma Süresi (Dilatasyon):

19. Serviks Silinme Süresi:

20. Toplam Doğum Süresi:

21. Doğumun Tarihi ve Saati: /

EK-7. GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ

22. Latent Fazda VAS: (Dilatasyon 1-3 cm olduğunda)

0-----10
Ağrı yok En şiddetli ağrı

23. Aktif Fazda VAS: (Dilatasyon 4-7 cm olduğunda)

0-----10
Ağrı yok En şiddetli ağrı

24. Geçiş Fazda VAS: (Dilatasyon 7-10 cm olduğunda)

0-----10
Ağrı yok En şiddetli ağrı

25. Yenidoğan

1.Dakikadaki Apgar Skoru.....

5.Dakikadaki Apgar Skoru

EK-8. APGAR SKORU DEĞERLENDİRME SKALASI

APGAR Skoru Kriterleri	Puanlar		
	0	1	2
Kalp Atım Hızı	Kalp hızı yoksa	100 / dk altında olduğunda	100/dk ise
Solunum	Solunum yoksa	Düzensiz ve düşük sayıda ise	Bebek ağladığında ya da düzenli solunum yaptığında
Kas Tonüsü	Kas tonüsü yoksa	Ekstremitelerin bazıları fleksiyona geçiyor bazıları geçmiyor ise	Spontan olarak ekstremiteler fleksiyona geçiyor ise
Renk	Tüm vücut mavi ve soluk olduğunda	Vücut pembe, ekstremiteler mavi ve soluk olduğunda	Cilt renginin pembe olduğu durumlarda
Refleksler	Yenidoğan uyarılara hiçbir cevap vermiyor ise	Kaşlarını çatıyor, yüzünü buruşturuyor ise	Uyarılara ağlayarak cevap veriyor ise

EK-9. ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ

Lütfen her soruda, belirtilen duygularınızı en iyi tanımlayan sütündeki rakamı işaretleyiniz.

1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
2. Doğum sancuları sırasında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
4. Doğum sancuları sırasında ne kadar rahattınız?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
6. Doğum sırasında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olma ile ilgili beklentileriniz ne derecede gerçekleşti?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
11. Doğum sancularınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5la

15. Doğum anında yaşadığımız duygular ne kadar rahatsız ediciydi?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
16. Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
18. Doğum anında ne kadar korkmuştunuz?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığımızdan daha zorlu mu oldu?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
21. Doğum sancuları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	Hiç fazla 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok 5
24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?	Hemen 5	1 saat içinde 4	2 saat içinde 3	4 saat içinde 2	8 saat 1
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?	Hemen 5	1 saat içinde 4	2 saat içinde 3	4 saat içinde 2	8 saat 1