

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

**DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE ERTELENMİŞ İKİNCİ EVRESİNİN
POSTPARTUM YORGUNLUK
VE
DOĞUM SONUÇLARINA ETKİSİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**HAZIRLAYAN
ÖZLEM DEMİREL BOZKURT**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Oya KAVLAK**

**İKİNCİ DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN**

Bornova-İZMİR

2011

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

**DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE ERTELENMİŞ İKİNCİ EVRESİNİN
POSTPARTUM YORGUNLUK
VE
DOĞUM SONUÇLARINA ETKİSİ**

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**HAZIRLAYAN
ÖZLEM DEMİREL BOZKURT**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Oya KAVLAK**

**İKİNCİ DANIŞMAN
Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN**

Bornova-İZMİR

2011

DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ

(Adı Soyadı)

(İmza)

Başkan : : Doç. Dr. Oya KAVLAK

(1. Danışman)

Üye : : Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN

(2. Danışman)

Üye : : Prof Dr. Ümran SEVİL

Üye : : Doç. Dr. Hafize Ö. CAN

Üye : : Doç. Dr. Birsen K. SAYDAM

Doktora Tezinin kabul edildiği tarih: 19.12.2011

ÖNSÖZ

Araştırmamın her aşamasında yardımlarını ve desteğini esirgemeyen emekli öğretim üyesi ve tezimin ilk danışmanı Sayın Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN, birinci danışmanım Sayın Doç. Dr. Oya KAVLAK ve ikinci danışmanım Sayın Doç. Dr. Sevgi ÖZKAN'a,

Araştırmamın yürütülmesi sırasında önerilerini ve desteklerini gördüğüm Sayın Prof. Dr. Ümran SEVİL, Sayın Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK CAN, Sayın Doç. Dr. Birsen KARACA SAYDAM, Sayın Yard. Doç. Dr. Recı MESERİ ve Sayın Ar. Gör. Hatice ULUER'e,

Araştırmamın uygulanmasına olanak sağlayan T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Konak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi yetkililerine, Doğum Salonu ve Postpartum Servis'te görevli EBE ve HEMŞİRE arkadaşlara, istatistik biriminde çalışan Sayın Nilgün GİZ'e,

Tezimin her aşamasında beni destekleyen hep birlikte çalışmak istediğim kötü gün dostum, canım oda arkadaşım Ar. Gör. Aytül HADIMLI'ya, bu süreçte beni destekleyen eşim M.Murat BOZKURT'a, beni üzmeyen en değerli varlıklarım oğlum Eren ve kızım Gül Beste'ye, bakımlarında beni yalnız bırakmayan aileme (anneler ve babalarım), hep benimle olan, varlığı ile bana güç veren canımın içi Nurgül DİŞBUDAK'a,

Doktora eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren, destekleyen bölümüm ve bütün hocalarıma,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm ANNELERE çok teşekkür ediyorum.

İzmir, 2011

Özlem DEMİREL BOZKURT

İÇİNDEKİLER

| | <u>Sayfa No</u> |
|----------------------|-----------------|
| ÖNSÖZ..... | iv |
| İÇİNDEKİLER..... | v |
| TABLolar DİZİNİ..... | ix |

BÖLÜM I

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1-GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Konusu | 1 |
| 1.2. Araştırmanın Amacı | 5 |
| 1.3. Araştırmanın Hipotezleri | 5 |
| 1.4. Sayıtlar | 6 |
| 1.5. Araştırmanın Önemi | 6 |
| 1.6. Sınırlamalar | 8 |
| 1.7. Tanımlar | 9 |
| 1.8. Genel Bilgiler | 9 |
| 1.8.1. Doğum Eylemi | 9 |
| 1.8.1.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Tanımlanması | 10 |
| 1.8.1.1.1. Latent Faz | 10 |
| 1.8.1.1.2. Aktif Faz | 10 |
| 1.8.1.1.2.1. Solunum ve Üfleme Tekniği Eğitimi | 11 |
| 1.8.1.1.3. Geçiş Fazı | 15 |
| 1.8.1.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresinin Tanımlanması | 17 |
| 1.8.1.2.1. İkinci Evrenin Süresi ve Etkileyen Faktörler | 18 |
| 1.8.1.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde İkinma Teknikleri | 22 |
| 1.8.1.2.2.1. Spontan İkinma Tekniği (Açık Glotis) | 22 |
| 1.8.1.2.2.2. Valsalva Manevrası İkinma Tekniği (Kapalı Glotis) | 23 |
| 1.8.1.2.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresine Yönelik Hemşirelik Girişimleri | 25 |
| 1.8.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinin Tanımlanması | 28 |
| 1.8.2. Postpartum Dönem | 29 |

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1.8.2.1. Postpartum Dönemde Hemşirelik Bakımı..... | 30 |
| 1.8.3. Yorgunluk ve Tanımı..... | 30 |
| 1.8.3.1. Yorgunluğun Semptomları..... | 32 |
| 1.8.3.2. Postpartum Dönemde Yorgunluk ve Etkileyen Faktörler.... | 32 |
| 1.8.3.2.1. Fizyolojik Faktörler..... | 34 |
| 1.8.3.2.2. Psikolojik Faktörler..... | 35 |
| 1.8.3.2.3. Durumsal Faktörler..... | 35 |
| 1.8.3.3. Postpartum Dönemde Yorgunluğun Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı..... | 35 |

BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.1. Araştırmanın Tipi..... | 38 |
| 2.2. Araştırmada Kullanılan Gereç Ve Yöntemler..... | 38 |
| 2.2.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu..... | 38 |
| 2.2.2. Gebe Tanılama Formu (Gebe kadınların demografik ve obstetrik özellikleri)..... | 39 |
| 2.2.3. İzlem Formu (Doğum ve doğum sonrası sürece yönelik)..... | 39 |
| 2.2.4. Partograf (Doğum Eylem Grafîği) | 39 |
| 2.2.4.1. Doğum İzleminde Partograf Kullanımı..... | 40 |
| 2.2.5. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F) | 41 |
| 2.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı..... | 42 |
| 2.4. Araştırmanın Evreni..... | 45 |
| 2.5. Araştırmanın Örneklemi..... | 45 |
| 2.6. Araştırmanın Bağımlı Ve Bağımsız Değişkenleri..... | 48 |
| 2.7. Veri Toplama Yöntemi Ve Süresi..... | 48 |
| 2.8. Verilerin Değerlendirilmesi Ve Bulguların Analizi..... | 54 |
| 2.9. Süre Ve Olanaklar..... | 55 |
| 2.10. Etik Açıklamalar..... | 58 |

BÖLÜM III

3. BULGULAR

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.1. Annelerin Eşleştirilmiş Özelliklerine İlişkin Bulgular..... | 60 |
| 3.2. Annelerin ve Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.... | 62 |
| 3.3. Annelerin Gebelik Ve Doğuma İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulgular..... | 64 |
| 3.4. Annelerin Doğum Evreleri Süreleri Ve İkinma Ertelenme Sürelerine İlişkin Bulgular..... | 67 |
| 3.5. Annelerin Vas-F, Perineal Travma ve Bebeklerin Apgar Puanlarına İlişkin Bulgular | 69 |
| 3.6. Doğumun İkinci Evre Süresi, İtme/İkinma Süresi ile VAS-F, Perineal Travma ve Apgar Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması..... | 72 |

BÖLÜM IV

4.TARTIŞMA

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.1. Annelerin Eşleştirilmiş Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi..... | 77 |
| 4.2. Annelerin ve Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi..... | 80 |
| 4.3. Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulguların İncelenmesi..... | 82 |
| 4.4. Annelerin Doğum Evreleri Süreleri ve İkinma Ertelenme Sürelerine İlişkin Bulgularının İncelenmesi | 87 |
| 4.5. Annelerin VAS-F, Perineal Travma ve Bebeklerin Apgar Puanlarına İlişkin Bulguların İncelenmesi..... | 93 |
| 4.6. Doğumun İkinci Evre Süresi, İtme/İkinma Süresi ile VAS-F, Perineal Travma ve Apgar Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılmasının İncelenmesi..... | 99 |

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

| | |
|--------------------------------------------------------------------|-----|
| 5.1. Sonuç..... | 103 |
| 5.1.1. Annelerin Eşleştirilmiş Özelliklerine İlişkin Sonuçlar..... | 103 |
| 5.1.2. Annelerin ve Bebeklerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Sonuçlar..... | 103 |
| 5.1.3. Annelerin Gebelik ve Doğuma İlişkin Özellikleri ile İlgili Bulguların Sonuçları..... | 104 |
| 5.1.4. Annelerin Doğum Evreleri Süreleri ve İkinma Ertelenme Sürelerine İlişkin Bulguların Sonuçları..... | 105 |
| 5.1.5. Annelerin VAS-F, Perineal Travma ve Bebeklerin Apgar Puanlarına İlişkin Bulguların Sonuçları..... | 106 |
| 5.1.6. Doğumun İkinci Evre Süresi, İtme/İkinma Süresi ile VAS-F, Perineal Travma ve Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırma Sonuçları | 108 |
| 5.2. Öneriler..... | 110 |

BÖLÜM VI

6. ÖZET VE ABSTRACT

| | |
|--------------------|-----|
| 6.1. Özet..... | 111 |
| 6.2. Abstract..... | 113 |

BÖLÜM VII

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| KAYNAKLAR | 115 |
| EKLER | |
| EK I Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu..... | 123 |
| EK II Birey Tanılama Formu..... | 124 |
| EK III İzlem Formu..... | 125 |
| EK IV Partograf..... | 126 |
| EK V Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası..... | 128 |
| EK VI Yazarın İzin Yazısı..... | 130 |
| EK VII Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul İzin Yazısı..... | 131 |
| EK VIII Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onay Yazısı | 132 |
| EK IX- T.C. S.B. İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Onay Yazısı..... | 133 |
| ÖZGEÇMİŞ | 134 |

TABLolar DİZİNİ

| | | |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Tablo 1. | VAS-F Madde ve Güvenirlik Sonuçları..... | 42 |
| Tablo 2. | Çalışma ve Kontrol Grubu Annelerin Yaş, VKI ve Hemoglobin Ortalamalarına Göre Dağılımı | 60 |
| Tablo 3. | Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları..... | 62 |
| Tablo 4. | Bebeklerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları..... | 63 |
| Tablo 5. | Annelerin Ağırlıkları ile İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları.... | 64 |
| Tablo 6. | Annelerin Doğum Öncesi İzlem ve Doğum Eylemine İlişkin Bilgi Edinme Durumlarına Göre Dağılımları..... | 65 |
| Tablo 7. | Annelerin Travay ve Doğum Eyleminde Yapılan Girişimlere Göre Dağılımları..... | 66 |
| Tablo 8. | Annelerin Doğum Eylemi İzlem Özelliklerine Göre Karşılaştırılması..... | 67 |
| Tablo 9. | Çalışma Grubu Annelerin İkinmanın Ertelenme Süresine Göre Dağılımları | 68 |
| Tablo 10. | Çalışma ve Kontrol Gruplarının Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 69 |
| Tablo 11. | Annelerin İlk Bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 70 |
| Tablo 12. | Annelerin Perineal Travma Durumuna Göre Karşılaştırılması..... | 71 |
| Tablo 13. | Bebeklerin Apgar Puan Ortalamasına Göre Dağılımları..... | 71 |
| Tablo 14. | İkinci Evre Süre Ortalaması ile İlk Bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 72 |
| Tablo 15. | İtme/İkinma Süre Ortalaması ile İlk Bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması | 73 |
| Tablo 16. | İkinci Evrenin Süre Ortalaması ile Perineal Travma Durumlarının Karşılaştırılması..... | 74 |
| Tablo 17. | İtme/İkinma Süre Ortalaması ile Perineal Travma Durumlarının Karşılaştırılması..... | 74 |
| Tablo 18. | İkinci Evrenin Süre Ortalaması ile Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 75 |
| Tablo 19. | İtme/İkinma Süre Ortalaması ile Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 76 |

ŐEKİLLER DİZİNİ

| | | |
|-----------------|--------------------------------------------------------------|-----------|
| Şekil 1. | Tüm Veri Grubu Örneklem Seçimi ve Çalışma Dışı Kalan Olgular | 46 |
| Şekil 2. | Veri Toplamada İşlem Basamakları..... | 49 |
| Şekil 3. | Araştırmanın Zamanlanması..... | 59 |

GRAFİKLER DİZİNİ

| | |
|---------------------------------------------------|-----------|
| Grafik 1. İndüksiyon Uygulanma Durumu..... | 61 |
|---------------------------------------------------|-----------|

BÖLÜM I

1-GİRİŞ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Doğum eyleminde bağımsız ikinci evre kavramı son yüzyılda obstetrik literatürlerine girmiş nispeten yeni bir kavramdır. Aynı zamanda, ikinci evre kavramının günümüzdeki tıp ve hemşirelik literatürlerinde yer alan tanımları ve bu evrenin yönetimindeki öncelikler farklılık gösterir. Tıp bilimi; standardize edilmiş doğum eğrisi parametreleri dahilinde ikinci evrenin ilerleyişini hızlandırmaya ya da devam ettirmeye odaklanırken, hemşireler doğum eylemine yönelik kadının tepkisini belirlemeye ve bu aşamada kadına destek olmaya odaklanma eğilimindedirler. Bunlarla birlikte, mesleki yayınlarda farklı yaklaşımlar da göze çarpmaktadır. Örneğin; itme safhasının fizyolojik açıdan önemini kabul etmeyen yaklaşımı benimsemeyen sağlık profesyonelleri düzenli kontraksiyonlar başladığında kadınları ıkınma işlevini yapmaları konusunda eğitirler. Ancak, bu uygulamanın hem anne hem de bebek açısından olumsuz etkileri vardır. Ayrıca, doğum eyleminde kendilerine yardımcı olan sağlık ekibi müsaade edene kadar kadınları ıkınmamaları konusunda destekleyen yaklaşım da bulunmaktadır (69, 70).

Son yıllarda birçok araştırmacı doğumun ikinci evresi sırasında uygulanması gereken ıkınma zamanını araştırmak üzere çalışmalar yürütmüş ve bu konuda çeşitli görüşler ortaya atmıştır. Bu araştırmacılar servikal genişlemenin doğumun ikinci evresinde göz önünde bulundurulacak birkaç göstergeden sadece birini temsil ettiğini

iddia etmişlerdir. Aynı zamanda fetüsün doğum kanalına ilerlemesi ve gebenin hisleri de önem taşımaktadır. Dolayısıyla, zaman kesin olarak iki saatlik bir dönemle sınırlanmamalıdır. Doğumun ikinci evresi aynı anda medikal koşulların olmaması durumunda uzayabilir. İkinmanın başladığı zaman dilimi hem anne hem de bebek üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir (18, 37).

Şiddetli ıkınmayı doğumun ikinci evresine kadar geciktirme taraftarı olan araştırmacılar, bu safhada refleksi ıkınma arzusunun, tam servikal dilatasyon ve fetüsün başının aşağı doğru ilerlemesinin tetiklediği doğal bir fiziksel reaksiyonu simgelediğine inanırlar. Şiddetli ıkınmayı, gebenin bunu yapacak refleks arzuyu hissetmesine kadar geciktirmek, ıkınmada harcanan toplam zaman miktarını azaltabilir. Tümüyle doğal itme refleksine güvenmek gebelerin en etkili ıkınma ritmini kullanmalarına yardımcı olacaktır. İkinma refleksine direnmek güç olacaktır, ancak doğumun ikinci evresi sırasında ıkınmanın etkinliği artacak ve itme gayretlerinde harcanan zaman miktarı azalacaktır. İkinmanın yol açtığı yorgunluğun azalması bir gebenin genel doğum deneyiminin iyi olmasına yardımcı olabilir (71).

Doğumun ikinci evresiyle ilgili pozitif çalışmalar elde etmede, klinik araştırmalardan elde edilmiş kanıtlar; gebenin spontan itme refleksi, bebeği itme tipleri ve doğum için gebenin pozisyonları ile ilgili ne yapılacağı hakkında en iyi rehberdir. Diğer kaynaklar ise tanımlayıcı, niteliksel, gözlemsel araştırmalar ve vaka analizleridir. Doğumda kadının bebeği itme şekli ile ilgili birçok araştırma yapılmıştır. Fetal ya da maternal kontrendikasyon olmadığı sürece, itmenin aktif faza kadar geciktirilmesi ve gebenin spontan itme hissettiğinde bebeği itmesi için cesaretlendirilmesi önerilmektedir. İtmeyi geciktirme, itme hissetmeyen epidural uygulanmış kadınlar için de uygundur (22).

Hansen, Clark ve Foster (2002) sürekli-infüzyonla epidural analjezi uygulanmış nullipar kadınlarda, ertelenmiş ıkınma ve erken ıkınma arasında annenin/bebeğin doğum sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Araştırmada 252 katılımcı yer almış; her ne kadar doğumun ikinci evresi ertelenmiş ıkınma grubundaki kadınlarda daha uzun olsa da sonuçlar onların ıkınmada harcadıkları zamanın daha kısa olduğunu göstermiştir. Bu grupta aynı zamanda fetüs kalp atışı azalması ve doğum sonrası yorgunluk insidansı çok az bulunmuştur. İki grup arasında Apgar skorları, umbilikal arterdeki pH değerleri ve perineal yırtılma ve endometritis oranları benzerdir. Sonuçlar ıkınmayı erteleyen gebenin hemen ıkınanlardan daha çok yarar elde ettiğini göstermiştir (24).

Albers ve Borders (2007) epidural anestezi alan annelerde doğumun ikinci evresi sırasında hemen ıkınma ile ıkınmayı erteleme arasında sonuç farklılıklarını araştırmak üzere kritik bir literatür incelemesi gerçekleştirmişlerdir. Doğum bekleyen kadınlardan oluşan 2.953 vakayı anlatan dokuz yazıyı inceleyen bu çalışma, ertelenmiş ıkınma grubundakilerde doğumun ikinci evresinin daha uzun ancak ıkınma zamanının daha kısa olduğunu bulmuştur. Bu grupta aynı zamanda müdahaleli doğum oranı erken ıkınma grubundakilerden daha düşük bulunmuş olup, bu da perineal yırtılma ve doğum sonrası ağrının azaltılmasına yardımcı olmuştur. Araştırmacılar ilaveten doğumun ikinci evresindeki yorucu ıkınma çabalarının gebenin kaslarını yorduğunu ve sezaryen olmaya yönelik fiziksel isteğin artmasına yol açtığını söylemektedirler. Aynı zamanda yoğun çaba vajinanın ve pelvisin yapılarını aşırı germekte, ileride inkontinansa, gereksiz perine yırtıklarına ve epizyotomi oranlarının artmasına yol açabilmektedir. Bu çalışmalarda epizyotomi ve spontan yırtık açısından istatistiksel anlamda hiçbir fark elde edilemediği, sadece

dört çalışmada epizyotomi, beş çalışmada spontan yırtık olduğu rapor edilmiştir (7).

Sürekli destekleyici bakım sağlanamadığı durumlarda, ağrı giderici stratejiler arasında epidural anestezi en yaygın olanıdır. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) tarafından 33 Amerika ve iki Kanada hastanesinde doğum eyleminin ikinci evresini ele alan bir proje yürütülmüştür. Bu projede maternal pozisyonlar, ıkınma ve ağrı giderme metodları incelenmiştir. Epidural anestezi, ağrı gidermede en popüler ve etkili metod olarak bulunmuştur (22, 70). Teknolojik gelişmeler, obstetrik bilimindeki ilerlemeler doğum olayının hem anne, hem de bebek açısından daha güvenli olmasını sağlamaktadır (35). Ancak, epidural uygulama sonuçlarının meta analizlerinde doğumun birinci ve ikinci evresinin sürelerinin uzadığı, fetal malpozisyon insidansının arttığı, ayrıca oksitosin kullanımının ve müdahaleli doğum riskinin arttığı bildirilmiştir (18, 22, 70).

Man-Lung Lai ve arkadaşlarının (2009) Tayvan'da normal vaginal doğum yapan kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmada, doğumun ikinci evresinde hemen ıkınma ile ertelenmiş ıkınmanın doğum sonrası yorgunluk ve doğum sonuçlarına olan etkisi araştırılmıştır. Doğumun ikinci evresinin ortalama süresinin ertelenmiş itme/ıkınma grubunda daha kısa olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Yenidoğan doğum sonuçları bakımından gruplar arasında 1. ve 5. dakikada Apgar skorlarında anlamlı bir fark veya neonatal komplikasyon gözlenmemiştir. Epizyotomi ve perineal yırtık, kan kaybı ve annede komplikasyon görülme sıklığındaki farklılıkların gruplar arasında anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Bir katılımcı hariç bütün gebelere epizyotomi uygulanmıştır. Doğumdan sonra hem birinci hem de 24. saatte yorgunluk skorlarının deney grubunda nispeten düşük olduğu görülmüştür. Sonuç olarak çalışmada, ıkınmayı

geciktirmenin kadınların doğumun ikinci evresinde harcadıkları zamanı, müdahaleli doğuma olan ihtiyacı ve doğum sonrası yorgunluğu azalttığı tespit edilmiştir (37).

Çalışmaların çoğu doğumun ikinci evresi sırasında gebe tarafından itme gayretinin etkinliğini arttırmanın doğum sonrası yorgunluğu, ıkmada harcanan zaman miktarını ve eşzamanlı medikal koşulların oluşumunu azaltmanın en etkili yolu olduğunu öne sürmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Birçok çalışma erken ıkmmanın annenin ve bebeğin doğum sonuçları üzerinde olumsuz etkilerinin olabileceğini belirtmiş, fetal kalp hızında azalma, sezaryen ve müdahaleli doğum ve doğum sonrası yorgunluk oranlarının yüksek olduğundan söz etmiştir. Araştırmaların çoğu gebenin ıkmmayı beklemesinin yararlarının hemen ıkmmanın yararından daha fazla olduğunu öne sürmektedir (37).

Bu çalışma; doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkmma ile geçiş fazında ıkmmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

H₁: Doğumun İkinci Evresinde Ertelenmiş ıkmma Grubu (Çalışma) annelerin yorgunluk puan ortalaması, Geçiş Fazında ıkmma Grubu (Kontrol) annelerin yorgunluk puan ortalamasından daha düşüktür.

H₂: Çalışma Grubu annelerin enerji puan ortalaması, Kontrol Grubu annelerin enerji puan ortalamasından daha yüksektir.

H₃: Çalışma Grubu annelerin, Kontrol Grubu annelere göre perineal travma insidansı daha düşüktür.

H₄: Çalışma Grubu annelerin, Kontrol Grubu annelere göre bebeklerin 1. ve 5. dakika apgar puanları daha yüksektir.

1.4. SAYILTILAR

Evren, örneklem, veri toplama teknikleri, kullanılan araç ve gereçler araştırmanın amaçlarını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

1.5. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Doğumun ikinci evresinin geçerli ve geleneksel tanımı serviksin tam dilate olması ile başlar ve bebeğin doğumuyla biter. Serviksin tam dilate olmasını gebenin spontan itme refleksi takip eder. İkinci evrenin tanımına yönelik yapılan fizyolojik yaklaşım, genelde fetüsün doğum kanalı içindeki inişine dayanır. Bu yaklaşım, servikal dilatasyonun tamamlanmasını ve annede spontan olarak gelişen ıkınma isteğinin oluşmasını temel alır (21, 22, 71).

Sağlık bakım profesyonelleri, ıkınma zamanını belirlemede ve gebenin ıkınması için komut vermede modern uygulama olarak görülen ama bilimsel açıklamalarla desteklenmemiş, servikal dilatasyonun tamamlanması parametresine güvenmektedirler (69).

Hemşire ve ebeler için doğumun ikinci evresinde kanıta dayalı uygulamalar, gebenin kontraksiyonlarla birlikte itmesine ve pozisyon almasına yardım etmeyi içermektedir (22).

İkınmaya başlama, ıkınma dürtüsünün hissedilmesiyle kendiliğinden oluşan bir süreçtir. İkınmayla birlikte önde gelen fetüs kısmının servikse baskısı ferguson refleksini uyararak oksitosin salınımını ve dolayısıyla kontraksiyonların şiddetini artırır. Fetal baş iskiyal spinaları geçip aşağıya indikçe pelvik tabandaki sinir pleksuslarını uyarır ve böylece ferguson refleksi oluşur. Kadının, ıkınma hissi oluşsun ya da oluşmasın serviks tam dilate olduğu zaman ıkınması konusunda eğitilmesi doğumun ikinci evresinin kısaltılmasında etkili olmaktadır. Ancak dilatasyon tamamlandığında ıkınılıp ıkınılmaması, ıkınmanın doğum süresini kısaltıp

kısaltmadığı, bebeğin inişini artırıp artırmadığı yönünde bir çalışma yapılmamıştır. Gerçekte, uzun süreli ıkınmanın negatif sonuçları da olabilmektedir. Gereksiz yere uzun süreli ıkınmaya bağlı annenin yorgunluğu, bitkinliği ve bunlara bağlı olarak sezaryenle doğum riski artabilir ve postpartum iyileşme süreci daha da uzayabilir (37, 40, 42).

Ulusal AWHONN Doğum Eyleminin İkinci Evresine Yönelik Hemşirelik Bakımını İyileştirmeye Yönelik Araştırma (National AWHONN Second Stage Labor Nursing Management Research Utilization) projesi uygulayıcılarında travay ve doğum hemşirelerine ıkınmanın başlangıcıyla şu anki uygulamaların ilişkisi sorulmuştur. “Sizin bakımınızda doğum yapan kadınlar ne zaman ıkınmaya başlarlar? sorusuna çoğunluğu (%86.5) dilatasyon 10cm iken ıkınmanın başlatıldığı cevabını, bazı hemşireler ise (%45.1), kendi bakımlarındaki kadınların ıkınma duygusunu hissettikleri zaman ıkındıkları cevabını vermiştir. Cevaplardan biri de (%45.5) doktor veya ebe ıkınabilirsiniz dediği zaman doğum yapan kadınlar ıkınırlar olmuştur (41, 50, 69, 70).

Dilatasyon tamamlanmadan ortaya çıkan ıkınma isteğinin kontrol altında tutulması servikal dilatasyona yardımcı olur. Ayrıca daha aktif ıkınmaya yardımcı olacağından doğum eyleminin ikinci evresinin ilerlemesini sağlar. Gebe kadınlar, ıkınma duygusunu hissettiklerinde ve beraberinde şiddetli, ağrılı kontraksiyonlar oluştuğunda ıkınmaları konusunda desteklenmelidir (18, 37).

Dilatasyonun tamamlanması tek başına ıkınma zamanını belirlemek için bir gösterge olmamalıdır. İstemsiz ıkınma dürtüsü (spontan ıkınma) gelmeden ıkınmaya başlamak ve kadını ıkınması için cesaretlendirmek, maternal yorgunluk, bitkinlik ve sürekli devam eden yorucu ıkınmalara bağlı olumsuz sonuçlara neden olacaktır. ıkınmak için kadını yönlendirmek ya da cesaretlendirmek yerine ıkınma girişimi en

küçük bir ıkınma isteği oluşana kadar ertelenmelidir. Bu durumda fetüs kontraksiyonlarla birlikte pelvis içinde daha kolay ilerleyecek ve doğum kısa sürede gerçekleşecektir. Erken ıkınmaya başlamak, bebeğin doğum kanalında ilerlemesini sağlayacak kadar güçlü olmayacaktır. Bu durumda kadına, erken ıkınma yerine ıkınma dürtüsü geldiği zaman ıkınmasının bebeğin doğumu açısından daha etkili olduğu açıklanmalıdır (37).

Bazı kliniklerde, vaginal muayene yapma ve dilatasyonun tamamlanıp tamamlanmadığını kararlaştırma sadece doğuma yardımcı olan sağlık görevlisine bağlıdır. Bu yaklaşıma göre ikinci evrenin başlangıcının belirlenmesinde kadının ıkınma dürtüsünü hissetmesi gerekli değildir. Bu nedenle ikinci evrenin tanısı olarak yalnızca servikal dilatasyonun anatomik olarak tamamlanmasına dayandırılır ve bu teşhis genellikle doğum eylemindeki kadının fizyolojik durumuyla ilişkilendirilmez (69).

Sağlık ekibi ıkınmanın başlangıç göstergesi olarak kabul edilen servikal dilatasyonun tamamlanmış olmasını dikkate almaksızın, ıkınma dürtüsü hissedilinceye kadar ıkınma işlemini ertelemesi konusunda kadınları cesaretlendirmelidir (37).

1.6. SINIRLAMALAR

Primipar ve verteks geliş olmayan, 18 yaş altı ve 35 yaş üstü, çoğul gebeliği olan, doğum eyleminin latent fazında olanlar, kontraksiyonları düzenli olmayanlar, doğum sonu komplikasyon gelişenler, normal vaginal doğum olmayan (vakum, forseps, sezaryen vs), düşük doğum ağırlığı (2500 ve altı) veya iri fetüs (4000 gr ve üstü) olanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

İndüksiyon uygulanması doğum eylemi sürecini etkileyen bir durum olmasına karşın araştırmanın yapılacağı hastanede doğum öncesi çoğu gebelere indüksiyon uygulandığından bu gebeler araştırma grubuna alınmıştır.

Doğumu yaptıran kişiden oluşacak farkı ortadan kaldırmak için doğumları yaptıran tüm ebe/hemşirelere tezin amacına yönelik gruplar halinde aynı eğitimler verilmiştir.

1.7. TANIMLAR

Doğumun ikinci evresi: Servikal dilatasyon (10 cm) ve efasmanın tamamlanması ile başlayıp fetüsün doğumuna kadar geçen süre olarak tanımlanmıştır (17, 36).

Doğumun ikinci evresinde ıkınmanın ertelenme süresi: Servikal dilatasyon 10 cm olduktan sonra, anne istemsiz ıkınma hissedene kadar ıkınmanın ertelenmesi, kasılmalar ile itmenin başlangıcına kadar geçen süredir (33).

Geçiş Fazı: Doğumun birinci evresinin sonu, servikal dilatasyon 8-10 cm olduğu zaman olarak tanımlanmıştır (17, 60)

İtme/ıkınma süresi: Annenin kasılmalarla itmeye başlamasından doğuma kadar geçen süredir (33).

Yorgunluk: Dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşamaktır (66).

1.8. GENEL BİLGİLER

1.8.1. DOĞUM EYLEMİ

Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir.

Birinci Evre; gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır.

İkinci Evre; Servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar, bebeğin doğumu ile sonlanır.

Üçüncü Evre; Bebeğin doğumu ile başlar, plesentanın doğumu ile sonlanır.

Dördüncü Evre; Plesentanın doğumundan sonraki bir-dört saatlik süreyi içerir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlanır (10, 13, 18, 60, 39).

1.8.1.1. DOĞUM EYLEMİNİN BİRİNCİ EVRESİNİN TANIMLANMASI

Doğumun birinci evresi silinme ve dilatasyon evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarını içerir. Bu fazların her biri fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin sonunda gerçekleşir. Birinci evre doğumun en uzun evresidir ve süresi değişkendir (10, 60).

Doğuma yakın günlerde başlayan belde çekilmeler, karında gerginlik hissi şeklinde duyulan kontraksiyonlar devamlı ve daha güçlü bir karakter olarak hakiki doğum ağrılarına dönüşürler. Açılma devri; düzenli doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar ve serviks dilatasyonunun tamamlanması ile sona erer. Açılma ağrılarının araları süratla üç-dört dakika kadar iner, 30-60 saniye kadar devam eder. Açılma ağrılarında intrauterin basınç 60 mmHg kadar yükselir. Açılma devrindeki ağrılar (kontraksiyonlar) sancı tarzındadır (55)

1.8.1.1.1. Latent Faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar dilatasyon üç-dört cm olduğunda sonlanır. Latent fazda servikal açıklık 0-3 cm'dir. Hiç doğum yapmayan annelerde bu dönem altı saat sürer. Bu sürenin nulliparlar için 20 saati geçmemesi gerekir. Multiparlarda ise yaklaşık dört-beş saat olup 14 saati geçmemesi gerekir (13, 17, 60).

1.8.1.1.2. Aktif Faz: Aktif fazda servikal açıklık dört-yedi santime ulaşır. Fetüs doğum kanalından ilerler. Kontraksiyonlar üç-beş dakikada bir görülür, sık ve

uzun süreli olarak ortaya çıkarlar (40-60 saniye) ve orta şiddettedirler. Fetal iniş artar. Anne bu dönemde kontrolünü kaybedeceğinden korkabilir (13, 60).

Aktif faz nulliplarlarda üç saat, multiparlarda iki saat sürer. Nişane ve membranların rüptürü bu sırada gerçekleşir. Kontraksiyonlar güçlü ve uzun süreli hale gelmiştir. Bu dönemde analjeziklerin uygulanması eylemin ilerlemesi üzerinde çok etkili olmaz (17, 60).

1.8.1.1.2.1. Solunum ve Üfleme Tekniği Eğitimleri: Gebelik ve doğum kadınların ve ailelerinin hayatlarındaki özel olaylardan biridir. Bu süreç hem kadın hem de bebek için bazı sağlık ve yaşam risklerini beraberinde getirmektedir. Bu riskler hemen her toplum ve her yerleşim alanında ortaya çıkmaktadır. Ulusal hedef tüm gebeliklerin zamanında tespit edilerek izlenmesi ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılmasıdır (27).

Doğum, her ne kadar kadın için fizyolojik bir olay olsa da, kadının psikolojik ve bedensel olarak doğuma hazırlanması gerekir. Gereğince gebeliğe ve doğuma hazırlanmış bir kadın için doğum mutlu bir olaydır. Eğitimden geçirilmiş anne adayları doğumu normal ve doğal bir olay olarak algılayacaktır. Aksi halde anne adayı panik ve korku yaşayacaktır. Gebeler çevreden duydukları yetersiz ve yanlış bilgilerden doğru bilgilere yönlendirilmelidir (65).

Bilgi, özgüven, gevşeyebilme, nefes alma teknikleri ve enerjisini koruyabilme sanatı gebeye doğum eylemi sırasında bilinçli ve aktif rol oynamasını sağlayacak, gebe kendisini daha az yorgun hissedecektir (27).

Solunum teknikleri doğru kullanıldığında annenin ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero - plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Kadının dikkati solunum teknikleriyle ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Çeşitli solunum teknikleri vardır ve annenin gereksinimine göre

uygulanabilirler. Genellikle gevşemeyle birlikte kullanıldığında daha da etkili olmaktadır. Doğum ağrısıyla baş etmede en yaygın kullanılan teknik Lamaze tekniğidir (27, 72).

Lamaze felsefesinin ana teması doğumun farklı evrelerinde uygun nefes alma tekniğini öğretmektir. Yöntemin esası Pavlov'un şartlı refleksine dayanır. Bir kişinin beyni, belli bir uyarıyı kabul edip, analiz etmek ve doğru olan cevabı vermeye göre eğitilebilir. Bu yöntem, kadınları bağırarak yada kontrolü kaybetmek yerine, kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Eylemin erken evresinde ağrılar geldiğinde çok güçlü olmayan derin ve yavaş solunum yapılmalı, ağrıların şiddetlendiği eylemin ilerleyen evrelerinde üfleme şeklinde solunum olmalıdır. Bu solunum şekli, kadının dikkatini ağrı dışı başka yöne çekmeyi ve nasıl rahat olacaklarını öğretmeyi hedefler (27, 36, 65).

Lamaze yöntemiyle doğum Fransa'da ağrısız doğum olarak adlandırılmaktadır. Her ne kadar bazı gebeler Lamaze yöntemi ile ağrı çekmediklerini söyleseler de bu herkesin ağrı çekmeyeceği anlamına gelmez. Ağrıların daha az ve dayanılabilir boyutta olacağı kesindir. Lamaze yöntemi ile doğuma hazırlanan gebelerde sezaryen ve müdahaleli doğum oranı çok daha az olacaktır (27, 72).

Lamaze tekniğinde anne adayları her bir kontraksiyonun başlangıcında derin bir nefes alır, bunu kontraksiyon süresince alınan hızlı ve yüzeysel nöbetler izler. Lamaze Solunum Modeli dört aşamada uygulanır. (27, 36, 65, 72).

İlk Düzey (Normal Solunum) : Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 sn'de iki kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır (36, 72). Gebeye önce tam solunum ardından karın ve göğüs solunumu öğretilmelidir (45).

Tam Solunum: Gebeye, bir eli göğsüne bir eli karına koyması, burundan derin nefes alması söylenir. Gebe hem karın hem de göğsünü genişletmeli, sonra nefesini vermelidir. Nefes verirken karın hafifçe yukarı ve içe doğru çekilmelidir. Tekrar nefes alırken önce yavaşça karın, sonra göğsü genişletilmelidir (45).

Karın Solunumu: Her iki el parmakları birbirine bakacak şekilde karına yerleştirilir. Nefes alırken sadece karın bölgesini hareket etmeli, göğüs bölgesinde hareket olmamalıdır. Nefes verirken karın içeri ve yukarı doğru çekilmelidir. İkinma anında karın kasları ve diyafram kullanıldığı için, ıkınma öncesi karın solunumu yapmak daha etkilidir (45).

Göğüs Solunumu: Her iki el parmak uçları birbirine degecek şekilde göğüs altına yerleştirilmelidir. Burundan derin nefes alması ve vermesi (nefes almada göğüs kafesi genişlediğinden parmak uçları birbirinden uzaklaşır, nefes verirken eski pozisyonuna dönecektir) söylenir (45).

İkinci Düzey (Yavaş-Derin Göğüs Solunumu) : Bu tekniğin öğrenilmesi çok kolaydır. Bu solunum şekli aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla başetmede yardımcı olur. Özellikle oluşan gerilimi gidererek gevşemeye de yardımcı olmaktadır. Her kontraksiyonun başında normal solunum yapılır. Bu derin ve duyulabilir solunumdur. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. Başlangıçta normal solunum yapılır sonra burundan beş saniye nefes alınır ve ağız yoluyla nefes beş saniyede dışarı verilir. Solunum hızı dakikada ortalama altı ile 12 arasında değışir. Kontraksiyon süresince yavaş-derin göğüs solunumu sürdürülür (36, 72).

Üçüncü Düzey (Hızlı-Yüzeysel Göğüs Solunumu) : Bu teknik sesli solunum olarak da bilinmektedir. Öğrenilmesi biraz zordur ama öğrenildiği takdirde etkinliği yüksektir. Karmaşık bir solunum örneğidir. Çok iyi konsantre olmayı

gerektirir. Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede etkisi büyüktür. Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye “hii” ya da “hoo” sesleri eşlik eder. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Her bir kontraksiyon normal solunum ile başlar. Kontraksiyon şiddetlendikçe solunum hızı da gittikçe artırılır. Kontraksiyonlar durulmaya başladığında solunum hızı da yavaşlar. İki kontraksiyon arasında normal solunuma devam edilir (36, 72).

Hiperventilasyonu önlemek için havayı eşit değiştirmek çok önemlidir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Bu nedenle ağızda kuruluk oluşabilir. Böyle durumlarda dudakların ıslatılması anneyi rahatlatmaktadır. Hiperventilasyon oluşmuş ise nefes bir kese kağıdına ya da avuç içine üflenmelidir. Solunum hızı saniyede yaklaşık iki solunum olacak şekilde olmalıdır. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır (27, 36, 72).

Dördüncü Düzey (Üfleme–Abdominal Solunum) : Doğum eyleminin geçiş aşamasına gelindiğinde (dilatasyon 8 - 10 cm) bebek aşağıya doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma doğru bir basınç oluşur ve her bir kontraksiyonla beraber bazen ıkmama hissi gelişebilir. Eğer ıkmama hissi dilatasyon tamamlanmadan önce oluşursa vakitsiz ıkmama bağlı servikste ödem ve yırtılma görülebilir (27, 65, 72).

Pelvik basıncı azaltmada ve ıkmama hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır. Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı - yüzeysel solunum tipine benzer ancak burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir (36, 72).

Üfleme tipi solunum, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani altı kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme

tarzında solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oran da düşürülür. 6:1, 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir. Bu teknikte nefes alınıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar görülür. Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapılıır (36, 72).

Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına özen gösterilmelidir. Ancak arka arkaya hızlı – yüzeysel solunum yapıldığında hiperventilasyon oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilmelidir. Üfleme tekniğine çok iyi uyum sağlamak gerekir. Kurallara uygun yapılırsa bile ıkınma duygusu yaşanabilir (36, 72).

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevleri; doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır (72).

1.8.1.1.3. Geçiş Fazı: Doğum eyleminin aktif fazının son evresidir. Servikal açıklık 8-10 santime ulaşmıştır. Fetüs hızla doğum kanalına aşağıya doğru iner. Annenin bu dönemde anksiyetesi artar. Yorgun olabilir, ağrı nedeni ile sık sık pozisyon değiştirebilir. Yalnız kalmaktan korkar, bu nedenle hemşirenin anneyi yalnız bırakmaması önemlidir. Bu sırada annenin yanında ona yardım eden bir yakını bulunabilir (60).

Bu dönemde kontraksiyonlar iki-üç dakikada bir gelip, 60 saniye süren şiddetli karakterdedir. Geçiş fazı nulliparlarda üç saat, multiparlarda ise bir saattir (60).

Doğum eyleminin geçiş fazında üfleme tekniği ile ıkınma hissi ertelenmelidir. Doğum eyleminin geçiş aşamasına gelindiğinde (dilatasyon 8 - 10

cm) bebek aŖađıya doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma doğru bir basıncı olur ve her bir kontraksiyonla beraber bazen ıkınma hissi geliŖebilir. Eğer ıkınma hissi dilatasyon tamamlanmadan önce oluŖursa vakitsiz ıkınmaya bağlı servikste dem ve yırtılma görülebilir. Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır. fleme tekniğine çok iyi uyum sağlamak gerekir. Kurallara uygun yapılırsa bile ıkınma duygusu yaŖanabilir (72).

GeiŖ fazında anne tüm enerjisini eylemle baŖ etmeye harcar, endiŖeli ve huzursuzdur. GeiŖ fazında annede görülebilecek diğer bulgular aŖađıdadır (60).

- * Hiperventilasyon,
- * Yorgunluk,
- * KonuŖulanları anlamakta güçlük,
- * Kontraksiyon sırasında öfke ve panik,
- * Bulantı, kusma, hıçkırık,
- * Terleme,
- * Rektumun üzerinde hissedilen baskıda artma.

Doğum ağrısı; anneyi mekanik olarak aŖırı Ŗekilde yoran, stress ve anksiyeteye neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır (15).

Gebeler arasında ağrının Ŗiddetinin farklı olmasına neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar; primipar olmak, oksitosin infüzyonu, genç anne yaŖı, daha önce dismenoresi olanlar, iri bebek. Bu faktörler potansiyel olarak travayda ve doğumda daha fazla ağrı olacağının göstergesidir (15).

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baŖ etmesini geliŖtirebilir ve olumsuz deneyim yaŖamasını önleyebilir (29).

Etkili hemşirelik girişimleri ile de ağrıyı hafifletmek mümkündür. Hemşirenin ağrı konusundaki duyarlılığı ve iletişim kurma becerisi, hastanın sorununu ortaya çıkarmada, tedavi yönteminin doğru seçimine ve hemşirelik bakımının etkin planlanmasında önemli bir rol oynar (15).

1.8.1.2. DOĞUM EYLEMİNİN İKİNCİ EVRESİNİN TANIMLANMASI

İkinci evre servikal dilatasyon ve efesmanın tamamlanmasından fetüsün doğumuna kadar geçen süredir (10, 18, 36).

Temel obstetri ve jinekoloji eğitim kaynağı olarak kullanılan William's Obstetrik, doğumun ikinci evresini, gebenin ıkınmaya başladığı, serviksin genişlemeye başlaması olarak tarif eder. Kaynak gebenin derin nefes almasını, nefesini tutmasını ve uterin kontraksiyonlar başlar başlamaz sıkıca ıkınmasını önerir (37).

Hemşirelik literatürlerinde çoğunlukla doğum eyleminin dilatasyon evresinden ikinci evreye geçiş, dilatasyon kanamasında artış, defekasyon yapma isteği, ıkınma isteğinde artış, ıkınırken homurdanarak ses çıkarma, perineal bölgede kabarma gibi bu dönemde ortaya çıkan çeşitli belirtilerle tanımlanır. Doğum eyleminin ikinci evresine yönelik yapılan geleneksel tanımlamada ikinci evre, servikal dilatasyon ve efesmanın tamamlanmasıyla başlar fetüsün doğumu ile sonlanır. Bu aynı zamanda "itilme evresi" olarak da bilinir. Serviksin tam olarak genişlemesi tipik olarak gebenin/annenin ıkınmaya başlayacağı zamanı önermede belirleyici bir faktör görevi yapar. Doğum eyleminin bu evresi, güçlü (siddetli) kontraksiyonlar görüldüğü anda başlar. Fetüsün prezente olan kısmının rotasyonu, inişi ve servikal dilatasyon gebenin ıkınmasıyla aynı anda ilerler (37, 39, 69, 70).

1.8.1.2.1.İkinci Evrenin Süresi ve Etkileyen Faktörler

Doğum eyleminin ikinci evresinin süresini sınırlandıracak girişimler 1861'den beri kaydedilmektedir. Buradaki temel mantık, fetüsteki hipoksi riskini azaltmak ve böylelikle yenidoğanın sağlıklı olmasını sağlamaktır. İkinci evrenin daha da kısalması yönündeki çalışmalar; kadında ıkınma hissi oluşmadan her bir kontraksiyon ile nasıl ıkınacağını öğretme ya da gösterme yönünde uygulamalar için rehber olmuştur (69).

Doğum eyleminin ikinci evresinde ısrarlı, teşvik edici, destekleyici ve devamlı ıkınmayı sağlayan uygulamaları içeren hemşirelik yaklaşımına başvurmada öncelikli amaç fetüsün iniş sürecini kolaylaştırmak ya da hızlandırmaktır. Bu uygulamaların doğumun ikinci evresini kısalttığı ve fetal asidozun geliştiği bazı durumlarda fetüsün doğumunu kısalttığı düşünülür. Bu nedenle doğumun ikinci evresinin, yenidoğanın sağlık durumuyla ilişkili olarak kısaltılmasına yönelik standart uygulamaların neler olması gerektiği üzerinde durulmuştur (37, 69).

Doğumun ikinci evresi tam genişlemeyle başlar ve bebeğin doğmasıyla sona erer. Primiparlarda 30 dakika ile bir saat kadar sürer. İkinci evre de üç faza ayrılabilir. Gizli/dinlenme fazı, iniş ve son geçiş fazı. İkinci evrenin normal sınır değeri iki saatten uzun olmamalıdır. İkinci evre iki saatten uzun sürdüğünde fetal mortalite ve morbidite riski artar. Aşırı derecede uzun bir ikinci evre idrar yolu hasarıyla ve vesicovaginal fistül oluşumuyla bağlantılıdır. İlk gebelikte ikinci evre süresi, 25-75 dakika ortalama 57 dakika, multiparlarda ise 13-17 dakika ortalama 14,4 dakikadır (10, 18, 36, 39, 40, 55).

Son yıllarda birçok araştırmacı doğumun ikinci evresi sırasında uygulanması gereken güç kullanma zamanını araştırmak üzere çalışmalar yürütmüş ve bu konuda çeşitli görüşler ortaya atmıştır. Bu araştırmacılar servikal genişlemenin doğumun

ikinci evresinde göz önünde bulundurulacak birkaç göstergeden sadece birini temsil ettiğini iddia etmişlerdir. Aynı zamanda fetüsün doğum kanalına ilerlemesi ve annenin hisleri de önem taşımaktadır. Dolayısıyla, zaman kesin olarak iki saatlik bir dönemle sınırlanmamalıdır. Doğumun ikinci evresi aynı anda medikal koşulların olmaması durumunda uzatılabilir çünkü bunun hem anne hem de bebek için güvenli olduğu düşünülür. Sonuç olarak, ıkınmanın başladığı zaman dilimi hem anne hem de bebek üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir. ıkınmaya başlamanın en uygun zamanına odaklanan araştırma henüz gelişmiş ülkelerde yapılmamıştır (18, 37).

Bazı kaynaklarda gebelerin ıkınma arzusu dayanılmaz hale gelene kadar dinlenmelerine izin verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Serviks tamamen veya neredeyse tama yakın genişledikten, fetüsün başı aşağı doğru doğum kanalına indikten sonra uterin kasılmalar sırasında üç-dört kat daha sert refleksi itme/ıkınma arzusu hissedilir. Başın taçlanmasıyla kasılmalar en yüksek seviyede ağrıya neden olur, buna en güçlü ıkınma arzusu ve itme gayretini kontrol edememe eşlik eder. Bu nedenle, bazı araştırmacılar ıkınma için sadece serviksin tam dilatasyonunun yeterli olmadığı, aynı zamanda fetüsün pozisyonu ve duruşunun da değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamışlar, bunların sonucunda gebeye ıkınma için direktifler verilmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Fetüsün başı iskiyal spinaları yaklaşık bir cm geçince oksiput anterior (OA) pozisyonuna dönmeye, bundan sonra baş daha hızlı inmeye başlar. Gebe, bebeği OA pozisyonundayken güçlü bir ıkınma arzusu yaşamaz. Onun yerine, en güçlü arzu baş pelvisin tabanına ulaştığında ve pelvis kaslarında refleksini tetiklediğinde meydana gelir. Bu, şiddetli ıkınmanın en verimli olduğu andır. İkinci evrenin süresinin nulliparlarda üç saatten, multiparlarda bir saatten uzun sürmemesi beklenir. (18, 36, 37, 67).

Doğum eyleminde hangi pozisyonun kullanılacağı; gebe ve fetüsün durumuna, gebenin rahatına, doğuma yardım eden sağlık personelinin çalışma şekline, doğum salonu koşullarına ve kültürel faktörlere göre değişmektedir. Seçilen pozisyonun kadının ıkınmasını ve pelvis-koksiksin rahat esnemesini engellememesi, fetüsün iniş ve rotasyonunun kolaylaştırması ve vena cava inferior sendromu gelişimini önlemesi önemlidir. Litotomi pozisyonu doğum eylemi esnasında forseps, vakum ve epizyotomi uygulanırken, epizyotomi ve spontan laserasyonların onarımı yapılırken kullanılması gereken bir doğum pozisyonudur. Bu pozisyon doğum eylemi süresince, asepsinin sürdürülmesini, analjezik ve anestezi maddelerin kullanımını ve elektro fetal monitörün sürekli kullanımını kolaylaştırır. Yine de bu pozisyon doğuma yardım eden kişinin daha rahat çalışmasına olanak sağlar. Bütün bu gerçeklere dayanarak, litotomi pozisyonu birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kullanılmaya devam edilmektedir (28). Sırtüstü olmayan doğumlardaki ekipmanlar daha çok ebe ve hemşire dostu olmalıdır. İlaveten, ebelerin, hemşirelerin ve öğrencilerin sırtüstü olmayan pozisyonlarda doğuma yardımcı olma konusunda deneyim kazanabilmeleri gerekmektedir (26).

Kömürcü ve Ergin (2008) belirttiği üzere; Carr 1983’de doğumun ikinci evresi için doğal ritim tanımını yapmıştır. Bu doğal ritim yatakta rekumbent pozisyonunda yatıldığında kaybolur ve ıkınma daha fazla kontrol edilir. Bu ritim başka bir odaya geçme ve doğum masasında doğum için litotomi pozisyonu ile rahatsızlık verir. Birçok batılı olmayan toplumda, ağrı ve doğum aynı odadadır. Warrington “Pozisyonlarla ilgili doğruyu araştırıyorsanız kadını tek başına bırakın bu pozisyon doğrudur” diyerek, spontan pozisyonun önemine dikkat çekmiştir (36).

Doğumun ikinci evresini kısaltmada hala oksitosin ve fundal baskı uygulanmaktadır. Doğumla ilgili endikasyonlarda aşırı dozda oksitosin verilmesi

uterus kontraksiyonlarını güçlendirerek uterus ve serviksin yırtılmasına ve serviksin çevresindeki dokuların zedelenmesine, hematoma ve fetüste asfiksiye ve ölüme neden olabilir (48). Fundal bası fetüsün uterustan doğmasını kolaylaştırmak için uterus fundusuna el ya da dirsek ile sürekli bası uygulamadır. Fundal bası ile ilgili eğitimi hemşireler formal eğitimlerinde almazlar. Bu standart bir teknik değildir. Obstetri servislerinde ve doğum odalarında hemşireler bu tekniği öğrenirler. Fundal bası gerekli ise uygulanır fakat bunun süresi ve doğum sonuçları dikkatli izlenmeli ve kayıtları dikkatli tutulmalıdır (36).

Novikova ve ark. (2009) Güney Afrika'da 58 nullipar ile yaptıkları çalışmada, kontrollü fundal basının doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmada, müdahaleli doğumu azaltmada etkisini, anne ve yenidoğan sonuçlarını incelemiştir. Kontraksiyon süresince 30 sn kadar aralıklı, kontrollü fundal bası uygulanmıştır. Gruplar arasında ikinci evrenin süresi, epizyotomi uygulanma durumu, 5. dk apgar skoru <7 ve kordon pH <7.2 açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrollü fundal basının müdahaleli doğumu azalttığı, anne ve yenidoğan sonuçlarına etki etmediği bulunmuştur (44).

İkinci evrenin süresinin keyfi olarak sınırlandırılmasındaki ısrarlı yaklaşım, doğuma yardımcı olan kişiyi müdahalede bulunmak ve istenen zaman sınırı aşıldığında derhal doğumu sonlandırma konusunda mecbur bırakmaktadır. Bu aşamada doğum eylemini sonlandırmak için, genellikle vakum ya da forsepe gereksinim duyulur. Annenin supin pozisyon alması halinde, ya geçiş safhasının süresi uzamakta ya da fetal başın görünür olduğu andan doğuma kadarki geçen sürede fetal pH'da sapma görülmektedir. Ancak, pH'daki bu sapma gebenin sol yan pozisyonda olmasıyla ilişkili değildir. Bazı bulgular sürenin tek başına gebenin ve

fetüsün sağlık durumunu etkileyen önemli bir faktör olmadığı yaklaşımını desteklemiştir (18, 42, 69).

1.8.1.2.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde İkinma Teknikleri

Farklı ıkinma tekniklerinin kullanılmasının, doğumun ikinci evresindeki süreci kolaylaştırdığına inanılır. Kadının nasıl ıkinması gerektiği konusu, ikinci evrede verilecek hemşirelik bakımının önemli konularından birini oluşturmaktadır (70).

Doğum eyleminin ikinci evresinde spontan (açık glotis) ve Valsalva manevrası (kapalı glotis) olmak üzere iki farklı ıkinma tekniğı kullanılmaktadır (21, 57).

1.8.1.2.2.1 Spontan İkinma Tekniğı (Açık Glotis):

Spontan ıkinma valsalva manevrasına göre; ikinci evrenin daha kısa sürede, müdahale olmadan ve olumlu deneyimlerle tamamlanmasında ve yenidoğanın iyilik düzeyinin daha yüksek olmasında daha etkili olmaktadır (69). Ayrıca istemsiz (spontan) ıkinan kadınlarda epizyotomi ve ikinci ya da üçüncü derece perine yırtıklarının daha az görüldüğü rapor edilmiştir (37, 54).

İstemsiz, spontan olarak ıkinmada fetal başın inişinin pelvis kaslarında gerilmeye neden olması kadında defekasyon yapma hissini uyandırır ve karşı konulmaz ıkinma isteğı gelişir. Valsalva manevrasında (istemli ıkinmada) genel olarak kadın sessiz ıkinmasına karşın spontan (istemsiz) ıkinmaya, ağrı ve korku (yoğun stres) nedeniyle ortaya çıkan seslerden ayırt edilebilen, homurdanma ya da benzer sesler çıkarma şeklinde nefes verme eşlik eder. Spontan ıkinma daha fazla güç gerektiren ve desteklenmiş valsalva tipi ıkinmaya karşın kadınlar için daha az yorucu olabilir (23, 60, 69).

Yapılan çalışmalar nefes vererek ya da açık glottis tipi ıkınmanın en iyi ıkınma tekniği olduğunu göstermiştir. Ferguson refleksinin uyarılması, kadının kendiliğinden doğal olarak ıkınması ile başlar. Kadın ıkınma sırasında istemsiz nefes verir (açık glottis) ve kontraksiyon süresince üç ya da beş kez ıkınır. Her bir ıkınma 4-6sn sürer. Kadın nefes verirken ya da ıkınırken homurdanma ya da benzeri sesleri çıkartır (22, 54, 57, 69).

Özellikle primiparlarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olmaktadır (15). Doğum ağrısı anneyi aşırı şekilde yoran, hiperventilasyon ile oksijen gereksinimini, kan basıncını ve kardiyak out-puttu arttıran bir olaydır. Doğum ağrısının doğum eyleminin ilerlemesine bir katkısı yoktur. Doğum ancak kontraksiyonlar ile ilerler ve doğum ağrısı anneyi doğum eyleminin başladığı konusunda uyarır (12).

1.8.1.2.2. Valsalva Manevrası ıkınma Tekniği (Kapalı Glotis):

Valsalva manevrası (kapalı glotis) tekniğinde, “Büyük, derin bir nefes alıp tutma ve 10’a kadar sayarak yapabildiğince kuvvetli ıkınma” şeklinde bir yaklaşım mevcuttur. Bilimsel bir temeli olmamasına rağmen, uzun süreli nefes tutarak aynı anda çok kuvvetlice ıkınma konusunda kadını cesaretlendirmenin, bebeğin inişini kolaylaştırdığı düşünüldüğünden hekim ve hemşirelerce sıkça uygulanmıştır (23, 60, 69).

Valsalva manevrasıyla ıkınılması, nefes alınıp tutulması ve uzun süreli ıkınma olayının tekrarlanması ile fetüste hipoksi, arkasından da asidoz gelişimi görülür. Sonuçta fetal kalp hızında azalma, bradikardinin daha uzun sürmesi ve umbilikal arter kan pH’sında düşme (asidoz) gelişir. Valsalva manevrası, uzamış deselerasyonlar ve bradikardiye sonuçta fetal hipoksi ve asidoza yol açabilir (22, 36, 60, 69, 70).

Sürekli valsalva ıkınma tekniğinin kullanılmasının anne ve fetüs üzerinde yaratacağı olumsuz sonuçların bilinmesine rağmen, günümüzde doğumun ikinci evresindeki bakım uygulamaları, kadınlar hala sırt üstü pozisyondayken serviksin tam dilatasyonunu takiben zorla itme direktifleriyle karakterize olmaktadır. Güdümlü ıkınma doğumun ikinci evresini süre açısından biraz kısaltabilir fakat aynı zamanda fetüsün oksijensiz kalmasına, pelvik ve perineal yapılarda hasara sebep olabilir ve kadının vücuduna olan güvenini, doğurabileceğine dair inancını yıkabilir (51).

Yıldırım ve Beji (2008) yaptıkları çalışmada doğum eyleminin ikinci evresinde fundal basınç, uzun süreli valsalva tipi ıkınma ve buna benzer obstetrik uygulamaların yaygın olarak uygulanmakta olduğunu göstermiştir. Çalışma sonucunda, spontan ıkınma ile valsalva tipi ıkınma grupları karşılaştırılmış, doğum sonuçlarının gebe ve fetüs açısından spontan ıkınma grubunda daha iyi olduğu saptanmıştır (71).

Albers ve Borders (2007), spontan vaginal doğumu takiben oluşan genital yol travmaları ve buna bağlı gelişen ağrının azaltılmasına yönelik yaptıkları çalışmada, valsalva ıkınma tekniğini kullanan kadınlarda kullanmayan kadınlara göre obstetrik yırtıkların daha fazla olduğunu saptamışlardır. Valsalva tekniğinin tek avantajı ikinci evrenin daha kısa olmasını sağlamaktır. Ancak doğum sonuçlarına olan üç olumsuz etkisi göz ardı edilmektedir. Bunlar; doğum kanalında daha sık travma oluşması, fetüsün azalmış oksijen alımı ve gelecekte pelvis taban fonksiyonlarında muhtemel hasarların oluşmasıdır. Annelerin daha uzun süre ıkınma eğiliminde oldukları ilk doğumlarda regresyon analizi ikinci evrede Valsalva ıkınmasının doğum yırtıklarının bağımsız bir habercisi olduğunu göstermektedir (RR=1.65; % 95 CI 1.05-2.59) (7).

Birçok hekim ya da hemşire kadınların “morarana kadar ıkınmaları” konusunda ısrarla durur. Hekimler doğum odalarına girdiklerinde kadınlara, uzun

sürekli valsalva tipi ıkınmaları konusunda direktifler verirler. Ayrıca birçok hemşire, uzun süre nefes tutarak valsalva tipi ıkınmanın uygulanması halinde ıkınma ve bebeğin doğumu için daha fazla zamana gerek duyulacağını rapor etmiştir (41, 60, 69).

AWHONN, Doğumun İkinci Evresi Araştırma Kullanımı Proje Protokolünde (AWHONN Second Stage Labor Research Utilization Project Protocol), a) Spontan maternal ıkınma girişimlerinin cesaretlendirilmesi, b) Annenin uzun süreli nefesini tutarak ıkınmasının engellenmesi, c) Annenin istemli olarak ıkınma zamanı belirlenirken, fetüsün duruş ve pozisyonunun değerlendirilmesi, d) Kadının istemsiz ıkınma çabalarının desteklenmesi yer almaktadır (41, 43, 69, 70).

Doğum eylemi süresince kadınla birlikte olan ebeler ve hemşireler desteğin de içinde yer aldığı bütüncül bir yaklaşım ile bakım vererek, kadınların rahat ve sağlıklı doğum yapmalarını sağlayabilir, anne ve bebek sağlığının gelişimine katkı verebilirler (29).

Randomize araştırmalardan elde edilen kanıtlar, sürekli ve güçlü bir itmeden kaçınılmasını, kadının itme hissi geldiğinde, bebeği itmesine yardım edilmesinin yararlı olduğunu, epizyotomi ve laserasyonların azaldığını göstermiştir. Bu alandaki kanıt; perineal travmaları minimuma indirmek için sürekli ve güçlü itmeye karşı, gebenin istemsiz itme çabalarının desteklenmesi yönündedir (22).

1.8.1.2.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresine Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Doğum eyleminde bakımın amacı; doğum yapan kadına aktif yardım etme, duygusal gereksinimlerini ve isteklerini karşılama, rahatlığını sağlama, doğum sonuçlarını geliştirme, benlik saygını arttırma, olumlu doğum deneyimi edinmesini, doğumun anne ve bebek açısından sağlıklı bir şekilde sonuçlanması sağlama, kadının

ve ailenin emosyonel rahatlığını yükseltme ve annelik rolüne geçişini kolaylaştırmadır (29, 56).

Doğum eyleminde gebe kadına bakım veren hemşire ve doğuma eşlik eden sağlık profesyonelleri istekli, yeterli derecede bilgili olmalıdırlar. Fetüs pelvis içinde ilerleyemediği ya da gebe kadın yardım istediğinde, hemşire uygun girişimde bulunarak doğuma yardımcı olabilmelidir. Sağlık ekibinin yalnızca doğumun ilk ve ikinci evresinde, servikal dilatasyonun ve uterin kontraksiyonlarının özelliklerini değerlendirmelerinin yanı sıra fetal başın pelvis içindeki pozisyonu, inişi ve ıkınma dürtüsünün olup olmadığını da değerlendirmeleri gerekir. Klinik olarak annenin daha etkili ıkınmasının, annenin daha az korkması, yorulması ve umbilikal kordon gazlarının daha iyi olmasıyla ilişkilendirilmiş olması nedeniyle kadının ıkınma isteği olduğu zaman ıkınmasının sağlanması doğum eylemine daha da yardımcı olmaktadır (69).

Günümüzde dilatasyonu tamamlanmış ama ıkınma dürtüsü olmayan kadınlara, çoğunlukla derin bir nefes almaları 10'a kadar sayarak nefesini tutmaları ve bu arada yapabildiklerince güçlü ıkınmaları, kontraksiyonlar geçene kadar nefes alıp tekrardan ıkınmaları konusunda açıklamalarda bulunulur (60, 69).

Oysa ferguson refleksi genellikle fetüsün prezante olan kısmı iskiyal spinaları geçince yani en az + 1 düzeyine geldiğinde aktive olur. Bu noktada istemsiz ıkınma basıncı oluşur ve anne nefes verme ya da açık glotis tekniklerini kullanıp ıkınarak ilave basınç oluşturur. Bu verilere ek olarak, ikinci evrenin erken dönemlerinde isteğe bağlı olarak kuvvetlice ıkınmayıp, istemsiz ıkınma dürtüsü geldiğinde ıkınan kadınlarda, fetüsün tamamen incelmış ve esnemiş perine üzerinden hafifçe çıktığı gözlenmiştir (37, 69, 71).

Fetüste kalp atışı anormallikleri olduğunda ve fetüs tehlikeye girdiğinde daha uzun ve güçlü Valsalva itmeye alternatif olarak spontan ıkınma önerilir; yani, fetüs eski haline dönene kadar kadınları kısa itişler kullanmaya veya kasılmalarda nefes almaya teşvik etmek gerekir. Annenin açık diz-göğüs pozisyonu vaktinden önce itme dürtüsünün azaltılmasına yardımcı olabilir, buna karşılık şayet servikal ödem meydana gelirse kapalı diz-göğüs pozisyonu daha yararlı olabilir. Hemşirelerin doğumun ikinci evresinde kanıta dayalı bakım uygulamaları, ikinci evre sırasında kadınların kendiliğinden ıkınma çabaları sonucu gelişen, pozitif yönde sonuçların elde edilmesine yardımcı olabilir (23).

Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişiklikler psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturmaktadır (56). Hemşirelerin, doğum sürecindeki kadına verdikleri sosyal desteğin, doğum deneyimine ilişkin olumlu duyguları ve kadının başa çıkma çabalarını artırdığı belirlenmiştir (35).

Gebeler prenatal dönemde doğuma hazırlık sınıflarında eşleri ile birlikte eğitimlere katılmaları konusunda desteklenmelidir. Prenatal eğitim programlarında gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin bilgiler verilmektedir. Böyle programlar henüz ülkemizde yeni yeni yaygınlaşmaktadır. Yurt dışında yapılan çalışmalar, çiftlerin bu programlarda özellikle doğum, nefes alıp-verme ve relaksasyon teknikleri üzerine odaklandıklarını, ebeveynlik rolleri, çocuk bakımı ya da kendi bedenlerindeki değişikliklerle ilgilenmediklerini ortaya koymuştur (27, 34, 59).

Perineal masaj ve kegel egzersizlerinin gebelikte yapılmasının, doğum öncesi dönemde annenin eğitiminin ve annenin eylemde perine kaslarını gevşetmesine ve fetüs başının yırtıksız doğmasına yardım edeceği belirtilmektedir (60).

Her ıkınma ağrısı sırasında perinenin çok gerildiği, gerilme dolayısıyla anemik bir durum meydana geldiği görülür ise bu perinenin yırtılacağı anlamına geldiği için perine bölgesine bir kesi yapılabilir. Buna epizyotomi denir (55).

Epizyotomi ciddi perineal yırtıkları önlemek için yapılan bir cerrahi uygulama olmasına karşın rutin olarak uygulanmasının yararlılığı hala sorgulanmaktadır. Bununla birlikte primigravidalarda daha yüksek oranda olmak üzere birçok ülkede sıkça uygulanmaktadır (30, 73).

Fetüs başı vajinal açıklığa ulaştıkça vajen dokusu kabarır, rektum dilate olur, pelvis tabanının kasları gerilir. Daha sonra görülen birkaç kontraksiyonun sonucunda baş doğar. Baş doğduktan sonra önce üst omuz, daha sonra da alt omuz ve tüm vücut doğar. Anne bebeğın doğması ile rahatlar (60).

Hemşirelik bakımının amacı, doğum eyleminin ikinci evresinde uygun olmayan pozisyon ve ıkınma tekniklerinin neden olduğu olumsuz maternal hemodinamik değişiklikler azaltılarak, fetüsün sağlığını tehlikeye atmadan doğumun ilerlemesine yardımcı olmak, annenin yorgunluğunu azaltarak dinlenmesini sağlamak olmalıdır (69).

Doğum eylemindeki bakımın amacı ise; güvenli ve mümkün olduğunca en az müdahale ile sağlıklı anne ve bebek elde etmek, anneyi aktif kılmak, annenin gereksinimlerinin karşılandığı doğum deneyimi edinmesini sağlamak, bilgi gereksinimini karşılama, anne ve bebeği değerlendirmektir (29).

1.8.1.3. DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN TANIMLANMASI

Üçüncü evre bebeğın doğduğu an başlar ve plasenta ve membranların çıkmasıyla sona erer. Üçüncü evre şayet aktif biçimde yönetildiğinde 5-15 dakika, en fazla 30 dakika sürer. Doğumdan birkaç dakika sonra plesentanın ayrılmasını

sağlayan kasılmalar başlar. Uterus süratle kasılır ve boyu kısılır. Ancak plasenta yapışmış olduğu yerde bu hareketi takip etmez. Yapışma alanının küçülmesi sonucu yapıştığı yerden ayrılır. Ayrılma desidua bazalis spongioza tabakasından olur. Ayrılma yerinde kopmuş olan uteroplaster kapillerden çıkan kanama sonucu retroplaster hematoma olur (10, 48, 55).

1.8.2. POSTPARTUM DÖNEM

Doğum eylemi sona erdikten; bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlayan ve bütün sistemlerin özellikle üreme organlarının gebelik öncesi duruma döndüğü altı haftalık süreyi kapsayan zaman periyoduna postpartum (puerperiyum, postnatal dönem, lohusalık, doğum sonu) dönem denir (25).

Gebelikte ve doğum eyleminde enerji ihtiyacının ve fiziksel yorgunluğun artması, doğumda yumuşak doku travması ve artan kan kaybı, doğum sonrası dönemde kadının komplikasyonlar yönünden risk altında olmasına ve sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır (11).

Postpartum altı haftalık dönem, anneler için önemli biyo-psiko-sosyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Bu devredeki kadınlara lohusa denir (11). Lohusalık, doğumun sonlanmasıyla başlayan ve gebelikte meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişikliklerin ortaya çıktığı bir süreçtir. Yapılan bazı çalışmalarda, anneler doğum sonrası dönemi hem kendilerinde hem de ailde büyük sorunlara yol açan bir süreç olarak belirtmişlerdir (49).

Doğumdan sonra serviks, vajina ve perine, yırtığa karşı dikkatlice kontrol edilmeli ve tüm yırtıklar onarılmalı, küçük bir yırtık dahi gözardı edilmemelidir. Aksi takdirde fazla kan kaybına neden olurlar. Bu işlem sırasında mutlaka lokal anestezi uygulanmalıdır. Laserasyon öncelikle önlenmeli, geliştiği zaman erken tanılanmalı ve çabuk tedavi edilmelidir (25).

1.8.2.1. Postpartum Dönemde Hemşirelik Bakımı

Doğum sonu dönemde ebe/hemşirelik bakımının amacı annenin ve bebeğin fiziksel bakımlarını sağlamak, riskli durumları önlemek ve aile üyelerinin bu yeni duruma psikososyal uyumunu sağlamada yardım ve rehberlik etmektir. Postpartum bakımın amacı anne ve bebeği sağlıklı bir şekilde taburcu etmek ve bu iyilik halinin bütün postpartum döneminde devam etmesini sağlamaktır (25).

Doğumdan sonra anneler postpartum servislerine yerleştirilirler. Anneler taburcu olmadan önce kendileri ile ilgili olarak; dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğanla ilgili olarak da; yenidoğanın beslenmesi, günlük bakımı, ağlama, uyku ve eliminasyon düzeni, hijyen, kord bakımı, perine bakımı, yenidoğanda görülen sorunlar ve vücut ısısının ölçülmesi gibi konularda eğitim almak istemektedirler (11).

1.8.3. YORGUNLUK VE TANIMI

Yorgunluk 19. yüzyılın sonlarında tıbbi bir belirti olarak değerlendirilmiştir. Yorgunluğun tıbbi bir yakınma olarak ilk tanımlanması 1869 yılında Amerikalı nörolog Beard tarafından tanımlanan “Nevrasteni” ile olmuştur. Nevrasteni çok sayıda fiziksel, psikolojik yakınmanın eşlik ettiği ancak temel yakınmanın yorgunluk olduğu bir hastalıktır. Amerikan tıp literatüründe kronik yorgunluk sendromu, nevrasteni olarak kabul edilmektedir. Avrupada ise asteni olarak kullanılmaktadır. Hemşireler ise, yorgunluk kavramını analiz ederek tanımlar yapmış, boyutlarını kavramlaştırarak ölçüm araçları geliştirmiş ve etkili müdahaleler sağlayacak teorik çatılar oluşturmuşlardır (66).

Yorgunluk 1988 yılında North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) tarafından bir hemşirelik tanısı olarak kabul edilmiştir. NANDA

yorgunluğu; “dinlenmekle geçmeyen, fiziksel ve mental iş kapasitesini azaltan, sürekli bitkinlik duygusu yaşama” olarak tanımlamıştır (66, 68). Yorgunluk, bedensel fonksiyonlar ve günlük yaşam üzerine olumsuz etkilere sahip anormal bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (20).

Yorgunluk “aktiviteyi gerçekleştirmede ihtiyaç duyulan kaynakların varlığındaki, kullanımındaki veya yeniden kazanılmasındaki bir dengesizlik yüzünden fiziksel veya mental aktivite kapasitesinin azaldığının bilincinde olunması” olarak tarif edilen sübjektif, çok boyutlu bir fenomendir (52). Yorgunluk sübjektif bir deneyim olduğu için niteliksel ve niceliksel olarak ölçülmesi zordur (32).

Bir başka tanımda yorgunluk “Güçsüzlük, halsizlik, enerji eksikliği, bitkinlik, uyku hali, depresyon, konsantre olamama, can sıkıntısı, uykusuzluk, motivasyon eksikliği ve zihinsel durumda azalma ile karakterize sübjektif” bir durum olarak tanımlanmaktadır (68).

Yorgunluk herkesin bildiği hayatta herkes tarafından bilinen ve sık karşılaşılan genel bir yakınmadır. Çoğu kişiye göre yorgunluk genellikle dinlenmekle kaybolan geçici bir sorundur. Ancak yorgunluk semptomu kişide; gerginlik, endişe, korku, duygusallık, huzursuzluk, uykusuzluk, depresyon ve kendini değersiz görme gibi değişik ciddi psikolojik sorunların görünmesine neden olabilmektedir (66).

Yorgunluk, fiziksel ve mental hemen hemen tüm kronik hastalıklarda ortaya çıkan genel bir yakınmadır. Yorgunluk bireyin iyilik hali, günlük performansı, günlük yaşam aktiviteleri ve ilişkilerini de olumsuz etkilemektedir. Hemşirelerin hastalarının yorgunluğuna yönelik başarılı hemşirelik girişiminde bulunabilmeleri için, yorgunluğun başlangıcı, süresi, gelişimi ve günlük yaşam aktivitelerine etkisini bilmeleri gerekir. Hemşire bu bilgilerini kullanarak hastanın yorgunluk ile baş etme yeteneğini arttırabilir (74).

1.8.3.1. Yorgunluğun Semptomları

Yorgunluk, kontrol altına alınmadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen semptomlardan biridir (74).

Uykusuzluk, yetersiz beslenme, günlük yaşamda hareketin az olması, çalışma ve sosyal yaşantıdaki sorumluluğun geçici olarak artması yorgunluğa neden olabilir. Bu tür yorgunluk, iyi bir uyku ya da stres ve aktivitenin azaltılması ile azalır ya da kaybolur (74).

Dinlenme ve uyku fizyolojik bir gereksinimdir ve bireysel farklılıklar gösterir. Lohusa doğum eyleminde fazla enerji harcamış ve yorulmuştur. Yeniden güç kazanması ve kendine gelebilmesi için iyice dinlenmesi ve normal gereksinimi olan uykusunu alması gerekmektedir (14).

1.8.3.2. Postpartum Dönemde Yorgunluk ve Etkileyen Faktörler

Postpartum yorgunluk bir kadının kendini normalden daha negatif, rahatsız ve daha az yeterli hissetmesine sebep olan çok boyutlu bir fenomen olarak tanımlanmaktadır (62).

Her ne kadar doğumdan sonraki yorgunluk yaygın ve hatta beklenen bir durum olsa da, şiddetli postpartum yorgunluk kadınların sağlığı ve faaliyeti üzerinde; anne sağlığının bozulması, annenin günlük yaşamsal faaliyetlerine geç geri dönmesi, erken memeden kesme ve bebeğin gelişiminin gecikmesi gibi olumsuz etkilere sahiptir. Postpartum yorgunluk ya doğumdan hemen sonra kaydedilen yoğunluk seviyesinde sabit kalır ya da postpartum dördüncü haftaya kadar gittikçe kötüleşen karmaşık ve dinamik bir durum sergiler (52).

Doğum sonrası dönemdeki yorgunluk kadının sağlığını ve bir bebeğin doğmasıyla bağlantılı yeni rol faaliyetlerinin yanı sıra eski rol fonksiyonlarını tekrar üstlenme yeteneğini olumsuz etkileme kapasitesine sahiptir. Doğum sonrası kalıcı

yorgunluk doğum sonrası depresyonla bağlantılıdır. Doğum sonrası depresyon, annenin annelik rolünü sürdürememesi ve bebekle olan karşılıklı etkileşimini olumsuz biçimde etkiler. Kadınlar 20 yıldır yorgunluğu doğum sonrası dönemde önemli bir kaygı olarak değerlendirmişlerdir. Yine de doğum sonrası yorgunluktan önce yapılması gerekenler ve yorgunluğu azaltacak önlemler literatürde çok az tartışılmıştır ve deneysel destek bulunmamaktadır. Araştırmalar doğum sonrası yorgunluğun kendi kendine iyileşmeden ziyade doğası bakımından ilerleyici olduğunu ve geleneksel doğum sonrası altı haftalık dönemin ötesinde sürdüğünü göstermektedir. Araştırmacılar, her kadının doğum sonrası yorgunluğun varlığı ve nedenleri bakımından teker teker değerlendirilmesi gerektiğine ve daha sonra belirlenen nedenleri hedef alan bir müdahale planı geliştirilmesi gerektiğine inanmaktadırlar (62, 63).

Runquist ve arkadaşları (2009) kentte yaşayan düşük gelirli kadınlarda postpartum bir ve üç ay sonra yaşanan şiddetli yorgunluğun, postpartum altıncı ayda oluşabilen depresyon semptomlarıyla bağlantılı olup olmadığını araştırmışlardır. Çalışma sonucunda kadınların doğum sonrası yorgunluğun geçici bir yaşantı olduğuna inanmalarının tersine, incelenen kadınların %52'sinde postpartum yorgunluğun 18'nci aya kadar sürdüğü, postpartum 28. günden sonra depresyon semptomlarının %90'dan daha yüksek bir derecede pozitif biçimde öngörüldüğü belirlenmiştir (52).

Kadınlar çoğu zaman yorgunluğu, çoğunlukla bebeğin düzensiz uyku saatlerinin neden olduğu uyku eksikliğine bağlamaktadırlar (52). Doğum sonrası uyku, yeni aileler için hassas bir konudur ve araştırılması zor ve karmaşık bir ölçü kavramıdır. Çoğu zaman hemşireler kendilerini kanıta dayalı olmayan öğretilere

dayanarak annelere uykuyu arttırma ve yorgunluğu azaltma yolları konusunda öğüt verirken bulurlar.

Rychnovsky ve Hunter (2009) doğum sonrası sağlıklı kadınlarda uyku karakteristikleri ile yorgunluk arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır. Postpartum 109 kadın ile yapılan çalışmada, yorgunluk ile uyku bozukluğu arasında pozitif bir ilişki saptanmış, yorgunluk seviyeleri ile uyku takviyesi arasında herhangi bir anlamlılık bulunmamıştır. Yorgunluk seviyelerinin uykunun verimliliğiyle olumsuz yönde ilişkili olduğu, eğer uyku kalitesi ve yeterliliği kötü ise veya uykuda geçirilen zaman kısa ise kadınların daha yorgun hissettikleri görülmüştür. Yorgunluğu azaltmak için hemşirelerin annenin uyku bozukluğunu azaltma ve annenin uyku etkinliğini arttırma yollarını araştırmaya odaklanmaları gerekmektedir. “Bebek şekerleme yaparken sen de kestir” asırlık öğüdünün doğum sonrası yorgunluğu azaltmada yararlı olup olmadığı kanıtlanmış değildir (53).

Postpartum dönemde yorgunluğu etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; annenin yaşı, eğitim düzeyi, depresyon, artan metabolik ihtiyaçlar, hormonların etkileri, anemi, troid disfonksiyonu, kardiyomyopati, annenin beslenme durumu, bulantı-kusma, alkol-sigara alışkanlığı ve doğum şeklidir. Bunların yanı sıra ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı sorumluluklarını üstlenme, uyku durumu yorgunluğu etkileyen diğer faktörler arasındadır (66).

Yorgunluk yaygın bir semptom olmasına karşın, yeterli düzeyde anlaşılmamaktadır. Yorgunluk ve hastaları etkileyen fiziksel, psikolojik ve durumsal faktörler arasındaki ilişki kesin olarak belirlenmemiştir (68).

1.8.3.2.1. Fizyolojik Faktörler: Bu dönemde kadını yorgunluğa iten fizyolojik faktörler, normal fizyolojik değişimler ve enerji tüketimidir. Doğum eyleminin uzunluğu, doğumun şekli, doğumda kaybedilen kan miktarı, kilo kaybı,

ağrı, yara bölgesinin iyileşmesi (yırılma, epizyotomi ve sezaryen yarası), involüsyon sürecinin ve hormonal değişikliklerin postpartum dönem boyunca yorgunluğa yol açabileceği belirtilmektedir (66).

1.8.3.2.2. Psikolojik Faktörler: Postpartum dönemde oluşan fizyolojik değişikliklere uyum sağlamaya çalışan annede, psikolojik ve davranış değişiklikleri de gözlenebilir. Yeni doğum yapmış annenin hormonal durumundaki ani ve dramatik değişiklikler onu normalde kolaylıkla baş edebileceği faktörlere karşı başarısız hale getirir (60).

1.8.3.2.3. Durumsal Faktörler: Çevresel sorunlar ve kişisel özellikler postpartum period boyunca oluşan yorgunlukla ilişkili olan durumsal faktörlerdir. Çevresel sorunlar yaşam stili, sosyoekonomik durum, meslek, sosyal destek düzeyi, bebek bakımı sorumlulukları, hastanede kalma süresi, çocuk bakımı veya ev işlerinde yardım eksikliği, eşin destekleyici olmaması, evdeki bağımlı çocuklar, çocukların bakımına ilişkin problemler, gerçekçi olmayan beklentiler, ailevi sorunlar ve uyku güçlükleridir. Kişisel özellikler ise ırk, çalışma durumu, parite ve yaştır (66).

Ayrıca depresyon, aşırı stres, kriz (kişisel, gelişimsel, mesleki, ailevi, maddi), duyuşal yüklenme (ses, ışık v.b.), aşırı ısı artışı ve uzun süreli aşırı rol beklentisidir (74).

1.8.3.3. Postpartum Dönemde Yorgunluğun Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı

Toplumda ve ailede çok önemli rolü olan kadınların postpartum dönemde yaşadığı yorgunluk, kadının kendi bakımı ve ailedeki diğer bireylerin özellikle de bebek ve çocukların bakımını da etkileyebilir. Bu nedenlerden dolayı postpartum dönemde kadınların takibinde aktif rol alan ebe ve hemşirelerin yorgunluk sorunu

üzerinde dikkatle durması, anne ve bebek sağlığının korunması ve sürdürülmesi açısından önemlidir (8, 60,66).

Doğum sonu dönemde hemşirenin kapsamlı bakım verebilmesi için iyi bir değerlendirmenin yapılması, bireysel ihtiyaçların ve potansiyel problemlerin belirlenmesi gerekir (60).

Hemşireler yorgunluk yaşayan hasta ve ailelerine etkin olarak destek verebilmek için yorgunluk semptomunun ne olduğunu, neden olan faktörleri, yorgunluğu arttıran ve azaltan faktörleri ve yorgunluğa yönelik yapılabilecek hemşirelik uygulamalarını bilmek zorundadırlar. Postpartum dönemde yorgunluğu önlemeye yönelik hemşirelik bakımı, hastanede evde bakımı içerir. Doğumdan hemen sonra hastanede verilecek hemşirelik bakımında, doğum şeklinin dikkate alınması gereklidir (60, 66).

Hemşire ve ebeler annelerin hastanede kaldıkları süre içerisinde, rahat etmelerini ve dinlenmelerini sağlamaları için önlemler almalı, postpartum dönemdeki yorgunluk hakkında bilgi verilmeli ve yorgunluğu önlemek için danışmanlık yapılmamalıdır. Ayrıca sessiz bir ortam sağlanmalı ve anne dinlenirken hemşirelik bakımı en aza indirilmelidir. Postpartum bakım annenin hastanede kaldığı süre ile sınırlı kalmamalı, ideal olarak bu bakım evde de sürdürülmelidir (66).

Doğum sonrası hastanede kalış süresini maliyet etkinliği açısından kısaltmaya yönelik yeni çabalar, hemşirelerin hastaya bakım ve eğitim işleyişini olumsuz yönde etkilemektedir. Postpartum hastanede yatış süresi değerlendirilirken annenin hastaneye yattığı zaman değil, doğum yaptığı saatten taburcu olduğu saate kadar geçen zaman süresi dikkate alınmaktadır. Ülkemizde hastanede normal doğum yapan kadınların genellikle ilk 24 saat içinde taburcu edildiği bilinmektedir. Amerika Birleşik Devletlerinde normal vaginal doğum yapmış kadınların hastanede kalış süresi

24-48 saat arasında değişmektedir. Normal vajinal doğumdan sonra 6-24 saat ve sezaryen doğumdan sonra 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir. Bu süre erken komplikasyonları önlemek, fiziksel ve ruhsal bakıma yönelik eğitim için yeterli değildir. Hemşirelerin hastanede kalış süresinde kadınlara verilecek öz-bakımı sağlamaya yönelik girişimlerde daha fazla bulunulmasının sağlayacağı yarara yönelik yapılan çalışmada, kadınların %77'sinin yalnızca hemşirelerin uyguladıkları öz-bakım yerine kendilerinin de katılımcı bir rol üstlenmek istedikleri saptanmıştır (14, 16, 19, 34, 62).

Kadınları ve onların eşlerini postpartum yorgunlukla daha etkin biçimde başa çıkmaya hazırlamak esastır. Ebe ve hemşirelerin kadınları yardım kaynaklarını ve kişinin ne tür yardım sunacağını belirlemeye cesaretlendirmeleri gerekir. Gebe kadınlar ve eşlerinin doğuma hazırlık sınıflarına katılmalarının sağlanması, bu sınıflarda sorumlulukların paylaşılmasıyla ilgili konuları görüşmeye yüreklendirecek senaryolar kullanılması önerilmektedir. Doğumdan sonra, ilk altı haftadan sonra yorgunluğun ve onunla başa çıkmada kullanılan stratejilerin değerlendirmesi gereklidir (61).

Yorgunluk semptomunun bireyi olumsuz yönde etkilemesini önlemek için, yorgunluğun değerlendirilmesi ve bireye uygun aktivitelerin planlanması ile bu semptomla etkili bir şekilde baş etmek mümkündür (74).

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırma, doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma ile geçiş fazında ıkınmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak gerçekleştirilmiştir (58).

2.2. ARAŞTIRMADA KULLANILAN GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmada verilerinin toplanmasında;

- Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Ek I)
- Gebe Tanılama Formu (Gebe kadınların demografik ve obstetrik özellikleri) (Ek II)
- İzlem Formu (Doğum ve doğum sonrası sürece yönelik) (Ek III)
- Partograf (Doğum eylem grafiği) (Ek IV)
- Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (Visual Analogue Scale for Fatigue=VAS-F) (Ek V) kullanılmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu (Ek I):

Araştırmanın amacı, süresi, yöntemi, uyulacak etik kurallar, araştırmaya katılmama ve araştırmadan çekilme durumu ile ilgili bilgileri içeren ve araştırmaya katılacak bireylerin okuyup imzalaması için oluşturulmuş bir izin formudur.

2.2.2. Gebe Tanılama Formu (Gebe kadınların demografik ve obstetrik özellikleri) (Ek II):

Yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, sosyal güvence türü, gebenin boyu, gebelik öncesi kilosu ve gebelik süresince aldığı toplam kilo, isteyerek gebe kalma durumu, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, sigara kullanma durumu, prenatal izlem sayısı, doğum eylemiyle ilgili yazılı materyal okuma, doğuma hazırlık sınıfına katılma durumunun yer aldığı 17 sorudan oluşmaktadır.

2.2.3. İzlem Formu (Doğum eylemi süreci ve doğum sonrası sürece yönelik) (Ek III):

A) Doğum Eylemi Süreci: Doğumhaneye başvurma nedeni, doğum eyleminin birinci evresinde gebenin hemogloblin düzeyi, doğum eyleminin başlatmak ya da hızlandırmak için girişimde bulunulması (amniyotomi, oksitosin uygulaması, lavman yapılması, ilaç kullanımı vs.), epizyotomi açılma durumu, perineal yırtık oluşma durumu, servikal yırtık oluşma durumu, itme süresi, aktif fazda ıkmmanın ertelenme süresi, doğumun ikinci evresinde ıkmmanın ertelenme süresini içeren 8 sorudan,

B) Doğum Sonrası Süreç: Doğumhanede ve postpartum birinci saat sonrası serviste kanamayı önlemek için girişimde bulunma durumunun değerlendirildiği 2 sorudan oluşmaktadır.

2.2.4. Partograf (Doğum Eylem Grafiği) (Ek IV):

Partograf 1970'li yıllardan beri değişik modellerde kullanılan ve doğum eylemi sırasında anneye ve fetüse ilişkin gelişmelerin kayıt edildiği bir çizelge, bir grafiktir. "Erken Uyarı Sistemi" görevi gördüğü için doğum eyleminin gelişmesindeki normalden sapma durumlarının tanılanmasında önem taşır (3, 4, 13, 46, 47).

2.2.4.1. Doğum İzleminde Partograf Kullanımı: Partograf eylemin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için kullanılan bir araçtır. Uyarı ve müdahale çizgileri bulunmaktadır. Grafik kağıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde takibini ve normal dışı durumların erken tanınmasını sağlar. Engellenmiş eylem tanısı konulmasına yardımcı olur (3, 4, 46, 47).

Doğum eylemi sırasında **partograf ön yüzünde** üç parametre izlenmektedir.

Fetüsün sağlık durumunu değerlendirmek için; fetal kalp atım hızı, amnion zarının varlığı, fetüs başında moulding,

Doğumun ilerlemesini takip için; servikal açıklık, bebek başının seviyesi, uterus kontraksiyonlarının 10 dakikadaki sıklığı ve süresi, oksitosin uygulaması, uygulanan İV, İM ve oral tedaviler,

Annenin sağlık durumunu değerlendirmek için; kan basıncı, nabız, vücut ısısı, idrar çıkışı ve idrar testleri (protein, aseton vb) izlenmektedir.

Partograf doğumun aktif evresinin (dört cm) başlangıcından itibaren kullanılmaktadır.

Partograf arka yüzünde; Parite, anne boyu, başvurudaki servikal dilatasyon, başın düzeyi, membran rüptürü süresi, vaginal muayene sayısı, toplam latent fazın süresi, birinci evrenin, ikinci evrenin ve üçüncü evrenin süreleri, doğumun ilerleyişi, indüksiyon uygulanma durumu, güç doğum ve uterus rüptürü olup olmadığı, doğumun tipi, partograf üzerinde son servikal dilatasyon, perinatal ölüm, apgar skorları (1. ve 5. dk), bebeğin yoğun bakıma alınma durumu, yenidoğan cinsiyeti, kilosu, boyu, baş çevresi, doğum saati kaydedilmektedir.

2.2.5. Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F)

VAS-F enerji ve yorgunluk düzeyini ölçmektedir. Skala, Lee ve arkadaşları (1990) tarafından geliştirilmiş, Yurtsever (2000) tarafından 1999 yılında, Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. VAS-F 18 maddeden oluşmaktadır. VAS-F'in 13 maddesi (1,2,3,4,5,11,12,13,14,15,16,17,18) yorgunluk alt skalasını, beş maddesi enerji alt skalasını (6,7,8,9,10) oluşturmaktadır (8, 9, 38, 66, 75).

VAS-F'nin bir ucunda en olumlu diğer ucunda ise en olumsuz ifadeler bulunmaktadır ve iki ifade arasında 10 cm'lik çizgilerin bulunduğu yatay satırlar yer almaktadır. Yorgunluk alt skalasının maddeleri en olumludan en olumsuz doğru, enerji alt skalasının maddeleri en olumsuzdan en olumluya doğru gitmektedir. Yorgunluk alt skalasının yüksek puanı, enerji alt skalasının ise düşük puanı yorgunluğun şiddetinin fazla olduğunu göstermektedir (8, 9, 66, 75). Skalada orijinalinde yer almayan, işaretlemeyi kolaylaştıracağı düşünülen, çizgilerin uç kısmına "0-10" değerleri yazılmıştır. Kişinin kendisi için uygun olan yeri, yatay satırı kesen dikey bir çizgi "/" ile işaretlemesi istenmiştir. Daha sonra işaretlenen yerdeki kesişme noktası, her soru için ayrı ayrı cetvel ile ölçülerek nesnel olarak değerlendirilmiştir.

VAS-F yurt dışındaki araştırmalarda gebelikte ve postpartum dönemde yorgunluğu değerlendirmek için kullanılmıştır. VAS-F'nin puanlama aralığı açık olarak belirtilmemektedir. Yorgunluk alt skalası için alınması gereken en düşük puan 0, en yüksek puan 130, enerji alt skalası için alınması gereken en düşük puan 0, en yüksek puan 50 olarak alınmıştır (38).

VAS-F'nin puanlama aralığı açık olarak belirtilmediği için, puanlama aralığı olan ölçeklere oranla daha duyarlı ölçüm sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca, söz

konusu skala kullanımını kolay, kısa ve anlaşılır olduğu için tercih edilmektedir (8, 9, 66, 75).

Yurtsever (2000)'in güvenilirlik çalışması ve diğer araştırmalardaki yorgunluk ve enerji alt skalası Cronbach alfa katsayıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Ayrıca Tablo 1'de VAS-F'nin bu çalışmada, kontrol ve çalışma grubu 48 gebeye uygulanması sonucunda elde edilen iç tutarlık katsayısı ve madde analizi sonuçları görülmektedir. Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları yorgunluk için 0.89 ile 0.93 arasında, enerji için 0.77 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. VAS-F Madde ve Güvenirlik Sonuçları

| V A S- F | Madde Sayısı | Alınabilecek Alt ve Üst Puanlar | Cronbach Alpha (Lee and Zaffke 1999) | Cronbach Alpha (Yurtsever 2000) | Cronbach Alpha (Ulukavak 2004) | Cronbach Alpha (Alp 2005) | Cronbach Alpha (İlk Bir saat) (n=48) | Cronbach Alpha (İlk 24 saat) (n=48) |
|-------------------|--------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Yorgunluk | 13 | 0-130 | 0.96 | 0.90 | 0.87 | 0.84 | 0.93 | 0.89 |
| Enerji | 5 | 0-5 | 0.90 | 0.74 | 0.77 | 0.64 | 0.77 | 0.77 |

Bu katsayı skalanın araştırmanın yapıldığı grup üzerinde oldukça iyi çalıştığını ve güvenilir olduğunu göstermektedir (5, 6, 31).

2.3.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Araştırma TC. Sağlık Bakanlığı (SB.) Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanmasına 15 Aralık 2010'da başlanmış ve 01 Eylül 2011 tarihinde bitirilmiştir. Araştırma, izinler alındıktan ve ön çalışma tamamlandıktan sonra yürütülmüştür.

TC. SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nin ilk adı "İzmir Gurabayi Müslimin" olarak 1851 yılında Emin Muhlis Paşa tarafından inşa ettirilmiştir. İlk Başhekimisi Cerrah Mustafa Enver (Birgiv) Paşa (1879) dır. Hastane zamanla ihtiyacı karşılayamaz hale gelince 1903 yılında yapılan ekler ile büyütölüp yatak kapasitesi arttırılmıştır. Hastanenin adı 1913 yılında "İzmir Memleket Hastanesi" olarak değiştirilmiştir. 1950 yılında Sağlık, Sosyal ve Yardım Bakanlığı'na geçmiş ve İzmir Devlet Hastanesi adını almıştır. İzmir Devlet Hastanesi'nin 30 Nisan 1982 tarihinde Basın Sitesi Sempti'ndeki yeni binasına taşınmasından sonra yeniden onarılan bina 02 Mart 1985 tarihinden itibaren İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi olarak hizmete girmiştir. Hastanenin ismi, 2000 yılında Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Konak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi olarak değiştirilmiştir. Tüm hastanenin yatak kapasitesi 194'tür (1).

Hastanenin genelinde 21 kadın doğum uzmanı, 84 ebe, 34 hemşire çalışmaktadır. Doğum Salonu'nda çalışan hekim sayısı:19, ebe sayısı:17'dir. Doğum Salonu'nda travay olarak kullanılan bölüm yatak sayısı ise 12'dir. Bir odada en fazla dört kişi yatmaktadır. Doğum Salonu'nda beş ayrı doğum odası bulunmaktadır. Her odada yenidoğan için radyan ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi, doğum masası ve doğum eyleminde kullanılabilcek ilaç ve malzemelerin bulunduğu dolap bulunmaktadır. Oksijen kaynağı ve aspiratör ünitesi merkezi sisteme bağlı çalışmaktadır. Doğum yapan annelerin bebek bakımları ve diğer işlemleri bu odalarda yapılmakta ve işlemler sonunda yenidoğanlar anneleri ile birlikte postpartum servisine sevk edilmektedirler.

Doğum Salonu'na hasta kabulü gebe polikliniği, gebe servisi veya acilden yapılmaktadır. Gebeler doğum salonuna geldiklerinde ebeler tarafından anemnezleri alınmakta, vital bulguları ve kan örnekleri alınmaktadır. Gebelere önlük verilerek

travay odasındaki yatağı gösterilmektedir. Gebelerin doğumlarını ebeler yaptırmakta ve riskli bir durumla karşılaşıldığında uzman hekim doğuma müdahale etmektedir.

Doğum salonunda hastalar sıra ile hekimlere verilmektedir. Her hekim ile çalışacak bir ebe o gün için belirlenmektedir. Gebenin travayda izlem ve doğumu aynı ebe tarafından yaptırılmaktadır. Ancak gün içindeki yoğunluğa göre aralarında yardımlaşma olmakta, bazen doğuma bir başka ebe yardım etmekte, epizyotomi tamiri farklı bir ebe ya da geçici görev ile gelmiş asistan doktor tarafından da yapılmaktadır.

Hastane’de travayda izlem sırasında özellikle primipar gebelere servikal olgunluğu arttırmak için IM 8 mg Valethamat Bromid (Epidosin ampul) uygulaması tercih edilmektedir. Ayrıca primipar gebelere rutin olarak doğum eylemini başlatmak ya da hızlandırmak için indüksiyon uygulanmakta, epizyotomi açılmakta plasenta çıktıktan sonra dikimi yapılmaktadır. Doğum sonrası kanamayı durdurmak için sıvı içinde 20 ünite oksitosin verilmesi ve gebenin tansiyonuna göre 1 amp Oksitosin + 1 amp Metilergobasin maleat IM/IV uygulaması yapılmaktadır.

Ebeler hastane rutinde valsalva tipi ıkınma tekniği kullanmaktadır. ıkınmanın güçlü olamadığı durumlarda fundal bası uygulaması (kredi manevrası) yapılabilmektedir.

Bakımları yapıldıktan sonra anne ve bebek doğum servisine kabul edilmekte, annelerin herhangi bir komplikasyonu yoksa rutin olarak dört saate bir fundus ve kanama kontrolü yenidoğanın emzirilmesi ebe/hemşireler tarafından yapılmaktadır.

Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Konak Doğum Hastanesinde normal vajinal doğum yapan anneler postpartum 24 saat sonra taburcu edilmektedir.

2.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ

T.C. SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde 15/12/2010-01/09/2011 tarihleri arasında 1827 normal vaginal doğum gerçekleşmiştir.

Araştırmanın evrenini; 15/12/2010-01/09/2011 tarihleri arasında T.C. SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde normal vajinal doğum yapmış tüm primipar gebeler (N=628) oluşturmuştur.

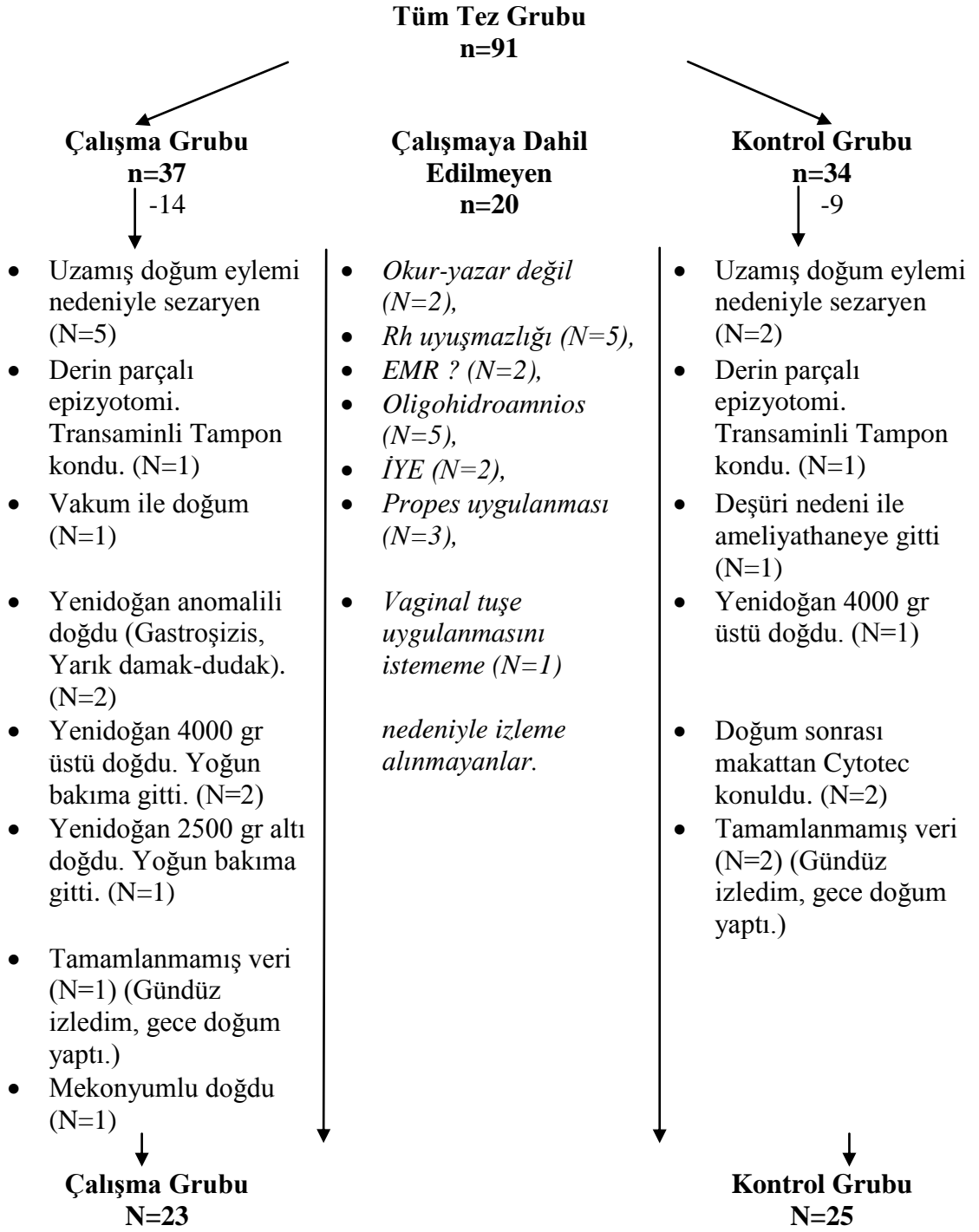
2.5. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, 15/12/2010-01/09/2011 tarihleri arasında SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde primipar olup normal vajinal doğum yapmış, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 48 primipar gebe oluşturmuştur.

Hastanenin istatistik biriminden; 15 Aralık 2010-01 Eylül 2011 tarihleri arasında, mesai saatleri içinde (08.00-16.00), 18-35 yaş arası, primipar, canlı doğum, 38-42 gebelik haftası, yenidoğanın ağırlığı 2500-3999 gr arasında olan, konjenital anomalisi olmayan ve bebeği yoğun bakıma gitmeyen (kaydedilenler arasından) 137 vajinal doğum olduğu belirlenmiştir.

Araştırmacıdan kaynaklanan sınırlılıklar nedeniyle, araştırmacının klinikte bulunabildiği günlerde (haftada iki gün) hastalar arası olumlu ya da olumsuz etkilenmeyi önlemek amacıyla bir hafta çalışma bir hafta kontrol grubu verisi toplanmıştır.

Çalışma süresinde 46 gebeye ulaşılamamıştır. Ulaşılabilen 91 gebeden 48'i (%37'si) çalışmaya dahil edilmiştir.



Şekil 1. Tüm Veri Grubu Örneklem Seçimi ve Çalışma Dışı Kalan Olgular

Araştırmanın güç analizi, Çalışma (Doğumun İkinci Evresinde Ertelenmiş İkinma) (23 kişi) ve Kontrol (Geçiş Fazında İkinma) (25 kişi) grubundaki annelerden elde edilen yorgunluk ve enerji toplam puan ortalamalarına göre yapılmıştır ve sonuçlar $\mu=0.05$ düzeyinde yorgunluk için %98, enerji için %96 oranında güvenilir bulunmuştur.

Araştırmaya alınma kriterleri;

Belirlenen tarihlerde SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi doğum salonunda izlenen, normal vajinal doğum yapmış aşağıdaki durumları belirlenen gebeler örnekleme alınmıştır.

Bunlar; İlk doğumunu yapacak olanlar (pirimiparlar), 18 yaş üstünde 35 yaş altında olanlar, 38-42. gestasyon haftasında olanlar, verteks pozisyonda tek bir fetüsü olanlar, spontan vaginal doğum yapması beklenenler, herhangi bir gebelik komplikasyonu olmayanlar (plasenta previa, preeklampsi, Erken Membran Ruptürü (EMR), oligohidroamniyos ve polihidroamniyos, prezentasyon bozukluğu, IUGG, IUMF, makrozomik bebekler, fetal distres v.b.), herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olmayanlar, kontraksiyon anomalisi olmayanlar (hipotonik veya hipertonic kontraksiyonlar), servikal dilatasyonu en az dört cm. (aktif faz) olanlar, muhtemel kilosu 2500 gr ile 3999 gr arasında sağlıklı ve majör konjenital anomalisi olmayan fetüse sahip olacağı öngörülen, çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerdir.

Doğum sonuçları;

Doğum sonuçları yorgunluk ve enerji puan ortalamaları, perineal travma durumu ve 1. ve 5. dakika apgar skorlarından oluşan faktörlere dayanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya dahil edilen ve uygulama yapılan gebelerde; doğum sonu komplikasyon gelişenler, doğumu sezaryen ya da vakum ile olan, yenidoğanın ağırlığı düşük veya iri fetüs olan anneler çalışmadan çıkarılmıştır.

Çalışma ve kontrol grubunda yer alan gebeler; yaş, Vücut Kütle İndeksi (VKI) ve birinci evre hemoglobin düzeyi ortalamaları, indüksiyon uygulanma durumu açısından eşleştirilmişlerdir. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin yaş, VKI, Hgb

düzeyleri ve indüksiyon uygulanma durumları açısından homojen dağılımda olduğu saptanmıştır.

2.6. ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişkenler; Postpartum VAS-F alt skalaları yorgunluk ve enerji puan ortalamaları, perineal travma durumu, yenidoğanın birinci ve beşinci dakika apgar puan ortalamalarından oluşmaktadır.

Bağımsız Değişkenler; Ertelenmiş ıkınma ve geçiş fazında ıkınma, ikinci evrenin süresi ve itme/ıkınma süresidir.

2.7. VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ VE SÜRESİ

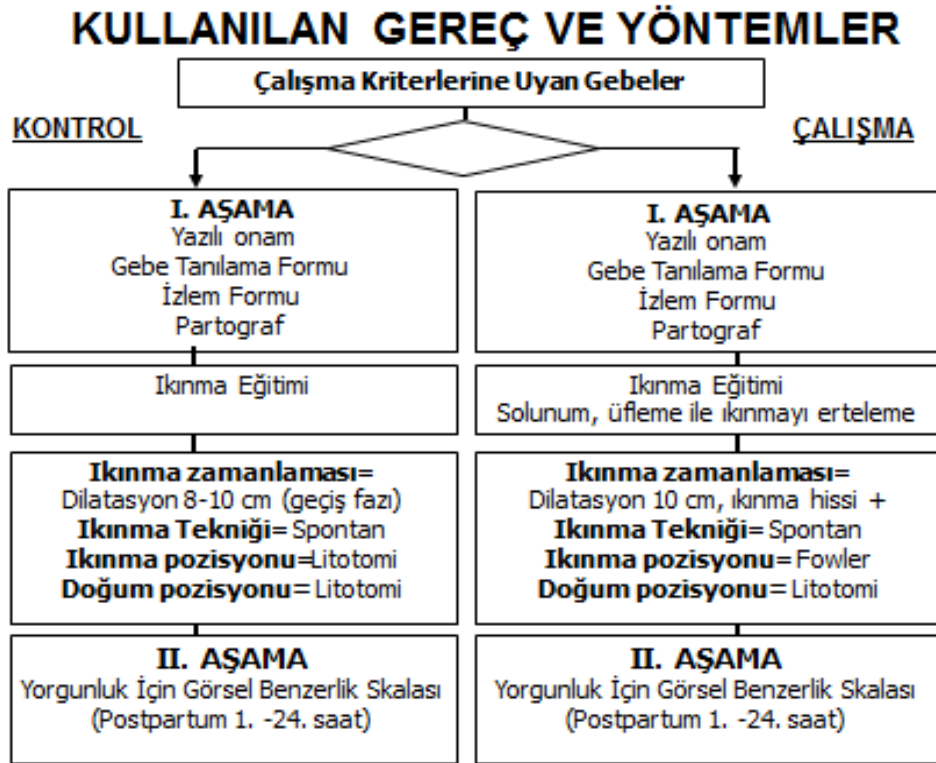
Araştırma verileri, yüz yüze görüşme ve veri toplama formlarına yönelik izlemlerin yapılmasıyla toplanmıştır. Doğum yapmak üzere doğum salonuna yatırılan tüm gebelerin anamnezleri alınıp rutin olarak Hemogram, Kan Grubu, Hbs Ag ve AntiHIV tetkikleri yaptırılmaktadır. Araştırmaya alınma kriterlerine uymayan gebeler bu ön görüşme esnasında tespit edilerek araştırma grubuna dahil edilmemiştir.

Araştırma kriterlerine uyan primipar gebelerin birbirlerinden etkilenmelerini önlemek için aynı anda çalışma ve kontrol grubuna alınmamasına dikkat edilmiştir.

Araştırmaya başlarken öncelikle kontrol grubunun verileri toplanmaya başlanarak bir hafta çalışma grubu bir hafta kontrol grubu olmak üzere yeterli veriler toplanana kadar araştırmaya devam edilmiştir.

Doğumun birinci evresinde doğum salonuna kabul edilen, araştırma kriterlerine uygun gebeye kendini tanıtmaya, araştırma hakkında bilgi verme ve onayı alındıktan sonra yapılacak rutin işlemler hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Doğum salonu ve yenidoğan bakımının yapılacağı ünite tanıtılmıştır. Ardından hekimi ile vaginal muayene için doğum odasına gebe alındığında, doğumun yapılacağı salon,

doğum masası, ıkmma ve doğum sırasında araştırmacının yanında olacağı, doğumda kullanacağı ıkmma tekniğinin anlatılacağı konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Doğum eylemi takibi sırasında fetal monitörizasyon uygulaması ve gerekirse başlanan indüksiyon hakkında bilgilendirme yapılmıştır. Ön görüşme ve doğum salonunun tanıtımından sonra “gebe tanıtım formu” için gerekli veriler alınmıştır. Servikal açıklık dört cm olduktan sonra partograf ile izlenmeye başlanmıştır.



şekil 2. Veri Toplamada İşlem Basamakları

VERİ TOPLAMA YÖNTEMİNDE I. AşAMA;

Her İki Grup İçin; Gebelerin yazılı onamları alınmış, gebe tanılama formu, izlem formu doldurulmuş ve partograf ile doğum eylemi izlemleri yapılmıştır.

Her İki Grup İçin İkmma Tekniği ve Eğitimi:

Araştırmacı tarafından gebelere aktif fazda, **spontan ıkmma tekniği (açık glotis)** konusunda aşağıdaki şekilde eğitim verilmiştir.

- Kontraksiyonlar başladığında ıkınma hissi en şiddetli halinde oluncaya kadar normal solunum yapma,
- En şiddetli halinde iken karına derin nefes alma ve uterus çevresindeki karın kaslarını içeri çekme, belini düz zemine bastırma,
- Doğum masasının kenarındaki demirlerden destek alarak, ağrılar sırasında dereceli olarak ıkınmaya başlama,
- ıkınma sırasında dudaklar büzülerek nefesi yumuşak bir şekilde ısıklık çalar gibi verme,
- Nefes verme sırasında yaklaşık 5-6 sn ıkınma,
- ıkınırken nefes tutulmaması ve glottis açık olmasına dikkat etme (“ııı” sesi çıkarabilir),
- Tekrardan nefes alma, 5-6 sn yumuşak ve düzgün bir şekilde nefes vererek aşağıya doğru ıkınma (Bağırsak hareketinde kullanılan ıkınma çabasına benzer biçimde ıkınmaları söylenmiştir).
- Kontraksiyonlar yavaşlamaya başlayınca normal solunum yapma.

Tüm gebeler doğumun ikinci evresi süresince spontan ıkınma yöntemini ardından en son itmesinde ise valsalva tipi ıkınma yöntemini kullanmışlardır. Araştırmada tüm gebeler hem açık hem de kapalı glottis metotlarını kullanmışlardır.

Ayrıca çalışma grubunda ıkınmanın ertelenmesi için solunum / üfleme tekniği eğitimi aşağıdaki şekilde yapılmıştır.

ÇALIŞMA GRUBU

Solunum Eğitimi / Üfleme Tekniği:

Aktif Fazda Kontraksiyon Anında Solunum (Yavaş-derin göğüs solunumu):

- Kontraksiyon geldiğinde normal solunum yapma (burundan nefes alma, sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verme).
- Kontraksiyon süresince yavaş-derin göğüs solunumu yapma,
- Burundan nefes alırken içinden dörde kadar sayması, nefes verirken daha uzun sürede verme,
- Kontraksiyon sonunda normal solunum yapma.

Geçiş Fazında Kontraksiyon Anında Solunum (Üfleme-abdominal solunum):

- Kontraksiyonların en şiddetli anında dudakları büzerek nefesi ağızdan alıp verme,
- Solunum sırasında hava, sanki mum üfler gibi / ısıklık çalar gibi dışarıya üfleme,
- Üflemeli solunuma 6:1 oranında başlama (yani altı kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme ile solunum),
- Kontraksiyon şiddetlendikçe oranı düşürme (Üflemeli solunuma 6:1, 5:1, 4:1, 3:1, 2:1 şeklinde devam etme),
- Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına dikkat etme (Arka arkaya hızlı – yüzeysel solunum yapıldığında sersemlik, baş dönmesi, parmak karıncalanması ve hissizlik oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilir),
- Nefes alıp verme sırasında abdomende yükselmeler ve alçalmaları gözleme,

- Kontraksiyonun başında ve sonunda normal solunum yapma.

KONTROL GRUBU

İkinma Zamanlaması:

- Servikal dilatasyon 8-10 cm olduğunda,
- Güçlü uterus kontraksiyonları oluştuğunda (10 dakika içinde 40-60 sn süren en az üç kontraksiyon gelmesi),
- Fetal baş rotasyonunu tamamladığında (Oksiput Anterior pozisyonuna gelince) ıkinma başlatılmıştır.

İkinma Pozisyonu: Doğum salonunda litotomi pozisyonunda doğum masasında yaptırılmıştır.

ÇALIŞMA GRUBU

İkinma Zamanlaması:

- Servikal dilatasyon 10 cm (tam açıklık) olduğunda,
- Güçlü uterus kontraksiyonları oluştuğunda (10 dakika içinde 40-60 sn süren en az üç kontraksiyon gelmesi),
- Fetal baş rotasyonunu tamamladığında (Oksiput Anterior pozisyonuna gelince)
- Fetal baş pelvis içinde “+1” düzeyinde olduğunda
- Kadında ıkinma isteğinin olması dikkate alınarak, güçlü bir fiziksel itme refleksi hissedene kadar ıkinmanın ertelenmesi istenmiştir.

İkinma Pozisyonu: Çalışma grubu gebelerin ıkinma pozisyonu, doğum masasına gidene kadar yatakta fowler pozisyonunda, her iki eliyle dizlerinden kavrayarak bacakları ayrı tutup kendine doğru çekme ve baş yükselip karnına bakarak ıkinacağı şekilde ayarlanmıştır.

Her İki Grup İçin Doğum Pozisyonu: Doğum, her iki grup için doğum salonunda litotomi pozisyonunda doğum masasında yaptırılmıştır.

Epizyotomi haricinde yırtılma, deşüri olup olmadığı servikal yırtılma varlığı araştırmacı tarafından da kontrol edilmiştir

VERİ TOPLAMADA II. AŞAMA:

Doğum Salonu İzlemi:

Tüm annelerin epizyotomi onarımı bittikten sonra, epizyotomi bakımı konusunda eğitim verilmiştir. Ardından her iki grup annelere açıklama yapılarak, doğumdan sonraki ilk bir saatte (*linik yapılabilirliğe ve annelerin hazır bulunmalarına dayanılarak*) araştırmacı tarafından (*annelerin isteği nedeniyle*) annenin direktifleri doğrultusunda VAS-F uygulanmıştır.

Postpartum Servis İzlemi:

Araştırmacı, anneler ile birlikte servise giderek postpartum birinci saatteki beslenmelerine (meyve suyu ve bisküvi) yardımcı olmuştur. Annelerin servise kabulü ile ebe veya hemşireler tarafından rutin olarak yapılan postpartum birinci saatteki ilk yaşamsal bulguların (ateş, nabız, tansiyon) takipleri, kanama kontrolleri ve IM Diklofenak sodyum 75 mg/3 ml (Dikloron ampul) uygulamaları tüm gebeler için araştırmacı tarafından yapılmıştır. Fundus masajı ilk kontrolde araştırmacı tarafından yapılarak anneye fundus masajının önemi ve nasıl uygulaması gerektiği anlatılmıştır.

Araştırmacı tarafından çalışma ve kontrol grubundaki annelere postpartum bakımı, perine tuvaleti, bebek bakımı, emzirme ve aile planlaması hakkında eğitimleri eşit şekilde verilmiştir.

Doğum saatine göre tüm gebeler ile doğum sonrası ilk 24 saat içinde görüşülerek ikinci kez annenin kendisi tarafından VAS-F uygulanmıştır.

2.8. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırmada kullanılan anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip hata kontrolleri yapıldıktan sonra veriler bilgisayara geçirilerek dökümleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik programıyla yapılmıştır. Verilerin analizi için Ege Üniversitesi Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim AD'dan destek alınmıştır.

Elde edilen veriler ile;

- ✓ Örnek büyüklüğü Two-Sample T-Test Power Analysis ile belirlenmiştir.
- ✓ VAS-F skalası yorgunluk ve enerji alt skalalarının araştırma grubunda güvenilirliğini belirlemek için cronbach alpha değerleri hesaplanmıştır.
- ✓ Gebelere yönelik tanıtıcı bilgiler sayı ve yüzde dağılımları şeklinde verilmiştir.
- ✓ Çalışma ve Kontrol grubu gebelerin niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Fisher'in kesin testi (Fisher Exact Test), Eğitimde ki-kare testi kullanılmıştır.
- ✓ Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney-U kullanılmıştır.
- ✓ Parametreler arasındaki ilişkinin incelenmesinde Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi kullanılmıştır.
- ✓ Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin postpartum ilk bir ve 24 saat içinde yorgunluk ve enerji düzeyleri arasında fark olup olmadığını incelemek amacıyla bağımlı gruplarda Wilcoxon İşaretli Sıra(lar) Testi kullanılmıştır.
- ✓ Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin yorgunluk ve enerji düzeylerini etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenler ile VAS-F yorgunluk ve enerji puan ortalamalarının benzer dağılım gösterip göstermediklerini test etmek amacıyla Mann Whitney-U Testleri kullanılmıştır.

- ✓ Sonuçlar %95'lik güven aralığında, verilerin istatistiksel anlamlılık durumu $p<0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.9. SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma konusu Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından onaylanmıştır. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu tarafından 04 Mart 2010 tarihinde araştırmanın yürütülmesinin uygun olduğuna dair onay verilmiştir (EK VIII).

Araştırmanın SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi'nde yapılabilmesi için Hastane Başhekimliği'nden 12 Aralık 2010 tarihinde uygulamanın yapılabileceğine dair onay verilmiştir (EK IX).

Çalışmanın planlanmasından tez raporunun hazırlanmasına ve sunumuna kadar olan araştırma süreci etkinlikleri pert serimi olarak Şekil 2'de gösterilmiştir.

Bu arada, çalışma konusu ve yöntem hakkında; önce Hastane Başhekimliği, başhemşireliği, doğum salonu sorumlu ve çalışan ebelere, doğum sonrası serviste çalışan hemşirelere sözel olarak bilgi verilmiştir.

Çalışmaya 15 Aralık 2010 tarihinden itibaren başlanmıştır. Araştırmada birinci danışman olan Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN'in 16.09.2011 tarihinde emekliye ayrılması nedeniyle, Doç. Dr. Oya KAVLAK 26.09.2011 tarihinden itibaren E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından birinci danışman olarak görevlendirilmiştir.

Çalışmanın onayından sonra araştırmanın uygulanabilirliği açısından ön uygulama yapılmıştır. Bir hafta kontrol bir hafta çalışma grubu verileri toplanmaya başlanmıştır.

Veri toplama aşamasında gelişen sorunlar; Araştırmacının klinik çalışmanı olmaması nedeniyle sürekli hastanede bulunulamaması veri kaybına yol açmıştır, 15

Aralık 2010- 01 Eylül 2011 tarihleri arasında araştırma örneklemini oluşturan 137 gebeden 46'sına ulaşılammıştır.

Araştırmacıdan Kaynaklanan Sorunlar: Araştırmacıdan kaynaklanan sınırlılıklar nedeniyle haftada iki gün klinikte bulunulabilmiştir.

Kurum İşleyişinden Kaynaklanan Sorunlar: Doğumu yaptıran kişiden dolayı oluşacak farkı ortadan kaldırmak için, doğumların aynı ebe tarafından yaptırılması mümkün olmadığından doğumları yaptıran ebelere bilgilendirme eğitimi yapılmıştır. Eğitimlere katılan ebelerin görev yerlerinde değişiklikler (servis değişikliği, tayin vb.) olmuştur. Eğitimden sonra dört ebe daha göreve başlamıştır. Yeni göreve başlayan ebeler kıdemli ebeler ile doğuma girmekte, doğum sonrası epizyotomi tamirini yapmaktadır. Bu ebeler ile olan doğumlar çalışmaya alınmamıştır.

Yaz dönemi doğum sayılarının fazlalığı, personel azlığı nedeni ile doğum yaptıran ebe ayrı, epizyotomi tamirini yapan ebe ayrı olabilmektedir.

Ebeler hastane rutinde valsalva tipi ıkınma tekniği kullanmaktadır. ıkınmanın güçlü olamadığı durumlarda fundal bası uygulaması (kredi manevrası) yapılabilmektedir. Doğum öncesi hiçbir gebe doğuma hazırlık sınıfına katılmadığından ve başka bir eğitim almamış olduğundan spontan ıkınma tekniğini öğretmekte güçlükler yaşanmıştır. Gebelerin tümüne epizyotomi uygulanmıştır. Epizyotomi tamir süresi ebeden ebeye değişmektedir.

Hastaların Takibinde Yaşanan Sorunlar: Kontrol grubu gebelerin geçiş fazında doğum masasına alınması zor/güç doğuma, fundal bası uygulanmasına, yenidoğanın kilosunun sınırlılıklar dışında olması veri kaybına neden olmuştur.

Doğum eylemi başlamış gebelerin daha önceden yapılmış ve belirlenmiş makrozomik bebek, düşük doğum ağırlıklı, anomalili bebek tanıları olmamasına

rağmen doğumun sonunda; yenidoğan ağırlıkları 4000 gr. üzerinde, 2500 gr. altında olan, gastroşizis ve yarık damak-dudak anomalisi ile doğan ve doğum eylemi sırasında mekonyum aspirasyonu gelişen anneler çalışma dışı bırakılmıştır.

Kullanılan Skala ile ilgili Yaşanan Sorunlar: VAS-F doldurulması için orijinalinde verilen yönergedeki “X” işareti koyunuz ibaresi “/” işareti koyunuz şeklinde değiştirilmiştir. Cetvel ile ölçüm sırasında “X” işaretinin orta kesim noktası bulunarak ölçüm yapılmasında zorluk yaşanmış, yatay verilen çizgiyi kesen tek bir dik çizginin kesiştiği yerin ölçümü işlemi kolaylaştırdığı için bu şekilde kullanılması tercih edilmiştir.














Doğum sonrası ilk bir saatte annelerin VAS-F işaretlemesinde sıkıntılar yaşanmıştır. Anneler doğum salonunda doğum masasında iken skala uygulandığı için araştırmacının işaretleme yapmasını istemişler, skala hakkında bilgilendirme yapıldıktan sonra annelerin direktifleri doğrultusunda araştırmacı tarafından ilk bir saatteki VAS-F işaretlenmiştir.

Hastane Kayıtlarında Yaşanan Sorunlar: Hastane istatistik kayıtlarında primipar gebe sayısına ulaşılmakta güçlük yaşanmıştır. Gebelik sayısı girilmemiş kayıtlar vardır. Ayrıca tüm vaginal doğum sayısına sezaryen dışı doğumlar komutu ile ulaşılabilmekte, gebelik sayısına ulaşmak için spontan, epizyotomi, vakum ve diğer seçeneklerinin ayrı ayrı açılması gerekmektedir. Bu seçeneklerin içinde birden fazla kayıtlanma olduğu görülmüştür. Yani epizyotomi uygulanmış bir gebe deşüri de var ise hem spontan hem epizyotomi hem de diğer seçeneklerinde kayıtlanmaktadır.

Araştırmanın örneklemini belirlerken hasta kayıtları Excel programına aktarılmıştır. Tek tek protokol numaralarından karşılaştırma yapılarak birden fazla kayıtlanan hastalar bulunmuş ve elemelerin ardından örneklem belirlenmiştir.

2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

Araştırmanın yapılabilmesi için; Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Bilimsel Etik Kurul'undan Onay (EK VII), E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için SB. Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi'nden yazılı izin (EK IX) alınmıştır. Ayrıca gebelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenler araştırmaya alınmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-I) ile çalışma ve kontrol grubu gebelerin yazılı onamları alınmıştır.

| YAPILAN ÇALIŞMALAR | Temmuz 2008 Mayıs 2009 | Haziran 2009 | Temmuz -Kasım 2009 | Aralık 2009 | 13 Ocak 2010 | Şubat-Aralık 2010 | Aralık 2010 - Mart 2011 | 30 Mart 2011 | Mart-Eylül 2011 | 28 Eylül 2011 | Eylül-Ekim 2011 | Kasım-Aralık 2011 | Aralık 2011 |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Hazırlık Çalışmaları (Literatür Tarama) |  | | | | | | | | | | | | |
| Danışman İle Toplantı (Tez Konusunu Belirleme) | |  | | | | | | | | | | | |
| Konu ile İlgili Spesifik Okuma | | |  | | | | | | | | | | |
| Soru Kağıdını Hazırlama | | | |  | | | | | | | | | |
| Tez Ön Komitesi ile Toplantı | | | | |  | | | | | | | | |
| Tez Uygulaması İçin izinlerin Alınması | | | | | |  | | | | | | | |
| Veri Toplama | | | | | | |  | | | | | | |
| Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile I. Toplantı | | | | | | | |  | | | | | |
| Veri Toplama | | | | | | | | |  | | | | |
| Tez İzlem İçin Tez Komitesi ile II. Toplantı | | | | | | | | | |  | | | |
| Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi | | | | | | | | | | |  | | |
| Tezin Yazılması | | | | | | | | | | | |  | |
| Tez Sunumu | | | | | | | | | | | | |  |

Şekil 3. Araştırmanın Zamanlanması

BÖLÜM III

3.BULGULAR

3.1.ANNELERİN EŞLEŞTİRİLMİŞ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma ile geçiş fazında ıkınmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan çalışmaya 23 çalışma, 25 kontrol grubunda olmak üzere toplam 48 gebe alınmıştır.

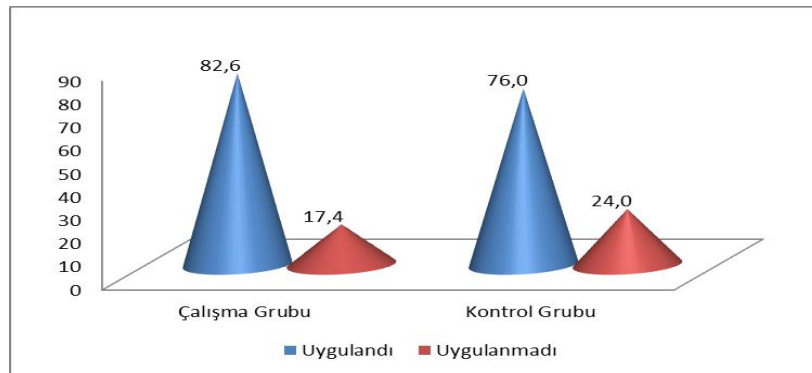
Tablo 2. Çalışma ve Kontrol Grubu Annelerin Yaş, VKI ve Hemoglobin Ortalamalarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | |
|-----------------------------------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|----------|----------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Yaş Grubu | | | | | | |
| 18-23 | 17 | 74.0 | 14 | 56.0 | 31 | 64.6 |
| 24-29 | 5 | 21.7 | 9 | 36.0 | 14 | 29.2 |
| 30 ve üzeri | 1 | 4.3 | 2 | 8.0 | 3 | 6.2 |
| Eğimde $\chi^2 = 1.482$, SD=1, p=0.223 | | | | | | |
| Vücut Kütle İndeksi | | | | | | |
| Zayıf (VKI <18.49) | 1 | 4.4 | 3 | 12.0 | 4 | 8.4 |
| Normal (VKI=18.50 – 24.99) | 17 | 73.9 | 17 | 68.0 | 34 | 70.8 |
| Hafif Şişman (VKI=25.00 – 29.99) | 5 | 21.7 | 5 | 20.0 | 10 | 20.8 |
| Eğimde $\chi^2 = 0.375$, SD=1, p=0.540 | | | | | | |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 | | |
| Değişkenler | Ortalama | Min-Max | Ortalama | Min-Max | U | p |
| Yaş Ort. | 21.91 ± 4.32 | 18-35 | 23.60 ± 4.29 | 18-35 | 204.50 | 0.085 |
| VKI Ort. | 22.27 ± 3.11 | 15.23-28.12 | 22.05 ± 2.75 | 17.75-22.29 | 286.00 | 0.975 |
| Birinci Evre Hemoglobin Ort. (g/dl) | 12.28±1.08 | 10.60-14.20 | 12.43±1.16 | 9.40-14.40 | 263.00 | 0.613 |

Tablo 2’de gebelerin yaş grupları incelendiğinde çalışma grubunun %74.0, kontrol grubunun %56.0 oranı ile 18-23 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Eğimde $\chi^2 = 1.482$, SD=1, $p > 0.05$). Gebelerin yaş ortalamaları çalışma grubunda 21.91 ± 4.32 , kontrol grubunda 23.60 ± 4.29 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubunun yaş ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U = 204.50$, $p = > 0.05$).

Gebelerin VKI göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubunun %73.9, kontrol grubunun ise %68.0 oranı ile VKI normal olduğu görülmektedir. Yapılan analizde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Eğimde $\chi^2 = 0.375$, SD=1, $p > 0.05$). Gebelerin VKI ortalaması çalışma grubunda 22.27 ± 3.11 , kontrol grubunda 22.05 ± 2.75 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubunun VKI Ortalaması arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlam bir fark yoktur ($U = 286.00$, $p > 0.05$) (Tablo 2).

Gebelerin birinci evre hemoglobinin ortalaması çalışma grubunda 12.28 ± 1.08 g/dl, kontrol grubunda 12.43 ± 1.16 g/dl olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubunun birinci evre hemoglobinin ortalaması arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlam bir fark yoktur ($U = 263.00$, $p > 0.05$) (Tablo 2).



Fisher'in Kesin Testi p=0.727
Grafik 1. İndüksiyon Uygulanma Durumu

Çalışma grubu gebelerin %82.6'sına, kontrol grubunun %76.0'sına induksiyon uygulandığı, çalışma grubu gebelerin %17.4'üne, kontrol grubunun %24.0'üne induksiyon uygulanmadığı görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin induksiyon uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin testi $p>0.05$) (Grafik 1).

3.2.ANNELERİN VE BEBEKLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3. Annelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Tanıtıcı Özellikler | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | |
|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Eğitim Durumu | | | | | | |
| Ortaokul ve altı | 13 | 56.5 | 17 | 68.0 | 30 | 62.5 |
| Lise ve üzeri | 10 | 43.5 | 8 | 32.0 | 18 | 37.5 |
| $\chi^2=0.67, SD=1, p=0.411$ | | | | | | |
| Çalışma Durumu | | | | | | |
| Evet | 2 | 8.7 | 4 | 16.0 | 6 | 12.5 |
| Hayır | 21 | 91.3 | 21 | 84.0 | 42 | 87.5 |
| Fisher'in Kesin Testi $p=0.668$ | | | | | | |
| Sosyal Güvence Durumu | | | | | | |
| Var | 18 | 78.3 | 23 | 92.0 | 41 | 85.4 |
| Yok | 5 | 21.7 | 2 | 8.0 | 7 | 14.6 |
| Fisher'in Kesin Testi $p=0.237$ | | | | | | |
| Sigara Kullanma Durumu | | | | | | |
| Kullanıyor | 3 | 13.0 | 4 | 16.0 | 7 | 14.6 |
| Kullanmıyor | 20 | 87.0 | 21 | 84.0 | 41 | 85.4 |
| Fisher'in Kesin Testi $p=1.000$ | | | | | | |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 | 48 | 100.00 |

Tablo 3'de annelerin sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Annelerin eğitim durumları incelendiğinde; ortaokul ve altı düzeyde eğitime sahip olanlar çalışma grubunda %56.5, kontrol grubunda %68.0 oranı ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin eğitim durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.67, SD=1, p=0.411$).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin çalışma durumu incelendiğinde; çalışma grubunun %91.3 ve kontrol grubunun ise %84.0'ünün çalışmadığı, ev hanımı olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin çalışma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin testi $p>0.05$) (Tablo 3).

Annelerin sosyal güvence durumlarına bakıldığında çalışma grubu annelerin %78.3'ünün, kontrol grubu annelerin ise %92.0'sinin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin sosyal güvence durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Fisher'in Kesin Testi $p>0.05$) (Tablo 3).

Annelerin sigara kullanma durumlarına bakıldığında; çalışma grubunda %87.0, kontrol grubunda %84.0 ile yüksek bir oranda sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin sigara kullanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur (Fisher'in Kesin Testi $p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Bebeklerin Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

| Bebeklerin Özellikleri | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | |
|------------------------------|-------------------|----------------|-------------------|----------------|-----------|---------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Cinsiyet | | | | | | |
| Kız | 12 | 52.2 | 10 | 40.0 | 22 | 45.8 |
| Erkek | 11 | 47.8 | 15 | 60.0 | 26 | 54.2 |
| $\chi^2=0.72, SD=1, p=0.397$ | | | | | | |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 | 48 | 100.00 |
| | Ortalama | Min-Max | Ortalama | Min-Max | U | p |
| Kilo Ort. (gr) | 3 352.17 ± 350.47 | 2500-3950 | 3 212.00 ± 340.42 | 2600-3950 | 210.00 | 0.109 |
| Baş Çevresi Ort. (cm) | 34.52 ± 1.08 | 32-37 | 34.26 ± 1.05 | 33-36 | 250.00 | 0.418 |

Tablo 4’te bebeklerin demografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Bebeklerin cinsiyetine bakıldığında, çalışma grubunda %52.2 ile en yüksek oranda kız bebek, kontrol grubunda ise %60.0 ile en yüksek oranda erkek bebek dünyaya geldiği görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin bebeklerinin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.72$, $SD=1$, $p>0.05$).

Bebeklerin doğum kilosu ortalaması incelendiğinde; çalışma grubunun $3.352.17\pm350.47$ gr, kontrol grubunun ise $3.212.00\pm340.42$ gr olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin bebeklerinin kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=210.00$, $p>0.05$) (Tablo 4).

Bebeklerin baş çevresi ortalamasına bakıldığında; çalışma grubunun 34.52 ± 1.08 cm, kontrol grubunun ise 34.26 ± 1.05 cm olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin bebeklerinin baş çevresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=250.00$, $p>0.05$) (Tablo 4).

3.3.ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULAR

Tablo 5. Annelerin Ağırlıkları İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

| Değişkenler | Çalışma Grubu | | | Kontrol Grubu | | | U | p |
|------------------------------------------------|---------------|---------|---------|---------------|---------|---------|--------|-------|
| | Ortalama | Ortanca | Min-Max | Ortalama | Ortanca | Min-Max | | |
| Gebelik Öncesi Kilo Ort. (kg) | 58.69 ± 9.05 | 58 | 39-77 | 55.80 ± 8.20 | 57 | 41-75 | 234.00 | 0.269 |
| Gebelik Süresince Alınan Kilo Ort. (kg) | 12.82±4.09 | 12 | 3-24 | 14.68±5.43 | 14 | 4-24 | 232.00 | 0.250 |

Annelerin gebelik öncesi kilo (kg) ortalaması çalışma grubunda 58.69 ± 9.05 kg, kontrol grubunda 55.80 ± 8.20 kg olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gebelik öncesi kilo ortalaması arasında yapılan Mann-Whitney U

analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=234.00, p>0.05) (Tablo 5).

Annelerin gebelik süresince alınan kilo ortalaması (kg) çalışma grubunda 12.82±4.09 kg, kontrol grubunda ise 14.68±5.43 kg olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gebelik süresince alınan kilo ortalaması arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (U=232.00, p>0.05) (Tablo 5).

Tablo 6. Annelerin Doğum Öncesi İzlem ve Doğum Eylemine İlişkin Bilgi Edinme Durumlarına Göre Dağılımları

| Doğum Öncesi İzlem ve Doğum Eylemine İlişkin Bilgi Edinme Durumu | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | |
|------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Gebelikte İzlem | | | | | | |
| Üç kez | 2 | 8.7 | - | - | 2 | 4.2 |
| Dört kez ve üzeri | 21 | 91.3 | 25 | 100.0 | 46 | 95.8 |
| Fisher'in Kesin Testi p=0.224 | | | | | | |
| Doğum Eylemi ile İlgili Bilgi Alma | | | | | | |
| Bilgi Almayan | 10 | 43.5 | 15 | 60.0 | 25 | 52.1 |
| Bilgi Alan | 13 | 56.5 | 10 | 40.0 | 23 | 47.9 |
| $\chi^2=1.31, SD=1, p=0.252$ | | | | | | |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 | 48 | 100.00 |

Tablo 6'da annelerin doğum öncesi izlem ve doğum eylemine ilişkin bilgi edinme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; gebelikte dört ve üzeri izlem yapılanların oranı çalışma grubunda %91.3, kontrol grubunda ise %100.0 dür. Çalışma ve kontrol grubu annelerin gebelikte izlem durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Fisher'in Kesin Testi p>0.05).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin doğum eylemi ile ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde; çalışma grubunun %56.5'inin, kontrol grubunda ise sadece %40.0'mın bilgi aldığı ve bu bilgilerin kaynağını ise internet, kitap bilgisi

oluşturmaktadır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin doğum eylemi ile ilgili bilgi alma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2=1.31$, $p>0.05$) (Tablo 6).

Ayrıca çalışma ve kontrol grubu annelerin doğuma hazırlık sınıfına katılım oranları incelendiğinde; her iki grupta da gebelerin hiçbiri daha önce doğuma hazırlık sınıfına katılmamıştır.

Tablo 7. Annelerin Travay ve Doğum Eyleminde Yapılan Girişimlere Göre Dağılımları

| Travay ve Girişim Özellikleri | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | | Toplam | |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-----------|---------------|
| | Sayı | % | Sayı | % | Sayı | % |
| Lavman Uygulanma Durumu | | | | | | |
| Uygulandı | 23 | 100.0 | 22 | 88.0 | 45 | 93.8 |
| Uygulanmadı | - | - | 3 | 12.0 | 3 | 6.2 |
| Fisher'in Kesin Testi $p=0.235$ | | | | | | |
| Amniyotomi Uygulanma Durumu | | | | | | |
| Uygulandı | 11 | 47.8 | 9 | 36.0 | 20 | 41.7 |
| Uygulanmadı | 12 | 52.2 | 16 | 64.0 | 28 | 58.3 |
| $\chi^2 = 0.69$, $p=0.406$ | | | | | | |
| İlaç Uygulanma Durumu | | | | | | |
| Uygulandı | 21 | 91.3 | 23 | 92.0 | 44 | 91.7 |
| Uygulanmadı | 2 | 8.7 | 2 | 8.0 | 4 | 8.3 |
| Fisher'in Kesin Testi $p=1.000$ | | | | | | |
| Fundal Bası | | | | | | |
| Uygulandı | 8 | 34.8 | 11 | 44.0 | 19 | 39.6 |
| Uygulanmadı | 15 | 65.2 | 14 | 56.0 | 29 | 60.4 |
| $\chi^2 = 0.43$, $p=0.514$ | | | | | | |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 | 48 | 100.00 |

Tablo 7'de annelerin travay ve doğum eyleminde yapılan girişimlere göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu annelerin %100.0, kontrol grubuna %88.0 oranıyla lavman uygulandığı görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin lavman uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin Testi $p>0.05$).

Çalışma grubuna %47.8, kontrol grubuna %36.0 oranıyla amniyotomi uygulandığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin amniyotomi uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.69$, $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubuna %91.3, kontrol grubuna %92.0 oranında ilaç uygulandığı bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin ilaç uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher'in Kesin Testi $p>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubuna %34.8, kontrol grubuna %44.0 oranıyla fundal bası uygulandığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin fundal bası uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.43$, $p>0.05$) (Tablo 7).

3.4. ANNELERİN DOĞUM EVRELERİ SÜRELERİ VE İKINMA ERTELENME SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 8. Annelerin Doğum Eylemi İzlem Özelliklerine Göre Karşılaştırılması

| Doğum Eylemi İzlem | Çalışma Grubu (n=23) | | Kontrol Grubu(n=25) | | U | p |
|--------------------------------|----------------------|---------|---------------------|----------|--------|--------|
| | Ortalama | Min-Max | Ortalama | Min-Max | | |
| Birinci Evrenin Süre Ort. (dk) | 1039.34±572.85 | 90-2440 | 925±591.36 | 180-2960 | 252.00 | 0.464 |
| İkinci Evrenin Süre Ort. (dk) | 38.34±17.84 | 10-105 | 13.52±5.29 | 5-25 | 21.50 | 0.000* |
| Üçüncü Evrenin Süre Ort. (dk) | 13.30±2.30 | 10-15 | 13.60±2.29 | 10-15 | 262.50 | 0.531 |
| İtme/İkinma Süresi Ort. (dk) | 9.52 ± 3.46 | 5-15 | 13.52±5.29 | 5-25 | 164.00 | 0.008* |

* $p<0.05$

Tablo 8'de annelerin doğum eylemi izlem özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; doğumun birinci evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda

1039.34±572.85 dk, kontrol grubunda 925±591.36 dk olarak bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U analizinde bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır (U=252.00, p>0.05).

Doğumun ikinci evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda 38.34±17.84 dk, kontrol grubunda 13.52±5.29 dk olarak bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (U=21.50, p<0.05) (Tablo 8).

Doğumun üçüncü evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda 13.30±2.30 dk, kontrol grubunda 13.60±2.29 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerde doğumun üçüncü evresinin ortalama süresi arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir (U=262.50, p>0.05) (Tablo 8).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süresi ortalaması, çalışma grubunda 9.52±3.46 dk, kontrol grubunda 13.52±5.29 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerde doğumda itme/ıkınma süresi ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (U=164.00, p<0.05) (Tablo 8).

Tablo 9. Çalışma Grubu Annelerin İkinmanın Ertelenme Süresine Göre Dağılımları

| | Çalışma Grubu | | |
|---------------------------------------------------------------------|---------------|-------------|---------|
| | N | Ortalama | Min-Max |
| İkinmanın Ertelenmesi | | | |
| Aktif Fazda İkinmanın Ertelenme Süresi Ortalaması (dk) | 23 | 69.56±39.33 | 20-160 |
| Doğumun İkinci Evresinde İkinmanın Ertelenme Süresi Ortalaması (dk) | 23 | 28.82±18.44 | 5-100 |

Çalışma grubu annelerin aktif fazda ıkmının ertelenme süresi 69.56 ± 39.33 dk doğumun ikinci evresinde ıkmının ertelenme süresi 28.82 ± 18.44 dk olarak bulunmuştur (Tablo 9).

3.5. ANNELERİN VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE BEBEKLERİN APGAR PUANLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 10. Çalışma ve Kontrol Gruplarının Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| VAS-F | Çalışma Grubu (n=23) | | Kontrol Grubu (n=25) | | U | p |
|------------------|-------------------------|--------------|-------------------------|--------------|--------|--------|
| | Ortalama | Min-Max | Ortalama | Min-Max | | |
| Yorgunluk | | | | | | |
| İlk Bir saat | 47.12±30.00 | 10.20-120.30 | 88.75±27.39 | 20.70-125.30 | 89.00 | 0.000* |
| İlk 24 saat | 40.90±21.11 | 12.30-86.80 | 51.11±31.97 | 4.50-113.80 | 244.50 | 0.375 |
| Enerji | | | | | | |
| İlk Bir saat | 31.86±11.11 | 10.00-50.00 | 19.15±8.74 | 5.80-35.60 | 111.00 | 0.000* |
| İlk 24 saat | 32.64±10.97 | 13.70-50.00 | 25.83±11.21 | 5.80-46.60 | 196.00 | 0.059 |

* $p < 0.05$

Tablo 10’da annelerin Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F) alt skalaları ilk bir ve 24. saat uygulaması puan ortalamaları görülmektedir. Çalışma grubu doğum sonrası ilk bir saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 47.12 ± 30.00 , kontrol grubu 88.75 ± 27.39 olarak bulunmuştur. Çalışma grubu doğum sonrası ilk 24 saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 40.90 ± 21.11 , kontrol grubu 51.11 ± 31.97 olarak bulunmuştur. İki grup arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde, ilk bir saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($U=89.00$, $p < 0.05$), 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($U=244.50$, $p > 0.05$).

İlk bir saat enerji puan ortalaması çalışma grubunda 31.86 ± 11.11 , kontrol grubunda 19.15 ± 8.74 olarak saptanmıştır. İlk 24 saat enerji puan ortalaması çalışma

grubunda 32.64 ± 10.97 , kontrol grubunda 25.83 ± 11.21 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde, ilk bir saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($U=111.0$, $p<0.05$), 24 saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($U=196.0$, $p>0.05$) (Tablo 10).

Tablo 11. Annelerin İlk Bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| VAS-F | Çalışma Grubu (n=23) | | Z | p | Kontrol Grubu (n=25) | | Z | p* |
|--------------|-------------------------|--------------|--------|-------|-------------------------|--------------|--------|-------|
| | Ortalama | Min-Max | | | Ortalama | Min-Max | | |
| Yorgunluk | | | | | | | | |
| İlk Bir saat | 47.12±30.00 | 10.20-120.30 | -0.958 | 0.338 | 88.75±27.39 | 20.70-125.30 | -4.103 | 0.000 |
| İlk 24 saat | 40.90±21.11 | 12.30-86.80 | | | 51.11±31.97 | 4.50-113.80 | | |
| Enerji | | | | | | | | |
| İlk Bir saat | 31.86±11.11 | 10.00-50.00 | -0.106 | 0.915 | 19.15±8.74 | 5.80-35.60 | -2.650 | 0.008 |
| İlk 24 saat | 32.64±10.97 | 13.70-50.00 | | | 25.83±11.21 | 5.80-46.60 | | |

* Wilcoxon Testi, $p<0.05$

Annelerin ilk bir ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma grubu annelerin ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark saptanmamıştır (*sırasıyla*; $z=-0.958$, $p>0.05$; $z=-0.106$, $p>0.05$) (Tablo 11).

Kontrol grubu annelerin ise ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark elde edilmiştir (*sırasıyla*; $z=-4.103$, $p<0.01$; $z=-2.650$, $p<0.01$) (Tablo 11).

Tablo 12. Annelerin Perineal Travma Durumuna Göre Karşılaştırılması

| Perineal Travma | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | |
|-------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | Sayı | % | Sayı | % |
| Perineal Travma Durumu | | | | |
| Epizyotomi | 16 | 69.6 | 12 | 48.0 |
| Epizyotomi+Laserasyon | 7 | 30.4 | 13 | 52.0 |
| TOPLAM | 23 | 100.00 | 25 | 100.00 |
| $\chi^2 = 2.29, p=0.130$ | | | | |

Annelerin doğumun ikinci evresinde perineal travma durumu incelendiğinde; tüm gebelere epizyotomi yapıldığı, çalışma grubunda %30.4, kontrol grubunda %52.0 oranında epizyotomi ile birlikte laserasyon olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin perineal travma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.29, p>0.05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Bebeklerin Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| APGAR | Çalışma Grubu (n=23) | | | Kontrol Grubu (n=25) | | | U | p |
|--------------|-------------------------|---------|-------------|-------------------------|---------|-------------|--------|-------|
| | Ortalama | Ortanca | Min- Max | Ortalama | Ortanca | Min- Max | | |
| 1. dk | 6.82±0.65 | 7 | 5- 8 | 6.72±0.54 | 7 | 5-7 | 262.50 | 0.507 |
| 5. dk | 8.95±0.20 | 9 | 8-9 | 8.92±0.27 | 9 | 8-9 | 277.00 | 0.605 |

Bebeklerin apgar puan ortalamalarına bakıldığında; birinci dakika apgar puan ortalaması çalışma grubunda 6.82±0.65, kontrol grubunda 6.72±0.54 bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu bebeklerin birinci dakika apgar puanı ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark yoktur (U=262.50, $p>0.05$) (Tablo 13).

Bebeklerin beşinci dakika apgar puanı ortalaması incelendiğinde; çalışma grubunda 8.95±0.20, kontrol grubunda 8.92±0.27 bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark elde edilememiştir (U=277.00, $p>0.05$) (Tablo 13).

3.6. DOĞUMUN İKİNCİ EVRE SÜRESİ, İTME/İKİNMA SÜRESİ İLE VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE APGAR PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASI

Tablo 14. İkinci Evre Süre Ortalaması ile İlk Bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

| VAS-F | İkinci Evre Süresi | | | |
|--------------|--------------------|-------|---------------|--------|
| | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | |
| Yorgunluk | r | p | r | p |
| İlk Bir Saat | 0.030 | 0.890 | 0.110 | 0.600 |
| İlk 24 Saat | -0.219 | 0.316 | 0.291 | 0.158 |
| Enerji | r | p | r | p |
| İlk Bir Saat | -0.103 | 0.640 | -0.379 | 0.061 |
| İlk 24 Saat | 0.049 | 0.825 | -0.610 | 0.001* |

*Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi, $p < 0.05$

($r = 0.00-0.24$ zayıf ilişki, $0.25-0.45$ orta ilişki, $0.50-0.75$ güçlü ilişki, $0.75-1.00$ çok güçlü ilişki)

Tablo 14’de annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir ve 24 Saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasındaki ilişki görülmektedir. Çalışma grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Kontrol grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubu annelerin ikinci evre süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p > 0.05$), ikinci evre süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.610$, $p < 0.05$) (Tablo 14).

Tablo 15. İtme/İkınma Süre Ortalaması ile İlk bir ve 24 Saat Yorgunluk ve Enerji Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| VAS-F | İtme/İkınma Süresi | | | |
|--------------|--------------------|-------|---------------|--------|
| | Çalışma Grubu | | Kontrol Grubu | |
| Yorgunluk | r | p | r | p |
| İlk Bir Saat | 0.073 | 0.741 | 0.110 | 0.600 |
| İlk 24 Saat | 0.087 | 0.693 | 0.291 | 0.158 |
| Enerji | r | p | r | p |
| İlk Bir Saat | -0.232 | 0.286 | -0.379 | 0.061 |
| İlk 24 Saat | 0.236 | 0.279 | -0.610 | 0.001* |

*Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi, $p < 0.05$

($r = 0.00-0.24$ zayıf ilişki, $0.25-0.45$ orta ilişki, $0.50-0.75$ güçlü ilişki, $0.75-1.00$ çok güçlü ilişki)

Tablo 15'te annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir ve 24 Saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasındaki ilişki yönünden karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 15).

Kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P > 0.05$). Kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p > 0.05$), ikinci evre süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.610$, $p < 0.01$) (Tablo 15).

Tablo 16. İkinci Evrenin Süre Ortalaması ile Perineal Travma Durumlarının Karşılaştırılması

| Perineal Travma | İkinci Evre Süresi | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|-------------|-------|-------|---------------|------------|-------|-------|
| | Çalışma Grubu | | | | Kontrol Grubu | | | |
| | N | Ortalama | U | p | N | Ortalama | U | p |
| Epizyotomi | 16 | 34.50±7.68 | 36.50 | 0.188 | 12 | 12.16±6.04 | 51.00 | 0.131 |
| Epizyotomi+ Laserasyon | 7 | 47.14±29.84 | | | 13 | 14.76±4.36 | | |

Mann Whitney U Testi

Tablo 16’da her iki grupta yer alan annelerin doğum eyleminin ikinci evresinin süre ortalaması ile perineal travma oluşma durumlarının dağılımları görülmektedir. Çalışma grubu epizyotomi uygulanan annelerin ikinci evre süre ortalaması 34.50±7.68 dk, epizyotomi ve laserasyon olan annelerin ikinci evre süre ortalaması 47.14±29.84 dk olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu epizyotomi uygulanan annelerin ikinci evre süre ortalaması 12.16±6.04 dk, epizyotomi ile birlikte laserasyon oluşan annelerde ikinci evre süre ortalaması 14.76±4.36 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde ikinci evrenin süre ortalaması ile perineal travma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (*Sırasıyla*; U=36.50, p>0.05, U=51.00, p>0.05).

Tablo 17. İtme/İkınma Süre Ortalaması ile Perineal Travma Durumlarının Karşılaştırılması

| Perineal Travma | İtme/İkınma Süresi | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|------------|-------|-------|---------------|------------|-------|-------|
| | Çalışma Grubu | | | | Kontrol Grubu | | | |
| | N | Ortalama | U | p | N | Ortalama | U | p |
| Epizyotomi | 16 | 9.31±3.28 | 51.00 | 0.646 | 12 | 12.16±6.04 | 51.00 | 0.131 |
| Epizyotomi+ Laserasyon | 7 | 10.00±4.08 | | | 13 | 14.76±4.36 | | |

Mann Whitney U Testi

Tablo 17’de her iki grupta yer alan annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile perineal travma oluşma durumlarının dağılımı görülmektedir. Çalışma grubu epizyotomi uygulanan annelerin itme/ıkınma süre ortalaması 9.31±3.28 dk,

epizyotomi ve laserasyon oluşan annelerin itme/ıkmma süre ortalaması 10.00±4.08 dk olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu epizyotomi uygulanan annelerin itme/ıkmma süre ortalaması 12.16±6.04 dk, epizyotomi ile birlikte laserasyon oluşan annelerde süre ortalaması 14.76±4.36 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde itme/ıkmma süre ortalaması ile perineal travma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (*sırasıyla*; U=51.00, p>0.05, U=51.00, p>0.05).

Tablo 18. İkinci Evre Süre Ortalaması ile Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Apgar | İkinci Evre Süresi | | | |
|-------|--------------------|-------|---------|-------|
| | Çalışma | | Kontrol | |
| | r | p | r | p |
| 1. dk | -0.392 | 0.065 | 0.010 | 0.964 |
| 5. dk | -0.357 | 0.094 | -0.095 | 0.653 |

Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi

Tablo 18’de annelerin ikinci evre süre ortalaması ile bebeklerin apgar puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir (p>0.05).

Kontrol grubu annelerin ikinci evre süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p>0.05) (Tablo 18).

Tablo 19. İtme/İkınma Süre Ortalaması ile Apgar Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Apgar | İtme/İkınma Süresi | | | |
|-------|--------------------|-------|---------|-------|
| | Çalışma | | Kontrol | |
| | r | p | r | p |
| 1. dk | -0.028 | 0.899 | 0.010 | 0.964 |
| 5. dk | 0.289 | 0.182 | -0.095 | 0.653 |

Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi

Tablo 19’da annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile bebeklerin apgar puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 19).

BÖLÜM IV

4. TARTIŞMA

4.1. ANNELERİN EŞLEŞTİRİLMİŞ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamında toplam 48 primipar gebe bulunmakta olup, bu sayının % 48.0'sini (23) çalışma, % 52.0'sini (25) kontrol grubu gebeler oluşturmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları incelendiğinde; çalışma grubunun %74.0, kontrol grubunun %56.0 oranı ile 18-23 yaş grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin yaş grupları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Eğimde $\chi^2=1.482$, $SD=1$, $p=0.223>0.05$) (Tablo 2). Gebelerin yaş ortalamaları çalışma grubunda 21.91 ± 4.32 , kontrol grubunda 23.60 ± 4.29 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubundaki gebeler yaş ortalamaları bakımından benzer bulunmuşlardır ($U=204.50$, $p=0.085>0.05$) (Tablo 2). Araştırmaya katılan gebeler araştırma kriterleri olan 18- 35 yaş grubuna uygunluk göstermektedir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı verilerine göre 15-49 yaşlarındaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 22.3'tür (64). Çalışmaya alınan gebelerin yaş ortalaması Türkiye genelindeki bulgularla paraleldir.

Çalışma grubu gebelerin %73.9, kontrol grubunun ise %68.0 oranı ile VKI normal ($VKI=18.50-24.99$) olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin VKI grupları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak

anlamli bir fark bulunmamıştır (Eğimde $\chi^2=0.375$, $SD=1$, $p=0.540>0.05$). VKI ortalamalarına bakıldığında, çalışma gurubunda 22.27 ± 3.11 , kontrol grubunda 22.05 ± 2.75 olarak bulunmuştur. VKI ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamli bir fark saptanmamıştır ($U=286.00$, $p=0.975>0.05$) (Tablo 2).

Literatürlerde, gebenin VKI değerlerinin, boy ve kilosunun doğum eyleminin ikinci evresinin süresini ve etkin ıkınmayı etkileyebildiği belirtilmektedir. VKI değerlerinde, boy ve kiloda artış ikinci evrenin süresinin uzamasına neden olmaktadır (69).

Kadınların gebelik öncesi VKI, gebelik süresince ne kadar kilo alması gerektiğinin bilinmesi açısından önemlidir. Bu kategoriler zayıf bir kadının ihtiyacı olan ağırlık artışının, şışman bir kadından farklı olacağının bilinmesi için geliştirilmiştir. VKI normal olanlar için gebelikte önerilen kilo alımı $11.5-16$ kg'dır (25, 27, 60).

Gebelerin birinci evre hemoglobun ortalaması, çalışma grubunda 12.28 ± 1.08 g/dl, kontrol grubunda 12.43 ± 1.16 g/dl olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubunun birinci evre hemoglobun ortalamaları arasında yapılan analizde istatistiksel olarak anlam bir fark yoktur ($U=263.00$, $p=0.613>0.05$) (Tablo 2).

Yıldırım'ın (2005) doğum eyleminde uygulanan ıkınma tekniğinin anne ve fetüs üzerindeki etkisi konulu çalışmasında, spontan ıkınan gebelerin hemoglobun düzeyinin 11.67 ± 1.31 g/dl, valsalva tipi ıkınan gebelerin ise 11.41 ± 1.20 g/dl olduğu belirlenmiştir. İki grup arasındaki fark ($t= - 1.047$, $p> 0.05$) istatistiksel açıdan anlamli bulunmamıştır (69). Çalışmada her iki gruptaki gebelerin doğum öncesi hemoglobun düzeylerinin normal değerlere yakın olduğu ve ağır bir anemi tablosunun olmadığı görülmüştür.

Çalışma grubu gebelerin %82.6'sına, kontrol grubunun %76.0'sına sürekli indüksiyon uygulandığı, çalışma grubu gebelerin %17.4'üne, kontrol grubunun %24.0'üne indüksiyon uygulanmadığı görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin indüksiyon uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin testi $p=0.727>0.05$) (Grafik 1).

Myles ve Santolaya (2003), Chicago İllinois Üniversitesinde 1996-1999 yılları arasında doğum yapan nullipar ve multipar 6791 hastada uzamış ikinci evrenin anne ve yenidoğana etkisini inceledikleri retrospektif çalışmada, ikinci evre süresi <120 dk olan grupta %43.1, >120 dk olan grupta %64.0 oranında oksitosin kullanıldığını ve oksitosin kullanımı açısından iki grup arasında yapılan analizde anlamlı fark olduğunu ($p<0.001$) belirtmişlerdir (42).

Lai ve ark. (2009) Tayvan'da bir eğitim hastanesinde, doğumun ikinci evresinde hemen ıkınma ile ertelenmiş ıkınmanın doğum sonrası birinci ve 24. saatte yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki etkilerini inceledikleri çalışmada, çalışma grubu kadınların %36.1'ine, kontrol grubunun %30.6'sına sürekli oksitosin uygulandığını belirtmişlerdir (37).

Araştırmanın yürütüldüğü kurumda, doğum eylemini başlatmak ya da hızlandırmak için indüksiyon rutin olarak uygulanmaktadır. Bu nedenle Lai ve arkadaşlarının çalışmasından farklı olarak bu çalışmada indüksiyon uygulanma oranı daha yüksek bulunmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu gebelerin; yaş, VKI, eylemin birinci evresinde hemoglobin değerleri ve indüksiyon uygulanma durumları açısından homojen dağılımda olduğu saptanmıştır.

4.2. ANNELERİN VE BEBEKLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Annelerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; ortaokul ve altı düzeyde eğitime sahip olanların çalışma grubunda %56.5, kontrol grubunda %68.0 oranı ile çoğunluğu oluşturduğu ve yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($\chi^2=0.67$, $SD=1$, $p=0.411$) (Tablo 3).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, hastaların çoğu en yüksek eğitim seviyesi olarak iki yıllık yüksekokul mezunu olduklarını belirtmişlerdir ($n=41$, % 66.9) (37).

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin çalışma durumu incelendiğinde; çalışma grubunun %91.3 ve kontrol grubunun ise %84.0'ünün çalışmadığı, ev hanımı olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin çalışma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin testi $p=0.668>0.05$) (Tablo 3).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, hastaların çoğu çalışmaktadır ($n=42$, %58.3) (37). Ekonomik faaliyet, özellikle gelir üzerinde söz sahibi olduğu durumlarda, eğitim konusunda olduğu gibi, kadınların statülerinin iyileşmesinde önemli bir rol oynayabilmektedir (64). Araştırmaya katılan kadınların neredeyse tamamının ev hanımı olmasının eğitim durumlarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Annelerin sosyal güvence durumlarına bakıldığında çalışma grubu annelerin %78.3'ünün, kontrol grubu annelerin ise %92.0'sinin sosyal güvencesinin olduğu bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin sosyal güvence durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Fisher'in Kesin Testi $p=0.237>0.05$) (Tablo 3). Sağlık güvencesi olanların oranının yüksek olması araştırmanın hastanede doğum yapan annelerle gerçekleştirilmiş olması ile açıklanabilir.

Araştırmanın yapıldığı hastane bir kamu hastanesi olarak benzer sosyoekonomik özellikleri olan bireylere hizmet vermektedir. Bu nedenle çalışmada yer alan annelerin tanıtıcı özellikleri benzerlik göstermektedir. Kadınların çoğunun sosyal güvencesinin olması sağlık bakımı alma olanaklarını arttırmaktadır.

Annelerin sigara kullanma durumlarına bakıldığında; çalışma grubunda %87.0, kontrol grubunda %84.0 ile yüksek bir oranda sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin sigara kullanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher'in Kesin Testi $p=1.000>0.05$) (Tablo 3).

Bebeklerin demografik özellikleri incelendiğinde; cinsiyet açısından çalışma grubunda %52.2 ile en yüksek oranda kız bebek, kontrol grubunda ise %60.0 ile en yüksek oranda erkek bebek dünyaya geldiği bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin bebeklerin cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0.72$, $p=0.563>0.05$) (Tablo 4).

Bebeklerin doğum kilosu ortalaması incelendiğinde; çalışma grubunun $3.352.17\pm 350.47$ gr, kontrol grubunun ise $3.212.00\pm 340.42$ gr olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu bebeklerin kilo ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=210.00$, $p=0.109>0.05$) (Tablo 4). Miyadında doğan bebeklerin doğum ağırlığı 2500-4000 gr. arasında değişmektedir (60). Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Miad gebeliği olan annelerden doğum sonrası yenidoğan ağırlığı 2500 gr altı ve 4000 gr üstü bebeği olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Mayberry ve ark. (1999) çalışmasında, bebeklerin kilo ortalaması çalışma grubunda ($n=72$) 3447.93 ± 406.27 gr, kontrol grubunda ($n=70$) 3458.70 ± 454.01 gr olarak elde edilmiştir. Gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (40).

Myles ve Santolaya (2003), bebeklerin kilo ortalamaları ikinci evre süresi <120 dk olan grupta 3135±677 gr, >120 dk olan grupta 3398±584 gr olarak saptanmış ve bebeklerin kilo ortalamaları arasında yapılan analizde anlamlı fark olduğu ($p<0.001$) belirtilmiştir (42).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, çalışma grubunda bebeklerin doğum kilosu ortalaması 3.071.14±271.60 gr, kontrol grubunda 3.149.06±305.02 gr olarak bulunmuştur. Gruplar arası anlamlı fark elde edilmemiştir ($p>0.05$) (37).

Li ve ark. (2011) doğumun uzamış ikinci evresinin maternal ve fetal sonuçlara etkisini araştırdıkları 101 primipar hastada, bebeklerin doğum kilosu ortalaması doğumun ikinci evresinin iki saatten az sürede ertelendiği grupta 3.117.93±425.85 gr, iki saatten daha uzun süre ertelendiği grupta 3.188.01±407.04 gr olarak bulunmuş ve gruplar arası anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) belirtilmiştir (39).

Bebeklerin baş çevresi ortalamasına bakıldığında; çalışma grubunun 34.52±1.08 cm, kontrol grubunun ise 34.26±1.05 cm olduğu saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu bebeklerin baş çevresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($U=250.00$, $p=0.418>0.05$) (Tablo 4).

Mayberry ve ark.(1999), bebeklerin baş çevresi ortalaması çalışma grubunda ($n=74$) 34.06±1.52 cm, kontrol grubunda ($n=67$) 33.82±1.21 cm olarak elde edilmiştir. Gruplar arası anlamlı fark yoktur ($p>0.05$) (40).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, çalışma grubunda bebeklerin baş çevresi ortalaması 32.77±1.05 cm, kontrol grubunda 33.1±1.07 cm olarak bulunmuştur (37).

4.3. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN İNCELENMESİ

Annelerin ağırlıkları ile ilgili özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; annelerin gebelik öncesi kilo (kg) ortalaması çalışma grubunda 58.69±9.05 kg,

kontrol grubunda 55.80 ± 8.20 kg olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gebelik öncesi kilo ortalaması arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=234.00$, $p=0.269 > 0.05$) (Tablo 5).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, gebelik öncesi kilo ortalaması çalışma grubunda 51.76 ± 7.65 kg, kontrol grubunda 53.83 ± 7.65 kg olarak bulunmuştur. Yapılan analizde gruplar arası fark olmadığını ($p=0.292 > 0.05$) belirtmişlerdir (37). Çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Annelerin gebelik süresince alınan kilo ortalaması (kg) çalışma grubunda 12.82 ± 4.09 kg, kontrol grubunda ise 14.68 ± 5.4 kg olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu gebelerin gebelik süresince alınan kilo ortalaması arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($U=232.00$, $p=0.250 > 0.05$) (Tablo 5).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, çalışma grubunun gebelik süresince alınan kilo ortalaması çalışma grubunda 16.41 ± 8.87 kg, kontrol grubunda 14.14 ± 3.70 kg olarak bulunmuştur. Yapılan analizde gruplar arası fark olmadığını ($p=0.162 > 0.05$) belirtmişlerdir (37).

Yıldırım'ın çalışmasında, spontan ıkmayan gebelerin gebelikleri süresince aldıkları ortalama kilo 14.05 ± 4.69 kg, valsalva tipi ıkmayan gebelerin ise 14.37 ± 4.48 kg'dır (69). Çalışma sonuçları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Gebelikte kilo artışı, fetüse ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve hücreler arası sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebelikte normal kilo alma ortalama 12.5 kg'dır (60). Araştırmaya katılan annelerin gebelik süresince aldıkları kilo ortalamaları, literatür bilgilerine göre ortalama gebelik kilo alma oranına yakınlık göstermektedir.

Çalışmada, her iki grubu oluşturan gebeler gebelik öncesi kilo ve gebelikte alınan kilo yönünden benzer bulunmuştur. Doğum eyleminin ikinci evresinin süresini etkileyebilen bu faktörlerin benzer bulunması çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği açısından önemli bir özelliktir.

Tablo 6’da annelerin doğum öncesi izlem ve doğum eylemine ilişkin bilgi edinme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; gebelikte dört ve üzeri izlem yapılanların oranı çalışma grubunda %91.3, kontrol grubunda ise %100.0 dür. Çalışma ve kontrol grubu annelerin gebelikte izlem durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (Fisher’in Kesin Testi $p=0.224>0.05$). Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi İzlem Yönetim Rehberi’nde de en az dört izlem yapılması gerektiği belirtilmektedir (2).

TNSA 2008 yılı sonuçlarına göre, Türkiye’de kadınların %92’si, Batı’da ise %97’si sağlık personelinin doğum öncesi bakım alır, %73.7’si de bu bakımı dört kez ve üzerinde almıştır (64).

Araştırmaya katılan annelerin düzenli kontrole gitme oranlarının yüksek olmasının nedeni, annelerin ilk gebeliklerinin olmasına ve büyük şehirde yaşamalarına bağlanabilir.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin doğum eylemi ile ilgili bilgi alma durumları incelendiğinde; çalışma grubunun %56.5’inin, kontrol grubunda ise sadece %40.0’ının bilgi aldığı ve bu bilgi kaynaklarını ise internet, kitap bilgisi oluşturmaktadır (Tablo 6).

Yıldırım’ın (2005) çalışmasında, spontan ıkanıan gebelerin %36.0’sının ve valsalva tipi ıkanıan gebelerin ise %42.0’sinin doğum eylemiyle ilgili kitap ve dergi okudukları belirlenmiştir (69).

Yapılan çalışmalar, annelerin doğuma ilişkin yeterli bilgileri ve eş ya da yakınların desteği olduğunda mutlu ve sağlıklı bir doğum geçirdiklerini göstermektedir (12). Aileler, gebelik süresince doğacak bebekleri ve doğumdan sonra ailenin gereksinimlerini düşünerek hazırlık yapma eğilimindedirler. Bu dönemde anne ve baba adayları sevinç ve heyecanın yanı sıra korku, kaygı ve yoğun bir sorumluluk duygusu yaşamaktadırlar. Günümüzde gebeler, teknolojiden imkânları ölçüsünde yararlanarak gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin kitap, gazete, dergiler okumakta; video, CD izlemekte; internet ortamında araştırmalar yaparak bilgi edinmeye çalışmaktadırlar (59). Bu çalışmada da gebelerin bilgi kaynağı olarak daha çok internet ve kitap bilgisine başvurdukları görülmektedir.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin doğuma hazırlık sınıfına katılım oranları incelendiğinde; her iki grupta da gebelerin hiçbiri daha önce doğuma hazırlık sınıfına katılmamıştır.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında, araştırma kapsamında yer alan gebelerin hemen hemen tamamının (%97.0) gebe eğitim programına katılmadıkları bulunmuştur (69).

Doğuma hazırlık kursları, doktorlar, hemşireler, ebeler, hastaneler ve eğitim grupları tarafından hem kadınlara, hem de erkeklere sunulur. Bu türden ortak aile eğitimleri, genellikle eşleri birbirine daha çok yakınlaştırmaktadır. Türkiye'de bu uygulamalar henüz yaygın değildir. Bu eğitimler, bazı özel kuruluşlar ve üniversite hastaneleri tarafından ara ara grup eğitimleri olarak düzenlenmektedir (59).

Annelerin travay ve doğum eyleminde yapılan girişimlere göre dağılımları incelendiğinde; çalışma grubu annelerin %100.0'üne, kontrol grubunun %88.0'ine lavman uygulanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin lavman uygulanma

durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Fisher'in Kesin Testi $p=0.235>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubuna %47.8, kontrol grubuna %36.0 oranıyla amniyotomi uygulandığı saptanmıştır. Çalışma ve kontrol grubu annelerin amniyotomi uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 = 0.69$, $p=0.559>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubuna %91.3, kontrol grubuna %92.0 ilaç uygulandığı bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin ilaç uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Fisher'in Kesin Testi $p=1.000>0.05$) (Tablo 7).

Çalışma grubuna %34.8, kontrol grubuna %44.0 oranıyla fundal bası uygulandığı belirlenmiştir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin fundal bası uygulanma durumları arasında yapılan Ki-kare analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2 =0.43$, $p=0.566>0.05$) (Tablo 7). Kontrol grubu annelerde, doğum eyleminin ikinci evresinde çalışma grubuna göre daha fazla fundal bası uygulanmıştır.

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında, gebeler doğum eyleminin ikinci evresini kısaltacak girişimler yönünden karşılaştırıldığında, valsalva tipi ıkinan gebelerde %76.0, spontan ıkinan gebelerde ise %22.0 oranında fundal basınç uygulandığı saptanmıştır (69).

Novikova ve ark. (2009) güney Afrika'da 58 nullipar ile yaptıkları çalışmada, kontrollü fundal basının doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmada, müdahaleli doğumu azaltmada etkisini, anne ve yenidoğan sonuçlarını incelemişlerdir. Gruplar arasında ikinci evrenin süresi, epizyotomi uygulanma durumu, 5. dk apgar skoru <7 ve kordon pH <7.2 açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır

($p>0.05$). Kontrollü fundal basının müdahaleli doğumu azalttığı, anne ve yenidoğan sonuçlarına etki etmediği bulunmuştur (44).

4.4. ANNELERİN DOĞUM EVRELERİ SÜRELERİ VE İKINMA ERTELENME SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULAR İNCELENMESİ

Annelerin doğum eylemi izlem özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; doğumda birinci evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda $1.039.34\pm 572.85$ dk, kontrol grubunda 925 ± 591.36 dk olarak bulunmuştur. Yapılan Mann-Whitney U analizinde bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($U=252.00$, $p=0.464>0.05$) (Tablo 8).

Doğumun üçüncü evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda 13.30 ± 2.30 dk, kontrol grubunda 13.60 ± 2.29 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerde doğumun üçüncü evresinin süre ortalamaları arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir ($U=262.50$, $p=0.531>0.05$) (Tablo 8). Eylemin üçüncü evresi beş dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (55, 60). Araştırmaya katılan kadınların tümünün doğumun üçüncü evresi 10 ile 30. dakikalar arasında gerçekleşmiş olup literatürle de desteklenmektedir.

Postpartum hemoraji maternal mortalitenin en önemli nedenidir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (2004), kontraksiyonları artırmak için plasentanın doğumundan sonra rutin olarak uterus masajının yapılmasını önermektedir (21). Çalışmada tüm annelere fundus masajı eşit şekilde yapılmış ve öğretilmiştir.

Postpartum yorgunluğu etkileyebilecek olan birinci ve üçüncü evre süre ortalamalarının benzer olmasının, sonuçların daha güvenli ve geçerli bir şekilde değerlendirmesi için önemli olduğu düşünülmektedir.

Doğumun ikinci evresinin ortalama süresi, çalışma grubunda 38.34 ± 17.84 dk, kontrol grubunda 13.52 ± 5.29 dk olarak bulunmuştur. Çalışma grubu annelerde doğum eyleminin ikinci evresi kontrol grubu annelere göre daha uzun sürmüştür ve iki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($U=21.50$, $p=0.00 < 0.05$) (Tablo 8). Çalışma grubunda ikinci evre süre ortalamasının daha uzun olması ıkmayı ertelemeye yönelik müdahale yapılmasından kaynaklanmaktadır ve beklenen bir sonuçtur. Ayrıca bu çalışmada her iki grupta ikinci evre süre ortalaması bir saatten az sürmüş ve fundal basınç dışında her hangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Mayberry ve ark.(1999) epidural anestezi alan nullipar kadınlarda bir saatlik ertelenmiş ıknma grubu ile servikal dilatasyon tam olduğunda ıknma direktifi verilen kadınlardan oluşan iki grup arasındaki sonuçları karşılaştırdıkları çalışmada, ikinci evre süre ortalaması çalışma grubunda 119.65 ± 65.32 dk, kontrol grubunda 105.97 ± 73.47 dk olarak bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0.225 > 0.05$) (40).

Hansen, Clark ve Foster (2002) sürekli-infüzyonla epidural anestezi uygulanmış primipar ve multipar 252 kadında, ertelenmiş ıknma ve erken ıknma arasında annenin/bebeğin doğum sonuçlarını karşılaştırmışlardır. Primipar kadınlarda ikinci evre süre ortalaması hemen itme grubunda 75.77 ± 41.33 dk, ertelenmiş itme grubunda 171.00 ± 56.76 dk ve yapılan analizde farkın anlamlı olduğunu ($p=0.000 < 0.01$) saptamışlardır (24).

Simpson ve James (2005) epidural anestezi alan nullipar kadınlarda doğumun ikinci evresinde hemen itme ($n=22$) grubunda kapalı glottis, ertelenmiş itme ($n=23$) grubunda açık glottis tekniği kullanılmıştır. Hemen ve ertelenmiş itme gruplarında fetal iyilik hali ve oksijen saturasyonuna etkisi araştırılmıştır. Çalışmada, ikinci evre

süresi hemen itme grubunda 101 dk, ertelenmiş itme grubunda 139 dk ve ikinci evre süreleri arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.01<0.05$) saptanmıştır (57).

Albers ve Borders (2007) epidural anestezi alan annelerde doğumun ikinci evresi sırasında hemen ıkınma ile ıkınmayı erteleme arasında sonuç farklılıkları araştırmak amacıyla doğum bekleyen kadınlardan oluşan 2.953 vakayı anlatan dokuz araştırmayı inceledikleri çalışmada; ertelenmiş ıkınma grubunda doğumun ikinci evresinin nispeten daha uzun olduğunu belirtmişlerdir (7).

Kelly ve ark. (2010) çalışmasında, epidural anestezi alan hastalarda ikinci evre süresi hemen itme grubunda 87.1 ± 8.6 dk, ertelenmiş itme grubunda 117.6 ± 12.1 dk ve ikinci evre süre ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p=0.07>0.05$) saptanmıştır (33).

Gillesby, Burns, Dempsey, Kirby, Mogensen, Naylor, Petrella, Vanicelli ve Whelan (2010) epidural anestezi almış nullipar kadınlarda doğumun ikinci evresi başladıktan sonra ertelenmiş itme kullanmanın aktif itme süresi ve yorgunluğu etkileme durumunu inceledikleri çalışmalarında, ertelenmiş itme grubu ikinci evre süre ortalaması 166.3 ± 64.2 dk, hemen itme grubunda 107.2 ± 56.3 dk olarak bulunmuş olup, gruplar arası farkın anlamlı olduğu ($p=0.04<0.05$) bulunmuştur (18).

Yapılan çalışmaların epidural anestezi uygulanan hastalarda olması nedeni ile bu çalışmadan farklı olarak ikinci evrenin süresi daha uzun bulunmuştur.

Sampselle, Miller, Leucha, Fischer ve Rosten (2005) doğumun ikinci evresinde spontan ıkınma tekniği kullanan ve kullanmayan 20 primipar hastayı inceledikleri çalışmada, ikinci evre süresi spontan itme grubunda 100.5 ± 65.2 dk, yönlendirmeli itme grubunda 98.9 ± 15.3 dk ve ikinci evre süre ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p=0.95>0.05$) belirtilmiştir (54).

Lai ve ark. (2009), ikinci evre süre ortalamasının çalışma grubunda 70.31 ± 37.17 dk, kontrol grubunda 129.06 ± 75.69 dk ve ikinci evre süre ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p < 0.05$) olduğunu belirtmişlerdir (37). Bu sonuç araştırma sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Li ve ark. (2011) çalışmasında da, doğumun ikinci evresinin süre ortalaması iki saatten az sürede ertelenmiş grupta 44.13 ± 26.43 dk, iki saatten daha uzun süre ertelenmiş grupta 187.86 ± 34.04 dk olarak bulunmuş ve gruplar arası farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$) belirtilmiştir (39). Çalışma sonuçları, diğer araştırma sonuçlarını desteklemektedir. Ayrıca bu çalışmada da yapılan çalışmalara benzer olarak ertelenmiş ıkınma grubunda ikinci evre süresi kontrol grubuna göre daha uzun bulunmuştur.

İkinci evreye yönelik geliştirilen bakım sürecinde özellikle ikinci evrenin süresiyle ilgili bir fikir birliği yoktur. İkinci evre uzadığında gereksiz operatif girişimleri önleyebilmek için anne veya fetal sağlık etkilenmemiş ise enfeksiyon ve maternal yorgunluk belirtisi yoksa, fetal kalp hızı normal ise ikinci evrenin uzamasına izin verilebileceği belirtilmektedir (21).

Ancak bazı kaynaklar, ikinci evrenin normal sınır değerinin iki-üç saatten uzun olmaması gerektiğini, süre uzadığında fetal mortalite ve morbidite riskinin arttığını belirtmektedir. Literatürde ikinci evrenin süresinin, primiparlarda 30 dk. ile bir saat kadar sürebileceği belirtilmektedir. İlk gebelikte ikinci evre süresi 25-75 dakika ortalama 57 dakika, multiparlarda ise 13-17 dakika ortalama 14.4 dakikadır (36, 37, 55, 60). Çalışma sonuçlarında ikinci evre süresi literatürle benzerdir.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süresi ortalaması, çalışma grubunda 9.52 ± 3.46 dk, kontrol grubunda 13.52 ± 5.29 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerde doğumda itme/ıkınma süresi ortalamaları

arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U=164.00$, $p=0.008<0.05$) (Tablo 8). Ertelenmiş ıkınma grubundaki annelerin itme/ıkınma süresinin kontrol grubuna göre daha az olması, ıkınmaya başlamadan önce daha iyi dinlenmiş olmaları ve ıkınmada daha başarılı olmaları nedeni ile olabilir.

Hansen ve ark. (2002) epidural anestezi uygulanmış primipar ve multipar kadınlarda yaptıkları çalışmada, itme süresi ortalamasını hemen itme grubunda 75.77 ± 41.33 dk, ertelenmiş itme grubunda 58.16 ± 44.07 dk ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğunu ($p=0.021<0.05$) bulmuşlardır. Ayrıca ıkınmayı ertelemenin, itme süresinde azalma sağlamasının yanı sıra, pudental sinirlerde hasar meydana gelmesini önlediği, doğumun yol açtığı yorgunluğu azalttığı, doğumun ikinci evresi sırasında ıkınmaya harcanan zaman dilimini ve müdahaleli doğum tekniklerine olan gereksinimini azalttığını belirtmişlerdir (24).

Simpson ve James (2005) çalışmasında, itme süresi hemen itme grubunda 101 dk, ertelenmiş itme grubunda 59 dk ve itme süreleri arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p=0.002<0.01$) saptanmıştır (57).

Sampelle ve ark. (2005), itme süresi spontan itme grubunda 23.5 ± 22.7 dk, yönlendirmeli itme grubunda 18.6 ± 7.9 dk ve itme süre ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı ($p=0.59>0.05$) belirtilmiştir (57).

Albers ve Borders (2007) epidural anestezi alan annelerde yapmış oldukları çalışmada, ertelenmiş ıkınma grubunda itme/ıkınma süresinin hemen ıkınma grubuna göre nispeten daha kısa olduğunu belirlemişlerdir (7).

Kelly ve ark. (2010) epidural anestezi alan annelerde yaptıkları çalışmada, hemen itme grubunun itme süresi 78.7 ± 7.9 dk, ertelenmiş itme grubunda 38.9 ± 6.9 dk

ve itme süresi ortalamaları arasındaki farkın anlamlı ($p=0.0015<0.01$) olduğunu açıklamışlardır (33).

Gillesby ve ark. (2010) çalışmalarında, ertelenmiş itme grubunda itme süre ortalaması 68.2 ± 46.2 dk, hemen itme grubunda 93.8 ± 56.9 dk olarak bulunmuş olup, gruplar arası farkın anlamlı olduğunu ($p=0.001<0.01$) belirtmişlerdir (18).

Yapılan çalışmaların sürekli epidural anestezi alan hastalar ile yapılmış olması nedeni ile itme süreleri bu çalışmadan daha fazladır. Ancak gruplara bakıldığında, itme süresinin hemen itme grubunda daha fazla olduğu, ertelenmiş ıkınmanın itme süresini kısalttığı görülmektedir. Bu hali ile çalışmalar benzerdir.

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, itme süresi çalışma grubunda 47.53 ± 30.85 dk, kontrol grubunda 123.19 ± 73.93 dk ve gruplar arası farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu ($p < 0.05$) bildirmişlerdir (37). Çalışma sonuçları Lai ve ark. sonuçları ile benzerdir.

Hemşireler/ebeler deneyimleri doğrultusunda, annelerin itme/ıkınmada harcadıkları zaman azaldığında daha az yorgun ve doğum sonrası daha memnun ayrıldıklarını belirtmektedirler (18).

İlk doğumu olan anneler için sezaryen oranlarının arttığı günümüzde, doğumda itme/ıkınma süresini azaltmanın anneler için doğum eyleminin yarattığı anksiyete ve korkunun giderilmesinin yanı sıra pozitif psikolojik avantajlar sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma grubu annelerin ıkınmanın ertelenme süresine göre dağılımları incelendiğinde; doğum eyleminin aktif fazında ıkınmanın ertelenme süresi ortalama 69.56 ± 39.33 dk olarak bulunmuştur (Tablo 9).

İkinmaya erken başlanması, doğumda perinenin elle korunması, profilaktik oksijen ve tokoliz uygulanması, fundal basınç ve rutin epizyotomi yapılması gibi

uygulamalarda yaşanan komplikasyonlar, beklenen yararlardan fazla olabilmektedir (21).

Çalışma grubu annelerin doğumun ikinci evresinde ıkınmanın ertelenme süresi ortalama 28.82 ± 18.44 dk olarak bulunmuştur (Tablo 9). İkınmanın ertelenmesi ile ikinci evrenin süresinin uzaması sağlanmaktadır. Çalışmada ikinci evre süresi kontrol grubuna göre çalışma grubunda daha uzundur.

Kelly ve ark. (2010) ertelenmiş itme grubu için 90 dakikalık bir erteleme süresi belirlemişlerdir. Sağlık hizmeti sunanların ve hastaların, 90 dakikadan daha uzun bir dönemi desteklemesinin zor olduğunu belirtmişlerdir. Klinik uygulamada yaygın olarak kullanılan daha kısa erteleme süreleri ile de ileride çalışmalar yapılması gerektiğini vurgulamışlardır (33). Bu çalışmada, çalışma grubunda bir saatten az erteleme yapılarak doğum sonuçları değerlendirilmiştir.

4.5. ANNELERİN VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE BEBEKLERİN APGAR PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Doğum eylemi için iyi hazırlanamayan anneler; solunum ve ıkınmayı kontrol edemeyip doğum eylemini yönetemeyebilirler. Doğum eylemini iyi yönetemeyen anneler solunum ve ıkınma için çok enerji harcarlar, ayrıca anksiyeteleri yüksek olduğu için de kontraksiyon aralarında yeterince dinlenemezler. Bu durum annelerin doğum eylemi sırasında fazla enerji harcamalarına doğum eylemi sırasında ve sonrasında yorgunluk yaşamalarına neden olabilir (8, 40).

Doğum eyleminin uzun sürmesi, zor doğum eylemi, doğum ağrılarının fazla olması, annenin doğumu uygun yönetememesi ve ilk doğumunu yapmış olması annenin yaşadığı yorgunluğu artırmaktadır (8, 40).

Annelerin Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F) alt skalaları ilk bir ve 24 saat uygulaması puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunda

doğum sonrası ilk bir saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 47.12 ± 30.00 , kontrol grubu 88.75 ± 27.39 olarak bulunmuştur. Çalışma grubu doğum sonrası ilk 24 saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 40.90 ± 21.11 , kontrol grubu 51.11 ± 31.97 olarak bulunmuştur. Çalışma grubu annelerin ilk bir saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($U=89.00$, $p<0.01$), 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($U=244.50$, $p>0.05$) (Tablo 10). H_1 hipotezi “*Doğumun İkinci Evresinde Ertelenmiş İkinma Grubu (Çalışma) annelerin yorgunluk puan ortalaması, Geçiş Fazında İkinma Grubu (Kontrol) annelerin puan ortalamasından daha düşüktür*” ilk bir saatteki yorgunluk puan ortalamaları için doğrulanmıştır.

İlk bir saat enerji puan ortalaması çalışma grubunda 31.86 ± 11.11 , kontrol grubunda 19.15 ± 8.74 olarak saptanmıştır. İlk 24 saat enerji puan ortalaması çalışma grubunda 32.64 ± 10.97 , kontrol grubunda 25.83 ± 11.21 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında yapılan Mann-Whitney U analizinde, ilk bir saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($U=111.0$, $p<0.01$), 24 saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($U=196.0$, $p>0.05$) (Tablo 10). H_2 hipotezi “*Çalışma Grubu annelerin enerji puan ortalaması, Kontrol Grubu annelerin puan ortalamasından daha yüksektir*” ilk bir saatteki enerji puan ortalamaları için doğrulanmıştır.

Hansen ve ark. (2002) çalışmalarında, VAS kullanarak yorgunluğu epidural yerleştirme sırasında ve doğumdan hemen sonra ölçmüşler ve ertelenmiş itme grubunda anlamlı derecede düşük yorgunluk skorları elde etmişlerdir (24).

Ulukavak (2004), yorgunluğun gebeliğin üçüncü trimesterindeki ve postpartum dönemdeki düzeyini ve etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla

yaptığı çalışmada, postpartum yorgunluk puan ortalaması 66.82 ± 20.9 , enerji puan ortalaması 25.39 ± 8.6 olarak bulunmuştur (66).

Alp (2005), postpartum ilk 24 saatte, ikinci ve dördüncü haftalarda görülen yorgunluk düzeylerinin ve uyku ile beslenmenin yorgunluğa etkisini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, postpartum ilk 24 saatte yorgunluk puan ortalaması 5.09 ± 2.0 (min:1.4, max:9.3), enerji puan ortalaması 2.50 ± 0.73 (min:1.4, max:4.3) olarak belirlenmiştir. Annelerin yorgunluklarının ilk 24 saatte diğer zamanlara göre yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (8).

Kelly ve ark. (2010), VAS (Visual Analogue Scale) kullanılarak dilatasyon 10 cm olduğunda doğumun ikinci evresinin başlangıcında ve doğumdan sonraki bir saat içinde annelerin yorgunluğunu ölçtüklerinde, VAS skorlarının her iki grupta da aynı olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p = 0.07$) bulmuşlardır (33).

Literatürde, ıkmama dürtüsü gelmeden önce ıkmaya başlamanın ve kadını ıkmaması konusunda cesaretlendirmenin sürekli devam eden yorucu ıkmamalara bunun sonucunda da maternal yorgunluk ve bitkinliğe yol açabileceği belirtilmektedir (69). Bu çalışma bulgularından yola çıkılarak; ertelenmiş ıkmama grubunda annenin aktif fazda solunum ve üfleme tekniğini kullanması doğum öncesi travayda yaşanan yorgunluğu azalttığı, doğum sonrası ilk bir saatte yorgunluğun daha az hissedilmesini sağladığı söylenebilir.

Alp'in belirttiği üzere; Herbert (1994) yapmış olduğu araştırmada, annelerin doğumdan hemen sonra yorgunluk yaşadığını saptamıştır (8). Bu çalışmada ise ertelenmiş ıkmama grubunda doğumdan sonraki ilk bir saatteki yorgunluk ile ilk 24 saatteki yorgunluk arasında fark yokken, kontrol grubunda fark saptanmıştır.

Runquist ve ark. (2009) kentte yaşayan düşük gelirli kadınlarda (n=43) doğumdan bir ve üç ay sonra ortaya çıkan doğum sonrası yorgunluğun altıncı ayda depresyon semptomolojisiyle bağlantılı olup olmadığını “The Modified Fatigue Symptoms Checklist (MFSC)” kullanarak inceledikleri çalışmada, doğum sonrası yorgunluğun birinci ayda üçüncü aya oranla daha fazla olduğunu bulmuşlardır (52).

Gillesby ve ark. (2010) epidural anestezi alan hastalarda yaptıkları çalışmada, vajinal doğum sonrası ilk iki saat içindeki yorgunluk skorlarına bakıldığında, ertelenmiş itme ve hemen itme grupları arasında yorgunluk skorları bakımından anlamlı hiçbir fark bulunamadığını ($p > 0.05$) belirtmişlerdir (18). İki çalışma arasındaki farkın Gillesby ve arkadaşlarının çalışmasını epidural anestezi kullanan hastalarda yapmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar, annelerin postpartum ilk hafta yorgunluk yaşadıklarını göstermekle birlikte, ülkemizde postpartum ilk bir saatteki yorgunluk ile ilk 24 saatteki yorgunluk ilişkisini gösteren bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Annelerin ilk bir ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma grubu annelerin ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark saptanmamıştır (*sırasıyla*; $z = -0.958$, $p > 0.05$; $z = -0.106$, $p > 0.05$) (Tablo 11).

Kontrol grubu annelerin ise ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark elde edilmiştir (*sırasıyla*; $z = -4.103$, $p < 0.01$; $z = -2.650$, $p < 0.01$) (Tablo 11).

Annelerin doğumun ikinci evresinde perineal travma durumu incelendiğinde; tüm gebelere epizyotomi yapıldığı, çalışma grubunda %30.4, kontrol grubunda %52.0 oranında epizyotomi ile birlikte laserasyon olduğu görülmektedir. Çalışma ve kontrol grubu annelerin perineal travma durumları arasında yapılan Ki-kare

analizinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($\chi^2 = 2.29$, $p>0.05$) (Tablo 12). Araştırmanın yapıldığı kurumda rutin olarak primipar gebelerde epizyotomi yapılmaktadır. Kontrol grubunda çalışma grubuna göre daha fazla laserasyon görülmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmaması sonucunda araştırmanın H_3 hipotezi “*Çalışma Grubu annelerin, Kontrol Grubu annelere göre perineal travma insidansı daha düşüktür.*” doğrulanamamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin hiç birinde servikal yırtık görülmemiş, postpartum kanamayı önlemede herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Mediolateral epizyotominin rektumu korumadığı ortaya konmakla birlikte, rutin epizyotomi uygulamasının daha çok cerrahi onarım gerektirdiği ve perine bölgesinde oluşan yırtıkları önlemediği savunulmaktadır. Bu nedenle epizyotomi işlemi günümüzde rutin bir müdahale olmaktan çıkmıştır (60). Ancak araştırmanın yapıldığı kurumda epizyotomi primipar gebelerde rutin olarak kullanılmaktadır. Bu nedenle tüm gebelere epizyotomi yapıldığı saptanmıştır.

Spontan ıkınan kadınlarda epizyotomi ve ikinci ya da üçüncü derece perine yırtıklarının daha az görüldüğü rapor edilmiştir (37). Çalışmaya katılan annelerin tümünde spontan ıkınma tekniği kullanılmış, sadece son itmelerinde valsalva ıkınma tekniği uygulanmıştır.

Myles ve Santolaya (2003), ikinci evre süresi 120 dakikanın üzerinde olan grupta, 120 dakikanın altında olan gruba göre daha fazla epizyotomi ve üçüncü ve dördüncü derece perineal travma görüldüğünü ve iki grup arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark olduğunu ($p<0.001$) belirtmişlerdir (42).

Yıldırım'ın (2005) çalışmasında, valsalva tipi ıkınan annelerin %58.0'inde, spontan ıkınan grubun ise %78.0'inde sadece epizyotomi yapılmıştır. Valsalva tipi ıkınan annelerin %12.0'sinde, spontan ıkınan annelerin ise sadece %8.0'inde

epizyotomiyle birlikte ikinci derece perine yırtığı oluşmuştur. Araştırma kapsamında yer alan annelerin tamamına yakınında servikal yırtık görülmediği belirtilmiştir (69).

Bebeklerin apgar puan ortalamalarına bakıldığında; 1. dk apgar puan ortalaması çalışma grubunda 6.82 ± 0.65 , kontrol grubunda 6.72 ± 0.54 bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu bebeklerin 1. dk apgar puanı ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark yoktur ($U=262.50$, $p>0.05$) (Tablo 13).

Bebeklerin 5. dk apgar puanı ortalaması incelendiğinde; çalışma grubunda 8.95 ± 0.20 , kontrol grubunda 8.92 ± 0.27 bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda anlamlı fark elde edilememiştir ($U=277.00$, $p>0.05$) (Tablo 13). H_4 hipotezi “*Çalışma Grubu annelerin, Kontrol Grubu annelere göre yenidoğanın 1. ve 5. dakika apgar puanları daha yüksektir*” doğrulanmamıştır.

Mayberry ve ark.(1999), yenidoğanın 1. dk apgar puan ortalaması çalışma grubunda ($n= 81$) 8.02 ± 1.20 , kontrol grubunda ($n=72$) 8.01 ± 1.36 , 5. dk apgar puan ortalaması çalışma grubunda 8.90 ± 0.3 , kontrol grubunda 8.91 ± 0.40 olarak elde edilmiştir. Gruplar arası anlamlı fark yoktur ($p>0.09$) (40).

Hansen ve ark. (2002), 1. dk apgar puanı hemen itme grubunda 7.19 ± 1.82 , ertelenmiş itme grubunda 7.60 ± 1.25 iken 5. dk apgar puanı 8.86 ± 0.53 ve 8.91 ± 1.25 olarak saptamışlardır. İki grup arasında anlamlı fark olmadığı, apgar puanları, umbilikal arterdeki pH değerleri ve perineal yırtılma oranlarının benzer olduğunu belirtmişlerdir. Sonuçlar ıkmayı bekleyen annenin hemen ıkmınlardan daha çok yarar elde ettiğini göstermiştir (24).

Myles ve Santolaya (2003), ikinci evre süresi 120 dk altında olan grupta 5. dk apgar puanı <7 olan oranının %1.9, 120 dk üzerinde olan grupta %2.7 olduğunu ve gruplar arasında anlamlı fark olmadığını ($p=0.351>0.05$) belirtmişlerdir (42).

Simpson ve James (2005) çalışmasında, 1. dk apgar puan ortalaması hemen itme grubunda 7.4 ± 1.2 , ertelenmiş itme grubunda 7.6 ± 1.5 , 5. dk apgar puan ortalaması hemen itme grubunda 8.9 ± 0.2 , ertelenmiş itme grubunda 8.7 ± 1.2 ve apgar ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) saptanmıştır (57).

Lai ve ark. (2009) çalışmasında, çalışma grubu 1. dk apgar puan ortalaması 7.94 ± 0.41 , kontrol grubunda 7.92 ± 0.37 , 5. dk apgar puanı ortalaması çalışma grubunda 8.97 ± 0.38 , kontrol grubunda 8.97 ± 0.16 olduğu belirlenmiştir. Apgar puanları arasında anlamlı herhangi bir fark olmadığı saptanmıştır (37).

Çalışma sonuçları 1. ve 5. dk apgar puanları açısından değerlendirildiğinde diğer çalışmalarla benzerdir.

4.6. DOĞUMUN İKİNCİ EVRE SÜRESİ, İTME/İKİNMA SÜRESİ İLE VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE APGAR PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN KARŞILAŞTIRILMASININ İNCELENMESİ

Tablo 14’de annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir ve 24 Saat yorgunluk ve enerji puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Kontrol grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubu annelerin ikinci evre süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p > 0.05$), ikinci evre süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r = -0.610$, $p < 0.01$) (Tablo 14).

Kontrol grubundaki kadınlarda ikinci evrenin süresi uzadıkça 24. saatteki enerji düzeyleri düşmektedir.

Tablo 15'te annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile ilk bir ve 24 Saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasındaki ilişki yönünden karşılaştırılması görülmektedir. Çalışma grubu annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 15).

Kontrol grubu annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), itme/ıkmama süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.610$, $p<0.01$) (Tablo 15). Kontrol grubundaki kadınlarda itme/ıkmama süresi uzadıkça 24. saatteki enerji düzeyleri düşmektedir.

Bu çalışmada, sadece kontrol grubu kadınlarda ikinci evrenin süresinin ve itme/ıkmama süresinin 24. saatteki enerji puanlarını etkilediği saptanmıştır.

Annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile perineal travma oluşma durumları arasındaki fark incelendiğinde çalışma grubu epizyotomi uygulanan annelerin ikinci evre süre ortalaması 34.50 ± 7.68 dk, epizyotomi ve laserasyon uygulanan annelerin ikinci evre süre ortalaması 47.14 ± 29.84 dk olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu epizyotomi uygulanan annelerin ikinci evre süre ortalaması 12.16 ± 6.04 dk, epizyotomi ile birlikte laserasyon oluşan annelerde ikinci evre süre ortalaması 14.76 ± 4.36 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde ikinci evrenin süre ortalaması ile perineal travma durumları

karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir (*Sırasıyla*; $U=36.50, p>0.05, U=49.50, p>0.05$) (Tablo 16).

Yıldırım'ın belirttiği üzere; Borgotta ve arkadaşları, 241 kadını kapsayan çalışmalarında uzamış ikinci evre ile perine yırtıkları arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu ancak bunun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (69).

Annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile perineal travma oluşma durumları arasındaki fark incelendiğinde; çalışma grubu epizyotomi uygulanan annelerin itme/ıkınma süre ortalaması 9.31 ± 3.28 dk, epizyotomi ve laserasyon uygulanan annelerin itme/ıkınma süre ortalaması 10.00 ± 4.08 dk olduğu saptanmıştır. Kontrol grubu epizyotomi uygulanan annelerin itme/ıkınma süre ortalaması 12.16 ± 6.04 dk, epizyotomi ile birlikte laserasyon oluşan annelerde 12.16 ± 6.04 dk süre ortalaması 14.76 ± 4.36 dk olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde itme/ıkınma süre ortalaması ile perineal travma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (*sırasıyla*; $U=51.00, p>0.05, U=51.00, p>0.05$) (Tablo 17).

Araştırma kapsamında yer alan annelerin ikinci evre süre ortalaması ile apgar puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 18).

Çalışma ve kontrol grubunun apgar puanları her iki grupta da yüksek bulunmuştur. Gruplar arası fark olmaması, çalışmanın uygulanabilirliği açısından önemlidir.

Bu çalışmada bebeklerin apgar puanları açısından fark saptanmamışının, ikinci evre süre ortalamasının bir saatin altında olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Geçmişte uzamış ikinci evrenin fetal hipoksiye neden olduğu durumlarda kadınların bir-iki saat içinde doğurtulması istenmekteydi. Buradaki temel mantık ise fetüsteki hipoksi riskini azaltmak ve yenidoğanın sağlık düzeyini yükseltmekti. Bu nedenle valsalva ıkınma tekniği kullanılarak ikinci evrenin süresi kısaltılmaya çalışılmaktadır. Ancak yapılan bazı çalışmalar ise ikinci evrenin süresi ile fetüsün iyilik hali arasında anlamlı bir ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (69).

Yıldırım'ın belirttiği üzere; Moon ve ark. (1990) çalışmasında, 1432 gebede ikinci evrenin iki saatten daha uzun sürdüğü durumlarda 5. dk apgar puanları arasında bir değişiklik gözlenmezken, 1. dk apgar puanları anlamlı bir şekilde daha düşük bulunmuştur (69).

Annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile apgar puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 19).

Çalışmada, doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma, ikinci evrenin süresini uzatmakta, itme/ıkınma süresini ise kısaltmaktadır.

BÖLÜM V

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. SONUÇ

5.1.1 ANNELERİN EŞLEŞTİRİLMİŞ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma ile geçiş fazında ıkınmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla yapılan bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

Çalışma ve kontrol gruplarının; yaş, VKI, hemoglobin düzeyi ortalamaları ve indüksiyon uygulanma durumu ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından çalışma ve kontrol grubu arasında benzerlik olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışma ve kontrol grubundaki anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması her iki grubun homojen dağılımda olduğunu göstermektedir.

5.1.2. ANNELERİN VE BEBEKLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN SONUÇLAR

Annelerin eğitim, çalışma durumu ve sosyal güvence durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili değişkenlerin dağılımları açısından çalışma ve

kontrol grubu arasında benzerlik olup iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Bebeklerin cinsiyet, doğum kilosu, baş çevresi gibi demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Annelerin ve bebeklerin sosyodemografik özellikleri açısından, çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması her iki grubun benzer dağılımda olduğunu göstermektedir.

5.1.3. ANNELERİN GEBELİK VE DOĞUMA İLİŞKİN ÖZELLİKLERİ İLE İLGİLİ BULGULARIN SONUÇLARI

Çalışma ve kontrol grubundaki annelerin gebelik öncesi kiloları ve gebelikte aldıkları kiloları karşılaştırılmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışmada, her iki grubu oluşturan anneler gebelik öncesi kilo ve gebelikte alınan kilo yönünden benzer bulunmuştur.

Annelerin doğum öncesi izlem ve doğum eylemine ilişkin bilgi edinme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde gruplar arası istatistiksel açıdan anlamlı farkın olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Her iki grupta da annelerin hiçbirinin daha önce doğuma hazırlık sınıfına katılmadığı saptanmıştır.

Annelerin lavman, amniyotomi, ilaç, fundal bası gibi travay ve doğum eyleminde yapılan girişimlere göre dağılımları incelendiğinde lavman, amniyotomi, ilaç ve fundal bası uygulanması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir ($p>0.05$). Çalışma grubu annelerde doğum eyleminin ikinci evresini kısaltma yönünde daha az fundal bası uygulanmıştır.

5.1.4. ANNELERİN DOĞUM EVRELERİ SÜRELERİ VE İKİNMA ERTELENME SÜRELERİNE İLİŞKİN BULGULARIN SONUÇLARI

Annelerin, doğumun birinci evresinin süre ortalaması, çalışma grubunda $1.039.34 \pm 572.85$ dk, kontrol grubunda 924.60 ± 591.36 dk, üçüncü evresinin süre ortalaması, çalışma grubunda 13.30 ± 2.30 dk, kontrol grubunda ise 13.60 ± 2.29 dk olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların tümünde doğumun üçüncü evresi 10 ile 30. dakikalar arasında gerçekleşmiştir.

Doğumun ikinci evresinin süre ortalaması, çalışma grubunda 38.34 ± 17.84 dk, kontrol grubunda 13.52 ± 5.29 dk olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, ikinci evre çok uzun sürmemiştir ve fundal basınç dışında her hangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süresi ortalaması, çalışma grubunda 9.52 ± 3.46 dk, kontrol grubunda 13.52 ± 5.29 dk olarak bulunmuştur. İtme/ıkınma süre ortalaması çalışma grubunda daha az iken kontrol grubunda ikinci evrenin süre ortalaması ile aynı bulunmuştur.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin, doğumun birinci ve üçüncü evresinin süre ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p > 0.05$), ikinci evre ve itme/ıkınma süre ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark elde edilmiştir ($p < 0.05$).

Doğumun ikinci evresinin süresi, ertelenmiş ıkınma grubundaki annelerde kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde daha uzun sürerken, itme/ıkınma süresi anlamlı olarak daha kısa sürmüştür.

Çalışma grubu annelerin doğum eyleminin aktif fazında ıkınmanın ertelenme süresi ortalaması 69.56 ± 39.33 dk, doğumun ikinci evresinde ıkınmanın ertelenme

süresi ortalaması 28.82 ± 18.44 dk olarak bulunmuştur. İkınmanın ertelenmesi ile ikinci evrenin süresinin uzaması sağlanmaktadır.

5.1.5. ANNELERİN VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE BEBEKLERİN APGAR PUANLARINA İLİŞKİN BULGULARIN SONUÇLARI

Annelerin Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası (VAS-F) alt skalaları ilk bir ve 24 saat uygulaması puan ortalamaları incelendiğinde; çalışma grubunda doğum sonrası ilk bir saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 47.12 ± 30.00 , kontrol grubu 88.75 ± 27.39 olarak bulunmuştur. Çalışma grubu doğum sonrası ilk 24 saat içindeki yorgunluk puan ortalaması 40.90 ± 21.11 , kontrol grubu 51.11 ± 31.97 olarak bulunmuştur. Çalışma grubu annelerin ilk bir saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($p < 0.01$), 24 saatteki yorgunluk puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$) Postpartum ilk bir saatte, çalışma grubu annelerin yorgunluk puan ortalaması, kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. H_1 hipotezi doğrulanmıştır.

İlk bir saat enerji puan ortalaması çalışma grubunda 31.86 ± 11.11 , kontrol grubunda 19.15 ± 8.74 olarak saptanmıştır. İlk 24 saat enerji puan ortalaması çalışma grubunda 32.64 ± 10.97 , kontrol grubunda 25.83 ± 11.21 olarak belirlenmiştir. İki grup arasında yapılan analizde, ilk bir saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilirken ($p < 0.01$), 24 saatteki enerji puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Postpartum ilk bir saatte, çalışma grubu annelerin enerji puan ortalaması, kontrol grubundan daha yüksektir. H_2 hipotezi doğrulanmıştır.

Doğumun ikinci evresinde ıkınmanın ertelenmesinin, postpartum yorgunluk ve enerji düzeylerine postpartum ilk bir saat içinde anlamlı olarak etkilediği sonucuna varılmıştır.

Çalışma grubu annelerin ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark saptanmazken ($p>0.05$), kontrol grubu annelerin ilk bir ve 24 saatteki yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0.01$).

Annelerin doğumun ikinci evresinde perineal travma durumu incelendiğinde; tüm gebelere epizyotomi yapıldığı, çalışma grubunda %30.4, kontrol grubunda %52.0 oranında epizyotomi ile birlikte laserasyon olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda çalışma grubuna göre daha fazla laserasyon görülmüştür ancak çalışma ve kontrol grubu annelerin perineal travma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$). H_3 hipotezi doğrulanamamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin hiç birinde servikal yırtık görülmemiş, postpartum kanamayı önlemede herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Bebeklerin 1. dk apgar puanı ortalaması çalışma grubunda 6.82 ± 0.65 , kontrol grubunda 6.72 ± 0.54 , 5. dk apgar puan ortalaması çalışma grubunda 8.95 ± 0.20 , kontrol grubunda 8.92 ± 0.27 olarak bulunmuştur. Çalışma ve kontrol grubu annelerde 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistiksel analizde anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$). H_4 hipotezi doğrulanamamıştır.

5.1.6. DOĞUMUN İKİNCİ EVRE SÜRESİ, İTME/IKINMA SÜRESİ İLE VAS-F, PERİNEAL TRAVMA VE APGAR PUAN ORTALAMALARININ KARŞILAŞTIRMA SONUÇLARI

Çalışma grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Kontrol grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu annelerin ikinci evre süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), ikinci evre süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$)

Çalışma grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir ve 24 saat yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p>0.05$) olmadığı belirlenmiştir.

Kontrol grubu annelerin itme ıkınma süre ortalaması ile ilk bir saat ve 24 saat yorgunluk puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Kontrol grubu annelerin itme/ıkınma süre ortalaması ile ilk bir saat enerji puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p>0.05$), itme/ıkınma süre ortalaması ile 24. saat enerji puan ortalaması arasında negatif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.01$).

Bu çalışmada, sadece kontrol grubu kadınlarda ikinci evrenin süresinin ve itme/ıkınma süresinin 24. saatteki enerji puanlarını etkilediği saptanmıştır.

Annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile perineal travma oluşma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde ikinci evrenin süre ortalaması ile perineal travma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışma ve kontrol grubu annelerin kendi içlerinde itme/ıkmama süre ortalaması ile perineal travma durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Araştırma kapsamında yer alan anneler ikinci evre süre ortalaması ile apgar puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol grubu annelerin ikinci evrenin süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile apgar puan ortalamaları karşılaştırıldığında; çalışma ve kontrol grubu annelerin itme/ıkmama süre ortalaması ile 1. ve 5. dk apgar puan ortalamaları arasında yapılan istatistik analizde anlamlı bir ilişki elde edilmemiştir ($p>0.05$).

Genel olarak araştırmadan çıkan sonuç; ertelenmiş ıkmamanın doğum sonrası ilk bir saatteki yorgunluğu azaltmada etkili olduğu bulunmasına karşın perineal travma ve bebeklerin apgar puanlarını etkilemediği belirlenmiştir.

Ayrıca çalışmada, doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkmamanın, ikinci evrenin süresini uzattığı ve itme/ıkmama süresini ise kısalttığı sonucuna varılmıştır.

5.2. ÖNERİLER

Araştırma süreci boyunca elde edilen deneyimler ve sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Tüm kadınların gebelik dönemlerinde doğuma hazırlık sınıflarına katılması,
- İkinma erteleme tekniklerinin gebelere doğuma hazırlık sınıflarında kazandırılması,
- Doğum salonunda çalışan ebe/hemşirelere, ıkinmanın ertelenmesinin sağlayacağı yararlar ve gebelere öğretmek üzere solunum ve üfleme tekniklerine yönelik hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Gelecekteki çalışmalarda postpartum yorgunluğun; gebeliğin üçüncü trimesteri, doğumun birinci evresinin aktif fazı (servikal dilatasyon 4cm), doğumdan hemen sonra plasenta çıkmadan önce, epizyotomi tamiri bittikten sonra, postpartum ilk 24 saatte ve bir ay sonra gibi farklı zamanlarda ölçülmesi,
- Postpartum yorgunluğu ölçebilecek daha kullanışlı ölçüm araçlarının alana kazandırılması için çalışmalar yapılması,
- Multipar annelerin ertelenmiş ıkinmaya nasıl yanıt vereceklerini beirlemek için, ertelenmiş ıkinmanın multipar annelerde doğum sonuçlarına ve yorgunluğa etkisini incelemek amacıyla çalışmalar yapılması,
- Ertelenmiş ıkinmanın fetal sağlığı değerlendirmeye yönelik etkisini ölçmek amacıyla daha büyük bir örnekleme olan çalışmaların yapılması önerilebilir.

BÖLÜM VI

6. ÖZET VE ABSTRACT

6.1. ÖZET

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE ERTELENMİŞ İKİNMANIN POSTPARTUM YORGUNLUK VE DOĞUM SONUÇLARINA ETKİSİ

Bu araştırma, doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma ile geçiş fazında ıkınmanın postpartum yorgunluk ve doğum sonuçlarına etkisini incelemek amacıyla randomize kontrollü olarak yapılmıştır

Araştırma, 15/12/2010-01/09/2011 tarihleri arasında, TC. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde; Doğum Salonu ve Postpartum Servisinde yürütülmüştür.

Araştırmanın örneklemini 15/12/2010-01/09/2011 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde primipar olup normal vajinal doğum yapmış, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden, 23 çalışma ve 25 kontrol grubu toplam 48 primipar gebe oluşturmuştur.

Araştırmada veriler; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiş “Gebe Tanılama Formu”, “İzlem Formu” ayrıca “Partograf” ve “Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası” kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ve veri toplama formlarına yönelik izlemler yapılarak toplanmıştır. Toplanan verilerin

değerlendirilmesinde; sayı ve yüzde, Ki-Kare, Mann Whitney-U, Spearman Sıra Korelasyonu İşlemi ve Wilcoxon İşaretli Sıra(lar) Testi kullanılmıştır.

Tüm gruba (n=48) spontan ıkınma tekniği (açık glottis), çalışma grubundaki (n=23) gebelere ıkınmanın ertelenmesi için solunum ve üfleme tekniği eğitimi verilmiştir. Tüm gebeler ikinci evrede spontan ıkınma son itmede valsalva tipi ıkınma yöntemini (hem açık hem kapalı glottis) kullanmışlardır.

Çalışma ve kontrol grubu annelerin; doğumun ikinci evresinin süre ortalamaları, itme/ıkınma süre ortalamaları, doğum sonrası ilk bir saatteki yorgunluk ve enerji puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir (p<0.05).

Araştırma sonuçlarına göre; ertelenmiş ıkınmanın annelerin ikinci evresinin süresini uzattığı, itme/ıkınma sürelerini azalttığı ve doğum sonrası ilk bir saatteki yorgunluklarını anlamlı olarak etkilediği bulunmuştur.

Bu bulgular doğrultusunda; postpartum yorgunluk ölçümünü farklı zaman aralıklarında yaparak çalışmanın etkinliğinin karşılaştırılması, multipar doğum yapan annelerde ertelenmiş ıkınmanın etkinliğinin araştırılması, annelerin doğuma hazırlık sınıflarına katılmaları için yönlendirilmesi, ebe ve hemşirelere ıkınmanın ertelenmesinin sağlayacağı yararlar, solunum ve üfleme teknikleri konusunda hizmet içi eğitimler verilmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler; Ertelenmiş ıkınma, doğumun ikinci evresi, postpartum yorgunluk.

6.2. ABSTRACT

THE EFFECTS OF DELAYED PUSHING DURING THE SECOND STAGE OF LABOR ON POSTPARTUM FATIGUE AND LABOR RESULTS

This research has been made randomize controlled with the aim of examining the effects of delayed pushing during the second stage of labor and pushing during the transition phase in postpartum fatigue and labor results.

Research has been carried out in Delivery Room and Postpartum Service of Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Gynecology and Obstetrics Hospital of T.R. Ministry of Health between the dates of 15 December 2010 and 01 September 2011.

The sampling of the research is comprised of 48 primiparous women (23 in delayed pushing group and 25 in control group) who made normal childbirth at the Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Gynecology and Obstetrics Hospital of T.R. Ministry of Health between 15 December 2010 and 01 September 2011, who met the inclusion criteria and who accepted to participate in the study.

The data in the study have been collected by using “Pregnant Diagnostic Form”, “Inspection Form” that have been developed by the researcher in line with the literature information and also “Partograph”, “Visual Analogue Scale for Fatigue” and face to face interview method and data collecting forms. In the evaluation of the collected data; the number and percentage, Chi-Squared Test, The Mann Whitney-U Test, The Spearman Rank-Order Correlation Coefficient and The Wilcoxon Signed-Rank Test have been used.

All the group have been given (n=48) the spontaneous pushing technique training (open glottis), and the pregnant in the study group (n=23) have been given breathing and blowing technique for delayed of pushing. All the pregnant have used

the spontaneous pushing in the second stage and valsalva-type pushing method in the last pushing (both open and closed glottis).

A statistically significant difference has been obtained between time averages of the second stage of labor, pushing time averages, fatigue and energy point average at first one hour of postpartum of the maternal in study and control group ($p < 0.05$).

According to research results; it has been found out that delayed pushing prolongs the time of second stage of labor, reduces pushing time and significantly affects the fatigue of them at first one hour of postpartum.

In accordance with these findings; comparison of the effectiveness of the study by making postpartum fatigue measurement in different time intervals, researching the effectiveness of delayed pushing in maternals giving multipara women, directing maternals to participate in prepared childbirth classes, giving in-service trainings to midwives and nurses about the benefits that delayed of pushing will provide, breathing and blowing techniques can be recommended.

Key words; Delayed pushing, the second stage of labor, postpartum fatigue.

KAYNAKLAR

1. Hastanemizin Tarihçesi, <http://www.konakdogumevi.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi:12.11.2009.
2. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html>, Erişim tarihi:20.10.2011.
3.Doğum İzleminde Partograf Kullanımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi. Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.Ankara, 2007, 77-84. Erişim tarihi: 12.11.2009 http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/01_AOBKlinisyenEgitimi.pdf
4.Doğum İzleminde Partograf Kullanımı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Güvenli Annelik Hizmet İçi Eğitim Modülü. Eğitici rehberi. 106-114. Erişim tarihi: 12.11.2009 http://www.adahed.org.tr/belge_egitim/Guvenli_annelik_hizmetici_egitim_modulu.pdf#page=107
5. Aksakoğlu G. (2006). Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Basımevi, Alsancak, İzmir.
6. Aksayan, S., Bahar, Z., Bayık, A. ve ark. (2002). Hemşirelikte Araştırma İlke, Süreç ve Yöntemleri, (Ed: Erefe İ.), Hemar-Ge, İstanbul, 91-93.
7. Albers L.L. Borders N. (2007). Minimizing Genital Tract Trauma and Related Pain Following Spontaneous Vaginal Birth. Journal of Midwifery Womens Health, 52: 246–253
8. Alp N. (2005). Postpartum Yorgunluğun İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
9. Alp N. ve Mete S. (2008). Postpartum Yorgunluk Düzeyi İle Uyku Ve Beslenmenin Yorgunluğa Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 10-18.

10. Arya R. Whitworth M. Johnston T.A. (2007). Mechanism and Management of Normal Labor. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine*, 227-231.
11. Balkaya N.A. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe - Hemşirenin Rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 6 (2): 42-49.
12. Can H.Ö., Saruhan A. (2008). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Bu Masajı Etkisinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 10(1); 18-37.
13. Coşkun A. (2008). Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi. İstanbul Tıp Kitabevi, Birinci Baskı, İstanbul, 47-57.
14. Doğaner G. (2005). Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Erken Postpartum Dönemde Kendisinin ve Yeni doğanın Bakımına Yönelik Yasadıkları Sorunların Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
15. Ertem G. Sevil Ü. (2005). Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 8(2): 117-123.
16. Eryılmaz H.Y. (1999). Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi ve Uygulanan Bakım Yönetiminin (Pathway) Etkilerinin Belirlenmesi. T.C.Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı, Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul.
17. Gilbert E. S., Harmon J. S., (2002) Disfonksiyonel Eylem, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Çev. Editörü: Prof. Dr. Lale Taşkın, Palme Yayıncılık, Bölüm 27, Ankara, 717-783.
18. Gillesby E., Burns S., Dempsey A., Kirby S., Mogensen K., Naylor K., Petrella JA, Vanicelli R., and Whelan B. (2010) Comparison of Delayed Versus Immediate Pushing During Second Stage of Labor for Nulliparous Women With Epidural Anesthesia. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)*, 39; 635-644.

19. Gölbaşı Z. (2003). Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (2): 15-22.
20. Günaydın R. Karatepe A.G. Demirhan A. Koç A. Kaya T. (2009) Romatoid Artritli Hastalarda Yorgunluğun Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 29(4):911-6.
21. Güngör İ. Yıldırım-Rathfisch G. (2009). Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 11(2):56-65.
22. Güvenç G. (2004). Doğum Eylemi Sürecinde Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu, Yayınlanmamış Yüksek Lisans tezi, Ankara.
23. Hansen L. (2009) Second-Stage Labor Care Challenges in Spontaneous Bearing Down. The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 23(1): 31-39.
24. Hansen S.L. Clark S.L. Foster J.C. (2002). Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: A randomized controlled trial. Obstetrics and Gynecology, 99(1):29-34.
25. İldan S. (2007). Postpartum Erken Dönemde Düzenli Fundus Masajının Uterus İnvolyasyonuna ve Loşia Rubra Miktarına Etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, İzmir.
26. Jonge A.D., Teunissen D.A.M., Van Diem M. Th., Peer L.H. Scheepers P.L.H., Lagro-Janssen A.L.M. (2008). Women's Positions during the Second Stage of Labor: Views Of Primary Care Midwives. Journal of Advanced Nursing, 63(4), 347-356.
27. Kadayıfçı O. (2005). Lamaze Yöntemi ile Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Tıp Kitabevi, Adana, 55-72.
28. Karaçam Z. (2001). Doğum Sırasında Kullanılan Pozisyonların Anne ve Bebek Sağlığına Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2):56-62.

29. Karaçam Z. Akyüz E.Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 19(1): 45-53.
30. Karaçam Z. Eroğlu K. (2003.) Effects of Episiotomy on Bonding and Mothers' Health. Journal of Advanced Nursing, 43(4): 384-394.
31. Karasar, N. (1995). Bilimsel Araştırma Yöntemi, 7. Basım, Ankara, 153-169.
32. Kaya T. Karatepe A.G. Demirhan A. Günaydın R. Gedizlioğlu M. Çe P. (2009). Multipl Sklerozlu Hastalarda Yorgunluk ve İlişkili Faktörler. Journal of Neurological Sciences [Turkish] 26(2): 19; 190-197.
33. Kelly M, Johnson E, Lee V, Massey L, Purser D, Ring K, Sanderson S, Styles J, Wood D. (2010) Delayed Versus Immediate Pushing in Second Stage of Labor. American Journal of Maternal Child Nursing (MCN), 35(2): 81-88.
34. Kızılkaya N. (1996). Annelerin Erken Lohusalık Dönemindeki İlgilerinin Belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi, Aralık 4(4): 245-248.
35. Kızılkaya N. (1997). Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri. Perinatoloji Dergisi, 5(3-4), Haziran-Eylül; 113-116.
36. Kömürcü N. Ergin A.B. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul.
37. Lai M.L. Lin K.C. Li H.Y. Shey K.S. Gau M.L. (2009). Effects of Delayed Pushing During the Second Stage of Labor on Postpartum Fatigue and Birth Outcomes in Nulliparous Women. Journal of Nursing Research, 17(1): 62-71.
38. Lee K.A. Zaffke M. (1999) Longitudinal Changes in Fatigue and Energy During Pregnancy and the Postpartum Period. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN), 28 (2), 183-191.
39. Li W., Zhang H., Ling Y., Jin S. (2011) Effect of Prolonged Second Stage of Labor on Maternal and Neonatal Outcomes. Asian Pacific Journal of Tropical Medicine, 409-411.
40. Mayberry L.J. Hammer R. Kelly C. True-Driver B. De A. (1999). Use of Delayed Pushing with Epidural Anesthesia: Findings from a Randomized, Controlled Trial. Journal of Perinatology, 19(1); 26 -30.

41. Mayberry, L. J., Strange, L. B. (1997). Strategies for designing a research utilization project with labor and delivery nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)*, 26(6): 701-708.
42. Myles T.D. Santolaya J. (2003) Maternal and Neonatal Outcomes in Patients With a Prolonged Second Stage of Labor. *Obstetrics & Gynecology*, 102(1):52-58.
43. Niesen K.M. Quirk A.G. (1997). The Process for Initiating Nursing Practice Changes in the Intrapartum: Findings From a Multisite Research Utilization Project. *Journal of Obstetrics, Gynecology, & Neonatal Nursing*, 26,709-717.
44. Novikova N., Mshweshwe N., Xoliswa W., Moloi P., Singata M., Hofmeyr J. (2009) A New Method of Controlled Fundal Pressure During the Second Stage of Labor: Randomized Pilot Study. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Free communication (oral) presentations, 107S2, S93-S396.
45. Okumuş H. Mete S. (2009). Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık, Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. Deomed Reklam ve Yayıncılık, Birinci Baskı, İzmir, 108-113.
46. Orji E. (2008). Evaluating Progress of Labor in Nulliparas and Multiparas Using the Modified WHO Partograph. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 102: 249-252.
47. Orji E.O, Olabode T.O. (2008). Comparative Study of Labor Progress and Delivery Outcome Among Induced Versus Spontaneous Labor in Nulliparous Women Using Modified WHO Partograph. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynecology*, May-June; 3(1): 24 – 28.
48. Özalp E. (2008). Postpartum Kanamanın Önlenmesinde Prostaglandin E₂ (Dinoproston) ve Oksitosin Etkinliklerinin Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir.
49. Özkan S. (2004). Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanterinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir.

50. Petersen, L., Besuner, P. (1997). Pushing techniques during labor: Issues and controversies. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 26(6): 719-726.
51. Roberts J. Hanson L. (2007). Best Practices in Second Stage Labor Care: Maternal Bearing Down and Positioning. *J Midwifery Womens Health*, 52; 238 –245
52. Runquist J.J.D. Morin K. Stetzer F.C. (2009). Severe Fatigue and Depressive Symptoms in Lower-Income Urban Postpartum Women. *Western Journal of Nursing Research*, 31; 599-612.
53. Rychnovsky J. Hunter L.P. (2009). The Relationship Between Sleep Characteristics And Fatigue In Healthy Postpartum Women. *Women's Health, Issues* 19; 38–44.
54. Sampsel C.M., Miller J.M., Leucha Y., Fischer K. And Rosten L. (2005) Provider Support of Spontaneous Pushing During the Second Stage of Labor.
55. Saydam B.K. (2008). Doğum Eylemi. *Kadın Sağlığı Kitabı*. Editör: Şirin A. Bedray Basın Yayıncılık. İstanbul, 646-662.
56. Sevil Ü. Saruhan A. Ertem G. Kavlak O. (2004). Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 18(1):67-74.
57. Simpson, K. R., & James, D. C. (2005). Effects of Immediate Versus Delayed Pushing During Second-Stage Labor on Fetal Well-Being: A Randomized Clinical Trial. *Nursing Research*, 54(3): 149–157.
58. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu,K. (1998). Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri. Hatiboğlu Yayınları, Ankara.
59. Şeker S. (2006). Doğuma Hazırlık Sınıflarının Annenin Doğum Sonu Fonksiyonel Durumuna Ve Bebeğini Algılamasına Etkisi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir*.
60. Taşkın L. (2009). Riskli Doğum Eylemi. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Editör: Taşkın L. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 336-371.

61. Taylor J. Johnson M. (2010). How Women Manage Fatigue After Childbirth. *Midwifery*, 26(3);367-375.
62. Troy N.W. Dalgas-Pelish P. (2003). The Effectiveness of a Self-Care Intervention Fort He Management of Postpartum Fatigue. *Applied Nursing Researc*, 16(1):38-45.
63. Troy NW. Dalgas-Pelish P. (1997). The Natural Evolution of Postpartum Fatigue Among a Group of Primiparous Women. *Clinical Nursing Research*, 6(2):126-141.
64. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara.
65. Türkmen N. (2011). Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık. <http://www.bilgisaglik.com.tr> (Erişim tarihi: 20.11.2011).
66. Ulukavak M. (2004). Gebeliğin Üçüncü Trimesterinde Ve Postpartum Dönemde Kadınların Yorgunluk Düzeyinin Belirlenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
67. Vural G. (2005). Doğum Eylemi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Editör: Taşkın L. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Ankara, 275-302.
68. Yeşilbalkan Ö.U. (2005). Kemoterapi Uygulanan Hastalarda Eğitimin Yorgunluk Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Olan Etkisinin İncelenmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, İzmir.
69. Yıldırım G. (2005). Doğum Eyleminde Uygulanan İkinma Tekniğinin Anne Ve Fetüs Üzerindeki Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmış Doktora Tezi, İstanbul.
70. Yıldırım G. (2006). Doğum Eyleminde Uygulanan İkinma Teknikleri Ve Hemşirelik Yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(2): 49-56.
71. Yıldırım G. Beji N.K. (2008). Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother and Fetüs: a Randomized Study. *Birth*, 35(1):25-30.

72. Yıldırım G. Şahin N.H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7 (1): 14-20.
73. Yılmaz S.D. Vural G. Bodur S. (2010). Epizyotomi Bakımında Serum Fizyolojik ve Rivanolün İyileşme Sürecine Etkisi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(2):172-177.
74. Yurtsever S. (2000). Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4 (1):16-20.
75. Yurtsever S. Bedük T. (2003). Hemodiyaliz Hastalarında Yorgunluğun Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 5(2):3-12.

EKLER

EK-I BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU

Bu çalışma, doğumun ikinci evresinde ertelenmiş ıkınma ile geçiş fazında ıkınmanın doğum sonrası yorgunluk ve doğum sonuçları üzerindeki karşılaştırılabilir etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Çalışmada doğum salonunda olduğunuz sürede, travay izleminde ve doğumda yanınızda bulunulacak, doğumun ilerleyişi ile ilgili bilgi verilip, uygun ıkınma teknikleri konusunda eğitim verilecek, ıkınma hissiniz ile ilgili size sorular sorulacaktır. Doğum sonrası ilk günde yorgunluk durumunuzu değerlendirmek için birinci ve 24. saatlerde size anket uygulanacaktır. Verdiğiniz tüm bilgiler araştırmacı tarafından gizli tutulacak, toplanan bilgiler isim belirtilmeden bilimsel rapor haline getirilecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak kararınızı verirken gerek duyduğunuz bilgileri istemeye, doğru, anlaşılır ve doyurucu yanıtlar almaya hakkınız vardır. Herhangi bir yan etkisi olmayan bu araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Katılmama yönündeki kararınız burada size verilen hizmeti hiçbir şekilde olumsuz etkilemeyecektir. Daha önce araştırmaya katılmayı kabul etmiş olsanız bile istediğiniz anda araştırmadan çekilebilirsiniz. Bu kararınız da daha sonraki hizmette hiçbir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Bu araştırmanın tüm aşamalarında sizden elde edilen bilgiler özenle korunacak ve gizli tutulacaktır.

Teşekkür ederim...

Araš. Gör. Özlem DEMİREL BOZKURT

Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu

Benyukarıda yazılı olan bilgileri okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak da aydınlatıldım. Sorularına kanımca yeterli yanıtlar aldım. Bu araştırmaya katılmayı bana verilen hizmeti etkilemeksizin onun herhangi bir aşamasında çekilebilmek ve o ana kadar şahsımda elde edilen bilgiler üzerindeki haklarımdan vazgeçmemek koşulu ile kabul ediyorum.

Tarih:

Hastanın Adı Soyadı:

İmzası

EK-II GEBE TANILAMA FORMU

Çalışma Grubu:

Kontrol Grubu:

1. Adınız/Soyadınız:

Protokol No:.....

2. Yaşınız:

- 1) 18-22 yaş 2) 23-26 yaş 3) 27-30 yaş 4) 31-34 yaş

3. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul
4) Lise ve dengi 5) Üniversite/yüksek okul 6) Diğer...

4. Çalışma durumunuz nedir?

- 1) Evet 2) Hayır

5. Mesleğiniz nedir?.....

- 1) Ev Kadını 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest Meslek 5) Diğer...

6. Sosyal güvence türünüz nedir?

- 1) Yok 2) Emekli sandığı 3) SSK
4) Bağ-Kur 5) Özel sağlık sigortası 6) Yeşilkart 7) Diğer

7. Boyunuz ve gebelik öncesi kilonuz nedir? Boy:.....cm Kilo:.....kgr

8. Gebelik boyunca kaç kilo aldınız?.....

9. İsteyerek mi gebe kaldınız?

- 1) Evet 2) Hayır

10. Kaç defa gebe kaldınız?.....

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üzeri

11. Düşük/küretaj yaptınız mı? Kaç kez yaptınız?

- 1) Hayır 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4 ve üzeri

12. Kaçınıcı gebelik haftasındasınız?.....

13. Sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

14. Gebelik boyunca hiç kontrole gittiniz mi?

- 1) Evet 2) Hayır (16. soruya geçiniz)

15. Evet ise kaç kez kontrole gittiniz?

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 ve üzeri

16. Doğum eylemiyle ilgili yazılı materyal (kitap, internet bilgisi) okudunuz mu?

- 1) Evet 2) Hayır

17. Doğuma hazırlık sınıfına katıldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

EK III- İZLEM FORMU

A) Doğum Eylemi Süreci

1. Doğumhaneye başvurma nedeni nedir?

- 1) Ağrılarım başladı 2) Suyum geldi 3) Kanamam oldu
4) Günüm geçti 5) Diğer.....

2. Doğum eyleminin birinci evresinde gebenin hemoglobin düzeyi:g/dl

3. Doğum eyleminin başlatmak ya da hızlandırmak için girişimde bulunuldu mu?

- 1) Hayır 2) Amniyotomi 3) Oksitosin uygulaması 4) Lavman yapılması
5) Valethamat Bromid (Epidosin®) uygulaması 6) Diğer.....

4. Epizyotomi açıldı mı?

- 1) Evet 2) Hayır

5. Doğum eyleminin ikinci evresinde perineal yırtık oluştu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

6. Perineal yırtık oluştu ise derecesi nedir?

- 1) 1. derece yırtık 2) 2. derece yırtık 3) 3. derece yırtık
4) Epizyotomi 5) 2. derece yırtık + Epizyotomi 6) 3. derece yırtık + Epizyotomi

7. Doğum eyleminin ikinci evresinde servikal yırtık oluştu mu?

- 1) Evet 2) Hayır

8. Doğum eylemi izlem süreleri nedir?

İtme Süresi: -----dakika/saat

Aktif fazda ıkmmanın ertelenme süresi: -----dakika/saat

Doğumun ikinci evresinde ıkmmanın ertelenme süresi:-----dakika/saat

B) Doğum Sonrası Süreç

9. Doğumhanede kanamayı önlemek için girişimde bulunuldu mu?

- 1) Hayır 2) Fundus masajı yapıldı
3) Sıvı içinde 20 ünite oksitosin verilmesi 5) Diğer.....
4) 1 amp Oksitosin+1 amp Metilergobasin maleat IM/IV uygulaması

10. Doğum sonrası (birinci saat sonrası) kanamayı önlemek için girişimde bulunuldu mu?

- 1) Hayır 2) Fundus masajı yapıldı
3) Sıvı içinde 20 ünite oksitosin verilmesi 5) Diğer.....
4) 1 amp Oksitosin+1 amp Metilergobasin maleat IM/IV uygulaması

PARTOGRAFİN UYGULANMASI SIRASINDA VERİ TOPLAMA FORMU

- 1.Parite: Nullipar • Multipar •
- 2.Annenin Boyu:.....cm.
- 3.Başvuruda servix dilatasyonu:cm.
- 4.Başvuruda başın düzeyi:cm.
- 5.Başvuruda membran rüptürünün süresi:cm.
- 6.Vajinal muayene sayısı:
- 7.Toplam latent fazın süresi:saat.
- 8.Hastanede;
- a) Doğumun 1. evresinin süresi:.....saat
- b) Doğumun 2. evresinin süresi:.....saat
- c) Doğumun 3. evresinin süresi:.....saat
- 9.Doğumun ilerleyişi
- a) Uyarı çizgisinin solunda ya da üzerinde kaldı: •
Uyarı çizgisinin sağında, müdahale çizgisine ulaşmamış: •
Müdahale çizgisine ulaşmış: •
- b) Uyarı çizgisinin sağına geçti ise.
- Servix dilatasyonu kaç cm?
- Başın düzeyi?
- Ne müdahale yapıldı?
- c) Müdahale çizgisine ulaştı ise
- Servix dilatasyonu kaç cm?
- Başın düzeyi?
- Ne müdahale yapıldı?
- Doğum hızlandırıldı mı? Evet • Hayır • Belli değil •
- İndüksiyon yapıldı ise;
- Latent fazda •
- Uyarı çizgisinin solunda ya da üzerinde •
- Uyarı çizgisinin sağında •
- Müdahale çizgisinin üzerinde ya da sağında •
- 10.Güç doğum muydu? Evet • Hayır • Belli değil •
- 11.Uterus rüptürü oldu mu? Evet • Hayır • Belli değil •
- 12.Doğumun tipi: Sezaryen • Vajinal Müdahaleli • Spontan baş geliş •
- 13.Doğum eyleminde partograf üzerinde son servikal dilatasyon :
- Latent fazda •
- Uyarı çizgisinin üzerinde ya da solunda •
- Uyarı çizgisinin sağında •
- Müdahale çizgisinde ya da sağında •
- 14.Perinatal ölüm oldu mu? Evet • Hayır • Belli değil •
- 1. dakika apgar skoru
- 5. dakika apgar skoru
- Bebek yoğun bakıma alındı mı? Evet • Hayır • Belli değil •
15. Yenidoğanın cinsiyeti: Kız • Erkek •
16. Yenidoğanın doğum ağırlığı: Yenidoğanın boyu: Yenidoğanın baş çevresi:
17. Doğum saati:

EK V: YORGUNLUK İÇİN GÖRSEL BENZERLİK SKALASI

Tarih:

Saat:

Yönerge: Sizden şu anda ne hissettiğinizi belirtmeniz için çizgilerin uygun yerine “/” işareti koymanız istenmektedir. Örneğin, dünden beri hiç yemek yemediğinizi düşünün, “/” işaretini çizginin neresine koyarsınız?

Hiç aç değilim 0 _____ 10 Aşırı derecede açım.

Lütfen şimdi aşağıdaki maddeler için bu değerlendirmeyi yapınız.

- | | | | |
|-----|--------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------|
| 1- | Hiç yorulmuş değilim | 0 _____ 10 | Aşırı derecede yorulmuş hissediyorum |
| 2- | Hiç uykum yok | 0 _____ 10 | Aşırı derecede uykum var |
| 3- | Hiç uyuşuk değilim | 0 _____ 10 | Aşırı derecede uyuşukluk hissediyorum |
| 4- | Hiç halsizliğim yok | 0 _____ 10 | Aşırı derecede halsizliğim var |
| 5- | Hiç bitkin değilim | 0 _____ 10 | Aşırı derecede bitkin hissediyorum |
| 6- | Hiç enerjim yok | 0 _____ 10 | Aşırı derecede enerjik hissediyorum |
| 7- | Hiç hareket etmek istemiyorum | 0 _____ 10 | Aşırı derecede aktif hissediyorum |
| 8- | Hiç kuvvetim yok | 0 _____ 10 | Aşırı derecede dinç hissediyorum |
| 9- | Hiçbir iş çıkaramıyorum | 0 _____ 10 | Kendimi son derece işe yarar hissediyorum |
| 10- | Hiç yaşam dolu değilim | 0 _____ 10 | Son derece yaşam doluyum |
| 11- | İşlerimi düzenli yapabiliyorum | 0 _____ 10 | Ne yapacağımı şaşırılmış durumdayım |
| 12- | Hiç tükenmiş değilim | 0 _____ 10 | Aşırı derecede tükenmiş hissediyorum |
| 13- | Gözlerimi açık tutmak için hiçbir güç gerekmiyor | 0 _____ 10 | Gözlerimi açık tutmak aşırı güç gerektiriyor |

- 14- Kolayca hareket edebiliyorum 0_____10 Hareket etmek benim için büyük bir iş
- 15- Dikkatimi toplamada güçlük çekmiyorum 0_____10 Dikkatimi toplamak büyük bir iş
- 16- Yorulmadan sohbet edebiliyorum 0_____10 Sohbet etmek benim için büyük bir iş
- 17- Gözlerimi açık tutmak için büyük bir isteğim var 0_____10 Gözlerimi açık tutmak için kesinlikle isteksizim
- 18- Bir yere uzanmak için kesinlikle isteksizim 0_____10 Bir yere uzanmak için büyük bir isteğim var

EK VI- Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası İzin Belgesi

Sn. Ar. Gör. Özlem Demirel,

“Doğumun İkinici Evresinde Ertelenmiş İkinmanın Doğum Sonuçlarına ve Pospartum Yorgunluğa Etkisinin İncelenmesi” başlıklı tez çalışmanızda geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğum “Yorgunluk İçin Görsel Benzerlik Skalası”nı kullanmanız uygundur. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Mersin ni. Sağlık Yüksekokulu


Doç. Dr. Sabire Yurtsever

Hemşirelik Bl. İç Hastalıkları Hemşireliği ABD.

EK VII- Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilimsel Etik Kurulu Onay Yazısı



**T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU
(BİLİMSEL ETİK KURULU)**

SAYI : 2010-86
KONU : Araştırma Kararı hk.

Bornova /İZMİR
09.03.2010

HEMŞİRELİK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Yüksekokulumuz Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında doktora öğrencisi Özlem DEMİREL BOZKURT ve Prof.Dr.Ahsen ŞİRİN'in sorumluluğunda 15.12.2010 – 15.12.2011 tarihleri arasında yapılması planlanan “Doğumun İkinci Evresinde Ertelenmiş İkinmanın Postpartum Yorgunluk ve Doğum Sonuçları Üzerindeki Etkileri” konulu araştırması 04.03.2010 tarihinde Bilimsel Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve “Araştırmanın Yürütülmesi Uygun” bulunmuştur.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

Prof.Dr.Leyla KHORSHİD
Bilimsel Etik Kurulu Başkanı

EK VIII- Ege Üniversitesi Rektörlüğü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onay Yazısı



**T.C
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**


SAYI:B.30.EGE.0.42.05.00/ **288**
KONU : Özlem DEMİREL BOZKURT

21.. / 01.. / 2010

**KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA**

Anabilim dalınız doktora öğrencisi Özlem DEMİREL BOZKURT'un tez konusunun "Doğumun İkinci Evresinde Ertelenmiş İkinmanın Postpartum Yorgunluk ve Doğum Sonuçlarına Etkileri" olarak belirlenmesi yönetim kurulumuzun 21.01.2010 tarih ve 3/13 sayılı kararı ile uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Şükran DARCAN
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EK IX- T.C. S.B. İzmir Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Onay Yazısı



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İZMİR DR.E.HAYRİ ÜSTÜNDAĞ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI

SAYI:B.104 İSM.4356557/ 5116
KONU: Doktora Tez Çalışması

07.12.2010

T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğüne

İlgi: 01.12.2010 tarih ve 2127 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazınızda, Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Doktora Öğrencilerinden Özlem DEMİREL BOZKURT' un 15.12.2010-15.12.2011 tarihleri arasında kurumumuz doğum salonu ve postpartum servisinde "Doğumun İkinci Evresinde Ertelemiş İkinmanın Postpartum Yorgunluk ve Doğum Sonuçları Üzerine Etkileri" konulu araştırmayı yapabilmesi Baştabipliğimizce uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. A. Atakan TOPUZ
Baştabip

ÖZGEÇMİŞ

Nisan 1975 yılında Milas'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Aydın'da tamamladı. 1991-1995 yılları arasında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'na devam etti. 1996-2001 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım'da çalıştı. 2001-2003 yılları arasında aynı hastanede Supervisör olarak görev yaptı. 1999-2004 Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamladı. Temmuz 2003 tarihinde Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu'na Araştırma görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluştadır. 2007 yılında doktora eğitimine başlayan Özlem DEMİREL BOZKURT, evli ve iki çocuk annesidir.