



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**LAMAZE FELSEFESİNE DAYALI DOĞUMA HAZIRLIK
SINIFLARININ DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ**

FATMA COŞAR

DOKTORA TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

İSTANBUL-2012

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans () Doktora (X)

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Sahibi : Fatma COŞAR

Tez Başlığı : Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Sınıflarının Doğum Sürecine Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Sınav Tarihi : 16.02.2012

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ

Kurumu

M.Ü.Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği AD

İmza



Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof.Dr.Nuran KÖMÜRCÜ

M.Ü.Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği AD

Prof.Dr.Oktay KADAYIFÇI

ONKİM Kök Hücre Teknolojileri
Merkezi

Doç.Dr.Nevin ŞAHİN

İ.Ü. Hemşirelik Fakültesi

Yrd.Doç.Dr. Hacer Erten YAMAN

İstanbul Bilim Üniversitesi SYO
Ebelik Bölümü



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 08/03/2012 tarih ve 23 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Feyza ARICIOĞLU
Müdür Vekili

Prof. Dr. Feyza Arıcıoğlu
F. Arıcıoğlu.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

23.01.2012

Fatma COŞAR

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve doktora eğitimim süresince büyük destek aldığım, mesleki gelişimim için bilgi ve emeğini benden esirgemeyen danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Sayın Nurdan DEMİRCİ' ye,

Doktora eğitimim süresince akademik gelişimimi destekleyen, bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmaya değerli katkılarda bulunan, Anabilim Dalı Başkanım Prof.Dr. Nuran KÖMÜRCÜ'ye,

Tez izleme komitesinde yer alarak bilgi, görüş ve önerileri ile çalışmaya değerli katkı sağlayan Doç. Dr. Nevin Hotun ŞAHİN'e,

Tezimin yurt dışı araştırma aşamasında destek veren, bilgi ve değerli katkılarını esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Oktay KADAYIFÇI'ya,

Bana bilimin ışığında gitmeyi öğreten, eğitim hayatımda katkısı olan bütün öğretmenlerime,

Yanımda olduğunu hissettiğim ve desteğini gördüğüm tüm iş arkadaşlarıma ve dostlarıma,

Sevgisiyle hep yanımda olan, üzüntü ve sevinçlerimi paylaşan ve bana sonsuz sabır ve anlayış gösteren gelecekteki hayat arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Şaban ÇETİN'e,

Bana olan inanç ve güvenleri ile hayatım boyunca yanımda ve destek olan, bu günlerimi görmesini çok istediğim sevgili babama, anneme ve tüm aileme,

Çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm annelere, babalara ve sevgili bebeklere,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER.

Araştırmamız Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu (BAPKO) tarafından desteklenmiştir (Proje No: sag-c-drp-090909-292).

2012 İSTANBUL

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No</u>
BEYAN	
TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR LİSTESİ	viii
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
RESİMLER LİSTESİ	xii
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	8
4.1. Doğuma Hazırlık Sınıfları	8
4.2. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Amaçları	8
4.3. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Felsefesi	9
4.3.1. Dick Read Felsefesi	9
4.3.2. Bradley Felsefesi	9
4.3.3. Kitzinger Felsefesi	10
4.3.4. Leboyer Felsefesi	10
4.3.5. Odent, Balaskas ve England	10
4.3.6. Lamaze Felsefesi	11
4.4. Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)	12
4.4.1. Gebelikte Lamaze Felsefesi	12
4.4.2. Doğumda Lamaze Felsefesi	13
4.4.3. Ebeveynlikte Lamaze Felsefesi	13
4.5. Lamaze Sağlıklı Doğum Uygulamaları (Healthy Birth Practices)	14
4.5.1. Doğumun kendi kendine başlamasına izin verme	15
4.5.1.1. Vücuttaki Doğal Doğum Planı	15
4.5.1.2. Doğum Eylemi	16
4.5.1.2.1. Doğumun birinci evresi	16
4.5.1.2.1.1. Latent faz	16
4.5.1.2.1.2. Aktif faz	17

4.5.1.2.1.3.	Geçiş fazı	17
4.5.1.2.2.	Doğumun ikinci evresi	17
4.5.1.2.3.	Doğumun üçüncü evresi	18
4.5.1.2.4.	Doğumun dördüncü evresi	18
4.5.1.3.	Doğumun başlatılması gereken tıbbi durumlar	18
4.5.1.3.1.	İndüksiyon uygulaması	20
4.5.1.3.2.	Lamaze International'ın doğum induksiyonuna ilişkin önerileri	24
4.5.2.	Doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme	24
4.5.2.1.	Lamaze International'ın doğumda hareket etme, yürüme ve pozisyon değiştirmeye dair önerileri	26
4.5.3.	Doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olması	26
4.5.3.1.	Doğumda desteğin önemi	27
4.5.3.2.	Doğumda doula'nın rolü	28
4.5.3.3.	Lamaze International'ın doğumda anne adayının sevdiği birinin destek olmasına dair önerileri	29
4.5.4.	Tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale edilmemesi	29
4.5.4.1.	Yeme ve içmenin kısıtlanması	30
4.5.4.2.	İntravenöz sıvı uygulaması	31
4.5.4.3.	Doğumda sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM)	31
4.5.4.4.	Doğumu hızlandırmak için yapılan amniyotomi	32
4.5.4.5.	Epidural Anestezi	33
4.5.4.6.	Epizyotomi	34
4.5.4.7.	Lavman	35
4.5.4.8.	Lamaze International'ın doğumdaki tıbbi girişimlere ilişkin önerileri	35
4.5.5.	Sırt üstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkınmada bedenini takip etme	36
4.5.5.1.	Doğumdaki pozisyonlar	36
4.5.5.2.	İkınma Şekilleri	38

4.5.5.3.	Lamaze International'ın doğum pozisyonlarına ilişkin önerileri	39
4.5.6.	Doğumdan sonra anne – bebek bağlanmasını sağlamak ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma (rooming in)	39
4.5.6.1.	Ten teması ve bebeğin anne yanında kalması	40
4.5.6.2.	Lamaze International'ın ten teması ve bebeğin anne yanında kalmasına ilişkin önerileri	41
4.6.	Doğum Ağrısı	41
4.6.1.	Doğum ağrısı fizyolojisi	42
4.6.2.	Ağrı teorileri	44
4.6.2.1.	Kapı kontrol teorisi (KKT)	44
4.6.2.2.	Endorfin teorileri	45
4.6.2.3.	İnteraktif ağrı modeli	45
4.6.3.	Doğum Eyleminde Ağrıya Yol Açan Fizyolojik Faktörler	46
4.6.3.1.	Uterin hipoksi	46
4.6.3.2.	Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı	46
4.6.3.3.	Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği	46
4.6.3.4.	Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona katkısı	46
4.6.3.5.	Perineal gerginlik	47
4.6.3.6.	Anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler	47
4.6.3.7.	Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu	47
4.6.3.8.	Yapılan uygulamalar	47
4.6.4.	Doğum Ağrısının Psikolojik Yönleri ve Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler	47
4.6.4.1.	Kültürün etkisi	48
4.6.4.2.	Halsizlik ve uyku sorunları	48
4.6.4.3.	Ağrının birey için anlamı	48
4.6.4.4.	Daha önce yaşanan deneyimler	48
4.6.4.5.	Anksiyete ve korku	48

4.6.4.6.	Dikkat ve dikkati dağıtma	49
4.6.4.7.	Destek sistemlerinin olması	49
4.6.4.8.	Doğuma hazırlık	49
4.7.	Doğum Ağrısının Kontrolü	50
4.7.1.	Farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri	50
4.7.2.	Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri	50
4.7.2.1.	Gevşeme teknikleri	51
4.7.2.1.1.	Kas gevşemesi	51
4.7.2.1.2.	Hipnoz	51
4.7.2.1.3.	Biofeedback	52
4.7.2.1.4.	Hareket ve pozisyon verme	52
4.7.2.1.5.	Müzik	52
4.7.2.1.6.	Ses Çıkarma	53
4.7.2.1.7.	Akupunktur	53
4.7.2.1.8.	Akupresür	53
4.7.2.2.	Zihinsel/mental uyarılma	54
4.7.2.2.1.	Hayal kurma	54
4.7.2.2.2.	Aromaterapi	54
4.7.2.3.	Tensel uyarılma	55
4.7.2.3.1.	Transkütanöz elektiriksel sinir stümülasyonu (TENS)	55
4.7.2.3.2.	Masaj ve dokunma	55
4.7.2.3.3.	Sıcak ve soğuk uygulama	56
4.7.2.3.4.	Hidroterapi-banyo	56
4.7.2.3.5.	Steril su enjeksiyonu	56
4.7.2.4.	Solunum teknikleri	57
4.8.	Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitimi	57
5.	GEREÇ VE YÖNTEM	62
5.1.	Araştırmanın Şekli	62
5.2.	Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	62
5.3.	Araştırma Evreni ve Örneklem	69
5.4.	Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler	70
5.4.1.	Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu	71

5.4.2. Eğitim Ön Test- Son Test Formu	72
5.4.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS)	72
5.4.4. Travay Tanımlama Formu	73
5.4.5. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu	73
5.4.6. Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu	73
5.4.7. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) (Perception Of Birth Scale: POBS)	73
5.5. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri	75
5.6. Araştırmanın Yürütülmesi	75
5.6.1. Eğitim aşaması	76
5.6.1.1. Eğitimin Topluma Duyurulması	76
5.6.1.2. Eğitim Yapılacak Sınıfın Düzenlenmesi	76
5.6.1.3. Eğitim grubunun belirlenmesi	76
5.6.1.4. Eğitimin Yürütülmesi	76
5.6.2. Doğumda destek ve bakım aşaması	77
5.7. Verilerin Toplanması	79
5.7.1. Çalışma grubuna formların uygulanması	79
5.7.2. Kontrol grubuna formların uygulanması	79
5.8. Eğitimin İçeriği	80
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	82
5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Veri Toplanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	82
5.11. Araştırmanın Etik Boyutu	84
5.12. Süre ve Olanaklar	84
6. BULGULAR	87
6.1. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Süreci, Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular	87
6.2. Gebelerin Travay, Erken Postpartum ve Yenidoğan ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	93
6.3. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulgular	104
6.4. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	105
6.5. Gebelerin Doğumda Yaşadıkları Deneyimleri Nasıl Algıladıkları ve	

Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular	111
7. TARTIŞMA VE SONUÇ	112
7.1. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Süreci, Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	119
7.2. Gebelerin Travay, Erken Postpartum ve Yenidoğana İlişkin Bulguların ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasının Tartışılması	119
7.3. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Özelliklerin Tartışılması	140
7.4. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özelliklerin Tartışılması	142
7.5. Gebelerin Doğumda Yaşadıkları Deneyimleri Nasıl Algıladıkları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özelliklerin Tartışılması	147
8. KAYNAKLAR	157
9. EKLER	176
EK.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (Ek-I)	176
EK.2. Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu (Ek-II)	177
EK.3. Eğitim Ön Test – Son Test Formu (Ek-III)	178
EK.4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Ek-IV)	179
EK.5. Travay Tanılama Formu (Ek-V)	180
EK.6. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu (Ek-VI)	181
EK.7. Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu (Ek-VII)	182
EK.8. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) (Ek-VIII)	183
EK.9. Lamaze International Certificate of Attendance (Ek-IX)	185
EK.10. Eğitim Tanıtım Afişi (Ek-X)	186
EK.11. Eğitim Tanıtım Broşürü (Ek-XI)	187
10. ETİK KURUL VE KURUM ONAYI	189
11. ÖZGEÇMİŞ	192

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
ADAÖ	Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği
APSO	American Society for Psychoprophylaxis Obstetrics
AWHONN	The Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nursing
CIMS	Coalition for Improving Maternity Services
EFM	Elektronik Fetal Monitorizasyon
FDA	Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi
GKÖ	Görsel Kıyaslama Ölçeği
ICEA	International Childbirth Education Association
IV	İntra Venöz
KKT	Kapı Kontrol Teorisi
LCCEs	Lamaze Certified Childbirth Educators
MCFI	Mother Friendly Childbirth Initiative
POBS	Perceptions of Birth Scale
PPM	Psikoproflaktik Metod
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
SB	Sağlık Bakanlığı
TENS	Transkütanöz Elektiriksel Sinir Stümülasyonu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
VAS	Visual Analog Skala
YÖK	Yüksek Öğretim Kurulu

TABLÖLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 1. Gebelerin Bazı Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı	87
Tablo 2. Gebe ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları	88
Tablo 3. Gebelerin Doğum Öncesi Döneme İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı	89
Tablo 4. Eşlerin Gebelik sürecinde Destek Olma Durumu ile Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırılması	91
Tablo 5. Deney Grubu Gebelerin Ön test- Son Test Sonuçlarının Karşılaştırması	92
Tablo 6. Gebelerin Doğumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	93
Tablo 7. Gebelerin Doğum Yaptıkları Hafta ve Doğum Sürelerinin Dağılımı	94
Tablo 8. Doğumda Hareket Etme ve Yürümenin Toplam Doğum Süresi ile Karşılaştırılması	96
Tablo 9. Amniotomi uygulamasının Toplam Doğum Süresi ile Karşılaştırılması	98
Tablo 10. Gebelere Travayda Uygulanan Girişimlerin Gruplara Göre Dağılımı	99
Tablo 11. Gebelerin Doğumdan Sonra Bebeklerine İlk Dokunma ve Emzirme Durumlarına Göre Dağılımı	100
Tablo 12. Yenidoğana İlişkin Bulgular	101
Tablo 13. Doğum Pozisyonu ve Apgar Skoru İlişkisi	103
Tablo 14. Travayın Aktif Fazında Gebelerin Gösterdikleri Duygusal Davranışların Gruplara Göre Karşılaştırılması	104
Tablo 15. Gebelerin Travayda Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının (GKÖ) Gruplara Göre Karşılaştırılması	105
Tablo 16. Gebelerin Doğum Süreleri ve GKÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi	106
Tablo 17. Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) İlişkisi	107

Tablo 18. Doğumda Destek Alma ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	108
Tablo 19. Doğumda Hareket Etme ve Yürüme ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	110
Tablo 20. Gebelerin “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği” (ADAÖ) ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	111

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Şekil 1. Obstetrik Müdahalelerin Şelale Etkisi	23
Şekil 2. Doğumun 1. ve 2. Evresindeki Ağrı Yolları	43
Şekil 3. Akış Şeması	81
Şekil 4. Araştırmanın Zamanlaması	86

RESİMLER LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Resim 1 Doğuma Hazırlık Eğitim Odası	63
Resim 2 Doğum Odası Aktif ve Pasif Travay Salonu	65
Resim 3 Doğum Odası Pasif Travay Salonu	65
Resim 4 Doğum Salonu	67
Resim 5 Bebek Bakım Odası	67
Resim 6 Lohusa Odası	68
Resim 7 Eğitim Sonrası Çiftlere Katılım Belgelerinin Verilmesi	78
Resim 8 Eğitim Sonrası Gebelere Bileklik Takılması	79

I. ÖZET

Araştırma, Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel ve prospektif olarak planlanmıştır. İstanbul'da bir hastanede Eylül 2010-Haziran 2011 tarihleri arasında yapılmıştır. İki aşamalı olarak yürütülen araştırmanın birinci aşaması çiftlerin eğitimi, ikinci aşama ise doğum sürecinin başlamasıyla birlikte doğum sonuna kadar gebeye bakım ve destek verilmesini kapsamaktadır. Gebeler eğitime eşleri veya doğumda kendilerine destek olacak kişi ile katılmıştır. Sınıflar en az dört en fazla yedi çiftten oluşmuştur. Eğitim süresi dört hafta olup, toplam 14 saat eğitim verilmiştir. Toplam 105 çift çalışma grubuna alınmıştır. 56 gebe normal doğum, 49 gebe sezaryenle doğum yapmıştır. Normal doğum yapıp, doğumlarında destek verilen 35 gebe çalışma grubunu, örneklem kriterlerine uyan 35 gebe de kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubu standart bakım almıştır. Deney grubuna eğitimin etkinliğini değerlendirmek için ön test ve son test uygulanmıştır. Tüm gebelere doğum öncesi Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu, Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu, travayda ağrı algısı belirlemek için Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Travay Tanılama Formu, Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu, Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ), Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu uygulanmıştır. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğumlarında destek verilen deney grubu gebelerin toplam doğum süresinin kontrol grubundan 3.9 saat daha kısa sürdüğü ($p<0.001$), doğumun latent, aktif ve geçiş fazında hissedilen doğum ağrıların daha az ($p<0.001$), doğuma uyum süreçlerinin daha iyi, olumlu doğum algısının daha yüksek olduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir. Deney grubu annelerin tamamının, kontrol grubunun ise sadece %11.4'ünün doğar doğmaz bebeklerine dokundukları, deney grubu annelerin %31.4'ünün ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirdiği, kontrol grubu annelerin hiçbirinin ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirmediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum ağrısı, doğum algısı, doğumda destek, doğum süresi, Lamaze doğuma hazırlık sınıfı.

2. SUMMARY

The Effect of Education of Pregnant Women in Childbirth Education Classes Based on the Philosophy of Lamaze on Birth Process

This experimental and prospective research is planned to investigate the effect of childbirth education classes based on Lamaze philosophy on the process of labor. It is conducted in a hospital in Istanbul between September 2010 and June 2011. Research process includes two phases. First phase of the research consists the education of the couples and the second phase focuses on the care and support of pregnant women between the beginning and the end of labor. Pregnant women participated to the education classes with their husbands or the person who will support them during the process of labor. Classes were included 4 to 7 couples. Duration of education was 4 weeks and they were educated 14 hours in total. Research group of the study consist 105 couples. 56 of them gave vaginal normal birth and 49 of them gave cesarean birth. 35 pregnant women that were supported and gave normal birth were constituted experiment group and 35 pregnant women that were consistent with the sample criteria constituted the control group. Control group was taken standard care. Pre-test and post-test were implemented to the experiment group to evaluate the efficiency of the education. Informed Voluntary Approval Form, Prenatal Information Form, Visual Analog Scale (VAS) (to determine the perception innatal pain), Innatal Recognition Form, Innatal Emotional Behavior Form, Perceptions of Birth Scale (POBS) and Postnatal Evaluation Form were implemented to all 70 pregnant women. It was concluded that the labor duration of the pregnant women who were supported and attendant Lamaze childbirth education classes was 3.9 hours shorter than the control group's ($p<0.001$). Also the pain during latent, active and transition phases of labor was then the control group's ($p<0.001$). In addition to this, the experiment group had better birth adaptation process and they had higher positive birth perception than control group members had ($p<0.001$). All mothers from the experiment group but only 11.4% of mothers from control group touched their baby right after they were born. And it was observed that 31.4% of mothers from experiment group breastfed their babies in the first half an hour after the birth, while none of the mothers from control group did.

Key Words: Birth duration, birth pain, birth perception, Lamaze childbirth education class, support during birth.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum yapma ve anne-baba olma insan yaşamının en önemli olaylarından biridir. Özellikle ilk defa anne ve baba olacak çiftlerin gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin endişeleri vardır. Gebelik kadın vücudundaki karakteristik birtakım değişiklikleri kapsar. Doğum eylemi tamamen kontrol edilebilen bir süreç değildir. Korku ve baş edememe gibi bir takım engeller vardır. Kadınlar bu durumlarla baş edebilmek için arayış içindedirler. Gebelikte fiziksel değişikliklerin yanı sıra psikolojik değişiklikler de olmaktadır. En önemlisi çiftlerin hayatına yeni bir birey katılmaktadır. Yaşam tarzları değişecektir ve yeni duruma alışmaya çalışacaklardır. Bu durum daha öncesinden bilinmesine rağmen, anne adayı ve eşi bu yeni durumla nasıl baş edeceğini bilememektedir (Delmore-Ko at al 2000, Callister 2004, Eriksson 2006).

Geçmişte kadınlar gebelik ve doğuma ilişkin bilgileri annesinden, kardeşinden ya da komşusundan öğrenirlerdi. 1900’lü yılların sonlarına kadar doğuma hazırlık eğitimleri aile ve sosyal çevrenin desteğiyle yapılmakta idi. Normal doğumlar ebe eşliğinde aile bireyleri veya arkadaş desteğiyle evde gerçekleşiyordu. Evde gerçekleşen doğumlarda da doğumun normal seyri dışında bazı istenmeyen durumlar gelişebiliyordu. Endüstri Devrimi ile birlikte kalabalık şehir hayatı ve buna bağlı sağlık problemleri puerperal ateş, enfeksiyon, sepsis ve ishaller anne – bebek ölüm oranının artmasına neden olmuştur. Kadın- Doğum alanında erkek doğum uzmanlarının artması, enfeksiyon ve ağrının azaltılmasına yönelik kullanılan ilaçlar ve endüstrileşme sonrası aile bağlarının zayıflaması, doğal süreçte “kadının işi” olan doğum olayının evlerden hastanelere taşınmasına neden olmuştur. Doğum alanında yaşanan bu değişimlere paralel kadın hareketlerinin artmasıyla birlikte anne adaylarının doğum hakkındaki görüşleri ve beklentileri de değişmeye başlamıştır. Artık kadınlar doğumlarını yönetmek ve doğumlarının merkezinde olmak, doğum ağrıları ile ilaçlar dışında kendi yöntemleri ile baş etmek ve bu deneyimi eşleriyle paylaşarak güzel bir doğum deneyimi yaşamak istemektedirler (Charlotte 2007, Humenick 2004, Spinelli 2003, Waldenström 2006, Zwelling 1996).

Doğuma hazırlık eğitiminde amaç; anne adayını ve çiftleri gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin doğru kararlar almalarına ve bu dönemleri en güzel şekilde geçirebilmelerine yardımcı olmaktır. Bu eğitimler sayesinde çiftler bu dönemde yaşadıkları deneyimin anne adayı, bebek ve diğer aile bireylerinin tüm yaşamını etkileyeceğini öğrenirler. Perinatal eğitim, erken ve geç dönem eğitimlerin tamamını kapsar ve çiftleri doğuma ve anne-babalığa hazırlar. Günümüzde ise perinatal eğitim sadece erken ve geç dönemleri değil prekonsepsiyonel dönemden anne-babalığın ilk aylarına ilişkin bir dizi eğitim sınıflarını kapsamaktadır.

Çiftler bebek sahibi olmaya karar verdikten sonra bir doğum uzmanına gitmekte ve gebelik öncesi testler, sağlık durumu, genetik incelemeler, beslenme, egzersiz ve yaşam tarzı değişiklikleri, alışkanlıkların değişimi gibi konularda genel danışmanlık almaktadırlar. Sağlıklı gebeliklerin oluşmasında prekonsepsiyonel ve gebeliğin erken dönemlerinde düzenlenecek eğitim sınıflarına gereksinim vardır. Bu sınıflarda verilen eğitim içeriği aşağıdaki gibidir:

- Optimal sağlıklı yaşam davranışları (beslenme, folik asit kullanımı, dinlenme ve egzersiz, sigara/alkol/ilaç kullanımından kaçınma),
- Gebelikteki olağan şikayetler ile başetme, ana-babalığa ve sorumluluklara psikolojik hazırlık ve destek sistemlerinin geliştirilmesi,
- Gebelik öncesi risk faktörlerinin (ilaç kullanımı, kronik hastalıklar, madde bağımlılığı, enfeksiyonlar, kronik hastalıklarda ilaç kullanımı gibi) tanımlanması, azaltılması ve tedavi edilmesi,
- Evde ya da işyerinde sağlığı tehdit eden zararların tanımlanması ve bunlardan korunma,
- Sağlığı tehdit eden bir durumla karşılaşılmışsa genetik testlerin uygulanması.

Önceki gebeliklerinde düşük, erken doğum gibi sorunlar yaşamış olan gebelerin de erken dönem eğitim sınıflarına katılmaları önerilmektedir.

Geç dönem doğuma hazırlık sınıfları ise çiftlerin fiziksel ve psikolojik olarak doğuma ve doğum sonrası döneme hazırlık ve eğitimini kapsar. Ayrıca doğum eylemi, doğum ağrılarıyla baş etme ve doğum pozisyonları, doğumda destek, olası girişimler, solunum, ıkınma ve gevşeme egzersizleri, rahatlama teknikleri gibi eğitimler ile anne adayını ve eşini doğuma hazırlamaktadır. Kadının kendine ve bedenine güvenmesi konusunda farkındalığını artırmayı hedeflemektedir. (Humenick 2004).

Doğuma hazırlık sınıfları dünyada 1930 yıllarında başlamış ve etkinliği artarak günümüze kadar sürmüştür. Değişik dönemlerde farklı felsefe ve akımların etkisi ile Dick-Read, Bradley, Leboyer, Lamaze yöntemi gibi doğuma hazırlık felsefeleri etkin ve popüler olmuştur. Özellikle Amerika ve Avrupa'da Lamaze yöntemi etkin olmuştur. Lamaze yöntemi, bir gebeyi duygusal ve bedensel yönden bilinçli bir şekilde doğuma hazırlar. Lamaze yönteminin esası, Pavlov'un şartlı refleksine dayanır. Bir kişinin beyni, belli bir uyarıyı kabul edip, analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilir. Bu yöntemi Dr. Lamaze'den önce uygulayan Rus psikologlar, bu yöntemle **Psikoproflaksi** adını vermişlerdir. Kabaca, bilincin kontrol edilmesi anlamına gelmektedir. Eğer gebe bir kadın doğru eğitilirse, doğum ağrıları sırasında kendini kasma yerine gevşeme ve bilinçli nefes almayla kendini kontrol edebilirse, doğum süreci daha kısa sürer ve ağrı düzeyi azalır.

Amerika'da Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)'nın kurulmasıyla birlikte Lamaze'ın sadece bir yöntem değil bir felsefe olduğu belirtilmiştir. WHO, normal doğumun desteklenmesi, korunması ve iyileştirilmesinde bakıma ilişkin dört uygulama tanımlamıştır. Lamaze International ise buna iki uygulama maddesi daha eklemiştir. Altı ana başlıkta toplanan sağlıklı doğum uygulaması (Healty Birth Practices) Lamaze felsefesinin temelini oluşturur. Bu felsefe Cochrane (2006) ve doğum servislerini geliştirme koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services) (CIMS) (2007) tarafından da desteklenmektedir (Romano 2008, Üstünsöz 2005).

Ülkemizde doğuma hazırlık sınıflarının tarihi dünyada olduğu kadar eski değildir. Birkaç özel ve resmi kurumda bu eğitimler sistematik olarak verilmektedir. Son zamanlarda çiftlerin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteği de gittikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın normal doğumu desteklemesi, bunu medya ve diğer kanallarla halka duyurması, ayrıca ebe ve hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları hususunda farkındalıklarının artırılması etkili olmuştur. Artık anne adayları doğumun merkezinde olmayı, doğumu güzel bir deneyim olarak eşi ve sevdikleriyle birlikte yaşamayı ve kendi bedenlerine güvenerek girişimsiz doğumlar yapmayı istemektedirler. İşte anne adaylarının bu istekleri çiftleri doğuma hazırlık sınıflarına katılımlarını artırmış ve devletin de bu konuda politikasını sürdürmesine katkı sağlayarak doğuma hazırlık sınıflarının kurumsallaşmasını hızlandırmıştır.

Araştırmanın Amacı;

Bu çalışma Lamaze felsefesine dayalı doğum öncesi eğitim sınıflarının doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel ve prospektif olarak planlanmıştır.

Araştırma Hipotezleri

1. **H₀**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin travay süreleri arasında fark yoktur.
2. **H₁**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin travay süreleri arasında fark vardır.
3. **H₀**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin hissedilen doğum ağrıları arasında fark yoktur.
4. **H₁**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin hissedilen doğum ağrıları arasında fark vardır.
5. **H₀**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği verilen gebeler ile katılmayan ve doğumda destek verilmeyen gebelerin doğuma uyum süreçleri arasında fark yoktur.

6. **H₁**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği verilen gebeler ile katılmayan ve doğumda destek verilmeyen gebelerin doğuma uyum süreçleri arasında fark vardır.
7. **H₀**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin doğumu algılaması arasında fark yoktur.
8. **H₁**: Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin doğumu algılaması arasında fark vardır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğuma Hazırlık Sınıfları

Anne adayının doğuma en iyi şekilde hazırlanması ve desteklenmesi, kadının kendini eşsiz hissetmesini, kendi bedenini ve yaşamını yönetebilme fırsatı sayesinde kişisel algısının güçlenmesini sağlar. Birçok anne adayı gebelikte kendini nelerin beklediği, doğum eyleminin nasıl olduğu, özellikle doğum ağrıları ile nasıl baş edeceği, anne-baba olma ile beraber kendilerini nelerin beklediği konusunda çok fazla bilgiye sahip değildir. Bu anlamda doğuma hazırlık sınıfları bu boşluğu doldurmakta bireyleri hem anne-babalığa hazırlamakta hem de anne adaylarının beden farkındalığını sağlayarak doğumu daha güzel bir deneyim olarak yaşamalarına yardımcı olmaktadır (Humenick 2004).

ABD’de doğuma hazırlık eğitimleri çoğunlukla kayıtlı hemşireler (register nurse) tarafından verilmektedir. Eğitimcilerin sertifikasyonu ise doğuma hazırlık eğitimi alanında uzman kuruluşlar tarafından yapılmaktadır. Bunlardan en yaygın olanları, 1960 yılında kurulan American Society for Psychoprophylaxis Obstetrics (APSO)/Lamaze ve International Childbirth Education Association (ICEA)’dır. 1970 yılından sonra ABD’de Lamaze ismi APSO/Lamaze’den daha popüler olmuş ve organizasyonun ismi Lamaze International olarak değiştirilmiştir. Lamaze International Lamaze felsefesini benimseyen bir kuruluştur. ICEA ise 1960 yılında kurulmuş olup doğuma hazırlık için belirli bir metod önermeyen fakat Bradley felsefesini benimseyen bir organizasyondur. Sertifikalı eğitmenler, mensubu oldukları organizasyonun felsefesine bağlı ve interdisipliner olarak eğitim vermektedir. Fizik tedavi uzmanları, psikologlar, sosyal hizmet uzmanları ve alanında uzman diğer kişiler eğitime destek vermektedirler (Humenick 2004, Üstünsöz 2005).

4.2. Doğuma Hazırlık Sınıflarının Amaçları

Doğum öncesi eğitimin temel amacı, gebelik ve doğuma ilişkin bilgi sağlamak, baş etme stratejilerini öğretmek, çiftlerin olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağlamaktır. Diğer amaçları ise;

- Hem anne adayının hem de fetüsün sağlıklı bir şekilde doğum sürecini tamamlamasını sağlamak,
- Anne adayına nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini, baş etme becerilerini öğretmek ve kullanmaları konusunda cesaretlendirmek,
- Çiftleri doğum sürecine hazırlamak,
- Baba adaylarını bilgilendirerek eşine destek olması konusunda cesaretlendirmek,
- Çiftleri gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşan fiziksel, duygusal ve sosyal değişimler hakkında bilgilendirmek ve baş etme yöntemlerini öğretmek (Moore 1983, Okumuş 2001, Reeder 1997, Gagnon 2000).

4.3. Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Felsefesi

4.3.1. Dick Read Felsefesi

İlk kez 1930'lu yıllarda İngiliz Dr. Grantly-Dick Read tarafından doğuma yardım yöntemi olarak geliştirilmiştir. Dick Read'e göre doğum fizyolojik bir olaydır ve ağrı verici değildir. Bilinmeyene bağlı korku gerilime, gerilim de ağrıya sebep olur. Ağrıya neden olan korku; eğitim, ruhsal ve fiziksel alıştırmalarla giderilebilir. Dick Read beden ve akıl arasındaki ilişkide bilinçli olarak kasların gevşetilmesinin zihni de rahatlatacağına inanmıştır. 1933 yılında ABD'de ilk kitabı "Natural Childbirth" (Doğal Doğum), 1944 yılında da "Childbirth without Fear" (Korkusuz Doğum) isimli ikinci kitabı yayımlanmıştır (Humenick 2004, Üstünsöz 2005).

4.3.2. Bradley Felsefesi

Dr. Robert Bradley 1940'lı yılların sonunda Amerika'da çalışmıştır. Doğumun doğal bir süreç olduğunu, anestezi ve analjezi olmaksızın solunum ve gevşeme ile gebelerin doğum sürecini daha iyi geçirebileceği, odaklanma, loş ve sessiz bir çevrede rahatlamının daha etkin olacağı felsefesini savunmuştur. Doğal doğumun savunucusu olan Bradley, 1965 yılında "Husband-Coached Childbirth" (Eş Koçluğunda Doğum) kitabını yazmıştır. Doğumda eşlerin koçluğunun ve solunum

tekniklerinin doğumu kolaylaştıracağını savunmuştur (Humenick 2004, Moore 1983).

4.3.3. Kitzinger Felsefesi

İngiliz antropolog ve doğum eğitimcisi Sheila Kitzinger 1960'lı yıllarda doğum öncesi eğitim sınıflarına psikoseksüel bir yaklaşım getirerek doğumu bireysel, seksüel ve sosyal bir olay olarak görmüştür. Kadınlara bedenlerini, gebelik ve doğum hakkındaki duygularını ifade edebilmeyi öğretmeye çalışmıştır. Çünkü gebelik ve doğum fiziksel ve emosyonel stres kaynağıdır. Kitzinger metodu beden imgesi, gevşeme teknikleri ve özel solunum egzersizleri üzerinde durmuştur (Okumuş ve ark 2001, Reeder et al 1997).

4.3.4. Leboyer Felsefesi

Frederick Leboyer bebeklerin doğumunun hassas bir şekilde yapılması gerektiği, umbilikal kordun geç kesilmesini, doğumdan sonra loş ve gürültüsüz bir ortamın sağlanarak “bebekler için centilmen bir doğum” felsefesini savunmuştur.

4.3.5. Odent, Balaskas ve England Felsefesi

Michel Odent ise doğumun içgüdüsel bir olay olduğunu, doğal fizyolojik sürecin bozulmaması gerektiğini belirtir. Bunu da hayvanların doğum yapacakları zaman kendilerine güvenli ve yalnız kalabilecekleri bir ortamı seçmesine benzetmiştir. İngiliz doğum eğitimcisi Janet Balaskas ilk olarak “Aktif Doğum” ve “Aktif Doğum Hareketleri” terimini 1982’de kullanmıştır. Ayakta dik pozisyonun, yer çekiminin yardımıyla doğumun ilerlemesini sağlayacağını ve ağrının daha az hissedileceği fikrini savunmaktadır. Pam England ise ebe ve hemşiredir. Aynı zamanda doğum eğitimcisi ve doğum terapistidir. Eğitimlerinde doğumu bir sanat olarak işlemiştir. Çiftlere geçmiş doğum deneyimlerini, isteklerini, korku ve gereksinimlerini resim yaparak, çizerek, rol yaparak anlatmalarını sağlamıştır (Üstünsöz 2005).

4.3.6. Lamaze Felsefesi

1950 yılından itibaren ABD’de en fazla popüler olan Lamaze felsefesi, Fransız kadın doğum uzmanı Fernand Lamaze tarafından adapte edilmiş bir Rus modelidir. Orjinal bilinen adı ise psikoproflaktik metod (PPM) yani “şartlı refleks metodu”dur. Bunun anlamı “beynin bedeni kontrol etmesi”dir. Lamaze yönteminin esası Pavlow’un şartlı refleksine dayanır. Buna göre bir kişinin beyni, belli bir uyarıyı kabul edip analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilir. Kabaca beynin yani şuurun korunması demektir. Buna göre gebe bir kadın doğru eğitilirse kontraksiyon sırasında amaca yönelik akılcı cevap verecektir. Bilinçli olarak eğitilmiş gebeler her kontraksiyonda korku ve kendini sıkmak yerine, gevşeme ve bilinçli nefes almayla cevap vermiştir. Bu kadınların doğumları son derece kısa sürmüş ve kolay olmuştur. Hatta bazı kadınlar hiç ağrı hissetmemişlerdir. Rus bilim adamları 1950 yılında Paris’te bu deneyimlerini bir kongrede anlatmışlar ve Paris’te bir kliniğin direktörü olan Dr. Lamaze bu teknikle hemen ilgilenmiş ve öğrenmek amacıyla Rusya’ya gitmiştir. Rusya’dan döner dönmez Rusların orijinal tekniklerine yeni nefes teknikleri ilave etmiş ve Fransa’da ağrısız doğum tekniğini başlatmıştır. Fransa’da Lamaze yöntemini kullanarak doğum yapan Marjorie Kornel adında bir kadın Amerika’ya döndüğünde 1959 yılında “Thank You, Dr.Lamaze” (Teşekkürler Dr. Lamaze) kitabını yazmış ve Lamaze metodunun ABD’de tanınmasını sağlamıştır. 1958 yılında Elizabeth Bing ve Marjorie Kornel ABD’de Lamaze yöntemi ile doğuma hazırlık sınıflarını başlatmış ve birçok kadının bu yöntemi kullanarak doğum yapmasına yardımcı olmuşlardır. 1960 yılında APSO/Lamaze organizasyonunu kurmuşlardır. Bu organizasyon kar amacı gütmeyen, Lamaze eğitimcilerinin yetiştirilmesi, anne-babalara destek verilmesi ve diğer sağlık profesyonellerine bu yöntemin anlatılmasını amaçlayan gönüllü bir organizasyondur. Günümüzde ise APSO/Lamaze’in adı Lamaze International olarak değişmiş fakat misyonu aynı kalmıştır (Kadayıfçı 2005, Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.4. Uluslararası Lamaze Organizasyonu (Lamaze International)

Uluslararası Lamaze organizasyonu (Lamaze International) merkezi ABD’de bulunan ve verdiği eğitimlerle tüm dünyaya yayılmış, amacı normal doğumun önemini vurgulamak ve savunmak olan sivil bir kuruluştur. Doğumun normal, doğal ve sağlıklı olduğunu savunur, bu konuda bilimsel çalışmalarla eğitimcilere destek verir, anne-babaları bilgilendirir ve düzenlediği kurslarla Lamaze eğitimcileri yetiştirir. Bugüne kadar tüm dünyada 11.000’den fazla sertifikalı eğitimci (Lamaze Certified Childbirth Educators) (LCCEs) yetiştirmiştir (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

Lamaze International gebelik, doğum ve ebeveynliğe ilişkin felsefi ilkeler ortaya koymuştur. Annelik hizmetlerini geliştirme koalisyonu (CIMS)’da bu felsefeleri desteklemektedir.

4.4.1. Gebelikte Lamaze Felsefesi

- Gebelik normal ve doğal bir olaydır.
- Kadın bedeni gebelik boyunca bebeğin gelişimine yardımcı olmak ve büyötmek için tasarlanmıştır.
- Gebelik süresi bebeğin gelişip büyümesi, kadın bedeninin doğuma hazırlanması ve kadının anneliğe geçişi için gereklidir.
- Gebelik anne ve babaların bebekleri ile ömür boyu sürecektir güçlü bağlar kurmaları için bir fırsattır.
- İyi destek, sağlıklı yaşam biçimi ve hayatın stresi ile baş edebilme kabiliyeti sayesinde sağlıklı gebelik, sağlıklı doğum ve sağlıklı bir bebeğe ulaşmak mümkün olacaktır.
- Doğumu yöneten sağlık elemanları kadının doğumun normalliğine olan güvenini ve sağlıklı bir doğum yapabilme yeteneğini arttırabilir ya da azaltabilir.

- Lamaze eğitimi; kadının bedenine ve doğumla ilgili dürtülerine güven duymasını, gebelik, doğum, emzirme ve annelik alanlarında bilinçli ve eğitilmiş tercih yapabilmesi konusunda kendine güven duymasını güçlendirir (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011, Lothian 2005).

4.4.2. Doğumda Lamaze Felsefesi

- Doğum normal, doğal ve sağlıklıdır.
- Doğum deneyimi anneyi ve ailesini derinden etkiler.
- Kadının doğal dürtüleri doğumu yönlendirir.
- Kadının doğumda kendine olan güveni ve başarısı, doğumu yöneten sağlık profesyonellerine ve doğumun yapıldığı yere bağlı olarak artabilir ya da azalabilir.
- Kadınlar rutin girişimler olmaksızın doğal doğum yapma hakkına sahiptir.
- Doğum, doğal ve güvenilir bir eylemdir.
- Kadınlar doğuma hazırlık eğitimi sayesinde kendi sağlıkları ile ilgili bilinçli tercih yapma, sorumluluk alma ve karar verme konusunda güçlenirler (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011, Lothian 2005).

4.4.3. Ebeveynlikte Lamaze Felsefesi

- İyi bir ebeveynlik, çocuklarımızın fiziksel, ruhsal ve duygusal gelişimi için olduğu kadar kendimiz ve toplum için de yaşamsal bir öneme sahiptir.
- Ebeveynlik coşkulu, önemli, tatmin edici ve verilen emeğe değer bir görevdir.
- Ebeveynlik doğumdan önce başlar. Çocuk ve anne-baba arasındaki özel bağ doğumdan başlayarak yaşam boyu devam eder. Bu bağ saygıyla karşılanmalı ve korunmalıdır.

- Çocuğun hayatında anne ve baba eşit rol alır ve birbirlerinin yerini tutamazlar.
- Ebeveynlik öğrenilen bir sanattır. En önemli öğretmenimiz kendi ebeveynimiz, aile ve çocuklarımızdır.
- İyi bir ebeveynlik için kendi aile, arkadaş ve toplumun desteğine gereksinimimiz vardır.
- Ebeveynlerin kendilerinin ve çocuklarının gereksinimini karşılayacak karar alırken eğitim ve destek görmeleri kendilerine olan güvenini artırır (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011, Lothian 2005).

4.5. Lamaze Sağlıklı Doğum Uygulamaları (Healty Birth Practices)

WHO, normal doğumun desteklenmesi, korunması ve iyileştirilmesinde bakıma ilişkin dört uygulama tanımlamıştır. Lamaze International ise buna iki uygulama maddesi daha eklemiştir (Bu maddeler [*] ile işaretlenmiştir). Belirtilen altı adet sağlıklı doğum uygulaması (Healty Birth Practices) Cochrane (2006) ve CIMS (2007) tarafından da desteklenmektedir. Cochrane ve CIMS tarafından onaylanan bu kanıta dayalı sağlıklı doğum uygulamaları doğumda Lamaze felsefesini oluşturmaktadır. Bu felsefe ayrıca Mother Friendly Childbirth Initiative'in de (MCFI) (Anne dostu doğum girişimi) normal doğum standartlarını da oluşturmaktadır. Bunlar;

1. Doğumun kendi kendine başlamasına izin verme,
2. Doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme ,*
3. Doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olması,
4. Tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale edilmemesi ,*
5. Sırt üstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkınmada bedenini izleme,

6. Doğumdan sonra anne – bebek bağlanmasını sağlamak ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma (rooming in).

4.5.1. Doğumun kendi kendine başlamasına izin verme

“Doktorum bana bebeğimin normalden biraz iri olduğunu söyledi. Arkadaşlarımdan birinin de bebeği normalden iriymiş ve doktoru normal olarak doğamayacağını söyleyerek suni sancıyla doğumunu erken başlatmış ve doğum yaptırmış. Sizce benim de doğumumun suni sancıyla erken başlatılması gerekir mi?”

Yukarıdaki ifade birçok ülkede anne adaylarının doğuma hazırlık sınıflarında en çok sorduğu sorulardan biridir. Günümüzde travayda indüksiyon uygulaması sağlıklı doğum uygulamalarında tartışılan konulardan biridir. Bazı hastanelerde indüksiyon tıbbi olarak gerektiği için yapılırken, birçok hastanede ise tıbbi gereklilik olmaksızın doktor veya anne adayının kendi isteği üzerine doğumun başlatılması ya da hızlandırılması için uygulanmaktadır. Lamaze felsefesi tıbbi olarak gerekmedikçe indüksiyon uygulamasının yapılmamasını, annenin bedenine ve bebeğine saygılı olunmasını savunur (Amis 2010, Cosans 2004).

4.5.1.1. Vücuttaki Doğal Doğum Planı

İnsan bedeni doğal doğum için harika bir şekilde dizayn edilmiştir. Gebeliğin son haftalarında anne bedeni ve fetüs doğuma hazırlanır. Primiparlarda fetüs genellikle son haftada doğum kanalına yerleşir. Sıkı olan serviks yavaş yavaş yumuşamaya başlar. Bu süreç birkaç gün veya birkaç hafta sürebilir. Düzensiz kontraksiyonlar olabilir ve serviks giderek incelir. Bazen serviks açılmaya bile başlayabilir fakat gebe kadın bunu fark etmeyebilir (Amis 2010).

Gebeliğin son haftalarında fetüsün akciğerleri olgunlaşır. Yine kritik beyin gelişimi 41. gebelik haftasına kadar devam eder. Araştırmalar 35. gebelik haftasından 41. gebelik haftasına kadar fetal beyindeki beyaz tabakanın 5 kat daha fazla artış gösterdiğini belirtmektedir. Anne karnında ve doğumdan sonra bebeğin beyin gelişiminin nasıl olduğunu araştırmak ve karşılaştırmak üzere çalışmalar halen devam etmektedir (Amis 2010, Kinney 2006, Jain, Eaton 2006).

Doğumun başlama mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bilimsel açıklamalara göre fetüs uterus dışında yaşayabilecek olgunluğa ulaştığı zaman fetüsün akciğerlerinden sürfaktan salgılanır ve bu annede doğumu başlatan hormon olan oksitosinin salgılanmasını sağlar (Condon et al 2004). Bu hormonların artışıyla birlikte fetüs anne karnından dış dünyaya doğmak ve doğumdan sonraki ilk nefesini alabilmek için akciğerleri hazırlanır (Jain, Eaton 2006). Doğum baş edilemez gibi görünse de, Lamaze'ın doğal doğum yaklaşımı sayesinde doğum algısı pozitif yönde değişir.

4.5.1.2. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, fetusun dış ortamda yaşama yeteneğini kazanmasından sonra uterus içinden dışarı çıkmasını sağlayan ritmik kontraksiyonların başlangıcından, bebek ve plasantanın çıkmasına kadar olan süreyi içerir. Eylem, genellikle gebeliğin 38. ve 42. haftaları arasında, fetüsün miadı dolunca ve doğuma hazırken başlar. (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996). Doğum eylemi 4 evreye ayrılmaktadır.

4.5.1.2.1. Doğumun birinci evresi (Dilatasyon evresi)

Düzenli kontraksiyonlar ile başlar ve servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer. Travayın en uzun evresidir ve nulliparlarda ortalama 8-12, multiparlarda ise 6-8 saat sürmektedir. Bu evre latent, aktif ve geçiş fazı olmak üzere üçe ayrılır (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.1.1. Latent faz

Düzenli kontraksiyonlar ile başlar. Dilatasyon 3cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde effasman nulliparlarda %70-80, multiparlarda %30-40'dır. Prezante olan kısım nulliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer alır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. Kontraksiyonlar 15 – 20 dakikada bir gelip ortalama 15-20 sn sürer ve hafif şiddettedir. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya düşer, kontraksiyon süreleri de 30-40 saniyeye çıkar ve sıklıkları da artar. Latent faz; nulliparlarda 8, multiparlarda ortalama 6 saat

sürmektedir (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.1.2. Aktif faz

Dilatasyon 4cm olduğunda başlar ve 7-8 cm olduğunda tamamlanır. Effasman nulliplarlarda %80–100, multiplarlarda %30–80'dir. Bu dönemde prezante olan kısım nulliplarlarda +1 ile +2, multiplarlarda +1 ile -2 düzlemindedir. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3 – 5 dakikada bir gelir ortalama 30 – 60 sn sürer ve orta şiddettedir (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.1.3. Geçiş fazı

Dilatasyon 8 cm olduğunda başlar ve 10 cm olduğunda tamamlanır. Effasman nullipar ve multiplarlarda %100'dür. Bu dönemde prezante olan kısım nullipar ve primiplarlarda +2 ile +3 düzleminde yer alır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2 – 3 dakikada bir gelip ortalama 60 – 90 sn sürer ve şiddetlidir. Bu dönem nulliplarlarda 3 saatten, multiplarlarda ise 1 saatten uzun sürmemelidir.

Travayın birinci evresi bazen yukarıda belirtilen süreçlerle uyumlu olmayabilir ve bir saatten az olabildiği gibi 24 saatten fazla da olabilir. Bunun sebepleri; parite, uterus kontraksiyonlarının sıklığı, şiddet ve süresi, serviksin efesman ve dilatasyon özelliği, fetal ve pelvik çaplar, fetusun prezantasyon ve pozisyonudur(Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.2. Doğumun ikinci evresi (Ekspulsiyon evresi)

Servikal dilatasyonun tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen süredir. İkinci evrenin süresi fetal ve maternal faktörlere bağlı olarak değişebilmektedir. Nulliplarlarda ortalama 30 dakika- 2 saat, multiplarlarda ise ortalama 30 dakika sürer. Kontraksiyonlar 1,5-2 dakika sıklıkla gelir, 60-90 sn sürer ve şiddetlidir.

İkinci evre birkaç dakikadan birkaç saate kadar değişebilir. Bunun sebepleri; fetüsün prezantasyon ve pozisyonu, fetal ve pelvik çaplar, doğum yolunun yumuşak kısımlarındaki direnç, uterus kontraksiyonlarının sıklığı, şiddeti, süresi ve maternal ıkınmaların etkinliğidir (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.3. Doğumun üçüncü evresi (Halas Evresi)

Bebeğin doğumu ile başlar ve plasentanın çıkması ile son bulur. Bu evre ortalama 30 dakika sürer. 30 dakikadan uzun olması plesanta yerleşim anomalilerinin (plesanta akreata, inkreata, perkreata), plesanta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.2.4. Doğumun dördüncü evresi (Kanama kontrol evresi)

Plesantanın doğumundan sonraki ilk 4 saati kapsar. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır. Bu dönemde annenin fiziksel ve ruhsal durumu stabil olur. Anestezi uygulanmışsa ya da herhangi bir komplikasyon gelişmiş ise dördüncü evre uzayabilir. Bu dönem post-partum kanama, idrar retansiyonu, hipotansiyon ve anestezinin yan etkileri arttırdığı bir dönemdir. Özellikle doğum sonu atoni kanamaları oldukça önemlidir. Bu dönemde uterus muayenesi, kanama kontrolü ve uterus masajı önemlidir (Saydam 2008, Taşkın 2007, Pillitteri 2003, Kendrick 2001, Kadayıfçı ve ark 1996).

4.5.1.3. Doğumun başlatılması gereken tıbbi durumlar

Doğumun başlatılması gereken bazı tıbbi durumlar vardır. Eğer fetüsün anne karnında durması riskli ise bir an önce doğurtulması gerekebilir. Amerikan Kadın Doğum Akademisi (ACOG 2005), aşağıdaki durumlardan herhangi biri varsa indüksiyon uygulanabileceğini bildirmiştir. Bunlar;

- Membranlar açılmış ve doğum eylemi hala başlamamış ise,
- Gebelik haftası 42. haftayı geçmiş ise,

- Gebeliğe bağlı hipertansiyon sorunu varsa,
- Gebeyi ya da fetüsü etkileyecek kalp, diabet vb. hastalığı varsa,
- İntrauterin enfeksiyon varsa,
- Fetusta gelişim geriliği varsa.

Üzerinde durulması gereken diğer önemli bir konu da postterm ya da halk arasında bilinen ismiyle “günü geçme” durumudur. Postterm, gebeliğin 42. Haftası dolmasına rağmen doğumun başlamamasını ifade eder. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Uluslararası Doğum Birliği normal gebelik süresinin 38 ile 42. haftalar arasında tamamlandığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalarda 41. haftada doğumun gerçekleştirilmesi ile 42. haftaya kadar beklenmesinin perinatal mortalite açısından bir fark olmadığını göstermiştir (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, 2009). Williams Obstetrics’te de (Cunningham et al 2005) ve uzman görüşler de bu yöndedir. Buna göre 41. haftaya gelindiği halde doğumun hala gerçekleşmediği durumlarda, doğumun hızlandırılması tıbbi olarak gerekli değil ise 42. haftaya kadar beklenebilir. Ne var ki çoğu gebeliğin ne zaman başladığı tam olarak bilinemeyebilir. Bazen gebelik önce olmuştur ancak adete bezer bir kanama (üstüne görme) nedeniyle gebeliğin başlangıcı bilinmeyebilir. Bunun gibi yanıltıcı birçok durum olabilir. Bu durumda 40 veya 41. haftada doğumu başlatma girişimlerine saygı ile yaklaşılmalıdır. Ama infertilite tedavisi ile oluşan gebeliklerde olduğu gibi gebeliğin haftası tam olarak biliniyorsa ya da çok erken devrelerde USG ile gebeliğin haftası saptamış ve daha sonraki kontrollerde gebelik normal gelişiyor ise gebelik haftasını 3-4 gün yanılığıyla bilmek olasıdır.

Ayrıca bebeğin normalden iri olması da doğumun erken başlatılması için tıbbi bir sebep değildir. Yapılan çalışmalarda bu amaçla yapılan sezaryenin bebeklerde oluşabilecek risk oranını iki kat artırdığı belirtilmektedir (Horrigian 2001, Leaphart et al 1997, Sadeh-Mestechkin et al 2008). ACOG (2009) bebeğin kilosunun ölçülmesinde USG kesin değerler vermediğini, tahmini değer değişkenliğinin %16 ile %20 arasında olduğunu belirtmiştir.

Üzerinde durulması gereken diğer önemli bir konu da hastane, doktor veya ailenin isteği üzerine doğum eyleminin başlatılmasıdır. Hastane, çalışanlarını doğum için fazladan görevlendirme yapması gerektiği için veya doktorun olası doğum tarihlerinde hastanede olamayacağı ve doğuma katılamaması gibi durumlarda, doğum, zamanı gelmeden başlatılmaktadır. Bazen de anne veya baba adayı bebeğin özel bir tarihte doğmasını isteyebilir (örneğin kendi doğum gününde, yılbaşında, sıralı bir tarihte <11.11.2011> vb.), hatta burcunu ayarlamak isteyen ebeveynler olabilir. Böyle bir durumda annenin bedeni ve bebeği henüz doğuma hazır olmadığı halde doğumun erken dönemde indüksiyon ile başlatılması sezaryen olasılığını da artırır. Sezaryen ise büyük cerrahi bir operasyon olduğu için operasyon sonrası ve daha sonraki doğumlarda istenmeyen durumlarla karşılaşılma riskini artırır. (Liu et al 2007, Villar et al 2007). Normal doğan bebeklerle sezaryenle doğan bebeklerin karşılaştırıldığı bir çalışmada sezaryenle doğan bebeklerde daha fazla solunum problemi riski (Hansen et al 2008) ve daha fazla yenidoğan yoğun bakım gereksinimini olduğu (Villar et al 2007) bildirilmiştir.

Tıbbi gereklilik olmadan yapılan doğum indüksiyonu, doğumda ağrı kesicilerin kullanılması ve epidural anestezi uygulanma oranını artırmakla beraber, fetal kalp seslerinde bozulma, omuz takılması, müdahaleli doğum ve sezaryen olasılığını da artırmaktadır (Goer et al 2007).

4.5.1.3.1. İndüksiyon uygulaması

Doğum indüksiyonu hastane koşullarında oksitosin hormonunun serum içerisinde damar yoluyla (IV) verilmesi işlemidir. 2007 yılında Güvenli İlaç Uygulama Enstitüsü (The Institute of Safe Medication Practices) oksitosinin damar yoluyla uygulanmasını “high-alert” yani çok dikkatli kullanılması gereken ilaçlar grubuna almıştır. Eğer bu grup ilaçlar yanlış kullanılırsa hastalarda ciddi riskler oluşturabilir. Doğum sırasında Pitocin kullanılması tıbbi olarak gerekli ise fetusun doğum eylemi süresince monitörize edilmesi gereklidir (Evidence Based Clinical Guideline 2001).

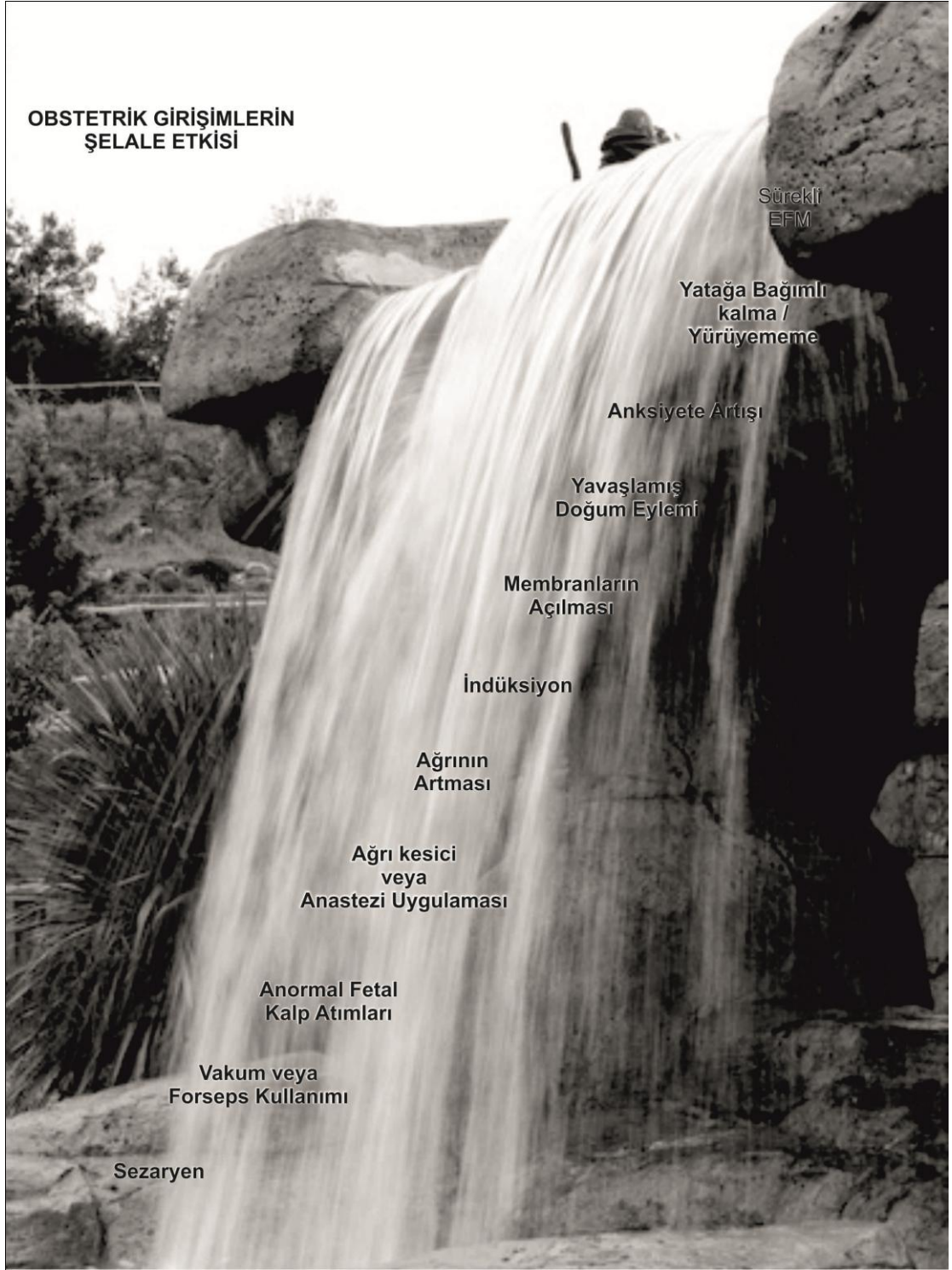
İndüksiyon takılmadan serviksin olgunlaştırılması ve doğuma hazırlanması amacıyla sentetik prostaglandin E2 kullanılmaktadır. Bu ilaç Amerikan Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından onaylanmıştır. Doğum induksiyonunda zaman zaman misoprostol (Cytotec)'da kullanılmaktadır. Bu ilaç FDA tarafından doğumun indüksiyonu için değil mide ülserinin tedavisinde kullanılmak üzere onaylanmıştır. 2005 yılında FDA bu ilacın doğumu hızlandırmak amacıyla kullanılması durumunda nadirde olsa uterus rüptürü gibi ciddi yan etkilerinin olabileceği konusunda uyarmıştır. Uterusun rüptürünün ciddi kanamalara sebep olabileceğini, bunun sonucunda da uterusun tamamen çıkartılması gerekebileceğini, daha da ötesi anne ve fetus ölümlerine neden olabileceğini ifade etmiştir (FDA,2005).

Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda doğumun indüksiyonunun tamamen risksiz olmadığı ifade edilmektedir. Goer, Leslie ve Romano (2007) normal ve sağlıklı gebelikleri olan ve doğumlarında indüksiyon uygulanan kadınlar üzerinde yapılmış tüm çalışmaları incelemişler ve doğum hızlandırıldığı takdirde oluşabilecek durumları aşağıdaki şekilde sıralamışlardır:

- Doğumda vakum ve forseps uygulanmasında artış
- Sezaryen uygulamasında artış
- Fetal kalp seslerinde bozulma, ateş yükselmesi, doğum kanalında omuz takılması (omuz distosisi) gibi sorunlar
- Doğum sırasında ağrı kesici ya da epidural anestezi kullanımında artış
- Yenidoğanda düşük doğum ağırlığı olasılığında artış
- Bebeğin yeni doğan yoğun bakım ünitesine alınması
- Baş geliş anomalileri
- Doğumun gereğinden hızlı olması
- Yenidoğanda hastanede kalmayı gerektiren sarılık olması
- Anne ve bebeğin hastanede kalma süresinin uzaması.

Ayrıca doğum indüksiyonu tıbbi müdahalelerin daha fazla uygulanmasına neden olur. Eğer tıbbi olarak gerekmediği halde doğum indüksiyon ile başlatılırsa, damar yolundan sıvı desteğinin sağlanması ve fetal sağlığın değerlendirilmesi için de sürekli elektronik fetal monitorizasyon (EFM) yapılması gerekir. Sürekli EFM gebeyi yatağa bağımlı kılar ve hareketlerini kısıtlar. Gebenin hareketlerinin kısıtlanması doğum eyleminin ilerlemesi yavaşlatabilir. Ayrıca doğum ağrısını azaltmak için duş alma veya su dolu küvette kalma gibi rahatlama tekniklerinin uygulanmasına da engel olur. İndüksiyon uygulamasına bağlı hissedilen ağrılar doğal ağrılardan daha şiddetli olacağından anestezi ve analjezi kullanımı da artar. Doğumun indüksiyonu tıpkı bir şelale gibi arka arkaya müdahalelere neden olur ve doğum eylemi sezaryenle sonuçlanabilir (Amis 2010) (Şekil 1).

Doğum indüksiyonunun psikolojik yönden dezavantajları da vardır. Tıbbi olarak gerekli olmadığı halde indüksiyon uygulanması ile bedene şu güçlü mesaj gönderilir: Bedenin doğru olarak çalışmıyor ve doğumunun başlatılması için desteğe ihtiyacın var. Doğumun kendi kendine başlaması anne adayına doğum yapabileceğine ve doğumdan sonra bebeğine bakabileceğine dair güven verir ve özgüvenini artırır. Ayrıca kanda yavaş yavaş yükselen oksitosin kontraksiyonların şiddetini artırırken, endorfin salgılanmasını sağlar. Endorfin sakinleştirici ve doğal ağrı kesici bir hormondur. Anne adayının ağrılarla baş etmesini kolaylaştırır. Bedene de bu işi başarabileceği mesajını verir (Amis 2010).



Şekil 1: Obstetrik Müdahalelerin Şelale Etkisi

Mold JW, Stein HF. (1986). Based on The Cascade Effect in the Clinical Care of Patients. *The New England Journal of Medicine*. 314(8):512-514.

4.5.1.3.2. Lamaze International’ın doğum indüksiyonuna ilişkin önerileri

Tıbbi gereklilik olmadığı sürece doğum indüksiyon ile başlatılmamalıdır. “İri bebek” olması da doğum indüksiyonunu gerektirmez. Doğumun kendi kendine başlamasına izin verilmesi bebeğin ne zaman doğacağını bilmesi demektir ve en sağlıklı olanı da budur. Doğumun kendi kendine başlaması sayesinde, WHO’nün önerdiği diğer sağlıklı doğum uygulamaları da deneyimlenebilir. Böylece hem anne hem de bebek daha sağlıklı bir doğum süreci yaşar.

Ayrıca hareket etme, sallanma, duş alma gibi rahatlama tekniklerini uygulayarak ağrıları bilinçli karşılmasına olanak sağlanmış olur. Böylece doğum eylemi zihinlerde güzel anılarla deneyimlenmiş bir süreç olarak kalır (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.5.2. Doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme

Travay süresince yürümek, hareket etmek ve pozisyon değiştirmek doğumu kolaylaştırır. Yürümek bebeğin aşağıya doğru olan hareketi ve rotasyonunu tamamlamasına destek olarak pelvisin genişlemesi ve şeklinin doğuma en uygun pozisyon almasına katkıda bulunulur. Hareket etmek doğum ağrısının daha az hissedilmesini sağlar, ağrılarla baş etmeyi kolaylaştırır ve doğumun ilk evresini kısaltır (Lawrence et al 2009).

Günümüzde ABD’de birçok hastanenin doğum odası yürümeye olanak sağlayacak şekilde dizayn edilmiştir. Doğum topu, sallanan sandalye, duş alma ya da su dolu küvette kalma gibi doğumu kolaylaştıran ve ağrıyı azaltan uygulamaları yapma olanağı da sağlanmaktadır. Kanada’da bir hastanede yapılan pilot çalışmada doğum odalarından biri klasik şekilde, diğeri ise hareket etmeye imkan verecek şekilde (oda dizaynı değiştirilebilir, hareketli yatak vs.) ve sakin bir ortam sağlanmıştır. Hareket imkanı sağlanan sakin odada kalan anne adayları vakitlerinin %50’den daha azını yatakta geçirmiş ve doğumu hızlandırmak için indüksiyon gereksinimi de azalmıştır (Hodnett et al 2009).

Doğum süresince yürümek ve hareket etmek uterus ve kasların daha etkin çalışmasını sağlar (Roberts al 1983). Ayakta sallanma ile bebeğin doğum kanalına inmesi ve bebek başının servikse baskı yapmasıyla dilatasyon kolaylaşır. Pozisyon değişikliği sayesinde bebek başı doğum kanalında daha kolay ilerler ve en uygun şekilde yerleşir. Anne adayının hareketiyle pelvis giriş ve çıkış çapı artabilir. Doğum yavaşladığında sık sık pozisyon değiştirmek faydalıdır. Ayrıca yapılan çalışmalarda yatakta yatmanın özellikle sırt üstü yatmanın doğum ağrılarını daha da fazla hissedilmesine neden olduğu bildirilmiştir (Adachi et al 2003). Yapılan çalışmalar incelendiğinde doğum eyleminde hareket etmenin şu faydaları belirtilmiştir:

- Doğumda yürüyen ve hareket eden kadınlar daha az doğum ağrısı hissederler,
- Daha az ağrı kesiciye gereksinim duyarlar (epidural ve narkotikler gibi),
- Doğum eyleminin süresi kısalmır,
- Sürekli EFM yapılmasına engel olur,
- Sezaryen olasılığını azaltır (Lawrence et al 2009, Simkin and Bolding 2004, Simkin and O'Hara 2002).

Doğumda en iyidir denilen bir pozisyon yoktur. Anne adayı doğumu kolaylaştıracak pozisyonları bulması için desteklenmeli ve en rahat hissettiği pozisyonu alması konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayakta durma, sallanma ve yürüme özellikle doğumunuzun ilk aşamasında fetüsün doğum kanalından ilerlemesine yardımcı olur. Doğum topu veya sağlam bir sandalyenin kenarına oturarak sallanma, ayakta durmaktan yorulan anne adayının oturarak yerçekimine paralel pozisyonunu korumasını ve fetüsün doğum kanalından ilerlemesini sağlar. Anne adayının bir ayağını öne doğru yerden yüksek bir sağlam bir sandalyeye koyup, dizini kırarak öne doğru esneme hareketi pelvisin açılmasına yardımcı olacaktır. Bu hareket daha çok latent evrede önerilmektedir. Yine latent evrede merdiven çıkma, pelvisin açılmasına ve fetüsün doğum kanalına yerleşmesine yardımcı olur. Çömelme, pelvisin genişlemesini sağlayarak bebeğin doğum kanalında ilerlemesi için olanak sağlar. Ayrıca bebeğin dönme hareketini kolaylıkla yapmasına da yardımcı olur. Bu pozisyon özellikle ıkınma evresinde faydalıdır. Anne adayı sağlam bir sandalyenin

arkasında veya yatağın kenarından tutarak çömelebilir, ya da doğum yardımcısı veya eşi, sandalye veya doğum topuna otururken sırtı ona dönük bir şekilde kollarını onun dizlerine koyarak çömelebilir. Böylece bacaklarının ağrısı azalır ve bu pozisyonda daha uzun süre rahatlıkla kalabilir. Dinlenmek istediğinde yan tarafınıza yatabilir. Dizlerinin arasını yastıkla destekleyerek dizlerinin rahat etmesi sağlanabilir. Bu pozisyonda fetüs ve uterusu olan kan akışı daha iyi olacaktır. Fetüsün tüm ağırlığı sırtı verilmediği için sırt ağrısı da azalır (Storton 2007, Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

Yapılan hiçbir çalışmada sırt üstü doğum yapmanın diğer pozisyonlarda doğum yapmaktan daha rahat olduğu belirtilmemiştir (Simkin and Bolding 2004). Ayrıca normal doğumda sağlıklı bir kadın için yürümenin zararlı olduğunu belirten hiçbir çalışma yoktur (Storton 2007).

4.5.2.1. Lamaze International'ın doğumda hareket etme, yürüme ve pozisyon değiştirmeye dair önerileri

Yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme doğumun daha kolay ve güvenli olmasını sağlar. Lamaze International doğum eylemi süresince hareket etme konusunda bir plan yapılmasını ve anne adayını bu konuda destekleyecek bir doktor ve hastane seçilmesini önermektedir (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.5.3. Doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olması

Eskiden kadınlar doğumu annelerinden ya da diğer akrabalarından öğrenirlerdi. Doğum hikayeleri ve geleneksel uygulamalarla doğumlarını güven içinde yaşamaya çalışırlardı. Aile fertleri ve kadının arkadaşları doğuma destek vermek ve yardım etmek için onun yanında olurlardı.

20. yy. başlarında ise doğumların hastanelerde yapılması ile aile ve arkadaşları doğum sırasında anne adayına destek olması ve yanında bulunması mümkün olmamaktaydı. Doğum ünitelerinde ise ebe ve hemşirelerin aynı anda birçok gebeye tam olarak destek olmaları oldukça zordu.

1960'lı yıllarda Lamaze International ve diğer doğumu destekleyen kuruluşlar kuralları değiştirmeyi başararak babaların da doğuma katılmasına olanak sağladılar. Babaların doğumda özel ve sevgi dolu bir destek vererek bebeklerini birlikte karşılamaları en doğal haklarıdır. Böylece anne adayları da doğumda yalnız kalmamış olurlar.

Günümüzde ise kadınlar eskiden sahip oldukları değerleri ve destek sistemlerini yeniden geri kazanmaya çalışmaktadırlar. Özellikle doğumlarının farkında ve bilinçli olarak yaşamak ve bebeklerini karşılamak istemektedirler. Kadınlar genellikle ebelerinin ya da doğum hemşirelerinin travay boyunca onlarla beraber olacaklarını düşünürler. Bu bazen olabilir ama yapılacak diğer işler ve gebelerle de ilgilenmeleri çoğunlukla bu mümkün olamamaktadır. Bu yüzden sevdiği birinin, arkadaşının ya da doğum koçunun (doula) gebenin yanında olması, hem fiziksel hem de duygusal olarak büyük destek sağlamaktadır. Doğumdan önce gebeye kimin destek vereceği belirlenmeli ve nasıl bir destek beklendiği konusunda birlikte plan yapılmalıdır (Green and Hotelling 2010).

4.5.3.1. Doğumda desteğin önemi

Doğum hem anne hem de baba adayı için sürprizlerle doludur. Her kadın doğumda onu destekleyecek birinin yanında olmasına gereksinim duyar. Anne adayı doğumda tek başına olursa korkar ve endişe yaşar. Korku ve endişe de doğumu yavaşlatan bir faktördür. Yanında doğum koçu gibi deneyimli birinin olması, o anda vücudunda olan değişiklikleri ve nasıl davranması gerektiği konusunda bilgilendirmesi anne adayının korkularını azaltır ve kendini güvende hissetmesini sağlar (Green and Hotelling 2010). Güngör'ün (2004) babaların doğuma katılımının doğum deneyimi üzerine etkisi değerlendirdiği çalışmasında, babaların doğumda sağladıkları desteğin, annenin doğum deneyimini her yönüyle daha olumlu algılamasına yardımcı olduğu bildirilmiştir. Ayrıca doğumda anne ve babaya birlikte destek verildiğinde, babaların doğumda aktif rol alma oranının yüksek olduğu belirtilmiştir. Nullipar ve doğumda indüksiyon uygulanmamış 209 gebeye birebir hemşire desteğinin uygulandığı RKÇ'da, gebelere fiziksel ve emosyonel destek sağlanmış, rahatlama için masaj, duş alma, pozisyon değiştirme konusunda cesaretlendirilmiştir. Destek verilen grupta

epidural anestezi, sezaryen oranı daha az, doğum süresi de 18 dakika daha kısa sürmüştür (Gagnon, Waghorn and Covell 1997).

4.5.3.2. Doğumda doula (doğum koçu)'nın rolü

Doula; doğum eylemi boyunca anne adayını ve yanındaki kişilere doğuma ilişkin destek veren ve rehberlik yapan kişidir (Simkin 2008). Doulalar anne adayının fiziksel ve psikolojik rahatlığı ve desteğinin sağlanması konusunda eğitim almışlardır. Anne adayının doğum planını yapmasına destek olurlar ve doğum eylemi süresince anne adayı yalnız kalmak istemediği sürece yanından bir saniye olsun ayrılmazlar. Duş almasına ve sıcak su havuzu veya küvette kalmasına destek olurlar. Anne adayının sırtına, ellerine ve ayaklarına masaj yaparlar. Doğumdan sonra da bebeğin emzirilmesine yardımcı olur ve anne kendini iyi hissedene kadar da beraber kalırlar (Green and Hotelling 2010).

Doulalar herhangi bir tıbbi uygulama yapmaz, tıbbi tavsiyelerde bulunamazlar. Bununla beraber yapılacak olan tıbbi uygulamaları anne adayına açıklamada yardımcı olurlar. Anne adayının isteklerini hastane yönetimine ve doktoruna söylemesi konusunda anne adayını cesaretlendirirler. En önemlisi de doğumun mutlu bir olay olarak hatırlamasına yardımcı olurlar. Doğum planlandığı gibi gitmemişse bile doula anne adayını dinler ve destek olur (Green and Hotelling 2010).

Doğumda anne adayının sevdiği biri, arkadaş veya doula desteğinin anne ve bebek açısından çok önemli faydaları vardır. Cochrane'da yapılan kanıta dayalı çalışmalarda doğum eylemi süresince desteğin sürdürülmesinin açıkça faydalı olduğu belirtilmiştir (Hodnett et al 2007). Doğumda desteğin sürdürüldüğü kadınların destek olunmayan kadınlara oranla;

- Daha az sezaryen olduğu
- Daha az vakum veya forseps uygulandığı
- Daha az epidural gibi bölgesel anestezilerin uygulandığı
- Daha az ağrı kesiciye gereksinim duyduğu

- Doğuma ilişkin negatif duyguların daha az olduğu bildirilmiştir (Hodnett et al 2007).

Başka bir çalışmada ise hastanede çalışan ebe veya hemşire dışında kadının sürekli yanında bulunan ve ona destek olan kişinin daha etkin olduğu belirtilmiştir (Hodnett et al 2007, Leslie and Storton 2007, Simkin and O'Hara 2002). Destek olmaya doğumun erken evresinde başlanmasının daha etkili ve faydalı olduğu belirtilmiştir (Hodnett et al 2007).

4.5.3.3. Lamaze International'ın doğumda anne adayının sevdiği birinin destek olmasına ilişkin önerileri

Kadınların gebelikleri ve doğumları sırasında desteğe gereksinimleri vardır. Anne ve bebeğin doğum sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmesinde aile üyelerinin, arkadaşlarının, doktorların, ebe ve hemşirelerin ve doulaların önemli bir rolü vardır. Lamaze International doğum sırasında anne adayının sevdiği birinin yanında bulunmasını ve destek olmasını önermektedir. Doğum planında nerede doğum yapılacağını ve kimin destek olacağını da belirlenmesini önermektedir.

Doğum konusunda deneyimli olan kişiler –özellikle doula- birçok yönden destek olurlar. Anne adayı ve eşine duygusal ve fiziksel destek vermekle kalmaz, eylem süresince neyi, nasıl ve neden yapması gerektiği konusunda da bilgilendirir ve cesaretlendirir. Lamaze International her kadının kültürel ve ekonomik durumuna bakılmaksızın doğumda destek almaya hakkı olduğuna ve desteklenmesi gerektiğine inanmaktadır (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.5.4. Tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale edilmemesi

Yüksek riskli gebeliklerde ve erken doğum tehdidi olanlarda modern tıp teknolojilerini kullanmak daha güvenli ve hayat kurtarıcıdır. Günümüzde doğumlar 100 yıl öncesinden daha güvenlidir fakat bu teknolojiden değil antibiyotiklerin varlığı, hijyen ve temel sağlık bakımının iyileşmesinden dolayıdır (Rooks 1999). Birçok hastanede tıbbi bir gereklilik olmadığı halde “ne olur ne olmaz” diye rutin olarak yeme/içme kısıtlanmakta, damar yolundan sıvı verilmekte, sürekli EFM

yapılmakta, indüksiyonla doğum hızlandırılmakta ve epidural anestezi uygulanmaktadır. Bu uygulamalar doğumu daha güvenli yapmaz. Tıbbi olarak gerekmedikçe yukarıda belirtilen müdahalelerin uygulanması doğal sürecin seyrini olumsuz etkiler. Doğum mümkün olduğunca doğal sürecine bırakılmalıdır ve gerçekten tıbbi bir gereklilik olduğu takdirde müdahale edilmelidir (Lothian 2010).

4.5.4.1. Yeme ve içmenin kısıtlanması

Çok az insan yemek yiyip içmeden saatlerce ayakta kalabilir. Doğum eyleminde ise anne adayının enerjiye gereksinimi vardır. ABD’de 2005 yılında doğum yapan kadınların %40’ının doğum süresince su içmesine, %15’inin de yemek yemesine izin verilmemiştir (Declercq et al 2006). Hastanelerde travayda yeme/içmenin kısıtlanması 60 yıl öncesinde başlamıştır. Travayda acil genel anestezi uygulandığı zaman hava yolu açıklığının tam sağlanamaması ve mide içeriğinin akciğerlere aspirasyon riski nedeniyle yeme/ içme kısıtlanmıştır. Günümüzde anestezi teknikleri 60 yıl öncesinden çok daha iyi durumdadır. Modern anesteziye aspirasyon nadiren görülmektedir. Yapılan çalışmalarda boş ya da dolu mide ile anestezinin aspirasyon riski açısından arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Bu gerçeklere rağmen travayda yeme/içme hala kısıtlanmaktadır (Rooks 1999).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda doğum sırasında yeme/içme kısıtlanmasının faydalı olduğuna dair kanıt yoktur (Goer et al 2007). Doğumda yeme/içmenin bulantı ve tıbbi müdahale insidansını artırmadığı ve doğumda anormal bir durum gelişmesine neden olmadığı belirtilmektedir (Parsons et al 2007). Doğumda yeme ve içmenin zararı olmadığı, bu nedenle de kısıtlama yapılmaması gerektiği bildirilmiştir (Goer et al 2007, Tranmer et al 2005). Amerikan Anestezi Uzmanları Birliği (2007) ve ACOG (2002) düşük riskli doğumlarda sıvı alınabileceğini, Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu ve Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği’de kanıta dayalı uygulamalar kapsamında sıvı ve sindirimi kolay gıdalar yenilebileceğini belirtmişlerdir (Enkin et al 2000). Bu amaçla enerji içeriği yüksek, miktarı az olan gıdalar tercih edilebilir. Su, kayısı suyu, meyveli buz çubuklar ve çikolata gebelerin tercih ettiği gıdalardandır.

4.5.4.2. İntravenöz sıvı uygulaması

İntravenöz (IV) sıvı tedavisi doğumda yeme/içmenin kısıtlanması nedeniyle dehidratasyonu önlemek ve damar yolundan acil bir uygulama yapılması gerektiğinde hazır damar yolu bulunması için rutin olarak uygulanmaktadır. Böyle durumlarda serum yalnızca bir önlemdir. Diğer taraftan damar yoluyla besin ve sıvı takviyesi ağızdan beslenmeyle sağlanan enerji dengesini sağlayamaz. Kadınlar kollarında serum takılıyken pozisyon değiştirmekte ve hareket etmekte zorlandıklarını ve ayrıca bir stres kaynağı olduğunu ve serum takılan bölgenin acıdığını belirtmişlerdir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda serum uygulanmasının doğum eylemini yavaşlattığı, ıkınma süresini uzattığı, doğumda forseps, vakum gibi uygulama ve sezaryen olma oranını artırdığı belirtilmiştir (Moen et al 2009). Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu rutin IV sıvı uygulamasının faydalı olmadığını belirtmiştir (Enkin et al 2000).

Eğer indüksiyon veya epidural anestezi uygulanmışsa, damar yoluyla antibiyotik gibi ilaçların uygulanması gerekiyorsa ya da çeşitli sebeplerden dolayı yeme/içme kısıtlanıyorsa damar yolu açılması gerekebilir. Aksi takdirde bu uygulamanın yapılmasına gerek yoktur (Lothian 2010).

4.5.4.3. Doğumda sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM)

Fetal kalp seslerinin değerlendirilmesi intrapartum bakımda oldukça önemlidir. EFM fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılır. Doğum süreci normal ilerliyorsa aralıklı olarak uygulanmalıdır. Sürekli EFM anne adayının sürekli yatakta yatmasını gerektirir. Bu yüzden yürüme, hareket etme ve rahatlıkla pozisyon değiştirmeye engel olur. Ayrıca rahatlamak için duşa girmesine, suyla dolu küvette oturmasına ve doğum topunu kullanmasına da engel olabilir. Birçok kadın monitörün sesini duymamanın ve izlemenin sıkıntılı ve stres verici olduğunu düşünmektedir (Lothian 2010).

Diğer taraftan sürekli EFM vakum, forseps ve sezaryen gibi girişimlerin uygulanma olasılığını artırmaktadır. Yapılan çalışmalarda yeni doğan bebeklerin sağlık durumlarında sürekli EFM yapılanlarla aralıklı EFM yapılanlar arasında fark

olmadığı belirtilmiştir (Goer et al 2007, Thacker et al 2001). Bu sebeple Kadın ve Çocuk Sağlığı Birliği (2009), Amerikan Ebeler ve Hemşireler Akademisi (2007) ve ACOG (2005) doğumda aralıklı olarak fetal kalp atımlarının dinlenmesini önermektedir. Bu uygulama sezaryen oranını azaltacaktır.

Doğum süreci normal ilerliyorsa fetal kalp seslerinin Doppler ile dinlenmesi daha rahat ve komplikasyonsuzdur. Böylece anne adayı daha rahat hareket eder, yürür ve konforu için istediği uygulamaları rahatlıkla yapabilir. ACOG'un 1989'dan bu yana tüm risk kategorisindeki kadınlar için sürekli EFM ve aralıklı dinleme ile ilgili önerisi; doğumun 1. evresi için 15 dakikada bir, 2. evresi için ise 5 dakikada bir gözlem ve dinleme şeklindedir (Albers 2001, Luyben and Gross 2002). ACOG ve AWHONN (The Association of Women's Health, Obstetric, and Neonatal Nursing) düşük riskli gebelerde 1. evrede 30 dakikada bir, 2. evrede 15 dakikada bir dinlemenin yeterli olduğunu belirtmiştir. (Albers 2001).

ACOG ve AWHONN'un önerilerine ve kanıt temelli çalışmalara rağmen sürekli EFM yaygın olarak uygulanmaktadır. Aralıklı EFM'nin tercih edilmemesinin en önemli nedeni eğitilmiş personelin az olmasıdır. İndüksiyon veya epidural anestezi uygulanmışsa, doğumun ilerleyişi ile ilgili bir sıkıntı varsa sürekli EFM uygulanmasına gerek olabilir. Diğer türlü aralıklı EFM daha güvenli ve sağlıklıdır (Albers 2001, Luyben and Gross 2002, Lothian 2010).

4.5.4.4. Doğumu hızlandırmak için yapılan amniyotomi

Amnion zarının sağlık personeli tarafından açılması işlemidir. Amniotik sıvı miktarını ve yapısını (berrak, mekonyumlu vs) belirlemek için ve kontraksiyonları arttırmak amacıyla yapılır. Tıbbi olarak doğumun hızlandırılması gerekmiyorsa uygulanması yararlı değildir. Eğer doğum eylemi uzarsa enfeksiyon riski artar ve önde gelen kısmın yerleşmediği olgularda kordon sarkması olabilir. Bu nedenle rutin olarak amniyotomi uygulanmamalıdır. Doğumun aktif fazında uterus kontraksiyonlarının güçlendirilmesi gereken durumlarda uygulanmalıdır (Enkin et al 2000). Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda (RKÇ) amniyotominin sezaryen olasılığını artırdığı bildirilmektedir. Eğer membranlar açıldıktan sonra güçlü

kontraksiyonlar yoksa indüksiyon uygulanması gerekebilir (Goer et al 2007, Smyth et al 2007).

4.5.4.5. Epidural Anestezi

Birçok kadın doğum ağrısından korktuğu için doğumda ağrı kesicilerin kullanılmasını veya epidural anestezi uygulanmasını istemektedir. ABD’de kadınların %76’sı epidural anestezi ile normal doğum yapmışlardır. Epidural anestezi alan kadınların %41’i ise yan etkileri hakkında bilgi sahibi değildirler (Declercq, Sakala, Corry and Applebaum 2006). AWHONN tarafından 33’ü Amerika 2’si Kanada hastanesinde olmak üzere doğum eyleminin 2. evresinin değerlendirildiği bir proje çalışmasında epidural anestezinin ağrı gidermede en popüler ve etkili metod olduğu bulunmuştur. Epidural kullanım oranının %50-60 olduğu rapor edilmiştir. Epidural anestezi uygulama sonuçlarının meta analizinde doğumun 1. ve 2. evre sürelerinin uzadığı, fetal malpozisyon insidansının arttığı ayrıca oksitosin kullanımının ve müdahaleli doğum riskinin arttığı bildirilmiştir (ACOG 2002, Roberts 2002).

Epidural anestezi ile pelvik taban kasları gevşer ve bebeğin doğum kanalına ilerlemesi yavaşlar ve dönüşü de zorlaşır. Malprezantasyon nedeni ile sezaryen yapılması gerekebilir. Ağrı kesici etkisi nedeniyle doğal salınan oksitosin azalır ve indüksiyon uygulanması gerekir. İndüksiyon uygulandığı için sürekli EFM yapılır ve anne adayı yatağa yatırılır. Ayrıca epidural anestezi hipotansiyona neden olduğu için IV sıvı takılması gerekir. Bazı kadınlar da idrarının gelip gelmediği hissedemedikleri için idrar sondasıyla idrarının boşaltılması gerekir (Lothian 2010).

Yapılan çalışmalarda epidural anestezinin doğum sürecini uzattığı (özellikle primiparlarda) ve doğumda vakum-forseps uygulama oranlarını artırdığı belirtilmiştir. Özellikle primiparlarda sezaryen olasılığını artırdığına dair kanıt temelli çalışmalar vardır (Lieberman and O’Donoghoe 2002). Epidural anestezide kullanılan narkotik ilaçlar bebeği de etkiler ve doğumdan sonra emzirme sorunları görülebilir. Ayrıca annenin ateşinin yükselmesine de neden olduğu belirtilmektedir. (Beilin et al 2005, Jordan et al 2005).

4.5.4.6. Epizyotomi

Epizyotomi, bebeğin başı doğmadan hemen önce vajinal açıklığı büyötmek için yapılan kesi işlemidir. İlk olarak 1942’de zor doğumları kolaylaştırmak için İrlanda’da kullanılmış ancak bu yüzyılın ortalarına dek yaygın kullanıma girmemiştir. Günümüzde ilk doğumların %80-90’ında ve sonraki doğumların yaklaşık %50’sinde uygulanmaktadır. ABD’de ise 2005 yılında epizyotomi uygulama oranı %25’dir. (Declercq et al 2006).

Geleneksel tıp bilgisi birkaç nedenden dolayı epizyotomi uygulamasını desteklemektedir. Epizyo kesisinin düzgün kenarları olduğu için düzensiz bir yırtığa kıyasla daha kolay onarıldığı ileri sürölmektedir. Oysa yapılan çalışmalarda düzensiz yırtıkların düzgün epizyo kesisine oranla daha kısa sürede iyileştiğı bildirilmiştir. Ayrıca iyi zamanlandığında vajina ve perine kaslarının zedelenmesini engellediğine, perine zedelenmesini azalttığına, iyileşmeyi hızlandırdığına, bebek başının zarar görme ve ileride kadında inkontinans oluşma riskini azalttığına dair kanıt yoktur. Bütün bu kanıtlara rağmen epizyotomi rutin olarak uygulanmaktadır. Aslında epizyotomi sonrası kadın daha fazla ağrı deneyimler. Doğumdan sonra cinsel sorun yaşama ve inkontinans görülme oranı daha fazladır. Cochrane araştırma grubu ve WHO’de rutin epizyotomi uygulamasının zararlı olduğunu belirtmiştir (Goer et al 2007, Hartmann et al 2005).

Diğer taraftan epizyotomi doğum sürecine doğal olmayan bir müdahaledir. Doğal olabilecek yırtıktan daha büyük yapılmakta ve bu da aşırı kanamaya, doğum sonrası rahatsızlığa, aylar sonra bile ağrılı cinsel birleşmeye ve bazen de enfeksiyona neden olabilir. Düzenli olarak yapılan kegel egzersizleri perine kaslarının esnekliğı artırarak epizyotomi uygulanma oranını azaltabilir. Doğumdan 4-6 hafta önce perine kaslarını güçlendirmek için perineal masaj yapılabilir. Doğum sırasında perinedeki rahatsızlığı gidermek için sıcak kompres ve perineal masaj uygulanabilir, ayakta ya da çömelme pozisyonunda ıkınırken perinenin esnemesini kolaylaştırmak için kadının nefesini kaçırarak ıkınması sağlanır. Bu yöntemlerin düzenli olarak uygulandığı merkezlerde kadınların %15-25’ine epizyotomi uygulanmaktadır (Lothian 2010).

Epizyotomi uygulamasında doğumu yaptıracak kişi önemli bir faktördür. “Epizyotomi yapmak ya da yapmamak” sorusu eğitim sınıfında veya doktor muayenesinde yanıtlanacak bir soru değildir. Yanıt ancak doğumhanede, bebeğin başı vajinaya oturduğunda verilebilir. Ancak o zaman perinenin yırtılmadan bebeğin başının geçmesine izin verip vermeyeceği ve epizyotominin doğumu uzatarak anne ya da bebeğe tehdit oluşturup oluşturmayacağına dair gerçekçi bir yargılamaya yapılabilir (Roberts 2002).

4.5.4.7. Lavman

Lavman perineal kontaminasyonu önlemek, başın inişini kolaylaştırmak ve kontraksiyonları arttırmak amacıyla, doğumun latent fazında uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda lavman uygulamasının, gebelerde utanmaya sebep olması ve perineal kontaminasyonu azaltmadığı gerekçesiyle rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmiştir (Turan 2003, Karahan 2004). Cuervo ve ark (2000) lavman yapılan ve yapılmayan grupların karşılaştırıldığı iki RKÇ’da lavmanın etkilerini değerlendirmek için yeterli kanıt olmadığını ifade etmiştir. Lavmanın genellikle rahatsız edici olduğunu, doğumun maliyetini artırdığını belirtmiş ve kullanımını destekleyen kanıt olmadıkça travayda rutin olarak uygulanmamasını önermektedir. Reveiz, Gaitán ve Cuervo’nun (2010) Cochrane’da yayınlanan RKÇ’ların incelendiği çalışmasında, lavman uygulamasının yenidoğan alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu gelişmesinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Lavmanın doğum süresine etkisinin değerlendirildiği RKÇ’da lavman uygulanan grubun doğum süresi (409.4 dakika) uygulanmayan grubun doğum süresinden (459.8 dakika) daha kısa sürdüğü belirtilmiştir. Diğer bir RKÇ’da lavman uygulanan grubunun doğum süresinin (392.7 dakika) uygulanmayan gruptan (509.7 dakika) daha kısa sürdüğü belirtilmiştir. Bu iki RKÇ’dan elde edilen bulgular ile doğumda rutin lavman uygulanmasına ilişkin öneriler birbiri ile uyumsuzdur. Doğum süresini kısaltmak amacıyla lavman uygulanmamasını ve azaltılmasına çalışılması önerilmektedir.

4.5.4.8. Lamaze International’ın doğumdaki tıbbi girişimlere ilişkin önerileri

Lamaze International, doğum sırasında yeme/ içmenin kısıtlanması, lavman, forseps, vakum, epizyotomi, epidural anestezi ve sürekli EFM gibi uygulamaların

tıbbi olarak gerekli olmadıkça uygulanmamasını önermektedir (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.5.5. Sırt üstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkmada bedenini takip etme

Geçmişten günümüze kadar ayakta, çömelerek, dört ayak ve yan yatma pozisyonu gibi birçok doğum pozisyonu vardır. 17. yy'da doktorlar forseps kullanmaya başlayana kadar kadınlar nadiren sırt üstü doğum yapıyorlardı. Kadının yakınları ya da ebesi kadına çömelme ve dizleri üzerinde durmasını kolaylaştıran eşyaları kullanması konusunda cesaretlendiriyordu (Gupta and Nikodem 2000). Kadının sırt üstü pozisyonda doğum yapması sağlık çalışanlarına daha kolay çalışma alanı sağladığı için tercih edilmektedir. ABD'de 2005 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %57'si sırt üstü yatar pozisyonda, %35'i de yarı oturur pozisyonda doğum yapmıştır. Kadınların yalnızca %21'i doğal ıkmama hissi geldiğinde ıkındığını, geri kalan kadınların ise ebe veya doktorunun ıkmama direktifine göre ıkmakarak doğum yaptıklarını ifade etmişlerdir (Declecq et al 2006).

4.5.5.1. Doğumdaki pozisyonlar

Doğumda annenin pozisyonu, anne ve fetus açısından önemli sonuçlara neden olan bir faktördür. Fetal başın prezantasyonunu ve inişini kolaylaştıracak, ağrıyı azaltacak çeşitli pozisyonlar tanımlanmıştır. Her kadın ve her fetus için farklı pozisyonlar vardır, tek bir pozisyondan bahsetmek yanlış olur. Her bir pozisyonun avantaj ve dezavantajları vardır (Simkin and O'Hara 2002).

Ayakta durma, çömelme ve dizlerin üzerinde durma gibi pozisyonlar yerçekiminin etkisiyle bebeğin pelvisten kolayca ilerlemesini sağlar. Çömelme pozisyonu pelvisin genişliğini artırır ve bebeğin pelvis içinde ilerlemek için kendine daha rahat bir yer bulmasını sağlar (Simkin and Ancheta 2005).

Penny Simkin “destekle ayakta durma” ve “sallanma” pozisyonunu tanımlamıştır. Bu pozisyonda anne adayını kol altlarından desteklenir ve böylece ayaklara daha az yük biner. Uzun süre ıkmama durumunda bu pozisyon faydalıdır. Bebeğin hareket edebilmesi için daha fazla boş alan oluşturulmuş olur (Simkin and Ancheta 2005).

Yerçekimi etkisinden yararlanılmayan dört ayak, yan yatış ve yarı oturur pozisyonlar anne adayının yorulduğu zaman dinlenmek amacıyla kullanabileceği pozisyonlardandır. Doğumun çok hızlı ilerlediği durumlarda anüsle vajina arasında oluşabilecek yırtılmaları önlemek için yan yatış pozisyonu doğumun yavaş ilerlemesini sağlar (Shorten, Donsante, Shorten 2002). El-diz pozisyonunun özellikle koksikse baskının arttığı ve ağrının yoğun olarak hissedildiği durumlarda ağrıyı azaltıcı etkisi vardır (Stremmer et al 2005). Cochrane çalışma grubu raporlarında bu pozisyonun ayrıca oksiput posterior ve oksiput transvers pozisyonu düzelterek anterior rotasyona yardımcı olduğu belirtilmiştir (Hofmeyer 2000).

Cochrane'daki çalışmalarda doğumdaki pozisyonlara ilişkin kanıta dayalı en iyi uygulamalar değerlendirilmiştir. Buna göre ayakta ve yan yatış pozisyonu ile sırt üstü yatarak bacakların yanlardan kaldırıldığı doğum pozisyonu karşılaştırılmıştır. Sonuçta ayakta ve yerçekimine paralel durulan pozisyonda doğumun;

- İkinci aşaması olan ıkınma evresinin daha kısa sürdüğü
- Vakum ya da forsepsin daha az kullanıldığı
- Daha az epizyotomi açıldığı
- Şiddetli ağrı hissinin daha az deneyimlendiği
- Anormal fetal kalp atımlarının daha az olduğu
- İkinci derecede yırtılmaların daha az olduğu (yan yatar pozisyonlardakiler hariç)
- Beklenenden daha az kan kaybı olduğu bildirilmiştir (Gupta, Hofmeyr and Smyth 2004).

Sırt üstü yatma, alt ekstremiteleri besleyen vena cava inferior'a olan basıyı artırdığı için fetüse giden oksijen miktarını azaltarak fetal oksijenasyonu da azaltır. Ayrıca sırt üstü yatarak ve bacaklar yukarıda ıkınıldığı zaman yerçekimine ters hareket edilmiş olur (Roberts and Hanson 2007).

4.5.5.2. İkinma Şekilleri

“Spontan ıkinma” vücudun bedene ıkinması gerektiğini söylediği güçlü ıkinma hissinin geldiği durumdur. Bu aşamada artık ıkinma engellenemez ve bebeği ıkinarak itme isteği hissedilir. Her bir kontraksiyon sırasında bu his güçlü olarak gelir ve kasılmanın bitişiyle beraber kaybolur. Annenin bebeği ne zaman iteceği kadar nasıl iteceği de önemlidir. Sürekli uzun süreli ıkinma ve valsalva manevrasının kullanılması sonucunda, torasik kavitedeki basınç artarken, kalbe venöz dönüş azalır ve dolayısı ile uterus, plesanta ve fetusa giden kan miktarı azalır. Valsalva manevrası, uzamış deselerasyonlar ve bradikardiye, sonuçta fetal hipoksi ve asidoza yol açabilir. RKÇ, sürekli ve güçlü ıkinmadan kaçınılmasını, kadının ıkinma hissi geldiğinde, ıkinması konusunda cesaretlendirilmesinin yararlı olduğunu göstermiştir (Simkin 2002, Roberts 2002). 2. evrenin erken dönemlerinde annenin spontan itme hissi gelmeden ıkındırılması anneyi yorar, doğumun ilerlemesini etkiler, perineal travma riskini ve forseps endikasyonunu artırır (Roberts 2002, Güvenç 2004). Kadın geleneksel olarak yaklaşık 10 saniye nefesini tutarak uygulanan itme yerine, her kontraksiyonda tolere ettiği kadar, yaklaşık 5-6 saniye boyunca nefesini kaçırarak ıkinmaya, tekrar bir nefes alıp sonra tekrar 5-6 saniye ıkinmaya cesaretlendirilmelidir. Bu şekilde her bir kontraksiyonda 3-4 defa ıkinılmış olacaktır. Böylece kadın kapalı glottis ıkinma (uzun süreli güçlü itme) ve valsalva manevrasını kullanma yerine açık glottis ıkinma yapacaktır. Açık glottis ıkinmada fetüs yavaş yavaş itilir ve yırtılmaların da önüne geçilir (Roberts and Handson 2007).

Yapılan çalışmalar doğumda ıkinmanın yönlendirilmesini desteklememektedir. Bazı çalışmalarda ise zararlı olduğu belirtilmektedir. Uzun süre nefesini tutarak ıkinıldığı zaman fetüse giden oksijen miktarı azalmakta, bu da fetüs için zararlı olabilmektedir (Roberts and Hanson 2007). Ayrıca çok güçlü şekilde ıkinma sonucu vajen kaslarında ciddi yırtıklar oluşabilmektedir ve beraberinde aşırı ıkinma sebebiyle kadın, doğumdan sonra idrar veya dışkı kaçırma problemleri yaşamaktadır (Schaffer et al 2006).

Yönlendirmeli ıkınmada doğum süresi doğal ıkınmadan 13 dakika daha kısa sürer. Doğumun 13 dakika daha erken olmasının tıbbi olarak anne ve bebek açısından önemli bir faydası yoktur. Bebek ve anne için en sağlıklı olan bedeninin doğal ıkınmasını izlemesidir (Janni et al 2002).

4.5.5.3. Lamaze International'ın doğum pozisyonlarına ilişkin önerileri

Lamaze International doğumda çömelme, yarı oturur, diz üzerinde durma, dört ayak gibi pozisyonları önermektedir. ıkınma hissinin doğal olarak geldiğinde aşağı doğru itmenin her anlamda daha faydalı olduğuna inanmaktadır. Annenin kendisi ve bebeği için en güvenli doğum bedenine güvenerek doğum yapmasıdır (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

4.5.6. Doğumdan sonra anne – bebek bağlanmasını sağlamak ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma (rooming in)

Doğumdan hemen sonra sağlıklı olan bebeğini kollarına alan annenin kucağından birkaç dakika sonra bebeği alınarak daha iyi bakım vermek için bebek bakım odasına götürülür. Yıllar önce, doğumlar evlerden hastanelere taşındıktan sonra doğum sonrası dönemde bebekler anneleriyle aynı odada kalamıyorlardı. Anne hastanenin bir odasına, bebek ise bebek bakım odasına götürülüyordu. Anne bebeğini görmek ve kucağına almak için uzun süre beklemek zorundaydı ve sadece emzirmek için bebeği yanına getiriliyordu. Bebek bakım odasında daha güvenli ve anne de daha rahat bir uyku uyuyabilirdi düşüncesinden dolayı bu uygulama yapılıyordu. Anne bebeğinden çok uzun süre ayrı kaldığını düşünür ve bu hastane prosedürlerinin gerçekten gerekli olup olmadığını merak eder (Crenshaw 2010).

İnsanlık tarihinin başından beri kadınlar bebekleriyle bir arada olmayı, emzirirken, dinlenirken, uyuturken bebeklerini en güvenli yer olan kucaklarında tutmak istemektedirler. Son yıllarda yapılan çalışmalarda doğumdan sonra anne ve bebek için en sağlıklı olanın bir arada kalmaları olduğu belirtilmektedir (Bergman, Linley and Fawcus 2004, Moore, Anderson 2007). Dünyadaki bütün kuruluşlar da anne ve bebek için tıbbi bir bakım gerekmedikçe bir arada tutulması gerektiğini

desteklemektedirler (UNICEF/WHO 2004, American Academy of Family Physicians 2007, <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/b/breastfeedingpositionpaper.html>, Erişim 26 Kasım 2011). Anne ve bebeğin bir arada tutulmasının gecikmesi, ertelenmesi anne bebek arasındaki bağın oluşumunu ve emzirmeyi olumsuz etkiler. Bebekler annelerinin yanında daha sıcaktırlar ve daha az ağlarlar. Emzirme daha başarılıdır. Anneler bebekleri yanlarındayken ağlama sesinden neye gereksinimi olduğunu daha çabuk tanırlar (Enkin et al 2000).

Doğumdan hemen sonra salgılanmaya devam eden oksitosin hormonu sayesinde kadınlarda “annelik” duygusu daha fazla gelişir ve bebeklerini kollarına alır almaz da emzirmek isterler. Anne ve bebek arasındaki ten temasının sağlanmasıyla beraber daha fazla oksitosin salgılanır. Oksitosin ise endorfin ve narkotiklerin salınmasını sağlayarak annelik duygusunun gelişmesini sağlar. Ayrıca bu hormonların rahatlık ve huzur verici etkisi de vardır. Bununla beraber anne ile ten temasında olan bebeğin vücut ısısı da korunur (Crenshaw 2010).

4.5.6.1. Ten teması ve bebeğin anne yanında kalması

Bebeğin anneye doğumdan sonraki ilk buluşması doğumun ilk dakikalarında başlar. Sağlıklı bir bebek doğar doğmaz annesinin göğsüne konularak ilk buluşmaları ve ten teması sağlanır. Bebekler anne göğsünde daha sıcak kalmaktadırlar. Kalp atışı, kan şekeri ve solunumu daha hızlı normale döner (Charpak et al 2005, Bystrova et al 2007). Ayrıca ten teması sonucu anne sütü daha fazla salınır, anne bebeğini daha uzun süre emzirir ve mama vermeye gerek kalmaz (Moore et al 2007, Bystrova et al 2007).

Doğumdan sonra bebeklerinin anne yanında kalması çok önemlidir. Anneleri yanında olan bebekler daha az ağlar ve daha iyi uyur. Ayrıca emmeleri de daha iyi ve uzun sürelidir. Böylece daha fazla kilo alır ve sarılık gelişme olasılığı da azdır. Annenin bebeğinin yanında olduğunu bilmesi, sesini, nefesini duyması, hem bebeği güvende hissettirir hem de annenin huzurla dinlenebilmesini sağlar. Bebeğin doğumdan sonra anne yanında kalmasının ileri yaşamında da olumlu etkisi vardır. Doğum sonrası erken dönemde bebeğiyle ilgilenen ve yanında kalan annelerin

bebeğini ihmal etme, terk etme ve suistimal etme oranı daha azdır (N. Lvoff, V. Lvoff, Klaus, 2000, O'Connor et al 1980).

4.5.6.2. Lamaze International'ın ten teması ve bebeğin anne yanında kalmasına ilişkin önerileri

Yapılan çalışmalarda doğumdan hemen sonra hem anne hem de bebek için en iyi ve sağlıklı olan bir arada kalmaktır. Lamaze International'da kanıta dayalı uygulamaları desteklediği için doğumdan sonra anne ve bebeğin bir arada kalmasını önermektedir. Anne adaylarına doğum planlarını yaparken doktorları ile doğumdan hemen sonra bebeklerinin kucaklarına verilmesini ve mümkün olduğu kadar ten temasının sağlanması konusunda konuşmalarını önermektedir.

4.6. Doğum Ağrısı

Ağrı organizmanın zedelenme durumunda iç ve dış uyaranlara karşı gösterdiği tepkidir. Evrensel bir deneyim olmasının yanı sıra kompleks ve kişisel bir durumdur. Ağrı sadece bedeni ve fizyolojik yapıyı etkilemez. Aynı zamanda psikolojik, sosyal, kültürel ve bilişsel faktörleri içeren profesyonel ya da ampirik yardım almaya motive eden semptomdur (Topham 2004, Kuşuoğlu 2006).

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomi komitesi tarafından yapılan tanılamaya göre “Ağrı, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan, emosyonel bir duyum, davranış şeklidir (Hader 2004, Yücel 2006). McCaffery ve Pasero (1999) tarafından yapılan tanımda ağrı, “hastanın söylediği şeydir, eğer söylüyorsa vardır”.

Genel olarak ağrı iki bileşenden oluşur. Birincisi; fizyolojik olarak duyuşal sinirlerle algılanır ve santral sinir sistemine iletilir. İkincisi; psikolojik olarak algılanır, ağrı olarak yorumlanır ve bu yorumlara karşı tepki oluşur (Gorrie 1998).

Doğum ağrısının diğer ağrılardan farkı, kendine has özellikleri olan çok yönlü bir ağrı olmasıdır:

- Diğer ağrılar bir hastalık veya bozukluk sonucu görülürken doğum ağrıları normal bir sürecin parçasıdır.
- Beklenen bir ağrıdır ve baş etme için bilgilendirme ve hazırlanma ile ağrıyı yönetme becerileri kazanılabilir.
- Ne zaman başlayacağı bilindiği gibi ne zaman biteceği de bilinir. Sürekli bir ağrı değildir. Dinlenme dönemleri vardır.
- Kadınlar tarafından doğumun erken evresinde rahatsız edici bir his olarak tanımlanırken, doğum ilerledikçe süresi ve şiddeti artar. Fakat bu kesintisiz bir ağrı değildir. Her bir kontraksiyon arasında anne adayına dinlenme ve rahatlama fırsatı verir.
- Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır. Doğum ağrısı çekerken anneye bebeğinin sağlık durumunu düşündürerek ağrıyı daha kolay tolere etmeleri sağlanır (Yıldırım 2001, Yıldırım 2003, Taşkın 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008).

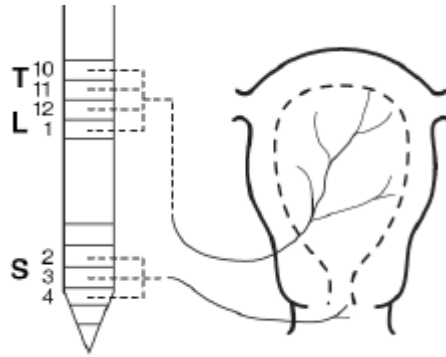
4.6.1. Doğum ağrısı fizyolojisi

Doğum ağrısı kendine has özellikleri olan çok yönlü bir ağrı olması dolayısı ile fizyolojisinin anlaşılması için genital organların yapısı, fonksiyonları ve innervasyonunun bilinmesi gerekir. Sağlık ekibi doğum ve çıkımdaki ağrının şiddetini, süresini ve yayılımını iyi bilirse buna yönelik bakım ve desteği daha etkili olacaktır. Doğum ağrısı kadın yaşamındaki en ağırlı deneyim olarak tanımlanmaktadır. Gebelikte ağrı algısı sensoriyel, emosyonel, davranışsal ve çevresel faktörlerin kompleks bir şekilde etkileşimi sonucu oluşur.

Ağrı algılaması, periferdeki ağrı reseptörlerinin uyarılması ile başlar. Bu uyarılar spinal korda iletilir. Doğum ağrısı diğer ağırlı durumlarda olduğu gibi periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral ve medial sistemler ile korteks ağrı nörofizyolojisinde rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel hem de hormonal kontrol altındadır (Erdine 2007, Özyuvacı 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008).

Doğumun birinci evresindeki ağrı primer olarak serviksin dilatasyonuna ve uterus kontraksiyonlarına bağlıdır. Kontraksiyonlar sırasında gerilen bu yapılar ağrıyı

oluşturmaktadır. Serviks ve uterustan kaynaklanan ağrılı uyaranlar afferent lifler ve eşlik eden sempatik sinir sistemi lifleri ile birlikte lomber sempatik zinciri izleyerek T10-11-12 ve L1 spinal sinirlerin arka kökleri ile santral sisteme ulaşır. Uyarılar erken dönemde yalnızca T11- T12 düzeyinde iken travay ilerledikçe T10-L1arasını tutar (Şekil 2). Bu dönemdeki ağrı, belden sırtta ve bacaklara yayılan, iyi lokalize edilemeyen ve gittikçe şiddetlenen visseral ağrı şeklindedir. Ağrı şiddeti serviks ve alt uterin segmentlerin dilatasyon derecesi ile ilgilidir ve uterus kontraksiyonlarının başlaması ile eşzamanlıdır (Erdine 2007, Özyuvacı 2007, Kömürcü ve Berkiten 2008).



Şekil 2: Doğumun 1. ve 2. evresindeki ağrı yolları

Özyuvacı E (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel yaklaşımlar. *Klinik Gelişim*. 20(3):46-52.

Doğumun ikinci evresindeki ağrı perinenin gerilmesinden kaynaklanır. Ağrılar pudendal sinirlerin dalları ile taşınır. Pelvisin ağrıya hassas yapılarının giderek artan bir basınç ile karşı karşıya kalması ve perinenin distansiyonundan kaynaklanmaktadır. Perinenin hem duyuşal hem de motor lifleri pudendal sinir aracılığı ile S2-3-4 seviyesinden santral sisteme ulaşır (Özyuvacı 2007, Şahin 2006, Glosten 2000).

Doğumun üçüncü evresindeki ve doğumdan sonraki ilk saat içinde görülen ağrı, daha önce fetüsün aşağı iniş ve plasentanın ayrılışına eşlik eden ağrılı uyaranları yansıtır. Bu evrede normalde çıkımda oluşan santral ve periferik hiperaljezik durum azalır, fakat epizyotomi gibi kesici insizyon sonucu oluşan mekanik hiperaljezi birkaç gün sürebilir (Özyuvacı 2007, Şahin 2006, Glosten 2000).

4.6.2. Ağrı teorileri

Ağrının gerçek geçiş mekanizması ve algılanması tam olarak bilinmemektedir. Ağrı teorileri, doğumdaki ağrılı hastanın ağrısının giderilmesinde bazı uygulamaların temeline dayanmaktadır (Kömürcü ve Berkiten 2008). Bunlar;

- Kapı kontrol teorisi
- Endorfin teorisi

4.6.2.1. Kapı kontrol teorisi (KKT)

1965 yılında Wall ve Melzack tarafından ortaya atılmış, 1980’lerde yeniden genişletilmiştir. Ağrının ilk olarak spinal kordda kontrol edildiği düşüncesini savunur ve hala geçerliliğini sürdüren bir teoridir. Ancak kapı kontrol teorisi merkezi sinir sistemindeki uzun süreli değişiklikleri tam olarak açıklığa kavuşturamamıştır. Bu teoriye göre; ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlıdır. Sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder. Eğer kapı açık ise ağrılı uyarılar bilinç düzeyine ulaşır, kapı kapalı ise uyarılar bilinçe ulaşmaz ve ağrı hissedilmez (Duarte 2005, Kanner 2005, Yücel 2006, Aslan 2006).

Bu teorinin ağrının giderilmesine katkı sağlayan klinik uygulamaları mevcuttur. Bunlar;

- Deri uyarısının ağrıyı gidermesidir. Kapı kontrol teorisine göre ağrı uyarıları küçük çaplı liflerle taşınır. Büyük çaplı lifler, küçük çaplı liflerin taşıdığı uyarılara kapıyı kapatırlar. Deride çok sayıda büyük çaplı lif olduğu için, dokunma uyarılarının birçoğu ağrı giderme potansiyeline sahiptir. Masaj, sıcak ve soğuk uygulama, transkütan elektrik stimülasyonu ve akupunktur gibi özel tip deri uyarıları bu teorinin direkt uygulamasının örnekleridir.
- Normal ya da aşırı duyuşal girdinin ağrıyı gidermesidir. Eğer kişi yeterli ya da fazla oranda duyuşal uyarı alırsa, beyin sapı ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatır. Hastanın duyuşal girdileri az ise ağrı uyarıları inhibe olmaz, kapı açıktır ve ağrı uyarıları geçer. Ağrı giderme yöntemlerinin

çoğunda belli derecelerde duyuşal girdi vardır. Düşleme, dikkati başka yöne çekme gibi stratejilerin iyi planlanması ile gebenin ağrısı hafifletilebilir.

- Ağrının nedeni ve giderilmesi hakkında doğru bilgi verme, kontrol duygusu sağlama, anksiyete ya da depresyonun azalmasının ağrıyı gidermesi üzerinde etkisi vardır. Güven ve kontrol duyguları artırılarak ağrı ile ilgili geçmiş deneyimleri giderilebilir. Bu da iyi bir iletişim ve eğitimle başarılabilir. Yapılan çalışmalarda anksiyetesi yüksek olan ya da ağrıyla ilgili olumsuz deneyimleri olan hastaların ameliyat sonrası daha fazla ağrı yaşadığı, ameliyat öncesi ağrı ve ameliyat ile ilgili bilgi vermenin ameliyat sonrası hastaların ağrı ve anksiyetesini azalttığı belirlenmiştir (Duarte 2005, Kanner 2005, Yücel 2006, Aslan 2006).

4.6.2.2. Endorfin teorisi

Vücudun salgıladığı narkotik benzeri maddeler 1970'lerin ortalarında tanımlanmıştır. Endorfin olarak tanımlanan bu maddeler 'endojen' ve 'morfin' kelimelerinin birleşimi olup, içinde morfin olan demektir. Ön hipofizden salınan endorfinler, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, uyarıların bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için beyin ve spinal kord sinir uçlarındaki narkotik reseptörlerde tutulmaktadır. Masaj gibi bazı nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemleri endorfin yapımını uyarak ağrıyı azaltmaktadır (Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.2.3. İnteraktif ağrı modeli

Ağrısı olan ve ona reaksiyon gösteren hastalar aile, kültür, bakım sistemi gibi çeşitli sosyal sistemlerin içindedir. Bu sosyal sistemler ağrının yorumlanmasını, ifade ediliş biçimini ve ağrı giderilmesi için neyin yapıp neyin yapılmayacağını etkiler. Sosyal sistemler hastayı ve bakım verenlerin davranışlarını düzenler ve önemli bir biçimde de ağrı giderilmesini etkiler Doğumda sürekli destek verilen gebelerde analjezi ve anestezi gereksinimi azalır. Doğumdan memnuniyet düzeyi artar. (Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.3. Doğum Eyleminde Ağrıya Yol Açan Fizyolojik Faktörler

Doğum ağrısının oluşmasında fizyolojik ve duyuşal reseptörlerin etkisi vardır. Diğer etki ise psikolojik kaynaklı olup reaksiyon/tepki sürecini içerir. Bu ağrıların etkileri sıklıkla, diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerinde etkili olmaktadır.

4.6.3.1. Uterin hipoksi

Kontraksiyonlar sırasında uterusu kan akışının azalması sonucu myometriumda oluşan iskemi ağrıya neden olur. Yeterli gevşeme olmazsa ağrı artar.

4.6.3.2. Servikal gerginlik ve serviksin sinir ganglionlarına basısı

Serviksin dilatasyonu ve effasmanı şiddetli ağrıya neden olur. Prezante olan kısmın servikse basısı uterus kontraksiyonuna neden olarak fetüs başını aşağıya iterek serviksi dilate etmektedir. Ayrıca serviksin gerilmesi hipofiz arka lobundan oksitosin salgılanmasına yol açarak uterus kontraksiyonunu arttırmaktadır. Bu iki tip pozitif geri bildirim travay süresince gebenin ağrı olarak algılayacağı uterus kontraksiyonlarını arttırmaktadır.

4.6.3.3. Kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği

Kontraksiyonların süresinin ve şiddetinin artması ağrının artması ile ilişkilidir.

4.6.3.4. Servikal dilatasyonun derecesi ve kontraksiyonların dilatasyona katkısı

Kontraksiyonların güçlü olması ve ağrılarla baş etme derecesi servikal dilatasyonu ve doğumun hızını etkiler. Bazı gebeler şiddetli ağrılara rağmen sessiz sakin doğururken, bazıları ise çok az ağrı hissetmesine rağmen aşırı duygusal ve fiziksel tepkiler verirler (Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.3.5. Perineal gerginlik

Başın inişi ile perinenin gerilmesi ve bazı dokuların laserasyonu ağrıya yol açar. Kadın ağrısı yanma, yırtılma ya da gerilme hissi şeklinde tanımlar (Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.3.6. Anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı ve yaşanmış deneyimler

Ağrı algılaması yaşla da değişir. Yaşlanma myelinli liflerin kaybına yol açar (Şahin 2006). Bu nedenle yaşlı kadınlarda doğum gençlere göre daha az ağrılıdır. Yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe ağrı toleransının arttığı, ağrı bildiriminin ise azaldığı belirlenmiştir (Kuğuoğlu 2006).

4.6.3.7. Fetüsün ağırlığı ve pozisyonu

Fetüsün ağırlığı ve normal pozisyonunda olmaması doğum süresinin uzamasına ve ağrının artmasına neden olur. Örneğin, oksipito posterior pozisyon hem dilatasyonun yavaş olmasına hem de ağrının artmasına sebep olur. Aynı zamanda oksiput posterior geliş, doğumun ikinci evresini uzatır (Yıldırım 2001,Yıldırım, Sömek ve Kayır 2006).

4.6.3.8. Yapılan uygulamalar

Doğum eylemi sırasında anne ve fetüsün güvenliği ve iyiliği için yapılan girişimler doğum ağrılarının yaşatacağı sıkıntıları daha da arttırabilir. Gebenin mobilizasyonuna engel olan intravenöz uygulamalar ile fetal monitörizasyon ve vaginal muayene ve amniotomi çoğu gebe için rahatsızlık vericidir (Kömürcü ve Berkiten 2008, Sayiner ve Özerdoğan 2009).

4.6.4. Doğum Ağrısının Psikolojik Yönleri ve Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler

Ağrı, kişiler ve kültürler arasında farklılık gösterir. Psikolojik ve emosyonel faktörler, fiziksel faktörler kadar etkilidir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar gebenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci

konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008). Doğum sürecinde anne adayını en çok etkileyen psikolojik faktörler şunlardır:

4.6.4.1. Kültürün etkisi

Kültürel yapı, ağrı algılama eşiğinde ve ağrı tolerans düzeyinde güçlü bir etkiye sahiptir. Bazı kültürlerde ağrının ifade edilmesi desteklenirken, bazı kültürlerde bu durum hoş karşılanmaz (Yıldırım 2001).

4.6.4.2. Halsizlik ve uyku sorunları

Doğumda anne adayının bitkin olması ağrıya verilen cevabı etkiler. Yorgunluk sonucunda enerjisi azalır ve ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz. Uzun doğumlar ve yorgunluk ağrının daha fazla algılanmasına ve ağrı eşiğinin düşmesine neden olur (Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.4.3. Ağrının birey için anlamı

Ağrının algılanması kültürel beklentilerin yanı sıra kadının kendini algılaması ile de ilgilidir. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Ağrı ile birlikte yaşayan bireyin dinlenme dönemlerinde de ağrının tekrar geleceğini bildiği için anksiyetesi daha yüksek olur. Anksiyete de ağrının artmasına neden olmaktadır (Yıldırım 2001, Kuşuoğlu 2006).

4.6.4.4. Daha önce yaşanan deneyimler

Ağrı ile ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin ağrı düzeyini etkiler. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir. Geçmişinde zor ve uzun sürmüş bir doğum deneyimi yaşanmış bir kadının endişe ve üzüntüsü daha fazla olabilir (Yıldırım 2001, Kuşuoğlu 2006).

4.6.4.5. Anksiyete ve korku

Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirir. Doğum korkusu ve anksiyete kadında stres hormonlarının

üretimini tetikleyerek vücuda ve uterusu giden kan akımını azaltarak ağrılı kontraksiyonlara neden olurlar. Ayrıca adrenalin miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, bunun sonucunda da doğum eyleminin süresinin uzamasına sebep olacaktır. (Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.4.6. Dikkat ve dikkati dağıtma

Dikkat ağrının algılanmasını etkiler. Eğer kişi ağrıya odaklanırsa daha şiddetli ağrı çekme eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda eğitim sırasında “ağrı” sözcüğünün kullanılıp kullanılmamasının ağrı algılamasını etkilediği görülmüştür. Ağrıyı sezme bile anksiyeteyi yükseltmekte ve algılanan ağrının şiddetini arttırmaktadır. Dikkatin başka yöne çekilmesinin de ağrı algısını azalttığı bilinmektedir. Bu yöntem, ağrının hızla şiddetlendiği durumlardan çok, yavaş yavaş arttığı durumlarda etkili olmaktadır (Öztürk 2006, Kömürcü ve Berkiten 2008).

4.6.4.7. Destek sistemlerinin olması

Doğumda desteğin sürdürüldüğü kadınların destek olunmayan kadınlara oranla daha az sezaryen olduğu, vakum veya forseps uygulanma oranının azaldığı, epidural gibi bölgesel anesteziilerin ve diğer ağrı kesicilerin daha az oranda uygulandığı, doğuma ilişkin negatif duyguların daha az olduğu bildirilmiştir (Hodnett et al 2007). Burada distresin azalmasıyla birlikte salınan katekolaminler etkili kontraksiyonların oluşmasını sağlar. Ayrıca kadının çevresindeki kişilerin doğum eylemine ilişkin tutumu da kadını önemli ölçüde etkiler. Örneğin endişeli bir eş kadının anksiyete düzeyini artırabilir (Roberts 2002, Hodnett et al 2007).

4.6.4.8. Doğuma hazırlık

Doğum öncesi eğitimler ile yapılan hazırlık, doğum eylemine ilişkin bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Yapılan çalışmalar doğuma hazırlık sınıflarına katılan kadınların ağrı seviyelerinin azaldığını, doğum olayından daha hoşnut kaldıklarını ve daha az oranda analjezi ihtiyacının olduğunu göstermektedir. Kadınlar doğuma hazırlanarak doğum ağrıları ile başa çıkma

becerilerini de öğrenirler (Gençalp 1998, Brown, Douglas and Flood 2001, Okumuş 2005).

4.7. Doğum Ağrısının Kontrolü

Doğum ağrısının giderilmesinde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır.

4.7.1. Farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri

Farmakolojik yöntemler; narkotik, sedatif, trankilizanlarla sistemik tedavi, bölgesel ve ileti anestezisi ile genel anesteziden oluşmaktadır. Bölgesel anestezide; pudendal blok, spinal anestezi, epidural analjezi ve kaudal analjezi kullanılmaktadır. Bölgesel anestezi kadının uyanık olması nedeniyle sağlık ekibiyle işbirliğini arttırabilir, ağrıyı büyük ölçüde giderebilir ve hem vajinal hem de abdominal doğum için uygun şartlar yaratabilir. Bunun yanında doğum sırasında verilen lokal anestetikler, fetal kalp atım hızı değişikliğine, tam perineal analjezi oluşması sonucu ıkınma hissinin kaybolmasına ve doğumun ikinci evresinin uzamasına neden olabilir. Genel anestezi, bölgesel anestezinin reddedildiği veya kontrendike olduğu durumlarda ve doğum eyleminin bir an önce sonlandırılmasına gerek duyulduğunda uygulanır. Genel anestezi, maternal gastrik içeriğin aspirasyonuna, fetüsün santral sinir sistemi üzerinde depresan etkiye ve larenkse yapılan müdahale sırasında hipertansiyona yol açabilir (Yıldırım 2001, Çalık 2010).

4.7.2. Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri

Bu yöntemler noninvaziv (invaziv girişimi gerektirmeyen) ve nonfarmakolojik (ilaç dışı), tamamlayıcı ve alternatif yöntemlerdir. Medikal kurallara gereksinim duyulmaz. Farmakolojik yöntemler için hem alternatif hem de yardımcıdır. Kadın farmakolojik yöntemlerin yeterli olmadığı durumlarda nonfarmakolojik yöntemlere gereksinim duyabilir. Bu yöntemin eğitimi doğuma hazırlık sınıflarının da temelini oluşturmaktadır (Yıldırım 2001, Çalık 2010).

Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin amacı doğum sırasında fiziksel ağrıyı duyusal olarak azaltmaktır. Yeterli düzeyde ağrı kontrolü sağlayan nonfarmakolojik yöntemlerin farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajları vardır. Tıbbi kurallara gereksinim duymazlar, anne ve fetus açısından zararsızdır, eylemi yavaşlatmaz ve yan etki ya da alerji riskleri yoktur. Bunun yanında bu yöntemlerin bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle nonfarmakolojik yöntemler başka bir farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılmaktadır. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum olmak üzere dört teknikten oluşmaktadır. (Yıldırım 2001, Yavuz 2006, Taşçı ve Sevil 2007, Çalık 2010).

4.7.2.1. Gevşeme teknikleri

4.7.2.1.1. Kas gevşemesi

Gevşeme eğitimi genellikle kademeli olarak kasları germe ve gevşetme yöntemlerini içerir. İlk olarak Jacobsan tarafından tanımlanan gevşeme anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesini sağlar. Hastalara belirtilen bir kas grubunu germeleri ve yorulana kadar öyle kalmaları söylenir. Daha sonra hasta bu kaslarını gevşetir ve farklı bir grubu kasar. Gevşeme düşüncesi ve gerçek gevşeme, korteksi uyararak gerginliğin azalmasını sağlar. Tüm nonfarmakolojik yöntemlerin temelini oluşturur (Okumuş 2001, Yavuz 2006, Çalık 2010).

4.7.2.1.2. Hipnoz

Hipnoz derin konsantrasyon gerektiren farklı bir bilinç durumudur. Gebe uyanıktır, fakat eylem başladığında trans haline girer ve doğum sonuna kadar bu durumu sürdürür. Hipnoz ile ağrı ortadan kalkmaz ancak ağrı algılamasında değişiklik olur. Yani, gebe ağrıyı hisseder ama canı yanmaz. Etkili bir yöntem olmasına rağmen yaygın olarak kullanılmaz. Zaman alan eğitim sürecini gerektirir (Yıldırım 2001, Çalık 2010).

4.7.2.1.3. Biofeedback

Servikal dilatasyon, kontraksiyonlar, kan basıncı gibi fizyolojik değişiklikler hakkında verilen bilgiler, ağrı sırasında kadından ifade etmesi beklenir. Böylece kadının dikkati bedeninden farklı bir yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır (Öztürk 2006, Çalık 2010).

4.7.2.1.4. Hareket ve pozisyon verme

Doğum ağrılarını hafifletmede etkili olan girişimlerden biri de uygun hareket ve pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır. Yapılan araştırmalarda gebelerin doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyonda iken (vertikal pozisyonda), düz ya da yan yatış pozisyonuna (horizontal pozisyon) oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri belirlenmiştir. Doğum eyleminin I. evresinin erken dönemlerinde gebeler dik pozisyonda yatay pozisyona oranla kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Buna karşın I. evrenin ilerleyen dönemlerinde ise gebeler, horizontal pozisyonu vertikal pozisyona tercih etmektedir. Doğum eyleminde kadın, gezinmesi ve sıkça pozisyon değiştirmesi konusunda cesaretlendirilmelidir. Ayrıca, bazı özel ritmik hareketler kadınların kontraksiyon ağrılarını tolere etmelerinde etkili olabilir. Araştırmalarda kadınların çömelme pozisyonunda ileri geri hareket etme ve sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıkları bildirilmiştir (Yıldırım 2001, Yavuz 2006, Öztürk 2006, Taşçı ve Sevil 2007, Çalık 2010).

4.7.2.1.5. Müzik

Yapılan çalışmalarda müzik terapinin ağrıyı ve anksiyeteyi azalttığı belirtilmektedir. Tayland'da randomize kontrollü olarak yapılan bir çalışmada müziğin doğum ağrısını ve stresi anlamlı derecede azalttığı bildirilmiştir (Resick et al 2000). Buradaki mekanizma KKT'ne dayanır. İşitsel duyuların kortekse iletimi dokunsal duyularda olduğu gibidir (örneğin masaj). Böylece ağrıyla eş zamanlı olarak müzik dinlenmesi ile kortekse daha fazla işitsel ileti gönderilmiş olacak ve ağrı duyusu da azalacaktır. Bireyin aktif olarak katıldığı bir tekniktir (Phumdoung and Good 2003). Ersanlı'nın (2007) müziğin doğum sürecine etkisini incelediği çalışmasında,

indüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda verilen eğitim ve dinletilen müziğin ağrının oluşturduğu sıkıntıların azalmasında etkili olduğunu bildirilmiştir.

4.7.2.1.6. Ses Çıkarma

Ses çıkarma ve inleme ağrıyı hafifletmek için kadınlar tarafından kullanılan tekniklerden biridir. Doğum eylemi sırasında kadınlara gürültü yapmamaları, bağırılmaları tembih edilir. Ancak, kadınlar doğum eyleminde sese karşı çok duyarlıdırlar. Özellikle doğumun güç zamanlarında kadınlar, ses çıkararak biraz da olsa rahatlamaya çalışırlar. Ses çıkarma; inleme, figan etme, mırıldanma ve bazı cümleleri ritmik şekilde tekrarlama şeklindedir. Bu durum kadının ağrıdan çok korktuğu için bağırması anlamına gelmez, tam aksine kendi bedenine yöneltilmiş olan kadının var olan enerjisinin bir kısmını sesli ifadelerle dışarı yöneltilmesidir (Öztürk 2006).

4.7.2.1.7. Akupunktur

Akupunktur, vücuda özel iğneler batırılarak tedavi ve hastalıklardan korunma sağlayan bir yöntemdir. Akupunktur noktaları, vücut yüzeyindeki (deride) çizgisel meridyenler, kanallar üzerinde yerleşmişlerdir. Tedavisi bu noktaların etkilenmesine dayanmaktadır. Bu yöntem Çin’de ve Uzak Doğuda yıllardır doğum ağrısını azaltmada kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalarda akupunkturun ağrıyı azalttığı, doğumun 1. evresini kısalttığı belirtilmektedir (Yıldırım 2001, Öztürk 2006, Çalık 2010).

4.7.2.1.8. Akupresür

Akupunktur noktalarına parmak ve avuç içleri ile uygulanan bir masaj tekniğidir. İğnesiz akupunktur da denilebilir. Özellikle başparmaklar kullanılır. Basınç uygulamasında parmak, tenis topları veya havlu v.b cisimler kullanılabilir. Akupresür doğum eylemi sırasında sadece doğum ağrısını azaltmak için değil, aynı zamanda uterus kontraksiyonlarını artırarak doğum sürecini hızlandırmak için de uygulanır. SP6 akupresür noktası doğumun indüksiyonu için ana noktadır. Aynı zamanda bu akupunktur noktası doğumda ağrısının rahatlaması ve dismenorenin rahatlatılması için de kullanılır. Çalık’ın (2010) SP6 noktasına bası uygulayarak

yaptığı tez çalışmasında akupresür uygulanan grubun doğum ağrılarını daha az algıladığı, doğum sürelerinin de daha kısa olduğu ifade edilmiştir.

4.7.2.2. Zihinsel/mental uyarılma

4.7.2.2.1. Hayal kurma

Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanarak doğumda gevşemesin sağlanmasına yardımcı olur. Kadının doğum eyleminin güç ve acı veren durumlarından uzaklaşmasında yardımcı olabilir. Ebe/hemşire, kadına doğum mekanizmasında her bir kontraksiyon ile serviksin açıldığını ya da kendisinin ıkınmasıyla bebeğin aşağı ve dışa doğru itildiğini gözünde canlandırmasını sağlayarak yardımcı olabilir. Aynı zamanda gebenin doğumun zor ve acı verici durumlarından uzaklaşmasına yardımcı olur. Böylelikle ağrı eşiği yükselir ve ağrının algılanışı azalır (Loeser and Melzack 1999, Çalık 2010).

4.7.2.2.2. Aromaterapi

Koku duyusu oldukça güçlü bir duydur. İnsan beynindeki olfaktor sistem metreküpte 0.000032 mg gibi çok az bir miktardaki sarımsak kokusunu güçlü bir şekilde duyabilir. Koku duyusu hipotalamusa direk olarak iletilmesi sonucu solunumun sağladığı rahatlama veya hayal kurmada olduğu gibi aromaterapinin doğum ağrısını azalttığı belirtilmektedir (Kimberly 2004). İngiltere’de geniş çaplı olarak yapılan (8058 gebe) bir araştırmada doğumda aromaterapi uygulanan gebelerin %50’den fazlası doğum ağrısını rahatlatmada aromaterapinin faydalı olduğunu ifade etmişlerdir (Burns et al 2000). Aromaterapide yağlar masajın terapötik etkisiyle birleştirilmektedir. En çok kullanılan bitkiler; yasemin, gül yağı, sardunya, ada çayı, lavanta yağı, arıç, turunçgil, okaliptüs ve çeşitli tütsülerdir. Özellikle lavanta yağı ile masaj yapmak ya da banyo suyuna eklemek en çok tercih edilendir. Çünkü lavantanın kokusu yanında güçlü antiseptik özelliği vardır. Ucuz ve zararsız olması avantajlarındandır. (Yıldırım ve Şahin 2003, Mamuk 2008, Çalık 2010).

4.7.2.3. Tensel uyarılma

4.7.2.3.1. Transkütanöz elektiriksel sinir stümülasyonu (TENS)

Deriye yapıştırılan elektrotlar aracılığıyla elektriksel akım ile sinir stimülasyonu sağlanır. Zamanla şiddeti artan elektrik akımı verilerek hasta ağrıya duyarsızlaştırılır. T10-L1 ve S2-S4 hizasından verilecek kolonun iki tarafına birer çift elektrot yerleştirilir ve transkutan yolla elektriksel uyarılar verilir. Ağrıların başlamasından 3. evrenin sonuna kadar sürdürülmelidir. TENS'in etki mekanizması tam olarak açıklanamamaktadır.

TENS'in işleyiş tarzına dayalı olan teorilerden birinde, TENS'in spinal bağlar içinde ağrıyı hafiflettiği, bir diğerinde ise sinirlerin elektrikle uyarılarak vücutta doğal halde bulunan ağrıyı hafifleten maddeleri serbest halde hareket ettirdiklerini ve böylece ağrıların azaldığı belirtilmektedir. Elektrotlar doğumun birinci evresinde, sırtta T10-L1 ve sakral dermatomlar hizasında orta hatta ikinci evrede S2-S4 seviyesine yerleştirilerek uygulanır. TENS'te cilde yerleştirilen elektrotlarla belirli frekans ve yoğunluktaki elektriksel stimülasyonlar sağlanmaktadır, kullanımı çok basittir. Elektrik stimülasyonunun yoğunluğu ve süresi değiştirilebilir. Ağrıyı hafifletme etkisi doğumun birinci evresinde ikinci evreye oranla daha fazladır (Korkmaz 2003, Yıldırım 2001, Çalık 2010).

4.7.2.3.2. Masaj ve dokunma

Masajla derideki dokunma reseptörleri uyarılarak ağrının dar bir alanda lokalize olması sağlanır. Ağrıyı kortekse ileten lifler incedir ve iletimi yavaş iletilirken, dokunma duyusunu ileten lifler kalın olup, hızlı bir şekilde kortekse iletilmektedirler. Bu lifler masaj ile uyarıldıklarında, uyarıyı kortekse ağrı liflerinden daha hızlı ileteceklerdir. Bunun sonucu olarak dokunma uyarısını öncelikle alan korteks, ağrının algılanmasını engeller. Bu mekanizma KKT'ne göre açıklanmaktadır. Ayrıca, masaj ile morfine benzer maddelerin salınımını sağlar (Öztürk 2006).

4.7.2.3.3. Sıcak ve soğuk uygulama

Ağrının giderilmesinde kullanımı kolay, etkili ve ucuz yöntemlerden biridir. Sıcak, uygulanan bölgelerde damarlarda vazodilatasyon yaparak ağrıyı azaltır. Vazodilatasyon kan dolaşımını ve doku beslenmesini artırır. Isı reseptörleri aracılığıyla ağrıyı azaltan refleksleri harekete geçirir ve böylece kas spazmında ve buna bağlı ağrılarda azalma olur. Sıcak uygulama doğum eyleminde daha çok bel ağrılarını hafifletmek için kullanılır.

Soğuk uygulama ise damarlarda vazokonstriksiyon oluşturur ve kas spazmını önler. Derideki duyarlılığı azaltır, inflamasyonu ve eklem yerlerindeki gerginliği giderir. Sinir lifleri ve reseptörlerin ısını düşürerek deri duyarlılığını azaltır. Soğukun ağrıyı azaltmasında iki mekanizma söz konusudur. Birincisi; doğrudan periferik sinir iletimini yavaşlatarak bloke etmesi, ikincisi ise; inflamatuvar yanıtın azalmasına bağlı nosiseptif uyarıya yol açan mediatörlerin azalması veya ödemin bölgedeki sinirlere yaptığı baskıyı azaltmasıdır (Öztürk 2006, Çalık 2010). Mamuk'un (2008) perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisini değerlendirdiği çalışmasında, Sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı, perineyi 3. ve 4. derece travmalara karşı korumada etkili olduğu ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir.

4.7.2.3.4. Hidroterapi-banyo

Hidroterapi basit bir duştan, su havuzuna girmeye kadar özel bir sistemi içerebilir. Kadının karnını suyun altında bırakacak kadar derin ılık su içine girme, gevşemeyi arttırmak, doğum ağrısını azaltmak, doğum ağrısı döneminde süreci iyileştirmek ve farmakolojik anestezi gereksinimini düşürmek amacıyla kullanılır. Ağrı üzerindeki etkisini endorfinlerin salınımını serbestleştirerek, KKT'ne göre kalın çaplı sinir liflerini uyararak sağlar. Hidroterapide su sıcaklığının 36,6°C–37,8°C arasında tutulmasına dikkat edilmelidir (Çalık 2010).

4.7.2.3.5. Steril su enjeksiyonu

Avrupa'da sık kullanılan bu yöntem karşı rahatsızlık verme esasına dayanır. Sakrum üzerinde 4 ayrı noktaya 0.1ml'lik steril intradermal steril su enjeksiyonu ile

deri yüzeyinde tüberküloz testine benzer sıvı dolu papüller oluşturulur. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte kimi araştırmacılar mekanizmanın KKT'na dayandığı ifade edilmiştir. Steril su sinir uçlarını rahatsız ederek diğer ağrılı hisleri bloke eder. İntradermal su bloklarının annelerde genel doğum ağrısını azaltmadığı, buna karşılık ağrı algılamasını azalttığı belirlenmiştir. Bu yöntemin en önemli avantajı etkili olması, dez avantajı ise kısa süreli olması ve bel ağrısı dışında etkili olmamasıdır (Mamuk 2008, Çalık 2010).

4.7.2.4. Solunum teknikleri

Solunum teknikleri ile kadının dikkati ağrıdan nefes alıp verişine ve değişik noktalara yöneltilir. Doğru kullanıldığı takdirde doğum sırasında kadının gevşemesine yardım ederek ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, uteroplasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Kadın kendi vücut ritmine ve ağrısının şiddetine göre nasıl nefes alıp vereceğini belirler. En çok kullanılan yöntemler Dick- Read ve Lamaze yöntemleridir. En yaygın olarak kullanılan Lamaze solunum tekniğidir. Gelişmiş ülkelerde doğuma hazırlık sınıflarında en çok bu teknik öğretilmektedir. Türkiye'de de bu tür uygulamalar yaygınlaşmaktadır. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır (Yıldırım 2001, Çalık 2010).

4.8. Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitimi

Lamaze International merkezi ABD'de bulunan ve verdiği eğitimlerle tüm dünyaya yayılmış, amacı normal doğumun önemini vurgulamak ve savunmak olan sivil bir kuruluştur. Doğumun normal, doğal ve sağlıklı olduğunu savunur, bu konuda bilimsel çalışmalarla eğitimcilere destek verir, anne-babaları bilgilendirir ve düzenlediği kurslarla Lamaze eğitimcileri yetiştirir. Bugüne kadar tüm dünyada 11.000'den fazla sertifikalı eğitimci (LCCEs) yetiştirmiştir. Lamaze doğuma hazırlık eğitimleri Lamaze doğuma hazırlık eğitimci sertifikasına (LCCEs) sahip kişiler tarafından verilmektedir.

Lamaze doğuma hazırlık sınıfları Lamaze International tarafından tanımlanan gebelikte, doğumda ve ana-babalıkta Lamaze felsefesi ve altı sağlıklı doğum uygulaması ile doğumun doğal, güvenli ve sağlıklı olması için çalışır ve destek verir. Eğitimlerin temel içeriği Lamaze International tarafından belirlenmiştir. Üçüncü trimestir doğuma hazırlık eğitiminin süresi ilk kez anne-baba olacaklar için en az toplam 12 saat olmalıdır. Eğitim en az dört en fazla sekiz gebe ile yapılmalıdır. Eşlerin katılımıyla birlikte en fazla on iki kişi olmalıdır. Eğitimlerde farklı öğretim teknikleri kullanılmalı ve çiftlerin interaktif katılımı sağlanmalıdır. Eğitimlerde katılımcıların kültürel değer ve inançları göz önünde bulundurularak eğitim stratejileri belirlenmelidir.

Lamaze doğuma hazırlık sınıflarının temel içeriği:

Normal gebelik

- Gebeliğin anatomisi ve fizyolojisi
- Gebelikte oluşan fizyolojik değişiklikler
- Gebelikte oluşan psikolojik değişiklikler ve cinsellik
- Gebelikteki sağlıklı yaşam için egzersizler, pelvik egzersizler ve Kegel egzersizi
- Erken doğum eylemi ve gebelikte tehlike belirtileri

Normal doğum

- Doğumda Lamaze felsefesi
- Doğum eylemi ve evreleri
- Doğumda etkili hormonlar
- Ağrı teorileri, ağrı fizyolojisi ve ağrının doğumdaki rolü
- Travma ve normal doğum ağrısı arasındaki farklar

Normal doğumu kolaylaştıran stratejiler

- Altı sağlıklı doğum uygulamaları (Six healthy birth practises)
- Doğumu kolaylaştıran ve rahatlığı sağlayan hareketler ve pozisyonlar

- Doğum topu, sallanan sandalye ve diğer yardımcı hareketler
- Duygusal ve fiziksel destek
 - Cesaretlendirme ve konuşarak destek verme
 - Yanında bulunmayı sürdürme
 - Ortamın güvenliği ve rahatın sağlanması (ışık, müzik, mahremiyetin sağlanması)
 - Profesyonel doulanın, ebe, hemşire ve doktorun katkısı
 - Eş, aile ve arkadaşın katkısı
- Konfor ölçütleri
 - Dokunma ve masaj
 - Hidroterapi
 - Aromaterapi
 - Sıcak ve soğuk uygulama
 - Gevşeme
 - Odaklanma
 - Solunuma odaklanma
 - Hayal kurma
- Uzamış doğum ve sırt ağrısında stratejiler
- Doğumun ikinci evresinde ayakta dik pozisyonun önemi
- Spontan ıkınma
- Doğumun ikinci evresinde destek

Doğumun üçüncü evresini destekleme stratejileri

- Doğumdan hemen sonra anne ve bebek ten temasının sağlanmasının önemi

Doğum sonu dönem

- Anne ve bebeğin bir arada kalmasının önemi

- Anne-bebek ve aile üyeleri arasındaki bağın güçlendirilmesi
- Desteğin önemi

Doğumda uygulanan müdahaleler ve olası komplikasyonları (kanıt temelli yaklaşımlar)

- Sezaryen sonrası normal doğum (VBAC) yerine tekrar sezaryen yapılması
- İndüksiyon uygulaması
- Travayda hareket ve yeme/içmenin kısıtlanması
- Aralıklı fetal kalp atımlarının dinlenmesi yerine sürekli EFM
- Travayda IV sıvı uygulaması
- Epidural anestezi
- Amniyotomi
- Yönlendirmeli ıkınma
- Epizyotomi
- Müdahaleli doğum
- Sezaryen
- Anne ve bebeğin ayrı odalarda tutulması
- Bebeği emzirme yerine mama ile besleme
- Postpartum depresyon

Bebek ve emzirme

- Anne, bebek ve toplum açısından emzirmenin önemi
- Anne-bebek arasındaki bağı gelişmesi ve bebek-aile üyeleri arasındaki yakınlaşmanın önemi
- Bebeğe sosyal, duygusal ve bilişsel davranış gelişiminin önemi
- Yenidoğanın görünümü ve ihtiyaçları
- Emzirme anatomi ve fizyolojisi

- Emzirme şekilleri

Bilinçli karar verme

- Doğumda kadın hakları
- Doğum planı oluşturma
- Bilinçli karar verme soruları
- İletişim ve görüşme becerileri
- Sınırlı imkanlar ile normal doğum stratejileri
- CIMS'in 10 soruda sağlıklı doğum uygulamaları

Önerilen diğer konular

- Geçmişten günümüze doğum
- Fetal gelişim ve prenatal testler
- Gebelikte beslenme
- Gebelikte ve doğum sonu egzersizler
- Aile içi şiddet
- Yenidoğan güvenliği ve bakımı
- Doğum sonu ilk günlerde emzirme
- Postpartum depresyon
- Kardeş ve büyük anne-büyük babaların yeni bebeğe uyumu
- Postpartum dönemde cinsellik (Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010, www.lamaze.org, Erişim Tarihi: 13 Kasım 2011).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Lamaze felsefesine dayalı doğum öncesi eğitimin doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacı ile deneysel ve prospektif olarak planlanmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebe eğitim Odası olarak hazırlanan salonda, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra Eylül 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir (EK-XII, XIII ve XIV).

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1862 yılında ilk kurulduğu tarihlerden itibaren bu güne kadar değişik isimler ve kurumlar altında hizmet vermiştir. 1982 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na devredilerek Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları konusunda eğitim veren özel dal hastanesi (A1 Özel Dal Hastanesi) statüsüne geçmiştir. 14.01.2011 tarihi itibarı ile 12 Klinik şefi (3 Profesör, 5 Doçent), 10 Şef Yardımcısı olmak üzere 125 uzman doktor (5'i Doçent) ve 110 uzmanlık öğrencisi (asistan doktor), 354 ebe-hemşire-sağlık memuru, 158 diğer yardımcı sağlık personeli ve 3 eczacı sağlık hizmeti vermektedir.

Hastane bünyesinde 3 jinekoloji servisi, 1 sezaryen servisi, 3 doğum sonu servisi, 2 yeni doğan yoğun bakım ünitesi, 1 süt çocuğu servisi, 1 çocuk dahiliye servisi, 1 çocuk cerrahi servisi, 1 çocuk intaniye servisi, 1 çocuk cerrahisi yoğun bakım ünitesi, tüp bebek ünitesi, aile planlaması ünitesi, genetik tanı merkezi ve toplam 38 poliklinik bulunmaktadır.

Gebe izlemde toplam 3 gebe izlem polikliniği ve 1 gebe eğitim odası bulunmaktadır. Gebe eğitim odasında bir masa, projektör aleti, bilgisayar ve klima vardır. Ayrıca 14 adet egzersiz minderi, 6 adet doğum topu (pilates topu), 14 adet büyük ve 14 adette

küçük yastık vardır. 25 adet sandalye de mevcut olup, isteyen gebeler sandalyelere de oturabilmektedirler. Eğitimler sırasında kullanılmak üzere yeterli sayıda bebek, meme, uterus ve fetüs maketleri mevcuttur. Ayrıca bebek bakımı ve yıkanmasını göstermek üzere bebek küveti, su kovası ve taşı, bebek bezleri ve kıyafetleri bulunmaktadır. Salonun duvarlarında gebelik haftalarını ve fetüsün büyümesini, gebelik ve lohusalıkta yapılacak egzersizleri, anne ve bebek resimlerinin olduğu tablolar asılıdır. Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin flipchartlar mevcuttur. Müzik eşliğinde yapılan gevşeme ve diğer egzersizler sırasında kullanılmak üzere hoparlör bulunmaktadır. Malzemelerin konulduğu duvardan duvara dolap ve bebek bakımında kullanılan hareketli dolap vardır (Resim 1).



Resim 1: Gebe Eğitim Odası

Gebe eğitim odasında doğuma hazırlık eğitimi almış bir ebe görev yapmaktadır. Mesai saatleri içinde gebelik ve doğuma hazırlık eğitimleri gruplar şeklinde verilmektedir. Anne adaylarının eşleri ve yakınları da isterlerse bu eğitime katılabilmektedirler.

Doğum salonunda rotasyon halinde çalışan uzman kadın doğum hekimi, asistan doktor, 30 ebe, 6 Hemşire ve 14 yardımcı personel görev almaktadır. Ancak bu sayı yeni atamalar ve istifalar nedeniyle değişkenlik göstermektedir. Çalışma sistemi hekimlerde aylık vardiyalar şeklinde nöbet usulüdür. Ebe ve hemşirelerde ise nöbet usulüdür. Değişiklikler olmakla birlikte servis sorumlusunun onayı ile 07.30 - 16.30 ve 16.30 - 07.30 çalışma saatlerinde; iki ebe travay ünitesinde, bir ebe tokoliz ünitesinde, bir ebe lohusa ünitesinde, iki ebe doğum salonunda, bir hemşire eklampsi odasında ve bir hemşire de bebek hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Bütün ebe ve hemşireler rotasyon şeklinde doğum salonunun bütün ünitelerinde çalışmaktadır.

Doğumhanede aktif ve pasif olmak üzere iki travay salonu mevcuttur. Geniş bir koridorun sağlı-sollu iki yanında bulunan bu salonlarda 8'er yatak vardır. Yataklar 2'şerli olarak bölünmüş olup her bir bölmenin ön tarafı perdeyle kapatılmıştır. Travay takibi aktif bölümde yapılmakta olup pasif bölümde sezaryene alınacak ya da henüz doğumu başlamamış, doğumhanede takibi yapılması gereken gebeler izlenmektedir. Aktif bölümde her yatak başında Elektronik Fetal Monitör (EFM) vardır (Resim 2 ve 3). Ayrıca acil arabası ve ayaklı EFM'ler mevcuttur. Bir ultrason odası, bir müdahale odası, bir loğusa salonu, doğum salonu, bir uzman doktor odası, bir ebe ve hemşire odası, depo, iki adet giyinme odası, hasta ve personel tuvaletleri mevcuttur. Biri hasta diğeri personel girişi olmak üzere ameliyathane girişleri de doğumhaneye açılmaktadır.



Resim 2: Doğum Odası Aktif ve Pasif Travay Salonu



Resim 3: Doğum Odası Pasif Travay Salonu

Doğum salonunda PVC ile bölünmüş 4 bölme vardır. Bu bölmelerin önü perde ile kapatılmıştır. Her bir bölmede birer doğum masası mevcuttur. Doğum salonunda ayrıca oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi, acil arabası, ilaç ve malzeme arabası ve yeni doğan tartısı vardır (Resim 4). Bebek odasında ise yeni doğan muayene masası, küvez ve 4 adet radyan ısıtıcılı yeni doğan yatağı, aspirasyon ünitesi, oksijen kaynağı ve yeni doğan acil müdahale ilaç ve gereçleri bulunmaktadır (Resim 5).

Hastanenin normal prosedürüne göre doğum için başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde ya da gebe polikliniklerinde anamnezleri alındıktan sonra ultrasonografi, fiziksel ve vajinal muayene ve EFM ile değerlendirilmektedir. Yatışı uygun görülen gebeler bir personel refakatinde doğumhaneye çıkartılmaktadır. Doğumhaneye kabul edilen yatışlı gebeye öncelikle vajinal muayene ve EFM yapıp damar yolu açılmaktadır. Gebelerden kan grubu ve hemogram incelemesi için kan örnekleri ve tam idrar tahlili için idrar örneği alındıktan sonra eylemin seyrine göre lavman uygulanmaktadır. Travay süresince gebeye uygulanacak doğumu hızlandırıcı yöntemler oksitosin indüksiyonu, amniotomi ve epidosin uygulaması ile varsa diğer tedaviler hekimler tarafından düzenlenmektedir. Doğum eylemi süresince gebenin herhangi bir şey yiyip içmesine izin verilmemektedir. Doğum salonunda ebe ve hemşireleri rutin hemşirelik bakımı uygulamakta, doğumlar asistan doktorlar tarafından yaptırılmakta ancak riskli bir durumla karşılaşıldığında doğum uzman hekimler tarafından yaptırılmaktadır. Doğumdan sonra anne ve bebekler 2 saat doğumhanedeki lohusa odasında gözlenmektedir (Resim 6). Bu dönemde ebe/hemşireler; kanama kontrolü ve vital bulguların takibini yapmakta ayrıca anne sütü ve aile planlaması eğitimleri vermektedirler. Annenin kanaması ebe/hemşireler tarafından değerlendirildikten sonra servise çıkarılması uygun görülürse, bir personel refakatinde anne ve bebek doğum sonu servisine çıkarılmaktadır. Doğum sürecinde gebenin yakınları doğum salonuna alınmayıp, doğumdan sonra serviste şartlar uygunsa kısa bir süre eşi ve yakınları ile görüşmesine izin verilmekte, daha sonraki görüşmeler ziyaret saatinde yapılmaktadır.



Resim 4: Doğum Salonu



Resim 5: Bebek Bakım Odası



Resim 6: Lohusa Odası

Araştırma verileri Eylül 2010- Haziran 2011 tarihleri arasında üç aşamalı olarak toplanmıştır. I. aşaması doğuma hazırlık sınıfında 4 haftalık eğitim sürecinde; II. aşaması eğitime katılan gebelerin doğum eyleminin başlamasıyla birlikte doğum odasında; III. aşaması ise lohusa odasında gerçekleştirilmiştir.

Hastanenin araştırma yeri olarak seçilme nedenleri; SB Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi;

- İstanbul ilinin ve Anadolu yakasının kadın doğum alanında hasta kapasitesi ve normal doğum sayısının fazla olması,
- Özel dal hastanesi olması,
- Eğitim ve araştırma hastanesi olması,
- Gebe eğitim odasının olması,
- Eğitimde kullanılacak araç/gerecin daha rahat temin edilmesi,

- Araştırmacının eğitime ve doğumlara gelecek olması dolayısıyla ulaşımın kolay olması nedeniyle tercih edilmiştir.

5.3. Araştırma Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini hastanenin gebe polikliniğinden hizmet alan, gönüllülük esas alınarak olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilen, yüksek riskli olmayan çalışmaya kabul edilme koşullarını sağlayan gebe kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- 28- 36. gebelik haftaları arasında primipar gebeler,
- Tek fetüsü olanlar,
- Normal spontan doğum yapması beklenen gebeler,
- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayan (Plasenta previa, preeklampsi, oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, intrauterin gelişme geriliği, v.b.) gebeler,
- Herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayan gebeler,
- Doğum öncesi eğitim sınıfına eşi ya da bir yakını ile gelmeyi kabul eden gebeler.

Araştırma Dışı Bırakma Kriterleri;

- 4 haftalık eğitimi tamamlamayanlar,
- Eğitime tek başına gelecek olanlar,
- Gebelik döneminde normal doğum yapmasına engel teşkil edecek riskli durum gelişenler (Eklampsi, gestasyonel diabet, v.b.),
- Eğitimi tamamladığı halde doğumu sezaryen ile olan gebeler,

- Eğitimi tamamladığı halde doğum eyleminde ağrıyı azaltmak için analjezi veya anestezi uygulananlar,
- Eğitimi tamamladığı halde doğum eyleminde indüksiyon uygulananlar,
- Eğitimi tamamladığı halde araştırmacı tarafından çeşitli nedenlerle doğumuna destek verilemeyen gebeler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Gebelerin 35 çalışma ve 35 kontrol olmak üzere iki gruba ayrılması planlanmıştır. Gebelerin eğitime eşleri veya doğumda kendilerine destek olacak kişi ile gelmeleri söylenmiştir. Tek başına eğitime gelecek olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Eğitimi tamamlayıp normal doğum yapan gebe sayısı 35'e ulaşıncaya kadar eğitimlere devam edilmiştir. Çalışma grubuna dahil edilen çiftlerin (eş/yakın) sayısı yedi olduğunda eğitime başlanmıştır. Sınıflar en az dört en fazla yedi çiftten oluşmaktadır. Eğitim süresi dört hafta olup, eğitimi tamamlamayan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Her ay iki grup olmak üzere toplam 16 grup eğitim almıştır. Eğitim alan çift sayısı 112 olup 3 çift eğitimi tamamlamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Eğitimi tamamlayan çift sayısı 107 olup toplam 217 kişi eğitime katılmıştır. Üç çift eşinin yanı sıra aileden birer kişi ile eğitime katılmışlardır. Ancak iki çift eğitimi tamamladıktan sonra gebeliğinde preeklampsi ve diyabet sorunu ortaya çıktığı için çalışma dışı bırakılmıştır.

Toplamda 105 çift çalışma grubuna alınmıştır. 56 gebe normal doğum, 49 gebe sezaryenle doğum yapmıştır. Eğitimini tamamlayıp doğumlarında da destek verilen 35 gebe çalışma grubunu oluşturmaktadır.

5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler

Çalışmanın verilerini elde etmek için,

Çalışma Grubuna;

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
2. Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu

3. Eğitim Ön Test – Son Test Formu
4. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)
5. Travay Tanılama Formu
6. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu
7. Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu
8. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) uygulanmıştır.

Kontrol Grubuna ise:

1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu
2. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)
3. Travay Tanılama Formu
4. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu
5. Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu
6. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) uygulanmıştır.

5.4.1. Doğum Öncesi Dönem Bilgi Formu

Bu form sadece çalışma grubuna uygulanmıştır. Doğum öncesi dönem değerlendirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan 24 sorudan oluşmaktadır.

Sosyo-demografik veriler; gebenin ve eşinin yaşı, öğrenim durumu, mesleği ve çalışma durumu, evlilik süresi ve sosyal güvencesini içermektedir.

Gebeliğe ilişkin; şimdiki gebeliği, gebeliği isteme durumu, gebelik haftası, gebelik ve doğuma ilişkin bilgileri, doğum yapan birilerini görme ve etkilenme durumu, doğuma ilişkin korku durumu, gebelikteki egzersiz yapma durumu, gebeliğine ilişkin

duyguları, bilgilenme durumu, başka bir eğitime katılma ve eşin destek durumunu içermektedir.

5.4.2. Eğitim Ön Test- Son Test Formu

Bu form sadece çalışma grubuna uygulanmıştır. Eğitime katılan gebe ve eşlerinin eğitim öncesi bilgi durumlarını ve eğitim sonrası eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından literatür incelendikten ve eğitim kapsamı belirlendikten sonra oluşturulmuş 10 soruyu içermektedir. Her bir soru dört adet çoktan seçmeli şıktan oluşmaktadır. Sorular eğitime başlamadan önce çiftlere uygulanmakta ve eğitimin sonunda aynı sorular tekrar sorulmaktadır.

5.4.3. Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analog Skala=VAS)

Bu ölçek ağrılı hastalarda ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. İlk olarak 1921 yılında Hayes ve Paterson duyguların seviyelerinin çizgiler üzerinde ifade edilebileceğini bildirmişlerdir. Tanılama hastanın sözel ifadelerini içeren subjektif veriler doğrultusunda yapılmaktadır. GKÖ’de genellikle 10cm (100mm)' lik bir çizgi kullanılmaktadır. GKÖ’nün, ağrı şiddeti ölçümünde diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği yapılan bu ölçek 10cm uzunluğunda olup, vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir. Ağrının şiddeti 0’den 10’a kadar sayılarla ifade edilmektedir. Ağrının olmaması “0”, en şiddetli ağrı “10” rakamı ile belirlenmektedir. Gebeden, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0=ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülmekte ve bulunan sayısal değeri gebenin ağrı şiddetini göstermektedir (Aslan 2006, Clark 2005). GKÖ’nün kullanımı kolaydır, en üstün yanı iki aşırı durum arasında sonsuz sayıda ölçüm yapabilmesidir. GKÖ uygulamasında gebelere doğum ağrılarına hiç ağrısı yoksa “0” ve dayanılamayacak kadar çok ağrısı için “10” puan olacak şekilde hissettikleri ağrının bu iki değer arasında kaç puan verdikleri tanımlaması istenmiş ve ölçek üzerinde işaretlemeleri sağlanmıştır. GKÖ her iki gruba da üç defa uygulanmıştır: Latent fazda (dilatasyon 0-4 cm), aktif fazda (dilatasyon 4-7 cm) ve geçiş fazında (dilatasyon 7-10 cm).

5.4.4. Travay Tanımlama Formu

Travayı değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan 21 sorudan oluşmaktadır. Doğumun nerde gerçekleştiği, doğum için burayı seçme nedeni, doğumun kaçınıcı gebelik haftasında gerçekleştiği, doğum sürecinde destek aldığı kişiler, travayın süresi, travayda yapılan müdahaleler ve doğum pozisyonuna ilişkin bilgileri içermektedir.

5.4.5. Doğum Eyleminde Duygusal Davranış Formu

Gebenin doğum eylemi süresince gösterdiği duygusal davranışlar “Gösterdi” “Göstermedi” şeklinde değerlendirilmiştir.

5.4.6. Doğum Sonu Dönem Değerlendirme Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan bu formda doğum sonu dönemde anne ve bebeğin durumuna ilişkin veriler yer almaktadır. Doğum şekli, vital bulgular ve vajinal kanama ve uterus involusyon durumu, bebeğe ilk dokunma, emzirme ve yeni doğana ilişkin 17 soru bulunmaktadır.

5.4.7. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) (Perception Of Birth Scale: POBS)

ADAÖ, geçerlilik ve güvenilirliği İlkay Güngör tarafından yapılan ve Türkçe’ye uyarlanan, annelerin normal veya planlanmamış sezeryan doğumlarda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını değerlendiren bir araçtır. 1979 yılında Marut&Mercer tarafından 29 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde, Samko&Schoenfeld’in bu amaçla kullandığı 15 maddelik bir ölçekten ve Marut’un yaptığı bir pilot çalışmanın bulgularından yararlanmışlardır. 1983 yılında Cranley, Hedahl ve Pegg bu ölçeğin planlı sezeryan doğumlarda da uygulanabilmesi amacıyla 28 maddelik bir versiyonunu geliştirmiştir. Son olarak Fawcett’in 1996’da yaptığı faktör analizi çalışmalarıyla POBS, 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi bir ölçek haline getirilmiştir.

Ölçeğin alt boyutları;

- Doğum Anındaki Deneyimler (Delivery Experience) - 7 madde (3,5,6,8,15,17,18)
- Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler (Labor Experience) -7 madde (1,2,4,7,9,10,16)
- Doğum Sonu (Delivery Outcome) – 4 madde (22,23,24,25)
- Eşin Katılımı (Partner Participation) – 4 madde (11,12,20,21)
- Farkında Olma (Awareness) – 3 madde (13,14,19)

ADAÖ’de maddeler 1’den 5’e kadar puanlanmaktadır. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması için her maddeden alınan puan toplanır. Ancak 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılır. Ölçekten alınan puanın artması annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı anlamına gelir.

Marut&Mercer’in geliştirdiği 29 maddelik ilk versiyonunda Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.83 olarak bildirilmiştir. Planlı, plansız sezeryan doğumlar ve normal doğumlar üzerinde yapılan değişik çalışmalarda Cronbach alpha değerleri 0.76 ile 0.87 arasında değişmektedir. Fawcett’in faktör analizi çalışmaları sırasında ölçeğin 25 maddelik son versiyonu için elde ettiği Cronbach alpha değeri 0.85’dir.

ADAÖ’nün Türkçe’ye çevrilmesi ve geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliği değerlendirilmiş iç tutarlılığı, Cronbach Alpha, madde toplam puan korelasyonları ve iki yarım test yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Cronbach alpha değeri 0.90 ve iki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.83 ve 0.81 bulunmuştur. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. (Güngör 2004). Çalışmamızda Cronbach alpha değeri 0.95 olarak saptanmıştır.

5.5. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri

Çalışmada doğum eyleminin takibi ve doğumun yaptırılmasında asistan doktorlar ve ebeler, doğuma hazırlık eğitimlerinin verilmesi, doğumda sürekli desteğin sağlanması, rahatlama tekniklerinin ve veri toplama formlarının uygulanmasında ise araştırmacının kendisi görev almıştır. Asistan doktorlar kadın doğum alanında bir yıldan beş yıla kadar deneyimli olup, ebe ve hemşireler de bir yıldan 30 yıla kadar doğumhane deneyimine sahiptirler. Doğuma hazırlık eğitimlerini yapan, doğumda sürekli desteği sağlayan, rahatlama tekniklerini ve veri toplama formlarının uygulanmasını yapan araştırmacı ise aktif olarak dört yıl doğumhanede ebe olarak, dokuz yıl da eğitimci olarak doğumhane (öğrenci klinik uygulaması yürüten) deneyimi olan bir akademisyen ebedir. Araştırmacı, çalışmaya başlamadan önce Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK) Doktora Yurtdışı Araştırma Bursu desteği alarak doğumda Lamaze felsefesi ve doğuma hazırlık sınıfları ile ilgili araştırma, gözlem ve eğitim almak amacıyla Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nin Baltimore şehrindeki Johns Hopkins Hastanesi'nde altı ay süreyle görevlendirilmiştir. Bu sürede hem bulunduğu hastanenin eğitimlerini takip etmiş, hem de Baltimore şehrindeki diğer hastanelerdeki doğuma hazırlık sınıfı eğitimlerine katılmıştır. Ayrıca ABD'nde gönüllü bir kuruluş olan Lamaze International'ın yöneticilerinden ve eğitimci eğitimcisi olan, Seton Hall University'de akademisyen hemşire olarak görev yapmakta olan Doçent Dr. Judith Lothian'dan (bkz. http://www.shu.edu/academics/profiles/profile-details.cfm?customel_datapageid_148360=220282) Lamaze sertifika eğitimleri almıştır (Ek-IX). Yine yurt içinde de Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum kitabının editörü ve aynı zamanda eğitimci eğitimlerini yapan kadın doğum uzmanı Prof. Dr. Oktay Kadayıfçı'dan da eğitim almıştır.

5.6. Araştırmanın Yürütülmesi

Araştırma iki aşamalı olarak yürütülmüştür. Birinci aşama çiftlerin eğitilmesi, ikinci aşama ise doğum sürecinin başlamasıyla birlikte doğum sonuna kadar gebeye bakım verilmesi ve destek olunması, doğum yardımcılığı ya da son zamanlarda ülkemizde popüler olarak bilinen ismiyle doğum koçluğu (doula) sürecinden oluşmaktadır.

5.6.1. Eğitim aşaması

5.6.1.1. Eğitimin Topluma Duyurulması

Eğitimlere başlamadan önce poster ve afiş duyuruları hazırlanarak hastanenin çeşitli yerlerine asılmış, gebe izlem poliklinikleri ve eğitim odasındaki çalışanlar sözel olarak da bilgilendirilmiştir. Ayrıca el broşürleri hazırlanmış ve dağıtımı sağlanmıştır (Ek- X ve XI).

5.6.1.2. Eğitim Yapılacak Sınıfın Düzenlenmesi

Eğitim yapılacak sınıfın iç dizaynı yapılmış ve eğitimde kullanılacak malzemeler (egzersiz minderleri, yastıklar, pilates topları, küçük toplar, resimli kartlar, eğitim videoları, uterus, fetus, plasenta ve bebek maketleri) hazırlanmıştır. Marmara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Komisyonu (BAPKO) proje desteği alınarak eğitim sınıfının malzemeleri temin edilmiştir (Proje No: sag-c-drp-090909-292).

5.6.1.3. Eğitim grubunun belirlenmesi

Eğitim grubuna dahil edilecek gebeler, gebe izlem polikliniğine başvuran arasında kriterlere uyan ve gönüllülük esasına göre seçilmiştir. Çalışma kriterlerine uyan ve eğitimlere katılmak isteyen gebelere eğitimin ve çalışmanın içeriği ile ilgili bilgi verilmiş ve karşılıklı telefon numaraları alınmıştır. Eğitimin başlamasından bir hafta önce çiftler, eğitime katılma durumlarını teyit etmek için telefonla tekrar aranmış ve kesin kayıtları yapılmıştır. Eğitimler, haftada iki gün iki farklı grupta olmak üzere her bir grubun eğitimi toplam dört hafta sürmüştür.

5.6.1.4. Eğitimin Yürütülmesi

Çiftler belirlenen gün ve saatte, gebelerin ve eşlerinin çalışma durumları da göz önünde bulundurularak mesai saatinden sonra saat 18.30- 21.30 saatleri arasında haftada bir gün, dört hafta süreyle derslere devam etmişlerdir. Toplam eğitim süresi 14 saattir. Grup bütünlüğünü sağlamak amacıyla;

- Eşi ya da bir yakını olmayan gebeler eğitime dahil edilmemiştir.

- Tüm gebelerin benzer durumları paylaşabilmeleri ve bulundukları gebelik haftasının doğuma hazırlık gerektiren dönemde olması dolayısıyla 28-36. gebelik haftası arasında olan gebeler eğitime dahil edilmiştir.
- Bilgilendirilmiş gönüllü onam formu, doğum öncesi dönem bilgi formu ve ön test formu uygulanmıştır.
- Grup üyelerinin birbirini tanımaları sağlanmıştır. Bu amaçla tanışma ve ısınma egzersizleri uygulanmıştır.
- Grup üyelerinin anlayabileceği terminolojiyle eğitim verilmiştir.
- Eğitimin etkinliğinin artırılması için küçük öğretici oyunlar ve egzersizler yapılmıştır.
- Soyut olan konuların anlatılmasında görsel materyallerden ve video gösteriminden sıklıkla yararlanılmıştır.
- Özellikle babaların eğitime aktif katılımını sağlamak için çiftler uygulama ve demostrasyonlara dahil edilmiş ve interaktif bir eğitim sağlanmıştır.

Dört haftalık eğitim programının sonunda çiftlere katılım belgeleri dağıtılmıştır (Resim 6). Ayrıca gebelere beyaz renkte bileklik takılmıştır. Bu bilekliği doğuma gelirken de takmasını, bunun doğuma hazırlık eğitimine katılmış olduğunun göstergesi olduğu söylenmiştir (Resim 7). Doğumhane personeli eğitime katılan gebelerin doğuma gelirken beyaz bilezik takacakları konusunda bilgilendirilmiş ve gebelere de personelin bu konuda bilgilendirildiği belirtilmiştir. Ayrıca doğum eylemine ilişkin hangi durumlarda araştırmacıyı aramaları gerektiği anlatılıp, iletişim bilgileri son bir kez güncellenmiştir.

5.6.2. Doğumda destek ve bakım aşaması

Eğitimi tamamlayan gebeler doğum eylemi başladığı zaman araştırmacıyla bağlantıya geçmişlerdir. Gebelerin çoğunluğu Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapacak olmalarına karşın, başka devlet hastanelerinde veya özel hastanede doğum yapacak olan gebeler de

vardı. Çalışma kapsamında tek bir kurumda doğum yapma sınırlaması olmamasının, özel hastanelerde eşi veya yakınının doğuma katılması sınırlanmadığı için çalışma verilerinin değerlendirilmesi açısından olumlu katkılar sağlamıştır.

Araştırmacı eğer gebenin hastaneye yatışı yapılmışsa hastanede ya da doktorunun da izniyle süreci evde geçiriyorsa evde, gebenin doğum ağrılarıyla baş etmesinde, rahatlama tekniklerinin ve konfor ölçütlerinin uygulanmasında birebir destek olmuş ve bakım vermiştir. Bu süreçte eş ya da yakınının da rahatlama teknikleri ve masajları uygulamasında cesaretlendirerek doğum sürecine katılmasını sağlamıştır.



Resim 7: Eğitim Sonrası Çiftlere Katılım Belgelerinin Verilmesi



Resim 8: Eğitim Sonrası Gebelere Bileklik Takılması

5.7. Verilerin Toplanması

5.7.1. Çalışma grubuna formların uygulanması

Çalışma grubuna eğitimin başladığı gün doğum öncesi formlar (Ek-I-II ve III) programa başlamadan önce uygulanmıştır. Eğitimin son günü program bitiminde de son test uygulanmıştır. Travayda ve doğum sonrası uygulanacak formlar ise (Ek IV-V-VI-VII ve VIII) doğum eyleminin başlaması ile birlikte tüm süreç boyunca araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

5.7.2. Kontrol grubuna formların uygulanması

Kontrol grubu, primipar gebelerden oluşmaktadır. Doğum sürecinde herhangi bir nedenle indüksiyon veya doğum ağrısını azaltmak için analjezi veya anestezi uygulanan gebeler çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubu gebelere doğumlarında destek verilmemiş olup, standart doğum odası bakımı uygulanmıştır. Kontrol grubunun doğum sürecinin tamamı araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir. Travay ve doğum sonrası uygulanacak formlar, doğum süreci ve doğum sonrası dönemde

araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır (Ek I-II- IV-V- VI-VII ve VIII).

5.8. Eğitimin İçeriği

Haftalara göre eğitimde anlatılan konular aşağıdaki gibidir.

1. hafta

- Üreme Sistemi Anatomisi
- Ağrı fizyolojisi
- Korkunun oluşumu
- Parasempatik- Sempatik sistem
- Doğum eylemi ve sonrası etkili hormonlar
- Doğumda gevşemenin önemi
- Doğum eylemi ve evreleri

2. hafta

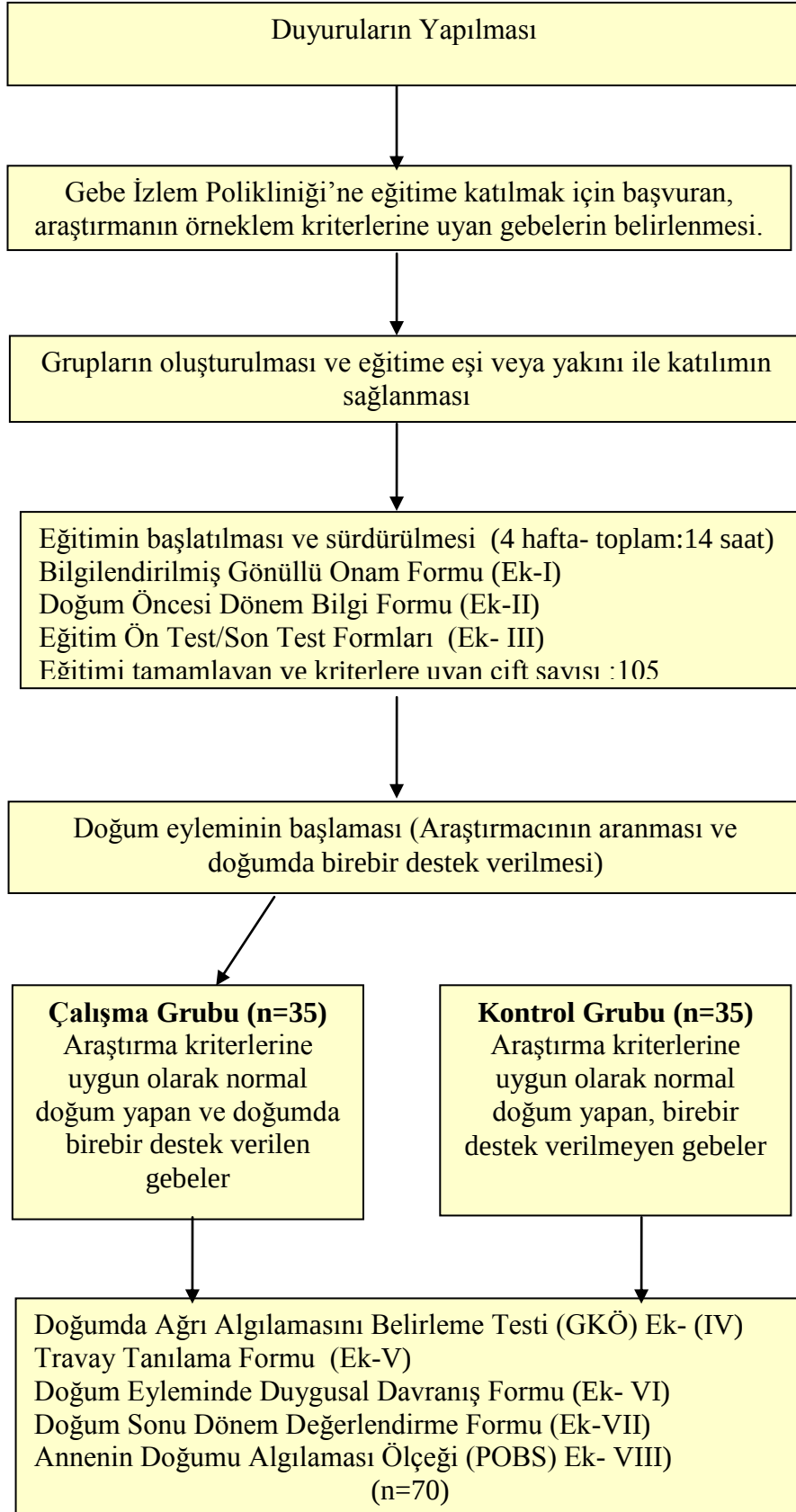
- Doğumda Lamaze Felsefesi
- Gerçek ve yalancı doğum ağrıları
- Vücut mekaniği egzersizleri
- Doğum pozisyonları
- Gevşeme teknikleri
- Doğum topu kullanımı
- İkinme teknikleri
- Nefes teknikleri
- Masaj teknikleri

3. hafta

- Doğum odasının düzeni, hastane prosedürleri
- Vajinal doğumdaki müdahaleler
- Doğumda konforun ve rahatlığın sağlanması için yapılacak uygulamalar
- Epidural Anestezi
- Sezaryen
- Doğum planının yapılması

4. hafta

- Bebek bakımı ve emzirme
- Hastane turu



Şekil 3: Akış Şeması

5.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında, Ki-kare Testi, Fisher Ki-kare Testi, Pearson Ki-kare Testi kullanılmış, normal dağılım göstermeyen veriler ise Mann Whitney U, Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiş ayrıca ortalama, standart sapma değerler ile sayı ve yüzdeler kullanılmıştır (Özdemir 2006). Sonuçlar % 95’lik güven aralığında, 0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

5.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Veri Toplanması Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

- Ülkemizde doğum şekline büyük oranda hekimin karar vermesi nedeniyle, eğitime katılan gebeler normal doğum yapmak istemelerine rağmen sezaryen doğuma yönlendirilmişlerdir. Bu durum veri toplama sürecini planlanan süreden daha uzun sürede tamamlanmasına neden olmuştur.
- Doğum sürecinde endikasyon olmadığı halde doğumu hızlandırmak amaçlı yapılan müdahaleler (indüksiyon ve epidural uygulamaları) doğal doğum sürecini etkileyerek hem çalışma hem de kontrol grubunda ağrı algısının artmasına ve bunun sonucu olarak GKÖ verilerinin negatif yönde etkilenmesine neden olacağı için, bu müdahalelerin uygulandığı gebeler çalışmadan çıkarılmıştır. Bu da uygulama sürecinin uzamasına neden olmuştur.
- Doğum ünitesinde çalışan sağlık profesyonellerinin özellikle hekimlerin doğumda uygulanan nonfarmakolojik uygulamalara, masaj, doğum topu, rahatlama ve gevşeme tekniklerine ve doğumda verilen birebir desteğe olan inanç ve yaklaşımları nedeniyle güven ortamının oluşturulması uzun sürmüştür.

- Doğumhanede görevli olan uzman ve asistan hekim grubunun her ay değişmesi nedeniyle yapılan uygulamalar her ekibe yeniden anlatılmıştır. Bu da güven ortamı oluşturulma sürecini uzatmıştır.
- Rutin epizyotomi uygulaması kurumlarda halen devam etmekte olup epizyotomi kararını hekim vermektedir. Tıbbi olarak gerekmediği halde doğal doğum sürecini etkileyen epizyotomi uygulaması çalışma grubunun çoğunluğuna da uygulanmıştır. Bu yüzden eğitimin epizyotomi müdahalesine ilişkin etkisi değerlendirilememiştir.
- Eğitime katıldıkları halde doğumunu il ve ülke dışında yapan gebeler olmuştur. Ayrıca doğumlarla eş zamanlı olarak araştırmacının ders ve uygulama programlarının çakıştığı da olmuştur. Bu nedenle doğumda destek verilemeyen vakalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Tüm bu nedenlerden dolayı eğitime katılan çift sayısı 108, çalışma dışı kalan gebe sayısı 73'dür. Eğitimlerini tamamlayan çift sayısı 105'dir. Bu gebelerin 56'sı normal doğum yapmış, 49'u ise sezaryen olmuştur. Eğitimlerini tamamlayıp doğumlarında destek olunan 35 gebe çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışma dışı bırakılan gebeler aşağıda belirtilmiştir:

Çalışma Dışı Kalan Olgu ve Nedenleri	Sayı
Sezaryen	49
İl Dışı Doğumlar	10
Çeşitli Nedenlerle Araştırmacının Doğumlara Katılamaması	6
Doğumda İndüksiyon Uygulanması	3
Ülke Dışı Doğumlar	1
Evde Doğum	1
Eğitimini tamamlamaması	3
TOPLAM	73

5.11. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için İstanbul 1 Sağlık Müdürlüğü (EK-XII), Marmara Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK-XIII) ve Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu (EK-XIV) yazılı izin alınmıştır. Eğitim öncesinde gebelerden çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onam (EK-I) alınmıştır.

Araştırmanın uygulama izinlerinin alınmasından sonra, klinik sorumlu hekimi, hastane başhemşiresi ve yardımcıları, gebe izlem poliklinik sorumlu hemşiresi, gebe eğitim hemşiresi, doğum salonu sorumlu hemşiresi ve ebeleri ile görüşmeler yapılmış ve araştırmanın amacı, kapsamı hakkında bilgi verilerek destekleri sağlanmıştır. Ayrıca her ay doğumhane ekibinin değişmesinden dolayı çalışmanın içeriği ve doğumda Lamaze felsefesi hakkında doğumhane asistan ve uzman hekimlerine bilgilendirme toplantısı yapılmıştır.

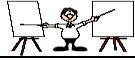
Özel hastanede doğum yapacak olan gebelerin doğumlarında yanında olabilmek için, ilgili hastanelerin başhekimliğinden ve doğumu yaptıracak olan hekimden sözlü izin alınmıştır.

Gebelere, çalışmaya katılmaya karar versinler ya da vermesinler alacakları tıbbi bakımda bir değişiklik olmayacağına ve toplanan bütün bilgilerin sır olarak değerlendirileceği ve sadece araştırma için kullanılacağı konusunda güvence verilmiştir.

5.12. Süre ve Olanaklar

Araştırma 2009 yılında planlanmıştır. Haziran 2009 tarihinde tez önerisi kabul edilmiş ve gerekli izinler alındıktan sonra araştırmacı doğuma hazırlık sınıfları ve Lamaze felsefesi ile ilgili araştırma ve inceleme yapmak üzere 6 ay süreyle A.B.D.'nin Baltimore şehrindeki Johns Hopkins Hospital'a gitmiştir. Eylül 2010 tarihinde araştırma uygulanmaya başlanmış olup Haziran 2011 yılına kadar sürmüştür. Aralık 2009 tarihinde I. tez izleme toplantısı, Haziran 2010 tarihinde II. tez izleme toplantısı, Aralık 2010 tarihinde III. tez izleme toplantısı yapılmıştır.

Verilerin analizi Kasım 2011 tarihinde yapılarak Aralık 2011 tarihinde IV. Tez izleme toplantısı yapılmıştır. Rapor yazımı ve teslimi Ocak 2012 tarihinde tamamlanmıştır. Çalışmanın planlanmasından tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci etkinlikleri pert serimi olarak gösterilmiştir (Şekil 4).

FAALİYETLER	Kasım2008- Mart 2009	Nisan-Mayıs 2009	Mayıs 2009	Aralık 2009	Aralık2009- Mayıs 2010	Eylül 2010- Haziran 2011	Kasım 2011	Aralık 2011	Ocak 2012
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi									
Çalışmanın Yapılacağı Kurumdan İzin Alınması ve Etik Kurul İzni									
Tez Önerisi									
I. Tez İzleme Toplantısı									
II. Tez izleme Toplantısı ve Araştırmacının A.B.D./ Baltimore, Johns Hopkins Hospital'e görevlendirilmesi									
III. Tez İzleme Toplantısı ve Eğitimlerin Yapılması ve Verilerin Toplanması									
Verilerin analizi ve Değerlendirilmesi									
IV. Tez İzleme Toplantısı									
Rapor Yazımı ve Sunumu									

Şekil 4: Araştırmanın Zamanlaması

6. BULGULAR

Lamaze felsefesine dayalı doğum öncesi eğitimin doğum sürecine etkisini değerlendirmek amacı ile yapılan çalışma bulguları bu bölümde verilmiştir. Elde edilen bulgular beş bölümde incelenmiştir.

6.1. Gebelerin doğum öncesi eğitim süreci, tanıtıcı ve obstetrik özellikleri (Tablo 1,2,3,4,5).

6.2. Gebelerin travay, erken postpartum ve yenidoğan ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özellikler (Tablo 6,7,8,9,10,11,12,13).

6.3. Gebelerin gösterdiği duygusal davranışlara ilişkin özellikler (Tablo 14).

6.4. Gebelerin algıladıkları GKÖ puan ortalamaları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özellikler (Tablo 15,16,17,18,19).

6.5. Gebelerin doğumda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıkları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özellikler (Tablo 20).

6.1. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Süreci, Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Gebelerin Bazı Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı

Bireysel Özellikler	Deney Grubu (n: 35)	Kontrol Grubu (n: 35)	t*	p
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Yaş	28.63±3.75	22.86 ±3.21	6.917	<0.001
Boy	163.94±5.32	163.43±4.65	0.431	0.668
Kilo	67.86 ±7.10	69.43 ±6.20	-0.986	0.328
BKİ**	25.24 ±2.29	26.00 ±2.13	-1.434	0.156

* t - Testi

**BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 1'e göre deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması 28.63±3.73, kontrol grubunun ise 22.86±3.21 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001).

Deney grubundaki gebelerin boy ortalaması 163.94±5.32, kontrol grubunun ise 163.43±4.65 (p:0.668), deney grubundaki gebelerin kilo ortalamaları 67.86±7.10,

kontrol grubunun ise 69.43 ± 6.20 , deney grubu gebelerin BKİ 25.24 ± 2.29 , kontrol grubunun ise 26.00 ± 2.13 olarak saptanmıştır. Deney ve kontrol grubunun boy, kilo ve BKİ ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 2: Gebe ve Eşlerinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		Test İstatistiği	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelerin Çalışma Durumu						
Çalışıyor	19	54.3	2	5.7	X ² : 19.660	<0.001
Çalışmıyor	16	45.7	33	94.3		
Gebelerin Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	0	0.0	3	8.6	Z: -6.953	0.001
İlkokul	0	0.0	18	51.4		
Ortaokul	2	5.7	7	20.0		
Lise	6	17.1	7	20.0		
Üniversite / Lisansüstü*	27	77.2	0	0.0		
Eşin Eğitim Durumu						
Okur-yazar değil	0	0.0	3	8.6	Z: -6.535	0.001
İlkokul	0	0.0	3	8.6		
Ortaokul	0	0.0	15	42.8		
Lise	7	20.0	12	34.3		
Üniversite / Lisansüstü **	28	80.0	2	5.7		
Evlilik Süreleri						
1 yıl	11	31.3	8	22.9	Z: -0.433	0.665
2 yıl	10	28.6	11	31.4		
3 yıl	9	25.7	12	34.3		
4 yıl	1	2.9	4	11.4		
5 yıl	1	2.9	0	0.0		
6 yıl	3	8.6	0	0.0		
TOPLAM	35	100	35	100		

X²: Pearson Ki-Kare Testi

Z: Mann Whitney U Testi

*Lisansüstü: 1 Master

**Lisansüstü: 2 Master, 1 Doktora.

Tablo 2'ye göre deney grubu gebelerin bir işte çalışma oranı %54.3, kontrol grubundaki gebelerin ise %5.7'dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede çalışma durumlarına ilişkin gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$).

Gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde, deney grubu gebelerin eğitim seviyesi büyük oranda üniversite ve üzeri (%77.2), yine eşlerinin de %80 oranında üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde olduğu, kontrol grubu gebelerin ise eğitim seviyesinin çoğunlukla ilkokul (%51.4), %20 oranında ortaokul ve %20 lise olduğu, eşlerinin ise büyük çoğunlukla ortaokul (%42.8) ve lise (%34.3) olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebe ve eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney grubundaki gebelerin çoğunlukla 1 yıl (%31.3), kontrol grubunun ise 3 yıllık (%34.3) evli olduğu, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3: Gebelerin Doğum Öncesi Döneme İlişkin Bazı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		X ² p
	Sayı	%	Sayı	%	
İsteyerek Gebe Kalma					
Evet	33	94.3	27	77.1	4.200
Hayır	2	5.7	8	22.9	0.040
Doğum yapan birini görme					
Evet	5	14.3	1	2.9	*
Hayır	30	85.7	34	97.1	0.198
Doğum hikayesi dinleme					
Evet	29	82.9	29	82.9	0.000
Hayır	6	17.1	6	17.1	1.000
Doğum hakkında kitap okuma					
Evet	33	94.3	12	34.3	27.440
Hayır	2	5.7	23	64.7	<0.001
Gebelikte egzersiz yapma					
Evet	24	68.6	5	14.3	21.253
Hayır	11	31.4	30	85.7	<0.001
Gebelikte eşin destek durumu					
Yeterince destek oldu	28	80	4	11.4	44.333
Kısmen destek oldu	7	20	5	14.3	<0.001
Yeterince destek olmadı	0	0.0	26	74.3	
TOPLAM	35	100	35	100	

X²: Pearson Ki-Kare

* Dört gözlü düzenlerde beklenen frekanslardan herhangi biri 5’den küçük olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 3’e göre gebelerin çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı (D: %94.3, K: %77.1), istemediği halde gebe kalma oranının (D:%5.7, K: %22.9) kontrol grubunda daha

yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebeliği isteme durumunda gruplar arası anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$).

Daha önce doğum yapan birini görüp görmedikleri değerlendirilmiş ve her iki grup da büyük oranda görmediklerini ifade etmişlerdir (D: % 85.7, K: % 97.1). Deney grubunda doğum yapan birini görenlerden bir kişi bundan etkilenmediğini, ikisi çok korktuğunu diğer iki kişi de bunun çok harika ve mucizevi bir olay olduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubundan bir kişi de çok korktuğunu belirtmiştir. İstatistiksel değerlendirmede daha önce doğum yapan birini görme ve bundan etkilenme durumları yönünden deney ve kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleyip dinlemedikleri değerlendirildiğinde her iki grupta da dinleme oranının eşit olduğu görülmüştür (D: %82.9, K: %82.9). Gebelerin dinledikleri doğum hikayelerinden nasıl etkilendikleri sorulduğunda deney grubunun %20'si, kontrol grubunun %3.4'ü etkilenmediğini, deney grubunun %17.2'si, kontrol grubunun %6.8'inin ise olumlu etkilendikleri, yine deney grubunun %20.6'sı, kontrol grubunun %48.2'si olumsuz etkilendiğini, her iki grubun % 41.2'si ise iyi veya kötü anlatılanlara göre değiştiğini ve ifade etmişlerdir. İstatistiksel değerlendirmede gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleme durumlarında gruplar arası anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Doğum hakkında kitap okuma oranının deney grubunda daha yüksek olduğu (D: %94.3, K: %34.3) ve bunun istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Aynı şekilde gebelikte egzersiz yapma oranının deney grubunda daha yüksek olduğu görülmüş (D: %68.6, K: %14.3) ve bu oran istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Deney ve kontrol grubu gebelerin eşlerinden destek alma durumları değerlendirildiğinde, deney grubu gebelerin % 80'i, kontrol grubu gebelerin %11.4'ü gebelikte eşlerinin yeterince destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Yeterince destek almayan gebe oranı deney grubunda hiç yokken (%0.0), bu oran kontrol grubunda %74.3'tür. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin eşlerinden destek alma durumları değerlendirilmiş olup deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4: Eşlerin Gebelik sürecinde Destek Olma Durumu ile Eğitim Düzeylerinin Karşılaştırılması

Eşin Destek Durumu ve Eğitim Düzeyi	Yeterince destek oldu	Kısmen destek oldu	Yeterince destek olmadı	Toplam	X ² p
	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	
Okur-yazar değil	0 0.0	0 0.0	3 11.5	3 4.3	35.153 0.000
İlkokul	0 0.0	1 8.3	2 7.7	3 4.3	
Ortaokul	1 3.1	2 16.7	12 46.2	15 21.4	
Lise	8 25.0	4 33.3	7 26.9	19 27.1	
Üniversite / Lisansüstü	23 71.9	5 41.7	2 7.7	30 32.9	
Toplam	32 100.0	12 100.0	26 100.0	70 100.0	

X²: Pearson Ki-Kare

Tablo 4’de eş desteğinin, eşlerin eğitim düzeyi ile olan ilişkisi incelendiğinde, üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki eşler gebelikte anne adaylarına %71.9 oranında yeterince destek olurken, ortaokul seviyesindeki eşlerin %46.2’si, lise seviyesindekilerin ise %26.9’unun yeterince destek olmadıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede eşin eğitim düzeyi ile destek olma durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır (p<0.001).

Tablo 5: Deney Grubu Gebelerin Ön test- Son Test Sonuçlarının Karşılaştırması

Sorular	Ön Test Doğru / Son Test Doğru	Ön Test Doğru / Son Test Yanlış	Ön Test Yanlış / Son Test Yanlış	Ön Test Yanlış / Son Test Doğru	İstatistiksel Analiz	P
1. Soru	27	0	2	6	*	0,031
2. Soru	19	9	2	5	*	0,424
3. Soru	24	0	0	11	*	0,001
4. Soru	30	1	1	3	*	0,625
5.Soru	21	3	2	9	*	0,146
6. Soru	5	4	4	22	X ² : 11,115	0,001
7. Soru	18	1	3	13	*	0,002
8. Soru	29	0	0	6	*	0,031
9. Soru	13	0	3	19	*	<0,001
10. Soru	24	1	0	10	*	0,012
TOPLAM (n:35)	Ön test doğru sayısı (Ort ±SS)		Son test doğru sayısı (Ort ±SS)			
	6.66 ± 1.41		9.03 ± 1.15		Z: -4,764	<0.001

*X² McNemar Exact

Z: Wilcoxon

Tablo 5’de doğuma hazırlık eğitimine katılan gebelerin eğitim öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçları görülmektedir. Gebelerin toplam on soruluk çoktan seçmeli değerlendirmesinde eğitim öncesi doğru yanıt ortalaması 6.66 ± 1.41 , eğitim sonrası ise 9.03 ± 1.15 ’dir. Eğitim öncesi yanlış yanıtlayıp eğitim sonrası doğru yanıtlayan kişi sayısı ilk sorudan başlayarak sırasıyla; 6, 5, 11, 3, 9, 22, 13, 6, 19,10’dur. Yapılan istatistiksel analizde iki, dört ve beşinci sorular hariç diğer tüm sorularda eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmede anlamlı($p<0.05$), eğitim öncesi ve sonrası toplam doğru sayısı arasında de ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$).

6.2. Gebelerin Travay, Erken Postpartum ve Yenidoğan ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özellikler

Tablo 6: Gebelerin Doğumlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Doğuma İlişkin Bulgular	Deney Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Doğum Yapılan Yer						
Zeynep Kamil EAH	15	42.9	35	100.0	28.000	<0.001
Özel Hastane	20	57.1	0	0.0		
Doğum Yaptığı Yeri Tercih Nedeni						
Doğum alanında özelleşmiş olması	10	28.6	26	74.3		
Doğum eğitimcisinin varlığı	6	17.1	0	0.0		
Evine yakın olması	2	5.7	2	5.7		
Doktorunun normal doğumu desteklemesi	17	48.6	0	0.0		
Kontrollerini bu hastanede yaptırması	0	0.0	7	20.0		
Doğumda Destek Alma Durumu						
Evet	35	100.0	25	71.4	11.667	<0.001
Hayır	0	0.0	10	28.6		
Doğumda Destek Veren Kişiler*						
Eş	21	60.0	9	36.0		
Doğum destekçisi (Araştırmacının kendisi)	35	100.0	0	0.0		
Anne	9	25.7	7	28.0		
Kız kardeş	0	0.0	2	8.0		
Kayınvalide	0	0.0	4	16.0		
Arkadaş	5	14.3	3	12.0		
Doğum Destekçisinin Etkisi **						
Kendini güvende ve güçlü hissetme	4	11.4	-	-		
Ağrı ile etkin bir şekilde baş edebilme	2	5.7	-	-		
Hem kendini güvende ve güçlü hissetme hem de ağrı ile daha iyi baş edebilme	29	82.9				
Doğumda Hareket Etme / Yürüme						
Evet	35	100.0	9	25.7	41.364	<0.001
Hayır	0	0.0	26	74.3		
Sırt Üstü Doğum yapma						
Evet	0	0.0	35	100.0	70.000	<0.001
Hayır	35	100.0	0	0.0		
Doğum pozisyonu						
Sırt üstü	0	0.0	35	100.0	70.000	<0.001
Yarı oturur	34	97.1	0	0.0		
Doğum taburesinde	1	2.9	0	0.0		

X²: Pearson Ki-Kare

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Kontrol grubu için n:25 olarak doğumda destek alan kişiler değerlendirmeye alınmıştır.

** Doğumda sadece deney grubuna destek verilmiştir.

Tablo 6'ya göre deney grubundaki gebelerin %42.9'u, kontrol grubu gebelerin ise tamamı (%100.0) Zeynep Kamil EAH'de doğum yapmıştır. Deney grubu gebelerin çoğunluğu (%48.6) doktorunun normal doğumu desteklemesi ve bu hastanede çalışıyor olması nedeniyle, kontrol grubu gebelerin büyük bir çoğunluğunun ise (%74.3) tercih ettikleri hastanenin doğum alanında özelleşmiş olması nedeni ile bu yeri seçtiklerini belirtmişlerdir.

Deney grubu gebelerin tamamı (%100.0), kontrol grubu gebelerin ise %71.4'ü doğumda desteklendiklerini ifade etmişlerdir. Yine deney grubunun tamamı (%100.0) araştırmacı tarafından desteklenmesinin yanı sıra eşi (%60.0), annesi (%25.7) ve arkadaşı (%14.3) tarafından, kontrol grubu gebeler ise eşi (%36.0), annesi (%28.0), kız kardeş (%8.0), kayınvalide (%16.0) ve arkadaşı (%12.0) tarafından desteklendiği belirlenmiştir.

Deney grubu gebeler doğum destekçisinin (araştırmacının) kendilerini desteklemesinin etkisi sorulduğunda, %11.4'ü kendini güvende ve güçlü hissettiklerini, %5.7'si ağrı ile daha iyi baş edebildiklerini ve %82.9'u da hem kendini güvende ve güçlü hissettiklerini hem de ağrı ile daha iyi baş edebildiklerini ifade etmişlerdir.

Deney grubu gebelerin tamamının, kontrol grubunun ise sadece %25.7'sinin travay süresince yatağa bağımlı kalmayıp hareket edip yürüdüğü saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin hareket edip yürümeme sebebi olarak sürekli EFM'na bağlı kalmaları, bu nedenle hareketlerinin kısıtlandığı belirtilmektedir.

Gebelerin doğum pozisyonu değerlendirildiğinde deney grubu kadınların hiçbiri sırt üstü doğum yapmamış olup, kontrol grubunun ise tamamı sırt üstü doğum yapmıştır (D: %0.0, K:%100.0). Deney grubu gebelerin büyük bir çoğunluğu yarı oturur pozisyonda (%97.1), sadece 1 tanesi ise doğum taburesinde doğum yapmıştır (%2.9). Yapılan istatistiksel analizde gebelerin doğum yaptıkları yer, doğumda destek alma, hareket edip yürüme ve doğum pozisyonları değerlendirilmiş olup, her dört parametre için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$).

Tablo 7: Gebelerin Doğum Yaptıkları Hafta ve Doğum Sürelerinin Dağılımı

Doğum Yaptıkları Hafta ve Doğum Süresi	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu (n:35)	t*	p
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Doğumun Gerçekleştiği Hafta (Gün)	282.46 ± 7.47	274.80 ± 8.91	3.894	<0.001
Dilatasyon Süresi (Saat)	8.51 ± 4.46	12.34 ± 4.06	-3.756	<0.001
Ekspulsiyon Süresi (Dk)	27.17 ± 10.86	30.51 ± 6.74	-1.547	0.127
Toplam Doğum Süresi (saat)	9 ± 4.5	12.9 ± 4.3	-3.749	<0.001

* t-Testi

Tablo 7'ye göre deney grubu gebelerin doğumlarının gerçekleştiği hafta ortalama 282.46 ± 7.47 gün (40 hafta + 2 gün), kontrol grubunun ise 274.80 ± 8.91 gün (39 hafta+ 1 gün)'dür. Deney ve kontrol grubu gebelerin doğum süreleri incelenmiş olup, deney grubu gebelerin dilatasyon süresi ortalama 8.51 ± 4.46 saat, ekspulsiyon süresi 27.17 ± 10.86 dakika ve toplam doğum süresi ise 9 ± 4.5 saattir. Kontrol grubundaki gebelerin dilatasyon süresi 12.34 ± 4.06 saat, ekspulsiyon süresi 30.51 ± 6.74 dakika ve toplam doğum süresi ise 12.9 ± 4.3 saattir. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin doğum yaptıkları hafta, dilatasyon, ekspulsiyon ve toplam doğum süreleri değerlendirilmiş olup, ekspulsiyon süreleri dışındaki üç parametre için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 8: Doğumda Hareket Etme ve Yürümenin Toplam Doğum Süresi ile Karşılaştırılması

Doğumda Hareket Etme / Yürüme ve Toplam Doğum Süresi	Hareket Eden/Yürüyen						Hareket Etmeyen/Yürümeyen						Z	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
	35	100.0	9	25.7	44	62.9	0	0.0	26	74.3	26	37.1		
Toplam Doğum Süresi (saat)	9.5 ± 4.3						13.4 ± 4.6						-3.916	0.000

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 8'ye göre doğum süresince hareket eden ve yürüyen gebelerin toplam doğum sürelerinin yürümeyen gebelerden daha kısa olduğu saptanmıştır. Doğumda hareket edip yürüyen gebelerin toplam doğum süreleri ile yürüyüp hareket etmeyen gebelerin toplam doğum süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 9: Amniotomi uygulamasının Toplam Doğum Süresi ile Karşılaştırılması

Amniotomi ve Toplam Doğum Süresi	Uygulanan						Uygulanmayan						Z	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
	0	0.0	14	40.0	14	20.0	35	100. 0	21	60.0	56	80.0		
Toplam Doğum Süresi (saat)	14.4 ± 4.8						10 ± 4.4						-3.350	0.001

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 9’a göre amniotomi uygulanan gebelerin toplam doğum süresinin amniotomi uygulanmayan gebelerden daha uzun olduğu saptanmıştır. Amniotomi uygulanan gebelerin toplam doğum süreleri ile uygulanmayan gebelerin toplam doğum süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 10: Gebelere Travayda Uygulanan Girişimlerin Gruplara Göre Dağılımı

Uygulanan Girişim	Deney Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Epizyotomi						
Yapıldı	24	68.6	34	97.1	10.057	0.002
Yapılmadı	11	31.4	1	2.9		
Amniotomi						
Yapıldı	0	0.0	14	40.0	17.500	<0.001
Yapılmadı	35	100.0	21	60.0		
Lavman						
Yapıldı	9	25.7	25	71.4	14.641	<0.001
Yapılmadı	26	74.3	10	28.6		
Sonda						
Uygulandı	4	11.4	10	28.6	3.214	0.073
Uygulanmadı	31	88.6	25	71.4		
Sürekli EFM						
Uygulandı	0	0.0	27	77.1	43.953	<0.001
Uygulanmadı	35	100.0	8	22.9		
Yeme/İçmenin Kısıtlanması						
Kısıtlandı	7	20.0	35	100.0	36.180	<0.001
Kısıtlanmadı	28	80.0	0	0.0		
TOPLAM	35	100.0	35	100.0		

X²: Pearson Ki-Kare

Tablo 10’a göre deney grubundaki gebelerin %68.6’sına, kontrol grubunun ise %97.1’ine epizyotomi uygulandığı, amniotomi uygulamasının ise sadece kontrol grubuna yapıldığı (K: %40.0) görülmektedir. Lavman deney grubu gebelerin %25.7’sine, kontrol grubu gebelerin %71.4’üne uygulanmıştır. Travay süresince deney grubu gebelerin hiç birine sürekli EFM uygulanmamış olup, kontrol grubu gebelerin ise %77.1’ine uygulanmıştır. Travayda deney grubu gebelerin %20’sinde kontrol grubunun ise tamamına (%100.0) yeme/içme kısıtlanması uygulanmıştır. Sonda uygulama oranı deney grubu gebelerde %11.4, kontrol grubunda %28.6 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde travay süresince gebelere uygulanan girişimler değerlendirilmiş olup sonda uygulamasında gruplar arası farkın

istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$), epizyotomi uygulaması için farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$), amniotomi, lavman, yeme/içmenin kısıtlanması ve sürekli EFM uygulamaları için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 11: Gebelerin Doğumdan Sonra Bebeklerine İlk Dokunma ve Emzirme Durumlarına Göre Dağılımı

Dokunma ve Emzirme	Deney Grubu (n: 35)		Kontrol Grubu (n: 35)		İstatistiksel Analiz	p
	Sayı	%	Sayı	%		
Bebeğe İlk Dokunma Zamanı						
Doğumdan hemen sonra	35	100.0	4	11.4	Z: -7.105	<0.001
İlk yarım saatte	0	0.0	2	5.7		
İlk 1 saatte	0	0.0	10	28.6		
2 saat ve üzeri	0	0.0	19	54.3		
Bebeği İlk Emzirme Zamanı						
İlk yarım saat içinde	11	31.4	0	0.0	Z: -4.051	<0.001
İlk 1 saat içinde	14	40.0	11	31.4		
2. ve 3. saatte	10	28.6	21	60.0		
4 saat ve üzeri	0	0.0	3	8.6		
Emzirmenin Gecikme Nedeni						
Bebeğin muayenesini bekleme	12	34.3	35	100.0		
Odasına alınmayı bekleme	12	34.3	0	0.0		
Mama ile Besleme						
Evet	0	0.0	8	22.9		0.005
Hayır	35	100.0	27	77.1		
TOPLAM	35	100.0	35	100.0		

Z: Mann Whitney U Test

X²: Pearson Ki-Kare

Tablo 11’de Gebelerin doğumdan sonra ilk kez bebeklerine ne zaman dokundukları, emzirdikleri ve emzirmenin gecikme nedenleri yer almaktadır. Deney grubu anneler, kontrol grubu annelerden çok daha önce bebeklerine dokunmuşlar ve iletişim kurmuşlardır. Deney grubu annelerin tamamı (%100.0), kontrol grubunun ise sadece %11.4’ü doğar doğmaz bebeklerine dokunmuşlardır. Kontrol grubu annelerin %5.7’si ilk yarım saat içinde, %28.6’sı ilk bir saatte ve %54.3’ü iki saat ve daha sonrasında bebeklerine dokunmuşlardır. Deney grubu anneler kontrol grubu annelerden daha önce bebeklerini emzirmişlerdir. Sadece deney grubu annelerin %31.4’ü ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirirken, %40.0’ı ilk bir saat içinde,

%28.6'sı ise 2. ve 3. saatte bebeklerini emzirmişlerdir. Kontrol grubu annelerin %31.4'ü ilk bir saatte, %60.0'ı 2. ve 3. saatte ve %8.6'sı da 4 saat ve daha uzun bir süre sonra bebeklerini emzirmişlerdir. Annelerin ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirememesi nedenleri incelendiğinde doktorun bebeği muayene etmesini beklediklerini, bebeklerinin daha sonra kendilerine verildiğini (D: 34.3, K:%100.0), yine deney grubu annelerin %34.3'ü de doğumdan sonra odalarına alınmayı beklediklerini ifade etmişlerdir. Deney grubu annelerin hiç biri bebeklerini mama ile beslemezken, kontrol grubu annelerin %22.9'u bebeklerini mama ile beslemişlerdir. Bebeklerini mama ile besleyen anneler bunun nedeninin bebeğin memeyi alamamasından dolayı olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel incelemede annelerin bebeklerine ilk kez dokunma ve emzirme zamanı değerlendirilmiş, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Annelerin bebeklerini mama ile beslemelerine ilişkin gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 12: Yenidoğana İlişkin Bulgular

Özellikler	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu (n:35)	İstatistiksel Analiz	p
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Apgar Skoru 1. dk	8.77 ± 0.43	8.34 ± 0.64	Z: -3.171	0.002
Apgar Skoru 5. dk	9.77 ± 0.43	9.37 ± 0.55	Z: -3.171	0.002
Ağırlık (gr)	3421.43 ± 306.73	3151.43 ± 626.71	t: 2.289	0.026
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Kız	19	54.3	19	54.3
Erkek	16	45.7	16	45.7
Sorun gelişme				
Gelişmedi	34	97.1	33	94.2
Mekonyumu yapma	0	0.0	1	2.9
Kordon dolanması	1	2.9	1	2.9
Sevk yeri				
Anne yanı	35	100.0	35	100.0
YDYBÜ	0	0.0	0	0.0
TOPLAM	35	100.0	35	100.0

Z: Mann Whitney U Test

t: t-Testi

* Dört gözlü düzenlerde beklenen frekanslardan herhangi biri 5'den küçük olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

Tablo 12'ye göre deney grubu yeni doğanların birinci dakika apgar puan ortalaması 8.77 ± 0.43 , beşinci dakika ortalaması ise 9.77 ± 0.43 'dür. Kontrol grubunun birinci dakika apgar puan ortalaması 8.34 ± 0.64 ve beşinci dakika ortalaması ise 9.37 ± 0.55 'dir. Deney grubu yeni doğanların doğum ağırlıklarının ortalaması 3421.43 ± 306.73 gr, kontrol grubunun ise 3151.43 ± 626.71 gr'dır. Her iki grubun da cinsiyet oranları aynı olup (Kız: %54.3, Erkek: %45.7), bebeklerin çoğu sağlıklı olarak doğmuştur ve doğumdan sonra annenin yanına verilmiştir (Tablo 12). Yeni doğan apgar skorları ve ağırlıkları bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanırken ($p < 0.05$) sorun gelişme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı, benzer özellik gösterdikleri saptanmıştır ($p > 0.05$).

Tablo 13: Doğum Pozisyonu ve Apgar Skoru İlişkisi

Doğum Pozisyonu ve Apgar Skoru	Apgar Skoru 1. dakika		Apgar Skoru 5. dakika		Z	p
	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu(n:35)	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu (n:35)		
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
	8.77 ± 0.43	8.34 ± 0.64	9.77 ± 0.43	9.37 ± 0.55		
	Ort ± SS		Ort ± SS			
Sırt üstü	8.34 ± 0.63		9.37 ± 0.54		5.84	<0.001
Yarı Oturur	8.76 ± 0.43		9.76 ± 0.43		5.83	<0.001

Z: Mann Whitney U Test

Tablo 13’de gebelerin doğum pozisyonu ile Apgar skorları karşılaştırılmıştır. 1. dakika Apgar skoru ortalaması sıt üstü doğum yapanlarda 8.34 ± 0.63 olup, yarı oturur pozisyonda doğum yapanların ise 8.76 ± 0.43 ’dür. 5. dakika apgar skorları ise sıt üstü doğum yapanlarda 9.37 ± 0.54 , yarı oturur pozisyonda doğum yapanların ise 9.76 ± 0.43 ’dür. Yapılan istatistiksel analizde aralarındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

6.3. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Bulgular

Tablo 14: Travayın Aktif Fazında Gebelerin Gösterdikleri Duygusal Davranışların Gruplara Göre Karşılaştırması

Duygusal Davranışlar	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		X ²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Heyecanlı görünüm	8	22.9	21	60.0	29	41.4	9.950	0.002
Korku ifadesi	2	5.7	15	42.9			13.130	0.000
Yalnız kalmaktan kaçınma	10	28.6	10	28.6			0.000	1.000
Huzursuzluk	11	31.4	27	77.1			14.737	<0.001
Davranış kontrolünde güçlük	2	5.7	6	17.1			*	0.259
İletişimden kaçınma	4	11.4	6	17.1	10	14.3	0.467	0.495
Mahremiyetin azalması	9	25.7	25	71.4	34	48.6	14.641	0.000
Yüksek sesle ağlama	2	5.7	2	5.7	4	5.7	*	1.000
Sessizce ağlama	2	5.7	29	82.9	31	44.3	42.208	0.000
Avuçlarını sıkma	29	82.9	33	94.3	62	88.6	*	0.259
Herhangi bir şeyi sıkma	29	82.9	35	100.0	64	91.4	-	0.025
Dudak ısırma	6	17.1	22	62.9	28	40.0	15.238	0.000
Yakınma	12	34.3	22	62.9	34	48.6	5.719	0.017
Çığlık atma	1	2.9	10	28.6	11	15.7	8.737	0.003
Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	0.0	0	0.0	0	0.0	**	-
Sürekli gezinme	34	97.1	10	28.6	44	62.9	35.245	0.000
Çevresindeki kişileri suçlama	0	0.0	2	5.7	2	2.9	*	0.493

X²: Pearson Ki-Kare

* Dört gözlü düzenlerde beklenen frekanslardan herhangi biri 5’den küçük olduğu için Fisher Kesin Ki-Kare Testi uygulanmıştır.

** Değerler sabit olduğu için istatistiksel test uygulanamamıştır.

Tablo 14’e göre kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi” ($p:0.000$), “huzursuzluk” ($p<0.001$), “mahremiyetin azalması” ($p:0.000$), “sessizce

ağlama” (p:0.000) ve “dudak ısırma” (p:0.000) davranışları daha sık görülürken, deney grubunda “sürekli gezinme” (p:0.000) davranışı daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Ayrıca kontrol grubu gebelerde “heyecanlı görünüm” (p:0.002), “herhangi bir şeyi sıkma” (p:0.025), “yakınma” (p:0.017) ve “çığlık atma” (p:0.003) davranışları deney grubuna oranla daha fazla görülmüş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

“kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” davranışı hiçbir gebe tarafından deneyimlenmemiştir. Değerlerin sabit olması dolayısıyla istatistik analizi yapılamamıştır. “yalnız kalmaktan kaçınma”, “davranış kontrolünde güçlük”, “iletişimden kaçınma”, “avuçlarını sıkma” ve “çevresindeki kişileri suçlama” davranışları deney ve kontrol grubu gebelerde benzer özellik göstermekte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0.05).

6.4. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özellikler

Tablo 15: Gebelerin Travayda Ağrı Şiddetini Algılama Puan Ortalamalarının (GKÖ) Gruplara Göre Karşılaştırılması

GKÖ Puan Ortalamaları	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu (n:35)	Z	p
	Ort ± SS	Ort ± SS		
Latent Faz GKÖ (0-3 cm)	1.86 ± 1.004	4.14 ± 1.717	-5.365	<0.001
Aktif Faz GKÖ (4-7 cm)	3.03 ± 1.098	7.14 ± 1.167	-7.248	<0.001
Geçiş Fazı GKÖ (8-10 cm)	5.26 ± 1.146	9.51 ± 0.853	-7.389	<0.001

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 15’ye göre latent fazda gebelerin ifade ettiği ağrı şiddeti ortalaması deney grubunda kontrol grubuna oranla oldukça düşüktür (D:1.86 ± 1.004, K:4.14 ± 1.717). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Aktif fazda GKÖ puan ortalaması deney grubu gebelerde 3.03 ± 1.098, kontrol grubunda 7.14 ± 1.167 olduğu görülmüştür. Aktif fazda ağrı şiddetini algılama puan

ortalamları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Geçiş fazında gebelerin ifade ettiği ağrı şiddeti ortalaması deney grubunda kontrol grubuna oranla oldukça düşüktür (D: 5.26 ± 1.146 , K: 9.51 ± 0.853). Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 16: Gebelerin Doğum Süreleri ve GKÖ Puan Ortalamalarının İlişkisi

Doğum Süresi ve GKÖ Puan Ortalamaları	r p	Dilatasyon Süresi (Saat)	Ekspulsiyon Süresi (Dk)	Toplam Doğum Süresi (saat)
Latent Faz GKÖ	r	0.481**	0.157	0.486**
	p	0.000	0.193	0.000
Aktif Faz GKÖ	r	0.499**	0.130	0.498**
	p	0.000	0.284	0.000
Geçiş Fazı GKÖ	r	0.477**	0.256*	0.490**
	p	0.000	0.032	0.000
TOPLAM	N	70	70	70

r: Spearman Korelasyon

* Korelasyon 0.05 seviyesinde anlamlıdır

** Korelasyon 0.01 seviyesinde anlamlıdır.

Tablo 16’da gebelerin doğum süreleri ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre, dilatasyon süreci ile latent ($r:0.481$), aktif ($r:0.499$) ve geçiş ($r:0.477$) fazlarındaki ağrı şiddetini algılama puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Aynı şekilde toplam doğum süresi ile latent ($r:0.486$), aktif ($r:0.498$)ve geçiş fazlarındaki ($r:0.490$) ağrı şiddetini algılama puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Ekspulsiyon süresi ile geçiş fazı ağrı şiddetini algılama puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($r:0.256$) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Tablo 17: Gebelerin Eğitim Durumu ile Ağrı Şiddetini Algılama Puanlarının (GKÖ) İlişkisi

Eğitim Durumu ve GKÖ Puan Ortalamaları	r p	Gebelerin Eğitim Durumu									
		Okur-Yazar değil		İlkokul		Ortaokul		Lise		Üniversite /Lisansüstü	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
		3	4.2	3	4.2	15	21.4	19	27.2	30	43.0
Latent Faz GKÖ	r	-0.60									
	p	0.000									
Aktif Faz GKÖ	r	-0.77									
	p	0.000									
Geçiş Fazı GKÖ	r	-0.77									
	p	0.000									
TOPLAM	N	70									

r: Spearman Korelasyon

Tablo 17’de gebelerin eğitim düzeyi ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre, latent, aktif ve geçiş fazı GKÖ puanları ile gebelerin eğitim düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (sırasıyla r: -0.60, r: -0.77, r: -0.77). Aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p < 0.001$).

Tablo 18: Doğumda Destek Alma ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğumda Destek Alma ve GKÖ Puanları	Evet						Hayır						Z	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
	35	100.0	25	71.4	60	85.7	0	0.0	10	28.6	10	14.3		
	Ort ± SS						Ort ± SS							
Latent Faz GKÖ	2.90 ± 1.84						3.60 ± 1.50						-1.430	0.153
Aktif Faz GKÖ	4.75 ± 2.36						7.10 ± 0.87						-2.748	0.006
Geçiş Fazı GKÖ	7.02 ± 2.34						9.60 ± 0.69						-3.061	0.002

Z: Mann Whitney U Test

Tablo 18'e göre doğumun latent fazında destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları 2.90 ± 1.84 , destek almayan gebelerin ise 3.60 ± 1.50 olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif ve geçiş fazında destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları almayan gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır (4.75 ± 2.36 ve 7.02 ± 2.34). Doğumda destek alan gebelerle almayan gebelerin, aktif ve geçiş fazındaki GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 19: Doğumda Hareket Etme ve Yürüme ile GKÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Doğumda Hareket Etme / Yürüme Ve GKÖ Puanları	Hareket Eden/Yürüyen						Hareket Etmeyen/Yürümeyen						Z	p
	Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam		Deney Grubu		Kontrol Grubu		Toplam			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
	35	100.0	9	25.7	44	62.9	0	0.0	26	74.3	26	37.1		
	Ort ± SS						Ort ± SS							
Latent Faz GKÖ	2.30 ± 1.40						4.19 ± 1.81						-4.119	0.000
Aktif Faz GKÖ	3.84 ± 1.98						7.19 ± 1.09						-5.743	0.000
Geçiş Fazı GKÖ	6.07 ± 1.95						9.62 ± 0.80						-6.006	0.000

Z: Mann Whitney U Testi

Tablo 19’a göre doğum süresince hareket eden ve yürüyen gebelerin latent, aktif ve geçiş fazı GKÖ puan ortalamalarının yürümeyen gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Doğumda hareket etme ve yürüme ile her üç fazdaki GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

6.5. Gebelerin Doğumlarda Yaşadıkları Deneyimleri Nasıl Algıladıkları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özellikler

Tablo 20: Gebelerin “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği” (ADAÖ) ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

ADAÖ Alt Grupları ve Puan Ortalamaları *	Deney Grubu (n:35)	Kontrol Grubu (n:35)	Toplam (n:70)	Z	p
	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS	Ort $\pm$ SS		
Doğum Anı	25.94 $\pm$ 5.89	18.40 $\pm$ 3.71	22.17 $\pm$ 6.19	-5.178	<0.001
Ağrı Dönemi	27.45 $\pm$ 5.13	18.94 $\pm$ 4.30	23.20 $\pm$ 6.19	-5.727	<0.001
Eşin Katılımı	19.08 $\pm$ 1.06	14.42 $\pm$ 1.63	16.75 $\pm$ 2.71	-7.059	<0.001
Farkındalık	19.05 $\pm$ 0.96	9.28 $\pm$ 4.54	14.17 $\pm$ 5.90	-7.267	<0.001
Doğum Sonu	12.88 $\pm$ 1.90	9.54 $\pm$ 2.34	11.21 $\pm$ 2.70	-5.321	<0.001
ADAÖ Toplam Puan	104.42 $\pm$ 12.54	70.60 $\pm$ 11.62	87.51 $\pm$ 20.84	-6.897	<0.001

Z: Mann Whitney Test

Tablo 20 ve 21’e göre deney ve kontrol gruplarında “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği” (ADAÖ) ve alt gruplarından alınan puanlar karşılaştırıldığında deney grubu gebelerin “doğum anı” (D:25.94 $\pm$ 5.89, K: 18.40 $\pm$ 3.71), “ağrı dönemi” (D:27.45 $\pm$ 5.13, K: 18.94 $\pm$ 4.30), “eşin katılımı” (D:19.08 $\pm$ 1.06, K: 14.42 $\pm$ 1.63), “farkındalık” (D:19.05 $\pm$ 0.96, K: 9.28 $\pm$ 4.54), ve “doğum sonu” (D:12.88 $\pm$ 1.90, K: 9.54 $\pm$ 2.34) alt grup ortalama puanları ve ADAÖ toplam puan ortalamaları (D:104.42 $\pm$ 12.54, K:) 70.60 $\pm$ 11.62) kontrol grubu gebelerden daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$).

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu bölümde çalışma sonucunda elde edilen bulgular beş başlık altında tartışılmıştır.

7.1. Gebelerin doğum öncesi eğitim süreci, tanıtıcı ve obstetrik özelliklere ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 1,2,3,4,5).

7.2. Gebelerin travay, erken postpartum ve yenidoğana ilişkin bulguların ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırmasının tartışılması (Tablo 6,7,8,9,10,11,12,13).

7.3. Gebelerin gösterdiği duygusal davranışlara ilişkin özelliklerin tartışılması (Tablo 14).

7.4. Gebelerin algıladıkları GKÖ puan ortalamaları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özelliklerin tartışılması (Tablo 15,16,17,18,19).

7.5. Gebelerin doğumda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıkları ve bazı bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmasına ilişkin özelliklerin tartışılması (Tablo 20).

7.1. Gebelerin Doğum Öncesi Eğitim Süreci, Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelerin bazı bireysel özellikleri incelendiğinde, deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması 28.63 ± 3.73 , kontrol grubunun ise 22.86 ± 3.21 olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel değerlendirmede deney grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan daha yüksek bulunmuş ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.001$) (**Tablo 1**). Çalışma sonucumuz Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 2008(TNSA 2008) verileri ile karşılaştırıldığında benzer şekilde Türkiye genelindeki 25-49 yaş grubu kadınlar için ortalama ilk doğum yaşı 22.3, en yüksek doğurganlık hızının 20-29 yaş grubunda olduğu ve doğurganlığın yaş dağılımı incelendiğinde bir kadın ortalama 25 yaşında iken bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olduğu görülmektedir. Bununla beraber son beş yılda Türkiye’de ortalama ilk doğum yaşının da arttığı görülmektedir. Gebelerin yaş ortalamalarına ilişkin bulgularımız TNSA 2008 sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca

doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların yaş ortalamaları incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmalarda Şeker (2006) çalışmasında yaş ortalamasının 27.47 ± 3.62 , Okumuş ve arkadaşları (2001) gebelerin %54.3'ünün 25-29 yaş arasında olduğunu belirtirken, diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda Bergström ve arkadaşları (2009) yaş ortalamasının 28 ± 8 , Fabian ve arkadaşları (2005) İsveç'li gebelerin %77'sinin 25-35 yaş arasında olduğunu ifade etmişlerdir. Çalışmamızdaki eğitime katılan gebelerin yaş ortalamaları ile diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Doğuma hazırlık eğitimlerine katılan gebelerin katılmayanlara göre yaşça daha büyük olmaları beklenen bir sonuçtur.

Gebelerin boy (D: 163.94 ± 5.32 , K: 163.43 ± 4.65), kilo (D: 67.86 ± 7.10 , K: 69.43 ± 6.20) ve BKİ ortalamaları (D: 25.24 ± 2.29 , K: 26.00 ± 2.13) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0.05$) (**Tablo 1**). Çalışmamızdaki gebelerin boy ortalamaları TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir (TNSA 2008). Gebelikte boy, kilo alımı ve bununla bağlantılı olarak BKİ normal doğum yapma açısından önemlidir. Gebelik haftası arttıkça BKİ'nin de artması beklenir. Amerikan Diyabet Birliği (American Diabetes Association, ADA) kriterlerine göre gebelerin BKİ $25-29.99 \text{ kg/m}^2$ olması normal olarak değerlendirilmektedir. Gebelerin BKİ'ne ilişkin bulgularımız Akış ve ark (2008), İrge ve ark (2005) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (**Tablo 1**).

Gebe ve eşlerinin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde, deney grubu gebelerin çalışma oranı (%54.3), kontrol grubundan (%5.7) yüksek olup bu durum istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (**Tablo 2**). TNSA 2008 verilerine göre İstanbul bölgesinde 12 aylık süre içinde çalışan kadın oranı %24.7 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda çalışan kadın oranının TNSA 2008 verilerinden daha yüksek olduğu görülmektedir. Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin çalışma durumu ülkemizde yapılan çalışmalarda Okumuş ve ark (2001) %68.4, Şeker (2006) %69.8 olduğunu, diğer ülkelerde Fabian ve ark (2005) %74, Malata ve ark (2007) ise bir Afrika ülkesi olan Malawi'de %8 olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmamızda doğuma hazırlık eğitimine katılan gebelerin çalışma oranları ülkemizde yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Yaşanılan bölge, diğer sosyo-demografik özellikler ve toplum yapısı ile bağlantılı

olarak çalışma durumunu etkilemektedir. Kadının çalışması ekonomik özgürlüğünün yanı sıra sosyalleşme sürecinde etkili olmakta, kendi sağlığına ilişkin karar vermesinde önemli rol oynamaktadır.

Gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde, deney grubu gebelerin ve eşlerinin eğitim seviyesinin büyük oranda üniversite ve üzeri (%77.2, %80) olup kontrol grubu (%51.4 oranında ilkokul) ve eşlerinden (%42.8 oranında ortaokul) yüksek bulunmuştur (**Tablo 2**). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebe ve eşlerinin eğitim durumlarına ilişkin gruplar arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.001$). TNSA 2008 çalışma sonuçlarına göre kadınların %61'inin ilköğretimi tamamladığı, İstanbul'da yaşayan kadınların eşleriyle aynı eğitim seviyesine sahip oldukları (sırasıyla %61 ve %60) görülmektedir. En düşük eğitim düzeyindeki kadınlarda, eşler arasındaki eğitim farkı çok fazladır. Hiç okula gitmemiş veya ilkokulu bitirmemiş kadınların %85'inin eşleri kendilerinden daha iyi eğitimlidir. Diğer taraftan, en az ilköğretim ikinci kademe eğitime sahip kadınların %70'i eşleri ile eşit düzeyde veya eşlerinden daha fazla eğitime sahiptir. Çalışmamızdaki deney ve kontrol grubu ve eşlerinin eğitim düzeyine ilişkin veriler TNSA 2008 sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin eğitim seviyeleri ile deney grubumuzun sonuçları da benzerlik göstermektedir (Okumuş ve ark 2001, Fabian 2005, Bergström et al 2009).

Deney grubundaki gebelerin çoğunlukla 1 yıl (%31.3), kontrol grubunun ise 3 yıllık (%34.3) evli olduğu, istatistiksel olarak aralarında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$) (**Tablo 2**). Ülkemizde evlenme ve çocuk sahibi olma toplum tarafından beklenen ve aileler tarafından da teşvik edilen bir olgudur.

Gebeliğin isteyerek olması doğum sürecini, anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı (D: %94.3, K: %77.1) görülmektedir (**Tablo 3**). Sözeri ve arkadaşlarının (2006) ve Şahin'in (2005) ve Mamuk'un (2008) çalışmalarında isteyerek gebe kalma oranı sırasıyla %79.3 ve %66.7 ve %55.0 olup çalışmamızla benzer sonuçlar göstermektedir. Ayrıca TNSA 2008 çalışma sonuçlarına göre gelecekte başka çocuk sahibi olma isteği, sahip olunan çocuk sayısının artmasıyla belirgin bir şekilde

düşmektedir. Tek çocuğu olan kadınların %65'i gelecekte başka çocuk sahibi olmak isterken hiç çocuğu olmayan kadınların %71.6'sı hemen çocuk sahibi olmak istemektedir. Çalışmamızdaki gebelerin hiç doğum yapmamış oldukları göz önünde bulundurulduğunda isteyerek gebe kalma oranları TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir. Ayrıca istemediği halde gebe kalma oranının (D:%5.7, K: %22.9) kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 3**). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebeliği isteme durumunda gruplar arası anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubunun bu eğitime katılması gebeliğin istenen bir gebelik olduğunun ve kabullenildiğinin de bir göstergesidir. İlk evlenme yaşının küçük olduğu nüfuslar, erken yaşlarda çocuk sahibi olunan ve doğurganlığın yüksek olduğu nüfuslar olma eğilimindedirler. Kontrol grubu gebelerin yaşları, eğitim durumları ve çalışma durumları dikkate alındığında bu sonuç TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir.

Doğum hakkında bilgilenmeden ve hazırlanmadan doğuma şahit olma gebelerde farklı duygu ve düşüncelerin oluşmasına neden olabilir. Doğuma ilişkin önyargı ve bilin altı düşünceler duyulan ve görülen bilgilerden etkilenir. Çalışmamızdaki hem deney hem de kontrol grubu gebelerin büyük bir çoğunluğu daha önce doğum yapan birini görmediklerini ifade etmişlerdir (D: % 85.7, K: % 97.1) (**Tablo 3**). Deney grubunda doğum yapan birini görenlerden bir kişi bundan “etkilenmediğini”, ikisi “çok korktuğunu” diğer iki kişi de bunun “çok harika ve mucizevi bir olay” olduğunu ifade etmiştir. Kontrol grubundan bir kişi de “çok korktuğunu” belirtmiştir. Deney ve kontrol grubu doğum olayından etkilenme durumları açısından benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Yıldırım'ın (2001) doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin doğum ağrısı algısına etkisini değerlendirdiği çalışmasında daha önce doğum yapan birini görme ve bundan etkilenme durumu değerlendirilmiş ve benzer sonuçlar bulunmuştur (D: %75, K: %85). Çalışmamızdaki deney ve kontrol grubundaki gebelerin daha önce doğum deneyimlememiş, ilk defa doğum yapacak olmaları, doğuma hazırlanmamış ve bu konuda bilgi sahibi olmamaları da doğumdan korkmalarına neden olmaktadır. Ersanlı (2007)'nin primipar gebelerde travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi incelediği çalışmasında, gebelerin %85.0'inin doğumdan “korkuyor” olduğu, nedeninin ise %33.3'ünün bağırarlardan/anlatılanlardan olduğunu belirtilmektedir.

Gebelerin özellikle arkadaş, anne ve yakın çevredeki kişilerin doğum deneyimleri ve bunu ifade ediş şekilleri gebelerin doğum eylemi hakkındaki beklentilerini önemli düzeyde etkilemektedir. Gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleyip dinlemedikleri değerlendirildiğinde her iki grupta da dinleme oranının yüksek ve eşit olduğu görülmüştür (D: %82.9, K: %82.9). Gebelerin dinledikleri doğum hikayelerinden nasıl etkilendikleri sorulduğunda deney grubunun %20'si, kontrol grubunun %3.4'ü etkilenmediğini, deney grubunun %17.2'si, kontrol grubunun %6.8'inin ise olumlu etkilendikleri, yine deney grubunun %20.6'sı, kontrol grubunun %48.2'si olumsuz etkilendiğini, her iki grubun % 41.2'si ise iyi veya kötü anlatılanlara göre değiştiğini ve ifade etmişlerdir (**Tablo 3**). Yapılan istatistiksel değerlendirmede gruplar, gebelerin başka doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleme durumları yönünden benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Güler'in (1982) çalışmasında doğum eylemine hazırlanmayan gebelerin %70'inin, hazırlanan gebelerin ise %86.6'sının dinledikleri doğum hikayelerinden olumsuz etkilendikleri, her iki grubun da eğitimsiz olduğu Yıldırım'ın (2001) çalışmasında da olumsuz etkilenme oranı deney grubunda %76.5, kontrol grubu ise %82 olarak saptanmıştır. Yukarıdaki çalışmalarda özellikle eğitim almayan gebelerde yüksek bulunan olumsuz etkilenme oranları çalışmamızla da uyumludur. Gebelerin doğuma yönelik hazırlıklarının olmadığı ve dinlemiş oldukları doğum hikayelerinin olumsuz olduğu düşünülürse bu beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda deney grubunun eğitim seviyesinin kontrol grubundan yüksek olması, hem doğum eğitimine katılma isteği hem de doğum hakkında kitap ve vb. basılı yayın takip etme durumunun deney grubunda daha yüksek olması ile bağlantılıdır. Yıldırım'ın (2001) ve Güngör (2004)'ün çalışmalarında deney grubu gebelerin çoğunluğunun doğuma hazırlık eğitimi almadıkları (%100, %96) sonucu çalışmamızla benzer olup, doğumla ilgili kitap okuma oranının Yıldırım'ın çalışmasında (2001) %80, Güngör'ün (2004) çalışmasında ise %92'dir. Doğumla ilgili kitap okuma oranı çalışmamızın deney grubunda oldukça yüksek olması (%94.3) yukarıdaki çalışmalarla benzerlik göstermemektedir. Bunun sebebinin doğuma hazırlık sınıfına gönüllü olarak katılmaları, kendisinin ve eşinin eğitim seviyesinin yüksek olmasıdır.

Egzersiz yapma gebelik ve doğum sırasında fiziksel ve emosyonel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Yevchak, Loeb ve Fich 2008). Çalışmamızdaki gebelerin egzersiz yapma oranı deney grubunda daha yüksek bulunmuştur (D: %68.6, K: %14.3) ve bu oranın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (**Tablo 3**). Bahadoran ve ark (2010) doğuma hazırlık sınıflarında öğretilen egzersizlerin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmasında doğuma hazırlık sınıflarının hem fiziksel hem de emosyonel olarak sağlıklı gebelik davranışlarının gelişmesi açısından çok önemli bir etkiye sahip olduğunu, gebeliğin sonlarına doğru değişen vücut imajına deney grubu gebelerin daha iyi uyum sağladıkları belirtilmiştir. Sözeri ve ark (2006) gebelik sürecindeki bilgi ve davranışları değerlendirdikleri çalışmalarında, gebelerin düzenli egzersiz yapma oranının %88.7, Okumuş ve ark (2001) doğuma hazırlık eğitimine katılan gebelerde deney grubunda bu oranın %100 olduğunu, Krans ve ark (2005) çalışmasında ise gebelerin %95'inin egzersizin yararlı olduğuna inandıkları, Riberio ve Milanez'in (2011) Brezilya'da 161 gebenin egzersiz yapma tutum ve davranışlarını değerlendirdikleri çalışmalarında ise gebelerin %94'ü egzersizi maternal ve fatal sağlığı olumlu etkilediği ve doğumu kolaylaştırdığı için yaptıklarını, %44'ü ağrıyı azalttığı, rahatlama sağladığı için ve %13'ü ise fazla kilo almamak için yaptığını ifade etmiştir. Yapılan çalışma sonuçları bulgularımızla uyumlu olup, doğuma hazırlık sınıflarının gebelikte egzersiz yapmayı cesaretlendirdiği görülmektedir.

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem çiftler için güzel bir deneyim olmasının yanı sıra sıkıntı ve stresin de olduğu bir dönemdir. Çiftler birbirlerini günlük aktiviteler ve duygusal yönden desteklemektedirler. Çiftler için hayatın dönüm noktalarından biri olan doğumda ve gebelik döneminde kadının stresinin azaltılması ve desteklenmesi doğuma ilişkin strese bağlı gelişebilecek olumsuzlukları engellemeye yardımcı olur (Sasamon and Amankwaa 2003). Çalışmamızda gebelerin eşlerinden destek alma durumu değerlendirildiğinde, deney grubu gebelerin % 80'i, kontrol grubu gebelerin %11.4'ü gebelikte eşlerinden yeterince destek aldıklarını ifade etmişlerdir. Yeterince destek almayan gebe oranı deney grubunda hiç yokken (%0.0), bu oran kontrol grubunda %74.3'tür (**Tablo 3**). Yapılan istatistiksel analizde gebelerin eşlerinden destek alma durumları değerlendirilmiş olup deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Okumuş ve ark

(2001) çalışmasında doğuma hazırlık sınıfında eğitim alan gebelerin eşlerinden destek alma oranı %70.1, almayanların oranı %54.4'dür. Eşleri tarafından desteklenen gebelerin doğuma ilişkin negatif duygularının daha az olduğu bildirilmiştir (Hodnett et al 2007). Eşlerin doğuma hazırlık sınıfına birlikte gelmeleri gebelik nedeniyle ilgiye ve desteğe gereksinimi olan anne adaylarının desteklendiği hissini güçlendirmektedir. Eşlerin de sürece katılması, eğitim sırasında öğrenilen tekniklerin beraber deneyimlenmesi, özellikle masaj vb. uygulamalarda dokunma ile rahatlama ve gevşemeye destek olunmasının, paylaşımı daha fazla artırdığı düşünülmektedir. Bu sonuçlara göre eşlerin birlikte katıldığı doğuma hazırlık sınıflarının, kadının eş desteği almasına olumlu katkı sağladığı görülmektedir.

Eşlerin eğitim düzeyinin anne adaylarının gebelik sürecinde desteklenmesine etkisi karşılaştırıldığında, üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki eşler gebelikte anne adaylarına %71.9 oranında yeterince destek olurken, ortaokul seviyesindeki eşlerin %46.2'si, lise seviyesindekilerin ise %26.9'unun yeterince destek olmadıkları görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede eşin eğitim düzeyi ile destek olma durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$) (**Tablo 4**). Doğuma hazırlık sınıfının doğum sonucuna etkisi inceleyen çalışmalarda eşlerin eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür (Sturrock 1990, Okumuş ve ark 2001, Şeker 2006). Premberg ve Lundgren'in (2006) İsveç'in kırsal bir bölgesinde babaların doğuma hazırlık deneyimlerini değerlendirdiği çalışmasında ise, doğuma hazırlık sınıfına katılan eşlerin eğitim seviyesinin çoğunlukla ortaokul sadece üçünün üniversite olduğu görülmüştür. Bunun ülkenin gelir ve refah düzeyi, yaşanılan bölge ve meslekle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin toplam on soruluk çoktan seçmeli değerlendirmesinde eğitim öncesi doğru yanıt ortalaması 6.66 ± 1.41 , eğitim sonrası ise 9.03 ± 1.15 'dir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede eğitim öncesi ve sonrası toplam doğru sayıları arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Yapılan eğitimle bilgi düzeyinde artma beklenen bir sonuçtur.

7.2. Gebelerin Travay, Erken Postpartum ve Yenidoğana İlişkin Bulguların ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırmasının Tartışılması

Doğumun gerçekleşeceği yer doğumun seyrini de etkilemektedir. Annelik hizmetlerini geliştirme koalisyonu (CIMS) anne adayının nasıl ve nerede doğum yapacağını seçme hakkının olduğuna inanmaktadır. Doğumda hem anne hem de bebeğin daha sağlıklı olabilmesi için sağlıklı bakım uygulamaları vardır. Buna “anne dostu” uygulamalar denir. CIMS doğum yapılacak yerin seçiminde anne dostu uygulamaların desteklenmesinin önemli olduğunu belirtmiştir (CIMS, www.motherfriendly.org, Erişim 30 Aralık 2011). Her anne adayı dönüp geçmişe baktığında harika bir doğum deneyimi yaşadım demeyi ister. Doğumu yaptıran kişinin anne ve bebeğin sağlığını düşünerek bu düşünceyi desteklemesi önemlidir. Gebeler için doğum yapacakları yer ve kişinin seçiminde güven ön plandadır. Doğumu yaptıracak kişinin gebeyi dinlemesi, düşüncelerine ve sorularına saygı duyması ve doğum eylemi hakkında tam anlamıyla bilgilendirerek karar verme sürecinde onu desteklemesi önemlidir (Lothian and DeVries 2005). Çalışmamızda gebelerin doğum yaptıkları yer ve bu yeri seçme nedenleri incelendiğinde deney grubundaki gebelerin %42.9’u, kontrol grubu gebelerin ise tamamı (%100.0) Zeynep Kamil EAH’de, deney grubunun %57.1’i ise özel hastanede doğum yapmıştır (**Tablo 6**). Yapılan istatistiksel değerlendirmede doğumun yapıldığı yere ilişkin deney ve kontrol grubu arasında ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Deney grubu gebelerin çoğunluğu (%48.6) doktorunun normal doğumu desteklemesi ve bu hastanede çalışıyor olması nedeniyle, kontrol grubu gebelerin büyük bir çoğunluğunun ise (%74.3) tercih ettikleri hastanenin doğum alanında özelleşmiş olması nedeni ile bu yeri seçtiklerini belirtmişlerdir (**Tablo 6**). Deney grubunun doğum için özel hastaneyi ve normal doğumu destekleyen bir doktor seçmelerinde eğitimler sırasında verilen bilgilerin etkin olduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan gebeler ancak özel hastanelerde eğitimlerde anlatılan doğum planlarını uygulayabilme imkanı bulabilmektedirler. Zeynep Kamil EAH gibi diğer devlet hastaneleri gebenin doğumunu yaptıracak kişiyi seçme, eşin ve yakınlarının doğum odasına alınması ve onu desteklemesi, tek kişilik odalar, duş alma ve diğer rahatlatma teknikleri uygulama imkanlarına sahip değildir. Bunların yanı sıra hastanenin hizmet kalitesinin deney grubu gebeleri özel hastanede doğum yapmaya yönlendirdiği düşünülmektedir. Travay süresince gebelerin aynı ortamda olup birbirlerinin seslerini duymaları özel hastanelere yönlendiren bir diğer etmendir. Eğitimlerin yürütüldüğü

Zeynep Kamil EAH'ne başvuran gebelerin sosyo-ekonomik durumu göz önünde bulundurulduğunda, gebelerin sosyal güvenceleri doğum masraflarını karşılamaktadır. Bu durum özel hastane için geçerli olmamaktadır. Deney grubu gebelerin özel hastaneyi seçme oranları Okumuş ve ark (2001) ve Şeker'in (2006) doğuma hazırlık sınıfına katılmış gebelerin sonuçlarından yüksek, (D: %33.3, D:%10), TNSA 2008'in İstanbul'da özel hastanede gerçekleşen doğum sonuçlarıyla ise benzer olduğu bulunmuştur (%58.3).

Doğumda anne adayının sevdiği biri, arkadaş veya doula desteğinin anne ve bebek açısından çok önemli faydaları vardır. Cochrane'da yapılan kanıta dayalı çalışmalarda doğum eylemi süresince desteğin sürdürülmesinin açıkça faydalı olduğu belirtilmiştir. Doğumda desteğin sürdürüldüğü kadınların destek olunmayan kadınlara oranla daha az sezaryen olduğu, doğumda vakum veya forseps uygulamasının azaldığı, epidural gibi bölgesel anestezilerin daha az oranda uygulandığı, ağrı kesiciye olan ihtiyacın azaldığı, doğuma ilişkin negatif duyguların daha az olduğu, apgar skorunu iyileştireceği ve emzirme süresini uzatacağı bildirilmiştir (Hodnett et al 2007). Kashanian, Javadi ve Haghighi'nin (2010), doğumda ebeler tarafından verilen sürekli desteğin doğum süresi ve sezaryen üzerine etkisinin değerlendirildiği çalışmalarında, doğumda destek verilen gebelerde doğumun aktif fazının (D:167.9±76.3 dakika, K:247.7±101 dakika) ve ikinci evresinin (D:34.9±25.4 dakika, 55.3±33.7 dakika) daha kısa sürdüğü ve sezaryen oranının daha az olduğu (D:4 kişi, K:12 kişi) bildirilmiştir. Başka bir çalışmada da hastanede çalışan ebe veya hemşire dışında kadının sürekli yanında bulunan ve ona destek olan kişinin daha etkin olduğu belirtilmiştir (Hodnett et al 2007, Leslie and Storton 2007, Simkin and O'Hara 2002). Doğumda desteğe doğumun erken evresinde başlanmasının daha etkili ve faydalı olduğu belirtilmiştir (Hodnett et al, 2007). Çalışmamızda deney grubu gebelerin tamamı (%100.0), kontrol grubu gebelerin ise %71.4'ü doğumda desteklendiklerini ifade etmişlerdir. Yine deney grubunun tamamı (%100.0) araştırmacı tarafından desteklenmesinin yanı sıra eşi (%60.0), annesi (%25.7) ve arkadaşı (%14.3) tarafından, kontrol grubu gebeler ise hastaneye gelinceye kadar eşi (%36.0), annesi (%28.0), kız kardeş (%8.0), kayınvalide (%16.0) ve arkadaşı (%12.0) tarafından desteklendiği belirlenmiştir.

İntrapartum ünitelerde doğum desteğini sağlayan sağlık personelinin bulunması oldukça önemlidir. Dahası, bilgili bir sağlık personelinin kadının yanında bulunması hem temel bilgi desteği hem de gebeye ve aileye güven ve destek sağlaması açısından gereklidir. Destekleyici tekniklerinin kullanılması sezaryen, fetal distres ve distosilerle bağlantılı diğer riskleri azaltabilir. Deneyimli hemşireler daha az sıklıkla EFM uygulamaktadır. Kadının ihtiyaç ve isteklerini göz önünde bulundurarak noninvazif ağrı kontrol yöntemlerini uygulayabilir. Bilgi ve destekleyici bakım sayesinde annenin anksiyetesi daha da azalır ve sezaryen olasılığı azalabilir. Çalışmamızda deney grubu gebeler profesyonel bir sağlık personeli olan araştırmacı tarafından desteklenmiştir. Doğumun başlangıcından itibaren masaj, duş, müzik vb. fiziksel konfor ortamı oluşturarak gebede emosyonel rahatlık ve güven duygusunun gelişmesi sağlanmıştır. Eğitimlerde öğretilen baş etme yöntemlerini uygulamış ve uygulanması konusunda gebe ve eşi cesaretlendirilmiştir. 3-4 saat ara ile 15 dk'lık sürenin dışında hep gebenin yanında kalınmıştır. Doğumların yapıldığı hastanelerde birebir çalışan kişi olmadığı için yasal sorumluluk gereği yapılacak girişimlere doğrudan müdahale etmemiş, gebe ve eşi yapılacak girişimleri sorgulama ve diğer emosyonel ve fiziksel konforu sağlama konusunda cesaretlendirilmiştir. Deney grubu gebelere doğum destekçisinin (araştırmacının) kendilerini desteklemesinin etkisi sorulduğunda, %11.4'ü kendini güvende ve güçlü hissettiklerini, %5.7'si ağrı ile daha iyi baş edebildiklerini ve %82.9'u da hem kendini güvende ve güçlü hissettiklerini hem de ağrı ile daha iyi baş edebildiklerini ifade etmişlerdir (**Tablo 6**). Nullipar ve doğumda indüksiyon uygulanmamış 209 gebeye birebir hemşire desteğinin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, gebelere fiziksel ve emosyonel destek sağlanmış, rahatlama için masaj, duş alma, pozisyon değiştirme konusunda cesaretlendirilmiştir. Destek verilen grupta epidural anestezi, sezaryen oranı daha az, doğum süresi de 18 dakika daha kısa sürmüştür (Gagnon, Waghorn and Covell 1997). Çalışma sonuçlarımız kanıt temelli çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Doğum eylemi boyunca yürümek, hareket etmek ve pozisyon değiştirmek doğumu ve ağrı ile baş etmeyi kolaylaştırır, doğum ağrısının daha az hissedilmesini sağlar ve doğumun ilk evresini kısaltır (Lawrence et al 2009). Günümüzde ABD'de birçok hastanenin doğum odası yürümeye olanak sağlayacak şekilde dizayn edilmiştir.

Kanada’da bir hastanede yapılan pilot çalışmada doğum odalarından biri klasik şekilde, diğeri ise hareket etmeye imkan verecek şekilde (oda dizaynı değiştirilebilir, hareketli yatak vs.) ve sakin bir ortam sağlanmıştır. Hareket imkanı sağlanan sakin odada kalan anne adayları vakitlerinin %50’den daha azını yatakta geçirmiş ve doğumu hızlandırmak için indüksiyon gereksinimi de azalmıştır (Hodnett et al 2009). Adachi ve ark (2003) yapmış olduğu bir çalışmada gebelerin ayakta sallanma ile bebeğin doğum kanalına inmesini ve bebek başının servikse baskı yapmasıyla dilatasyonun kolaylaştığını, doğum yavaşladığında sık sık pozisyon değiştirerek, özellikle diz-göğüs (secde) pozisyonu ile servikal dilatasyonun hızlandığı belirtilmiştir. Ayrıca süreci yatakta geçiren, özellikle sırt üstü yatan gebelerin doğum ağrılarını daha da fazla hissettiklerini ifade etmiştir. Lawrence ve ark (2009), Simkin ve Bolding’in (2004), Simkin ve O’Hara’nın (2002) yapmış oldukları çalışmalarda doğumda hareket edip yürüyen ve sık sık pozisyon değiştiren gebelerin, hareket etmeyenlere oranla doğum ağrısını daha az hissettikleri ve daha az ağrı kesiciye gereksinim duydukları, sezaryen oranının daha az ve doğum süresinin daha kısa olduğunu bildirilmiştir. Ayrıca normal doğumda sağlıklı bir kadın için yürümenin zararlı olduğunu belirten hiçbir çalışma yoktur (Storton 2007). Çalışmamızda deney grubu gebelerin tamamının, kontrol grubunun ise sadece %25.7’sinin travay süresince yatağa bağımlı kalmayıp hareket edip yürüdüğü saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin hareket edip yürümeme sebebi olarak sürekli EFM’na bağlı kalmaları, bu nedenle hareketlerinin kısıtlandığı belirlenmiştir. **(Tablo 6)**. Yapılan istatistiksel analizde gebelerin hareket edip yürüme durumları değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca deney grubuna eğitimler sırasında doğumda yürümenin önemi anlatılmış olup, eğitim öncesi uygulanan ön testin “Aşağıdakilerden hangisi Lamaze felsefelerinden değildir?” olan 3. sorusunu eğitim öncesi yanlış yanıtlayıp eğitim sonrası doğru yanıtlayan kişi sayısı 11’dir ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p:0.001$). Bu anlamda doğumda hareket etme ve yürümeye ilişkin verilen eğitimin travayda uygulanması nedeniyle eğitimin etkin olduğu söylenebilir. Çalışmamızda travay sürecinin bir kısmını evinde geçiren veya özel hastanede doğum yapan deney grubu gebelere rahat hareket etme imkanının yanı sıra sakin ve sessiz bir ortam sağlamış, isterlerse müzik dinlemeleri

ve duş almaları konusunda cesaretlendirilmiştir. Böylece gebeler daha az yatağa bağımlı kalmışlardır. **Tablo 8**'de doğum süresince hareket eden ve yürüyen gebelerin toplam doğum sürelerinin yürümeyen gebelerden daha kısa olduğu görülmektedir. Doğumda hareket edip yürüyen gebelerin toplam doğum süreleri ile yürüyüp hareket etmeyen gebelerin toplam doğum süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca **Tablo 19**'da doğum süresince hareket eden ve yürüyen gebelerin latent, aktif ve geçiş fazı GK puan ortalamalarının yürümeyen gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Doğumda hareket etme ve yürüme ile her üç fazdaki GK puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Çalışma sonuçlarımıza göre travay süresince yürüyen ve hareket eden gebelerin, doğum süresinin daha kısa olduğu ve doğumun her üç fazında da daha az ağrı duydukları saptanmıştır. Doğumda hareket etme, yürüme ve pozisyon değiştirme ile ilişkili olarak doğumun süresi, doğumda hissedilen ağrının şiddeti ve ağrı kesicilere duyulan gereksinimlerin değerlendirildiği çalışmalarla çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir.

Geçmişten günümüze kadar doğumda ayakta, çömelerek, dört ayak ve yan yatar pozisyonu gibi birçok doğum pozisyonu kullanılmıştır. Cochrane'da doğumdaki pozisyonlara ilişkin kanıta dayalı uygulamaların değerlendirildiği bir çalışmada ayakta, yan yatar ve sırt üstü yatarak bacakların yanlardan kaldırıldığı doğum pozisyonu karşılaştırılmıştır. Sonuçta ayakta ve yerçekimine paralel durulan pozisyonda doğumun; ikinci aşaması olan ıkınma evresinin daha kısa sürdüğü, vakum ya da forsepsin daha az kullanıldığı, daha az epizyotomi yapıldığı, şiddetli ağrı hissinin daha az deneyimlendiği, anormal fetal kalp atımlarının daha az olduğu, ikinci derecede yırtılmaların daha az olduğu (yan yatar pozisyonrakiler hariç), beklenenden daha az oranda kan kaybı yaşandığı bildirilmiştir (Gupta, Hofmeyr and Smyth 2004). ABD'de 2005 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %57'si sırt üstü yatar pozisyonda, %35'i de yarı oturur pozisyonda doğum yapmıştır (Decleq et al 2006). Çalışmamızda deney grubu gebelerin hiçbiri sırt üstü doğum yapmamış olup, kontrol grubunun ise tamamı sırt üstü doğum yapmıştır (D: %0.0, K:%100.0). Deney grubu gebelerin büyük bir çoğunluğu yarı oturur pozisyonda (%97.1), sadece 1 tanesi ise doğum taburesinde doğum yapmıştır (%2.9) (**Tablo 6**). Yapılan istatistiksel

analizde gebelerin doğum pozisyonları değerlendirilmiş olup, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca deney grubuna eğitimler sırasında doğum pozisyonları, sırt üstü doğum yapmanın anne ve fetus sağlığına etkileri ve Lamaze International'ın tavsiyeleri, anlatılmış olup, eğitim öncesi uygulanan ön testin "Aşağıdakilerden hangisi Lamaze felsefelerinden değildir?" olan 3. sorusunu eğitim öncesi yanlış yanıtlayıp eğitim sonrası doğru yanıtlayan kişi sayısı 11'dir ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p:0.001$). Bu anlamda sırt üstü doğum yapmaktan kaçınmaya ilişkin verilen eğitimin, travayda uygulandığının saptanması eğitimin etkin olduğunu göstermektedir. Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

İnsan bedeni doğal doğum için harika bir şekilde dizayn edilmiştir. Gebeliğin son haftalarında beden ve fetus doğuma hazırlanır. Primiparlarda fetus genellikle son haftada doğum kanalına yerleşir. Sıkı olan serviks yavaş yavaş yumuşamaya başlar. Bu süreç birkaç gün veya birkaç hafta sürebilir. Gebeliğin son haftalarında fetusün akciğerleri olgunlaşır. Yine kritik beyin gelişimi 41. gebelik haftasına kadar devam eder. Araştırmalar 35. gebelik haftasından 41. gebelik haftasına kadar fetal beyindeki beyaz tabakanın 5 kat daha fazla artış gösterdiğini belirtmektedir. Anne karnında ve doğumdan sonra bebeğin beyin gelişiminin nasıl olduğunu araştırmak ve karşılaştırmak üzere çalışmalar halen devam etmektedir (Kinney 2006). Doğumun başlama mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bilimsel açıklamalara göre fetal organlar uterus dışında yaşayabilecek olgunluğa ulaştığı zaman, fetusün vücudundan bir madde salgılanır ve bu annede kontraksiyonları başlatan hormon olan oksitosinin salgılanmasını sağlar. Bu hormonların artışıyla birlikte fetus anne karnından dış dünyaya doğmak için hazırlanır. Özellikle doğumdan sonraki ilk nefesini alabilmek için akciğerler hazırlanır. ACOG ve Uluslararası doğum birliği normal gebelik süresinin 38 ile 42. haftalar arasında tamamlandığını ifade etmiştir. Yapılan çalışmalar 41. haftada doğumun gerçekleşmesi ile 42. haftaya kadar beklenmenin perinatal mortalite açısından bir fark olmadığını göstermiştir (Wennerholm, Hagberg, Brorsson, 2009). Williams Obstetrics'te de (Cunningham et al. 2005) uzman görüşler bu yöndedir. Buna göre 41. haftaya gelmiş ve doğum hala gerçekleşmemiş ise, doğumun başlatılması tıbbi olarak gerekli değilse 42. haftaya kadar beklenebilir.

Çalışmamızda deney grubu gebelerin doğum haftaları ortalama 282.46 ± 7.47 gün (40 hafta + 2 gün), kontrol grubunun ise 274.80 ± 8.91 gün (39 hafta+ 1 gün)'dür. Gebelerin doğum yaptıkları hafta deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$) (**Tablo 7**). Çalışma sonuçlarımız normal doğum aralıklarında olup, Çalık'ın (2010), Okumuş ve ark (2001) çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Travay süresini etkileyen birçok faktör vardır. Anne adayının endişeli ve korkmuş olmasının, travay süresini uzattığı ve yeni doğan sonuçlarını olumsuz etkilediği bildirilmektedir. Gebenin pozisyonu ve hareket etmesi de doğum süresini etkiler. Özellikle ayakta ve yer çekimine paralel pozisyonlar doğumu kolaylaştırır ve fetusun rotasyonunu tamamlamasını, fetüs başının servikse olan baskısını artırarak dilatasyonun artmasını sağlar. Doğumun ilk evresini kısaltır (Lawrence et al 2009). Yine travayda destekleyici hemşirelik uygulamalarının doğum eyleminin süresini (dilatasyon, ekspulsiyon ve halas dönemi) kısalttığı belirtilmektedir (Gagnon 1997, Gençalp 1998, Kömürcü ve Berkiten 2008). Çalışmamızda gebeler yatağa bağımlı kalmama konusunda eğitimler sırasında bilgilendirilmiş ve travayda da yürüme ve hareket etmeleri konusunda cesaretlendirilmiş ve desteklenmiştir. Yerçekimine paralel pozisyonun korunması için latent evrede doğum topu, sallanma ve yürüme, aktif evrede yine doğum topunu kullanarak gebenin yorulmadan farklı paralel pozisyonlarda kalması sağlanmıştır. Dört ayak ve ıkınma sırasında çöelmeyi destekleyen pozisyonları uygulamaları konusunda desteklenmişlerdir. Çalışmamızda travayda hareket eden ve yürüyen gebelerin toplam doğum sürelerinin yürümeyen gebelerden daha kısa olduğu saptanmıştır (**Tablo 8**). Hareket edip yürüyen gebelerin toplam doğum süreleri ile yürümeyen ve hareket etmeyen gebelere göre toplam doğum sürelerinin daha kısadır ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Çalışma sonuçlarımız travayda yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirmeye ilişkin yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Ayrıca travayda kontraksiyonlar sırasında gebelere karın, sırt, kalçalarının dış yan kısımları, el içi ve ayak bölgesindeki akupresür noktalarına basınç ve masaj uygulanmıştır. Lee ve ark (2002) çalışmasında, 28 primipar gebeye eylemin latent, aktif ve geçiş fazlarının her birinde tüm vücut masajı uygulanırken, kontrol

grubundaki 28 gebeye rutin doğum salonu bakımı verilmiştir. Bu çalışmada deney grubundaki gebelerin eylemin tüm fazları ile toplam eylem süresinin, kontrol grubuna göre daha kısa sürdüğü saptanmıştır. Aynı çalışmada eylemin ikinci evresinin süresi açısından gruplar arası farklılık saptanmamıştır. Lee ve ark (2002) bulguları sonuçlarımızla birebir benzerlik göstermektedir. Çin tıbbında doğumu hızlandırmak ve doğum süresini kısaltmak için bazı noktalara akupresür uygulanmaktadır. Çalık'ın (2010) SP6 noktasına akupresür uyguladığı çalışmasında deney grubu gebelerin doğum süresinin kontrol grubundan 1 saat daha kısa olduğunu belirtilmiştir. Yıldırım'ın (2001) solunum ve tensel uyarılma tekniklerini uyguladığı çalışmasında deney grubu gebeler primipar, kontrol grubu gebeler ise multipar gebelerden oluşmaktadır. Öztürk'ün (2006) ele uygulanan buz masajının doğum ağrısına etkisini değerlendirdiği çalışmasında ise gruplar primipar ve multipar gebelerden oluşmaktadır. Her iki çalışmada da doğum süreleri açısından deney ve kontrol grubu arasında fark olmadığı belirtilmiştir. Çalışmamızın örneklemini başka parametrelerin yanı sıra doğum süresi açısından primipar ve multiparlarda doğum süresinin farklı olduğu göz önünde bulundurularak çalışmada güvenilir sonuçların elde edilebilmesi açısından her iki grupta primiparlardan oluşmaktadır. Çalışmamızda deney ve kontrol grubu gebelerin doğum süreleri incelenmiş olup, deney grubu gebelerin dilatasyon süresi kontrol grubundan ortalama 3.43 saat daha kısa olduğu, ekspulsiyon sürelerinin ise ortalama eşit olduğu (D:27.17 ± 10.86 dakika K:30.51 ± 6.74 dakika) ve toplam doğum süresinin ise deney grubunun kontrol grubundan 3.9 saat daha kısa olduğu belirlenmiştir (**Tablo 7**). Yapılan istatistiksel analizde gebelerin dilatasyon, ekspulsiyon ve toplam doğum süreleri değerlendirilmiş olup, ekspulsiyon süresi hariç dilatasyon ve toplam süresinde deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). **Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin travay süreleri açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Bu sonuca göre araştırma hipotezi olan H_1 hipotezi kabul, H_0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Yukarıdaki benzer çalışmalarda akupresür uygulamasının doğum süresi üzerine etkilerinin farklı şekillerde bulunmasının, araştırmada primipar ve multiparların aynı

örneklem grubunda olması ve farklı yöntemlerin kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Doğum süresinin uzamasına neden olan diğer bir uygulama da epidural anestezidir. Epidural anestezi ile pelvik taban kasları gevşer ve bebeğin doğum kanalında ilerlemesi yavaşlar ve rotasyonu da zorlaşır. Doğal salınan oksitosini azaltır ve kontraksiyonlar yavaşlar, böylece doğum süresi uzar. Kontraksiyonları güçlendirmek için indüksiyon uygulanmak zorunda kalınır. İndüksiyon uygulandığı için sürekli EFM gerekir ve anne adayı yatağa yatırılır. Bu da hareketin ve yürümenin kısıtlanması anlamına gelir. Ayrıca epidural anestezi hipotansiyona neden olduğu için IV sıvı takılması gerekir. Bazı kadınlar idrarının gelip gelmediği hissedemedikleri için idrar sondasıyla idrarının boşaltılması gerekir. Mesanenin dolu olması da doğumu yavaşlatır (Lothian 2010). Lieberman ve O'Donoghoe'nin (2002) yaptığı çalışmada epidural anestezinin özellikle primiparlarda doğum sürecini uzattığı belirtilmektedir. AWHONN tarafından 33'ü Amerika 2'si Kanada hastanesinde doğum eyleminin 2. evresinin değerlendirildiği bir proje çalışmasında epidural anestezi ağrı gidermede en popüler ve etkili metod olarak bulunmuştur. Epidural uygulama sonuçları meta analizinde doğumun 1. ve 2. evresinin sürelerinin uzadığı bildirilmiştir (Roberts 2002). Bergström ve ark (2009) doğuma hazırlık sınıfına katılan doğal doğum ve standart eğitim verilen iki grubun karşılaştırıldığı çalışmada, her iki grupta epidural anestezi uygulanma oranının eşit, toplam doğum sürelerinin ise ortalama 9.9 saat olduğu belirtilmiştir. Okumuş ve ark (2001) doğuma hazırlık eğitimlerinin etkinliğinin incelendiği çalışmalarında normal doğum yapan 18 kadından 9'u, kontrol grubunun da 18 kadından 11'inin epidural anestezi ile doğum yaptığı ve doğumun ikinci evre süresi arasında anlamlı farkın olmadığını belirtmişlerdir (D: 11.39 ± 4.26 , K: 18.18 ± 9.19). Çalışmamızda her iki gruba da herhangi bir ağrı kesici ve epidural anestezi uygulanmamış olup, deney grubunun dilatasyon ve toplam doğum süreleri kontrol grubundan daha kısa sürmüş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (**Tablo 7**). Çalışma sonuçlarımız ve yapılmış diğer çalışmalar değerlendirildiğinde, epidural anestezinin doğum süresini uzattı söylenebilir.

Amniyotomi, modern obstetrikte kontraksiyonları artırarak doğumu hızlandırmak için uygulanan bir girişimdir. Fakat bu uygulama anne bebek açısından istenmeyen durumların oluşmasına neden olabilir. Son zamanlarda yapılan ve Cochrane’da yayınlanan 15 çalışmanın incelendiği amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan toplam 5583 gebe üzerinde yapılan RKÇ’de, doğumun dilatasyon dönemi süresinin deney ve kontrol grubu arasında fark olmadığı (ort:23.43 dakika), rutin olarak uygulanan amniyotominin sezaryen olasılığını artırdığı bildirilmiştir ((Smyth, Alldred ve Markham, 2007). Rutin amniyotomi uygulamasının neonatal sonuçları (Fraser, 1999) ve fetal kalp atışlarını olumsuz etkilediği, (Fraser et al 1999, Garite et al 1993, Mercer et al 1995) (Kanıt düzeyleri: B). erken amniyotominin maternal ve fetal enfeksiyon riskini artırdığı (kanıt düzeyi B) ((Fraser et al 1999, Mercer et al 1995), umbilikal kord prolapsusuna neden olduğunu (kanıt düzeyi: A) (Usta, Mercer, Sibai 1999) bildirilmiştir. Ülkemizde birçok hastanede rutin olarak amniyotomi uygulanmaktadır. Mamuk’un (2008) vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisini değerlendirdiği çalışmasında deney grubu annelerin %50’sine kontrol grubunun ise %63.3’üne amniyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Çalışmamızda eğitimler sırasında deney grubuna amniyotomi uygulamasının avantaj ve dezavantajları hakkında bilgi verilmiştir. Gebeler oluşturdukları doğum planlarında bu uygulamanın tıbbi olarak gerekmedikçe kendilerine uygulanmasını istemediklerini belirtmişlerdir. Uygulamanın gerekliliğine doktorun karar verdiği düşünüldüğünde, bu konuya doktorun yaklaşımı oldukça önemlidir. Amniyotomi uygulamasının doğumun süresini kısaltmak ve doğum odasındaki sirkülasyonu hızlandırmak için mi yoksa tıbbi olarak gerektiği için mi uygulandığı değerlendirilmelidir. Çalışmamızda amniyotomi deney grubuna uygulanmamış olup, kontrol grubunun %40.0’ına uygulanmıştır (**Tablo 10**). Amniyotomi uygulaması için deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca amniyotomi uygulamasının toplam doğum süresine etkisi incelenmiş, amniyotomi uygulanan gebelerin toplam doğum süresinin, amniyotomi uygulanmayan gebelerden daha uzun olduğu saptanmıştır (14.4 ± 4.8 saat ve 10 ± 4.4 saat) (**Tablo 9**). Amniyotomi uygulanan gebelerin toplam doğum süreleri ile uygulanmayan gebelerin toplam doğum süreleri arasındaki fark istatistiksel olarak

ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Deney grubu gebelere amniyotomi uygulanmadığı göz önünde bulundurulduğunda, doğum süresini kısaltan diğer uygulamaların (hareket etme, yürüme, sallanma, yer çekimine paralel pozisyonlarda bulunma, destek verme, masaj, aralıklı EFM vb.) yapılmış olmasının doğum süresinin daha kısa sürmesinde etkin olduğu, bilinenin aksine amniyotomi uygulamasının doğum süresini kısaltmadığı düşünülmektedir.

Ülkemizde ve dünyadaki birçok hastanede tıbbi bir gereklilik olmadığı halde “ne olur ne olmaz” diye rutin olarak yeme/içme kısıtlanmakta, damar yolundan sıvı verilmekte, sürekli EFM yapılmakta, indüksiyonla doğum hızlandırılmakta, amniyotomi, lavman, epizyotomi ve epidural anestezi uygulanmaktadır. Bu uygulamalar doğumu daha güvenli yapmaz. Tıbbi olarak gerekmedikçe yukarıda belirtilen müdahalelerin uygulanması doğal sürecin seyrini olumsuz etkiler. Doğum mümkün olduğunca doğal sürecine bırakılmalıdır ve gerçekten tıbbi bir gereklilik olduğu takdirde müdahale edilmelidir (Lothian 2010).

Epizyotomi ilk olarak 1942’de zor doğumları kolaylaştırmak için İrlanda’da kullanılmış ancak bu yüzyılın ortalarına dek yaygın kullanıma girmemiştir. Günümüzde ilk doğumların %80-90’ında ve sonraki doğumların yaklaşık %50’sinde uygulanmaktadır. Amerika’da 2005 yılında epizyotomi uygulama oranı %25’dir. (Declercq et al 2006). Geleneksel tıp bilgisi birkaç nedenden dolayı epizyotomiye destekler: Düzgün kenarları olduğu için düzensiz bir yırtığa kıyasla daha kolay onarılır. Oysa yapılan çalışmalarda düzensiz yırtıkların düzgün epizyo kesisine oranla daha kısa sürede iyileştiği bildirilmiştir. Diğer bir neden de iyi zamanlandığında vajina ve perine kaslarının zedelenmesini engeller; epizyotominin perine zedelenmesini azalttığına, iyileşmeyi hızlandırdığına, bebeğin zarar görme ve ileride inkontinans oluşma riskini azalttığına dair kanıt yoktur. Bütün bu sebeplerden dolayı epizyotomi rutin olarak uygulanmaktadır. Aslında epizyotomi de ağrı deneyimi daha fazladır. Doğumdan sonra cinsel sorun ve inkontinans görülme oranı daha fazladır (Goer et al 2007, Hartmann et al 2005). Mamuk’un (2008) vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisini değerlendirdiği çalışmasında deney grubu annelerin %88.4’üne, ilk doğumlarında epizyotomi uygulandığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar

arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmektedir. Üstünsöz (1996) epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisini incelediği çalışmada, ilk doğumunu yapan kadınların %81.2'sine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir. Yıldız (2003) TENS'in doğum ağrısını algılamaya etkisini incelediği çalışmada, ikinci ve üçüncü doğumunu gerçekleştiren annelerden kontrol grubunun %83.3'üne, TENS grubunun ise %80'ine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir. Karaçam ve Eroğlu (2003) epizyotominin anne sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, primiparlarda epizyotomi oranını %95 olduğunu bildirmişlerdir. Turan ve ark (2003) gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğini değerlendirdikleri çalışmalarında, İstanbul ilinde bulunan bir devlet hastanesinde %41, SSK hastanesinde % 79 ve özel hastanede %73 oranında epizyotomi uygulandığını belirtmişlerdir. Dinç (2004) gebelerde üriner inkontinas üzerine yaptığı çalışmada annelerin önceki doğumlarında epizyotomi uygulanma oranını %88 olarak bildirmiştir. Hut (2005) Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde gerçekleşen doğumları incelediği çalışmada; 4845 vakanın 1910'nuna epizyotomi uygulandığını (%39), bunların 586'sının (%30) primipar olduğunu belirtmiştir. Şahin ve ark (2007) doğumun ikinci aşamasını değerlendirdikleri çalışmalarında, ilk doğumunu gerçekleştiren gebelerin %92'sine epizyotomi uygulandığını bildirmektedir. Çalışmamızda deney grubundaki gebelerin %68.6'sına, kontrol grubunun ise %97.1'ine epizyotomi uygulandığı görülmektedir (**Tablo 10**). Yapılan istatistiksel analizde epizyotomi uygulaması için farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Epizyotomi uygulanma oranını azaltmak için Kegel egzersizleri düzenli olarak yapılarak perine kaslarının esnekliği artırılabilir. Doğumdan 4-6 hafta öncesinden perineyi güçlendirmek için perine masajları yapılabilir. Doğum sırasında perinedeki rahatsızlığı gidermek için sıcak kompresler, masaj, ayakta veya çömelmiş duruş ve ıkınırken perinenin esnemesini kolaylaştırmak için nefes verilebilir. Bu yöntemlerin düzenli olarak uygulandığı merkezlerde kadınların %15-25'ine epizyotomi uygulanmaktadır (Lothian 2010). Çalışmamızda epizyotomi uygulanmayan gebelerde çok az deşirür oluşmuştur. Epizyotomi uygulanmayan gebelerden dördü sadece gebelikte değil çok daha öncesinden düzenli kegel egzersizleri yaptıklarını ifade etmişlerdir. Epizyotomi yapılmasında doğumu yaptıracak kişi önemli bir faktördür. "Epizyotomi yapmak ya da yapmamak" sorusu

eğitim sınıfında veya doktor muayenesinde yanıtlanacak bir soru değildir. Yanıt ancak doğumhanede, bebeğin başı vajinaya oturduğunda verilebilir. Ancak o zaman perinenin yırtılmadan bebeğin başının geçmesine izin verip vermeyeceği ve epizyotominin doğumu uzatarak anne veya bebeğe tehdit oluşturup oluşturmayacağına dair gerçekçi bir yargılama yapılabilir (Roberts 2002). Ülkemizde epizyotomi uygulamasına ilişkin resmi veriler ve istatistikler yetersizdir. Ancak yukarıda verdiğimiz çalışma örnekleri ve çalışmamız annelerin ilk doğumlarında rutin, diğer doğumlarında ise yüksek oranda epizyotomi uygulamasına maruz kaldığını göstermektedir. Yukarıda da ifade edildiği gibi doğumu kolaylaştırıcı etkisi bilinen epizyotominin, rutin değil gerektiğinde uygulanmalıdır.

Lavman perineal kontaminasyonu önlemek, başın inişini kolaylaştırmak ve kontraksiyonları arttırmak amacıyla, doğumun latent fazında uygulanmaktadır. Son çalışmalarda lavman uygulamasının, gebelerde utanmaya sebep olması ve perineal kontaminasyonu azaltmadığı gerekçesiyle rutin olarak uygulanmaması gerektiği bildirilmektedir (Turan 2003, Karahan 2004). Cuervo ve ark (2000) lavman yapılan ve yapılmayan grupların karşılaştırıldığı iki randomize kontrollü deneysel çalışmaları incelemiş ve lavmanın etkilerini değerlendirmek için yeterli kanıt olmadığını ifade etmiştir. Lavmanın genellikle rahatsız edici olduğunu, doğumun maliyetini artırdığını, kullanımı destekleyen kanıt olmadıkça travayda rutin olarak uygulanmamasını önermektedir. Reveiz, Gaitán ve Cuervo (2010) Cochrane’da yayınlanan RKÇ çalışmaları incelediklerinde, lavman uygulamasının yenidoğan alt ve üst solunum yolu enfeksiyonu gelişmesi açısından fark yaratmadığını bildirmiştir. RKÇ’nin birinde lavman uygulanan grubun doğum süresinin (409.4 dakika) uygulanmayan grubun doğum süresinden (459.8 dakika) daha kısa sürdüğü ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmiştir. Diğer bir RKÇ’da lavman uygulanan grubunun doğum süresinin (392.7 dakika) uygulanmayan gruptan (509.7 dakika) daha kısa sürdüğü belirtilmiştir. Bu iki RKÇ’dan elde edilen bulgular sonucunda, doğumda rutin lavman uygulanmasının yapılmaması gerektiği, doğum süresini kısaltsa da gerekmedikçe uygulanmamasını önermektedir. Mamuk’un (2008) çalışmasında deney grubu annelerin %60’ına kontrol grubunun ise %50’sine lavman uygulandığı saptanmıştır. Çalışmamızda lavman deney grubu gebelerin %25.7’sine, kontrol grubu gebelerin %71.4’üne uygulanmıştır (**Tablo 10**). Deney ve kontrol

grubu arasında lavman uygulaması açısından istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma sonuçlarımız Cochrane RKÇ önerileri ile benzerlik göstermektedir. Deney grubunda lavman uygulama oranının daha az olmasında verilen eğitimin etkin olduğu düşünülmektedir. Kontrol grubunun büyük bir çoğunluğuna lavman uygulanmasının nedeni, çalışmanın yapıldığı doğumhanede, doğumu hızlandırıcı etkisinden dolayı doğumhane ekibinin hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla bu uygulamalara sıkça başvurmasından kaynaklanmaktadır.

EFM fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılır. Doğum süreci normal ilerliyorsa aralıklı olarak uygulanmalıdır. Sürekli EFM anne adayının sürekli yatakta yatmasını gerektirir. Bu yüzden yürüme, hareket etme, rahatlıkla pozisyon değiştirme engellenir (Lothian 2010). Yapılan çalışmalarda yeni doğan bebeklerin sağlık durumlarında sürekli EFM yapılanlarla aralıklı EFM yapılanlar arasında bir fark olmadığı bildirilmiştir (Goer et al 2007, Thacker et al 2001). Bu sebeple Kadın ve Çocuk Sağlığı Birliği (2009), Amerikan Ebeler ve Hemşireler Akademisi (2007) ve ACOG (2005) doğumda aralıklı olarak fetal kalp atımlarının dinlenmesini önermektedir. Bu uygulama sezaryen oranını azaltacaktır. ACOG ve AWHONN'un tavsiyelerine ve kanıt temelli çalışmalara rağmen sürekli EFM yaygın olarak uygulanmaktadır. Aralıklı EFM'nin tercih edilmemesinin en önemli nedeni yetersiz eğitim ve personel yetersizliği olarak ifade edilmektedir. İndüksiyon veya epidural anestezi uygulanmışsa, doğumun ilerleyişi ile ilgili bir sıkıntı varsa o zaman sürekli EFM uygulanmasına gerek olabilir. Diğer türlü aralıklı EFM daha güvenli ve sağlıklıdır (Albers 2001, Luyben and Gross 2002, Lothian 2010). Çalışmamızda travay süresince deney grubu gebelerin hiç birine sürekli EFM uygulanmamış olup, kontrol grubu gebelerin ise %77.1'ine uygulanmıştır (**Tablo 10**). Yapılan istatistiksel değerlendirmede sürekli EFM uygulamasında deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma sonuçlarımız yukarıda belirtilen bulgular ve önerilerle benzerlik göstermektedir. Travayda sürekli EFM sonucu, hareket etme, yürüme ve rahat pozisyon değiştirme engellenir ve doğumun süresi uzar. Çalışmamızda travayda hareket eden ve yürüyen gebelerin toplam doğum sürelerinin yürümeyen gebelerden daha kısa olduğu saptanmıştır (**Tablo 8**).

Çok az insan yemek yiyip içmeden saatlerce ayakta kalabilir. Doğum eyleminde ise anne adayının enerjiye gereksinimi vardır. ABD’de 2005 yılında doğum yapan kadınların %40’ının doğum süresince su içmesine izin verilmemiş, %15’inde de yemek yemesi yasaklanmıştır (Declercq et al. 2006). Kısıtlamanın sebebi ise acil olası sezaryen sonrası mide içeriğinin aspirasyonu riskidir. Rooks’un (1999) çalışmasında boş ya da dolu mide ile anestezinin aspirasyon riski açısından arasında fark olmadığı belirtilmektedir. Bu gerçeklere rağmen travayda yeme/içme hala kısıtlanmaktadır. Cochrane’da yayınlanan sistematik incelemede 3130 kadını kapsayan beş çalışma incelenmiş ve sonuçta düşük riskli doğumlarda travayda yeme ve içmenin kısıtlanması gerektiğine dair herhangi bir kanıt olmadığı belirtilmiştir (Singata, Tranmer, Gyte 2010). Son yıllarda yapılan çalışmalarda doğum sırasında yeme/içme kısıtlanmasının faydalı olduğuna dair kanıt olmadığı yönündedir (Goer et al 2007). Doğumda yeme/içmenin bulantı ve tıbbi müdahale insidansını artırmadığı ve doğumda anormal bir durum gelişmesine neden olmadığı belirtilmektedir (Parsons et al 2007). Yine çalışmalarda doğumda yeme ve içmenin zararı olmadığı, bu nedenle de kısıtlama yapılmaması gerektiği bildirilmiştir (Goer et al 2007, Tranmer et al 2005). Amerikan Anestezi Uzmanları Birliği (2007) ve ACOG (2002) düşük riskli doğumlarda sıvı içmesine izin verilebileceğini, Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu ve Amerikan Ebeler ve Hemşireler Birliği ise kanıta dayalı uygulamalar kapsamında normal doğum eylemi süresince sindirimi kolay gıdalar ve sıvı alımını desteklemektedir (Enkin et al 2000). Ülkemizde hemen hemen bütün hastanelerde travayda yeme ve içme kısıtlanmaktadır. Sadece dudaklarını ıslatmak ve ağzını çalkalamak için su verilmektedir. Gebeler süreç boyunca aç kaldıklarından halsiz düşmekte ve ıkınma sırasında etkin ıkınamamaktadır. Çalışmamızda travayda deney grubu gebelerin %20’sinde kontrol grubunun ise tamamına (%100.0) yeme/içme kısıtlanması uygulanmıştır (**Tablo 10**). Travay süresince yeme/içmenin kısıtlanması açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Deney grubu gebelerin doktorları ile konuşulup yeme ve içmelerine izin verilmesi talep edilmiştir. Enerji içeriği yüksek, miktarı az olan gıdalar ve sıvılar verilmiştir. Bu gıdalar arasında hurma en fazla verilen gıdadır. Hurma kısa sürede az miktarda hızlı enerji sağlaması, lif içeriğinin fazla olması, potasyum ile sıvı dengesini sağlaması ve doğal oksitosin özelliğinden

dolayı tercih edilmiştir. Bunun dışında su, kayısı suyu ve çikolata gebelerin tercih ettiği gıdalardır. Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışmaların travayda yeme / içmenin kısıtlanmaması yönündeki önerilerle benzerlik göstermektedir. Bizim de önerimiz bu yöndedir.

Williams Obstetrics'te doğumun ikinci evresinde dolu mesanenin doğum süresini uzatabileceği belirtilmiştir (Cunningham et al 2005). Read ve ark (1980) ise aktif fazda uygulanan mesane kateterinin ve boş mesanenin, servikal dilatasyon, fetüs başının inişi ve uterus aktivitesini, Kerr-Wilson, Parham ve Orr (1983) ise, dolu mesanenin doğum sürecini etkilemediğini belirtmiştir. Evron ve ark (2008) ikinci evrede sürekli ve aralıklı mesane kateteri uygulamasının doğum sürecine etkisini değerlendirdiği çalışmasında, sürekli mesane kateteri uygulanan grubun ikinci evre süresinin aralıklı mesane kateteri uygulanan gruptan daha uzun olduğunu (105 ± 72 , 75 ± 52 dakika) ve gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda deney grubu gebelerin %11.4, kontrol grubunun ise %28.6'sına sonda uygulanmıştır (**Tablo 10**). Gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Ayrıca sonda uygulamasının doğum ikinci evre süresini etkilemediği saptanmıştır. Bulgularımız literatür ile uyumlu olup, travayda gebelere birer saat aralıklarla idrar yapmasının hatırlatılması faydalı olacaktır.

Bebeğin anneyle doğumdan sonraki ilk buluşması doğumun ilk dakikalarında başlar. Sağlıklı bir bebek doğar doğmaz annesinin göğsüne konularak ilk buluşmaları ve ten teması sağlanır. Bebekler anne göğsünde daha sıcak kalırlar. Kalp atışı, kan şekeri ve solunumu daha hızlı normale döner (Charpak et al 2005, Bystrova et al 2007). WHO, doğrudan ten temasının bebeğin normal vücut florasının oluşmasına katkı sağladığını ve hastalıklara karşı koruma oluşturduğunu bildirmiştir. Ayrıca ten teması sonucu anne sütü daha fazla salınır, anne bebeğini daha uzun süre emzirir ve mama vermeye gerek kalmaz (Moore et al 2007, Bystrova et al 2007). Okumuş ve ark (2001) doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin %27.8'inin, eğitim almayanların ise %56'sının doğumdan hemen sonra bebeklerine dokunduklarını belirtmiştir. Çalışmamızda deney grubu anneler, kontrol grubu annelerden çok daha önce bebeklerine dokunmuş ve iletişim kurmuşlardır. Deney grubu annelerin tamamı (%100.0), kontrol grubunun ise sadece %11.4'ü doğar doğmaz bebeklerine

dokunmuşlardır. Kontrol grubu annelerin %5.7'si ilk yarım saat içinde, %28.6'sı ilk bir saatte ve %54.3'ü iki saat ve daha sonrasında bebeklerine dokunmuşlardır. **(Tablo 11)**. Annelerin bebeklerine ilk kez dokunma zamanı değerlendirildiğinde, deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Deney grubu annelerin bebekleri doğar doğmaz annelerinin göğsüne konulmuş, 3-10 dakikaya kadar annelerinin göğsünde tutulmuştur. Bu süreçte emzirme de desteklenmiştir. Eğitimler boyunca doğar doğmaz bebeğin anne göğsüne konularak ilk ten temasının sağlanmasının önemi anlatılmış olup, bunun deney grubu tarafından kavranmasının bu farkı oluşturduğu düşünülmektedir.

Anne ve bebeğin bir arada tutulmasının gecikmesi, ertelenmesi anne bebek arasındaki bağın oluşumunu ve emzirmeyi olumsuz etkiler. Bebekler annelerinin yanında daha sıcak kalır ve daha az ağlarlar. Emzirme daha başarılıdır. Anneler bebekleri yanlarındayken ağlama sesinden neye gereksinimi olduğunu daha çabuk tanırlar (Enkin et al 2000). Doğumdan hemen sonra ten temasının sağlanması süt salınımının hemen başlamasını sağlar. Bystrova ve ark (2007) yapmış oldukları RKÇ'da doğumdan sonra bebekleri ile doğrudan ten teması sağlanan grubun %70'i, bebeği giydirilip anne kucağına verilen grubun %75'i doğumdan sonraki ilk iki saat içinde bebeklerini emzirmişlerdir. Bebeklerini emziren annelerin doğumdan sonraki ilk dört gündeki süt miktarı emzirmeyen annelerden anlamlı derece yüksek bulunmuştur (sırasıyla 284 ml, 184 ml). Nommsen-Rivers ve ark (2009), doula desteğinin emzirmeye etkisini değerlendirdikleri RKÇ'da, doula desteği olan annelerin emzirmeye daha erken başladıklarını (destek alan: %58.3, destek almayan: %45.2) ve normal doğum yapanların %85.3'ünün emzirmeye ilk 1 saat içinde başladıklarını bildirmiştir. Çalışmamızda da deney grubu anneler kontrol grubu annelerden daha önce bebeklerini emzirmişlerdir. Bebeklerini ilk yarım saat içinde emzirme oranı deney grubunda %31.4 iken kontrol grubunda bu oran %0.0'dır. Deney grubunun %40.0'ı, kontrol grubunun %31.4'ü ilk bir saat içinde bebeklerini emzirmişlerdir. Kontrol grubunun büyük bir çoğunluğu (%60.0) 2. ve 3. saatte bebeklerini emzirmişlerdir **(Tablo 11)**. Yapılan istatistiksel incelemede annelerin emzirme zamanına ilişkin deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ülkemizde daha önce yapılan araştırmalarda ilk yarım saat içinde emzirmeye başlama oranları Bağlar (2008)

%1.3, Sevinç (2005) %12.6 olarak bildirmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızdaki deney grubu sonuçlarımızdan da düşüktür. Yapıcıoğlu ve ark (2002) ve Tunçel, Dündar ve Peşken (2005) çalışmalarında, ebe ve hemşirelerin kendi emzirmelerine ilişkin davranışlarını değerlendirmiş, ilk yarım saat içinde emzirmeye başlama oranları sırasıyla %42.2, %50.9'dur. Bu grupta ilk yarım saatte emzirme oranı çalışma sonuçlarımızdan nispeten yüksektir, fakat yine de beklenenin altındadır. Bağlar (2008), Sevinç (2005), Özenç (2005), Çetin ve ark (2005), Yiğitbaş, Kahraman ve Yeşilçiçek (2005), Tunçel ve ark (2008)'ın çalışmalarında ilk bir saat içinde emzirme oranları sırasıyla %62.5, %57.6, %55.4, %56.1, %58.9 ve %68.5'dir. TNSA 2003 verilerine göre ilk bir saatte emzirme oranı %53.9 iken TNSA 2008'de bu oran %39'a gerilemiştir. TNSA sonuçlarına göre ülkemizde doğum sonrası ilk bir saatte emzirme davranışından uzaklaşıldığı görülmektedir.

Çalışmamızda emzirmenin gecikme nedenlerinden biri çocuk doktorunun bebeği muayene etmesinin beklenmesi, bebeklerin daha sonra anne yanına verilmesidir (D: 34.3, K:%100.0) (**Tablo 11**). Bu durum bir devlet kurumu olan Zeynep Kamil EAH'de doğum yapan gebelerde deneyimlenmiştir. Diğer bir neden de annelerin doğumdan sonra odalarına alınmayı beklemeleri ve bebeklerinin daha sonra yanlarına verilmesidir (D:34.3). Bu durum ise sadece deney grubunda ve özel hastanede doğum yapan gebelerde deneyimlenmiştir. WHO ve UNICEF ortak bildirisi olan "Başarılı Emzirmede On Adım" emzirmeyle ilgili temel stratejileri içermektedir. Ülkemizde 1991 yılında imzalanan bir protokolle tüm özel ve devlet hastanelerinde bu protokol uygulanmaya başlanmış ve uygulayan hastaneler "Bebek Dostu Hastane" ünvanını almıştır. Bu stratejilerden biri de doğumu izleyen ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için annelere yardımcı olunması ve bunun desteklenmesidir (WHO/UNICEF Ortak Raporu 1993). Çalışma sonuçlarımız ve yapılan diğer çalışmalar değerlendirildiğinde bu uygulamanın tam olarak gerçekleştirilmediği görülmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmalardan ve TNSA raporlarından elde edilen tüm çocukların emzirilmeye başlama zamanı ile ilgili bilgiler, ülkemizde anne sütü ile beslemeye başlamanın istenenden geç olduğunu göstermektedir. Doğuma hazırlık eğitimi alan anneler bebeklerinin bir an önce yanlarına verilmesini ve emzirmek istediklerini belirtse de, hastane prosedürleri ve sağlık personelinin bu konudaki tutumu ve çalışma koşulları göz önünde

bulundurulduğunda emzirmenin doğumdan sonraki ilk yarım, en geç bir saat içinde başlatılmasına engel olmaktadır. “Bebek Dostu Hastane”lerde bu uygulamanın etkin yapılıp yapılmadığının sık aralıklarla denetlenmesinin ve sağlık çalışanlarının eğitiminin, uygulamanın etkin bir şekilde yapılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda deney grubu annelerin hiç biri bebeklerini mama ile beslemezken, kontrol grubu annelerin %22.9’u bebeklerini mama ile beslemişlerdir (**Tablo 11**). Bebeklerini mama ile besleyen anneler bunun nedeninin bebeğin memeyi alamamasından dolayı olduğunu ifade etmişlerdir. Yapılan istatistiksel incelemede annelerin bebeklerini mama ile beslemelerine ilişkin gruplar arası istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bystrova ve ark (2007)’nin yaptıkları RKÇ’da doğum odasında ve doğum sonu serviste bebek bakım odasında tutulan bebekler, emzirmesi için günde 7 kez annelerinin yanına verilmiş, onun dışında hep bebek bakım odasında tutulmuş ve mama ile de beslenmiştir. Bu annelerin ilk dört gün içindeki süt miktarı bebekleri yanında olan ve emziren annelerden anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bağlar’ın (2008) çalışmasında doğumdan sonra bebeklerin %20’sinin mama ile beslendiği, bunun nedeninin bebeklerin vücut tartısının %10’un üzerinde fizyolojik kilo kaybının olması, fototerapi tedavisi ve hipoglisemi vb. nedenlerden dolayı olduğunu belirtmiştir. Tunçel, Dünder ve Peşken (2005)’in ebelerin emzirmeye ilişkin davranışlarını değerlendirdikleri çalışmasında bebeklerin %12.5’ine hastanede formül mama verildiği ve verilmeyen bebeklere kıyasla sadece anne sütü ile beslenme sürelerinin anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir ($p<0.05$). Alikashioglu ve ark’nın (2000) bebek dostu bir hastanede doğum yapmış annelerdeki izlem araştırmasında mama ile besleme oranı %40.6 olup; hastanede mama verilmeyen bebeklerin sadece anne sütü ile daha uzun süre emzirildiği ve sadece anne sütü verme süresini kısalttığı bildirilmiştir. ABD’de yapılan bir çalışmada da hastanede mama verilmesinin anne sütü ile beslenmeyi anlamlı olarak azalttığı bulunmuştur (Howard et al 2003). Yeni doğana, anne sütünden başka bir besin verilmesi kabul edilemezken, bu uygulamanın hastanede gerçekleşmesi ve sonuçta bebeklerin sadece anne sütü ile daha kısa süre beslenmeleri, hastanelerde emzirme konusundaki yanlış uygulamaların bebeklerin anne sütü ile beslenmesinde olumsuz sonuçlara yol açabileceği hakkında bir fikir vermektedir.

Anne ve bebek arasındaki bağı doğumdan hemen sonra başlatılması, erken emzirmenin sağlanması konusunda yanlış uygulamaların önüne geçmek için hastanelerin “bebek dostu” ünvanının yanı sıra “anne dostu hastane” ünvanını almak için özendirilmesi ve bu ünvanı almış olanların uygulamalarının düzenli aralıklarla denetlenmesi gerekmektedir. Böylece anne ve bebek için doğum ve doğum sonu dönemde daha sağlıklı sonuçlar elde edilebilir.

Çalışmamızda deney ve kontrol grubu yenidoğan apgar puan ortalamaları değerlendirildiğinde, deney grubunun birinci dakika apgar puan ortalaması 8.77 ± 0.43 , beşinci dakika ortalaması ise 9.77 ± 0.43 'dür. Kontrol grubunun birinci dakika apgar puan ortalaması 8.34 ± 0.64 ve beşinci dakika ortalaması ise 9.37 ± 0.55 'dir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Tablo 12**). Doğum ağrısı ile baş etmede nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalarda, apgar puan ortalamaları açısından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır (Öztürk 2006, Yıldırım ve ark 2006, Mamuk 2008, Çalık 2010). Kanada'da bir hastanede yapılan pilot çalışmada doğum odalarından biri klasik şekilde, diğeri ise oda dizaynı değiştirilebilir, (hareketli yatak vs.) ve sakin bir ortam sağlanmıştır. Hareket imkanı sağlanan sakin odada ve standart odada kalan annelerin bebeklerinin 1. ve 5. dakika apgar skorları arasında fark olmadığı (her iki grupta da >7) ve hastanede uzun süre kalmayı gerektiren bir durum gelişmediği belirtilmiştir (Hodnett et al 2009). Çalışma sonuçlarımız yukarıda belirtilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermemektedir.

Thacker ve ark'ın (2001) travayda aralıklı ve sürekli EFM yapılan iki grubun apgar skorlarını karşılaştırdığı RKÇ'da, sürekli EFM yapılan grubun apgar skorunun aralıklı olarak fetal kalp atımları dinlenen gruptan düşük olduğu saptanmıştır. Kanıt düzeyi yüksek (A kalite) olmasına rağmen, aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur. Nommsen-Rivers ve ark'nın (2009) doula desteğinin emzirmeye etkisini değerlendirdikleri RKÇ'da, doula desteği olan grubun 1. ve 5. dakika apgar skorları (%56.8, %93.2), standart bakım grubundan (%35.0, %88.7) anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu iki çalışma sonuçları aralıklı fetal kalp seslerinin dinlendiği ve travayda sürekli desteğin verildiği çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ayrıca gebelerin doğum pozisyonu ile apgar skorları karşılaştırılmıştır. Sırt üstü doğum yapanların 1. dakika apgar skoru ortalaması (8.34 ± 0.63) yarı oturur pozisyonda doğum yapanlardan daha düşük (8.76 ± 0.43), aynı şekilde 5. dakika apgar skorları da sırt üstü doğum yapanların (9.37 ± 0.54) yarı oturur pozisyonda doğum yapanlardan (9.76 ± 0.43) daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan istatistiksel analizde aralarındaki fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 13)**. Bodner-Adler ve ark'ın (2003) ayakta ve sırt üstü doğum yapan gebeleri değerlendirdiği çalışmasında bebeklerin 1. ve 5. dakika apgar skorları arasında anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir. Cochrane'daki çalışmalarda doğumdaki pozisyonlara ilişkin kanıta dayalı en iyi uygulamalar değerlendirilmiştir. Buna göre ayakta ve yan yatış pozisyonu ile sırt üstü yatarak bacakların yanlardan kaldırıldığı doğum pozisyonu karşılaştırılmıştır. Sonuçta ayakta ve yerçekimine paralel durulan pozisyonda doğumun ikinci aşaması olan ıkınma evresinin daha kısa sürdüğü ve anormal fetal kalp atımlarının daha az olduğu bildirilmektedir (Gupta, Hofmeyr and Smyth 2004). Doğumun ikinci evresinin uzamasının fetal kalp atımlarında olumsuz sonuçlara neden olacağı göz önünde bulundurulduğunda, doğum pozisyonunun apgar skorunda değişiklik meydana getirebileceği düşünülebilir. Bu sonuç çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda her iki grubun da cinsiyet oranları aynı olup (Kız: %54.3, Erkek: %45.7), bebeklerin çoğu sağlıklı olarak doğmuştur ve doğumdan sonra annenin yanına verilmiştir. Ayrıca deney grubu yeni doğanların vücut ağırlıklarının ortalaması 3421.43 ± 306.73 gr, kontrol grubunun ise 3151.43 ± 626.71 gr'dır. Yeni doğan ağırlıkları bakımından gruplar arasında istatistiksel fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) **(Tablo 12)**. Bystrova ve ark (2007)'nin yaptıkları RKÇ'da doğumdan sonra ilk iki saat içinde emzirilen bebeklerin doğum kilosu emzirilmeyen bebeklerden anlamlı derece yüksek bulunmuştur (sırasıyla 3547.9 gr, 3290.5 gr). Doğum öncesi eğitim sınıflarının etkinliğini değerlendiren çalışmalar yapan Şeker (2006), Fabian ve ark (2004), Lumley ve ark (1993), Renkert ve Nutbeam (2001), Spinelli ve ark (2003), deney grubu yenidoğanların vücut ağırlığını ortalamalarının 2501-3500 gr arasında olduğunu belirtmişlerdir. TNSA 2008 verilerine göre İstanbul'da doğum ağırlığı 2500 gr'ın üstünde olan bebek oranı %89.1'dir. Sonuçlarımız diğer çalışma örnekleri ve TNSA 2008 verileri ile benzerlik göstermektedir.

7.3. Gebelerin Gösterdiği Duygusal Davranışlara İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Her kadının doğum ağrısına gösterdiği tepki ve ağrı ile baş etme yöntemi farklıdır. Ağrı sırasında yüz buruşturma, iniltili ses çıkarma ya da yüksek sesle bağırma en çok görülen baş etme yöntemleridir (Ersanlı 2007, Taşkın 2007). Özellikle primipar gebeler, doğum salonuna olumsuz beklentilerle gelirler. Doğum deneyiminin olmaması nedeniyle ne yapacağı, ağrıları ile nasıl başa çıkacağı, ne tür işlem ve uygulamalarla karşılaşacağı konusunda hazır olmadıkları için, korku, endişe gibi olumsuz duygular yaşayabilmektedir. Gebelerin ajitasyondan, kendine zarar vermeye kadar varan duygusal tepkiler gösterdiği ve bu tepkilerin daha sonra utanma, suçluluk duyma ve benlik duygusunda azalmaya neden olduğu bilinmektedir. Bu durum annelerin doğum sonu dönemde duygusal sıkıntı yaşamasına, anne ve bebek sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine de yol açabilir (Yıldırım 2001).

Gençalp'in (1998) doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisini incelediği çalışmada, doğum eylemi sırasında destekleyici hemşirelik bakımı alan annelerde “yalnız kalmaktan kaçınma”, “huzursuzluk”, yüksek sesle ağlama”, “dudak ısırma” ve “çığlık atma” yönündeki davranışların, destek almayan annelere oranla daha az görüldüğü bildirilmiştir. Yıldırım(2001) doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, aktif fazda “yüksek sesle ağlama”, “yüz ifadesinde değişiklik”, “yakınma”, “çığlık atma”, “korku ifadesi”, “duyarlılık”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “huzursuzluk” ve “avuçlarını sıkma” yönünde davranışların deney grubu annelerde daha az görüldüğünü belirtmiştir. Yine Çalık (2010) SP6 noktasına uygulanan basının doğum ağrısına ve süresine etkisini değerlendirdiği çalışmasında aktif fazda, kontrol grubunda deney grubuna oranla “korku ifadesi”, “yalnız kalmaktan kaçınma”, “davranış kontrolünde güçlük”, “mahremiyetin azalması”, “ağlama”, “bağırma”, “çığlık atma”, “dudak ısırma” davranışları daha sık görülmüş ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunduğunu ifade edilmiştir.

Çalışmamızda kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi”, “huzursuzluk”, “mahremiyetin azalması”, “sessizce ağlama” ve “dudak ısırma” davranışları daha sık görülürken, deney grubunda “sürekli gezinme” davranışı daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca kontrol grubu gebelerde “heyecanlı görünüm”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “yakınma” ve “çığlık atma” davranışları deney grubuna oranla daha fazla görülmüş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). “Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” davranışı hiçbir gebe tarafından deneyimlenmemiştir. Değerlerin sabit olması dolayısıyla istatistik analizi yapılamamıştır. “yalnız kalmaktan kaçınma”, “davranış kontrolünde güçlük”, “iletişimden kaçınma”, “avuçlarını sıkma” ve “çevresindeki kişileri suçlama” davranışları deney ve kontrol grubu gebelerde benzer özellik göstermekte olup gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamıştır ($p>0.05$) **(Tablo 14)**. Sonuçlarımız yukarıda belirtilen çalışmaların yanı sıra Ersanlı (2007) ve Öztürk (2006)’ün sonuçları ile de benzerlik göstermektedir. Elde edilen bu sonuçlara dayanarak eğitimde öğretilen ağrı ile baş etme yöntemlerinin uygulanması ve doğumda birebir destek sağlanması, gebelerin travayda gösterdikleri duygusal tepkilerde azalmaya neden olduğu ve bu olumsuz tepkilerle başa çıkmada başarılı oldukları görülmektedir. Bununla birlikte deney grubunda “sürekli gezinme” davranışının daha fazla deneyimlenmesinin, ağrının daha az hissedilmesine ve doğum süresinin kısalmasına neden olmuştur. **Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği verilen gebeler ile katılmayan ve doğumda destek verilmeyen gebelerin doğuma uyum süreçleri açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

7.4. Gebelerin Algıladıkları GKÖ Puan Ortalamaları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Doğum ağrısı kadın yaşamındaki en ağrılı deneyim olarak tanımlanmaktadır. Ağrının algılanması kültürel beklentilerin yanı sıra kadının kendini algılaması ile de ilgilidir. Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi, ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. (Yıldırım 2001, Kuşuoğlu 2006). Ağrı annede bir “stres, korku ve anksiyete” yanıtı oluşturur. Korku ve anksiyete kadının daha fazla ağrı hissetmesine neden olur. Ağrı ise sempatik sinir sisteminin aktivitesini ve ağrı artışına neden olan katekolamin salınımını artırır. Bu durum uterusu giden kan akımının azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Aynı zamanda katekolaminlerin artması plasental kan akımının yavaşlamasına, fetal oksijenasyonun azalmasına ve fetal asidoza neden olur. Bu nedenlerden dolayı ağrının azaltılması önemlidir (Şahin 2006). Bu etkileri ortadan kaldırmanın iki yolu vardır. Bunlardan birincisi ve en sık kullanılanı gebeye ağrı kesici ve anestezi vermektir ki verilen ilaçların plasentayı geçip beyin metabolizmasını deprese ederek fetüsün oksijene olan gereksinimini azaltacağı ve diğer girişimlerin uygulanma oranını artıracığı (örneğin epidural anestezide indüksiyon uygulanması, indüksiyon uygulandığı için sürekli EFM yapılması, sürekli EFM gebenin yürüme ve pozisyon değiştirmesine engel olması, bunun sonucu travayın uzaması, anne ve bebeği etkileyecek komplikasyonların ortaya çıkması gibi) unutulmamalıdır (Şekil 1). Diğer yöntem ise daha az sıklıkla kullanılan ve doğum sırasında stres oluşumunu henüz oluşmadan engellemeye çalışan nonfarmakolojik yöntemlerdir (Amis 2010).

Son zamanlarda doğuma hazırlık sınıflarında bir orkestra gibi çalışan bedenin doğal sürecine müdahale edilmeden doğumun gerçekleşebilmesi, doğumda ağrının azaltılması ve ağrı ile baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin öğretilmesi ve uygulanması üzerine yoğunlaşmıştır. Lamaze doğuma hazırlık sınıflarında öğretilen nonfarmakolojik yöntemler gevşeme, solunum teknikleri, pozisyon değiştirme ve yürüme, masaj, hidroterapi, sıcak/soğuk uygulama, müzik, hayal kurma, akupresür ve aromaterapidir (Nichols and Humenick 2000). Yapılan çalışmalarda nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin ağrı yönetiminde ve doğumda konforun sağlanmasında etkili olduğu, olası girişimleri azalttığı, maliyetinin düşük,

uygulamasının kolay ve etkili, aynı zamanda herhangi bir yan etkisinin olmadığı belirtilmektedir (Brown, Douglas, Flood 2001, Schuiling, Sampselle 1999, Simkin 1995). Gevşeme, ağrı toleransını artırarak, katekolamin salınımını azaltır. Böylece uterusa giden kan miktarı artar ve ağrı azalır. Gevşeme teknikleri doğuma hazırlık sınıflarında öğrenilip, travay sırasında uygulandığında, ağrının azaltılmasında çok daha etkilidir. En yaygın kullanılan gevşeme tekniği solunum tekniğidir (Lowe 1996). Travayda pozisyon değiştirme, hareket etme ve yerçekimine paralel pozisyonun korunduğu yürüme ile doğum ağrısı daha az hissedilir (Lawrence et al 2009, Simkin and Bolding 2004, Simkin and O'Hara 2002). Müzik, dokunma, masaj, akupresür, sıcak/soğuk uygulama, aromaterapi ve hidroterapi doğumda konforu artırarak, doğum ağrısının daha az hissedilmesini sağlamaktadır. Brown, Douglas ve Flood (2001), travayda etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini değerlendirdikleri çalışmada, solunum tekniğinden sonra en etkili yöntemlerin sırasıyla gevşeme, akupresür ve masaj tekniği olduğunu belirtmiştir. Bergström ve ark (2010), doğumda psikoproflaksi uygulamanın etkinliğine ilişkin yaptığı çalışmada, gebelerin rahatlama tekniklerinden en fazla duş almayı kullandıklarını (%45.9) bildirmiştir. Yıldırım (2001), travayda solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin ağrı algısına etkisini değerlendirdiği çalışmada, deney grubu gebelerin doğum ağrısı daha az hissettiğini, Çalık (2010), SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini değerlendirmiş olup, GKÖ ağrı puanlarının kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük olduğunu ifade etmiştir. Doğumda standart bakım ile masaj ve dokunma uygulamasının doğum ağrısına etkisinin karşılaştırıldığı RKÇ'larda, masajın ağrıyı, stresi ve anksiyeteyi azalttığı (Kalite düzeyi:A) belirtilmiştir (Huntley, Coon, Ernst 2004, Simkin and O'Hara 2002). Standart bakım ile hipnozun doğum ağrısına etkisinin değerlendirildiği RKÇ'da, hipnozun doğumda analjezi ve anesteziye olan gereksinimi azalttığı (Kalite düzeyi:A) (Huntley, Coon, Ernst 2004), ağrının azalması ile birlikte doğumdan memnuniyetin daha fazla olduğu (Kalite düzeyi:A) (Smith et al 2003) bildirilmiştir. Aynı şekilde standart bakım ile hidroterapinin doğum ağrısına olan etkisinin değerlendirildiği RKÇ'da, travayda sıcak su dolu küvet ya da havuzda kalan gebelerin, doğumun erken evresinde anksiyetenin daha düşük doğumun ilk aşamasında ağrının daha az (Benfield et al 2001) (Kalite düzeyi:A) ve analjeziye

olan gereksinimin de daha az olduğu (Cluett et al 2004) (Kalite düzeyi:A) ifade edilmiştir.

Ip, Tang ve Goggins (2009) doğuma hazırlık sınıfına katılan ve katılmayan gebelerin ağrı algısını değerlendirdiği RKÇ’da, doğumun erken evresinde deney grubu gebelerin kontrol grubundan daha az ağrı deneyimlediklerini (2.72 ± 2 , 4.21 ± 2.62), yine doğumun orta evrelerinde de sonucun aynı olduğunu (5.87 ± 2 , 6.84 ± 2.21) ifade etmiştir. Escott ve ark (2005) benzer bir RKÇ’da deney grubu gebelerin kontrol grubundan daha az ağrı deneyimlediklerini (6.3 ± 1.9 , 7.1 ± 1.7) belirtmiştir.

Çalışmamızda üç fazda da deney grubu gebelerin ifade ettiği ağrı şiddeti ortalaması, kontrol grubuna oranla oldukça düşüktür: Latent faz (D: 1.86 ± 1.004 , K: 4.14 ± 1.717), aktif faz (D: 3.03 ± 1.098 , K: 7.14 ± 1.167) ve geçiş fazı (D: 5.26 ± 1.146 , K: 9.51 ± 0.853). Latent, aktif ve geçiş fazında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$) (**Tablo 15**). Ağrı ile baş etmede diğer Lamaze sınıflarında öğretilen gevşeme, solunum teknikleri, pozisyon değiştirme ve yürüme, doğum topu, masaj, hidroterapi, sıcak/soğuk uygulama, duş alma, müzik, hayal kurma, akupresür ve aromaterapi kullanılmıştır. En fazla kullanılan rahatlama tekniği solunum, masaj, yürüme, doğum topu ve duş almadır. Çalışma sonuçlarımız Brown, Douglas ve Flood (2001)’un sonuçları ve diğer çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur. Deney grubunda ifade edilen ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunması, Lamaze doğuma hazırlık eğitimlerinin gebenin doğum ağrısını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. **Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin hissedilen doğum ağrıları arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Travay süresi ve hissedilen doğum ağrısı yapılan uygulamalarla ilişkilidir. Nullipar ve doğumda indüksiyon uygulanmamış 209 gebeye birebir hemşire desteğinin uygulandığı randomize kontrollü bir çalışmada, gebelere fiziksel ve emosyonel destek sağlanmış, rahatlama için masaj, duş alma, pozisyon değiştirme konusunda cesaretlendirilmiştir. Destek verilen grupta epidural anestezi, sezaryen oranı daha az, doğum süresi de 18 dakika daha kısa sürmüştür. (Gagnon, Waghorn and Covell

1997). Lee, Chang ve Kang (2004) ve Çalık (2010) çalışmalarında SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum süresini kısalttığı ve hissedilen doğum ağrılarının daha az olduğu belirtilmiştir. Lee'nin (2003) SP6 noktasına akupresür uyguladığı RKÇ'da, deney grubunun ağrısının ve doğum eyleminin süresinin kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde azaldığını bulmuştur. Cui ve ark (2011), travayda primipar gebelerde SP6 akupunktur noktasına sıcak ısı uygulamasının (S-Mox) (moksibüsyon) doğumun aktif faz süresine ve ağrı düzeyine etkisini değerlendirdiği çalışmada, deney grubunun doğum süresinin ve ağrı düzeyinin kontrol grubundan anlamlı düzeyde az olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızda gebelerin doğum süreleri ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre, dilatasyon süresi ile latent ($r:0.481$), aktif ($r:0.499$) ve geçiş ($r:0.477$) fazlarındaki ağrı şiddetini algılama puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Aynı şekilde toplam doğum süresi ile latent ($r:0.486$), aktif ($r:0.498$) ve geçiş fazlarındaki ($r:0.490$) ağrı şiddetini algılama puanları arasında pozitif yönde orta derecede bir ilişki belirlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$). Ekspulsiyon süresi ile geçiş fazı ağrı şiddetini algılama puanı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki belirlenmiştir ($r:0.256$) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (**Tablo 16**). Travay süresince deney grubu gebelerin yürüme, hareket etme, düş alma, desteğin sağlanması ve diğer nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması gibi, doğum süresine ve ağrı algısına olumlu etkileri olan uygulamaların yapıldığı çalışma sonuçlarımızla, diğer çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir. Travay süresi azaldıkça hissedilen ağrı puanı da azalmaktadır.

Eğitim seviyesi gebelerin doğuma hazırlık eğitimlerine katılmalarını etkilemektedir. Eğitim seviyesi yüksek gebeler bu eğitimlere daha fazla katılmaktadır. Yapılan çalışmalarda doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin eğitim seviyeleri ile deney grubumuzun sonuçları da benzerlik göstermektedir (Okumuş ve ark 2001, Fabian 2005, Bergström et al 2009). Doğuma hazırlık sınıflarına katılan gebelerin doğumda daha az ağrı deneyimlediği yukarıda ifade edilmiştir. Çalışmamızda ayrıca gebelerin eğitim düzeyi ile ağrı şiddetini algılama puanlarının (GKÖ) ilişkisi değerlendirilmiştir. Buna göre, latent, aktif ve geçiş fazı GKÖ puan ortalamaları ile

gebelerin eğitim düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (sırasıyla r: -0.60, r: -0.77, r: -0.77). Aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlıdır ($p<0.001$) (**Tablo 17**). Eğitim seviyesi arttıkça doğumda hissedilen ağrı puanı azalmaktadır. Çalık (2010) SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısına etkisini değerlendirdiği çalışmasında, gebelerin eğitim düzeyi ile GKÖ ağrı puanları arasında fark olmadığını, bunun sebebinin ise çalışma kapsamındaki gebelerin formal bir eğitim sınıfına katılmayıp sadece antenatal kontrollerde edinilen bilgilerle sınırlı olmasından kaynaklandığını ifade etmiştir. Ağrı ve kaygı travayda hissedilen ağrı düzeyini etkilemesinden dolayı, doğuma hazırlık son derece önemlidir. Doğuma hazırlık eğitimlerinin önemi, eğitim seviyesinin artışı ile ilişkilidir (**Tablo 2, 17**). Doğuma hazırlık eğitimleri gebelerin kendine olan güvenini artırır. Artmış güven daha az ağrı hissedilmesine ve daha az ağrı kesici kullanılmasına neden olur (Brown, Douglas, Flood 2001).

Cochrane’da yapılan kanıta dayalı çalışmalarda doğum eylemi süresince desteğin sürdürülmesinin açıkça faydalı olduğu belirtilmiştir. Doğumda desteğin sürdürüldüğü kadınların destek olunmayan kadınlara oranla epidural gibi bölgesel anestezielerin daha az oranda uygulandığı, ağrı kesiciye olan gereksinimin azaldığı, doğuma ilişkin negatif duyguların daha az olduğu bildirilmiştir (Hodnett et al 2007). Berghella ve ark (2008) doğum eyleminin yönetimine ilişkin yaptıkları RKÇ’da, 1791 kadının ifadesinin incelendiği 15 çalışmayı incelemiş, doğum eyleminde destek alan gebelerin analjezi gereksiniminin azaldığını, anne memnuniyetinin ise arttığını belirtmiştir (Kanıt Düzeyi:A). Çalışmamızda doğumun latent fazında destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları 2.90 ± 1.84 , destek almayan gebelerin ise 3.60 ± 1.50 olarak belirlenmiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Doğumun aktif ve geçiş fazında destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları almayan gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır (4.75 ± 2.36 ve 7.02 ± 2.34). Doğumda destek alan gebelerle almayan gebelerin, aktif ve geçiş fazındaki GKÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 18**). Çalışmamızda ve yapılan diğer çalışmalarda, doğumda destek olan kişi tarafından nonfarmakolojik rahatlama teknikleri uygulanmıştır. Doğumda desteğin doğum korkusunu azaltması, bunun sonucu doğum ağrısının azalması nedeniyle, özellikle profesyonel desteğin sürdürülmesi önemlidir.

7.5. Gebelerin Doğumda Yaşadıkları Deneyimleri Nasıl Algıladıkları ve Bazı Bağımsız Değişkenler ile Karşılaştırılmasına İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Hauck ve ark (2007) Avustralya’da gebelerin doğum deneyimi algısının değerlendirdikleri çalışmada, kadınların doğum algılarının olumlu olduğunu ve doğum öncesi dönemdeki beklentilerini karşıladığını, doğumda desteğin bu algılarını pozitif yönde etkilediği ifade etmişlerdir. Waldenström ve ark (2004) İtalya’da doğuma hazırlık sınıfına katılıp öğrendikleri teknikleri doğum sırasında uygulayan gebelerin doğum algılarının olumlu olduğunu belirtmişlerdir. İngiltere’de doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler, katılmayanlara oranla doğumu daha az stresli olarak tanımlamış ve zor olmadığını ifade etmişlerdir (Salmon and Drew 1992). Fabian, Radestad ve Waldenström (2005) İsveç’te doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin katılmayanlardan daha olumlu doğum deneyimi yaşadıklarını bildirmiştir. Hodnett (2002) doğumda destek verilen gebelerin doğum deneyiminden memnuniyetinin çok fazla olduğunu, gebelerin olumlu doğum algısı ve memnuniyetinde doğumda desteğin, nonfarmakolojik yöntemlerden daha etkili bulunduğu ifade edilmiştir (Kanıt düzeyi: A). Simkin ve O’Hara (2002) doğum ağrılarını hafifletmek için banyo, masaj, dokunma, pozisyon değiştirme, hareket etme ve yürüme ve intradermal su blokajı uygulamalarını değerlendirdikleri çalışmada, uygulanan bu yöntemlerin doğum ağrılarını azalttığı ve doğumdan memnuniyeti arttırdığını belirtmişlerdir. Doğumda ağrıyı azaltmak için masaj, akupresür, TENS, müzik, hipnoz, sıcak ve soğuk uygulamaların kullanıldığı çalışmalarda, deney grubu gebelerin doğum ve doğum sonrası memnuniyetlerinin kontrol grubundan daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yıldız 2003, Öztürk 2006, Ersanlı 2007, Mamuk 2008, Berghella et al 2008, Çalık 2010).

Babaların doğuma katılması, gebelerin doğumdaki memnuniyetini olumlu yönde etkiler. Gebelerin doğum deneyimlerini değerlendirmelerini sağlayan en önemli faktör destek olunmasıdır. Hem eşin hem de sağlık personelinin desteği önemlidir (Lavender 1999). Babaların yararlılığı, yaptıkları uygulamalardan çok doğumda eşlerinin yanında bulunması ile yani varlıkları ile ilişkilidir (Bondas Salonen 1998). Babanın doğumda bulunması kültürler arası farklılık göstermektedir. David ve ark (2009) Berlin’de yaşayan Türk babaların doğuma katılımı ve doğum odasındaki aktif

rollerinin son 10 yıl içindeki insidansının değerlendirildiği çalışmada, son 10 yıldır babaların doğuma katılımında artış olduğu, fakat Türk erkeklerin doğumda eşine destek için genellikle kadın olan aile yakınlarından birinin bulunmasını tercih ettikleri, bunun kültürle ilişkili olduğu belirtilmiştir. Güngör'ün (2004) babaların doğuma katılmasının doğum deneyimi üzerine etkisi değerlendirdiği çalışmasında, doğumda aktif rol alan babaların eşlerinin doğum anını ve ağrı dönemini daha olumlu değerlendirdiği, doğumda yaşananların daha çok farkında olduğu ve ADAÖ ölçeğinden çok daha fazla puan aldığını bildirmiştir. Çalışmamızda deney ve kontrol gruplarında “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği” (ADAÖ) ve alt gruplarından alınan puan ortalamaları karşılaştırıldığında, deney grubu gebelerin “doğum anı” (D:25.94 ± 5.89, K: 18.40 ± 3.71), “ağrı dönemi” (D:27.45 ± 5.13, K: 18.94 ± 4.30), “eşin katılımı” (D:19.08 ± 1.06, K: 14.42 ± 1.63), “farkındalık” (D:19.05 ± 0.96, K: 9.28 ± 4.54), ve “doğum sonu” (D:12.88 ± 1.90, K: 9.54 ± 2.34) alt grup puan ortalamaları ve ADAÖ toplam puan ortalaması (D:104.42 ± 12.54, K:) 70.60 ± 11.62) kontrol grubu gebelerden daha yüksek olup, bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur (p<0.001) (**Tablo 20**). Bu bulgulara göre, Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıfının, ölçekte belirtilen ve annenin doğum algısını etkileyen tüm alanlarda olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Profesyonel doğum desteğinin sadece deney grubuna verildiği çalışmamızda, olumlu sonuçların elde edilmesi beklenen bir sonuçtur. Bu durum gebenin doğum anında kendine güven duymasını, rahat olmasını, acı ve korkularının giderilmesini; ağrı döneminde solunum ve gevşemenin uygulanması, kendine güvenin sağlanması, doğum ekibine yararlı olması, acı ve ağrılarının nonfarmakolojik yöntemlerle azaltılması; doğum anının farkında olarak, doğumla ilgili olumlu düşüncelerin gelişmesi; doğum sonunda ise doğum şeklinden memnun, bebeğini doğumdan sonra hemen kucağına alması ve hemen emzirmesinde verilen eğitimlerin faydalı ve etkili olduğunun göstergesidir. **Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin annelerin doğumu algılaması arasında deney grubu lehine fark bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Sonuçlar: Bu çalışma, Lamaze felsefesine dayalı doğum öncesi eğitimin doğum sürecine etkisi hakkında daha geniş tartışmalar ve gelecekteki araştırmalar için bir temel oluşturmaktadır.

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirmesinden aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Deney grubundaki gebelerin yaş ortalamasının kontrol grubundan yüksek olduğu D:28.63±3.73, K:22.86±3.21), boy (D:163.94±5.32, K: 163.43±4.65), kilo (D:67.86±7.10, K:69.43±6.20) ve BKİ (D:25.24±2.29, K:26.00±2.13) ortalamalarının yaklaşık aynı olduğu belirlenmiştir (**Tablo 1**).
- Deney grubu gebelerin çalışma oranının (%54.3), kontrol grubundan (%5.7) yüksek olduğu, yine deney grubu gebelerin ve eşlerinin eğitim seviyesinin büyük oranda üniversite ve üzeri (%77.2, %80) olup, kontrol grubu (%51.4 oranında ilkokul) ve eşlerinden (%42.8 oranında ortaokul) yüksek bulunmuştur (**Tablo 2**).
- Deney grubundaki gebelerin çoğunlukla 1 yıl (%31.3), kontrol grubunun ise 3 yıllık (%34.3) evli olduğu (**Tablo 2**), gebelerin çoğunluğunun isteyerek gebe kaldığı (D: %94.3, K: %77.1), istemediği halde gebe kalma oranının (D:%5.7, K: %22.9) kontrol grubunda daha yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 3**).
- Hem deney hem de kontrol grubu gebelerin büyük bir çoğunluğu daha önce doğum yapan birini görmediklerini (D: % 85.7, K: % 97.1), her iki grupta da doğum yapan kadınların doğum hikayelerini dinleme oranının yüksek ve eşit olduğu (D: %82.9, K: %82.9), deney grubunun %20.6'sının, kontrol grubunun ise %48.2'sinin anlatılan doğum hikayelerinden olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (**Tablo 3**).
- Gebelerin daha önce doğuma hazırlık eğitimine katılmadığı, doğum hakkında kitap okuma oranının (D: %94.3, K: %34.3) ve gebelerin egzersiz yapma oranının deney grubunda daha yüksek olduğu (D: %68.6, K: %14.3), deney

grubu gebelerin % 80'inin, kontrol grubu gebelerin ise %11.4'ünün gebelikte eşlerinden yeterince destek aldığı tespit edilmiştir. **(Tablo 3).**

- Üniversite ve üzeri eğitim seviyesindeki eşler gebelikte anne adaylarına %71.9 oranında yeterince destek olurken, ortaokul seviyesindeki eşlerin %46.2'si, lise seviyesindekilerin ise %26.9'unun yeterince destek olmadıkları belirlenmiştir **(Tablo 4).**
- Deney grubu gebelerin %42.9'unun, kontrol grubu gebelerin ise tamamının (%100.0) Zeynep Kamil EAH'de, deney grubunun %57.1'inin ise özel hastanede doğum yaptığı, deney grubu gebelerin tamamı, kontrol grubu gebelerin ise %71.4'ünün doğumda desteklendikleri saptanmıştır. Deney grubunun tamamı araştırmacı tarafından desteklenmesinin yanı sıra eşi (%60.0), annesi (%25.7) ve arkadaşı (%14.3) tarafından, kontrol grubu gebeler ise hastaneye gelinceye kadar eşi (%36.0), annesi (%28.0), kız kardeş (%8.0), kayınvalide (%16.0) ve arkadaşı (%12.0) tarafından desteklendiği belirlenmiştir **(Tablo 6).**
- Araştırmacı tarafından desteklenen deney grubu gebelerin %82.9'unun hem kendini güvende ve güçlü hissettiği hem de ağrı ile daha iyi baş edebildiği görülmüştür **(Tablo 6).**
- Deney grubu gebelerin tamamının, kontrol grubunun ise sadece %25.7'sinin travay süresince yatağa bağımlı kalmayıp hareket edip yürüdüğü, kontrol grubundaki gebelerin hareket edip yürümeme sebebinin sürekli EFM'na bağlı kalmaları nedeniyle hareketlerinin kısıtlandığı belirlenmiştir. **(Tablo 6).**
- Doğum süresince hareket eden ve yürüyen gebelerin latent, aktif ve geçiş fazı GKÖ puan ortalamalarının yürümeyen gebelerden daha düşük olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) **(Tablo 19).**
- Deney grubu gebelerin hiçbirinin sırt üstü doğum yapmamış olup, büyük bir çoğunluğunun yarı oturur pozisyonunda (%97.1), sadece 1 tanesinin doğum

taburesinde doğum yaptığı (%2.9), kontrol grubunun ise tamamının sırt üstü doğum yaptığı sapmıştır **(Tablo 6)**.

- Deney grubu gebelerin doğum haftaları ortalama 282.46 ± 7.47 gün (40 hafta + 2 gün), kontrol grubunun ise 274.80 ± 8.91 gün (39 hafta+ 1 gün) olarak tespit edilmiş olup, aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) **(Tablo 7)**.
- Travayda hareket eden ve yürüyen gebelerin toplam doğum sürelerinin yürümeyen gebelerden daha kısa ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) **(Tablo 8)**.
- Deney grubu gebelerin dilatasyon süresinin kontrol grubundan ortalama 3.43 saat daha kısa, ekspulsiyon süresinin ortalama eşit olduğu (D: 27.17 ± 10.86 dakika K: 30.51 ± 6.74 dakika), toplam doğum süresinin ise deney grubunun kontrol grubundan 3.9 saat daha kısa olduğu belirlenmiştir **(Tablo 7)**. Ekspulsiyon süresi hariç dilatasyon ve toplam doğum süre açısından deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.001$). **Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın hipotezlerinden “Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin travay süreleri açısından deney grubu lehine fark vardır.” H_1 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Amniyotominin deney grubuna uygulanmadığı, kontrol grubunun ise %40.0’ına uygulandığı, amniyotomi uygulanan gebelerin toplam doğum süresinin, amniyotomi uygulanmayan gebelerden daha uzun olduğu (sırasıyla 14.4 ± 4.8 saat ve 10 ± 4.4 saat), amniyotomi uygulanma ve doğum süreleri arasındaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) **(Tablo 9 ve 10)**.
- Deney grubundaki gebelerin %68.6’sına, kontrol grubunun ise %97.1’ine epizyotomi, deney grubu gebelerin %25.7’sine, kontrol grubu gebelerin ise %71.4’üne lavman uygulandığı, travay süresince deney grubu gebelerin hiç birine sürekli EFM uygulanmadığı, kontrol grubunun ise %77.1’ine

uygulandığı, gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı ve ileri düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 10**).

- Travayda deney grubu gebelerin %20'sine kontrol grubunun ise tamamına (%100.0) yeme/içme kısıtlanmasının uygulandığı, gruplar arası farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (**Tablo 10**).
- Deney grubu annelerin tamamının, kontrol grubunun ise sadece %11.4'ünün doğar doğmaz bebeklerine dokundukları, deney grubu annelerin %31.4'ünün ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirdiği, kontrol grubu annelerin hiçbirinin ilk yarım saat içinde bebeklerini emzirmediği, doğar doğmaz bebeğe dokunma ve ilk emzirme zamanına ilişkin deney ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (**Tablo 11**).
- Emzirmenin gecikme nedenlerinden biri çocuk doktorunun bebeği muayene etmesinin beklenmesi, bebeklerin daha sonra anne yanına verilmesi (D: 34.3, K:%100), diğeri annelerin doğumdan sonra odalarına alınmayı beklemeleri ve bebeklerinin daha sonra yanlarına verilmesi (D:34.3) olarak tespit edilmiştir (**Tablo 11**).
- Deney grubunun birinci dakika apgar skoru ortalaması 8.77 ± 0.43 , beşinci dakika ortalaması ise 9.77 ± 0.43 ; kontrol grubunun birinci dakika apgar skoru ortalaması 8.34 ± 0.64 ve beşinci dakika ortalaması 9.37 ± 0.55 olarak tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 12**).
- Sırt üstü doğum yapanların 1. dakika apgar skoru ortalaması (8.34 ± 0.63) yarı oturur pozisyonda doğum yapanlardan daha düşük (8.76 ± 0.43), aynı şekilde 5. dakika apgar skorları da sırt üstü doğum yapanların (9.37 ± 0.54) yarı oturur pozisyonda doğum yapanlardan (9.76 ± 0.43) daha düşük olduğu saptanmıştır. Gruplar arası fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 13**).

- Kontrol grubu gebelerde deney grubu gebelere oranla “korku ifadesi”, “huzursuzluk”, “mahremiyetin azalması”, “sessizce ağlama” ve “dudak ısırma” davranışları daha sık görülürken, deney grubunda “sürekli gezinme” davranışı daha sık görülmüştür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (**Tablo 14**).
- Kontrol grubu gebelerde “heyecanlı görünüm”, “herhangi bir şeyi sıkma”, “yakınma” ve “çığlık atma” davranışları deney grubuna oranla daha fazla görülmüş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 14**).
- “Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma” davranışı hiçbir gebe tarafından deneyimlenmediği, “yalnız kalmaktan kaçınma”, “davranış kontrolünde güçlük”, “iletişimden kaçınma”, “avuçlarını sıkma” ve “çevresindeki kişileri suçlama” davranışları deney ve kontrol grubu gebelerde benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 14**).
- **Gebelerin travayda gösterdiği davranış sonuçlarına göre, “Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan ve doğum desteği verilen gebeler ile katılmayan ve doğumda destek verilmeyen gebelerin doğuma uyum süreçleri açısından deney grubu lehine fark vardır.” Elde edilen bu sonuçla araştırma hipotezi olan H1 hipotezi kabul edilmiştir.**
- Doğumun latent, aktif ve geçiş fazlarında, deney grubu gebelerin ifade ettiği ağrı şiddeti ortalamasının (GKÖ), kontrol grubuna oranla oldukça düşük olduğu saptanmıştır: Latent faz (D: 1.86 ± 1.004 , K: 4.14 ± 1.717), aktif faz (D: 3.03 ± 1.098 , K: 7.14 ± 1.167) ve geçiş fazı (D: 5.26 ± 1.146 , K: 9.51 ± 0.853). Latent, aktif ve geçiş fazında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (**Tablo 15**). **Bu sonuca göre, “Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin hissedilen doğum ağrıları arasında, doğum ağrısını algılama açısından deney grubu lehine fark vardır.” H1 hipotezi kabul edilmiştir.**

- Gebelerin travay süresi azaldıkça hissedilen ağrı puanının da azaldığı belirlenmiştir. Dilatasyon ve toplam doğum süresi ile latent, aktif ve geçiş fazlarındaki ağrı şiddetini algılama puanları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$), ekspulsiyon süresi ile geçiş fazı ağrı şiddetini algılama puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (**Tablo 16**).
- Gebelerin eğitim seviyesi arttıkça doğumda hissedilen ağrı puanı azaldığı görülmüştür. Latent, aktif ve geçiş fazı GKÖ puanları ile gebelerin eğitim düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki belirlenmiştir (sırasıyla r : -0.60, r : -0.77, r : -0.77). Aralarındaki fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (**Tablo 17**).
- Doğumun aktif ve geçiş fazında destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları almayan gebelerden daha düşük olduğu saptanmış (4.75 ± 2.36 ve 7.02 ± 2.34), fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Latent fazda destek alan gebelerin GKÖ puan ortalamaları (2.90 ± 1.84), destek almayan gebelerin yüksek bulunmuş (3.60 ± 1.50) fakat aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (**Tablo 18**).
- Deney ve kontrol gruplarında “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği” (ADAÖ) ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında deney grubu gebelerin “doğum anı” ($D:25.94 \pm 5.89$, $K: 18.40 \pm 3.71$), “ağrı dönemi” ($D:27.45 \pm 5.13$, $K: 18.94 \pm 4.30$), “eşin katılımı” ($D:19.08 \pm 1.06$, $K: 14.42 \pm 1.63$), “farkındalık” ($D:19.05 \pm 0.96$, $K: 9.28 \pm 4.54$), ve “doğum sonu” ($D:12.88 \pm 1.90$, $K: 9.54 \pm 2.34$) alt grup ortalama puanları ve ADAÖ toplam puan ortalaması ($D:104.42 \pm 12.54$, $K: 70.60 \pm 11.62$) kontrol grubu gebelerden daha yüksek olduğu saptanmış, bu fark istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (**Tablo 20**). Elde edilen bu sonuçla, araştırmanın hipotezlerinden “**Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıfına katılan gebeler ile katılmayan gebelerin doğumu algılaması arasında deney grubu lehine fark bulunmuştur**”. **H1 hipotezi kabul, H0 hipotezi ise red edilmiştir.**

Öneriler; Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Doğuma hazırlık sınıflarına katılımın artırılabilmesi için, kurumların çiftlere izin ve maddi destek sağlanması için gerekli yasal düzenlemelerin yapılması,
- Doğuma hazırlık eğitimlerinin sertifikalı ebe ve hemşireler tarafından verilmesi,
- Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının yaygınlaştırılması, uygulanması ve Lamaze felsefesinin öğrenci ebe ve hemşirelere öğretilmesi için, ders müfredatına doğuma hazırlık eğitimlerin konulması, okul-hastane işbirliği sağlanarak eğitimin güçlendirilmesi,
- Lamaze felsefesinin sağlıklı doğum uygulamaları konusunda doğumda görev alan tüm sağlık profesyonellerine sağlık bakanlığı tarafından farkındalık eğitimlerinin yapılması,
- Travay sürecinde anne adayının sevdiği birinin yanında bulunması ve desteğin sağlanması,
- Doula gibi profesyonel doğum destekçisi yetiştirme eğitimlerinin yapılarak doğumda doula desteği uygulamasının yaygınlaştırılması,
- Doğumda eş, doula ya da anne adayının sevdiği birinin bulunabilmesi için hastanelerde tek kişilik doğum odası imkanlarının sağlanması,
- Doğumda konforun sağlanması ve doğal doğumu olumlu etkileyecek olan yürüme, doğum topu, duş alma, müzik, aromaterapi gibi uygulamalar için doğum odalarında istenen fiziki koşulların sağlanması,
- Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin doğum odasında çalışan ebelere öğretilmesi ve uygulanması hususunda hastane yönetimi tarafından desteklenmesi ve uygun koşulların sağlanması,

- Doğumun mümkün olduğunca doğal sürecine bırakılması ve gerçekten tıbbi bir gereklilik olduğu takdirde müdahale (indüksiyon, lavman, amniyotomi, epizyotomi, lavman, sürekli EFM, yeme/içmenin kısıtlanması gibi) edilmesi, bu hususta sağlık profesyonellerinin eğitilmesi,
- Normal doğumların ebeler tarafından yaptırılması,
- Sırt üstü pozisyonda doğum yapılmaması, doğumda çömelme, yarı oturur, diz üzerinde durma, dört ayak gibi pozisyonların desteklenmesi, ayrıca annenin ıkınma hissi doğal olarak geldiğinde nefesini tutmadan ıkınması için cesaretlendirilmesi,
- Acil tıbbi bir müdahale gerekmiyorsa, bebeğin doğar doğmaz annesinin göğsüne konulması, emzirmenin ilk yarım saat içinde başlatılması,
- Tıbbi bir gereklilik olmadığı sürece anne ve bebeğin bir arada (rooming in) kalmasının desteklenmesi,
- “Bebek Dostu Hastane”lerin periyodik aralıklarla denetlenmesi, uygulamalarda aksaklık olması durumunda sertifikanın geri alınması,
- “Anne Dostu Hastane” uygulamalarının tüm hastanelere yaygınlaştırılması ve denetiminin sağlanması,
- Erken ve geç dönem doğuma hazırlık sınıflarının etkinliğini değerlendiren RKÇ’ların yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

1. Adachi K, Shimada M, Usai A. (2003). The relationship between the parturient's positions and perceptions of labor pain intensity. *Nursing Research*, 52(1), 47–51.
2. Akış N, Pala K, Seçkin Ç. (2008). Gestasyonel Diyabetes Mellitus Prevalansı ve İlişkili Risk Etmenleri. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 34 (3): 93-96.
3. Albers LL.(2001). Monitoring the fetus in Labor evidence in supports methods. *Journal of Midwifery & Woman's Health*. Vol:46(6):366-373.
4. Alikışifoğlu M, Erginöz E, Taşdelen Gür E, Batlaş Z, Arvas A. (2000). Bir üniversite hastanesine devam eden annelerde tek başın anne sütü verme süresine etki eden faktörler. *Türk Pediatri Arşivi*.35: 148-155.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2009). ACOG Practice Bulletin No. 101: Ultrasonography in pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*. 113(2, Part 1):p 451–461.
6. Amis D. (2010). Let labor begin on its own. Healthy birth practices from Lamaze International. *Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010*.p:45-50.
7. Aslan FE. (2006). Ağrı Değerlendirilmesi ve Ölçümü. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, s. 68-99.
8. Bağlar D. (2008). Doğumdan sonra LATCH emzirme puanı ile ilk 6 aydaki emzirme durumu arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. H.Pek).
9. Bahadoran P, Asefi F, Oreyzi H, Valiani M. (2010). The effect of participating in the labor preparation classes on maternal vitality and positive affect during the pregnancy and after the labor. *Iran J Nurs Midwifery Res*.15:331-6.
10. Beilin Y, Bodian C, Weiser J, Hossain S, Arnold I, Feirman D, Martin G, Holzman I. (2005). Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. *Anesthesiology*. 103(6): 1211–1217.

11. Benfield RD, Herman J, Katz VL, Wilson SP, Davis JM. (2001). Hydrotherapy in labor. *Research in Nursing & Health*. 24(1): 57–67.
12. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(5): 445-454.
13. Bergman NJ, Linley LL, Fawcus SR. (2004). Randomized controlled trial of skinto-skin contact from birth versus conventional incubator for physiological stabilization in 1200- to 2199- gram newborns. *Acta Paediatrica*. 93: 779–785.
14. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. (2010). Psychoprophylaxis during labor; associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetricia et Gynecologica*. 89: 794-800.
15. Bergström, M, Kieler H, Waldenström U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: a randomised controlled multicentre trial. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1167-1176.
16. Bodner-Adler B, Bodner K, Kimberger O, Lozanov P, Husslein P, Mayerhofer K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wien Klin Wochenschr*. 115/19–20: 720–723.
17. Bondas-Salonen T. (1998). How women experience the presence of their partners at the birth of their babies. *Qualitative Health Research*. 8(6):784-800.
18. Brown ST, Douglas C, Flood LP. (2001). Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*. 10(3): 1–8.
19. Brown T, Douglas C, Flood LP. (2001). Women's evaluation of intrapartum non pharmacological pain relief methods used during labor. *J Perinat Educ*. 10(3):1-8.

20. Burns EE, Blamey C, Ersser SJ, Barnetson L, Lloyd AJ. (2000). An investigation into the use of aromatherapy in intrapartum midwifery practice. *J Altern Complement Med.* 6:141–7.
21. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Vorontsov I., Uvnäs-Moberg K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices: A randomized trial in St.Petersburg. *International Breastfeeding Journal.* 2: 9.
22. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Wassberg C, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. (2003). Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of “the stress of being born”: A study on temperature in newborn infants subjected to different ward routines in St. Petersburg. *Acta Paediatrica.* 92(3): 320–326.
23. Bystrova K, Widström AM, Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Welles-Nyström B, Vorontsov I, Uvnäs-Moberg K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *International Breastfeeding Journal.* 2(9):1-14.
24. Çalık KY. (2010). Doğum eyleminde SP6 noktasına uygulanan basının gebelerde algılanan doğum ağrısına ve doğum eyleminin süresine etkisi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. N. Kömürcü).
25. Callister LC. (2004). Making meaning: women’s birth narratives. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 33(4):508-18.
26. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. (2005). Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 12(4)247-252.
27. Charlotte A, Raymond G. (2007). Childbirth education in 21th century: An immodest proposal. *The Journal of Perinatal Education.* 16(4): 38-48.

28. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, Cristo M, Anderson G, Ludington S, Mendoza S, Mokhachane M, Worku B. Kangaroo Mother Care: 25 years after. *Acta Paediatrica*. 94: 514–522.
29. Clark WC, Chokhavatia SS, Kashani A, Clark SB. (2005). Ağrı Ölçümü. İçinde: Ağrının Sırları. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 26-35.
30. Cluett ER, Nikodem VC, McCandlish RE, Burns EE. (2004). Immersion in water in pregnancy, labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD000111.
31. Condon JC, Pancharatnam J, Faust JM, Mendelson CR. (2004). Surfactant protein secreted by the maturing mouse fetal lung acts as a hormone that signals the initiation of parturition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 101(14): 4978–4983.
32. Cosans C. (2004). The meaning of natural childbirth. *Perspectives in Biology and Medicine*. 47(2): 266-272.
33. Crenshaw J. (2010). Keep mother and baby together- it's best for mother, baby, and breastfeeding. Healthy birth practices from Lamaze International. Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010. p:71-76.
34. Cui JM, Yang XX, Jin ZH, Ma SX, Dong LH, Li Q. (2011). Effect of acupoint Sanyinjiao (SP6) moxibustion on the first stage of labor and uterine contractive pain in primiparae. *Chin J Integr Med*. 17(6):464-6.
35. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD. (2005). Williams Obstetrics (22nd ed.). New York: Mc GrawHill.
36. David M, Aslan G, Siedentopf JP, Kentenich H. (2009). Ethnic Turkish fathers in birth support roles in a Berlin labour and delivery room – motives, preparation and incidence in a 10 Year comparison. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 30(1):5–10.
37. De Jong PR, Johanson RB, Baxen P, Adrians VD, Van der Westhuisen S, Jones PW. (1997). Randomised trial comparing the upright and supine positions for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 104: 567–571.

38. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. (2006). Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Childbirth Connection.
39. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. (2006). Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Childbirth Connection.
40. Delmore-Ko P, Pancer SM, Hunsberger B, Pratt M. (2000). Becoming a parent: the relation between prenatal expectations and postnatal experience. *J Fam Psychol*, 14 (4): 625-40.
41. Dinç AA. (2004). Üriner inkontinans şikayeti olan gebelerde gebelik ve postpartum dönemde uygulanan pelvik taban kas egzersizlerinin bu şikayetin giderilmesindeki etkinliği. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr.Beji NK).
42. Duarte RA. (2005). Ağrı Sınıflaması. İçinde: Ağrının Sırları. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul, s. 6-9.
43. Enkin M, Keirse M, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E. (2000). A guide to effective care in pregnancy and childbirth. New York: Oxford University Press.
44. Erdine S. (2007). Ağrı mekanizmaları. *Klinik Gelişim*. 20(3): 7-17.
45. Eriksson C, Westman G, Hamberg K. (2006). Content of childbirth-related fear in Swedish women and men- analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health*. 51(2): 112-118.
46. Ersanlı C. (2007). İndüksiyon uygulanan primipar gebelerde travayda verilen eğitim ile dinletilen müziğin doğum sürecine etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. N Kömürcü).
47. Escott D, Slade P, Spiby H, Fraser RB. (2005). Preliminary evaluation of a coping strategy enhancement method of preparation for labour. *Midwifery*. 21(3):278-91.
48. Evron S, Dimitrochenko V, Khazin V, Sherman A, Sadan O, Boaz M, Ezri T. (2008). The effect of intermittent versus continuous bladder catheterization on labor duration and postpartum urinary retention and infection: a randomized trial. *J Clin Anesth*. 20(8):567-72.

49. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. (2004). Characteristics of Swedish women who do not attend childbirth and parenthood education classes during pregnancy. *Midwifery*. 20(3):226-35.
50. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 84:436-443.
51. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G.(1999). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. (4), CD000015.
52. Gagnon AJ, Waghorn K, Covell C. (1997). A Randomized Trial of one-to-one Nurse Support of Woman in Labor. *BIRTH*, 24(2): 71-77.
53. Gagnon AJ. (2000). Individual or group antenatal education for childbirth/parenthood. *Cochrane Database Syst Rev*. 4: CD002869.
54. Garite TJ, Porto M, Carlson NJ, Rumney PJ, Reimbold PA. (1993). 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*. 168(6):1827–1831
55. Gençalp NS. (1998). Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).
56. Glosten B. (2000). Anesthesia For Obstetrics. In: Anesthesia. Ed: Miller RD, San Francisco: Churchill Livingstone, p. 68.
57. Goer H, Leslie MS, Romano A. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education*. 16(Suppl. 1), 32S–64S.
58. Gorrie TM. (1998). Foundation of maternal-newborn nursing. 2.nd. ed. Saunders Company, Philadelphia.
59. Green J, Hotelling BA. Bring a loved one, friend, or doula for continuous support. Healthy Birth Practices from Lamaze International. Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010.p:55-59.

60. Güngör İ. (2004). Babaların doğuma katılmasının doğum deneyimi üzerine etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. Nezihe Kızılkaya BEJİ).
61. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. (2004). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. Art. No.: CD002006.
62. Gupta JK, Nikodem C. (2000). Maternal posture in labour. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*. 92(2): 273–277.
63. Güvenç G. (2004). Doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tanımlanması ve değerlendirilmesi. Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi (Danışman Nur İnanç, Ankara).
64. Hader CF, Guy J. (2004). Your Hand in Pain. *Nursing Management*. 35(11): 21-28.
65. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. (2008). Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: Cohort study. *BMJ*. 336(7635): 1–7.
66. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J, Lohr KN. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. 293(17): 2141–2148.
67. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 23(3):235-47.
68. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD003766.
69. Hodnett ED, Stremler R, Weston JA, McKeever P. (2009). Re-conceptualizing the hospital labor room: The PLACE (pregnant and laboring in an ambient clinical environment) pilot trial. *Birth*. 36(2): 159–166.
70. Hofmeyer GJ.(2000). Hands-knees posture in late pregnancy or labor for malpozition of the presenting part. *Cochrane Library*. no page.

71. Horrigan TJ. (2001). Physicians who induce for fetal macrosomia do not reduce cesarean delivery rates. *Journal of Perinatology*. 21(2):93–96.
72. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlieck EA, Oakes D, Lawrence RA. (2003). Randomized Clinical Trial of Pacifier Use and Bottle-Feeding or Cupfeeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics*. 111;511-518.
73. Humenick SS. (2004). Maternity & Women's Health Care. In: *Childbirth and Perinatal Education*. Eds: Lowdermilk DL, Perry SE, 8th ed, Mosby, USA, p. 448-467.
74. Huntley AL, Coon JT, Ernst E. (2004). Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 191(1):36–44.
75. Hut F. (2005). Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 2000– 2004 yıllarında gerçekleşen 6727 doğum vakasının retrospektif analizi ve sezeryan oranları. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. M Yayla).
76. Ip WY, Tang CS, Goggins WB. (2009) An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs*.18(15):2125-35.
77. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. *sted*.14(7): 157-160.
78. Jain L, Eaton DC. (2006). Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. *Seminars in Perinatology*. 30(1):34-43.
79. Janni W, Schiessl B, Peschers U, Huber S, Strobl B, Hantschmann P, Uhlmann N, Dimpfl T, Rammel G, Kainer F. (2002). The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 81(3): 214–221.
80. Jordan S, Emery S, Bradshaw C, Watkins A, Friswell W. (2005). The impact of intrapartum analgesia on infant feeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 112(7): 927–934.
81. Kadayıfçı O, Evrûke Cİ, Yazır M. (1996). Doğum fizyolojisi ve normal doğum. İçinde: Temel kadın hastalıkları ve doğum bilgisi, Eds: Kişnişçi AH,

- Gökşin E, Durukan T, Üstay K, Ayhan A, Gürkan T, Önderoğlu SL. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Ankara, s. 259-89.
82. Kanner R. (2005). Ağrının Sırları. İçinde: Ağrının Sırları. Eds: Özyalçın S, Dinçer S, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti., İstanbul.
83. Karaçam Z, Eroğlu K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nur.* 43(4): 384–394.
84. Karahan N. (2004). Travayda lavman uygulamasının anne ve yenidoğan sağlığına etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Doç. Dr. N Demirci).
85. Kashanian M, Javadi F, Haghighi MM. (2010). Effect of continuous support during labor on duration of labor and rate of cesarean delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 109:198–200.
86. Kendrick JM, Simpson KR. (2001). Labor and birth. Perinatal nursing, Eds: Simpson KR, Creehan PA, Second Edition, Lippincott, Baltimore, p: 312-313.
87. Kerr-Wilson RH, Parham GP, Orr JW Jr. (1983). The effect of a full bladder on labor. *Obstet Gynecol.* 62(3):319-23.
88. Kerr-Wilson RH, Parham GP, Orr JW. (1983). The effect of a full bladder on labor. *Obstet Gynecol.* 62(3):319-23.
89. Kimberly KT. (2004). The Neuromatrix Theory of Pain: Implications for Selected Nonpharmacologic Methods of Pain Relief for Labor. *Journal of Midwifery & Women's Health.* 49(6): 482-488.
90. Kinney HC. (2006). The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: A review. *Seminars in Perinatology.* 30(2):81-88.
91. Kömürcü N, Berkiten AE. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Eds: Kömürcü, N, Ergin BA, Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul, s: 57-120.
92. Korkmaz N. (2003). İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden tens'in doğum ağrısını algılamaya etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).

93. Krans EE, Gearhart JG, Dubbert PM, Klar PM, Miller AL, Replogle WH. (2005). Pregnant women's beliefs and influences regarding exercise during pregnancy. *J Miss State Med Assoc.* 46(3):67-73.
94. Kuğuoğlu S. (2006). Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed: Aslan FE, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., 1. Basım, Bilim Yayınları: 42. İstanbul, s. 52-60.
95. Lavender T, Walkinshaw SA, Walton I. (1999). A prospective study of women's views of factors contributing to positive birth experience. *Midwifery.* 15(1):41-46.
96. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Dowswell T, Styles C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2, Art.No.: CD003934.
97. Leaphart WL, Meyer MC, Capeless EL. (1997). Labor induction with a prenatal diagnosis of fetal macrosomia. *The Journal of Maternal-Fetal Medicine.* 6(2): 99–102.
98. Lee MK, Chang SB, Kang DH. (2004). Effects of SP6 acupressure on labor pain and length of delivery time in women during labor. *J Altern Complement Med.*10(6):959-65.
99. Lee MK, Chang SB, Lee HS, Kim HS. (2002). Effects of treatment with sanyinjian(sp-6) acupressure for labor women on labor pain, length time for delivery and anxiety: A clinical trial pilot study. *Korean J Women Health Nurs.* 8(4):559-569.
100. Lee MK. (2003). Effects of san-yin-jiao (SP6) acupressure (shiatsu incorporates acupressure) on labour pain, delivery time in women during labour. Pmid: 15314393 [Pubmed]. 1: Taehan Kanho Hakhoe Chi, 33(6):753-61.
101. Leslie MS, Storton S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 1: Offers all birthing mothers unrestricted access to birth companions, labor support, professional midwifery care. *The Journal of Perinatal Education.* 16(Suppl. 1): 10S–19S.

102. Lieberman E, O'Donoghue C. (2002). Unintended effects of epidural analgesia during labor: A systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(5): S31–S68.
103. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. (2007). Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 176(4): 455–460.
104. Loeser JD, Melzack R. (1999). Pain: An overview. *The Lancet*. 353(8): 1607-1609.
105. Lothian JA, DeVries C. (2005). The official lamaze guide giving birth with confidence. The mother-friendly childbirth initiative. Meadowbrook Press., ISBN 0-88166-474-X., US, p:4-9.
106. Lothian JA. (2010). Avoid interventions that are not medically necessary. Healthy birth practices from Lamaze International. Lamaze Childbirth Educator Study Guide 2010.p:59-65.
107. Lowe NK. (1996). The pain and discomfort of labor and birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 25(1): 82–89.
108. Lumley J, Brown S. (1993). Attenders and nonattenders at childbirth education classes in Australia: How do they and their births differ?. *Birth*. 20 (3): 123-131.
109. Luyben G, Gross M. (2002). Intrapartum fetal heart rate monitoring: Do swiss midwives implement evidence in to practice? *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. Vol:96:179-182.
110. Lvoff NM, Lvoff V, Klauss MH. (2000). Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 154(5): 474–477.
111. Malata A, Hauck Y, Monterosso L, McCaul K. (2007). Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. *J Adv Nurs*. 60(1):67-78.
112. Mamuk R. (2008). Vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisi. *Marmara*

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NS Gençalp).

113. Mercer BM, McNanley T, O'Brien JM, Randal L, Sibai BM. (1995). Early versus late amniotomy for labor induction: A randomized trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 173(4): 1321–1325.
114. Moen V, Brudin L, Rundgren M, Irestedt L. (2009). Hyponatremia complicating labour- are or unrecognised? A prospective observational study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 116(4): 552–561.
115. Moore ER, Anderson GC. (2007). Randomized controlled trial of very early mother-infant skin-to-skin contact and breastfeeding status. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 52(2): 116–125.
116. Moore ML. (1983). Realities in childbearing. Second Edition, W.B. Saunders Comp., USA, p: 259-273.
117. Nichols FH, Humenick SS (Ed). (2000). Childbirth education: Practice, research and theory (2nd ed.). Philadelphia:W.B. Saunders Company.
118. Nommsen-Rivers, LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, Cullum AS, Dewey KG. (2009). Doula Care, Early Breastfeeding Outcomes, and Breastfeeding Status at 6 Weeks Postpartum Among Low-Income Primiparae. *JOGNN*. 38(2):157-173.
119. O'Connor S, Vietze PM, Sherrod K, Sandler HM, Altemeier WA. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*. 66(2): 176–182.
120. Okumuş H. (2005). Lamaze sınıfları için örnek bir uygulama ve sınıf seçiminde anne/baba adaylarına öneriler. İçinde: Lamaze yöntemi ile doğuma hazırlık ve doğum. Ed: Kadayıfçı O, Nobel Yayıncılık, İstanbul, s.23-24.
121. Okumuş H, Mete S, Aytur T, Yenal K, Demir N. (2001). Doğum öncesi eğitim ve doğuma hazırlık sınıflarının etkisinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Araştırma Fonu, Proje No: 957.98.01.01, İzmir.
122. Özdemir O. (2006). Medikal İstatistik. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul.

123. Özenç Ö. (2005). Balıkesir ilinde 0-12 aylık çocuğu olan annelerin süt çocuğu beslenmesi ile ilgili bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. 13. *Ulusal Neonatoloji ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı*, Kayseri, s.516.
124. Öztürk H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof Dr. A Şirin).
125. Özyuvacı E. (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel yaklaşımlar. *Klinik Gelişim*. 20(3): 46–52.
126. Parsons M, Bidewell J, Griffiths R. (2007). A comparative study of the effect of food consumption on labour and birth outcomes in Australia. *Midwifery*. 23(2): 131–138.
127. Phumdoung S, Good M. (2003). Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Manag Nurs*. 4:54–61.
128. Pillitteri A. (2003). Maternal & child health nursing: Care of the chilbearing & childbearing family, 4th Edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
129. Premberg A, Lundgren I. (2006). Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of Perinatal Education*. 15 (2): 21-28.
130. Read JA, Miller FC, Yeh S, Platt LD. (1980). Urinary bladder distention: effect on labor and uterine activity. *Obstet Gynecol*. 56(5):565-70.
131. Reeder S, Martin L, Griffin D. (1997). Maternity nursing family, newborn and women's health care. Eighteenth Edition, Lippincott Comp., USA, p: 474-499.
132. Renkert S, Nutbeam D. (2001). Opportunities to Improve Maternal Health Literacy Through Antenatal Education: An Exploratory Study. *Health Promotion International*. 16 (4): 381-388.
133. Resick LK, Lockhart JS, Beck SDM, Smith SP. (2000). Music therapy. In women's health: Holistic approaches for comprehensive care Ed: Olshansky E. Gaithersburg (MD): Aspen, :320 –37.
134. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. (2010). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub2.

135. Ribeiro C, Milanez H. (2011). Knowledge, attitude and practice of women in Campinas, São Paulo, Brazil with respect to physical exercise in pregnancy: a descriptive study. *Reproductive Health*. 8 (31): 1-7.
136. Roberts J, Hanson L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(3): 238–245.
137. Roberts J, Hanson L. (2007). Best practices in second stage labor care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 53(3): 238–245.
138. Roberts JE, Mendez–Bauer C, Wodell DA. (1983). The effects of maternal position on uterine contractility and efficiency. *Birth*. 10(4): 243–249.
139. Roberts JE. (2002). The push for evidence, management of the second stage. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 47(1): 2-15.
140. Romano AM, Lothian JA, (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth. *JOGNN*. 37: 94-105.
141. Rooks J. (1999). Midwifery and childbirth in America. Philadelphia: Temple University Press.
142. Sadeh-Mestechkin D, Walfisch A, Shachar R, Shoham-Vardi I, Vardi H, Hallak M. (2008). Suspected macrosomia? Better not tell. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 278(3): 225–230.
143. Şahin HN, Yıldırım G, Aslan E.(2007). Evaluating the second stage of deliveries in a maternity hospital. *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst*. 17: 37–43.
144. Şahin Ş. (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması. İçinde: Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi, Ed: Şahin Ş, Owen MD, Nobel. & Güneş Tıp Kitabevi. İstanbul, s. 13-27.
145. Şahin, S. (2005). Postpartum Dönemde Anneye Verilen Aile Planlaması Danışmanlık Eğitiminin Etkin Yöntem Seçimi Üzerine Etkisi. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. Nuran Kömürcü).

146. Salmon P, Drew NC. (1992). Multidimensional assessment of women's experience of childbirth: relationship to obstetric procedure, antenatal preparation and obstetric history. *J Psychosom Res.* 36: 317–27.
147. Sasamon S, Amankwaa LC. (2003). Public Display of Affection in Couples Attending Childbirth Education Classes: Implications for Practice in Thailand The Journal of Perinatal Education. 12(4): 8-15.
148. Saydam BK. (2008). Doğum Eylemi. İçinde: Kadın Sağlığı. Eds: Şirin A, Kavlak O, 1.Baskı. Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti., İstanbul. s. 646-662.
149. Sayiner FD, Özerdoğan N. (2009). Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2(3): 143-148. [Elektronik Dergi],<http://hemsireliknew.maltepe.edu.tr/dergiler/cilt2sayi1nisan2009/Cilt2Sayi1.htm>
150. Schaffer J, Bloom S, Casey B, McIntire D, Nihira M, Leveno K. (2006). A randomized trial of the effects of coached vs. uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 192(5): 1692–1696.
151. Schuiling KD, Sampselle CM. (1999). Comfort in labor and midwifery art. *Image: Journal of Nursing Scholarship.* 31(1): 77–81.
152. Şeker SE. (2006). Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç.Dr. Ümran Sevil).
153. Sevinç E. (2005). Aralıksız birliktelik uygulaması ile emzirme sürecinin ilişkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Prof.Dr. H.Pek).
154. Shorten A, Donsante J, Shorten B. (2002). Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: Informing women about choices for vaginal birth. *Birth.* 29(1): 18–27.
155. Simkin P, Ancheta R. (2005). The labor progress handbook (2nd ed.). Malden, MA: Blackwell Science.

156. Simkin P, Bolding A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 49(6): 489–504.
157. Simkin P, O'Hara M. (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 186(Suppl. 5): S127–S159.
158. Simkin P.(2002). Supportive care during labor: A guide for, busy nurses. *JOGNN*. 31(6): 721-732.
159. Simkin, P. (1995). Reducing pain and enhancing progress in labor: A guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth*. 22(3):161–170.
160. Singata M, Tranmer J, Gyte GML. (2010). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1. Art. No.: CD003930. DOI: 10.1002/14651858.CD003930.pub2.
161. Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. (2003). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD003521.
162. Smyth R, Alldred S, Markham C. (2007). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4, Art. No.: CD006167.
163. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. 1(2): 92-104.
164. Spinelli A, Baglio G, Donati S, Grandolfo ME, Osborn J. (2003). Do antenatal classes benefit the mother and her baby?. *J Matern Fetal Neonatal Med*. Feb;13(2):94-101.
165. Storton S. (2007). The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis for the ten steps of mother–friendly care. Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. *The Journal of Perinatal Education*. 16(Suppl. 1): 25S–27S.
166. Sturrock WA. (1990). The relationship between childbirth education classes and obstetric outcomes. *Birth*. 17(2):82-85.
167. Taşçı E, Sevil Ü (2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*. 17(3):181-186.

168. Taşkın L. (2007). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s. 275-302.
169. Thacker, SB, Stroup DF. (2001). Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. (2), CD000063.
170. TNSA (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, Ankara.
171. Topham DL. (2004). Pain (Chapter 42), Nursing Fundamentals: Caring & Clinical Decision Making, Edit: Daniels R. Thomson Learning. USA, p:1344-1374.
172. Tranmer JE, Hodnett ED, Hannah ME, Stevens BJ. (2005). The effect of unrestricted oral carbohydrate intake on labor progress. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*. 34(3): 319–328.
173. Tunçel EK, Dünder C, Canbaz S, Peşken Y. (2008). Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Türk Ped. Arşivi*. 43:59-65.
174. Tunçel EK, Dünder C, Peşken Y. (2005). Ebelerin Anne Sütü İle İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi. *The Medical Journal of Kocatepe*. 6: 43-48.
175. Turan MC. (2003). Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetleri. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, s: 36–38.
176. Usta IM, Mercer BM, Sibai BM. (1999). Current obstetrical practice and umbilical cord prolapse. *American Journal of Perinatology*. 16(9): 479–484.
177. Üstünsöz A, Güngör S. (2005). Antenatal eğitimin dünü ve bugünü: Kadayıfçı O (Ed) Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri, Türkiye, p: 7-20.
178. Üstünsöz A. (1996). Epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisi. GATA. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. N. İnanc).
179. Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A, Velazco A, Bataglia V, Langer A, Narváez A, Valladares E, Shah A, Campodónico L, Romero M, Reynoso S, de Pádua KS, Giordano D, Kublickas M, Acosta A;

- World Health Organization 2005 Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. (2007). Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. *BMJ*: 335(7628): 1–11.
180. Waldenström U, Hildingsson I, Ryding EL. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG*. 113 (6): 638-46.
181. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Radestad I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 31: 17–27.
182. Yapıcıoğlu H, Tutak E, Yıldızbaş D, Narlı N, Evliyaoğlu N, Satar M. (2002). Hemşirelerin anne sütü ile ilgili bilgileri, anne olan hemşirelerin anne sütü ile beslenmedeki tutumları. *Klinik Bilimler & Doktor*. 8(1): 71-75.
183. Yavuz M. (2006). Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. İçinde: Ağrı doğası ve kontrolü. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları:42, İstanbul, s.135-147.
184. Yevchak AM, Loeb SJ, Fick DM. (2008). Promoting cognitive health and vitality: a review of clinical implications. *Geriatr Nurs*. 29(5):302–10.
185. Yiğitbaş Ç, Kahraman İ, Yeşilçiçek K. (2005). Trabzon il merkezindeki hastanelerde doğum yapan annelerin emzirme tutumlarının değerlendirilmesi. *13. Ulusal Neonatoloji ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi. Kongre Kitabı*, Kayseri, s.483.
186. Yıldırım G, Şahin NH. (2003). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 7(1): 14-19.
187. Yıldırım G, Sömek AA, Kayır H. (2006). Yeni doğanın kilosu ile doğum ağrısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *İstanbul Üniversitesi F.N.H.Y.O. Dergisi*. 15(57): 99-107.
188. Yıldırım G. (2001). Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum ve Tensel Uyarılma tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. NH Şahin).

189. Yıldız NK. (2003). İlaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden tens'in doğum ağrısını algılamaya etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman:Yar. Doç. Dr. NS Gençalp).
190. Yücel A. (2006). Ağrı Mekanizmaları. İçinde: Ağrı Doğası ve Kontrolü. Ed: Aslan FE, 1. Basım, Avrupa Tıp Kitapçılık Ltd. Şti., Bilim Yayınları: 42, İstanbul, s.39-48.
191. Zwelling E. (1996). Childbirth Education in the 1990s and Beyond. *JOGNN*. 25(5): 425-432.

9. EKLER

EK-I

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU:

Sayın Anne Adayı,

“Doğuma Hazırlık Sınıfında Lamaze Yöntemiyle Gebe Eğitiminin Doğum Sürecine Etkisi” başlıklı araştırmamızı yapmak için oluşturmuş olduğumuz bu gebe eğitim sınıfında uygulayacağımız eğitim programının yararlarını saptayarak bu tür hizmetlerin yoğunlaşmasını amaçlamaktayız. Bu nedenle; sizin gebelikte ve doğum sonrası bazı duygularınızı, doğumu algılamanızı, endişelerinizi ve korkularınızı değerlendirmemiz gerekmektedir.

Ayrıca, bu çalışmada yer almanız sizin için hayati risk taşımamaktadır. Bu çalışmaya katılmak için her hangi bir ücret ödemeyeceksiniz ve size de çalışmaya katıldığınız için herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yazılı onay vermiş olsanız dahi araştırmanın herhangi bir döneminde araştırmadan vazgeçmekte özgürsünüz aynı şekilde gerekirse araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Çalışmacıya araştırma hakkında sormak istediğiniz, bilgi edinmek istediğiniz konularda verilen iletişim numaralarından ulaşabilirsiniz.

Fatma COŞAR

Tlf: 0216 3302070 / 1150

YUKARIDA ANLATILANLARI ÖZGÜRCE VE HERHANGİ BİR BASKI ALTINDA KALMADAN IMZALIYORUM.

TARİH:

AD-SOYAD/İMZA:

EK-II

DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM BİLGİ FORMU

1- Adı-Soyadı:

2- Adres ve Tlf No:

3- Yaş:

4- Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e)Yüksek Okul

5- Eşinin eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) İlkokul c) Ortaokul d) Lise e)Yüksek Okul

6- Mesleği:

7- Çalışma Durumu:

8- Eşinin mesleği:

9- Kaç yıllık evlisiniz:

10- Sosyal güvence durumunuz nedir?

- a) Sosyal güvence yok
- b) Emekli Sandığı
- c) SSK
- d) Bağ-Kur
- e) Yeşilkart
- f) Özel

11- İsteyerek mi gebe kaldınız?

a) Evet b) Hayır

12- Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?

13- Boy:

14- Kilo:

15- Daha önce doğum yapan birini gördünüz mü?

a) Evet b) Hayır

16- Cevabınız evet ise ne hissettiniz?

17- Başkalarından doğumla ilgili hikayeler dinlediniz mi?

a) Evet b) Hayır

18- Bunlardan nasıl etkilendiniz?

19- Doğumla ilgili kitap veya bilgilendirici yazılar okudunuz mu?

a) Evet b) Hayır

20- Bundan önce hamile eğitim programlarına katıldınız mı?

a) Evet b) Hayır

21- Gebelikte egzersiz yapar mısınız?

a) Evet b) Hayır

22- Doğum öncesi dönemde eşinizden ne düzeyde destek aldınız?

a) Yeterince destek oldu b) Kısmen destek oldu c) Yeterince destek olmadı

EK-III

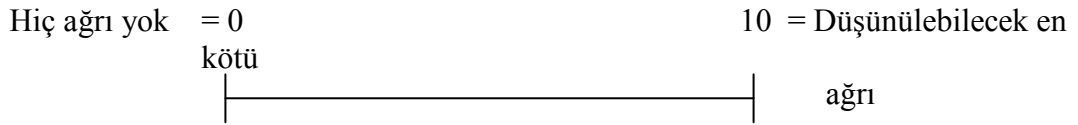
LAMAZE METODUYLA DOĞUMA HAZIRLIK KURSU (ÖN-SON) TESTİ

1. Aşağıdakilerden hangisi ilaçsız ağrı kontrol yöntemlerinden değildir?
 - a) Odaklanma
 - b) Epidural anestezi
 - c) Dokunma ve masaj
 - d) Solunum teknikleri
2. Doğum ağrısının oluşmasında etkili olan faktörlerden değildir?
 - a) Rahimin oksijensiz kalması
 - b) Gerginlik ve korku
 - c) Kasılmaların şiddetli ve sürekli olması
 - d) Doğumun ilk evresinde yürüyüş yapma
3. Aşağıdakilerden hangisi Lamaze felsefelerinden değildir?
 - a) Sırt üstü yatarak doğum yapılmalı
 - b) Doğum eylemi başladığında yürünmeli, pozisyon değiştirilmeli
 - c) Doğumun kendi kendine başlamasına izin verilmeli
 - d) Doğumdan sonra anne ile bebek bir arada tutulmalı
4. Aşağıdakilerden hangisi nefes egzersizlerinin faydalarındandır?
 - a) Anne karnında bebeğin daha fazla oksijenlenmesini sağlar
 - b) Doğum ağrıların şiddetini azaltır
 - c) Doğumda oluşan baş dönmesi ve bulantıyı önler
 - d) Hepsi
5. Aşağıdaki hormonlardan hangisi doğum sırasında **sakinleştirici ve ağrı kesici** etkisi olan hormondur?
 - a) Oksitosin
 - b) Endorfin
 - c) Adrenalin
 - d) Folikül Stimulan Hormon (FSH)
6. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - a) Stres anında salgılanan “kaç - dövüş” hormonu adrenalindir
 - b) Endorfin rahim kaslarının kasılmasını sağlar
 - c) Doğumdan sonra seviyesi düştüğü takdirde doğum sonu depresyondan sorumlu olan hormon endorfindir
 - d) Doğumda oksitosinin doğru ve yeterli salınması için sakin ve gevşemiş olunmalıdır
7. Aşağıdakilerden hangisi **gerçek doğum** belirtilerinden biridir?
 - a) Kasılmalar genellikle düzensiz ve kısa sürelidir
 - b) Yürüme ağrısı artırmaz
 - c) Yatma ve istirahatla ağrı azalmaz
 - d) Rahim ağzı yumuşamış olabilir fakat silinme ve açılma yoktur
8. Aşağıdakilerden uygulamalardan hangisi rahatlamayı sağlar?
 - a) Lavman
 - b) Vakum
 - c) Suni sancı
 - d) Duş
9. Aşağıdaki ifadelerden yanlış olanı işaretleyiniz?
 - a) İkinme sırasında nefes tutularak ıkınılır
 - b) Bebeği emzirirken meme elle makas yapılmaz
 - c) Doğumdan sonra bebek her ağladığında emzirilir
 - d) Doğum eylemi sırasında sırtta yapılan masaj rahatlatma sağlar
10. Aşağıdaki ifadelerden hangisi doğrudur?
 - a) Doğumdan sonra bebeği hemen emzirmeye gerek yoktur
 - b) Her emzirmeden sonra bebeğin gazının çıkartılmasına gerek yoktur
 - c) Doğumdan sonraki ilk 5 günde bebeğin kakasının rengi siyahtan sarıya doğru değişir
 - d) Emzirme sırasında anne ve bebeğin ten teması süt salınımını artırmaz

EK-IV

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Bu ölçek ağrının şiddetini tanımlamak için kullanılmaktadır. Ağrının şiddeti 0'dan 10'a kadar sayılarla ifade edilmektedir. Ağrının olmaması "0", en şiddetli ağrı "10" rakamı ile belirlenmektedir.



Latent Faz (0-4 cm)=

Aktif Faz (4-7 cm)=

(7-10 cm)=

EK-V

TRAVAY TANILAMA FORMU FORMU

1- Doğumunuzu nerde yaptınız?

- a) SSK Hastanesi
- b) Doğumevi
- c) Üniversite Hastanesi
- d) Özel Hastane
- e) Diğer.....

2- Doğum yaptığınız yeri tercih etme nedeniniz neydi?

.....

3- Doğumunuz gebeliğinizin kaçınıcı haftasında gerçekleşti?

.....

4- Doğum ağrılarınız başladığında doğumhaneye gelene kadar çevrenizdeki kişilerden destek aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

5- Cevabınız Evet ise destek aldığınız kişiler kimlerdir?

- a) Eş
- b) Anne
- c) Kız kardeş
- d) Kaynana
- e) Görümce
- f) Arkadaş
- g) Diğer.....

6- Doğumun süresi:

Dilatasyon (Aktif faz/3-10 cm) (Saat)

Expulsiyon (Dakika)

Toplam (Dakika)

7- Doğumda vakum / forseps uygulaması yapıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

8- Epizyotomi uygulandı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

9- Amniotomi uygulandı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

10- Lavman uygulandı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

11- Sonda uygulandı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

12- Doğum eylemi boyunca hareket edip yürüdünüz mü?

- a) Evet
- b) Hayır

13- Eğer cevabınız “Hayır” ise nedeni:

14- Doğum süresince yeme/içme kısıtlaması yapıldı mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15- Sırt üstü yatar pozisyonda mı doğum yaptınız?

- a) Evet
- b) Hayır

16- Cevabınız Hayır ise hangi pozisyonda doğum yaptınız?

EK-VI**DOĞUM EYLEMİNDE DUYGUSAL DAVRANIŞ FORMU**

Gebenin Doğum Eylemi Süresince Gösterdiği Duygusal Davranışlar	Gösterdi	Göstermedi
Heyecanlı görünüm		
Korku ifadesi		
Yalnız kalmaktan kaçınma		
Huzursuzluk		
Davranış kontrolünde güçlük		
İletişimden kaçınma		
Mahremiyetin azalması		
Yüksek sesle ağlama		
Sessizce ağlama		
Yüz ifadesinde değişiklik		
Avuçlarını sıkma		
Herhangi bir şeyi sıkma		
Dudak ısırma		
Yakınma		
Çığlık atma		
Kendisine zarar verecek davranışlarda bulunma		
Sürekli gezinme		
Çevresindeki kişileri suçlama		

EK- VII

DOĞUM SONU DÖNEM DEĞERLENDİRME FORMU (İlk 2 saat):

- 1- Vital Bulgular: Ateş: Nabız: TA:
- 2- Kanama durumu:
- 3- Uterus involüsyonu:
- 4- Doğum sırasında bebekte herhangi bir problem gelişti mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 5- Cevabınız evet ise hangi problemler gelişti?
 - a) Kordon dolanması
 - b) Mekonyum
 - c) Geç ağlama-solunum problemi
 - d) Diğer.....
- 6- Doğumdan sonra bebeğinize ilk olarak ne zaman dokundunuz?
 - a) Doğumdan hemen sonra
 - b) İlk yarım saatte
 - c) İlk 1 saatte
 - d) 2 saat ve üzeri.. Nedeni:
- 7- Bebeğinizi ilk olarak ne zaman emzirdiniz?
 - a) İlk yarım saat içinde
 - b) İlk 1 saat içinde.. Nedeni:
 - c) 2. ve 3. saatte... .. Nedeni:
 - d) 4 saat ve üzeri.. Nedeni:
- 10- Hastanede kaldığınız sürece bebeğinizi emzirmeniz için yeterli fırsat verildi mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 11- Eğer cevabınız “Hayır” ise nedeni:
- 12- Emzirme desteği nasıldı?
 - a) Çok iyi
 - b) İyi
 - c) Yetersiz
 - d) Kötü
- 13- Hastanede kaldığınız sürece bebeğiniz mama ile beslendi mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 14- Cevabınız Evet ise nedeni:
- 15- Bebeğin cinsiyeti:
- 16- Apgar skoru: 1.dk: 5.dk.
- 17- Doğum Ağırlığı:
- 18- Sevk yeri: a) Anne yanı b) Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesi
Neden.....

EK-VIII

ANNENİN DOĞUMU ALGILAMASI ÖLÇEĞİ

- POBS -

PERCEPTION OF BIRTH SCALE (Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği)

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

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

17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
18. Doğum anında ne kadar korkmuştunuz?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığınızdan daha zorlu mu oldu?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
20. Doğum hemşireniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
21. Doğum sancıları ve doğumunuz hakkında doğum hemşireniz değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 5
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	<i>Hiç</i> 1	<i>Biraz</i> 2	<i>Orta</i> 3	<i>Çok</i> 4	<i>Çok fazla</i> 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 içinde ve ↑ 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 içinde ve ↑ 1

Certificate of Attendance

Fatima Cosar
has attended a

presented by

Lamaze® International Childbirth Educator Program Seminar

4/10 - 12 / 2010 NYC
Dates Location

Judith Lohman
Program Director



The seminar has been approved for 24 contact hours by Lamaze International, Program Approval Number LIN 01-2004-CBE. Lamaze International is approved as a provider of continuing education in nursing by the Virginia Nurses Association (VNA-CEA Provider No. 04-09-08) which is accredited as an approver of continuing education in nursing by the American Nurses Credentialing Center's Commission on Accreditation. Lamaze International is approved by the California Board of Registered Nursing (Provider No. 9989). Attendance at a Lamaze International Childbirth Educator Program Seminar is partial completion of the requirements for eligibility to take the Lamaze International Certification Exam. For more information contact the Lamaze International Administrative Office at 800-368-4404.

2025 M Street, NW, Suite 800 • Washington, DC 20036 • 800-368-4404 • Fax 202-367-2128 • www.lamaze.org • ce@lamaze.org

LAMAZE METODUYLA GEBE EĞİTİMİ

**Sizi ve eşinizi
sağlıklı ve mutlu
bir doğuma hazırlıyoruz**

Gebe Eğitim Sınıflarımıza Katılarak;

- Doğum Evreleri,
- Gebelikte egzersizler
- Doğum Topu Kullanımı
- İkinma Teknikleri
- Nefes Alma Teknikleri
- Yenidoğan Bakımı
- Emzirme Teknikleri

**ve daha bir çok konuda bilgilenererek yaşamınızın
bu en güzel deneyimini bilinçli olarak karşılayın.**

Yer

**Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Gebe Eğitim Odası**

EK XI

EK-XII



GEBELİK EGZERSİZLERİ

Hamilelik döneminde düzenli egzersiz ve nefes çalışmaları hem kendiniz hem de bebeğiniz için çok faydalıdır. Düzenli egzersiz yaparak daha rahat bir hamilelik dönemi geçirebilirsiniz. Nefes çalışmaları sayesinde bulantı, bel ağrısı, kramp gibi şikayetlerinizde azalma olur. Ruhsal yönden rahatlayabilirsiniz. Hamilelik egzersizleri daha kolay bir doğum için bedeni hazırlar. Elde edilen beden ve nefes farkındalığı ile doğum sırasında bedeni gevşetmek ve bebeğin geçişine izin vermek daha kolay olur. Bu çalışmalar hem bedenin güçlenmesini sağlar hem de özellikle pelvis ve taban kaslarını çalıştırarak doğum kanalını doğuma hazırlar.

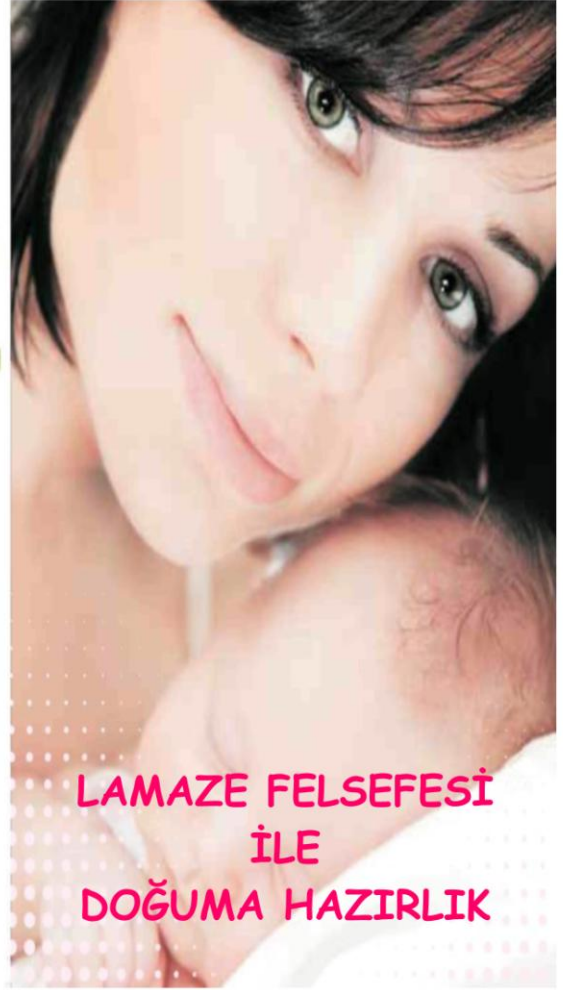
DERS PROGRAMI;

TARİH : HER PAZARTESİ VE SALI

SAAT : 18.30 -21.30

YER : ZEYNEP KAMİL EA HASTANESİ, GEBE EĞİTİM ODASI

NOT : EĞİTİMLER 4 HAFTA TOPLAM 14 SAATTİR.
EĞİTİMLER HAFTA SONU DA YAPILMAKTADIR.
KURSA GELMEDEN ÖNCE DOKTORUNUZA DANIŞINIZ.
EŞİNİZLE GELMENİZ TAVSİYE EDİLİR.



**LAMAZE FELSEFESİ
İLE
DOĞUMA HAZIRLIK**



Hamilelik ve doğum konusunda endişeleriniz mi var?

Bedeninizi doğum deneyimine hazırlamak mı istiyorsunuz?

Doğal doğumun sizin için en doğru seçim olduğuna mı inanıyorsunuz?

Bebeginizi büyütürken nasıl davranacağınızı bilmiyor musunuz?

Güzel bir doğum deneyimi mi yaşamak istiyorsunuz?

O halde mutlu bir hamilelik, sağlıklı bir doğum için; Doğuma Hazırlık eğitimlerimize katılabilirsiniz.

Doğuma Neden Hazırlanmalı?

Doğurmak ve bebek yetiştirmek için gerekli olan güç her annenin içinde var. Eğitimlerimiz, konunun uzmanları tarafından verilen bilgiler, geliştirilen beden farkındalığı, yapılan nefes çalışmaları ve sağlanan destek ortamı ile bu gücün ortaya çıkmasına yardım ediyor.

Bu eğitimlere katılarak;

- > doğumunuz ile ilgili daha bilinçli kararlar verebilir,
- > kendinize güveninizi artırabilir ve
- > bebeğinizle ilk günlerinizde ihtiyaç duyacağınız yeni yetiler kazanabilirsiniz.

4

Yurtdışında yapılan araştırmalar doğuma hazırlık derslerine katılanların katılmayanlara oranla

- Daha az ağrı kesici yöntemle başvurduğu
- Daha az sezaryen olduğu
- Daha az doğum sonu depresyon yaşadığı
- Emzirme başarılarının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Eğitimlerin İçeriği;

- > Doğum dalgalarıyla nasıl başedebilirim?
- Eşim ve yakınlarım bana doğumda nasıl yardımcı olabilir?
- > Doğumun başladığını nasıl anlarım?
- > Nefes çalışmalarıyla bedenimi doğuma nasıl hazırlayabilirim?
- > Kendim için en iyi doğum ortamını nasıl sağlarım?
- > Doğum koçluğu yapmak isterse eşimin neler bilmesi gerekiyor?
- > Hastanede bizi neler bekler?
- > Ya sezaryen olmam gerekirse?
- > Lohusalıkta kendime en iyi nasıl bakarım?
- > Emzirme konusunda neler bilmem gerekiyor?
- > İlk günler ve aylarda bebek bakımı nasıl olacak?



10. ETİK KURUL VE KURUM ONAYI

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Zeynep Kamil E.A.H.*

Çalışmanın adı: *"Doğuma Hazırlık Sınıflarında Lamaze Yöntemiyle Gebe Eğitiminin Doğum Sürecine Etkisi"*

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler*Fatma COŞAR*....*dır.*

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda**3 ay**.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) **Başlangıç***26.11.2018*...../ **Bitiş***26.12.2019*.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2010

Adı-Soyadı

Fatma COŞAR

Fatma Coşar

OLUR

...../...../2010

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

...../...../2010

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı

İbrahim Topcu



MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/ 505
İLGİ :

25.06.2009

Sayın : Doç.Dr. Nurdan DEMİRCİ

MAR-YÇ-2009-0240 protokol nolu “ Gebelerin doğuma hazırlık sınıfında lamaze yöntemiyle eğitiminin doğum sürecine etkisi” isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr. Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ZEYNEP KAMİL KADIN ve ÇOCUK HASTALIKLARI
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ



YEREL ETİK KURULU ARAŞTIRMA BAŞVURU ONAYI FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	04/05/2009/7104
	PROTOKOL ADI	Doğuma Hazırlık Sınıfında Lamaze Yöntemiyle Gebe Eğitiminin Doğum Sürecine Etkisi.
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVAN/ADI	Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
	BAŞVURULAN ETİK KURUL	Zeynep Kamil Hastanesi Kadın ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu
	DESTEKLEYİCİ FIRMA	Yok
	FAZİ	Yok
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	☐ Tek Merkez ☐ Çok Merkez ☐ Ulusal ☐ Uluslar arası

DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Değişiklik No.su	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU ÖRNEĞİ			☐ Türkçe ☐ İngilizce
	OLGU RAPOR FORMU			☐ Türkçe ☐ İngilizce

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 37	Tarih: 12/05/2009
	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Nurdan DEMİRCİ' nin sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen tek merkezli araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU
ÜYELER	

Ünvanı / Adı / Soyadı Ek Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cer.Kl.Şefi- Başhekim	ZKH	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr.Atila KARAALP	Farmakolog	Marmara Ün.	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Doç.Dr.Aysu SAY	Çocuk Sağ.Ve Hast.Kl.Şefi	ZKH	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Doç.Dr.Zeki ŞAHİNOĞLU	Kadın Hast.ve Doğum Uzm	ZKH	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Op.Dr.Vedat DAYICIOĞLU	Kadın Hast.ve Doğum Kl.Şefi	ZKH	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Uzm.Dr.Ayşen ÖZKORAL	Biyokimya Uzm.	ZKH	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Uzm.Dr.Suna CESUR	Patoloji Uzm.	ZKH	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Semra KARAKUZU	Başeczacı	ZKH	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Rahime İŞINAY	Kimyager		K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Sultan UZELTÜRK	Hukuk Uzm.	Yeditepe Ün.	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Uzm.Dr.İbrahim TOPÇU	Decinoloji Uzm.	Sağlık Müdürlüğü	E	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	

* Araştırma ile İlişki
** Toplantıda Bulunma

FORM NO:F-2-122

REV. TARİHİ : 0

YAYIN TARİHİ: 06-06-2008
SAYFA NO:1/1

REV. NO: 0

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Fatma	Soyadı	COŞAR
Doğum Yeri	Gelendost	Doğum Tarihi	10.02.1979
Uyruğu	T.C.	Tel	02163302070/1150
E-mail	fatmacosar@yahoo.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Anatomi AD	2004
Lisans	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2001
Lise	Isparta Sağlık Meslek Lisesi	1997

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD	2007-
2.	Araştırma Görevlisi	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	2002-2007
3.	Ebe	Gelendost Devlet Hastanesi	1998-2002

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	İyi	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	70							

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	Çok iyi
Excell	Çok iyi
Power Point	Çok iyi