

T.C.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

ANTENATAL MATERNAL ANKSİYETENİN NORMAL
VAJİNAL YOLLA DOĞUM ÜZERİNE OLAN
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe İlknur ARAL

AFYONKARAHİSAR 2008

T.C.

AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

TIP FAKÜLTESİ

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

ANTENATAL MATERNAL ANKSİYETENİN NORMAL
VAJİNAL YOLLA DOĞUM ÜZERİNE OLAN
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ayşe İlknur ARAL

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN

AFYONKARAHİSAR 2008

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI

Tez Başlığı : Antenatal Maternal Anksiyetenin Normal Vajinal Yolla

Doğum Üzerine Olan Etkilerinin Değerlendirilmesi

Tezi Hazırlayan : Dr. Ayşe İlknur ARAL

Tez Savunma Tarihi :

Tez Kabul Tarihi :

Tez Danışmanı : Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN

İş bu çalışma jürimiz tarafından KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI' nda TIPTA UZMANLIK TEZİ olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga Arıöz

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR

ONAY

DEKAN

Prof. Dr. Necat İMİRZALIOĞLU

TEŐEKKÜR

Tüm hayatım boyunca destekleri ile beni bugünlere getiren, eğitiminin her aşamasında yanımda olan aileme;

Tezimin verilerinin toplanması ve yazımı aşamalarında yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Figen KIR ŞAHİN'e, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mehmet YILMAZER'e, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Dağıstan ARIÖZ'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Emine COŞAR'a, Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Özkan GÜLER'e, istatistiksel değerlendirmelerin yapılmasında katkılarından dolayı Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Sayın Yrd. Doç. Dr. Reha Demirel'e, aynı çalışma ortamını paylaştığım ve bana destek olan tüm doktor arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Ayşe İlknur ARAL

KISALTMALAR

CRH	: Kortikotropin salgılatıcı faktör
MHZK	: Myozin Hafif Zincir Kinaz
Ca⁺⁺	: Kalsiyum İyonu
K⁺	: Potasyum İyonu
cAMP	: Siklik Adenozin Monofosfat
mmHg	: Milimetre Civa
cm/h	: Santimetre/Saat
cm	: Santimetre
SD	: Standart Deviasyon
FKH	: Fetal Kalp Hızı
mL	: Mililitre
mg	: Miligram
STAI	: Durumluk Süreklilik Kaygı Envanteri
STAI-II	: Sürekli Kaygı Ölçeği
STAI-I	: Durumluk Kaygı Ölçeği
NST	: Non Stres Test

Süreklilik 1 Puan :Doğum Eylemi Başlamadan Önceki Üçüncü Trimester
Süreklilik Kaygı Düzeyi

Süreklilik 2 Puan : Doğum Eylemi Sırasındaki Süreklilik Kaygı Düzeyi

Durumluk 1 Puan :Doğum Eylemi Başlamadan Önceki Üçüncü Trimester
Durumluk Kaygı Düzeyi

Durumluk 2 Puan :Doğum Eylemi Sırasındaki Durumluk Kaygı Düzeyi

mU/dk : Miliünite/dakika

VKI : Vücut Kitle İndeksi

İÇİNDEKİLER

I. GİRİŞ

II. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM EYLEMİ

2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri

2.1.1.1. Doğum Eyleminde I. Evre

2.1.1.2. Doğum Eyleminde II. Evre

2.1.1.3. Doğum Eyleminde III. Evre

2.1.2. Doğum Eylemi Sürecini Belirleyici Faktörler

2.1.2.1. Doğum Objesi

2.1.2.2. Doğum Yolu

2.1.2.3. Motor Kuvvetler

2.1.3. Doğum Eyleminin Yönetimi

2.1.3.1. Doğum Eylemi I. Evresinin Yönetimi

2.1.3.2. Doğum Eylemi II. Evresinin Yönetimi

2.1.3.3. Doğum Eylemi III. Evresinin Yönetimi

2.2. ANKSİYETE

2.3. ANKSİYETE GEBELİK VE NORMAL DOĞUM EYLEMİ

III.GEREÇ VE YÖNTEM

IV.BULGULAR

V.TARTIŞMA

VI.SONUÇ

VII.ÖZET

VIII.SUMMARY

IX.KAYNAKLAR

TABLolar

Tablo I. Hastaların Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo II. Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilme Zamanları

TabloIII. Hastaların STAI Anksiyete Puanları

Tablo IV. Hastaların Doğum Eylemi Süreleri

Tablo V. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Latent Faz Süresinin Karşılaştırılması

Tablo VI. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Aktif Faz Süresinin Karşılaştırılması

Tablo VII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Aktif Faz Süresinin Doğum Eylemi Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Tablo VIII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi İkinci Evre Süresinin Karşılaştırılması

Tablo IX. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi İkinci Evre Süresinin, İkinci Evrenin Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Tablo X. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin Karşılaştırılması

Tablo XI. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin, Aktif Faz ve İkinci Evrenin Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Tablo XII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Üçüncü Evre Sürelerinin Karşılaştırılması

Tablo XIII. Hastalarda Epizyotomi ve Laserasyon Miktarları

Tablo XIV. Nullipar ve Multipar Hastaların Anksiyete Puanları ile Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Tablo XV. Fundal Basınç Uygulanan ve Uygulanmayan Hastalarda Laserasyon Miktarlarının Karşılaştırılması

Tablo XVI. Fundal Basınç Uygulanan ve Uygulanmayan Hastaların Anksiyete Puanları ile Vajinal Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Tablo XVII. Fundal Basınç Uygulanan Nullipar ve Multipar Hastaların Anksiyete Puanları ile Vajinal Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

ŞEKİLLER

Şekil 1. Fetal başın kemik, sütür, fontanel ve önemli çapları.

Şekil 2. Doğum eyleminin kardinal hareketleri

Şekil 3. Konjugata Diagonalis'i belirlemek için yapılan vajinal muayene

Şekil 4. Pelvis girimi, orta pelvis ve pelvis çıkımının ön-arka çapları

I. GİRİŞ

Kaygı, bunaltı, iç sıkıntısı gibi sözcüklerle de ifade edilebilen anksiyete; içsel ya da dış dünyadan kaynaklanan bir tehlike veya tehlike olasılığı ya da kişi tarafından tehlikeli olarak algılanıp yorumlanan herhangi bir durum karşısında yaşanan, rahatsız edici bir endişe ve korku duygusudur. Bir yere kadar sağlıklı olan ve olumsuz durumlarla baş edebilmek amacı ile ortaya çıkan bu duygunun şiddetli ve uzun süre yaşanması bir noktadan sonra kişinin yaşamını, aktivitelerini, sosyal hayatını ve kişiler arası ilişkilerini olumsuz yönde etkilemeye başlamaktadır. İşte bu çizgiden sonra anksiyete, artık kişide ruhsal sorunlar yaratan bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Kadınlar, gebeliği esnasında stres ve anksiyeteye neden olabilecek birçok faktörün yanı sıra gebeliğe özgü fiziksel değişiklikler, özellikle ruh halinde ani değişiklikler ile birliktelik gösteren hormonal faktörler, sağlıklı çocuk doğurma veya doğum sırasında duyulacak ağrı korkusu gibi olası ek stres faktörleri ile de karşı karşıya kalabilmektedirler (2). Bunun ötesinde erken yaş, düşük sosyoekonomik seviye ve eğitim düzeyi, seksüel kötüye kullanım, istenmeyen gebelikler, gebelik veya doğum için yetersiz hazırlık, depresif semptomlar ve daha önceden psikiyatrik hastalık hikayesi gibi faktörler de gebe kadının psikiyatrik açıdan sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir (3).

Gebelik hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan değişim ve adaptasyon sürecidir. Her gebede değişik şekillerde biyolojik ve psikolojik farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Bazı kadınlarda, gebelik psikolojik açıdan herhangi bir risk yaratmazken, bazılarında duygusal olarak savunmasız bir ortam oluşturabilir. Gebelik sırasında oluşan anksiyete annenin obstetrik durumu ve yenidoğanın sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Özellikle gebeliğin son dönemleri ve ağırlı doğum eylemi süreci, annenin artmış anksiyetesi ile ilişkili bir dönemdir (4).

Biz bu çalışmamızda; gebeliğin geç döneminde ve doğum eylemi sırasında ortaya çıkan anksiyetenin, normal vajinal yolla doğum yapan hastalar üzerindeki etkisini araştırmayı amaçladık. Doğum eyleminin süresinin, doğum aşamalarının, annenin anksiyetesinden etkilenip etkilenmediği; doğum sırasında oluşan vajinal laserasyonların kaygı düzeyi ile birliktelik gösterip göstermediğini araştırmak amacı ile bu çalışmayı planladık.

II. GENEL BİLGİLER

2.1. DOĞUM EYLEMİ:

Doğum eylemi servikal dilatasyon ve efasmana neden olan düzenli kontraksiyonlar olarak tanımlanır. Gerçek doğum eyleminden genellikle birkaç hafta önce ise zayıf, düzensiz, lokalize kasılmalar olan Braxton Hicks kontraksiyonlarının sıklığında artışlar ortaya çıkar. Gerçek doğum eyleminin öncesinde pelvik ligamentler ve vajinal yumuşak dokularda genel bir esneme durumu ve aynı zamanda servikal dokuda da yumuşama ve kısalma meydana gelir (5).

Doğum eyleminin ortaya çıkmasını sağlayan olaylar dizisini başlatan uyaran şu an için bilinmemektedir. Günümüzde genel olarak kabul edilen görüş prostaglandinlerin memelilerde doğum eyleminin başlamasında anahtar rol oynayabileceğini destekler niteliktedir. Fakat myometrial kontraksiyonların başlamasından önceki prostoglandinlerin oluşma hızını düzenleyen mekanizmalar net olarak anlaşılamamıştır (5).

Maternal dolaşıma ikinci trimesterde salınmaya başlanan ve gittikçe seviyesi artan kortikotropin salgılatıcı faktörün (CRF) doğum eyleminin başlamasında rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca uterin kontraksiyonları östrojenin stimüle, progesteronun inhibe ettiği, CRF'e benzer olarak östrojenin de uterusdaki oksitosin reseptörlerini arttırdığı, progesteron seviyesinin terme yakın dönemde azaldığı bilinmektedir. Uterusun kasılabilirliğini, ikiz gebelikte ve polihidramniosda olduğu gibi mekanik gerilim de etkileyebilmektedir. Doğum eylemi bir kez başladıktan sonra sürecin çeşitli pozitif feedback mekanizmalar ile ilerlediği düşünülmektedir. Örneğin kontraksiyonlar serviks üzerinde gerilim oluşturur; servikal gerilim uterusda refleks kontraksiyonlara neden olur; ayrıca fetal başın servikse doğru itilmesi yoluyla serviks üzerindeki gerilim arttırılır. Bu şekilde olayların devam ettiği izlenmektedir (5).

Doğum eyleminin normal kontraktıl dalgası fallop tüplerinden birinin uterin ucuna yakın bir bölgeden başlar. Dolayısıyla bu alanlar “pacemaker” gibi hareket ederler. Sağ pacemaker genellikle soldakini baskılar ve kontraktıl dalgaların çoğunu başlatır. Kontraksiyonlar pacemaker alanından uterusu 2 cm/sn hızla yayılırlar. Tüm organı 15 saniyede depolarize ederler. Depolarizasyon dalgası aşağı servikse doğru yayılır. Dalga şiddeti fundusda en fazla olup uterus alt kısımlarına doğru azalır. Normal doğum eylemi ortalama 25 milimetre cıva (mmHg)’dan büyük olan üç kontraksiyon ve kontraksiyonlar arasında 4 dakikadan az süre olması ile karakterize edilmiştir. Uterusun istirahat halindeki bazal tonusu 10-12 mmHg’dır. Hipertoni durumunda 30 mmHg’ya kadar artabilir. Uterus kontraksiyonları 10-20 mmHg’yı aştığı zaman abdominal olarak palpe edilebilir, 15-20 mmHg’dan sonra gebenin kendisi tarafından da hissedilebilir. Kontraksiyonlar sırasındaki basınç 50 mmHg’nın üzerinde ve kontraksiyonlar arası süre 2 dakikadan az ise hiperaktif travaydan bahsedilir. Hipoaktif travayda ise intrauterin basınç 30 mmHg’dan az ve kontraksiyonlar arası süre 5 dakikadan uzun olur (6). Basınç 25 mmHg’ya ulaştığında, doğum yapan kadın ağrı hissi duyar. Bu durum kişinin ağrı eşliğine göre değişir. Duyulan bu ağrı; kontrakte olan myometriyumun hipoksisine, sinir gangliyonlarının serviks ve alt segmentte sıkıca kenetlenmiş olan kas demetleri tarafından sıkıştırılmasına, dilatasyon sırasında serviksin gerilmesine, uterus üzerini örten peritonun gerilmesine bağlı olabilir (7).

2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri :

Normal doğum eylemi, istatistiksel olarak normal süre ve seviyeleri belirlenmiş 3 evre ile karakterizedir. Bu normal değerlerin çoğu binlerce normal ve anormal doğum eylemi üzerinde çalışan ve servikal dilatasyon ve fetal başın iniş zamanlarını belirleyerek kaydeden Emanuel Friedman’ın araştırmalarından elde edilmiştir (8, 9).

Doğum eyleminin başlangıcını takiben servikal açıklığın tam olmasına kadar geçen dönem 1. evre; tam servikal açıklık olması ile fetusun ekspulsiyonu arasındaki dönem 2. evre; bebek doğumunun hemen sonrası ile plasenta ve eklerinin atıldığı zaman arasındaki dönem 3. evre olarak tanımlanır. Plasenta ve

fetal membranların ayrılması ve atılması tamamlandıktan sonra aktif doğum eylemi sona erer (7).

2.1.1.1. Doğum Eyleminde I. Evre:

Doğum eyleminin başlamasından servikal dilatasyonun tam olmasına kadar geçen süredir. Servikal dilatasyonunun hazırlık aşaması olan latent faz ve aktif faz olmak üzere 2 fazı tarif edilmiştir;

Latent Faz: Doğum eyleminin ilk evresi düzenli kontraksiyonların ortaya çıkması ile başlar. Latent faz boyunca kontraksiyonlar ilerleyici şekilde daha şiddetli, daha uzun ve daha sık aralıklı olmaya başlar. Annenin ağrıya bağlı rahatsızlığı hafif veya ciddi olabilir. Friedman tarafından annenin düzenli kontraksiyonlar hissettiği faz olarak tanımlanmıştır. Bu faz esnasında uterin kontraksiyonlar servikal yumuşama ve silinmeyle beraber oluşur. Aktif faza geçiş için minimum kriterler; nulliparlar için 1,2 santimetre/saat (cm/h), daha önce doğum yapanlar için ise 1,5 cm/h servikal dilatasyondur. Servikal dilatasyon ortalama 3-4 santimetre (cm)'ye ulaştığında aktif faza geçildiği kabul edilir. Maksimum 5 cm'lik servikal dilatasyona sahip gebelerin, progresif değişiklik olmaması durumunda ileri değerlendirme şartı ile aktif doğum fazında kabul edilmesi gerektiği bildirilmektedir (10).

Uzamış latent faz için kriterler nulliparlar için 20, daha önce doğum yapmış gebeler için 14 saattir. Bunlar istatistiksel olarak 95. persentildeki değerlerdir. Latent faz süresini etkileyen faktörler arasında; aşırı sedasyon veya analjezi, zayıf servikal dilatasyon; yani kalın, silinmemiş veya dilate olmamış serviks ve yalancı doğum eylemi sayılabilir. Friedman uzamış latent fazların tedavisinde, istirahat veya oksitosin stimülasyonunun eş etkinlik ve güvenilirlikte olduğunu bildirmektedir. Tanımlanamayan yalancı doğum oranlarının yüksekliği sebebiyle istirahat tercih edilmiştir. Güçlü sedatifler ile bu gebelerin %85'i aktif doğum fazına geçebilir. Diğer %10'unda ise kontraksiyonlar durur ve bu durum yalancı doğum eylemini düşündürür. Geri kalan %5 hastada ise, sedasyon başarısız olur ve bu hastalarda eğer hızlandırılmış doğum isteniliyorsa oksitosin uygulanır (10).

Aktif Faz: Doğum eyleminin aktif fazı düzenli uterin kontraksiyonlarla servikal dilatasyonun 3-4 cm olmasından tam açıklığın oluşmasına kadar olan dönemi temsil eder. Servikal dilatasyon eğiliminin maksimuma ulaştığı dönem ile başlar. Aktif faz boyunca kontraksiyonlar genellikle kuvvetli, düzenli ve her 2-3 dakikada bir tekrarlayan şekildedir. Aktif faz tam servikal dilatasyon meydana gelince sona erer. Doğum eyleminin bu fazı çoğu zaman oldukça ağrılıdır. (10)

Friedman'a göre nulliplarlarda aktif fazın ortalama süresi $4,9 \pm 3,4$ saattir. (ortalama \pm SD) Sonuç olarak aktif faz için maksimum 11,7 saat (ortalama \pm 2SD) kabul edilebilir. Servikal dilatasyon oranları ise 1,2 ile 6,8 cm/h olarak bildirilmektedir. Aktif faz için normal olarak bildirilen 1,2 cm'lik servikal dilatasyon hızı minimum değerdir. Multiparlar için aktif fazdaki ilerleme hızı biraz daha yüksek olup 1,5 cm/h'tir. Spesifik olarak 3-4 cm'lik dilatasyonla aktif faza giren nullipar kadınlarda, 10 cm'lik dilatasyona ulaşmak için 3-4 saatlik bir süre öngörülebilir. Fakat aktif faz anormalliklerinin çok sık görüldüğü de unutulmamalıdır. Sokol ve arkadaşları (11) nullipar gebeler için aktif faz anomalisi sıklığını %25, multiparlar için ise %15 olarak bildirmektedirler.

Fetal iniş nulliplarlarda genellikle 7-8 cm'ye varıldığında başlamakta ve bundan sonra giderek hızlanmaktadır. Nulliparlar için 1,2 cm/h'in altında servikal dilatasyon ve 1 cm/h'in altındaki iniş; multiparlarda ise 1,5 cm/h'in altında servikal dilatasyon ve 2 cm/h altında iniş aktif fazda yavaşlama olarak değerlendirilir. Durma ise dilatasyon ve inişin tam anlamıyla ortadan kalkmasını ifade eder. Dilatasyonun durması 2 saat sonunda açıklıkta ilerleme olmaması; inişin durması ise 1 saatlik süre sonunda seviyede değişiklik olmaması şeklinde değerlendirilir. Uzama ve durma bozuklukları nedenleri arasında sefalopelvik uygunsuzluk, aşırı sedasyon, persiste oksiput posterior gelişi gibi durumlar sayılabilir. Uzama ve durma bozukluklarında fetopelvik uygunsuzluk açısından pelvik muayene ile değerlendirme yapılmalıdır. Dikkatli bir pelvik muayene ve değerlendirme ile fetopelvik uyumsuzluk dışlandıktan sonra uzama bozuklukları için bekleme; durma bozuklukları için ise oksitosin desteği önerilmektedir (12).

2.1.1.2. Doğum Eyleminde II. Evre:

Bu evre servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve fetusun dışarıya çıkması ile sona erer. İkinci evre boyunca kontraksiyonlar güçlü, düzenli, 1 ile 3 dakika arasındadır. Kontraksiyonlarla bebek başı aşağı doğru iner ve annede itme hissi ortaya çıkar. Kontraksiyonlar ve annenin ıkınma kuvvetleri ile bebeğin dışarı çıkması sağlanır. Ortalama süresi oldukça değişken olmakla beraber nulliparlar için 50 dakika, multiparlar için ise 20 dakikadır. Çok doğum yapmış önceden dilate olmuş vajina ve perineye sahip gebelerde tam servikal dilatasyon sonrasında doğumun gerçekleşmesi için 2 veya 3 kuvvetli ıkınma yeterli olabilir. Tersine kontrakte pelvis ya da iri fetusa sahip veya aşırı sedasyon veya anestezi uygulanan hastalarda ikinci evre anormal derecede uzayabilir (12).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği nullipar hastalarda rejyonel anestezi uygulanıyor ise 3 saat, uygulanmıyor ise 2 saati; multipar hastalarda ise rejyonel anestezi varlığında 2 saat, yokluğunda ise 1 saati aşan ikinci evre süresinin uzamış olarak değerlendirilebileceğini öne sürmüştür (13).

2.1.1.3. Doğum Eyleminde III. Evre:

Bebek doğumunun hemen sonrası ile plasenta ve eklerinin atıldığı zaman arasındaki dönemdir. Pariteye bağlı olmaksızın süresi genellikle kısa, yaklaşık 10 dakikanın altındadır. Doğum eyleminin üçüncü evresi 30 dakikadan fazla sürdüğünde uzamış olarak kabul edilir (5). Plasenta ve fetal membranların ayrılması ve atılması tamamlandıktan sonra aktif doğum eylemi sona erer. Bebek doğarken uterus spontan olarak azalan içeriğinin üzerine kontrakte olur. Bu da plasentanın implantasyon alanında azalma ile sonuçlanır. Plasenta bu azalmış alana uyum sağlamak için kalınlığını artırır ancak esnekliği sınırlı olduğu için bükülmeye zorlanır. Neticede ortaya çıkan gerilim desiduanın en zayıf tabakası olan süngersi tabakanın kopmasına neden olur ve burada ayrılma başlar. Ayrılan plasenta ile kalan desidua arasında hematoma oluşması ayrılma sürecini hızlandırır (14). Plasentanın ayrılması genellikle doğumdan sonraki ilk dakikalar içerisinde gerçekleşir. Aynı zamanda uterin kavitedeki yüzey alanının azalmasıyla fetal membranlar da ayrılmaya başlar. Plasenta ayrıldığında uterus küresel, sert bir hale

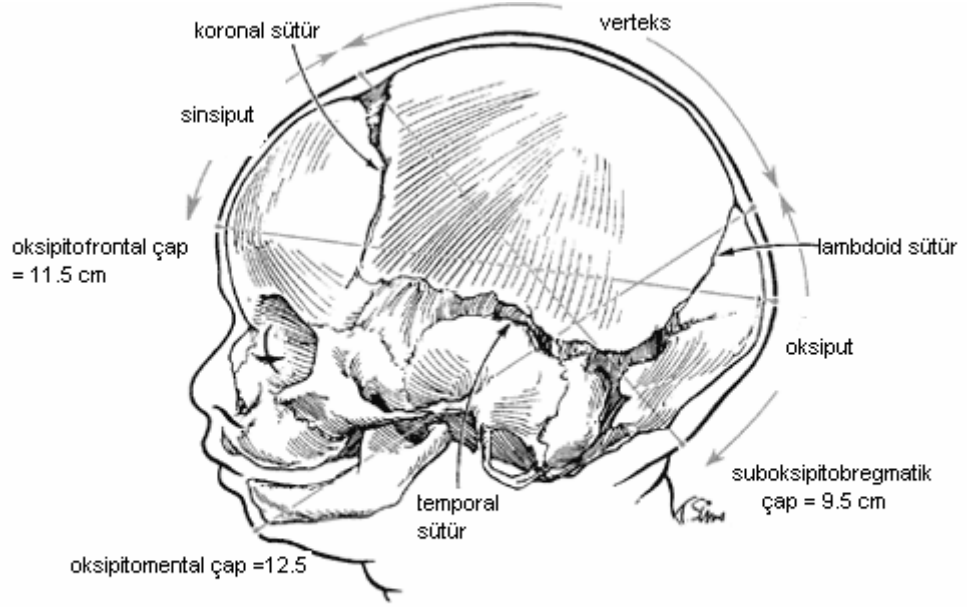
gelir ve ilk beliren bulgudur. Ani bir kan boşalması olur, plasenta ayrılarak alt uterin segment ve vajinaya doğru ilerler; bu esnada uterusu yukarı doğru iterek abdomende yükselmesine neden olur. Umblikal kord vajinanın dışına doğru çıkıntı yapar ve bu plasentanın indiğine işaret eder. Bu bulgular plasentanın ayrılma belirtileri olup doğum eyleminin yönetilmesinde önem taşır (15).

2.1.2. Doğum eylemi sürecini belirleyici faktörler:

Doğum eyleminin ilerleme sürecini belirleyici üç temel faktör mevcut olup bunlar; doğum objesi, doğum yolu, motor kuvvetlerdir (5).

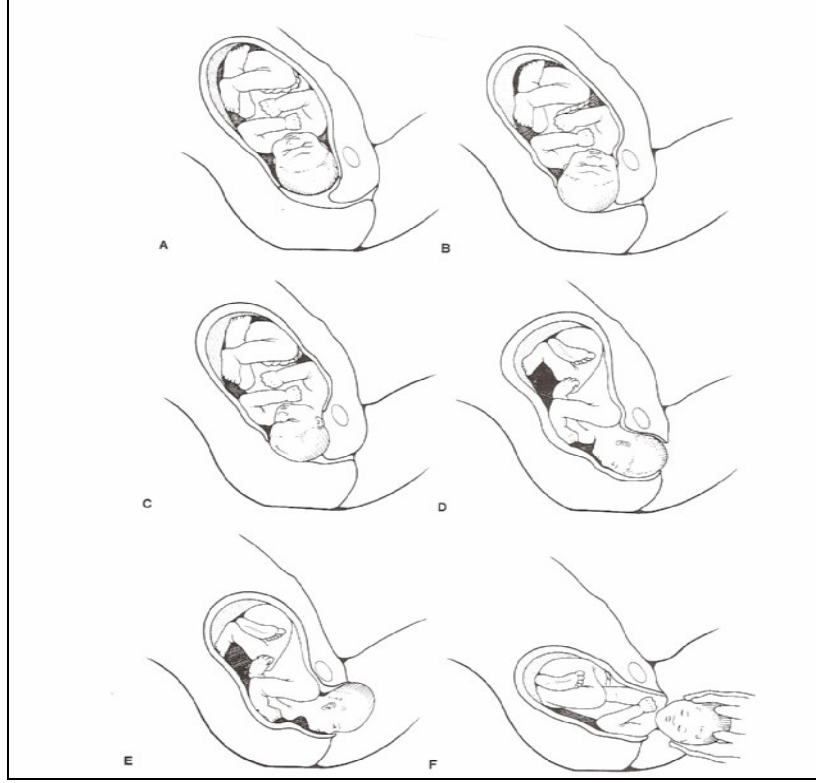
2.1.2.1. Doğum objesi

Fetüs ve fetal duruş, prezentasyon ve pozisyonu doğum objesini oluşturur. Miadında bir çocuk 49-52 cm uzunluğunda ve 3000-3500 gram ağırlığındadır. Büyük kısımları baş, sırt, makat; küçük kısımları bacak ve kollarıdır. Doğum mekaniği bakımından en önemli fetal kısım baştır. Tüm doğum eylemlerinin yaklaşık %95'inde fetus oksiput veya verteks prezentasyonundadır. Başın pelvisle olan uyumu doğum seyrinde önemli bir rol oynar. Suboccipito-bregmatik çap ön fontanel ile ense arasında uzanan çap olup genellikle baş pelvisde bu çapını uydurarak ilerler. (Şekil 1) (16). Yaklaşık uzunluğu 9,5 cm'dir. Biparietal çap ise parietal kemiklerin arasında uzanan en büyük mesafe olup yaklaşık 9,5 cm civarındadır.



Şekil 1. Fetal baın kemik, sütür, fontanel ve önemli çapları.

Çoğu vakada, verteks pelvise sagital sütür ile transvers pelvik çaptan girer. Pelvik kanalın düzensiz şekli ve matur fetal baın göreceli olarak büyük boyutları nedeni ile baın bütün çapları pelvisin bütün çaplarını geçemez. Vajinal doğum için baın uygun kısımlarının pelvisin değişik kısımlarına adaptasyon ve yerleşimi gereklidir. Böylelikle doğumun kardinal hareketleri gerçekleşmiş olur. Bunlar angajman, ini, fleksiyon, iç rotasyon, defleksiyon, dış rotasyon ve ekspulsiyondur (17). Şekil 2’de (5) doğumun kardinal hareketleri grlmektedir.



Şekil 2. Doğum eyleminin kardinal hareketleri

A. Angajman B. İniş ve fleksiyon C. İnternal Rotasyon D, E. Ekstansiyon F. Eksternal Rotasyon

Oksiput prezentastonundaki fetal başın en büyük transvers çapı olan biparietal çapın pelvis giriminin altına inmesi angajman olarak adlandırılır (17).

İniş bebeğin doğumu için ilk zorunluluktur. Nulliparlarda angajman doğumun başlangıcından önce yer alabilir ve ikinci aşamanın başlangıcına kadar daha fazla bir iniş olmayabilir. Multipar kadınlarda iniş genellikle angajmanla birlikte başlar. Çanak şeklinde olan pelvis boşluğu yani, pelvis girimi ile pelvis döşemesi arasındaki mesafe yaklaşık 8 cm'dir. Bu mesafe başın geçiş mekanizması esnasında ardında bırakması gereken uzunluktur. İniş dönemi içerisinde baş yuvarlak pelvis boşluğuna uyabilmek için fleksiyonunu arttırır. İnen baş serviks, pelvis duvarları veya pelvik zeminden dolayı bir dirençle karşılaşır ve bunun sonucunda normal olarak fleksiyona geçer. Böylelikle daha uzun olan oksipitofrontal çapın yerini daha kısa olan suboksipitobregmatik çap alır (17).

Fleksiyonunu yaparak pelvis içinde itici kuvvetlerin etkisi ile ilerleyen baş daha sonrasında iç rotasyonunu yapar. Böylelikle oksiput kademeli olarak simfizis pubis ve daha nadir olarak sakruma doğru dönüş yapar. Baş spinaller hizasına ulaşmadan ve angaje olmadan başarılması imkansızdır (17).

İç rotasyon sonrası ileri fleksiyondaki baş vulvaya ulaşınca doğum için esas olan defleksiyona geçer. Bu oksiput tabanını simfizis pubisin inferior kenarı ile temasa geçirir. Perine ve vajenin ilerleyici distansiyonu ile oksiputun giderek daha büyük bir kısmı görünür. Oksiput, bregma, alın, burun, ağız ve son olarak çene perinenin anterior kenarından başarı ile geçerken daha ileri defleksiyon ile baş doğar (17).

Doğan baş sonrasında sağa veya sola yönelim gösterir ve transvers pozisyona döner. Bunun amacı gövdede bisakromiyal çapı pelvik çıkımın anteroposterior çapı ile ilişkili hale getirmektir. Bu olay dış rotasyon olarak adlandırılır (17).

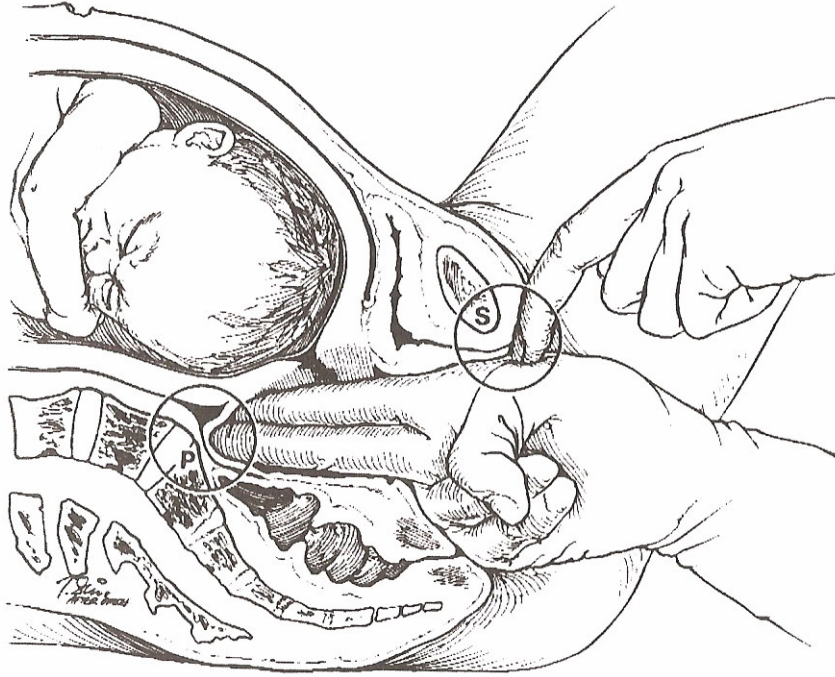
Dış rotasyonun hemen ardından ön omuz simfizis pubis altında belirir ve perine arka omuz tarafından distandü hale getirilir. Omuzların doğumundan sonra gövdenin geri kalanı çabucak çıkar ve ekspulsiyon tamamlanmış olur (17).

2.1.2.2.Doğum Yolu

Kemik ve yumuşak dokulardan oluşan bir kanaldır. Doğum yolu boşluğunu ve istikametini küçük pelvisin kemik duvarı oluşturur. Arkada sakrum ve promontorium, önde simfizis pubis, yanlarda ischial kemikler kemik pelvis teşekkülünde rol oynar (18).

Pelvis boşluğu giriminin transvers çapı 13 cm olup klinik olarak ölçülmesi mümkün değildir. Ancak anormal doğum eylemi ilerlemesinde dar transvers girim çok nadiren bir etkidir. Pelvik girimin anteroposterior çapı çok daha önemlidir. Klinik olarak simfisiz pubis alt kenarı ile sakral promontorium arası mesafenin yani konjugata diagonalisin ölçülmesi ile tahmin edilir. Pelvik girimin anteroposterior çapı bu ölçülen değerden yani konjugata diagonalisten yaklaşık

1,5-2 cm daha kısa olup konjugata obstetrika adını alır. Eğer konjugata diagonalis 12 cm ve üzerinde ise pelvik girimin uygun olduğu düşünülür (5). Pratikte pelvik muayene sırasında ilk önemli soru vajene ilerletilen işaret ve orta parmaklar ile promontoriuma ulaşıp ulaşılamadığıdır (Şekil 3) (18). Şayet promontoriuma ulaşabiliyorsa konjugata veranın kısa olduğu ve pelvik yapının normal vajinal yolla doğuma uygun olmadığı kanaatine varılır (18).



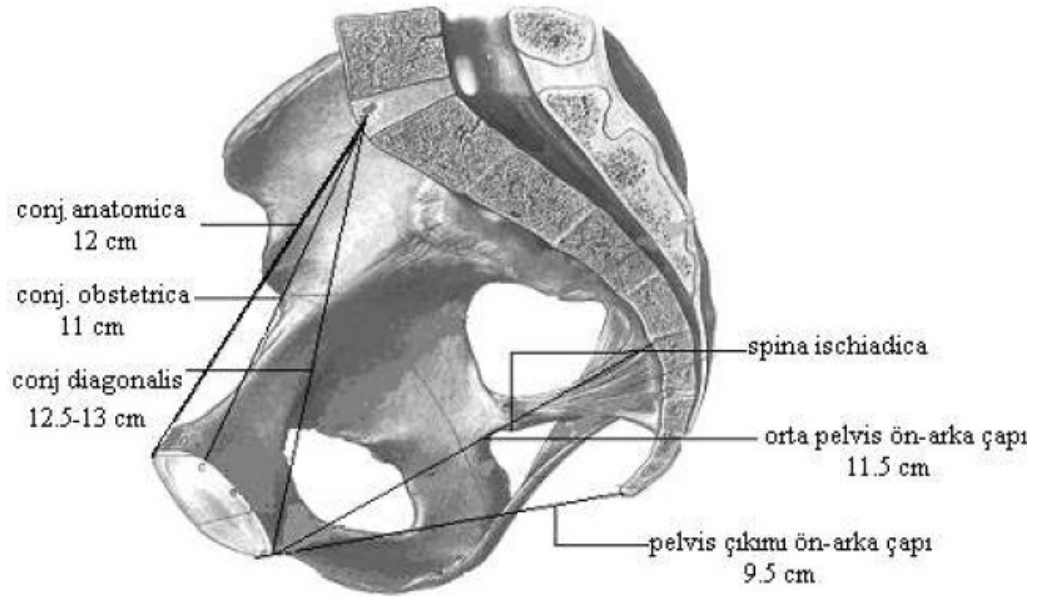
Şekil 3. Konjugata Diagonalis'i belirlemek için yapılan vajinal muayene

(P: Sakral Promontoryum; S: Simfizis Pubis)

Orta pelvis spina iskiadika seviyesinde yer alan ve en küçük pelvis çapının olduğu düzlemdir. Özellikle başın angajmanından sonra ilerlemeyen doğumda orta pelvis darlığı düşünülmelidir. On cm veya biraz daha fazla olan interspinöz çap, genellikle pelvisin en küçük çapıdır ve şekil 4'de gösterilmiştir (18). Orta pelvisin spesifik çapları klinik olarak ölçülemez. Özellikle iskiyal spinlerin belirgin olması orta pelvis darlıklarında önemli bir bulgudur. Yine değerlendirme esnasında sakrumun eğimi, sakrospinöz ligamentler ve iskiyal spinlere bakılır. Sakrumun ön duvarı kontrol edilir ve yeterli bombelikte olup olmadığı, kemik çıkıntılar değerlendirilir. Normal pelvisde sadece son üç sakral vertebra perine

çukurlaştırılmadan hissedilebilir. Simfizis arka duvarının düzlüğü, çıkıntıları, linea terminalislerin belirginliği, yumuşak dokuların gerginliği değerlendirilir (18).

Pelvik çıkım; tuber iskiadikumları birleştiren çizgiyi taban alan ve aynı düzlemde bulunmayan iki tane üçgene benzeyen yapıdan meydana gelir. Pelvik çıkım için pubik açı, intertuberoz mesafeler ve koksiks değerlendirilir. İntertüberöz çap, biiskial çap veya çıkımın transvers çapı olarak da bilinir. Sekiz cm'in üzerindeki bir uzunluk normal olarak kabul edilir. Çıkımın transvers çapının değerlendirilmesi sıkılı bir yumruk genişliği ölçüldükten sonra perinede ischial tuberositler arasına yerleştirilerek yapılabilir. Genellikle sıkılı bir yumruğun 8 cm'in üzerinde olduğu varsayılır. Koksiksin mobilizasyonuna, öne doğru çıkıntılı olup olmadığına hareketliliğine bakılır. Pubik açının 90 derecenin altında olması ise çıkımda pelvik darlığı düşündürür (18).



Şekil 4. Pelvis girimi, orta pelvis ve pelvis çıkımının ön-arka çapları

2.1.2.3. Motor Kuvvetler

Motor kuvvetleri oluşturan iki faktör mevcuttur. Bunlardan bir tanesi istemsiz olarak oluşan uterin kontraksiyonlar; diğeri annenin uyguladığı ve istemli

karın kaslarının kasılması ile ortaya çıkan itme kuvvetidir. Bunlarda oluşacak bir disfonksiyon doğum eyleminde yavaşlama veya durmaya neden olabilir (19).

Uterin aktivitenin değerlendirilmesinde sıklık, süre ve yoğunluk önem taşımaktadır. Değerlendirmede 3 temel yöntem kullanılır. Bunların arasında en eski olanı fundus üzerinden manuel uterin palpasyondur. Subjektif olarak şiddeti +1 ile +3 arasında ifade edilen kontraksiyonların süresi ve sıklığının belirlenmesi ile değerlendirme yapılır. Uygulaması basit bir yöntem olup dezavantajları arasında kesin olarak yoğunluk ve süreyi ölçmede yetersizlik, bazal tonus hakkında bilgi vermeme, obez hastalarda uygulama güçlüğü ve fetal kalp atımları ile kontraksiyonlar arası ilişkinin değerlendirilmesini zorlaştırması sayılabilir. Eksternal tokometreler uterin kontraksiyonların ortaya çıkardığı abdominal duvarın şekil değişikliklerini ölçer. Palpasyonla diğer dezavantajları benzer olmasına rağmen fetal kalp hızı değerlendirmesine olanak sağlamaktadır (19).

Direkt değerlendirme günümüzde uterin aktivitenin saptanmasında en uygun metoddur. Sıvı dolu bir kateterin genellikle membranların açılmasından sonra uterin kavite içerisine doğrudan yerleştirilmesi ile uygulanır (19).

Uterin aktivitenin değerlendirmesinde birim olarak en sık Montevideo Ünitesi kullanılır. Bu tanımlamaya göre uterin performans mmHg olarak kontraksiyon şiddetinin (bazalin üzerine artmış uterin basıncın) 10 dakikadaki kontraksiyon sıklığı ile çarpımı sonucu elde edilir. Klinik doğum eylemi genellikle uterin aktivite 80-120 Montevideo Ünitesi'ne ulaştınca başlar. Bu her 10 dakikada bir 40 mmHg'lik 3 kontraksiyon anlamına gelir. Doğum eyleminin ilk aşamasında uterin kontraksiyonların şiddeti giderek artar. Aynı zamanda sıklık da 10 dakikada üç kontraksiyondan beş kontraksiyona çıkar; uterin bazal tonus ise 12 mmHg'ya yükselir. Düzenli aralıklarla oluşan ve 3-4 dakikada bir gelen, 50 mmHg ve üzeri kontraksiyonlar etkin kontraksiyonlar olarak tanımlanır. Aynı zamanda kontraksiyonlar arasındaki dönemde uterus bazal tonusunun yüksek olmaması gerekmektedir. Etkin olmadığı saptanan uterin kontraksiyonlarda oksitosin desteği kullanılabilir (19).

Serviks tam dilate olduktan sonra fetüsün dışarıya çıkma süresindeki en önemli kuvvet artmış maternal intraabdominal basınçtır. Bu ses telleri kapalı iken yapılan kuvvetli respiratuar efor ile eş zamanlı olarak karın kaslarının kasılması sayesinde oluşur ve “ıkmıma” olarak bilinir. Uterin kontraksiyonlara destek olarak fetüsün ekspulsiyonunu sağlar. Doğum eyleminin spontan olarak tamamlanması için artmış intraabdominal basınç gerekli olsa da serviks tam dilate olana kadar hastanın ıkmması doğum eylemi için faydasızdır. Doğum eyleminin birinci evresinde iken hastanın ıkmması ve böylelikle intraabdominal basınç artışı hastada yorgunluğa ve fetal başın rotasyonunu tam olarak tamamlayamamasına yol açabilir (14).

2.1.3. Doğum Eyleminin Yönetimi:

2.1.3.1. Doğum Eyleminin I. Evresinin Yönetimi:

Doğum eyleminin birinci evresinin yönetimine yönelik çok çeşitli yaklaşım seçenekleri değerlendirilmiş ve tek bir yaklaşımın diğerlerine üstün olduğu gösterilememiştir. Hastaya yaklaşımda primer hedefler; fetal iyilik halinin izlemi, hastaya uzun ve rahatsızlık verici bir süreç olabileceği yönünde bilgi ve destek sağlanması, gerektiğinde uygun şekilde müdahalelerin gerçekleştirilmesi şeklinde özetlenebilir (5).

Obstetrideki en kritik tanılarından birisi doğum eyleminin doğru tanısıdır. Gerçek ve yalancı doğum eylemi arasındaki ayırıcı tanı bazen zor olabilmekle birlikte kontraksiyonların değerlendirilmesi ile yapılır. Gerçek doğum eyleminin kontraksiyonları; düzenli ve giderek kısalan aralıklarla olup, rahatsızlık sırt ve karındadır. Gerçek kontraksiyonlar, ilerleyici servikal dilatasyona neden olur ve sedasyonla durdurulamazlar. Yalancı doğumun kontraksiyonları ise; düzensiz aralıklarla olur, aralıklar uzundur, yoğunluk değişmez ve rahatsızlık alt karındadır. Ayrıca yalancı kontraksiyonlarla serviks dilate olmaz ve rahatsızlık sedasyonla geçer. Doğum tanısının kesin olarak yapılamadığı vakalarda hastanın klinikte birkaç saat izlemi uygundur (15).

Gerçek doğum eylemi düşünülen hastalarda; fetüsün kalp hızı, prezentasyonu, büyüklüğü belirlenmeli, özellikle deselerasyonların tesbiti için fetal kalp hızı kontraksiyonlar arası ilişki değerlendirilmelidir. Fetal membranların durumu ve vajinal kanama olup olmadığı, su gelmesi hikayesi sorgulanarak plasenta previa şüphesi olmayan hastalarda vajinal muayene yapılmalıdır. Hastalarda servikal yumuşaklık, efasman derecesi, pozisyonu ve dilatasyon miktarı tanımlanır. Prezente olan kısmın seviyesi ve altındaki membranların varlığı dikkatli palpasyonla hissedilebilir (15).

Servikal efasman, doğum eyleminde olmayan serviksle karşılaştırıldığında servikal kanalın uzunluğu şeklinde ifade edilir. “Serviksin uzunluğu yarı yarıya azaldığında %50 efasedir; serviks yanındaki alt uterin segment kadar inceline tamamen veya %100 efasedir” şeklinde tanımlanır (15).

Dilatasyon; servikal açılmanın ortalama çapının tayin edilmesi ile belirlenir. Muayene eden parmak serviksin bir kenarından diğer kenarına doğru kayar ve çap santimetre ile ifade edilir. On cm olduğunda serviksin tamamen dilate olduğu söylenir; term büyüklükteki bir bebeğin prezente olan kısmı bu genişlikte bir serviksdan geçebilir (15).

Doğum kanalında fetal prezente kısmın seviyesi pelvik girim ve çıkım arasında ortada yer alan spina iskiadikalara göre tanımlanır. Fetal prezente kısmın en alt seviyesi spina iskiadikalar hizasında ise, 0 seviyesinde kabul edilir. Önceleri bu seviyenin üzerindeki doğum kanalının uzun aksı üçe ayrılmış iken 1988’den itibaren Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği pelvisi spinaların üstü ve altında beşe bölen bir seviye sınıflandırması kullanmaya başlamıştır. Bu bölümler spinaların üstü ve altındaki cm’leri ifade eder. +5 seviyesi introitusda görülen fetal başa tekabül eder. Eğer fetal başın önde gelen kısmı 0 seviyesi veya aşağısında ise sıklıkla başın angajmanı oluşmuştur; yani fetal başın biparietal çapı pelvik girimi geçmiştir (15).

Hasta doğum eylemi nedeni ile kliniğe kabul edildikten sonra mümkün olan en kısa zamanda fizik muayenesi tamamlanır. Bu dönemden sonra fetal iyilik halinin monitörizasyonu için Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği’nin

önerisi herhangi bir anormallik yoksa fetal kardiyak atımların kontraksiyondan hemen sonra her 30 dakikada bir ve ikinci evrede her 15 dakikada bir kontrol edilmesi şeklindedir. Eğer devamlı elektronik monitörizasyon kullanılıyorsa çıktılar ilk evrede her 30 dakikada ve ikinci evrede her 15 dakikada bir kaydedilmelidir. Riskli gebelikleri olan kadınlar için ilk evrede her 15; ikinci evrede her 5 dakikada bir oskültasyon uygulanmalıdır. Devamlı elektronik monitörizasyonda ise çıktılar ilk evrede her 15 dakikada; ikinci evrede ise her 5 dakikada bir kaydedilmelidir (20).

Doğumun ilk evresinde hangi sıklıkla vajinal muayene yapılması gerektiğini gösteren kanıta dayalı net kriterler olmamasına rağmen latent faz sırasında sık muayenin gereksiz olduğu bilinmektedir. Latent fazda sık pelvik muayene rahatsızlık verici ve hastada doğumun ilerlemediği yönünde yanlış yargılara neden olmasının yanı sıra, enfeksiyona bağlı morbiditeyi de arttırmaktadır. Bununla birlikte izlem sırasında bir önceki muayenede önde gelen kısmın tam olarak servikal kanala prezente olmadığı düşünülen hastalarda membran rüptürü meydana gelirse servikal muayene yapılmalı ve fetal kalp hızı (FKH) değerlendirilmelidir. Böylelikle umbilikal kord prolapsusunun erken tespiti yapılabilir. Aktif fazda doğum eyleminin ilerlemesinin değerlendirilmesi için 2 saate bir pelvik muayene yapılması ve normal ilerleyişin olmadığı hastalarda oksitosin ile doğum eylemi yardımı için hastanın tekrar değerlendirilmesi önerilir (5).

Amniotik membranların artifisiyel olarak açılmasının doğum eylemini stimüle ettiği ve ilerlemesini arttırdığı; amniotik sıvının mekonyumlu olup olmadığına anlaşılmasına imkan sağladığı için bazı kaynaklarda (15) normal ilerleyen eylem sırasında dahi açılması tavsiye edilir. Ancak bu sırada kordon sarkması riski olduğu için başın pelvik girişi geçmiş olması ve açma işleminin kontraksiyon esnasında ve fundal basınç ile aşağı doğru fetüsün yönlendirilmesi sırasında yapılması önerilmektedir. Aynı zamanda amniotik membran açılmadan önce hastanın doğumun aktif fazına girmiş olduğundan emin olunmalıdır. Aktif doğum eyleminde olan hastalarda bir başka dikkat edilecek konu mesane distansiyonudur. Dolu bir mesane ilerlemeyen eyleme, mesane hipotonisi veya

enfeksiyona neden olabilir. Aynı zamanda mesanenin boşaltılması ile kontraksiyonların uyarılması ve artmasına yardımcı olunabilir (15).

Fetal iyilik hali oturur, yatarak veya ayakta değerlendirilebilmektedir. Birçok normal doğum eyleminde sağlıklı kadınlarda yatmayı gerektirecek tek neden analjezikler nedeni ile ayakta durmasının mümkün olmamasıdır. Venöz dönüşün bozulması ve maternal kardiyak outputun azalması nedeni ile supin pozisyonundan genellikle kaçınılmalıdır. Vital bulgular en az 4 saatte bir veya klinik gereklilik hallerinde daha sık değerlendirilmelidir (5).

Latent faz boyunca servikal dilatasyon yavaş olur ve uterin kontraksiyonların süresi ve sıklığında ilerleyici bir artış mevcuttur. Bu fazda uzamanın direk olarak perinatal mortalite üzerine etkisinin olmamasına rağmen hasta ve ailesi için kaygıya neden olabilir. Özellikle nullipar hastalarda belirgin efasman olmadan doğum eyleminin başlamış olması bir problemi yansıtabilir. Uzamış latent faza yaklaşımda amniotomi ve sezaryen önerilmemektedir (19).

Uzamış latent faza yaklaşımın temelini olabilecek etyolojilerin tanımlanması ve bireysel tedavileri kapsar. Friedmanın özel olarak çalıştığı bu gruba nazaran günümüzde daha az olmakla birlikte bu hastalarda sedasyon göz önünde bulundurulmalıdır. Hızlı doğum için maternal veya fetal endikasyon olmadığı sürece birçok otör teropatik istirahat yaklaşımını tercih eder. Bu hastaya doğum eyleminin fiziksel ve emosyonel sıkıntılarından bir süre için uzaklaşmaya ve yalancı doğum eylemi ile gerçek doğum eylemini ayırt edebilmeye olanak sağlar (19).

Aktif faz boyunca ise servikal dilatasyon daha hızlı olur. Multigravidlerde ortalama servikal dilatasyon hızı 1,5 cm/h, primigravidlerde ise 1,2 cm/h'tir. Pratikte aktif faz için en az 1 cm/h'lik dilatasyon hızı olması gerekmektedir. Aktif faz bozukluklarını değerlendirme ve yaklaşımda doğum eyleminin manometrik ve servikografik değerlendirmeleri önem taşır. Aktif faz bozukluklarının majör sınıflandırması servikal değerlendirmeler ile yapılır. Buna ek olarak bazı araştırmacılar uterusun elektromekanik durumuna dayanan bir sınıflandırma ileri sürmektedirler. Etkisiz uterin aktivite hipertonic ve hipotonik disfonksiyon olarak

iki gruba ayrılır. Hipotonik disfonksiyon myometrial pacemakerda yetersiz aksiyon potansiyeli oluşturulması, myometrium içinde sinyallerin yetersiz iletilmesi veya sinyallere mekanik cevap yokluğu nedeni ile ortaya çıkabilir. Hipertonik disfonksiyon ise uterus alt kutbunda veya multiple alanlarda ortaya çıkan kontraksiyonlarla ilişkili bir grup bozukluğu kapsar. Her iki durumda da uterin kontraksiyonlar servikal dilatasyon ve efasmanda ilerlemeyi sağlayamazlar (19).

Klinikte hipotonik ve hipertonik disfonksiyon arasındaki ayırım klinik ve manometrik kriterler esas alınarak yapılır. Hipotonik disfonksiyon nullipar veya multiparlarda görülebilir ve doğum eyleminin herhangi bir döneminde ortaya çıkabilir. Çoğu kez rölatif bir sefalopelvik uyumsuzluk, malpozisyon veya maternal yorgunluğun işaretidir. Uterin kontraksiyonlar seyrek, düşük amplitütlü ve düşük veya normal uterin basınç ile birlikte. Hipertonik disfonksiyon primer olarak nulliparlarda görülür ve genellikle erken doğum eylemi ile ilişkilidir. Düşük amplitütlü sık kontraksiyonlar çoğu kez bazal uterin aktivitede artma ile birlikte izlenir. Maternal rahatsızlık ve sırt ağrısı fazladır (19).

Primer ilerlemeyen doğum eylemi 5. persentilin altında aktif faz dilatasyonu olarak tanımlanır. Bu nulliparlarda 1,2 cm/h; multiparlarda 1,5 cm/h şeklindedir. Primer disfonksiyona yaklaşımda İngiliz ve Amerikan ekolü şeklinde iki çeşit yaklaşım mevcuttur. Friedman ve Sachtleben'in çalışmalarına dayanılarak uygulanan Amerikan yaklaşımına göre amniotomi, sedasyon, oksitosinin az miktarda etkisi olup; fizyolojik destek ve ileri araştırmaya dayanır. İngiliz yaklaşımı ise Dublin'deki Ulusal Doğum Hastanesi verilerine dayanarak oluşturulmuş olup acil amniyotomi ve oksitosin infüzyonunu içerir. Yaklaşımdaki majör farklılıklara karşı, birçok önemli benzerlikler de bulunmaktadır. Her iki grup da primer ilerlemeyen eylemin fark edilmesinin perinatal mortalite açısından bir risk faktörü ve doğum eyleminde durmanın sık bir belirteci olması nedeni ile önemli olduğunu kabul ederler. Ayrıca bu hastaların daha dikkatli maternal ve fetal izleme ihtiyaç duyduklarını ve primer ilerlemeyen eylemin sezaryen için bir endikasyon olmadığı görüşünü savunurlar (19).

Doğum eyleminde sekonder durma ise Friedman ve Sachtleben tarafından daha önce normal olarak ilerleyen servikal dilatasyonun iki saatlik süre içerisinde değişmemesi olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanımlamanın bir miktar yapay olduğu ve bir saatlik durmanın ikinci evre anomalilerinde ve fetal morbiditede artışla ilişkili olduğu unutulmamalıdır (19).

Aktif fazda kombine bozukluk ise daha önce ilerlemeyen eylem düşünülen hastanın dilatasyonunda durma olarak tanımlanır. Friedman ve Sachtleben'ın çalışmalarına göre bu grup sadece durma bozukluğu olan gruba göre normal vajinal yolla doğum açısından daha kötü prognoza sahiptir (19).

Doğum eyleminde durma bozukluğu olan hastalarda genel olarak kabul edilmiş yaklaşım; dikkatli bir değerlendirme ve amniotomi, eğer endikasyon varsa intrauterin monitorizasyona başlanmasıdır. Değerlendirme fetal distres bulgularının, maternal yorgunluk veya artmış fetal ağırlığın araştırılmasını içermelidir. Servikal dilatasyon, fetal seviye, prezentasyon ve fetal pozisyonu içeren dikkatli bir vajinal muayene yapılmalıdır. Pelvik kapasite ve pelvik tipi belirleyecek şekilde çok dikkatli bir klinik pelvimetre ile hasta değerlendirilmelidir. Aynı zamanda sık görülmeyen distosi nedenlerinden olan uterin leiomyomlar, ovarian tümörler, vajinal kistler veya septumlar, fetal malformasyonlar akılda bulundurulmalıdır. Uterin aktivitenin optimal şartlarda olması isteniliyorsa, dikkatli olmak koşulu ile uygun şartlarda oksitosin ile myometrial stimülasyon uygulanabilir. Eğer hipotonik disfonksiyon devam ediyorsa ve durmaya ait başka hiçbir neden saptanamadıysa oksitosin dozu arttırılabilir (19).

Durmuş doğum eyleminde müdahalelerin optimum süresi ile ilgili net bir tanımlama yoktur. Ancak hastaların %70-80'inin bu müdahaleye cevap verir ve servikal dilatasyon tekrar başlar. Kesin bir kanı olmamakla birlikte, birçok otör doğum eyleminde 2 ile 4 saat üzerinde durmanın sezaryen için endikasyon olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda ilerlemenin durduğu vakalar doğumun ikinci evresine ulaşsalar bile ikinci evre anomalileri ve operatif doğum insidansında artış olduğu göz ardı edilmemelidir (19).

2.1.3.2. Doğum Eyleminin II. Evresinin Yönetimi:

Doğum eyleminin ikinci evresi serviksin tam olarak açılması ile başlar ve bebeğin doğumu ile sona erer. Bu dönem içerisinde hasta daha hassas ve kendisine yardım eden kişilerin etkisine daha bağımlıdır. Seçenekler ve teknikler hakkında hastanın bilgilendirilmesi ve yönlendirilmesi daha zor olabilir ve daha dikkatli davranmayı gerektirir. Hastanın ıkınma hissi çoğunlukla bu evrede başlar. Daha önce başlaması halinde eğer dilatasyon 8 cm'nin altında ise hastanın kendini en rahat hissettiği pozisyonda kalması ve ağrı dönemlerini derin nefes alıp vererek geçirmesi önerilir. Sadece küçük bir servikal alan kalmış ve fetal prezente olan kısmı tutuyor ise ve hastanın da mani olamadığı bir ıkınma hissi varsa tam dilatasyon öncesi ıkınmasına izin verilebilir. Ancak hastanın kendini tamamen yormamasına dikkat edilmelidir. Çoğu vakada ikinci aşama doğum eyleminde itiş bir refleks olarak ve spontan gerçekleşir. Ancak çoğu zaman kadın avantaj sağlayacak olan bu itici güçlere başvuramaz ve bu konuda hastayı yönlendirmek gerekir. Doğum eylemindeki hastanın bacakları itmede işlevsel olabilmeleri için yatağa karşı ve yarı bükülmüş durumda olmalıdır. Bir sonraki uterin kontraksiyon başladığında derin bir nefes alması ve nefesini tutup aşağıya doğru ıkınarak basınç uygulaması öğretilmelidir. Kontraksiyonlar arası hastanın ıkınmadan dinlenmesi sağlanılmalıdır (15).

Daha önce de belirtildiği gibi düşük riskli fetüs için ikinci aşama sırasında kalp hızı en az her 15 dakikada bir osküte edilmelidir, yüksek risklilerde 5 dakikalık aralar önerilir. Baş kompresyonuna bağlı fetal kalp hızında yavaşlama, kontraksiyon ve eşlik eden maternal itici çaba sırasında sıkça görülür. Kontraksiyon ve itici güç sonrası fetal kalp hızı hızla düzeliyorsa doğum eyleminin devamına izin verilir. İkinci aşama doğum eyleminde tüm fetal kalp hızı yavaşlama durumları baş kompresyonundan kaynaklanmaz. Uterusun kendi kontraksiyonu ve maternal itici güçlerle oluşturduğu büyük güç plasental perfüzyonu azaltabilir. Fetusun doğum kanalına doğru inişi ve uterin volumün azalması plasentanın premature ayrılmasına ve daha sonrasında fetal iyilik halinin etkilenmesine neden olabilir. İnış umblikal kordun bir veya daha fazla kıvrımının

fetüsün etrafında özellikle boyun etrafında sıkışmasına neden olabilir. Uzamış, aralıklı maternal itici çabalar bu durumdaki fetüs için tehlikeli hale gelebilir (15).

Doğum sırasında en yaygın kullanılan ve pelvik çıkımın çapını en uygun hale getiren pozisyon dorsal litotomi pozisyonudur. Daha iyi itiş için bacak kaldırıncılar kullanılır. Her kontraksiyonla birlikte perine giderek bombeleşir ve fetal başın etkisi ile vulvovajinal açıklık daha da artar. Başın en büyük çapının vulvar halka tarafından çevrelenmesi taçlanma olarak bilinir. Primigravidlerin bu aşamada multigravidlerin daha öncesinde doğum masasına alınması uygundur (15).

Başın doğumu sırasında, havlu ile örtülü bir el perine üzerinde fetüsün çenesi hizasında, koksisin hemen önünde ileri basınç uygular. Diğer el ile de oksiputa yukarıya doğru simfizis hizasında tutmak üzere başa destek olur. Başın kontrollü olarak doğmasını ve defleksiyonun kolaylaşmasını sağlayan bu manevraya Ritgen manevrası denilir (15).

Başın doğumundan sonra özellikle amniotik sıvı mekonyumlu ise fetus ağız ve burnunun ve nazofarenksin omuzların veya gövdenin doğumundan önce aspire edilmesi önem taşır. Başın çıkımını takiben fetüs maternal uyluklardan birine doğru döner ve transvers pozisyona geçer. Dış rotasyondan hemen sonra ise omuzlar vulvada belirir ve kendiliğinden doğar. Bu evrenin uzamadan ve kontrollü olarak geçmesi için başın kenarları iki elle kavranır ve pubik ark altında üst omuz belirene kadar aşağı doğru traksiyon uygulanır. Daha sonra ise yukarı hareketle posterior omuz doğurtulur. Traksiyon sadece infantın uzun aksı yönünde uygulanmalıdır çünkü eğer oblik uygulanırsa boynun bükülmesine ve pleksus yaralanmalarına neden olabilir. Daha sonrasında kord klempe edilerek iki klemp arasından kesilir. Bazı otörler boyun etrafında yerleşimli ise kordu fetal başın veya fetal ön omuzun doğumunu takiben kesmeyi tercih ederler (15).

Epizyotomi normal vajinal yolla doğumu kolaylaştırmak amacı ile perineye yapılan insizyon olarak tanımlanır. Doğumun hızlandırılması gereken ve perinesi henüz yeterince esnememiş olan hastalarda faydalıdır. Geçmişte oluşabilecek pelvik relaksasyonun engellenmesinde epizyotomi rutin olarak

kullanılmaktayken günümüzde bunu kanıtlayan deliller bulunmamaktadır. Epizyotominin kısıtlanmış veya uzamış doğum eyleminde veya vakum veya forseps uygulanacak hastalarda kullanılması hakkında genel bir fikir birliği mevcut ise de proflaktik epizyotomi kullanım ile ilgili çok yoğun fikir ayrılıkları bulunmaktadır. Epizyotominin bahsedilen ancak net olarak üstünlüğü kanıtlanamamış yararları arasında düzensiz ve tamiri daha zor bir perineal yırtık yerine düz bir kesi olması, ikinci evrenin süresini kısaltması, pelvik taban kaslarına olacak travmaların azalması sayılabilir. Epizyotominin dezavantajları arasında ise özellikle erken açıldığı vakalarda artmış kan kaybı, spontan oluşabilecek travmadan daha fazla ve geniş laserasyona neden olması gelir (19).

Kısıtlı epizyotomi kullanımı (yaklaşık %30) ve geniş kullanımlı (yaklaşık %70) yapılmış randomize çalışmalara ait bir meta-analizde kısıtlı kullanımın posterior perineal travmayı, sütür ihtiyacını azalttığı, iyileşme sürecinde daha az komplikasyonlara neden olduğu ancak anterior perineal travmada artışla birliktelik gösterdiği saptanmıştır. Her iki yöntem arasında ciddi vajinal veya perineal travma, disparoni gelişimi, üriner inkontinans veya perineal ağrı arasında farklılık izlenmemiştir. Sonuç olarak proflaktik epizyotominin değeri ile ilgili objektif verilerin olmaması nedeni ile epizyotomi uygulama kararının klinisyen ve hastaya göre bireyselleştirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir (21). Doğumu çabuklaştırmak için endikasyon yok ise epizyotomi fetal baş vulvayı 2-3 cm gererken uygulanmalıdır. Midline ve mediolateral olmak üzere iki ana tip epizyotomi vardır. Midline epizyotominin avantajları arasında anatomik olması, kolay tamir edilmesi, daha az ağrı ve disparoniye neden olması gelir. Mediolateral epizyotomi ise daha az anal sfinkter ve rektal mukoza hasarına yol açar; ancak daha fazla ağrı, disparoni ve kan kaybı ile birliktelik gösterir (19).

Median epizyotomi perineal uzunluğun yaklaşık yarısı kadar orta hatta insizyon uygulanarak yapılır. Mediolateral epizyotomi ise genellikle sağ taraftan himenal ring hizasından orta hatta 45 derece açı ile ve yaklaşık 3-4 cm uzunluğunda, fetal baş perineden görünmeye başladığında ya da eylemi hızlandırmak amaçlı biraz daha yüksek seviyedeyken yapılır (19).

Normal vajinal yolla doğum esnasında oluşan perineal laserasyonlar 4 ana gruba ayrılır; birinci derece laserasyonlar sadece mukozayı kaplar. İkinci derece laserasyonlarda mukoza ve perineal cismin kaslarını da içerecek şekilde subkutan dokuları etkiler. Epizyotomi en az ikinci derece laserasyon oluşturur. Üçüncü derece laserasyonda anal sfinkter, dördüncü derecede rektum da olaya katılmıştır (5). Vajinal laserasyonların ve epizyotominin tamiri genellikle plasenta atıldıktan sonra uygun şekilde yapılır.

2.1.3.3.Doğum Eyleminin III. Evresinin Yönetimi:

İnfantın doğumu ile plasenta ve eklerinin atılması arasındaki dönem doğumun üçüncü evresi olarak adlandırılır, birçok kadında 10 dakikanın altındadır ve tüm doğumların %95'inde 15 dakika içinde tamamlanır. Primigravid ve multigravid hastalar arasında ayrılma süresi açısından farklılık gözlenmez (19).

Plasentanın ayrılması fetüsün ekspulsiyonu sonrası devam eden uterin kontraksiyonların bir sonucu olarak gerçekleşir. Bu kontraksiyonlar uterin plasental yatağın plasental yapışma alanı olan desidua veranın spongiosa tabakasında ayrılmaya neden olur. Kuvvetli ve uzamış kontraksiyonların devamı ile birlikte spiral arterlerin sıkışması ve kan kaybının kontrolü sağlanır; ayrıca plasenta fundusdan alt uterin segmente doğru iner (19).

Doğumun üçüncü evresine yaklaşımda iki farklı yöntem çeşitli otorler tarafından savunulmaktadır. Bunlar aktif yönetim ve fizyolojik yönetim olarak adlandırılır.

Fizyolojik yönetimi savunanlar plasentanın kendiliğinden ayrılmasının daha doğal bir süreç olduğunu ve daha az komplikasyona yol açtığını kabul etmektedir. Postpartum hemoraji geliştiğinde ise etkin bir şekilde ilaçların ve tekniklerin kullanılmasını benimserler. Aktif yaklaşımın kord traksiyonu nedeni ile postpartum hemoraji ve uterin inversiyon riskinde artışa yol açtığı; aynı zamanda uterotonik ajanlardan dolayı serviksin erken kapanması ve plasentanın uterin kavite içerisinde kalmasının da daha sık olduğunu iddia etmektedirler. Bu yöntemde plasentanın doğumu uterin kontraksiyonlar ve maternal ıkınma ile

sağlanır ve plasentanın ayrılma belirtileri beklenir. Kord traksiyonundan kaçınılır. Uterotonikler üçüncü evre süresince ve hatta hiç kullanılmaz. Fundal büyüklük ve tonus ise dikkatli bir şekilde plasenta ayrılıncaya kadar kontrol edilir (19).

Aktif yaklaşımda ise bebeğin ön omzunun doğumunu ya da tamamen doğumunu takiben uterotonik ajanların uygulanması, ilk kontraksiyonla birlikte umbilikal kordun doğum kanalı aksı boyunca nazik bir şekilde çekilmesi ve aynı zamanda da simfizis seviyesi üzerinden uterusun tersi yönde desteklenmesi tavsiye edilir. (Brandt-Andrews manevrası). Bu hastalarda plasenta çıkmadan fundal masaj ve ters traksiyon uygulanmadan kordun çekilmesi önerilmez. Kullanılan uterotonik ajanlar ise üst omuz çıkar çıkmaz veya bebeğin doğumunun hemen ardından uygulanan tercihen oksitosin veya oksitosin ergometrin kombinasyonu (syntometrine) ya da ergot alkaloidleridir (19).

Yapılan çalışmaları değerlendiren bir Cochrane derlemesinde kan kaybı, postpartum hemoraji ve diğer ciddi üçüncü evre komplikasyonları açısından rutin aktif yaklaşımın fizyolojik yaklaşıma üstün olduğu sonucuna varılmıştır. Aktif yaklaşımın ise daha çok bulantı, kusma gibi rahatsızlık verici yan etkiler ve ergometrin kullanılıyor ise hipertansiyon ile birliktelik gösterdiği belirtilmiştir. Bu nedenle aktif yaklaşımın rutin olarak kullanılması önerisinde bulunulmuştur (22). Yine bir başka derlemede postpartum kan kaybını önlemede oksitosin ergometrin kombinasyonunun sadece oksitosine göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Ancak ergometrine bağlı bulantı, kusma, hipertansiyon gibi yan etkiler daha sık izlenmiştir (23). Buna göre oksitosin düşük riskli kadınlarda üçüncü evrenin yönetiminde ergometrinle kıyaslandığında yan etkilerinin de daha düşük olması nedeni ile ilk tercih edilmesi gereken ajandır. Misoprostolü de içeren prostaglandinler gibi diğer ajanlarla ilgili çalışmalar ise devam etmektedir .

Plasentanın çıkması ve kanamanın kontrolü ile birlikte doğum eylemi tamamlanmış ve hasta için belki de hayatının en kaygılı süreçlerinden birisi sona ermiştir. Bu dönemden sonra ise erken dönemde emzirme, kanama takibi ve enfeksiyonlardan korunma dikkat edilmesi gereken hususlardır.

2.2. ANKSİYETE

Anksiyete (anxiety) terimi Latince "tıkanma", "boğulma" demek olan "angere" kökünden türetilmiş olup endişe, korku, kaygı, merak anlamına gelir. Anksiyete, içten ya da dıştan kaynaklanabilecek tehlike beklentisi ile duyulan endişe ve korku duygusudur. Anksiyete duygusu, yaralanma, hastalık ve ölümden kaçış reaksiyonudur. Yaklaşan tehlikeyi haber vererek merkezi ve periferik sinir sistemi, otonom sinir sistemi gibi sinir sisteminin tüm birimlerini ve endokrin sistemi en üst düzeyde uyarır, harekete geçirir dolayısıyla kişiye kendini koruma fırsatını vermeye yönelik olarak gelişir. Anksiyete bir semptom olarak birçok mental hastalıkta karşılaştığımız bir belirtidir. Anksiyeteye ait belirtiler çoğu kez temporolimbik ve hipotalamo-hipofizer-adrenal aksın uyarılarak harekete geçirilmesi sonucu ortaya çıkar. Böylece, merkezi ve periferik sinir sistemi ile otonom sinir sistemi ve nöro-psikoendokrin sistem bir bütün olarak, kendine yönelen tehlide karşı savunma ve de saldırı durumuna geçmiş olur. Bu sistemlerin harekete geçişinde noradrenalin, adrenalin, serotonin, GABA gibi birçok nörotransmitter rol oynar (24).

Anksiyete farklı şekillerde oluşabilir. Bir olayla ilişkili olarak; kişinin kendi kontrolü dışında kısa süreli hoşnutsuzluk, mutsuzluk veya korku ile karakterize bir deneyim olarak izlenebilir. Bunun yanı sıra çok yoğun stres altındaki sağlıklı bireylerde gözlenen artmış kas gerginliği, önemsiz ağrıların büyük rahatsızlık yaratması, irritabilite, üzüntü şeklinde ve fizyolojik koşullarda beklenen düzeyde bir yanıt olarak gözlenebileceği gibi belirli bir uyarana karşı, süresi ve şiddeti bakımından uygun olmayan endişe, korku şeklinde de gözlenebilir (24). Patolojik anksiyete, organizmanın yetersiz, münasip olmayan, orantısız, diğer bir deyişle uygunsuz cevabı sonucu yaşanan, bireyin gelişimini inhibe eden, ikili ilişkilere zarar veren, vejetatif vücut fonksiyonlarını bozan, hoş olmayan bir duygudurum olarak tanımlanabilir (25). Normal stresle, çeşitli patolojik anksiyete durumları arasındaki ayırım klinik tablo, tedavi, biyokimyasal değişiklikler açısından net değildir. Patolojik anksiyete bozuklukları agorafobili ve agorafobisiz panik bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu ve benzer tabloları kapsayan heterojen bir gruptur. Anksiyete

bozuklukları ile depresyon aynı spektrumun parçalarıdır. Patolojik anksiyeteden kaynaklanan stres sonucu depresyon meydana gelebilir. Teorik olarak ruh sağlığını anksiyeteden arınmış olarak açıklamak mümkün değildir. Tehdit edici, ödüllendirici veya geliştirici olarak anksiyete, organizmanın çevresel veya fiziksel bir değişikliğe verdiği cevap olarak ele alınır. Anksiyete vücudu tehlikeye tepki vermeye hazırlayan fizyolojik değişiklikleri indükler. Tepki hareketsizleşmek ya da kaçma veya savaşma olabilir. Yoğunluğu arttığı oranda, insanın, ihtiyaçlarına doyum sağlama etkinliklerinde de bir azalma olur, ilişkileri bozulur ve düşünce düzeni aksar. Anksiyetenin yoğunluğu, tehlikenin önemine ve kişinin savunma işlevlerinin etkinlik oranına göre değişir. Yoğun anksiyete insanı şaşkın ve çaresiz bırakır, yaşanan duygunun nedenleri anlaşılabilir. Buna karşılık, daha az yoğunlukta anksiyete, insanın kendisini ve çevresini değerlendirebilmesine yardımcı olur, yaşam koşullarında yapması gereken değişiklikler konusunda ona veri sağlar. Bu nedenle Sullivan, anksiyetenin yaşam üzerinde eğitici bir etkisi olduğundan söz etmiştir (26).

Anksiyete (kaygı); korku, gerginlik, endişe gibi subjektif olarak hissedilen bir duygudur ve şahsiyetin bütünlüğünün tehdit edildiği herhangi bir durumda ortaya çıkar. Özellikle akut ise bulantı, kusma, diyare, idrar sıklığı gibi çeşitli fizyolojik ve davranışsal bozukluklara neden olabilir. Tehlikeli koşulların oluşturduğu kaygı türü genellikle her bireyin yaşadığı geçici duruma bağlı bir kaygı oluşturur buna “durumluk kaygı” denir. Bazı kişiler ise sürekli olarak huzursuzluk içinde yaşarlar. Genelde mutsuzdurlar. Doğrudan doğruya çevreden gelen etkenlere bağlı olmayan bu kaygı türü içten kaynaklanır. Öz değerlerinin tehdit edildiğinin zannedilmesi ya da içinde bulunulan durumun stresli olarak yorumlanması sonucu birey kaygı duyar. Buna da “sürekli kaygı” denir (27) .

Durumluk ve süreklilik kaygı envanteri (STAI); 14 yaşından yukarısı olan gençler ve yetişkinlerde kaygıyı saptamak ve önleyebilmek için geliştirilen bir değerlendirme anketidir. Spielberger ve arkadaşları tarafından “durumluk” ve “sürekli kaygı” seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilmiş ve Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Öner ve Le Compte tarafından gerçekleştirilmiştir (27).

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envantereleri kısa ifadelerden oluşan bir değerlendirme anketidir. Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI-II) 20 maddeden oluşur ve kişilerin kendilerini genellikle nasıl hissettiklerine göre kendilerini anlattıkları bir ölçektir. Durumluk Kaygı Ölçeği (STAI-I) ise bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendini nasıl hissettiğini gösterir ve o da 20 maddeden oluşan bir anket formu şeklindedir. Bu maddelerde ifade edilen duygu ve davranışlar, sıklık derecesine göre; (1) Hemen hiç, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Her zaman seçeneklerinden birini işaretlemek suretiyle ifade edilir. Ankette doğrudan ya da düz ve tersine dönmüş ifadeler şeklinde iki tür ifade bulunmaktadır. Bu ifadeler kullanılarak yapılan hesaplamalar sonucu kişiye ait kaygı düzeyi saptanmaktadır. Anketten elde edilecek toplam puan, 20 ile 80 arasında dağılım gösterir (27).

Öner, “Kaygı, yaşantısına açık olan bireylerin, kolaylıkla psikolojik uyum bozukluğu gösterebileceğini bu kaygı envanterinin geçerli bir eleme aleti olarak kullanılabilirliğini; bu suretle kişilik ve uyum problemlerini teşhis etmede, envanterin öğrenci danışma merkezlerinde, ruh sağlığı ve psikiyatri kliniklerinde psikolog ve psikiyatrlar için yararlı olabileceğini belirtmektedir (27).

2.3. ANKSİYETE GEBELİK VE NORMAL DOĞUM EYLEMİ

Gebelik, kadın hayatında pek çok açıdan değişimlerin olduğu çok özel bir dönemdir. Bu dönemde kadın yeni sosyal rolüne uyum sağlamaya çalışırken, psikolojik ve biyolojik değişimlerin etkisi altındadır. Bu değişimler beraberinde gebelik, doğum yapma korkusu, bebekle ilgili bazı kaygılara yol açabilir (28).

Geçen birkaç yılda doğum korkusu birçok klinisyenin ilgi odağı olmuştur. Kadınların yaklaşık %25’inin doğum korkusu yaşadığı ve bu nedenle bir kısmının sezaryen ile doğum yapmayı tercih ettikleri bilinmektedir. Özellikle yaşlı primiparlar, kentte yaşayanlar ve geçirilmiş sezaryen hikayesi bulunanların daha fazla doğum korkusu yaşadığı izlenmiştir. Günümüzde araştırmalar doğum korkusu nedeni ile anksiyete yaşayan hastalara yönelik yaklaşımların geliştirilmesine ve eşlerin de bu süreç içerisinde yer almasına olanak sağlayacak şekilde devam etmektedir (28).

Gebe ve ailesinde endişeye neden olan önemli faktörlerden bir tanesi de bebeğin sağlık durumu ve doğum sırasında problem çıkma korkusudur. Bebeğin sağlıklı olup olmadığı hemen tüm kadınların zihnini hamilelik süreci boyunca meşgul eder. Kadınların bir kısmı doğum sancıları ile başa çıkamayacağını, rahat ve güzel bir doğum yapamayacağını ve bebeğine zarar vereceklerini düşünürler. Özellikle daha önceki gebeliklerinde problem yaşamış, gebelik kaybı geçirmiş veya şu anki gebeliği ile ilgili riskler bulunan hastalar daha yoğun kaygı duyma eğilimindedirler. Ayrıca bebeğin doğumu ve sonrasında yaşanabilecek uyum problemleri, bebeğe iyi bir gelecek sağlayabilme endişesi, maddi imkansızlıklar, gebelikte sık yaşanan kaygı nedenlerindedir.

Kadın yaşamında muazzam bir psikososyal ve fizyopatolojik adaptasyon süreci olan gebelik sırasında yaşanan anksiyetenin gebelik, doğum eylemi, anne ve fetus üzerindeki etkileri insanlar için ilgi odağı olmuştur.

Sağlıklı gebelerle karşılaştırıldığında anksiyete düzeyi yüksek olan gebelerde bulantı kusmanın daha sık görüldüğü, hasta işlevlerinin azaldığı ve daha fazla klinisyene başvurdıkları izlenmiştir (29). Maternal anksiyetenin preeklampsi gelişimi üzerine etkisi tam olarak netleştirilememiş olmasına rağmen bazı çalışmalarda aralarında pozitif bir ilişki olduğuna yönelik veriler saptanmıştır (30). Bu bağlamda stres hormonlarının preeklampsi patogenezi üzerinde potansiyel bir rol oynayabileceği görüşü dikkat çekmektedir. Yine yapılan bazı çalışmalarda özellikle geç dönem maternal anksiyetenin uterin arter rezistansı üzerinde artışa neden olduğu ve uterin arter doppler değerlerinde bozulma ile birliktelik gösterdiği saptanmıştır (31).

Yapılan hayvan çalışmalarında gebe hayvanın gürültü, immobilizasyon, kalabalık ortam gibi stres oluşturan faktörlere maruz bırakılmasının bir kerede doğan yavru sayısında azalma (embriyo rezorbsiyonu), yapısal malformasyonlar, gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığına neden olduğu gösterilmiştir (32).

Annede artmış anksiyete düzeyi ile intrauterin fetal hareketlerin arttığı (33). annenin otonomik stres yanıtından bağımsız olarak anksiyete döneminde fetal kalp hızının yükseldiği (34), yüksek anksiyete düzeyine sahip annelerin

bebeklerinin neonatal periyotta azalmış motor tonus, artmış anormal refleksler, azalmış aktivite seviyeleri ve artmış iritabilite gösterebildikleri izlenmiştir (35).

Kötü bir yaşamsal olay sonrası ve işyeri stresine bağlı olarak spontan abortus riskinde bir artış olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkartılmıştır (36, 37). Bazı çalışmalar yapısal malformasyonların eşler arası veya aile bireyleriyle tartışmalar gibi artmış psikososyal problemler ile birliktelik gösterdiğini iddia etmektedir (38). Hansen ve arkadaşları (39) erken gebelik sırasında ailede bir başka çocuğun beklenmedik ölümü ile kraniofasial malformasyonlar ve kalp defektleri arasında bir ilişki saptamışlardır. Gebelik sırasındaki stres oluşturan durumlarla erken doğum eylemi riskinde artış arasındaki ilişki yıllardır yapılan çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir (40, 41). Özellikle üçüncü trimester sırasında maruz kalınan stresin preterm uterin aktivite artışı ve gebelik süresinin kısalması üzerine etkisi gösterilmiştir. Preterm doğum yapan kadınların plasental CRH miktarının 15-20. gebelik haftalarından itibaren belirgin biçimde arttığı görülmüştür (42). Ayrıca günümüzde kontrollü iyi çalışmalarla yüksek anksiyete seviyelerinin ve depresyonun azalmış doğum ağırlığı ve beyin gelişiminin bir ölçüsü olabilecek küçük baş çapı ile ilişkili olabileceği saptanmıştır. Hatta bu etkinin sigaranın oluşturduğu ile eş büyüklükte olduğu iddia edilmektedir. Özellikle günlük tartışmalar gibi stres maruziyetinin gebeliğin ilk 3 ayında olduğunda düşük doğum ağırlığı insidansını arttırdığı iddia edilmektedir (43). Literatürde doğum eylemi sırasında oluşabilecek komplikasyonların şekli ve derecesi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişkileri araştıran çok çeşitli çalışmalar ve sonuçlar mevcuttur. Anksiyeteye, stresli olaylar veya ciddi duygulanımlara bağlı doğum eyleminin supresyonu veya uzaması eski dönemlerden bu yana inanılan ve birçok memeli türünde gözlenebilen olaylardır. Bazı araştırmacılar uzamış doğum eylemi olan hastalarda daha yüksek anksiyete skorları saptarken bazıları farklılık izlememişlerdir. Yine çeşitli değişkenler kullanılarak anormal doğum olarak ifade edilen durumlarda, hastalarda anksiyete düzeylerini yüksek olarak saptayan çalışmaların da literatürde mevcut olduğu ifade edilmektedir (44).

III. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız Afyon Kocatepe Üniversitesi ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvuran, 28. gebelik haftası ve üzerinde olan hastalarda prospektif kohort, vaka kontrollü bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya tekil gebeliği olan, muayenede sefalopelvik uyumsuzluk düşündürmeyen, kanama diyatezi ve vajinal enfeksiyonu bulunmayan, Non Stres Test (NST) reaktif ve oksiput anterior prezentasyonunda olan 85 gebe alındı. Bu gebelerin 50 tanesi primigravid, 35 tanesi ise multigravid idi.

Çalışma öncesi olguların tümü çalışma hakkında bilgilendirildi, dolduracağı formlar ve normal vajinal yolla doğum hakkında detaylı bilgi verilerek onayları alındı.

Öncelikle poliklinikte değerlendirilen olguların yaş, boy, kilo, gebelik haftası, gebelik ve doğum sayısı tespit edilip kaydedildi. Daha sonra normal obstetrik değerlendirmeleri yapılmadan önce hastalardan; Spielberger (27) tarafından geliştirilmiş ve 14 yaşından yukarısı olan gençler ve yetişkinlerde kaygıyı saptamak ve önleyebilmek için geliştirilen bir değerlendirme anketi olan süreklilik durumluk kaygı envanterini doldurmaları istenildi. Bu envanterdeki sorularla sorgulanan duygu ve davranışlar, sıklık derecesine göre; (1) Hemen hiç, (2) Bazen, (3) Çoğu zaman, (4) Her zaman seçeneklerinden birini işaretlemek suretiyle hastalar tarafından ifade edildi ve tümünün doldurulması sağlandı. Ankette doğrudan ve tersine dönmüş ifadeler şeklinde bulunan iki ayrı türdeki ifadeler kullanılarak yapılan hesaplamalar sonucu kişilere ait kaygı düzeyleri saptandı. Sonrasında hastaların rutin obstetrik değerlendirmeleri yapıldı.

Üçüncü trimesterde poliklinik değerlendirmeleri esnasında kaygı düzeyleri belirlenmiş hastalar doğum eylemi nedeni ile hastaneye yatırılarak travaya alındıktan sonra bazal hemoglobin, hematokrit ve platelet seviyeleri ve pıhtılaşma parametreleri belirlendi. Gebelik sırasında aldıkları toplam kilo kaydedildi. Yatış sırasında her hastaya Non Stres Test (NST) uygulanarak reaktif kalp atım paterni olduğu tespit edildi, ayrıca uterin kontraksiyonların amplitüdü, sıklığı ve süresi

belirlendi. Pelvik muayene yapılarak hastaların normal vajinal yolla doğum için pelvik yapı uygunluğuna karar verildi ve hastalara tekrar doğum eylemi latent fazında Spielberger Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri uygulandı. Böylelikle doğum eylemi döneminde de hastaların kaygı düzeyleri belirlenerek kaydedildi. Bunun sonrasında hastalar rutin travay takibine alındı ve doğum eylemi evrelerinin süreleri, doğum sırasındaki laserasyonlar hesaplandı.

Birinci evrenin başlangıcı olarak hastanın düzenli olarak ağrılarını hissettiği saat alındı. Birinci evre 3 cm dilatasyon öncesi pasif evre; 3 cm dilatasyon ve sonrası aktif evre olarak iki bölüme ayrıldı. 7 nullipar ve 5 multipar hastada doğum eylemi indüksiyon ile başlatıldı. Bu hastalardan; 3'üne oligohidramnios, 2'sine postterm gebelik (42. gebelik haftası ve üzeri), 3 hastaya uzamış gebeliklerde (41. gebelik haftası ve üzeri) uygulanan rutin klinik yaklaşımımız doğrultusunda indüksiyon başlandı. Dört hasta ise doğum eylemi şüphesi ile yatırılıp istirahat sonrası kontraksiyonları gerileyen ancak sosyal nedenler ile doğum eylemi başlatılan hastalardı. Bu hastalarda da doğum eylemi başlangıcı olarak hastanın düzenli kontraksiyonları hissettiği ve ilerleyici servikal dilatasyonun başladığı saat kaydedildi.

Doğum eylemi indüksiyonu (45) Bishop Skoru uygun olmayan 2 hastada 50 mikrogram prostoglandin E2 tabletin intravajinal uygulaması ve sonrasında etkin kontraksiyonlar başlamadı ise servikal olgunlaşma derecesine göre doz tekrarı veya oksitosin desteği şeklinde yapıldı. Yeterli servikal olgunlaşması bulunan 10 hastada ise doğrudan oksitosin uygulaması ile doğum eylemi indüklendi.

Uygun fetal monitorizasyon ve uterin tokografi yapılarak doğumun birinci ve ikinci evreleri boyunca uterin kasılmaların 10 dakikada 3 veya daha az sayıda sürmesi durumunda eyleme destek amacıyla oksitosin infüzyonu başlandı. Oksitosin infüzyonu etkin kasılmalar oluşuncaya kadar arttırıldı. Oksitosin dozu istenen kasılmaları oluşturan hızda sabit tutularak infüzyona devam edildi. Aktif fazda nullipar hastalarda 1,2 cm/h; multiparlarda 1,5 cm/h'den daha az dilatasyon saptandığında uzama bozukluğu düşünüldü. İki saat sonunda dilatasyonda veya 1

saatlik süre sonunda seviyede ilerlemesi olmayan hastalarda ise durma bozukluğu tanısı konuldu. Bu hastalarda yeniden değerlendirme yapılarak fetopelvik uyumsuzluk tanısı dışlandı. Hipotonik disfonksiyon tesbit edildiğinde etkin yani düzenli aralıklarla oluşan ve 3-4 dakikada bir gelen, 50 mm Hg ve üzeri kontraksiyonlar sağlanabilmesi amacıyla oksitosin desteği yapıldı.

Hem indüksiyon hem de destek amaçlı yapılan oksitosin uygulaması 1000 mL Laktatlı Ringer Solüsyonunda seyreltilmiş 10 Ünite oksitosinin 2 mU/dk'dan (miliünite/dakika) başlanılarak her 15 dakikada 2 mU/dk atırılması ile yapıldı. Maksimum 16 mU/dk'ya kadar doz artışı uygulandı (45).

Servikal dilatasyon 10 cm ve efasman %100 olunca doğumun birinci evresinin tamamlandığı kabul edildi ve süreleri kaydedildi. Birinci evrenin tamamlanmasını takiben doğuma kadar geçen süre ikinci evre, doğum ile plasenta ve eklerinin atıldığı evre de üçüncü evre olarak kabul edildi ve süreleri kaydedildi.

Hastaların travay takiplerinde 4 ile 8 cm dilatasyonun olduğu dönemde tüm hastaların amniotik membranları artifisiel olarak açıldı; mesanenin boşaltılması sağlandı, eksternal fetal monitörizasyon ve ıkınma dönemleri dışında hastaların istedikleri pozisyonda olmalarına izin verildi.

Doğum eyleminin ikinci evresinde hastalara etkin ıkınma metodları ile ilgili bilgi verilerek yatak içerisinde bacaklar yatağa karşı ve yarı bükülmüş pozisyonda ıkınmaları sağlandı. Doğum masasına alındıktan sonra da hastalardan aynı şekilde ıkınmaları istenildi. Çıkımda fetal distres gelişen veya yeterli ıkınma kuvveti sağlayamayan 35 nullipar ve 24 multipar hastaya kristaller manevrası ile fundal basınç uygulandı. İki nullipar hastaya ise aynı endikasyonlar ile vakum ekstraksiyon yapıldı. Tüm nullipar hastalarda (n=50) ve fetal distres nedenli doğumun hızlandırılması veya yumuşak dokuların geriliminin azaltılması gereken multipar hastalarda (n=18) epizyotomi yapıldı. Epizyotomi yaklaşık 4 cm uzunluğunda ve lokal anestezi ile sağ mediolateral epizyotomi şeklinde uygulandı.

Doğumun ikinci evresinde açılmış ise epizyotominin uzunluğu saptandı. Oluşan laserasyonların boyutu laserasyonun her iki kenar uzunluğunun ortalaması

alınarak hesaplandı. Oluşan laserasyon büyüklüğü nulliplarlarda ve eğer epizyotomi açılmış ise multiparlarda epizyotomi uzunluğu ile oluşan epizyotomideki uzama miktarının toplamından oluşmakta idi. Epizyotomi açılmamış hastalarda ise spontan oluşan laserasyonun tamamı laserasyon uzunluğu olarak kaydedildi. Laserasyon farkı ise epizyotomi açılan hastalarda epizyotomideki uzama miktarı, açılmayan hastalarda oluşan toplam laserasyon uzunluğu olarak belirlendi. Doğum şekli, yenidoğanın kilosu, baş çevresi ve doğum süresince oluşan komplikasyonlar kaydedildi.

Sonuç olarak maternal durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri ile doğum eylemi evrelerinin süreleri, laserasyon miktarları ve laserasyon farklılıkları karşılaştırıldı. Bu değerlendirmelerin yanı sıra doğum eyleminin aktif fazı ve ikinci evre süresi üzerinde etkisi olan maternal yaş, maternal Vücut Kitle İndeksi (VKİ), gebelikte toplam kilo alımı, fetal vücut ağırlığı, fetal baş çevresi şeklindeki maternal ve fetal faktörlerin etkisi kontrol altına alınarak korelasyon analizleri tekrarlandı (46-50). Laserasyon miktarları değerlendirilirken de fetal vücut ağırlığı, fetal baş çevresi, maternal yaş, maternal VKİ şeklindeki perineal hasar için risk oluşturabilecek maternal ve fetal faktörlerin etkisi kontrol altına alınarak analizler tekrarlandı (51-53).

Süreklilik verileri ortalama \pm standart sapma olarak verildi. Verilerin analizinde, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi, spearman korelasyon analizi ve parsiyel korelasyon analizi uygulandı. Anlamlılık $p < 0,05$ kabul edildi.

IV. BULGULAR

Araştırmamız 50 nullipar ve 35 multipar olmak üzere 85 gebe üzerinde yapıldı. Hastaların tanımlayıcı özellikleri Tablo I’de verilmiştir.

Tablo I. Hastaların tanımlayıcı özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Nullipar (ort±SD)	Multipar (ort±SD)	p*
Yaş (yıl)	22.9±3.5	29.1±5.4	<0.001
Boy (cm)	161.8±5.3	163.4±3.9	0.1
Vücut ağırlığı (kg)	67.1±8.4	76.4±10.1	<0.001
VKİ (kg/cm ²)	25.7±3.2	28.2±3.6	0.01
Gebelikte Kilo Alımı (kg)	12.2±3.9	13.8±5.4	0.1

ort±SD: Ortalama±standart sapma, VKİ: Vücut Kitle İndeksi, cm: santimetre, kg: kilogram, kg/cm²: kilogram/santimetrekare. p*: t testi

Çalışmaya dahil edilen 85 hastanın %58,8’i daha önce hiç doğum yapmamış; %41,2’si ise daha önce bir kez veya daha fazla doğum yapmış gebelerden oluşmaktaydı. Bu verilere göre multipar hastaların yaş, vücut ağırlığı ve VKİ’leri anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.05) (Tablo-I).

Tablo II. Hastaların Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilme Zamanları

Gebelik Haftası	Minimum(hf)	Maksimum(hf)	Ort ± SD
İlk Değerlendirmede	29	42	37,31±2,76
Doğum Eyleminde	35	42	39,14±1,42

ort ±SD: ortalama±standart sapma, hf: hafta.

TabloIII. Hastaların STAI anksiyete puanları

		Tüm Hastalar	Nullipar	Multipar	P*
Başvuru Sırasında Anksiyete Puanı	Durumluk (Ort±SD)	41,51±11,01	42,16±10,69	40,61±11,52	0.45
	Süreklilik (Ort±SD)	46,03±7,72	44,32±7,87	48,48±6,88	0.01
Doğum Eyleminde Anksiyete Puanı	Durumluk (Ort±SD)	53,67±9,37**	55,02±9,35**	51,74±9,20**	0.16
	Süreklilik (Ort±SD)	47,38±8,17 [#]	45,70±8,29 [#]	49,80±7,45 [#]	0.01

Durumluk: Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik: Süreklilik Anksiyete Puanı, ort±SD: Ortalama±Standart Sapma, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı

p* Nullipar ile multipar karşılaştırması, t testi, Spearman korelasyon analizi.

** Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Sırasındaki Durumluk Anksiyete Puanları karşılaştırıldığında p<0.001, Spearman korelasyon analizi.

[#] Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Sırasındaki Süreklilik Anksiyete Puanları karşılaştırıldığında p>0.05, Spearman korelasyon analizi.

Multipar ve nullipar hastalar karşılaştırıldığında durumluk anksiyeteleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmez iken, hem son trimester, hem de doğum eylemi sırasındaki süreklilik anksiyete puanları multiparlarda anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0.05) (Tablo-III).

Doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları, doğum eylemi öncesinde üçüncü trimester durumluk anksiyete puanları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek izlendi (p<0.05) (Tablo-III).

Doğum eylemi öncesindeki süreklilik anksiyete puanları ile doğum eylemi sırasındaki süreklilik anksiyete puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmedi. Yani doğum eylemi sırasındaki süreklilik anksiyete puanlarında doğum eylemi öncesine göre belirgin artış izlenmedi (p>0.05) (Tablo-III).

Tablo IV. Hastaların Doğum Eylemi Süreleri

	Nullipar		Multipar	
	Min-Max (saat)	Ort \pm SD	Min-Max (saat)	Ort \pm SD
Latent Faz Evre I	1-24	9,60 \pm 7,20	1-24	6,18 \pm 5,80
Aktif Faz Evre I	1-15	6,70 \pm 3,40	2-20	6,3 \pm 3,88
Evre II	0.16-3	0,58 \pm 0,49	0.08-2	0,4 \pm 0,42
Evre III	0.08-0.50	0,15 \pm 0,07	0.08-0.50	0,18 \pm 0,11

Min-Max: Minimum-Maximum, Ort \pm SD: ortalama \pm standart sapma.

Doğum eyleminin latent fazı nulliplarlarda ortalama 9,6 \pm 7,2 saat; multiparlarda ise 6,18 \pm 5,8 saat olarak saptandı (Tablo IV). Latent faz için normal sınır olarak kabul edilen nulliplarlarda 20 saatin üzerinde latent faz süresi olan 4 hasta; multiparlarda 14 saatin üzerinde latent faz süresi olan 3 hasta izlendi.

Doğum eyleminin aktif fazı nulliplarlarda ortalama 6,7 \pm 3,4 saat; multiparlarda 6,3 \pm 3,8 saat olarak hesaplandı. Aktif faz için %95 percentil sınırı olarak belirlenmiş nulliplarlarda 12 saatin üzerinde aktif faz süresi olan 3 hasta mevcut idi.

Doğum eyleminin ikinci evresi 5 dakika ile 3 saat arasında ve ortalama 0,5 \pm 0,47 saat olarak saptandı. Anestezi uygulanmayan hastalarda uzamış ikinci evre için sınır olarak kabul edilen nulliplarlar için 2 saatin üzerinde 1 hasta, multiparlar için 1 saatin üzerinde 2 hasta izlendi.

Doğum eyleminin üçüncü evresi ise ortalama 0,16 \pm 0,09 saat olup uzamış üçüncü evresi olan hasta saptanmadı.

Tablo V. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Latent Faz Süresinin Karşılaştırılması

Parite	Doğum Eylemi Spontan Başlayan Nullipar Hastalar		Doğum Eylemi Spontan Başlayan Multipar Hastalar		Doğum Eylemi Başlangıç Şekline Bakılmaksızın Tüm Hastalar	
	r	p	r	p	r	p
Durumluk 1	0.40	0.01	0.35	0.55	0.32	0.01
Sürekli 1	0.30	0.02	0.10	0.87	0.28	0.01
Durumluk 2	0.25	0.29	0.30	0.62	0.27	0.01
Sürekli 2	0.35	0.02	0.30	0.62	0.20	0.05

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 1: Başvuru Sırasında Sürekli Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 2: Doğum Eyleminde Sürekli Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

Doğum eylemi başlangıç şekline bakılmaksızın tüm hastalarda yapılan korelasyon analizinde latent faz süresi ile başvuru sırasındaki durumluk, süreklilik ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p<0.05$) (Tablo-V).

Doğum eylemi spontan başlayan hastalar ayrıca değerlendirildiğinde; nullipar hastalarda latent faz süresi ile başvuru sırasındaki durumluk, süreklilik ve doğum eylemi sırasındaki süreklilik anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi. Multipar hastalarda ise anksiyete puanları ile doğum eylemi latent faz süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmadı ($p<0.05$) (Tablo-V).

Tablo VI. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Aktif Faz Süresinin Karşılaştırılması

Aktif Faz Süresi	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	r	P	r	P	r	p
Durumluk 1	0.23	0.02	0.36	0.01	0.11	0.51
Süreklilik 1	0.07	0.52	0.02	0.76	0.20	0.23
Durumluk 2	0.27	0.001	0.35	0.01	0.12	0.47
Süreklilik 2	-0.02	0.80	0.39	0.78	-0.03	0.84

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

Nullipar hastalarda doğum eylemi aktif faz süresi ile başvuru ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p<0.05$). Multipar hastalarda ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmedi ($p>0.05$) (Tablo-VI).

Tablo VII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi Aktif Faz Süresinin Doğum Eylemi Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin* Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

Aktif Faz Süresi	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	r	p	r	P	r	p
Durumluk 1	0.24	0.03	0.32	0.03	0.10	0.59
Süreklilik 1	0.07	0.52	0.08	0.58	0.11	0.53
Durumluk 2	0.25	0.04	0.22	0.03	0.12	0.52
Süreklilik 2	-0.07	0.86	0.03	0.83	-0.03	0.86

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, parsiyel korelasyon analizi, r: korelasyon analizi, *Maternal VKİ, maternal yaş, gebelik boyunca alınan kilo, fetal ağırlık, fetal baş çevresi.

Doğum eyleminin süresini değiştirebilecek maternal VKİ, maternal yaş, gebelik boyunca alınan toplam kilo, fetal ağırlık ve fetal baş çevresinin etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındığında da tüm hastalarda ve nullipar hastalarda üçüncü trimester ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete seviyeleri ile doğum eylemi aktif faz süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p<0.05$). Multipar hastalarda ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmedi ($p>0.05$).

Tablo VIII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi İkinci Evre Süresinin Karşılaştırılması

İkinci Evre Süresi	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	R	p	r	P	r	p
Durumluk 1	0.23	0.02	0.48	<0.001	-0.06	0.72
Süreklilik 1	0.14	0.18	0.21	0.13	0.28	0.10
Durumluk 2	0.41	<0.001	0.46	<0.001	0.24	0.16
Süreklilik 2	0.08	0.44	0.25	0.07	0.07	0.68

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

Nullipar hastalarda doğum eylemi ikinci evre süresi ile üçüncü trimester ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p<0.05$). Multipar hastalarda ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmedi ($p>0.05$).

Çalışmamızda bir hastaya fetal distres, bir hastaya fetal distres ve maternal uyumsuzluk nedeni ile vakum ekstraksiyon uygulandı. Her iki hastanın da tüm anksiyete puanları diğer hastaların ortalama puanlarından yüksek olmasına rağmen hasta sayısının yetersiz olması nedeni ile herhangi bir istatistiksel analiz yapılmadı.

Tablo IX. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eylemi İkinci Evre Süresinin, İkinci Evrenin Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin* Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

PUAN	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	r	p	r	P	r	p
Durumluk 1	0.46	<0.001	0.59	<0.001	0.23	0.20
Süreklilik 1	0.14	0.20	0.10	0.48	0.33	0.07
Durumluk 2	0.43	<0.001	0.43	<0.001	0.40	0.02
Süreklilik 2	0.18	0.10	0.24	0.10	0.27	0.13

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, parsiyel korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

*Maternal VKİ, gebelik boyunca alınan kilo, maternal yaş, fetal ağırlık, fetal baş çevresi

Doğum eylemi ikinci evre süresini etkileyebilecek fetal ağırlık, fetal baş çevresi, maternal VKİ, gebelik boyunca alınan kilonun etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındığında tüm hastalar ve nullipar hastalarda her iki dönemdeki durumluk anksiyete seviyeleri ile doğum eylemi ikinci evre süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p<0.05$) (Tablo-IX). Multipar hastalarda ise sadece doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete seviyesi ile pozitif anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$)

Tablo X. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin Karşılaştırılması

PUAN	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	r	p	r	P	r	p
Durumluk 1	0.37	<0.001	0.44	0.001	0.26	0.12
Sürekli 1	0.28	0.009	0.35	0.016	0.38	0.02
Durumluk 2	0.34	0.001	0.30	0.029	0.32	0.05
Sürekli 2	0.27	0.012	0.40	0.003	0.25	0.14

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 1: Başvuru Sırasında Sürekli Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 2: Doğum Eyleminde Sürekli Anksiyete Puanı, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

Üçüncü evre değerlendirme dışı bırakılarak doğum eylemi total süresi ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında tüm hastalarda bütün anksiyete puanları ile doğum eyleminin total süresi arasında anlamlı istatistiksel korelasyon görüldü. Bu korelasyonun da nulliparlardan kaynaklandığı izlendi. Multipar hastalarda ise sadece doğum eylemi öncesi sürekli anksiyete puanları ile doğum eylemi toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki izlendi ($p<0.05$) (Tablo X).

Tablo XI. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Toplam Süresinin, Aktif Faz ve İkinci Evrenin Süresini Değiştirebilecek Maternal ve Fetal Faktörlerin* Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

PUAN	Tüm Hastalar		Nullipar		Multipar	
	r	p	r	P	r	p
Durumluk 1	0.41	<0.001	0.45	0.002	0.20	0.26
Süreklilik 1	0.26	0.017	0.29	0.046	0.37	0.04
Durumluk 2	0.33	0.002	0.26	0.046	0.27	0.14
Süreklilik 2	0.27	0.013	0.41	0.085	0.22	0.23

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, parsiyel korelasyon analizi, r: korelasyon analizi, *Maternal VKİ, gebelik boyunca alınan kilo, maternal yaş, fetal ağırlık, fetal baş çevresi.

Doğum eylemi aktif fazı ve ikinci evre süresini etkileyebilecek fetal ağırlık, fetal baş çevresi, maternal VKİ, gebelik boyunca alınan kilonun etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındığında tüm hastalar ve nullipar hastalarda her iki dönemdeki durumluk anksiyete seviyeleri ile doğum eylemi toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p < 0.05$). Multipar hastalarda ise sadece üçüncü trimester süreklilik puanı ile doğum eylemi toplam süresi arasında anlamlı korelasyon tesbit edildi.

Tablo XII. Hastaların Anksiyete Puanları ile Doğum Eyleminin Üçüncü Evre Sürelerinin Karşılaştırılması

PUAN	Tüm Hastalar			
	Durumluk 1	Süreklilik 1	Durumluk 2	Süreklilik 2
r	0.11	0.07	0.25	0.19
P*	0.29	0.48	0.02	0.08

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, $p^* < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi.

Hastalarda doğum eylemi üçüncü evre süresi ile doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif korelasyon izlendi ($p < 0.05$).

Tablo XIII. Hastalarda Epizyotomi ve Laserasyon Miktarları

	Tüm Hastalar Ort±SD	Nullipar Hastalar Ort±SD	Multipar Hastalar Ort±SD
Epizyotomi Uzunluğu (cm)	3,12±1,82	4,12±0,74	1,71±1,97
Laserasyon Uzunluğu (cm)	4,28±2,47	5,53±1,75	2,50±2,27
Laserasyon Farkı (cm)	1,11±1,40	1,35±1,45	0,78±1,27

Ort±SD: Ortalama standart sapma, cm: santimetre.

Tablo XIV. Nullipar ve Multipar Hastaların Anksiyete Puanları ile Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek* Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

	Nullipar				Multipar			
	Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon farkı (cm)		Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon farkı (cm)	
Puan	r	p	r	p	r	p	r	p
Durumluk 1	0.27	0.04	0.36	0.01	0.27	0.12	0.34	0.05
Sürekli 1	0.01	0.92	-0.03	0.80	0.15	0.40	-0.02	0.88
Durumluk 2	0.31	0.03	0.40	<0.001	0.19	0.29	0.04	0.98
Sürekli 2	0.08	0.59	0.18	0.96	0.16	0.36	0.16	0.38

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 1: Başvuru Sırasında Sürekli Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Sürekli 2: Doğum Eyleminde Sürekli Anksiyete Puanı, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, Spearman korelasyon analizi, r: korelasyon analizi, cm: santimetre. *Maternal VKİ, maternal yaş, fetal ağırlık, fetal baş çevresi.

Hastaların laserasyon miktarları; hastada laserasyon oluşumuna katkı sağlayabilecek fetal ağırlık, fetal baş çevresi, maternal VKİ ve maternal yaş faktörlerinin etkileri istatistiksel olarak kontrol altına alındıktan sonra değerlendirildiğinde nullipar hastalarda hem üçüncü trimester hem de doğum eylemi sırasındaki durumluk puanları ile laserasyon uzunluğu ve laserasyonda uzama miktarı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı.

Multipar hastalarda ise anlamlı korelasyon izlenmedi.

Tablo XV. Fundal Basınç Uygulanan ve Uygulanmayan Hastalarda Laserasyon Miktarlarının Karşılaştırılması

	Nullipar			Multipar		
	Fundal Basınç Var	Fundal Basınç Yok	p	Fundal Basınç Var	Fundal Basınç Yok	p
Laserasyon Miktarı (cm) Ort ± SD	5.6±1.7	5.2±1.7	0.5	3.1±2.4	1.6±1.6	0.3
Laserasyon Farkı (cm) Ort ±SD	1.5±1.5	1.0±1.3	0.2	0.8±1.3	0.7±1.2	0.7

Ort±SD: Ortalama±standart sapma, cm: santimetre, p= t testi.

Fundal basıncın laserasyonlar üzerine olan etkisine yönelik incelemelerde; hem multipar hem de nullipar hastalarda fundal basınçla laserasyon miktarı ve laserasyon farkı arasında anlamlı korelasyon izlenmedi. (Tablo XV) ($p<0.05$).

Tablo XVI. Fundal Basınç Uygulanan ve Uygulanmayan Hastaların Anksiyete Puanları ile Vajinal Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek* Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

	Fundal Basınç Uygulanan				Fundal Basınç Uygulanmayan			
	Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon Farkı (cm)		Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon Farkı (cm)	
PUAN	r	p	r	P	R	p	r	p
Durumluk 1	0.31	0.02	0.41	0.05	0.17	0.39	0.27	0.16
Süreklilik 1	-0.15	0.28	-0.11	0.41	0.25	0.28	0.24	0.22
Durumluk 2	0.32	0.02	0.33	0.01	0.03	0.87	0.12	0.56
Süreklilik 2	-0.12	0.39	-0.11	0.42	0.13	0.50	0.24	0.23

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, cm: santimetre, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, parsiyel korelasyon analizi, r: korelasyon analizi. * Maternal VKİ, maternal yaş, fetal ağırlık, fetal baş çevresi.

Fundal basınç uygulanan ve uygulanmayan şeklinde kategorize edilerek laserasyon miktarları üzerine etki edebilecek maternal VKİ, maternal yaş, fetal ağırlık ve fetal baş çevresinin etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındıktan sonra tüm hastalar değerlendirildi. Bunun sonucunda laserasyon uzunlukları ve laserasyon farkları ile durumluk anksiyete puanları arasında fundal basınç uygulanan grupta anlamlı korelasyon izlendi (Tablo XVI) ($p < 0.05$). Fundal basınç uygulanmayan hastalarda ise anlamlı korelasyon saptanmadı.

Tablo XVII. Fundal Basınç Uygulanan Nullipar ve Multipar Hastaların Anksiyete Puanları ile Vajinal Laserasyon Miktarlarının Doğum Eylemini Etkileyebilecek* Maternal ve Fetal Faktörlerin Etkisi Olmaksızın Karşılaştırılması

	Nullipar				Multipar			
	Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon Farkı (cm)		Laserasyon Uzunluğu (cm)		Laserasyon Farkı (cm)	
PUAN	r	p	r	p	R	p	r	p
Durumluk 1	0.29	0.11	0.48	0.05	0.27	0.29	0.20	0.44
Süreklilik 1	-0.14	0.43	-0.08	0.64	0.10	0.69	-0.21	0.42
Durumluk 2	0.42	0.01	0.05	0.001	0.08	0.84	-0.15	0.57
Süreklilik 2	-0.16	0.38	-0.07	0.67	0.09	0.72	0.02	0.94

Durumluk 1: Başvuru Sırasında Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 1: Başvuru Sırasında Süreklilik Anksiyete Puanı, Durumluk 2: Doğum Eyleminde Durumluk Anksiyete Puanı, Süreklilik 2: Doğum Eyleminde Süreklilik Anksiyete Puanı, cm: santimetre, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı, parsiyel korelasyon analizi, r: korelasyon analizi. * Maternal VKİ, maternal yaş, fetal ağırlık, fetal baş çevresi

Fundal basınç uygulanan hastalar ise multipar ve nullipar olarak kategorize edildi. Doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları ile laserasyon uzunluğu ve laserasyon farkının nullipar hastalarda korelasyon gösterdiği tesbit edildi (Tablo XVII) ($p < 0.05$).

Multipar hastalarda istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmedi ($p > 0.05$).

V.TARTIŞMA

Gebe hastaların mental sağlığı ve gebelik sonuçları üzerine olan etkisi önemli olmakla birlikte çoğu zaman göz ardı edilen bir araştırma alanıdır. Gebeliğe eşlik eden stres faktörleri de düşünöldüğünde gebelikte anksiyeteye yönelik çalışmaların yapılmasının daha da önemli hale geldiği görölmektedir. Anksiyetenin yol açtığı olumsuz perinatal sonuçlara yönelik çeşitli mekanizmalar öne sürölmüştür. Örneğin bunlardan bir tanesi bazı hastaların anksiyete semptomlarına yönelik veya bu semptomlar sonucunda sigara, alkol alımı veya prenatal muayenelere özen göstermeme gibi olumsuz alışkanlıklar göstermeleridir. Stres bağımlı hormonların ve bunlara ek olarak oluşan psikoimmunolojik faktörlerin direk etkisi diğer önemli mekanizmalar arasında sayılmaktadır (54).

Durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla Spielberger ve arkadaşları geliştirilmiş olan Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri, Spielberger'in İki Faktörlü Kaygı Kuramı'ndan kaynaklanmıştır. Bu kurama göre durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu durumda huzursuz, endişeli, karamsar olması halidir. Sıkıntılı ve hoş olmayan bu duruma stres denir. Stres durumu devam ettiği sürece kişi huzursuz ve mutsuzdur; bu koşulda durumluk kaygı seviyesi yüksektir. Ancak stres yaratan koşullar ortadan kalkınca bireydeki huzursuzluk, tedirginlik ve hoşnutsuzluk sona erer, birey rahatlar. Durumluk kaygı seviyesinde önemli düşme olur (27).

Yine aynı kurama göre sürekli kaygı genelde bireyin çevresinde olan pek çok şeyi tehlikeli ya da özünü tehdit edici olarak algılama eğilimidir. Bu eğilim doğrudan doğruya çevresel koşullara bağlı değildir. Bireyin herhangi bir nedenle

kendisini güvensiz hissetmesi ve dolayısıyla kolayca tehdit edilme duygusuna kapılmasıdır. Bu kişiler genellikle huzursuz, mutsuz olur ve bu durum yüksek kaygı puanlarıyla saptanabilir. Stres koşullarının ortaya çıkması durumluk kaygı seviyelerinde önemli yükselmelere neden olursa da esas itibariyle koşulların değişmesi sürekli kaygı seviyesini ve puanlarını etkilemez. Sürekli kaygı objektif kriterlere göre nötr olan durumların birey tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve daha yoğun bir şekilde yaşarlar (27).

Sürekli kaygının derecesi bireyin ilerideki tehlikeli durumlarda yaşayacağı durumluk kaygı derecesinin şiddetini ve sıklığını belirler. Buna göre, sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireyin baskı altında sürekli kaygısı düşük olanlardan daha çabuk ve daha sık olarak durumluk kaygı reaksiyonları göstereceği beklenir (27).

Bizim çalışmamızda tüm bu bilgileri destekler şekilde, son trimesterde süreklilik kaygı düzeyleri (süreklilik 1 puan) yüksek olan hastaların doğum eylemi sırasındaki süreklilik kaygı düzeylerinin (süreklilik 2 puan) de yüksek ve sayısal olarak birbirine yakın olduğu görüldü. Hastaların durumluk kaygısının ise doğum eylemi sırasında anlamlı artış gösterdiği izlendi. Ayrıca süreklilik kaygısı fazla olan hastaların durumluk kaygısının da daha yüksek seviyelerde olduğu saptandı.

Multipar gebeler ile nullipar gebeler arasında kaygı düzeyleri incelendiğinde her iki dönemdeki durumluk kaygı puanı ortalamalarının nulliparlarda daha yüksek olduğu ancak istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı görüldü. Süreklilik kaygısının ise multiparlarda daha yüksek olduğu izlendi. Bunun nedeninin yaşın ilerlemiş olması ve daha önceki çocukların ve yaşamsal olayların getirmiş olduğu ek gerilimler olabileceği düşünüldü. Nitekim multipar hastalarda yaş ortalamaları ve yaşayan çocuk sayıları nullipar hastalara göre anlamlı derecede yükseklik göstermekte idi. Bizim verilerimizle benzer şekilde Albert ve arkadaşlarının (55) yaptığı bir çalışmada da süreklilik anksiyetesinin evlilik yaşı, çocuk sayısı ve anne yaşı ile ilişkili olduğu izlenmiştir.

Literatürde gebelikte kaygı düzeyini belirlemek için yapılmış olan çalışmalarda çeşitli gebelik dönemlerinin incelendiği izlenmektedir. Bazı otörler gebelikte kaygı düzeyinin ilk trimesterden son trimestere kadar artış gösterdiğini iddia etmekte iken bazı yayınlarda anksiyete seviyesinin ilk ve son trimesterlerde fazla ancak ikinci trimesterde düşme eğiliminde olduğu belirtilmiştir (56). Diğer yandan Little ve arkadaşları (57) ise gebelik boyunca anksiyete seviyelerinde farklılık saptamamışlardır.

Tüm bu çalışmaların ışığı altında biz gebelik dönemi boyunca en yüksek anksiyete seviyelerinin izlenebileceği dönem olan üçüncü trimester ve doğum eylemi sırasında hastaların anksiyete düzeylerini saptamayı planladık. Böylelikle bu dönemde oluşabilecek yoğun maternal anksiyetenin doğum eylemi üzerine etkilerini belirlemeyi amaçladık. Yine bu dönem bizim için hastaların daha fazla gebelik kontrolüne gelmesi ve anksiyetenin doğum eylemi üzerine olabilecek olumsuz etkilerinin saptanması halinde uygun müdahalelerin yapılabilmesi açısından önem taşımaktaydı. Bizim çalışmamızda durumluk ve süreklilik kaygı puanlarının ilk olarak incelendiği gebelik haftası 28 ile 42 hafta arasında değişiklik göstermekte idi.

Doğum eyleminin latent fazı Friedman tarafından annenin düzenli kontraksiyonlar hissettiği faz olarak tanımlanmıştır. Bu faz esnasında uterin kontraksiyonlar servikal yumuşama ve silinmeyle beraber oluşur. Yaptığımız bu çalışmada tüm hastalarda üçüncü trimester durumluk ve süreklilik anksiyetesinin ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesinin latent faz süresini etkilediği izlendi.

Doğum eyleminin fiziksel ve psikolojik gereksinimleri sonucu katekolamin aracılıklı bir maternal stres yanıtı ortaya çıkmaktadır. Bu durum nulliplarlarda distosi gelişimi açısından potansiyel bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Ağrı ve strese karşı özellikle epinefrin olmak üzere katekolaminler salgılanmaktadır. Stres hormonlarının myometrial düz kas hücrelerinde bulunan β -adrenerjik reseptörlere bağlanarak düzenli uterin kontraksiyonların gelişimini bozduğu düşünülmektedir. Bu iddia edilen ilişkinin de yüksek seviyelerdeki

epinefrinin uterin kaslarda etkisi ile gerçekleřtiđi dűřunűlmektedir. Diđer primatlarda olduđu gibi insan uterin dűz kas hűcreleri de epinefrin veya diđer beta-sempatomimetik ajanlarla stiműlasyonları halinde azalmıř uterin kontraktiliteye neden olan fazla sayıda beta-adrenerjik reseptűrlere sahiptir (58). Bizim alıřmamızda saptanan son trimester durumluk ve sűreklilik anksiyete seviyelerindeki yűksekliliđin dođum eylemi latent faz sűresinde uzamayla iliřkisinin de salgılanan epinefrin ve stres hormonları nedeni olacađı dűřunűlebilir. Bűylelikle uterin kontraksiyonların yeterli seviyeye ve dűzene ulařamaması nedeni ile gereken servikal dilatasyona ve aktif faza geçiřin oluřmadıđı sonucuna varılabilir.

Dođum eyleminin aktif fazı dűzenli uterin kontraksiyonlarla birlikte servikal dilatasyonun 3-4 cm olmasından tam aıklılıđın oluřmasına kadar olan dűnemi içerir. Servikal dilatasyon eđiliminin maksimuma ulařması ile karakterizedir. Çalıřmamızda; tűm hastalarda űűncű trimester ve dođum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesi ile dođum eyleminin aktif faz sűresi arasında iliřki olduđu ve bu iliřkinin de nullipar hastalardan kaynaklandıđı izlendi. Multipar hastalarda ise herhangi bir korelasyon saptanmadı. Dođum eyleminin sűresini deđiřtirebilecek maternal ve fetal faktűrlerin etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındıđında da aynı iliřkilerin devam ettiđi gűrűldű.

Lederman ve arkadaşlarının (59) primigravid hastalar űzerinde yaptıkları bir çalıřmada dođum eylemindeki hastaların anksiyete dűzeyleri ve plazma epinefrin seviyeleri deđerlendirilmiřtir. Bunun sonucunda primigravid hastalarda dođum eyleminin aktif fazında yűksek epinefrin seviyeleri ile uterin aktivitede azalma ve dođum eylemi aktif faz sűresinde uzama tespit edilmiřtir

Literatűrde çeřitli çalıřmalarda (60, 61) epinefrinin daha baskın řekilde β -adrenerjik reseptűr stiműlasyonu veya uterin aktivitenin inhibisyonu norepinefrinin ise α -reseptűr stiműlasyonu veya fonksiyonel ve koordineli olabilen ya da olmayan uterin kasılmalar ile iliřkili gűrűldűđű ifade edilmektedir. Epinefrin ve norepinefrinin her ikisinin de ađrı, anksiyete ve fiziksel aktivite ile artıř gűsteren hormonlar olmakla birlikte; epinefrinin anksiyete ile norepinefrinin

ise fiziksel aktivite ile artışının daha belirgin olduğu öne sürülmektedir. Yüksek kortizol seviyeleri de uzamış doğum eylemi ile ilişkili izlenmiş ve prematür doğumları engellemede intravenöz kortizol tedavisinin etkili olabileceğine yer verilmiştir (60). Segal ve arkadaşlarının (62) yaptığı bir çalışmada da gebe rat uterusunda epinefrinin kontraksiyonlar üzerindeki etkinliği araştırılmıştır. Buna göre epinefrinin doza bağımlı olarak uterin aktiviteyi azalttığı ve epinefrin ile elde edilen tokolitik etkinin propranolol ile bloke edilebileceği gösterilmiştir. Norepinefrinin ise alfa adrenerjik reseptörler üzerinden uterotonik etki gösterdiğini saptamıştır. Hatta yapılan bazı çalışmalarda maternal endojen epinefrin seviyelerinin ağrı ve bununla birlikte yaşanan anksiyete ile ilişkili olduğu izlenmiştir. Travay sırasında epidural analjezi uygulamasının plazma epinefrin seviyesini azaltırken, norepinefrin seviyesi üzerinde çok az etkili olduğunu ve epidural anestezinin ağrıyı azaltarak sempatik sistem inaktivasyonu ve doğum eyleminde kısılma sağladığı saptanmıştır (63, 64). Maltau ve arkadaşları da (65) sempatik aktivite artışının düzensiz uterus kontraksiyonlarına neden olduğunu ve epidural analjezinin sempatik aktiviteyi azaltarak daha düzenli bir uterus aktivitesi ve servikal dilatasyona yardımcı olabileceği ve doğum eylemi süresini kısaltacağı fikrini savunmuşlardır.

Sonuç olarak doğum eylemi latent ve aktif fazında oluşan yavaşlamanın özellikle duruma bağlı anksiyete ile ortaya çıkan ana hormon olan epinefrinin β -adrenerjik reseptör stimülasyonu etkisi ile oluştuğu kanısına varılabilir. Norepinefrinin α -reseptör stimülasyonu ile oluşturabileceği uterus kasılmalarındaki artışın doğum eylemi üzerine olan etkisinin ise bu hormonun anksiyeteden çok fizik aktivite ile yükselmesi nedeniyle daha az olabileceği düşünülebilir.

Doğum eyleminin ikinci evresi servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve fetusun dışarıya çıkması ile sona erer. Bu evrede itici güçleri oluşturan etkenler kontraksiyonlar ve annenin ıkınma kuvvetidir. Yaptığımız istatistiksel analizler sonucunda nullipar hastalarda doğum eylemi ikinci evresinin her iki dönemdeki durumluk anksiyetesi ile ileri derecede ilişkili olduğu ($p<0.001$) izlendi. İkinci evre süresi üzerinde etkisi olduğu düşünülen fetal ağırlık, fetal baş

çevresi, maternal VKİ, gebelik boyunca alınan toplam kilo faktörlerinin etkisi kontrol altına alınarak yapılan değerlendirmeler sonucu nulliplarlardaki bu etkilenmenin devam ettiği, multiparlarda da doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesinin ikinci evre üzerine etkisinin olduğu tesbit edildi.

Elde edilen tüm bu sonuçlara göre biz, doğum eyleminin diğer aşamalarını da etkileyebilecek strese ait hormonal ve biyokimyasal etkilerin yanı sıra ikinci evre süresi üzerinde etkili olabilecek bir diğer faktörün annenin itici ıkınma kuvvetinde azalma olabileceği kanısına vardık. Özellikle doğum eylemi sırasında saptanan durumluk anksiyetesindeki yükselmenin annenin koordinasyonsuz hareket etmesi ve etkili ıkınmayı sağlayamaması ile sonuçlanabileceğini düşündük. İkinci evre süresi ile durumluk anksiyetesi arasındaki ilişkinin ıkınmanın daha büyük rol oynadığı nullipar hastalarda daha belirgin olması bu kanılarımızı destekler nitelikteydi. Ayrıca doğum eyleminin daha ağırlı, bebeğin doğum anına daha yakın ve annenin de katkısının en fazla önem taşıdığı bu dönemin annenin kaygı düzeyinde ve buna bağılı salgılanan epinefrin miktarında daha fazla artışa neden olabileceği sonucunu çıkardık. Nitekim Neumark ve arkadaşlarının (64) yaptığı bir çalışmada doğum eylemi ilerledikçe plazma katekolamin ve kortizol seviyelerinde de artış olduğu saptanmıştır. Yine bir başka çalışmada doğum eylemi ikinci evresinde ölçülen plazma katekolamin seviyelerinin doğum eylemi başlangıç seviyelerine göre daha yüksek olduğu tesbit edilmiştir (66).

Engle ve arkadaşlarının primipar kadınlarda doğum öncesi ve doğum sonrası kaygı düzeyinin psikososyal faktörlerle ilişkisini inceleyen bir çalışmanın sonucunda doğum öncesi dönemde kaygı düzeyi yüksek olan kadınların doğumda aktif rol almada daha isteksiz oldukları görülmüştür (67). Bir başka çalışmada ise gebelik sırasında artmış durumluk ve süreklilik anksiyete seviyeleri saptanan hastaların doğum eylemi ve sonrası dönemde kendine güvenlerinin daha az olduğu izlenmiştir (68). Cheung ve arkadaşları da (69) 90 primigravid hasta üzerinde yaptıkları bir çalışma sonucu doğum eylemi sırasındaki anksiyete ile hastaların kontrol duygusu arasında negatif bir korelasyon olduğunu tesbit etmişlerdir.

Doğum eylemi ikinci evresi sırasında koordinasyonsuz, sürekli ve düzensiz ıkınma çabalarının annede yorulma, laktik asidoz ve stres artışı ile birliktelik gösterdiği bilinmektedir. Bu durumun daha uzun ıkınma süresi, disfonksiyonel doğum eylemi ve myometrial laktik asidoza neden olduğu ve böylelikle uterin kasılabilirlikte azalma sonucu oksitosin ihtiyacı, operatif doğum ve maternal pelvik ve perineal travma insidasında artışın ortaya çıktığı iddia edilmektedir (70). Yine kısa süreli, glottisin açık olduğu ve sık tekrarlanan ıkınma çabalarının da yetersiz ve uzamış doğum eylemi ile birlikte olduğu bilinmektedir (71).

Grimm'in (72) 95 nullipar ve 142 multipar hastada yaptığı bir çalışmada psikolojik gerilimin doğum eylemi birinci ve ikinci fazları, doğum komplikasyonları üzerindeki etkisini araştırmış ve gerilimin doğum eyleminin ilk fazı ve doğum komplikasyonları ile birliktelik göstermediği ancak ikinci evre üzerinde etkili olduğunu saptamıştır. İlk faz üzerindeki etkisizliğin ise şaşırtıcı olduğunu ve hastanın kendi ifadesine dayanılarak doğum eyleminin başlangıç zamanının belirlenmesinden dolayı böyle bir sonuca ulaşmış olabileceklerini iddia etmiştir. Mei ve arkadaşları (73) ise 180 primigravid hastada yaptıkları bir çalışmada yüksek anksiyete ve depresyon skoru olan hastalarda doğum eylemi birinci ve ikinci evresinin daha uzun olduğunu saptamışlardır.

Doğum eyleminin üçüncü evresi bebek doğumunun hemen sonrası ile plasenta ve eklerinin atıldığı zaman arasındaki dönemdir. Bizim çalışmamızda uzamış üçüncü evresi olan hasta saptanmadı. Tüm hastalarda üçüncü evrede aktif yönetim şekli uygulandı. Çalışmamızda doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesinin üçüncü evre süresi ile anlamlı korelasyon gösterdiği izlendi.

Doğum eyleminin toplam süresi üzerinde, hem üçüncü trimester hem de doğum eylemi sırasındaki durumluk ve süreklilik anksiyetesinin etkili olduğu görüldü. Bu etkinin ise nulliparlardan kaynaklandığı ve doğum eylemi süresi üzerinde etkili olabilecek diğer maternal ve fetal faktörlerin etkisi kontrol altına

alındıktan sonra da devam ettiği saptandı. Multiparlarda sadece üçüncü trimester süreklilik anksiyetesi doğum eyleminin toplam süresi ile korele olarak izlendi.

Sosa ve arkadaşları (74) ile Langer ve arkadaşlarının (75) yapmış oldukları iki ayrı çalışmada doğum eylemi sırasında özel psikolojik destek veren bakıcıların hasta yanında olmasının ve bilgilendirmenin yansira fiziksel ve emosyonel destek sağlanmasının hastalarda doğum eylemi süresini kısalttığı ve annenin emzirmesi üzerinde olumlu etkilere yol açtığını tesbit etmişlerdir. Bu çalışmaların yanı sıra Scott ve arkadaşları (76) doğum eylemi sırasında verilen sürekli emosyonel ve fiziksel desteğin belirgin şekilde durumluk anksiyetesini azalttığı, doğum eylemi süresini kısalttığı ve sezaryen ile doğum isteğine engel olduğunu bildirmişlerdir.

Sjögren ve arkadaşları (77) ise doğum korkusuna bağlı anksiyetesi olan hastalarla kontrol grubunu karşılaştırdıklarında doğum eylemi süresinin çalışma grubunda daha kısa olduğunu izlemişlerdir. Ancak bu durumun oksitosin kullanılan hastalardan kaynaklandığını ve kullanılmayanlarda doğum eylemi süresinde değişiklik görülmediğini ifade etmişlerdir. Bu durumun nedeni olarak da doğum korkusu olan hastalarda daha fazla aktif yaklaşımın uygulanmış olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda oksitosin kullanımı doğum eylemi süresince aktif kontraksiyonları oluşturmak ve devam ettirmek amacı ile kullanılmış olup, tüm hastalarda stres düzeylerine bakılmaksızın standart kriterlere dayanılarak doğum eylemi yönetim biçimleri uygulanmıştır. Ayrıca Sjögren'in çalışmasında anksiyetenin sadece alt gruplarından bir tanesi olan doğum korkusu üzerinde durulmuştur.

Doğum eylemi ikinci evresi sırasında oluşan laserasyonlar vajinal laserasyon miktarını etkileyebilecek maternal ve fetal faktörlerden olan yenidoğan ağırlığı, baş çevresi, maternal VKİ, gebelik boyunca kilo alımının etkileri istatistiksel olarak kontrol altına alınıp değerlendirildiğinde, tüm hastalarda üçüncü trimester ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesinin laserasyonların toplam büyüklüğü ve laserasyon farkı ile anlamlı korelasyon gösterdiği izlenildi. Multipar hastalar tek başına analiz edildiğinde ise bu korelasyon gözlenemedi.

Fundal basınç uygulamasının laserasyonlar üzerinde etkisi olabileceği düşünülerek fundal basınç uygulanan ve uygulanmayan hastalar karşılaştırıldı. Bunun sonucunda iki grup arasında oluşan toplam laserasyon uzunluğu bakımından istatistiksel anlamlı farklılık izlendi. Ancak vajinal laserasyon miktarını etkileyebilecek maternal ve fetal faktörlerin etkisi de değerlendirildiğinde bu farklılık gözlenemedi. Böylelikle bizim çalışmamızda uygulanan fundal basıncın yenidoğan kilosu, annenin VKİ, yenidoğan baş çevresi ve annenin gebelik boyunca aldığı kilonun etkisi istatistiksel olarak kontrol altına alındıktan sonra; laserasyonlar üzerine olumsuz etkisinin olmadığı sonucu ortaya çıktı. Ancak sadece doğum eylemi sırasında durumluk anksiyetesi yüksek nulliplarlarda fundal basınç uygulandığında laserasyon uzunluğu ve farkında anlamlı artış olduğu saptandı.

Yapılan bu çalışmada tüm bu veriler ve değerlendirmeler sonucunda üçüncü trimester ve doğum eylemi sırasındaki anksiyetenin özellikle nullipar hastalarda daha belirgin olmak üzere doğum eyleminin tüm evrelerinde uzamaya neden olduğunu izledik. Laserasyonlar üzerinde ise özellikle fundal basınç uygulanan nulliplarlarda durumluk anksiyetesi ile anlamlı pozitif korelasyon saptadık. Bunun bir nedeninin durumluk anksiyetesinin yüksek olmasına bağlı olarak, fundal basınç uygulaması sırasında annede daha fazla anksiyete ve kooperasyon güçlüğü oluşması ve böylelikle kontrolsüz bir ikinci evrenin ve laserasyonların ortaya çıkması olabileceği kanısına vardık. Böylelikle gebelik ve doğum eylemi sırasında hastalara uygulanan fizyolojik destek ve bakımın yanı sıra sağlanacak psikolojik desteğin doğum eyleminin süresi ve laserasyon miktarları üzerinde olumlu etkilere yol açabileceği sonucuna ulaştık.

VI. SONUÇ

Bu çalışmada üçüncü trimesterde doğum eylemi öncesinde ve doğum eylemi sırasında “Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri” ile anksiyete düzeyleri belirlenmiş hastaların doğum eylemi evrelerinin süresi ve laserasyon miktarları saptanarak anksiyetenin normal vajinal yolla doğum üzerine olan etkileri araştırıldı.

Elde edilen sonuçlar;

1. Doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları doğum eylemi öncesi son trimester durumluk anksiyete puanlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek izlendi. Süreklilik puanları arasında ise her iki dönem arasında fark saptanmadı. Multipar ve nullipar hastalar arasında durumluk anksiyete puanları istatistiksel olarak farklılık göstermedi. Süreklilik anksiyetesini ise multipar hastalarda anlamlı derecede yüksek izlendi.

2. Latent faz süresi ile nullipar hastaların her iki dönemdeki durumluk ve doğum eylemi öncesi süreklilik puanları arasında anlamlı korelasyon izlendi. Multipar hastalarda ise doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanlarının doğumun latent fazının uzaması ile ilişkili olduğu görüldü.

3. Doğum eylemi aktif faz süresi ile başvuru ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında nulliparlarda anlamlı pozitif korelasyon izlendi. Multipar hastalarda ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki gözlenmedi. Fetal vücut ağırlığının etkisi ortadan kaldırıldıktan sonra tüm hastalar değerlendirildiğinde doğum eylemi aktif faz süresi artmış durumluk anksiyete puanları ile anlamlı korelasyon gösterdi

4. Nullipar hastalarda doğum eylemi ikinci evre süresi ile başvuru ve doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete puanları arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi. Multipar hastalarda ise istatistiksel olarak anlamlı korelasyon gözlenmedi. Doğum eylemi ikinci evre süresini etkileyebilecek fetal ağırlık, fetal baş çevresi, maternal VKİ, gebelik boyunca alınan kilonun etkisi istatistiksel

olarak ortadan kaldırıldığında da bu etkinin devam ettiği görüldü. Yine uzamış doğum eylemi ikinci evresi olan hastaların durumluk anksiyetelerinin nulliparlarda anlamlı derecede yüksek olduğu izlendi.

5. Hastalarda doğum eylemi üçüncü evre süresi ile doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyetesi arasında anlamlı pozitif korelasyon izlendi

6. Özellikle nullipar hastalarda durumluk anksiyete puanlarının laserasyonlar üzerinde olumsuz etkisi olduğu ve bunun da fundal basınç uygulanan hastalarda daha belirgin olduğu gözlemlendi.

7. Gebeliğin son trimesterinde ve doğum eylemi sırasında oluşan anksiyetenin ve özellikle akut durumluk anksiyetesinin doğum eylemi süresi ve oluşan laserasyonlar üzerinde olumsuz etkileri olduğu izlendi. Hastalarda son trimesterde ve doğum eylemi sırasında sağlanacak fiziksel bakımın yanısıra anksiyeteye yönelik yapılacak değerlendirme ve sağlanacak emosyonel desteğin doğum eylemi üzerinde olumlu etkilere neden olacağı sonucuna ulaşıldı.

VII. ÖZET

AMAÇ: Çalışmamızda; gebeliğin geç dönemi ve doğum eylemi sırasındaki anksiyetenin, normal vajinal yolla doğum yapan hastalar üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlandı. Bu amaç doğrultusunda doğum eylemi süresi ve doğum sırasında oluşan vajinal laserasyonların kaygı düzeyi ile birliktelik gösterip göstermediği değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM: Kocatepe Üniversitesi ve Afyon Zübeyde Hanım Doğumevi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvuran, 28. gebelik haftası ve üzerinde olan 50 nullipar ve 35 multipar hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastalar tekil gebeliği olan, muayenede sefalopelvik uyumsuzluk düşündürmeyen, vajinal enfeksiyonu bulunmayan, NST reaktif ve oksiput anterior prezentasyonunda fetuslara sahip olan gebelerden oluşmaktaydı. Üçüncü trimesterde poliklinik başvurusu sırasında ve doğum eylemi başlangıcında hastalara Spielberger Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri uygulanarak kaygı düzeyleri saptandı. Doğum eylemi sırasında rutin travay takibine alınan hastaların doğum eylemi evrelerinin süreleri ve doğum sırasındaki laserasyonları hesaplandı. Birinci evrenin başlangıcı olarak hastanın düzenli olarak ağrılarını hissettiği saat alındı. Birinci evre 3 cm dilatasyon öncesi pasif evre; 3 cm dilatasyon ve sonrası aktif evre olarak iki bölüme ayrıldı. Servikal dilatasyon 10 cm ve efasman % 100 olunca doğumun 1. evresinin tamamlandığı kabul edildi. Bu dönemden doğuma kadar geçen süre 2. evre, doğum ile plasenta ve eklerinin atıldığı evre de 3. evre olarak kabul edildi. Oluşan laserasyonların boyutu her iki kenar uzunluğunun ortalaması alınarak hesaplandı ve laserasyon farklılıkları saptandı. Bu değerlendirmeler sonrasında maternal durumluk ve süreklilik anksiyete düzeyleri ile doğum eylemi evrelerinin süreleri, laserasyon miktarları ve laserasyon farklılıkları karşılaştırıldı. Ayrıca doğum eyleminin aktif fazı ve ikinci evre süresi ve laserasyonlar üzerinde etkisi olan maternal ve fetal faktörlerin etkileri kontrol altına alınarak istatistiksel analizler tekrarlandı.

BULGULAR: Hastaların hem üçüncü trimester hem de doğum eylemi sırasındaki süreklilik anksiyeteleri benzerlik gösterirken; durumluk anksiyetesinde doğum eylemi

sırasında artış izlendi. Multipar hastalarda süreklilik anksiyete seviyelerinin istatistiksel olarak anlamlı seviyede daha yüksek olduğu saptandı.

Nullipar hastalarda her iki dönemdeki durumluk anksiyetesi ile doğum eylemi latent ve aktif fazları; birinci, ikinci evreleri ve doğum eyleminin toplam süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptandı. Ayrıca her iki dönemdeki süreklilik anksiyete seviyeleri ile doğum eyleminin toplam süresi arasında anlamlı ilişki gözlemlendi. Multipar hastalarda ise sadece doğum eylemi sırasındaki durumluk anksiyete seviyesi ile pozitif anlamlı korelasyon saptandı. Doğum eylemi üçüncü evre süresi her iki dönemdeki durumluk anksiyetesi ile ilişkili olarak izlendi. Hastaların laserasyon miktarları; laserasyon oluşumuna katkı sağlayabilecek fetal ve maternal faktörlerin etkileri istatistiksel olarak kontrol altına alındıktan sonra değerlendirildiğinde nullipar hastalarda her iki dönemdeki durumluk puanları ile laserasyon uzunluğu ve laserasyonda uzama miktarı arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Bu korelasyonun sadece fundal basınç uygulanan nullipar hastalardan kaynaklandığı tesbit edildi.

SONUÇ: Gebeliğin son trimesterinde ve doğum eylemi sırasında oluşan anksiyetenin ve özellikle akut durumluk anksiyetesinin doğum eylemi evrelerinin süresi ve oluşan laserasyonlar üzerinde olumsuz etkileri olduğu görüldü. Hastalarda son trimesterde ve doğum eylemi sırasında sağlanacak fiziksel bakımın yanısıra anksiyeteye yönelik yapılacak değerlendirme ve sağlanacak emosyonel desteğin doğum eylemi üzerinde olumlu etkilere neden olacağı sonucuna ulaşıldı.

VIII. SUMMARY

OBJECTIVE: In our study; the effect of the anxiety encountered during the late term of the pregnancy and the labor, on the patients who are having normal vaginal delivery is investigated. For this purpose, it is evaluated whether the duration of the labor and vaginal lacerations occurred during the delivery are correlated with the level of the anxiety.

MATERIALS AND METHODS: For the study, 50 nulipar and 35 multipar patients with 28 or more week pregnancy who applied to the obstetrics and gynecology clinics of Kocatepe University and Afyon Zubeyde Hanim Dogumevi are selected. These patients consist of pregnant women who have singular pregnancy, do not have vaginal infection, have fetuses in the occiput anterior presentation and whose examinations do not show any sign of cephalopelvic disproportion, and finally their NST is reactive. The anxiety level of the patients is determined by applying Spielberger's State Anxiety Inventory in their third trimesters and at the beginning of the labor. The patients are observed by a standard travay watch in their labor and labor stage durations and lacerations in the labor are calculated. The moment at which patient feels regular contractions is taken as the beginning of the first stage. The first stage is separated into two phases; up to 3 cm dilatation is the passive phase and 3 cm and more dilatation is the active phase. The 1. stage is considered as over when the cervical dilatation is 10 cm and effacement is % 100. From this stage to delivery is accepted as the 2. stage, and finally delivery of the baby and placenta as the 3. stage. The size of lacerations is calculated by averaging the length of the each side and variations of the lacerations are determined. Following these evaluations; maternal state and trait anxiety levels, durations of the labor stages, the size and the variations of the lacerations are compared. Besides, statistical analyses are repeated by taking the control of the effects of the maternal and fetal factors on the active phase and second stage of the labor and lacerations.

RESULTS: While the trait anxiety of the patients during both third trimester and labor resembled each other, an increase in the state anxiety is observed during labor. It is observed that the trait anxiety levels for multipar patients are higher being statistically more meaningful.

For nulipar patients, state anxiety in both terms, latent and active phases of the labor; first, second stage and total duration of the labor are correlated to each other with statistically meaningful correlation. Moreover, trait anxiety in both terms and total labor duration are meaningfully related at nulipar patients. There is a positive correlation with the state anxiety level only during the labor for multipar patients. The duration of the third stage of the labor is observed as related with state anxiety in both terms. When the amount of the patient's lacerations are evaluated after taking statistically under control of the effects of maternal and fetal factors, which may contribute to the formation of lacerations, it is determined for nulipar patients that, state anxiety points at each term, length of the lacerations and the amount of the extension are meaningfully positive correlated. This correlation is caused by only for nulipar patients to whom fundal pressure is applied

CONCLUSIONS: The anxiety occurred in the last trimester of the pregnancy and during labor, particularly the acute state anxiety have negative effects on the duration of the labor stages and lacerations. It is concluded that it will have positive effects on labor if anxiety evaluations are realized and emotional support is provided to the patients beside physical care in the last trimester and during labor.

IX. KAYNAKLAR

1. Işık E. Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları, 2006, Asimetrik Paralel Yayıncılık; sf: 1-3.
2. Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJ, Visser GH, Buitelaar JK. Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44: 810-818.
3. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial factors as predictors of maternal well-being and pregnancy-related complaints. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17: 93–102.
4. Canals J, Esparó G, Fernández-Ballart JD. How anxiety levels during pregnancy are linked to personality dimensions and sociodemographic factors. *Personality and Individual Differences* 2002; 33: 253-259.
5. Rouse DJ, St. John E. Normal Labor; Delivery, Newborn Care, and Puerperium. In: Scott JR, Gibbs RS, Karlan B, eds. *Danforth's obstetrics and gynecology*, ninth ed. 2003; 35-57.
6. Miller FC. Uterine motility in spontaneous labor. *Clin Obstet Gynecol*. 1983; 26: 78-86.
7. Cunningham FG, MacDonald PG, Gant NM, Levano KJ, Gilstrap III LC.(eds). *Williams Obstetrics (21th Ed)*. Connecticut: Appleton& Lange, 2001; 253-254.
8. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955; 6: 567-89
9. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956; 8: 691-703.
10. Cunningham FG, MacDonald PG, Gant NM, Levano KJ, Gilstrap III LC.(eds). *Williams Obstetrics (21th Ed)*. Connecticut: Appleton& Lange, 2001; 428-429
11. Sokol RJ, Stojkov J, Chik L. Normal and abnormal labor progress. A quantitative assessment and survey of the literature. *J Reprod Med* 18: 47, 1977.
12. Cunningham FG, Gant NF et al. Distosi: Anormal Doğum ve Fetopelvik uygunsuzluk. *Williams Doğum Bilgisi: Nobel Tıp Kitabevleri* 2001; 427-431.

13. ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin. Dystocia and augmentation of labor. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. No 49. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; December 2003.
14. Cunningham FG, Gant NF et al. Normal Doğum Eylemi ve Doğum. Williams Doğum Bilgisi: Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 255-262.
15. Cunningham FG, Gant NF et al. Normal Doğum Eylemi ve Doğumun Yürütülmesi. Williams Doğum Bilgisi: Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 309-331.
16. Cunningham FG, Levens KL, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap LC, Wenstrom KD: Williams Obstetrics, 22nd Edition: [http:// www. accessmedicine.com](http://www.accessmedicine.com)
17. Cunningham FG, Gant NF et al. Normal Doğumun Mekanizmaları. Williams Doğum Bilgisi: Nobel Tıp Kitabevleri 2001; 301-305.
18. Cunningham FG, MacDonald PG, Gant NM, Levano KJ, Gilstrap III LC.(eds). Williams Obstetrics (21th Ed). Connecticut: Appleton& Lange, 2001; 55-61
19. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL Obstetrics; Normal and problem pregnancies (3th Ed). Livingstone, 1996; 378-382.
20. American College of Obstetricians and gynecologists. ACOG practice bulletin: Intrapartum fetal heart rate monitoring. Obstet Gynecol 2005;106:1453–61.
21. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2001; issue 3.
22. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2003.
23. McDonald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta. Cochrane Database Syst Rev 2003.
24. Eroğlu L: Depresif hastalıkların biyokimyası: Preklinik çalışmalar (Affektif hastalıklar için deneysel modeller). "Depresif Hastalıklar" Ed E Adam, İstanbul, s. 25-34, 1990.
25. Baltacıoğlu İ, Anksiyete bozukluklarının psikoendokrinolojisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 45-51.

26. Gençtan E, "Psikanaliz ve Sonrası" (9.baskı), 1988, İstanbul, Remzi Kitabevi; 170-178.
27. Öner N, Le Compte A; Süreksiz Durumluluk/ Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı (2. baskı). Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi, 1998; 1-22.
28. Hofberg K, Ward MR. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 2003; 79: 505–510.
29. Andersson L, Sundstrom PI, Bixo M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 148-154.
30. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 487-490.
31. Teixeira JM, Fisk NM, Glover V. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: Cohort based study. *BMJ* 1999; 318: 153-157.
32. deCatanzaro D, Macniven E. Psychogenic pregnancy disruptions in mammals. *Neurosci Biobehav Rev* 1992; 16: 43– 53.
33. Field T, Diego M, Kuhn C. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety* 2003; 17: 140-151.
34. Monk C, Fifer WP, Myers MM, Sloan RP. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: Effects on fetal heart rate. *Dev Psychobiol* 2000; 36: 67-77.
35. Mirsi S, Oberlander TF, Fairbrother N, Carter D. Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal health. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 684-689.
36. Neugebauer R, Kline J, Stein Z. Association of stressful life events with chromosomally normal spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 1996; 143: 588–96.
37. Fenster L, Schaefer C, Mathur A, Hiatt RA, Pieper C. Psychologic stress in the workplace and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 1176–83.
38. Nimby GT, Lundberg L, Sveger T, McNeil F. Maternal distress and congenital malformations: do mothers of malformed fetuses have more problems? *J Psychiatr Res* 1999; 33: 291–301.

39. Hansen D, Lou HC, Olsen J. Serious life events and congenital malformations: a national study with complete follow-up. *Lancet* 2000; 356: 875–80.
40. Lou HC, Hansen D, Nordentoft M, Pryds O, Jensen F. Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Dev Med Child Neurol* 1994; 36: 826–32.
41. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, Heinen AG, van Geijn HP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: a review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995; 39: 563–95.
42. Hobel CJ, Dunkel-Schetter C, Roesch SC, Castro LC, Arora CP. Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 257–63.
43. Paarlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker GA, van Geijn HP. Psychosocial predictors of low birth weight: a prospective study. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106: 834–41.
44. Paarlberg KM, Passchier J, Dekker GA. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *Jurnal of Psychosomatic Research* 1995; 39: 563-95.
45. Cunningham FG, Gant NF et al. Doğum Eyleminin İndüksiyonu ve Kuvvetlendirilmesi. *Williams Doğum Bilgisi: Nobel Tıp Kitabevleri* 2001; 470-72.
46. Greenberg MB, Cheng YW, Sullivan M, Norton ME, Hopkins LM, Caughey AB. Does length of labor vary by maternal age? *Am J Obstet Gynecol* 2007; 197: 428-435.
47. Turner MJ, Rasmussen MJ, Turner JE, Boylan PC, MacDonald D, Stronge JM. The influence of birth weight on labor in nulliparas. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 59-63.
48. Essam El-Hamamy, S. Arulkumaran. Poor progress of labour. *Current Obstetrics & Gynaecology* 2005; 15: 1–8.
49. O'Connell MP, Hussain J, Maclennan FA, Lindow SW. Factors associated with a prolonged second state of labour: a case controlled study of 364 nulliparous labours. *J Obstet Gynaecol*. May 2003; 23: 255-7.

50. Purfield P, Morin K. Excessive weight gain in primigravidas with low-risk pregnancy: selected obstetric consequences. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1995; 24: 434-9.
51. Benavides L, Wu JM, Hundley AF, Ivester TS, Visco AG. The impact of occiput posterior fetal head position on the risk of anal sphincter injury in forceps-assisted vaginal deliveries. *Am J Obstet Gynecol.* 2005; 192: 1702-6.
52. Christianson LM, Bovbjerg VE, McDavitt EC, Hullfish KL. Risk factors for perineal injury during delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189: 255-60.
53. Mayerhofer K, Bodner-Adler B, Bodner K, Rabl M, Kaider A, Wagenbichler P. Traditional care of the perineum during birth. A prospective, randomized, multicenter study of 1,076 women. *J Reprod Med.* 2002; 47: 477-82.
54. Tiran D, Chummun H. Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complement Ther Nurs Midwifery.* 2004; 10: 162-7.
55. Albrecht SA, Rankin M. Anxiety levels, health behaviors, and support systems of pregnant women. *Matern Child Nurs J.* 1989; 18: 49-60.
56. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007; 110: 1102-12 .
57. Little BC, Hayworth J, Carter SM, Dewhurst J, Raptopoulos P, Sandler M, Priest RG. Personal and psychophysiological characteristics associated with puerperal mental state. *J Psychosom Res.* 1981; 25: 385-93.
58. Lowe N.K. *J Midwifery Womens Health.* 2007; 52: 216-228.
59. Lederman RP, Lederman E, Work BA Jr, McCann DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1978; 132: 495-500.
60. Lederman RP, Lederman E, Work B Jr, McCann DS. Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. *Am J Obstet Gynecol.* 1985; 153: 870-7.
61. Dimsdale JE, Moss J. Plasma catecholamines in stress and exercise. *JAMA.* 1980; 243: 340-2.
62. Segal S, Csavoy NA, Data S. The tocolytic effect of catecholamines in the gravid rat uterus. *Anesthesia Analgesia.* 1998; 87: 864-869.

63. Abboud T, Artal R, Sarkis F. Sympathoadrenal activity, maternal, fetal and neonatal responses after epidural anesthesia in the preeclamptic patient. *Am J Obstet Gynecol*, 1982; 144: 915-918.
64. Neumark J, Hammerle AF, Bieflemayer CH. Effects of epidural analgesia on plasma catecholamines and cortisol in parturition. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1985; 29: 555-559.
65. Maltau JM, Andersen HT. Epidural anesthesia as an alternative to cesarean section in the treatment of prolonged, exhaustive labour. *Acta Anaesthesiol Scand*, 1975; 19: 349.
66. Ohno H, Yamashita K, Yahata T, Doi R, Kawamura M. Maternal plasma concentrations of catecholamines and cyclic nucleotides during labor and following delivery. *Res Commun Chem Pathol Pharmacol*. 1986; 51: 183-94.
67. Engle PL, Scrimshaw SC. Prenatal and postnatal anxiety in Mexican giving birth in Los Angeles. *Health-Psychol* 1990; 16: 285-2.
68. Pond EF, Kemp VH. A comparison between adolescent and adult women on prenatal anxiety and self-confidence. *Matern Child Nurs J*. 1992; 20: 11-20.
69. Cheung W, Ip WY, Chan D. Maternal anxiety and feelings of control during labour: a study of Chinese first-time pregnant women. *Midwifery*. 2007; 23: 123-30.
70. Roberts J, Hanson L. Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52: 238-45.
71. Roberts JM, González CB, Sampsel C. Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second-stage labor? *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52: 134-41.
72. Grimm ER. Psychological tension in pregnancy. *Psychosom Med*. 1961; 23: 520-7.
73. Mei ZX, Huang M. Association of psychological factors with post-partum hemorrhage and labor duration. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 2006; 26: 1203-4.
74. Sosa R, Kennell J, Klaus M, Robertson S. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *N Engl J Med*. 1980; 303: 597-600.

75. Langer A, Campero L, Garcia C, Reynoso S. Effects of psychosocial support during labour and childbirth on breastfeeding, medical interventions, and mothers' wellbeing in a Mexican public hospital: a randomised clinical trial. *Br J Obstet Gynaecol.* 1998; 105: 1056-63.
76. Scott KD, Klaus PH. The obstetrical and postpartum benefits of continuous support during childbirth. *J Womens Health Gend Based Med.* 1999; 8: 1257-64.
77. Sjögren B, Thomassen P. Obstetric outcome in 100 women with severe anxiety over childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1997; 76: 948-52.