



**DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN
AĞRI, STRES VE KORTİZOLÜN EMZİRME
BAŞARISINA ETKİSİ**

Özge KARAKOYUNLU
Ebelik Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Yüksek Lisans Tezi– 2018

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

**DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN AĞRI, STRES VE
KORTİZOLÜN EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ**

Özge KARAKOYUNLU

**Ebelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Serap EJDİR APAY**

**ERZURUM
2018**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

**DOĞUM EYLEMİNDE YAŞANAN AĞRI ,STRES VE
KORTİZOLÜN EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ**

Özge KARAKOYUNLU

Tez Savunma Tarihi : 21.09.2018

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Serap EJDER APAY (Atatürk Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Ayşenur AKSOY (Sağlık Bilimleri Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayla ÇAPIK (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM- 2018**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	V
ÖZET	VI
ABSTRACT	VII
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VIII
ŞEKİLLER DİZİNİ	IX
TABLOLAR DİZİNİ	X
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Eylemi	5
2.1.1. Tanımı	5
2.1.2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri	5
2.1.2.1. Hafifleme	5
2.1.2.2. Nişane	5
2.1.2.3. Silinme	5
2.1.2.4. Dilatasyon	5
2.1.2.5. Membranların Açılması	6
2.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri	6
2.1.3.1. Doğumun Birinci Evresi (Dilatasyon)	6
2.1.3.2. Doğumun İkinci Evresi (Ekspulsiyon)	7
2.1.3.3. Doğumun Üçüncü Evresi	8
2.1.3.4. Doğumun Dördüncü Evresi	9
2.1.4. Doğum Eylemi Sırasında Başın Yaptığı Kardinal Hareketler	9
2.1.4.1. Angajman (Yerleşme).....	9
2.1.4.2. Descensus (İniş).....	10

2.1.4.3. Fleksiyon.....	10
2.1.4.4. İnternal Rotasyon (İç Rotasyon)	10
2.1.4.5. Defleksiyon (Ekstansiyon).....	11
2.1.4.6. Eksternal Rotasyon (Dış Rotasyon)	11
2.1.4.7. Ekspulsiyon (Atılma).....	11
2.1.5. Türkiye’de Normal Doğum	11
2.1.6. Normal Doğumda Ebenin Rolü	13
2.2. Doğum Ağrısı ve Stres.....	15
2.2.1. Doğum Ağrısı	15
2.2.1.1. Doğum Ağrısının Özellikleri	16
2.2.1.2. Doğum Eyleminin Evrelerine Göre Ağrı.....	17
2.2.1.3. Doğum Ağrısının Psikolojik Yönleri ve Ağrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktörler.....	17
2.2.1.4. Doğum Ağrısının Maternal-Uterin ve Fetal Etkileri.....	19
2.2.1.5. Doğum Ağrısına Ebelik Yaklaşımı	22
2.2.2. Stres	22
2.2.2.1. Stres Kaynakları.....	23
2.2.2.2. Stresin Doğum Süreci ve Doğum Eylemine Etkisi.....	23
2.2.3. Doğum Ağrısının Stres İle İlişkisi	24
2.2.4. Doğumdaki Strese Ebelik Yaklaşımı	25
2.3. Emzirme.....	26
2.3.1. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması	26
2.3.2. Süt Üretiminin Başlaması ve Sürdürülmesi	26
2.3.3. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler	27
2.3.4. Türkiye’de Emzirme Durumu.....	28

2.3.5. Ebenin Emzirmedeki Rolü.....	29
2.4. Kortizol	31
2.4.1. Kortizolün Yapısı.....	31
2.4.2. Kortizolün Etkileri	31
2.4.3. Tükürük Kortizolü	31
2.4.4. Kortizolün Sirkadiyen Ritmi.....	32
2.4.5. Gebelik ve Kortizol.....	32
2.4.6. Kortizolün Laktasyon İle İlişkisi	33
2.4.7. Kortizolün Doğum Ağrısı İle İlişkisi	34
3. MATERYAL VE METOT.....	36
3.1. Araştırmanın Türü.....	36
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	36
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	37
3.4. Verilerin Toplanması	38
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi	44
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	44
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	45
4. BULGULAR.....	46
5. TARTIŞMA.....	53
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKLAR	62
EKLER	76
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	76
EK-2. ANKET FORMU-I	77
EK-3. VİZÜEL ANALOG SKALA (VAS).....	81

EK-4. SÖZEL KATEGORİ ÖLÇEĞİ (SKÖ).....	82
EK-5. EMZİRME PUANLAMA SİSTEMİ (LATCH)	83
EK-6. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)	84
EK-7. TEZ ÇALIŞMA İZİN YAZISI.....	86
EK-8. ETİK KURUL ONAY FORMU	87
EK-9. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI PROTOKOLÜ ONAM FORMU.....	88
EK-10. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI.....	89



TEŞEKKÜR

Tez alıŐmamn oluŐumundaki katkısı için bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım, anlayıŐlı ve olumlu tutumuyla desteğini esirgemeyen danıŐmanım Doç. Dr. Serap EJDER APAY'a teşekkür ediyorum.

ÇalıŐmam süresince pek çok meslektaŐım ve arkadaŐımdan destek aldım. Buradan hepsine özellikle de Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi doğum salonu ebelerine bir kere daha teşekkür ederim. AraŐtırmamdaki laboratuvar iŐlemlerim için de Ankara Düzen Laboratuvarına teşekkür ederim. Ayrıca hem bu alıŐmamn oluŐum sürecindeki hem de eğitim hayatımdaki tüm zorlukları benimle birebir paylaŐan aileme, özellikle anne ve babama sadece bu yardımları için değil hayatım boyunca verdikleri destek için büyük teşekkür borçluyum, iyi ki varlar.

Özge KARAKOYUNLU

ÖZET

Doğum Eyleminde Yaşanan Ağrı, Sres ve Kortizolun Emzirme Başarısına Etkisi

Amaç: Araştırmanın amacı doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının, stresin ve kortizol seviyesinin emzirme başarısına etkisini tanımlamak ve karşılaştırmaktır.

Materyal ve Metot: Araştırma Erzurum il merkezinde bulunan Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi doğum salonuna 15 Ağustos-30 Aralık 2016 tarihleri arasında başvurmuş olan araştırmaya alınma kriterlerine uyan 51 gebe ile yürütülmüştür. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Vizüel Analog Skala (VAS), Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Annelerin LATCH emzirme ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 6.56 ± 1.64 , algılanan stres ölçeğinden aldıkları aktif faz toplam puan ortalaması 48.13 ± 4.09 , postpartum toplam puan ortalamasının ise 41.41 ± 5.78 olduğu saptanmıştır. Aktif faz ve postpartum dönemde annelerden alınan tükürükteki kortizol seviyeleri ile LATCH emzirme başarı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. LACTH'ın aktif fazdaki kortizol ve VAS ile, yine LACTH'ın postpartum dönemdeki kortizol ve ASÖ ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Kadınların aktif fazdaki kortizol seviyeleri ile LATCH değerleri arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Aktif fazda annelerin daha yoğun stres yaşadığı ve bu stresin laktasyonu ve bebeğin emme davranışını olumsuz etkilediği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, emzirme başarısı, ebe, kortizol, latch, stres.

ABSTRACT

The Effect of Pain, Stress, and Cortisol Experienced in Labor on Breastfeeding Success

Aim: The aim of the study is to identify and compare the effect of pain, stress, and cortisol level experienced during labor on breastfeeding success.

Material and Method: The study was conducted with 51 pregnant women, who met the inclusion criteria and applied to the delivery room of the Nenehatun Maternity Hospital, located in city center of Erzurum between 15 August-30 December 2016. The data were collected using the Personal Information Form, Visual Analog Scale (VAS), Verbal Category Scale (VCS), Perceived Stress Scale (PSS), and Breastfeeding Scoring System (LATCH).

Results: It was determined that total mean score of the mothers for the LATCH breastfeeding scale was 6.56 ± 1.64 , their active phase total mean score was 48.13 ± 4.09 in perceived stress scale, and their postpartum total mean score was 41.41 ± 5.78 . A negative moderate significant correlation was observed between the cortisol levels, in the saliva taken from the mothers in the active phase and postpartum period, and the LATCH breastfeeding success scale mean scores. It was found that the LATCH had a significant relationship with the VAS and cortisol in the active phase and with the PSS and cortisol in the postpartum period. It was determined that there was a negative correlation between the cortisol levels of the women in the active phase and the LATCH values.

Conclusion: It was determined that the mothers had more stress in the active phase and this stress affected negatively the lactation and sucking behavior of the infant.

Keywords: Pain, breastfeeding success, midwife, cortisol, latch, stress.

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
CRH	: Kortikotropin Releasing Hormon
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HCG	: Human Koriyonik Gonadotropin
HHa	: Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal
HPL	: Plasental Laktojenik Hormon
IASP	: Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı
LATCH	: Emzirme Puanlama Sistemi
SKÖ	: Sözel Kategori Ölçeği
SSS	: Sempatik Sinir Sistemi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
UNİCEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
VAS	: Vizüel Analog Skala

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 3.1. Sarsted Salivette (Tükürük Kortizol Tüpü)	41
Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması	42
Şekil 3.3. Tükürük Numunesinin Alınması	43



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Loğusaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2. Loğusaların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı	47
Tablo 4.3. Sözel Kategori Ölçeği ve VAS'ın Puanlarının Dağılımı	49
Tablo 4.4. Kortizol Değerlerinin Dağılımı.....	49
Tablo 4.5. LACTH Emzirme Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 4.6. Loğusaların Laktogenezis Meme Semptomlarının Postpartum Günlere Göre Dağılımı	50
Tablo 4.7. LACTH Yordayıcısı Olarak Kortizol, VAS, ASÖ'nün Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu.....	51

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmasına rağmen, doğum korkusu kadınlar için ciddi problemdir.¹ Doğum korkusu hemen hemen her gebenin hissettiği duygu olup doğum öncesi, anı ve sonrası yaşanan korku olarak ifade edilmektedir.² Kadınlar doğum korkusunu değişik şekillerde yaşayabilir. Yapılan çalışmalarda en yaygın doğum korkusu çeşidinin doğum ağrısı olduğu bildirilmektedir.³ Doğum korkusu kadında stres yaratmakta olup tüm kaslarda spazma yol açarak ağrıyı artırmaktadır. Böylece kadın kendini korku-gerginlik-ağrı döngüsünün içinde bulmaktadır.⁴

Stres yaşandığı zaman beyin vücudu savunmaya hazırlar. Tüm beden tehlike ile uğraşmaya başlar. Şayet stres doğuma kadar çözülmez ise, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girer. Stres tepkisi sempatik sinir sistemini (SSS) uyaran hipotalamusta başlar. Hipotalamus, SSS'i uyarmasının yanı sıra, kortikotropin salgılatıcı hormon (CRH) olarak adlandırılan bir hormon salgılar. Kanla birlikte vücuda yayılan bu hormon hipofiz bezini uyarır. Bunun üzerine hipofiz bezi adrenokortikotropik hormon (ACTH) salgılar. Bu hormon böbreküstü bezi korteksini uyarak "glukokortikoid" olarak adlandırılan stres hormonlarının üretilmesini sağlar. İnsanlarda üretilen bu stres glukokortikoidi kortizol olarak adlandırılır.⁵ Tehlike anında kan, bedenin defans sisteminde rol alan organlara gider. Ancak uterus bedenin defans sisteminin bir parçası değildir. Bu nedenle uterusu giden arterler büzülür, daha az kan ve oksijen gitmeye başlar. Oysa kan ve oksijen uterus kaslarının çalışması için oldukça önemlidir. Kanın, dolayısıyla oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Bu durum doğumun uzamasına yol açar.⁶ Aşırı stres yaşayan annede (stres hormonlarının pik yaptığı durum) uterusu giden kan miktarı azalır, bebeğe daha az oksijen gider ve stres bebeğe geçer bu durumda fetal distres oluşabilir ve doğum sezaryenle sonuçlanabilir.⁷ Gebelik süresince yüksek

düzyede salgılanan östojen ve progesteron memelerin süt salgısı için gelişmesini sağlarken prolaktinin etkisini inhibe ederek süt salgılanmasına engel olurlar. Doğumdan sonra plasenta hormonlarının azalmasıyla süt salgılanması başlar. Doğum kendiliğinden, doğal olarak başladığında prolaktin düzeyi de hızla artmaya başlar. Bu artışın serviksin dilatasyonuna yardımcı olduğu ve uterusun kasılmasını uyardığı bildirilmiştir.⁸ Artan prolaktin düzeyi doğumdan hemen sonra pik yaparak kadını anneliğe ve emzirmeye hazırlar. Anne bebeğini doğumdan hemen sonra emzirmeye başladığında oksitosin ile beraber prolaktin düzeyi de artar, süt salgısı doğal olarak uyarılmış olur. Doğum uzarsa ve aşırı bir stres hali varsa prolaktin düzeyi düşer.^{7,9} Ayrıca kortizolün doğumu başlatan oksitosin hormonuna müdahale ettiği belirtilmiştir.¹⁰ Oksitosin hormonuna yapılan bu müdahale sonucunda doğum süresinin uzayabildiği bu uzamanın annede ve bebekte yorgunluğa neden olarak, laktasyonun geç başlamasına ve emzirme sıklığında azalmaya neden olduğu saptanmıştır.^{11,12}

Annelerin emzirme konusunda doğru bilgilendirilmelerinde en önemli pay ebelere aittir. Doğumun sağlıklı ve güvenli çevrede gerçekleşmesini sağlayarak hem doğum sürecini hem de sağlıklı toplumun temelini oluşturan laktasyonu olumlu etkileyeceklerdir. Eğitici konumundaki ebelerin, anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumları, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile besleme davranışlarına etkisinde ve sürdürülmesinde önemlidir.^{13,14,15}

Doğum eylemi sırasında yaşanan stres laktogenezisi etkilediğinde ilk süt üretiminde gecikme veya yetersiz süt üretimi oluşabilir. Bu da annelerin kendi sütlerinin yeterliliği ile ilgili endişeye, yapay ürün başlanmasına veya emzirmeyi bırakmaya neden olacaktır. Bu nedenle laktogenezis için doğumdaki stresin rolünü anlamak önemlidir.¹⁶

Yılmaz'ın¹⁴ yaptığı çalışmada fetal distressin kordon kanı kortizol ve prolaktin seviyelerine etkisine toplamda 200 umbilikal korddan kan alınarak bakılmıştır. Bu

çalışmada fetal distres grubu ile fetal distresin olmadığı grupların kortizol seviyeleri anlamlı olarak farklı olduğu gösterilmiş olup prolaktin seviyelerindeki farklılığın anlamlı olduğu gösterilememiştir.¹⁴

Escamilla ve Grajeda yaptıkları bir çalışmada doğum sancısı ve doğum sırasındaki stres ile Guatemala şehrinde yaşayan kadınların bir grubunda laktasyon başlangıcı arasındaki ilişkiyi prospektif olarak incelemiştir. Kadınlardan, kortizol saptaması için doğumdan 3.2±3.2 saat önce ve doğumdan 1.7±1.9 saat ile 17.1±4.7 saat sonra tükürük örnekleri alınmış olup 17 maddelik bir psikososyal stres ve anksiyete anketine cevap vermeleri istenmiştir. Çalışmalarında primipar kadınların doğum öncesi geç ve doğum sonrası erken dönemde kortizol düzeyleri, multipar kadınlardan iki kat yüksek olduğunu bulmuşlardır. Yine multipar kadınların, doğum şekline bakılmaksızın, acil sezaryan ile doğum yapmış primiparlara göre daha erken laktasyon başlangıcı olduğunu ortaya koymuşlardır. Dolayısıyla Escamilla ve Grajeda'ye göre doğum sancısı ve doğum sırasındaki stres, kentlerdeki Guatemala'da gecikmiş laktasyon başlangıcı için önemli bir risk faktörüdür.¹⁷

Tatarlar ve Tokat'ın derlemesinde doğum sayısı, doğum şekli, bebeğin doğum kilosu, maternal obesite, insüline bağımlı diyabet, korddaki yüksek glikoz, anne ve bebeğin stresi, vajinal doğumunda uzamalar laktasyonun geç başlamasının risk faktörlerini oluşturmaktadır. Aynı zamanda doğum belirsizliklerin de yaşandığı bir süreçtir ve bu belirsizlikler korkuya neden olabilmektedir. Kadınlar doğumda, çocuklarının sağlığı, ağrı, epizyotomi gibi tıbbi müdahaleler, doğum sırasında ölüm, personele karşı güvensizlik, başkalarından duydukları olumsuz doğum deneyimleri gibi faktörlerden etkilenecek korku yaşamaktadırlar. Bu korku kadının doğum sırasında daha çok ağrı hissetmesine ve epidural anesteziye daha çok yönelmesine neden olmaktadır. Bu derlemede vajinal doğum sürecinde yaşanan stresin laktogenezisi etkileyebileceği düşünülmektedir.¹²

Yine Tatarlar ve Tokat'ın çalışmasında vajinal doğum sırasında yaşanan korkunun laktasyona, yenidoğanın emme davranışına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisini incelemiştir. Aktif fazda fazla stres yaşayan annelerin, bebeklerinin memeye yerleşme sürelerinin daha uzun olduğu, bebeklerinin memeyi aramadığı, areolayı tam kavramadığı, memeyi tutma davranışında başarısız olduğu, annelerin bebekleri ile göz temasının olmadığı, bebeklerini daha sınırlı ve gevşek tuttuğu, yutma hareketlerinin yavaş olduğu, emdikten sonra bebeklerin ve annelerin daha huzursuz olduğu, emzirmeye ilişkin yaşanan sorunun arttığı, emzirirken annenin daha gergin durduğu saptanmıştır. Sonuç olarak bu çalışmada doğum sırasında özellikle aktif fazda yaşanan stres, korku anne bebek arasındaki en güçlü bağ olan emzirmeyi olumsuz yönde etkilediğini söylemişlerdir.¹⁸

Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrı, stres ve tükürükteki kortizol seviyesinin laktasyona etkisine ilişkin Türkiye'de daha kapsamlı çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmüştür. Anneler doğum eylemi sırasında ve sonrasında izlenerek ağrı ve stres düzeyleri değerlendirilip daha sonra bu ağrı ve stresin laktasyonla ve annenin emzirme başarısı ile ilişkisini ayrıntılı olarak inceleyen ve ağrı, stres ve kortizol seviyesinin laktasyona etkisini daha somut değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmadığından bu çalışmanın yapılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

2.1.1. Tanımı

Doğum eylemi, düzenli gelip giden sancılı uterus kasılmalarının serviksin giderek incelmesine (silinmesine) ve genişlemesine (dilatasyonuna) yol açtığı fizyolojik süreçtir. Serviksin bu incelmesi ve genişlemesi, fetüs ve eklerinin uterustan doğum kanalı yolu ile doğmasına izin verir.¹⁹

2.1.2. Doğum Eyleminin Başlama Belirtileri

2.1.2.1. Hafifleme

Eylemin başlamasından 10-14 gün önce başın hakiki pelvise girmesi ile fundus yüksekliği aşağı iner.^{20,21} Bu sürede uterus alt segmenti iyice belirmiş, diyafragma üzerindeki basınç kalkmış olur. Fetus başı pelvis boşluğuna yerleşir, amnion sıvısı da azalır buna hafifleme denir.²¹

2.1.2.2. Nişane

Doğum eyleminin başlangıcının güvenilir belirtilerinin başında kanlı mukustan oluşan bir akıntı görülmesi gelir. Gelen kanlı akıntıya nişane denir. Vajinal muayene yapılmaksızın çoğu kez doğum, bu olaydan 48 saat sonra gerçekleşir.²¹

2.1.2.3. Silinme

Uterus kaslarının kasılması ile birlikte ortaya çıkar. Kontraksiyonların etkisi ile internal osun yakınında bulunan kas lifleri her iki yana doğru çekilir. Böylece servikal kanal ortadan kalkar ve serviks uterusun alt kısmının parçası haline gelir ve uzunluk yok olur. Servikal silinme vajinal muayene ile ölçülür. Yüzde (%) ile ifade edilir.²⁰

2.1.2.4. Dilatasyon

Serviksin silinmesinden sonra başlar. Dilatasyon eksternal osun 1-2 cm genişlikten 10 cm açıklığa ulaşarak genişlemesi anlamına gelir. Dilatasyon uterus içinde

bulunan sıvı basıncına ve önde gelen kısmın servikse yaptığı basınca bağlı olarak da gerçekleşir. Servikal dilatasyon vajinal muayene ile ölçülür. Santimetre (cm) ile ifade edilir.²⁰

2.1.2.5. Membranların Açılması

Amniyotik mayi içeren ve fetüsün etrafını saran fetal membranlar eylemden önce veya eylem sırasında kendiliğinden ya da sağlık çalışanları tarafından açılır.²⁰

2.1.3. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi farklı dört evreden oluşmaktadır;^{20,22,23}

I. Evre: Düzenli uterin kontraksiyonlarının başlamasından servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar devam eder.

II. Evre: I.evrenin bitiminden bebek çıkışının tamamlanmasına kadar sürer.

III. Evre: Bebeğin doğumu ile başlayıp plesanta ve membranların atımına kadar geçen süredir.

IV. Evre: Plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içerir. Bu süre bazen dört saate kadar uzayabilir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da ifade edilir.

2.1.3.1. Doğumun Birinci Evresi (Dilatasyon)

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Düzenli aralıkla gelen ağrıyla başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile son bulur. Doğumun en uzun evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir.^{20,23,24}

Latent Faz: Friedman'ın tanımladığı gibi gebenin düzenli kontraksiyonlarının varlığı ile başlar. Kontraksiyonlar başlangıçta 10-20 dakikada bir gelip, 15-20 saniye sürer. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5-7 dakikaya inerken süreleri de 30-40 saniyeye çıkar. Latent faz, gebelerin çoğunda açılma 3-4 cm olduğunda son bulur. Bu fazda kontraksiyonların şiddeti hafif olduğundan anneler genellikle rahattır, dikkatli

ve iletişime açıktırlar, ağrı kontrolünde oldukça iyidirler.^{20,24}

Aktif Faz: Dilatasyon 4-5 cm olduğunda başlar ve 8 cm olduğunda tamamlanır. Membranlar kapalı veya açılmıştır. Kontraksiyonlar 3-5 dakikada bir gelip ortalama 30-60 sn sürer ve orta şiddettedir. Kontraksiyonların güçlü ve uzun süreli olması annede yorgunluk, anksiyete ve stres yaratarak destek ihtiyacını artırır. Ağrı ile baş edemeyeceğini düşünen anne ile iletişim zorlaşır. Annede bu sırada şiddetli ağrı, ağrının sırta ve bacaklara yayılması, pubisin üstünde ve sakrumda basınç hissi, terleme, yorgunluk ve uyuklama gözlenir.^{20,23,25,26}

Geçiş Fazı: Eylemin en son evresidir. Dilatasyon 8 cm ile başlar ve 10 cm olduğunda tamamlanır. Efesman nullipar ve multiparlarda %100'dür. Kontraksiyonlar 2-3 dakikada bir gelip ortalama 40-90 sn sürer ve şiddetlidir. Annenin bu dönemde anksiyetesi artar, yorgundur, ağrı nedeni ile sık sık pozisyonunu değiştirebilir. Annede susuzluk, bulantı, kusma, şiddetli ağrı, rektal basınç, alın ve dudak üzerinde terleme, kontraksiyonlar arasında uyuklama, dışkı çıkışı, kanamada artış, bacaklarda titreme ve kramp yer almaktadır. Bu fazda rektumda hissedilen basınç artar, ıkınma kontrolsüz gerçekleşir, vajinal kanama olabilir ve membranlar açılır.^{20,26-28}

2.1.3.2. Doğumun İkinci Evresi (Ekspulsiyon)

Serviksin tamamıyla dilate olması, yani eylemin ikinci evresinin başlamasıyla birlikte anne ıkınmaya başlar ve önde gelen kısmın inmesiyle birlikte defekasyon hissi olur. Bebeğin doğumu ile sonlanır. Literatürde ikinci evre süresine ilişkin tam bir fikir birliği yoktur ancak bu evrenin iki saatten uzun sürmesinin risk faktörlerini arttıracığı belirtilmektedir. Uzamış ikinci evrede yaşanacak riskler, fetal mortalite ve morbidite ile annede atoni kanama riskinin artmasıdır. Eylemin ikinci evresi ortalama olarak nulliparlarda 50 dakika ve multiparlarda 20 dakika sürer. Bu süre bebeğin büyüklüğü, pelvisin kontrakte olması ve itici güce göre oldukça değişkendir. İkinci evrede annenin

itici güçleriyle fetüsü aşağı doğru itmesi başın pelvik tabana dayanmasına ve sonuçta spontan ıkınma hissini gelişmesine yol açmaktadır. Çoğu anne doğumun ikinci evresini, doğumun en zor ve ağırlı dönemi olarak tanımlamaktadır. Anneler bu dönemde gücünün tükendiğini, yardımsız kaldığını ve kontrolünü kaybettiğini hisseder. Anne bu dönemde kontraksiyonla gelişen itici gücünü nasıl kullanacağı konusunda cesaretlendirilmeli, kontraksiyon aralarında ise tam gevşemesi ve dinlenmesi sağlanmalıdır. ıkınmak için büyük çaba harcayan anne bebeğin doğması ile rahatlar.^{20,29}

2.1.3.3. Doğumun Üçüncü Evresi

Eylemin üçüncü evresi bebeğin doğumundan sonra plasenta ve eklerinin tam olarak ayrılması ile son bulur. Bu evrenin ortalama süresi 5–10 dakikadır ve bu evrenin 30 dakikadan uzun olması plasenta yerleşim anomalilerini (plasenta akreata, inkreata, perkreata) düşündürür. Bu durum plasenta retansiyonunun ve bunlara paralel gelişen enfeksiyon ve kanamaların habercisi olabileceğinden önemlidir. Plasentanın ayrılmasından önce çıkarmak için girişimde bulunmak gereksiz ve tehlikelidir. Bu yüzden plasental ayrılmanın işaretleri iyi bilinmelidir. Bu belirtiler; uterus küre biçimindedir ve serttir, sıklıkla ani bir kan boşalır, plasenta ayrılıp alt uterin segment ve vajene doğru indiğinden bu kitlenin etkisiyle uterus yukarı doğru çıkar, umblikal kord vajinadan aşağı doğru iner ki bu plasentanın aşağı doğru indiğini yani ayrıldığını gösterir. Bu evrede annede titreme, hafif orta şiddetli uterus kasılmaları, susuzluk, açlık, yorgunluk, uyuklama, perinede ağrı görülmektedir. Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğar. Bunlar duncan tarzı ve schultze tarzıdır.^{20,30}

Duncan tarzında önce retroplasental hematoma boşalır, sonra maternal yüz doğar. Maternal yüz, plasentanın uterusu tutunan pürüzlü yüzüdür. Bu şekilde ayrılmaya “kirli duncan” da denir. Schultz tarzının diğeri adı “parlak Schultz” dur. Bu tarzda ayrılma plasenta merkezinde başlar, önce fetal yüz doğar. Arkasından retroplasental hematoma

boşalır. Üçüncü devrede oluşan kanama miktarı 200-300 ml'dir. Bu kanamanın bir kısmı da epizyotomiden olan kanamadır.^{20,30}

2.1.3.4. Doğumun Dördüncü Evresi

Eylemin dördüncü evresi plasentanın doğumundan sonraki ilk 4 saati içerir. Plasenta, membranlar ve umbilikal kord tam olduklarından emin olmak ve anomali açısından kontrol edilmelidir. Normal bir doğumda 250-500 ml kan kaybedilir. Bu kan kaybının sonucunda sistolik ve diastolik kan basıncında düşme görülür ve taşikardi gözlenir. Uterus kasılmaya devam eder ve fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır. Mesane, travmaya ve anestezije bağlı olarak hipotoniktir. Mesanenin hipotonik olması idrar retansiyonuna yol açabileceğinden önemlidir, idrar retansiyonu sonucunda uterus atonisi gelişebilir. Bu nedenle eylemin dördüncü evresinde uterus atonisinin önlenmesi önemlidir. Oksitosin türevi ilaçlar ve fundus masajı atoniye önlemek için kullanılabilir. Uterin atoniye bağlı postpartum kanamalar en sık bu dönemde görülür. Bu süre içinde uterus sık sık değerlendirilmelidir.^{20,25}

2.1.4. Doğum Eylemi Sırasında Başın Yaptığı Kardinal Hareketler

Termdeki doğumlarda fetus, doğum kanalının boşluklarından en iyi şekilde yararlanmalıdır. Bu amaçla da fetus doğum kanalından çıkarken 5 esas hareket yapar. Bunları, şu şekilde özetleyebiliriz.^{31,32}

2.1.4.1. Angajman (Yerleşme)

Prezente olan kısmın en büyük transvers çapı olan biparietal çapın pelvik girimden geçişine angajman denir. Fetal baş gebeliğin son haftaları sırasında veya doğum eylemi başladıktan sonra angaje olabilir. Fetus başının ilk kardinal hareketidir. Başın en geniş düzlemi olan suboksipito-bregmatik kutur ile pelvis giriminin en geniş kutruna (transvers kutur) ya transvers ya da oblik girmesi ile angajman tamamlanmış olur. Bu durumda kılavuz nokta spina ischiadica'lar hizasına kadar yani 0 düzlemine

inmiş olur. Klinik açıdan prezente olan kısmın 0 düzlemine kadar inmiş olması, prezente olan kısmın pelvise girdiğini ve orta pelvis ve pelvis çıkımında herhangi bir darlık yok ise vaginal doğumun mümkün olabileceğini gösterir.^{31,32}

2.1.4.2. Descensus (İniş)

Bebeğin doğumu için ilk gerekli olan şarttır. Doğum eyleminin başlangıcından itibaren devam eder. Prezente olan kısmın doğum kanalı içerisinde pelvis çıkımına kadar inmesi ile tamamlanır. İnişin gerçekleşmesi genelde aşağıda sıralanan dört kuvvetten bir ya da daha fazlasına bağlıdır:

- Amniotik sıvının basıncı,
- Kontraksiyonlarla birlikte fundusun fetal makata direk basınç uygulaması,
- Abdominal kaslarla sağlanan ıkınma çabası,
- Ekstansiyon ve fetal gövdenin düzeltilmesi.^{31,32}

2.1.4.3. Fleksiyon

Fetal baş inişi tamamladığında, serviks pelvik duvarlar ya da pelvik tabanda dirençle karşılaşır ve böylelikle baş fleksiyon pozisyonuna gelir. Bu harekette, çene toraksa degecek şekilde yaklaşır ve daha kısa olan suboksipitobregmatik çap daha uzun oksipitofrontal çapın yerini alır. Yani oksiput başın en alt noktası olur.^{31,32}

2.1.4.4. İnternal Rotasyon (İç Rotasyon)

İnternal rotasyonda fetal baş oksipital bölgenin normal pozisyonundan anteriora simfiz pubise doğru, ya da daha nadiren posteriora sakrum boşluğuna doğru dönmesi söz konusudur. Bu rotasyon normalde 90 derecelik bir açı ile küçük fontanel öne gelecek şekilde olur. Yani oksiput transvers pozisyonda iken iç rotasyonun tamamlanması ile oksiput anterior pozisyona döner, sagittal suture çıkımın ön-arka kutru ile paralel durumda olur.^{31,32}

2.1.4.5. Defleksiyon (Ekstansiyon)

Pelvis tabanına kadar bütün yol boyunca fleksiyon habitusunda bulunan baş, ensedeki saçlı deri sınırını kalkış noktası olarak simfiz altına dayayarak defleksiyon yapar ve doğum kanalından çıkar.^{31,32}

2.1.4.6. Eksternal Rotasyon (Dış Rotasyon)

Fetal başın doğumundan sonra eksternal rotasyon gerçekleşir. Oksiput sola doğru yönlendiyse, baş sol, sağa yönlendiyse sağ iskiyal tuberositasa doğru döner. Böylece omuzlardan biri simfiz pubise, diğeri de sakruma doğru döner.^{31,32}

2.1.4.7. Ekspulsiyon (Atılma)

Eksternal rotasyonun hemen ardından, ön omuz simfiz pubisin altında görünür ve perine arka omuz tarafından gergin hale getirilerek önce öndeki omuz simfiz altından ve daha sonra arka omuz sakrum boşluğundan doğar. Omuzların doğurtulmasını takiben vücudun geri kalan kısımları kolayca doğurtulur.^{31,32}

2.1.5. Türkiye’de Normal Doğum

Türkiye’de doğurganlık oranı neslin kendini yeniden üretme seviyesi olan yenilenme seviyesine çok yakın bir noktaya, 2.15’e (Türkiye için toplam doğurganlık hızı) kadar düşmüştür. 1950’li yıllarda kadın başına ortalama 6-7 çocuk düşerken, 1950’li yıllardan itibaren azalma görülmüş ve istikrarlı bir şekilde ilerleyen bu düşüş, 1970’li yıllarla birlikte ivme kazanarak 2000’li yıllarda yenilenme seviyesinin sınırına kadar yaklaşmıştır. Başka bir deyişle, 1978-2013 dönemindeki 35 yıllık süreçte toplam doğurganlık hızı kadın başına 4.3 çocuktan, 2.2 çocuğa düşerek, yaklaşık olarak yarı yarıya azaldığı görülmektedir.³³

Sağlık kuruluşunda yapılan doğumların oranı düşük eğitim ve refah düzeyine sahip kadınlar arasında %90 iken, yüksek refah düzeyine sahip kadınlar ile eğitilmiş kadınlarda bu oran neredeyse %100 olmaktadır. Sezaryen ile doğum hızı da eğitim ve

refah düzeyiyle birlikte artmaktadır. En yüksek eğitim ve refah düzeyinde %66 veya üzeri olan sezaryen oranı, en düşük eğitim ve refah düzeyinde sezaryenle gerçekleşen doğumların iki katından daha fazladır.^{34,35} Aynı zamanda Türkiye’de gebelik, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin doktor tarafından takibi, doğum esnasında kadınlara yeterince destek verilmemesi ve olumlu olmayan yaklaşımlarla annedeki doğum korkusunun artması ve dolayısıyla normal doğum oranlarının azalmasına neden olmaktadır. Gebeliği döneminde hekime başvuran kadınlar normal doğumdaysa büyük oranda sezaryene yönelmektedir.³⁵ Türkiye’de yapılan bir araştırmada gebelikleri sırasında dört veya beş kez hekime takip olanların %43.7’si, altı kez takibi olanların %56’sı, on ve daha fazla takibi olanların ise %77.5’i sezaryen olmuştur.³⁶ Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada, anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru olan ne ise onun yapılmasını istedikleri saptanmıştır.³⁷ Türkiye’de sezaryen oranları yüksek olan bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmaya göre, eğitim durumu ve sosyo-ekonomik düzeyi yüksek kadınların daha çok sezaryen tercih ettikleri saptanmıştır.³⁷

Türkiye’de normal doğum oranlarındaki azalış nedeni olarak; doktorların daha az risk almak istemesi, fetal elektronik monitorizasyonun kullanımında artış, sezaryen sonrası vajinal doğum uygulamalarının yetersizliği ve elektif vakalardaki artış belirtilmektedir.³⁷ Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenler, gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi ve böylece doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının iyi olmaması, hastalar için psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması ve doğum ağrısı ile baş etmede farmakolojik olmayan yöntemlerin (müzik dinleme v.b) sunulmaması olarak sayılabilir. Bunlara ek olarak, yenidoğanı doğum travmasından koruyacağı ve normal doğuma bağlı olarak riski artan pelvik relaksasyon

ve üriner inkontinanstaki koruyacağı inancı da önemli nedenler arasındadır.³⁴ Günümüzde yapılan sezaryen doğumlar, riskli durumlarda anne ve bebek mortalite/morbiditesini azaltmayı hedefleyerek giderek artmıştır. Hekim ya da kadının isteğine bağlı, elektif olarak uygulanır hale gelmiş ve normal vaginal doğumun bir alternatifi gibi sunulmaya başlanmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma 2013 verilerine göre sezaryen oranı %48 olarak tespit edilmiştir.³³ Oysaki Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sezaryen doğum oranının %15 olmasını önermektedir.

2.1.6. Normal Doğumda Ebeğin Rolü

Türkiye tarihinde bilimsel bir temele dayanan ilk ebelik eğitimi Dr. Besim Ömer Akalın önderliğinde İstanbul'da kurulan ebelik okulu ile başlamıştır.³⁸ Besim Ömer'e göre, eski ebeler otonomiden yoksun, erkek doktorların sözünden çıkmayan tıbbi hiyerarşinin en altındaki yerini sadakatle almalıdır. Geleneksel ebeleri "pis, yaşlı, cahil acuzeler" olarak tanımlamıştır.³⁹ Türkiyede ebeliğin tarihini inceleyen Gökçen Beyinli, Elleri Tılsımlı, Modern Türkiye'de ebelik adlı kitabında şöyle der: "Besim Ömer, her çalışmasında "eski" ebeleri küçümser, marjinalize eder. Besim Ömer ebeler, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olan erkek hekimleri birbirlerine karşıt bir şekilde konumlandırmıştır.⁴⁰ Bu yüzden de cahil ebe/eğitilmiş erkek doktor karşıtlığı ortaya çıkmıştır. Bu karşıtlıkta ebe yaşlı, cahil, eğitimsiz ve batıl inanışlıdır. Zaten az olan bilgisini el yordamıyla edinmiştir. Bir sorunla karşılaştığında sihre, büyüye, batıl inanışlara başvurur. Dahası bu ebeğin neredeyse duyguları yoktur, ölümüne sebep olduğu kadın ve çocuklara karşı tam bir kayıtsızlık içindedir. Öte yandan erkek doktor genç, eğitilmiş, bilgili, bilimsel ve sevecendir. Kadın anatomisine ve doğum mekanizmasına hakimdir, tam da bu sayede en zor doğumlarda dahi kadın ve çocukların hayatını kurtarır. Neredeyse bir canavar olarak resmedilen ebeğin tersine, koruyucu bir melektir.⁴⁰

Ebelerde Osmanlı geçmişi karanlık bir cahiliye devri olarak görülmekte, ebeliğin dönüşümü süreci cumhuriyetin ilanıyla başlatılmaktadır.⁴⁰ Cumhuriyet'in kuruluşundan sonra ilk ebelik okulu Haydarpaşa Tıp Fakültesi bünyesinde açılmış, ortaokulu bitiren kız öğrencilere üç yıl süreli ebelik eğitimi verilmiştir. Anne ölümlerinin oldukça yüksek olması, ebelik hizmetlerinin bir takım kurallara bağlı olarak yürütülmesi ihtiyacını gündeme getirmiş ve 1928 yılında "Tababet ve Şuabat-ı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun" ile eğitim almamış (diplomasız) ebelerin doğuma yardım etmeleri yasaklanmış ve suç sayılmıştır.³⁸

DSÖ ebeleri; "Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını ve aile planlaması danışmanlığını yapmak üzere eğitilmiş kişiler olarak tanımlamaktadır. DSÖ'nün 2014 sağlık raporuna göre, Türkiye'de 100 bin kadın başına düşen ebe sayısı 140 yani dünyada en fazla ebenin olduğu ülkelerden biridir. Sezaryen oranı %17 olan Hollanda'da 100 bin kadın başına düşen ebe sayısı ise 17'dir. Niceliksel verilerle, ebe sayısına ve belirlenen lisans eğitimine bakarsak oldukça iyi bir düzeyde olduğumuzu söyleyebiliriz. Ancak ülkemizde ebelerin bağımsız çalışma koşullarının yok edilmesiyle beraber doğum şekli de değişmiştir.

Son yıllarda Türkiye'de iki kadından biri, çocuğunu sezaryen ile doğurmuş olup doğum şekli hızla sezaryene doğru dönüşmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırma 2003 verilerine göre %21 olan oran, 2013 verilerine göre Türkiye genelinde %48, İstanbul'da %53 olarak tespit edilmiştir.³³ Türkiye'de son 10 yılda sezaryen oranı bariz şekilde artmıştır. Türkiye'de profesyonel ebelik hizmetleri yeterince gelişmemiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması son verilerine göre (TNSA 2013), Türkiye genelinde ebelerin doğum yaptırma oranı %18 civarında, kırsal kesimde ise %26 oranında ebeler doğumu yaptırmaktadır.³³

Hekim ve ebe doğumlarını karşılaştıran bir çalışmada ebelerin yönetimindeki doğumlarda sezaryen, narkotik analjezi, amniotomi ve fetal monitorizasyonun daha düşük olduğu saptanmıştır.³⁷ Bunun yanısıra gebeliği süresince kaliteli bir ebelik bakımı alan kadınların, antenatal dönemde daha az hastaneye yattığı, travay induksiyonuna daha az ihtiyaç duyduğu, travayda daha az analjezi ve anesteziye başvurulduğu, ağrıyla baş etmede nonfarmakolojik yöntemlerin daha fazla kullanıldığı, spontan doğum oranlarında artma ve sezaryen oranlarında azalma olduğu ayrıca acil sezaryen ihtiyacında azalma olduğu çalışmalarla kanıtlanmıştır.³⁷ Kentte doğumların büyük bir çoğunluğunu kadın hastalıkları ve doğum uzmanları üstlenmektedir. Uzmanların bulunmadığı küçük yerleşim yerlerinde ebeler devreye girmektedir. Çok az sayıda aile, doğumlarını ebelerin yaptırmasını tercih etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nda ebeler yardımcı sağlık personeli olarak tanımlanmakta, hastanelerde ebelikten çok hemşirelik yapmaktadırlar. Doğumda doktora yardımcı olarak bulunmaktadırlar.

2.2. Doğum Ağrısı ve Stres

2.2.1. Doğum Ağrısı

Ağrı, insanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve bireylerin yardım almaları gereken semptomdur.⁴¹ Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatının (International Association for the Study of Pain; IASP) yaptığı tanıma göre ağrı, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki tüm deneyimlerini kapsayan, emosyonel, hoş olmayan duygudur.⁴²

Literatürde doğum ağrısı kadınların hayatındaki bilinen en şiddetli ağrı, kadının yaşadığı eşsiz deneyim ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen kontrol altına alınmasının zor olduğu belirtilmiştir.⁴³ Yıldırım⁴⁴ ve Ergin'nin⁴⁵ aktardığına göre Melzack'ın bir çalışmasında doğum ağrısı travmatik bir sinir lezyonundan sonra devam

eden yanıcı ağrıdan sonra en şiddetli ağrı olarak belirtilmiştir. Doğum her kadının yaşamında önemsedığı pozitif bir deneyim olmakla birlikte her zaman için endişe, korku ve strese neden olmuştur.^{45,46}

Doğum ağrısının yaşamın doğal sürecinin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi ve çocuğun doğumunun, yaşamın en pozitif olaylarından biri olması nedeniyle annenin bebeği için bu ağrılara katlanması özellikleriyle diğer ağrılardan ayrılmaktadır.⁴⁷

2.2.1.1. Doğum Ağrısının Özellikleri

- Normal bir sürecin parçasıdır. Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bozukluğu işaret ederken doğum ağrısı tamamen normaldir. Hem gebenin bu durumdan kurtulmak için çaba sarf etmesini hem de bebeğin doğum yolunda ilerlemesini sağlar.^{20,44,48,49}
- Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler. Ağrıyı yönetme becerileri kazanabilir.^{20,44,48,49}
- Belirli bir zaman sürecini içerir. Bu ağrı günlerce, aylarca sürmez. Diğer ağrılar da kısa süreli olabilir ama doğum ağrısı bebeğin doğması ile azalır. Doğum ağrıları devamlı değil, aralıktır. Başlangıçtaki doğum ağrıları daha az rahatsız eder. Zaman geçtikçe ağrılar daha sık aralıklarla gelir ve iki kontraksiyon arasındaki dinlenme fazı gittikçe kısalmıştır.
- Doğum ağrısının şiddeti değişkendir.^{20,44,48,49}
- Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Doğumun erken devresinde kadınlar bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak tanımlar. Fakat doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise çok kısıda olsa rahatlarlar.^{20,44,48,49}
- Ağrı kontrolüne katılım ve işbirliği fazladır. Doğum ağrısı çekerken annelere

bebeklerinin sađlık durumunu dűşündürerek ađrıyla daha kolay tolere etmeleri sađlanır.^{20,44,48,49}

2.2.1.2. Dođum Eyleminin Evrelerine Gűre Ađrı

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Doğumun bu evresinde ağrı, serviksin efasmanı, dilatasyonu, distansiyonu ve gerilmesine neden olan uterus kontraksiyonları sonucunda oluşmaktadır.⁵⁰ Uterus kontraksiyonları sırasında amniyotik sıvının basıncı artmakta, uterus alt segmenti ve serviks gerilmektedir.^{50,51} Kontraksiyonlar sırasında myometriyumda oluşan hipoksi ve komşu dokulara olan baskı bu evrede oluşan ağrının diğer nedenler arasındadır.^{20,52}

Dođumun ikinci evresinde tam dilate olmuř serviksten gelen nosiseptif stiműlasyon azalmaktadır. Fetűsűn űnde gelen kısmının pelvis ve perinedeki ađrıya duyarlı bűlgeleri geçerek oluřturduđu ađrı, mevcut ađrıya eklenmektedir.^{20,50} Bu evrede ađrı uterus kaslarının hipoksisine, fetűsűn perineye ve evre dokulara olan baskına bađlı oluřmaktadır.^{20,52}

űűncű evrede ađrı, plesantanın atılması sırasında oluřan uterus kontraksiyonlarına ve servikal dilatasyona bađlı olarak meydana gelmektedir.^{20,52} Ayrıca fetűsűn ařađı iniři sırasında oluřan doku hasarında bu evrede ađrının oluřmasında etkili faktűrlerdendir.^{20,50}

Eylemin dűrdűncű evresinde ađrı fetűsűn ařađı iniři ve plesantanın atılması sırasında oluřan doku hasarına bađlı olarak meydana gelmektedir.^{20,50}

2.2.1.3. Dođum Ađrısının Psikolojik Yűnleri ve Ađrıya Verilen Cevabı Etkileyen Faktűrler

Ađrı, kiřiden kiřiye, kűltűrden kűltűre farklılık gűsterir. Bir kiřide tolere edilemez ađrı oluřturan bir uyaran, diđer bir kiři tarafından rahatlıkla tolere edilebilir. Ađrı bireye űzgű psikolojik faktűrlere bađlı son derece kiřisel bir deneyimdir.⁵² Dođum

sürecinde anne adayını en çok etkileyen psikolojik faktörler aşağıda belirtilmiştir;

Kültürün Etkisi: Doğum ağrısının sınırı tüm insanlarda benzer olmasına rağmen, cinsiyet, sosyal, etnik ve kültürel farklılıklar bireyin ağrı algısında önemli rol oynar.^{53,54} Bazı kültürler ağrı çeken bireyin duygu ve davranışlarını açıkça göstermesine izin verirken bazı kültürlerde ise duyguların ve davranışların açıkça gösterimi hoş karşılanmaz.⁵⁴ Sağlık profesyonelleri ağrıya verilen tepkinin kültürel alt yapının etkisinde olduğunu bilincinde olarak ağrıyı objektif olarak değerlendirmeleri oldukça önemlidir. Bunu yapabilmeleri için sağlık ekibi üyelerinin yaşadıkları ağrıya kendi verdikleri tepkinin de kültürel etkiler altında olduğunu farkında olmaları gerekir.^{20,52}

Halsizlik ve Uyku Sorunları: Yorgunluk sonucunda annenin enerjisi azalır ve ağrı ile baş edebilmek için enerjisini kullanamaz. Uzun doğumlar ve yorgunluk ağrının daha fazla algılanmasına ve ağrı eşiğinin düşmesine neden olur.⁵³

Ağrının Birey İçin Anlamı: Ağrıya neden olan durumun birey için taşıdığı anlam ile ağrının süresi ağrı algısını ve ağrı toleransını etkilemektedir. Ağrı ile birlikte yaşayan bireyin dinlenme dönemlerinde de ağrının tekrar geleceğini bildiği için anksiyetsi daha yüksek olur. Anksiyete de ağrının artmasına neden olmaktadır.^{53,54}

Daha Önce Yaşanan Deneyimler: Ağrının bedeni etkilemesi ile ilgili yaşanmış deneyimler, bireyin o sırada ve gelecekte yaşayacağı ağrı düzeyini etkiler. Özellikle ağrılı deneyimlerin aynı durumda benzer şiddette ağrı yaşantısına yol açtığı belirlenmiştir. Güç ve uzun sürmüş bir doğum deneyimi yaşanmış olabileceği gibi ağrı ile başa çıkma becerilerinin kazanıldığı olumlu deneyimlerde yaşanabilmektedir.^{44,54}

Anksiyete ve Korku: Anksiyete genellikle akut ve kısa süreli ağrılarla birlikte. Ağrı ile arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirlerinin şiddetini arttırdıkları bilinmektedir.⁵⁴ Anksiyete fizyolojik ve psikolojik mekanizmaları etkileyerek doğum ağrısının algılanmasını değiştirerek ağrı korkusuna, kontrol kaybına,

anne ve fetüsün olumsuz etkilenmesine sebep olabilir. Ayrıca doğum korkusu ve anksiyete kadında katekolaminler gibi stres hormonlarının üretimini tetikleyerek vücuda ve uterusu giden kan akımını azaltarak ağırlı kontraksiyonlara neden olurlar. Buna ilaveten adrenalın miktarındaki artış doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya neden olarak doğum eyleminin süresinin uzamasına sebep olacaktır.^{53,54}

Dikkat ve Dikkati Dağıtma: Dikkat ağrının algılanmasını etkileyen faktördür. Eğer kişi dikkatini ağırlı olayda odaklaştırır ise daha şiddetli ağrı çekme eğilimindedir. Yapılan çalışmalarda eğitim sırasında “ağrı” sözcüğünün kullanılıp kullanılmamasının ağrı algılanmasını etkilediği görülmüştür. Ağrıyı sezme bile anksiyeteyi yükseltmekte ve algılanan ağrının şiddetini arttırmaktadır. Dikkatin başka yöne çekilmesinin de ağrı algısını azalttığı bilinmektedir. Bu yöntem, ağrının hızla şiddetlendiği durumlardan çok, yavaş yavaş arttığı durumlarda etkili olmaktadır.^{52,53}

Gebeliğe Ait Özellikler: Doğum eyleminin uzunluğu, fetüsün pozisyonu, destek sistemleri, doğuma karşı kişisel reaksiyonlar ve sosyo-kültürel beklentiler vb. faktörler de doğum ağrısına verilen yanıtları etkilemektedir.⁵³

Prenatal Eğitim: Doğum öncesi eğitimler ile yapılan hazırlık, doğum eylemiyle ilgili bilinmezlikten doğan anksiyete ve korkuyu azaltır. Yapılan çalışmalar ile doğuma hazırlık kurslarına katılan kadınların ağrı seviyelerinin azaldığı, doğum olayından daha hoşnut kaldıkları ve analjezi ihtiyacının azaldığı gösterilmiştir. Bu şekilde kadınlar, doğuma hazırlanarak doğum ağrıları ile başa çıkma becerilerini de öğrenirler.^{44,53,55}

2.2.1.4. Doğum Ağrısının Maternal-Uterin ve Fetal Etkileri

Maternal Etkiler

Ventilasyon Değişiklikleri: Doğum ağrısı tidal hacimde ve dakika ventilasyonunda belirgin bir artışa yol açan güçlü bir solunumsal uyarandır. Buna bağlı

olarak oluşan hiperventilasyon sırasında arteriyel karbondioksit basıncı gebelikteki normal seviyesi olan 32 mmHg'den 16-20 mmHg'ya hatta 10-15 mmHg'ya düşebilirken, pH'da 7.55-7.60'a kadar yükselebilir. Uterusun gevşemesi sırasında ise hipoventilasyon olur ve parsiyel oksijen basıncı düşer. Sonuç olarak aralıklı hipoksemi oluşur.^{56,57}

Endokrin Etkiler: Aktif doğum sırasındaki şiddetli ağrı, endişe ve stres sonucu adrenal düzeyinde %300-600, noradrenalin düzeyinde %200-400, kortizol düzeyinde de %200-300 artışa neden olur. Bunun yanında doğum sırasında beta endorfin, beta lipotropin ve adrenokortikotrop hormon düzeylerinde de doğum öncesine göre 4-10 kata varabilen artışlar görülür. Tiroid stimulan hormon (TSH) miktarı ise sabit kalır.^{56,57}

Kardiyovasküler Etkiler: Doğum sırasında kardiyak debideki progresif artış birinci devrenin sonlarında ve ikinci devrede %40-50, hatta bazı olgularda %100'e ulaşabilir. Bu kontraksiyon sırasında uterustan 250-300ml kanın dolaşıma katılması yanında, pelvis ve alt ekstremitelerden venöz dönüşün artmasına bağlıdır. Bununla birlikte ağrı anksiyete ve doğumun fiziksel eforuna bağlı olarak oluşan sempatik blokaj da bu artışa katkıda bulunur. Uterus kontraksiyonları, analjezi uygulanmadığın da, sistolik ve diyastolik basınçta 20-30 mmHg'lık artışa neden olurlar. Kalp debisi ve kan basıncı artışı sol ventrikülün işini önemli miktarda artırır. Bu artış sağlıklı gebelerde iyi tolere edilirken kalp hastalığı, preeklampsi, esansiyel hipertansiyon, pulmoner hipertansiyon ve anemi gibi durumlarda tolere edilemez.^{56,57}

Metabolik ve Diğer Etkiler: Doğum ağrısı ve anksiyete nedeni ile doğumun birinci ve ikinci devrelerinde serbest yağ asitleri ve laktat düzeyleri önemli derecede artar. Sempatik aktivitedeki artış, metabolizma ve oksijen tüketimini arttırırken, gastrointestinal sistem ve mesane motilitesini azaltır.⁵⁶⁻⁵⁷

Psikolojik Etkiler: Şiddetli doğum ağrıları, gebenin ruh sağlığını bozan ciddi ve

uzun süreli rahatsızlıklara yol açabilir. Doğumun psikolojik cephesi “korku, gerginlik, ağrı” üçlüsü ile tanımlanır. Doğumun neden olduğu bu korku, gerilim ve ağrı uterus aktivitesini azaltarak doğum süresini uzatabilir. Geç travayda anne, ne kadar sıkıntıya maruz kalırsa, doğum süresi o kadar uzar ve anormal fetal kalp hızı ve sezaryen riski artar.^{56,57} Ayrıca kontrol altına alınmamış şiddetli doğum ağrısı erken veya geç postpartum depresyona zemin hazırlayabildiği gibi ileriki dönemlerde cinsel ilişki ile negatif düşünceler oluşmasına da neden olabilmektedir.⁵⁸

Uterus Aktivitesi Üzerine Olan Etkileri

Ağrı ve stres, kortizol ve katekolamin sekresyonunun artması yoluyla uterus kontraktilesini azaltarak yada arttırarak doğumun süresini etkileyebilir. Noradrenalin uterus aktivitesini artırırken, adrenalin ve kortizol azaltır. Bazen ağrı ve anksiyete, düzensiz uterus kontraksiyonlarına neden olur.⁵⁷

Fetüse Etkileri

Kontraksiyonlar sırasında hiperventilasyon maternal-fetal oksijen transferini bozar, kontraksiyonlar arasındaki maternal hipoventilasyon ise maternal ve fetal hipoksemiye neden olabilir.⁵⁷ Doğumda kontraksiyonun en güçlü olduğu dönemde intervillöz mesafede kan akımının azalması, plasental gaz değişiminde geçici bir azalmaya yol açar. Bu durum ağrının neden olduğu hiperventilasyon ile daha da ilerler ve oluşan ciddi solunumsal alkaloz, anneden fetüse oksijen geçişinin azalmasına yol açar.^{53,56} Uterin gevşeme sırasında maternal hipoksemi; umbilikal vazokonstriksiyon sonucu umbilikal kan akımında azalmaya, noradrenalin ve kortizol artışına bağlı uterus kan akımının düşmesine neden olur. Uterus aktivesinde bir artma olduğunda, bu zararlı etkilerle birleşerek fetal hipoksi, hiperkapni ve asidoz gelişebilir. Sonuç olarak maternal metabolik asidoz fetüse geçerek, onun kord kompresyonu, prolapsus ve diğer obstetrik komplikasyonların neden olduğu asfiksiden daha çok zarar görmesine yol açabilir.^{56,57}

2.2.1.5. Doğum Ağrısına Ebelik Yaklaşımı

Doğum eyleminde anne fiziksel yönden olduğu kadar duygusal yönden de hazır ve desteklenmiş olmalıdır. Yapılan araştırmalar, annelerin doğuma ilişkin yeterli bilgilerinin, eş ya da yakınların desteği olduğunda ve profesyonel bakım aldıklarında olumlu, mutlu ve sağlıklı bir doğum geçirdiklerini göstermiştir.^{44,55} Gebenin hazırlanması, ilaçların uygulanması sırasında ve sonrasında hastanın bakımına katılan ebe daha sıklıkla ağrısı ile başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleri uygulamaktadır.⁵⁹

Ebe, ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrı kontrolünde ebenin rolünü diğer ekip üyelerinden ayıran özellik; ebenin hasta ile diğer ekip üyelerinden daha uzun süreli birlikte olması, hastanın önceki ağrı deneyimlerini ve baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedavisini uygulaması, sonuçların izlenmesi ve empatik yaklaşımıdır. Ağrı kontrolüne yaklaşımda sağlık profesyonellerinin kültürel alt yapıları ve kendi ağrı deneyimleri etkili olabilmektedir.⁵⁹ Ebe ağırlı gebeye olan tutumunu değerlendirmeli, terapatik bir tutum oluşturmak için ağrı konusunda kendi duygu ve inançlarını tanımalıdır. Gebenin ağrısı tanımlanmasını sağlamalı, ağrının şiddetinin belirlemeli ve ağrı kontrolünde ne tür yöntemler kullanılacağına katılımı sağlanmalı, ağrıdan söz etmeyen hastaların ağrısız olduğu düşünülmemelidir.^{59,60}

2.2.2. Stres

Stres, beden işlevleri ile çevre arasındaki çatışma sonucu fizyolojik sistemlerde ortaya çıkan bir savunmadır.⁶¹ Cannon, stresi acil durum tepkisi olarak tanımlamıştır. Stresin fizyolojisi üzerine önemli araştırmalarda bulunmuş olan Selye⁶¹, stresli bir durumla karşılaşan bireyin vücudunda belirli değişiklikler olduğunu belirtmiş ve bu

değişiklikleri “Genel Uyum Sendromu” adını vermiştir. Stresör, strese neden olan ve stres durumunu arttıran bir ajan, faktör ya da organizmanın uyumunu gerektiren durumlardır. Stresörler rol değişimi, eşin ölümü, ayrılık gibi dış kaynaklı olabileceği gibi menopoz, gebelik, suçluluk duygusu gibi iç kaynaklı da olabilir. Stresörler biyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ya da bu etmenlerin birleşiminden oluşabilir. Stres gibi stresörlerin algılanışı da bireyseldir.²⁰

2.2.2.1. Stres Kaynakları

Stres çevreden yada kişinin kendinden kaynaklanabilir. Dış koşullar ve zorluklar strese yol açarken, bizim davranışlarımız ve tepkilerimiz de aynı şekilde stres yaratabilir ve gelecekteki stresli olayları hazırlar.^{20,61}

- Fizik Çevre: Hava kirliliği, gürültü, kalabalık, radyasyon, sıcak gibi.
- Çalışma Koşulları: Ağır ve baskı altında çalışma gibi.

Psiko-sosyal faktörler üçe ayrılır:

- Günlük Stresler: Evde işlerin aksaması, ağlayan çocuk, yanan yemek, ekonomik güçlükler gibi.
- Gelimsel Stresler: Doğumdan yaşlılığa kadar gelişim aşamalarında ortaya çıkan streslerdir. Menopoz, adölesan gibi.
- Durumsal Stresler: Ciddi hastalıklar, evlenme, boşanma, doğum sayılabilir.^{20,61}

2.2.2.2. Stresin Doğum Süreci ve Doğum Eylemine Etkisi

Doğum yapacak olan annede stres yaratan birçok durum söz konusudur. Ebeveynler çevresel faktörler yoluyla doğumu, olumsuz yani ağırlı, kanamalı ve tehlikeli bir durum olarak algılamaktadırlar. Bu nedenle annenin gebeliğinin son üç ayında stres düzeyleri artmaktadır.^{4,62} Doğum hemen hemen her toplumda heyecan yaratmakta olup bu durum doğum yapacak olan kadının etrafında heyecanlı, stresli

birçok kişinin bulunmasına neden olur. Doğum eylemini başlaması ile birlikte anne adayının stresi daha da artmaktadır. Kadının hastaneye gelmesi, bilmediği bir ortama girmesi, bilmediği tanımadığı bir ekip ile karşılaşması stresini arttıran faktörler arasındadır.^{4,62} Ayrıca ses, ışık, lavman, indüksiyon, monitörizasyon, yatağa bağımlı olmak gibi doğum müdahalelerinin her biri stresi arttırmakta olup kadının doğum eylemi süresince yalnız olması, kendisini desteksiz hissetmesi rahatsızlığını arttırmaktadır.^{4,62}

Doğum eylemi sırasında stres yaşayan kadında oksitosin salınımı azalır, adrenalini seviyesi artar. Bunun sonucu olarak uterus kontraksiyonları düzensiz ve etkisiz olur böylece doğum eylemi uzar ve zorlaşır. Stres endorfin salınımının azalmasına neden olması ile gebe daha fazla ağrı duyar.^{62,63}

2.2.3. Doğum Ağrısının Stres İle İlişkisi

Normal termde bir doğumun başlamasında hormonların fonksiyonu büyük olup doğum sürecini plasenta, fetal membranlar ve annenin endokrin sistemi aracılığı ile temel olarak fetüs sağlar. Ancak eğer annede stres varsa, anne ve fetüs tam olarak hazır olmadan doğum gerçekleşebilir. Stres durumunda hipotalamik aks uyarılır ve CRH salınmaya başlar. CRH da uterus kontraksiyonlarını uyararak doğumun başlamasına sebep olur.⁶⁴

Annedeki stres ile adrenal bezlerden salınan kortizolün seviyesindeki artış plental oksitosin ve plental CRH'nin artmasına neden olmaktadır. CRH ve buna bağlı değişimle sonrasında uterusun kontraksiyonu ve serviksin olgunlaşması sağlanarak doğum başlamış olur.⁶⁴

Literatüre bakıldığında 295 farklı gebe ile yapılmış bir çalışmada stresin doğum ağrısıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu görülmüştür.⁶⁵ Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde yaşanan stresin erken doğum riskini artırdığı belirtilmiştir.⁶⁶

Doğum sırasında kadınların yaşadıkları stresin ruhsal ve fiziksel boyutu, genel olarak insanlarda stresi tetikleyen ve uterin aktivite sonucu değişen epinefrin, kortizol, norepinefrin gibi hormonların düzeyleri ile de ilişkili olduğu söylenmiştir.^{67,68}

Doğum ağrısının şiddeti, gebelik dönemi kadar doğum ortamındaki değişikliklerle, doğum sırasındaki duygusal desteğin derecesi ile orantılı bir şekilde değişebilir. Psikolojik, fizyolojik değişkenler ve klinik etmenler doğum yapan kadınların ağrı algısı için önemli belirleyicilerdir. Korku, endişe, güven, zihinsel bakımdan hazır oluş kadındaki stresi etkileyerek, ağrı algısı ile kadının doğum ağrısı ile başa çıkabilme becerisini olumsuz etkiler.^{52,66}

2.2.4. Doğumdaki Strese Ebelik Yaklaşımı

Hemen hemen her gebe gebelik ve doğum sürecinde stres yaşamaktadır. Bu gibi durumlarda gebelere antenatal dönemde bireysel yada grup eğitimleri biçiminde danışmanlık ve doğuma hazırlık eğitimi ebeler tarafından verilmelidir. Doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların doğumda kendine güvenlerinin katılmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{62,69,70} Doğuma Hazırlık sınıflarına katılan kadınların doğum sürecindeki anksiyete seviyeleri sınıflara katılmayanlara göre daha düşük düzeyde olduğu görülmüştür.^{62,71} Ancak kadınların eğitim alsalar da baş etme becerilerini kullanabilmek için doğum süreci boyunca desteklenmeye gereksinimi vardır.^{62,72} Literatürde doğuma hazırlık sınıflarından destek alan kadınların alamayanlardan daha az ağrı hissettikleri belirlenmiş olup⁷¹ epidural anestezi kullanımının daha az olduğu saptanmıştır.⁷³

Gebeye destek vermek adına doğum süreci boyunca ebe doğum için huzurlu, saygılı, güven verici bir ortamı hazırlamalı ve gebe ile olumlu iletişimini kurmalıdır. Kadını doğumda sürekli destekleyerek kadının doğum süresince özgürce hareket etmesine izin vermelidir. Ebe doğumun kendiliğinden başlamasını bekleyip rutin

müdahalelerden kaçınarak spontan itmeye izin vermelidir. Doğum sonu anne ve bebeğin birlikte kalmasını sağlamalıdır.^{62,63,67,74}

Sonuç olarak doğum sürecinde olumlu bir ortam sağlanmalıdır. Ebe tarafından önceden hazırlığı ve eğitimi olan kadının doğum sürecini yaşamasına izin verilmelidir. Doğum eyleminde yer alacak olan ebe bu konuda çok iyi hazırlanmalıdır. Böylece kadın stresten uzak, kendi bedeni ve bebeğinin özgürce doğumu yaşamasına izin verebilir.

2.3. Emzirme

2.3.1. Meme Dokusunun Laktasyona Hazırlanması

Meme bezleri gebelik ve erken loğusalık döneminde anatomik ve fizyolojik değişikliklere uğrayarak bebeğin beslenmesi ve annedeki antikorların bebeğe iletilmesi için gerekli olan anne sütünü salgılar hale gelirler. Gebelik süresince östrojen, progesteron, plasental laktojenik hormon (HPL) ve human koriyonik gonadotropin (hCG) etkisiyle meme bezlerinin büyümesi ve gelişmesi sağlanır. Gebeliğin ikinci ayında östrojenin etkisiyle areola ve meme başı büyümeye başlar ve koyulaşır. Doğuma yakın memelere olan kan akımı yaklaşık iki katına çıkar. Kanalların, alveollerin dilatasyonu ve kısmen kolostrum ile dolmaları bağ dokusu ve miyoepitalyal hücrelerde hipertrofi, deri altı yağ dokusunda artma, sıvı elektrolit tutulumu sonucu memelerin hacminde ve her birinin ağırlığında 400 gr artış olmaktadır.^{20,75,76}

2.3.2. Süt Üretiminin Başlaması ve Sürdürülmesi

Süt yapımından öncelikle prolaktin hormonu sorumludur. Prolaktin düzeyleri gebelik boyunca yükselir. Doğumdan yani plasentanın ayrılmasından sonra prolaktin düzeyini baskılamakta olan östrojen ve progesteron düzeyi düşer ve süt yapımı başlar. Süt oluşumu ve süt salgılanması refleksleri emzirmenin sürekliliğinde önemli rol oynar. Emmenin başlaması ve meme başının uyarılması ile ön hipofizden salgılanan prolaktin hormonu, meme alveolar hücrelerinde süt sentezini gerçekleştirir. Arka hipofizden

salgılanan oksitosin hormonu ise alveol çevresindeki miyoepitelyal hücrelerin kasılmasına yol açarak, alveol boşluğundaki sütün kanalcıklara ilerlemesini sağlar. Oksitosinin süt kanalcıklarında genişlemeye yol açmasıyla kanalcık boyunca ilerleyen süt, areola altında bulunan laktifer sinüslerde toplanır ve meme ucuna açılan kanallardan salgılanır.^{20,75,76}

Doğumu izleyen, bebeğin en aktif olduğu ilk yarım saat içinde emzirmenin başlaması ve bebeğin isteğine bağlı olarak sık emzirilmesi, annenin sütüne güveni ve olumlu duygular içinde olması, bebeği ile bir arada kalması, süt oluşumu ve salgılanmasının, dolayısıyla emzirmenin sürekliliği için çok önemlidir. Doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirme, süt miktarındaki artışın gecikmemesi açısından önemli bir etmendir ve toplam emzirme süresini olumlu yönde etkilemektedir.^{76,77} Anne bebeğini emzirmez ise prolaktin hormonu 2-3 hafta içerisinde gebe olmayan bir kadındaki düzeylere iner. Yani prolaktin düzeyi bebeğin emmesi sırasında olduğu gibi, memenin dokunularak uyarılmasına yanıt olarak yükselir. Merkezi sinir sistemi hipotalamustan prolaktin inhibe edici faktör olan dopamini azaltarak veya çoğaltarak oksitosin salgısını kontrol eder. Bu nedenle gebelikte ve loğusalıkta emzirmeyi benimseyici tutum ve bebekle yakın ilişki kurma SSS üzerinde süt miktarını artırma yönünde olumlu etki yapar. Buna karşılık ağrı, stres, endişe ve emzirmenin gerçekleşmemesi süt miktarını azaltır.^{6,78,79}

2.3.3. Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Doğum şekli, bebeğin huzursuz, uykulu ve yorgun olması, bebeğin hastalık durumu (prematüre veya düşük doğum tartılı olması, sindirim sistemi ile konjenital anomalili olması gibi), doğum sırasında uygulanan anestezi bebeğe ait emzirmeyi etkileyen faktörlerdendir. Annenin demografik özellikleri (yaşı, eğitimi, sosyo-ekonomik kültürel düzeyi, kentsel veya kırsal alanda yaşam, çalışma durumu), parite,

stres, korku, annelik rolüne hazır olma durumu, bebek beslenmesi konusundaki bilgisi, madde ve ilaç kullanımı, hastalık durumu, tekrar hamile kalması, emzirme konusunda desteklenme durumu, meme başı enfeksiyonları, çatlakları, memede dolgunluk ve anomalileri ise emzirmeyi etkileyen anneye ait faktörler arasındadır. Korkunun hem doğum eylemine hemde laktasyona olumsuz etkisi bilinmektedir. Stresin doğumu başlatan oksitosin hormonuna müdahale ederek azalttığı¹⁰ doğum süresini uzatabildiği bu uzamanında, prolaktin düzeyinin düşmesine⁸⁰, laktasyonun geç başlamasına, anne ve bebekte yorgunluğa neden olarak emzirme sıklığında azalmaya neden olduğu saptanmıştır.^{11,81} Başka bir faktör olarak toplumun emzirmeye karşı tutumu, emzirme ile ilgili normlar, kültürel değişim, feminizm akımları, kadının özgürlük anlayışı, emzirme ile ilgili hastane politikaları ve ulusal sağlık politikaları, sağlık ekibi elemanlarının bu konudaki bilgi ve ilgi düzeyi, süt muadilleri ile ilgili yasanın yürürlüğe girmesi ve kitle iletişim araçları ise çevresel-toplumsal faktörler arasında yer almaktadır.^{82,83}

2.3.4. Türkiye’de Emzirme Durumu

Emzirme Türkiye’de oldukça yaygındır. TNSA-2013 verilerinde çocukların %96’sının bir süre emzirildiğini göstermektedir. Ancak, yine aynı araştırma sonuçlarına göre ilk ay içinde yalnız anne sütüyle beslenen bebek oranı %57.9’dur. Bu oran ikinci ayda %35.4’e, dördüncü ayda %9.5’e düşmekte; bebeklere ilk aylardan başlayarak anne sütünün yanında su ya da diğer ek besinlerin verildiği belirtilmektedir. TNSA-2008’de doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme %39, ilk günde emzirme ise %73 olarak bilinmektedir. TNSA-2013’te çocukların %50’sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde, %70’inin ilk günde emzirilmeye başlandığını göstermekte olup TNSA-2008’dekinden daha yaygındır.³³ Doğumdan sonraki ilk bir saatte emzirilme hastanede veya sağlık personeli yardımı ile doğan çocuklar arasında daha fazladır. Emzirmeye erken başlama kırsal alanlarda (%44) kentsel (%52) alanlara göre daha az

görülmektedir. Bölgeye göre bakıldığında, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirme oranı Doğu'da %39, Orta Anadolu'da %57, Batı Anadolu'da ise %61 ile en yüksektir.³³

Türkiye'deki ortalama emzirme süresi 16.5 ay olarak bildirilmiştir. Türkiye'de bebeklerin yaklaşık tamamının anne sütüyle besleniyor gibi görünmesine rağmen 4. aya gelindiğinde sadece anne sütüyle beslenen bebek oranı oldukça düşük rakamlara gerilemektedir.³³ Ortalama emzirme süresi de istenen düzeye ulaşmamaktadır. Emzirme Türkiye'de yaygın olmasına rağmen, çocuklarda sadece anne sütü ile beslenme TNSA-2008'de %42 iken, TNSA 2013'te %30'a düşmüştür, dolayısıyla sadece anne sütüyle beslenme önerildiği gibi yaygın olarak uygulanmamaktadır. Bu durum, bir ölçüde annelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgilerinin yeterli olmamasından kaynaklanmaktadır.⁷⁸ Ancak DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklerin anne sütünden en üst düzeyde yararlanabilmesi için ilk 4-6 ay yalnızca anne sütüyle beslenmelerini ve bu dönemden sonra ek besinler ile desteklenerek iki yaşına kadar anne sütüyle beslenmeye devam etmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalarda kadınların gebelik döneminde bebek beslenmesi konusunda en azından bir kez bilgi almak istedikleri, doğum sonu süreçte de bu bilgilerinin yinelenmesini bekledikleri ve anne sütüyle beslenme güçlüklerine neden olan faktörler arasında annelerin bu konuyla ilgili bilgi eksikliklerinin olmasının en ön sıralarda yer aldığı belirlenmiştir.^{77,78,84}

2.3.5. Ebeğin Emzirmedeki Rolü

Ebeler gebelik sürecinde daha çok eğitim verme, bakım verme ve danışmanlık rollerini kullanarak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerde annelere sağlık hizmeti vermekte ve annelerin emzirme uygulamalarını direkt olarak etkilemektedir.⁷⁷ DSÖ ve UNICEF "Emzirmenin Korunması, Özendirilmesi ve Desteklenmesine" ilişkin

olarak hazırladıkları ortak raporda ana-çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten ebelere emzirme konusunda annelerin gerekli bilgilerle donatılıp, desteklemesi görevini vermektedir.

Araştırmalar ebeler tarafından annelere verilen emzirme eğitimi ve danışmanlığı ile emzirme oranlarının arttığını ve emzirme süresinin uzadığını göstermiştir.^{85,86} Doğumda yapılan eğitim ve ilk altı ay boyunca devam eden izlemler bebeklerin yalnızca anne sütü ile beslenme sürelerini artırmaktadır. Eğitimin sürekli tekrarlanması ise sadece anne sütü ile beslenme alışkanlığının kazandırılmasını artırmaktadır.⁸⁷ Günümüzde ülkelerin ulusal emzirme politikalarının kapsamında da annelerin eğitim, öğretim ve desteklenmesinde görev alacak ebelerin yeterli bilgi ve becerilerle donatılmasına öncelik verilmiştir.⁸⁵ Duran'ın⁷⁷ aktardığına göre; Flint, doğum sonu erken dönemde annelere emzirmeye ilişkin bilgi ve destek sağlanmasında ebelerin dikkat etmesi gereken noktaları şu şekilde özetlemiştir.

- Emzirme iki kişi arasında özel olarak geçmesi gereken içgüdüsel bir ilişkidir.
- Doğumdan hemen sonra bebeği anneye vermeli ve emmesini sağlamalıdır.
- İlk emzirmede annenin yanında olmalıdır.
- Annenin nasıl hissettiği, bebeği tutma şekli, bebeğin pozisyonunu gözlemelidir.
- Tıbbi bir gereklilik olmadıkça bebeğe anne sütü dışında gıda vermemelidir.
- Anne ve bebeğin 24 saat bir arada kalmasını sağlamalıdır
- Yenidoğanın her istediğinde emzirilmesi sağlanmalıdır.
- Emzirmede ebeğin rolü fiziksel yardımın yanında cesaretlendirici liderliktir. "Çok iyi gidiyor değil mi?", "Bebeğini çok güzel emziriyorsun" gibi sözler söylenmelidir.
- Bebeğini sık emzirmesi için anne desteklenmelidir.

- Bebeğini emzirme yeteneği konusunda annenin güvenini azaltacak çevredeki her şey (su veya mama şişeleri gibi) uzaklaştırılmalıdır.
- Son olarak ebeler yapacakları uygulamaları her anne için kişisel yönden değerlendirmeli ve o doğrultuda uygulamalarını yönlendirmelidir.

2.4. Kortizol

2.4.1. Kortizolün Yapısı

Kortizol adrenal korteksten salgılanan çözünme özelliği olan, steroid halkası içeren bir moleküldür.⁸⁸ Elektrolit, karbonhidrat, protein ve lipid metabolizmasını etkileyerek fizyolojik dengelerdeki herhangi bir değişime karşı organizmayı koruyan defans hormonudur. Böbrek üstü bezi korteksinden, zona retikularis ve zona fasikulata tabakalarından salgılanır. Sekresyonu hipofiz ön lob hormonu olan ACTH tarafından kontrol edilir. ACTH'ın salınması ise hipotalamustan salınan CRH tarafından düzenlenir.⁸⁸

2.4.2. Kortizolün Etkileri

Kortizolün organizmada enerji metabolizması, elektrolit dengesi ve kan basıncının sürdürülmesi, stres yanıtı, hücrel çoğalma gibi birçok hayatsal faaliyetlerin düzenlenmesinde önemli roller bulunmaktadır. Proteinleri azaltarak aminoasitlerden karbonhidratların oluşmasını yani glikoneogenezi uyarır, periferik kas dokusundan yağları mobilize eder glikozun kas dokusuna alımını engelleyerek yüz boyun ve karında yağ birikimine neden olur. Sodyum tutulumu ve potasyum atılımına neden olur ve glomeruler filtrasyonu arttırarak diürez yapar.⁸⁹

2.4.3. Tükürük Kortizolü

Tükürük kortizolü serum kortizolünün 24 saatlik ritmi ile de uyum göstermektedir. Serbest kortizoldeki anlık değişiklikler, birkaç dakika içinde tükürük kortizol konsantrasyonuna yansımaktadır. Buna göre, 2-3 dakikalık bir örnekleme ile

elde edilen tükürükte saptanan kortizol düzeyi, plazma serbest kortizol düzeyini doğru bir şekilde yansıtmaktadır.⁹⁰

Dondurup çözünme işlemlerine karşı dayanıklı olan tükürük kortizolü, tükürük akış hızından etkilenmez. Yapılan çalışmalarda tükürük kortizolünün serum kortizolü ile yüksek oranda korelasyon gösterdiği bildirilmiş, bu nedenle tükürük kortizolünün serum kortizol değerleri hakkında bilgi sahibi olmak için kullanılabileceği öne sürülmüştür.⁹⁰ Tükürük kortizol ölçümü son yıllarda plazma kortizol ölçümlerine alternatif olarak ortaya konmuştur. Kolay elde edilebilme ve damar girişimi olmadığından stres faktöründen etkilenmeme avantajlarına sahip olup, serum kortizol düzeyi ile arasında güçlü korelasyon bildirilmiştir.^{90,91}

2.4.4. Kortizolun Sirkadiyen Ritmi

Kortizol salınımının ACTH ve CRH salınım episodları ile düzenlenen sirkadyan bir ritmi vardır. Kortizol salınımı sabah erken saatlerde en yüksek değerlere sahipken, akşamları en düşük değerlerine iner. Uykunun ilk saatleri ile düşmeye devam eder. Uykunun 3-5. saatlerinde kortizol düzeyi yükselmeye başlar ve 6-8. saatte en yüksek salgı episodları olur. Uyanma ile beraber kortizol düzeyi düşmeye başlar.^{92,93}

2.4.5. Gebelik ve Kortizol

Gebelikte son trimestre kadar fetal adrenal bezden önemli miktarda kortizol üretilmezken, fetal kortizol değerleri gebeliğin son haftalarında yükselir. Kortizolün plasental CRH sentezine uyarıcı etkisi olduğu gösterilmiştir. Kortizolün plasental CRH'yi uyarabilmesi, doğumda fetüsün plasentadan ayrılmasına kadar bitmeyen bir endokrin feed-forward (ileri-besleme) salınımının oluşmasını sağlar.⁶

Maternal plazma CRH düzeyleri ilk trimesterde düşüktür ve gebeliğin ortasından terme kadar artar. Gebeliğin son 12 haftasında, plazma CRH değerleri giderek artar, eylemde zirve yapar ve doğumdan sonra hızla düşer. Fetusun çeşitli komplikasyonlar

nedeniyle “stresli” olduğunun düşünüldüğü gebeliklerde, normal gebelikte görülenlerle karşılaştırıldığında CRH'nın konsantrasyonları fetal plazma, amniyotik sıvı ve maternal plazmada artmıştır. Bu CRH artışının kaynağı plasentadır.⁶ Örneğin plasental CRH içeriği preeklampsisi olan kadınların plasentasında normal gebeliklerdekinden dört kat daha fazladır. Normal gebelik sırasında plasental CRH üretimindeki böyle artışların ve komplike gebeliklerde plasental CRH'nın aşırı sekresyonunun, normal gebelikteki fetal adrenal kortizol sentezinin artışında rolü olabilir. Bu aynı zamanda stres altında olan yenidoğanların kordon kanında normalden fazla kortizol değerlerine neden olabilir.⁶

2.4.6. Kortizolün Laktasyon İle İlişkisi

Annenin doğumda yaşadığı korkunun, bebeğin ilk emzirme zamanını ve bebeğin emme gücünü etkileyebildiği düşünülmektedir. Laktogenezisin gecikmesinin nedenlerini belirlemek amacıyla Chapman ve Perez-Escamilla'nın yaptıkları çalışmada meme dolgunluğunun doğumdan sonra 72. saatten daha geç başlamasının nedenleri arasında vajinal doğumun ikinci fazındaki uzamalar yer aldığını belirtmişlerdir.¹⁰ Yine bir çalışmada¹¹ 40 kadının doğum eylemleri izlenmiş ve umbilikal kord ile annenin kanından örnek alarak stres hormonları incelenmiştir. Ayrıca anneler doğumdan sonra iki hafta boyunca izlenerek annelerden hem anne sütü örneği toplanıp hem de emzirme sıklıkları kayıt edilmiştir. Annelerin doğum sonrasında memede ilk dolgunluk hissettikleri zaman, doğumdan sonra 5. günde süt miktarı ve matür sütün göstergesi olan kazeinin anne sütünde ilk görüldüğü zaman incelenerek değerlendirilmişlerdir. Sonuç olarak doğum süresinin uzaması annede ve bebekte yorgunluğa neden olarak, laktasyonun geç başlamasına ve emzirme sıklığında azalmaya neden olduğunu saptamışlardır.¹¹

Grajeda ve Perez-Escamilla'nın¹⁷ primpar ve multipar annelerin kortizol düzeyleri ile laktasyon arasındaki ilişkiyi araştırdığı bir çalışmada Primipar annelerin

kortizol düzeyi multipar annelere göre iki kat daha yüksek olduğunu saptamıştır. Bunun sonucunda primipar annelerde multipar annelere göre laktasyonun 4-5 saat daha geç gerçekleştiğini belirlemişlerdir. Ayrıca multipar annelerin de kendi içerisinde kortizol düzeyi daha yüksek olanların daha düşük olanlara göre anlamlı olarak laktasyonun daha geç başladığını saptamışlardır.¹⁷

Kortizoldeki aşırı yükseklik stresin göstergesidir.⁹⁴ Laktogenezis için stresin rolünü anlamak önemlidir.⁹⁵ Neville ve Morton⁹⁶ stres ve laktasyon arasındaki ilişkiyi iki şekilde ifade etmişlerdir. Birincisi, annedeki stresin oksitosin hormonunu baskılayabileceğini düşünerek, süt salgılama refleksinde bozulmaya yol açmasıdır. Eğer süt salgılama refleksi sık sık bozulursa, memeden çıkan sütün miktarı azalacak ve yetersiz süt üretimine neden olacaktır. İkincisi ise stresin oksitosin hormonuna müdahalesi vajinal doğumun 2. fazının uzamasıyla yenidoğanda strese neden olabileceği gibi anne ve bebekte yorgunluk oluşabilir. Bu yorgunluk anne bebek arasındaki bağlanmayı geciktirir. Aynı zamanda uyku halindeki yenidoğanda emme isteğinde azalmaya neden olabilmektedir.

2.4.7. Kortizolün Doğum Ağrısı İle İlişkisi

Normal termdeki bir doğumun başlamasında hormonların fonksiyonu büyüktür. Bu süreci plasenta, fetal membranlar, annenin endokrin sistemi ve fetüs sağlar. Ancak eğer annede kronik stres var ise, anne ve fetüs tam hazır olmadan doğum gerçekleşebilir. Stres durumunda hipotalamik aks uyarılır ve CRH salınmaya başlar. CRH da uterus kontraksiyonlarını uyararak doğumun başlamasına neden olur.⁶⁴ Hipotalamustan salgılanan CRH, hipofiz ön lobundan ACTH salgılatır. Artan ACTH, adrenal korteksi uyararak kortizolün salınmasına neden olur.^{5,97} Adrenal bezlerden salınan kortizolün seviyesindeki artış oksitosin ve CRH'nın artmasına neden olmaktadır. CRH ve buna bağlı değişimle sonrasında uterusun kontraksiyonu ve serviksın

olgunlaşması sağlanır. Tüm bunların sonucunda doğum başlar.⁶⁴

Van Cauwenberge ve ark.'nin⁹⁸ yaptığı çalışmaya göre doğum sürecindeki korku, stresin kortizol seviyesinde belirgin artışa neden olduğunu bulmuşlardır. Kortizol, sempatik sinir sistemi aktivasyonu ile vücudu savunmaya hazırlar. Sempatik sistem devreye girince gözler dilate olur, solunum hızlanır, kalp atışları artar. Büyük damarlar kasılır ve organlara giden kan azalır. Tüm beden tehlike ile uğraşmaya başlar.^{5,97,99} Eğer stres, korku doğuma kadar çözümlenmez ise, doğumdan önce ya da doğum başladığında beden savunmaya geçer ve sempatik sistem devreye girerek stres hormonları salgılanmaya başlar.^{5,15,100} Tehlike anında kan, bedenin defans sisteminde rol alan organlara gider. Ancak uterus bedenin defans sisteminin bir parçası değildir. Bu nedenle uterusa giden arterler büzülür, daha az kan ve oksijen gitmeye başlar. Uterusa giden kan miktarındaki azalma plasental akımdaki oksijen seviyesinin azalmasına sebep olur.^{15,100} Kanın, dolayısıyla oksijenin azalmasıyla serviks gerginleşir ve sertleşir. Bu durum doğumun uzamasına yol açar. Uterusa oksijenin az gitmesi bebeğe de oksijenin az gitmesi fetusun distrese girmesi anlamına gelir ki bu durum gebeye tıbbi müdahale gereksinimini artırır.¹⁰⁰

Stres, aynı zamanda uterus kaslarının normal çalışma dengesini bozar. Uterusun uzunlamasına kasları (vertikal) dairesel kasları (sirküler) yukarı çekmek ister (dairese kasların yukarıya doğru çekilmesiyle serviks açılır). Fakat dairesel kaslar buna direnç gösterir. Bu durumda serviks gergin ve kapalı kalır. Bu iki kasın birbirine zıt çalışması ise doğumda ağrıyı oluşturur.^{4,99,101} Stres ve endişe durumunda artan kortizol, doğum sırasındaki kontraksiyonları tetikleyen oksitosin miktarında azalmaya, doğum eyleminin uzamasına, hatta durmasına neden olur. Doğumun ikinci evresi uzar. Uzayan doğum eylemi gebede doğumdaki stresi daha da artırır.^{99,100}

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı ve ileriye yönelik (longitudinal) olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 15 Kasım - 30 Aralık 2016 tarihleri arasında Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nde doğum salonunda bulunan gebeler üzerinde yapılmıştır. İlgili hastane, bölge hastanesi niteliğinde olması ve hasta yoğunluğu nedeniyle seçilmiştir. Hastane 150 yatak kapasitesine sahip olup; hastanede başhekim ve başhekim yardımcısı dahil 39 doktor, Sağlık ve Bakım Hizmetleri Müdür ve Müdür Yardımcısı dahil 52 hemşire ve 103 ebe görev yapmaktadır. Hastane, bütün sosyo-ekonomik statüdeki kadınlara hizmet vermektedir.

Doğumhane kadın doğum hastanesinin 1. katında, sezaryen servisi ve ameliyathane ile aynı katta hizmet vermektedir. Aynı zamanda bu katta hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenen bekleme salonu bulunmaktadır. Salonda hasta hakkında bilgilendirme için elektronik ekran mevcuttur. Doğumhanenin travay odası 5 yataklı olarak hizmet vermekte olup her yatağın arası perde ile ayrılmıştır. Doğum eylemi uygun görülen aralıklarla ebe tarafından izlenir ve gebenin doğumu gerçekleşene kadarki takibinin kaydı tutulur. Patolojik bir durumla karşılaşıldığında uzman doktor ebe tarafından bilgilendirilir. Travay odasında gözlem altına alınan gebenin serviks'i yeterince açıldığında doğum odasına alınır. Doğum odasında üç litotomi masası yan yana bulunmakta olup her masanın arası perde ile ayrılmıştır. Aynı zamanda doğum süreci için gerekli olan malzemeler (acil çantası, gerekli ilaç ve mayiler, USG, bebek radyant ısıtıcı ve yenidoğana acil müdahale için gerekli malzemeler, aşı dolabı, steril doğum seti ve el temizliği için lavabo, gerekli atık kutuları vb.) bulunur. Doğum esnasında doğum salonunun kapıları kapalı tutulup zorunlu

personel dışında doğum salonunda ve travay odasında hiç kimse bulundurulmaz. Doğum ebe tarafından yaptırılır patolojik bir durumla karşılaşıldığında görevli uzman doktora bildirilir. Doğum sonu gerekli evrakları hazırlanıp kaydı yapılan annenin kimlik tanımlayıcısı takılarak bebeği ile birlikte 7 yataklı erken postpartum odasına alınır. Annenin doğum sonrası bakım ve takibi, anne sütü ve emzirme konusunda eğitimi bu odada yapılarak izlem formuna kaydedilir. Gebelerin ve yeni doğum yapmış annelerin gerektiğinde kullanması için lavabo bulunmakta olup doğumhane içerisindeki her bölümde anne ve bebeği korumaya yönelik hijyenik kurallara dikkat edilir. Doğum yapmış olan anne duruma uygun şekilde bebeği ile birlikte personel ve ebe eşliğinde 2. Katta bulunan postpartum servisine transfer edilir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Erzurum ilindeki Nenehatun Kadın Doğum Hastanesine doğum için başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerine uyan gebeler oluşturmuştur.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmaya katılma konusunda gönüllü olmak,
- Ağız içinde aft, yara vb. bir durumu olmamak,
- Spontan gebe kalmış olmak,
- Multipar olmak,
- Vajinal doğum yapmak
- Riskli gebeliğe sahip olmamak,
- Sözel iletişim kurabilmek,
- Ulaşılabilen bir telefon hattına sahip olmak,
- Geçmişte/şimdi psikiyatrik bir hastalık geçirmemiş/geçiriyor olmamak,
- Gebeliğin miadında olup, sağlıklı bir fetüse sahip olmak.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için yapılan G-power analizinde (regressyon

analizi dikkate alınarak) 74 kişinin örnekleme alınması durumunda araştırmanın etki büyüklüğü 0.15, 0.05 hata payı ile çalışmanın gücünün 0.95 olacağı hesaplanmıştır. Toplam 74 kadın ile planlanan araştırma analizler, hastane ve telefon takip aşamalarındaki veri kayıpları nedeniyle 51 (%69) kadın ile tamamlanmıştır. Veri kayıpları; aktif fazdaki kadınların %14.8'i (11 kadın) pamuk silindiri dehidratasyon nedeniyle ıslatamamış olması, %10.8'i (8 kadın) kadın numune toplama saatinden 1 saat önce birşeyler içtikleri için, %5.4'ü (4 kadın) çalışmadan ayrılmak istedikleri için toplam 23 kadın araştırmanın dışında bırakılmıştır. (Şekil 3.2.) Araştırmaya herhangi bir finansal destek alınmadığı için çalışmaya yeni bireyler alınmamıştır. Ayrıca araştırma verilerinin analizinde parametrik testlerin uygulanması için örnekleme minimum 30 kişinin alınmasının yeterli olduğu literatürde belirtilmiştir.¹⁰² Çalışma bittikten sonra yapılan analizde çalışmanın gücünün 0.86 olduğu bulunmuştur.

3.4. Verilerin Toplanması

Veriler 15 Kasım-30 Aralık 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında; Kişisel Bilgi Formu, gebenin ağrı durumunu ölçmek için Vizüel Analog Skala (VAS), Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ), Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) ve annenin emzirmesini değerlendirmek için LATCH emzirme tanılama ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca tükürükte kortizol seviyesi belirlenmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve ölçekler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Form gebelerin; gebelik ve doğum öyküsüne ilişkin sosyo-demografik, laktasyona ve laktogenezis özelliklerini belirleyen Anket Formu-I, Anket Formu-II ve Anket Formu-III'den oluşmaktadır. Anket Formu-I kadınların tanıtıcı ve obstetrik özelliklerini; Anket Formu-II bebeğin kilosu, cinsiyeti, apgar skoru, doğum saati ve emzirmeye ilişkin bilgileri, vb. Anket Formu-III laktogenezisin başladığını gösteren meme semptomları, meme dolgunluğu, hassasiyeti, karıncalanma hissi ve

sızıntı şeklinde süt akıntısı vb. soruları içermektedir (Ek-2).

Vizüel Analog Skala (VAS): Price ve arkadaşları¹⁰³ tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek gebede doğum korkusunu ölçmek içinde kullanılabilir. VAS; ağrı yokluğu (0) ile başlayan, dayanılmaz ağrı (10) ile biten 10 cm uzunluğunda bir çizgiden oluşmaktadır. Hasta ağrısının şiddetini bu hat üzerinde uygun gördüğü yeri işaretler bu skala hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar.¹⁰⁴ (Ek-3)

Sözel Kategori Ölçeği (SKÖ): Basit Tanımlayıcı Ölçek olarak da adlandırılan Sözel Kategori Ölçeği hastanın ağrı durumunu tanımlayan en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan durumuna uygun olanı seçmesi istenir. Ağrının şiddetini tanımlamak için “hafif”, “rahatsız edici”, “şiddetli”, “çok şiddetli”, “dayanılmaz” kelimelerini kullanılmıştır.¹⁰⁴ (Ek-4)

Emzirme Puanlama Sistemi (LATCH): Jensen, Wallece ve Kelsay¹⁰⁵ tarafından geliştirilen LATCH Puanlama Sisteminin güvenilirliği, Türkiye’de Koyun¹⁰⁶ ile Yenal ve Okumuş¹⁰⁷ tarafından yapılmıştır. LATCH Puanlama Sisteminde her bir kriter için 0, 1, 2 puan verilmektedir. LATCH, emzirmeyi değerlendirmek ve gerekli durumlarda uygun girişimlerde bulunmak için beş özel kriter üzerine odaklanır. Bu kriterler;

L - (Latch); bebeğin memeyi kavramasını,

A - (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulmasını,

T - (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,

C - (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,

H - (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımcı tanımlar. (Ek-5)

Ölçekten elde edilen toplam puan ile emzirme değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 10’dur. Ölçekten düşük puan alınması

anneninin yardıma gereksinimi olduğunu gösterir. Puanlama anneninin emzirmesi ebe tarafından gözlenerek yapılır.

Algılanan Stres Ölçeği: Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) 1983 yılında Cohen, Kamarck ve Mermelstein¹⁰⁸ tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması 2013 yılında Eskin ve ark.¹⁰⁹ tarafından yapılmıştır. Toplam 14 maddeden oluşan ASÖ kişinin hayatındaki bazı durumların ne derece stresli algılandığını ölçmek için tasarlanmıştır. Katılımcılar her maddeyi “Hiçbir zaman (0)” ile “Çok sık (4)” arasında değişen 5’li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 7’si (4,5,6,7,9,10,13. sorular) tersten puanlanmaktadır. ASÖ-14’ün puanları 0 ile 56 arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin stres algısının fazlalığına işaret etmektedir. (Ek 6)

Verilerin Toplanması:

Araştırma verilerinin toplanmasında kullanılan Anket Formu-I ilgili hastanenin doğum salonuna kabul edilen gebelere araştırma hakkında bilgi verildikten sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Aktif fazda gebelere VAS, SKÖ, ASÖ uygulanmış ve Kortizol için numuneler alınmıştır. Anket Formu-II kadınlara doğum yaptıktan sonra loğusaların uygun olduğu bir zamanda sorulmuş ve ASÖ, VAS, SKÖ, LATCH, Laktogenezis belirtileri sorgulanmış ve Kortizol için numuneler tekrar alınmıştır. Anket Formu-III ise post-partum 2.-4. günlerde uygulanmıştır. Araştırmada verilerin toplanması Şekil 1’de gösterilmiştir.

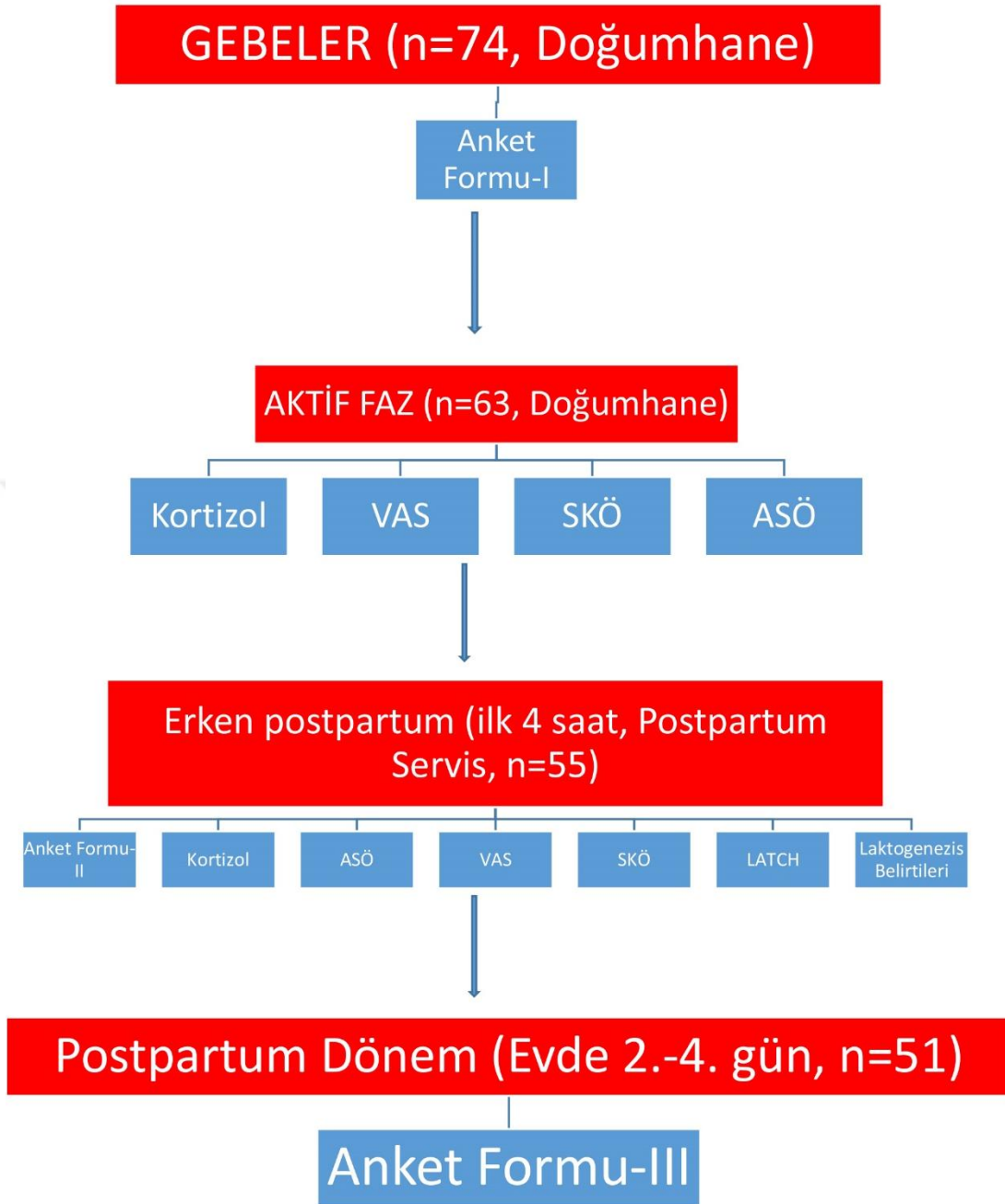
Tükürükte kortizol seviyesini belirlemek için Sarsted Salivette (tükürük kortizol tüpü) tüpü (Şekil 3.1.) kullanılmış olup hem eylemin aktif fazında hem de erken postpartum dönem (doğumdan sonraki 4. saatte) olmak üzere bir kadından iki kere tükürük numunesi alınmıştır. Numuneler eylemin aktif fazında gebede endişe ve terlemenin olduğu, kontraksiyonların sıklığının ve şiddetinin arttığı, dilatasyonun 7-8 cm’e ulaştığı zaman alınmıştır. Kullanılan kit 06687733-190 katalog numarasına sahiptir.



Şekil 3.1. Sarsted Salivette (Tükrük Kortizol Tüpü)

Ayrıca bu fazda gebelerin doğum ağrısını ölçmek için VAS ve SKÖ kullanılmıştır. Postpartum dönemde ise doğumdan sonraki ilk 4 saat içinde annenin rahat, konuşmaya meyilli olduğu, bebeğini emzirdiği sırada LATCH emzirme tanılama ölçeği ile emzirme başarısı değerlendirilmiştir. Emzirme sonrasında SKÖ’de annenin ağrı durumunu tanımlayan en uygun kelimeyi seçmesi, VAS’da ağrısının şiddetini belirtmesi istendikten sonra yaklaşık 8-10 dakika süren ASÖ de uygulanmıştır.

AKIŞ ŞEMASI



Şekil 3.2. Araştırma Akış Şeması

Anneler, tükürük örnekleme öncesindeki bir saat içinde dişlerini fırçalamamak, sigara içmemek ve su dışında herhangi bir şey yiyip içmemek konusunda bilgilendirilmiştir. Annelerden tüpten çıkarılan rulo pamuğun yaklaşık 3 dakika çiğneyerek, tükürük ile iyice doymuş hale getirmeleri istenmiştir. (Şekil 3.3.) Tükürük

emdirilen rulo pamuk plastik tüpüne alındıktan sonra üzerine tükürük numunelerinin alındığı saat, zaman ve annenin kimliğine uygun kayıt işlemleri yapılmıştır.



Şekil 3.3. Tükürük Numunesinin Alınması

Hastanede erken post-partum dönemde çalışmaya alınan loğusaların süt miktarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Fakat loğusalar süt sağdırma konusunda gönüllü olmadıkları için süt miktarı mililitre olarak değerlendirilememiştir. Bu nedenle laktogenezis değerlendirilmesi günlük telefon görüşmeleri ile yapılmıştır (Anket Formu-III). Laktogenezisin başladığını gösteren meme semptomları değerlendirme kriteri olarak kullanılmıştır. Değerlendirmeyi yaparken loğusalara “*S t n z geldi mi?, Memelerinizde dolgunluk hissediyor musunuz?, Memelerinizde ağırlaşma hissediyor musunuz?, Memelerinizde karıncalanma hissi var mı?, Memelerinizde ısı artışı var mı? Memelerinizde süt sızıntısı var mı?, Emme sırası/sonrası bebeğin ağzında sütün görülmesi var mı?, Memelerinizde hassasiyet hissediyor musunuz?*” soruları sorulmuştur. Bu sorulara olumlu cevap verenlerde laktogenezisin başladığı kabul edilerek loğusalara laktogenezisin başlama zamanı da sorulmuştur. Bu sorulardan en az 3 tanesine olumsuz cevap verenler için laktogenezisin başlamadığı düşünülüp günlük telefon görüşmeleri 3 gün devam etmiştir.

Laboratuvar İşlemleri

Tükürük numuneleri, Sarsted Salivette tüpü kullanılarak elde edildi; tüpte bir plastik tıpa, bir boru girişi, bir santrifüj tüpü ve bir pamuk silindir mevcuttur. Kadınlara, pamuk silindiri yaklaşık 3 dakika çiğneyerek, tükürük ile iyice doymuş hale getirmeleri istenmiştir. Tükürükle ıslanan silindir tüp içine yerleştirilmiştir. 4-6 saat boyunca buz torbasıyla soğutucuda bekletilerek laboratuara nakledilmiştir. Daha sonra plastik tüpler 30 dakika içerisinde 10000 rpm'de 4 dakika santrifüj edilerek elde edilen numune -20 ° C'de dondurulmuştur. Numuneler kortizol seviyesini analiz etmek için Roche Cobas E 601 modular cihazında ELISA metoduyla çalışılmıştır.

Tükürük kortizolü ölçmek için Sarsted Salivette tüpü kullanılmıştır. Elecsys Cortisol II, streptavidin immunoassay mikropartiküllü ve elektrokemilüminesans dedektörlü iki aşamalı bir sandviç immunoassay yöntemidir. Danazol ile bağlayıcı proteinlerden serbest bırakılan numunedeki endojen kortizol, biotinlenmiş antikordaki bağlanma yerleri için testteki rutenyum kompleksi ile işaretlenmiş ekzojen kortizol türeviyle yarışır. Sonuçlar, her bir cihazda özel olarak üretilen bir kalibrasyon eğrisi kullanılarak 2 noktalı bir kalibrasyon ve reaktif barkodla sağlanan bir ana eğri kullanılarak belirlenir. Test 1.5 1750 nmol/L veya 0.054 63.4 µg/dL duyarlılık alanına sahiptir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 21 istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdellik, ortalama, standart sapma ve pearson korelasyon, regresyon analizi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik kurulundan onay (EK-7) ve Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinin bağlı olduğu

Erzurum Kamu Hastaneleri Birliğinden resmi izin (EK-8) alınmıştır. Araştırmadaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de “Özerkliğe Saygı” ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın küçük bir örneklem grubunda yapılmış olması, multiparlarla çalışılmış olması, veri kayıplarının bulunması (dehidratasyon nedeniyle yeterli tükürük alınamaması, kadının numune vermeye istekli olmaması, laktogenezisin 3 gün takip edilmesi, telefonla bilgi alınması vb.) ve araştırmada finansal destek bulunamaması bu çalışmanın sınırlılığdır. Bu araştırmanın bulguları çalışma grubunda yer alan kadınlara genellenebilir.



4. BULGULAR

Tablo 4.1. Loğusaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş		
18-22	14	27.5
23-27	18	35.2
28 ve ↑	19	37.3
Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu	27	52.9
Lise mezunu	16	31.4
Üniversite	8	15.7
Meslek		
Ev hanımı	51	100.0
BKİ		
<18.5 (zayıf)	-	-
18.50 - 24.99 (normal)	12	23.5
≥ 25.00 - 29.99 (Toplu, hafif şişman, fazla kilolu)	31	60.8
≥ 30.00 (obez)	8	15.7
Yaşanılan Yer		
Şehir	25	49.0
İlçe+Köy	26	51.0
Eş Yaş		
20-24	10	19.6
25-29	10	19.6
30 ve↑	31	60.8
Eş Eğitim Durumu		
İlköğretim mezunu	15	29.4
Lise mezunu	15	29.4
Üniversite	21	41.2
Eş meslek		
İşçi	16	31.4
Memur	7	13.7
Serbest meslek	23	45.1
İşsiz	5	9.8
Aile Tipi		
Çekirdek	30	58.8
Geniş	21	41.2
Gelir Durumu Algısı		
Gelir giderden az	21	41.2
Gelir gidere denk	30	58.8
Sosyal Destek Alma Durumu		
Alan	49	96.1
Almayan	2	3.9
Destek Alınan Kişi (n=49)		
Eş	35	71.5
Aile (Anne, baba, kardeş, kayınvalide)	11	22.4
Arkadaş	3	6.1

Araştırma kapsamına alınan loğusaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı incelendiğinde, kadınların çoğunun 28 yaş ve üstünde (%37.3), ilköğretim mezunu (%52.9) ve ev hanımı olduğu (%100), BKİ'nin $\geq 25.00 - 29.99$ (Toplu, hafif şişman, fazla kilolu) olduğu (%60.8), ilçe ve köyde ikamet ettiği (% 51.0), eşlerinin yaşının 30 ve üstü olduğu (%60.8), eşlerinin üniversite mezunu (%41.2) ve eşlerinin serbest meslek sahibi olduğu (%45.1), çekirdek aile yapısına sahip oldukları (%58.8), gelirlerini giderlerine denk gördükleri (%58.8), sosyal destek aldıkları (%96.1) ve destek aldıkları kişinin eşlerinin olduğu (%71.5) belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Loğusaların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Gebelik Sayısı		
1	28	54.9
2	15	29.4
3 ve ↑	8	15.7
Gebelik Haftası		
38	16	31.4
39	18	35.3
40	10	19.6
41	7	13.7
Yaşayan Çocuk Sayısı		
2	17	33.3
3	11	21.6
4	23	45.1
Gebeliğin Planlanma Durumu		
Evet	37	72.5
Hayır	14	27.5
Önceki Gebeliklerde Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan	13	25.5
Yaşamayan	38	74.5
Yaşanan Sorun		
Düşük/ Düşük tehdidi	10	76.9
Erken doğum/Erken doğum tehdidi	3	23.1
Bu Gebelikte Sorun Yaşama Durumu		
Yaşayan	16	30.0
Yaşamayan	35	70.0
Yaşanan Sorun		
Düşük/ Düşük tehdidi	9	56.2
Erken doğum/Erken doğum tehdidi	7	43.8

Tablo 4.2. (Devamı)

Özellikler	Sayı	Yüzde
DÖB Alma Durum		
Alan	48	94.1
Almayan	3	5.9
Bebğin Kilosu		
2501-3000 gr.	25	49.0
3001-4000 gr.	21	41.2
≥4001 gr.	5	9.8
Bebğin Cinsiyeti		
Erkek	29	56.9
Kız	22	43.1
1. dk APGAR Skoru		
8	4	7.8
9	47	92.2
5. dk APGAR Skoru		
8	1	2.0
9	39	76.5
10	11	21.5
Doğum Eylemini Zor Bulma Durumu		
Evet	35	68.6
Hayır	16	31.4
Doğum Ağrısından Korkma Durumu		
Korkan	44	86.3
Korkmayan	7	13.7
Doğum eyleminden korkma durumu		
Evet	36	70.6
Hayır	15	29.4
Emzirme Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Alan	41	80.4
Almayan	10	19.6
Bilgi Alınan Kişi		
Yakın çevre, arkadaş ve aile büyüklerinden	19	47.5
Doktor ve Ebelerden	22	52.5
Alınan Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu		
Bulan	35	85.4
Bulmayan	6	14.6
Emzirmeyi Düşünme Durumu		
Düşünen	51	100.0
Düşünmeyen	-	-
Emzirmeyi Düşünülen Süre		
1-12 ay	6	11.7
12-18 ay	42	82.4
24 ay ve ↑	3	5.9
İlk emzirme zamanı		
Hemen	20	39.2
1 saat içinde	19	37.3
2 saat içinde	8	15.7
4 saat içinde	4	7.8
Emzirme Süresi		
5-10 dakika	47	92.2
11-20 dakika	4	7.8

Loğusaların obstetrik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; kadınların yaklaşık yarısının ilk gebelikleri olduğu (%59.4), üçte birinin 39. gebelik haftasında bulunduğu

(%35.3), yaşayan çocuklarının dört adet olduğu (%45.1), gebeliklerini planladıkları (%72.5), önceki gebeliklerinde sorun yaşamadıkları (%74.5), sorun yaşayanlarda da düşük/ düşük tehdidi olduğu (%76.9), mevcut gebeliğinde düşük/düşük tehdidi gibi sorun yaşadıkları (%56.2) ancak çoğunluğunun sorun yaşamadığı (%70.0) ve doğum öncesi bakımı aldıkları (%94.1) belirlenmiştir. Ayrıca araştırma kapsamına alınan loğusaların bebeklerinin kilolarının 3001-4000 gr olduğu (%41.2), cinsiyetlerinin erkek (%56.9), 1.dk apgar skorunun 9 (%92.2), 5.dk apgar skorunun da 9 (%76.5) olduğu saptanmıştır. Loğusaların doğum eylemini zor buldukları (%68.6), doğum ağrısından (%86.3) ve doğum eyleminden (%70.6) korktukları, emzirme hakkında doktor ve ebelerden (%52.5) bilgi aldıkları (%80.4) ve alınan bilgiyi yeterli buldukları (%85.4), bebeklerini emzirmeyi düşündükleri (%100), emzirme sürelerinin 12-18 ay olacağı (%82.4), ilk emzirmeye hemen başladıkları (%39.2) ve emzirme sürelerinin 5-10 dakika olduğu (%92.2) belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.3. Sözel Kategori Ölçeği ve VAS'ın Puanlarının Dağılımı

Periyot	SKÖ	VAS
Aktif faz	4.29±0.57	9.21±1.04
Postpartum	1.29±0.50	1.37±0.60

Sözel kategori ölçeği (SKÖ) ve vizüel analog skala (VAS)'nın puanlarının dağılımı Tablo 4.4'te görülmektedir. Gebeler aktif fazda sözel kategori ölçeğinden 4.29±0.57 puan aldığı vizüel analog skaladan 9.21±1.04 puan aldığı görülmüştür. Loğusaların postpartum dönemde sözel kategori ölçeğinden 1.29±0.50 puan aldığı vizüel analog skaladan 1.37±0.60 puan aldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Kortizol Değerlerinin Dağılımı

Periyot	Kortizol
Aktif faz	2.59±2.70
Postpartum	2.22±1.81

Numunelerin alınma saatleri ve kortizol değerlerinin dağılımı Tablo 4.3'te verilmiştir. Gebelerin aktif fazdaki kortizol değeri 2.59 ± 2.70 olup loğusaların postpartum dönemdeki kortizol değeri 2.22 ± 1.81 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. LACTH Emzirme Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Min-Max Değerler	Puan ortalaması
LACTH	3-10	6.56 ± 1.64
Aktif Faz ASÖ	43-54	48.13 ± 4.09
Postpartum ASÖ	31-54	41.41 ± 5.78

LACTH emzirme ölçeği ve algılanan stres ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.5'te verilmiştir. Araştırma kapsamındaki loğusaların LACTH emzirme ölçeğinde en düşük 3 en yüksek 10 puan aldığı ve puan ortalamasının 6.56 ± 1.64 olduğu saptanmıştır. Aktif fazda loğusaların algılanan stres ölçeğinden ise en düşük değer 43 en yüksek değer 54 olup puan ortalaması 48.13 ± 4.09 olduğu görülmüştür. Yine loğusaların postpartum dönemde algılanan stres ölçeğinden en düşük değer 31 en yüksek değer 54 olup puan ortalaması 41.41 ± 5.78 olduğu görülmüştür (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. Loğusaların Laktogenezis Meme Semptomlarının Postpartum Günlere Göre Dağılımı

Semptomlar	1. gün (n=55)		2. gün (n=51)		3. gün (n=51)		4. gün (n=51)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Sütün gelme durumu								
Evet	2	3.6	21	41.2	48	94.1	51	100.0
Hayır	53	96.4	30	58.8	3	5.9	-	-
Memelerde dolgunluk hissetme durumu								
Evet	3	5.5	47	92.2	47	92.2	51	100.0
Hayır	52	94.5	4	7.8	4	7.8	-	-
Memelerin ağrılaşma durumu								
Evet	3	5.5	46	90.2	49	96.1	51	100.0
Hayır	52	94.5	5	9.8	2	3.9	-	-

Tablo 4.6. (devamı)

Semptomlar	1. gün (n=55)		2. gün (n=51)		3. gün (n=51)		4. gün (n=51)	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Memelerde ısı artışı								
Var	3	5.5	48	94.1	49	96.1	51	100.0
Yok	52	94.5	3	5.9	2	3.9	-	-
Süt sızıntısı								
Var	-	-	3	5.9	47	92.2	49	100.0
Yok	55	100.0	48	94.1	4	7.8	2	-
Emme sırası/sonrası bebeğin ağızında sütün görülmesi								
Evet	-	-	4	7.8	42	96.1	49	100.0
Hayır	55	100.0	47	92.2	9	3.9	2	-
Memelerde hassasiyet varlığı								
Var	3	5.5	21	41.2	51	100.0	51	100.0
Yok	52	94.5	30	58.8	-	-	-	-

Araştırma kapsamına alınan loğusaların postpartum günlere göre laktogenezis meme semptomları incelendiğinde; birinci gün loğusaların neredeyse tamamının laktogenezis meme belirtilerinin olmadığı görülmüştür. İkinci gün loğusaların yaklaşık yarısında meme belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Üçüncü ve dördüncü günde ise loğusaların tamamına yakınında meme belirtileri gözlenmiştir.

Tablo 4.7. LACTH Yordayıcısı Olarak Kortizol, VAS, ASÖ'nün Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonucu

Dönem	Değişken	R	R ²	B	β	Standart Hata	t	p
AKTİF FAZ	Sabit	0.42		6.29	0.29		21.22	0.00
	Kortizol		0.17	-0.25	0.08	-0.42	-3.25	0.00
	Sabit	0.07		6.43	0.34		18.70	0.00
	VAS		0.01	-0.36	0.12	-0.39	-3.00	0.00
	Sabit	0.07		4.69	1.77		2.64	0.01
	SKÖ		0.01	0.21	0.41	0.07	0.52	0.60
POSTPARTUM	Sabit	0.22		6.05	2.79		2.16	0.03
	ASÖ		0.01	-0.01	0.05	-0.02	-0.15	0.88
	Sabit	0.39		6.43	0.34		18.70	0.00
	Kortizol		0.15	-0.36	0.12	-0.39	-3.01	0.00
	Sabit	0.08		5.33	0.52		10.18	0.00
	VAS		0.01	0.21	0.34	-0.08	0.62	0.53
POSTPARTUM	Sabit	0.13		5.05	0.65		7.77	0.00
	SKÖ		0.01	0.44	0.46	0.13	0.94	0.34
	Sabit	0.52		11.58	1.40		8.24	0.00
	ASÖ		0.27	-0.14	0.03	-0.52	-4.28	0.00

Yapılan analiz sonucunda aktif fazdaki kortizol ve VAS'ın LACTH'ın anlamlı ve negatif yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Ayrıca postpartum dönemdeki kortizol ve ASÖ'nün LACTH'ın anlamlı ve negatif yordayıcıları olduğu bulunmuştur (Tablo 4.7). Aktif fazdaki kortizol seviyesi, LACTH'daki toplam varyasyonun %17'sini, VAS ise %01'ni açıklamaktadır. Postpartum dönemdeki kortizol seviyesi LACTH'daki toplam varyasyonun %15'ini, ASÖ %27'sini açıklamaktadır.



5. TARTIŞMA

Gebelerde doğum eylemi sırasında yaşanan ağrı ile stresin ve tükürükteki kortizol seviyesinin emzirme başarısına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Gebelerin aktif fazdaki kortizol değerlerinin postpartum dönemdeki kortizol değerlerine göre yüksek olduğu tespit edildi. (Tablo 4.3) Cheng ve Pickler¹¹⁰ yaptıkları çalışmada, doğum öncesi ve postnatal dönemdeki annelerin, prenatal dönemde kortizol düzeylerinin postpartal dönemdeki kortizol düzeylerine göre anlamlı derecede yüksek olmasına rağmen, stres ortalamasının her iki dönemde yüksek puanlara sahip olduğunu saptadı. Kortizol, hipotalamo-hipofiz-adrenal (HHA) aksının son ürünüdür ve fetal gelişim için gereklidir.¹¹¹ Iliadis ve ark.¹¹² çalışmalarında postpartum dönemde depresif belirtiler göstermeyen kadınlarda akşam ölçülen kortizol değerini ortalama 1.19 nmol/L olarak belirlemişlerdir. Tükürük kortizol düzeyleri, bireyler arasında ve farklı durumlar veya testler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Bu farklılık, kortizol değeri ve stres sonrası hormon salgılanmasının zaman seyri açısından gözlemlenebilir.¹¹³ Thayer ve ark.¹¹⁴ çalışmalarında gebeliğin son trimestirindeki kadınlar arasında kortizol düzeylerinin belirgin olarak daha yüksek olduğunu, ancak daha sonra emzirme döneminde gebelik öncesi seviyelerinin altında olduğunu saptadı. Çalışmalar arasındaki kortizol değerleri açısından farklılığın çalışılan gruptan kortizol örneklerinin alınma saatleri olarak düşünülmektedir. Ayrıca postpartum dönemdeki kortizol değerlerinin aktif faza göre daha düşük olmasının nedeni kadının doğum eyleminin aktif fazında yaşadığı strese bağlı olduğu varsayılmaktadır. Bu farklılıklar muhtemelen, kortizolün, doğumun beklenmesi sırasında fetal olgunlaşmayı koordine etmede yardımcı olmadaki önemli rolünü açıklayabilir daha spesifik olarak, postpartum dönemde bebeğin, anne sütüyle yüksek maternal kortizole maruziyetini sınırlandıran veya transferinden korunmasını sağlayan bir mekanizma olması olasıdır.

Çalışmada gebenin ağrı durumunu tanımlayan SKÖ'ye baktığımızda kadınların aktif fazdaki puanı postpartum dönemdeki puanının 3.3 katı kadardır. Aynı zamanda ağrının VAS değerlendirmesinde kadınların aktif faz puanı postpartum dönemdeki puanının 6.7 katı kadardır. (Tablo 4.4) Çalışma bulgularını destekler nitelikte İpek¹¹⁵ çalışmasında kontrol grubundaki kadınların doğumun aktif fazında VAS ölçeğinden ortalama 8.20 ± 1.28 puan aldıkları; Almeida ve ark.¹¹⁶ çalışmasında kontrol grubundaki gebelerde ağrı düzeyinin aktif fazda 6.88 olduğu bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ölçülen ağrı düzeyleri literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada annelerin LATCH toplam puan ortalamaları genel olarak değerlendirildiğinde; alınan puanların 3 ile 10 arasında değiştiği ve ortalamasının 6.56 ± 1.64 olduğu belirlenmiştir. (Tablo 4.5) Araştırmamızda LATCH emzirme ölçeği puan ortalaması orta değerde seyretmiştir. Bağlar'ın¹¹⁷ çalışmasında annelerin emzirme başarısı LATCH emzirme tanılama ölçeğiyle 3 gün değerlendirilmiş, 1. gün emzirme başarısı puan ortalaması 6.32 ± 1.88 , 2.gün 7.25 ± 1.73 , 3.gün 7.51 ± 1.62 olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada annelerin üç günlük toplam emzirme davranışı puan ortalamaları 6.98 ± 1.88 olarak bulunmuştur.¹¹⁷ Çelebioğlu ve ark.¹¹⁸ yaptıkları çalışmada, annelerin emzirme davranışı puan ortalamalarının 7.2 ± 1.8 olduğunu belirlemişlerdir. Bu sonuçlar yapılan çalışmamızın bulgusuyla paralellik göstermektedir. Hong Kong'da yapılan bir çalışmada annelerin LATCH puan ortalamalarını 8.3 olduğu saptanmıştır.¹¹⁹ Emzirme başarısının değerlendirildiği başka bir çalışmada başarı puanı 8.4 ± 1.77 olarak bulunmuştur.¹²⁰ Bölükbaşı ve Şanlıer'in¹²² çalışmasında annelerin emzirme başarısı ortalama puanı 9.0 ± 1.26 'dır. Belirtilen bu çalışmalarda ise ölçek puan ortalamasının araştırma bulgusundan yüksek olduğu görülmektedir.

Başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin sayısı oldukça azdır. Bu durum annelere verilen emzirme eğitiminin etkili olmayışı, tek seferde verilmesi ve

tekrarlanmamasından kaynaklanabilir. Doğumdan sonraki dönemde annenin başarılı bir emzirme süreci geçirmesi, emzirmeye başlaması ve sürdürmesi için öncelikle kendi bedensel ve ruhsal sağlığının yerinde olması önemlidir.¹²² Annede yeterli süt salınımının olması, meme ile ilgili problemlerin olmaması, bebeğin yeterli emme refleksinin olması, sık emzirme ve emzirme süresinin uygun olması başarılı emzirmenin gerçekleşebilmesi için önemlidir.¹²³ Bebeğin sadece anne sütü ile beslenmesindeki başarı; annenin emzirmeye yönelik düşüncesi, bebeğin ve annenin sağlık durumu, doğduktan sonraki ilk saatlerde ve günlerdeki beslenme durumundan etkilenmektedir.¹²⁴ Yapılan çalışmalarda ve araştırmamızda annelerin emzirme başarısının istenen düzeyde olmaması düşündürücüdür. Zhu ve ark.¹²⁵ yaptıkları çalışmada Asyalı kadınlarda doğumdan sonraki ilk 3 gün içerisinde laktasyon başlama oranını %9.8 olduğunu belirledi. Hruschka ve ark.¹²⁶ Guatemalalı kadınlarda bu oranı %10-11.7 ve Dewey ve ark.¹²⁷ Amerika Birleşik Devletleri'ndeki kadınlarda %22-35 olarak bildirmiştir. Ülkeler arasında gecikmiş laktasyon görülme sıklığındaki değişim, etnik çeşitliliklere veya kültürel farklılıklara bağlanabilir. Son trimesterde yaşanan stresli olayların, etnik ve kültürel farklılıkların laktasyon başlamasında gecikmeye neden olduğu ve başarılı emzirme davranışını dolaylı olarak etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca annelerin doğum sonu emzirme davranışı puanlarının istenildiği düzeyde olmamasının, gebelik döneminde annelerin emzirme konusunda etkin ve sürekli bilgilendirilmemesinden ve annelerin doğum sonu taburculuk sonrası evlerinde emzirme konusunda yeterince desteklenmemesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu nedenle annelerin ev ziyaretleri yoluyla emzirme konusunda desteklenmeleri büyük önem taşımaktadır.

Aktif fazda loğusaların algılanan stres ölçeğinin en düşük değer 43 en yüksek değer 54 olup puan ortalaması 48.13 ± 4.09 olduğu görülmüştür. Yine loğusaların postpartum dönemde algılanan stres ölçeğinin ise en düşük değer 31 en yüksek değer 54

olup puan ortalaması 41.41 ± 5.78 olduğu görülmüştür. Doğum eylemindeki başarı, doğum ağrısı ve stresle baş etme davranışlarının geliştirilmesi ve uygulaması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Tanglakmankhong ve ark.'nın çalışmasında doğum eyleminde öz-yeterlilik ve hastaneye yatmadan önceki doğum ağrısı algısının anksiyete üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada; prenatal anksiyetenin doğum ağrısı ve servikal dilatasyon arasındaki ilişkinin doğum eyleminde önemli bir unsur olduğunu saptamıştır.¹²⁸ Lowe sağlıklı primipar kadınlarda korku düzeyi yüksek olan gebelerin yüksek düzeyde çaresizlik, düşük kontrol etme yeteneği ve düşük özsaygıya sahip oldukları belirlenmiştir. Doğum korkusu yüksek düzeyde olan çoğu gebenin, doğum sırasında kontrolünü kaybetme ve doğum ağrısını yüksek düzeyde hissettikleri belirlenmiştir.¹²⁹ Saisto ve ark.¹³⁰'nin çalışmasında doğum korkusu yaşayan kadınların korku yaşamayanlara göre doğumda ağrıya toleranslarının azaldığı, daha çok ağrı deneyimlediklerini saptamışlardır. Benzer olarak Saisto¹³¹, doğum korkusu olan kadınların, korku yaşamayanlara göre doğumlarının ilk ve ikinci fazlarının daha uzun sürdüğünü, doğum deneyimlerinden daha az memnun olduklarını saptamıştır. Doğum eylemi gebelerce merak edilen bir olay olup bu durumun gebelerde bilinmezlikten kaynaklı bir korku ve strese yol açabildiği, doğuma yönelik bilgi eksikliği, doğumdaki stresin oluşmasında önemli olduğu düşünülebilir. Cleeton¹³², yaptığı çalışmada doğuma yönelik bilgi eksikliğinin korku oluşmasına neden olduğunu tespit etmiştir.

Çalışmada hem aktif fazda hem de postpartum dönemde annelerden alınan tükürükteki kortizol seviyeleri ile LATCH emzirme başarı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. (Tablo 4.7) Yapılan analiz sonucunda aktif fazdaki kortizol seviyesinin LACTH'ın anlamlı ve negatif yönde bir yordayıcısı olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde postpartum dönemdeki kortizol ve ASÖ'nün LACTH'ın anlamlı ve negatif yönde birer yordayıcısı

olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre Standardize edilmiş (β) katsayısı ve t değerleri incelendiğinde aktif fazdaki kortizolün ve postpartum dönemde ASÖ'nün LATCH'ın anlamlı bir yordayıcısı olduğu söylenebilir.

Grajeda ve Perez-Escamilla'nın¹⁷ yapmış olduğu çalışmada 136 primipar ve multipar annelerin doğum eyleminden önce, sırasında ve sonrasında tükürükteki kortizol düzeylerini değerlendirmişlerdir. Primipar annelerin tüm ölçümlerde kortizol düzeyinin multipar annelere göre iki kat daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bunun sonucunda primipar annelerde multipar annelere göre laktasyonun 4,5 saat daha geç gerçekleştiği belirlenmiştir. Ayrıca multipar annelerin de kendi içerisinde kortizol düzeyi daha yüksek olanların daha düşük olanlara göre anlamlı olarak laktasyonun daha geç başladığını saptamışlardır. Chen ve ark.¹¹, 40 kadınla gerçekleştirdikleri benzer bir çalışmada doğum süresinin uzaması annede ve bebekte yorgunluğa neden olarak, laktasyonun geç başlamasına ve emzirme sıklığında azalmaya neden olduğunu saptamışlardır. Tu ve ark.¹³³ çalışmasında biberonla bebeğini besleyen multipar anneler emziren anneler ile karşılaştırıldığında uyandığında ve öğleden sonra saat 16:00'da alınan örneklerde kortizol konsantrasyonunun daha yüksek olduğu saptandı. Öğleden sonra 16:00'daki kortizol salgılanmasındaki artışın artan algılanan strese bağlı olabileceğini varsayılmaktadır. Literatürdeki çalışma bulguları postpartum dönemde algılanan stres düzeyi ile emzirme başarısı arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir.

Stres ve laktasyon arasındaki negatif ilişki uzun yıllardır kabul edilmiştir¹²⁷, ancak insanlarda doğum eylemi süresince stresin laktasyon başlangıcındaki etkisini inceleyen az sayıda çalışma yapılmıştır. Chapman ve Pe'rez-Escamilla¹⁰ planlı olmayan sezaryen doğumunun ve uzun süreli vajinal doğumun laktasyonun başlamasındaki gecikme için risk faktörleri olduğunu göstermiştir. Chen ve ark.¹¹ uzamış doğum eylemi süresi, anne tükenmesi, stres hormonlarının artması, emzirme sıklığının azalması ve

gecikmiş laktasyon başlangıcı arasında bir ilişki bulmuşlardır. Sirkadiyan ritm hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aksının son ürünü olan kortizolün sekresyonunu değiştirebilir. Aslında, normal olarak sabahın erken saatlerinde doruğa ulaşan ve gün içinde yavaş yavaş azalmakta olan kortizol sekresyonu, gün içinde meydana gelen akut stresörlere yanıt olarak önemli ölçüde artabilir.¹³¹ Grajeda ve Pérez-Escamilla¹⁷ yaptıkları çalışmada doğum ve doğum eylemi sırasındaki anne stresi ile gecikmiş laktasyon başlama zamanı arasında pozitif bir ilişki tespit ettiler. Stres, temel olarak fiziksel, fizyolojik (örneğin, ağrı ve tükenme) veya duygusal (örn., anksiyete) nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir.¹²⁷ Stres, kortizol seviyesini artırmakta, ayrıca annenin süt miktarını olumsuz yönde etkilemektedir. Yetersiz süt miktarı annenin emzirme başarısını ve laktogenezisi olumsuz yönde etkiler. Çalışmada aktif fazdaki kadınların kortizol seviyeleri ile LATCH değerleri arasındaki negatif ilişki literatür bilgilerini destekler niteliktedir.

Doğum, stresle ilgili hormonları etkileyen ve kadın hormon profilinde değişikliklere neden olan stresli bir olaydır. Ayrıca başarılı laktasyonun, fizyolojik-hormonal faktörlerinin yanı sıra, laktasyonun başlangıcını etkileyebilecek psikolojik ve sosyal faktörlere bağlı olduğu da bilinmektedir. Stresli bir doğum eyleminin, laktasyonun başlangıcındaki gecikmeye ve yenidoğanın emme reflekslerindeki sorunlara bağlı olabileceği görülmektedir.¹³⁴ İnsanlarda laktogenezis ile potansiyel olarak ilişkili birçok faktör vardır. Doğum şekli, geçmiş doğum deneyimleri, beden kitle indeksi, sigara içme durumu, anksiyete ve stres gibi anneye ait biyolojik faktörler olabildiği gibi sosyal destek, emzik kullanımı ve emzirme deneyimi gibi davranışsal faktörler laktogenezis ile ilişkilidir. Anne ve bebeğe ait çeşitli faktörler laktogenezisi etkileyebileceği için, stresin etkilerini diğer değişkenlerden ayırmak çoğu zaman mümkün değildir. Örneğin doğum şekli (vajinal ve sezaryen, elektif veya acil sezaryen),

doğum süresi, zorluğu ve doğum sancılarının kullanımı birbiriyle güçlü şekilde ilişkilidir. Maternal ve/veya fetal stres bu üç değişkenden herhangi birini tetikleyebilir veya bunlardan kaynaklanabilir. Bu da laktogenezisi olumsuz etkiler. Laktogenez bozulduğunda, yetersiz süt hacmine yol açar. Laktogenez ile ilgili zorlukların çoğunluğu anne tarafından yeterli motivasyon ve uygun emzirme yönetimi ile çözülebilmeye rağmen, birçok anne bu dönemde onlara yardımcı olacak yeterli laktasyon rehberliğine ve desteğe erişememektedir. Bu nedenle, laktasyonun başlatılmasında karşılaşılan problemler, uzun süreli ek beslemelerin kullanılmasına veya emzirmenin tamamen terk edilmesine neden olabilir. Bu nedenle, laktogenez döneminde stresin rolünü anlamak önemlidir.¹²⁷

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum eylemi sırasında yaşanan ağrının, stresin ve kortizol seviyesinin emzirme başarısına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmadan şu sonuçlar elde edilmiştir:

- Gebelerin aktif fazdaki kortizol değerlerinin postpartum dönemdeki kortizol değerlerine göre yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Kadınların sözel kategori ölçeği ve VAS'dan aldıkları puanlara göre aktif fazdaki ağrı tanımlarının postpartum dönemden yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Annelerin LACTH emzirme ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının orta düzeyde olduğu görülmüştür.
- Algılanan stres ölçeğinin yetersiz özyeterlilik ve stres/rahatsızlık algısı ortanca değerden yüksek seyrettiği görülmüştür.
- Aktif faz ve postpartum dönemde annelerden alınan tükürükteki kortizol seviyeleri ile LATCH emzirme başarı ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.
- LACTH'ın aktif fazdaki kortizol ve VAS ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.
- LACTH'ın postpartum dönemdeki kortizol ve ASÖ ile anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur.
- Kadınların aktif fazdaki kortizol seviyeleri ile LATCH değerleri arasında negatif ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Aktif fazda annelerin daha yoğun stres yaşadığı ve bu stresin laktasyonu ve bebeğin emme davranışını olumsuz etkilediği saptanan çalışmamızda emzirmeyi daha başarılı bir şekilde sürdürebilmek için doğum eylemi sürecinde kadınların yaşadığı belirsizlik, korku, endişe ve anksiyeteleri ile baş edebilmeleri için sağlık profesyonellerinden destek almaları gerekmektedir.

Verilen profesyonel destek ile düşük özyeterlilikteki kadınların kontrol duygusunu ve ağrı ile baş etmelerini geliştirerek olumsuz doğum deneyimi yaşamalarını önleyebilir ve doğum ağrısını düşük düzeyde hissetmeleri sağlanabilir. Ayrıca annelerin içinde bulunduğu durumun stresiyle başa çıkmada kullandığı yöntemler işlevselleştirilip etkili biçimde başa çıkabileceği söylenebilir.

Doğum eylemi süresince kadınların fiziksel ve duygusal gereksinimleri karşılanarak annelik rolüne adaptasyonu kolaylaştırılabilir. Sağlık profesyonelleri antenatal izlemleri sırasında gebeyi doğuma iyi bir şekilde hazırlarsa, doğum sırasında gerekli olan fizyolojik ve psikolojik desteği ve doğumun hemen sonrasında emzirmenin başlamasını sağlarlarsa toplumun sağlığını korumada önemli olan emzirmenin gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesi için önemli katkı sağlamış olacaklardır.



KAYNAKLAR

1. Aksoy AN. Doğum korkusu: literatür değerlendirmesi. *Ordu Tıp Dergisi*, 2015, 2:161-165.
2. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the wdeq: a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *journal of psychosomatic obstetric gynecology. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 1998, 19:84-97.
3. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery*, 2009; 25:155-62.
4. Dick-Read G. *Childbirth Without Fear: The Principles And Practice of Natural Childbirth*, second edition. UK, Pinter & Martin Ltd, 2004.
5. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. *Anormal Psikoloji*, 1.Baskı. İstanbul, Kaktüs Yayınları, 2013:283-286
6. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Doğum. İçinde: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A. (Editörler). *Williams Jinekoloji Obstetrik*, 23. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2013:150-170
7. Lagercrantz H, Slotkin TA. The 'stress' of being born. *Sci Am* 1986; 254: 100-107
8. Krug EC, Rogol AD, Jarvis WD. Prolactin secretion by human chorion-decidua in vitro: influences of mode of delivery and agents that modify-prostaglandin synthesis. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 38-42
9. Chatterton RT, Hill PD, Aldag JC. Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: influence of stress. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 3661-3668.
10. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Lactogenesis stage II: hormonal regulation, determinants and public health consequences. *Recent Res Dev Nutr* 2000; 3:43-63.

11. Chen DC, Nommsen-Rivers L, Dewey KG, Lönnerdal B. Stress during labor and delivery and early lactation performance. *Am J Clin Nutr* 1998; 68: 335-44.
12. Tatarlar A, Tokat AM. Vajinal doğum sürecinde yaşanan korku laktasyonu/emzirmeyi etkiler mi?, *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2015; 1: 40-3
13. Duran S. Ebe Ve Hemşirelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
14. Yılmaz Z. Fetal Distresin Kordon Kanı Kortizol ve Prolaktin Seviyelerine Etkisi. Bakırköy Doğumevi Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, 2005.
15. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119:1238-46.
16. Neville M, Morton, J. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatric Clinics of North America* 2001; 48: 35–52.
17. Grajeda R, Perez-Escamilla R. Stress during labor and delivery is associated with delayed onset of lactation among urban guatemalan women. *J Nutr* 2002; 132:3055-60.
18. Tatarlar A, Tokat MA. Vajinal doğum sırasına yaşanan korkunun laktasyona, emzirme davranışlarına ve ilk emzirme sonuçlarına etkisi. *TAF Prev Med Bull* 2016; 15:83-91
19. Zlatnik F. Normal Doğum Eylemi ve Doğum. İçinde: Erez S (editör). *Obstetrik ve Jinekoloji*, 1. Baskı. İstanbul, Çevik Matbaacılık, 1997:105-128.
20. Taskın L. Doğum Eylemi. İçinde: Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 11.Baskı. Ankara, Sistem Ofset, 2012: 275-303

21. Pritchard SA, Macdonald PC, Gand NF. Travay fizyolojisi. İçinde: Yılmaz D, Aydemir V (editörler). *Williams Doğum Bilgisi*, 17. Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 1989: 371-399
22. Russell P, Biswas K. Normal Eylem ve Doğumun Seyri. İçinde: Martin L.(ed), Çeviri Edit. Saracoğlu F. *Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teshis & Tedavi*, cilt 1. Ankara, Barış Kitabevi, 1994: 236-265
23. Arısan K. *Propedötik Kadın Doğum*, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, 1997: 397-415
24. Mamuk R. Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne ve Ağrıya Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
25. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı (No:2-B) Ankara, 2005.
26. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK, Gilstrap CL, Hauth CJ, Wenstrom DK. *Williams Doğum Bilgisi*, 21. Baskı, 1. Cilt. İstanbul, Nobel Matbaacılık, 2005.
27. Berkiten A. Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulatılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.
28. Pernol LM, Pernol B. Doğum. İçinde: Ayhan A, Bozdağ G (Editörler). *Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı*. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002.
29. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan İkinme Tekniğinin Anne Ve Fetüs Üzerindeki Etkileri. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2005.

30. Ling EF, Duff P. Doğum. İçinde: Ceylan Y (Editör). *Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler*, 1.Cilt. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2006.
31. Çelik NY. Normal Eylem ve Doğum. İçinde: Williams Doğum Bilgisi El Kitabı, Önderoğlu SL (Çeviri Editörü). *Williams Manual of Obstetrics*, Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. 21.Baskı. Ankara, Güneş Kitabevi, 2004: 121-137.
32. Özçerezci Ö, Kavlak O. Doğum. İçinde: Sevil Ü, Ertem G (Editörler). *Perinotoloji ve Bakım*, 1.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 326-328
33. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdları Enstitüsü, Ankara, 2003, 2008, 2013.
34. Şahin NH. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2: 93-98.
35. Okumuş F, Sohbet R. Antenatal care before caesarean section in rural Turkey. *British Journal of Midwifery* 2013; 21:32-39.
36. Borlu A. Kayseri Kentsel Alanda Seçilmiş Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Şekli Konusunda Düşünce ve Davranışları. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2008.
37. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008;1: 54-59.
38. Beydilli ED. *Ebeliğin Dünü ve Bugünü*, 1. Baskı. Ankara, Alter Yayıncılık, 2013.
39. Beyinli G. *Elleri Tılsımlı, Modern Türkiye’de Ebelik*, 1.Baskı. Ankara, Ayizi Yayınları, Şubat 2015.
40. Balsoy GE. *Kahraman Doktor İhtiyar Acuzeye Karşı*, 1.Baskı. İstanbul, Can Sanat Yayınları, Eylül 2015.
41. Hader CF, Guy J. Your hand in pain management. *Nursing Management* 2004; 35: 21-28.

42. Aslan EF. Ağrı. İçinde: Karadakovan A, Aslan EF (Editörler). *Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım*, 4.Baskı. Adana, Nobel Matbacılık, 2017.
43. Karabulutlu Ö. Doğum ağrısında kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasion Journal of Science* 2014; 1: 43-50
44. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Kullanılan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2001.
45. Ergin AB. Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulanan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2005.
46. Ceylantekin Y. Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2006.
47. Ertem G, Sevil Ü. Doğum ağrısı ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005; 8:117-123.
48. Mucuk S, Başer M. Doğum ağrısını hafifletmede kullanılan tensel uyarılma yöntemleri. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009; 12: 61-66.
49. Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının kontrolünde hemşirelik yaklaşımı, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7: 14-19.
50. Çelik BJ. Obstetrik Analjezi ve Anestezi. İçinde: Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A (Editörler). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1.Baskı. Ankara, Güneş Kitapevi, 2006: 111-119.
51. Moralar GD, Türkmen ÜA, Altan A. Doğum analjezisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2011; 27: 5-11.

52. Öztürk H. Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
53. Kömürcü N, Ergin AB. Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Kömürcü, N, Ergin AB (Editörler). *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*, 1.Baskı. İstanbul, Bedray Basın Yayıncılık, 2008: 57-120.
54. Kuğuoğlu S. Ağrı Algısını Etkileyen Faktörler. İçinde: Aslan FE (Editör). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1.Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 52-60.
55. Gençalp NS. Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Nöroloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1998.
56. Erdine S. Obstetrik Olgularda Rejyonel Anestezi. İçinde: Güldoğan F, Gürkan Y. (Editörler). *Rejyonel Anestezi*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2013: 323-327.
57. Şahin Ş. Doğum Ağrısının Mekanizması. İçinde: Şahin Ş, Owen MD. (Editörler). *Ağrısız Doğum ve Sezaryende Anestezi*, 1.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2005: 13-27.
58. Mamuk R, Gençalp NS. Vajinal doğumda perineye sıcak uygulamanın perine bütünlüğü ve ağrıya etkisi. *International Journal of Human Sciences* 2013; 10: 48-66.
59. Aslan FE, Badır A. Ağrı kontrol gerçeği: hemşirelerin ağrının doğası, değerlendirmesi ve geçirilmesine ilişkin bilgi ve inançları. *Ağrı* 2005; 17: 44-51.
60. Aslan FE. Ağrıya İlişkin Yanılgılar. İçinde: Aslan FE (Editörler). *Ağrı Doğası ve Kontrolü*, 1.Baskı. İstanbul, Avrupa Tıp Kitapçılık, 2006: 5-35.
61. Baltas A, Baltas Z. Stres ve İnsan. İçinde: Baltas A, Baltas Z (Editörler). *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 24.Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2008: 23-95

62. Samiye M. Stres hormonlar ve doğum arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2013; 6: 93-98
63. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN* 2007; 37: 94-105
64. Latendresse G. The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health* 2009; 54: 8–17.
65. Waldenstrom U, Borg I, Ollson B. The childbirth experience: a study of 295 new mothers. *Birth* 1996; 23: 144-153.
66. Özer GH. Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin üniversitesi, 2004.
67. Chan EC, Smith R, Lewin T, Brinsmead MW, Zhang HP, Cubis J, Thornton K, Hurt D. Plasma corticotropin-releasing hormone, beta-endorphin and cortisol inter-relationships during human pregnancy. *Acta Endocrinologica* 1993; 128: 339-344.
68. Alehagen S, Melin B, Lundberg U, Wijma K. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2005; 26: 153-165.
69. Crowe K, Baeyer CC. Predictors of a positive childbirth experience. *Birth* 1989; 16: 59-63.
70. Koehn ML. Childbirth education outcomes: An integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education* 2002; 11: 10-19.
71. Okumuş H, Mete S, Yenal K, Aytur T, Demir N. Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisinin incelenmesi. *Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi* 2002; 8: 771-775.
72. Spiby H, Henderson B, Salde P, Escott D, Fraser RB. Strategies for coping with labour: Does perinatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing* 1999; 29: 388-394.

73. Strurrock WA, Johnson JA. The relationship between education classes and obstetric outcomes. *Birth* 1990; 17: 82-85
74. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN* 2007; 37: 94-105.
75. Öztürk R, Sevil Ü. Yenidoğan Beslenmesi. İçinde: Sevil Ü, Ertem G (Editörler). *Perinotoloji ve Bakım*, 1.Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016: 527-536
76. Aslan E, Dinç H. Yenidoğanın Adaptasyonu ve Bakım. İçinde: Beji KN (Editör). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2017: 495-498
77. Duran S. Ebe Ve Hemşirelerin Anne Sütü Ve Emzirme Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebeklerini Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi. Tıp Fakültesi Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 2008.
78. Şahin G. Emziren Annelerin Emzirme İle İlgili Bilgi, Uygulama Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, 2008.
79. Okumuş H, Mete S. *Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık/ Sağlık Profesyonelleri için Rehber*, 2. Baskı. İstanbul, Deomed Yayıncılık, 2014.
80. Chatterton RT, Hill PD, Aldag JC. Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: Influence of stress. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 3661-3668.
81. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of Nutrition* 2001; 131: 3012S-3015S.
82. Alp H. Çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve ilişkili faktörler. *Güncel Pediatri* 2009; 7: 45-52.

83. Cömert G. Doğum Sonu Dönemde Emzirme Özyeterliliği Ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2011.
84. Şahin NH, Cangöl E. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014; 45: 100-5.
85. Onbaşı Ş, Duran R, Çiftdemir NA, Vatansever Ü, Acunas B, Süt N. Doğum Öncesi Anne Adaylarına Verilen Emzirme Ve Anne Sütü Eğitiminin Emzirme Davranışları Üzerine Etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2011; 46: 75-80.
86. Bolat F. Uslu S. Bolat G. Bülbül A. Arslan S. Çelik M. Cömert S. Nuhoğlu A. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi* 2011;11: 5-13.
87. Üstüner F, Bodur S. Bebeklerde aylık izlem ve hemşire tarafından annenin pekiştirici emzirme eğitimi ile ilk altı ay yalnızca anne sütü verme arasındaki ilişki. *Genel Tıp Dergisi* 2009; 19: 25-32.
88. Arafah BM. Review: hypothalamic pituitary adrenal function during critical illness: limitation of current assessment methods. *The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2006; 91: 3725-3745.
89. Yılmaz Z. Fetal Distresin Kordon Kanı Kortizol ve Prolaktin Seviyelerine Etkisi. Bakırköy Doğumevi Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bakanlığı, 2005.
90. Dorn LD, Lucke JF, Loucks TL, Berga SL. Salivary cortisol reflects serum cortisol: analysis of circadian profiles. *Ann Clin Biochem* 2007; 44: 281-284.
91. Dickmeis T. Glucocorticoids and the circadian clock. *J Endocrinol* 2009; 200: 3-22.
92. Weitzman ED, Fukushima D, Nogeire C, Roffwarg H, Gallagher TF, Hellman L. Twenty-four hour pattern of episodic secretion of cortisol in normal subjects. *J Clin Endocrinol Metab* 1971; 33: 14

93. Young EA, Abelson J, Lightman SL. Cortisol pulsatility and its role in stress regulation and health. *Front Neuroendocrinol* 2004; 25: 69-76.
94. Kroger M. Impact of birthing practices on breastfeeding. *USA: Jones and Bartlett Publishers* 2004: 119-142, 165-176.
95. Rathfisch G. *Doğal Doğum Felsefesi*, 1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi; 2012: 78-106.
96. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis: the transition from pregnancy to lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 35-52.
97. Çakar L, Şahin G, Yermen N. Otonom Sistemi Fizyolojisi. İçinde: *Tıbbi Fizyoloji*, Ateş N (Çeviri Editörü). *Textbook of Medical Physiology*, Guyton AC, Hall JE. 20. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2002: 248-252.
98. Van Cauwenberge JR, Hustin J, Demey-Ponsart E, Sulon J, Reuter A, Lambotte R, et al. Changes in fetal and maternal blood levels of prolactin, cortisol, and cortisone during eutocic and dystocic childbirth. *Horm Res* 1987; 25: 125-31.
99. Bülbül G. *Doğal Doğum*, 1.Baskı. İstanbul, Hayygrup Yayıncılık, 2016: 165-187
100. Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: when fear of childbirth prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2013; 1: 1-18.
101. Mongan MF. Hypnobirthing Mongan Yöntemi, 4. Baskı. İstanbul, Gün Yayıncılık, 2016: 20-140
102. Sümbüloğlu V, Sümbüloğlu K. *Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri*. 7.Baskı. Ankara, Hatipoğlu Yayınları, 2017.
103. Price D, Patricia A, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain. *Pain* 1983; 17: 45-56
104. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2002; 6: 9-16

105. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *JOGNN*, 1994; 23: 27-32.
106. Koyun K. Latch Tanılama Ölçeğinin Kullanımı Ve Yenidoğan Emzirme Başarısını İnceleyen Bir Çalışma. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2001.
107. Yenal K, Okumuş H. Latch emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemarge*, 2003; 5: 38-44.
108. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24: 385-396.
109. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. Algılanan stres ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Güvenirlik ve geçerlik analizi. *New Symposium Journal*, 2013; 51:132-140
110. Cheng CY, Pickler RH. Maternal psychological well-being and salivary cortisol in late pregnancy and early post-partum. *Stress and Health* 2010; 26: 215-224.
111. Nathanielsz PW, Berghorn KA, Derks JB, Giussani DA, Docherty C, Unno N, Davenport A, Kutzler M, Koenen S, Visser GHA, Nijland MJ. Life before birth: effects of cortisol on future cardiovascular and metabolic function. *Acta Paediatrica* 2003; 92: 766-772.
112. Iliadis SI, Comasco E, Sylven S, Hellgren C, Poromaa IS, Skalkidou A. Prenatal and postpartum evening salivary cortisol levels in association with peripartum depressive symptoms. *PLOS ONE* 2015; doi.org/10.1371/journal.pone.0135471
113. Kudielka BM, Hellhammer DH, Wüst S. Why do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. *Psychoneuroendocrinology* 2009; 34: 2-18.

114. Thayer Z, Agustin S, Kuzawa CW. Circadian cortisol dynamics across reproductive stages and in relation to breastfeeding in the Philippines. *Am J Hum Biol* 2018; 30: 1-8
115. İpek A. Doğum Eyleminde Alt Sırt Bölgesine Uygulanan Derisel Terapi Yöntemlerinin Doğum Ağrısı Algısına Ve Doğumun Süresine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2014.
116. Almeida NA, De Sousa JT, Bachion MM, Silveira N De A. The use of respiration and relaxation techniques for pain and anxiety relief in the parturition process. *Latin American Journal of Nursing* 2005; 13: 52-58.
117. Bağlar D. Doğumdan Sonra LATCH Emzirme Puanı İle İlk 6 Aydaki Emzirme Durumu Arasındaki İlişki. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2008.
118. Çelebioğlu A, Tezel A, Özkan H. Bebek dostu olan ve olmayan hastanelerde emzirme durumunun karşılaştırılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006; 9: 12-19.
119. Lee CY, Ip WY. The efficacy of breastfeeding in chinese women with different intrapartum. *Hong Kong Journal of Gynaecology Obstetrics and Midwifery* 2008; 8: 13-20.
120. Yenal K, Tokat MA, Ozan YD, Çeçe Ö, Abalın FB. Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013; 10: 14-19.
121. Bölükbaşı H, Şanlıer N. Postpartum depresyonun annelerin emzirme başarısı, öz yeterliliği ve anne sütüne etkileri. *Türkiye Klinikleri J Nutr Diet-Special Topics* 2017; 3 :111-116.

122. Annagür BB, Annagür A. Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2012; 4: 279-292
123. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 7: 15-22.
124. Akyüz A, Kaya T, Şenel N. Annenin emzirme davranışının ve emzirmeyi etkileyen durumların belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6: 331-335.
125. Zhu P, Hao J, Jiang X, Huang K, Tao F. New insight into onset of lactation: mediating the negative effect of multiple perinatal biopsychosocial stress on breastfeeding duration. *Breastfeeding Medicine* 2013; 8: 151-158.
126. Hruschka DJ, Sellen DW, Stein AD, et al. Delayed onset of lactation and risk of ending full breast-feeding early in rural Guatemala. *J Nutr* 2003; 133: 2592–2599.
127. Dewey KG. Maternal and fetal stress are associated with impaired lactogenesis in humans. *The Journal of Nutrition* 2001; 131: 3012S-3015S.
128. Tanglankmankhong K, Lowe NK, Perrin NA. Childbirth self-efficacy inventory and childbirth attitudes questionnaire: Psychometric properties of Thai language version. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 3:193-203.
129. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2000; 21: 219-224.
130. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001; 80: 39-45
131. Saisto T. 2001. Obstetric, Psychosocial and Pain-Related Background and Treatment of Fear of Childbirth. <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/saisto/obstetri.pdf>. 01 Eylül 2018.

132. Cleeton ER. Attitudes and beliefs about childbirth among college students: Result of an educational intervention. *Birth* 2001; 28:192-201.
133. Tu MT, Lupien SJ, Walker CD. Diurnal salivary cortisol levels in postpartum mothers as a function of infant feeding choice and parity. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31: 812-824.
134. Dimitraki M, Tsikouras P, Manav B, Gioka T, Koutlaki N, Zervoudis S, Galazios G. Evaluation of the effect of natural and emotional stress of labor on lactation and breast-feeding. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2016; 293: 317-328.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Özge KARAKOYUNLU
Doğum tarihi:	01.11.1990
Doğum Yeri:	BURSA
Medeni Hali:	Bekar
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Gebze Fatih Devlet Hastanesi
Tel:	0535 8961907
Faks:	
E-mail:	ozge-karakoyunlu@hotmail.com
Eğitim	
Lise:	Sedat Karan Anadolu Lisesi
Lisans:	Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2009-2013)
Yüksek Lisans:	Ebelik Anabilim Dalı (2015-2018)
Doktora:	
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
	Türk Ebeler Derneği
İlgi Alanları ve Hobiler	

EK-2. ANKET FORMU-I

1. Yaşınız:

2. Aile Tipiniz:

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Diğer

3. Yaşadığınız yer:

a) Şehir b) İlçe c) Köy

4. Eğitim Durumunuz:

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite ve üzeri

5. Mesleğiniz:

a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Serbest meslek

6. Eşinizin Yaşı:

7. Eşinizin Eğitim Durumu:

a) İlkokul mezunu b) Ortaokul mezunu c) Lise mezunu d) Üniversite ve üzeri

8. Eşinizin mesleği:

a) İşçi b) Memur c) serbest meslek d) işsiz

9. Gelir durumunuzu giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

10. Gebelik sayısı:

a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 ve üstü

11. Yaşayan çocuk sayısı:

a) Yok b) 1 c) 2 d) 3 ve üstü

12. Bu gebelik planlı bir gebelik mi?

a) Evet b) Hayır

13. Daha önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a. Düşük/ Düşük tehdidi
- b. Erken doğum/Erken doğum tehdidi
- c. Preeklemsi/Eklemsi
- d. Diabet
- e. Diğer.....

14. Şimdiki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?

- a) Düşük tehdidi
- b) Erken doğum tehdidi
- c) Preeklemsi/Eklemsi

- d) Diabet
- e) Kalp hastalığı
- f) Diğer.....

15. Şimdiki gebeliğiniz sırasında doğum öncesi bakım aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

16. Şimdiki gebeliğiniz sırasında duygusal ya da fiziksel yönden destek aldınız mı?

- a) Evet (Kim:)
- b) Hayır

17. Doğum eylemi sizin için üstesinden gelmesi zor bir durum mudur?

- a) Evet
- b) Hayır

18. Doğum ağrısı çekmekten korkuyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Doğum olayı/eylemi sizin için korkulacak bir durum/olay mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

20. Bu gebeliğiniz süresince emzirme ile ilgili bilgi aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

21. CEVABINIZ EVET İSE: Bu gebeliğinizde emzirmeyle ilgili bilgileri nereden/kimden aldınız?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

- a) Kitap ve dergilerden
- b) Tv ve radyodan
- c) Yakın çevre ve aile büyüklerinden
- d) Doktor ve hemşirelerden
- e) Kendi deneyimlerim
- f) Diğer.....

22. Aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu?

- a) Evet
- b) Hayır

23. Bebeğinizi emzirmeyi düşünüyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır (neden belirtiniz.....)

24. Bebeğinizi ne kadar süre emzirmeyi düşünüyorsunuz ?

- a) 1-3 ay
- b) 3-6 ay
- c) 6-12 ay
- d) 12-18 ay
- e) 24 ay
- f) Diğer.....

25. Bebeğinizi doğumdan sonra ilk ne zaman emzirdiniz?

- a) Hemen
- b) 1 saat içinde
- c) 2 saat içinde
- d) 4 saat içinde

26. Bebeğinizi ne sıklıkta emziriyorsunuz?

- a) 15 dakikada bir
- b) Yarım saatte bir
- c) Saatte bir
- d) İki saatte bir
- e) Diğer.....

27. Bebeğinizi bir kerede ne kadar süre emziriyorsunuz?

- a) 5-10 dakika
- b)15-20 dakika
- c)20-30 dakika
- d)1 saat

29. Kortizol seviyesi:

- a) Aktif faz:
- b) Postpartum:

ANNENİN BOY/KİLO:

GEBELİĞİN HAFTASI:

BEBEĞİN KİLOSU VE CİNSİYETİ:

APGAR SKORU:

1.dk:

5.dk:

DOĞUM SAATİ:

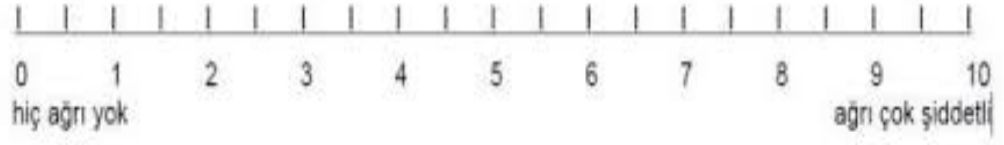
TÜKÜRÜK ALINMA SAATİ:

Aktif Faz:

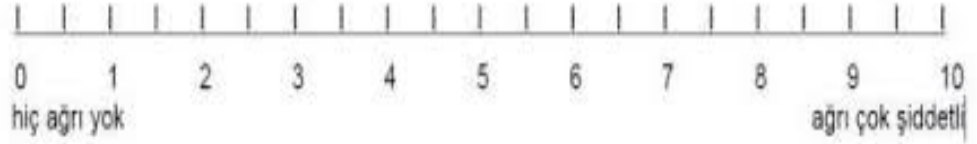
Postpartum:

EK-3. VİZÜEL ANALOG SKALA (VAS)

Aktif Faz



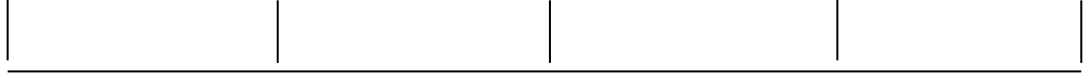
Postpartum



EK-4. SÖZEL KATEGORİ ÖLÇEĞİ (SKÖ)

Aktif Faz

Hafif Rahatsız Edici Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz



Pospartum

Hafif Rahatsız Edici Şiddetli Çok şiddetli Dayanılmaz



EK-5. EMZİRME PUANLAMA SİSTEMİ (LATCH)

KRİTERLER	PUANLAR		
	0	1	2
L MEMEYİ KAVRAMA	* Çok uykulu ve isteksiz * Memeyi tutamıyor.	*Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor *Meme başını ağızda tutuyor *Emme için uyarı istiyor.	*Dudakları açık *Dil aşağıda *Düzenli bir şekilde emiyor
A BEBEĞİN YUTKUNMA SESİNİN DUYULMASI	*Yok	*Uyarı ile birkaç yutkunma sesi duyuluyor.	* Yutma sırasında sürekli, güçlü espirasyonlar görülür. kendiliğinden belli aralıklarla yutkunma sesi duyuluyor.
T MEME BAŞININ TİPİ (emzirmeden sonra)	*İçe dönük	*Düz	*Dışa dönük
C ANNENİN MEME /MEME BAŞI İLE İLGİLİ RAHATSIZLIĞI	*Tıkanma *Çatlama, kanama, kabarcık ve morluk	*Doluluk *Kırmızılaşma, küçük kabarcıklar ve morluk *Hafif-orta derecede rahatsızlık	*Yumuşak *Hassaslık yok
H BEBEĞİ EMME POZİSYONUNA YERLEŞTİRME	*Tam yardım gerekiyor(anne bebeğini ebenin tam yardımı ile tutabiliyor)	*Az yardım gerekiyor.(yastık vb.) *Ebe başlangıçta anneye yardım ediyor ve daha sonra anne kendisi tutabiliyor.	*Yardımsız tutabiliyor. *Anne bebeği memeye Yerleştirebiliyor/ tutuyor.
TOPLAM PUAN			

EK-6. ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

İFADELER	Hiçbir Zaman	Neredeyse Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Çok sık
1. Geçen ay, beklenmedik bir şeylerin olması nedeniyle ne sıklıkta rahatsızlık duydunuz?					
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
3. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta sinirli ve stresli hissettiniz?					
4. Geçen ay, ne sıklıkta gündelik zorlukların üstesinden başarıyla geldiniz?					
5. Geçen ay, hayatınızda ortaya çıkan önemli değişikliklerle etkili bir şekilde başa çıktığınızı ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
7. Geçen ay, her şeyin yolunda gittiğini ne sıklıkta hissettiniz?					
8. Geçen ay, ne sıklıkta yapmanız gereken şeylerle başa çıkamadığınızı fark ettiniz?					
9. Geçen ay, hayatınızdaki zorlukları ne sıklıkta kontrol edebildiniz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					

11. Geçen ay, ne sıklıkta kontrolünüz dışında gelişen olaylar yzünden fkeleniniz?					
12. Geçen ay, kendinizi ne sıklıkta bařarmak zorunda olduėunuz řeyleri dūřunrken buldunuz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz					

EK-7. TEZ ÇALIŞMA İZİN YAZISI



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
Erzurum İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

ERZURUM İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL
SEKRETERLİĞİ - ERZURUM İLİ KHBGS TIBBİ
HİZMETLER BAŞKANLIĞI
27/09/2016 10.43 - 98003106 - 604.01.02 - E.2172



Sayı : 98003106/604.01.02
Konu : Tez Çalışması

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE

İlgi :22/09/2016 tarihli ve 37308206-1600214055 sayılı yazınız.

İlgi tarih ve sayılı yazınıza istinaden Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Özge KARAKOYUNLU'nun "Doğum Eyleminde Yaşanan Korkunun Emzirme Başarısına Etkisi" konulu uzmanlık tezine ait araştırmayı sonuçlarının kurumumuzla paylaşılması şartı ile Genel Sekreterliğimize bağlı Nenehatun Kadın Doğum Hastanesinde yapması tarafımızca uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Uzm. Dr. Remzi ARSLAN
Genel Sekreter a.
Tıbbi Hizmetler Başkanı

Bu belge güvenli elektronik imza ile
ASLI İLE AYNI DİR
22.09.2016
Nuruhan DAĞ
Erzurum KHB Genel Sekreterliği
Evrak Kayıt Görevlisi

Hüseyin Avni Ulaş Mah. 1. Cadde No:6 Yıldızkent-Palandöken/ERZURUM
Ayrıntılı Bilgi İçin İrtibat Dr. Şahin YAZICI:124
Faks No:0442 3434397

e-Posta:husniye.ferah@saglik.gov.tr İnt.Adresi: www.erzurumkhhb.gov.tr

Bilgi için:Hüsnüye FERAH

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0442 343 43 83 - 158

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d748cc1b-1705-4f08-8509-421e22bec01 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-8. ETİK KURUL ONAY FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ ETİK KURUL RAPORU


Sayı:2016/07/02

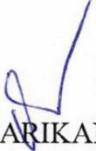
Tarih:15/07/2016


Araştırmanın Adı: “Doğum Eyleminde Yaşanan Korkunun Emzirme Başarısına Etkisi”


Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (X)
Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()
Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'nun 15.07.2016 tarihinde yapılan toplantısında “Doğum Eyleminde Yaşanan Korkunun Emzirme Başarısına Etkisi” konulu Doç.Dr.Serap EJDER APAY ve Ebe Özge KARAKOYUNLU'nun çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN
Başkan


Prof.Dr.Duygu ARIKAN
Üye


Prof.Dr.Gülşen ERYILMAZ
Üye


Doç. Dr. Nadiye ÖZER
Üye

Doç. Dr. Serap ALTUNTAŞ
Katılmadı

EK-9. GÖNÜLLÜLERİN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI

PROTOKOLÜ ONAM FORMU

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında Yüksek Lisans Tez Araştırması olarak yürütülmekte olup ‘Doğum Eyleminde Yaşanan Korkunun Emzirme Başarısına Etkisi’ amacıyla planlanmıştır. Araştırmamızda cevaplandırmanız için üç adet form bulunmaktadır. Her ifadeyi okuduktan sonra size en uygun maddeleri seçmeniz ve doldurmanız gerekmektedir. Araştırmada sizi tehlikeye sokacak herhangi bir girişim bulunmamaktadır. Bu araştırma tamamen bilimsel amaçlı olup, elde edilen veriler başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Araştırmaya sadece kendi isteğinizle katılabilirsiniz araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmadan önce verilen metni okudum. Metin hakkında yapılan sözlü ve yazılı açıklamaları okudum ve dinledim. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no):

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı: Özge KARAKOYUNLU

İmza:

EK-10. TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI (Tez başlığı değişikliği önerisi olanlar için) (FORM: 08)

ÖĞRENCİ BİLGİLERİ

Adı ve Soyadı : Özge KARAYOLUNLU Danışmanı : Dr. Dr. Serap EJDER APAY
Programı (Fakülte/Y.Okul) : Sağlık Bilimleri Fak. Ortak Danışman :
Anabilim Dalı : Ebelik

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 21.08/2018 ve 20369917-330.03.02-E.18.00261024 sayılı kararıyla oluşturulan tez savunma sınavı jürisi, Doğum Etkisinde Yatsanan Kortizolün Emzirme Başarıya Etkisi başlıklı yüksek lisans tezini incelemiş ve adayı 21.08/2018 tarihinde, saat 16:00'da tez savunma sınavına tabi tutmuştur.

DEĞERLENDİRME VE SONUÇ:

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda **başarıyla** savunulan tezin **KABUL EDİLMESİNE**,

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda, ay **ek süre** verilerek tezin **DÜZELTİLMESİNE**,

Jüri raporlarının tartışılması sonucunda tezin **REDDİLMESİNE**,

ancak **konu ve içeriği değişmeksizin** tez başlığının Doğum Etkisinde Yatsanan Ağrı Stresi ve Kortizolün Emzirme Başarıya Etkisi olarak düzenlenmesine,

OY BİRLİĞİ

OY ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

Tez Sınav Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	: <u>Doç. Dr. Ayşe Nur AKSOY</u>	<u>Ayşe Nur Aksoy</u>
Üye	: <u>Doç. Dr. Serap EJDER APAY</u>	<u>Serap Ejder Apay</u>
Üye	: <u>Dr. Öğretim Üyesi Ayşe GARIK</u>	<u>Ayşe Garık</u>
Üye	:	
Üye	:	