



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PLASENTANIN AYRILMASINDA FUNDAL BASI
İLE MATERNAL İKİNMANIN AĞRI ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

BEGÜM HATUN KILIÇER

EBELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ASİYE KOCATÜRK

İSTANBUL-2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Ebelik
Tez Sahibi : Begüm Hatun KILIÇER
Tez Başlığı : Plasentanın Ayrılmasında Fundal Bası İle Maternal
İkinmanın Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 27.07.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Asiye KOCATÜRK

Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nuran AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr.Derya BEYDAĞ

Okan Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ..31/07/2018.. tarih ve ..2018../...30... - 15... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

Begüm Hatun KILIÇER



TEŞEKKÜR

Araştırmamın her aşamasında, tez çalışmamın yürütülmesi sürecinde yardımlarını ve desteğini esirgemeyen; bilgi ve deneyimlerinin yanı sıra pozitif enerjisiyle manevi destek sağlayan bana yol gösteren Sayın Dr. Öğr. Üyesi Asiye KOCATÜRK'e

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarıma ve arkadaşlarıma,

Bugünlere gelmemde büyük payı olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim ailem ve başta annem Sebiha KILIÇER ve ablam Öğr. Görevlisi Esmâ MUTLUTÜRK'e,

Çalışmaya katılarak çalışmamın başarılı bir şekilde uygulanmasına katkıda bulunan tüm kadınlara,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER...

KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG	: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
KKK	: Kontrollü Kord Traksiyonu
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PPK	: Postpartum Kanama
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
VAS	: Visual Analog Skala
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü



ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 4.3.1. Uterotonik	18
Şekil 4.3.2. Kord klemplenmesi, klemplenmesi	18
Şekil 4.3.3. Kontrollü kord traksiyonu (I).....	19
Şekil 4.3.4. Kontrollü kord traksiyonu (II)	20
Şekil 5.1. Plasenta çıkarma yöntemi dağılımı.....	36
Şekil 6.1. Plasenta çıkarma yöntemi açısından kilo karşılaştırması	34
Şekil 6.2. Plasenta çıkarma yöntemi açısından operasyon dağılımı	36
Şekil 6.3. Plasenta çıkarma yöntemi açısından ağrı şiddeti dağılımı.....	37
Şekil 6.4. Cinsel ilişki esnasında ağrı varlığı dağılımı.....	37
Şekil 6.5. Gebelik planlılık durum dağılımı.....	38

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 4.1. Bishop Puanlama Sistemi.....	11
Tablo 5.1. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü.....	26
Tablo 5.2. Grup Değişkeni Olan Plasenta Çıkarma Yöntemine Ait Sayı ve Yüzde Dağılımı	26
Tablo 6.1. Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması.....	33
Tablo 6.2. Plasenta Çıkarma Yöntemi İle Gebelere Ait Özelliklerin Karşılaştırılması	34
Tablo 6.3. Gebelerin Hemogram Değerlerinin Karşılaştırılması	35
Tablo 6.4. Plasenta Çıkarma Yöntemi Açısından Gebelere Ait Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması	36
Tablo 6.5. Plasenta Çıkarma Yöntemi Açısından Gebelere Ait Soruların Karşılaştırılması	39
Tablo 6.6. 1. Plasenta Çıkarma Yöntemi Açısından Gebelere Ait Soruların Karşılaştırılması	41
Tablo 6.7. Ağrı Şiddeti Açısından Belirtilen Değişkenlerin Karşılaştırılması.....	41
Tablo 6.8. Ağrı Şiddeti Açısından Postpartum Kanama Düzeyleri Karşılaştırılması	42

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	v
TABLolar LİSTESİ	vi
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	4
4.1. Doğum.....	5
4.2. Doğumun Evreleri.....	5
4.2.1. Doğumun 1. evresi	5
4.2.1.1. İlk muayene	6
4.2.1.2. Fetusun iyilik halinin değerlendirilmesi.....	6
4.2.1.3. Uterin eylem kontraksiyonları.....	6
4.2.1.4. Partograf kullanımı	8
4.2.1.5. Gebenin vital bulguları.....	8
4.2.1.6. Oral alım.....	8
4.2.1.7. İntravenöz sıvılar.....	9
4.2.1.8. Gebenin doğum sırasındaki pozisyonu	9
4.2.1.9. Doğum eylemindeki yardımcı kuvvetler.....	9
4.2.1.10. Servikste olan değişiklikler	10
4.2.1.11. Analjezi	12
4.2.1.12. Amniyotomi	12
4.2.1.13. Doğum indüksiyonu	12
4.2.1.14. Oksitosin	13
4.2.1.15. Oksitosin dozu.....	13
4.2.1.16. Doz artış aralığı	13

4.2.2. Doğum eyleminin ikinci evresi	13
4.2.2.1. Başlangıç belirtileri	14
4.2.2.2. Fetal iniş	14
4.2.2.3. İkınma	14
4.2.2.4. Fundal basınç	15
4.2.2.5. Epizyotomi	15
4.2.3. Doğumun üçüncü evresi: plasenta ve membranların doğumu	15
4.2.3.1. Doğumun üçüncü evresinin yönetimi	16
4.2.3.2. Doğumun üçüncü evresinin fizyolojik (müdahalesiz) yönetimi	16
4.2.3.3. Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi	17
4.2.3.4. Uterotonik	17
4.2.3.5. Kord klempleneş, klempleneş	18
4.2.3.6. Kontrollü kord traksiyonu (I)	18
4.2.3.7. Kontrollü kord traksiyonu (II)	19
4.2.3.8. Uterus masajı	20
4.2.4. Doğumun dördüncü evresi (kanama kontrol dönemi)	20
4.3. Doğum Korkusu	21
4.3.1. Doğum Korkusunun Tarihiçesi	21
4.4. Doğum Eyleminde Ağrı	22
4.5. Korku ve Ağrı Arasındaki İlişki	22
4.6. Doğum Ağrısını Azaltan Destekleyici Non-farmakolojik Yöntemler	23
4.6.1. Destekleyici bakım çeşitleri	23
5. MATERYAL VE METOT	25
5.1. Araştırmanın Tipi	25
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	25
5.3. Araştırmanın Evreni	26
5.4. Araştırmanın Örnekleş	26
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
5.5.1. Örnekleş seçim kriterleri	27
5.5.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri	28
5.6. Veri Toplama Araçları	28
5.6.1. Kişisel Bilgi Formu	28

5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi	29
5.8. Araştırmanın Etik Yönü	31
5.9. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler	31
6. BULGULAR	33
7. TARTIŞMA	44
8. SONUÇLAR	50
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER.....	65
11. ETİK KURUL ONAYI	69
12. ÖZGEÇMİŞ.....	72



1. ÖZET

PLASENTANIN AYRILMASINDA FUNDAL BASI İLE MATERNAL İKINMANIN AĞRI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmada plasentanın ayrılmasında kullanılan fundal bası ile maternal ıkinmanın ağrı üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın örneklemi, İstanbul ilinin Avrupa yakasında yer alan Eğitim ve Araştırma Hastanesinin doğum ünitesine başvurmuş, hiçbir risk faktörü ve sezaryen endikasyonu bulunmayan, rastgele seçilmiş olan 61 nullipar ve 61 multipar toplam 122 gebe ile tamamlanmıştır. Araştırma Temmuz 2017 Aralık 2017 tarihleri arasında 6 aylık süreci içeren yarı-deneysel bir çalışmadır. Plasenta çıkarma yöntemlerinden maternal ıkinma ve fundal bası sırasında oluşan ağrı düzeylerinin belirlenmesi ve karşılaştırılması yapılmıştır. Gebelerin, plasentayı çıkarma evresinde ağrı düzeylerini ölçmek için VAS (Visual Analog Skala) skalası uygulanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemi açısından gebelerin ağrı şiddetlerine bakıldığında; fundal bası olan gebelerin 2 tanesi 0 -3 şiddetinde ağrı ifade ederken, maternal ıkinmada bu sayı 22 olmuştur ($p<0.001$). Maternal ıkinma yönteminde 8 – 10 şiddetinde ağrısı olan sadece iki gebe varken, fundal basıda ise 12 gebe şiddetli ağrıdan yakınmıştır ($p<0.001$). 4 – 7 aralığında ise benzer sonuçlar alınmıştır. Gebelerin giriş ve çıkış hemogram değerleri yöntemler arasında istatistiksel anlamda farklılık göstermemiştir ($p=0,968$, $p=0,924$).

Anahtar Sözcükler: Maternal ıkinma, Fundal bası, Plasenta, Ağrı

2. ABSTRACT

THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF FUNDAL PRESSURE AND MATERNAL STRAIN ON THE PAIN DURING THE SEPERATION OF PLACENTA

In this study, it was aimed to investigate the effect of fundal pressure and maternal strain on the pain during the separation of placenta. The research was a cross-sectional study and the sample consisted of 122 nullipara and multipara pregnant who were selected randomly among the ones who applied to the unit of obstetric in Research and Training Hospital in the European part of İstanbul. The study is a semi-experimental study with a 6-month period between July 2017 and December 2017. The scale of VAS was implemented in order to measure the pain levels of the pregnant who were taken to the delivery during the stage of separating the placenta. When the pregnant's pain levels were considered with regard to placenta separation method, it was determined that 2 of the pregnant who preferred the fundal pressure method were exposed to pains at the degree of 0-3 and 44 of them were exposed to pains at the degree of 4-7. 22 of the pregnant who preferred the maternal strain method were exposed to pains at the degree of 0-3, 40 of them were exposed to pains at the degree of 4-7 and only 2 of them were exposed to pains at the degree of 8-10. Most of the pregnant were exposed to pain at the degree of 4-7 in the fundal pressure and maternal strain methods. On the basis of placenta separation methods, the pain levels differed in a statistically significant way ($p < 0.001$).

Key Words: Maternal Distress, Fundal Pressure, Placenta, Pain.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Bu araştırma, plasantanın ayrılmasında fundal bası ile maternal ıkınmanın ağrı üzerinde etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Doğum eylemi, düzenli gelip giden kasılmalar ve bu kasılmalara bağlı ağrının olduğu serviksin incelmesi ve genişlediği fizyolojik bir süreçtir. Kendi haline bırakıldığında müdahalesiz sonuçlanabilir (1). Doğum yaklaştıkça bu kasılmaların sıklığı azalır süresi uzar (2). Her kasılda gebe ıkınma gereksinimi hissedebilir. Etkili ıkınma ile bebeğin ve plasantanın doğumu gerçekleşir (2,3). Bu süreç multipar ve nulliparlarda süre ve ağrının şiddeti açısından değişkenlik gösterebilir (4). Hem bebeğin hem de plasantanın doğurtulmasında fundal bası ve maternal ıkınma yöntemlerinin kullanıldığı gözlenmektedir. Plasantanın doğurtulmasında doğumunun fizyolojik sürecine bırakmak yerine, bir el ile fundusu sabitleyip diğer el ile plasentayı tutarak kendi ağırlığına bırakıp kord traksiyonu ile işlem tamamlanmaktadır (5). Kord traksiyonunda amaç; doğum sonu kanamayı en aza indirmektir. Ancak bu yöntem annenin ağrı hissetmesine neden olmaktadır. Kadınlar doğum deneyimlerini anlatırken bebeğin doğumundan çok plasantanın çıkartılması sırasında ağrı hissettiklerini söylemektedirler (6). Bunun yerine maternal ıkınma için desteklenen gebelerin daha az ağrıdan yakındıkları araştırmacı tarafından gözlemlenmiştir.

Bu araştırma, plasantanın ayrılmasında fundal bası ile maternal ıkınmanın yol açtığı ağrı düzeylerini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Menstruasyon, gebelik, emzirme, menopoz gibi yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi, doğal bir süreç olmasıyla birlikte annenin sağlığını fiziksel ve emosyonel yönden etkileyen önemli bir olaydır. Doğum eylemi düzenli gelip, giden rahatsız edici-ağrılı uterus kasılmalarının serviksin incelmesine(efasman) ve genişlemesine (dilatasyon) yol açtığı fizyolojik bir süreçtir. WHO (1996), normal doğum eylemini 37-42 haftalar arasında, spontan olarak, fetüsün vertex pozisyonunda olduğu, anne ve fetüsün iyi izlenmesiyle iyilik hallerinin en üst seviyede olduğu bir durum olarak tanımlar (1).

Normal doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır. Birinci evre (dilatasyon evresi) servikal dilatasyon 10 cm olunca tamamlanır. İkinci evre (itilme evresi), servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve bebeğin doğumuyla tamamlanır. Üçüncü evre (plasental dönem) bebeğin doğmasıyla başlar ve plasentanın ayrılıp atılmasıyla sonlanır. Doğum eyleminin dördüncü evresi (kanama kontrol dönemi) ise plasentanın ayrılmasıyla başlar ve doğumdan sonraki ilk 4 saati kapsar. Bu evreye erken lohusalık dönemi de denir (7).

Her kadının doğum eylemine yönelik bazı beklentileri vardır. Bu beklentilerin en önemlisi doğum ağrısını daha az algılamaktır. Doğum eylemi ise, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir (8).

Primipar olan kadınların %60'ının, multipar olanların ise %40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir (9). Özellikle primiparlarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum, karşılaştıkları en şiddetli ağrılı deneyim olarak tanımlamaktadırlar. Dünyanın farklı bölgelerinde obstetrik ağrının azalmasına yönelik çok farklı yöntemler kullanılmaktadır (8).

4.1. Doğum

Genel olarak doğum denildiğinde ağırlığı 500 gramın üzerinde olan fetüslerin doğumu anlaşılmaktadır. T.C Sağlık Bakanlığına göre doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarına bağlı olarak serviksin dilatasyonu ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla dışarı atılması olarak tanımlanır (10). Fizyolojik bir süreç olan doğum, kadın ve ailesinin yaşamında özel ve mucizevi bir deneyimdir. Doğum kadının hayatında ki en önemli olaylardan biridir (11).

Günümüzde doğum gelişen teknolojiyle birlikte gereksiz müdahalelerin yapıldığı, kadının kendi bedeninde söz hakkı olmadığı ve kötü deneyimlenen bir süreç haline gelmiştir (12).

4.2. Doğumun Evreleri

Doğum eylemi, doğum ağrılarının başlamasından, çocuğun doğumu ve plasentanın ayrılmasının sonuna kadar olan süredir. Bu evre servikal açıklığın ≥ 5 olması yani aktif fazın başlaması ve kliniğe yatışı olması ile başlar (13).

Bebeğin dünyaya gelmesi için –doğum- için hem uterus hem de serviksin fonksiyonlarında iyi yönetilmiş çok sayıda değişiklik gereklidir (14).

4.2.1. Doğumun 1. evresi

Doğum eyleminin bu evresi yeterli sıklık, yoğunluk ve uzunluktaki aralıklı uterin kontraksiyonların servikal incelmeye veya efasman oluşturacak konuma gelmesiyle başlar. Serviksin tam açılıp -yaklaşık 10 cm- fetal başın geçişine izin verecek şekilde gelmesiyle son bulur. Doğum eyleminin ilk evresi, bu nedenle, servikal silinme ve açılma evresidir (15).

4.2.1.1. İlk muayene

Gebenin ilk muayenesindeki amaç; doğum öncesi kayıtlarını, intrapartumda ele alınması gereken tıbbi veya obstetrik koşullar açısından gözden geçirmek, son doğum öncesi ziyaretten bu yana yeni bozuklukların gelişip gelişmediğini kontrol etmek, daha sonraki ilerlemenin temel servikal durumu oluşturmak ve fetal durum değerlendirmektir

- **Fetal membranlar bozulmuş ya da rüptür olmuş mu:** Membranların rüptüre olması durumunda, mekonyum aspirasyon olasılığı nedeniyle; mekonyum olması durumunda gerekli kayıtlar yapılır ve yakın takibe alınır.
- **Servikal dilatasyon ve efasmanı:** Kontraksiyonları olan gebelerde servikal efasman ve dilatasyon açısından ilerleme derecesi kaydedilir. Servikal efasman tam ise dilatasyonun gerçekleştiği ve doğumun yaklaştığı anlamına gelir (16).
- **Fetal Duruş:** Fetal kemik doku ve iskiyatik omurganın tabakası arasında santimetre cinsinden uzaklığını belirtir. Duruş 0, iskiyatik spinanın seviyesini tanımlar. Alttaki omurgalar perinede 1 ile 5 cm arasındadır. Omurgaların üzerindeki duruş pelvik giriş seviyesine göre -1 ile 5 cm arasındadır (17).

4.2.1.2. Fetusun iyilik halinin değerlendirilmesi

Amerikan Pedyatri Akademisi ve Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği, fetal kalp atım hızının, herhangi bir anormallik yoksa doğumun birinci evresinde, kontraksiyondan en az 30 dakikada bir, ikinci evrede ise en az 15 dakikada bir kontrol edilmesini önermektedir. Sürekli elektronik monitörizasyon kullanılıyorsa, trase birinci evrede en az 30 dakikada bir, ikinci evrede ise en az 15 dakikada bir değerlendirilmelidir (18).

4.2.1.3. Uterin eylem kontraksiyonları

İmplantasyondan bile önce başlamış olan, belirgin derecede etkin bir miyometrial sessizlik dönemi söz konusudur. Bu evre, gebeliğin %95'ini oluşturur ve serviksin

yapısal bütünlüğünün korunduğu miyometrium düz kaslarındaki sessizlik ile karakterizedir. Miyometrium, kasılmaya olan doğal eğiliminden uzak tutulmaktadır ve uterin kas, doğal uyaranlara yanıtız durumdadır. Eş zamanlı olarak, gebeliğe uyum ve doğumun üçüncü evresindeki uterin kontraksiyonlara hazırlanmak için uterusun büyüklüğü ve damarlanmasında yaygın değişiklikler başlar. 1. evredeki miyometrial yanıtızlık, yaklaşık olarak gebeliğin sonuna kadar devam eder. Sessizlik döneminde düşük şiddetli bazı miyometrial kontraksiyonlar hissedilse de bunlar normalde servikal açılmaya neden olmaz. Bu tip kontraksiyonlar, gebeliğin sonuna doğru, özellikle multiparlarda daha sık gözlenir ve Braxton-Hicks kontraksiyonları veya yalancı doğum olarak değerlendirilir (19). Bazı gebelerde, doğumu sağlayan güçlü uterin kontraksiyonlar birden başlar. Diğerlerinde ise, doğum eyleminin başlangıcının habercisi vajinadan kanlı bir mukus tıkaçının gelmesidir. Gebelik süresince servikal kanalı dolduran mukusun atılımı “nişan (işaret)” veya “kanlı işaret” olarak adlandırılır. Mukus tıkaçında çok az kan olur ve mukus tıkaçının atılması, doğum eyleminin henüz başladığı veya birkaç saat veya gün içinde başlayacağını gösterir (20).

Uterin eylem kontraksiyonları; fizyolojik kas kontraksiyonları arasında benzersiz olan, doğum eylemi sırasında uterus düz kontraksiyonlarının ağırlı olmasıdır. Ağrıların nedeni tam olarak bilinmese de bazı olasılıklar öne sürülmektedir: (1) kasılan miyometriyumun hipoksisi; (2) kas liflerinin kilitlemesi nedeniyle serviks ve alt uterusda bulunan sinir ganglionlarına baskı; (3) serviksin açılma sırasında gerilmesi ve (4) fundus üzerindeki peritonun gerilmesi. Bunlardan, kasılan miyometriyum nedeniyle serviks ve uterus alt segmentte bulunan sinir ganglionlarına bası uygulamaktadır. Uterin kontraksiyonlar istemsizdir ve çoğu zaman, uterus dışı kontrolden bağımsızdır (21).

Kontraksiyonların arası, 1. Evrenin başlangıcında yaklaşık 10 dakikadan, 2. Evrede yaklaşık 1 dakika veya daha da kısalarak gittikçe azalır. Ancak fetusun sağlığı için, kontraksiyonların arası gevşeme dönemleri gereklidir. Azalmayan kontraksiyonlar arası gevşeme dönemi gereklidir. Azalmayan kontraksiyonlar, uteroplasental akımı tehlikeye atar ve fetal hipoksemiye neden olur. Doğum eyleminin aktif fazında, her kontraksiyonun süresi 30-90 sn arasında olup ortalama 1 dakikadır. Normal doğum

eylemi süresince, kontraksiyonların yoğunluğu belirgin değişkenlik göstermektedir. Özellikle spontan doğum süresince kontraksiyonların meydana getirdiği amniyotik basınç yaklaşık ortalama 40 mmHg'dir. Fakat 20-60 mmHg arasında da değişebilir (22).

4.2.1.4. Partograf kullanımı

Sağlıklı bir bebeğin doğması ve anne için güvenli bir doğumun sağlanması, doğumun en temel iki amacıdır. Doğru kullanıldığı takdirde aslında basit bir araç olan partograf; uzamış travayı, acil sezaryen durumlarını ve intrapartum ölü doğum oranlarını azalttığı gösterilmiştir. Partograf, kadın doğum merkezlerinde aktif olarak kullanılmalıdır (23).

Servikal genişleme ile doğumun ilerleyişini açık bir şekilde değerlendirmel için acil eylem gerektiren hiçbir komplikasyonu bulunmayan aktif doğumda olan kadınlarda kullanımı başlar. Aktif travaya girmiş yani servikal açıklık en az 4 cm olan gebelerde doğum eyleminin gerçekleşmesi için geçen süreçte herhangi bir komplikasyon varlığını saptamaya yardımcı olur (14).

4.2.1.5. Gebenin vital bulguları

Gebenin ateş, nabız ve kan basıncı en az 4 saatte bir değerlendirilir. Memebranlar doğumdan önce rüptüre olmuşsa ya da sınırda bir ateş yükselmesi varsa, ateş saatte bir kontrol edilmelidir.

4.2.1.6. Oral alım

Amerikan Anesteziyoloji Derneği Obstetrik Anestezi Grubu ile Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneğine göre, doğum eylemi sırasında berrak sıvılar için gözönüne alınan açlık süresi ve pulmoner aspirasyon riskiyle ilgili veriler yetersizdir. Su, açık çay, neskafe, karbonatlı içecekler ve püresiz meyve suları gibi berrak sıvılar doğum eylemi sırasında gebeyi komplike etmeyebilir; fakat belirgin katı gıdalardan kaçınılmalıdır (24).

O'Sullivan 2476 düşük riskli nullipar gebeleri tükettikleri; su ya da buz parçacıkları ya da küçük bir ekmek parçası, bisküvi, sebze, meyve, yoğurt, çorba ve meyve suyu gibi gıdalara göre randomize etmiştir. Gebelerin üçte biri doğum sırasında kusmasına rağmen hiç aspirasyon görülmemiştir. Bu çalışmada düşük aspirasyon riski oranı verilmiş olsa da doğum sırasında tokluğun güvenilir olduğunu göstermemektedir (25).

4.2.1.7. Intravenöz sıvılar

Birçok hastanede eylemin erken döneminde intravenöz infüzyon sıvılarının uygulamasını rutin hale gelmiş olmakla birlikte, gerçekte analjezi verilinceye kadar nadir olarak böyle bir gereksinim doğar. İntravenöz infüzyon, plasenta çıktıktan hemen sonra profilaktik olarak oksitosin uygulanacaksa ve uterus atonisi durumunda tedavi için kullanıldığında avantajlıdır. Ayrıca uzamış eylemlerde glukoz, sodyum ve sıvının aç kalmış olan gebeye 60 ila 120 ml/saat hızıyla verilmesi, dehidratasyon ve asidozu önler (26).

4.2.1.8. Gebenin doğum sırasındaki pozisyonu

Normal doğum eylemindeki gebenin, eylemin başlangıç aşamasında sürekli olarak yatakta kalmasına gerek yoktur. Rahat bir sandalye hem fizyolojik olarak hem de psikolojik olarak daha yararlı olabilir. Yatakta ise, hangi konumda rahat ediyorsa o pozisyonda kalmasına izin verilir – bu çoğu zaman yan yatış pozisyonudur. Gebe, aortakaval bası bası ve uterus perfüzyonu azaltma potansiyeli nedeniyle, sırtüstü yatmaya zorlanmamalıdır. Bloom ve arkadaşları düşük riskli 1000'den fazla gebede, eylem sırasında yürümenin, eyleme olan etkisini araştıran randomize bir çalışma yapmışlar ve eylem sırasında yürümenin, eylem süresini ne uzattığı ne de kısalttığını ve zararlı olmadığını bulmuşlardır (27).

4.2.1.9. Doğum eylemindeki yardımcı kuvvetler

Serviks tam açıldıktan sonra, fetusun atılmasındaki en önemli kuvvet, gebenin karın içi basıncıdır. Glottis kapalıyken kuvvetli respiratuar efor ile eş zamanlı olarak karın kaslarının kasılması “ıkmama” olarak bilinir. Oluşan kuvvetin yapısı, defakasyon sırasında olana benzerdir, fakat yoğunluğu çok daha şiddetlidir. Batın içi basıncın önemi, paraplejik (omurilik felci) kadınlarda ve yoğun epidural blokaj yapılmış kadınlarda eylem sırasında inişin uzaması ile gösterilmiştir. Doğum eyleminin ikinci kısmının tamamlanması için, artmış karın içi basınç gerekli olsa da, ilk evrede ıkmama yararsızdır. Bu anneyi yorar ve artın basınç ile beraber fetusa zararlı olabilir (28).

4.2.1.10. Servikte olan değişiklikler

Doğum eyleminin başlamasından birkaç hafta önce servikte yumuşama, silinme ve açılma görülür. Bu sürece servikal olgunlaşma denir. Serviks, gebeliğin sonuna kadar sert ve kapalı konumunu korur. Doğum eylemi başladığında ise, büyük çoğunluğu ekstraselüler matriksten oluşan bu yapı fetusun doğumuna izin verecek şekilde açılır (29).

Serviksin silinme sırasında fetus ilerlemeyebilir, ancak sıklıkla fetusun gelen kısmı, serviks açıldıkça bir miktar ilerler. Nulliparlarda 2. Evre boyunca, gelen kısım tipik olarak yavaş ve kararlı bir şekilde ilerler. Ancak multiparlarda, özellikle doğum sayısı fazla olanlarda iniş çok hızlı olabilir. Nulliparlarda saate/ 1-2 cm dilatasyon; multiparlarda ise saate 1.5 cm dilatasyon gerçekleşir (30).

Uygun olmayan serviks varlığında doğumun uyarılması sıklıkla zor ve uzun sürmekte ve uyarılmada başarısızlıklara yol açmaktadır. Uzamış uyarılma durumunda ise korioamnionitis, uterus hipertonsitesi ya da oksitosin kullanıldığında su intoksikasyonu gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Ayrıca, sezaryen oranları yükselmekte, girişimli doğum gebe ve bebek açısından olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Bu yüzden ideal doğumun uyarılması basit, güvenilir, etkili ve non invaziv olmalıdır. Ayrıca, uyarılma için kullanılacak olan farmakolojik ajanın kolay uygulanabilmesi, gebe ve bebekte yan etki oluşturmayan ve uyarıcı uterus

kasılmalarına gerek kalmayacak bir sürede, hedef organa etkin ve aynı zamanda ucuz olması gerekir (31).

Doğumun uyarılmasının başarı oranı servikal olgunlaşma derecesi ile doğrudan ilişkilidir. Serviksin yumuşaması, silinmesi ve açılması başarılı vaginal doğum için ön koşuldur. 1954 yılında Bishop ilk olarak başarılı doğum uyarılmasını tanımlamış, serviksin durumunu kesin kriterlerle ortaya koymuştur. Daha sonra serviks durumunu skorlama sistemi ile 5 parametre olarak tanımlamıştır. Bu sistem “Bishop Skorlaması” olarak günümüzde halen kullanılan ve daha sonra “serviks olgunlaşması” olarak modifiye edilen bir sistemdir (Tablo 4.1) (32).

Tablo 4.1. Bishop Puanlama Sistemi

Etken	Puanlama			
	0	1	2	3
Açılma (cm) (ostium eksternum)	0	1-2	3-4	>4
Silinme (%) servikal kısmın	0-30	40-50	60-70	>80
Bebek kafasının durumu (cm) iskiial spina ile ilişkisi	-3	-2	-1/0	+1/+2
Serviksin kıvamı	Sert	Orta	Yumuşak	-

Garret, 1960 yılında doğumun uyarılmasında en önemli faktorün serviksin durumu olduğunu göstermiştir. Daha sonra Bishop ≤ 3 olduğunda doğumun uyarılması sezaryen oranını arttırdığını ve doğumda bebekte asfiksiye neden olduğunu göstermiştir (33). Bishop skoru ≥ 9 olduğunda doğum uyarılma başarısı % 100'dür, 6-8 arasında ise başarı % 40-50 olmaktadır. 6 ve daha düşük skorlarda ise başarısızlık oranı oldukça artmaktadır. Servikal skorun 4 ve altındaki değerleri, uygun olmayan serviksi tanımlar (34).

Servikal açılma latent ve aktif faz olarak ikiye ayrılır. Aktif faz, akselerasyon (hızlanma), maksimum eğim ve deselerasyon (yavaşlama) evresi olarak alt bölümlere ayrılır (35). Latent fazın süresi oldukça değişkendir ve dışarıdan gelen faktörlere duyarlıdır. Örneğin, sedayon latent fazı uzatabilirken, miyometrial stimülasyon kısaltabilir. Latent fazın süresi, doğum eylemi üzerinde daha az etkiye sahipken, akselerasyon fazının özellikleri genellikle eylemin sonucunu öngörebilir. Aktif faz sırasında servikal açılmanın tamamlanması, gelen kısmı çevreleyen serviksin

retraksiyonuyla başarılıdır. Servikal açılma tamamlandığında, ilk evre biter. İkinci evre başladığında, yalnızca gelen kısmın progresif inişi, ilerleyişi daha fazla öngörecektir. Doğumun ilk evresi Nulliparlarda ortalama 10 saat iken; multiparlarda bu süre ortalama 8 saattir (36).

4.2.1.11. Analjezi

Doğum ağrısının giderilmesi için devamlı spinal analjezinin kullanılmasına artan bir bilgi vardır. Bu nöroaksiyel teknik ilk defa 60 sene önce kullanılmıştır (37). Sıklıkla ortaya çıkan postural ponksiyon başağrısı nedeniyle bundan vazgeçilmiştir.

4.2.1.12. Amniyotomi

Termdeki gebelerin 24 saat içinde travayı başlatmak için uygulanan başarılı bir yöntemdir. Amniyotomi le doğum arasındaki süre uzadığı taktirde amniyonitis ve fetal enfeksiyon tehlikesi vardır. Bu tehlikelerden dolayı amniyotomimi oksitosin indüksiyon ile eş zamanlı uygulanır. Ayrıca prezente olan kısmın pelvis girimini tam olarak kapatmadığı durumlarda kordon sarkması tehlikesi de vardır (38).

4.2.1.13. Doğum indüksiyonu

İndüksiyon, membran rüptürü olsun ya da olmasın, doğum eyleminin spontan olarak başlamasından önce kontraksiyonların uyarılmasını tanımlar. Servikal açıklık ve silinme olmadığında doğum indüksiyonu servikal olgunlaştırma ile başlar ve serviksi yumuşatmak ve açmak için prostaglandinler kullanılır (2).

Doğum indüksiyonunun başarısını birçok faktör artırabilir ya da azaltabilir. Olumlu faktörler multiparite, vücut kitle indeksinin (VKİ)<30, uygun serviks ve doğum ağırlığının <3500 gr olmasıdır (39). Doğum Konsorsiyomundaki araştırmacılar elektif indüksiyonun multiparların %97 ve nulliparların %76 sında vajinal doğumla sonuçlandığını, fakat indüksiyonun olgun bir servikte daha başarılı olduğunu bildirmişlerdir (3).

4.2.1.14. Oksitosin

Olguların çoğunda indüksiyon öncesi servikal olgunlaşma ve doğum indüksiyonu kolayca sürdürülür. Bu nedenle, “olgunlaşma” doğum eylemini de uyaracaktır. Oksitosin, sentetik olarak elde edilen ilk polipeptid hormondur ve 1955 yılında kimya dalında Nobel ödülü almıştır (40).

4.2.1.15. Oksitosin dozu

Tipik infüzyon solüsyonu 1000 ml laktatlı Ringer solüsyonuna koyulan 10 veya 20 ünite -1000 veya 2000 mU- oksitosinden oluşur. Bu karışımdaki oksitosin konsantrasyonu 10 veya 20 mU/ml'dir. Ani uygulamadan kaçınmak için, infüzyon intravenöz yoldan, venöz giriş noktasına yakın bir yerden verilmelidir (41).

4.2.1.16. Doz artış aralığı

Doğum eyleminde oksitosin kullanımının başlangıç dozu, artırma dozu ve maksimum dozu etkileriyle ilgili veriler yetersizdir. Oksitosin farmakolojisine dayanan uygun yaklaşım, 2 mU/dak başlangıç dozunun kullanılmasını, yeterli kontraksiyonlar oluşana kadar her 30-45 dakikada 2mU gidecek şekilde artırılmasını ya da maksimum 20-30mU gitmesini içermektedir (8). Başlangıç dozları, artırma aralıkları, miktarı ve maksimum hızları farklı olan birçok protokol kullanılmaktadır (41).

4.2.2. Doğum eyleminin ikinci evresi

Serviksin tam olarak dilate olması (10 cm) ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Vajina ve perinesi önceden gevşemiş, çok doğurmuş gebelerde, tam açık olduktan sonra itici, ıkınma kuvveti doğumu tamamlaması için yeterli olabilir. Tersine dar pelvisi, iri bir fetüsü olan veya ileti analjezisi veya sedasyondan dolayı ıkınamayan gebelerde ikinci evre anormal şekile uzayabilir (42).

4.2.2.1. Başlangıç belirtileri

İkintılı ağrıların başlaması, defakasyon yapma hissi, bebeğin geldiğini hissetme, perinenin bombeleşmesi, amniyon kesesinin yırtılması, dilatasyon kanamasının artması, bulantı kusma hissi ve huzursuzluktur. Fetüs, doğum kanalında ilerlerken rektuma yaptığı bası nedeniyle kadında istemsiz ıkınma dürtüsünün oluşmasına neden olur. Uterin kontraksiyonlar ve eşlik eden itici güç en az 1.5 dakika sürebilir ve 1 dakikayı geçmeyen aralıklarla tekrarlar. İkinci evrenin ortalama süresi nulliparlarda 50 dakika iken multiparlarda 20 dakikadır (43). Ancak bu süre oldukça değişken olabilir.

4.2.2.2. Fetal iniş

Çoğu nulliparlarda, fetal başın angajmanı doğum eylemi başlamadan önce gerçekleşir. Yani, baş eylemin ileri evrelerine kadar inmeyebilir. Normal doğum eyleminin iniş paterni, doğum eyleminin süresinin bir fonksiyonu olarak fetüs başının konumu işaretlendiğinde, hiperbolik bir eğri oluşturur. Konum, maternal iskial spinalar arasında çizilen bir çizgiye göre fetusun bipariteal çapının inişini tanımlar. Aktif iniş, genelde servikal açılma bir süre ilerledikten sonra gerçekleşir. Nulliparlarda iniş hızında artış, genelde servikal açılmanın maksimum eğim evrsinde görülür. Bu sırada, iniş hızı da en fazladır ve gelen kısım perine tabanına ulaşana kadar devam eder (44).

4.2.2.3. İkınma

Doğum eyleminin ikinci evresinde genellikle spontan (açık glotis-nefes vererek) ıkınma ya da valsalva tipi (kapalı glotis-nefes tutarak) ıkınma yöntemleri kullanılmaktadır (45). Ancak, kanıt temelli rehberlerde valsalva tipi ıkınmada, uzun süreli nefes tutulmasının fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği bildirilmiştir. Doğum eyleminde kadınların valsalva tipi ıkınması ikinci evrenin süresini kısaltırken, maternal oksijenasyonun azalması sonucu fetüsün asit-baz dengesinin bozulmasına neden olabilmektedir (46). Literatürde, valsalva tipi ıkınmayı öneren kanıtlar henüz

yoktur. Kadınlara kısa süreli spontan ıkınma ya da öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine kendi bedenlerini, içgüdülerini dinlemeleri önerilmektedir (47).

4.2.2.4. Fundal basınç

Spontan vajinal doğumu kolaylaştırmak ve ikinci evrenin uzamasını önlemek için fundus yüzeyini üzerinden doğum kanalına doğru elle ya da kemerle uygulanan basınçtır (48).

4.2.2.5. Epizyotomi

Normal doğumda genellikle, bebeğin başı doğarken vajinada ve çevre dokularda deşürilere neden olabilir. Bazen rektuma kadar uzanıp cerrahi müdahale gerektirecek duruma sebep olabilmektedir. Doktorlar bu şiddetli deşürilereden kaçınmak ve doğumu kolaylaştırmak için perineye makas ile kesiyi önermektedirler (49).

Epizyotomi olarak bilinen ve bulbokavernos kasına yapılan bu müdahale, bazı ülkelerde doğum sırasında rutin bakım politikası olarak kullanılır. Hem deşüri hem de epizyotomi dikişlere ihtiyaç duyar ve şiddetli ağrı, kanama enfeksiyon, seks ile ağrıya neden olabilir ve uzun süreli üriner inkontinansa katkıda bulunabilir (50).

Sonuç olarak, sınırlı epizyotominin rutin uygulamaya göre çeşitli yararları olmakla beraber; anterior perineal travma riskinde artışa neden olabilmektedir (51).

4.2.3. Doğumun üçüncü evresi: plasenta ve membranların doğumu

Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumundan hemen sonra başlar ve plasantanın ve fetal membranların atılmasıyla sona erer. Bunun öncesinde uterusun daralması ve geri çekilmesi ve uterus boyutunun azalmasıyla sağlanır. Bebek doğarken, uterus spontan olarak azalan içeriğinin üzerine kasılır. Normalde bebek tamamen doğduğunda, uterin kavite neredeyse tamamen kaybolmuştur. Uterus, ince alt bölümünün üzerinde birkaç

santimetre kalınlığında solid bir kas kitlesinden oluşur. Bu sırada fundus umblikus düzeyinin hemen altında bulunur (4).

Retroplasental hematoma, plasentayı izler ya da ters dönmüş kesenin içinde bulunur. Plasental atılmanın “Schultze mekanizması” olarak tanımlandığı bu süreçte, plasental bölgeden membran kesesinin içine doğru kan akımı oluşur ve plasentanın çıkarılana kadar bu kan dışarı çıkmaz. “Duncan mekanizması” olarak bilinen diğer plasenta ayrılma şeklinde, plasenta ilk önce periferden ayrılır. Bunun sonucunda kan, membranlar ve uterus duvarı arasında birikir ve vajinadan dışarı çıkar. Plasentanın doğumundan sonra kanamanın durdurulması ve uterusun postpartum dönemde gebelik öncesi boyutuna dönmesi için uterusun kontraksiyon ve retraksiyonu devam eder (6).

Plasentanın ayrılma belirtileri;

- Anne kontraksiyonların arttığını hissederek pozisyon değiştirmek ister, vajeninde bir ağırlık/baskı hissederek ve bunu dışarı itmek ister (ıkınma hissi)
- Simfiz üzerinden bastırıldığında umblikal kord içeri çekilmez Umblikal kordon boyunda uzama,
- Fundus daha yuvarlak ve göbek hizasına yükselmiş olarak gözlenir
- Ani vajinal kanama gözlenir
- Vajenden dışarıda kalan umblikal kordun uzar (52).

4.2.3.1. Doğumun üçüncü evresinin yönetimi

Doğumun üçüncü aşaması dünyada farklı bir şekilde yönetilmektedir. Yıllar boyunca “aktif yönetim” ve “fizyolojik, bekleme yönetimi” olarak iki yönetim şekli kullanılmaktadır (53).

4.2.3.2. Doğumun üçüncü evresinin fizyolojik (müdahalesiz) yönetimi

Doğumun üçüncü evresinin müdahalesiz yönetiminde aşağıdaki uygulamalar yapılır:

- Anne ve bebeğin sağlık durumu açısından vital bulguları kontrol edilir
- Bebeğin emzirilmesi sağlanır
- Umblikal kord atım hissedilmeyinceye kadar klemplenmez ve kesilmez. Dünya Sağlık Örgütü Umblikal kordun bebeğin doğumundan 1-3 dakika kadar sonra klemplenmesini önerilmektedir
- Kanama açısından kontroller yapılır
- Plasenta müdahalesiz ayrılır
- Plasenta kendiliğinden ve doğumu yapanın desteği (ıkmması) ile doğar (54).

4.2.3.3. Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi

Aktif yönetimin amacı pospartum kanamaya müdahale ederek kanama miktarını azaltmaktır (55).

Aktif yönetim, uterotonik bir ajanın profilaktik uygulamasını, erken kord klemplemesi-kesilmesi, kontrollü kord traksiyonunu ve uterus masajını içerir (56).

4.2.3.4. Uterotonik

- a) Bebeğin doğumundan sonra ve 1 dakika içerisinde uterotonik (oksitosin) uygulanması. Tercihen, 10 IU IM'dir.
- b) Bebeğin doğumundan sonra 1 dakika içerisinde oral yoldan 600 µg misoprostol verilmesi (57).



Şekil 4.3.1. Uterotonik

4.2.3.5. Kord klemplenmesi, klemplenmesi

Umblikal korda atım durduktan sonra veya bebeğin doğumundan yaklaşık 2-3 dakika sonra kordonun klemplenip kesilmesidir.



Şekil 4.3.2. Kord klemplenmesi, klemplenmesi

4.2.3.6. Kontrollü kord traksiyonu (I)

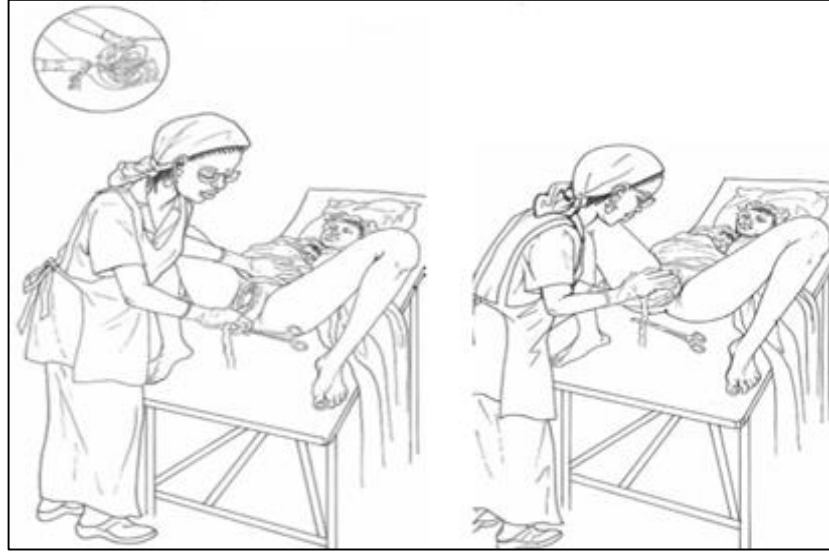
Kontrollü kord traksiyonunu, uterin kontraksiyonları değerlendirmek için bir el ile alt karın üzerine konur; diğer el ile kordonu tutarak kontrollü bir şekilde çekilir (58).



Şekil 4.3.3. Kontrollü kord traksiyonu (I)

4.2.3.7. Kontrollü kord traksiyonu (II)

Bir el ile fundus yukarıdan sabitlenir ve hafifçe desteklenir. Diğer el ile plasenta tutulur ve çıktıktan sonra kendi ağırlığına bırakılarak her iki elle desteklenerek yalnızca çevrilir. Sarsıntılı veya kuvvetli çekim yapmaktan kaçınılır. Plasenta vulvada görünene kadar uterustaki destek bırakılmamalıdır (53).



Şekil 4.3.4. Kontrollü kord traksiyonu (II)

4.2.3.8. Uterus masajı

Postpartum hemoraji, maternel mortalitenin en önemli nedenidir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu, kontraksiyonları artırmak için plasentanın doğumundan sonra rutin olarak uterus masajının yapılmasını önermektedir (59).

İki yüz kadını içeren randomize bir çalışmada, doğumdan 60 dakika süresince her 10 dakikada uterus masajının yapılmasının kan kaybını azalttığı sonucuna varmıştır. Ayrıca, 500 ml'den daha fazla kan kaybeden kadınların sayısının %50 azaldığını görmüştür (60).

4.2.4. Doğumun dördüncü evresi (kanama kontrol dönemi)

Primer veya erken PPK, doğum sonrası ilk 24 saat içinde gelişen kanama olarak tanımlanırken, doğum sonrası 24 saat ile 12 hafta arasında gerçekleşen kanama ise sekonder veya geç postpartum kanama olarak adlandırılır (61).

Plasentanın doğumu izleyen saat kritiktir ve ilk dört saati kapsar. Bazıları tarafından doğumun dördüncü evresi olarak isimlendirilmiştir. Uterotonikler uygulansa da, bu

evrede uterin atoniye bağlı postpartum kanama olasılığı fazladır. Hemotomlar büyüyebilir. İdrar retansiyonu, anestezi yan etkileri ve hipotansiyon gelişme riskinin yüksek olduğu dönemdir (62). Amerikan Pediyatri Akademisi ile Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği (2007), annenin kan basıncı ve nabzının doğumdan hemen sonra ve ilk iki saat süresince 15 dakikada bir bakılmasını önermektedir. Plasenta, membranlar ve umblikal kordun bütünlüğu ve anomali açısından kontrol edilmelidir. Ayrıca bebeğin doğumdan sonraki ilk saatler, anne-bebek ilişkisinin kurulması yönünden oldukça önemlidir (63).

4.3. Doğum Korkusu

Günümüzde doğum, doğal bir olaydan çok korkulan ve müdahale gerektiren bir durum olarak düşünölmektedir. Kadınlar çoğu zaman doğum deneyimlerini paylaşırken bahsederken uzun süre çektikleri ağrılarından, suni sancıdan, doğumda yapılan ilaçla müdahalelerden ve yorgunluklarından bahsetmektedirler (10,12).

4.3.1. Doğum Korkusunun Tarihçesi

MÖ 3000'li yıllarda doğum bilge kadınlar tarafından şefkatle yönlendirilirdi. Doğumda ağrı ve komplikasyon gelişmesi akla bile gelmezdi. Doğum yapan kadına sevgi, nezaket ve saygı ile yaklaşılırdı. Yıllar içinde erkek egemenliğinin artmasıyla kadın ve gebe olmak aşağılanmaya başlandı. Daha önce coşkuyla yaşanan bir olayken artık doğum, acı, korku ve yalnızlık getiren bir olay haline geldi. 1800'lü yıllarda ise doğumda anestezi kullanılmaya başlandı. Evde anestezi kullanımının tehlikeli olması nedeniyle doğumlar hastanelerde yapılmaya başlandı. Böylece babalar doğumun bir parçası olmaktan uzaklaştı ve kadınlar iyice yalnızlaştırılmış oldu. O yıllarda hastane koşullarının uygun olmaması ve personelin yetersiz bilgisi nedeniyle anneler enfeksiyondan ölmeye başladı. Bunun sonucunda doğum, ölüm ve beraberinde korku birlikte anılmaya başlandı (64).

4.4. Doğum Eyleminde Ağrı

Akut bir ağrı olan doğum ağrısı, bilinen şiddetli ağrı türlerinden biridir. Ancak bu ağrı doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi ve annenin bebeği için isteyerek bu ağrılara katlanması özellikleriyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (65).

Doğum kadınların hayatındaki en ağırlı deneyim olarak ele alınabilir. Doğum ağrısı fizyolojik, psikososyal, kültürel ve çevresel faktörlerin etkileşimini içeren sübjektif bir deneyimdir (66). Fizyolojik faktörler doğum kanalına ait dokulara olan baskı ve dokuların gerilmesi ile ilgilidir. Psikososyal faktörler ise doğum sürecindeki korku, anksiyete ve onlarla baş etme yeteneği ile ilgilidir. Ayrıca kültürel değerler ve öğrenilmiş davranışlar da ağrıyı algılamayı ve ağrıya verilen cevabı etkilemektedir (67).

Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde standart olarak vizüel analog skala (VAS) kullanılır. Preoperatif, postoperatif veya doğum öncesi ve sonrası gibi kısa ve belirli dönemlerdeki ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde bu yöntemler yüksek derecede efektif kabul edilmektedirler (68). Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem, hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar.

Sayısal ölçeklerde ağrı yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10) düzeyine kadar ulaşır. Sayısal ölçeklerin, ağrı şiddeti tanımını kolaylaştırmasında, puanlama ve kayıta kolaylık sağlamasında, tavan ve taban etki değerlendirmesinde yarar sağlamaktadır (69).

4.5. Korku ve Ağrı Arasındaki İlişki

Korkunun doğumdaki olumsuz etkilerini gösteren çok sayıda çalışma da bulunmaktadır. Saisto ve arkadaşları doğum korkusu yaşayan kadınların korku yaşamayanlara göre doğumda ağrıya toleranslarının azaldığı, daha çok ağrı deneyimlediklerini saptamışlardı (70).

Doğuma yönelik korkuların azalmasında gebelik ve doğuma ilişkin bilgi verilmesi ve doğum ağrısıyla baş etmede gevşeme tekniklerinin öğretilmesi bakımından doğum öncesi hazırlık sınıfları çok önemlidir (71).

4.6. Doğum Ağrısını Azaltan Destekleyici Non-farmakolojik Yöntemler

Doğumda kadının rahatlamasını ve gevşemesini sağlayarak korku ve stresin azalmasını sağlayan destekleyici bakım alması doğum sonuçlarını olumlu olarak etkilemektedir (72). Bu nedenle doğumda destekleyici bakımın çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca doğumda ebeğin desteğinin çok kapsamlı ve çok yönlü olduğu görülmektedir.

4.6.1. Destekleyici bakım çeşitleri

- **Fiziksel Destek:** Doğumun kolay ilerlemesini sağlamak ve doğum memnuniyetini arttırmaktadır. Fiziksel desteğin; kadının ılık bir duş yapmasını sağlamayı, müzik dinletmeyi, kadına farklı pozisyonlar vermeyi, soğuk ve sıcak uygulama yapmayı, dokunmayı (masaj, elinden tutma), odanın ısısının ve ışığının ayarlanmasını, hijyenin sağlanmasını, isteklerin karşılanmaya çalışılmasını, ortamın temizliğinin sağlanmasını, rahat etmesinin sağlanmasını içermektedir (73).
- **Duygusal Destek:** Doğum eylemindeki kadın için bakım verenin arkadaşça, açık, nazik, saygılı, cesaretlendirici, güler yüzlü, olumlu, sıcak bir iletişim kurabilmesini, kadına huzur ve güven verebilmesini, kendinden emin olmasını, kadının kendisini ve bebeğini güvende hissettirmesini, kadına kendini önemli ve değerli hissettirmesini içerir (74). Yine duygusal desteğin içinde yer alan dikkati odaklama veya düşüncelerin yönlendirilmesi teknikleri ile kontraksiyon sırasında kadınların dikkati dağıtılarak anksiyetelerinin azalmasına yardımcı olmaktadır (73,74).
- **Bilgilendirme ve Eğitim:** Ebeğin, yaptığı her uygulamayı kadına açıklaması, doğumda neler yapması gerektiğini öğretmesi, doğum anında nasıl ıkmaması gerektiği, solunum teknikleri ve doğum süreciyle ilgili ayrıntılı bilgi

sağlanmasının kadınların korkularını hafifleterek ağrılarının azalmasına yardımcı olacaktır (75).



5. MATERYAL VE METOT

5.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma; plasentanın doğurtulması sırasında uygulanan maternal ıkınma ve fundal bası yöntemleri sırasında oluşan ağrı düzeylerinin karşılaştırılması amacıyla yapılan yarı deneysel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

İstanbul ili Avrupa yakasında yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin doğum ünitesinde gerçekleştirilmiştir. Kurum yetkilileri ile görüşmeler yapılarak gerekli izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırmaya başlanmıştır. Araştırma yarı deneysel bir çalışmadır.

Doğum ünitesinde, toplamda iki doğum salonu ve 4 doğum yatağı bulunmaktadır. Doğum salonlarının her birinde bir adet bebekler için radyant mevcuttur. Doğduktan sonra tartı, ayak izi alınma işlemleri sırasında vücut ısını kaybetmemeleri için ısıtıcı altına konulmaktadır. İşlemleri bittikten sonra bebek odasına götürülmektedir.

Doğum esnasında gebeler trendelenbug pozisyonuna getirilip, hafiften başı kaldırılır. Yanlarda bulunan tutunma yerlerinden tutup güç almaları sağlandıktan sonra ıkındırılarak doğumları gerçekleştirilmektedir.

Araştırmacı tarafından, gebelerin sosyo-demografik özelliklerini içeren ve aynı zamanda plasentanın çıkarılma aşamasında ağrılarını değerlendirmek amacıyla VAS (Visual Analog Scale) skalasının da bulunduğu toplam 31 adet soru uygulanmıştır. Soruların uygulaması yaklaşık olarak 10 dakikada tamamlanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın yapıldığı hastanenin kayıtları incelendiğinde Temmuz 2016- Aralık 2016 tarihler arasından 870 normal doğumun olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın örnekleme bu sayı üzerinde hesaplanmış veriler Temmuz 2017- Aralık 2017 arasında toplanmıştır.

5.4. Araştırmanın Örnekleme

Evren üzerinden yapılan power analize göre 122 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5.1. Araştırmanın Örneklem Büyüklüğü

Grup sayısı: 2	Tekrar sayısı: 0
Etki genişliği (f): 0.60	Tip I hata oranı: 0.05
Tipi II hata oranı: 0.95	Çalışmanın Gücü: 0.95

Gereken en az denek (birey) sayısı **122 kişi**

Grup 1 denek sayısı (maternal ikinarak): **64**

Grup 2 denek sayısı (fundal basi): **58**

Toplam denek sayısı: **122 Kişi**

Araştırılacak konu için deneklere uygulanacak prosedürlerin farklılığını istatistiksel olarak ortaya koyabilmek, takip süresince yaşanacak bilgi kayıplarını karşılamak ve çalışmayı %95 güç ile gerçekleştirebilmek amacıyla denek sayısı **122 Kişi** olarak belirlenmiştir.

Tablo 5.2. Grup Değişkeni Olan Plasenta Çıkarma Yöntemine Ait Sayı ve Yüzde Dağılımı

Plasenta çıkarma Yöntemi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Fundal Bası	58	48.5
Maternal İkinma	64	51.5

Doğumun genel fizyolojisi göz önünde bulundurularak bu ağrının en aza nasıl indirgenebileceği düşünmek amaçlı, birkaç gebe gözlemlenmiştir. Bebeğin doğumunun gerçekleşmesinin ardından plasenta çıkacağı esnada istemsiz olarak ıkindıkları görülmüştür ve bana “ıkınayım mı?” sorusunu yöneltmelerinin ardından, onlara hiçbir müdahalede bulunmadan ıkındırarak plasentanın doğumunu gerçekleştirilmiştir. Plasental doğumun da gerçekleşmesinin ardından son defa plasenta parçalarının kalıp kalmadığına bakmak amaçlı kontroller yapılmış sonra bu evreyi de sonlandırılmıştır. Postpartum 6. saatte alınan hemogram değerini giriş hemogram değeriyle kıyaslanarak postpartum kanamanın normal olduğu gözlenmiştir.

Bunun üzerine doğumhaneye normal doğum için yatan; riskli, sezaryen endikasyonu olmayan, rastgele seçilen nullipare ve multipare gebelerden 10 tanesi üzerinde pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bebeğin doğumunun gerçekleşmesinin ardından, plasentanın ayrılma belirtilerinin gözlemledikten sonra annelere doğum yapar gibi ıkınmalarını söylenilmiştir. Hiçbirinde herhangi bir sorun ve problemle karşılaşılmamıştır. Fundus toplu, uterus kontrakte idi. Bu konuyla ilgili yapılmış bilimsel kaynaklı literatür olmadığı farkedilmiş böyle bir çalışmanın yapılması gerektiği sonucuna varılmıştır. Çalışmalara “Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi ve postpartum kanama” ile ilgili yapılan bilimsel araştırmalar kaynak alınarak başlanmıştır.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma yaptığımız hastanede protokol gereği doğumun ikinci evresinin bitmesinin hemen ardından indüksiyon kullanımı rutin olarak tüm kadınlara uygulanılmasından dolayı, plasentanın ayrılma süresi açısından bir kıyaslama yapılamamıştır. Araştırma sonuçları çalışmanın yapıldığı hastane ile sınırlıdır.

5.5.1. Örneklem seçim kriterleri

- Canlı doğum yapanlar,
- 37-42 gebelik haftaları arasında vajinal doğum yapanlar,

- 20-35 yaş arası gebeler
- Miad gebelikler

5.5.2. Araştırma dışı bırakılma kriterleri

- Sezaryenle doğum yapan kadınlarda plasenta retansiyonu çok görüldüğü için,
- Türkçe bilmeyen kadınlar ile iletişim sağlanamadığından dolayı maternal ıkınma yöntemi hakkında bilgi verilemediği için,
- Adölesan gebelikler (Postpartum kanama riski daha yüksek olduğu için) (53)
- Çoğul gebelikler (Sezaryen endikasyonu) (54).
- Erken doğum tehdidi riski olan gebeler (plasental problem olasılığı görülme riski yüksek) (55) olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır.

5.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler, konu ile ilgili literatürler dikkate alınarak araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Formda gebelerin sosyo-demografik ve doğumla alakalı sorular içeren sorular/maddeler kullanılmıştır. Ayrıca plasentanın çıkarılma yöntemini ve çıkarılma esnasında gebenin ağrısını ölçmek amaçlı VAS (Visual Analog Scale) skalası kullanılmıştır.

5.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacının konu ile ilgili literatürleri tarayıp deneyimlerinden yararlanarak hazırladığı; gebelerin sosyo demografik özellikleri; sürekli olarak kullandığı ilaç, kendisinde ve ailesinde kronik bir hastalığın varlığı, gebelikte ortaya çıkan hastalıkların varlığı, aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığı, doğum ile ilgili korkuları, kendisi için en uygun olan ıkınma pozisyonunun hangisi olduğu, aktif fazda indüksiyon kullanımı olup olmadığı, doğumdan sonra bebeğin kilosu, annenin giriş ve postpartum 6. Saatteki hemogram düzeyi, plasentanın çıkarılma yöntemi, plasenta çıkarırken maternal ağrıyla ölçmek için kullanılan VAS (Visual Analog Scale)skalasını da içeren toplamda 31 adet soru bulunmaktadır.

Ebeveyne yönelik hazırlanan bu form araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Sosyo demografik özellikleri içeren bölüm doğumdan önce gebeye sorulmuş olup ortalama 8-10 dakika kadar sürmüştür. Aktif fazdaki indüksiyon kullanımı ve bebek hakkındaki bilgiler gebenin kendi dosyasından doldurulmuştur. Postpartum kanama düzeyini ölçmek amaçlı bakılan hemogram seviyesi ise; gebenin doğum ünitesine kabul edildiği andaki alınan ve postpartum 6. Saatte alınan hemogram seviyelerine bakılarak kaydı yapılmıştır. Plasentayı çıkarma aşamasındaki maternal ağrıyı ölçmek için ise; doğum gerçekteştikten sonra plasentanın ayrılma belirtileri gözlemlendiği aşamada anneye VAS skalası hakkında bilgi verilmiştir. Ölçek gösterilmiş ve duyduğu ağrı şiddetini numaralandırarak araştırmacı tarafından gerekli kayıtlar yapılmıştır. Yapılan işlem ile ilgili her gebeden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Anketteki sorular, kontrol ve çalışma grubuna aynı sıra ile uygulanmıştır.

5.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada kullanılan gebelere ait yaş, boy, kilo, evlilik süresi, evlilik yaşı, bebeğin kilosu ve post-partum kanama düzeylerine ait tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, ortanca, çeyreklikler arası genişlik, minimum ve maksimum değerler) hesaplanmıştır.

Gebelere ait demografik özellikleri belirten eğitim düzeyi ve çalışma durumlarına ait sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. Ek olarak gebelerin sağlık durumlarını gösteren kan grubu, sürekli kullanılan ilaç, geçirilmiş operasyon, parite özelliği, plasenta çıkarma yöntemi ve ağrı şiddeti gibi kategorik değişkenlere ait sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi. Çalışmada kullanılan gereç olan ankete ait soruların cevaplarına da sayı (n) ve yüzde (%) değerleri verildi.

Çalışmaya katılan gebelere ait yaş, boy, kilo, bebeğin kilosu ve postpartum kanama düzeylerinin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediğine Shapiro – Wilks normallik testi ile incelendi.

Normal dağılıma uygunluk gösteren değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik test uygulanıp, tanımlayıcı istatistik olarak ortalama standart sapma verilirken, normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında non parametrik test uygulanıp, tanımlayıcı istatistik olarak ortanca ve çeyreklikler arası genişlik değerleri hesaplanır.

Gebelere ait yaş, boy, kilo, evlilik süresi ve postpartum kanama düzeyleri gibi değişkenlerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediğine Shapiro Wilks testi ile bakıldı, değişkenlerin de plasenta çıkarma yöntemi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine non parametrik test olan Mann Whitney U testi uygulandı, tanımlayıcı istatistik olarak ortanca, Çeyreklikler arası genişlik değerleri verildi, anlamlı farklılık gösteren değişkenlere verisine uygun grafikler çizildi.

Gebelerin plasenta çıkarma yöntemi açısından abortus, yaşayan, kürtaj ve gravida değerlerinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine non parametrik test olan Mann Whitney U testi uygulandı, tanımlayıcı istatistik olarak ortanca, çeyreklikler arası genişlik değerleri verildi.

Plasenta çıkarma yöntemi açısından; sürekli kullanılan ilaç varlığı, operasyon durumu, hipertansiyon, diyabet, KOAH, kolestaz, gestasyonel diyabet, gebelikte hipertansiyon, ilişki esnasında ağrı durumu, gebelik durumu, şiddete maruziyet, en iyi ıkınma pozisyonu, indüksiyon kullanımını, parite ve ağrı şiddetinin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine ki-kare karşılaştırma testi ile bakıldı, anlamlı farklılık gösteren değişkenlere verisine uygun grafikler çizildi.

Ağrı şiddeti yönünden; yaş, boy, kilo ve bebeğin kilosu gibi değişkenlerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine Kruskal Wallis Non Parametrik testi ile bakıldı.

Çalışmada yer alan gebelerin ağrı şiddeti yönünden pospartum kanama düzeylerini gösteren parametrelerin (giriş hemogram değeri ve Pospartum 6. Saat hemogram

değeri) istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine one way anova ve Kruskal Wallis non parametrik testi ile bakıldı.

Ağrı şiddeti açısından “Cinsel İlişki Esnasında Ağrı duyuyor musunuz?”, Doğum İle İlgili Korkularınız var mı? gibi sorulara verilen cevapların istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğine, ağrı şiddetine olan etkisine ki-kare karşılaştırma testi ile bakıldı.

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanıldı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve hastane için; İstanbul Özel Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulundan 10840098-604.01.01-E.21425 numaralı etik kurul onayı alınmıştır (Karar no: 256).

Ayrıca yapılan araştırma için, araştırma öncesi gebelerden sözlü ve yazılı olarak onamları alınmıştır.

5.9. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Güçlükler

- Araştırma kriterlerine uyan gebelerin çalışmaya girmeyi kabul etmemeleri
- Hastanenin yoğun olduğu saatlerde, araştırma kriterlerine uygun olmasına rağmen anket uygulanan gebelerin doğumunu araştırmacı tarafından takip edilememesi gibi zorluklarla karşılaşmıştır.
- Araştırmanın yapıldığı hastanede normal doğum için gelen gebelerin çoğunluğunun Suriyelilerin oluşturması, veri toplama sürecini uzatmıştır.



6. BULGULAR

Tablo 6.1. Sosyo- Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Plasenta çıkarma yöntemi		Test İstatistiği	
	Maternal İkinma n (%)	Fundal Bası n (%)	χ^2	p
Eğitim Durumu				
Okuma yazma bilmiyor	8 (42,1)	10 (57,9)	12,578	0,014
İlkokul mezunu	20 (40,8)	22 (57,2)		
Ortaokul mezunu	19 (41,9)	22 (58,1)		
Lise mezunu	11 (76,9)	4 (23,1)		
Üniversite mezunu	6 (100,00)	0 (0)		
	64	58		

p<0.05 ki-kare karşılaştırma testi uygulandı

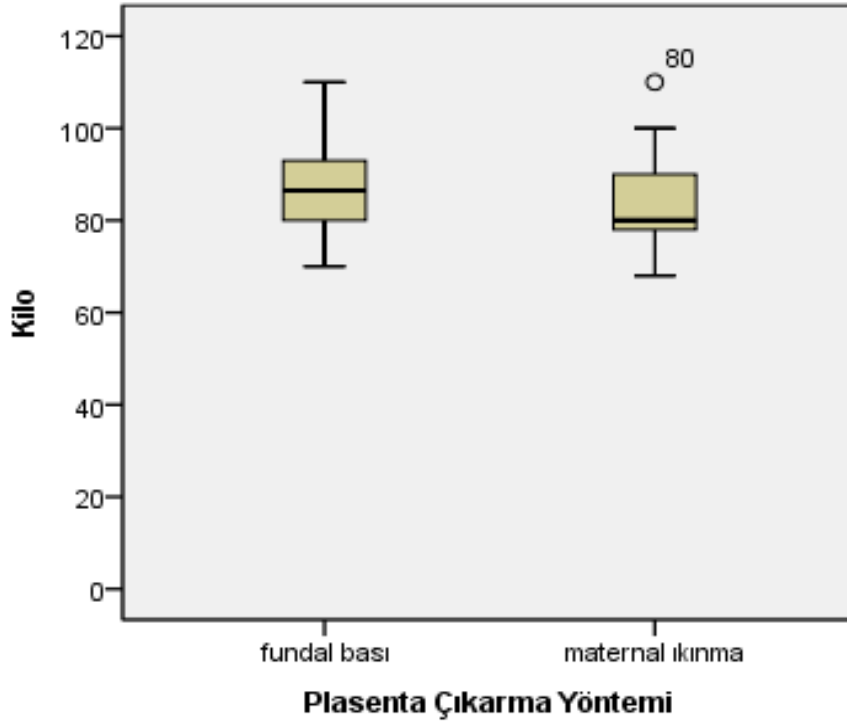
Gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında; %13,7'si (n=18) okuma yazma bilmiyor, %38'i (n=42) ilkokul mezunu, %32,6'sı (n=41) ortaokul mezunu, %10,1'i (n=15) lise mezunu ve %4,7'si (n=6) üniversite mezunu olduğu hesaplanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemleri açısından bakıldığında ise; okuma yazma bilmeyen, ilkokul mezunu ve ortaokul mezunu gebelerin çoğunluğunun fundal bası geçirdiği, lise ve üniversite mezunu olan gebelerin çoğunluğunun ise maternal ıkinma olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1). Gebelerin eğitim durumları ile plasenta çıkarma yöntemleri arasında anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05).

Tablo 6.2. Plasenta Çıkarma Yöntemi İle Gebelere Ait Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Plasenta çıkarma yöntemi		Test İstatistiği	
	Fundal Bası Ort ± SS Ortanca (ÇAG)	Maternal İkinma Ort ± SS Ortanca (ÇAG)	Z	p
Yaş	27.48 ± 5.19 27.00 (8)	27.05 ± 5.46 25.50 (11)	0.392	*0.581
Boy (cm)	164.43 ± 6.44 165.00 (8)	163.53 ± 6.49 163.00 (10)	0.920	*0.428

Kilo	86.91 ± 8.67	83.66 ± 9.06		
(kg)	86.50 (14)	80.00 (12)	2.328	*0.029
Bebeğin kilosu	3316.68 ± 484.28	3381.15 ± 404.180	0.692	0.489
	3220.00 (705)	3380.00 (475)		

*Mann Whitney U non parametrik test uygulandı. ÇAG=Çeyreklikler arası genişlik; p<0.05



Şekil 6.1. Plasenta çıkarma yöntemi açısından kilo karşılaştırması

Plasenta çıkarma yöntemlerinden “fundal bası” geçirenlerin yaş ortalaması 27.48±5.19, ortancası 27.00 (ÇAG=8) “maternal ıkınma” yöntemi ile operasyon geçiren gebelerin ise yaş ortalaması 27.05±5.46, ortancası 25.50 (ÇAG=11) olarak saptanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0.581) (Tablo 6.2).

Gebelerin boy ortalamalarına genel olarak bakıldığında; 164.43±6,44 cm, minimum boy uzunluğu 150 cm, maksimum boy uzunluğu ise 182 cm’dir. Gebelerin kilo ortalaması 85.43±9.23kg olup, en zayıf gebe 68 kg, maksimum kiloya sahip gebe ise 110 kg olarak saptanmıştır. Fundal bası olan gebelerin boy ortancası 165.00 (ÇAG=8), maternal ıkınma yöntemi geçirenlerin ise 163.00 (ÇAG=10) olarak hesaplanmış olup,

iki yöntem arasında boy değerleri istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir (p=0.428) (Tablo 6.2).

Çalışmada yer alan gebelerden fundal bası yöntemi geçirenleri kilo ortancası 86.50 (ÇAG=14) olup, maternal ıkınma yöntemi geçiren gebelerin kilo ortancası ise 80.00 (ÇAG=12) olarak saptanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemi açısından gebelerin kilo değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (p=0.020). Fundal bası olan gebelerin maternal ıkınma olan bireylerin kilo değerleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 6.2).

Tablo 6.3. Gebelerin Hemogram Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	Plasenta çıkarma yöntemi		Test İstatistiği	
	Fundal Bası Ortanca (ÇAG)	Maternal İkınma Ortanca (ÇAG)	χ^2 , Z	p
Postpartum Kanama Düzeyi;				
Giriş Hemogram değeri	118 (20)	121 (21)	0,040	0,968
Postpartum 6. Saat hemogram değeri	111 (19)	111,50 (23)	0,096	0,924

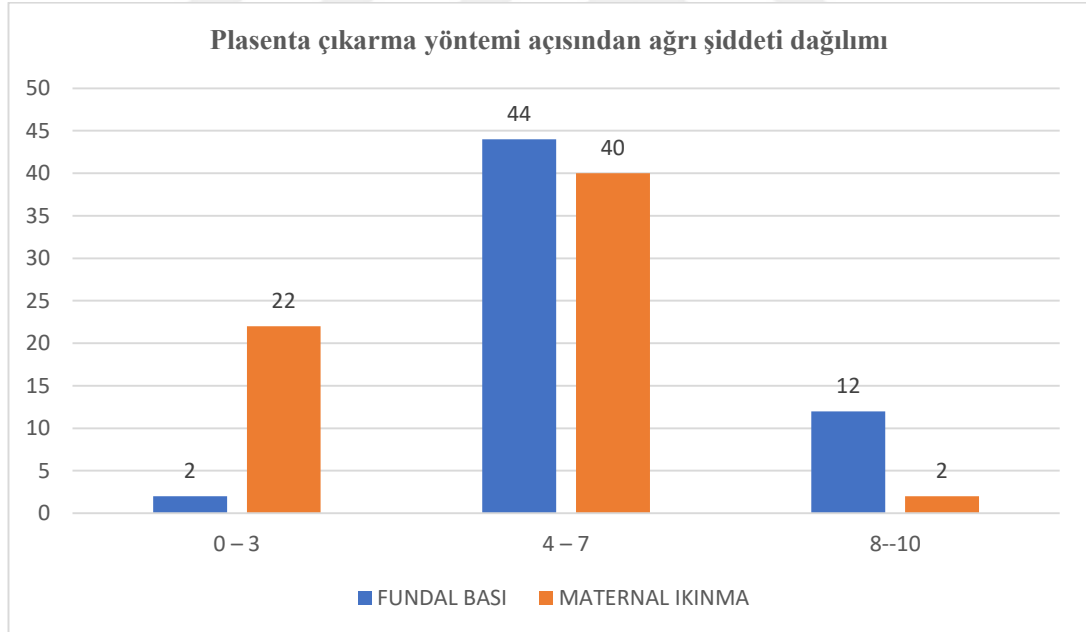
-HD: Hemogram değeri **ÇAG=Çeyreklikler arası genişlik *Ki kare karşılaştırma testi ve Mann Whitney U non parametrik test uygulandı; p<0.05

Çalışmada yer alan ve fundal bası yöntemi geçiren gebelerin postpartum giriş hemogram değeri ortalama 118mg/dl (ÇAG=20), maternal ıkınma yöntemi geçiren gebelerin ise 121mg/dl (ÇAG=21) olarak hesaplanmış olup, plasenta çıkarma yöntemi olarak kıyaslanırsa postpartum giriş hemogram ve postpartum 6. Saat hemogram değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (sırasıyla; p=0,968, p=0,924) (Tablo 6.3).

Tablo 6.4. Gebelere Ait Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Plasenta çıkarma yöntemi		Test İstatistiği	
	Fundal Bası n (%)	Maternal İkinma n (%)	χ^2 ; *Z	p
Parite Özelliği				
Primipar	30 (51.7)	31 (48.4)	0.131	0.428
Multipar	29 (48.3)	32 (51.6)		
Ağrı Şiddeti				
0 – 3	2 (3.4)	22 (34.4)	23.530	<0.001
4 – 7	44 (75.9)	40 (62.5)		
8 – 10	12 (20.7)	2 (3.1)		
Gravida	2.00 (2)	2.00 (2)	0.105	0.916
Abortus	0 (0)	0 (1)	0.776	0.438
Kürtaj	-	0 (0)	0.955	0.340
Yaşayan	1 (2)	1 (2)	0.323	0.747

- Mann – Whitney U non parametrik test ve Ki kare karşılaştırma testi uygulandı. $p < 0.05$

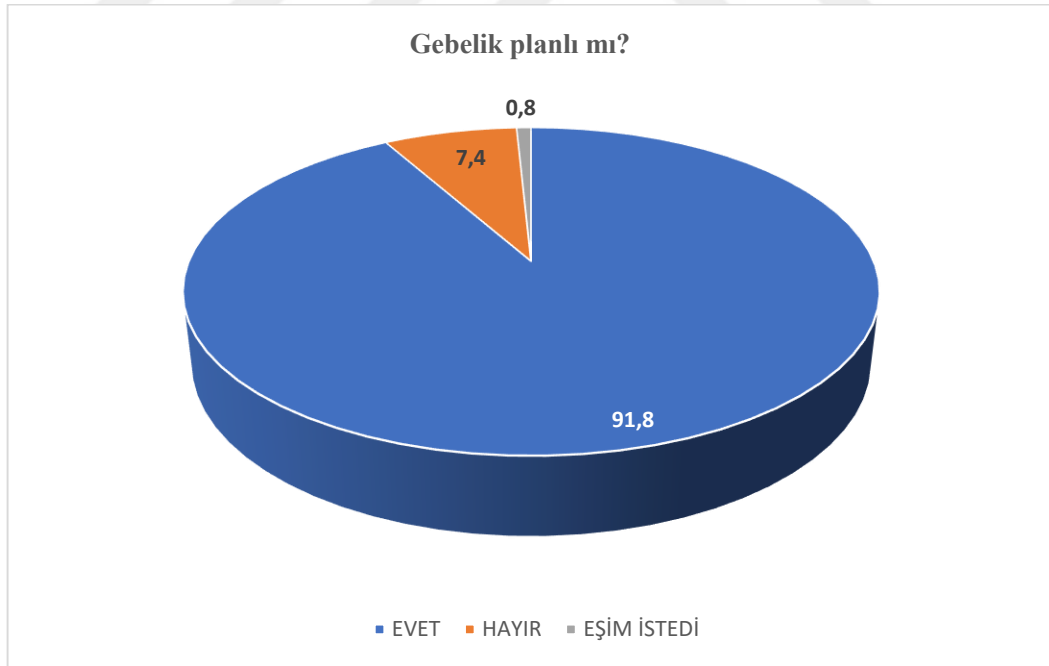


Şekil 6.2. Plasenta çıkarma yöntemi açısından ağrı düzeyi dağılımı

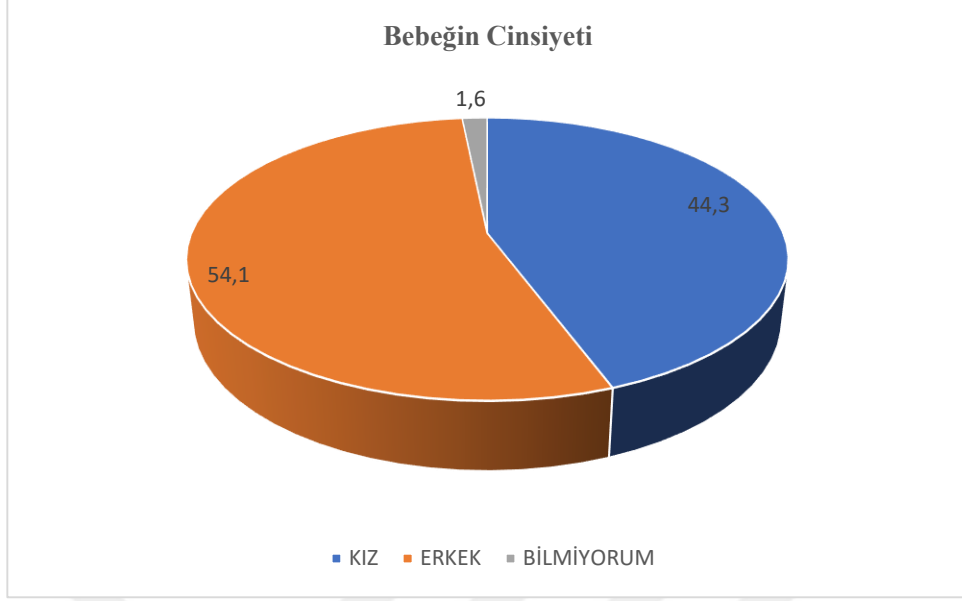
Gebelerin çoğunluğunun (n=84) ağrı skalası 4-7 kategorisinde olup, en azı (n=14) 8-10 kategorisindedir. Gebelerin parite özelliklerine bakıldığında; 61'inin primipar, 61'sinin multipar, olduğu saptanmıştır (Tablo 6.4).

Plasenta çıkarma yöntemi yönünden gebelerin ağrı şiddetlerine bakıldığında; fundal bası olan gebelerin 2 tanesi 0 -3 derecede, 44 tanesi 4 – 7 seviyesinde ve 12 tanesi 8 – 10 seviyesinde ağrı şiddetini hissetmişlerdir. Maternal ıkınma olan gebelerin ise 22 tanesi 0 – 3 şiddetinde, 40 tanesi 4 – 7 şiddetinde, yalnızca 2 tanesi 8 – 10 şiddetinde ağrı duymuşlardır. Fundal bası ve maternal ıkınma yöntemlerinde gebelerin çoğunluğu 4 – 7 şiddetinde ağrı hissetmişlerdir. Plasenta çıkarma yöntemleri arasında ağrı seviyeleri istatistiksel olarak da anlamlı farklılık teşkil etmiştir ($p<0,001$) (Tablo 6.4).

Şekil 6.3. Cinsel ilişki esnasında ağrı varlığı dağılımı



Şekil 6.4. Gebelik planlılık durum dağılımı



Şekil 6.5. Bebeğin cinsiyet dağılımı

Tablo 6.5. Plasenta Çıkarma Yöntemi Açısından Gebelere Ait Soruların Karşılaştırılması

Sorular	Plasenta çıkarma yöntemi		Test İstatistiği	
	Fundal Bası n (%)	Maternal İkinma n (%)	χ^2	p
Cinsel İlişki Esnasında Ağrı duyuyor musunuz?				
Evet	0 (0.0)	3 (4.7)	2.800	-
Hayır	58 (100.0)	61 (95.3)		
Sizin İçin Planlanan Bir Gebelik mi oldu?				
Planlı	53 (91.4)	59 (92.2)	1.137	-
Plansız	5 (8.6)	4 (6.2)		
Eşim isteği	0 (0.0)	1 (1.6)		
Dışarıda doğumunuzu destekleyen yakınınız kim var?				
Eşim	37 (70.6)	58 (83.1)	2.509	0.643
Annem	5 (8.6)	5 (7.8)		
Kayınvalidem	7 (12.1)	9 (14.1)		
Kaynım	1 (1.7)	0 (0.0)		
Doğum İle İlgili Korkularınız var mı?				
Evet	21 (36.2)	27 (42.2)	1.428	0.282
Hayır	37 (63.8)	37 (57.8)		
Evet cevabı veren bireylerin endişeleri				
Doğum yaparken ıkinamamaktan (bebeği itememekten) korkuyorum	4 (19.0)	8 (29.6)	1.059	0.787
Doğuramamaktan korkuyorum	6 (28.6)	5 (18.5)		
Doğumun uzun sürmesinden korkuyorum	5 (23.8)	5 (18.5)		
Doğum sırasında canımın yanmasından korkuyorum	6 (28.6)	9 (33.3)		

$p < 0.05$; -Ki Kare Karşılaştırma testi yapıldı.

Çalışmada 122 gebeye “Cinsel İlişki Esnasında Ağrı duyuyor musunuz?” sorusu sorulduğunda 119’sı hayır cevabını, yalnızca 3’ünün evet cevabı verdiği saptanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemi ile cinsel ilişki esnasında ağrı duyan ve duymayan gebeler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. (Tablo 6.5).

Gebelerin 95 tanesinin eşleri doğumunu bekler iken, 10 tanesinin annesi, geriye kalan gebelerin ise kayınvalide ve kayınları refakat etmiştir. Gebe yakınlarının desteği ile plasenta çıkarma yöntemi aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p=0,643$).

Gebelerin %39,2’sinin ($n=48$) doğum ile ilgili korkuya sahipken, %60,8 ($n=74$) doğum ile ilgili herhangi bir korkuya sahip olmadığı saptanmıştır. Doğumla ilgili korkuya sahip olan 48 gebenin korkularının sebeplerini sorguladığımızda; 12 tanesi “Doğum yaparken ıkınamamaktan (bebeği itememekten) korkuyorum” cevabı verdiği, 11 tanesinin “Doğuramamaktan korkuyorum” cevabını verdiği, 10 tanesi “Doğumun uzun sürmesinden korkuyorum” cevabını verdiği, 15 tanesinin ise “Doğum sırasında canımın yanmasından korkuyorum” cevabını verdiği saptanmıştır (Tablo 6.5).

Doğum ile ilgili korkuları olan gebelerin çoğunluğu maternal ıkınma yöntemi geçirirken, korkusu olmayan gebelerin çoğunluğu ise fundal bası geçirmiştir. Gebelerin plasenta çıkarma yöntemleri arasında doğum korkuları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlılık söz konusu değildir ($p=0.282$) (Tablo 6.5).

Tablo 6.6. 1. Plasenta Çıkarma Yöntemi Açısından Gebelere Ait Soruların Karşılaştırılması

Sizin için en iyi ıkınma pozisyonu hangisidir?				
Yatakta	39 (67.2)	44 (68.8)		
Çömelerek	17 (29.3)	18 (28.1)	0.123	0.940
Ayakta	2 (3.4)	2 (3.1)		
Aktif Fazda İndüksiyon Kullanımı				
Kullanıldı	37 (63.8)	44 (68.8)		
Kullanılmadı	21 (36.2)	20 (31.2)	0.040	0.494

$p < 0.05$; -Ki Kare Karşılaştırma testi yapıldı.

Gebelerin 83 tanesi için yatakta ıkınmak en iyi pozisyon iken, 35 tanesi çömelerek, 4 tanesi ise ayakta ıkınmak en iyi ıkınma pozisyonudur. Fundal bası yöntemi ile de maternal ıkınma yöntemi ile de gebelerin çoğunluğu yatakta pozisyonunun en iyi ıkınma pozisyonu olduğunu söylemişlerdir. ıkınma pozisyonu ile plasenta çıkarma yöntemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Gebelerin 81 tanesinde (%66,3) aktif fazda indüksiyon kullanılırken, 41 tanesinde (33,7) kullanılmamıştır. Plasenta çıkarma yönteminde indüksiyon kullanımı ile istatistiksel olarak anlamlılık göstermemektedir (sırasıyla; $p=0,494$, $p=0,940$) (Tablo 6.6).

Tablo 6.7. Ağrı Şiddeti Açısından Belirtilen Değişkenlerin Karşılaştırılması

Değişkenler	Ağrı Şiddeti			Test İstatistiği	
	0- 3 Ortanca (ÇAG)	4 – 7 Ortanca (ÇAG)	8 – 10 Ortanca (ÇAG)	χ^2	p
Yaş	27.00 (10)	26.00 (8)	25.50 (9)	2.298	0.317
Boy (cm)	165.00 (9)	163.00 (10)	165.50 (9)	1.622	0.444
Kilo (kg)	83.00 (16)	84.00 (14)	87.50 (10)	1.827	0.401
Evlilik Süresi (yıl)	4.50 (12)	4.00 (6)	2.00 (4)	3.743	0.154
Evlilik yaşı	21.00 (6)	20.00 (4)	21.50 (5)	0.985	0.611
Bebeğin kilosu	3397.50 (388)	3295.00 (609)	3330.00 (966)	1.257	0.533

*kruskal Wallis non parametrik test

Çalışmada yer alan gebelerin ağrı şiddeti açısından yaş, boy, kilo ve bebeğin kilosu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 6.7).

Tablo 6.8. Ağrı Şiddeti Açısından Pospartum Kanama Düzeyleri Karşılaştırılması

Değişkenler	Ağrı Şiddeti			Test İstatistiği	
	0 – 3	4 – 7	8 – 10	*F; χ^2	p
Pospartum Kanama Düzeyi;	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS		
	Ortanca (ÇAG)	Ortanca (ÇAG)	Ortanca (ÇAG)		
+ Giriş hemoglobin değeri	117.54 ± 10.06	118.76 ± 15.56	119.93 ± 18,21	*0,098	0,907
Pospartum 6. Saat hemoglobin değeri	109.00 (12)	112.00 (24)	111,00 (25)	0,129	0,938

*One way ANOVA; Kruskal Wallis non parametrik test

Çalışmada yer alan gebelerin ağrı şiddeti ile pospartum kanama düzeylerini gösteren parametreler (giriş hemoglobin değeri ve Pospartum 6. Saat hemoglobin değeri) istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,907, p=0,938) (Tablo 6.8).

Tablo 6.9. Ağrı Şiddeti Açısından Belirtilen Değişkenlerin Karşılaştırması

Dışarıda doğumunuzu destekleyen yakınınız kim var?					
Eşim	20 (83,3)	63 (75,0)	12 (85,7)	15,735	0,046
Annem	1 (3,7)	9 (10,7)	0 (0,0)		
Kayınvalidem	3 (11,1)	12 (14,3)	1 (7,1)		
Kaynım	1 (3,7)	0 (0,0)	1 (7,1)		
Hiç Aile İçi Şiddete maruz kaldınız mı?					
Evet	0 (0,0)	4 (4,5)	1 (7,1)	1,593	0,451
Hayır	24 (100,0)	80 (95,2)	13 (92,9)		
Doğum İle İlgili Korkularınız var mı?					
Evet	9 (33,3)	35 (39,3)	7 (50,0)	1,075	0,584
Hayır	18 (66,7)	54 (60,7)	7 (50,0)		
Evet cevabı veren gebelerin endişeleri					
Doğum yaparken ıkınamamaktan (bebeği itememekten) korkuyorum	4 (50,0)	7 (20,0)	1 (14,3)	12,121	0,059
Doğuramamaktan korkuyorum	1 (11,1)	8 (24,2)	2 (28,6)		
Doğumun uzun sürmesinden korkuyorum	3 (33,3)	4 (12,1)	3 (42,9)		
Doğum sırasında canımın yanmasından korkuyorum	0 (0,0)	14 (40,0)	1 (14,3)		

*Ki kare karşılaştırma testi

Ağrı şiddeti yönünden “Dışarıda doğumunuzu destekleyen yakınınız kim var?” sorusuna verilen cevaplar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup, “eşim” cevabını veren kişilerin ağrı şiddetinin çoğunlukta 4 -7 olarak saptandığı görülmüştür (p=0,046) Tablo 11’de bulunan diğer sorulara verilen cevapların ağrı düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir (p>0.05)

7. TARTIŞMA

Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan bir duyuşsal, öznel semptom ve duyuşsal deneyimdir. Doğum ağrısı ise doğal bir sürecin parçası olması, sınırlı bir süre içerisinde gerçekleşmesi ve annenin bebeği için isteyerek bu ağrılara katlanması özellikleriyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (65,76).

Doğumda kadının rahatlamasını ve gevşemesini sağlayarak korku ve stresin azalmasını sağlayan destekleyici bakım alması daha az ağrı hissetmesine yardımcı olacaktır (72).

Çalışmamız, 61 multipar ve 61 primipar olmak üzere toplamda 122 gebe üzerinde yapılmıştır. Çalışma alanımızdaki doğum ünitesinde yatan gebelerin çoğunluğu; gebeliğe dair çok fazla bilgisi olmayan, antepartum süreçte de bu konuyla ilgili eğitim almaktan kaçınan gruplar oluşturmaktadır. Doğum ünitesinin fiziksel koşullarının elverişli olmamasından, yoğun hasta sirkülasyonundan dolayı intrapartum süreçte sağlık çalışanları tarafından bilgi verilme, gebeyi destekleme açısından problem yaşanmaktadır. Dolayısıyla gebeler her türlü eksik bilgiye sahip olmasından ve eksik destek verilmesinden dolayı anksiyete yaşamaktadırlar. Gebelerin çoğunluğu eşit şartlara sahip olmalarından dolayı; antepartum eğitim alan-almayan ya da intrapartum destek almış-almamış gebe ayırımı yapılamayıp kıyaslaması yapılamamıştır.

Mete ve arkadaşlarının (2016), toplamda 200 multipar ve primipar gebenin üzerinde yaptığı bir çalışma ile anksiyete ile doğum ağrısı arasında ilişki olmadığını saptamışlardır. Bu durum kadınların ağrılarının yüksek olsa da anksiyetelerini arttırmadığı sonucuna ulaşılmasına sebep olmuştur. Kadınların ağrı puanlarının yüksek olması, ağrı ile baş etme konusunda herhangi bir eğitim almamış olmaları ve doğumda destekleyici bakım ile ilgili özel bir yaklaşımın olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca kadınların doğum sonu dönemde olumlu duygular yaşamaları da bu durumu etkilemiş olabilir. Bu durumda anksiyete ve doğum ağrısı arasında ilişki çıkmamasına neden olmuş olabileceği sonucuna varmışlardır (77).

Doğum anında yanında olmasada eşinin dışarıda kendisinin beklediğini bilmesi, gebenin korku ve anksiyetesini azaltmaya yardımcı olmuştur. Yağtığımız çalışmada destekçisi eşi olan gebeler daha sakin ve anlatınları anlama konusunda daha başarılı çıkmışlardır. Bunun doğrultusunda maternal ıkınma yöntemini anlayıp, o yöntemi tercih etmişlerdir ($p=0,643$) (Tablo 6.5).

Curzik ve Begic'in (2011) 46 primipar kadınla yaptığı araştırmada ise durumluk anksiyete puanı prenatal dönemde, doğum ağrısı puanları ise aktif evre ve doğumun ikinci evresinden sonra belirlenip ortalaması alınarak iki değişken arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Doğum ağrısı puan ortalaması ile durumluk anksiyete puan ortalamaları arasında pozitif bir ilişki saptanmış ve durumluk anksiyete puanı arttıkça, doğum ağrısının da arttığı belirlenmiştir (78).

Sağlık profesyonelleri tarafından sunulan desteğin kadın tarafından nasıl algılandığı oldukça önemlidir. Haines ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada, doğum korkusu olan kadınlarda intrapartum bakımın yetersiz algılandığı saptanmıştır. Bu nedenle, doğumda destekleyici bakım uygulanırken korku ve anksiyetenin azaltılmasına öncelik verildiğinde, sunulan destekleyici bakımın kadınlar tarafından daha pozitif algılanabileceği öne sürülmektedir (79).

Kord traksiyonu uygulamasının doğumun üçüncü evresinde kanama miktarını fazla etkilemediği, ancak süreyi 6 dakika kadar kısalttığı ortaya çıkmıştır. Doğum ünitelerinin yoğunluğu göz önünde bulundurulursa bu oldukça önemli bir zaman dilimidir (80).

Çalışmamızda yer alan ve fundal bası yöntemi geçiren gebelerin postpartum giriş hemogram değeri ortalama 118mg/dl ($\text{ÇAG}=20$), maternal ıkınma yöntemi geçiren gebelerin ise 121mg/dl ($\text{ÇAG}=21$) olarak hesaplanmıştır. 6. Saat hemogram değerlerine bakacak olursak eğer; fundal bası yöntemi geçiren gebelerin 11,1 mg/dl, maternal ıkınma yöntemi geçiren gebelerin ise 1,50mg/dl olup, plasenta çıkarma yöntemi olarak kıyaslanırsa postpartum giriş hemogram ve postpartum 6. Saat hemogram değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0,968$,

p=0,924) (Tablo 6.3). Hofmeyr ve arkadaşları, (2015) yaptığı sistematik derlemesinde postpartum kanama riski, maternal mortalite ve morbidite riski açısından kord traksiyonu uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında önemli bir fark olmadığı saptanmıştır (5). Bu bulgu bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

WHO (2012)'nin postpartum kanamalarını önlemesine yönelik kontrollü kord traksiyonuna yönelik olarak, postpartum kanamayı önlediğini savunmuştur (81). Fakat bizim çalışmamız ile aralarında maternal ıkınma ve kord traksiyonu arasında postpartum kanama miktarı arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Gülmezoğlu ve arkadaşlarının 2012 yılında yayınlamış oldukları randomize kontrollü çalışmada ise KKT (Kontrollü Kord Traksiyonu)'nun PPK (Postpartum Kanama)'nın önlenmesinde çok az etkisinin olduğu belirlenmiştir. Özellikle hastane dışında gerçekleşen doğumlarda kanamayı önlemek için oksitosin kullanımının önemli olduğunun üzerinde durulmuştur (82).

Deneux-in Tharaux ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada da KKT (Kontrollü Kord Traksiyonu)'nun PPK (Postpartum Kanama)'nın azaltılmasında ve diğer postpartum kan kaybı değerlerinde önemli bir etkisinin olmadığı, ayrıca PPK (Postpartum Kanama)'nın önlenmesi için rutin olarak KKT (Kontrollü Kord Traksiyonu) yapmanın önerilmesi için kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir (83).

Üçüncü evrenin aktif yönetiminin bir parçası olarak plasentanın doğmasına yardımcı olmak için fundal basınç ya da kontrollü olarak kordonun çekilmesi girişimleri uygulanmaktadır (84).

Üçüncü evrenin aktif yönetiminde plasentanın doğumu için kontrollü olarak kordonun çekilmesine devam edilmesi gerektiğini, kontrollü olarak çekilen kordonun, postpartum kanama riskini ve 3. evre süresini azalttığı belirtilmiştir (85).

Çalışma yaptığımız alanda protokol gereği doğumun üçüncü evresinde tüm gebelere induksiyon kullanılmış olup, çalışmamız süresinde induksiyon kullanan ve

kullanılmayan gebeler ayırım yapılmaksızın çalışmamıza dâhil edilmiştir. Kontrol ve deney gruplarında yer alan gebelerin giriş ve postpartum 6. saatte alınan hemogram değerleri kıyaslandığında aralarında hiçbir fark olmadığı gözlemlenmiştir ($p=0,968$, $p=0,924$) (Tablo 6.3).

Tan ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada doktorların genellikle aktif yönetimi, ebelerin de annelerin tercihleri doğrultusunda fizyolojik yönetimi tercih ettikleri belirlenmiştir. Ebelerin yönettiği doğumlar ile doktorların yönettikleri doğumlar kıyaslandığında postpartum hemoraji ve transfüzyon gereksinimi açısından önemli bir fark saptanmamıştır (86).

Peña-Martí ve Comunián-Carrasco tarafından yapılan Cochrane sistematik incelemesinde, aktif yönetiminin bir parçası olan fundal basınç kullanımını değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların bulunmadığı bildirilmiştir (87).

Toplam 1671 kadını içeren Cochrane sistematik incelemesinde profilaktik uterotoniklerin doğumun üçüncü evresindeki uygulama zamanı (plasenta çıkarılmasından önce, sonra) değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, plasenta çıkarılmasından önce ve sonra uygulanan oksitosinin, postpartum kanama, plasental retansiyon, üçüncü evre uzunluğu gibi klinik açıdan önemli sonuçlar açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak, mevcut çalışmaların sayısı yetersiz olup, sadece oksitosin uygulaması değerlendirilmiştir. Bu nedenle de maternal ve neonatal sonuçların genellenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (88).

Toplamda 122 gebe üzerinde yaptığımız çalışmada, ağrı düzeylerini azaltmak ve doğumu kolaylaştırmak amaçlı çaba göstermediklerinden dolayı; aktif fazda yalnızca 35 (%29,3) tanesi çömelleme pozisyonunu tercih etmişlerdir (Tablo 6.6.1). Gebe için en uygun pozisyonun çömelleme pozisyonu olduğu ve bu pozisyonun kendisinin daha rahat hissetmesini sağlayarak doğumun işleyişini kolaylaştırdığı bildirilmiştir (89).

Albers (2003); Soong ve Barnes (2005)'in yaptıkları bir çalışmada ise; çömelleme pozisyonu uygulanan kadınlarda ağrının azaldığı, genital kanal travmasının azaldığı ve ikinci evrenin kısaldığı bildirilmiştir (90).

Mayberry ve ark. (2000) yaptığı bir çalışmada; doğumun ikinci fazında çömelme pozisyonunu en uygun pozisyon olarak belirtmişlerdir. Bu pozisyonla uterus yükselmekte, fetusun prezente olan kısmı pelvik çıkışa yönlendirilmekte ve böylece fetal iniş gerçekleşmektedir (91). Yapılan bu çalışmalar ile bizim çalışmamız arasında benzerlik bulunmamaktadır.

Yaptığımız çalışmada gebelerin sosyo-demografik özellikleri ve ağrı şiddeti arasındaki ilişki, plasentanın çıkarılma yöntemi temel alınarak istatistiksel olarak hesaplanmıştır. Gebelerin eğitim durumları göz önüne alındığında; eğitim seviyesi ile maternal ıkınma yöntemi arasında paralellik vardır. Üniversite mezunu gebelerin maternal ıkınma yöntemini tercih ettikleri görülmüştür. Bu sonuç doğrultusunda ise, maternal ıkınma ile çıkarılan plasenta çıkarılması yönteminde gebenin duyduğu ağrı şiddetinin daha az olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 6.1).

Doğumda öz-yeterliliği yüksek olan kadınların vajinal doğum yapması, doğum eylemi ile baş etmesi ve vajinal doğum yapma konusunda kendilerine güvenme düzeyleri daha yüksek olup, doğum korkusu, doğum ağrısı, doğumda analjezik kullanma oranı daha az ve doğum süreleri daha kısadır. Öz-yeterlilik algısı, doğum yapacak olan kadının doğum eylemi ile baş edebilmesi için kendi yetenek ve bilgisine güvenmesidir (92).

Tanglakmankhong ve ark. (2011) yaptıkları bir araştırmada; öz-yeterlilik algısı düşük olan kadınların doğum korkularının daha yüksek, doğum eylemi ile baş etmede yetersiz olan kadınların öz-güvenlerinin daha düşük olduğu belirtmişlerdir (93). Wan-Yim Ip ve ark. (2009)'nın yaptığı diğer bir çalışma ise doğum korkusu düşük olan kadınların doğumda hissettikleri ağrı ve analjezik kullanımlarının daha az ve doğum sürelerinin de daha kısa olduğunu göstermiştir (94).

Doğum eyleminde kadınların hissettikleri ağrı düzeyinin öz-yeterlilik algısından etkilenebileceği düşünülmektedir. Doğumda hissettikleri ağrı düzeyi ve öz-yeterlilik algısı arasında ilişki olduğunu, öz-yeterlilik algısı arttıkça hissedilen doğum ağrısı düzeyinin azaldığını gösteren araştırmalar bulunmaktadır (95,96).

İlgili literatür incelendiğinde doğumda öz yeterlilik algısının; doğum korkusu, doğum ağrısı, geçmiş deneyimler, eğitim ve yaştan etkilendiği ayrıca doğumda öz-yeterlilik algısı düzeyi ile doğum şekli tercihi arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (97).

Doğumun üçüncü evresinde plasentayı çıkarma esnasındaki ağrının şiddetini gösteren herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Çalışmamızda fundal bası yöntemi ile çıkarılan plasentanın, kadının hissettiği ağrı şiddetini arttırdığı VAS skalası kullanılarak ortaya konulmuştur.

Çalışmamızda fundal bası yöntemi ile maternal ıkınma yöntemi arasında kanama yönünden de bir fark bulunamamıştır.

Çalışmamızda gebelerin çoğunluğunun (n=84) ağrı skalası 4-7 kategorisinde olup, en azı (n=14) 8-10 kategorisindedir. Gebelerin parite özelliklerine bakıldığında; 61 tanesi primipar, 61 tanesi ise multipar özelliktedir (Tablo 6.4).

Plasenta çıkarma yöntemi açısından gebelerin ağrı şiddetlerine bakıldığında; fundal bası olan gebelerin 2 tanesi 0 -3 şiddetinde ağrı ifade ederken, maternal ıkınmada bu sayı 22 olmuştur ($p<0.001$). Maternal ıkınma yönteminde 8 – 10 şiddetinde ağrısı olan sadece iki gebe varken, fundal basıda ise 12 gebe şiddetli ağrıdan yakınmıştır ($p<0.001$). 4 – 7 aralığında ise benzer sonuçlar alınmıştır. Gebelerin giriş ve çıkış hemogram değerleri yöntemler arasında istatistiksel anlamda farklılık göstermemiştir ($p=0,968$, $p=0,924$) (Tablo 6.4).

8. SONUÇLAR

Çalışmamız; İstanbul ilinde Avrupa yakasında yer alan eğitim ve araştırma hastanesinin doğum ünitesinde, plasentayı çıkarma esnasında uygulanan “Fundal Bası” yöntemi ile sahada kendi gözlemlerim üzerine çalışma yapmak istediğim yöntem olan, “Maternal İkinma” yöntemi kıyaslanarak “Maternal Ağrı Şiddeti”ni ölçmek amacıyla 61 primipar ve 61 multipar toplam 122 gebe belirlenerek yapılmıştır.

Çalışmamızda, gebelere uygulanan anket ile birlikte elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir,

- Plasenta çıkarma yöntemlerinden “Fundal Bası” geçirenlerin yaş ortalaması 27,00; “Maternal İkinma” yöntemi ile operasyon geçiren gebelerin ise yaş ortalaması 25,50 olarak saptanmıştır. Plasenta çıkarma yöntemi açısından yaş değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p=0,581$) (Tablo 6.2)
- Plasenta çıkarma yöntemi açısından gebelerin kilo değerleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiş olup; fundal bası olan gebelerin maternal ıkinma olan gebelerin kilo değerlerinden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p=0,029$) (Tablo 6.2)
- Çalışmada yer alan ve fundal bası yöntemi geçiren ve maternal ıkinma yöntemi kullanılan gebeler arasında postpartum giriş hemoglobin değerleri ile postpartum 6.saatinde alınan heogram değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,968$, $p=0,924$) (Tablo 6.3)
- Genel olarak eğitim durumlarına bakıldığında üniversite mezunu olan gebelerin çoğunluğunun maternal ıkinmayı tercih ettikleri saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 6.1).
- Plasenta çıkarma yöntemleri ile cinsel ilişki esnasında ağrı duyan ve duymayan gebeler istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. ($p<0,001$) (Tablo 6.5)

- Gebelerin 81'inde (%66,3) aktif fazda indüksiyon kullanılırken, 41'inde (%33,7) kullanılmamıştır. Plasenta çıkarma yönteminde indüksiyon kullanımı ve ıkınma pozisyonları istatistiksel olarak anlamlılık göstermediği saptanmıştır (sırasıyla; $p=0,494$, $p=0,940$) (Tablo 6.6.1)
- Çalışmada yer alan gebelerin ağrı şiddeti ortalamalarına bakıldığında yaş, boy ve bebeğin kilosu istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 6.7)
- Plasenta çıkarma yöntemlerinde gebelerin ağrı şiddetlerine bakıldığında; fundal bası geçiren gebelerin 12 tanesi 8 – 10 seviyesinde ağrı hissetmiştir. Maternal ıkınma geçiren gebelerin ise yalnızca 2 tanesi 8 – 10 şiddetinde ağrı hissetmişlerdir. Fundal bası ve maternal ıkınma yöntemlerinde gebelerin çoğunluğu 4 – 7 şiddetinde ağrı hissetmişlerdir. Plasenta çıkarma yöntemleri arasında ağrı seviyeleri istatistiksel olarak da anlamlı farklılık teşkil etmiştir ($p<0,001$) (Tablo 6.4)

Sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

- Gebelerin, antepartum dönem konusunda bilinçlendirilmeli; eğitimlere katılması teşvik edilerek sağlıklı ve kontrollü kilo almalarına yardımcı olunmalıdır. Aynı zamanda gebelik sırasında gelişebilecek hastalık ve riskli davranışlar saptanarak önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- Doğum ünitelerinin fiziksel koşulları; sağlık personelinin gebeye daha sağlıklı hizmet sunabilmesi, gebeyi destekleyici, kendini rahat ve güvende hissedebileceği düzeye getirebilecek düzenlemelerin yapılması sağlanmalıdır.
- Çalışma yaptığımız doğum ünitesinde, protokol gereği doğumun üçüncü evresinde indüksiyon her iki grupta da kullanılmıştır. Postpartum kanama açısından kontrol ve deney gruplarından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Yaptığımız çalışmanın aktif ve pasif yönetimi kıyaslanarak postpartum kanama açısından değerlendirilebileceği farklı bir çalışma yapılıp tekrardan tartışılmalıdır.

- Plasentanın doğru ıkındırma yöntemi ile çıkarılması ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonları önlemek için; gebeye ıkınma egzersizleri hakkında gerekli bilgi verilmedir.
- Plasentanın maternal ıkındırma yöntemi ile çıkarılmasının yaygınlaştırmak için, doktor ve ebelerin bu yönteme teşviki sağlanmalıdır.
- Ağrı ile ilgili yapılan bilimsel çalışmaların çoğu doğumun birinci ve dördüncü evresine yönelik olmuştur. Halbuki gebelerin çoğu ağrıyı en fazla doğumun üçüncü evresi yani; plasentanın çıkarılma aşamasında duyduklarını dile getirmişlerdir. Yaptığımız çalışma ile gebelere daha az ağrı hissetmelerini sağlayan maternal ıkınma yöntemi uygulanmış ve sonrasında komplikasyon yaşanılmadığı sonucuna varılmıştır. Bu konuya yönelik çalışmaların yapılması ve farklı konularda da elde edilebilecek sonuçların ortaya çıkarılması sağlanmalıdır.
- Ağrıya gösterilen tepki insandan insana farklılık gösterdiği gibi, gebelerde de aynı durum söz konusudur. Hatta nullipare ve multipare gebeler arasında ağrıyı tanımlama şiddeti; gösterecekleri tepki de farklı olacaktır. Ancak çalışmamızdaki temel amaçlardan biri de; doğumun fizyolojik işleyişine engel olan müdahaleleri en az indirgemeye çalışmaktır. Gebelerin gösterdiği ağrı şiddetini ölçmede zorluklar çeksek de müdahale edilen gebenin duyacağı ağrı şiddetinin daha fazla olabileceğini görmek mümkün olacaktır. Bu sayede gebeye uygulanan müdahale en aza indirgenmiş olup; onun daha az ağrı ile uzun ve zorlu geçen sürecin sonuna gelmesi sağlanmış olacaktır.

9. KAYNAKLAR

1. Organization, World Health. Care in Normal Birth: a practical guide. Department of Reproductive Health and Research. WHO/FRH/MSM, 96:24, 1996.
2. Moleti CA. Trends and controversies in labor induction. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing, 34(1):40-47, 2009.
3. Laughon, S. K., Branch, D. W., Beaver, J., Zhang, J. Changes in labor patterns over 50 years. American journal of obstetrics and gynecology, 206(5), 419,2012
4. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB, Ballerman C, Biring A, Delaney M, Shepherd D. Active management of the third stage of labour. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Journal Obstetric and Gynaecology Canada, 31(10):980-993, 2009.
5. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, 1, 2015.
6. Graham CH, Lala PK. Mechanisms of placental invasion of the uterus and their control. Biochemistry and Cell Biology, 70(10-11):867-874, 1992.
7. Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. s.314. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
8. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi, 17(3):181-186, 2007.

- 9.** Phumdoung S, Bhitakburapa A, Chanaudom B, Ajasareyasing T, Petcharat T. Effect of the combination of small dose analgesic and music on labor pain. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(2):100, 2007.
- 10.** Organization, World Health. *Care in Normal Birth: a practical guide*. Department of Reproductive Health and Research. s.l.: WHO/FRH/MSM, 96:24, 1996.
- 11.** Leslie SM, Storton S. The Coalition for Improving maternity Services: Evidence Basis for the ten steps of mother-friendly Care Step One. *The Journal Of Perinatal Education*, 16(1),2017.
- 12.** Dick-Read G. *Childbirth Without Fear: The Principles and Practice of Natural Childbirth*. Second edition. UK: Pinter & Martin Ltd, 2004
- 13.** http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Do%C4%9Fum%20Ve%20Komplikasyonlar%C4%B1.pdf
- 14.** Kauffman E, Souter VL, Katon JG, Sitcov K. Cervical Dilation on Admission in Term Spontaneous Labor and Maternal and Newborn Outcomes. *Obstet Gynecol*, 127:481,2016.
- 15.** Casey ML, MacDonald PC. Human parturition. Distinction between the initiation of parturition and the onset of labor. In DuCsay CA (ed): *Seminars in Reproductive Endocrinology*. p.272, Newyork, 1993.
- 16.** Langen ES, Weiner SJ, Bloom SL, Rouse DJ, Varner MW, Reddy UM, Sciscione A. Association of Cervical Effacement With the Rate of Cervical Change in Labor Among Nulliparous Women. *Obstetrics and gynecology*, 127(3):489, 2016.

17. World Health Organization. Reproductive Health. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. World Health Organization, 2003
18. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists: Guidelines for Perinatal Care, 7 th ed. Washington, 2012.
19. Gary Cunningham F, Leveno K, ve ark. Williams Obstetrik. Doğum Eyleminin Fizyolojisi. s.408, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.
20. Osterman MJK, Martin JA, Mathews TJ. Expanded data from the new birth certificate, Natl Vital Stat Rep 59(7):1, 2011.
21. Cunningham G, Macdonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. Williams Obstetrics. Physiology of pregnancy. 19 th Ed. Norwalk: Prentice-Hall, Inc. 81-246, 1993.
22. Leppert PC. Anatomy and Physiology of Cervical Ripening, Clinical Obstetrics and Gynecology, 38(2):267-279, 1995.
23. Haws RA, Yakoob MY, Soomro T, Menezes EV, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: screening and monitoring during pregnancy and labour. BMC Pregnancy and Childbirth, 1-4, 2009.
24. American Society of Anesthesiologist's Task Force on Obstetric Anesthesia. Practice guidelines for obstetric anesthesia. Anesthesiology 106:843-63, 2007.
25. O'Sullivan G, Liu B, Hart D, Seed P, Shennan A. Effect of food intake during labour on obstetric outcome: randomised controlled trial. BMJ, 338:784, 2009.

26. Shrivastava VK, Garite TJ, Jenkins SM, Saul L, Rumney P, Preslicka C, Chan K. A randomized, double-blinded, controlled trial comparing parenteral normal saline with and without dextrose on the course of labor in nulliparas. American journal of Obstetrics and Gynecology, 200(4):379, 2009.
27. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, et al. Lack of effect walking on labor and delivery. N Engl J Med 339:76, 1998.
28. Yıldırım G. Doğum Eyleminde Uygulanan İkinma Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 49-55, 2006.
29. Leppert, P. C. Anatomy and Physiology of Cervical Ripening. Clinical obstetrics and gynecology, 38(2), 267-279,1995.
30. Sımkın P, Ancheta R. Doğum Süreci El Kitabı. Çevire: Mete S. İstanbul Tıp Kitabevleri, 2016.
31. Ayanoğlu YT. Serviksin olgunlaşmasında ekstraamniotik serum fizyolojik ve intra servikal prostaglandin jeli uygulaması. Jinekolojik ve Obstetrik Dergisi 6:101-105, 1999.
32. Shimizu K, Nozaki M, Oshima K. Cervical ripening and uterine contraction induced by prostaglandine gel in pregnant Japanese Monkeys. J. Med. Primatol. 23;23-31, 1994.
33. Jackson GM, Sharp HT, Varner MW. Cervical ripening before induction on of labor: a randomized trial of prostaglandin gel versus low-dose oxytocin. Am. J.Obstet. Gynecol. 171;1092-1096, 1994.

34. Onge RD, Connors GT. Preinduction cervical ripening: a comparison of intracervical prostaglandin gel versus the foley catheter. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 172:687-690, 1999.
35. Pattinson, R. C., Howarth, G. R., Mdluli, W., Macdonald, A. P., Makin, J. D., Funk, M. Aggressive or expectant management of labour: a randomised clinical trial., 110(5), 457-461,2003
36. Clark TJ, Jennifer L, Hallock JL, Bienstock HE, Fox EE, Wallach JH. *Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı. Çeviren: Oral E. Güneş Tıp Kitabevleri, 5.Baskı, 2016.*
37. Eltzschig, H. K., Lieberman, E. S., Camann, W. R. Regional anesthesia and analgesia for labor and delivery. *New England Journal of Medicine*, 348(4), 319-332,2003.
38. Smyth, R. M., Alldred, S. K., & Markham, C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 4,2006.
39. Peregrine E, O'Brien P, Omar R, et al. Clinical and ultrasound parameters to predict the risk of cesarean delivery after induction of labor. *Obstetric Gynecology*, 107:227, 2006.
40. Bell, A. F., Erickson, E. N., & Carter, C. S. Beyond labor: the role of natural and synthetic oxytocin in the transition to motherhood. *Journal of midwifery & women's health*, 59(1), 35-42,2014
41. Demirel G, Çelik DB. Doğal doğuma müdahale: sentetik oksitosin kullanımı. *Merhaba*, 157(2), 2013.

42. Varney H. Varney's Midwifery. 3rd, Jones and Bartlett, Boston, 1997.
43. Kilpatric SJ, Laros RK. Charactericts of normal labor. *Obstetric Gynecology*, 74:85, 1989.
44. Güngör İ, Rathfish YG. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *HEMAR-G*. 11(2):56-65, 2009.
45. Cooke A. When will we change practice and stop directing pushing in labour? *British Journal of Midwifery*. 18(2):77-81, 2010.
46. Spiby H, Munro J. The development and peer review of evidence-based guidelines to support midwifery led care in labour. *Midwifery*, 25(2):163-171, 2009.
47. Murphy, D. J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L., & Strachan, B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(13), 1695-1703.,2008.
48. Mahendru R. Shortening the second stage of labor? *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 11(2):95, 2010.
49. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reproductive health*, 11(1):66, 2014.
50. Lalonde AB, McMullen H, Lee AC. Safe motherhood and newborn health: FIGO initiatives 2006–2010. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2):112-114, 2009.

51. Khan RU, El-Rafaey H. Pathophysiology of postpartum hemorrhage and third stage of labor. *Postpartum Hemorrhage*, 62-69, 2006.
52. World Health Organization. WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Geneva, World Health Organization, 2012.
53. Rachmawati I. Maternal reflection on labour pain management and influencing factors. *British Journal of Midwifery*, 20(4);263-270, 2012.
54. Hofmeyr GJ, Mshweswe NT, Gülmezoglu AM. Controlled Cord Traction for the Third Stage of labour. *The Cochrane Library*, 2015.
55. Güngör İ, Yıldırım-Rathfisch G. Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Turkish Journal of Research and Development in Nursing*, 11(2);56-65,2009.
56. Karahan N, Arslan H. I. Uluslararası II. Ulusal Ebelik Kongresi, Kongre Kitapçığı, 13-16 Ekim, 2011.
57. Homeyr G, Abdul-Aleem H, Abdul-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst. Rev*, 3(3);16-17, 2008.
58. Karadeniz G, Atalay M. Hemşirelerin ağrıya ve ağrısı olan hastalara yaklaşımı. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Eylül, İzmir, 1990.
59. Phumdoung S, Good M. Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, 4:54-61, 2003.

60. Taşçı E, Sevil Ü. Doğum ağrısına yönelik farmakolojik olmayan yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi, 173(3), 181-186, 2007.
61. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin: Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists Number 76, October 2006: postpartum hemorrhage. Obstet Gynecol 2006; 108:1039-47.
62. Combs CA, Murphy EL, Laros RK Jr. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. Obstet Gynecol 1991; 77:69-76
63. Britton JR. Postpartum anxiety and breast feeding. J. Reprod Med 2007; 52:689-95
64. Mongan MF. HypnoBirthing the Mongan Method. Third edition. America: Health Communications Inc. 2005.
65. Ertem, G., & Sevil, Ü. (2005). DOĞUM AĞRISI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 8(2).
66. Lowe NK. The nature of labor pain. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: S16-24.
67. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, et al. The nature and management of labor pain: executive summary. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: S1-15.
68. Jansen MP. Measurement of pain. In: Fishman SM, Ballantyne JC, Rahmell JP, eds. Bonica's management of pain, 4th edn. Media, Philadelphia: Lippencoth Williams & Wilkins, 2010; 251-70.
69. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrı De ğ erlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri, S Erdine (Ed), Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset, s.91-107,2000.

70. Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 2001; 80(1): 39-45
71. May KA, Mahlmeister LR. *Maternal and Neonatal Nursing Family-Centered Care*. Third edition. Philadelphia. Lippincott Company, 1994, p.174-185.
72. Abushaikha L, Sheil EP. Labor stress and nursing support: How do they relate? *Journal of International Women's Studies*, 7 (4): 198-208,2006.
73. Bianchi AL, Adams ED. Doulas, labor support, and nurses. *International Journal of Childbirth Education*, 19 (4): 24-30,2004.
74. Smith CA, Levett KM, Collins CT et al. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12: 1-35,2011.
75. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's Perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *BIRTH*, 28 (3): 180-185,2001
76. Brown ST, Douglas C, Flood LP. Women's evaluation of intrapartum nonpharmacological pain relief methods used during labor. *The Journal of Perinatal Education*, 10(3):1, 2001.
77. Mete S, Uludağ E. Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi Examining the Relationship Between Labor Pain and Anxiety. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3);101-104,2016.
78. Curzik D, Jokic-Begic N. Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(4):198-203, 2011.

- 79.** Haines HM, Hildingsson I, Pallant JF, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 42(4):428-441, 2013.
- 80.** Du Y, Ye M, Zheng F. Active management of the third stage of labor with and without controlled cord traction: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 93(7):626-633, 2014.
- 81.** Tunçalp Ö, Souza JP, Gülmezoglu M. New WHO recommendations on prevention and treatment of postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 123(3):254-256, 2013.
- 82.** Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, Piaggio G. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*, 379(9827), 2012.
- 83.** Deneux-Tharoux C, Sentilhes L, Maillard F, Closset E, Vardon D, Lepercq J, Goffinet F. Effect of routine controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour on postpartum haemorrhage: multicentre randomised controlled trial (TRACOR);346,f1541, 2013.
- 84.** Thilaganathan B, Cunter A, Latimer J, Beard R. Management of the third stage of labour in women at low risk of postpartum haemorrhage. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 48:19-22, 1993.
- 85.** Sheldon WR, Winikoff B. Controlled cord traction in active management of the third stage of labour. *Lancet*. 2012; 380: 1146

- 86.** Tan WM, Klein MC, Saxell L, Shirkoohy SE, Asrat G. How do physicians and midwives manage the third stage of labor? *Birth*, 35(3):220-229, 2008.
- 87.** Peña-Martí GE, Comunián-Carrasco G. Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007; (4).
- 88.** Soltani, H., Hutchon, D. R., Poulouse, T. A. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(8); 2-7,2010
- 89.** Soong B, Barnes M. Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association. *Birth*, 32(3):164-169, 2005.
- 90.** Albers LL. Reducing genital tract trauma at birth: Launching a clinical trial in midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(2):105-110, 2003.
- 91.** Mayberry LJ, Wood SH, Strange LB, Flee L, Heisler DR, Neilsen SK. Managing Second Stage Labour. *Nursing for Women's Health*, 3(6):28-34, 1999.
- 92.** Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4), 2000.
- 93.** Tanglakmankhong K, Perrin NA, Lowe NK. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. *Journal of Advanced Nursing*, 67(1):193-203, 2011.
- 94.** Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15);2125-2135, 2009.

- 95.** Carlsson M, Ziegert K, Nissen E. Psychometric properties of the Swedish childbirth self-efficacy inventory (Swe-CBSEI). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1);2-72014.
- 96.** Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 21(4):219-224, 2000.
- 97.** Çiçek Ö, Okumuş H. Doğumda Öz-Yeterlilik Algısı: Önemi ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği A.D, İzmir, 2016.

10. EKLER

1) Ad-Soyad:

2) Yaş:

3) Boy:

4) Kilo:

5) Kan Grubu:

6) Evlilik Süresi:

7) Evlilik Yaşı:

8) Sürekli kullandığı ilaç:

9) Geçirilmiş Operasyon:

10) Kronik Hastalık:

- Hipertansiyon
- Diabet Mellitus
- KOAH
- Kalp Yetmezliği
- Diğer.....

11) Gebelikte Ortaya Çıkan Hastalık:

- Gestasyonel Diabetes Mellitus
- Gebelik Hipertansiyonu
- Kolestaz
- Diğer.....

12) Son Adet Tarihi:

13) Gebelik Haftası:

14) Eğitim Durumu

- Okuma-yazma bilmiyor
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite Mezunu

15) Çalışma Durumu

- Çalışıyor
- Çalışmıyor

16) Parite Özelliği

- Primipar
- Multipar

Abortus: Küretaj: Yaşayan çocuk:

17) Cinsel İlişki Esnasında Ağrı Duyuyor Musunuz?

- Evet
- Hayır

18) Sizin İçin Planlanan Bir Gebelik Mi Oldu?

- Evet
- Hayır
- Eşim İstedi

19) Bebeğinizin Cinsiyetini Biliyor musunuz?

- Kız
- Erkek
- Bilmiyorum

20) Dışarıda Doğumunuzu Destekleyen Yakınınız Kim Var?

- Eşim
- Annem
- Kayınvalidem
- Kaynım

21) Hiç Aile İçi Şiddete Maruz Kaldınız mı?

- Evet
- Hayır

22) Doğum İle İlgili Korkularınız Var mı?

- Evet
- Hayır

23) Cevap EVET ise; sizi en çok endişelendiren konu nedir?

- Doğum yaparken ıkmamaktan (bebeği itememekten) korkuyorum
- Doğuramamaktan korkuyorum
- Doğumun uzun sürmesinden korkuyorum
- Doğum sırasında canımın yanmasından korkuyorum

24) Tekrar Doğum Yapacak Olsanız Bu Hastaneyi Tercih Eder misiniz?

- Evet
- Hayır

25) Cevap HAYIR ise en çok sizi rahatsız eden konu ne oldu?

- Sağlık personeli (ebe/hemşire/doktor/personel) bana yeterince ilgi göstermedi
- Mahremiyet in korunması konusunda eksiklikler vardı
- Diğer gebelerin bağırması beni fazlasıyla irite etti
- Sürekli NST ye bağlı kalmak ıkmama engel oldu
- Eşimin veya bir yakınımın yanımda olmayışı beni daha da huzursuz etti

26) Sizin için en iyi ıkınma pozisyonu hangisidir?

- Yatakta
- Çömelerek
- Ayakta
- Diz Dirsek Pozisyonu
- Litotomi Pozisyonu

27) Aktif Fazda İndüksiyon Kullanımı:

- Kullanıldı
- Kullanılmadı

28) Bebeğin Kilosu:

29) Pospartum Kanama Düzeyi

Giriş Hemogram Değeri:

Pospartum 6. Saat Hemogram Değeri:

30) Plasenta Çıkarma Yöntemi

- Fundal Bası
- Maternal İkınma

31) Plasenta çıkarken duyduğunuz ağrı Şiddetini 1 den 10'a kadar puanlama yaparsak kaç puan verirdiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ağrı										Dayanılmaz
Yok										Ağrı

- 0-3
- 4-7
- 8-10

11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.21425
Konu : Etik Kurulu Kararı

14/07/2017

Sayın Begüm Hatun KILIÇER

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğumuz "Plasentanın Ayrılmasında Fundal Bası İle Maternal İknmanın Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

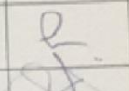
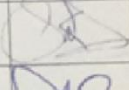
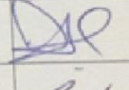
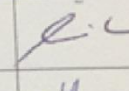
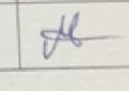
BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Plasentanın Ayrılmasında Fundal Bası İle Maternal İkinmanın Ağrı Üzerine Etkisinin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Begüm Hatun Kılıçer			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	06.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.07.2017		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 256		Tarih: 13/07/2017			
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Begüm Hatun	Soyadı	Kılıçer
Doğum Yeri	İstanbul	Doğum Tarihi	15.10.1992
Uyruğu	TC	e-mail	begumhatunkilicer@gmail.com

Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Medipol Üniversitesi	-
Lisans	Sakarya Üniversitesi	2015
Lise	Zehra Mustafa Dalgıç TML	2010

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
Ebe	Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2015- Halen

Yabancı Dil	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Düşük	Orta

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	71,49937	71,03821	63,76486

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
MS Office Programları	Orta

