



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**VAJİNAL DOĞUMUN İKİNCİ AŞAMASINDA PERİNEYE
SICAK UYGULAMA YAPMANIN PERİNE BÜTÜNLÜĞÜNE VE
AĞRIYA ETKİSİ**

ROJJİN MAMUK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP

İSTANBUL – 2008

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans ☒ Doktora ()

Anabilim Dalı : Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D.

Tez Sahibi : Rajjin Mamuk

Tez Başlığı : Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi

Sınav Yeri : Marmara Ü. Hemşirelik Yüksekokulu

Sınav Tarihi : 1 Nisan 2008

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

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd. Doç. Dr. Nîmet Sevgî Gençalp

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

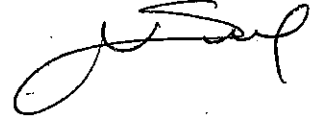
Prof. Dr. Cihat Ünlü
Cihat Ünlü

Doç. Dr. Nurdan DEMİRCİ

Kurumu

Marmara Üniv.

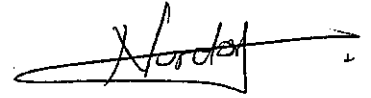
İmza



Acıbadem Bakırköy
Hastanesi
Kadın - Doğum Kk.



Marmara Üniv.



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 10.../04/2008 tarih ve 5. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sevim ROLLAS

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

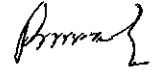
BEYAN

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 olmadığını beyan ederim.

Tarih

"Ad Soyadı" (İmza)

Rojjin MAMUK



I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında sabır ve desteği ile yanımda olan çok değerli hocam ve tez danışmanım, Yard. Doç.Dr. Nimet Sevgi GENÇALP'e

Yetişmemde emeği geçen tüm hocalarıma

Çalışmaya onay veren Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine

Araştırmada gönüllü olarak çalışmayı kabul eden tüm hekimlere

Çeviriler konusunda yardımcı olan Fırat MAMUK, Gülçin MAMUK, Dr. Hicran ACAR'a

Verdikleri destek ve gösterdikleri sonsuz anlayıştan dolayı tüm çalışma arkadaşlarıma

Çalışmaya katılma nezaketini ve güvenini gösteren tüm annelere

Hayatımın her aşamasında beni sonsuz sevgileri ile destekleyen ve hiç yalnız bırakmayan, başta sevgili annem Vedia MAMUK olmak üzere tüm aileme ve biricik kızım Alize Havin'e sonsuz teşekkür ederim

Rojjin MAMUK

II. İÇİNDEKİLER

	SAYFA
I. TEŞEKKÜR	i
II. İÇİNDEKİLER.....	ii
III. TABLOLAR DİZİNİ	vi
IV. KISALTMALAR.....	vii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ ve AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4.1. Normal Doğum Eylemi ve Doğum	5
4.1.1. Doğumun I. Devresi	5
4.1.1.1. Latent Faz.....	5
4.1.1.2. Aktif Faz	6
4.1.1.3. Geçiş Fazı.....	6
4.1.2. Doğumun II. Devresi.....	7
4.1.3. Doğumun III. Devresi	8
4.1.4. Doğumun IV. Devresi	9
4.2. Doğumda Perine Hasarı	9
4.2.1. Spontan Perine Yırtıkları.....	9
4.2.2. Epizyotomi	10
4.2.2.1. Epizyotomi Çeşitleri	11
4.2.2.2. Epizyotomi Komplikasyonları	11
4.2.2.3. Epizyotominin Tarihçesi ve Rutin Epizyotomi.....	12
4.2.3. Perine Hasarının Kadın Sağlığı ve Yaşantısına Etkisi	12
4.3. Ağrı	13
4.3.1. Kapı Kontrol Teorisi	14
4.4. Doğum Ağrısı.....	15
4.4.1. Doğum Ağrısının Mekanizması ve İletim Yolları	15
4.4.2. Doğum Ağrısını Etkileyen Faktörler.....	16
4.4.3. Doğum Ağrısının Anne ve Bebek Sağlığına Olumsuz Etkileri	17

4.4.4. Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi.....	18
4.4.5. Doğum Ağrısının Kontrolü	20
4.4.5.1. Farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri	20
4.4.5.2. Non-farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri.....	21
4.4.5.2.1. Aşamalı Kas Gevşemesi.....	24
4.4.5.2.2. Solunum Teknikleri.....	24
4.4.5.2.3. Dikkat Odaklama ve Dikkat Dağıtma	25
4.4.5.2.4. Hayal Kurma	25
4.4.5.2.5. Biofeedback	25
4.4.5.2.6. Müzik	25
4.4.5.2.7. Hipnoz.....	26
4.4.5.2.8. Yoga	26
4.4.5.2.9. Aromaterapi	27
4.4.5.2.10. Hidroterapi	27
4.4.5.2.11. Masaj ve Dokunma	27
4.4.5.2.12. Efloraj.....	28
4.4.5.2.13. Hareket ve Pozisyon Verme.....	28
4.4.5.2.14. Akupunktur	29
4.4.5.2.15. Acupressure.....	29
4.4.5.2.16. Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı (TENS).....	30
4.4.5.2.17. Steril Su Enjeksiyonu.....	30
4.5. Yüzeysel Isı Uygulaması	30
4.5.1. Isının Fizyolojik Etkileri	32
4.5.2. Tedavi Edici Isı Uygulama Metotları.....	34
4.5.3. Tedavi Edici Isının Uygulama Alanları	35
4.5.4. Tedavi Edici Isının Kullanılmaması Gereken Durumlar	35
4.5.5. Tedavi Yöntemi Seçiminde Dikkat Edilecek Noktalar	36
4.6. Doğumun İkinci Aşamasında Perineal Sıcak Uygulama	36
4.6.1. Perineal Sıcak Uygulamanın Etki Mekanizması.....	37
4.6.2. Perineal Sıcak Uygulamanın Avantajları	37
4.6.3. Perineal Sıcak Uygulamanın Dezavantajları.....	38
4.6.4. Perineal Sıcak Uygulama Araçları.....	38

4.6.5. Perineal Sıcak Uygulama Tekniği.....	39
4.6.6. Perineal Sıcak Uygulamada Dikkat Edilecek Noktalar	39
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	40
5.1. Araştırmanın Şekli	40
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	40
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem	41
5.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler	42
5.4.1. Anne Adayını Bilgilendirme Formu	42
5.4.2. Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu	42
5.4.3. Doğum Eylemi İzlem Formu	43
5.4.4. Doğum Sonu Görüşme Formu	43
5.4.5. Sıcak Paket ‘Hot Pack’ ve Kompresler	43
5.4.6. Visüel Analog Skala.....	43
5.5. Araştırmanın Ön Uygulaması	44
5.6. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri	44
5.7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	44
5.8. Perineal Sıcak Uygulama Planı.....	45
5.8.1. Uygulamada Kullanılan Malzemeler	45
5.8.2. Perineal Sıcak Uygulama Tekniği.....	45
5.9. Verilerin Değerlendirilmesi	46
5.10. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplanmasında Karşılaşılan Durumlar	46
6. BULGULAR.....	47
6.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular	47
6.2. Doğum Eylemine İlişkin Bulgular	53
6.3. Annelerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bulgular	57
6.4. Annelere Göre Aldıkları Bakıma ve Uygulamalara İlişkin Bulgular	60
7. TARTIŞMA	63
7.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması	63
7.2. Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Tartışılması	70
7.3. Annelerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bulguların Tartışılması.....	75
7.4. Annelere Göre Aldıkları Bakıma ve Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması.....	79

8. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	83
9. EKLER.....	86
9.1. Anne Adayını Bilgilendirme ve Onam Formu	86
9.2. Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu	87
9.3. Doğum Eylemi İzlem Formu	89
9.4. Doğum Sonu Görüşme Formu	90
9.5. Visüel Analog Skala (VAS).....	91
10. KAYNAKLAR	92
11. ÖZGEÇMİŞ	101
12. ETİK KURAL ONAY FORMU	102

III. TABLOLAR DİZİNİ

SAYFA

Tablo 1. Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri.....	47
Tablo 2. Annelerin Obstetrik Özellikleri	48
Tablo 3. Annelerin Önceki Doğumdan Sonra Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu.....	49
Tablo 4. Annelerin Gebeliği İsteme ve Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu	49
Tablo 5. Annelerin Önceki Doğumlarına İlişkin Özellikler.....	50
Tablo 6. Annelerin Doğumdan Sonra Perine Bölgesinde Sorun Yaşama Durumu	50
Tablo 7. Annelerin Önceki Doğumdan Sonra Epizyotomi Bakımı Alma Durumu	51
Tablo 8. Annelerin Epizyotomiye İlişkin Bilgi ve Görüşleri.....	52
Tablo 9. Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimler	53
Tablo 10. Doğumun İkinci Devre Süresi	53
Tablo 11. Doğum Sonu Perine Bütünlüğünün Durumu.....	54
Tablo 12. Doğumda Uygulanan Girişimler ile Perine Bütünlüğünün Karşılaştırılması	55
Tablo 13. Doğum Sonu Perine Bütünlüğünün Durumu ile Annelerin Doğum Aralığının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 14. Yenidoğana İlişkin Özellikler.....	56
Tablo 15. Yenidoğan Baş Çevresi ve Doğum Tartısının Doğumda Perine Bütünlüğüne Etkisi.....	57
Tablo 16. Annelerin Doğumun İkinci Devresinde Yaşadıkları Ağrının Bölgesel Olarak Dağılımı.....	57
Tablo 17. Annelerin VAS Ağrı Puanları.....	58
Tablo 18. Sıcak Uygulama Başlangıcında Saptanan Servikal Dilatasyon ve Sıcak Uygulama Süresinin Dağılımına Göre Perineal Ağrı Ortalaması	58
Tablo 19. Bebek Ağırlığının Perineal ve Genel Doğum Ağrısına Etkisi.....	59
Tablo 20. Annelerin Doğumdan Önce Doğuma İlişkin Beklentileri ile Yaşadıkları Doğumu Karşılaştırmaları	59
Tablo 21. Annelerin Doğuma Özgü Bakım Alma Durumu ve Bakıma İlişkin Düşünceleri	60
Tablo 22. Annelere Göre Yaşadıkları Doğumun Olumlu / Olumsuz Yönleri ve Tepki Gösterdikleri Uygulamalar	61

IV. KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

KKT: Kapı Kontrol Teorisi

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TENS: Deri Altı Elektrik Sinir Uyarımı

USG: Ultrasonografi

VAS: Visüel Analog Skala

1. ÖZET

Bu araştırma, normal vajinal doğumun ikinci aşamasında ‘perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisini’ belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmıştır.

Araştırma, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Merkezi Doğumhanesinde 08.05. 2006 ile 30. 10. 2006 tarihleri arasında hastanenin etik kurulundan izin alınarak yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini; örneklem kriterlerine uyan 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe oluşturmuştur.

Araştırmada annelere doğumun latent fazında uygulama ile ilgili bilgilendirme yapıp onay alındıktan sonra Tanıtıcı Bilgi Formu uygulanmıştır. Her iki grup anneye doğum eylemi süresince standart hemşirelik bakımı uygulanmış olup deney grubu annelere farklı olarak doğumun 1. devresinin geçiş fazından başlanarak eylemin 2. devresinin sonuna kadar perineye sıcak uygulama yapılmıştır. Sıcak uygulama sırasında Doğum Eylemi İzlem Formu kullanılmıştır. Doğumun kanama kontrol devresinde ise Annelere Doğum Sonu Görüşme Formu ile VAS uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, Yüzdelik, Ortalama Ki-Kare, Fisher Exact Ki-Kare testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney u testi ve t testi kullanılmıştır.

Sıcak uygulamanın doğum ağrısına etkisiyle ilgili VAS puanlarının, ağrının bölgesel olarak dağılımının, doğum sonu perine bütünlük durumunun ve annelerin yaşadıkları doğumla ilgili düşüncelerinin gruplar arasında karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Farkın sıcak uygulamanın doğum ağrısını hafifletici ve perine bütünlüğünü koruyucu etkisine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; Sıcak uygulamanın ağrıyı azalttığı, perineyi 3. ve 4. derece travmalara karşı korumada etkili olduğu ayrıca anne konforunu olumlu yönde etkilediği görülmüş olup; sıcak uygulamanın perine bütünlüğünün korunması ve doğum ağrısının kontrol edilmesinde kullanılabileceği düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sıcak paket, Doğumun İkinci Aşaması, Perine Ağrısı, Perineal travma

2. ABSTRACT

Effect of Heat Application to the Perineum in Normal Vaginal Deliveries on Perineal Integrity and Pain

This research was planned as an experimental study for the purpose of determining the effect of heat application on the perineum during the second stage of labor on perineal integrity and pain.

The research was conducted between 08.05.2006 and 30.10.2006 in the Labor and Delivery Department of Şişli Etfal Training and Research Hospital Center after receiving permission to conduct the research from the hospital ethics committee.

The research sample was comprised of 60 pregnant women, 30 of whom were in the experimental group and 30 of whom were in the control group, who met the research inclusion criteria.

Standard nursing care was given during labor for both groups of mothers, but when the transition phase of the first stage of labor of mothers in the experimental group began until the end of the second stage of labor heat application was administered to their perineum.

In the data analysis percentage, mean, Chi square, Fischer Exact Chi square test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and t test were used.

When the groups were compared for the effect of heat application of labor pain the distribution of VAS scores, regional distribution of pain, integrity of the perineum after delivery, and mothers' thoughts about their delivery, statistically significant differences were found ($p<0.05$).

In conclusion heat application was effective in decreasing pain and protecting the perineum from 3rd and 4th degree trauma, and also had a positive effect on mothers' comfort. It is suggested that heat application can be used to protect the integrity of the perineum and to control labor pain.

Key words: Heat packet, Second Phase of Labor, Perineal Pain, Perineal trauma

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum eylemi kadının ve ailenin merakla beklediği en önemli yaşam deneyimlerinden biridir. Bu deneyim çoğu zaman kadınların hafızalarında fiziksel, duygusal ve ruhsal yönleri ile yer edinerek ayrıntıları ile hatırlanmaktadır (www.aile.gov.tr. Erişim Tarihi 23. 02. 2008).

Kadın için son derece önemli olan bu eylemin ideal yönetimi iki potansiyel karşıt uyuma ihtiyaç duymaktadır. Birincisi, doğumun çoğu kadının komplikasyonsuz yaşadığı normal bir fizyolojik süreç olarak algılanması ikincisi ise, intrapartum komplikasyonların çok çabuk ve beklenmedik şekilde ortaya çıkabileceğidir. Bu nedenle doğum süresince anne ve yakınları rahat hissettirilmeli, ancak beraberinde komplikasyonlar ani olarak gelişebileceği için anne ve fetus güvenliği sağlanmalıdır (22).

Doğumda yaşanan ağrı ve doğum travmaları, anne sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli sorunlardır. Bu nedenle de pek çok araştırmaya konu olmuştur. Doğum ağrısı, genellikle bir kadının hayatı boyunca çekeceği en şiddetli ağrıdır ve insan dışındaki memelilerin yakın gözlemi, doğumun bu türlerde de ağrılı, doğal bir süreç olduğunu göstermektedir (4, 30).

Bugün modern uygulamalarda doğum ağrısının kabul edilebilir veya gerekli olduğu düşünceleri ortadan kalkmış ve böylece doğum sırasında yaşanan acı ve ağrının kontrolü obstetri de önemli bir yere sahip olmuştur (22, 30).

Annenin ağrıyla başetmesi ve olumlu bir doğum eylemi yaşayabilmesi için ağrı kontrolünde kullanılan ilaçlı ve ilaçsız birçok yöntem bulunmaktadır. Bu yöntemlerin seçimi; yöntemin etkisine, uygulanabilirliğine, annenin isteğine ve doğum ekibine bağlıdır (81, 107).

Doğum ağrısının kontrolünde esas olan sadece ağrı kesici ilaçlar uygulamak değil doğumda kompleks teknikler kullanabilmek, kontrollü ve deneyimli bir ekip anlayışı ile iyi planlanmış doğum ortamında doğuma destek olmaktır. Doğum idaresini üstlenen kişinin profesyonel olması, anneyi ekibin bir üyesi haline getirerek annenin

eyleme ve ekibe uyumunu sağlaması ve doğumun her aşamasında dikkatli olması gerekmektedir (81).

Doğum sırasında meydana gelen genital yol travmaları kadınlarda kısa ya da uzun süreli problemlere neden olmaktadır. Doğumda perineal hasarı önlemeye yönelik çalışmalar; epizyotomi, annenin doğum pozisyonu, doğumda ıkınma teknikleri ve perineal bölgeyi korumaya yönelik teknikler (perine masajı, sıcak uygulama ve doğumda kullanılan el teknikleri) başlıkları altında toplanmıştır. Ancak yapılan çalışmalara rağmen bu sorunun önüne geçilememiş ve tam bir çözüm yolu bulunamamıştır (4).

Perineal Sıcak uygulama tekniği etki mekanizması gereği doğum ağrısının kontrolü aynı zamanda genital yol travmalarının önlenmesi amacıyla kullanılan, uygulaması kolay, ucuz ve yan etkisi olmayan noninvazif bir girişimdir (14, 25).

Ülkemizde yapılan çalışmalar annelerin doğumdan korktuklarını, doğumda ağrıyla başetme yöntemlerinden yeterince yararlanamadıklarını ve genital yol travmalarına maruz kaldıklarını göstermektedir. Bu nedenle çalışmamız; annelerin doğumun ikinci aşamasında doğum ağrısı ile başetmelerini sağlamak, doğumda yaşanabilecek genital yol travmalarını önlemek ve dolayısıyla annenin doğumdan duyacağı memnuniyeti arttırmak için kullanılan perineal sıcak uygulamanın etkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır

4. GENEL BİLGİLER

4. 1. Normal Doğum Eylemi ve Doğum

Doğum eylemi: Son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusdan dış ortama atıldığı süreçtir. Normal bir doğum eyleminin;

- Termde
- Tek ve canlı bir fetüsün varlığı,
- Kendiliğinden başlaması,
- Verteks pozisyonda,
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan,
- Sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (91, 93).

Doğum eylemi birbirinden çok farklı dört devreden oluşmaktadır:

4.1.1. Doğumun I. devresi (Dilatasyon)

Düzenli aralıkla ve her on dakikada bir gelen ağrıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Yapılan medikal girişimler ve kişisel farklılıklar nedeniyle ortalama süresinde farklılıklar yaşansa bile doğum eyleminin en uzun aşamasıdır. Nulipar kadınlarda doğumun birinci aşamasının ortalama 12 saat, multiparlarda 6–8 saat olduğu bildirilmektedir. Bu devre kendi içinde üç ayrı fazda ilerlemektedir (7, 14, 15, 21, 22, 74, 91).

4.1.1.1. Latent faz

Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar efasman nuliparlarda %70–80, multiparlarda %30 – 40, dilatasyon ise her iki grupta 3cm olduğunda tamamlanır. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda 0, multiparlarda 0 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Erken membran rüptürü gelişmediği sürece membranlar kapalıdır. Kontraksiyonlar 15 – 30 dakikada bir gelip ortalama 20 sn sürer ve hafif şiddettedir. Bu fazda anneler genellikle rahattır, odaklandıkları noktalar ağrı ve

bebektir, dikkatli ve iletişime açıktırlar, ağrı kontrolünde oldukça iyidirler. Bu dönemde anneler en çok susuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, diyare, karın ve sırt ağrısı, sık idrara çıkma, dönem uzarsa yorgunluktan şikâyet ederler. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan hemşirelik girişimleri arasında; gezdirme/ dinlendirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, kontraksiyonlar sırasında gevşeme ve solunum tekniklerini uygulatma, duş aldırma, bilgilendirme, sık sık pozisyon değiştirme yer almaktadır (7, 14, 15, 22, 25, 42, 63, 74, 91, 93).

4.1.1.2. Aktif faz

Dilatasyon 4cm olduğunda başlar ve 7cm olduğunda tamamlanır. Efasman nuliparlarda %80 – 100, multiparlarda %30 – 80'dir. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nuliparlarda +1 ile +2, multiparlarda +1 ile -2 düzleminde yer almaktadır. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3 – 5 dakikada bir gelip ortalama 30 – 60 sn sürer ve orta şiddettedir. Kontraksiyon şiddetinde yaşanan artış annede yorgunluk, anksiyete ve endişe yaratarak destek ihtiyacını artırır. Anne ile iletişimin zorlaştığı bu fazda şiddetli ağrı, ağrının sırta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yüzde kızarma, yorgunluk ve uyuklama gözlenir. Bu dönemde anneyi rahatlatmak için yapılan hemşirelik girişimleri arasında; sık sık pozisyon değiştirme, gezdirme, sık aralıklarla idrara çıkarma, sırt ve bacaklara efloraj masajı, ılık duş, solunum ve gevşeme teknikleri, sıcak soğuk uygulama, odaklanma, müzik terapi, bilgilendirme, analjezik ve anesteziik uygulamalar yer almaktadır (7, 14, 22, 25, 74, 91, 93).

4.1.1.3. Geçiş Fazı

Dilatasyon 8cm olduğunda başlar ve 10cm olduğunda tamamlanır. Efasman nulipar ve multiparlarda %100'dür. Bu dönemde prezante olan kısmın ilerleyişi nulipar ve primiparlarda +2 ile +3 düzleminde yer almaktadır. Membranlar açılmıştır. Kontraksiyonlar 2 – 3 dakikada bir gelip ortalama 40 – 90 sn sürer ve şiddetlidir. Annenin bu dönemde rahatsızlığı artmıştır, yorgun ve sinirlidir, iletişim belirsizdir ayrıca yalnız kalmaktan korkmaktadır. Geçiş fazının olağan değişiklikleri ve

yakınmaları arasında; susuzluk, bulantı, kusma, şiddetli ağrı, rektal basınç, alın ve dudak üzerinde terleme, kontraksiyonlar arasında uyuklama, geçirme, dışkı çıkışı, kanamada artış, bacaklarda titreme ve kramp yer almaktadır. Bu dönemde anneyi yalnız bırakmamak, bilgilendirmek, rahatlatması için boyna ve yüze soğuk uygulama yapmak, solunum ve gevşeme tekniklerini kullanmak etkili olmaktadır (15, 22, 74, 91, 93).

4.1.2. Doğumun II. devresi (Ekspulsiyon)

Eylemin ikinci devresi Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Literatürde ikinci devre süresine ilişkin tam bir fikir birliği yoktur ancak bu devrenin iki saatten uzun sürmesinin risk faktörlerini arttıracığı belirtilmektedir. Uzamış ikinci devrede yaşanacak riskler; fetal mortalite ve morbidite ile annede atoni kanama riskinin artmasıdır. Doğumun ikinci devresi birinci devrede olduğu gibi pariteden etkilenmekte ve pek çok kaynak bu devrenin nulipar kadınlarda ortalama 1–2 saat, multiparlarda 5–30 dakika sürdüğünü bildirmektedir. Doğumun 2. devre süresi parite kadar, epizyotomi, fundal basınç, oksitosin indiksiyonu, amniyotomi, kullanılan doğum pozisyonu, ıkınma tekniği, farmakolojik anestezi vb. girişimlerden de etkilenmektedir. Bazı kaynaklar doğumun ikinci aşamasını safhalara ayırmaktadır. Avrupalı araştırmacılar doğumun ikinci devresini basit olarak iki safhada incelemişlerdir. Servikal dilatasyonun tamamlanmasından ıkınma isteğinin oluşmasına kadar olan dönem erken (ilk) safha ve aktif olarak ıkınmanın yapıldığı andan doğuma kadar olan dönem ise geç (ikinci) safha olarak adlandırmışlardır. Doğumun ikinci devresini üç safhada tanımlayan kaynaklar da bulunmaktadır. Buna göre; ıkınma girişiminin olmadığı veya az olduğu dönem Latent faz (dinlenme), etkili ıkınmaların olduğu dönem aktif faz (iniş), fetal başın görünür olduğu veya taçlanmanın başladığı dönem ise geçiş fazı (son), olarak adlandırılmaktadır. İkinci devrede annenin itici güçleriyle fetüsü aşağı doğru itmesi başın pelvik tabana dayanmasına ve sonuçta spontan ıkınma hissinin gelişmesine yol açmaktadır. Bu aşamada yaşanan güçlü ıkıntı hissi, rektal basınç, defekasyona ve sırt bölgesinde ağrıya neden olmaktadır. Perinede meydana gelen gerilme ve taçlanma ise bu bölgede ateş çemberi şeklinde tanımlanan güçlü yanma ve ağrılara sebep

olmaktadır. Çoğu anne doğumun ikinci devresini, doğumun en zor ve ağrılı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yarımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Artık panik içinde olan anneyle iletişim kurmak oldukça güçleşmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan College of Obstetricians and Gynecologists (1997) prenatal bakım kılavuzunda anne ve fetus güvenliğinin sağlanması için doğum eyleminin ikinci aşamasında her gebeye bir ebe veya hemşirenin bakım vermesi gerektiğini bildirmektedir. İkinci devre annenin desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. Yorgun anneyi bu dönemde rahatlatmak için terinin silinmesi, yüze dudaklara ve perineye buz uygulaması etkilidir. Ayrıca kimi kaynaklara göre perineal sıcak uygulamayla beraber, lubrikanlı veya tek başına perine masajı yapmak, perine ağrısının azaltılmasında ve perine bütünlüğünün korunmasında yararlı olmaktadır (7, 14, 15, 21, 22, 25, 42, 63, 74, 91, 92, 93, 105).

4.1.3. Doğumun III. devresi (Halas)

Eylemin üçüncü devresi bebeğin doğumundan sonra başlayıp, plesanta ve eklerinin tam olarak ayrılıp atılması ile sonlanır. Üçüncü devrenin ortalama süresi 5–10 dakikadır ve bu devrenin 30 dakikadan uzun olması plesanta yerleşim anomalilerinin (plesanta akreata, inkreata, perkreata), plesanta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir. Üçüncü devrede anne; titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı ve analjezi azlığı yaşamaktadır. Erken postpartum kanamalar bu devrede yaşanacağından kanama kontrolü ve hayati bulguların takibi son derece önemlidir. Ayrıca yenidoğan ölüm riskinin yüksek olduğu bu dönemde, yenidoğanın dış ortama adaptasyonunun desteklenmesi ve değerlendirmesi gerekmektedir. Doğum sonu gelişen perine laserasyonlarının ve açılan epizyotominin tamiri gerekmektedir. Bu dönemde anne konforunu sağlamak için anneyi sıcak tutmak, doğumda gelişen sırt ağrılarını azaltmak için

uygun pozisyon verdirmek ise yapılacak diğer yararlı girişimlerdenidir (7, 14, 21, 22, 63, 74, 91, 92, 93).

4.1.4. Doğumun IV. devresi (Kanama kontrol)

Plesantanın doğmasından sonraki ilk bir iki saatlik süre eylemin dördüncü devresi olarak tanımlanmaktadır. Annede şiddetli titreme, susuzluk, açlık, yorgunluk, perinede sızlama ve ağrı vardır. Bu aşamada postpartum kanamaların takibi oldukça önemlidir. Hemşire /ebe bu dönemde anne bebek iletişimini sağlamalı, emzirmeyi desteklemeli, annenin analjezi ihtiyacını karşılamalıdır. Ayrıca annenin uygun pozisyonda dinlenmesi ve açlık durumunun giderilmesi sağlanmalıdır. Bu devrede perineye buz uygulamak perinede gelişecek hematoma ve ağrının giderilmesinde kullanılabilir (22, 25, 91, 92, 93) .

4.2. Doğumda Perine Hasarı

Kadın sağlığını yakından ilgilendiren, perine hasarı pek çok faktörden etkilenmektedir. Bunlar; müdahaleli doğumlar (vakkum, forseps), rutin epizyotomi uygulaması, doğum pozisyonu, doğumda vajinaya yağlandırıcı madde kullanımı, iri bebek, annenin beden kitle indeksi, doğumu hızlandırıcı yöntemler (oksitosin, lavman, amniotomi), düşük sosyo-ekonomik düzey, adölesan gebelikler, parite, etnik yapı, doğuma hazırlık sınıflarına katılım, solunum ve ıkınma teknikleri, doğumu yaptıran kişinin perineyi koruma bilme becerisi, perinenin durumu (enfeksiyon, eski skarlar) vb. olarak sıralanabilir. Doğumda yaşanan perine hasarı spontan perine yırtıkları ve bir çeşit cerrahi insizyon olan epizyotomi olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır (3, 4, 5, 15, 24, 43, 51, 66, 71, 77, 84, 91, 92, 106).

4.2.1. Spontan perine yırtıkları

Kendiliğinden gelişen perine yırtıkları vajinal ve perineal dokularda yarattıkları hasara göre derecelendirilmektedir.

1. **derece yırtık:** Sadece cilt ve vajinal mukoza hasar görmüştür. Bu yırtıklar kanamadığı sürece perine tamiri önerilmemektedir.
2. **derece yırtık:** Cilt ve vajinal mukozaya ek olarak perineal gövdenin fasya ve kaslarıda hasar görmüştür. Bu yırtıklar genelde vajinanın tek ya da çift tarafında, düzensiz üçgen şeklinde ve yukarı doğrudur. Bu yırtıklarda kanama varasa perine tamiri önerilmektedir.
3. **derece yırtık:** Cilt, vajinal mukoza, perineal fasya ve kaslara ek olarak anüs mukozası ve anal sfinkter de hasar görmüştür. Bu yırtıklar özel perine tamiri gerektirmektedir.
4. **derece yırtık:** Perine, anal sfinkter ve bunlara ek olarak rektum lümenini içerecek şekilde rektal mukoza hasarı gelişmiştir. Bu tür yırtıklara çoğunlukla kanayan üretra yırtıkları eşlik etmektedir. Özel perine tamiri gerektiren 3° ve 4° yırtıklar, malesef doğru ve tam cerrahi onarımla bile annelere normal fonksiyonunu her zaman kazandıramamaktadır.

Spontan yırtıklar çoğu zaman tek başına geliştiği gibi bazen de epizyotomiye eşlik etmektedir. Epizyotomiye eşlik eden spontan yırtıklar genellikle epizyotomi hattının bittiği noktada uzamaya başlayan 3° ve 4° yırtıklardır (22, 24, 29, 66, 91, 92, 99).

4.2.2. Epizyotomi

Epizyotomi, doğum sırasında vajinal açıklığı arttırarak, fetüsün perineden rahat bir şekilde çıkmasını kolaylaştırmak amacıyla incelenmiş olan perineye uygulanan kontrollü insizyondur. Doğum kliniklerinde en sık kullanılan cerrahi işlemlerden olan epizyotominin uygulama endikasyonları arasında;

- Foresps ve vakum gibi cerrahi doğumlar
- Fetal makrozomi
- Omuz distosisi
- Preterm ve makat doğumlar
- İkiz gebelik
- Çıkımda fetal distress
- Annenin doğumda ıkınmasının kontrendike olduğu durumlardır (kalp yetmezliği).

Epizyotomi uygulamasının temel amacı; travayın ikinci devresini kısaltarak fetal hipoksiyi önlemek, düzensiz yırtıklar yerine düz ve temiz bir insizyon yaratmak, anal sfinkteri korumak, fetal başı baskıdan kurtararak kafa içi kanamaları önlemek, kısa ve uzun vadede pelvis ve perine problemlerini önlenmektir (22, 25, 47, 63, 65, 71, 74, 91, 92, 99).

4.2.2.1. Epizyotomi çeşitleri

Epizyotomide insizyon hattı median açılabilirdi gibi orta hatttan başlayıp direkt laterale veya mediolaterale açılabilir. İnsizyon sırasında cilt ve cilt altı dokusu, vajina mukozası, kolles fasyası, transvers perineal kas, levator ani fasyası ve bazende musculus levator ani kasları kesilmektedir. Klinik uygulamalarda yeterli dilatasyonu sağlamadığı için lateral epizyotomi genellikle tercih edilmemektedir. Median ve mediolateral epizyotominin ise birbirlerine olan avantaj ve dezavantajları vardır. Median epizyotomide; cerrahi onarım kolay, nadir yanlış iyileşme ve dyspareunia, minimal postpartum ağrı ve kanama ile mükemmel anatomik sonuçlara karşılık yaygın yırtık uzamaları yaşanır. Mediolateral epizyotomide ise; cerrahi onarım zordur, yanlış iyileşme ve dyspareunia daha sıktır, postpartum ağrı ve kanama daha fazladır. Mediolateral epizyotominin tek üstünlüğü yırtık uzamalarının daha az gelişmesidir (22, 63, 65, 74, 91, 99).

4.2.2.2. Epizyotomi komplikasyonları

Cerrahi bir uygulama olan epizyotominin önemli komplikasyonları vardır. Epizyotomi sonrası erken postpartum dönemin en büyük sorunları perineal ağrı, enfeksiyon, kan kaybının artması, hematoma, süturların açılması, apse oluşumu ve iyileşmenin gecikmesidir. Çoğu zaman perineal ağrının kaynağı ödem, hematoma ve enfeksiyondur. Ayrıca geç postpartum dönemde, rutin epizyotomiye bağlı gelişen travmaların ağrıya neden olarak kadınların cinselliğini ve kendine güvenini etkilediği bildirilmektedir (8, 22, 47, 61, 63, 65, 66).

4.2.2.3. Epizyotominin tarihçesi ve rutin epizyotomi

Tarihçesinin 18. ve 19. yüzyıla dayındığı sanılan epizyotominin avantajlarına ilişkin tartışmalar ilk olarak 1742 yılında Oult tarafından başlatılmıştır. 1920'li yıllarda Pomeroy ve De Lee epizyotomiye ilişkin karşı görüş bildirmişlerdir. Araştırmacıların epizyotomiye karşı olmalarının ana nedeni ağrı ve enfeksiyona neden olmasıydı. 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren doğumların evlerden, cerrahi girişimler için gerekli asepti, donanım ve personelin olduğu hastanelere kayması sonucu epizyotomi popülerlik kazanmıştır. Hastanelerde artan doğum oranları birden fazla doğumu aynı anda izlemek durumunda kalan hekimler için bebeğin hızlı ve sağlıklı bir şekilde doğurtulmasına öncelik kazandırmıştır. Vajinal doğumlarda epizyotominin rutin kullanımı da bu yıllarda uygulanmaya başlamıştır. 1900'lü yıllarda başlayan ve günümüzde kanıta dayalı tıbbın gelişmesiyle birlikte, gerekliliği bilimsel bir veriye dayanmaksızın uygulanan rutin epizyotomi pek çok araştırmacı tarafından tartışılmaya başlanmıştır. Son yıllarda epizyotomiye ilişkin yapılan pek çok çalışmanın sonucunda; rutin epizyotominin perine hasarını azaltarak gelecekte oluşabilecek vajinal prolapsus veya üriner inkontinans şikâyetini engelleyebileceğine dair herhangi bir kanıta raslanmamıştır. Ancak gerekli olduğu yerlerde sınırlandırılmış epizyotominin kullanılabileceği bildirilmektedir (20, 22, 29, 47, 66, 83, 92, 99, 101).

4.2.3. Perine hasarının kadın sağlığı ve yaşantısına etkisi

Doğumda epizyotomi uygulanması veya spontan perine hasarı kadınlarda uzun veya kısa süreli problemlere neden olmaktadır. Bugün doğumda perineal hasarı önlemeye yönelik pek çok çalışma yapılmasına karşın bu sorunun önüne tam olarak geçilememiş ve tam bir çözüm yolu bulunamamıştır. Doğum sonu kadın sağlığı ile ilgili yapılan üç büyük araştırmada, perineal ağrının doğumdan 6 ile 8 ay sonra bile göze çarpan en büyük sorun olduğunu göstermiştir. Aynı çalışma bazı vakalarda perineal ağrının (%10) 12 ile 18. aya kadar devam ettiğini bildirmektedir. Doğum sonrası aylarca süren acı ve ağrı kadınların günlük yaşamlarını ve fonksiyonlarında olumsuz yönde etkilemektedir. Geç dönemde devam eden ağrı kadınların

gastrointestinal, üreter sistem ve cinsel fonksiyonlarına engel olmakta bazende bitkinlik ve depresyona neden olmaktadır. İntakt perineye sahip kadınlarda yukarıda bildirilen sorunlar nadiren rapor edilmektedir. Bu nedenle doğumda perine hasarı kadın sağlığı açısından üzerinde önemle durulması gereken bir sorundur. Araştırmalara göre perineal ağrı, perine hasarının karakterine ve derecesine göre değişmektedir. En büyük perineal acı anal sfinkterin ve periüretal bölgenin hasar gördüğü 3° ve 4° yırtık yaşayan kadınlarda görülmektedir. İntakt perine sonrası kadınlarda daha az kan kaybı ve enfeksiyon riski olur ve bu kadınlarda üreter ve anal sfinkter sorunu epizyotomi açılan veya spontan perine hasarı gelişen kadınlara göre oldukça düşüktür. Bu durum perineal hasar sıklığının azaltılmasının kadınların kısa ve uzun vadede yaşayacakları acı, ağrıyı ve fonksiyonel sorunların önlenmesinde yardımcı olacağını göstermektedir. Kadın sağlığını büyük ölçüde etkileyen perine bütünlüğünü korumak için doğumun ikinci aşamasının kontrolünün iyi sağlanması gerekmektedir. İntakt perine için doğumun ikinci aşamasında zamana ihtiyaç vardır. Çünkü perine ne kadar çok esnerse o kadar az yırtılmaktadır. Doğumun ikinci aşamasını inceleyen çalışmalar doğumda perineal hasarı önleyecek dört nokta üzerinde durmuşlardır. Bunlar: Epizyotomi, annenin doğum pozisyonu, doğumda kullanılan ıkınma teknikleri, perineal bölgenin korunmasına yönelik tekniklerdir. Bu uygulamalardan en çok epizyotomi araştırma konusu olmuş ve yaygın olarak kullanılmıştır. Doğumda perineal sıcak uygulama yapmak, doğumda perine bölgesini korumaya ve ağrıyı azaltmaya yönelik yapılan girişimler arasında gösterilmektedir (4, 24, 61)

4.3. Ağrı

Latince ‘poena’ (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelmekte olan ağrı, oldukça sık rastlanan evrensel bir insan deneyimidir. İnsanoğlunun farklı çağlarda büyü, din, batıl inançlar ve bilimle açıklamaya çalıştığı ağrı; modern tıpta organizmanın biyopsikososyal denge ve uyumunun bozulduğunun göstergesi olarak kabul edilmektedir. Günümüzde ağrının en geçerli tanımı Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı (IASP) tarafından yapılmıştır. Bu teşkilata göre ağrı; vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, varolan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile

tanımlanabilen, kişinin geçmişteki deneyimlerini kapsayan, hoş gitmeyen özel bir duyumdur. Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoş gitmeyen yapıda olduğundan her zaman öznelidir. Ağrı ile çoğu zaman eş anlamlı olarak kullanılan acı ise; ağrı, korku, tedirginlik, stres, sevilen bir kişinin yitilmesi ve diğer bir takım psikolojik durumlarda ortaya çıkan olumsuz bir yanıttır. Tüm acılar ağrılı olmamakla birlikte, acı olayı kişinin fiziksel ve psikolojik bütünlüğü bozulduğunda ya da tehdit altında kaldığında ortaya çıkmaktadır (10, 49, 58 62, 88, 107).

4.3.1.Kapı Kontrol Teorisi

1965 yılında Ronald Melzack ile Patrick Wall tarafından ileri sürülen ve ağrı konusunda bir devrim olarak kabul edilen teoride, ağrının varlığı ve şiddeti nörolojik uyarıların geçişine bağlanmaktadır. Bu teoriye göre; medulla spinalisin arka boynuzundaki substantia gelatinozada ağrı duyusunun şiddetini kontrol edebilen bir kapı bulunmakta ve uyarılar ağrı şeklinde tanımlanmadan önce ‘kapı’ tarafından düzenlenmektedir. Kalın ve ince liflerin aktivitesince kontrol edilen kapı; ince liflerin aktivitesi ile açılarak ağrı uyarıları bilinç düzeyine ulaşmakta buna karşılık kalın çaplı liflerin aktivitesi ile kapanarak uyarıların bilinç düzeyine ulaşması engellenmekte ve ağrı hissedilememektedir. Bu teorinin ağrının giderilmesinde üç yönü vardır. Bunlardan ilki; deride çok sayıda kalın çaplı lif olması nedeniyle ağrının; dokunma, masaj, sıcak / soğuk uygulama, TENS ve akupunktur gibi özel deri uyarıları ile kontrol edilebilmesi, ikincisi ise kişinin yoğun duyuşsal uyarı alması durumunda, beyin sapının ağrı uyarılarının geçişini inhibe ederek kapıyı kapatmasıdır. Bu özellik dikkat dağıtma, telkin vb. yöntemlerin ağrıyı azaltmada etkili olmasını sağlamaktadır. KKT’nin ağrıyı etkileyen üçüncü yönü ise kişinin düşüncelerinin, deneyimlerinin ve duygularının korteksteki tetik ağrı uyarılarını aktive ederek bilinç düzeyine geçişi sağlamasıdır. Bu durum hastanın güven duygusunun arttırılması, korkularının ve anksiyetesinin azaltılması ile ağrının giderilmesini sağlamaktadır (30, 37, 49, 58, 105, 107).

4.4. Doğum Ağrısı

Menstürasyon, gebelik, emzirme, menopoz gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi doğal ve ağrılı bir süreçtir. Primitif kültürlerde bile çok şiddetli ağrı verici bir olay olarak ele alınan doğum eylemi, genellikle kadının hayatı boyunca çekeceği en şiddetli ağrılara sahne olmaktadır. Bu denli şiddetli olan doğum ağrısının sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi, anneye eylem sırasında dinlenmesi için aralıklarla fırsat vermesi ve annenin bebeği için isteyerek bu ağrılara katlanması, doğum ağrısını diğer ağrılardan ayıran en önemli özellikleridir. Annelerin doğuma yeterince hazırlanmamaları, doğumun ağrılı bir süreç olması ayrıca yaşanacaklara ilişkin belirsizliklerin annelerde doğum korkusuna ve endişeye neden olduğu bilinmektedir (30, 105).

4.4.1. Doğum ağrısının mekanizması ve iletim yolları

Uterus ve perinede bulunan reseptörler, uterus, serviks, pelvis ve perineden gelen ağrılı uyarıları spinal kord segmentlerine iletip, doğum ağrısının başlamasına neden olmaktadır. Doğum ağrısının nörofizyolojisinin doğumun fazlarına göre değişiklik gösterdiği ayrıca her fazda değişik sinir yapılarının devreye girmesi ile değişik ağrı tiplerinin oluştuğu bilinmektedir.

Basınç gerilmeye duyarlı nosiseptörler uterus yan duvarı ve fornikslerde yer almaktadır. Doğumun ilk aşamasında, bunlardan kalkan ağrı uyarısı, sempatik efferentler ile birlikte seyreden A δ ve C lifleri ile merkeze taşınır. Bu lifler önce paraservikal bölgeden geçerler ve ardında sırasıyla uterin pleksus, inferior hipogastrik pleksus (pelvik pleksus), orta hipogastrik pleksus, superior hipogastrik pleksustan geçerek lomber sempatik zincire, oradan da alt torakal sempatik zincire ulaşır ve rami communicantes aracılığıyla T10, T11, T12 ve L1 spinal sinirlerle medulla spinalise girmektedir.

Doğumun ilk devresinde uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik sıvının basıncında artış meydana gelir bunun sonucunda da uterus alt segmenti ve serviks

gerilir. Bu gerilme yukarda belirtilen mekanizmayı devreye sokarak; yaygın ve kötü lokalize olan, genellikle göbek ile pubis arasında hissedilen, sırta yayılabilen visseral (yaygın, zor lokalize ve kramp tarzında) karakterde ağrıya neden olmaktadır.

Doğumun ikinci devresinde; fetüsün kemik pelvis ve doğum kanalından geçişi sırasında oluşan cilt, cilt altı dokular, kas ve fasyadaki gerilme ve yırtılmalar sonucunda vajinal ve rektal bölgelerde somatik (ani olarak başlar, keskindir, iyi lokalize edilir, batma, sızlama tarzındadır) karakterde ağrı ortaya çıkmaktadır. Yine bu devrede çok güçlü kontraksiyonlar sonucunda uterusun miyometrium tabakasında meydana gelen hipoksinde ağrı şiddeti üzerinde etkisi vardır. İkinci devre ağrısı uyluğa yayılım gösterebilir. Bu durum, pelvik peritonun çekilmesi, pelvik kavitedeki mesane, üretra, rektum gibi organlara ve lumbosakral pleksus köklerine bası sonucu ortaya çıkmaktadır. İkinci devre ağrıları, somatik afferentler aracılığıyla pudental sinire ve bununla da medulla spinaliste S2, S3 ve S4 arka boynuzlarına taşınmaktadır. Lumbosakral pleksus, mesane, üretra, rektum gibi diğer pelvik yapılara bası sonucu ortaya çıkan ağrı ise alt lomber ve üst sakral sinir aracılığıyla taşınır ve lomber bölge, uyluk ve perine de hissedilir. Doğumun ikinci devresi genelde 15–20 dakika sürmektedir. Bu kadar kısa olmasına rağmen birinci devredeki visseral ağrılara ek olarak, iyi lokalize edilen sızlayıcı keskin nitelikte somatik ağrılarında eklenmesiyle bu dönem doğumun en ağrılı devresi haline gelmektedir (30, 37, 58, 73, 91, 105,107).

4.4.2. Doğum ağrısını etkileyen faktörler

Doğumda acı ve ağrı genelde beraber yaşanan deneyimlerdir. Yaşanan doğum ağrısı üzerinde pek çok fizyolojik, psikolojik ve medikal faktörlerin etkisi vardır. Ağrıyı etkileyen fizyolojik faktörler arasında; anne yaşı, parite, anne ve bebeğin kilosu, doğumun şiddeti ve hızı, fetüsün pozisyonu, pelvisin anatomik yapısı ile doğum eylemi sırasında gelişen fizyolojik değişimler (dilatasyon vb.), halsizlik ve uyku sorunları yer almaktadır. Amerikan Psikiyatri Enstitüsü doğumda yaşanan ağrının birçok psikolojik etkene bağlı olduğunu bildirmektedir. Bu etkenleri ise; vücuda veya

ruha yönelik algısal tehdit, yardım alamamak, kontrol kaybı, acı veya acı verici bir olayın gerçekleşebileceği korkusu ‘bebeğinin veya kendisinin ölümü’ şeklinde sıralanmıştır. Bunlara ek olarak annenin sosyo-kültürel özellikleri, yaşanmış deneyimler, annede ağrı ile başa çıkabilmede yetersizlik, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılıma durumu, doğumda yaşanan kaba davranışlar ve yoğun tedavinin doğum ağrısı üzerinde etkisi olduğu bildirilmektedir. Doğum ağrısının kabul edilebilir hale getirilmesi temel olarak bu etkenlerin kontrolü ile gerçekleşmektedir (30, 37, 41, 43, 44, 62, 81, 88, 93, 100, 105).

4.4.3. Doğum ağrısının anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri

Doğum ağrısının anne ve bebek sağlığına olan etkileri iki bölümde incelenmektedir, bunlar:

- ✓ **Fizyolojik etkiler:** Doğum ağrısı çok güçlü bir solunum uyarandır. Doğumun birinci aşamasında dakika solunum hacmi normalin % 75-150’si kadar artabilir. İkinci aşamada ise bu artış normalin % 300’üne kadar çıkabilir. Bu hiperventilasyon durumu annede hipokapni ve solunumsal alkalozu neden olur. Analjezik amaçla opioid uygulanmış annelerde bu solunum baskılanması daha da belirgin olur. Maternal paO_2 , 70mmHg’nın altına düşmesi durumunda fetüste hipoksi gelişir ve fetal kalp ritminde geç deselerasyon ortaya çıkar.

Doğum sırasında adrenerjik yanıtta da artış gözlenir. Ağrının başlangıcı ile birlikte adrenalin ve noradrenalinin kan konsantrasyonları birkaç kat artar. Katekolamin artışı uterin kan akımında azalmaya neden olarak fetus üzerinde olumsuz etki gösterebilir. Doğum ağrısı adrenokortikotrop hormon (ACTH), β -endorfin ve kortizol düzeylerinde de artışa neden olmaktadır. Bu stres hormonlarının konsantrasyonlarındaki artışın ağrının derecesi ile orantılı olduğu bildirilmiştir.

Bütün bunlara ek olarak doğum ağrısı annede gastrointestinal problemlere, kardiyak output ve arteriyel kan basıncında artışa neden olabilmektedir. Ayrıca kadının sık ve şiddetli ağrıların olması doğum eyleminin daha da uzamasına neden olabilir. Sık ve şiddetli ağrıya cevap olarak epinefrin salınımı uterus

kontraksiyonlarını baskılar ve bu durum doğum eyleminin uzamasına neden olur. Yukarıda belirtilen fizyolojik etkiler annedeki anksiete, moral çöküklüğü, bitkinlik, açlık ve doğum eforu ile daha da kötüleşmektedir. Primiparlar ve dismenoresi olanlarda ağrı ve ağrıyla yaşanan bu fizyolojik değişimler daha da şiddetlidir. (30,58, 73, 104).

- ✓ **Psikolojik etkiler:** Annenin zor bir doğum eylemi yaşaması veya doğum ağrısının hafifletilmesinde başarısız olunması; doğum eyleminden alınacak zevki azaltmakta, annenin tükenmesine sebep olarak anne bebek etkileşimini zorlaştırmakta ve diğer doğumlara yönelik tepkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Ayrıca kontrol altına alınmamış şiddetli doğum ağrısı erken veya geç postpartum depresyona zemin hazırlayabildiği gibi, ileriki dönemlerde cinsel ilişki ile ilgili negatif düşünceler oluşmasına da neden olabilmektedir (30, 88, 104).

4.4.4. Doğum ağrısının değerlendirilmesi

Doğum ağrısının değerlendirmesinde hemşirelik hizmetlerinin yeri büyüktür. Çünkü hemşirelik değerlendirmesi, doğum ağrısının temel niteliklerinin belirlenmesinde ve oluşabilecek komplikasyonların tanınmasında yardımcı olmaktadır. Tanımında da belirtildiği gibi ağrı öznel bir durumdur ve bu nedenle değerlendirilmesinde ve tedavisinde, ağrının algısal yönü kadar duygusal, bilişsel ve davranışsal boyutlarını ve bu konuda hastanın ağrı bildirimini de esas almak gerekmektedir. Ağrının farklı bireylerde farklı nitelikte ve nicelikte olabilmesi, annenin bilişsel ve kültürel özellikleri kadar, değerlendiricinin deneyimleri, ağrının doğasına ilişkin anlayışı ve ağrılı kişilerle ilgili deneyimlerinden de etkilenmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin ağrıya bakışıda ağrının değerlendirilmesinde önem kazanmaktadır. Ağrıyı değerlendirmenin faydaları; uygun tedavinin planlanması ve sürdürülen tedavinin etkinliğinin anlaşılmasına yardımcı olması ve de ağrı sürecinde anne ile işbirliği yapılmasını sağlaması olarak gösterilmektedir (10, 30, 33, 104).

Doğum ağrısını değerlendirmenin bir takım güçlükleri vardır. Çünkü doğum ağrısı akut başlar, çok çabuk ilerler ve emosyonel faktörlerden etkilenir. Doğum eyleminin değerlendirilmesinde ağrının şiddetinin yanında lokalizasyonu ve yaşanan rahatsızlık da dikkate alınmalıdır. Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Bazı araştırmalar doğum ağrısının çoğunlukla; hafif, rahatsız edici, korkutucu, dayanılmaz gibi kelimeler kullanılarak tanımlandığını rapor etmişlerdir (10, 104, 107).

Genel olarak ağrı değerlendirmesinde tek boyutlu veya çok boyutlu yöntemler kullanılmaktadır. Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hastanın kendisi yapmaktadır. Bu ölçekler özellikle akut ağrının değerlendirilmesinde, ayrıca uygulanan ağrı tedavisinin etkinliğini izlemeye kullanılmaktadır (10, 104, 107).

Ağrı değerlendirmesinde kullanılan tek boyutlu ölçekler; Sözel Kategori Ölçeği, Sayısal Ölçekler, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Burford Ağrı Termometresi (BAT)'dir. Çok boyutlu ölçekler ise; The McGill Pain Questionnaire (PRI-R), Ağrı Soru Formu, Dartmouth Ağrı Soru Formu, Davranış Modelleri, Ağrı Algılama Profili, Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi, Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı, West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi'dir (10, 104, 107).

Doğum ağrısının değerlendirmesinde sıkça kullanılan VAS; son derece basit etkin kullanımı kolay, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı değerlendirme yöntemidir. Sayısal değerlendirme yöntemi olarak, ağrı tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yararlı olmasının yanı sıra bazı araştırmalarda hemşirelerin, sayısal ölçeklerde hastaların ağrı bildirimlerinin yüksek olduğuna inandıklarını ve bu nedenle kullanımını sınırlı buldukları doğrultusunda düşünceler yer almaktadır. Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10–100) düzeyine kadar ulaşır (10, 107).

Doğum ağrısının sözel değerlendirmesinde ölçümün iki kontraksiyon arasında olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca gebenin uterusun miyometrium tabakasında oluşan kontraksiyonlar ile bu kontraksiyonların yaratmış olduğu ağrı ve rahatsızlık hissini ayırt etmesinde yardımcı olunmalıdır. Doğum ağrısının değerlendirmesinde sözel ifadenin yanı sıra bazı objektif faktörlerden de yararlanılmaktadır. Örnek olarak, doğum eylemi sırasında oluşan komplikasyonlar, doğum eyleminin süresi, kullanılan analjezikler ve biyometrik ölçümler verilebilir (104).

4.4.5. Doğum ağrısının kontrolü

Tarihte bilinen en eski medeniyetlere ait verilerde bile doğum ağrısının kontrolüne yönelik girişimlerden söz edildiği görülmektedir. Doğum ağrısının kontrolüne yönelik modern çalışmaların ilk adımını Kloroformu kullanarak İskoç hekim James Young Simpson (1811–1870) atmıştır. İngiliz kraliçesi Viktoryanın 1853 ve 1857’de doğum analjezisini kullanması ile bu yeni gelişme popülerlik kazanmıştır (30, 33, 73).

Bugün modern uygulamalarda doğum ağrısının kabul edilebilir veya gerekli olduğu düşünceleri ortadan kalkmış ve böylece doğumda oluşan acı ve ağrının kontrolü obstetri de önemli bir yere sahip olmuştur. Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve jinekoloji Derneği (ACOG); doğum ağrısının varlığını tedavi için bir endikasyon olarak kabul etmektedir (22, 30, 33, 73).

Doğumda kullanılacak ağrı kontrol yöntemleri için basitlik, güvenilirlik ve fetal hemostazın koruması özellikleri aranmaktadır. Yıllarca devam eden çalışmalar sonucunda doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik ve nonfarmakolojik olmak üzere iki ana yol belirlenmiştir (20, 30, 33, 104).

4.4.5.1. Farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler üç grupta toplanmaktadır;

- 1) Rejyonel analjezi teknikleri: Rejyonel analjezi tekniklerinin avantajı yüksek başarı oranıdır. Farklı uygulama yöntemleri olmakla beraber epidural analjezi ve kombine spinal-epidural analjezi en etkili olanlarıdır.
 - Epidural analjezi
 - Kombine spinal-epidural analjezi
 - Spinal analjezi
 - Kaudal analjezi
 - Lomber sempatik blok
 - Parasevikal blok
 - Pudental blok
 - Perineal infiltrasyon yer almaktadır.
- 2) İntravenöz ajanlar ile ağrı tedavisi
- 3) İnhalasyon ajanları ile ağrı tedavisi (22, 58, 63, 73, 74).

4.4.5.2. Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri

Modern tıpta doğum yapacak tüm kadınların medikal ‘farmakolojik’ anestezi bakımı alması gerekmediği, hatta kimi zaman bunun mümkün olmayacağı kabul edilmektedir (30).

1940’larda başlayan ve günümüzde halen devam eden doğal eylem ve doğum hareketi oldukça ilgi görmektedir. Bu uygulamada, anneler gebelikleri süresince kurslar ve egzersizlerle hazırlanarak eylem, doğum ve çocuk bakımı konusunda bilgilendirilmekte, anksiyeteleri giderilerek eylem ve doğum sırasında relaksasyon, ıkınma vb. hakkında eğitilerek ağrının daha az hissedilmesi ile analjezik ve anesteziik ilaç gereksiniminin azalması sağlanmaktadır. Bu yöntemin en önemli üstünlüğü, anne ile bebek ve mümkünse baba arasında erkenden ilişki sağlamasıdır (58).

Doğum sırasında meydana gelen ağrının kontrol altına alınması önemli bir durumdur. Doğum ağrısının kontrolünde farmakolojik yöntemlerle beraber veya tek başına kullanılan non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri daha çok ebeler tarafından tercih

edilmekte ve bu yöntemler doğum öncesi eğitim sınıflarının temelini oluşturmaktadır (18, 65, 106) .

Doğum ağrısının kontrolünde farmakolojik yöntemlerin gelişiminin yanında non-farmakolojik yöntemlerden ilk olarak Read 1940'lı yıllarda söz etmiş, ağrı algısının ve yorumunun kişiden kişiye değişmekle birlikte ağrıyı en çok arttıran etkenin korku olduğunu ve korkunun gerilime, geriliminde ağrıya neden olduğunu göstermiştir. Korkunun giderilmesinde kadının eğitilmesi (telkin yoluyla ikna edilmesi), derin solunum ve gevşeme egzersizlerinin etkisinden söz etmiştir. 1960'lı yıllardan itibaren Lamaze ve Bradley benzer tepkilerle yeni teoriler ortaya atmışlardır (30, 37, 82).

Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri bugün pek çok ülkede, doğumun farklı aşamalarında etkili ve basit olmaları nedeniyle sıkça kullanılmaktadır. Sahada kullanım şansı görmesine rağmen bu yöntemlerin etkinliğini ortaya koyan kanıt düzeyi yüksek araştırma örnekleri çok azdır. Ancak ebeler ve bu yöntemleri deneyen annelerin memnuniyetinin fazla olduğu yayınlarca bildirilmektedir. Non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin ilk amacı fiziksel ağrıyı doğum sırasında duyuşsal olarak elemek ikincisi ise genel olarak fiziksel ağrıyı azaltmaktır (15, 23, 65, 88) .

➤ **Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin seçiminde aranan kriterler**

- İyi analjezi sağlanması
- Anne ve bebek için güvenilir olması
- Etkisinin sürekli ve hissedilir olması
- Gerekli durumlarda dönülebilir olması
- Kolay uygulanabilir olması
- Uterus kontraksiyonlarını engellememesi
- Annenin kontrolü altında olması ve hareketini engellememesidir. Ancak henüz tüm bu kriterlere uygun bir yöntem geliştirilememiştir (107).

➤ **Nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin kullanım avantajları**

Çok çeşitli olan ve yaygın olarak kullanılan non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri, farmakolojik yöntemlere oranla çeşitli avantajlara sahiptir. Bunlar:

- Noninvaziv olması
- Çoğunlukla doktor istemi gerektirmemesi
- Maliyetinin düşük olması
- Kolay uygulanabilir olması
- Etkili olması
- Anne ve fetus sağlığı açısından yan etkisinin (alerji) olmaması
- Uterin kan akımını arttırması
- Kas gerilimini azaltması
- Doğum eylemini yavaşlatmaması
- Çoğu zaman doğum öncesi denenmesinin gerekmemesi
- Doğum eyleminden yüksek bir tatmin sağlaması
- Annede endişeyi azaltması
- Anne adayının doğum eylemine tam katılımını sağlaması şeklinde sıralanmaktadır (www.insanbilimleri.com, Erişim Tarihi:16 Aralık 2007) (9,18,103, 107).

Nonfarmakolojik yöntemlerin yukarda sayılan avantajlarının yanı sıra bazı sınırlılıkları vardır. Yapılan çalışmalarda, kadınların çoğunun bu yöntemleri tek başına kullandıklarında doğum ağrısıyla başa çıkmada başarılı olmadıkları görülmüştür. Bu nedenle non-farmakolojik yöntemler başka bir farmakolojik ya da non-farmakolojik yöntemle kombine olarak kullanılmaktadır (18,103).

Doğum ağrısı ile başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin öğretilmesi için en uygun zaman ikinci trimester ile miaddan ikinci hafta öncesine kadar olan dönemdir. Bununla birlikte nonfarmakolojik yöntemler, doğum öncesi dönemde herhangi bir hazırlıktan geçmeden doğuma gelen kadınlara da öğretilir. Bunun içinde en ideal zaman doğum eyleminin latent fazıdır. Çünkü latent fazda doğum ağrısının şiddetinin düşük olması ve gebenin dikkatinin

dağılmaması, verilen eğitimin gebe tarafından etkin bir şekilde anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (88, 103).

➤ **Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan non-farmakolojik ağrı kontrol yöntemleri**

Farklı kültür, inanış ve deneyimlerden yola çıkarak geliştirilmiş olan ve bu gün dünyanın pek çok bölgesinde yaygın olarak kullanılan popüler nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri; gevşeme, solunum teknikleri, doğum ağrısı dönem desteği, dikkat odaklama ve dikkat dağıtma, hayal kurma, biofeedback, müzik, hipnoz, yoga, aromaterapi, hidroterapi, masaj ve dokunma, efloraj, hareket ve pozisyon verme, akupunktur, acupressure, deri altı elektrik sinir uyarımı (TENS), steril su enjeksiyonu, yüzeysel sıcak veya soğuk uygulamalardır (6, 15, 18, 25, 33, 37, 62, 64, 73, 81, 82, 84, 88, 94,102, 103, 107).

4.4.5.2.1. Aşamalı Kas Gevşemesi

Gevşeme tekniği anksiyete ve iskelet kaslarındaki gerginliğin giderilmesinde kullanılmaktadır. Gevşeme tüm nonfarmakolojik yöntemlerin temelini oluşturmakta ve bu yöntemlerin kullanımı içinde gereklidir. Aşamalı kas gevşemesinde; büyük kas gruplarının sırasıyla aktif olarak kasılıp pasif olarak gevşetilmesi olup, genellikle düşlemeyle beraber kullanılır (103,107).

4.4.5.2.2. Solunum teknikleri

Doğum öncesi eğitim sınıfları ve kitaplarının temelini gevşeme ve solunum teknikleri oluşturmaktadır. Bu gün kullanılan çeşitli solunum teknikleri vardır ve bu yöntemlerin temel amacı doğum ağrısına bağlı gelişecek rahatsızlığı gidermektedir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesinin sağlar, utero-plesental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Çeşitli olan solunum teknikleri annenin ihtiyacına göre belirlenir. En çok kullanılan yöntemler Dick- Read ve Lameze yöntemleridir (81, 82, 105, 106).

4.4.5.2.3. Dikkat odaklama ve dikkat dağıtma

Doğum eylemi sırasında küçük hareketsiz objeler odak nokta olarak kullanılabilir. Kontraksiyon anında dikkati doğrudan başka bir yöne vermek çok önemlidir. Odak noktalar, bir alan üzerindeki konsantrasyonun sürdürülmesinde yardımcı olur. Çocuk ya da evcil hayvan resimleri, küçük oyuncaklar, biblolar, kapı kolu, duvar saati vb. nesneler odak noktayı oluşturabilir. Doğum ağrısının başlarında dikkat dağıtma, etkili bir yöntemdir. Dikkat dağıtma ise ortamdan gelen bir uyarı ile dikkatin ağrıdan uzaklaştırılması sürecidir. Sevdiği bir şeyle ilgilenmek, yürümek, televizyon seyretmek vb. yararlı olabilmektedir (15, 103).

4.4.5.2.4. Hayal kurma

Hayal kurma dikkatin ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasını sağlar ve doğumda gevşemenin sağlanmasında etkilidir. Hayal kurma gebenin doğumun zor ve acı verici durumlarından uzaklaşmasına yardımcı olur. Böylelikle ağrı eşiği yükselir ve ağrının algılanışı azalır (103).

4.4.5.2.5. Biofeedback

Biofeedback de annelere fiziksel değişiklikler hakkında bilgi verilir ve bu bilgiler doğum ağrısı sırasında anneden geri istenir. Böylece kadının bedenine yönelttiği ilgi ve dikkat farklı bir yöne çekilerek ağrının daha az algılanması sağlanır. Çoğu zaman hastaya takılan elektrodlar özel monitörlere bağlanarak meydana gelen fizyolojik olaylar kaydedilmektedir. En yaygın uygulanan yöntem ise, gevşeme düzeyinin makine ile gösterilmesidir. Biofeedback uygulamasında profesyonel kişiye ihtiyaç duyulması, eğitimlerin uzun olması, dezavantajlarıdır. Uygulamanın non-invazif olması, doktor istemi gerektirmemesi, doğumun birinci ve ikinci aşamasında kullanılması avantajlarıdır (15, 94, 103).

4.4.5.2.6. Müzik

Audioanaljezi çevresel sesler veya müziğin duyma hissini stimüle etmesi yoluyla, ağrının azaltılmasında kullanılmaktadır. Kaynaklar müziğin ağrı üzerindeki etki mekanizmasını, kapı kontrol teorisi ile açıklanmaktadır. Müziğin hipnoz sırasında kullanımının doğumda rahatlamayı sağladığı bildirilmektedir. Obstetride yavaş ve

dinlendirici müzik aktif faz döneminde doğum ağrı stresini azaltmak ve rahatlama sağlamak amacıyla kullanılır. Doğumda; annenin ağrıyla baş etmesine yardımcı olması, anne bebek ilişkisini desteklemesi, bilinen bir yan etkisinin olmayışı müzik kullanmanın avantajları arasında gösterilmektedir (15, 33, 94, 81).

4.4.5.2.7. Hipnoz

Eski Yunancada uyumak anlamına gelen hipnoz 19 yüzyılın başlarından beri doğum ağrısını azaltmakta kullanılmaktadır. Bu teknik önemli yetenekleri askıya alan ve bilinçaltına ulaşabilen derin fiziksel relaksasyon durumudur. Bu yöntemin savunucuları, bu yolla maternal işbirliğinin daha iyi olduğunu, hipnozun depresyon ihtimalini azalttığını ya da ortadan kaldırıldığını, acıyı, gerilimi, kan kaybını azalttığını, postpartum analjezi sağladığını ve emziren kadınlarda süt salınımına yardım ettiğini iddia etmektedir. Doğumda kullanılan diğer yöntemlere oranla donanım ve farmakolojik ajan gerektirmemesi, fetüs üzerine olumsuz etkilerinin olmaması avantajlarındandır. Hipnozun bazı annelerde; mide bulantısı, baş ağrısı, baş dönmesine neden olduğu rapor edilmiştir. Bu durumun hipnoz sonunda annenin uyandırılması aşamasında yaşanan başarısızlıktan kaynaklandığı bildirilmektedir. Profesyonel bir kişiye ihtiyaç duyulması, doğum öncesi dönemde eğitim gerektirmesi, yararının çok belirgin olmaması ve bazı insanlar üzerinde etkisiz olması ise dezavantajları olarak gösterilmektedir (15, 88, 94, 81).

4.4.5.2.8. Yoga

Hindistan kökenli bir uygulama olan Yoga'nın temel amacı, aklın ve bedenin kontrolünü sağlamaktır. Çok çeşitli yoga teknikleri vardır. Bu tekniklerden 'Enerji Yogası' gebelikte ve doğumda kullanmaya en uygun olanıdır. Enerji yogasında özel nefes alma teknikleri, bilinç yükseltme ve rahatlama sağlamaktadır. Uzmanlarına göre yoga, doğum süresini kısaltarak, acıyı, ağrıyı ve farmakolojik ilaç ihtiyacını azaltmaktadır. Ancak bunu kanıtlayan bilimsel araştırmalara rastlanmamaktadır (14, 94).

4.4.5.2.9. Aromaterapi

Bitkilerin yüksek yoğunluklu esansiyel yağlarının ve kokularının tedavi amacıyla kullanılması esasına dayanır. Genellikle aromaterapide yağlar masajın terapötik etkisiyle birleştirilmektedir. Konunun uzmanları Aromaterapinin beden ve ruh dengesini koruduğu, hoş bir koku solunarak gevşemenin gerçekleştiği, anksiyeteyi, korkuyu, ağrıyı, bulantı ve kusmayı azalttığı, kadının iyilik hissini arttırdığını bildirmektedirler. Aromaterapide en çok kullanılan bitkiler; yasemin, gül yağı, sardunya, ada çayı, lavanta yağı, ardıç, 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 avantajlarından. Etkinliğinin tam olarak anlaşılması için daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Aromaterapi benzeri bir yöntem olan Bitkisel Tedavi ‘Herbal Medicine’, çeşitli iyileştirici etkileri olduğu düşünülen bitkisel maddelerin ve yiyeceklerin kullanılması esasına dayanır. Gebelikte serviks ve uterusu doğuma hazırlamak, doğumda ise rahatlamayı sağlamak ve ağrıyı azaltmak için kullanılır (15, 81, 94, 107).

4.4.5.2.10. Hidroterapi

Dünyanın pek çok ülkesinde oldukça ilgi gören bir yöntemdir. Doğum ağrı ve acısını azaltmak ve farmakolojik anestezi ihtiyacını düşürmek amacıyla kullanılır. Hidroterapi basit bir duştan, su havuzuna girmeye kadar özel bir sistemi içerebilir. Ağrı üzerindeki etkisini endorfinlerin salınımını serbestleştirerek, kapı kontrol teorisi ile kalın çaplı sinir liflerinin uyararak sağlar. Hidroterapi’de su sıcaklığının 36,6 °C–37,8 °C arasında tutulmasına dikkat edilmelidir. Uygulamada fetüsün uygun monitörizasyonunun devam ettirilmesi büyük bir avantajdır. Suyun ısısının, uygulama süresinin ve hasta güvenliğine gösterilecek özenin uygulamanın sonuçlarını etkilediği bildirilmektedir (15, 18, 94, 103, 107) .

4.4.5.2.11. Masaj ve dokunma

Doğumda terapötik dokunma; iletişim, bakım, ilgi, rahatlama, güven verme amacıyla yapılır. Dokunmanın psikolojik yararlarının yanı sıra Kapı Kontrol

Teorisi'ne dayanılarak ağrının hafifletilmesi amacıyla da kullanılmaktadır. Doğumda terapötik dokunmanın pozitif etkilerinin gözlenmesinde dokunmayı kimin gerçekleştirdiği önem taşır. Kadınların çoğunlukla yakın arkadaş, yakın akraba ve eşlerinin dokunmalarından ardından da ebe/hemşire çok azının da fizik terapi uzmanlarından pozitif yönde etkilendikleri bildirilmektedir. Doğumda anneler en çok; karın bölgesine, bacaklara, kalça, perine ve sırt bölgesine dokunulduğunda etkilenmektedirler. Annelerde korkuyu ve anksiyeteyi azaltması, rahatlamayı sağlaması, yan etkilerinin olmaması terapötik dokunmanın avantajları olarak gösterilmektedir. Masaj, dokuların gevşetilmesinde ayrıca kas tonsusunun, rahatsızlık hissinin ve ödemin azaltılmasında da etkilidir. Fizik tedavide kullanılan masaj bu gün gebelik ve doğum eyleminde geniş kullanım şansı bulmaktadır. Gebelik süresince uygulanan perineal masajın, oluşabilecek doğum travmalarına karşı perineyi koruduğu bildirilmektedir. Doğum eylemi sırasında uygulanan masaj; ağrı ve acıyı azalttığı, doğumda rahatlama ve pozitif düşünmeyi desteklediği ayrıca depresif ruh durumunu giderdiği için tavsiye edilmektedir (15, 18, 62, 80, 81, 107).

4.4.5.2.12. Efloraj

Gebenin kendisi tarafından, karnına veya bacaklarına ritmik şekilde daireler ve çizgiler çizmek suretiyle, ya da destekleyici şahsın parmak uçlarını kullanarak kadının kol ve bacağına yukarı ve aşağı doğru hafifçe ovmasıyla olur. Etki mekanizması kapı kontrol teorisi ile açıklanmaktadır. Doğum ağrısının ilk aşamasında yararlıdır (15).

4.4.5.2.13. Hareket ve pozisyon verme

Çalışmalar hareketin doğumu hızlandırmadığı ancak analjezi gereksinimini azalttığı, kadınların kalçaları üzerinde eğilme, sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıklarını bildirmektedir. Doğum eylemi süresince hangi pozisyonun kullanılacağı anne ve fetüsün durumuna, annenin rahatına, doğuma yardım eden sağlık personelinin çalışma şekline ve kültürel faktörlere göre değişmektedir. Yapılan araştırmalarda kadınların doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyonda iken, düz ya da yan yatış pozisyonuna oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri belirlenmiştir. Kadınlar dilatasyon evresinin erken döneminde dik pozisyonda, geç

döneminde yatay pozisyonda kendilerini daha rahat hissedeler. Doğum eyleminin ikinci aşaması süresince annenin tek bir pozisyonda tutulması yerine rahat edeceği pozisyonlara yönlendirilmesi önemlidir. Yan yatış pozisyonu, özellikle sol yana uzanma, doğum eyleminin ilerleyen evrelerinde istenen pozisyon şeklidir. Doğumun ikinci aşamasında litotomi pozisyonunun kullanılması birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de geleneksel olarak kullanılmaya devam edilmektedir. Doğumu yaptıran kişi için kolaylık sağlaması, müdahale için uygun zemin hazırlaması, fetal monitorizasyonun kolay olması ve asepsinin sürdürülmesi açısından kolaylık sağlamaktadır. Ancak bu pozisyon doğumda perineal travma gelişimini ve ağrı algısını arttırdığı, solunumu zorlaştırdığı, uterus kontaksiyonlarını azalttığı, fetüsün pelvis kavitesi içinde inişini yavaşlattığı ve doğum sonu trombofilebit riskini arttırdığı için önerilmemektedir. Doğumun ikinci aşamasında çömelme pozisyonu en çok önerilen pozisyonudur (18, 62, 103, 102, 103).

4.4.5.2.14. Akupunktur

Vücudun belli bölgelerinin terapi amacıyla uyarılması esasına dayanan Akupunktur'un sağladığı analjezinin mekanizması açık değildir. Ancak Opioid benzeri peptid ve serotonin salgılanması olabileceği belirtilmektedir. Obstetri ve jinekolojide akupunktur, bulantıyı azaltmak, kasılmaları kolaylaştırmak, doğum ağrısı ve analjezisi gibi çeşitli durumlarda uygulanabilmektedir. Çinde 2000 yıldan beri kullanılan akupunktur, bu güne kadar doğum analjezisi için yaygın olarak kullanım şansı bulamamıştır. Anne ve bebek sağlığına ayrıca doğumun seyrine herhangi bir yan etkisi rapor edilmeyen Akupunkturun doğumdaki etkinliği halen tartışılmaktadır (15, 88, 94).

4.4.5.2.15. Acupressure

Çin de akupunktura alternatif olarak geliştirilmiş bir yöntemdir. Amacı istenen bölgelere basınç uygulayarak uyarmaktır. Basınç eller, parmaklar veya başparmakla yapılabilir. Bu tekniğin kan akımını düzenlediği ve nörotransmitlerin salgılanmasını desteklediği bildirilmektedir. Böylece vücudun normal fonksiyonlarının devamı desteklenir. Gebelikte farklı rahatsızlıkların giderilmesinde kullanıldığı gibi bazı

ebeler doğum acısının azaltılmasında da omurganın her iki alt bölgesine bu yöntemi kullanılmaktadırlar (81, 94).

4.4.5.2.16. Deri altı elektrik sinir uyarımı (TENS)

Transkütan elektriksel sinir stimülasyonu; belirli frekans, amplitüd ve pulse genişliğindeki düşük voltajlı elektrik enerjisinin yüzeysel elektrotlar aracılığı ile deri yüzeyinden sinir sisteminin belirli bölgelerine taşınmasıdır. Tensin etki mekanizmasına ilişkin en yaygın kabul edilen düşünce kapı kontrol mekanizması ve endorfin teorileridir. Tensin; uzun süre ve kolay kullanılabilmesi, kapatıldığında etkisinin sona ermesi, anneye ve bebeğe zararının olmaması ve anne kontrolünde kullanılması gibi avantajları vardır. Pahalı olması, fetal monitör ile beraber kullanılamamaması ve sadece doğumun birinci aşamasında etkili olması ise dezavantajlarıdır (15, 81, 88, 107).

4.4.5.2.17. Steril su enjeksiyonu

Karşı rahatsızlık verme esasına dayalı olan bu uygulama Avrupa’da sık kullanılmaktadır. Etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte kimi araştırmacılar açıklamada kapı kontrol teorisini kullanmışlardır. Uygulanan steril su sinir uçlarını rahatsız ederek diğer ağrılı hisleri bloke etmektedir. İntradermal su bloğu (0.05–0.1ml) deri içine dört küçük steril su kabarcığından oluşmaktadır. Bir tanesi posterior superior iliak spina üzerine, diğer iki tanesi ise ilk yapılan yerlerin medialine yapılır. Bu yerleşimler yöntemin başarı sağlamasında önemlidir. 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 (15, 62, 88, 94).

4.5. Yüzeysel Isı Uygulaması

Sıcak, soğuk, ışık ve basınç gibi doğal güçlerin, insan yaşamına ilişkin en eski verilerde bile hastalıkların tedavisinde kullanıldıkları bilinmektedir. Fizik tedavi

ajanları olarak kullanılan bu doğal güçlerin; primer tedavi edici olmaktan çok, ek tedavi yöntemleri kapsamında değerlendirilmektedir (2, 16, 55, 70, 78, 98).

Isı, tıpta en sık kullanılan fizik tedavi ajanı ve aynı zamanda bir enerji şeklidir. Sıcak ve soğuk, moleküllerin hareketi sonucu oluşan kinetik bir enerjidir. Maddeyi oluşturan moleküllerin hızlı hareketi ısıyı yükseltip kimyasal tepkileri çabuklaştırır. Isınan bir maddenin içindeki moleküller gittikçe artan bir titreşim göstermeye, sonuçta gevşemeye ve farklı fizyolojik olaylar gelişmeye başlar. Nemli ortam ve temas ile ısınmada ciltteki ısı reseptörleri ile

- 0 ila 13° C çok soğuk
- 13 ila 18° C soğuk
- 18 ila 27° C serin
- 27 ila 33° C nötral
- 33 ila 37° C ılık
- 37 ila 40° C sıcak
- 40° C ve üstü çok sıcak hissedilir

Yüzeysel ısıtıcı kaynaklar çeşitlidir ve enerjileri de farklı yollarla transfer olmaktadır. Bir başka deyimle ısı enerjisi bir yerden diğer yere 4 şekilde transfer edilir (2, 16, 60, 78, 80, 98).

- ✓ **İletkenlikle (Temas - kondiksyon-iletim):** Isıtıcı ile deri arasında sürekli sabit temas vardır. Isınan cismin molekülleri gevşer, harekete geçer ve titreşim oluştururlar. Bu ısınmış ve sıcak olan cisimler, soğuk olanlara temas edince, titreşen moleküller, soğuk cisimlerdeki molekülleri de harekete geçirirler. Sıcak cisimdeki moleküllerin soğuk cisimdeki moleküllerle çarpışması sonucu ısı transferi gerçekleşmiş olur (16, 70, 80, 98).
- ✓ **Işınlamayla (Radyasyon):** Sıcak bir cisimden çıkan infraruj ışığının ortamda emilmesi ile ısı enerjisinin yer değiştirmesidir (16, 70, 80, 98).

- ✓ **Kitlenin yer değiştirmesiyle (Konveksiyon-dolanım):** Isı, sıvı ve gazlarda bu yolla yayılır. Bu yayılım için, bu maddelerde biraz hareket olmalıdır. Isının hava veya sıvı yoğunluklarının azalması ve hafiflemesi ile yükselir sonuçta soğuk ve ağır olan bölümle yer değiştirir (16, 70, 80, 98).
- ✓ **Enerji değişimi (Konversiyon-dönüşüm):** Isı kaynağı aslında farklı bir enerji türüdür. Uygulanan foton, elektrik veya mekanik enerji dokular tarafından emilerek ısı enerjisine dönüşür (16, 70, 80, 98).

4.5.1. Isının fizyolojik etkileri

Vücut dokularındaki sıcaklığın artması sonucu gelişen fizyolojik değişmeler; ısınn uygulama süresi, dokuya giren enerji hızı, uygulama yapılan dokunun hacmi gibi bazı faktörlere bağlıdır. Isının biyolojik etkilerinin elde edilmesi için en az 10 dakika (ideali 20–30 dakika) uygulanması gerekir. Genel olarak ısınn fizyolojik etkiler şu şekilde sıralanabilir (2, 16, 17, 21, 70, 78, 98).

- ✓ **Metabolik reaksiyonlar üzerine etkisi:** Isı ile dokuların metabolizmaları hızlanır. Her 10° lik ısı artışında hücrelerin metabolik hızı 2–3 kat artar. Fagozitoz, enzimatik reaksiyonlar aktive olur bunun sonucunda dokular bol oksijen ve besin alır hasarlı dokularda yenilenme artar. Enzimatik reaksiyonlar 38–39° de en fazladır. Isı 45–50° ye ulaşınca, termal olarak oluşturulan protein yapımındaki bozulma karşılanamadığından dokuda yanık meydana gelir (2, 16, 17, 70, 78, 98).
- ✓ **Vazodilatasyon ve kan akımında artış:** Sıcakğın en iyi bilinen etkisidir. Histamin benzeri maddelerin etkili olduğu düşünölmektedir. Vazodilatasyon nedeniyle kan akımı ve hidrostatik basınç artarak ödem oluşur ve dolaşım arttığından ısı diğer bölgelere yayılır. Vazodilatasyon, dokuya besin maddelerinin, lökositlerin ve antikorların nüfuz ederek, metabolik atıklar ve doku atık ürünlerinin uzaklaşmasına sebep olur. Bu durum enflamasyonun

gerilemesini sağlar. Bazende kanamayı ve ödemi arttırarak, akut enflamasyonu arttırabilir (2, 16, 17, 70, 78, 98).

- ✓ **Viskoelastik özelliklerde artma:** Dokular ısıtıldıklarında uzama özellikleri artmaktadır. Ancak ısı ortadan kalktığında önceki davranışlarına geri dönerler. Kollejenin uzayabilme yeteneği 45°de 25° dekinden 5 kat daha fazladır (2, 16, 17, 70, 78, 98).
- ✓ **Kas spazmına etkisi:** Sıcak uygulama kas spazmını çözmekte etkilidir. Sıcak aynı zamanda gamma lif aktivitesini, kas liflerinin uyarılabilirliğini ve istirahat halindeki kas tonusunu azaltır. Bu refleks gevşeme ve direkt etki ile oluşur. Golgi tendon organlarının uyarılma oranlarının da, tedavi sınırları içinde ısı uygulaması ile artmasıyla tonik bir kasılma olan kas spazmı azalmaktadır. Ayrıca derinin ısıtılması ile kas içcik aktivitesi ve gamma lif aktivitesinde azalma saptanmıştır. Buda yüzeysel ısı uygulamakla kas spazmının azaltılabileceğini göstermektedir (2, 16, 17, 70, 78, 98).
- ✓ **Ağrı üzerine etkisi:** Sıcağın ağrıyı azaltıcı özelliği yaygın olarak kullanılmaktadır. Sıcağın en önemli etkilerinden olan analjezi şu faktörlere bağlıdır:
 - Isı uyarımları ile kapı kontrol teorisine göre ağrı duyumu kontrol edilebilir.
 - Endorfinleri arttırarak ağrı üzerine etkili olabilir.
 - Sıcağın uygulandığı bölgede ağrı eşiği yükselir.
 - Kas spazmının giderilmesi ve dokuların viskoelastik özelliklerindeki değişme sonucu sinir uçlarındaki baskı, gerilme ve hipoksi gibi etkilerin azalması analjezi sağlar.
 - Vazodilatasyon ile dolaşımın artması, ağrıyı uyaran metabolik artıkların bölgeden uzaklaştırılmasını ayrıca iskemi sonucu gelişen gerilim tipi ağrıda bölgenin kanlanması sağlayarak analjezi etkisi sağlamaktadır.
 - Genel sedasyon yapması ve hastada oluşan rahatlama ile ağrıyı azaltır (2, 16, 17, 70, 78, 98).

4.5.2.Tedavi edici ısı uygulama metotları

- ✓ **Hot pack'ler:** İçerisinde ısıyı emen özel kimyasal maddeler (silikon dioksit, silikat jel gibi) bulunan kullanım kolay araçlardır. 60° – 70° sıcak su içerisinde 10 dakika bekletilerek istenilen ısıyı emerler ve sıcaklığı 30 dakika muhafaza ederler. Uygulama anında deriyi 42°C'ye kas içine 38°C'ye kadar ısıtmak olanaklıdır. Paketin cilde zarar vermemesi için havlu veya kumaşlara sarılarak uygulanabilir. Perine bölgesi için en sık kullanılan ısı materyalidir (2, 16, 17, 36, 70, 98).
- ✓ **Sıcak Su Şişeleri / Su torbaları:** Basit ucuz ve evde kullanılabilen yöntemlerdir. Bu araçların sıcaklığı kabaca 40° civarındadır. Çok sıcak olanlar ciltte yanık yapabilir. Bu yöntemin olumsuz yanı, ısı kaybının çabuk olması ve sık değiştirilmesinin gerekmesidir. Lokal ve dar bölgelere kolaylıkla uygulanabilir özelliktedir (2, 36, 70, 80, 98).
- ✓ **Sıcak havlu veya kompresler:** Kaynatılmış olan suya değişik büyüklükteki havluların daldırılması ve ardından sıkılarak yarı ıslak olarak istenen bölgeye uygulanması esasına dayanır. Günde birkaç kez 40,5°C ısıda 15–20 dakika süre ile uygulanabilir. Havluların iyi sıkılmaması yanıklara sebep olabilir. Olumsuz bir diğer yönü kompreslerin erken soğumasıdır (2, 36, 70, 78, 80, 98).
- ✓ **Sıcak su banyoları:** Sıcaklık derecesi 33–38°C arasında olmaktadır. Her seans 20–30 dakika olmalıdır. Tüm vücut için olabileceği gibi lokal bölgelere de uygulanabilir. Yöntemin avantajı suyun sıcaklığı yanında, kaldırma kuvvetinden de yararlanılmasıdır (16, 70, 78, 98).
- ✓ **Elektrikli ısıtma yastık / battaniyeler:** İstenilen ısı seviyesine göre ayarlanabilen bu yöntem günde bir veya iki defa uygulanabilir Ortalama 0,5 saatlik süre yeterlidir. Kullanımı basit ucuz evde uygulanabilen bir yöntem olmasına rağmen; belli bir dengeye ulaşıncaya kadar uzun süre ısı transferinin devam

etmesi ve doku ısısının artması dezavantajdır. Hastanın uyuya kaldığı durumlarda ciddi yanıklar oluşturabilmektedir (16, 17, 80, 98).

4.5.3. Tedavi edici ısıнын kullanım alanları

- Ağrıyı geçirmek
- Kas spazmını çözmek
- Yorgunluğu gidermek
- Kan dolaşımını hızlandırmak
- İnflamasyon sürecini hızlandırmak
- Konjesyonu azaltmak
- İyileşmeyi hızlandırmak
- Peristaltizmi hızlandırmak
- Vücut ısısını yükseltmek şeklinde sıralanabilir (2, 16, 17, 70, 78, 98).

4.5.4. Tedavi edici ısıнын kullanılmaması gereken durumlar

- Kanama bozuklukları
- Duyu bozuklukları
- Ağrıya cevapsızlık veya iletişim bozuklukları
- Maligniteler
- Atrofik deri
- Ödem
- İskemi
- Skar dokuları
- Vaküler bozukluklar
- Kalp böbrek ve karaciğer yetersizlikleri
- Yaşlı, düşkün ve ağır hastalar
- Akut İnflamasyon, travma ve hemoroji (2, 16, 70, 78, 98).

4.5.5. Tedavi yöntemi seçiminde dikkat edilecek faktörler:

- Hedef doku
- Isıtılması gereken doku derinliği
- Sıcak uygulamada arzu edilen yoğunluk
- Vücut yapısı
- Yaş (örn. epifizler açıksa)
- Cinsiyet (örn. gebelik)
- Özel durumlar (örn. metal implant, pacemaker vb.) (17).

4.6. Doğumun İkinci Aşamasında Perineal Sıcak Uygulama

Aristoteles doğumda kadınların perine bölgesinde sürekli artan ve iğneleyici tarzda bir ağrı yaşadığını belirtmiş ve bu durumu ‘ring of fire’ ateş çemberi şeklinde açıklamıştır. Kadın doğum ve ebelik ile ilgilenen Efesli Soranus (M.S. 98–138) yazılarında, doğumda perine ağrısına yer vermiş ve öğretilerinde; suyla veya zeytinyağıyla hazırlanmış ılık kompreslerin özellikle mesane, abdomen ve labiumları örtecek şekilde uygulanmasının faydalı olacağını belirtmiştir (23).

Duyusal müdahaleler (sensory interventions) sınıfına giren sıcak uygulama, anneyi rahatlatmak, pozitif düşünmeyi desteklemek kadar fiziksel olarak ağrıyı azaltmakta ve perine bütünlüğünü de olumlu yönde etkilemektedir. Teorik olarak sıcaklığın etkisi ile kan akışının perineye doğru artması perine kaslarının relaksasyonunu sağlayarak epizyotomi ihtiyacını azaltır, perine bütünlüğünün korunmasını ve perineal ağrının azalmasını sağlar. Perineal sıcak uygulamada ısı transferi iletkenlik yoluyla gerçekleşmektedir. Tarihi çok eskilere dayanan bu yöntem sahada kullanım şansı bulmasına rağmen konu ile ilgili bilimsel yayınlar oldukça sınırlıdır. Ancak buna rağmen uygulamayı yapan ebelerin ve sıcak uygulamayı deneyimleyen annelerin memnuniyet düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. ABD’ de hastanede çalışan ebelerin doğumda kullandıkları perine koruma tekniklerinin incelendiği 2595 spontan vajinal doğumlu bir çalışmada; sıcak uygulamanın tüm doğumların %20’sine uygulandığı bildirilmiştir. Aynı çalışmada sıcak uygulamanın doğumda lateral pozisyonla beraber kullanılmasının perineyi korumada dahada etkili olacağı bildirilmiştir. ABD’de evde doğum yaptıran ebelerin perine koruma tekniklerinin

incelendiği 1068 spontan vajinal doğumlu bir başka çalışmada ise; sıcak uygulamanın tüm doğumların % 41'ine uygulandığı gösterilmiştir. Senders (2005), perineyi koruyucu teknikleri ve perine yırtıklarını değerlendirdiği çalışmasında, sıcak uygulamanın ebeler tarafından büyük oranda desteklendiğini bildirmiştir. Çünkü onlara göre perineal sıcak uygulama anne konforunu desteklemekte ve perineyi travmalara karşı korumaktadır (3, 4,15, 18, 23, 24, 25, 42, 64, 65, 69, 73, 77, 81, 82, 84, 91) .

4.6.1. Perineal sıcak uygulamanın etki mekanizması

Doğumda perineye sıcak kompres uygulamasının, ağrı ve perineye olan terapötik etkileri temel fizik tedavi kitaplarında yer alan ısının fizyolojik etkileri ile açıklanmaktadır. Fiziksel tıp kitaplarına göre sıcaklığın ağrıyı giderici etkilerinden biri Kapı Kontrol Teorisi ile açıklanmaktadır. Buna göre ciltte çok sayıda bulunan kalın çaplı liflerin sıcak uygulamayla aktivasyonunun sağlanması kapı'nın kapanmasına neden olarak ağrı uyarılarının bilinç düzeyine ulaşmasına engel olmakta ve böylece perineal ağrı düzeyi düşürülmektedir. Perineal sıcak uygulamanın bir diğer etkisi ise; bebek başının inişi sırasında yaşanan kas spazmının giderilmesi ve dokuların viskoelastik özelliklerinde artama göstermesi sonucu sinir uçlarındaki baskı, gerilme ve hipoksi gibi etkilerin azalması ile analjezi sağlamasına bağlanmaktadır. Sıcak uygulamanın yapıldığı bölgede ağrı eşiğinin yükselmesi ve sedasyon etkisiyle anneyi rahatlatması ağrı üzerindeki diğer etkilerindendir. Ayrıca sıcak uygulama perineal dokuların uzamasını 'esnekliğini' arttırarak, bebek başının çıkımında perineyi travmalara karşı korumaktadır (2, 3, 4, 5, 14, 16, 17, 23, 25, 30, 70, 78, 98, 84).

4.6.2. Perineal sıcak uygulama avantajları

Doğumun en zor aşamasında uygulanan perineal sıcak uygulamanın avantajları noninvazif ağrı kontrol yöntemleri ve ısı tedavi yöntemlerinin avantajlarına dayanılarak şu şekilde sıralanabilir;

- Noninvazif olması

- Doğum öncesi denenmesinin gerekmemesi
- Uygulamanın sonlandırılması ile etkisinin kaybolması
- Ucuz olması
- Kolay uygulanabilir olması
- Perineal ağrı üzerinde etkili olması
- Kas gevşemesini sağlaması
- Perineyi doğum hasarına karşı koruması
- Perineyi temiz tutması
- Doğum eyleminden yüksek bir tatmin sağlaması
- Doğum eyleminin seyrine ve fetüs sağlığına olumsuz etkisinin olmamasıdır (14, 16, 35, 42, 70, 78, 81, 98,107).

4.6.3. Perineal sıcak uygulamanın dezavantajları

Dikkatli kullanılması durumunda komplikasyonları minimum düzeyde yaşanmaktadır. Bilinen tek komplikasyonu dokularda lokalize travma oluşturma ihtimalinin olmasıdır (104).

4.6.4.Perineal sıcak uygulama araçları

Doğumda perineal sıcak uygulamada farklı araçlar kullanılmaktadır. İçi su dolu şişeler, ısıtılmış pirinçle dolu çoraplar, yoğun kahve ve ılık / sıcak suyla hazırlanmış yumuşak kompresler, sıcak paketler (hot pack) kullanılmaktadır. Yurt dışında kullanılmasına karşılık ülkemizde bulunmayan perineal sıcak petler; kullanım kolaylığının olması, konforlu olmaları ve uygulamaya belli bir standart getirmeleri nedeniyle daha çok tercih edilmektedir. Yüzeysel sıcak uygulamada kullanılacak ideal ısı 104° - 113°F (40°C - 45°C) aralığında olmalıdır. Bu derecede bir ısı 6 ile 8 dakika uygulandığında 3cm derinliğindeki dokulara ulaşabilmektedir (4, 81).

4.6.5. Perineal sıcak uygulama tekniği: Çalışmanın gereç ve yöntem bölümünde ayrıntılı olarak verilmiştir bkz.

4.6.6. Perineal sıcak uygulamada dikkat edilecek noktalar

- Uygulamada sıcak paket kullanılacak ise paketin uygulama öncesi güvenlik kontrolünün yapılması gerekmektedir.
- Annenin güvenliğinin sağlanması ayrıca uygulamanın başarılı olabilmesi için ısıнын derecesinin iyi ayarlanması gerekmektedir (40°C - 45°C).
- Terapötik amaçlı sıcak uygulamanın 10 ile 30 dakika arasında sürdürülmesi, uygulamadan beklenen başarıyı arttıracaktır. Uygulama süresinin 10 dakikanın altında olması ısıнын, dokulara penetrasyonuna fırsat vermediği gibi uygulama süresinin 30 dakika'nın üzerine çıkması hücrelerde yorgunluğa, neden olmaktadır. Ayrıca uygulamanın tekrarının gerektiği durumlarda 2 saat beklenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu nedenle uygulamada zaman kontrolünün sağlanması önemlidir.
- Uygulama sırasında annenin bildirdiği herhangi bir şikâyet veya beklenmeyen bir belirtide işleme son verilmelidir.
- Uygulamada perineal kontaminasyonu önlemek için kirlenen kompreslerin sık sık değiştirilmesi gerekmektedir.
- Uygulama mümkün olduğunca bebek başının perinede taçlanması ve başın perineden sıyrılmasına kadar kesintisiz olarak devam ettirilmelidir (2, 4, 16, 17, 36, 70, 78, 80, 98).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5. 1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, normal vajinal doğumun ikinci aşamasında perineye sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisini belirlemek amacıyla deneysel olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

5. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Klinikleri merkezi doğumhanesinde, kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra 08. 05. 2006 ile 30. 10. 2006 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Hastane İstanbul ili Avrupa yakasında; 1899 yılından günümüze kadar hizmet sunmaya devam etmektedir. 1000 yatak kapasitesi olan hastane çok çeşitli olmakla birlikte genel olarak sosyoekonomik düzeyi düşük bir popülasyona hizmet sunmaktadır.

Araştırmanın bu kurumda yapılmasına; araştırmacının bu kurumda çalışıyor olması, çalışmanın yapılmasında kolaylık sağlanması ve araştırma için izin verilmesi nedeniyle karar verilmiştir.

Çalışmanın yapılacağı doğumhanede; 4 yataklı travay odası, 1 yataklı riskli gebelerin izlendiği oda, birer yataklı toplam 6 doğum odası, 1 masalı ameliyathane ve 1 yenidoğan ünitesi bulunmaktadır.

Doğum salonunda rotasyon halinde çalışan 12 uzman, 30 asistan olmak üzere toplam 42 kadın doğum hekimi, 3 uzman 30 asistan olmak üzere toplam 33 çocuk hastalıkları hekimi, 10 yenidoğan hemşiresi ile doğumhanede sabit olarak çalışan 5 ebe, 5 hemşire ve 8 yardımcı personel görev yapmaktadır. Çalışma sistemi nöbet

usulüdür. Gece / gündüz 7 (1 uzman, 6 asistan) kadın doğum hekimi, 2 (1 asistan, 1 uzman) çocuk hastalıkları hekimi, gündüz 5 hemşire / ebe, gece 2 ebe / hemşire ve tüm gün 1yenidoğan hemşiresi ile 2 yardımcı personel görev yapmaktadır.

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde ultrasonografi ve fiziksel muayene ile değerlendirilmektedir. Doğum eyleminin başladığı saptanan gebeler ise yatış aldıktan sonra doğumhaneye çıkartılmaktadır. Doğumhaneye kabul edilen yatışlı gebeye öncelikle vajinal muayene ve fetal monitorizasyon yapıp önlük giydirilerek damar yolu açılmaktadır. Annelerden kan grubu ve hemogram incelemesi için kan örnekleri ve tam idara 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 doktorlar tarafından düzenlenmektedir. Doğumhane ebe ve hemşireleri rutin hemşirelik bakımı uygulamakta, doğumlar çoğunlukla asistan doktorlar gerekli durumlarda ise ebe / hemşireler tarafından yaptırılmaktadır. Doğumdan sonra anne 2 saat doğum odasında gözlenmekte sorun yoksa servise gönderilmektedir. Doğum sonu dönemde hemşireler; kanama kontrolü ve vital bulguların takibini yapmakta ayrıca anne sütü ve aile planlaması eğitimleri vermektedirler. Bebeklere yönelik girişimler ise yenidoğan hemşiresi ve çocuk hekimleri tarafından yapılmaktadır.

5. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesine 08. 05. 2006 ile 30. 10. 2006 tarihleri arasında 2. doğumunu yapmak için başvuran annelerden, normal vajinal doğum yapanların tümü oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise;

- 08. 05. 2006 ile 30. 10. 2006 tarihleri arasında ikinci doğumunu yapmak için başvuran
- İlk doğumunu vajinal yolla yapan
- 37- 42. gebelik haftasında bulunan
- USG sonucuna göre fetal ağırlığı 2500 ile 4000 gr arasında olan

- Normal ve seyrinde olan, anne ve bebek sağlığı için olası bir risk taşımayan
- Kanama pıhtılaşma sorunu ve iletişim problemi bulunmayan
- En az ilkokul mezunu
- Çalışmaya katılmaya gönüllü, 30 deney ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe oluşturmuştur.

5. 4. Verilerin Toplanmasıda Kullanılan Araç ve Gereçler

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak geliştirilen; Anne adayını Bilgilendirme Formu, Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu, Doğum Eylemi İzlem Formu, Doğum Sonu Görüşme Formu ile Sıcak Paketler, kompresler ve Visüel Analog Skala ‘VAS’ kullanılmıştır.

5. 4. 1. Anne adayını Bilgilendirme ve Onam Formu

Bu form araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayanılarak hazırlanmıştır. Formda araştırmanın; amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları konusunda bilgiler yer almıştır. (Ek-1)

5. 4. 2. Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu annelere çalışmanın başında doğumun latent fazında uygulanmıştır. Bu formda annelerin sosyodemografik, obstetrik öyküsü, önceki doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin sorular, aile planlamasına ilişkin sorular, prenatal bakım alma durumu, Epizyotomi hakkındaki bilgi ve düşünceleri ayrıca bu doğumdan beklentileri ile ilgili sorular yer almıştır. (Ek-2)

5. 4. 3. Doğum Eylemi İzlem Formu

Literatürden yararlanarak hazırlanan bu formda; doğumda uygulanan girişimler, sıcak uygulama başlangıcında servikal dilatasyon değeri, toplam sıcak uygulama süresi, annenin uygulama esnasındaki durumu, ikinci evrenin süresi, doğum sonu perine bütünlüğünün durumu, gelişen genital yol travmalarının yer ve derecesi, Yenidoğan ölçümleri ve 1. Dakika apgar puanı bulunmaktadır. (Ek-3)

5. 4. 4. Doğum Sonu Görüşme Formu

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan bu form annelere doğumdan sonraki ilk 2 saatlik kanama kontrol evresinde doğumhanede uygulanmıştır. Bu formda; annelerin doğuma ilişkin düşünceleri, annelere göre doğumun olumlu olumsuz yönleri, doğum ağrısı hakkındaki düşünceleri, doğum ağrısının bölgesel olarak dağılımı bulunmaktadır. (Ek-4)

5. 4. 5. Sıcak Paket ‘Hot Pack’ ve Kompresler

Çalışmada kullanılan sıcak paketler 23cm x 11.5cm ebatlarında olup paketin içinde ısıyı muhafaza eden silikon dioksit bulunmaktadır. Sıcak paketler uygulamadan 10 dakika önce 60°C’lik sıcak suya bırakılıp uygun ısıya eriştikten sonra güvenlik kontrolü yapılarak kullanılmaktadır. Çalışmada kullanılan kompresler ise araştırmacının kendisi tarafından 25 × 30cm ebatlarında 5 kat yumuşak gazlı bez dikilerek hazırlanmıştır. Uygulamadan önce yıkanarak yumuşaması sağlanan kompresler otoklavda steril edildikten sonra kullanılmıştır.

5. 4. 6. Visüel Analog Skala

Ağrının şiddetini değerlendirmede kullanılan VAS 10cm uzunluğunda yatay ya da dikey ‘ 0 ’ ile başlayıp ‘10’ile biten bir hattır. Annelere yaşadıkları ağrıyı 0 ile 10 arasında hangi rakamla ifade edebileceği sorulmaktadır. Çalışmada doğumdan sonraki ilk 2 saatlik kanama kontrol evresinde annelerden ilk önce 2. devrede

yaşadıkları perineal ağrıyı ardından da eylem süresince hissettikleri ağrıları bir bütün olarak puanlamaları istenmiştir. Elde edilen puanların ortalaması alınarak deney ve kontrol grubunun karşılaştırması yapılmıştır. (Ek-5)

5. 5. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmada izlenecek uygulama planı ve araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formlarının kullanılabilirliği ve anlaşılabilirliği, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doğumhanesine başvuran 20 anneye ön uygulama yapılarak değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonrası, araştırmacı tarafından hazırlanan formların ve sıcak uygulama planının yeniden düzenlemesi ile çalışmaya başlanmıştır.

5. 6. Araştırmada Yer Alan Uygulayıcıların Özellikleri

Çalışmada doğum eyleminin takibi ve doğumun yaptırılmasında hekimler, sıcak uygulama ve veri toplama formlarının uygulanmasında ise araştırmacının kendisi görev almıştır. Çalışmada yer alan hekim grubu; uzmanlık eğitiminin en az üçüncü yılında olan, doğum eylemine yakalaşımı ayrıca el maniplasyonu benzer görülen ve çalışmaya katılmaya gönüllü beş kişiden oluşmuştur. Sıcak uygulamayı ve veri toplama formlarını uygulayan araştırmacı ise sekiz yıllık doğumhane deneyimi olan bir doğumhane hemşiresidir.

5. 7. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulama 08. 05. 2006 ile 30. 10. 2006 tarihleri arasında gündüz saatlerinde araştırmacı tarafından yapılmıştır. İlk olarak kontrol grubundaki annelerle ilgili veriler toplanmıştır. Anneler belirlendikten sonra, doğum yapacakları doğumhane tanıtılarak Bilgilendirme Formu uygulanmış ve onayları alınmıştır. Doğumhanede uygulanan rutin yatış işlemleri tamamlandıktan sonra annelere, Anne Adayını Tanıtıcı Bilgi Formu uygulanmıştır. Kontrol grubuna, hastanede uygulanan rutin bakım dışında farklı bir uygulama yapılmamış olup doğum süreci Doğum Eylemi

İzlem Formu ile izlenmiştir. Doğum sonu görüşme formu ve VAS ise doğumdan sonraki ilk 2 saatlik kanama kontrol devresinde doğumhanede uygulanmıştır. Deney grubuyla ilgili veriler de aynı düzen içinde toplanmış olup bu gruba farklı olarak perineal sıcak uygulama ile ilgili bilgi verilmiş ve doğumun ikinci devresinde sıcak uygulama yapılmıştır. Çalışmada deney ve kontrol grubu annelere sıcak uygulama dışında doğumun her aşamasında eşit olarak yaklaşılmış ve bakım verilmiştir.

5. 8. Perineal Sıcak Uygulama Planı

5. 8. 1. Uygulamada kullanılan malzemeler

- Orta boy iki adet su küveti
- 25 × 30cm ebatlarında yumuşak gazlı bezden yapılmış kompresler
- Sıcak su paketleri
- Hızlı su ısıtıcısı
- Su termometresi
- Sıcak su
- Yetişkin hasta bezi

5. 8. 2. Perineal sıcak uygulama tekniği

- Anneye doğumun birinci devresinin latent fazında işlem hakkında bilgi verilir.
- Uygulamadan 10 dakika önce su küvetine 60°C ısıda hazırlanmış suyun içerisine sıcak paketler atılır.
- Servikal dilatasyon 6cm olduğunda anne doğum masasına alınır.
- Uygulamanın her aşamasında gebenin mahremiyeti korunur.
- Annenin altına yetişkin hasta bezi yerleştirilir.
- Eller el yıkama tekniğine uygun yıkanıp eldiven giyilir.
- Perine bölgesi, perine temizliği tekniğine göre temizlenir.
- Mesane kontrolü yapılır gerekli ise mesane boşaltılır.

- Anneyi alıştırarak ve rahatsızlık duyup duymadığını anlamak için 40°C hazırlanmış suyun içerisine kompresler daldırılıp iyice sıkıldıktan sonra üst bacağın iç yüzüne ve kasıklara ön uygulama yapılır.
- Anne rahatsa ve servikal dilatasyon 7–8cm olduğunda perineye sıcak uygulamaya başlanır.
- Aynı şekilde hazırlanmış ıslak kompreslerle sarılı kuru sıcak paketler perineyi tamamen örtecek şekilde alıştırarak yerleştirilir ve elle perineye doğru nazıkçe bastırılır.
- Annenin tepkileri, perine yüzeyinin durumu, ısının yeterli olup olmadığı ve kompresin temizlik durumuna göre soğuyan veya kirlenen kompres yenisiyle değiştirilir.
- Uygulama ikinci devrenin taçlanma aşamasına kadar en fazla iki kez vajinal muayene hariç kesintisiz olarak devam ettirilir. Taçlanma aşamasında kuru sıcak paketler alınarak uygulamaya nemli sıcak kompreslerle devam edilir ve bebek başı perineden sıyrılınca uygulamaya son verilir.
- Uygulama 30 dakikayı geçmiş ve halen doğum gerçekleşmemiş ise sıcak uygulama tekniği kurallarına göre işleme son verilir.

5. 9. Verilerin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada istatistiksel analizler NCSS 2007 paket programı ile yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, Yüzdellik, Ortalama Ki-Kare, Fisher Exact Ki-Kare testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney u testi ve t testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

5. 10. Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplanmasında Karşılaşılan Durumlar

Doğumu hızlandıran müdahalelerden mümkün olduğunca kaçınılmasına yönelik işbirliğine rağmen, doğum sirkülasyonunun arttığı bazı durumlarda müdahaleden kaçınmak mümkün olamamıştır.

6. BULGULAR

Çalışma bulguları dört bölümde incelenmiştir

6. 1: Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 1: Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş								
21 ve altı	6	20.0	3	10.0	9	15.0	2.718	0.257
22–29	17	56.6	23	76.6	40	66.6		
30 ve üzeri	7	23.3	4	13.3	11	18.3		
Eğitim								
İlköğretim	28	93.3	26	86.6	54	90.0	1.416	0.228
Lise ve üzeri	2	6.6	4	13.3	6	10.0		
Meslek								
Ev hanımı	27	90.0	28	93.3	55	91.6	0.218	0.640
İşçi	3	10.0	2	6.6	5	8.3		
Sosyal Güvence								
Var	24	80.0	26	86.6	50	83.3	0.480	0.488
Yok	6	20.0	4	13.3	10	16.6		

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubu annelerin yaş, eğitim, meslek ve sosyal güvence durumlarına göre dağılımları görülmektedir. Annelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, deney grubu annelerin yaş ortalamasının 26.06 ± 4.85 kontrol grubunun ise 25.90 ± 3.81 yıl olduğu ve çoğunluğun 22–29 yaş aralığında yer aldığı saptanmıştır. Annelerin eğitim düzeylerine bakıldığında tamamına yakınının ilköğretim mezunu olduğu ve eğitim yıl ortalamalarının deney grubunda 5.40 ± 1.52 , kontrol grubunda 6.13 ± 2.66 yıl olduğu görülmüştür. Annelerin çalışma durumlarına bakıldığında, ağırlıklı olarak ev hanımı oldukları, ayrıca gelir getiren bir işte çalışanların ortalamasının ise 1.91 ± 0.27 olduğu saptanmıştır. Annelerin sosyal güvence durumları incelendiğinde % 16.6’sının herhangi bir sosyal güvenceye sahip olmadığı saptanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan deney ve kontrol grubu annelerin yaş, eğitim, meslek ve sosyal güvence durumu bakımından benzer oldukları saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 2: Annelerin Obstetrik Özellikleri

Obstetrik Bilgiler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%		
İstemli düşük	2	6.6	5	16.6	1.456	0.228
İstemsiz düşük	7	23.3	8	26.6	0.89	0.766
Gebelik sayısı						
2. gebelik	21	70.0	17	56.7	1.14	0.284
3.ve üzeri	9	30.0	13	43.3		
	Ort ± SD		Ort ± SD		z	p
Doğum aralığı (ay)*	45,93	32.96	51.63	30.65	0.87	0.395

***Mann Whitney u test**

Tablo 2’de Araştırmaya katılan annelerin yaşadığı gebelik sayısı, düşük, kürtaj ve doğum aralıkları gösterilmektedir. Araştırma kapsamında yer alan annelerin yaşadıkları kürtaj ortalamasının deney grubunda 1.73±, kontrol grubunda 1,90±, düşük ortalamasının ise deney grubunda 1.83± kontrol grubunda 1,73±, gebelik ortalamasına bakıldığında, deney grubunda 2,40± kontrol grubunda ise 2,60± olduğu saptanmıştır. Grupların gebelik haftaları incelendiğinde deney grubunun 39,36 ± kontrol grubunun ise 39,40± hafta olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında gebelik sayısı, doğum aralığı, doğum sayısı, gebelik haftası, istemli ve istemsiz düşük oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, gebelerin obstetrik özelliklerinin benzer olduğu saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 3: Annelerin Önceki Gebelikten Sonra Kontraseptif Yöntem Kullanma Durumu

Yöntem kullanımı	Deney (n =30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Kullanan	26	86.6	19	63.3	45	75.0
Kullanmayan	4	13.3	11	36.6	15	25.0
Kullanılan yöntem						
Geri Çekme	16	61.5	9	47.3	25	55.5
RİA	1	3.8	6	31.5	7	15.5
Emzirme	2	7.6	1	5.2	3	6.6
Prezervatif	3	11.5	2	10.5	5	11.1
Oral kontraseptif	4	15.3	1	5.2	5	11.1

Tablo 3’de annelerin bir önceki gebelikten sonra kontrseptif yöntem kullanım durumları ve kullanılan yöntemlere ilişkin veriler sunulmuştur. Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun korunma yöntemi kullandığı, korunma yöntemi kullanmayanların ise %25 oranında olduğu saptanmıştır. Kullanılan yöntemler incelendiğinde en çok kullanılan yöntemin geri çekme yöntemi olduğu, ikinci sırada RİA kullanımının geldiği saptanmıştır.

Tablo 4: Annelerin Gebeliği İsteme ve Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu

	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Gebeliği isteme durumu								
İsteyen	17	56.6	16	53.3	33	55.0	0.67	0.795
İstemeyen	13	43.3	14	46.6	27	45.0		
Prenatal bakım alma durumu								
Alan	25	83.3	25	83.3	50	83.3	0.577	0.706
Almayan	5	16.6	5	16.6	10	16.6		

Tablo 4’de annelerin gebeliği isteme ve prenatal bakım alma durumları gösterilmektedir. Çalışmada deney grubu annelerin %43.3 kontrol grubunun ise %46.6’sının istemeden gebe kaldığı, ayrıca annelerin büyük çoğunluğunun prenatal bakım aldığı, bakım almayanların oranının ise % 16.6 olduğu saptanmıştır.

Araştırmada gebeliği isteme ve prenatal bakım alma durumu bakımından grupların istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 5: Annelerin Önceki Doğumlarına İlişkin Özellikler

Özellikler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		2	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğumu yaptıran kişi							0.417	0.519
Doktor	23	76.6	25	83.3	48	80.0		
Ebe	7	23.3	5	16.6	12	20.0		
Epizyotomi Uygulaması								p>0.05*
Var	26	86.6	27	90.0	53	88.3		
Yok	4	13.3	3	10.0	7	11.6		

***Fisher Exact test kullanılmıştır**

Tablo 5’de araştırma kapsamında yer alan annelerin önceki doğumlarına ilişkin özellikleri yer almaktadır. Doğumların tamamının sağlık hizmeti sunan kamu veya özel hastanelerde ve büyük çoğunluğunun doktorlar tarafından gerçekleştirildiği saptanmıştır. Ayrıca annelerin büyük çoğunluğu önceki doğumlarında epizyotomi uygulanıldığını, epizyotomi uygulanmayan az sayıda anne ise spontan yırtık tamiri yapıldığını belirtmiştir. Araştırmada grupların önceki doğumlarına ilişkin özelliklerinin istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 6: Annelerin İlk Doğumdan Sonra Perine Bölgesinde Sorun Yaşama Durumları

Dikişlere bağlı sorun yaşama	Deney (n = 30)		Kontrol (n =30)		Toplam (n = 60)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaşayan	28	93.3	28	93.3	56	93.3
Yaşamayan	2	6.6	2	6.6	4	6.6
Yaşanan sorun*						
Dikiş bölgesinde kuruluk gerginlik	2	7.1	5	17.8	7	12.5
Dikişlerde şişme	4	14.2	3	10.7	7	12.5
Dikişlerde ağrı	26	92.8	27	96.4	53	94.6
Dikişlerde kötü kokulu akıntı	4	14.2	3	10.7	7	12.5
Dikişlerde erken açılma	4	14.2	2	7.1	6	10.7
Tuvalete çıkmada sorun/ağrı	17	60.7	16	57.1	33	58.9
Hareket kısıtlılığı	27	96.4	24	85.7	51	91.0
Loğusalık sonrası disporoni	6	21.4	3	10.7	9	16.0

***Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır**

Tablo 6’da annelerin ilk doğumdan sonra perine bölgesine ilişkin sorun yaşama durumları yer almaktadır. Her iki grupta yer alan annelerin tamamına yakını doğum sonu dönemde perine bölgesinde sorun yaşadığını ifade etmiştir.

Tablo 7: Annelerin Önceki Doğumdan Sonra Epizyotomi Bakımı Alma Durumu

Epizyotomi Bakım Durumu	Deney (n = 30)		Kontrol (n =30)		Toplam (n = 60)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dikişlere yönelik bakım uygulama(Hastanede)						
Uygulandı	19	63.3	17	56.6	36	60.0
Uygulanmadı	11	36.6	13	43.3	24	40.0
Alınan bakım*						
Antiseptik solüsyonlu perine tuvaleti	19	100	11	64.7	30	81.1
Antibiyotik / Ağrı kesici vb. ilaç tedavisi	11	57.8	10	58.8	21	6.8
Dikişlere yönelik bakım uygulama(Evde)						
Uygulandı	25	83.3	27	90.0	52	86.6
Uygulanmadı	5	16.6	3	10.0	8	13.3
Yapılan bakım*						
Antiseptik solüsyonlu perine tuvaleti	19	76.0	17	63.0	36	60.0
Antibiyotik / Ağrı kesici vb. ilaç tedavisi	8	32.0	9	33.3	17	32.7
Sıcak suyla dikişlerin yıkanması	6	24.0	3	11.1	9	17.3

***Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır**

Tablo 7’de annelerin önceki doğumdan sonra aldıkları epizyotomi / perine bakım durumu gösterilmektedir. Çalışmada yer alan annelerin büyük çoğunluğunun hastanede ve evde dikişlere yönelik bakım aldığı saptanmıştır

Tablo 8: Annelerin Epizyotomiye İlişkin Bilgi ve Görüşleri

Bilgi ve Görüşler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Epizyotomi uygulamasına ilişkin bilgilendirme durumu						
Var	18	60.0	20	66.6	38	63.3
Yok	12	40.0	10	33.3	22	36.7
Bilginin ne olduğu						
Doğumu kolaylaştırmak için rahim ağzının kesilmesidir	15	83.3	11	55.0	26	69.2
Doğumu hızlandırmak için yapılıır	1	5.6	2	10.0	3	7.8
Doğum kanalını genişletmek için yapılıır	2	11.1	7	35.0	9	23.0
Doğumun dikişli / dikişsiz gerçekleşmesine ilişkin görüşler						
Farklı bulanlar	30	100.0	26	86.6	56	93.3
Farksız bulanlar	-	0.0	4	13.3	4	6.6
Dikişli ve dikişsiz doğum arasında gördükleri farklar*						
Dikişin geç iyileşmesi ve fiziksel harekette kısıtlılık yaratması	23	76.7	22	84.6	45	80.4
Bebekle ilgilenmeye / rahat emzirmeye engel olması	15	50.0	19	73.1	34	60.7
Kesilirken / dikiş atılırken acı vermesi	13	43.3	14	53.8	27	48.2
Dikiş sonrası ciddi sorun gelişme olasılığının yüksek olduğu için	11	36.7	7	26.9	18	32.1
Vajina estetiğini bozması / cinsel ilişkide sorun yaratması	4	13.3	2	8.0	6	10.7

* Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır

Tablo 8’de annelerin epizyotomiye ilişkin görüşleri yer almaktadır. Çalışmaya katılan annelerin epizyotomiye ilişkin bilgi durumları incelendiğinde, büyük çoğunluğun konu hakkında bilgi sahibi olduğu, bilgi sahibi olmayanların oranının ise (%36.7) olduğu saptanmıştır. Annelerin sahip oldukları bilginin ne olduğuna bakıldığında, çoğunluğun doğumu kolaylaştırmak için rahim ağzının kesilmesidir cevabını verdiği görülmüştür. Annelerin doğumun dikişli veya dikişsiz gerçekleşmesine ilişkin düşünceleri incelendiğinde, tamamına yakınının dikişli veya dikişsiz doğum yapma arasında fark olacağını belirttikleri saptanmıştır.

6. 2: Doğum Eylemine İlişkin Bulgular

Tablo 9: Doğum Eyleminde Uygulanan Girişimler

Girişimler	Deney (n = 30)		Kontrol (n =30)		Toplam (n =60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Lavman								
Uygulanan	18	60.0	15	50.0	33	55.0		
Uygulanmayan	12	40.0	15	50.0	27	45.0	0.606	0.436
Oksitosin								
Uygulanan	21	70.0	18	60.0	39	65.0		
Uygulanmayan	9	30.0	12	40.0	21	35.0	0.659	0.417
Amniotomi								
Uygulanan	15	50.0	19	63.3	34	56.6		
Uygulanmayan	15	50.0	11	36.7	26	43.4	1.086	0.297

Tablo 9’da doğum eylemi sırasında annelere uygulanan girişimler gösterilmiştir. Annelere eylem süresince uygulanan girişimler açısından grupların istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 10: Doğumun İkinci Devre Süresi

İkinci evre	Deney (n = 30)			Kontrol (n = 30)			t*	p
	Ort	±	SD	Ort	±	SD		
Süre (dakika)	10.73	±	3.19	10.26	±	3.05	0.58	0.562

***Student t test**

Tablo 10’da doğumun ikinci devre süresi verilmiştir. Gruplar arasında doğumun ikinci evre süresinin ortalaması açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı, grupların birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Doğum Sonu Perine Bütünlüğünün Durumu

Doğum sonu perine bütünlüğü	Deney (n = 30) Sayı %	Kontrol (n = 30) Sayı %	Toplam (n = 60) Sayı %	²	p
İntakt perine	13 43.4	7 23.3	20 33.3	8.83	0.012**
Spontan yırtık	17 56.6	16 53.4	33 55.0		
Epizyotomi ve / veya yırtık	- 0.0	7 23.3	7 11.7		
Laserasyon yer ve derecesi*	(n = 17) Sayı %	(n = 16) Sayı %	(n = 33) Sayı %		
Periüretal 1°	11 64.7	13 81.2	24 72.7	0.10	0.754
Forşetten anüse uzanan 1°	7 41.2	9 56.3	16 48.5	0.34	0,559
Labium minörde 1°	- 0.0	2 12.5	2 9.0	-	0.491***
Eski epizyo skarında 1°	- 0.0	1 6.3	1 3.0	-	p>0.05***
Vajina iç duvarında 1°	1 5.9	2 1.5	3 9.1	-	p>0.05***

*Birden fazla yanıt verildiğinden n katlanmıştır

** p<0.05 anlamlı

***Fisher Exact test kullanılmıştır

Tablo 11’de doğum sonu perine bütünlük durumu gösterilmektedir. Gruplar arasında perine bütünlüğü açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (p<0.05). Buna göre deney grubunda intakt perine oranı kontrol grubuna oranla fazladır. Ayrıca deney grubunda epizyotomi uygulanmadığı, kontrol grubunda ise %23.3 oranında epizyotomi açıldığı ve 4 annede epizyotomi açılmasına rağmen epizyotomi hattı dışında yırtık geliştiği saptanmıştır. Doğumda epizyotomi uygulanmayan annelerde spontan yırtık gelişimi incelendiğinde ise, her iki grupta spontan yırtık oranlarının benzer olduğu saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 12: Doğumda Uygulanan Girişimler İle Perine Bütünlüğünün Karşılaştırılması

Girişimler	Deney + Kontrol (n = 60)				²	p
	İntakt Perine Sayı	%	Non-intakt Perine Sayı	%		
Lavman						
Uygulandı	10	50.0	23	57.5	0.30	0.581
Uygulanmadı	10	50.0	17	42.5		
İndüksiyon						
Uygulandı	11	55.0	28	70.0	1.32	0.250
Uygulanmadı	9	45.0	12	30.0		
Amniotomi						
Uygulandı	8	40.0	26	65.0	3.39	0.065
Uygulanmadı	12	60.0	14	35.0		

Tablo 12’de doğumda uygulanan indüksiyon, lavman ve amniotomi uygulaması ile doğum sonu perine bütünlüğü arasındaki ilişki incelenmiştir. Her iki grupta travayda uygulanan lavman, amniotomi ve indüksiyon uygulamaları ile doğum sonu perine bütünlüğü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 13: Doğum Sonu Perine Bütünlüğünün Durumu İle Annelerin Doğum Aralığının Karşılaştırması

Perine Durumu	n	Deney (n = 30)			z	n	Kontrol (n = 30)			z
		Doğum Aralığı					Doğum Aralığı			
		Ort	±	SD			p	Ort	±	
İntakt perine	13	50.62		34.13	0.35	7	36.71		19.89	0.28
Non intakt perine	17	42.35		32.62	0.363	23	56.17		32.22	0.288

Tablo 13’de doğum sonu perine bütünlüğünün durumu ile annelerin doğum aralıklarının (ay olarak) karşılaştırması gösterilmektedir. Her iki grupta doğum sonu perine bütünlüğünün durumu ile doğum aralığı karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 14: Yenidoğana İlişkin Özellikler

Özellikler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Kilo (gr)								
2600–3000 gr	5	16.7	7	23.3	12	20.0	0. 51	0.773
3050-3500 gr	13	43.3	13	43.3	26	43.3		
3550-4000 gr	12	40.0	10	33.4	22	36.7		
Baş çevresi (cm)								
32-34cm	12	40,0	13	43.3	25	41.7	0.183	0.913
35-36cm	13	43,3	14	46.7	27	45,0		
37cm	5	16,7	3	10.0	8	13,3		
	Ort ± SD		Ort ± SD		Ort ± SD		t	p
Doğum ağırlığı(gr)	3155.3± 408.7		3207.3 ±453.2		3181.3 ±428.7		0.46	0.642
Baş çevresi(cm)	34.8 ± 1.5		34.8 ± 1,5		34.83 ± 1.39		0.18	0.855
APGAR (1.dk)	9.16 ± 0.83		9.10 ± 0.66		9.13 ± 0.74		0.30	0.750

Tablo 14’de yenidoğanların doğum tartıları, baş çevreleri ve APGAR puanları gösterilmektedir. Yenidoğanların doğum tartılarına bakıldığında; çoğunluğun 3050-3500gr aralığında yer aldığı saptanmıştır. Yenidoğan baş çevreleri incelendiğinde çoğunluğun 35 - 36cm aralığında yer aldığı saptanmıştır. Grupların yenidoğan tartısı, baş çevresi ve APGAR puan ortalaması açısından istatistiksel olarak benzer oldukları saptanmıştır (p>0.05).

Tablo 15: Yenidoğan Baş Çevresi ve Doğum Tartısının Doğumda Perine Bütünlüğüne Etkisi

Ölçümler	Deney+ Kontrol (n = 60)				2	p
	İntakt Perine Sayı	%	Non-intakt Perine Sayı	%		
Baş çevresi(cm)						
<35cm	11	55.0	14	35.0		
≥35cm	9	45.0	26	65.0	2.19	0.138
Yenidoğan Tartıs(gr)						
≤3500gr	14	70.0	24	60.0		
>3500gr	6	30.0	16	40.0	0.57	0.448

Tablo 15’de yenidoğan baş çevresi ve doğum tartısının doğumda perine bütünlüğüne etkisi incelenmiştir. Gruplar arasında yenidoğan tartısı ve baş çevresi ölçüleri ile perine bütünlüğü arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

6. 3: Annelerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bulgular

Tablo 16: Annelerin Doğumun İkinci Aşamasında Yaşadıkları Ağrının Bölgesel Olarak Dağılımı

Ağrının yeri*	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Bel	22	73.3	21	70.0	43	71.7	0.082	0.774
Karın / kasık	27	90.0	24	80.0	51	85.0	1.176	0.471
Perine	15	50.0	27	90.0	42	70.0	11.43	0.000**
Diğer	6	20.0	4	13.3	10	16.7	0.48	0.488

*Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

** $p<0.001$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 16’da annelerin doğumun ikinci aşamasında yaşadıkları ağrının bölgesel dağılımı gösterilmektedir. Grupların; bel, karın / kasık ve diğer (kalça ve bacak) bölgelerde ağrı yaşama oranları açısından benzer oldukları, perine ağrısı yaşama

oranı açısından ise aralarında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Buna göre deney grubu annelerin kontrol grubuna kıyasla daha az perine ağrısı ifade ettikleri saptanmıştır.

Tablo 17: Annelerin VAS Ağrı Puanları

Ağrı	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		z*	p
	Ort	± SD	Ort	± SD		
Perineal ağrı	4.16	2.62	7.10	2.32	5.17	0.001**
Genel ağrı	7.73	2.20	8.70	1.55	2.72	0.006**

* Mann Whitney u test ** $p<0.001$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 17’de annelerin belirttikleri VAS ağrı puanları gösterilmektedir. Gruplar arasında perineal ve genel (VAS) ağrı puanları açısından deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 18: Sıcak Uygulama Başlangıcında Saptanan Servikal Dilatasyon ve Sıcak Uygulama Süresinin Dağılımına Göre Perine Ağrı Ortalaması

	Deney Grubu (n = 30)		Perineal Ağrı Ortalaması		z*	p
	Sayı	%	Ort	± SD		
Servikal açıklık						
7cm	14	46.7	2,07	0.82	0.16	0.017**
8cm	16	53.3	4,12	2.63		
Sıcak uygulama süresi						
15–20 dakika	16	53.3	3,57	2.62	0.53	0.552
25–30 dakika	14	46.7	2.81	1.83		

*Mann Whitney u test ** $p<0.05$ anlamlı

Tablo 18’de sıcak uygulama başlangıcında saptanan servikal dilatasyon ve sıcak uygulama süresinin dağılımına göre perineal ağrı ortalaması gösterilmektedir. Sıcak uygulamaya erken başlanan (7cm) annelerde perineal ağrı ortalaması’nın istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışmada sıcak uygulama süre ortalaması 22.50 dakika olarak saptanmıştır. Bu bulgu literatürde bildirilen uygun ısı uygulama aralığına ulaşıldığını göstermesi bakımından önemlidir. Doğum eyleminin seyrine göre değişen sıcak uygulama süreleri 15 – 20 dakika ve 25 – 30 dakika olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Sıcak uygulama süresi ile perineal

ağrı ortalaması incelendiğinde, sıcak uygulama süresi uzun olan (25–30 dakika) annelerde perineal ağrı ortalaması düşük bulunmasına rağmen, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 19: Bebek Ağırlığının Perine ve Genel Doğum Ağrısına Etkisi

	Deney (n = 30)			Kontrol (n = 30)		
Bebek Ağırlığı	n	Perine Ağrısı Ort ± SD	Kw p	n	Perine Ağrısı Ort ± SD	Kw p
2600-3000gr	5	2,8 ± 1,3	0,11	7	5,29 ± 3,64	3,61
3050-3500gr	13	3,38 ± 2,81	0,946	13	8,38 ± 1,45	0,164
3550-4000gr	12	3,08 ± 1,93		10	8,1 ± 1,91	
		Genel Ağrı Ort ± SD			Genel Ağrı Ort ± SD	
2600-3000gr	5	6,4 ± 2,07	4,31	7	7,71 ± 1,89	3,92
3050-3500gr	13	6,62 ± 2,47	0,116	13	9 ± 1,58	0,140
3550-4000gr	12	8,25 ± 1,66		10	9 ± 1,05	

***Kruskal Wallis Test**

Tablo 19’da yenidoğan tartısının annenin perine ve genel doğum ağrısına etkisi incelendiğinde, yenidoğan tartısı ile perine ve genel doğum ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 20: Annelerin Doğumdan Önce Doğuma İlişkin Beklentileri İle Yaşadıkları Doğumu Karşılaştırmaları

Beklentiler	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Doğuma ilişkin beklentiler								
Zor doğum bekliyorum	18	60.0	17	56.6	35	58.3	0.119	0.942
Normal doğum bekliyorum	5	16.6	6	20.0	11	18.3		
Kolay doğum bekliyorum	7	23.3	7	23.3	14	23.3		
Yaşadıkları doğum								
Zor doğum yaşadım	10	33.3	19	63.3	29	48.3	6.822	0.033*
Normal doğum yaşadım	12	40.0	9	30.0	21	35.0		
Kolay doğum yaşadım	8	26.6	2	6.6	10	16.6		
Yaşadıkları ağrı								
Beklediğimden az	21	70.0	9	30.0	30	50.0	9.607	0.008**
Beklediğimden çok	7	23.3	16	53.3	23	38.3		
Beklediğim gibi	2	6.7	5	16.7	7	11.7		

* $p<0.05$ anlamlı

** $p<0.001$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 20’de annelerin doğuma ve doğum ağrısına ilişkin beklenti ve düşünceleri incelenmiştir. Annelerin doğumdan önce doğuma ilişkin beklentileri incelendiğinde, çoğunlukla zor bir doğum bekledikleri ve grupların doğuma ilişkin beklentiler açısından istatistiksel olarak benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Annelerin yaşadıkları doğuma ilişkin düşünceleri incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre kontrol grubu annelerden deney grubuna oranla zor doğum yaşadığını ifade eden anne sayısı fazla bulunmuştur. Annelere göre bekledikleri doğum ağrısı ile yaşadıkları doğum ağrısının gruplar arasında karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.05$). Buna göre deney grubu anneler kontrol grubuna oranla beklediğinden az ağrı yaşadığını ifade ederken, kontrol grubu anneler beklediklerinden daha çok ağrı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

6.4. Annelere Göre Aldıkları Bakım ve Uygulamalara İlişkin Bulgular

Tablo 21: Annelerin Doğuma Özgü Bakım Alma Durumu ve Bakıma İlişkin Düşünceleri

Bakıma ilişkin düşünceler	Deney (n = 30) Sayı %		Kontrol (n = 30) Sayı %		Toplam (n = 60) Sayı %		²	p
Doğumda bakım alma								
Bakım aldım	30	100.0	7	23.3	37	61.6	37.297	0.000*
Bakım almadım	-	-	23	76.6	23	38.3		
Alınan bakım**	(n = 30)		(n = 7)		(n = 37)			
Sıcak uygulama	30	100.0	-	-	-	-	-	-
İlgi ve destek görmek	14	46.7	7	100.0	21	56.8	3.59	0.058
Doğumda eğitim almak	11	36.7	4	57.2	15	40.5	4.35	0.037***
Bakıma ilişkin düşünceler****								
Çok yararlı oldu	26	86.6	1	14.2	27	72.9		
Kısmen yararlı oldu	4	13.3	2	28.5	6	16.2	-	-
Yararlı olmadı	-	-	4	57.1	4	10.8		

* $p<0.001$ ileri düzeyde anlamlı fark

** Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

*** $p<0.05$ anlamlı

**** İstatistiksel analiz dışı bırakılmıştır.

Tablo 21’de annelere göre doğuma özgü bakım alma durumları incelendiğinde deney grubu annelerin tamamının, kontrol grubunun ise %23.3’ünün bakım aldığını düşündüğü ve gruplar arasında doğuma özgü bakım alma düşünceleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışmada annelere göre aldıkları doğuma özgü bakım sorulduğunda; deney grubu annelerin tamamının (%100) sıcak uygulamayı özel bir bakım olarak algıladıkları ve bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri saptanmıştır. Doğum sırasında alınan bakımın yararlılık düzeyi sorulduğunda, deney grubu annelerin büyük çoğunluğunun alınan bakımı çok yararlı bulduğu, buna karşılık kontrol grubu annelerin ise aldıkları bakımı büyük çoğunlukla yararsız veya kısmen yararlı bulduğu saptanmıştır.

Tablo 22: Annelere Göre Yaşadıkları Doğumun Olumlu / Olumsuz Yönleri ve Tepki Gösterdikleri Uygulamalar

Uygulamalar	Deney (n = 30)		Kontrol (n = 30)		Toplam (n = 60)		²	p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Oksitosin indüksiyonu	13	43.3	10	33.3	23	38.3	0.63	0.425
İdrar sondası ve lavman	8	26.7	5	16.7	13	25.0	0.88	0.347
Sık vajinal muayene	4	13.3	3	10.0	7	11.7	-	$p>0.05^*$
Sütürasyon	5	16.7	10	33.3	15	21.7	2.22	0.136
Yaşadıkları doğumun olumlu / olumsuz yönleri**								
Sağlık personeline ilgi görmek / eğitim almak olumluydu	21	70.0	10	33.3	33	55.0	8.076	0.004***
Doğumun sorunsuz bitmesi olumluydu	22	73.3	19	63.3	41	68.3	0.693	0.405
Dikişsiz doğum yapmak olumluydu	13	43.3	7	23.3	20	33.3	2.700	0.100
Doğumun kısa sürmesi olumluydu	5	16.7	6	20.0	11	18.3	0.111	0.739
Ağrı ve sancılar olumsuzdu	11	36.7	19	63.3	30	50.0	4.267	0.039****
Dikiş atılması olumsuzdu	2	6.7	15	50.0	17	28.3	13.871	0.000***

*Fisher Exact test kullanılmıştır

**Birden fazla yanıt verildiği için n katlanmıştır

*** $p<0.001$ ileri düzeyde anlamlı fark

**** $p<0.05$ anlamlı

Tablo 22’de annelerin doğumda yapılan tıbbi müdahaleler ve girişimler hakkındaki düşünceleri gösterilmiştir. Gruplar arasında doğum eylemi sırasında yapılan uygulama ve girişimlere yönelik tepkiler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Annelere göre yaşadıkları doğumun olumlu / olumsuz yönleri incelendiğinde ise gruplar arasında anlamlı düzeyde istatistiksel fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubu anneler sağlık personelinden destek görmek ve eğitim almayı kontrol grubuna oranla olumlu bulduğunu daha fazla ifade etmiş olup gruplara arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Annelere göre yaşadıkları doğumun olumsuz yönleri incelendiğinde; kontrol grubunda doğum sırasında fazla ağrı, sancı yaşamayı ve doğum sonu dikiş atılmasını olumsuz gördüğünü ifade eden anne sayısının deney grubuna oranla anlamlı derecede fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

7. TARTIŞMA

7.1. Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş ortalamaları incelendiğinde (Tablo 1), deney grubu annelerin yaş ortalamasının $26.06 \pm$, kontrol grubunun ise $25.90 \pm$ yıl olduğu, büyük çoğunluğun 22–29 yaş aralığında yer aldığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anne yaşı açısından anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Duran ve arkadaşları (2002) vajinal doğumlarda epizyotomi uygulamasının gerekliliğini araştırdıkları çalışmalarında ikinci doğumunu yapan annelerin yaş ortalamasını; epizyotomi grubunda $27.4 \pm$, normal doğumda $28,2 \pm$ yıl olarak saptamışlardır (29). 2003 yılı TNSA verilerine göre doğurganlığın yaş dağılımına bakıldığında, bir kadın ortalama 25 yaşında iken bir çocuğa, 30 yaşında ise iki çocuğa sahip olmaktadır (97). Bulgularımız, Duran ve arkadaşlarının bulguları ile benzerlik göstermekle birlikte, 2003 TNSA verilerine oranla ikinci çocuğu doğurma yaş ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Annelerin eğitim durumları incelendiğinde deney grubunun %93.3'nün kontrol grubunun ise %86.6'sının ilkököl mezunu olduğu ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 1). Yıldız'ın (2003) Karaca'nın (2004), Berkiten'in (2005), Karakaplan'nın (2007) çalışmalarında, annelerin çoğunlukla ilkököl mezunu oldukları bildirilmiştir (107, 50, 15, 56) . 2003 TNSA verilerine göre İstanbul ilinde yaşayan kadınların %55.3'ü ilköğretim birinci kademe eğitimi almıştır. Çalışmada elde edilen bulgular yukarıda verilen diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir. Ancak çalışmaya en az ilkököl mezunu olan annelerin alındığı düşünülünce, eğitim seviyesinin 2003 TNSA İstanbul il verilerine oranla oldukça düşük olduğu anlaşılmaktadır.

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde, deney grubunun %90'nın kontrol grubunun ise %93.3' nün ev hanımı olduğu ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1) . Yıldız'ın (2003) Karaca'nın (2004), Berkiten'in (2005), Karakaplan'nın (2007), Karaçam ve

arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmalarda annelerin çoğunlukla ev hanımı olduğu bildirilmiştir (107, 15, 56, 53). 2003 TNSA verilerinde İstanbul ilinde yaşayan ve araştırmadan önceki 12 ay içinde çalışmamış kadınların oranı % 66.4 olarak bildirilmiştir (97). Bulgularımız verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermekle birlikte gelir getirici bir işte çalışmayan annelerin oranı 2003 TNSA İstanbul il verilerine oranla oldukça yüksek bulunmuştur.

Çalışmada deney grubu annelerin %80'ninin kontrol grubunun ise %86.6'sının sosyal güvencesinin olduğu ve yapılan değerlendirmede grupların istatistiksel olarak benzer oldukları belirlenmiştir (Tablo 1). Kaya ve arkadaşları'nın (2007), Taşdemir ve arkadaşları'nın (2007) çalışmalarında; annelerin büyük çoğunluğunun herhangi bir sosyal güvenceye sahip olduğu bildirilmiştir (57, 90). Bulgularımız yukarıda verilen çalışma örnekleri ile paralellik göstermekle birlikte, önceki bölümde sunulan gelir getirici bir işte çalışma sonuçları ile çelişmektedir. Bu durum annelerin sahip oldukları sosyal güvencenin eşlerine ait olan SSK veya devlet tarafından gelir düzeyi düşük vatandaşlara verilen Yeşil Kart olmasına bağlanmaktadır. Çalışmada annelerin tamamına yakının sosyal güvence sahibi olması; sağlık hizmetlerinden yararlanma düzeyini olumlu yönde etkilemesi açısından sevindirici, buna karşılık sosyal güvence türünün kadınların toplumsal yaşamdaki yerini göstermesi açısından üzücü bulunmuştur. Çalışmada annelerin ikinci çocuğu doğurma yaşının, eğitim düzeyinin ve gelir getirici bir işte çalışma durumunun İstanbul il ortalamasına göre oldukça düşük olması, ayrıca sahip olunan sosyal güvencenin yeşil kart ve eşlere ait olan SSK olması grupların düşük sosyo ekonomik ve kültürel yapıya sahip olduklarını göstermektedir.

Annelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde; gebelik sayısı, istemli ve istemsiz düşük oranları ile ortalama doğum aralığının her iki grupta istatistiksel olarak benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). 2003 TNSA verilerine göre 100 gebelik için istemsiz düşük oranı % 10, isteyerek düşük oranı ise %11.3 olarak gösterilmiştir (97). Bulgularımız 2003 TNSA verileri ile karşılaştırıldığında istemli ve istemsiz düşük oranlarının oldukça yüksek bulunması, genç yaştaki bu annelerin kötü bir obstetrik öyküye sahip olduklarını göstermektedir. Çalışmada deney grubu annelerin ortalama

doğum aralığı, $45,93 \pm$, kontrol grubunda ise $51.63 \pm$ ay olarak saptanmıştır. 2003 TNSA verilerinde İstanbul ilinde yaşayan kadınların doğum aralığı, ağırlıklı olarak 48 ay ve üzeri olarak bildirilmiştir. Saptanan doğum aralığı 2003 TNSA sonuçları ile paralellik göstermekle birlikte, bulgularımızda istemli ve istemsiz düşük oranlarının yüksek bulunması, ideal sınırlar içerisinde görünen doğum aralığının tüm gebeler için planlı olmadığını düşündürmektedir.

Annelerin kontraseptif yöntem kullanım durumlarına bakıldığında; büyük çoğunluğun bir önceki gebelikten sonra kontraseptif yöntem kullandığı görülmüştür. Kullanılan kontraseptif yöntemin türü incelendiğinde, gebelerin yarısından fazlasının geri çekme yöntemini en çok kullandığı, RİA kullanımının ise ikinci sırada yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 3). 2003 TNSA verilerine göre İstanbul ilinde yaşayan kadınların herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanım oranı %76.1, geleneksel yöntem kullanımı %30.2, modern yöntem kullanımı ise %45.9 olarak bildirilmiştir (97). Bulgularımız 2003 TNSA verilerinde bildirildiği gibi annelerin büyük bir çoğunluğunun gebelikten korunmak için herhangi bir yöntem kullandığını göstermekle birlikte koruyuculuğu olmayan yöntem kullanımının fazlalığı 2003 TNSA verileri ile çelişmektedir. Annelerin bu gebeliği planlama durumlarına bakıldığında, her iki grubun yarısının planlı gebelik yaşadığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4). 2003 TNSA verilerine göre ikinci doğumunu yapan kadınların %67.4'ü isteyerek gebe kalmıştır (97). Buna göre elde ettiğimiz plansız gebelik oranlarının 2003 TNSA verilerine oranla yüksek olduğu anlaşılmıştır. Çalışmada; istemli, istemsiz düşüklerin, plansız gebeliklerin ve koruyuculuğu olmayan yöntem kullanımının 2003 TNSA verilerine oranla fazlalığı, bu annelerin düşük sosyo-ekonomik yapıları nedeniyle aile planlaması hizmetlerinden etkin olarak yararlanamadıklarını göstermektedir.

Araştırmaya katılan annelerin büyük çoğunluğunun prenatal bakım aldığı ve gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4). Kaya ve arkadaşları (2007), Merih ve arkadaşları (2007) ve Taşdemir ve arkadaşları (2007) çalışmalarında, annelerin büyük çoğunluğunun prenatal bakım aldığını bildirmişlerdir (57, 67, 90). TNSA

2003 verilerine göre kadınların %81'i en az bir kez doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanmışır (97). Bulgularımız TNSA 2003 sonuçları ve diğer çalışma örneklerinde olduğu gibi pek çok annenin prenatal bakımdan yararlandığını göstermekle birlikte, bu hizmetlerden yararlanamayan az sayıda annenin (%16.6) bakım ihtiyacının çok daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Annelerin önceki doğumlarına ilişkin özellikleri incelendiğinde, ilk doğumların tamamının hastanede ve %80'ninin doktorlar tarafından yaptırıldığı saptanmıştır (Tablo 5). TNSA 2003 verilerine göre İstanbul ilinde gerçekleşen doğumların; yalnızca %8'i evde gerçekleşmekte geriye kalan doğumlar kamu veya özel sağlık kuruluşlarında ve %83.1'i doktorlar tarafından yaptırılmaktadır (97). Çalışma bulguları 2003 TNSA verileri ile paralellik göstermektedir. Hastanede ve doktor kontrollü doğumların fazlalığı; ülkemizde sağlık profesyoneli eşliğinde evde doğum kavramının henüz yerleşmemiş olmasına ayrıca İstanbul'da her çeşit gelir düzeyine hitap eden hastanelerin çokluğu nedeniyle, annelerin konforları için hastane doğumlarını tercih etmelerine bağlanmaktadır. Doğumu yaptıran kişinin çoğunlukla doktor olması ise doğum salonlarında sorumluluğun kadın doğum hekimlerine ait olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada annelerin %88.4'üne, ilk doğumlarında epizyotomi uygulandığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 5). Üstünsöz (1996) epizyotomi iyileşmesinde sıcak ve soğuk uygulamaların etkisini incelediği çalışmasında, ilk doğumunu yapan kadınların %81.2'sine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir (99). Yıldız (2003) Tens'in doğum ağrısını algılamaya etkisini incelediği çalışmasında, ikinci ve üçüncü doğumunu gerçekleştiren annelerden kontrol grubunun %83.3'üne, TENS grubunun ise %80'ine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir (107). Karaçam ve Eroğlu (2003) epizyotominin anne sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, tüm doğumlarda epizyotomi uygulama oranını %64, primiparlarda %95, ikinci doğumunu yapanlarda %48 olarak bildirmişlerdir (52). Turan ve arkadaşları (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 göstermişlerdir (95). Dinç (2004) gebelerde üriner inkontinas üzerine yaptığı çalışmada annelerin önceki doğumlarında epizyotomi uygulanma oranını %88 olarak bildirmiştir (28). Hut (2005) Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde gerçekleşen doğumları incelediği çalışmada; 4845 vakanın 1910'nuna epizyotomi uygulandığını (%39) tespit etmiştir. Epizyotomi uygulanan 1910 vakanın 876'sının (%45) nullipar, 586'sının (%30) primipar, 448'inin (%23) multipar olduğunu ayrıca nullipar gebelerin %98'ine, primipar gebelerin ise %32'sine epizyotomi uygulandığını bildirmiştir (47). Şahin ve ark (2007) doğumun ikinci aşamasını değerlendirdikleri çalışmalarında, ilk doğumunu gerçekleştiren gebelerin %92'sine, multipar gebelerin ise %72'sine epizyotomi uygulandığını bildirmektedir (85). Son yıllarda yayınlarda rutin epizyotomi uygulamasının sınırlandırılması gerektiği üzerinde durmaktadır (22, 92, 95, 86, 83, 65). Ülkemizde epizyotomi uygulamasına ilişkin resmi veriler ve istatistikler yetersizdir. Ancak yukarda verdiğimiz çalışma örnekleri ve bu çalışma; annelerin ilk doğumlarında rutin, diğer doğumlarında ise yüksek oranda epizyotomi uygulamasına maruz kaldığını göstermektedir. Literatürde bildirildiği gibi doğumu kolaylaştırıcı etkisi bilinen epizyotominin, rutin değil ihtiyaca yönelik olarak uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmada annelerin tamamına yakınının ilk doğumdan sonra perine bölgesinde; dikiş ağrısı ve dikişlere bağlı hareket kısıtlılığı gibi beklenen sıkıntılar yaşadıkları, buna karşılık dikişlerde kötü kokulu akıntı, şişme, dikişte erken açılma ve disporoni gibi komplikasyon ifade eden annelerinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6). Eryılmaz (2000), Karakaplan (2007), Ertem ve Sevil (<http://www.insanbilimleri.com>, Erişim Tarihi:10 Şubat 2008), Akyüz ve arkadaşları (2007) çalışmalarında annelerin yaşadıkları perine hasarından dolayı yüksek oranlarda sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir (56, 32, 1). Ülkemizde normal vajinal doğum yaşamış annelerin hastanelerden erken taburcu edilmesi buna karşılık taburculuk sonrası evde bakım hizmeti ile hastaneye geri dönüş kayıtlarının olmayışı, epizyotomi sonrası yaşanan komplikasyonların boyutlarının tam olarak anlaşılmasına engel olmaktadır. Ancak çalışma bulgularımız ve diğer çalışma örneklerine dayanarak, annelerin doğumdan

sonra yaygın olarak perine hasarına bağlı sorun ve komplikasyon yaşadıkları görülmüştür. Bu nedenle erken ve geç postpartum dönem göz önüne alınarak doğumda rutin değil ihtiyaca yönelik epizyotomi uygulanması, erken olduğu kadar geç postpartum takiplerinde devamının sağlanması ve konu ile ilgili kayıtların düzenli olarak tutulup bildirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan annelerin önceki doğumdan sonra doğum dikişlerine yönelik bakım alma / yapma durumları incelendiğinde, annelerin yarısından fazlasının hastanede dikişlere yönelik bakım aldıkları, alınan bakımın ise antiseptikli perine tuvaleti ile antibiyotik ve analjezik ilaç tedavisi olduğu görülmüştür (Tablo 7). Mucuk (2001) Kayseri ilinde yaptığı çalışmada doğum sonu perine bakımı aldığını ifade eden anne oranını %8.8 olarak bildirmiştir (68). Bizim çalışmamız Mucuk'un yaptığı çalışmanın aksine annelerin hastanede doğum sonu bakım hizmetlerinden yararlandıklarını göstermektedir. Bu iki çalışma arasındaki farkın, yıllar içinde hastane hizmetlerinde meydana gelen gelişmelere bağlı olduğu düşünülmektedir. Annelerin evde doğum dikişlerine yönelik bakım uygulama durumu incelendiğinde ise, annelerin büyük bir çoğunluğunun evde dikişlere yönelik bakım uyguladığı, yapılan bakımın ise antiseptikli perine tuvaleti, antibiyotik, analjezik ilaç tedavisi ve ve sıcak suyla dikişlerin yıkanması şeklinde olduğu görülmüştür (Tablo 7). Üstünsöz 1996 yılında yaptığı çalışmasında annelerin %88.2'sinin evde antiseptikli perine tuvaleti yaptığını bildirmiştir (99) . Çalışma bulgularına ve Üstünsöz'ün çalışmasına dayanarak hastanede bakım ve eğitim alan annelerin evde perine bakımına devam ettikleri sonucuna varılmıştır.

Araştırmaya katılan annelerin epizyotomiye ilişkin bilgi durumları incelendiğinde, büyük çoğunluğunun epizyotomi hakkında bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Sahip olunan bilginin ise büyük çoğunlukla doğumu kolaylaştırmak için rahim ağzının kesilmesidir şeklinde olduğu saptanmıştır (Tablo 8). Annelerin cevaplarından yola çıkarak, halk arasında epizyotomi uygulamasının bir gereksinim değil iş kolaylaştırıcı bir uygulama olarak algılandığı sonucuna varılmıştır. Annelerin doğumun dikişli veya dikişsiz gerçekleşmesine ilişkin beklentilerine bakıldığında,

tamamına yakınının doğumun dikişsiz gerçekleşmesini istediği görülmüştür. Annelerin dikişsiz doğum isteme nedenleri incelendiğinde ise, dikişin geç iyileşmesi ve fiziksel harekette kısıtlılık yaratması, bebekle ilgilenmeye emzirmeye engel olması, ağrı vermesi, komplikasyon gelişme olasılığının yüksek olması ve vajina estetiğini bozması / cinsel ilişkide sorun yaratması cevapları alınmıştır (Tablo 8). Gençalp (1998) çalışmasında, epizyotominin erken dönemde anne ve bebek için emzirmeyi olumsuz etkileyen bir faktör olduğunu bildirmiştir. Eryılmaz (2000) doğum sonu uygulanan bakım yönteminin (PATHWAY) etkilerini incelediği çalışmasında, deney grubu annelerin kendileri ile ilgili algıladıkları sorun ve kaygıda önceliği baş dönmesi, yorgunluk ve epizyotomi'nin aldığını bildirmiştir (34). Karaçam ve Eroğlu (2003) epizyotominin anne sağlığına etkilerini inceledikleri çalışmalarında, epizyotomi uygulanan annelerde, epizyotomisiz spontan laserasyon gelişen gruba oranla yara iyileşmesinin daha geç ağrının ise daha yüksek oranda yaşandığını bildirmiştir (52). Taşdemir ve ark (2006) doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi isimli çalışmalarında, postpartum dönemde fiziksel rahatsızlık (epizyotomi ağrısı, emzirme, hareket sınırlılığı vb.) yaşayan annelerde depresyon düzeyini yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (89). Sayiner ve ark (2007) Eskişehir il merkezinde perineal travma sıklığı ve kadın sağlığına etkilerinin incelediği çalışmasında, perineal travmaların annede ağrıya neden olduğu ayrıca doğumdan sonraki ilk miksiyonunu, günlük yaşantısına dönme ve emzirme süresini geciktirdiğini bildirmiştir (79). Karaçam ve arkadaşları (2007) epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel sorunlara etkisini inceledikleri çalışmalarında, epizyotomi uygulanan ve uygulanmayan her iki grup kadınların yüksek oranda cinsel sorun yaşadıklarını bildirmiştir (53). Yukarıda verilen çalışma örnekleri ile Tablo 6' da tartışılan doğum sonu perine bölgesinde yaşanan sorunların, annelerin dikişsiz doğum isteme nedenleri ile benzer olduğu görülmektedir. Bu nedenle annelerin dikişsiz doğum isteme nedenlerinin kendilerinin veya yakınlarının önceden yaşadıkları sorunlu epizyotomi uygulamasından etkilendiği düşünülmektedir.

7. 2. Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada annelere uygulanan lavman, oksitosin indüksiyonu ve amniotomi girişimleri yönünden her iki grubun istatistiksel olarak benzer olduğu görülmüştür (Tablo 9).

Çalışmada deney grubu annelerin %60'ına kontrol grubunun ise %50'sine lavman uygulandığı saptanmıştır. 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 (95, 54).

Çalışmada deney grubu annelerin %70'ine kontrol grubunun ise %60'ına oksitosin indüksiyonu uygulandığı görülmüştür (Tablo 9). Sentetik oksitosin ülkemiz ve tüm dünyada; doğum eyleminin indüksiyonu, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyarak eylemi hızlandırmak vb. amaçlarla yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna karşılık literatür'de, hipersitümülasyon, ablasyo plesenta, utrus rüptürü, hızlı ve travmatik doğum gibi komplikasyonlara neden olduğu bildirilen oksitosinin, endikasyon taşımayan eylemlerde uygulanmaması gerektiği bildirilmektedir (26, 27, 86, 91, 95).

Çalışmada deney grubu annelerin %50'sine kontrol grubunun ise %63.3'üne amniotomi uygulandığı belirlenmiştir (Tablo 9). Amniotominin, amniotik sıvının yapısını belirlemesi, kontraksiyonların süre ve şiddetini arttırıcı etkisi ayrıca serviks dilatasyonu için kuvvetli bir güç oluşturması nedeniyle doğumhanelerde sıkça uygulandığı bilinmektedir. Buna karşılık amnionitis ve fetal enfeksiyon tehlikesi yaratması ve kordon sarkmasına neden olabilmesi, rutin amniotomi uygulamasını tartışılır hale getirmiştir. Bu nedenle pek çok kaynak amniotominin rutin olarak uygulanmamasını, endikasyon taşıyan olgularda ise gelen kısım ve seviyesi dikkatle değerlendirildikten sonra uygulamaya geçilmesini önermektedir (12, 26, 91, 92, 95).

Çalışmanın yapıldığı doğumhanede, doğumu hızlandırıcı etkileri bilinen lavman, oksitosin indüksiyonu ve amniotomi uygulama oranlarının yüksek olması, doğumhane ekibinin hasta yoğunluğunu azaltmak amacıyla bu uygulamalara sıkça başvurmaya bağlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) normal doğum için gerekli parametreleri tanımlayarak, risk profiline dayalı olarak geçerli bir sebep olmadıkça doğumun normal sürecine müdahale edilmemesi gerektiğini savunmuştur (86). Bizde etki ve yan etkileri halen tartışılan lavman, amniotomi ve oksitosin indüksiyonu gibi uygulamaların doğumhanelerde rutin olarak kullanılmaması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmada doğumun ikinci devre süresinin incelendiği Tablo 10'da, deney grubu annelerin ikinci devre süre ortalamasının 10.73 dakika, kontrol grubu annelerde ise 10.26 dakika olduğu ayrıca, gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 10). Elde edilen bu bulgu, multiparların oluşturduğu doğumlar üzerinde çalışmalar yapmış olan; Yıldız'ın (2003), Karaca'nın (2004), Şahin ve arkadaşları'nın (2007) sonuçları ile benzerlik göstermektedir (107, 50, 85). Doğumda annenin aktif rol alarak eylemin seyrini olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği en önemli safha 2. devredir. Bu nedenle doğumun 2. devre süresi kadar, annelerin bu dönemde fiziksel ve psikolojik olarak desteklenerek sağlıklı ve mutlu bir doğum eylemi yaşamaları sağlanmalıdır. Bizde çalışmamızda, anneleri doğumun 2. devresinde sıcak uygulamayla destekleyerek sağlıklı ve mutlu bir doğum deneyimi ve doğum sonu dönem yaşamlarını amaçlamaktayız.

Doğum sırasında meydana gelen perineal travmaların, erken dönemde olduğu gibi geç dönemde hatta yıllar içinde ortaya çıkabilecek komplikasyonları vardır. Bu nedenle mümkün olduğu kadar perine doğum travmalarına karşı korunmalıdır. Çalışmada perine bütünlük durumunun incelendiği Tablo 11'de, her iki grup için epizyotomiden kaçınılmasına rağmen; kontrol grubunda epizyotomi ihtiyacının geliştiği buna karşılık deney grubunda intakt perine oranlarının daha yüksek olduğu ayrıca 1° spontan perine yırtığı açısından grupların benzer oldukları saptanmıştır. Elde edilen bulgulara dayanarak sıcak uygulamanın perineyi ancak 3° ve 4°

travmalara karşı koruduğu düşünülmüştür (p = 0.012). Musgrove (1999) sıcak uygulamanın perine bütünlüğüne etkisini incelediği çalışmada, sıcak uygulama yapılan grupta onarım gerektirmeyen perine oranını (D= %70, K= %54) , yüzeysel 1° yırtık oranını (D= %8, K=%17), 2° yırtık oranını (D= %22, K= %23), epizyotomi oranını ise (D= %3, K= % 6) olarak bildirmiştir. Musgrove göre sıcak uygulama yapmak perine bütünlüğünü korumada etkili bir yöntemdir (69). Albers at al (2005), doğumun ikinci aşamasında perine bütünlüğünü korumak için kullanılan lubrikanlı perine masajı ile sıcak uygulamayı karşılaştırdıkları çalışmalarında, sıcak uygulama grubunda korunmuş perine oranını %23.3, spontan gelişen yırtık oranını %76.7 epizyotomi uygulanan gebe oranını ise %0.3, olarak bildirmiştir. Albers ve arkadaşları çalışmalarının sonunda doğumda sıcak uygulama yapmanın lubrikanlı perine masajı tekniğine ve kontrol grubuna bir üstünlüğünün olmadığını ayrıca sıcak uygulama yapmanın perine yırtıklarını artırma ya da azaltma gibi bir etkisinin görülmediğini bildirmiştir (5). Dahlen at al (2007a) doğumda sıcak uygulamanın perine bütünlüğüne etkisini incelediği çalışmada, her iki grupta perineal sutureasyon ihtiyacının (D= %78.6 K= %79.9) ve epizyotomi açma oranlarının benzer oranda yaşandığını, ancak 3° ve 4° sert perine yırtıklarının deney grubunda (D= 15 / 360, K= 31 / 357) kontrol grubuna kıyasla daha az yaşandığını bildirmiştir. Ayrıca Dahlen çalışmasında ebelerin % 55.9'unun sıcak uygulamanın perineal zararın azaltılmasında ve %63.3'nün perineyi esnetmede yararlı bulduklarını bildirmiştir (24). Musgrove, Dahlen ve arkadaşlarının çalışma bulguları bizim bulgularımızı desteklerken Albers'in yaptığı çalışma bizim çalışmamız ve diğer çalışma örnekleri ile çelişmektedir. Dahlen ve arkadaşlarının, Musgrove'un ve bizim çalışmamızda benzer şekilde perineal sıcak uygulamanın perine bütünlüğünü koruyucu yönde etkisi gösterilmiş olmasına rağmen intakt perine oranlarının her üç çalışmada da farklılık gösterdiği dikkat çekmektedir. Bu durum çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki annelerin bireysel özellikleri (sosyo-ekonomik düzey, doğuma hazırlık sınıflarına katılım, etnik yapı vb.) ile prenatal ve innatal hizmetlerdeki (doğumda kullanılan pozisyon, vajinaya yağlandırıcı madde kullanımı, doğumu hızlandırıcı yöntemlerin kullanımı, doğumu yaptıran kişinin becerisi, doğumda kullanılan teknikler vb.) farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatüre göre epizyotomi açılmayan gebelerde ön perine 'periüretal' laserasyonlarının gelişme olasılığı daha fazladır ve epizyotomi

uygulamasının periüretal laserasyonları önlediği bildirilmektedir (22, 29, 101). Çalışmada doğumda gelişen perine laserasyonlarının gelişim yer ve derecelerinin incelendiği Tablo 11’de, perineal yırtık çeşitliliğinin ve periüretal yırtık gelişiminin kontrol grubunda yüksek bulunmasına rağmen gruplar arasında laserasyonların gelişim yer ve dereceleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Duran ve ark. (2002) vajinal doğumlarda rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği üzerine yaptıkları çalışmalarında, epizyotomili grupta ve doğal doğum grubunda gelişen yırtık oranlarını; periüretal laserasyon (E = %7.4, D = %36.0), vajen laserasyonu (E = %7.4, D = %24.0), serviks laserasyonu (E = %3.7, D = %4.0), Derin perine laserasyonu (E = %3.7, D = %4.0) olarak bildirmiş ve epizyotomi uygulamasının perine tahribatını azalttığını vurgulamıştır. Albers ve arkadaşları (2005), doğumun ikinci aşamasında perine bütünlüğünü korumak için kullanılan lubrikanlı perine masajı ile sıcak uygulamayı karşılaştırdıkları çalışmalarında, sıcak uygulama yapılan annelerin % 40.1’inde vajinal, %49’unda labial, %14.4’ünde periüretal, laserasyon geliştiğini ve gelişen laserasyonların çoğunlukla birinci ve ikinci derece çok azınında üçüncü derece laserasyon olduğunu ve bu laserasyonların %20.5’ine perine onarımı yapıldığını bildirmiştir. Duran ve arkadaşlarının, Albers ve arkadaşlarının ve bizim çalışmamızın bulguları epizyotomi uygulanmayan annelerde farklı lokalizasyonlarda ve derecelerde perineal laserasyon geliştiğini göstermektedir. Albers’in çalışmasında bildirilen yırtık oranlarının fazlalığı ve çeşitliliği çalışma grubunun büyüklüğü ile örneklem grubunun büyük bir çoğunluğunun ilk doğumunu yapan annelerin oluşturmasına bağlanmaktadır. Çalışmamızda diğer çalışma örneklerinde olduğu gibi az sayıda epizyotomi açılmasının birinci derece yırtık gelişimini arttırdığı ve bu yırtıkların yerleşim yerlerinin literatürde bildirildiği gibi periüretal bölgede yoğunlaştığı görülmüştür. Bu bulguların ışığında perineal sıcak uygulama yapmanın perine bütünlüğünü üçüncü ve dördüncü derece travmalara karşı koruduğu buna karşılık tüm perineal travmalara karşı koruyucu olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle perineal sıcak uygulama yapılan annelerde ihtiyaç durumunda sınırlandırılmış epizyotomi uygulanabileceği düşünülmektedir.

Literatürde doğum eylemini hızlandırıcı bazı yöntemlerin genital yol travmalarını arttırdığı bildirilmektedir. Çalışmamızda doğum eylemini hızlandırıcı etkileri bilinen

oksitosin indüksiyonu, lavman ve amniotomi girişimleri ile perine bütünlük durumu karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$), (Tablo 12).

Doğum aralığı anne, yenidoğan ve aile sağlığı açısından oldukça önemlidir. Literatürde güvenilir doğum aralığı 24 ay olarak gösterilmektedir. Bir önceki doğumdan hemen sonra (24 ay içinde) doğan bebeklerde mortalite ve morbidite oranları yükselmekte, ayrıca anneye sağlığını tekrar kazanması için gerekli zamanı tanımadığı için gebelik ve doğumda ciddi risklerin yaşanmasına neden olabilmektedir (97). Çalışmamızda annelerin doğum aralığı ile perine bütünlük durumu arasındaki ilişkinin incelendiği Tablo 13'te, doğum aralığı ile perine bütünlüğü arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bulguların, uzun olduğu saptanan doğum aralığından olumlu şekilde etkilendiği düşünülmektedir. Elde edilen bu sonuç anne, aile ve toplum sağlığını yakından ilgilendiren aile planlaması hizmetlerinin toplumun her kesimine etkin olarak ulaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada yenidoğana ait özelliklerin incelendiği Tablo 14'de, grupların tartı, baş çevresi ve APGAR puan ortalaması açısından beklendiği gibi benzer oldukları belirlenmiştir ($P>0.05$). Çalışmalarında yenidoğan tartısı, baş çevresi ve APGAR puanlarında inceleyen; Duran ve arkadaşları (2002), Yıldız (2003), Hut'un (2005) , Gülbayzar (2006), Yıldırım (2006), Şahin ve arkadaşları'nın (2007) elde ettikleri yenidoğan ölçümlerinin çalışma sonuçlarıyla benzer olduğu görülmüştür (29, 107, 47, 38, 105, 85).

Perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin başında gelen yenidoğan tartısının anne sağlığı ve doğum eyleminin seyri üzerinde de önemli etkileri vardır. Düşük doğum ağırlıklı fetusta makat prezantasyon gelişme olasılığı yükselirken, iri fetüste sezeryan ve operatif girişim, genital yol travmaları ayrıca omuz distosisi riskinde artış göstermektedir. (3, 4, 24, 48, 71) Çalışmada yenidoğan doğum tartısı ve baş çevresinin perine bütünlüğüne etkisinin incelendiği Tablo 15'de, yenidoğan

tartısı ve baş çevresinin perine bütünlüğünü istatistiksel olarak etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$). Beklenen bu sonucun, çalışmaya fetal ağırlığı 2500gr'ın altında ve 4000gr'ın üstünde olan gebeliklerin alınmamasından etkilendiği düşünülmektedir.

7. 3. Annelerin Yaşadıkları Ağrıya İlişkin Bulguların Tartışılması

Literatüre göre en şiddetli ağrı türlerinden biri olan doğum ağrısının en zor, ağrılı ve acılı dönemi ikinci aşamadır. Perine bölgesinde taçlanma sırasında yaşanan ağrı çoğu zaman ateş çemberi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu çok zor ve acı verici ağrının kontrolünde sıcak uygulama yapmak oldukça etkili bir yöntem olarak gösterilmektedir (5, 14, 23, 25, 42). Çalışmada annelerin doğumda yaşadıkları ağrının bölgesel olarak dağılımı incelendiğinde; Sırt, karın ve diğer bölgelerde (kasık, bacak, kalça) ağrı yaşama oranlarının her iki grupta benzer olduğu, buna karşılık deney grubunda perine ağrısı ifade eden anne sayısının, kontrol grubuna oranla ileri düzeyde anlamlı fark gösterdiği saptanmıştır ($p<0.001$), (Tablo 16). Annelerin yaşadığı perineal ağrı ortalamasına bakıldığında ise (Tablo 17), yine deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Deney grubunda perineal ağrı ifade eden anne sayısı ile perineal ağrı puanlarının, kontrol grubuna oranla anlamlı derecede düşük bulunması, sıcak uygulamanın perineal ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem olduğunu göstermektedir. Brown et al (2001) doğumda kullanılan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini değerlendirdiği çalışmada; sıcak uygulama yapılan annelerin % 46'sının uygulamayı çok etkili, %53'ünün ise biraz etkili bulduğunu bildirmiştir (18). Musgrove (1999) doğumda perineal sıcak uygulamanın etkisini incelediği çalışmada, annelerin %70'inin sıcak paketlerin doğumda hissettikleri perineal ağrı ve acıyı azalttığını ifade ettiklerini bildirmiştir (69). Dahlen et al (2007a), sıcak uygulamanın doğumun ikinci aşaması üzerine etkilerini incelediği çalışmada; perineal sıcak uygulama yapılan annelerin, %79.7'sinin uygulamanın perine ağrılarını azalttığını, %56'sının uygulamayla beraber perine bölgesinde uyuşma hissettiklerini, ayrıca uygulamayı yapan ebelerin de %80.4'nün sıcak paket uygulamasının annelerin perineal ağrılarını azaltmakta etkili bir yöntem olduğunu

düşündüklerini bildirmiştir (23). Yukarıda verdiğimiz çalışma örnekleri, çalışmamızda elde edilen ‘sıcak uygulama perineal ağrıyı azaltmada etkilidir’ sonucunu desteklemektedir.

Annelerin eylem süresince hissettikleri ağrıyı bir bütün olarak değerlendirdikleri genel ağrı ortalaması incelendiğinde (Tablo 17), deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Bu durum; sıcak uygulamanın perineal rahatlama sağlayarak annelerin genel doğum ağrı algısını etkilemesine, kendileri ile ilgilenen birinin varlığından olumlu yönde etkilenmiş olmasına ve bir çeşit duyuşal müdahale olarak kabul edilen sıcak uygulamanın annelerde yarattığı pozitif etkiye bağlanmaktadır. Gençalp (1998) destekleyici hemşirelik bakımının doğum süresince etkisini incelediği çalışmasında, her iki grup annenin ağrılarına benzer şekilde yüksek puan verdiklerini bildirerek doğumda verilen destekleyici hemşirelik bakımının yanısıra annenin gereksinimi doğrultusunda ağrı kontrolü yapılabileceğini bildirilmiştir (37). Yıldız (2003) TENS’in doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, TENS uygulanan çalışma grubunun ağrı puanlarını, kontrol grubuna oranla; aktif fazda çok anlamlı, geçiş fazında ise anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir (107). Yıldırım (2001) solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamaya etkisini incelediği çalışmasında, deney grubu annelerin ağrı puanlarını, kontrol grubuna oranla; latent ve geçiş fazında anlamlı, aktif fazda ise çok anlamlı farklılık gösterdiğini bildirmiştir (102). Doğum ağrısının kontrolü üzerine ülkemizde yapılmış olan bu çalışmalara dayanarak, solunum ve tensel uyarılma metotlarının ve TENS’in doğumun dilatasyon devresinde, perineal sıcak uygulamanın ise dilatasyon devresinin geçiş fazı ile doğumun ikinci devresinin tamamında etkili olduğu düşünülmüştür.

Çalışmada Sıcak uygulama başlangıcında saptanan servikal dilatasyon ve sıcak uygulama süresinin dağılımına göre perineal ağrı ortalaması incelendiğinde (Tablo 18); sıcak uygulamaya erken başlanan (7cm) ve uygulamanın uzun sürdüğü (25 – 30) annelerde perineal ağrı ortalamasının düşük olduğu görülmüştür. Bu bulguların

ışığında multipar annelerde sıcak uygulamaya geçiş fazının erken döneminde başlanmasının ve buna paralel olarak sıcak uygulama süresinin ideal üst sınırdaki tutulmasının perineal ağrının azaltılmasında daha da etkili olacağı sonucuna varılmıştır.

Literatür'e göre fetal ağırlık, doğum ağrısının şiddetini etkilemektedir (14, 25, 42, 104). Çalışmada yenidoğan doğum tartısının doğum ağrısına etkisinin incelendiği Tablo 19'da, yenidoğan tartısının doğum ağrısını istatistiksel olarak etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$). Beklenen bu sonucun, çalışmaya fetal ağırlığı 2500gr'ın altında ve 4000gr'ın üstünde olan gebeliklerin alınmamasından etkilendiği düşünülmektedir.

Annelerin doğum eylemine yeterince hazırlanamamaları, doğumun ağırlı bir süreç olması ayrıca doğum eylemine ilişkin belirsizliklerin olması gibi faktörler doğum korkusuna ve endişeye neden olmaktadır. Hallgreen (1995), annenin doğumla ilgili olumsuz düşünce ve inanışlardan kurtulmasının, kendine güvenini arttıracaklarını, güzel ve sağlıklı bir doğum deneyimi yaşamasında yararlı olacağını bildirmiştir (41). McKay (1993), eylemin başında annenin hazırlık düzeyini belirleyerek, gereksinimleri doğrultusunda bakım verilip, bilgilendirilmesinin endişeyi azaltarak sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesine katkıda bulunulacağını göstermiştir (37). Çalışmada, annelerin eylemin başında doğuma yönelik beklentileri incelendiğinde (Tablo 20), annelerin çoğunluğunun zor bir doğum beklediği ayrıca grupların beklentiler açısından benzer olduğu görülmüştür ($p>0.05$). Green (1990,1993), Gençalp (1998), Brown at al (2001), Karakaplan (2007) ve Ersanlı (2007) çalışmalarında annelerin doğumdan korktuklarını, doğum eylemine ilişkin olumsuz düşünceler ifade ettiklerini bildirmişlerdir (39, 40, 37, 18, 56, 33) . Çalışmamızda, annelerin ikinci doğumları olmasına rağmen zor bir doğum beklentisi içinde olmaları; önceden kötü bir doğum deneyimi yaşamış olmalarına, doğuma yeterince hazırlanamamalarına bağlanmaktadır. Bu sonuca dayanarak, multipar annelerinde doğuma hazırlık gereksinimlerinin olduğu ve sağlık profesyonellerince bu durumun

göz önüne alınarak annelerin doğumun her aşamasında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi gerektiği düşünülmüştür.

Çalışmada annelerin doğumdan sonra doğumla ilgili düşünceleri incelendiğinde, deney grubu annelerin yaşadığı doğumu çoğunlukla normal ve kolay, kontrol grubunun ise çoğunlukla zor olarak tanımladığı ve yapılan istatistiksel karşılaştırmada deney grubu lehine anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu durum literatür’de geçen, sıcak / soğuk uygulama, müzik, dokunma, masaj, aromaterapi gibi duyuşal müdahalelerin (sensory interventions), rahatlamayı ve pozitif düşünmeyi güçlendirdiğı, fiziksel ağrıyı giderdiği aynı zamanda duyuşal acıyı da azaltmada etkili olduğu bildirimi ile açıklanmaktadır (25, 18, 81, 14). (Tablo 20)

Annelerin doğumda yaşadıkları ağrıya ilişkin düşünceleri incelendiğinde (Tablo 20), deney grubu annelerin büyük çoğunluğunun beklediğinden az ağrı yaşadığı, kontrol grubunun ise beklediğinden çok ağrı yaşadığı ve yapılan değerlendirmede deney grubu lehine istatistiksel fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bu bulgu perineal sıcak uygulamanın ağrıyı hafiflettiğini ve annelerin doğumu rahat geçirdiklerini göstermesi açısından önemlidir. Dahlen (2007a) doğumda yapılan sıcak uygulamayı değerlendirdiğı çalışmasında, sıcak paket uygulanan annelerin %59.2’sinin doğum ağrısını kötü bir ağrı olarak nitelendirdiğini, kontrol grubunda ise bu oranın %81.7 olduğunu bildirmiştir (23). Her iki araştırmada yer alan annelerin ağrıya ilişkin ifadelerine bakıldığında perineal sıcak uygulamanın ağrı kontrolünde etkili olduğu ayrıca bizim çalışmamızda annelerin doğum ağrısını daha az rahatsız edici buldukları görülmüştür. Bu durum Dahlenin çalışma grubunun primipar gebelerden oluşmasına ve her iki grup arasındaki sosyokültürel farklılardan doğan beklentilere bağılı olduğu düşünülmektedir.

7.4. Annelere Göre Aldıkları Bakım ve Uygulamalara İlişkin Bulguların Tartışılması

Annelere göre doğuma özgü bakım alma durumlarının incelendiği Tablo 21’de, deney grubu annelerin tamamının, kontrol grubunun ise küçük bir bölümünün doğuma özgü bakım aldığını ifade ettiği ve gruplar arasında deney grubu lehine istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark olduğu görülmüştür ($P < 0.05$). Bakım aldığını düşünen annelerin aldıkları bakımın ne olduğu incelendiğinde; deney grubu annelerin tamamının sıcak uygulamayı özel bir bakım olarak algıladıkları görülmüştür. Albers (2005) çalışmasında, sıcak uygulamanın anne konforu için hastane politikasına ve annenin tercihiine göre uygulanabileceğini belirtmiştir (5). Dahlen at al (2007a), yaptıkları benzer çalışmada; annelerin %89.1’inin sıcak uygulamayı konforlu bulduklarını göstermiştir (23). Musgrove (1999) çalışmasında, annelerin %80’ninin sıcak uygulamanın rahatlığı sağladığını ve konforu desteklediğini ifade ettiklerini ayrıca uygulamayı yapan ebelerin de aynı düşünceleri paylaştıklarını bildirilmiştir (69). Birbirinden tamamiyla farklı ülkelerde gerçekleştirilen benzer bu çalışmaların sonucuna dayanılarak; annelerin doğumda sıcak uygulama yapılmasını bir çeşit konfor / kendileri için yapılmış özel bir uygulama olarak algıladıkları sonucuna varılmıştır.

Doğum eylemi süresince annelerin tümüne eşit oranda ilgi ve destek gösterilmiş ve doğum eylemi hakkında eğitim verilmiştir. Buna karşılık deney grubu annelerin sağlık personelinden ilgi ve destek görmeyi özel bir bakım olarak algıladıklarını daha fazla ifade etmelerine karşın gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P > 0.05$) (Tablo 21). Çalışmada annelerin sağlık personelinden ilgi ve destek görmeyi bir çeşit bakım olarak algılaması, annelerin ilk doğumlarında veya yakın çevrelerindeki kadınların deneyimlerinden yola çıkarak yoğun çalışan sağlık personelinden bekledikleri ilgi ve desteği görememiş olmalarına bağlanmaktadır. Bramadatt (1993), annelerin bireysel bakım aldıkları doğumlarda ve doğumda destekleyici birinin varlığında menuniyetlerinin artacağını bildirmiştir (17). Hodnett (1987, 1989, 1996) doğumda destekleyici hemşirelik bakımını incelediği

alışmalarında, bakım alan annelerin farmakolojik analjeziye daha az ihtiyaç hissettiğini ve müdahaleli doğum oranlarının düştüğünü bildirmiştir (43, 44, 45). Çalışmada doğumhane ekibi tarafından bilgilendirilmeyi kendileri için özel bir bakım olarak algılayan annelerin olduğu ve bu annelerin çoğunlukla deney grubunda yer aldığı görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 20). Yaşanan bu farkın annelere verilen bilgilendirmenin sıcak uygulamayla bereber devamlılığına bağlanmaktadır. Evans (1995) Roberts and wolley (1996), annelerin doğumda yeterli bilgi almaya, güvende olmaya, ilgi ve saygıya daha çok gereksinim duyduğunu bildirmiştir (35, 75).

Doğum sırasında alınan bakımın annelere göre yararlılık düzeyi incelendiğinde (Tablo 21), deney grubu annelerin aldıkları bakımı çoğunlukla çok yararlı bulduğu, tamamının sıcak uygulamadan memnun kaldığı ve bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri görülmüştür. Kontrol grubunda bakım aldığını ifade eden az sayıda annenin ise bakımı çoğunlukla etkisiz bulduğu belirlenmiştir. Bu fark; deney grubu annelere farklı olarak sıcak uygulama süresince en az 20 -30 dakika zaman ayrılmış olmasına ve bu sürecin gerektirdiği olumlu etkileşimin gerçekleşmesine ayrıca sıcak uygulamanın ağrı kontrolündeki etkinliğine bağlanmaktadır. Dahlen at al (2007a) yaptıkları çalışmada, annelerin %56'sı ile uygulamayı yapan ebelerin %67.8'inin perineal sıcak uygulamanın annelerde doğumun ikinci aşamasında güven ve kontrolü sağladığını, annelerin %85.7'sinin bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istediklerini ayrıca %86'sının sıcak uygulamayı arkadaşlarına tavsiye edeceklerini bildirmiştir (23). Aynı çalışmada ebelerin %91.1'nin doğumda sıcak paket uygulamasının doğum yönetiminin doğal (rutin) bir parçası olması gerektiğini ve %93'ünün gelecekte bu yöntemi kullanacaklarını ifade ettiklerini bildirmiştir. Dahlen ve bizim çalışmamızın sonuçlarına dayanarak sıcak uygulamanın anne konforunu desteklediği görülmüş olup bizim çalışmamızda memnuniyet düzeyinin yüksek bulunması, doğumhanelerimizde anne konforunu detekleyen uygulamaların olmayışı nedeniyle annelerin bu uygulamadan daha çok etkilenmiş olmasına bağlanmaktadır. Sonuç olarak, perineal sıcak uygulamanın ağrı kontrolü ve perine bütünlüğünü korumada etkili olması, annelerin ve uygulamayı yapan ebelerin sıcak

uygulamadan hoşlanmaları ve konforlu bulmaları, ileriki dönemlerde sıcak uygulamanın doğum yönetiminde yer alabileceğini düşündürmektedir.

Anneler göre yaşadıkları doğumun olumlu / olumsuz yönleri ve tepki gösterdikleri uygulamalar incelendiğinde (Tablo 22), her iki grup annenin yapılan tıbbi müdahale ve girişimlerden benzer oranlarda rahatsızlık duydukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Waldenström (1993) anne memnuniyetini değerlendirdiği çalışmasında daha az müdahalenin uygulandığı doğumlarda anne memnuniyetinin arttığını bildirmiştir (100). Ersanlı (2007) travayda verilen eğitimin ve müziğin doğum ağrısına etkisini incelediği çalışmasında, annelerin çoğunluğunun ağrıyı arttırması nedeniyle oksitosin indüksiyonundan korktuklarını bildirmiştir (33). Şenevli ve arkadaşları (2007) kadınların vajinal muayeneyi sevmediklerini bildirmiştir (87). Rutger, gebelerin lavman uygulaması ile ilgili olumsuz duyguları olduğunu ve bu nedenle doğuma gelmeden önce lavman yerine gliserin supozituarlarını önermiştir (54). Evans (1995), Roberts and wolley (1996) çalışmalarında travmatik uygulamalardan kaçınarak, anne rahatsızlığının giderilmesinin önemini vurgulamışlardır (35,75). Araştırmalar doğumhanelerde elektronik fetal monitorizasyon, IV hidrasyon, amniotomi, sık vajinal muayene, mesane katerizasyonu, epizyotomi, doğum indüksiyonu gibi girişimlerin yaygın olarak kullanıldığını bildirilmektedir. Etki ve yan etkileri halen tartışılan ve pek çoğu anneler tarafından rahatsız edici olarak algılanan bu uygulamaların, annelerin psikolojisi ve konforları dikkate alınarak, ihtiyaca yönelik olarak sınırlandırılması gerektiği düşünülmektedir.

Annelere göre yaşadıkları doğumun olumlu / olumsuz yönleri incelendiğinde; her iki grup arasında anlamlı derecede istatistiksel fark olduğu görülmüştür ($P<0.05$), (Tablo 22). Çalışmada deney ve kontrol grubu annelerin sağlık personelinden destek görmeyi ve eğitim almayı olumlu bir yaklaşım olarak gördüğü ve yapılan değerlendirmede deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($P<0.05$). Bu durum sıcak uygulama yapılan annelerin kendileri ile daha çok ilgilenildiğini düşünmeleri ve uygulamanın annelerde yarattığı pozitif etkiye bağlanmaktadır. Hofmeyr et al (1991) doğum sırasında sadece destekleyici ve

rahatlatıcı yöntemleri uygulayan sağlık profesyoneli olmayan kişilerin verdiği destekleyici ve rahatlatıcı bakım çalışmasının sonunda, annelerin analjezik ihtiyaçlarının azaldığını, anksiyetelerinin azaldığını, ağrı ile başa edebilme becerilerinin arttığını bildirmiştir (46). Kızılkaya (1997) kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik bakımını değerlendirdiği çalışmada, annelerin en çok kendilerine saygılı davranılmasından, bir birey olarak bakım aldıklarını hissettirilmesinden, gevşeme ve nefes alma teknikleri hakkında eğitim verilmesinden memnun kaldıklarını bildirmiştir (59). Çalışmada deney grubunda dikişsiz doğum yapmaktan ve doğumun sorunsuz ve kısa sürmesinden memnun olan annelerin sayısının fazla bulunmasına rağmen istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$). Bu durum deney grubu annelerde, intakt perine oranını fazla olması nedeniyle daha az sütürasyon yapılmasına ayrıca her iki grubu oluşturan annelerin multipar olmaları nedeniyle eylemin önceki doğumdan daha kısa sürede tamamlanması ve tüm doğumların epizyotomi dışında müdahalesiz gerçekleşmiş olmasına bağlanmaktadır. Çalışmada kontrol grubu annelerin doğumda ağrı ve sancı yaşamayı daha çok olumsuzluk olarak ifade ettikleri ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($P< 0.05$). Bu durum doğumda desteklenmeyen annelerin doğum ağrısından daha çok etkilendiklerini ayrıca deney grubuna uygulanan sıcak uygulamanın ağrı üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Çalışmada kontrol grubu annelerin doğum sonrası perine tamiri için yapılan sütürasyonundan deney grubuna oranla daha çok rahatsızlık duyduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($P< 0,05$). Her iki grup gebeye doğumda perine tamiri uygulanmış olmasına rağmen deney grubu annelerin perine tamirinden daha az şikâyetçi olması; deney grubu annelerde intakt perine oranının yüksek olması nedeniyle daha az sütürasyon uygulanmasına ve annelerin doğumdan duydukları memnuniyete bağlanmaktadır. Çalışmamızda deney grubu annelerin yaşadıkları doğum eylemine ilişkin daha çok memnuniyet kontrol grubunun ise daha çok olumsuzluk dile getirdiği görülmektedir. Elde edilen bu bulguların ışığında deney grubunda kullanılan perineal sıcak uygulamanın doğum ve doğum sonrası dönemde anne memnuniyetini olumlu yönde etkilediği buna paralel olarak annelerin yaşadıkları doğumdan daha fazla mutluluk ve doyum almalarının sağlandığı düşünülmektedir.

8- SONUÇ ve ÖNERİLER

- Çalışmada her iki grubun sosyodemografik özelliklerinin benzer olduğu ayrıca annelerin düşük sosyo ekonomik ve kültürel yapıya sahip oldukları ve aile planlaması hizmetlerinden etkin olarak yararlanamadıkları belirlenmiştir (Tablo 1,2 ve 3).
- Çalışmada sosyo ekonomik seviyesi oldukça düşük olan annelerin çoğunlukla prenatal bakım hizmetlerinden yararlandığı buna karşılık bu hizmetlerden yararlanamayan annelerin de olduğu ve bu annelerin bakım gereksinimlerinin daha fazla olduğu düşünülmüştür (Tablo 4).
- Çalışmada önceki doğumların tamamının hastanede ve çoğunlukla doktorlar tarafından yaptırıldığı ayrıca epizyotomi oranlarının yüksek olduğu, annelerin tamamına yakınının ilk doğumdan sonra erken ve geç postpartum dönemde epizyotomiye bağlı sorunlar yaşadığı, hastanede ve evde doğum dikişlerine yönelik bakım aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5,6, 7).
- Çalışmada annelerin çoğunlukla epizyotomi hakkında bilgi sahibi olduğu ve epizyotomi uygulamasının bir gereksinim değil iş kolaylaştırıcı bir uygulama olarak algıladıkları görülmüştür. Ayrıca çalışmanın yapıldığı doğumhanede doğumu hızlandırıcı etkileri olan lavman, oksitosin indiksiyonu ve amniotomi girişimlerinin yüksek oranda uygulandığı ve annelerin bu uygulamalar ile epizyotomiden rahatsızlık duydukları, sevmedikleri belirlenmiştir (Tablo 8, 9 ve 22).
- Çalışmada epizyotomiden kaçınılmasına rağmen; kontrol grubunun epizyotomiye ihtiyaç duyması, deney grubunda ise epizyotomi ihtiyacının gelişmemesi buna karşılık ortaya çıkan spontan yırtıkların 1° olması ve yırtık oranlarının kontrol grubu ile benzer olması; perineal sıcak uygulamanın perine bütünlüğünü 3° ve 4° travmalara karşı koruduğunu düşündürmektedir. (Tablo 11).

- Çalışmada deney grubu annelerin yaşadığı perineal ve genel ağrı (VAS) ortalaması ile perine bölgesinde ağrı ifade etme oranlarının kontrol grubuna göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuçlara dayanarak perineal sıcak uygulamanın perineal ve genel doğum ağrısını azalttığı düşünülmüştür (Tablo 16, 17).
- Çalışmada multipar annelerde sıcak uygulamaya geçiş fazının erken döneminde başlanmasının ve sıcak uygulama süresinin ideal üst sınırdan tutulmasının perineal ağrının azaltılmasında daha da etkili olacağını göstermiştir (Tablo 18).
- Çalışmada deney ve kontrol grubu anneler başlangıçta benzer şekilde doğum korkusu ifade etmelerine rağmen deney grubu, doğum eylemini kontrol grubuna oranla çok olumlu ve kabul edilebilir görmüştür. Ayrıca bu grup annelerin büyük çoğunluğunun kontrol grubuna oranla beklediğinden az ağrı yaşadığı belirlenmiştir. Deney grubu lehine olan bu farkın sıcak uygulamadan kaynaklandığı düşünülmüştür (Tablo 20).
- Çalışmada annelerin sıcak uygulamayı kendileri için hazırlanmış bir çeşit bakım olarak algıladıkları, sıcak uygulamadan memnun kaldıkları, bir daha doğum yapmaları durumunda kendilerine sıcak uygulama yapılmasını istedikleri belirlenmiştir (Tablo 21).

ÖNERİLER

- Perineal sıcak uygulamanın annelerde ağrıyı azaltması, perineyi 3° ve 4° travmalara karşı koruması ve doğum eyleminden duyulan memnuniyeti arttırması nedeniyle doğumhanelerde kullanılabileceği,
- Doğumhanelerde yüksek oranlarda uygulanan buna karşılık anneler tarafından benimsenmeyen girişimlerin (lavman, amniotomi, oksitosin indikasyonu, rutin epizyotomi vb.) ikinci doğumunu yapacak annelerde tıbbi endikasyon gerekmedikçe uygulanmaması gerektiği ve bu annelerin mümkün olduğunca doğal doğum seyrine bırakılmasının uygun olacağı,
- İkinci doğumunu gerçekleştiriyor olmasına rağmen, annelerin doğumdan korkmaları ve desteğe ihtiyaç duymaları; parite farkı olmaksızın annelerin doğum öncesinden başlanarak doğumhane süreci de dahil olmak üzere desteklenmesi gerektiği,
- Doğum ünitelerinde çalışan sağlık profesyonellerinin doğum ağrısı, nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri ile doğumda perine bütünlüğünü korumaya yönelik teknikler hakkında bilgilerinin arttırılması,
- Kullanım kolaylığı açısından sağlık ekibine zaman kazandıran ve anne açısından konforlu olduğu düşünülen perineal sıcak paketlerin ülkemizde etkinlik ve güvenilirlik çalışmaları yapıldıktan sonra kullanılması gerektiği,
- Mümkün olabildiğince doğal doğum seyrine bırakılmış farklı parite ve sosyoekonomik özellikler taşıyan anneler üzerinde benzer çalışmaların yapılması gerektiği önerilmektedir.

EKLER

Ek.1. Anne Adayını Bilgilendirme ve Onam Formu

Proje Adı: Normal vajinal doğumlarda perineye sıcak kompres uygulamanın perine bütünlüğüne ve ağrıya etkisi

Doğum anne ve aile için mutluluk veren fizyolojik bir süreçtir. Buna karşılık doğumda yaşanan ağrı ve genital bölge yaralanmaları anne sağlığını olumsuz yönde etkilemekte doğum eyleminden duyulan doyum azaltmaktadır. Bu bağlamda çalışmamız, annelerin doğum ağrısını ve genital bölge yaralanmalarını azaltmak amacıyla tıbbi kaynaklarda önerilen perineal sıcak uygulamanın etkinliğini belirlemek amacıyla düzenlenmiştir. Sizde bu çalışmaya katılarak ileride doğum yapacak annelerin sağlığına olumlu yönde katkıda bulunmuş olacaksınız. Çalışmada doğumun başında ve sonunda olmak üzere 2 adet anket formu uygulanacaktır. Sıcak uygulamaya ise doğum masasına alındıktan sonra başlanıp doğum gerçekleşinceye kadar devam edilecektir. Bu çalışma karşılığı sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Siz bu çalışmaya katılma ya da katılmama veya istediğiniz zaman çalışmayı bırakma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılmamış olmanız çalışmaya katılan diğer annelerden farklı muamele görmenize neden olmayacaktır. İlgi ve katkılarınız için teşekkür ederim.

Rojjin MAMUK

Yukarıda sözü geçen araştırmanın; amacı, süresi, uygulanacak yöntemler, yararları, zararları konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

ARAŞTIRMACI

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

ANNE ADAYI

Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK. 2. Anne Adayı Tanıtıcı Bilgi Formu

- 1- Araştırmada yer aldığı grup: ☐ Deney ☐ Kontrol
- 2- Yaş: ☐ 21 ve altı ☐ 22- 29 ☐ 30 ve üzeri
- 3- Eğitim Durumu: ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ lise ve üzeri
- 4- Meşgul olduğu iş : ☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Diğer
- 5- Sosyal güvencesi : ☐ Var:..... ☐ Yok
- 6- Gebelik Sayısı:.....
- 7- Kürtj sayısı / Tarih:.....
- 8- Düşük sayısı / Tarih:.....
- 9- Doğum sayısı:.....
- 10- İki doğum arasındaki süre (ay olarak) :
- 11- İlk doğumu yaptıran kişinin mesleği: ☐ Doktor ☐ Ebe
- 12- İlk doğumda epizyotomi uygulaması : ☐ Var ☐ Yok
- 13- İlk doğumda spontan perine yırtık tamiri: ☐ Var ☐ Yok
- 14- İlk bebeğin doğum ağırlığı:.....
- 15- İlk doğumdan sonra doğum dikişlerine bağlı sorun yaşadınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 16- Evet ise, sorun:.....
- 17- Hastanede doğum dikişlerine yönelik bakım aldınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 18- Evet ise ne olduğu:.....
- 19- Evde doğum dikişlerine yönelik bakım uyguladınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 20- Evet ise ne olduğu:.....
- 21- İlk doğumdan sonra gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı?
☐ Evet ☐ Hayır
- 22- Evet ise ne olduğu:.....
- 23- Bu bebeğe isteyerek mi gebe kaldınız?
☐ Evet ☐ Hayır
- 24- Bu gebeliğinizde doğum öncesi kontrollere gittiniz mi?
☐ Evet ☐ Hayır

- 25- Kaç kez:.....
- 26- Bu doğuma ilişkin beklentileriniz nelerdir?
() Zor doğum bekliyorum () Normal doğum bekliyorum () Kolay doğum
- 27- Epizyotomi işlemi hakkında bilginiz var mı?
() Var () Yok
- 28- Evet ise ne olduğu:.....
- 29- Bu doğumun dikişli veya dikişsiz gerçekleşmesi sizin için fark eder mi?
() Evet () Hayır
- 30- Cevap evet ise nedeni:.....
- 31- Mevcut gebelik haftası:.....
- 32- USG fetal ağırlık ölçümü:.....

EK. 3. Doğum Eylemi İzlem Formu

- 1- Lavman : () Uygulandı () Uygulanmadı
- 2- İndüksiyon : () Uygulandı () Uygulanmadı
- 3- Amniyotomi: () Uygulandı () Uygulanmadı
- 4- Sıcak uygulamaya başlangıç zamanı:
- 5- Sıcak uygulamaya başlandığında servikal dilatasyon değeri: () 7cm () 8cm
- 6- Uygulama süresince anne adayının durumu:
() Rahat / komplikasyon yok () Rahatsız / komplikasyon var:.....
- 7- sıcak uygulama bitiş zamanı ve nedeni:
- 8-Toplam sıcak uygulama süresi:
- 9- İkinci devrenin süresi (dakika olarak) :
- 10- Doğum sonu perine bütünlüğünün durumu:
() İntakt perine () Spontan yırtık () Epizyotomi / epizyotomi + Spontan yırtık
- 11- Epizyotomi + spontan yırtık gelişenlerde yırtığın yer ve derecesi:
.....
.....
- 12- Epizyotomi uygulanmadan kendiliğinden gelişen yırtıkların yer ve derecesi:
.....
.....
.....
.....
- 13- Yenidoğan doğum ağırlığı:
- 14- Yenidoğan baş çevrei:
- 15- 1.Dakika apgar skoru:

EK. 4. Doğum Sonrası Görüşme Formu

1. Bu doğuma ilişkin düşünceleriniz nelerdir?
() Zor bir doğumdu () Normal bir doğumdu () Kolay bir doğumdu
2. Doğumda yaşadıklarınızı olumlu / olumsuz yönleri ile anlatır mısınız?
.....
.....
3. Doğumda yaşadığınız ağrı önceden beklediğiniz ağrıdan farklı mıydı?
() Beklediğimden az ağrı yaşadım
() Beklediğimden çok ağrı yaşadım
() Beklediğim ağrıları yaşadım
4. Doğumda sizi rahatlatan herhangi bir uygulama yapıldı mı?
() Evet () Hayır
5. Cevap evet ise ne yapıldı?:.....
6. Yapılan uygulama rahatlamanızda etkili oldu mu?
() Çok yararlı oldu
() Kısmen yararlı oldu
() Yararlı olmadı
7. Yapılan uygulamanın tekrar doğum yapmanız durumunda yapılmasını ister miydiniz?
() Evet () Hayır
8. Doğumda sizi rahatsız eden herhangi bir tıbbi uygulama yaşadınız mı?
() Evet () Hayır
9. Evet ise ne olduğu:.....
10. Tekrar doğum yaparsanız doğumda uygulanan işlemlerden hangisinin uygulanmasını veya uygulanmamasını isterdiniz?
.....
.....
11. Doğumda yaşadığınız ağrının yerini ve şeklini anlatır mısınız?
.....
12. Perineal ağrı puanı (VAS):
13. Genel doğum ağrı puanı (VAS):

EK. 5

Visüel Analog Skala

Ağrının şiddetini değerlendirmede kullanılan VAS 10 cm uzunluğunda yatay ya da dikey ‘ 0 ’ ile başlayıp ‘10’ile biten bir hattır. Annelere yaşadıkları ağrıyı 0 ile 10 arasında hangi rakamla ifade edebileceği sorulmaktadır.

	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1
	0

10. KAYNAKLAR

1. Akyüz A, Kaya T, Şenel N.(2007). Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5).331–335.
2. Akı S, Cihan A, Aydın R, Beker E, Diniz F.: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Ed: Diniz f, Ketenci A,Tayf Ofset, İstanbul, 2000.
3. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels MS, Hunter C, Sedler DK. (1996). Factors Related to Perineal Trauma İn Childbirth. *Journal Of Nurse – Midwifery*, 41 (4): 269–276.
4. Albers LL. (2003). Raducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 48 (2): 105–110.
5. Albers LL, Sedler DK, Bedricik JE, Teaf D, Peralta P. (2005). Midwifery Care Measures İn The Second Stage of Labor And Reduction of Genital Tract Trauma at Birth: A Randomized Trial. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 50 (5): 365–372.
6. Anderson FWJ, Johnson CT. (2005). Complementary and alternative medicine in obstetrics. *İnternational Journal Of Gynecology And Obstetrics*, Sayı: 91, s:116–124.
7. Arısan K.: Propedötik Kadın Doğum. Nobel Tıp Kitabevleri, İsatanbul, 1997.
8. Arslan H, Potur DC, Bilgin NÇ. (2004). Postpartum disparoni gelişimini etkileyen faktörler. *Androloji Bülteni*, Sayı: 18, s: 266–268.
9. Arslan S, Çelebioğlu A. (2004). Postoperatif ağrı yönetimi ve alternatif uygulamalar. *İnsan Bilimleri Dergisi*, ISSN:1303–5134, [Elektronik Dergi]
10. Aslan EF.(2002). Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(1): 9–16.
11. Aslantekin F, Göktaş B, Yazıcı G, Karadağ N, Orman H. (2007). Prenatal Bakımın Önemi Ve Ülkemizde Prenatal Bakım Düzeyi. 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s: 29–30
12. Ateşer G, Nurullahoğlu N, Özyurt R, Calay Ö, Akbayır Ö, Ark C, Özen S. (2004). Artifişyel amniotominin doğum eylemine etkisi. *İstanbul Tıp Dergisi*, 2: 16–20

13. Aydemir N, Gülseren D. (2007). Vajinal Doğum Ağrılarının Azaltılmasına Yönelik Ebelik Bakım Uygulamaları. 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s: 32–33.
14. Balaskas J.: New Active Birth. London, 1991.
15. Berkiten A.: Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005 (Danışman: Prof. Dr. N. Kömürcü) .
16. Beyazova M, Kutsal YG.: Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon. Güneş Kitabevi, Ankara, 2000.
17. Bramadat IJ, Driedger M.(1993). Satisfaction with childbirth. Theories and methods of measurement. Birth, 21 (1)
18. Brown TS, Douglas C, Flood PL.(2001). Women’s Evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal Of Perinatal Education*, vol.10 no.3:1–8.
19. Bruddom LR.: Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon El Kitabı. Çev. Ed: Arasıl T., Güneş Kitabevi, Ankara, 2005.
20. Carulli G, Belizan J.(2000). Episiotomy for vaginal birth. (Cochrane Review). IN: The Cochrane library, issue 4,
21. Coşkun A.: Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. T.C. Anadolu Ü Yayınları, Eskişehir, 1992.
22. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gilstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK.: Williams Doğum Bilgisi. 21. Baskı, 1. Cilt, Çeviri; Akman AC. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2005.
23. Dahlen GH, Homer CSE, Cooke M, Upton A M, Nunn RA, Brodrick BS. (2007 a). Soothing the ring of fire’: Australian women's and midwives’ experiences of using perineal warm packs in the second stage of labour. *Midwifery*,
24. Dahlen GH, Ryan M, Homer CSE, Cooke M.(2007 b). An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth, *Midwifery*,23: 196–123
25. Davis E.: A Midwife’s Guide to Pregnancy and Birth: Heart & Hands, California, 2004,

26. Demir A.: Servikal Olgunlaşma Ve Doğumun Uyarılması Amacıyla Dinoprostol (PGE₂) Uygulamasında Erken Ve Geç Dönem Oksitosin Kullanımının Karşılaştırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı Taksim İlk Yardım Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006 (Danışman: Op. Dr.YT Ayanoglu).
27. Demirci N, Gürkan Ö, Arslan H, Ekşi Z.(2005). Oksitosin uygulamalarında hekim, ebe ve hemşirelerin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, cilt13, sayı 3.129–137.
28. Dinç AA.: Üriner İnkontinans Şikayeti Olan Gebelerde Gebelik Ve Postpartum Dönemde Uygulanan Pelvik Taban Kas Egzersizlerinin Bu Şikayetin Giderilmesindeki Etkinliği, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Doç. Dr.Beji NK) .
29. Duran HE, Eroğlu D, Sandıkçı N, Lembet A, Bağış T, Zeyneloğlu BH.(2002). Normal doğumlarda rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği üzerine bir prospektif randomize çalışma. *T Klin Jineköl Obst*, 12 (1): 16–19.
30. Edirne S.: Ağrı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2007.
31. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, at al.: A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3rd ed, Oxford University Press, 2000.
32. Ertem G, Sevil Ü. (2007). Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 4 (2): 1–13. [Elektronik Dergi]
33. Ersanlı C.: İndiksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Prof. Dr. N. Kömürcü) .
34. Eryılmaz HY.: Doğum sonu hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ölçek geliştirilmesi ve uygulanan bakım yönteminin (Pathway) etkilerinin belirlenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 1999 (Danışman: Prof. Dr. H Aslan)
35. Evans S, Jeffrey J.(1995). Maternal Learning needs during labor and delivery. *JOGNN*, 24 (3): 235–240.
36. Ellies JR, Nowlis EA, Bentz pm.: Models For Basic Nursing Skills, Lippincott Company,1992

37. Gençalp SN.: Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 1998 (Danışman: Prof. Dr. G. Kubilay).
38. Gülbayzar S.: Yenidoğan Bebeklerde Kord Kanında (Oksidatif Sters Göstergesi Olarak) Malondialdehit, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006, (Danışman: Dr. S Hatipoğlu).
39. Green JM, Coupland VA, Kitzinger JV.(1990). Experiences, experiences and psychological outcomes of childbirth: A prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1): 15–24
40. Green JM. (1993). Expectations and experiences of pain in labor: Findings from a large prospective study. *Birth*, 20(2): 65–72
41. Hallgreen A, Kihlgren M, Norberg A, Forslin L. (1995). Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*, 11(3): 13–137.
42. Hobbs L.: The Best Labor Possible. Book for Midwives An Imprint of Elsevier Science Limited, Edinburgh, 2001,
43. Hodnett ED, Tropea DAS.(1987). A labour agency scale psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Research in Nursing & Health*, 10(5):301–310
44. Hodnett ED, Osborn RW.(1989). A randomised trial of effects of monitrice support during labor: Mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth*, 16 (4): 177–183.
45. Hodnett ED.(1996). A randomised trial of effects of monitrice support during labor: Mothers' views two to four weeks postpartum. *Birth*, 16 (4): 177–183.
46. Hofmeyr j, Nikodem CV, et al .(1991). Companionship to modify the clinical birth environment. Effects on progress and perceptions of labor and breastfeeding. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 98 (8): 756–764
47. Hut F.: 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, 2005, (Danışman: Prof. Dr. M Yayla).
48. Kadanalı S, Önvural A, Erten O. (1994). Doğum kilosunu etkileyen faktörler. *Perinetoloji Dergisi*,2: 89–93.
 49. Kara H, Abay E.(2000) Kronik ağrıya psikiyatrik yaklaşım. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 1(2):89–99
 50. Karaca NS.: Normal Spontan Doğum Yapan Kadınlarda Doğumun Üçüncü Evresinde Umbilikal Venden Oksitosin Uygulamasının Doğum Sonrası İlk 6 Saatlik Döneme Etkileri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Prof. Dr. H Arslan) .
 51. Karaçam Z. (2001). Doğum sırasında kullanılan pozisyonların anne ve bebek sağlığına etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(2): 56–62.
 52. Karaçam Z, Eroğlu K. (2003). Effects of episiotomy on bonding and mother's health. *J Adv Nur*, 43(4): 384–394.
 53. Karaçam Z, Eray B, Kılınç S. (2007). Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel sorunlara etkisi. 1.Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s: 17
 54. Karahan N.: Travayda Lavman Uygulamasının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2004 (Danışman: Doç. Dr. N Demirci)
 55. Karagözoğlu ŞA. (2001). İntravenöz Sıvı Tedavisi Komplikasyonu Plarak Gelişen Trombofilebitte Hemşirelik Bakımı Ve Sıcak- soğuk Uygulamanın Yeri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5(1): 18–25.
 56. Karakaplan S.: Doğum şeklinin Annelerin Doğum Sonu Konforuna Ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2007 (Danışman: Yar.Doç. Dr. HY Eryılmaz) .
 57. Kaya F, Serin Ö, Genç A.(2007). Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları ve bakımın niteliğinin değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s:60.
 58. Kayhan Z.: Klinik Anestezi. Logos Yayıncılık, İstanbul, 2004.
 59. Kızılkaya N. (1997). Kadınların doğumdaki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri. *Perinetoloji Dergisi*, 5(3–4): 113- 116

60. King Em, Wieck L, Dyer M.: Hemşirelik Teknikleri El Kitabı.. Çev. Ed: Babadağ K, Sabuncu N, Tandal G., Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul, 1981.
61. Klingner JM, Solberg LI, Schumacher SK, Carlson RR, Huss KL.(1999). How satisfied are mothers with 1-day hospital stays for routine delivery. *Effective Clinical Practice*, 2 (6): 253–257.
62. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein CM, Ratcliffe S. (2003). The nature and management of labor pain: Part I. Nonpharmacologic pain relief. *American Family Physician*, 68(9): 1109- 1112.
63. Ling EF, Duff P.: Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler. Çev. Ed: Ceylan Y., Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2006.
64. Maternal And Newborn Health/ Safe Motherhood Division of Reproductive Health World Health Organization. Care In Normal Birth: a Practical Guide, Geneva.
65. Maier SJ, Maloni AJ. (1997). Nurse Advocacy for Selective Versus Routine Episiotomy. *JOGNN*, 26 (2) : 156- 159.
66. McCandlish R.(2001). Perineal Trauma. And Treatment. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46 (6): 396- 398.
67. Merih YD, Yılmaz T, Tunuş S. (2007). Erken postpartum dönemdeki kadınların değişikliklerini ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s:42.
68. Mucuk S.: Annelerin Doğum Sonu Bakıma Yönelik Beklentileri ve Annelere Göre Bu Beklentilerin Hemşireler Tarafından Karşılama Durumu, C. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2001 (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Güler)
69. Musgrove H. (1999). Perineal preservation and heat application during second stage of labor. *Midwifery Today E- News*, 1(33)
70. Oğuz H, Dursun E, Dursun N.: Tıbbi Rehabilitasyon. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2004.
71. Özdemir İA.: Termde Makat Prezantasyonla Doğan Bebeklerde, Doğum Şeklinin Perinatal Sonuçlara Etkisi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Kadın Hastalıkları - Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2006, (Danışman: Dr. A Güllük)

72. Özkan S, Sevil Ü.(2007). Doğum sonrası fonksiyonel durum envanterinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(3): 199–208.
73. Özyuvacı E. (2007). Doğum ağrısı mekanizma ve kontrolünde güncel yaklaşımlar, *Klinik Gelişim*, 20(3): 46–52
74. Pernol LM, Pernol B.: Obstetri Ve Jinekoloji El Kitabı . Çev. Ed: Ayhan A, Bozdağ G., Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
75. Roberts j, Wolley D.(1996). Asecond look at the second stage of labor. *JOGNN*, 25(5): 415–423.
76. Roberts CL, Raynes-Greenow CH, Nassar N, Trevena L.(2004). Protocol for a randomised controlled trial of a decision aid for the management of pain in labor and childbirth, *BMC Pregnancy and Childbirth*.4 (24):1–9
77. Rochelle LTM, Albers L, Teaf D. (1995). Perineal Outcomes And Nurse-Midwifery Management. *Journal Of Nurse – Midwifery*, 41 (4): 269–276
78. Sabuncu N, Babadağ K, Taşocak G, Atabek G.: Hemşirelik Esasları. Ed: Seçim H., T.C. Anadolu Ü Yayınları, Eskişehir, 1996.
79. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S. (2007). Eskişehir il merkezinde perineal travma sıklığı ve kadın sağlığına etkileri. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitapçığı, s: 283
80. Sengir O.: Fizik Tedavi Kitabı. İsatnbul Üniversitesi İsatnbul Tıp Fakültesi Yayınları, Bayrak Matbaacılık, İstanbul, 1989.
81. Simkin P, Boldig A. (2004). Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering, *j. Midwifery Womens Health*, 49(6) 489–504
82. Simkin P. (2007). Comfort in labor. (www. childbirthconnection. org. Erişim Tarihi: 10 Ekim 2007)
83. Sleep J, at al. (1984). West berkshire perineal management trial. *BMJ*, 289: 587–590
84. Stamp GE.(1997). Care of the perineum in the second stage of labour: a study of views and practices of Australian midwives, *Midwifery*, 13: 100–104.
85. 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
86. Şahin HN, Yılmaz S. (2007). Perinatal Bakımda Optimalite, 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s:19

87. Şenvelli S, Özkan A, Yıldırım M, Yavşan E, Yapsu G. (2007). Kadınların Vajinal Muayeneye Karşı Tutumlarının İncelenmesi. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitaplığı, s: 318
88. Taşçı E, Sevil Ü.(2007). Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. *Genel Tıp Dergisi*, 17(3): 181- 186.
89. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A.(2006). Doğum sonrası depresyonu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, cilt1 sayı 2:105–118.
90. Taşdemir S, Sergek EV, Kaplan S.(2007). Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının İncelenmesi. 1. Ulusal Ebelik Kongre Özet Kitabı, s:79.
91. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VI. Baskı, S. 200–250, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
92. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2005). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (No:2-B) Ankara,
93. Tekin N.(1998). İnnatal dönem ve hemşirelik bakım, II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kurs Kitabı, Antalya,
94. Tournaire M, Theau-Yonneau A.(2007). Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *eCAM*, 15: 1-9.
95. Turan MC. (2003). Nitelikli doğum ve doğum sonu hizmetleri. II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı, s: 36–38
96. Turan MJ, Nalbant H, Ortaylı N, Bulut A.(2003).Gebelik ve doğum hizmetlerinin niteliğini değerlendirme. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25 (4): 95–100.
97. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, Ekim, 2004.
98. Tüzün F, Eryavuz M, Sarı H, Akırmak Ü, Koyuncu H, ve ark.: Yüzeyel Isıtıcılar Ed: Sarı H, Tüzün Ş, Akgün K, Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2002.s:43-49.
99. Üstünsöz A.: Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak Ve Soğuk Uygulamaların Etkisi, GATA. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1996 (Danışman: Prof. Dr. N. İnanc)
100. Waldenström U, Nisson C.A. (1993). Women's satisfaction with birth center care: A randomised controlled study. *Birth*, 20 (1): 3–13

101. Wolley RJ.(1995). Benefits and risks of episiotomy: A review of the english-language literature since 1980. Part II, *Obstet Gynecol Sur*, 50(11): 806–835
102. Yıldırım G.: Doğum Eyleminde Uygulanan Solunum Ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısına Etkisi, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2001, (Danışman: Doç. Dr. NH Şahin)
103. Yıldırım G, Şahin N. (2003a). Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(1): 14-20.
104. Yıldırım G, Şahin N. (2003 b). Doğum ağrısının değerlendirilmesi ve kontrolü. *İ. Ü. F N. H. Y. O Hemşirelik Dergisi*, 13(51):101–113.
105. Yıldırım G.: Doğum Eyleminde Uygulanan İkinme Tekniğinin Anne Ve Fetüs Üzerindeki Etkileri, İ.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2005 (Danışman: Doç. Dr. NK Beji) .
106. Yıldırım G.(2006). Doğum eyleminde uygulanan ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):49–56.
107. Yıldız NK.: İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi, M.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003 (Danışman:Yar. Doç. Dr. NS Gençalp) .
108. Yiğit F, Ekşi Z, Gürkan ÖC, Arslan H. (2005). İntrapartum dönemde primipar kadınların yaşadıkları deneyimlerin kalitatif olarak incelenmesi, *Aile ve Toplum Dergisi*, 8(2): 37–42 [Elektronik Dergi]

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Rojjin	Soyadı	MAMUK
Doğum Yeri	Tatvan	Doğum Tarihi	15.08.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	251683394266
E-mail	rojinmamuk@mynet.com	Tel	0212- 634 31 69

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İstanbul Üniversitesi Bakırköy Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü (Bölüm Birinciliği)	2004
Lise	Bitlis Sağlık Meslek Lisesi Hemşirelik Bölümü	1995

İş Deneyimi

	Görevi	1.1.1. Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi	2000 -
2.	Hemşire	Bingöl Devlet Hastanesi	1998 - 2000
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	orta	orta	orta

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

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	48	51	57
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Word	İyi
Excell	Orta
Power point	İyi

12. ETİK KURUL ONAYI

S.B. ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ETİK KURULU
ETHICS COMMITTEE OF ŞİŞLİ ETFAL TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL,
Şişli, İSTANBUL-TÜRKİYE

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	PROTOKOL ADI	Vajinal Doğumun ikinci aşamasında nemli sıcak kompres uygulamasının perine korumadaki etkinliği				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI/ADI	Yrd.Doç.Dr.Nimet Sevgi Gençalp				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı				
	DESTEKLEYİCİ FİRMA					
DEĞERLENDİRİLEN İLGİLİ BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No./ Tarihi			Dili	
	PROTOKOL				Türkçe	
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ	-			Türkçe	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU				Türkçe	
	OLGU RAPOR FORMU	-			Türkçe	
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALAR KILAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No : 44 Tarih : 08.05.2006					
	Hastanemiz Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı tarafından Kurulumuzdan 08.05.2006 tarih ve 44 sayılı onaylı " Vajinal Doğumun ikinci aşamasında nemli sıcak kompres uygulamasının perine korumadaki etkinliği " adlı çalışmaya ilişkin başvuru dosyaları incelenerek bilgi edinilmiş ve değerlendirilerek uygunluğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Ünvanı / Adı / Soyadı EK Üyeliği	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsi yeti E/K	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ünal Kuzgun Başkan	Ortopedi	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ortopedi Kliniği	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof. Dr. Erbil Ergenekon Üye	Üroloji	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Op. Dr. Nimet Göker Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Bio. Uzm. Dr. Nezaket Eren Üye	Biyokimya	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Ana Bilim Dalı	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Doç. Dr. Fevziye Kabukçuoğlu Üye	Patoloji	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Ana Bilim Dalı	K	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Prof.Dr.Yağız Üresin Üye	Klinik Farmakolog	İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji ABD	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	
Ecz.Songül Yılmaz Üye	Eczane	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eczanesi	K	☐ E ☐ H	☐ E ☐ H	
Doç.Dr.Feyzullah Çetinkaya Üye	Çocuk	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3.Çocuk Kliniği	E	☐ E ☒ H	☒ E ☐ H	

Araştırma ile İlişki
Toplantıda Bulunma