

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERİN DOĞUMA İLİŞKİN KORKU VE
BEKLENTİLERİ**

AYŞE SELLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NAZİFE AKAN**

MERSİN-2012

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

GEBELERİN DOĞUMA İLİŞKİN KORKU VE BEKLENTİLERİ

Ayşe SELLER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. NAZİFE AKAN

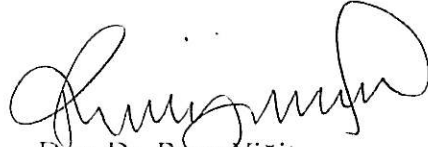
Tez No: 210

MERSİN-2012

Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan “**Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri**” başlıklı çalışma, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28 /05/2012



Doç. Dr. Rana Yiğit
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı



Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi



Yrd. Doç. Dr. Merve YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 31/05/2012 tarih ve 2012/148 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü
Prof. Dr. Ümit ÇOMAKOĞLU



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca değerli bilgi, deneyim ve zamanını esirgemeyen tez danışmanım Sn. Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN'a,

Sn.Yrd. Doç. Dr. Mine Yurdakul'a,

Sn. Doç. Dr. Rana Yiğit'e,

Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan ebelere ve hemşirelere,

Mersin Üniversitesi öğretim üyelerine ve elemanlarına,

Hayatımın her anında bana desteğini ve sevgilerini esirgemeyen canım anneme, ablalarım, abime, yengeme ve yiğenlerime,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana yardımcı olan, motive eden, ilgisini, sevgisini ve desteğini esirgemeyen, bana güç veren sevgili eşim, hayat arkadaşım Yusuf Seller'e,

Hayatıma anlam katan, en değerli varlığım biricik kızım İrem Seller'e,

Teşekkürlerimi sunarım.

Ayşe SELLER

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

KABUL ve ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Normal Doğumun Tanımı ve Fizyolojisi.....	5
2.2. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler.....	6
2.2.1-Motor Güç (Uterus Kontraksiyonları).....	6
2.2.2- Doğum Objesi (Fetus ve Ekleri).....	7
2.2.3-Doğum Yolu (Pelvis ve Yumuşak Kısımlar).....	7
2.2.3.1.Kemik Pelvis.....	7
2.2.3.2. Yumuşak Kısımlar.....	8
2.3. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler.....	8
2.3.1. Steroid hormonlar.....	9
2.3.2.Oksitosin.....	10

2.3.3. Prostaglandin.....	10
2.3.4. Endotelin-1.....	11
2.3.5. Gap Junction Proteinleri.....	11
2.3.6. CRH (Kortikotropin releasing hormon).....	11
2.3.7. Paratiroid hormon-related Protein (PTHr-P).....	12
2.3.8. Transforming Growth Faktör.....	12
2.4. Doğum Eyleminin Mekanizması.....	12
2.5. Doğum Eyleminin Evreleri.....	13
2.5.1-Doğum Eyleminin 1. Evresi.....	13
2.5.1.1. Latent Faz.....	13
2.5.1.2. Latent Fazda Ebelik Uygulamaları.....	13
2.5.1.3. Aktif Faz	14
2.5.1.4. Aktif Fazda Ebelik Uygulamaları.....	14
2.5.2- Doğum Eyleminin 2. Evresi.....	15
2.5.2.1. İkinci Evrede Ebelik Uygulamaları.....	16
2.5.3. Doğum Eyleminin 3. Evresi, Ebelik Bakımı ve Plasentanın Ayrılması.....	17
2.5.4. Doğum Eyleminin 4. Evresi ve Ebelik Bakımı.....	19
2.6. Doğum Eyleminde Ağrı ve Fizyolojisi.....	20
2.6.1. Ağrının Tanımı.....	20
2.6.2. Doğum Eyleminde Ağrı.....	20
2.6.3. Doğum Ağrısının Karakteristiği ve Fizyolojisi.....	21
2.6.4. Doğum Eyleminde Ağrı Türleri.....	21

2.7. Ağrıyla Baş etmede Anneye Yardım	22
2.7.1. Farmakolojik Yöntemler	23
2.7.1.1. Sistematik Tedavi	23
2.7.1.2. Bölgesel Anestezi	23
2.7.1.3. Genel Anestezi	24
2.7.2. Non-farmakolojik Yöntemler	24
2.7.2.1. Destekleyici Gevşeme Teknikleri	24
2.7.2.2. Solunum Teknikleri	25
2.8. Annenin Doğum Eylemine Fizyolojik Ve Psikolojik Adaptasyonu	26
2.9. Korku Kavramı	27
2.10. Doğum Eyleminde Korku	28
2.11. Doğuma İlişkin Korkuyla Baş etmede Ebelik Girişimleri	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM	32
3.1. Araştırmanın Amacı	32
3.2. Araştırmanın Şekli	32
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	32
3.4. Araştırmanın Evreni	32
3.5. Araştırmanın Örneklemi	32
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.7. Verilerin Toplanması	33
3.7.1 Veri Toplama Araçları	33
3.7.1.1. Tanıtıcı bilgi formu	33

3.7.1.2. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ).....	33
3.7.2. Araştırmanın Etik Yönü.....	33
3.7.3. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması.....	34
3.7.4. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	34
3.7.5. Veri Toplama Araçlarının Değerlendirilmesi.....	34
4. BULGULAR.....	35
4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	35
4.2. Gebelerin Yaş Ortalamaları.....	37
4.3. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	38
4.4. Gebelerin Önceki Doğumlarının Özelliklerine Yönelik Bulgular.....	39
4.5. Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikler.....	41
4.6. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine İlişkin Verileri.....	42
4.7. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi.....	43
4.8. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle İlişkisi.....	45
4.9. Gebelerin Doğumlarına İlişkin Beklentilerini Gösteren Bulgular.....	47
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....	57
6.1.Sonuçlar.....	57

6.2.Öneriler.....	60
7.KAYNAKLAR.....	62
EKLER.....	68
EK-1: Tanıtıcı Bilgi Formu.....	68
EK-2: Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A versiyonu.....	70
EK-3: Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Etik Kurul Onayı.....	75
EK-4:Mersin Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü İzin Formu.....	78

ÖZGEÇMİŞ

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çizelge 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Çizelge4.3. Gebelerin Önceki Doğumlarının Özellikleri

Çizelge 4.4. Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikler

Çizelge 4.5. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine İlişkin Veriler

Çizelge 4.6. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi

Çizelge 4.7. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle İlişkisi

Çizelge 4.8. Gebelerin Doğumlarına İlişkin Beklentileri

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

W-DEQ A	: Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği A versiyonu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
ATP	: Adenozin trifosfat
ADP	: Adenozin difosfat
CRH	: Kortikotropin Releasing Hormon
ACTH	: Adreno Kortikotropik Hormon
PG	:Prostaglandin
PGF2α	:Prostaglandin F2 α
PTHr-P	:Paratiroid hormon-related Protein
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (Transkutan Elektriksel Sinir Uyarımı)
n	: Sayı
SS	: Standart Sapma
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri

Ayşe Seller. Bu araştırma, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Salonunda normal doğum için gelen gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini 1 Temmuz-1 Eylül 2011 tarihleri arasında doğum yapmak için doğum salonuna başvuran, araştırma sınırlılıkları içinde olan toplam 300 gebe oluşturmuştur. Veriler, gebe tanıtıcı bilgi formu ve kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 11,5 paket programında, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzdelik sayılar, Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal Wallis, Dunn testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın sonucunda, gebelerin yaşları minimum 15, maksimum 43, yaş ortalamaları ise $28,04 \pm 5,76$ dır. Gebelerin çoğunluğu primipar, ev hanımı, sağlık güvencesine sahip ve yarıdan fazlası ilköğretim mezunudur. Gebelerin önceki doğumları ile ilgili duygularının büyük ölçüde korku olduğu, önceki doğumlarında sorun yaşadığı, önceki doğumunda komplikasyon geçirenlerin doğum korkusu önceki doğumunda komplikasyon geçirmeyenlere göre daha fazla olduğu, 19 yaş ve altındaki gebelerin ve 36 yaş ve üstü gebelerin doğum korkusu fazla olduğu, okuma yazma bilmeyen gebelerin doğum korkusu, ilköğretim mezunlarına göre daha fazla olduğu, sistemik bir hastalığı olan gebelerin doğum korkularının daha fazla olduğu, gebelerin %72,7'sinin doğum öncesi bakım aldığı ve doğum öncesi bakım almayanların doğum korkusunun daha fazla olduğu saptanmıştır. Doğuma ilişkin beklentileri analiz edildiğinde ise, gebelerin çoğunluğunun kendisini son derece korkmuş hissedeceğini ve doğumlarının son derece korkunç olacağını, kendilerini güvende hissetmeyeceğini, doğumun ve sancuların aşırı ağrılı olacağını beklediklerini, doğum sırasında bebeğinin öleceğine ilişkin düşünceleri olduğunu, ifade ettikleri görülmüştür.

Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerinin ebeler tarafından saptanması ve zamanında bu korkulara yönelik ebelik girişimlerinin planlanması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler; Doğum korkusu, doğuma ilişkin beklentiler, ebelik girişimleri.

ABSTRACT

Fear and Expectations of the Pregnant on Birth

Ayşe Seller. This research, fears and expectations regarding the birth of pregnant coming for normal delivery was done descriptively to determine at delivery room of Maternity and Children Hospital, Mersin. Sample of the study admitted to giving birth in delivery room which is within the limitations of the research consisted of a total of 300 pregnant between July 1 to September 1, 2011 date. The data, descriptive information form for pregnant and women live in fear of delivery in order to measure with Wijma Expectancy Birth / Experience Questionnaire (W-DEQ) was collected. The obtained data, using the mean, standard deviation, minimum and maximum values, the percentage numbers, Shapiro Wilk, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis and Dunn tests on SPSS for Windows 11.5 package program were evaluated.

Result of the study, pregnant age of minimum 15, maximum 43, the average age is 28.04 ± 5.76 . The majority of pregnant women are primipara, housewife, had health insurance and more than half of primary school graduates. Feelings about their previous births of pregnant is largely fear, problem experienced by previous births, fear of delivery was greater spend complications previous births than not spend complications in the previous birth, fear of delivery of 19 years of age and under pregnant and 36 years and older pregnant is more, fear of delivery of illiterate pregnant is more than the graduates of primary school, fear of delivery pregnant with systemic disease is more, 72.7% percent pregnant received prenatal care and fear of delivery who had not prenatal care was higher. When analyzing the expectations regarding the birth of the majority of pregnant will feel itself extremely frightened and births will be very scary, never feel that they are safe, expect will be extremely painful and the pains of labor, while giving birth to thoughts about the baby that was dying, was expressed.

Determination of the fear and expectations regarding the birth of pregnant women by midwives and midwifery initiatives planned for the time suggested that these fears.

Key words: Fear of childbirth, Expectations regarding the birth, Midwifery initiatives.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum; yoğun biyolojik, psikolojik ve duygusal değişimlerin yaşandığı, ambivalans ve çatışmanın da eşlik edebildiği, kadın hayatının en önemli deneyimlerinden biridir. Gebelik boyunca kadın, kendi ve bebeğinin iyilik durumu konusunda çok farklı duygulanımlar içinde olabilmektedir. Planlı ya da plansız her gebeliğin hem bilinçli hem de bilinçdışı güdüleyicileri vardır. Serçekuş'a göre bunlar, sevme, sevilme, çocuk yetiştirme isteği, kadınlığını kanıtlama, bazen de bir kaybın yerine konması isteği gibi öğeleri içermektedir. Ancak bu güdüleyiciler kaygılı bekleyiş ve duygusal yüklenme de yaratabilir (1-4).

Gebelikte her trimestırın kendine özgü psikolojik uyum süreci vardır. İlk trimestırda anne adayı genellikle yeni duruma ve gebe olduğu gerçeğine uyum çabası içindedir. Kadının aile durumu, iş durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni güçlükler ve gereksinimler bu gerçeğe yönelik tutum geliştirmede etkili olur (1, 2, 4, 5).

İkinci trimestırın başlangıcında, fetüsün hareketleri anne tarafından hissedildiğinden fetüse psikolojik bağlanma daha derin kurulmaya başlanır. Kadınların çoğunda bebeğin kimliği ile ilgili zihinsel bir resim oluşur başka bir deyişle anne fetüsü ayrı bir kişilikle donatmıştır. Bu dönemde annelerin çoğu, doğmamış bebekleriyle konuşurlar. Fetüsle konuşma, yalnızca erken anne-bebek bağlanmasını değil, aynı zamanda annenin fetüsün sağlığını koruma ve geliştirme ile ilgili çabalarını da artırır (1,4).

Son trimestırda, anne adayının duyguları, gebelikten sıkıntı duyma, bebeğini görmek isteme ama doğumdan korkma, doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağına, çocuğun sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişe duyma veya yakında olacak doğuma yönelik yoğun anksiyete yaşama olarak sayılabilir (1, 2, 5, 6).

Anksiyete ve korku kavramları, çoğu zaman birbirini yerine kullanılmasına karşın farklı kavramlardır. Türk Dil Kurumuna göre korku, bir tehlike veya tehlike düşüncesi karşısında duyulan kaygı ve üzüntüdür. Diğer bir deyişle korkunun kaynağı bellidir, anksiyetenin ise belli değildir (2,7).

Birçok kadın için gebeliğin sonlanması, anne karnındaki bebekle birlikteliğin sona ermesi ve eşlik eden kayıp hissinin oluşması anlamına gelir. Ayrıca kadının çocukluk çağı ve cinsel gelişimdeki olumsuz deneyimleri de, doğum korkusuna zemin hazırlar (4, 5, 8).

Psikanalitik açıklamalar, doğumla ilgili korkuların kuşaktan kuşağa geçen derindeki ölüm korkusunun dışavurumları olduğunu ifade etmektedir. Doğumla ilgili korku ve anksiyetenin altında yatan nedenleri anlamak önemlidir. Çünkü doğum ile ilgili anksiyete, gebelik sürecinde kadını üzmemekte ve etkili olmayan uterus kasılmaları, doğum eyleminin uzaması, fetal distress gibi komplikasyonların gelişmesine neden olabilmektedir (4- 9).

Yapılan çalışmalara göre; doğumun nasıl olacağını bilmeme, doğacak bebeğin malformasyonlu olup olmaması, doğum personeline güvenmeme, önceki doğumda bebeğin ölmesi ya da zarar görmesi, önceki doğumda kontrol kaybı yaşama, ekspulsiyon fazında zarar görme ya da yırtılma, epizyotomi, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme gibi birçok neden doğum korkusuna neden olmaktadır. Yüksek düzeyde korku, uterusun kasılmasını engelleyen hormonların aşırı salgılanmasına neden olarak doğumu zorlaştırabilir (2, 10- 13).

Doğuma yönelik bu korkular kasların gerilmesine neden olmakta, gerginlik ağrıya, ağrı ise daha fazla korkuya neden olmaktadır. Doğum korkusu ise, strese neden olmaktadır. Bu da bireyde stres hormonları olarak bilinen adrenalin ve noradrenalinin salgılanmasına neden olur. Anneden fetüse geçen stres hormonları hafif düzeyde salgılandıklarında perinatal dönemde sürfaktan salınımını uyararak yenidoğan bebeğin solunum fonksiyonunu kolaylaştırır ve uyanıklık sağlar. Ancak korkunun fazla olması doğumda bazı sorunlara yol açabilmektedir. Yapılan kanıta dayalı çalışmalarda anksiyete ile obstetrik komplikasyonlar arasında direkt bir ilişki olmadığı ancak psiko-sosyal stres, doğum korkusu gibi spesifik anksiyete tiplerinin sezaryen doğum ya da uzamış doğum eylemi ile ilişkili olabileceği gösterilmiştir(2, 10, 12, 14).

Fizyolojik bir süreç olan gebeliği sağlıklı sürdürmenin yanı sıra sağlıklı **sonlandırmak** da oldukça önemlidir. Normal doğum; annenin ve bebeğin sağlığı açısından önerilen ve tercih edilmesi gereken doğum şeklidir. Normal doğum anne ve fetus için tehlikeli kabul edildiğinde, acil doğumun gerekli olduğu, distosi veya fetal özelliklerin risk oluşturduğu durumlarda **sezaryen** doğum zorunlu hale gelebilmektedir (15- 19).

Doğuma ilişkin korkunun nedenlerinden biri de eylem sürecinde sezaryen doğumu gerekli kılan olumsuzlukların gelişmesidir Korku, insancıl bir duygudur dolayısıyla her kadının doğumdan bir ölçüde korkması doğaldır. Önemli olan kişinin bu duygunun yaşamını olumsuz ölçüde etkilemesine izin vermemesidir (9, 11).

Günümüzde sezaryen hızında çok belirgin artış olmuştur. Dünya Sağlık Örgütünün sezaryen konusundaki önerisi; sezaryen oranının %15 ile sınırlı kalması yönündedir. Gelişmiş

batı ülkelerinde de 2008 itibariyle, %16,6(Norveç) ile %37,4(İtalya) arasında değişen sezaryen oranları bildirilmektedir (20- 23).

Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen oranı, bu hedefin üzerindedir. Türkiye’de, 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verilerine göre sezaryen oranı %21,2’dir, 2008 TNSA’da ise %36,7 olduğu görülmektedir (24, 25, 26).

Bu artışın sebepleri arasında; kadınların eskiye göre daha geç yaşta evlenmeleri, daha geç yaşta gebe kalmaları, daha az sayıda çocuk sahibi olmak istemeleri, infertilite sorunlarının varlığı, “Riskli gebelik” ve “Kıymetli bebek” kavramının ortaya atılması yer almaktadır. Pek çok kadın normal doğum sancısını çekmemek için hamile olduğunu öğrendiği ilk günden itibaren sezaryenle doğum yapmaya karar vermektedir. Sezaryen, özellikle sağlık çalışanlarında tıbbi endikasyon olmaksızın çok tercih edilen yöntem haline gelmektedir (14, 27-29).

Anestezi, kullanılan ilaç ve malzemeler, cerrahi ve postoperatif bakımdaki gelişmeler sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeleri azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboembolik riskler, hastanede daha uzun kalma, iyileşmenin daha geç olması, daha çok ağrı çekilmesi gibi riskler devam etmektedir. Tıbbi nedenler dışında sezaryenin anne ve bebek sağlığına getirdiği ağır yükler göz önüne alındığında, endikasyon dışı sezaryenden kaçınılması zorunlu hale gelmiştir. Genel olarak tüm sezaryen doğumların %4-18’i medikal endikasyon olmaksızın sadece hastanın isteği üzerine yapılmaktadır ve bu oranın da giderek arttığı görülmektedir. Bu nedenle isteğe bağlı sezaryen doğumla ilgili pek çok çalışma yapılmış ve bu konu pek çok farklı platformda tartışılmıştır. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008’de yaptığı açıklamada 39. Haftadan önce isteğe bağlı sezaryen yapılmasını kabul etmemektedir (19- 23).

Yapılan bir çalışmada sezaryen doğumu tercih eden gebelerin %45,2’sinin normal doğum korkusu olduğu için, % 20,6’sının tüplerini bağlatmak istediği için, % 19’unun doğumda ağrı çekmemek için, %16,6’sının bebeği riske atmamak için, % 15’inin önceki doğumu zor olduğu için tercih ettiği görülmüştür (19).

Gebelerin doğum hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi ile bu durum büyük ölçüde engellenebilir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre, doğumların %9,7’sinin evde, %89,7’sinin sağlık personeli tarafından, %8,7’sinin sağlık personeli yardımı olmadan kendi kendine gerçekleşmiş ve doğumların %64,1’i doktor, %27,2’si ebe yardımıyla sonuçlanmıştır. Ayrıca gebelerin %92’sinin en az bir kez doğum öncesi bakım almış ve bu bakımın sadece %2,5’i ebe/hemşire tarafından verilmiştir (25).

Doğum öncesi bakımın yeterli olmasına rağmen, doğuma hazırlık açısından bakıldığında ebe/hemşirelerin verdiği bakımın yetersiz olduğu görülmektedir. Bu da gebelerin doğuma hazır olmadan gelmelerine neden olmaktadır.

Hemen her toplumda doğum dayanılmaz bir ağrı, kontrol kaybı, ölüm korkusu gibi kavramlarla ilişkilendirilir. Her kadın doğumdan az ya da çok korkar. Gebenin önceki deneyimleri ve sosyal öğrenmeleri doğumla ilgili beklentilerini oluşturur (2, 7, 29) .

Doğum korkusuna neden olan etkenlerin bilinmesi intrapartum bakımın niteliğini olumlu etkileyecektir. Literatürde antenatal ve intrapartum dönemde verilen bakım ve eğitimin doğum korkusuyla ilgili önemli bir değişken olduğu ve doğum korkusunu azalttığı bildirilmektedir. Klinikte sağlık personeli tarafından desteklenen gebelerin daha fazla özyeterlilik hissettiği ve memnuniyet oranlarının arttığı ve daha az doğum korkusu yaşadığı bildirilmektedir (30- 32).

Önceki doğumunda yaşanan olumsuz deneyimler, çevrelerinden duydukları ya da izledikleri doğum deneyimleri, gebelerin doğumun ağrılı bir süreç olduğuna koşullanmalarına neden olmakta ve sonuç olarak, doğum korkusu gebelerin en sağlıklı ve doğal doğum şekli olan normal doğumu tercih etmelerini engellemekte ve doğum eylemine uyum sağlamalarına engel olmaktadır (5, 8, 28, 33- 35).

Ebeler, öncelikle doğuma karşı gelişen olumsuz **şartlanmanın** giderilmesine yardımcı olmalıdır. Bunun için doğumun basit terimlerle anlatılması, gevşeme ve nefes alıp verme egzersizlerinin öğretilmesini içeren yeni şartlandırma yönteminin izlenmesi gerekir. Bu yöntem, anksiyeteyi azaltmaya ve bilgisizlikten kaynaklanan korkuyu gidermeye dayanır. İyi bilgilendirilmiş gebe, doğumun tamamıyla ağrısız bir eylem olmadığını ve ağrıyı gidermek için analjeziye ihtiyacı olabileceğini ve bazı farmakolojik olmayan yöntemlerle doğum ağrısının daha az hissedilir duruma gelebileceğini bilir, olaya daha gerçekçi beklentilerle yaklaşabilir. **Ayrıca ülkemizde hala hasta merkezli çalışmayan doğumhane hizmetleri yaygın olduğundan ,doğum için doğumhaneye gelen anne adayı kendisini yalnızlaşmış,ürkmüş ve korku içinde hisseder .Kendisini ve bebeğini nelerin beklediğini bilememektedir.Bu da onun korku ve anksiyetesini artıran çok önemli bir faktördür.**

Bu bağlamda gebelerin normal doğuma ilişkin korkularının ve beklentilerinin araştırılması, bunlara yönelik intrapartum bakım yöntemlerinin geliştirilmesi, gebelik ve doğum sürecinde gebelerin duygusal değişimleri ve korkularının farkına varılması ile bu alanda eksik olan danışmanlık hizmetinin içeriğini belirlemede ebelere yol gösterici olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1- Normal Doğumun Tanımı ve Fizyolojisi

Doğum, 20. gebelik haftasından sonra ağırlığı 500 gramın üzerinde, baş-topuk mesafesi 25mm ve üzerinde olan fetüsün uterus dışına tahliyesi ile gebeliğin sonuçlanmasına denir (35- 38).

Doğum eylemi, uterusun ve serviksin doğuma hazırlanışı ile başlayıp, uterusun düzenli aralıklarla kasılmalarıyla devam eden, fetus ve plasentanın dışarı atılmasından bir saat sonra son bulan bir süreçtir. Normal doğum eyleminde termde, tek ve canlı fetus vardır, uterus kontraksiyonları kendiliğinden başlar ve kontraksiyonların sıklığı, süresi ve şiddeti doğum eylemi ilerledikçe artar (38- 44).

Doğum eylemini gerçekleştiren aktif doğum travayını oluşturan güçlü ağrılardan önce uterusun doğum eylemine hazırlanması gerekmektedir. Gebelik süresince gerekli hazırlıkların tamamlanması ile uterus doğum eylemi için uygun hale gelmektedir. Birçok multipar kadın, gebelikte rahatsızlık vermeyen kasık ve alt karın bölgesine sınırlı, serviks uteride değişiklik yapmayan ve fetüsün pelviste ilerlemesine neden olmayan ağrılar deneyimlemektedir. Bu ağrılara yalancı doğum ağrıları ya da Braxton Hicks kontraksiyonları adı verilmektedir. Bazen de doğum eylemi uyarı vermeksizin ağrısız bir şekilde başlamakta ve hızla sonlanmaktadır. Bütün bu olaylarda pelvisteki yumuşak dokuların, uterusun üst segmentinin, serviksin kas ve bağ dokusundaki değişikliklerin zamanlamalarının önemi büyüktür (41- 48).

Myometriyumun, çizgili iskelet kası ve diğer düz kaslardan farklı özellikleri bulunmaktadır. Kontraksiyonlarla myometriyumun kısalması (retraksiyon) iskelet kasına göre daha güçlü kasılmalar oluşturmaktadır. Kontraksiyon her yöne doğru etki gösterir. İnce ve kalın filamentler uzundur ve gelişigüzel dağılmış olarak bulunurlar. Düz kas kontraksiyonu için aktin miyozin filamentlerinin birleşmesi gerekmekte, bu birleşme miyozin hafif zincirinin fosforilasyonu ve ardından aktinle birleşmesi şeklinde olmakta, bu da ATPase enzimi ile birlikte ATP den bir fosfat kopararak ADP ve enerji dolayısıyla güç oluşmasına yol açmaktadır (43, 45, 47).

Serviks uterinin %85-90'ı bağ dokusundan, %10-15'i ise düz kas dokusundan oluşmaktadır. Gebelik boyunca, konsepsiyon ürününü taşımakla görevli olan serviks aktif doğum eyleminde pasif rol oynar. Gebeliğin onuncu haftasından sonra kollagenaz aktivitesi 2-

3 kat artar, kollagen fibrilleri azalır ve hyaluronik asit miktarı artar. Servikal olgunlaşmanın hormonal kontrolü östrojen tarafından sağlanır (36, 37, 41, 42).

Doğumda serviks uterideki değişiklikler efasman (silinme) ve dilatasyon (açılma) olarak iki şekilde değerlendirilir. Myometrial kontraksiyonlar, serviksin gerilmesine ve üst segmentteki myometrial liflerin kısılmasıyla, kanal servikalin boyunun kısılmasına neden olmaktadır. Bu durum efasman olarak adlandırılır. Efasmanın tamamlanmasıyla, serviksin alt segmentinin yana doğru açılmasına ise dilatasyon adı verilir. Serviksin dilate olup yaklaşık 10 cm kadar açılması, fetusun doğum kanalında ilerlemesine izin verir (47- 49).

Multipar ve nulliparlarda servikste oluşan bu değişikliklerin sıralaması farklılık gösterir. Mutiparlarda daha önce doğum yapılmış olmasına bağlı gebeliğin son aylarında eksternal servikal os yaklaşık 1-2 cm açıktır. Kanal servikalin internal ostiumu kapalıdır. Bu nedenle doğum ağrıları başladığında mevcut açıklık ilerler ve servikal efasman daha sonra olur (Önce dilatasyon ardından silinme). Nulliparda ise durum farklı olup, önce efasman ve ardından dilatasyon olmaktadır(46- 49).

2.2. Doğum Eyleminde Rol Oynayan Faktörler

2.2.1. Motor Güç (Uterus Kontraksiyonları)

Doğum eyleminde myometrium adı verilen uterus kasının kontraksiyonları ağırlı olduğu için bu kontraksiyonlara doğum ağrıları adı verilmektedir. Uterus kontraksiyonları değerlendirilirken ağrının sıklığı, süresi ve şiddetinin (intensite) ifade edilmesi gerekmektedir(45- 47).

Doğum eyleminin başlangıcında 10/dk arayla veya daha uzun aralıklı gelen, 30-40 sn süren kontraksiyonlar, eylem ilerledikçe ve aktif travay sırasında, 2-3 dakikada bir gelen ve 60-90 sn süren güçlü ağrılarla kendini gösterir. Kontraksiyonların sıklığı süresi ve gücü eksternal veya internal tokogram yardımıyla veya kaba olarak elle (palpasyonla) değerlendirilebilir. Etkin kontraksiyonlarda uterus içi basınç 20–50 mmHg'ya yükselmektedir. Uterin kontraksiyon esnasında, iskemi ve önde gelen fetal kısımların servikste oluşturduğu gerilme ve pelvik bası ağrıya yol açmaktadır (46, 49- 51).

Eylem sırasında uterusta olan değişiklikler arasında uterusun üst segmentinin, eylem ilerledikçe, kısıлып kalınlaşması bulunmakta ve bu sayede kontraksiyonlar sırasında fetüs aşağı doğru daha güçlü olarak itilmektedir. Uterusun alt kısmı pasif olarak incelik ve geçecek

olan fetüse yol verir. Fizyolojik retraksiyon halkası; aktif – pasif segmentlerin arasındaki sınıra verilen isimdir (49, 51, 52).

2.2.2. Doğum Objesi (Fetus ve Ekleri)

Normal doğum eyleminde fetus, baş prezentasyonunda, fleksiyon habitusunda, longitudinal situsta ve 1. pozisyonundadır (küçük fontanel solda) (53- 55).

Fetal başın en küçük çapı ve doğum eyleminde önemli rol oynayan çapı suboksipito bregmatik çaptır. Yaklaşık 9,5 cm çapındadır. Normal doğum eyleminde en sık gelen şekildir ve fetal baş pelvise fleksiyon habitusunda ve biparietal çapıyla girer (53, 56, 57).

Başın en büyük çap ve çevresiyle pelvise girdiği çapı oksipito-mental (vertiko-mental) çap olup alın gelişinde görülen 13,5 cm'dir. Defleksiyon gelişinin en ileri formu olan yüz gelişinde baş pelvise 9,5 cm çapında suboksipito-mental çap ile girer. Bir diğer çap oksipito-frontal çap olup 11 cm uzunluğundadır ve verteks, büyük fontanel gelişinde görülür (53- 56).

2.2.3. Doğum Yolu (Kemik Pelvis ve Yumuşak Kısımlar)

2.2.3.1. Kemik Pelvis

Kemik pelvis, arkada promontoryum, yanlarda linea terminalis ve önde symfisis pubis kemiğinin üst kısmından oluşan sınırla, büyük (yalancı) ve küçük (gerçek) pelvis olarak ikiye ayrılmaktadır. Kemik pelvisi oluşturan kemikler, koksia kemiğini oluşturan, os ilium, os iskiüm ve os pubis olup, diğer kemikler sakrum ve koksikstir. Pelvisi oluşturan kemikler arasında sakro-iliak, sakro-koksigeal ve simfiz pubis eklemleri bulunmaktadır (37, 38, 43, 46).

Promontoryum, pelvisin değerlendirilmesinde çok önemli olup, 5. lomber vertebra ile sakrumun arasındaki eklemdir. Öne doğru çıkıntı oluşturmakta ve pelvis darlıklarının değerlendirilmesinde referans noktası olarak önemli rol oynamaktadır (41- 44).

Pelvik aks, Pelvis açıklığı öne bakan ve arkada, sakrum ve koksiks kemiklerini oluşturduğu konkav bir eğim bulunan, adeta soba borusu dirseği şeklinde tanımlayabileceğimiz bir yapıdır (44, 46, 48).

Dört pelvis tipi bulunmaktadır. Bunlar, jinekoid, android, antropoid ve platypelloid pelvistir. En sık görülen (>%50) ve doğum için en elverişli olan pelvis tipi, jinekoid pelvistir.

Android tip kadınların 1/3'ünde görülür, doğum için en kötü prognoza sahiptir. Subpubik açı dar olup iç rotasyonun yapılması güçleşmiştir (42- 44,47).

Andropoid pelvis, beyaz ırktan olmayan kadınlarda daha sıktır. Baş gelişlerde oksiput posterior pozisyon daha sıklıkla görülmektedir. Platypelloid, nadir görülen pelvis tipidir (<3%), pelvis giriminin ön arka çapı dar olup fetal başın girmine engel oluşturmaktadır (41-43, 47, 51).

Pelvik girim, arkada sakral promontoryum, yanlarda linea terminalis ve önde simfiz pubis kemiklerinden oluşan sınırla başlamakta olup, jinekoid bir pelvise yanlamasına oval bir şekildedir. Boyutlarının değerlendirilmesinde ön arka, transvers ve oblik çap kullanılır. Eksternal muayenede bu boyutların değerlendirilebilme şansı yoktur. Ancak eksternal muayenede, vajinal tuşe yapılarak simfizis pubisle promontoryum arası mesafe ölçülebilir. Bu mesafeye konjugata diagonalis adı verilmektedir. Pelvik ön arka girimin üst mesafesi olan konjugata anatomika, diagonal konjugatadan 1-1,5 cm, konjugata obstetrika ise 1,5-2 cm çıkartılarak hesaplanır. Conjugata vera anatomica: 11 cm, Conjugata obstetrica: 10,6 cm, Conjugata diagonalis: 12,5 cm'dir (41, 43, 47).

Orta pelvis, interspinal mesafenin bulunduğu düzleme denilir. Önde simfizisin arka yüzü, yanlarda spina ischiadicalar ve arkada 2-4 sakral vertebralar ile sınırlıdır. İnterspinöz çap 10-10,5 cm'dir (40, 42, 43, 47).

Pelvik çıkım, önde arkus pubis, yanlarda tuber ischiadicalar ve arkada sakrum alt ucu ile sınırlıdır. Subpubik açı kemik pelvisin değerlendirilmesinde önemlidir. 90 derecenin altında bulunduğu hallerde pelvik çıkım darlığı yönünden dikkat edilmelidir. İntertuberos çap yaklaşık 11 cm'dir. Pelvik çıkımın ön-arka çapı ise yaklaşık 9,5-11,5 cm olup bu mesafe koksiks kemiğinin yarı hareketli olması nedeniyle fetusun doğumu esnasında yaklaşık 1-2 cm genişleyebilir (48- 51).

2.2.3.2. Yumuşak Kısımlar

Yumuşak doğum yolunu, uterin alt segment, serviks, vajina ve perine oluşturmaktadır. Normalde bu kısımlar fetusun geçişi için büyük bir engel oluşturmamakla birlikte, bazen distosilere neden olabilmektedir (54- 57).

2.3. Doğum Eylemini Başlatan Faktörler

Çeşitli hayvan modellerinde progesteronun doğum eyleminin başlamasından sorumlu olduğu belirlenmiştir. Fakat insanlarda doğum eylemini başlamasından önce bu şekilde bir progesteron azalması gösterilememiştir. Progesteronun etkisini gen düzeyinde değiştirecek, moleküler, reseptör veya biyokimyasal birtakım düzenleme ve oluşacak olan sinyallerle, progesteronun çekilmesinden çok fonksiyonunun bloke edilmesine bağlı olarak doğum eylemi başlayabilir (38, 45, 50).

Fetüsün de doğum eyleminin başlamasında önemli olduğu düşünülmektedir. Özellikle fetal başa ait anomalilerde, hipotalamus, hipofizin yokluğunda Kortikotropin Releasing Hormon (CRH), ve Adreno Kortikotropik Hormon (ACTH) sentezi olamayacağından fetal adrenalde yeterli C19 steroid sentezi yapılamayacaktır. Bu durum, doğum eylemini başlamasında önemli rolü olan östrojen sentez yapımını bozacağından doğum eylemi gecikecektir. Fetal bazı anomaliler olan bilateral renal agenezi ve pulmoner displazide ve plasental sülfataz eksikliğinde de doğum eyleminin başlaması uzamaktadır (35- 37, 39, 40).

Doğum eyleminin başlamasında çeşitli teoriler bulunmakla birlikte bunların arasında iki teorem önemlidir. Birincisi, gebeliğin devamında rol oynayan faktörlerin geri çekilmesi, diğeri de uterotonin adı verilen myometrial kontraktiliteyi artıran ajanların doğum indüksiyonunda aktif rol almasıdır (43, 48, 55, 56).

Bazı araştırmacılar matür fetüsün doğum eylemini başlamasında önemli olduğunu diğerleri de uterotoninlere cevabın reseptör düzeyinde artmasının doğum eylemini başlamasında önemli olduğunu ileri sürmüşlerdir. İnsanlarda doğum eylemi tek başına hiçbir mekanizmayla açıklanamamaktadır(52- 54).

Doğum eylemini durduran ve başlatan dengelerin bozulması eylemin başlamasında önemlidir. Doğum eylemini başlatan fizyolojik değişiklikler, myometriyumda oksitosin reseptörleri artışı, “gap junction” adı verilen myometriyum hücreleri arasında hücreler arası iletişimi sağlayan aralıklar, uterusta kasılmalara yol açabilecek uterotoninlere yanıtın artması, servikte yumuşamaya yol açan fiziksel ve biyokimyasal değişiklikler sayılabilir (40, 53, 55).

İnsanda doğum eylemi için yapılan araştırmalarda plasental kaynaklı steroidlerin rol oynadığı ve özellikle plasentanın tek başına östrojen sentezinde yeterli olmadığı belirlenmiştir. Fetal adrenal C-19 steroidlerinin plasentada östrojene dönüştürüldüğü bilinmektedir (40, 43, 56, 57).

2.3.1.Steroid hormonlar

Özellikle hayvan modelleri arasında koyunlarda progesteron hormonun azalmasına bağlı doğum eyleminin başlatılabileceği gösterilmekle birlikte insanlarla ilişkilendirilememiştir. Progesteronun koyunlarda doğuma yakın azalma nedeni muhtemel olarak, fetal adrenal hücrelerin, adrenokortikotropik hormona artmış duyarlılığıdır. Bu durumda kortizol salgısı artarak plasenta steroid sentezi değişmekte ve progesteron düzeyini azaltmaktadır. Anne kanında östrojen yükselmesi üçüncü trimester sonlarına doğru başlar ama doğum öncesi dönemde tükürük östriol salgısı dışında ekstra bir artış görülmez. Terme yakın östrojendeki yükselme, uterusu aktive etmesiyle eş zamanlı görülür. Bu durum progesterondaki dengeyi östrojene kaydırmakta ve uterotoninlere uterusun cevabını artırmaktadır. Progesteronun lokal etkisi ve sistemik düzeyinden ziyade progesteronun azalmasının dokuda reseptör veya metabolizma değişikliklerine bağlı olduğu düşünülebilir. Buna en güzel örnek progesteron etkisinin blokajı ile (antiprogesteron RU 486 ile) uterus kontraksiyonları başlar (38, 40, 42, 43, 57).

2.3.2.Oksitosin

Gebeliğin ikinci yarısında uygulandığında, oksitosinin uterus aktivitesine yol açtığı bilinmektedir. Hipofiz arka lobundan salgılanan oksitosinin normal doğum eyleminin başlamasında tam olarak hangi aşamada aktifleştiği bilinmemektedir (41- 44).

Ancak doğum eyleminde, kan düzeylerinin yükselmektedir. Doğum başlangıcında ise, özellikle 2. evrede oksitosin düzeyi oldukça artmaktadır (41, 46, 50).

Oksitosinin aynı zamanda desidua ve myometriumda prostaglandin sentezini uyarmaktadır. Travayın başlangıç dönemlerinde oksitosinin etkinliği, kandaki düzeyi kadar myometriumun duyarlılığına da bağlıdır. Myometriumdaki oksitosin reseptör yoğunluğu gebelik yokken azdır, gebelikte düzenli olarak artar ve doğum sırasında ikiye katlanır. Reseptör yoğunluğu uterusun oksitosine olan duyarlılığı ile bağlantılıdır. Artıştaki mekanizma bilinmemekle beraber, uterustaki prostaglandin ve hormon ortamının değişmesiyle olduğu düşünülür. Oksitosin ayrıca, amnion, korion ve özellikle desiduada sentezlenmektedir. Oksitosinin lokal yapımının insanda doğumu başlatmada katkısı olabileceğini düşünülmektedir (51, 53, 55, 58).

Oksitosinin muhtemelen etkisi prostoglandin oluşumunu artırmak ve myometrial kontraksiyonları hücre içinde kalsiyumu artırarak güçlendirmektir. Doğumların daha çok gece olması oksitosinin geceleri daha fazla olmasına bağlı olabilir (48- 50).

2.3.3. Prostaglandin

Uterus aktivitesi başlamadan saatlerce önce desidua ve amniyotik sıvıda PGF2 α üretimini artırır. Östrojenler özellikle PGF2 α 'nın yapımını arttırmaktadır. Uterus kontraksiyonları doğum ağrılarının şiddetiyle ve doğum travayının ilerlemesiyle prostoglandin düzeyi artmaktadır. Ayrıca prostoglandinler, serviksin biyokimyasal içeriğini değiştirmekte ve yumuşamasına neden olup, olgunlaştırmaktadır. Enflamatuvar olaylar infeksiyon, membranların yırtılması veya serviksin elle sıyırılması (stripping) lokal olarak araşidonik asitten prostoglandin yapımını arttırmakta ve doğum ağrılarını başlatabilmektedir. Prostaglandinlerin preküsörü olan araşidonik asit fetal membranlar, desiduada fazla miktarda bulunmaktadır. PG sentezini amnion, korion ve desidua hücrelerinde, progesteron gibi kortikotropin salgılatan hormon da uyarır. Travay sırasında anne dolaşımındaki PGE2, PGF2 α metaboliti artar (38, 40, 42, 57) .

2.3.4. Endotelin-1

Endotelin-1 in etkisi hücre içi serbest kalsiyumun artışı ve ekstrasellüler kalsiyumun hücre içine girmesi ile gerçekleşir. Ancak bu etki gebe uteruslarda daha zayıftır (38, 45, 49).

2.3.5. Gap Junction Proteinleri

Myometriyumun güçlü ve eşzamanlı bir şekilde kasılıp, fetüsü doğum kanalından itebilmesi için hücreler arası iletişim mükemmel olmalıdır. Bu durum myometrial hücreler arasındaki bağlantılarla sağlanır. Hücreler arası bağlantı kanallarına “gap junction” adı verilmektedir. Küçük moleküllü madde ve iyonlar, bu kanallardan kolaylıkla geçmektedir. Doğuma yaklaştıkça sayıları artmakta ve doğumdan sonra da azaldığını göstermiştir. Östrojen artışı gap junction proteinlerini arttırmaktadır. Progesteron, östrojenin gap junction oluşturma mekanizmasına engel olur (43, 46, 51, 53, 55).

2.3.6. CRH (Kortikotropin releasing hormon)

Hipotalamustan salgılanan bu peptid yapıdaki hormon aynı zamanda gebelikte plasentada da üretilmekte ve doğuma yaklaştıkça üretimini arttırmaktadır. Özellikle erken doğum eyleminin tanısında kullanılmaktadır (53, 54, 57).

2.3.7. Paratiroid hormon-related Protein (PTHr-P)

Bu protein myometriyumda faz l'de artmaya başlar. Uterin kontraksiyonlardaki rolü tam olarak bilinmemektedir. Uterusa yüksek doz östrojen verildiğinde, PTHr P'de artış gözlenir. Bu proteinin etki mekanizması olarak vazodilatasyon oluşturmak, bunun sonucunda da perfüzyonu artırması düşünülmektedir. Ayrıca Adelinat siklaz aracılığı ile uterotopik etki yaptığı öne sürülmüştür (40, 42, 49, 53).

2.3.8. Transforming Growth Faktör

Büyüme faktörü olan bu hormon, diğer hücrelerde uterotopik etkiyle uyarı oluşturan haberci bir hormondur. Travayın başlamasındaki etkisi tam olarak bilinmemektedir.

Transforming growth faktör, güçlü bir uterotonik olan ve doğum eyleminin başlama ve ilerlemesinde oldukça öneme sahip olan PGF-2 α yapımını arttırmaktadır. TGF beta, paratiroid hormon benzeri protein sentezini uyarır. Bu hormonun spontan eylem başlamadan önce ve sırasında belirgin olarak arttığı bilinmektedir(46- 48).

2.4.Doğum Eyleminin Mekanizması

Fetal pozisyonun belirlenmesi için, öncelikle önde gelen kısmın ne olduğu ve hangi referans noktasıyla geldiği değerlendirilir. Daha sonra önde gelen kısmın pelvisle olan ilişkisi belirlenir (36- 38).

Fetal pozisyon değerlendirilirken önce, fetus columna vertebralisinin, referans noktası olarak küçük fontanel alındığında solda (1. pozisyon) veya sağda olmasına göre situs belirlenir, fetal başın gövdesine göre olan ilişkisi habitusu belirler ve normal fleksiyon gelişi veya defleksiyon gelişlerinden biri olan, büyük fontanel, alın ve yüz gelişi olarak değerlendirilir. Yüz gelişi ve diğer defleksiyon gelişlerde fetal çenenin pelvisle olan ilişkisi, önde veya arkada oluşuna göre pozisyon belirlenir (37, 39, 43, 44).

Baş gelişi olmayan durumlarda, önde gelen kısım makat olduğunda, fetal sakrumun önde veya arkada olmasına göre pozisyon belirlenir. Oblik gelişlerde, omuz ve skapulanın ilişkisi fetal pozisyonu belirler. Bazı durumlarda kol sarkması, gelen el ile tokalaşır gibi yapılarak pozisyon belirlenir. Presentasyonların %90'ı oksiput anterior ve transvers, %10'u ise oksiput posterior pozisyonudur. Verteks presentasyonlarının 2/3'ü sol, 1/3'ü ise sağ oksiput anterior'dur (43- 45, 50).

Son olarak gelen kısmın baş olduğu durumlarda, sutura sagittalisin, pelvik aksın ortasında, simfize ya da sakruma mı yakın olduğuna göre sinklitizm belirlenir (50, 52, 53) .

2.5. Doğum Eyleminin Evreleri

2.5.1. Doğum Eyleminin 1. Evresi (Dilatasyon-Açılma)

Doğumun birinci evresi, gerçek doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar ve servikal efasman ve dilatasyonunun tamamlanması ile sona erer. Bu evre latent ve aktif olmak üzere iki fazı içerir (36- 57).

2.5.1.1. Latent Faz

Servikal dilatasyon yaklaşık 3 cm olduğunda sonlanır. Primiparlarda bu dönem ortalama 8–9 saat sürer. Multiparlarda ise yaklaşık 5–6 saat sürer. Kontraksiyonlar düzenlidir, başlangıçta 10–20 dakika da bir gelip 15–20 saniye sürer. Bu süre gittikçe uzayarak kontraksiyon araları 5–7 dakika olur süresi de 30–40 saniyeye çıkar. Doğum ağrılarının şiddeti hafiftir. Bu nedenle latent faz gebenin ağrı ile baş edebildiği ve ebenin, anne adayını en iyi iletişim kurabileceği dönemdir (41- 44, 46).

2.5.1.2. Latent Fazda Ebelik Uygulamaları

- Ağrının doğumda önemi ve ağrının süresindeki değişim konusunda anne bilgilendirilir,
- Ağrıyı hafifletici yöntemler (solunum ve gevşeme teknikleri vb.) hakkında anneye bilgi verilir,
- Gebenin dikkatini, ağrıdan başka yöne çekmek için öğretilen yöntemleri uygulamaya teşvik edilir,
- Merak ettiklerini sorabilmesi için gebe desteklenir,
- Gebenin gevşemesi için en uygun pozisyonu seçmesi sağlanır,
- Pozisyonu sürekli değiştirebileceğini ve ağrı aralarında dinlenmesi gerektiği söylenir,

- Latent fazın başından itibaren eylem boyunca yalnız bırakılmayarak gebenin korkularını ifade etmesi sağlanır,
- Doğum eyleminin seyri, ağrı başlangıç zamanı ve süresi kaydedilir (44, 47, 50- 52, 56).

2.5.1.3. Aktif Faz

Servikal dilatasyon 4 cm olduğunda başlar, dilatasyon 10 cm'e ulaştığında biter. Ortalama 4 -5 saat sürer. Kontraksiyonlar 3 dakikada bir gelir, 60–70 saniye sürer. Aktif fazın sonuna doğru doğum ağrıları 1–2 dakikada bir gelip 60–90 saniye kadar sürer. Kontraksiyonlar sık ve güçlüdür. Aktif fazın sonunda dilatasyon ve efasman tamamlanmıştır. Kontraksiyonların sık aralıklarla gelmesi, şiddetli olması gebenin anksiyetesini artırıp yorgun olmasına, sık pozisyon değiştirmesine neden olur. Anne adayını oldukça rahatsız eder, terletir ve öfke yaşamasına sebep olur (36- 39, 46).

Birinci devrede görülen iki önemli olay serviksin silinmesi ve açılmasıdır. Silinmenin tamamlanmasıyla servikal kanal ortadan kalkar. Bu durumda serviks incelik. Bu incelik kâğıt inceliği olarak açıklanır. Dilatasyonun başlangıcında kollum açılmaya başlayınca servikal kanalı dolduran mukus tıkaçı (nişane) dışarıya atılır. Dilatasyon tamamlanınca yaklaşık 10 cm çapındaki açıklık fetusun doğum kanalında ilerlemesine izin verir (46, 48, 50).

Latent fazın nulliparda 20 saat, multiparda 14 saat üzerine çıkması durumunda uzamış latent fazdan bahsedilir. Aktif faz primiparlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilir. Aktif fazda serviksin açılma hızı ilk gebeliklerde 1,2 cm/saat, diğer gebeliklerde ise 1,5cm/saattir. Dilatasyon devresinin sonuna doğru servikal kanaldaki küçük damarların zedelenmelerine bağlı olarak hafif bir kanama görülebilir (Dilatasyon kanaması). Doğum eyleminin birinci dönemin de (vakaların %60 ile %70'inde), dilatasyon'un sonuna doğru amniyon kesesi de rüptür olur. Bu su kesesinin vaktinde açılması olarak ifade edilir. Ağrılar başlamadan evvel su kesesi açılırsa erken açılmadan söz edilir. Bazen şiddetli ağrılara rağmen rüptüre olmayan su kesesinin, doğumu kolaylaştırmak için müdahale edilerek açılması (amniyotomi) gerekebilir. Amniyotomi'nin amniotik sıvı miktarını ve yapısını (berrak, mekonyumlu vs.) belirlemede ve kontraksiyonları arttırmada olumlu etkisi vardır. Dezavantajları ise eğer doğum eylemi uzarsa enfeksiyon riskini arttırması ve önde gelen kısmın yerleşmediği olgularda kordon sarkmasına neden olmasıdır (45, 55- 57).

Amniotik sıvının boşalması myometriyal kas liflerinin kısalması ile kontraksiyonların şiddetinin ve süresinin artmasını sağlar. Bebeğin kalp atımları, amniyotomi öncesi ve

sonrasında mutlaka sayılmalı ve kaydedilmelidir. Önde gelen fetüs kısmı üzerinden kollum tamamen sıyrılarak uzaklaşınca dilatasyon dönemi de son bulur(39- 41).

2.5.1.4. Aktif Fazda Ebelik Uygulamaları

- Gebe, ağrı hafifletme yöntemlerini uygulaması için desteklenir,
- Ağrı düzeyinin neden arttığına yönelik bilgi verilir,
- Doğum eyleminin seyri, ağrı başlangıç zamanı ve süresi kaydedilir,
- Ateş, nabız, solunum ve tansiyon takibi yapılarak kaydedilir,
- Gebe fiziksel ihtiyaçlarını (idrar yapma, terini silme vb.) giderebilmesi için desteklenir,
- Sırtına ve ayaklarına masaj yapılabilir,
- Gebenin kuruyan dudakları ıslatılır,
- Gebenin yalnız kalmayacağı konusunda güveni kazanılır ve mahremiyeti korunur (46, 48, 50, 52).

2.5.2. Doğum Eyleminin 2. Evresi (Ekspulsiyon-İtilme)

Servikal dilatasyonun tamamlanması ile başlar bebeğin doğumuyla sonlanır. Primiparlarda 1/2 ila 1 saat kadar sürer. Multiparlarda ise sadece birkaç kontraksiyon süresince ve azami 1/2 saat kadar devam eder. Ağrılar 2-3 dakika da bir gelmeye başlar, 60-70 saniye kadar devam eder. Bu devrede ağrıların karakterinde bir değişme görülür, her ağrı ile birlikte irade dışı bir ıkınma hissi başlamıştır. Gebeler erken ıkındırılmamalıdır. Çünkü erken ıkınma; annenin gereksiz yere yorulmasına, fetüsün doğum kanalından inişinin engellenmesine ve servikste yırtıklara yol açabilir. Bu nedenle gebe, serviks tamamen açıldıktan ve fetal baş pelvis tabanına indikten ve sutura sagitalisi pelvis çıkımının ön-arka çapı üzerine geldikten sonra ıkınmalıdır. Diyafragma ve karın adalelerinin kasılmalarının uterus kasılmalarına eklenmesiyle, fetüsün doğum kanalının yumuşak kısımlarından kolayca geçmesi sağlanmış olur. Fetal baş vajinal açıklığa ulaştıkça vajen dokuları, rektum dilate olur, pelvis tabanının kasları gerilir. Son bir ağrı ve güçlü bir ıkınma ile önce baş, daha sonra ön omuz ve arka omuz ve gövde perineden sıyrılarak doğar (36- 39, 56).

İkinci evrenin başladığını gösteren belirtiler yönünden gebe takip edilir. Bu belirtiler şunlardır;

- İkintılı ağrıların başlaması
- Perinenin bombeleşmesi
- Vajinal kanamanın artması
- Annede defekasyon yapma hissinin olması
- Anne bebeğinin geldiğini söylemesi
- Bulantı ve kusmanın olması
- Annede huzursuzluk, ağlama

Gebe multipar ise dilatasyon 7-8 cm olduğunda, primipar ise dilatasyon tamamlandıktan ve fetal baş perineye ulaştıktan sonra doğum masasına alınır (46, 48, 50, 52).

İkinci evrede bebeğin başının inişi değerlendirilmelidir. Verteks gelişi olan bir normal doğumda bebek başın 6 kardinal hareketi bulunmaktadır:

1- Angajman: Nulliplarlarda genellikle doğuma iki hafta kala, multiparlarda ise doğumun başlaması ile bebek başı pelvise girerek angaje olur.

2- Fleksiyon: Fleksiyon fetal başın en küçük çapı ile pelvise girip ilerlemesi için gereklidir.

3- İnış: Fetal baş kontraksiyonların etkisiyle inişi ve pelviste ilerlemesini gerçekleştirir. Fetüsün pelviste ilerlemesi uterus alt segment incilmesi, pelvik yapılar, önde gelen kısmın büyüklüğü veya pozisyonuna bağlıdır. Fetüs doğum kanalında ilerlerken inişle beraber diğer hareketler gerçekleşir.

4- İç Rotasyon: Orta pelviste fetal baş iç rotasyon yaparak sagittal sütünü pelvisin ön arka çapına yerleştirir. .

5- Ekstansiyon: Fetal başın pelvisten çıkarken simfis pubis altına ensesini dayayarak, defleksiyon hareketi yapması ve perineden sıyrılarak başın tamamen çıkması işlemidir.

6- Dış Rotasyon: Bas pelvisten çıktıktan sonra bir kez daha rotasyon yapar (36- 38, 55- 57).

2.5.2.1. İkinci Evrede Ebelik Uygulamaları

Doğumun ikinci evresinde önemli görevleri olan ebe, doğum için gereken malzemeleri hazırlar. Doğumda kullanılacak aletler, örtüler ve eldivenler steril olmalıdır. Doğumu yaptıracak ebe kurallara uygun şekilde ellerini dirseklere kadar yıkadıktan sonra steril boks gömleğini daha sonrada steril eldivenleri giyer. Doğum masasına alınan gebenin baş kısmı 30-60 derece yükseltilmeli ve gebenin beli masaya tam değmelidir. Gebe masaya alındıktan sonra

önce pubisten başlanarak göbeğe kadar antiseptik solüsyonla silinir, sonra bacaklar iç yüzlerinden dizlere kadar silinir, daha sonra vulva ve anal bölgede antiseptik solüsyonla silinerek temizlenir. Silme işlemi bittikten sonra gebe steril kompreslerle örtülür, önce bacaklar, sonra kalçaların altı ve daha sonrada karın kısmı steril kompresler örtülür. Hastanın mesanesi dolu ise aseptik tekniğe dikkat edilerek üriner kateterle boşaltılır (44, 46, 50- 52) .

Kontraksiyon anında gebe etkili bir şekilde ıkınması için desteklenir. Gebeye, ağrı gelince derin bir nefes alması, ağrı iyice artınca ağzını kapatarak ve başını ve vücudunun üst kısmını öne doğru bükerek bütün kuvveti ile bebeği aşağıya doğru iterek ıkınması söylenir. Bu evrede ÇKS beş dakikada bir dikkatlice değerlendirilir. Pelvis tabanına dayanan fetal baş ağrıları sırasında perinede görülür, ağrılar geçince geri kaçar. Buna meyuşiyet devresi denir. Birbirini izleyen ağrılar nedeni ile aşağıya doğru daha da ilerleyen fetal baş ağrıları arasında da geri kaçmaz, bu duruma ise taçlanma devresi denir. Taçlanma devresinde perine korunmalıdır. Bu nedenle ebe, elinin içine yerleştirdiği steril batın kompresi ile perineyi destekler ve perinenin yan dokularını orta hat üzerine doğru iterek toplamaya çalışır. Ebe diğer elini ise fetal baş üzerine koyar. Böylece fetal başın ani olarak doğum kanalından fırlamasını önler. Fetal baş birkaç kontraksiyon ve ıkınma ile perineden sıyrılarak doğar. Baş doğunca ağız ve burundaki sekresyonlar steril spançla temizlenir. Bebeğin boynu kontrol edilerek göbek kordonu boyun etrafında ise gevşetilerek bebeğin başından kurtarılır, göbek kordonu sıkıca dolanmış ise iki klemple tutularak makasla kesilir. Bebek başının doğumundan sonra, baş dış rotasyon yaparak angaje olduğu pozisyona gelir. Böylece omuzlar da başın indiği yolu takip ederek çıkıma gelir. Önce ön omuz sonra arka omuz doğurtulur. Önde gelen omuzun doğumuna başı hafifçe aşağı çekerek yardımcı olunur. Arkada gelen omuzun çıkarılması için de baş hafifçe yukarı çekilir. Vücudun kalan kısmı kendiliğinden kolayca çıkar (46, 52- 54, 56).

Yenidoğan doğum sonrası sıcak bir ortama alınarak ilk bakımı yapılır. Sıcak ve kuru tutulur solunum yolu açılır, 1. ve 5. dakikada apgar skoru belirlenir. Bebeğin kimlik bilgileri için ayak izi alınır ve kol bandı takılır. İntramusküler K vitamini uygulanır. Antibiyotikli göz damlası uygulanır ve annenin bebeğini kucağına alması ve emzirmesi sağlanır (46, 50, 52, 56).

2.5.3. Eylemin 3.Evresi, Ebelik Bakımı ve Plasentanın Ayrılması

Eylemin üçüncü evresi halas evresi adını alır ve bebeğin doğumundan, plasentanın ayrılıp çıkmasına kadar geçen süredir. Bu evre plasental dönem olarak da adlandırılır ve yaklaşık 5-30 dakika sürer. Bebeğin doğumundan sonra uterus hızlı bir şekilde kasılır ve boyu kısalır. Yapışma alanı küçülen plasenta kendini endometriuma uyduramaz ve yapıştığı yerden ayrılır. Ayrılma sırasında retro-plasental bir hematoma oluşur. Schultze ve Duncan şeklinde iki türlü plasenta ayrılması vardır (37, 38, 43, 45, 48).

En sık görülen ayrılma Schultze şeklindedir. Plasentanın arkasında hematoma oluşur ve bu hematoma çevreye doğru büyüyerek plasentanın ayrılmasını sağlar. Vulvada önce fetal yüz görülür, zarların ayrılması plasentanın ağırlığı ile olur ve zarlar plasentayı takip eder, arkasından retro-plasental hematoma boşalır (39- 41, 43, 45).

Diğer ayrılmaya Duncan tarzı adı verilir. Plasentanın ayrılması önce kenarlardan olur ve retro-plasental hematoma boşalır, sonra maternal yüz doğar. Plasenta yapıştığı yerden ayrılıncaya kadar herhangi bir girişim yapılmamalıdır. Bu nedenle önce ayrılma belirtileri gözlenir.

Plasentanın ayrılma belirtileri:

- Uterus yuvarlak, sert hale gelir.
- Ani bir kan boşalması olur.
- Plasenta ayrılması ile beraber uterus umblikus üzerine yükselir, sert hale gelir. (schroder)
- Plasentanın vajende tuşe edilebilir.
- Plasentanın aşağıya inmesi ile beraber kord uzunluğu da artar (Ahlfeld).
- Pubis üzerine parmaklarla bastırıldığında aşağı sarkan umplikal kordun içeri kaçıp kaçmadığına bakılır. Plasenta ayrılmış ise kord içeri kaçmaz. (Küstner) (46, 50, 53, 56, 57)

Doğumun üçüncü evresinde yerinden ayrılan plasentanın dışarıya alınmasında birkaç yöntem bulunmaktadır. Bunlardan biri olan aktif yardım en kısa zamanda plasentayı çıkarmak için yapılan girişimleri kapsamaktadır. Bu yöntem halas döneminin kısa ve kanamanın az olmasını sağlaması nedeniyle daha çok benimsenmektedir. Ayrılma belirtileri görüldükten sonra simfizis pubis üzerinden bir elin iç yüzü korpusun alt segmentinin ön yüzüne yerleştirilerek uterus umblikusa doğru yavaş bir şekilde çekilir. Diğer elle umplikal kord fazla gerilmeden yavaş yavaş aşağıya çekilir (43- 45, 52).

Diğer bir girişim ise, plasenta ayrıldıktan sonra bir elle fundusa karın üzerinden pelvis doğrultusunda hafifçe bastırılırken diğer elle kord fazla gerilmeden yavaşça çekilir. Plasenta doğarken iki elin avuç içine alınarak saat yönünde kendi etrafında döndürülür. Böylece zarların yırtılmadan çıkarılması sağlanır. Plasenta çıkarılırken fundusa sert baskı yapılmamalı, aşağıya doğru zorlayarak itilmemeli ve umbilikal kord aşırı gerilerek, zorlanarak çekilmemelidir. Aksi takdirde uterus inversiyonu, plasenta retansiyonu gibi doğum sonu kanamalara sebep olacak önemli sorunlar gelişebilir. Plasentanın doğumu genellikle 10 dakika içinde tamamlanır. Ancak en fazla 30 dakika kadar beklenir. Plasental dönemde kanama normalde 250–300 cc kadardır. 30 dakika içinde plasenta ayrılmamışsa ve kanama miktarı 300–500 cc ‘geçmişse ayrılma ile ilgili bir sorun vardır. Nedene yönelik girişim yapılarak plasentanın doğumu sağlanır (37- 40, 43, 45, 46).

Plasenta ayrılma belirtileri var ancak 30 dakika geçtiği halde plasenta doğmazsa manuel olarak çıkarılır. Plasenta dışarıya alındıktan sonra, kotiledonların ve zarların tam olup olmadığı, ek bir plasenta bulunup bulunmadığı yönünden değerlendirilir. Eksik plasenta ve zar parçaları doğum sonu kanamalara ve enfeksiyonlara sebep olacağı için hemen çıkartılmalıdır. Umbilikal kord damar sayısı bakılarak değerlendirilmelidir. Normal bir kord da 2 arter 1 ven bulunur. Tek arter bulunması yenidoğanda konjenital bir anomaliyi göstereceği için umbilikal kordun incelenmesi önemlidir (36, 43, 45, 56, 57).

Plasentanın doğumundan sonra uterus kontraksiyonlarını artırmak, kanamayı önlemek için methergine, oksitosin deriveleri İ.M. olarak yapılır. Annenin TA. yüksek ise sadece oksitosin deriveleri yapılır. Daha sonra doğum yolunu oluşturan serviks, vajina ve perine yırtık ve kanama yönünden kontrol edilir. Epizyotomi varsa dikilir. Yırtık varsa tamiri yapılır. Vajina, vulva ve perine antiseptik solüsyonla temizlenir ve vulvaya pet konur. Plasenta çıkarıldıktan sonra uterus kontraksiyonları artar, fundus umblikus ile simfizis pubis arasında yer alır. Normalde fundus sert kitle halinde olmalıdır. Fundus gevşek olarak palpe edilirse uterus masajı yapılır. Yarım saat ya da bir saat kadar anne vital bulgular ve kanama yönünden takip edilir. Her hangi bir problem yoksa anne odasına gönderilir (46, 53- 57).

2.5.4. Eylemin 4. Evresi ve Ebelik Bakımı

Normal doğum eyleminde bu dönemde gerçekte doğum eylemi tamamlanmış olmasına karşın, özellikle doğuma bağlı ölümlerin en sık nedenlerinden birisinin atoni kanaması olmasından dolayı son bir evre olarak lohusanın en az 1 saat süre ile doğum salonunda kanama kontrolünün yapılarak yatağa alınmasıdır. Kanama kontrol evresi plasentanın

çıkarılmasından sonraki ilk 2 saatlik dönemdir. Bu evrede uterus kontraksiyonları devam eder, sert olarak ele gelen fundus genellikle simfisis pubis ile umblikus arasındadır. Annede titreme, idrar retansiyonu, postpartum kanama, hipotansiyon görülebilir. Bu nedenle anne dikkatli takip edilmelidir. Ayrıca anne ile bebek arasında iletişim başlatılır. Eğer vajinal kanama fazla miktarda devam ediyor, uterus yumuşak ve doğum sonrasında halen abdomende küçülmüyorsa, uterin atoni düşünülmelidir. Perine, vajen, serviks, distal rektum ve epizyotomi laserasyon ve hematoma açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca lohusanın vital bulguları aralıklı olarak değerlendirilmelidir (36- 39, 46, 50).

Her yarım saatte bir genel durum, kan kaybı miktarı, fundus yüksekliği (uterus içi kanama), uterus kontraksiyonları (gevşeklik söz konusu olduğunda masaj yapılmalıdır), idrar takibi (globe vezikal) yapılmalıdır. Emzirmenin önemi ve aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilerek emzirme sağlanmalıdır. Doğum tamamlandıktan sonra, anne ve bebek için doğum kayıtları ve kimlik bilgileri düzenli ve dikkatli bir şekilde tam olarak doldurulmalıdır(46, 50, 58, 59).

2.6.Doğum Eyleminde Ağrı ve Fizyolojisi

2.6.1. Ağrının Tanımı

Ağrı pek çok insanın yaşadığı genel bir deneyimdir. Uluslar arası Ağrı Araştırmaları Derneği Taksonomisi Komitesi tarafından yapılan tanımlamaya göre ağrı; vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan ve olmayan, kişinin geçmiş deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan emosyonel bir duyum ve davranış şeklidir (58- 62).

2.6.2. Doğum Eyleminde Ağrı

Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. W. Williams 1926 da doğum ağrısını tam olarak tanımlamış, ağrının (kontraksiyonlar); genellikle sakral bölgeden başlayıp ve daha sonra abdomene ve yukarıya geçtiğini belirtmiştir. Doğum ağrısının erken evrelerde muhtemelen sinir uçları ile kas dokusu arasındaki basınçtan dolayı olduğunu ancak sonraki evrelerde yumuşak bölgelerde dilatasyon ve giderek artan gerilme nedeniyle, baş vulvayı gerdiğinde bariz hale geldiğini ifade etmiştir (59- 63).

Primipar olan kadınların % 60'ının, multipar olanların ise % 40'ının şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların doğum ağrısı deneyimleri, geçmiş ağrı deneyimleri, baş etme yetenekleri, psikososyal faktörleri içeren birçok faktör tarafından etkilenir. Yalnızlık, bilgisizlik, hassas olmayan tedaviler, geçmişte çözülmemiş psikolojik ve fizyolojik stresler, kadınların ağrı çekme oranını artırmaktadır (59- 61, 63, 65).

2.6.3. Doğum Ağrısının Karakteristiği ve Fizyolojisi

Doğum ağrısı bireysel fizyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel bileşenleri çevreler. Bu kültür; yalnızca inançları, ailenin ve toplumun standartlarını oluşturmaz aynı zamanda sağlık bakım sistemi ve sistemin uygulanmasını da içerir. Fetüsün doğumu, yaşamın en olumlu olaylarından biri olduğu için buradaki ağrının doğası, hastalık, rahatsızlık, travma, cerrahi ve tıbbi işlemler sonucu oluşan ağrıdan farklıdır. Doğum ağrısına neden olan faktörler ve fizyolojik süreçleri hakkında değişik çalışmalar vardır. Uterus kontraksiyonları esnasında, serviks ve alt uterin segmentteki ganglionların basıya uğraması ile vasküler dolaşım engellenmekte ve hipoksiye bağlı olarak ağrı oluşmaktadır (55, 57, 60, 61, 63).

Serviksin gerilmesi, uterus kasılmalarının şiddet ve sıklığını arttırmaktadır. Buna Ferguson refleksi adı verilmektedir. Uterus kontraksiyonları, kas kontraksiyonuna bağlı bir olay olduğu için kasılmada hücre içi serbest Ca^{++} iyonu miktarı önemlidir. Myometriyumun kasılması, hücre içi serbest kalsiyumun artmasıyla oluşur. Prostaglandin ve oksitosin hücre içi kalsiyumu artırır, progesteron ise azaltır. Hücre içi kalsiyum, miyozin fosforilasyon hızını ve myometriyumun kasılma gücünü belirler. Tam tersi hücre içi kalsiyum iyonunun azalması gevşeme ile sonuçlanacaktır. Serviksin ilaçla uyarılması veya elle dilate edilmesi, prostoglandinler üzerinden etki göstermektedir (38, 46, 58, 59, 61).

Fundusun üzerindeki visseral peritonun gerilmesi; kontraksiyonlar fundusun tuba köşelerinden başlayarak senkron olarak uterus corpusuna yayılır ve kas tabakası bütün uterusu aynı zamanda kasılır. Hızı ortalama 2 cm/sn olup tüm uterusu 15 sn'de yayılır. Uterusun ligamentlerinin gerilmesi, aktif doğum eylemi öncesi travayın 1. fazında 10 dakikada bir gelen kontraksiyonlar, aktif eylemde 1-2 dakikada bir sıklığa kadar düşer ve 30-90 sn kadar sürer. Uterusun aktif travay öncesi bazal tonüsü: 10-12 mmHg olup, bu tonüs 20 mmHg'ya ulaştığında abdominal palpasyonla hissedilebilir. Tonüs 25 mmHg'ya ulaştığında gebe tarafından da ağrı olarak hissedilir. Aktif fazda uterus içi basınç 20-60 mmHG arasında yükselir (42, 43, 47, 57, 61).

Doğum eyleminde uterin fundus ve korpus aktif kasılan bölümler olup, alt segment ve serviks uteri pasif bölümlerdir. Kontraksiyon ve güç oluşturan kasılmalar süresince alt segment, aktif bölümlerden farklı olarak göreceli olarak gevşemeden gerilir. Uterus üst segment kasıldıkça volümü azalır, kas lifleri retrakte olur ve buna karşın alt segment gerilir ve serviks dilate olur (47, 50, 53, 55, 56).

Kasılmalar esnasında uterus şekil değiştirir, horizontal aksı daralır ve ovoid bir şekil alır ve bu şekilde uterus içinde dikleşen fetusa daha güçlü aksiyel bası uygular ve itme gücünü artırır. Serviksin tam dilate olmasından sonra ıkınmaların başlaması intraabdominal basıncı arttırarak, fetus için ayrı bir itici güç oluşturmaktadır. ıkınmayla birlikte fetusun arkada rektuma yaptığı bası sonucu defekasyon hissini oluşması ile istemsiz ıkınmalar devam eder intraabdominal basıncı arttırması ile ağrı artar (44, 45, 56, 57).

2.6.4. Doğum Eyleminde Ağrı Türleri

Doğum yapan kadın visseral ve somatik olmak üzere iki tür ağrı hisseder. Visseral ağrı, uterus kontraksiyonlarına bağlı serviksin gerilme ve açılmasıyla oluşan ağrılardır. Doğumun 1. evresinde hissedilen ağrı, myometriyumu kanlandıran damarlardaki kontraksiyon ve daralmaya bağlı oluşan iskemik ağrılardır (60, 63- 65).

Somatik ağrılar önde gelen fetal kısımların doğum kanalına, perine ve vulvaya yaptığı bası sonucu görülür. Visseral ağrılar doğumun birinci evresinde görülürken somatik ağrılar daha 1 ve 2. evre geçiş döneminde ve 2. evrede görülüp, daha şiddetli ve lokalize edilebilir ağrılardır. Uterus kontraksiyonu ve dilatasyon ile serviksten başlayan ağrı sempatik afferent zincirde torakal 10 ve lomber 1 hizasında spinal kordun arka boynuzuna ulaşır. Buradaki somatik duyu nöronlarıyla etkileşerek, ağrının simfis pubisle umbilikus arasındaki karın ön duvarı, kalça ve kuyruk sokumu arasında ve belden kasık ve bacaklara yayılan ağrılar olarak hissedilmesine neden olur. Somatik ağrılar ise pudental sinir aracılığı ile parasempatik zincirle sakral 2 ve 4 arasında iletilir (58, 59, 63) .

2.7. Ağrıyla Baş Etmede Anneye Yardım

Eylemdeki kontraksiyonlar ile baş etme yöntemleri kadından kadına değişiklik gösterir. Ağrı sırasında yüz buruşturma, inilti ses çıkarma ya da yüksek sesle bağırma en çok görülen baş etme yöntemleridir. Yöresel olarak kadınlar her ağrıda bağırma, yere çömelme,

ayakta gezmek isteyebilir. Kordon sarkması riski yoksa ayağa kalkıp gezmesine yardımcı olunur. Dolaşmak başın iyice oturmasına yardımcı olabilir (46, 50, 64, 66).

Bazı kadınlar kontraksiyon sırasında fiziksel temas kurmak isteyebilirler. Ancak geçiş fazından sonra bu teması reddederek tamamen ağırları üzerine yoğunlaşırlar. Eylem sırasında ebeğin önemli hedeflerinden biri ağrı ile baş etmeyi sağlamaktır. Doğum ağrısı ile baş etmede, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (63- 69) .

2.7.1. Farmakolojik Yöntemler

2.7.1.1. Sistemik Tedavi

Sistemik tedavi olarak gebelik sırasında kullanılan ilaçlar arasında Sedatif-trankilizanlar, Narkotikler ve Ketamin veya skopolamin gibi dissosiatif veya amnezi oluşturan ilaçlar kullanılırlar. Sedatif-trankilizanlar tek başına veya narkotiklerle birlikte kullanılabilir. Bunlar arasında barbitüratlar, fenotiazin ve benzodiazepinler bulunmaktadır. Narkotikler ağrıyı ortadan kaldırmak için kullanılırlar. Bunlardan en sık kullanılanları, meperidin, morfin ve fentanildir. Ketamin subanestetik dozlarda ikinci veya üçüncü trimesterde analjezik veya sezaryen için regional anestezi olarak kullanılabilir (60, 61, 69).

2.7.1.2. Bölgesel (Rejyonel) anestezi

Vajinal doğum yardımında bölgesel analjezi sık kullanılmaktadır. Bu yöntemler doğum eylemi ve kontraksiyonlar sırasında gebelerin uyanık kalarak ağrı duymalarını engeller. Sistemik ve genel anestezi teknikleri ile karşılaştırıldığında, bölgesel anestezi ile fetusda ilaca bağlı depresyon ve annede aspirasyon riski daha düşüktür. Bölgesel anestezi de vajinal doğum için en sık epidural, paraservikal, pudental ve lokal perineal infiltrasyon kullanılmaktadır. Bu yöntemlerde önce sıvı replasman tedavisi başlanmalı ve komplikasyonlarına karşı hazırlıklı olunmalıdır. Bunun için maske ile oksijen, entübasyon setleri, aspirator sistemi ve hipotansiyon tedavisi için efedrin gibi ilaçlar hazır bulundurulmalıdır (60, 69, 71).

2.7.1.3. İnhalasyon Anestezisi (Genel Anestezi)

Normal doğumda analjezik amaçlı inhalasyon anestetikleri de kullanılabilir. Doğumun birinci veya ikinci evresinde ağrının ortadan kaldırılması için subanestetik dozlarda tek başlarına veya rejyonel ya da lokal anestezide ilave olarak kullanılmaktadır. Bu uygulama anesteziyolojist tarafından yapılmalıdır (58, 67, 69).

2.7.2. Non-farmakolojik Yöntemler

Gebe eğitiminin temel konularından biri, doğum ağrısıyla başa çıkmada etkili olan nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemleridir. Bu eğitimin 2. ya da 3. trimesterde yapılması uygundur. Fakat doğuma hazırlıksız gelen gebelerde de nonfarmakolojik yöntemler eylemin latent fazında öğretilir. Kadına vücuduna uygulanacak herhangi bir işlemde önce bilgi verilmelidir. İşlemler ve cihazlar hakkında bilgi verilmesi annede anksiyetenin dolayısı ile ağrının azaltılmasına yardım eder (61- 70).

Nonfarmakolojik Yöntemler

- Gevşeme
- Ruhsal uyarılma
- Tensel uyarılma
- Solunum teknikleridir

Bunun dışında hipnoz, akupunktur, su içinde doğum ve transkutanöz elektrik stimülasyonu (TENS) gibi yöntemleri içeren birçok psikolojik etkinliği de yüksek olan yöntemler de kullanılmaktadır (60, 70, 72- 74).

2.7.2.1. Destekleyici Gevşeme Teknikleri

Gevşeme tekniği anksiyetenin giderilmesi ve kas gerginliğinin azaltılması için kullanılan bir yöntemdir. Gevşeme nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerinin tamamını kapsamaktadır ve bütün yöntemlerin uygulanabilmesinde temel oluşturmaktadır. Büyük kas gruplarının sırasıyla aktif olarak kasılıp pasif olarak gevşetilmesi şeklinde uygulanır. Özellikle hayal kurma ile birlikte kullanıldığında daha etkilidir. Gebeye latent fazdan itibaren başlamak üzere eylem boyunca özellikle uterus kontraksiyonlarının dinlenme fazında kas gruplarının sırasıyla kasıp gevşetmesi ve bu işlem esnasında hayal kurabilmesi öğretilir.

Gebenin bu tekniği kullanmasına yardımcı olabilmek için komutlar verilir. Baştan ayağa kadar bütün kaslarını sıra ile kasıp gevşetmesi sağlanır (60, 70, 75).

2.7.2.2. Solunum Teknikleri

Kadının dikkati solunum teknikleriyle ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığı zaman annenin; ağrı eşiğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero-plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar (66- 68).

1950 ve sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda, hekimler hissedilen ve başa çıkılabilen ağrı arasındaki farkı anlamaya çalıştılar. Bu yıllarda Fransız kadın doğumcu Fernand Lamaze Rusya'da gördüğü bir metodu modifiye etmiş; oluşturduğu modeli Pavlov'un şartlı refleks teorisine dayandırmıştır. Buna göre beynin bir bölümü üzerindeki stimlasyon hareketi belirli merkezleri uyarır ve uyarılan bölgeler diğer uyarılara cevap vermezler. Dolayısıyla uterus kontraksiyonları stimülasyonuna bağlı oluşan ağrı ve korkuya cevap öğrenilmelidir. Bu şekilde şartlı cevap durdurabilir veya daha pozitif şeylerle yer değiştirebilir. Doğum eyleminde nefes alma teknikleri güçlü bir aktivasyon yaratarak serebral korteksin diğer bölgelerinde uterusta ağrıya neden olan stimlasyonları baskılar. Sonuçta sözlü uyarıların eylemde korku, rahatsızlık ve ağrının azaltılmasında bir yol olduğunu ifade ederek bir yöntemin doğmasını sağlamıştır. 20.yy da, doğal doğum obstetrik tedaviyi içeren doğuma alternatif olarak ortaya konmuş, ağrı deneyiminin subjektif boyutu ve medikal yardımın gerekliliği tartışılmaya başlanmıştır (67- 73).

Lameze (psikoprafilaktik) yöntemi en yaygın kullanılan tekniktir. Dört aşamada uygulanır.

1. İlk Düzey (Normal Solunum) :

Burundan nefes alınıp sıcak yemeği üfler gibi dudaklar büzülerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 sn'de 2 kezdir. Latent fazın başlarında uygulanır (60, 66, 67).

2. İkinci Düzey (Yavaş - Derin Göğüs Solunumu) :

Bu solunum şekli aktif doğum eylemi başlayıncaya kadar kontraksiyonlarla başetmede yardımcı olur. Özellikle oluşan gerilimi gidererek gevşemeye de yardımcı olmaktadır. Her kontraksiyonun başında normal solunum yapılır. Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. Başlangıçta normal solunum yapılır sonra burundan 5 sn nefes alınır ve ağız yoluyla nefes 5 sn'de dışarı verilir. Solunum hızı dakikada ortalama 6 ile 12 arasında değişir. Kontraksiyon süresince yavaş ve derin göğüs solunumu sürdürülür (66, 64, 71).

3. Üçüncü Düzey (Hızlı - Yüzeysel Göğüs Solunumu) :

Bu teknik sesli solunum olarak da bilinmektedir. Dikkati başka yöne çekmede ve enerji kaybını önlemede etkisi büyüktür. Bu solunum tipi bir köpek yavrusunun nefes nefese kalması şekline benzetilir. Nefes vermeye "hii" ya da "hoo" sesleri eşlik eder. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Solunum hızı saniyede yaklaşık 2 solunum olacak şekilde olmalıdır. Bu solunum tekniği daha çok aktif fazda uygulanır (46, 50, 67)

4. Dördüncü Düzey (Üfleme - Abdominal Solunum) :

Doğum eyleminin geçiş aşamasına gelindiğinde (dilatasyon 8 - 10 cm) fetus aşağıya doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma doğru bir basınç oluşur ve her bir kontraksiyonla beraber bazen ıkınma hissi gelişebilir. Pelvik basıncı azaltmada ve ıkınma hissini gidermede abdominal solunum modeli uygulanmaktadır. Bu teknikte nefes ağızdan alınıp verilir. Bu daha çok hızlı - yüzeysel solunum tipine benzer ancak burada solunum sırasında hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir. Üfleme tipi solunum, diyaframı kaldırarak oluşan basıncı da azaltmaktadır. Solunuma 6:1 oranında başlanır. Yani 6 kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme tarzında solunuma başlanır. Kontraksiyon şiddetlendikçe oran da düşürülür. 6:1,5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam edilir. Üfleme tekniğinin hızlı ve yüzeysel olmasına özen gösterilmelidir. Ancak arka arkaya hızlı - yüzeysel solunum yapıldığında hiperventilasyon oluşacağından alınan ve verilen hava miktarının eşit olmasına özen gösterilmelidir. Üfleme tekniğine çok iyi uyum sağlamak gerekir. Kurallara uygun yapılsa bile ıkınma duygusu yaşanabilir(46, 66, 67, 70).

2.8. Annenin Doğum Eylemine Fizyolojik ve Psikolojik Adaptasyonu

Doğum, fetüsün uterustan doğum kanalı aracılığıyla dışarı atılmasını içeren fizyolojik bir süreç olduğu kadar psikososyal (subjektif boyut) ve experiential (yaşantısal) olmak üzere çok boyutlu bir süreçtir(46, 50, 52, 53, 69).

Bu süreçte, annede birçok fizyolojik adaptasyonlar olur. Doğumun anne organizmasında stres yaratmasıyla, kalp hızında 10-20 atım artış, kardiak outputta 1. evrede %10-15, ikinde evrede %30-50 artış görülür. Kontraksiyonlar esnasında kan basıncı 10-30 mmHG artış gösterir. Beyaz küre 25-30 bin/mm³ olur. Solunum hızı artar. Gastrik motilite ve besin emilimi azalır. Vücut ısısı artar, mide boşalma süresi uzar ve PH düşer. İskelet kasında, kramp ve ağrılar oluşur, sonunda bazal metabolizma artar. Bütün bunlar gebenin psikolojisi ve fizik durumuna göre değişiklik gösterir. Bunların arasında daha önceki yapılan doğumlar,

şimdiki gebeliğin ve doğum eyleminin önceden planlanıp planlanmaması, sosyokültürel seviye, eş desteğinin varlığı, gebelikte yapılan egzersiz ve doğum eğitimi, doğum eyleminden beklentileri, doğum korkusu, anksiyete varlığı, yorgunluk ve bitkinlik sayılabilir (37, 38, 43, 44, 47).

Gebenin doğum eylemine psikolojik adaptasyonunda ise gebe eylemin başında daha koopere ve hafif heyecanlıdır, anksiyete ve hafif korku vardır. Aktif doğum eylemi başlayınca, tüm konsantrasyon ve enerjisini ağrı ile baş etmek için kullanır. Eğer önceden eğitim verilmediyse bu kontraksiyonlar sırasında ağlar ve çığlık atıp kontrolü kaybedebilir. Bu durum istemli kasılma ve iskelet kasında kontraksiyonlara neden olup, doğum eylemini daha ağırlı hale getirir ve fetusun pelviste ilerlemesini engeller. Bu esnada gebe, cesaretlendirilmeli, her türlü psikolojik destek sağlanmalıdır (46, 65, 73, 74).

2.9. Korku Kavramı

Korkmak son derece doğal bir davranıştır ve insan yaşamının sürdürülebilmesi için gereklidir. İnsan, bilmediği açıklayamadığı ya da anlayamadığı şeylerden korkar. İlk insanların yıldırımdan, ateşten vahşi hayvanlardan korkmasının temel nedeni de budur. Karanlıktan, yıldırımdan, vahşi hayvanlardan vb. korkan insan, onlara ilişkin bilgilerini arttırdıkça bilinmeyenden kaynaklanan bu korkularını da yenebilme olanağına kavuşmuştur. Oldukça karmaşık bir doğaya sahip olması nedeniyle korkuya ilişkin farklı tanımlar mevcuttur. Örneğin Tok'un belirttiğine göre Young, korkuyu "içinde bulunan ortamın algılanmasıyla ortaya çıkan, iç organları harekete geçiren, bedende, davranışta ve bilinçte kendini belirten duygusal bir süreç" olarak tanımlamıştır (75- 77).

Bununla birlikte, genel anlamda korku, herhangi bir uyarının tehdit edici olarak algılanmasıyla ortaya çıkan savaş ya da kaç tepkisiyle sonuçlanan duygusal bir tepki olarak da nitelendirilebilir. Bu özelliğiyle korku, canlının hayatta kalmasına yardımcı olan bir duygudur (75- 82).

Bilim insanları, primatlar üzerinde yaptıkları deneyler sonucunda oldukça ilginç sonuçlarla karşılaşmışlardır. Bu hayvanların yer aldığı çeşitli deneylerde, yılanlara verdikleri tepkiler oldukça fazladır. Bir yılanla ilk kez karşılaşan yavru primatlarda bile bu korkunun yaşanması ilginç bir sonuçtur. Deneyin bir diğer aşamasında, deneklere yılanla birlikte çiçekler de gösterilir. Bir süre sonra hayvan, sadece çiçekten de korkmaya başlar. Bu deneylerden elde edilen bulgular, yılan korkusu gibi bazı korkuların doğuştan gelmekle

birlikte, sonradan öğrenilebildiğini de göstermektedir. Dolayısıyla korku biyolojik olmakla birlikte kültürel bir yöne de sahiptir ve bu özelliğiyle başta toplumsal olmak üzere örgütsel yapının da temel bileşeni haline gelir (4- 6, 73, 75, 77).

2.10. Doğum Eyleminde Korku

Doğum eylemi gebeler tarafından merak edilen bir olaydır. Bu durum gebe kadında bilinmezlikten gelen bir korku yaratır. İlk kez anne olacak kadınlar eylemin nasıl gerçekleşeceğini düşünürken, multipar kadınlar da yeni bir doğumun ne getireceğini düşünüp korku yaşayabilirler. Ayrıca gebeler eylemde fiziksel yaralanma, ağrı gibi alışık olmadıkları durumlarla karşılaşma ve beden kontrollerini kaybetme ile ilgili anksiyete yaşayabilirler (1- 3, 7, 75, 79, 82).

Dick Read' in 1933'de yayınlanan "Korkusuz Doğum" kitabında; doğum ağrısını oluşturan nedenleri tartışmış, akıl ve bedeni iki kutup olarak ayırmış ve uzmanların ağrıyı anlamak ve önlemek için bu iki kutbu iyi incelemeleri gerektiğini ifade etmiştir. Dick Read'e göre batıl inanç, uygarlık düzeyi ve kültür kadın üzerinde ağrıyı etkileyen faktörlerden olup, doğumdaki anksiyete ve korkuların da oluşmasına neden olduğunu belirtmiştir (2, 3, 6, 7, 83).

Anksiyete (kaygı), endişe, korku, gerginlik, huzursuzluk ve sıkıntı halidir. Korku nesnel tehlikeye karşı koruyucu bir uyarılıştır, anksiyete ise bilinçdışı olan ve nesnesi kişice tanınmayan, içsel tehditlere karşı oluşan tepkidir. Bir diğer anlamda dıştan kaynaklanan bir tehlike varlığı ya da olasılığı karşısında yaşanan duygu durumudur. Doğum eylemi sırasında, zarar görme, doğum seyri konusunda yetersiz bilgi, personel tutumu, bebek veya gebenin yaşamını yitirmesi gibi korkular veya kaygılar yoğunlaşmaktadır (8- 12).

Anksiyete; terleme, baş, göğüs, karın ağrıları, çarpıntı, nefes darlığı, boğulma hissi ve mide yakınmaları, hazımsızlık biçiminde kendini gösterebileceği gibi, dikkatini yoğunlaştıramama şeklinde de gözlenebilir. Kişi yaşadığı anksiyete ile delireceği korkusunu yaşar. Yoğun anksiyeteye bağlı olarak bireylerin açık seçik düşünmesi engellendiği gibi doğru kararlar alması da güçleşir (27, 29- 34).

Doğumda yaşanan yoğun ağrı gebede strese neden olarak algılama, düşünme ve bellek süreçlerini de etkiler. Doğum eylemi sırasında kadında, doğum seyri konusunda yetersiz bilgi, zarar göreceği korkusu, kötü personel tutumu, bebek veya gebenin yaşamını yitirmesi gibi korkular veya kaygılar yoğunlaşmaktadır (2, 7, 10, 12).

Selye'ye göre stres, bedenden beklenene karşı bedenın nonspesifik yanıtıdır. Stres, yeni koşullara uyum ihtiyacını artırır, yani sorunun ne olduğuna bakılmaksızın soruna karşı uyum sağlamayı gerektirir. Çalışmaların pek çoğunda stres bireylerin iç ve dış ortamdaki olumsuz uyarılara ya da rahatsız edici olaylara bir tepki olarak tanımlanmaktadır. Her kişi yaşamı boyunca sistem içinde gerilim yaratan stresörlere karşı açıktır. Gerilim kişinin uyumunda bir bozukluk ya da dengesizlik yaratma potansiyeline sahiptir ve bir cevap gerektirir. Ağrılı sendromlarda, anksiyete ve strese ilişkin bulgular sık görülmektedir ve insanın biyolojik ve psiko-sosyal dengesini bozup tükenmeye yol açabilmektedirler(2, 3,5- 7).

Rahatsız bir durumda bulunmak, uykusuzluk, yorgunluk, anksiyete, korku, öfke ve depresyon kişinin ağrı eşliğini düşüren faktörlerdir. Öte yandan, ağrının giderilmesi, dinlendirici bir uyku, gevşeme, sempati ve anlayış gösterilmesi, ruhsal durumunun düzelmesi; ağrı eşliğini yükseltmektedir (8-13).

Kadınlar doğum nedeniyle stresle karşı karşıya kalırlar. Gonadal hormonların beyinde anksiyete ve duygu duruma etkilerini incelendiğinde; östrojenin anksiyolitik etkilerinin olduğu birçok deneysel ve klinik çalışmada gösterilmiştir. Östrojenin bellek üzerine olumlu etkileri de tehlike algısında ve kaçınmada etkili olmuştur. Progesteronun da benzer etkileri olduğu gösterilmektedir, ancak insanlarda anksiyete bozukluğuna neden olduğunu kanıtlayan bir çalışma yoktur (4-8).

Anksiyete ve stres yanıtlarını düzenleyen bir başka hormon da oksitosindir. Düz kaslar, doğum ve süt salgılama süreci üzerinde etkili olduğu kadar beyinde nesnelere ve deneyimleri eşleştirme, annelik davranışları, yeme, içme ve cinsel faaliyetleri de düzenlemektedir. Stresin artması GnRH hormonun artmasına neden olur, bu da artan uterus kasılması ile sonuçlanmaktadır. Stres kısaca erken doğum riskini arttırabilmektedir (6, 7, 12, 13).

Doğum sancısının şiddeti, gebelik dönemi kadar doğum ortamındaki değişikliklerle, doğum sırasındaki duygusal desteğin derecesi ile orantılı bir şekilde değişebilir. Psikolojik, fizyolojik değişkenler ve klinik etmenler doğum yapan kadınların ağrı algısı için önemli belirleyicilerdir. Korku, endişe, güven, zihinsel bakımdan hazır oluş anksiyete düzeyini etkileyerek, ağrı algısı ile kadının başa çıkabilme becerisini etkiler (46, 76, 78, 81, 84, 85).

2.11. Doğuma İlişkin Korkuyla Baş Etmede Ebelik Girişimleri

Gebenin psikolojisi doğum eyleminin süresini ve niteliğini etkileyen önemli bir faktördür. Doğum eyleminde gebe korku, ağrı, ağız kuruluğu, ter, amniyotik mayi gibi faktörlerden dolayı rahatsızlık hisseder. Normal seyir gösteren eylemde bile gebeler stres yaşamakta, eyleminin patolojik seyir göstermesi ise yaşanan stresin artmasına neden olur. Stresle karşılaşan anne organizmasında yanıt olarak katekolamin ve kortizon salınımı artar. Artan katekolaminlerin ise vazokonstrüksiyon oluşturarak utero-plasental dolaşımın azalmasına, ağrıya ve uterus kontraksiyonlarının engellenmesine yol açtığı sanılmaktadır.

Bu nedenle aşırı stres yaşayan gebelerde;

- Eylem ağırlı olur,
- Eylem uzun ve zor olur,
- Fetal distres olasılığı yüksektir.

Ayrıca doğumda korku yaşayan gebelerin kan basıncı, solunum ve kalp hızında artış görülebilir (46, 50, 52, 67).

Ebeler; doğum eyleminde annenin yaşadığı stres bulgularının farkında olmalı, gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamalı, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmalı ve doğum eyleminin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamalıdır.

Ebelik girişimleri; gebenin bilgilendirilmesi, anksiyetenin giderilmesi, fiziksel rahatın sağlanması, gevşeme-solunum tekniklerinin öğretilmesi/uygulanması ve gerekli farmakolojik ajanların uygulanmasına yönelik olmalıdır.

- Vena kava basısını azaltmak ve feto-maternal perfüzyonu arttırmak için gebenin yan yatar pozisyonda olması sağlanmalıdır.
- Kontrendikasyon yoksa gebe ayağa kaldırılabilir. Ayağa kaldırmanın sakıncalı olabileceği durumlar prezentasyon ve pozisyon anomalileri, gebelik komplikasyonları, fazla vajinal kanama, ilerlemiş eylem, gebeye analjezik ve sedatif ilaçların verilmesi, angajman olmaksızın amniyotik kesenin erken açıldığı durumlarda kord prolapsus ihtimaline karşı yatak istirahati endikasyonu vardır.
- Gebenin ılık suyla duş alması sağlanabilir.
- Enfeksiyonun önlenmesi ve rahatlık açısından perinenin temiz ve kuru tutulması sağlanmalıdır. Yatak çarşaflarının kuru, temiz ve düzgün olması sağlanmalıdır.
- Vulva, vajinal muayenelerden ve tuvalete çıktıktan sonra antiseptik bir solüsyonla yıkanmalıdır.

- Gebe 2-3 saatte bir mesanesini boşaltması için desteklenir. Dolu bir mesane kontraksiyon sırasında rahatsızlığı artırır ve fetüsün inişine engel olarak eylemin uzamasına neden olur. Gerekğinde kateterizasyon uygulanabilir.
- Ağız kuruluşuna karşı dudaklar ıslatılabilir.
- Vücut ısısı korunmalıdır. Ter ve amniyotik mayi nedeniyle ıslanan giysiler değiştirilmeli, ayakları üşüyorsa çorap giydirilerek ısınması ve rahatı sağlanmalıdır.
- Gebe uygulanacak işlemler, ağrı, eylemin ilerleyişi gibi konularda bilgilendirilmelidir.
- Solunum teknikleri öğretilerek, uygulanması için desteklenmelidir.
- İyi bir dinleyici olmak, samimi olmak, gebenin yanında uzun süre kalmak gibi girişimlerle karşılıklı güven ortamı sağlanmalıdır.
- Gebenin yakınlarından birisinin (annesi, eşi, kardeşi) yanında olması sağlanabilir.
- Masaj uygulaması (kontraksiyon sırasında hafif ya da orta dereceli abdominal rahatsızlık efloraj ile azaltılabilir. Eylemde gelişen sırt ağrısından kurtulmak için sırtın alt bölgesine ya da sakral sahaya basınç uygulamak oldukça etkili bir tekniktir, bunun için bir top, el ya da rulo yapılmış bir havlu kullanılabilir), uğraşı (eylemin erken dönemlerinde kitap, gazete okuma), gevşeme (kasları sıra ile gevşetme), hayal kurma (bir hayali canlandırarak uyandıracığı güzel duyguları yaşamaya çalışma), dokunma ihtiyacının giderilmesi yöntemleri ile ağrı ile baş etmesi desteklenmelidir (46, 50, 82, 84, 87).

3-GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Araştırma doğum salonuna doğum için gelen son trimestirdaki gebelerin doğuma ilişkin korkularını, beklentilerini ve etkileyen faktörleri belirlemek için yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Araştırma, doğum için başvuran gebeliğinin son trimestirında olan ve araştırmayı kabul eden gebeler ile yapılan tanımlayıcı, kesitsel bir araştırma olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Salonunda yapılmıştır.

Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 300 yataklı olup, 19 kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim, 108 ebe, 52 hemşire çalışmaktadır.

Doğum salonunda 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 vardiya şeklinde çalışılmaktadır. Gündüz 4 ebe, 1 bebek hemşiresi ve doğum salonu sorumlu ebesi, 1 kadın doğum uzmanı; gece, 4 ebe, 1 bebek hemşiresi ve 1 kadın doğum uzmanı çalışmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Çalışmanın evrenini 1 Ocak 2010- 31 Aralık 2010 tarihleri arasında Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde normal vajinal doğum yapan 5470 gebe oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 1 Temmuz-1 Eylül 2011 tarihleri arasında doğum yapmak için doğum salonuna başvuran, araştırma sınırlılıkları içinde olan toplam 300 gebe oluşturmuştur.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya doğum eyleminin 1.evresinde olan, canlı fetüsü olan ve normal vajinal doğum engeli olmayan, normal gebelik dönemi geçirmiş veya kontrol altına alınmış ve doğumda ilaç kullanması gerekmeyen riskli gebeler dâhil edilmiştir. Algılama sorunu olan gebeler araştırmanın gerçekliğini olumlu veya olumsuz etkileyebileceği düşüncesi ile çalışmaya dâhil edilmemiştir.

3.7. Verilerin Toplanması

3.7.1 Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında Tanıtıcı Bilgi Formu ve Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) kullanılmıştır

3.7.1.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı bilgi formunda gebelerin sosyo-demografik özelliklerini ve obstetrik özelliklerini içeren 23 soru bulunmaktadır.

3.7.1.2. Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ)

Wijma Doğum Beklentisi/ Deneyimi Ölçeği (W-DEQ), 2005 yılında kadınların yaşadığı doğum korkusunu ölçmek amacı ile Klaas ve Barbro Wijma tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır (88).

Körükçü ve Kukulcu tarafından Türkçeye uyarlanarak, geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.89, Split-half güvenilirliği 0.91 olarak bulunmuştur (89).

Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tiptedir. 0 "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir.

Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır. **2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31** numaralı sorular ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır.

3.7.2. Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışmanın yapılabilmesi için Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinden gerekli yazılı izin ve Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ve Mersin

Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan etik onay alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılacak doğum salonuna normal vajinal doğum yapmak için başvuran gebelere açıklamalar yapılarak yazılı olarak izin alınmıştır.

3.7.3. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması

Veri toplamada tanıtıcı bilgi formu işlerliğini, anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonuna normal vajinal doğum yapmak için başvuran 15 gebeye ön uygulama yapılmıştır.

3.7.4. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Veriler, 1 Temmuz-1 Eylül 2011 tarihleri arasında haftanın altı günü 08.00-16.00 saatlerinde, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi doğum salonuna normal spontan doğum yapmak için başvuran, araştırmaya katılmayı yazılı ve sözlü olarak kabul eden 300 gebeye, araştırmacı tarafından, veri toplama araçları birebir yüz yüze görüşme yöntemi uygulanarak toplanmıştır.

3.7.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Windows 11,5) programında, uygun istatistiksel yöntemler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Demografik değişkenler sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. Ölçek puanlarının normal dağılıp dağılmadığı Shapiro Wilk testi ile test edilmiş ve normal dağılıma uygun dağılmadığı için parametrik olmayan yöntemler uygulanmıştır. Ölçek puanları bakımından iki grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlı farklılık bulunan gruplarda farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu saptamak için çoklu karşılaştırma testlerinden olan Dunn testinden yararlanılmıştır. $p < 0,005$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu araştırma Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Salonunda normal doğum için gelen gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri

n:300

Tanıtcı Özellikler	Sayı	%
Yaş		
19 yaş ve altı	23	7,7
20-35 yaş arası	254	84,7
36 yaş ve üstü	23	7,7
Eğitim Durumu		
Okuryazar değil	91	30,3
İlköğretim	190	63,3
Lise	15	5
Üniversite ve üzeri	4	1,3
Mesleği		
Ev Hanımı	260	86,7
İşçi	13	4,3
Memur	5	1,7
Diğer*	22	7,3
Sosyal Güvencesi		
Olan	284	94,6
Olmayan	16	5,3
Aile Tipi		
Geniş	28	9,3
Çekirdek	272	90,7

*Diğer: esnaf, serbest meslek

Çizelge 4.1.'de araştırma kapsamına alınan gebelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır.

Çizelge 4.1. incelendiğinde, araştırmaya katılan gebelerin %7,7'sinin 19 yaş ve altı , %84,7'sinin 20-35 yaşları arasında, %7,7'sinin ise 36 yaş ve üstünde olduğu görülmüştür.

Ayrıca gebelerin %30,3'ünün okuryazarlığının olmadığı, %63,3'ünün ilköğretim, %5'inin lise, %1,3'ünün üniversite ve üzeri mezunu olduğu, %86,7'sinin ev hanımı olduğu, %94,7'sinin sağlık güvencesinin olduğu ,%90,7'sinin çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır.

Çizelgede gösterilmemekle birlikte, araştırmaya katılan gebelerin yaşları minimum 15, maksimum 43, yaş ortalamaları ise $28,04 \pm 5,76$ 'dır.

4.2. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Çizelge 4.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

n:300

Değişkenler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
1	112	37,3
2	76	25,3
3	37	12,3
4 ve üzeri	75	25
Yaşayan Çocuk Sayısı		
0	115	38,3
1	78	26
2	42	14
3	13	4,3
4 ve üzeri	52	17,3
Ölü Doğum Sayısı		
Var	12	4
Yok	287	96
Düşük Sayısı		
Var	24	8
Yok	275	92
Kürtaj Sayısı		
Var	9	3
Yok	290	97

Çizelge 4.2'ye bakıldığında, araştırmaya katılan gebelerin %37,3'ünün ilk, %25,3'ünün ikinci gebeliğini yaşadığı, %12,3'ünün üçüncü gebeliği yaşadığı, %25'inin dört ve üzeri gebeliği olduğu, %8'inin düşük, %4'ünün kürtaj ve %4'ünün ölü doğum deneyimi yaşadıkları saptanmıştır.

4.3. Gebelerin Önceki Doğumlarının Özelliklerine Yönelik Bulgular

Çizelge 4.3. Gebelerin Önceki Doğumlarının Özellikleri n:300

Değişkenler	Sayı	%
Önceki Doğum Şekli*		
Normal	183	98,9
Sezaryen	2	1,1
Önceki Doğumun Yapıldığı Yer*		
Ev	9	4,9
Hastane	176	95,1
Önceki Doğumda Hastaneye İlişkin Memnuniyet Durumu*		
Memnun kalan	85	48
Memnun kalmayan	92	52
Gebelerin Önceki Doğumları İle İlgili Duyguları*		
Korku		23,2
Bebeğin cinsiyetine bağlı mutsuzluk		9,3
Ağrı		1,2
Diğer*		28
Önceki Doğumda Sorun Yaşama *		
Yaşayan	98	53
Yaşamayan	87	47

* n, ilk gebelik sayısına bağlı olarak farklılık göstermiştir

*Diğer, kızgınlık, şaşkınlık vb.

Çizelge 4.3’de gebelerin önceki doğumlarının özellikleri, doğumlarını yaptıkları hastaneye ilişkin memnuniyet durumları, doğum ile ilgili duyguları ve doğumda sorun yaşayıp yaşamadıkları gösterilmiştir. Araştırmadaki gebelerin %98,9’unun önceki gebeliklerinin normal doğumla, %1,1nin ise sezaryen doğumla sonuçlandığı, %4,9’unun evde, %95,1’inin hastanede doğum yaptıkları saptanmıştır.

Gebelerin, hastaneye ilişkin memnuniyet durumlarına bakıldığında, %48’ünün memnun kaldığı, %52’sinin ise memnun kalmadığı görülmektedir.

Gebelerin önceki doğumları ile ilgili duygularından %23,2’si korkudur, %9,3’ü bebeğin cinsiyetine bağlı mutsuzluktur, %1,2’si ağrı ve %28’u ise kızgınlık ve şaşkınlık olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin %53’ünün önceki doğumlarında sorun yaşadığı saptanmıştır.

4.4. Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikler

Çizelge 4.4. Şimdiki Gebeliğe İlişkin Özellikler n:300

Değişkenler	Sayı	%
Gebeliğin Planlı Olup Olmadığı		
Evet	38	12,7
Hayır	262	87,3
Gebeliğin Tedavi Gebeliği Olup Olmadığı		
Evet	3	1
Hayır	297	99
Sistemik Hastalık Varlığı		
Evet	102	34
Hayır	198	66

Çizelge 4.4 'de gebelerin %87,3' ünün bu gebeliklerinin planlı olmadığı, % 1 nin tedavi gebeliği olduğu görülmektedir.

Ayrıca araştırmaya katılan gebelerin %34'ünde sistemik bir hastalık olduğu saptanmıştır.

4.5. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine İlişkin Verileri

Çizelge 4.5. Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Özelliklerine İlişkin Veriler n:300

Değişkenler	Sayı	%
Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu		
Evet	218	72,7
Hayır	82	27,3
Doğum Hakkında Bilgi Alma Durumu		
Evet	82	27,3
Hayır	218	72,7
Doğum Hakkında Bilgi Veren Kişi		
Sağlık personeli	75	91,5
Aile bireyleri/komşu/medya	7	8,5
Doğum hakkındaki bilginin içeriği		
Doğumda solunum egzersizleri	60	20
Doğum ağrısının niteliği	3	1
Doğum şeklinin tercihi	19	6,3

Çizelge 4.5' de gebelerin doğum öncesi bakım özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir. Gebelerin %72,7'si doğum öncesi bakım almıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %27,3'i gebelik süresince doğum konusunda bilgi aldığı ve bilgi alanların %91,5'inin sağlık personelinden bilgi aldığı görülmüştür.

Doğum hakkında gebelerin %72,7'si bilgi almamıştır. Bilgi alanların %20'si solunum egzersizleri, %1'i doğum ağrısının niteliği, %6,3'ü ise doğum şeklinin ne olacağı ile ilgili bilgi aldığını ifade etmiştir.

4.6. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi

Çizelge 4.6. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri İle İlişkisi
n:300

Tanıtcı Özellikler	n	Ortalama±Ss	p
Yaş			
19 yaş ve altı	23	89,65±0,77	0,017
20-35 yaş arası	254	83,96±9,09	
36 yaş ve üstü	23	88,17±5,69	
Eğitim Durumları			
Okuryazar değil	91	88,79±4,23	0,000
İlköğretim	190	82,54±9,42	
Lise	15	87,87±8,76	
Üniversite ve üzeri	4	87,33±15,01	
Meslek			
Ev Hanımı	260	85,10±8,35	0,000
İşçi	13	71,38±7,18	
Memur	5	85,40±12,15	
Diğer*	22	88,05±5,96	

*Diğer: esnaf, serbest meslek

Çizelge 4.6' da W-DEQ A Ölçek puanlarının gebelerin sosyo-demografik özellikleri ile ilişkisi verilmiştir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Puan arttıkça kadınların yaşadığı doğum korkusu artmaktadır.

Yaş grupları arasında W-DEQ A ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. ($p=0,017$). On dokuz yaş ve altındaki gebelerin W-DEQ A ölçek puanı, 20-35 yaş arasındaki gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,02$). Otuz altı yaş ve üstündeki gebelerde ise W-DEQ A ölçek puanı, on dokuz yaş ve altındaki gebelere göre düşük, 20-35 yaş arasındaki gebelik grubuna göre daha yüksektir.

W-DEQ A Ölçek puanları bakımından eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

Okuryazar olmayanlar ile ilköğretim mezunu olanların W-DEQ A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Okuma yazma bilmeyen gebelerin W-DEQ A ölçek puanı, ilköğretim mezunlarına göre daha yüksek bulunmuştur.

W-DEQ A ölçek puanları bakımından meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Ev hanımı, memur ve diğer meslek gruplarından olan gebelerin işçi grubuna göre W-DEQ A ölçek puanı daha yüksek bulunmuştur.

4.7. W-DEQ A Ölçek puanlarının Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle İlişkisi

Çizelge 4.7. W-DEQ A Ölçek Puanlarının Gebelerin Doğurganlık Özellikleri İle İlişkisi n:300

Değişkenler	n	Ortalama ±Ss	p
Gebelik Sayısı			
1	112	89,06±5,03	0,000
2	76	72,95±6,73	
3	37	86,86±5,62	
4 ve üzeri	75	89,12±3,63	
Sistemik Hastalık			
Var	102	89,40±3,44	0,000
Yok	198	82,31±9,56	
Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu			
Evet	218	82,81±9,50	0,000
Hayır		89,80±1,02	
Doğum Hakkında Bilgi Alma Durumu			
Evet	218	73,77±8,24	0,937
Hayır		88,84±4,04	
Ölü Doğum			
Var	12	90,25±3,52	0,061
Yok	287	84,49±8,78	
Önceki Doğumda Komplikasyon			
Var	98	89,75±2,14	0,000
Yok	87	73,49±6,42	
Tedavi Gebeliği Olma Durumu			
Evet	3	80,67±5,13	0,116
Hayır	297	84,76±8,72	

Çizelge 4.7’ de W-DEQ A Ölçek puanlarının gebelerin doğurganlık özellikleri ile ilişkisi verilmiştir.

W-DEQ A Ölçek puanları bakımından gebelik sayısı grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$).

Birinci ve ikinci gebeliği olanların W-DEQ A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). İlk gebeliği olan gebelerin W-DEQ A ölçek puanları, ikinci gebeliği olan gebelerin W-DEQ A ölçek puanlarından daha yüksektir.

İkinci ve 3. gebeliği olanların W-DEQ A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Üçüncü gebeliği olan gebelerin ikinci gebeliği olan gebelere göre W-DEQ A ölçek puanları daha yüksektir.

İki gebelik ile 4 ve üzeri gebelik geçirmiş olanların W-DEQ A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır ($p<0,001$). Dört ve üzeri gebeliği olanların ikinci gebeliği olan gebelere göre W-DEQ A ölçek puanları daha yüksektir.

Doğum hakkında bilgi alanlar ile almayanlar arasında W-DEQ A ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,937$).

Sistemik hastalığı olan ve olmayan grup arasında W-DEQ A ölçek puanları bakımından istatistiksel anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Sistemik hastalığı olan gebelerin W-DEQ A ölçek puanları daha yüksektir.

Gebeliğinde doğum öncesi bakım alan ve almayanlar arasında W-DEQ A ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Doğum öncesi bakım almayanların W-DEQ A ölçek puanları daha yüksektir.

Ölü doğum yapanlar ile yapmayanlar arasında W-DEQ A ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,061$).

Önceki doğumlarında komplikasyon geçirenler ile geçirmeyenler arasında W-DEQ A ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0,001$). Önceki doğumunda komplikasyon geçirenlerin W-DEQ A ölçek puanı daha yüksektir.

Tedavi gebeliği olan ve olmayanlar arasında W-DEQ A ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,116$).

4.8. Gebelerin Doğumlarına İlişkin Beklentilerini Gösteren Bulgular

Çizelge 4.8. Gebelerin Doğumlarına İlişkin Beklentileri

n:300

Değişkenler	Sayı	%
I. Doğum sancıları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?		
Son derece mükemmel Hiç mükemmel değil	2 186	0,7 62
Son derece korkunç Hiç korkunç değil	187 1	62,3 0,3
II. Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?		
Son derece yalnız Hiç yalnız değil	187 62	62,3 20,7
Son derece kendinden emin Hiç kendinden emin değil	63 191	21 63,7
Son derece korkmuş Hiç korkmamış	233 1	77,7 0,3
Son derece yüzüstü bırakılmış Hiç yüzüstü bırakılmamış	185 63	61,7 21
Son derece güçsüz Hiç güçsüz değil	193 60	64,3 20
Son derece güvende Hiç güvende değil	61 189	20,3 63
Son derece bağımsız Bağımlı	2 170	0,7 56,7
Son derece umutsuz Hiç umutsuz değil	188 11	62,7 3,7
Son derece gergin Gerginlik yok	190 9	63,3 3
Son derece memnun Hiç memnun değil	2 186	0,7 62
Son derece hoşnut Hiç hoşnut değil	2 187	0,7 62,3
Son derece terkedilmiş Hiç terkedilmemiş	188 7	62,7 2,3
Tamamen kendine hakim Hiç kendine hakim değil	6 182	2 60,7
Son derece rahat Hiç rahat değil	3 190	1 63,3
Son derece mutlu Hiç mutlu değil	2 188	0,7 62,7

Çizelge 4.9.'un Devamı		
III. Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?		
Aşırı panik	189	63
Hiç panik değil	11	3,7
Aşırı çocuğa kavuşma isteği	28	9,3
Hiç çocuğa kavuşma isteği yok	185	61,7
Aşırı özgüvenli	7	2,3
Özgüveni yok	188	62,7
Aşırı ağrılı	255	85
Ağrı yok	4	3
IV. Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?		
Son derece kötü bir şekilde davranacağım	248	82,7
Kötü bir şekilde davranmayacağım	10	3,3
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim	190	63,3
Kontrolümü tamamen kaybetmeyeceğim	12	4
V. Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?		
Son derece keyif verici	10	3,3
Keyif verici değil	187	62,3
Son derece doğal	13	4,3
Hiç doğal değil	187	62,3
Tamamen olması gerektiği gibi	13	4,3
Hiç olması gerektiği gibi değil	187	62,3
Son derece tehlikeli	190	63,3
Hiç tehlikeli değil	6	2
VI. Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?		
Hiç	3	1
Çok sık	200	66,7
VII. Son bir ay içinde doğum sancuları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?		
Hiç	2	0,7
Çok sık	195	65

Çizelge 4.8.'de gebelerin doğumlarına ilişkin beklentileri gösterilmiştir. Gebelerin doğum sancuları ve doğumları hakkında düşünceleri, gebelerin %62'si doğumlarının hiç mükemmel olmayacağını, %62,3'ünün ise son derece korkunç olacağını beklediklerini belirtmişlerdir. Gebelere doğum sancuları ve doğum sırasında neler hissedebilecekleri sorulduğunda, gebelerin %62,3'ünün kendilerini yalnız hissedeceklerini, %63,7'sinin hiç kendinden emin olmayacağını, %77,7'sinin son derece korkmuş, %61,7'sinin son derece

yüzüstü bırakılmış, %64,3'ünün son derece güçsüz hissedeceklerini düşündükleri saptanmıştır. Gebelerin %63'ü kendilerini güvende hissetmeyeceklerini belirtmişlerdir. Gebelerin %56,7'sinin kendilerini bağımlı, %62,7'sinin son derece umutsuz, %63,3'ünün son derece gergin hissedeceğini, %62'si hiç memnun olmayacağını, %62,3'ü hiç hoşnut kalmayacağını, %62,7 son derece terk edilmiş hissedeceğini söylemişlerdir.

Doğum sancıları ve doğumları sırasında gebelerin %60,7'si kendine hâkim olamayacağını, %63,3'ü hiç rahat olamayacağını, %62,7'si hiç mutlu olamayacağını belirtmişlerdir. “Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda ise gebelerin %63'ü aşırı panik olacağını, %61,7'si çocuğa kavuşma isteğinin hiç olmayacağını, %62,7'si özgüveninin olmayacağını, %85'i doğumun ve sancıların aşırı ağrılı olacağını beklediklerini belirtmişlerdir.

“Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda, gebelerin %82,7'sinin son derece kötü bir şekilde davranacağını, %63,3'ünün kontrolümü tamamen kaybedeceğim cevabını verdiği görülmüştür.

Bebegi doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz diye sorulduğunda, gebelerin %62,3'ü keyif verici değil, hiç doğal değil, hiç olması gerektiği gibi değil, %63,3'ü ise son derece tehlikeli cevabını vermiştir.

Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz oldu mu diye sorulduğunda, gebelerin %66,7'si çok sık cevabını vermiştir.

Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz oldu mu diye sorulduğunda gebelerin %65'i çok sık cevabını vermiştir.

5. TARTIŞMA

Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Doğal doğum mümkün olduğu kadar müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Gereksiz yere yapılan her türlü müdahalenin doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine negatif etkileri vardır (1, 2, 32, 62- 64).

Genel olarak bilinen doğumla ilgili anksiyete farklı yönler içermektedir. Birçok araştırmacı annede anksiyete ve korkunun neden ve sonuçları ile ilgili çalışmalar yapmışlardır (29, 88). Bir çalışmada, gebe kadınların %20'si korku yaşadığı ve %6'sı sakat kalmaktan korktuğu belirtilmiştir (29).

Szeverenyi ve ark.'nın yaptığı çalışmada, kadın ve erkeklerin %80'ninden fazlasının doğumla ilgili bazı korkulara sahip oldukları belirlenmiştir. Kadınlar en çok malformasyonlu ya da zarar görmüş bir bebeğe sahip olmaktan, operasyonlu doğumdan, yabancı bir ortamda yalnız kalmaktan, herhangi bir şeyi yanlış yapmaktan ve doğumun nasıl olacağı ile ilgili belirsizliklerle karşı karşıya kalmaktan kaygı duyduklarını ifade etmişlerdir (90).

Sjögren ve ark.'nın gebeler ile yaptıkları araştırmada, doğuma ilişkin saptanan en önemli korku nedeni doğumda görev alan sağlık personeline güven eksikliği olarak belirlenmiştir (30).

Yapılan çalışmalarda kadınların çoğunluğunun konjenital malformasyonlu veya özürlü çocuk doğurma korkusuna sahip olduğu saptanmıştır (91, 92).

Kadınları kendi isteği ile sezaryen doğuma yönlendiren nedenlere ilişkin çalışmalarda; gebelerin doğum konusunda yeteri kadar bilgilendirilmemesi, doğum ağrısı ve doğumhaneden korkmaları, doğumhane koşullarının uygun olmaması, doğumda psikolojik desteğin göz ardı edilmesi, epidural anestezi alternatifinin yaygın olarak sunulmaması gibi faktörlerden söz edilmektedir (93- 97).

Gelişmiş ülkelerde epidural analjezi gibi ağrı kontrol yöntemlerinin kullanımının yaygınlaşmasıyla birlikte "doğum ağrısından korkma" artık bir sezaryen tercih nedeni olmaktan çıkmaya başlamıştır. Ancak bu gerekçe, normal doğumda analjezi seçeneklerinin çok sınırlı olduğu gelişmekte olan ülkelerde, halen önemli bir sezaryen tercih nedeni olarak belirtilmektedir (97- 99).

Karakuş ve Şahin'in çalışmasında kendi tercihi ile sezaryen ile doğum yapan kadınların %62,1'i ağrı korkusu, %26,4'ü güvenli bulma nedenleri ile seçtiklerini

bildirmişlerdir (99). Bu alanda çalışan hemşire ve ebelere gebelerin sezaryen tercihlerini etkilemede önemli görevler düşmektedir. Yeterince bilgilendirilmiş gebeler, doğum korkusu ile baş etmede daha başarılı olabilirler.

Kadınların sezaryen doğum konusundaki bilgileri, deneyimleri ve çevrelerinden duydukları, onların sezaryene bakışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Örneğin daha önce travmatik doğum deneyimi olan kadınlar, sonraki doğumlarında sezaryeni tercih edebilmektedir (98).

Sezeryanla doğum yapan annelerin önemli bir kısmının yenidoğanla temas sağlama % 100 oranında, yenidoğanı emzirme uygulamalarında % 97.3 oranında yardım aldığı, epizyolu vajinal doğum yapan annelerin ise, sırasıyla % 93.1 ve % 80.5 oranında yardım aldığı tespit edilmiştir (101, 102). Bu sonuçtan da anlaşılacağı üzere normal doğum erken emzirme ve erken anne bebek etkileşimini sağladığından, normal doğumda sezaryena oranla anne mobilizasyonunun çok daha kısa sürede olması nedeniyle normal doğumun teşvik edilmesi önemlidir.

Penna ve Arulkumaran çalışmasında, kadının doğum tercihi kararında, yaşadığı toplumda sezaryenin "iyi" veya "kötü" olarak değerlendirilmesi ve arkadaşlarının etkisinin önemli bir faktör olduğu gösterilmiştir (98).

Clement'in çalışmasında, "doğal ve normal bir doğum" beklentisinde olmanın, kadının sezaryeni olumsuz değerlendirmesinde, "sezaryeni modern yaşamın ve teknolojinin bir simgesi" olarak görmenin ise olumlu değerlendirmesinde etkili olduğu belirtilmektedir (102). Benzer şekilde, Hollandalı kadınların çoğunluğunun doğumu doğal bir süreç olarak görmelerinin ve normal doğumu destekleyen tutumlarının bu ülkedeki sezaryen oranının düşük kalmasında (%8.5-11) etkili bir faktör olduğu ifade edilmektedir (103).

Ülkemizde gebe ve sağlık hizmeti verenlerin normal doğuma ilişkin tutum ve yaklaşımlarını açıklamaya yönelik kalitatif araştırmalara gereksinim vardır. Şahin'in belirttiğine göre, son yıllarda Dünyada, kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında kararlara katılım ve seçim yapma haklarını destekleyen kadın-aile merkezli yaklaşımın benimsenmesiyle birlikte kadınların sezaryen doğum talebinde bulunma hakları olup olmaması gerektiği tartışılmaya başlanmıştır (97, 104).

Kadınların sezaryen doğum isteme hakkı olması tıbbi, yasal, etik ve ekonomik yönden incelenmiş ancak ortak bir karara varılamamıştır. Bu gibi durumlarda sağlık personelinin öncelikle kadın ve ailesine ayrıntılı bir danışmanlık vermesi ve kadının tercih nedenlerini de

dikkate alarak olumlu ve olumsuz yönleriyle birlikte sezaryen kararını tartışması önerilmektedir (97, 104, 105).

Doğumla ilgili bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini desteklemek amacıyla gebe kadınlara sezaryen hakkında kanıta dayalı bilgi verilmelidir. Kadınların görüşlerini ve kaygılarını dikkate almak, karar alma sürecinin ayrılmaz bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Amerikan Kadın Doğumcular Birliği (ACOG) 9 Mayıs 2006'da yaptığı açıklamada sezaryenlerin isteme bağlı olarak değil tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmiştir (ACOG 2006) (105). Sağlık Bakanlığı, anne sağlığını korumak ve DSÖ tarafından konulmuş hedeflere ulaşabilmek amacıyla, sezaryen endikasyonlarını ülke genelinde kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ve anlaşmalı özel sağlık kuruluşlarında izlem çalışmalarına başlamıştır. Sezaryen endikasyonları ve ilgili protokollerin duyurulduğu bir doküman hazırlanarak sezaryen oranlarının düşürülmesi hedeflenmiştir (35).

Modern doğum hekimliği ve DSÖ tarafından önerilen endikasyonlara uyulması, istatistiklerin düzgün tutulması ve hasta dosyalarına kayıtların detaylı ve doğru olarak yazılması, etik kurallara uyulması bu hedefe ulaşmayı sağlayacak en önemli önlemlerdir (35).

Sayiner ve ark.'nın 500 gebe üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, kadınların sezaryen doğumu tercih nedenleri; % 47 hekim isteği, % 19 kendi isteği, % 18 vajinal doğum korkusu, % 11 miad geçmesi, % 5 sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi şeklinde sıralanmıştır. Normal doğumu tercih edenlerin tercih nedenlerinde sıralama ise; % 35 normal doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi, % 18 hekim isteği, % 16 hastanede kendiliğinden gerçekleşmesi, % 14 kendini çabuk toplama isteği, % 10 annelik içgüdüsünü arttırmak, % 7 ise ekonomik nedenler şeklindedir (106).

Araştırmamıza katılan gebelerin önemli bir kısmının (%84,7) 20-35 yaşları arasında, yarıdan fazlasının(%63,3) ilköğretim mezunu, çoğunluğunun ev hanımı olduğu, sağlık güvencesinin olduğu ve çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır (Çizelge 4.1). Araştırmaya katılan gebelerin yaşları minimum 15, maksimum 43, yaş ortalamaları ise 28,04±5,76'dır.

Türkiye'de kadınların eğitim düzeyi ve evlenip çocuk sahibi olma durumuna baktığımızda, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçları, kadınların % 33'ünün ya hiç okula gitmediğini ya da ilkokulu bile bitirmediğini göstermektedir. Türkiye'de 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortalama evlenme yaşı 21'dir. Son yirmi yıl içinde ortalama ilk evlenme yaşında yaklaşık olarak 3 yıllık bir artış gerçekleşmiştir. Türkiye'de çok genç yaşlardaki evlenme davranışında önemli bir değişim görülmekteyse de, TNSA-2008

sonuçları 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzde 10'unun evlenmiş olduğunu göstermektedir (107).

Araştırma sonucunda 19 yaş ve altındaki gebelerin doğum korkusu, 20-35 yaş arasındaki gebelere göre daha fazla bulunmuştur ($p=0,02$). Otuz altı yaş ve üstündeki gebelerde ise doğum korkusu, 19 yaş ve altındaki gebelere göre az, 20-35 yaş arasındaki gebelik grubuna göre daha fazladır. Doğum ile ilgili korkuların ve ambivalan duyguların derecesini anne yaşının direkt olarak etkilediği bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda genç yaşta anne olan kişilerin yaşadığı sıkıntılar ileri yaşta anne olan bir kişiye göre düşük bulunmuştur(108). Bernazzi ve arkadaşlarının 213 gebe kadınla yaptığı çalışmada ileri yaşın ambivalan duyguları ve korkuları arttırdığını ortaya konulmuştur (109). Bu çalışmalar, araştırmamızın sonuçlarını desteklemektedir.

Araştırmada okuma yazma bilmeyen gebelerin doğum korkusu, ilköğretim mezunlarına göre daha fazla bulunmuştur. Ev hanımı, memur ve diğer meslek grupları olan gebelerin işçi grubuna göre doğum korkusu daha fazla bulunmuştur.

Saisto ve Halmesmaki tarafından yazılan bir derlemede düşük sosyo-ekonomik düzey ve düşük eğitim durumunun (110), Saisto ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir araştırmada ise işsizliğin doğum korkusunu arttırdığı belirtilmiştir (111). Bu sonuçlar da araştırmamızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan gebelerin %37,3'ünün ilk, %25,3'ünün ikinci gebeliğini yaşadığı, %12,3'ünün üçüncü gebeliği yaşadığı, %25'inin dört ve üzeri gebeliği olduğu, %8'inin düşük, %4'ünün kürtaj ve %4'ünün ölü doğum deneyimi yaşadıkları saptanmıştır.

Araştırmamıza göre, ilk gebeliği olanlar ikinci gebeliği olan gebelere göre doğumdan daha fazla korkmaktadır. Üçüncü gebeliği olan gebelerin ikinci gebeliği olan gebelere göre doğumdan daha fazla korkmaktadırlar. Dört ve üzeri gebeliği olanlar ikinci gebeliği olan gebelerden daha fazla doğumdan korkmaktadırlar ($p<0,001$). Alehagen ve arkadaşlarının 35 primipar ve 39 multipar kadın ile yaptığı ve doğumun erken evresinde yaşanan doğum korkusunu gruplar arasında karşılaştırdığı çalışmada primipar gebelerin multipar gebelerden daha fazla korku yaşadıkları belirtilmiştir (112). Şahin'in çalışmasında, doğum sayısı arttıkça doğum korkusunun arttığını göstermektedir. Bunun nedenin literatürde de bahsedildiği gibi önceki doğumlarda yaşanan olumsuz deneyimlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (3, 87, 113). Bu sonuçlar araştırmamızla paralellik göstermektedir. Çalışmamızda ölü doğum yapanlar ile yapmayanlar arasında doğum korkusu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p=0,061$). Bu sonucun araştırmadaki ölü doğum deneyimi yaşayan gebe sayısının çok az oluşundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki gebelerin tamamına yakını (%98,9) önceki gebeliklerinin normal doğumla sonuçlandığı ve yine tamamına yakınının(%95,1) hastanede doğum yaptıkları saptanmıştır.

Gebelerin önceki doğumları ile ilgili duygularının neler olduğuna bakıldığında, bunların %23,2'si korkudur, %9,3'ü bebeğin cinsiyetine bağlı mutsuzluk olası dikkat çekicidir. Ayrıca gebelerin %53'ünün önceki doğumlarında sorun yaşadığı saptanmıştır. Bu sonuçlar ışığında, araştırmadaki gebelerin çoğunluğunun normal doğumu deneyimlediği, doğumu hastanede gerçekleştirdiği ve gebelerin yarısından fazlasının memnun kalmadığı görülmüştür. Araştırmamıza göre önceki doğumunda komplikasyon geçirenlerin doğum korkusu önceki doğumunda komplikasyon geçirmeyenlere göre daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Doğum korkusu olan 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin % 46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, % 73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, gebelerin % 65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve % 44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, % 43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur (29).

Araştırmaya katılan gebelerin %34'ünde sistemik bir hastalık olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda sistemik bir hastalığı olan gebelerde doğum korkusu daha fazla bulunmuştur ($p<0,001$). Serçekuş'un yaptığı çalışmada, kronik hastalığa sahip olma durumu ile doğum korkusu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (2).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %27,3'i gebelik süresince doğum konusunda bilgi aldığı ve bilgi alanların %91,5'inin sağlık personelinde bilgi aldığı görülmüştür. Doğum hakkında gebelerin %72,7'si bilgi almamıştır. Bilgi alanların %20'si solunum egzersizleri, %1'i doğum ağrısının niteliği, %6,3'ü ise doğum şeklinin ne olacağı ile ilgili bilgi almıştır. Araştırmamızın sonuçlarına göre, doğum hakkında bilgi alanlar ile almayanlar arasında doğum korkusu açısından bir fark yoktur ($p=0,937$) Araştırmamızdaki gebelerin %72,7'si ise doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım almayanların doğum korkusu daha fazladır ($p<0,001$). Bu sonuçlardan yola çıkarak, çalışmaya katılan gebelerin şimdiki gebeliklerinde aldığı doğum öncesi bakım oranı, ülkemizdeki doğum öncesi bakım alma oranı ile karşılaştırıldığında yeterli doğum öncesi bakım aldığı, ancak doğuma hazırlık konusunda yeterince destek almadıkları söylenebilir. Literatür incelendiğinde, antenatal dönemde alınan bakım ve eğitimin doğum korkusuyla ilgili önemli bir değişken olduğu ve doğum korkusunu azalttığı bildirilmektedir. Klinikte sağlık personeli tarafından desteklenen

gebelerin daha fazla özyeterlilik hissettiği, memnuniyet oranlarının arttığı ve daha az doğum korkusu yaşadığı bildirilmiştir (87- 89). Gürel ve ark.'nın çalışmasında (2006) kadınların %65,5' nin gebeliğinde gebelik, doğum ve postpartum dönemle ilgili sağlık personelinin başka kaynaklardan bilgi edinme ihtiyacı duyduğu ve %82,1'inin farklı kaynaklardan bilgi edindiği saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların çoğu bilgileri kitap ve dergilerden (%54,0), televizyondan (%40,0), arkadaşları ya da tanıdıkları bir kişiden alırken (%22,4), doğum öncesi hazırlık sınıfına katılıp bilgi alan olmadığı da saptanmıştır (114). Özbaşaran ve Yanikkerem (2004) çalışmasında, gebe kadınların en çok beslenme ve tetanoz aşısı konusunda bilgi aldıklarını bulunmuştur (115). Başka bir çalışmada ise primiparların multiparlara oranla daha fazla eğitim sınıflarına devam ettikleri görülmüştür (116).

Araştırmaya katılan gebelerin önemli bir kısmının (%87,3) bu gebeliklerinin planlı olmadığı, % 1 nin tedavi gebeliği olduğu görülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre tedavi gebeliği olanlar ve olmayanlar arasında doğum korkusu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,116$). Bu sonucun örneklemdaki tedavi gebeliği olan gebe sayısının az olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmadaki gebelere doğum sancıları ve doğumlarının genel olarak nasıl olacağını düşündükleri sorulduğunda, gebelerin %62'sinin hiç mükemmel olmayacağını, %62,3'ünün ise son derece korkunç olacağını beklediklerini söylemişlerdir. Araştırmada, “Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda, gebelerin %62,3'ünün kendilerini yalnız hissedeceklerini, %63,7'sinin hiç kendinden emin olmayacağını, %77,7'sinin son derece korkmuş, %61,7'sinin son derece yüzüstü bırakılmış, %64,3'ünün son derece güçsüz hissedeceklerini düşündükleri saptanmıştır. Gebelerin %63'ü kendilerini güvende hissetmeyeceklerini söylemişlerdir. Gebelerin %56,7'sinin kendilerini bağımlı, %62,7'sinin son derece umutsuz, %63,3'ünün son derece gergin hissedeceğini,%62'si hiç memnun olmayacağını,%62,3'ü hiç hoşnut kalmayacağını,%62,7 son derece terk edilmiş hissedeceğini söylemişlerdir.

Doğum sancuları ve doğumları sırasında gebelerin %60,7'si kendine hâkim olamayacağını, %63,3'ü hiç rahat olamayacağını, %62,7'si hiç mutlu olamayacağını belirtmişlerdir. “Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda ise gebelerin %63'ü aşırı panik olacağını, %61,7'si çocuğa kavuşma isteğinin hiç olmayacağını, %62,7'si özgüveninin olmayacağını, %85'i doğumun ve sancuların aşırı ağrılı olacağını beklediklerini belirtmişlerdir. Pek çok araştırmada da özellikle ağrı çekme korkusu eylemin kendisine ait en önemli korkulardan biridir ve aynı zamanda isteğe bağlı sezaryenlerin de en önde gelen nedenidir (7, 10, 33, 91).

“Doğum sancılarınızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?” diye sorulduğunda, gebelerin %82,7’sinin son derece kötü bir şekilde davranacağını, %63,3’ünün kontrolümü tamamen kaybedeceğim cevabını verdiği görülmüştür.

Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz diye sorulduğunda, gebelerin %62,3’ü **keyifsiz** , hiç doğal değil, hiç olması gerektiği gibi değil, %63,3’ü ise son derece tehlikeli cevabını vermişlerdir.

Melender (2002), 329 gebe kadının gebelik ve doğumla ilgili korkularını, nedenlerini, bu korkuların ortaya çıkış seklini ve korkuyla ilgili faktörleri tanımlamıştır. Doğumla ilgili özellikli korkular bebek ve annenin sağlığı, sağlık çalışanları, aile yaşamı ve sezaryen ile ilgili olduğu görülmüştür (13).

Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz oldu mu diye sorulduğunda, gebelerin %66,7’si çok sık cevabını vermiştir.

Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; doğum sancıları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz oldu mu diye sorulduğunda gebelerin %65’i çok sık cevabını vermiştir.

Literatür tarandığında yapılan çalışmalarda, bebeğin öleceğine veya zarar göreceğine ilişkin düşüncelerin gebelerin doğum korkusu faktörlerinin başında geldiği görülmektedir. Çalışmamızda da gebelerin yarıdan fazlasının bebeğinin öleceğini veya zarar göreceğini düşündüğü görülmüştür. Literatür çalışmamızı desteklemektedir (2, 3, 11- 13).

Araştırmanın sonucu olarak gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu sonuçlara yönelik ebelerin, ebelik bakımı geliştirmelerinde onlara yol gösterici olacaktır. Böylece ebeler, gebelerin ihtiyaç duyduğu konularda eğitim ve danışmanlık vermiş olacaktır.

6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

- Gebelerin yaşları 15 ile 43 yaş arasındadır. Yaş ortalamaları ise $28,04 \pm 5,76$ ' dır.
- Araştırmadaki gebelerin önemli bir kısmı ev hanımı, sağlık güvencesine sahip ve yarından fazlası ilköğretim mezunu ve multipardır.
- Gebelerin çok az bir kısmı(%4) ölü doğum deneyimi yaşamıştır.
- Gebelerin tamamına yakınının (%98,9) önceki gebelikleri normal doğumla ve hastanede (%95,1) doğum yapmışlardır.
- Gebelerin yarından fazlası (%52) hastaneden memnun kalmışlardır.
- Gebelerin önceki doğumları ile ilgili duygularının büyük bir kısmı korkudur.
- Gebelerin yarından fazlası (%53) önceki doğumlarında sorun yaşamıştır.
- Gebelerin önemli bir kısmı (87,3) bu gebeliklerini planlamamıştır.
- On dokuz yaş ve altı gebeler ile otuz altı yaş ve üstü gebelerin doğum korkuları daha fazladır.
- Okuma yazma bilmeyen gebelerin doğum korkusu, ilköğretim mezunlarına göre daha fazladır.
- Ev hanımı, memur ve diğer meslek grupları olan gebelerin işçi grubuna göre doğum korkuları daha fazladır.

- Önceki doğumunda komplikasyon geçirenlerin doğum korkusu önceki doğumunda komplikasyon geçirmeyenlere göre daha fazladır.
- Sistemik bir hastalık olan gebelerin(%34) doğum korkuları diğer gebelere göre daha fazladır.
- Gebelerin sadece %27,3'i gebelik süresince doğum konusunda bilgi almış, bunların %20'si solunum egzersizleri konusunda bilgi almış ve bilgi alan gebelerin tamamına yakını (%91,5) bilgiyi sağlık personelinden almıştır.
- Doğum hakkında bilgi alanlar ile almayanlar arasında doğum korkusu açısından bir fark yoktur.
- Gebelerin önemli bir kısmı (%72,7) doğum öncesi bakım almıştır, doğum öncesi bakım almayanların doğum korkusu daha fazladır.

Doğuma ilişkin beklentileri analiz edildiğinde ise,

- Gebelerin yarıdan fazlası (% 62,3) doğumlarının son derece korkunç olacağını,
- Gebelerin önemli bir kısmı (%77,7) kendisini son derece korkmuş hissedeceğini,
- Gebelerin yarıdan fazlası (%64,3) son derece güçsüz hissedeceğini,
- Gebelerin yarıdan fazlası (%63) kendilerini güvende hissetmeyeceğini,
- Gebeleri yarıdan fazlası (%56,7) kendilerini bağımlı hissedeceğini,
- Gebelerin yarıdan fazlası (%63,3) son derece gergin hissedeceğini,
- Gebelerin yarıdan fazlası (%62,7) son derece terk edilmiş hissedeceğini,

- Doğum sancıları ve doğumları sırasında gebelerin yarısından fazlası (%60,7) kendine hâkim olamayacağını,
- Gebelerin önemli bir kısmı (%85) doğumun ve sancuların aşırı ağrılı olacağını beklediklerini,
- Doğum sancuları ve doğumları sırasında gebelerin yarısından fazlasının (%66,7) bebeğinin öleceğine ilişkin düşünceleri olduğunu, ifade ettikleri görülmüştür.

Araştırmada gebelerin çoğunluğunun korku ve beklentilerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda,

- Gebelere doğum sırasında verilecek desteğin belirlenmesi için korkularını arttıran etkenlerin belirlenmesi,
- Temel sağlık hizmetleri içerisinde yer alan doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında ebeler tarafından gebe kadın ve ailesine, doğum eylemi konusunda yeterli düzeyde eğitim ve danışmanlık verilmesi, doğum öncesi eğitim sınıflarına katılımın artırılması ve doğum korkusunu azaltmaya yönelik çalışmalar yapılması,
- Gebenin doğum şeklinin kararına bilinçli ve aktif olarak katılımlarının sağlanması,
- Gebelerin korku ve endişelerini paylaşabilecekleri güvenli ortamların oluşturulması,
- Doğum salonuna gelen gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentilerinin ebeler tarafından saptanması ve zamanında bu korkulara yönelik ebelik girişimlerinin planlanması ve uygulanması,
- Ebelik girişimlerinin tek başına değil bir ekip dayanışması içinde gerçekleştirilmesi,
- Gebelerin doğuma ilişkin korkularının nedenlerine yönelik veri toplama formunun geliştirilmesi,
- On dokuz yaş ve altı gebeler ile otuz altı yaş ve üstü gebelerin doğum korku düzeyleri yüksek olduğundan bu grupların korkularını azaltmaya yönelik girişimlerin planlanması ve uygulanması,
- Doğumun korkunç düzeyde ağrılı bir deneyim değil de doğal bir deneyim olarak görülmesi için gebelere bütün sağlık birimlerinde ağrıyla baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve uygulanması,

- Doğum salonlarında gebenin karşılanması doğumuna kadar olan süreçte primer ebelik uygulamasının yerleştirilmesi ve sürdürülmesi,
- Yalnızlık ve güvensizlik duygularının azaltılması için uygun durumdaki gebelerin doğum salonunda yakınları ile görüşmesi sağlanması,
- Konunun uzmanı kişiler tarafından kitap, dergi, TV, internet gibi kaynaklarda doğum ve yöntemlerine ilişkin yazılı ve görsel yayınların hazırlanması,
- Benzer çalışmanın riskli gebelik gruplarda daha geniş örnekleme, kontrol ve deney grubu kullanılarak yapılması ,
- Gebelerin önemli bir kısmının gebeliklerinin planlı olmadığı sonucundan yola çıkarak, gebelere AP yöntemleri konusunda etkin danışmanlık verilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Terzioğlu F.** Ebeveynliğe Hazırlama ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, **2005**;151-179.
2. **Serçekuş P.** Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, İzmir, **2005**.
3. **Şahin N, Dinç H, Dişsiz M.** Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, **2009**; 40(2).
4. **Michels R.** Psychiatry. The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology. Revised Edition, J.B.Lippincott Co, **1989**; 2(120):1-11.
5. **Özkan S.** Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul: ROCHE Müstahzarları Sanayi AŞ, **1993**; 203-207.
6. **Kaplan HI, Sadock BJ.** Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, **1998**.
7. **Levin JS, DeFrank RS.** Maternal stress and pregnancy outcomes: a review of the psychosocial literature: *J Psychosom Obstetric Gynecol*, **1988**; 9: 3-16.
8. **Vartiainen H, Suonio S, Halonen P, Rimon R.** Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study-Part II: pregnancy, *J Psychosom Obstet Gynecol*, **1994**;15: 77-84.
9. **Güleç C, Köroğlu E,** Psikiyatri Temel Kitabı, 2.Cilt, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, **1998**.
10. **Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D.** Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması, *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2008**; 9(1): 47-54.
11. **Ryding EL.** Investigation of 33 women who demanded a cesarean section for personal reasons. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*,**1993**; 72: 280-285.
12. **Ryding EL, Wijma B, Wijma K, Rydhström H.** Fear of childbirth during pregnancy may increase the risk of emergency cesarean section. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, **1998**; 77.
13. **Melender HL.** Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. A study of 329 pregnant women *Birth*, **2002**; 29: 2; 101-109.
14. **Gözükara F.** Primiparaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, **2006**.
15. **Akın A.** Türkiye’ de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, UNFPA. Ankara: *Hacettepe Üniversitesi Yayını*, **2002**.
16. **Scott JR, Disaia JP, Hammend BC, Spellacy NW.** Sezaryan Doğumu. Dandforth Obstetrik ve Jinekoloji. Çeviren: Erez S, 7. Baskı, İstanbul: Yücel Yayın AŞ,**1994**.
17. **Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A.** Sezaryen. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji, Nobel Kitabevi, Ankara, **2001**; 1222, 1258, 1299, 1331.
18. **Sachs BP, Beard R, Papiernik E, Christine R.** Cesarean section. Reproductive Health Care For Women and Babies Policy and Ethics “Cesarean Section”. USA: Oxfod university press, **1995**.

19. **Konakçı S, Kılıç B:** İzmir’de sezaryen sıklığı ve buna etki eden faktörler. *Türkiye Klin Jinekoloj Obst*, **2004**; 14(2):88-95.
20. **Yumru E, Davas D, Baksu B, Altıntaş A, Altın A, Mert M.** 1995-1999 Yılları Arasında Sezaryen Operasyonu Endikasyonları ve Oranları, *Perinatoloji Dergisi*, **2000**; 8 (3-4): 94-98.
21. **Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, Portnoy B, Devoto E, Schulkin J.** Cesarean delivery on maternal request. *Obstetric Gynecol*, **2007**; 109: 57-66.
22. **ACOG Committee Opinion:** Surgery and patient choice; the ethics of desing making ACOG. *Obstet Gynecol*, **2003**; 102: 6- 1101.
23. World Health Statistic. World Health Organization. [http://www.who.int/whosis / whostat/E_WHS08_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/E_WHS08_Full.pdf) **2008**.
24. **Sağlık bakanlığı 2006 mali yılı idare faaliyet raporu:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2003, **2006**;158.
25. **Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA_2008_Sonuclar_Adana.pdf
26. **Özgünen T, Evruke C.** Sezaryen. In: Beksaç S. Eds, *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp&Perinatoloji*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, **2001**; 28-1322.
27. **Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D,** Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişeler; Bir Ölçek Geliştirme ve Validasyon Çalışması, *Adnan Menderes Tıp Fakültesi Dergisi*, **2008**; 9(1): 47-54.
28. **The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG).** Opinion No.342:Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. Aug **2006**; 108(2):465-8.
29. **Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B.** Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest*, **1981**; 12: 262-266.
30. **Wiklund I, Edman G, Ryding EL, Andolf E.** Expectation and experiences of childbirth in primiparae with caesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **2008**; 115(3): 324- 331.
31. **Christiaens W and Bracke P.** Assessment of social psychological determinants of satisfaction with childbirth in a cross- national perspective. *BMC Pregnancy and Childbirth*. **2007**; 7:26, 1-12.
32. **Searle J, Aust N Z.** Fearing the worst-why do pregnant women feel “at risk”?, *J Obstet Gynaecol* **1996**; 36: 279-86
33. **Sjögren B.** Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynecol*.**1997**; 18: 266- 272.
34. **Kuğu N, Akyüz G,** Gebelikte Ruhsal Durum, *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, **2001**; 23 (1): 61 - 64.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Eylemi Yönetim Rehberi, Ankara, **2007**.
36. **Berkman S, Has R.** Doğum Bilgileri, İstanbul Üni. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, **2004**; 50.
37. **Coşkun A, Ekizler H, İnanç N. ve diğerleri,** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Editör: Anahit Coşkun, İkinci baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Birmat Matbaacılık, İstanbul, **2000**.

38. **Coşkun A.** Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi, İstanbul, Medikal Yayıncılık, **2008.**
39. **F. Gary Cunningham, Kenneth L. Leveno, Steven L. Bloom, John C. Hauth, Larry C. Gilstrap III, Katharine D. Wenstrom.** Williams Obstetrics, 22nd edition, The McGraw-Hill Companies, **2005.**
40. **Arısan K.** Propedötik, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, **1997.**
41. **Arısan K.** Doğum Bilgisi, Cilt 1-2, Çeltüt Matbaası, İstanbul, **1989.**
42. **Martin L, Pernoll MD.** Obstetrik & Jinekolojik Teşhis & Tedavi, Barış Kitapevi, Cilt 1-2, İstanbul, **1994.**
43. **Önder İ.** Ebe-Hemşirenin Doğum Bilgisi, Menteş Kitapevi, İstanbul, **1989.**
44. **Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş VIII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, **2007;** 203-258.
45. **Arhan M. Gökkaya S.** Gümüş M., Önalın K. ,Obstetrik ve Jinekoloji Ders Notları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, **1998.**
46. **Klein S. Miller S. Thomson F.** A Book for Midwives, California, Printed in the USA, **2004.**
47. **Gilbert & Harmon.** Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı, Editör: Lale Taşkın, 2. Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, Ankara **2002.**
48. **Şirin A. Kavlak O.** Kadın Sağlığı, Bedray Basın Yayıncılık LTD.ŞTİ, İstanbul, **2008.**
49. Hacettepe Kadın Doğum Ders Notları, 3. Baskı, Apaydın Kitabevi, Samsun, **1992.**
50. **Hickın L.** Kadın Sağlığı, Çeviri Editörü: Adalğ B, Pamukçu A, Tüfek Ö.M, Arkadaş Yayınevi, Ankara, **2002;** 176-179.
51. **Valet A. Goerke K. Steller J.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Klavuzu, çeviri: Şahap Karaaliler, Yüce Yayınları, İstanbul, **1994.**
52. **Al-Azzawi F.** Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası, Çeviri Editörü: Haluk Işıoğlu, Çeviri: Erkan Aktaş, Göktuğ Yayıncılık, İstanbul, **2007.**
53. **Günalp S. Erçakmak S.** Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı- Tedavi, Hacettepe- Taş kitapçılık, Ankara, **1988.**
54. **Coşku A. Karanisoğlu H.** Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, *A.Ü. AÖF Yayını*, Eskişehir, Etam AŞ, **1992.**
55. **Pschyrembel W.** Pratik Doğum Bilgisi, Çeviri: Yusuf Keçecioğlu, Bayrak Matbaacılık, İstanbul, **1988.**
56. **Quilligan Z.** Current Therapy in Obstetrics and Gynecology, çeviri editörü: Haldun Güner, Atlas Kitapçılık, Ankara, **1995;** 259,273.
57. **Arthur T, Evans, MD Kenneth R. Niswander.** Obstetrik El Kitabı, Çeviri Editörü: Cihan Öztöçü, 6. Basım, MN Medikal & Nobel Tıp Kitap Sarayı, Ankara, **2008;** 392-425.
58. **Özer H. G.** Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri, Mersin, **2004;** yayınlanmamış.

59. **Erdine S.** Ağrı. Nobel Tıp Kitapevleri, 2.Baskı, İstanbul, **2002**.
60. **Karadeniz G, Atalay M.** Hemşirelerin ağrıya ve ağrısı olan hastalara yaklaşımı. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, Eylül **1990**.
61. **Simkin P.** The meaning of labour pain. *Birth*, December **2000**; 27(4):254.
62. **Peltier JW.** Exploring the role nurses play at different stages of the birthing process. *Fall*, **2000**; 20(3):20.
63. **Karaöz S.** Kronik ağrısı olan hastalarda ağrının hafifletilmesinde psikolojik yaklaşımlar. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Eylül **1990**; İzmir.
64. **Sayiner F.D, Özerdoğan N.** Doğal Doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(3).
65. **Kadayıfçı O.** Güzel Lamaze Yöntemi nedir?, Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum, Nobel Yayıncılık, İstanbul, **2005**; ix-5.
66. **Çoker H.** Hamilelikte Lamaze Felsefesi, **2009**. <http://www.dogaldogum.com>. Erişim tarihi: **10.10.2011**
67. **Arney W. R, Neill J.** The Location Of Pain İn Childbirth: Naturalchildbirth And The Transformation of Obstetrics. *Sociology of Health and Illness*, **1982**; Vol.4:1
68. **Rokke DP. Absi M A.** Can anxiety help us tolerate pain?, *Pain*, **1991**; 46: 43-51.
69. **Balcıoğlu O.** Doğum anestezi, <http://sahiner.8m.com/dogum%20anestezisi.htm>. Erişim tarihi: **26.07.2011**.
70. **Phumdoung S, Good M.** Music reduces sensation and distress of labor pain. *Pain Management Nursing*, **2003**. 4: 54-61.
71. **Waters BL. Raisler J.** Ice massage for the reduction of labor pain , *J Midwifery Women's Health*, **2003**;48: 317-21.
72. **Simkin P, Bolding A.** Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Women's Health*, **2004**;49: 489-504.
73. **Stillerman E.** Mother Massage A Handbook for Relievin the Discomfors of Pregnancy. New York, A Delta Book Published, **1992**.
74. **Dağlar G, Aydemir N.** Vajinal Doğum Ağrısının Azaltılmasına Yönelik Nonfarmakolojik Ebelik Bakım Uygulamaları, *STED*, **2011**; 20(1).
75. **Tok G.** Korkunun Bütün Sesleri. *Bilim ve Teknik Dergisi*, **1998**;373: 62-64.
76. **Yaşar Ö, Şahin F, Coşar E ve ark.** Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* . **2007**;17: 414-420.
77. **Cüceloğlu D.** İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. Remzi Kitabevi, İstanbul, **1998**.
78. **Öztürk O.** Psikanaliz ve Psikoterapi, 3.baskı, Ankara:**1998**.
79. **Wilson E. O.** Doğanın Gizli Bahçesi. Tübitak, Çev. A. Biçen, Ankara, **2000**.
80. **Okyavuz ÜH,** Sağlık Psikolojisine Giriş, 1.Basım, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları,**1999**.
81. **Özmen E, Aydemir Ö, Bayraktar E.** Genel Tıpta psikiyatrik Sendromlar. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, **1997**: 203-233.

82. **Storksens HT, Eberhard-Grand M, Niegel SG, Eskild A**, Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica and Scandinavica*, **2012**; 91: 237-242.
83. **Gaskin IM**, Childbirth without fear, Pinter&Martin Ltd, London, **2009**.
84. **Velioğlu P**, Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul: Alaş Ofset, **1999**.
85. **Uçman P**. Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Psikoloji Dergisi*, Ocak **1990**; 7(24):55-75
86. **Gündüz B**. Hemşirelerde stresle başa çıkma biçimleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon, **2000**.
87. **Şahin N.H. Güngör İ. ve Sömek A**. Kadınların Doğum Yöntemlerine İlişkin Görüşleri ve Erken Postpartum Dönemdeki Sorunlarının Belirlenmesi: Bir Özel Hastane Örnekleme, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*. **2007**;21 (4):197-204
88. **Wijma K, Wijma B, Zar M**, Psychometric aspects of the W-DEQ; anew questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, **1998**; 19: 84-97.
89. **Körükçü Ö, Kukulu K, Firat MZ**, The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire with pregnant women, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **2008**; 19: 193-202.
90. **Szeverenyi P, Poka R, Hetey M, Torok Z**. Contents of childbirth-related fear among couples wishing the partner's presence at delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, Mar **1998**; 19 (1): 38-43.
91. **DiRenzo G, Polito P, Volpe A, Anceschi M, Guidetti R**. A multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term, *J Psychosom Obstet Gynecol*, 1984; 3: 15563
92. **Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmaki E**. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies, *Obstet Gynecol*, **1999**; 94: 67982
93. **Boran B, Turker A, Ekiz M, Dünder Ö**. Sezaryen oranları: Bizde ne durumda? *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, İstanbul, 1999; 3(3):170-173.
94. **Gamble J, Creedy D**. Women's preference for a cesarean section: incidence and associated factors. *Birth*, **2001**, 23:2
95. **Walker R, Turnbull D, Wilkinson C**. Increasing cesarean section rates: exploring the role of culture in an Australian community. *Birth*, 2004; 31:2.
96. **Önderoğlu L, Deren Ö, Ayhan A, Gürgan T**. Vajinal doğum mu? Sezeryan mı?, *Hacettepe Tıp Dergisi*, **1999**; 30(1):61-65.
97. **Şahin N. H**. Sectio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**;2(3).
98. **Penna L, Arulkumaran S**. Cesarean section for non-medical reasons. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, **2003**; 82: 399-409.
99. **Karakus A, Sahin N. H**. Women's opinions and perceptions toward birth methods after birth. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, **2008**; DOI: 10.1080/13625180801973213; URL: <http://dx.doi.org/10.1080/13625180801973213>.

100. **Yılmaz Ş.** Vajinal Yol ve Sezaryenla Doğum Yapan Kadınların Doğumdan Sonra Kendi ve Yenidoğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, **2002**.
101. **Atıcı A.** Yaşamın İlk Altı Ayında Beslenme. Prematüre Bebeğin Beslenmesi, *Beslenme Vakti*, 3.Baskı, Est Ajans Baskı, Adana, **2001**;14-26.
102. **Clement S.** Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, **2001**; 15(1):109-126.
103. **Bais JMJ, Borden DMR, Pel M, Bonsel GJ, Eskes M, Slikke HJW, Bleker OP.** Vaginal birth after caesarean section in a population with a low overall caesarean section rate. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, **2001**; 96: 158-162.
104. **Robson MS.** Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology*, **2001**; 15(1): 179-194.
105. **The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee (ACOG)** (2006). Opinion No.342:Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* Aug;108(2):465-8.
106. **Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A.** Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, **2009**;17(3):104-112.
107. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı/Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Devlet Planlama Teşkilatı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara-Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008 Verileri, **2009**.
108. **Wiklund I.** Caesarean section on maternal request □ personality, fear of childbirth and signs of depression among first time mother. Thesis for doctoral degree in Karolinska Institutet. Stockholm. **2007**.
109. **Bernazzi O, Saucier J-F, David H. et al.** Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J Psychosom Res*, **1997**; 42: 391-402.
110. **Saisto T and Halmesmaki E.** Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, **2003**; 82: 3, 201-208
111. **Saisto T, Salmelo- Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E.** Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. **2001**; 80: 1, 39-45.
112. **Alagahen S, Wijma K, Wijma B.** Fear during labour. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, **2001**; 80:4, 315-320.
113. **Güngör I, Gökyıldız Ş. & Nahcivan N.** Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**;13(53), 185-197.
114. **Gurel SA, Gurel H, Balcan E.** Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, **2006**; 14: 90-95.
115. **Özbaşaran F, Yanıkkerem E.** Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi. *STED*, **2004**; 16: 50-56.
116. **Fabian HM, Radestad IJ,** Waldenstrom U: Characteristics of Swedish Women Who Do Not Attend Childbirth and Parenthood Education Classes During Pregnancy. *Midwifery*, **2004**; 20: 226-235.

EKLER

EK-1: TANITICI BİLGİ FORMU

Bu araştırma, gebelerin spontan doğuma ilişkin korkularının/ beklentilerinin ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Anket formundaki sorulara verdiğiniz cevaplar araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Araştırmanın sonucu sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesine katkı sağlayacaktır.

Teşekkür ederim.

Anket no:

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz nedir?

a)Okur yazar değil b)İlköğretim c)Lise d)Üniversite e) Yüksek lisans/Doktora

3. Mesleğiniz nedir?

a)Ev hanımı b)İşçi c)Memur d)Diğer

4. Sosyal güvenceniz nedir?

a)Yok b)Bağ-Kur c)Emekli Sandığı d)Yeşilkart e) SSK

5. Toplam gebelik sayınız nedir?

a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri

6. Kaçınıcı gebeliğiniz?

7. Yaşayan çocuk sayınız?

8. Toplam ölü doğum sayısı?

9. Toplam düşük sayınız?

10. Toplam küretaj sayınız?

11. Gebeliğiniz planlı bir gebelik midir?

a)Evet b)Hayır

12. Aile tipiniz nedir?

a)Geniş b)Çekirdek

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 10 0 1 2 3 4 5
Son derece Bağımlı
bağımsız
- 11 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç umutsuz
umutsuz değil
- 12 0 1 2 3 4 5
Son derece Gerginlik
gergin yok
- 13 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
memnun memnun değil
- 14 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
hoşnut hoşnut değil
- 15 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
terkedilmiş terkedilmemiş
- 16 0 1 2 3 4 5
Tamamen Hiç
kendine hakim kendine hakim değil
- 17 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
rahat rahat değil
- 18 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
mutlu mutlu değil

III Doğum sancuları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
panik panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı Ümitsizlik yok
ümitsizlik
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa Hiç
kavuşma isteği çocuğa kavuşma isteği yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı Öz güveni
öz güvenli yok

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

23 0 1 2 3 4 5
Son derece Kendine
güvenli güvensiz

24 0 1 2 3 4 5
Aşırı Hiç
ağrılı ağrı yok

IV Doğum sancularızın en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü Kötü bir
bir şekilde davranacağım şekilde davranmayacağım

26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün Bedenimin bütün kontrolü kontrol ü
sağlamasına izin vereceğim sağlamasına izin vermeyeceğim

27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen Kontrolümü
kaybedeceğim kaybetmeyeceğim

V Bebeği doğurduğunuz anda ne hissedeceğinizi hayal ediyorsunuz?

28 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
keyif verici keyif verici değil

29 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
doğal doğal değil

30 0 1 2 3 4 5
Tamamen olması Hiç olması gerektiği
gerektiği gibi gibi değil

31 0 1 2 3 4 5
Son derece Hiç
tehlikeli tehlikeli değil

VI Son bir ay içinde doğum sancıları ve doğumunuz ile ilgili düşünceleriniz oldu ise; örnek verebilir misiniz?

32 ...doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin öleceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

33 ... doğum sancuları ve doğumunuz sırasında bebeğinizin zarar görebileceğine ilişkin düşünceleriniz?

0 1 2 3 4 5
Hiç Çok sık

Lütfen, herhangi bir soruyu cevaplamayı unutmadığınızı kontrol edebilir misiniz?

İZİN BELGESİ

Bu araştırma, gebelerin spontan doğuma ilişkin korkularının/ beklentilerinin ve etkileyen faktörlerin araştırılması amacıyla yapılmaktadır. Anket formundaki sorulara verdiğiniz cevaplar araştırma amacı dışında kullanılmayacaktır. Araştırmanın sonucu sağlık hizmetlerinin daha iyi verilmesine katkı sağlayacaktır. Anket için vereceğiniz tüm bilgiler saklı tutulacaktır.

Teşekkür ederim.

Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

ADI-SOYADI:

İMZA: