



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

**DOĞUMHANE ORTAMI VE KOŞULLARININ DOĞUM AĞRISI,
DOĞUMDAN MEMNUNİYET VE ANNE-BEBEK BAĞLANMASI
ÜZERİNE ETKİSİ**

**ELİF YAZGAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

HEMŞİRELİK

**DANIŞMAN
PROF. DR. ANAYİT M. COŞKUN**

İSTANBUL-2014

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Hemşirelik programı Yüksek Lisans Öğrencisi Elif YAZGAN tarafından hazırlanan **“Doğumhane Ortamı ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi”** konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 20.06.2014

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu):

İmzası

Jüri Üyesi : Prof.Dr.Anayit M. COŞKUN
: Haliç Üniversitesi
(Danışman)

Jüri Üyesi : Doç.Dr.Gülay RALHFİŞ
: İstanbul Üniversitesi

Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.İlkay GÜNGÖR
: İstanbul Üniversitesi

Bu tez Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulunun kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr.Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Ens. Müdür V.

I. TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın gerçekleşmesinde fikirleriyle ve deneyimleriyle beni yönlendiren, çalışma süresince her türlü sabrı, yardım ve desteğini esirgemeyen, tezimde büyük emeği olan danışmanım sayın Prof. Dr. Anayit M. COŞKUN' a ve yüksek lisans süresince emeği geçen tüm hocalarıma,

Çalışmam süresince yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen değerli çalışma arkadaşın Yeter Akçakaya'ya, doktorlarımıza ve canım aileme,

SONSUZ TEŐEKKÜRLER...

II. İÇİNDEKİLER

SAYFA

I. TEŞEKKÜR	I
II. İÇİNDEKİLER	II
III. KISALTMALAR	IV
IV. ŞEKİL, RESİM VE TABLOLARIN LİSTESİ	V
Şekillerin Listesi	V
Resimlerin Listesi.....	V
Tabloların Listesi.....	V
1. ÖZET	6
2. SUMMARY	7
3. GİRİŞ VE AMAÇ	8
4. GENEL BİLGİLER	10
4.1-Spontan Vajinal Doğum.....	10
4.1.1-Doğumun Başlangıç Teorileri.....	11
4.2-Doğumda Rol Oynayan Hormonlar	12
4.2.1-Oksitosin	13
4.2.2-Endorfin	14
4.2.3-Katekolaminler (Adrenalin-Nöradrenalin)	15
4.2.4-Prolaktin	16
4.3-Doğumda Hormonal Denge	16
4.4- Spontan Vajinal Doğumu Etkileyen Faktörler	18
4.5-Doğum Ağrısı	19
4.6- Annenin Doğum Eyleminden Memnuniyeti.....	23
4.7- Vajinal Doğum Ve Anne-Bebek Bağlanması	24
5. MATERYAL METOD	27
5.1- Araştırmanın Tipi	27
5.2- Araştırmanın Yeri ve Zamanı	27
5.3- Araştırmanın Evreni	27
5.4- Araştırmanın Örnekleme	27

5.5- Araştırmanın Hipotezi.....	28
5.6-Verilerin Toplanması	28
5.6.1- Araştırmada Kullanılan Araçlar	28
5.6.2- Araştırmanın Etik Yönü	30
5.6.3- Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol	31
5.7- Verilerin Değerlendirilmesi (Verilerin İstatistiksel Analizi)	33
5.8- Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükler	34
6. BULGULAR	35
6.1- Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	35
6.2- VAS Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	41
6.3- Annelerin Doğumu Algılaması Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	47
6.4- Maternal Bağlanma Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular.....	51
7. TARTIŞMA	55
7.1- Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
7.2- VAS Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	59
7.3- Annelerin Doğumu Algılaması Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
7.4- Maternal Bağlanma Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması ...	64
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	66
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	80
11. ÖZGEÇMİŞ	90

III. KISALTMALAR

- GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği (Visual Analogue Scale-VAS)
ADAÖ : Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Perception of Birth ScalePOBS)
MBÖ : Maternal Bağlanma Ölçeği (Maternal Attachment Inventory-MAI)
WHO : Dünya Sağlık Teşkilatı
MPOA : Medial Orbitofrontal Korteks
GT : Gap-juction
ACTH : Adenokortikotropin Hormon
IASP : Dünya Ağrı Araştırmaları Derneği
ASA : Amerikan Anesteziyoloji Derneği
ACOG : Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
SSVD : Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
FIGO : Jinekoloji ve Obstetri Fedarasyonu
CIMS : Coalition for Improving Maternity Services-Doğum Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu
DİSK : Türkiye Devrimci İşçi Sendikaları Konfederasyonu

IV. ŞEKİL VE TABLOLARIN LİSTESİ

Şekillerin Listesi

Şekil 1 : Gruplara Göre Olguların Eşlerinin Meslek Dağılımı	38
Şekil 2 : Gruplara Göre Doğumdan Önceki Son Saatteki VAS Skorlarının Dağılımı	42
Şekil 2a : Gruplara Göre Doğumdan Önceki Son Saatteki VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi.....	42
Şekil 3 : Gruplara Göre Doğumdan Önceki 2. Saatteki VAS Skorlarının Dağılımı.....	43
Şekil 3a : Gruplara Göre Doğumdan Önceki 2. Saatteki VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi.....	44
Şekil 4 : Gruplara Göre Doğumdan Önceki 3. Saatteki VAS Skorlarının Dağılımı.....	45
Şekil 4a : Gruplara Göre Doğumdan Önceki 3. Saatteki VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi.....	45
Şekil 5 : Gruplara Göre Ortalama VAS Skorlarının Dağılımı	46
Şekil 5a : Gruplara Göre Ortalama VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi.....	47
Şekil 6 : Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	51
Şekil 7 : Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Dağılımı	54

Resimler

Resim 1 : Travay Odası.....	32
Resim 2 : Gebe Takibi	33
Resim 3 : Doğumhane Ortamı	33

Tabloların Listesi

Tablo 1 : Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki	35
Tablo 2 : Eşe İlişkin Özelliklerin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grupları Arasındaki İlişki	37
Tablo 3 : Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Dağılım ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 4 : Bu Gebelik ve Travaya İlişkin Bilgilerin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki	40
Tablo 5 : Gebelerin VAS Skorlarının Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki ...	41
Tablo 6 : Vaka ve Kontrol Grubu Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği Puan Dağılımı	48
Tablo 7 : Vaka ve Kontrol Grubu Annelerin Doğum Algılama Ölçeği Beş Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişki	49
Tablo 8 : Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Dağılımı	52
Tablo 9 : Maternal Bağlanma Toplam Puanları Açısından Vaka ve Kontrol Grubu Arasındaki İlişki	53

1. ÖZET

Bu araştırma, doğumun yapıldığı ortam ve koşullarının iyileştirilmesinin, doğum ağrısı, annenin doğum eyleminden memnuniyeti ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini randomize olarak seçilen 30 vaka ve 30 kontrol grubu gebe oluşturmuştur. Çalışmamız Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Servisinde, Eylül 2012 ve Haziran 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada verileri toplamak için, Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği ve Maternal Bağlanma Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada vaka grubu gebelerin odasına giriş-çıkış sınırlandırılmış, oda ısısının ılık, ortamın loş ve sessiz olması sağlanmış, gebeye farklı tarzlarda ve seçim tercihi kendisine bırakılan sözsüz müzikler dinletilmiş, gebenin innatal izlemi ve doğumu tek bir ebe ve hekim tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmamıza katılan vaka ve kontrol grubu gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri benzer bulunmuştur. Vaka grubu gebelerin, kontrol grubu gebelere göre doğumdan önceki son üç saatte ağrılarını anlamlı derecede daha düşük düzeyde hissettikleri saptanmıştır ($p=0,021$). Yine çalışmamızda vaka grubu gebelerin doğum eyleminden memnuniyet puanları, kontrol grubu gebelerden yüksek bulunmuştur. Ancak iki grubun memnuniyet puanları arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Vaka grubu için oluşturulan doğumhane ortamında doğan bebeklerle kontrol grubu annelerin bebekleri arasında bağlanma puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken ($p=0,763$) her iki grupta da yüksek bulunmuştur (vaka grubu MBÖ puanı 94,80, kontrol grubu MBÖ puanı 95,33). Sonuç olarak, doğumhane ortamı ve koşullarında yapılan değişikliklerde gebeler doğum ağrısını daha az algılamışlardır. Diğer taraftan araştırmanın gerçekleştirildiği hastane koşulları nedeniyle doğum eyleminden memnuniyet ve anne-bebek bağlanması, her iki grupta da yüksek ve benzer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Doğum Ortamı, Doğum Ağrısı, Memnuniyet, Anne-Bebek Bağlanması

2. SUMMARY

The Effect Of Delivery Room's Environment And Condition On Birth Pain, Satisfaction Of Birth And Mother-Baby Attachment

This research was carried out to evaluate the impact of improving the environment and labor conditions on labor pain, the mother's birth event satisfaction and postpartum mother-baby connection experimentally. The study sample included 30 cases and 30 pregnant control group. Our study was carried out between June 2012 and September 2013 at Fatih University Medical Faculty Hospital Obstetrics and Gynecology Service. Sociodemographic and Obstetric DATA Collection Form, Visual COMparison Scale, Satisfaction of birth scale and Maternal Bonding scales were used to collect data for this study. Entrance to the room of the patients who were included in the study group was limited. A warm, dusky and quiet environment was prepared for these mothers. Patients were also given different options of instrumental music. Both examinations and delivery of the patient were attended by the same doctors and midwives. Patients who were included in the study and control groups were found to have similar sociodemographic and obstetric properties. Patients in the study group were found to perceive birthpain in the last 3 hours milder than those in the control group ($p=0,021$). In our study; birth satisfaction scores of the case group were higher than the control group. However, the difference between the group's satisfaction scores were not significant ($p > 0.05$). At the babies born in the delivery room prepared for the case group and the babies at the control group, no significant difference were observed according to the connecting points ($p = 0,763$), while the connecting points were high in both groups (case group MAI point: 94.80, control group MAI point: 95.33). As a result changes in the ambiance and conditions of the delivery room resulted milder perception of birthpain whereas Satisfaction of birth and Maternal Bonding were similar in both groups.

Key words: Birth Enviroment, Birth Pain, Satisfaction, Mother-Baby Attachment

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum, insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen içinde hala sırlar barındıran mükemmel bir olaydır. Kadın, ailesi hatta fetüs için çok özel bir yolculuktur. Doğumun tarihini yansıtan fotoğraflar incelendiğinde; gebe kadın evinde, hatta yatak odasında, doğuma yardımcı ve destek veren kadınlarla doğumunu yaptığı görülmektedir. (1,2)

Bilim ve teknolojide yaşanan gelişmeler, sağlık personelinin yetersizliği, yasal düzenlemeler gibi sebepler doğumu ev ortamından hastane ortamına taşımıştır. Hastanede annenin mahremiyeti korunarak kendini güvende ve emin hissettiği bir ortamın hazırlanması doğumu için son derece önemlidir. (3,4)

Doğum sırasında salgılanan tüm hormonlar, beyinin ilkel bölgesinden yani hipotalamus-hipofiz bezinden salgılanır. Öte yandan doğum sürecinde yapılan kısıtlamalar ya da baskılar yeni beyini yani neokorteksi uyarır. Bu da doğumun ilerleyişine müdahale eder. Müdahale edilmemiş bir doğum eyleminde annede bilinçsel bir değişim gerçekleşir ve bu değişim neokortikal aktivitede bir azalma ile yorumlanır. Neokortekse yapılacak herhangi bir uyarı doğum eyleminin ilerleyişini sınırlar. Parlak bir ışık, gözlemlenmek, stres hormonlarının salınımına sebep olan faktörler neokorteksi uyarır. Bir insanın neokorteksi, sadece ona bakarak bile uyarılabilir. Bu demektir ki doğum yapan bir kadının öncelikle sakin ve sessiz, kendini güvende hissedeceği bir ortama ihtiyacı vardır. (3,5,6)

Doğumun nasıl başladığı halen tam olarak açıklanmamış olsa da, doğum eyleminde rol alan hormonlar belli bir düzen ve ritimde salgılanırlar. En önemli doğum hormonları oksitosin, endorfin ve adrenalın ile noradrenalindir. Oksitosin, doğum eylemi sırasında uterin kontraksiyon sağlayarak önce bebeğin sonra da plasentanın doğumunu gerçekleştirir. Doğum eyleminin başından sonuna doğru artan miktarlarda salgılanmaya devam eder ve bebeğin doğumundan sonra anne kanında en yüksek düzeye ulaşır. Bu sayede doğum sonu kanamalar engellenmiş ve laktasyon sırasında sütün püskürtülmesi sağlanmış olur. Öte yandan oksitosin doğumdan hemen sonra anneliğin başlaması için gereklidir. Yapılan çalışmalar östrojen, prolaktin ve oksitosinin hipotalamusun medial orbitofrontal korteksindeki (MPOA'daki) reseptörler aracılığıyla doğumdan hemen sonra annelik davranışını uyardığını göstermektedir. Yine memeli hayvanlarda MPOA'nın lezyonlarında annelik davranışının tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir. Ayrıca oksitosinin, annenin bebeğini tanımasında, prolaktin ile

birlikte beyni uyararak olumlu annelik davranışı geliştirdiği savunulmaktadır. Ancak oksitosinin etkin ve yeterli miktarda salınabilmesi için bazı şartlar gereklidir. Bunların başında sıcak, loş ve sessiz bir ortam gelmektedir. (6,7,8,9,10)

Bir diğer doğum hormonu endorfin, doğal narkotik olarak da isimlendirilir. Oksitosin gibi o da hipofiz bezinden salgılanır ve en yüksek düzeyine, cinsellik, gebelik, doğum ve emzirme anında gelir. Endorfin de narkotikler gibi bir çeşit bağımlılık halini tetikler. Bu durum doğum sonrası anne ve bebek arasındaki derin bağın oluşmasını sağlar. (3,5,11)

Dođum ağrısı, birçok kadının korkulu rüyası haline dönüşmüştür. Bu da sezaryenin alternatif bir doğum yöntemi olarak sečilmesini sağlamaktadır. Dünyada son yarım asırdan bu yana doğum ağrısıyla bař etmede çeşitli felsefeler ve yöntemler geliştirilmiş ve uygulamaya konmuştur. Ülkemizde bunlardan çok azı belirli gruplar tarafından bilinmekte ve kullanılmaktadır. Henüz antenatal hizmet rutininde tam olarak yer almamaktadır. (12,13,14)

Dođum ağrısının yönetiminde kullanılan solunum, relaksasyon teknikleri, beden egzersizi vb. birçok yöntemin yanı sıra müzik ve aromaterapi de rahatlatıcı ve sakinleştirici özellikleri nedeniyle bir sečenek olabilmektedir. Yapılan çalışmalar müzik ve aromaterapinin travay esnasında gebenin hissettiği ağrı düzeyini anlamlı olarak azalttığını göstermektedir. Ayrıca travayda rahatlatıcı bir ortam sağlamak da (ışık, ses, gözlemci sayısını kontrol altına almak, sakin ve huzurlu bir ortam) doğum ağrısıyla bař etmede etkili olmaktadır. (15,16,17)

Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamız, doğum eyleminde doğumhane ortamı ve koşullarının doğum ağrısı, annenin doğum eyleminden memnuniyeti ve anne-bebek bağlanması üzerine etkisini belirlemek amacıyla gerçeleştirilmiştir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1-Spontan Vajinal Doğum

Spontan vajinal doğum; son menstural periyodun 38-42 haftalarında, gebelik ürünü olan tek ve baş prezantasyonlu fetüs ve eklerinin, düzenli uterin kontraksiyonlarla vajinal kanaldan dış ortama atılması sürecidir.(6,18,19)

Doğum eylemi fizyolojik bir olaydır. Ancak başlangıçta doğal olması kaçınılmaz olan bu süreç, modern tıbbın ortaya çıkması ile hastaneye ve tıbbi işlemlere ihtiyaç duyulan ‘hastane modeli’nin bir parçası olmuş, teknoloji, bir araçtan çok bakımın odağı haline gelmiş ve kadınlarla etkileşimi daha da azaltmıştır. Doğumda teknolojinin yaygın kullanımı, sezaryen doğum oranlarında artışa neden olurken, doğumun indüksiyonu, doğuma müdahaleler, sedatif ve epidural analjezi de doğumun doğasını değiştirmiş, annelerin doğum üzerindeki kontrolleri azaltmıştır. Bu şekilde spontan ritminden uzaklaştırılan doğum süreci, 1960 ve 1970 yıllarında kadın ve tüketici hareketleriyle yeniden yapılandırılmaya çalışılmıştır. Yapılan düzenlemelerle, prenatal hizmetlerde aile merkezli bakımın temelleri atılmış, riskli olmayan doğumlar için alternatif doğum merkezleri kurulmuş, babaların doğumhaneye alınması ve aileye yönelik prenatal eğitim sınıfları oluşturulmuştur. Tüm bu hareketler, dünyada doğum hizmetlerinde köklü değişimleri de beraberinde getirmiştir. Bununla birlikte WHO, yayınladığı doğum eyleminde kanıta dayalı uygulama raporunda; doğum eyleminin, anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde gerçekleştirilmesi gerektiğini ifade etmiştir. Yayınladığı raporda; “Doğum kendi başlamalıdır”, “Doğum boyunca hareket özgürlüğü olmalıdır”, “Doğum boyunca gebeye duygusal ve fiziksel destek verilmelidir”, “Gereksiz her türlü müdahaleden kaçınılmalıdır”, “Doğumda sırt üstü yerine diğer pozisyonlar desteklenmelidir”, “Doğum sonrası anne ve bebek bir arada kalmalıdır” ibarelerine yer vermiştir. (20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30)

Ülkemizde 2010 yılında Sağlık Bakanlığınca yapılmış olan “Türkiye’de Sezaryen Doğum Sıklığındaki Artış Nedenlerine Yönelik Araştırma’ kapsamında gebe ve lohusa kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde; gebe ve yakınlarının doğum korkularından ötürü sezaryen isteği konusunda hekimlere baskı uyguladıkları ve yine gebelerin mahremiyetin esas olduğu, estetiğin gözetildiği doğum salonları istedikleri vurgulanan sonuçlar arasındadır. Sağlık Bakanlığının son zamanlarda yürüttüğü “Anne Dostu Hastane

Programı” ile anne adaylarının gebelik, doğum eylemi ve lohusalık döneminde hasta hakları, güvenliği, otonomisi ve mahremiyetini de dikkate alarak doğumlarını doğal ve güvenli ortamlarda gerçekleştirilmesinin sağlanması öngörülmüştür. Bu program, doğum eylemini olumsuz yönde etkileyecek işlem ve müdahalelerden kaçınarak, normal vajinal doğumu özendirerek ortamları oluşturmayı amaçlamıştır. (31)

Anne dostu kavramı; anne ve bebek için doğal, daha iyi ve daha sağlıklı doğum uygulaması ve anne-bebek odaklı bakım anlamı taşır. Anne dostu bakımın temel felsefesi, doğum eyleminde doğallıktır. Doğumun bir rahatsızlık olmadığı, normal, doğal ve sağlıklı bir süreç olduğu belirtilmektedir. Anne ve bebeğin doğum için gerekli doğal “bilgelige ve enerjiye” sahip olduğu savunulmakta ve doğumların hastane dışında da güvenle gerçekleşebileceği ifade edilmektedir. Bu yaklaşım, gebelik, doğum ve yenidoğan dönemlerinde yaşamsal önem taşıyan anne-bebek-aile bağlanmasını desteklemektedir. Böylece kadının doğum yapma ve kendi bebeğine bakma gücünü, yeteneğini ve öz güveni geliştirilmektedir. (31,32,33,34,35,36)

4.1.1-Doğumun Başlangıç Teorileri

Doğum eyleminin başlamasında hücrel, moleküler ve hormonal olaylar rol oynamaktadır. Bu faktörlerin kombinasyonu, doğum öncesi düzensiz, doğumda ise etkili kontraksiyonların oluşmasını sağlamaktadırlar. (37,38,39)

Hücrel regülasyonda temel olay, myometriumdaki gap-junction (GT)’da oluşan artıştır. Gebe olmayan uterusu az sayıda bulunan ve gebelik haftası ilerledikçe sayı ve boyutlarında artış gösteren gap-junction, myometriumdaki hücreler arası bağlantıyı sağlayan proteinlerdir. GT, uterusun tek bir motor ünite şeklinde davranarak fetus ve plasentanın doğum kanalından atılmasını sağlar. Terme yakın, Braxton Hicks kontraksiyonlarının başlamasında etkili olduğu ve bu kontraksiyonların GJ oluşumu tamamlanan alanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir. İn vitro çalışmalarda, uterusun örneklerde östrojen/progesteron oranındaki artış ve ortama prostoglandinlerin eklenmesinin GT oluşumunu arttırdığı gösterilmiştir. Ancak GJ, her ne kadar myometrial hücre koordinasyonunu sağlasa da, uterusu özgün pace-maker görevi yapacak hücreler olarak gösterilememiştir. (37,38,40,41,42)

Diğer bir teori moleküler regülasyondur. Düz ve çizgili kasta hücre içi kalsiyum kontraktileti düzenler. Bazı hormon ve ilaçlar myometriyumdaki moleküler yapıya etki ederek kasta kasılma ve gevşemeye neden olmaktadır. Örneğin; oksitosin ve prostoglandin, hücre içi kalsiyumu arttırarak kontraksiyonu sağlamaktadır, relaksin ise hücre içi kalsiyumu azaltarak myometriyumun gevşemesini sağlamaktadır.(37,38,43,44)

Eylemin maternal, fetal ve plasental hormonların etkileşimiyle başladığı en güçlü teorilerinden biridir. Diğer memelilerin aksine insanlarda terme yakın dönemde kandaki östrojenle birlikte progesteron da artış göstermektedir. Öte yandan termde progesteron çekilmesinin sistemik değil, lokal olduğunu destekleyen bulgular vardır. Koryon ve amniyosda da oluşan bu “lokal progesteron çekilmesi” desidua, koryon ve amniyosda prostoglandin sentezini başlatarak uterusu kontraksiyonlara neden olmaktadır. Ancak insanlarda eylemin başlaması ve sürdürülmesi sadece progesteron çekilmesi ile açıklanamamaktadır. (37,38, 44, 45)

Gebelikte giderek artan östrojenin kaynağı primer olarak fetüs'dür. Östrojenler, eylemin başlamasında doğrudan etkili olmamakla beraber, progoglandin sentezinin başlatılması, GJ proteinlerinin oluşumu, oksitosin reseptörlerinin artması, uterusun oksitosine duyarlılaşması ve serviksin olgunlaşmasında rol oynamaktadır. Oksitosin reseptörleri östrojenlerin etkisiyle desidua ve koryonda sentez edilir. Oksitosin reseptörlerinin konsantrasyonu östrojenin etkisiyle artmakta, progesteronun etkisiyle azalmaktadır. (37,38, 39, 46)

Prostoglandinlerin servikal olgunlaşma üzerinde olumlu değişikliklere yol açtığı yapılan çalışmalarla gösterilmiştir. Servikal olgunlaşma oluşurken eş zamanlı olarak östrojen ve oksitosin reseptörlerinde artma, gap-junctionların oluşumu gibi myometriumda da hücresele değişiklikler meydana gelmektedir. Tüm bu olaylar, zamanı geldiğinde düzenli kontraksiyonların oluşmasını ve doğumun gerçekleşmesini sağlayacaktır. (37,38,39,47,48,49,)

4.2-Doğumda Rol Oynayan Hormonlar

Doğumun nasıl başladığı halen tam olarak açıklanamamış olsa da, doğum eylemi sırasında dört ana hormonal sistemin aktifliğinden söz edilir. Bu hormonlar; oksitosin (sevgi hormonu), endorfin (zevk, bağımlılık, mutluluk ve doğal ağrı kesici hormon), katekolaminler

yani adrenalin ve noradrenalin (heyecan, dövüş ve kaç hormonu) ve prolaktindir (annelik hormonu). Eylemde rol alan bu hormonlar beynin ilkel bölgesinden, belli bir düzen ve ritimde salgılanırlar. (3,37,38,50,51)

4.2.1-Oksitosin:

Kelime anlamı Latince hızlı doğum olan “oksitosin”, hipofiz arka lobundan salgılanır ve hedef dokuda oksitosin reseptörleri aracılığıyla etki gösterir. Oksitosin reseptörleri başta, uterus, meme, beyin, böbrek ve ön hipofizde bulunmaktadır. 1906 yıllarında Sör Henry Dale tarafından doğum hormonu olarak keşfedilen oksitosinin daha sonra yapılan çalışmalarla daha birçok fizyolojik ve psikolojik etkileri bulunmuştur. Oksitosinin başlıca etkileri arasında: büyüme ve üreme, bağışıklık sistemi geliştirme, şeker metabolizmasını düzenleme, anksiyeteyi azaltma, ağrı duyusu, ebeveynlik ve kişiler arası ilişkileri kolaylaştırma, bazı hastalıkları önleme (depresyon, miyokard enfarktüsü gibi), süt ve fetüsü fırlatma, seksüel davranışı artırma sayılabilir. Oksitosin hormonunun sevgi ve bağlanmaya neden olması, doğum, emzirme ve cinsellik gibi yaşamsal olaylarda artış göstermesi, “aşk hormonu” olarak adlandırılmasına neden olmuştur. Ayrıca, son yıllarda yapılan çalışmalar, zevk alınan her durumda (biriyle beraber yemek yemek gibi) oksitosin salgılandığını yönündedir. (3,5,9,10,11,12,37,38,52,)

Yetişkin bir kadında plazma oksitosin seviyesi düşüktür. Fakat ovulasyon, doğum, laktasyon, cinsel reaksiyon ve bazı stres durumlarında miktarı artar. Doğum eylemi sırasında oksitosin, uterus kontraksiyonunu sağlayarak önce bebeğin sonra da plasentanın doğumunu gerçekleştirir. Doğum eyleminin başından sonuna doğru artan miktarlarda salgılanan oksitosin, bebeğin doğumundan sonra anne kanında en yüksek düzeye ulaşır ve bu sayede doğum sonu kanamaları engeller ve laktasyon sırasında sütün püskürtülmesini sağlar.(8,11,53,54,55)

Aynı zamanda oksitosin, doğumdan hemen sonra anneliğin başlaması için gereklidir. Yapılan çalışmalar östrojen, prolaktin ve oksitosinin hipotalamusun medial orbitofrontal korteksindeki (MPOA’daki) reseptörler aracılığıyla doğumdan hemen sonra annelik davranışını uyardığını göstermektedir. Yine memeli hayvanlarda MPOA’nın lezyonlarında annelik davranışının tamamen ortadan kalktığı belirtilmektedir. Ayrıca oksitosinin, annenin

bebeğini tanımada, prolaktin ile birlikte beyni uyararak olumlu annelik davranışı geliştirdiği savunulmaktadır. Hayvanlar üzerinde yapılmış başka bir çalışmada; erkek ve bakire farelerin beyinlerine oksitosin enjekte edilmiş ve hem erkek hem de bakire farelerin yavru farelere annelik davranışları gösterdikleri bildirilmiştir. (3,5,7,9,10)

Kan oksitosin seviyesi, insanın yaşadığı anlık duygulardan etkilenmektedir. Oksitosinin etkin ve yeterli miktarda salınabilmesi için bazı şartlar gereklidir. Bunların başında mahremiyetin sağlandığı, sıcak, loş, sessiz ve huzurlu bir ortam gelmektedir Ayrıca doğum eylemini uyarmak ve hızlandırmak için kullanılan sentetik oksitosin (pitocin), uterusu kasılmalar yaratmakta fakat anne bedeni tarafından tanınmadığı için doğal oksitosin salınımı ve işlevini bozmaktadır. Ayrıca pitocin beyindeki reseptörlere bağlanamadığı için, oksitosinle aynı etkileri göstermemektedir. (6,7,8,55,56)

4.2.2-Endorfin:

Doğal narkotik olarak da isimlendirilen endorfin, oksitosin gibi hipofiz bezinden salgılanır ve en yüksek düzeyine, cinsellik, gebelik, doğum ve emzirme anında ulaşır. Endorfinler; morfin gibi afyon türevi uyuşturucularla benzer özellik gösterir. Keyif alınan her durum, endorfin salgılanmasına yol açar. (3,5,8,11)

Doğum eyleminde endorfin, kasılmalara karşı doğal bir sakinleştirici görevi yapar ve kadınlara yardım eden düşsel bir durum yaratır. Kadının içinde bulunduğu bu düşsel durum, dış çevreden daha önemli hale gelir ve doğum süreciyle baş etmesi kolaylaşır. Endorfin de narkotikler gibi bir çeşit bağımlılık halini tetikler. Doğum eylemi sonlanana kadar hem bebekte hem de annede salgılanır. Böylece doğumu takiben ilk saatlerde narkotiklerin etkisinde kalan anne ve bebek, etkin ve güvenli bağlanmanın temelini atar. (3, 5, 8, 11, 12, 14, 37,56,58)

Beta- endorfin aynı zamanda bir stres hormonu olup, zorlanma ve ağrı gibi şartlar altında, bir analjezik gibi hareket eder ve diğer stres hormonları gibi bağışıklık sistemi baskılandığında salgılanır. Bu etki, hamile bir annenin bağışıklık sisteminin kendisinden farklı genetik materyali bulunan bebeğine karşı çalışmasını engellemede de önemlidir. (3,5,8,16,17,24,25)

Endorfinin, diğer hormonal sistemlerle tamamen anlaşılammış, karmaşık bir ilişkisi vardır. Endorfin, doğum eyleminde oksitosinle beraber artan oranlarda salgılanır. Öte yandan endorfin, annenin memelerini emzirme için hazırlayarak prolaktin salınımını sağlamaktadır. (8,11)

4.2.3-Katekolaminler:

Epinefrin ve norepinefrin (adrenalin ve noradrenalin) katekolaminler olarak bilinirler. Fizyolojik ve psikolojik her türlü stres durumunda (korku, heyecan, açlık, soğuk vb) böbrek üstü bezlerinden salgılanırlar. Katekolaminler, stres anında plazmada hızla yükselerek, periferik vazokontraksiyon sağlarken hayati organlara (kalp, beyin, kas) giden kan damarlarında vazodilatasyona sebep olurlar. Bununla birlikte kalp atışında artış, kan basıncında yükselme ve karaciğerde vücudun enerji gereksinimini sağlamak için glikoz sentezini aktive ederler. Bu sebeple bu hormonlara “dövüş ya da kaç” hormonu denmektedir. (3,5,11,59)

Güdümsüz ve müdahale edilmemiş bir doğum eyleminde, kan katekolamin düzeyi, yavaş ve dereceli olarak yükselir. Bebeğin doğumu aşamasında en yüksek düzeyine ulaşır. Bu yükseliş gebede yüksek enerji akışını sağlayarak “fetüsü fırlatma refleksi”ni oluşturur. Bu aşama da gebe kadının göz bebekleri dilate olur, ağzı kurur, sık nefes alır, ağrıya ve yorgunluğa tahammülü artar. Doğumdaki yüksek katekolamin düzeyi annelik içgüdüsünü de tetikler. Ayrıca plasental yolla fetal dolaşıma katılan yüksek adrenalin ve noradrenalin, fetusun dış dünyaya uyumunu sağlar. Katekolaminler, bebeğin akciğerlerindeki sıvı absorpsiyonunu arttırır, surfaktan yapımını uyarır, glikoz ve yağ asitleri düzeyini arttırarak metabolizmasını düzenler, vücut ısısını korumasına yardımcı olur, kalp atışını hızlandırır, solunumunu uyarır, bebeğin reflekslerini ve kas tonusunu düzenler. (3,5,11,12,14,17,)

Doğum eylemi sırasında anksiyete, gebe kadında anormal katekolamin salınımını uyarır. Anormal artış gösteren katekolamin düzeyi, oksitosin ve beraberinde beta-endorfin salınımının azaltır. Oksitosin seviyesindeki bu ani düşüş ile uterin kontraksiyonlar düzensiz ve etkisiz hale getirir. Böylece aritmik kontraksiyonlar ve stresle oluşan perineal ve servikal kaslardaki direnç doğum eyleminin uzamasına neden olur. Ayrıca uzamış eylem, annenin

dayanma ve ağrıyla baş etme gücünü azaltır ve azalmış utero-plasental kan dolaşımı da fetal distrese neden olur. (20,21,22,23,24,25,26)

4.2.4-Prolaktin:

Annelik hormonu olarak da bilinen prolaktin, gebelik ve emzirme süresince hipofiz ön lobdan salgılanır. Gebelik süresince prolaktin düzeyi, giderek artış gösterirken doğum eyleminde azalmaya başlar ve servikal dilatasyon tamamladığında en düşük seviyesine ulaşır. Doğum sonrasında ise prolaktin, hızlıca yükselir ve iki-üç saat içinde pik noktasına ulaşır. (5,8,11,55)

Doğum süreci esnasında anne ve bebek tarafından salgılanan farklı hormonlar, doğumdan hemen sonra anne ve bebek arasındaki etkileşimde ve süt salgısının başlamasında etkilidirler. Prolaktin düzeyindeki yükselme, anneliğe özgü davranışların gelişmesi, etkili süt üretimi ve başarılı emzirmenin gerçekleşmesi için önemlidir. (3,5,8,11)

Prolaktinin, doğumdan önce gebelerde olduğu gibi babalarda da yüksek düzeyde olduğu çalışmalarda bildirilmiştir. Bu durumun, babanın bebek bakımında yer almasıyla ilişkili olduğu görülmüştür. Doğumdan hemen sonra, plazma prolaktin seviyeleri yüksek olan babaların, bebeklerinin ağlamalarına daha duyarlı oldukları da gözlenmiştir.(11,60)

4.3- Doğumda Hormonal Denge

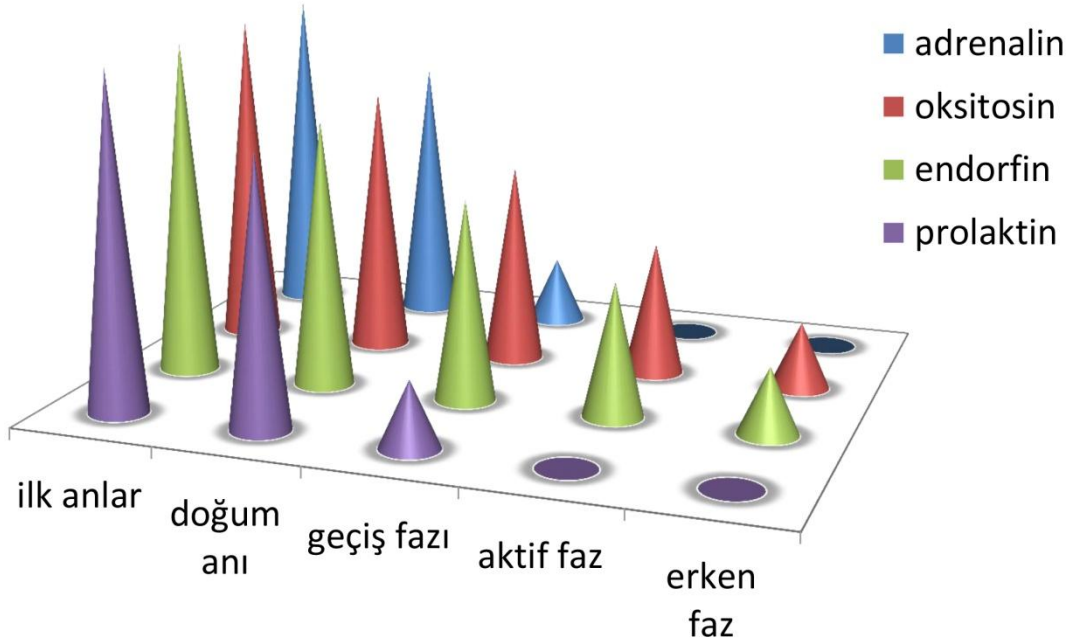
Doğal bir doğumun gerçekleşebilmesi için tüm hormonların doğru zamanda ve yeterli miktarlarda salınması çok önemlidir. Doğum sırasında bu hormonların birbiri ile uyumlu olarak artış ve azalması doğumun normal ritminde gitmesi için gereklidir. Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte anne ve fetüsün birlikte çalışarak doğum sürecini başlattığı bilinmektedir. (3,5,58,61,62,)

Gebelik miada ulaştığında, servikal kollagen dokuda yıkılma ve servikal olgunlaşma başlar. Diğer taraftan, miadında bir fetüsün hipofizinden ACTH ve yine fetal adrenalenden kortisol salgılanmaya başlar. Fetal kortizol, östrojen üretimini artırırken, koryon ve

amniyosta oluşan lokal progesteron çekilmesiyle birlikte prostoglandin ve oksitosin sentezi hızlanır. (37,38,43,44,45,46)

Prostaglandinler, myometrium hücreleri arasındaki, iletişim kanallarının (gap-junction) sayısını artırır. Öte yandan, myometriumda miada kadar giderek çoğalan oksitosin reseptörleri, artmış östrojen seviyesiyle birlikte iyice artar. Oksitosin reseptörlerindeki ve iletişim kanallarındaki (gap-junction) bu artış uterin kontraksiyonları (dalga) tetikler. Myometrium kasılmaların Ferguson refleksi uyarması, Ferguson refleksinin oksitosin salınımını giderek arttırması, doğumu gerçekleştiren dalgaların sıklığı, şiddeti ve süresini arttırır. Doğum eyleminde, yüksek oksitosin düzeyine yanıt olarak beden endorfin üretimine başlar. Endorfin seviyesindeki artış, doğum süreci içinde gerçekleşen tüm olaylara gebe kadının daha kolay uyum sağlamasına yardımcı olur. Müdahale edilmemiş, doğal akışına bırakılan doğumlarda, kadın farklı bir bilinç evresine geçtiği için yüksek beta-endorfin düzeyi, gebe kadının ağrıyla başa çıkmasına yardımcı olur. Doğum eyleminde, kandaki katekolamin düzeyleri yavaşça ve dereceli olarak yükselir ve tam olarak bebeğin doğum kanalından dışarı çıkması esnasında pik yapar. Bebeğin doğumu ile plasentanın atılması süresince anne ve bebek bir hormon kokteyli içindedir. Doğumdan yaklaşık iki-üç saat sonra bu kokteyle prolaktin eklenerek doğum eyleminin hormonal akışı tamamlanmış olur. (3,5,8,11,24,25,37,38,62,63,64)

Doğumda Hormonal Denge



4.4- Spontan Vajinal Doğumu Etkileyen Faktörler

Vajinal doğum, milyonlarca yıldır insanların kullandıkları bir doğum yöntemidir. Genellikle kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal doğum için uygundur. Yeterli destek ve uygun müdahale ile doğum eylemi başarılı bir şekilde gerçekleşebilmektedir. Ancak baş-pelvis uygunsuzluğu, malprezantasyon, fetal distres, distosi, makrozomi, geçirilmiş sezaryen operasyonu gibi durumlarda vajinal doğum gerçekleşmemekte veya anne bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Tüm bu risklerin yanı sıra doğum, gebe kadının fiziksel, duygusal ve sosyal değişimleri yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde kadınlar, tanımadıkları bir ortamda bulunmak, mahremiyetlerini koruma ve doğum süreciyle baş etmeye çalışmak zorundadırlar. (1,2,65,66,67,68,69,70)

Doğum eylemindeki gebeler, yaşadıklarını ve olup bitenleri yeterince bilmedikleri anlayamadıkları için korku, endişe ve anksiyete yaşamaktadırlar. Yapılan çalışmalarda, doğuma ilişkin duyulan korkunun nedenleri arasında; doğumda bebeğin ölmesi ya da zarar görmesi, ağrı yaşama, sezaryen doğumun gerekli olması, ölüm, epizyotomi, doğumda çaresiz kalma, bebeğin malformasyonlu olması, doğum personeline güvenmeme, expulsiyon fazında zarar görme ya da laserasyonlar, doğum yapabilecek yetenekte olmadığını düşünme, doğumda panik yaşama, kontrolsüz çılgılık atma, kontrol kaybı yaşama, doğum boyunca yalnız olma, doğumun nasıl olacağını bilmeme gibi birçok faktör bulunmaktadır. (71) Gebelerin yaşadıkları bu korkular strese neden olmakta ve streste doğum eylemini zorlaştırmaktadır. Oysa kadınların doğum eylemi ile baş etmeleri ve sağlıklı bir doğum süreci yaşamaları için destek almaya ve önemsendiklerini hissetmeye ihtiyaç duyarlar. Doğum eylemi süresince verilen profesyonel destek, kadınların kontrol duygusu ve doğum ağrısıyla baş etmesini kolaylaştırabilir ve olumsuz doğum eylemi deneyimi yaşamalarını önleyebilir. 1970 lerde Fredric Leboyer' in geliştirdiği Laboyer Metodu ile şiddetsiz doğum kavramı ön plana çıkartılmıştır. Leboyer yönteminde bebekler için stressiz, sakin ve huzurlu bir çevre yaratmak için; doğum eylemi, düşük düzeyde ışıklandırılmış ve sıcak doğum odalarında, hafif bir müzik eşliğinde gerçekleştirilmektedir. Böylece doğum eylemi hem anne hem de bebek için daha stressiz ve dolayısı ile daha kolay gerçekleşmektedir. Doğum öncesi hazırlık sınıfı eğitim modellerinden Bradley ve Odent yöntemi de olumlu bir doğum deneyiminin, uygun çevre koşullarının (sakin, sessiz, loş ve ılık bir ortam) sağlanması ve gereksiz müdahalelerden kaçınılması gerektiğini vurgulamaktadırlar. (3,4,5,12,13,71,72,73,74,75,76,77,78)

Doğum eyleminde, hormonların birbiri ile uyumlu olarak artış ve azalması doğumun normal ritminde gitmesi için gereklidir. Bu uyumun gerçekleşebilmesi için de kadının stres yaratan durumlardan uzak olması gerekmektedir. Ancak doğum yapacak bir gebe için stres yaratacak birçok durum söz konusudur. Bunlar; hastane ortamı, yabancı bir ortam, yabancı insanlar, yetersiz destek sistemi, gürültü, soğuk ortam, hastane kokusu, ışık, müdahaleler örnek olarak verilebilir. Doğum sırasında salgılanan tüm hormonlar beyinin ilkel bölgesinden yani hipotalamus-hipofiz bezinden kaynaklanır. Doğum sürecinde yapılan kısıtlamalar ya da baskılar yeni beyini yani neokorteksi uyarır. Bu da doğumun ilerleyişine müdahale eder. Müdahale edilmemiş bir doğum eyleminde annede bilinçsel bir değişim gerçekleşir ve bu değişim neokortikal aktivitede bir azalma ile yorumlanır. Neokortekse yapılacak herhangi bir uyarı doğum eyleminin ilerleyişini sınırlar. Parlak bir ışık, gözlemlenmek, erken dönemde stres hormonlarının salınımına sebep olan faktörler neokorteksi uyarır. Bir insanın neokorteksi, sadece ona bakarak bile uyarılabilir. Bu demektir ki doğum yapan bir kadının öncelikle sakin ve sessiz, kendini güvende hissedeceği ve destek alabileceği bir ortama ihtiyacı vardır. (3,5,11,13,17,20,21,23,24,26,27,36,57,59,63,79,80,81,82,83)

4.5-Doğum Ağrısı

Dünya Ağrı Araştırmaları Derneğinin (IASP = International Association for the Study of Pain) tanımına göre ağrı; var olan veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoşla gitmeyen duyuşsal, emosyonel ve çok boyutlu bir deneyimdir. Doğum ağrısı ise; travay süresince uterusun kasılmasıyla, farklı şiddet ve sıklıkta hissedilen fizyolojik bir yanıttır. Doğum ağrısı, her kadının farklı düzeyde hissettiği ve isteyerek katlandığı fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir süreçtir. Gebenin hissettiği ağrının şiddetini; kontraksiyonlar sırasında uterusun hipoksisi, servikal gerginlik, serviksin sinir ganglionlarına basısı, kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği, servikal dilatasyonun derecesi, perineal gerginlik, anne yaşı, fiziksel durumu, doğum sayısı, deneyimleri, fetusun pozisyonu, yapılan uygulamalar, annenin duygu durumu, anksiyete, korku, ortamın ısı ve destek sağlayıcıların yaklaşımları gibi faktörler etkilemektedir. (14,57,84,85,86,87,88,89)

İnsanlık, çağlar boyunca ağrı nedenleri ve ağrıyla nasıl başa çıkabilecekleri sorularına yanıt aramışlardır. Fizyolojik olmasına rağmen tolere edilemeyen doğum ağrısının anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle Amerikan Anesteziyoloji Derneği (ASA) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) doğum ağrısını tedavi

için bir endikasyon olarak kabul etmiştir. Günümüzde de ağrı, ağrı nörofizyolojisi ve ağrı tedavi yöntemleriyle ilgili birçok çalışma yapılmaktadır. Doğum ağrısı, diğer ağrı türlerine göre bazı farklılıklar gösterir. Doğum ağrısı, eylem için gerekli olan fizyolojik bir süreçtir, periyodiktir ve gebe bu periyotlar arasında dinlenebilir, gücünü toplamak için zaman bulabilir. Gebe bir kadın, doğum ağrısına bebeği için katlanabilir ve bu konuda işbirlikçi olabilir. Bununla birlikte gebe kadın, ağrı kontrolünü sağlayacak becerilerini çeşitli eğitim, doğuma hazırlık sınıfları ve kurslarla öğrenebilir. Pek çok anne farmakolojik analjezilerin, yeni doğana zararlı olacağını düşünmektedir. Bu sebeple non-farmakolojik yöntemleri tercih etmektedirler. Doğum ağrısını gidermek için kullanılan non-farmakolojik yöntemler; gevşeme, ruhsal uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleri olmak üzere dört ayrı grup altında toplanabilir. (12,13,16,57,87,88,89,90,91,92,93,94,95)

Non-Farmakolojik Ağrı Kontrol Yöntemleri			
Gevşeme	Mental Uyarılma	Tensel Uyarılma	Solunum Teknikleri
Biofeedback	Odaklanma	TENS	Dick Read
Hareket-Pozisyon	Dikkat Dağıtma	İntradermal Sıvı Enjeksiyonu	Lamaze
Hipnoz		Yüzeysel Sıcak/Soğuk Uygulama	
Akupunktur		Hidroterapi/Banyo/Duş	
Akupress		Masaj	
Müzik		Aromaterapi	
Sofroloji			
Haptonomi			
Ses Çıkarma			

Doğum ağrısının gerçek geçiş mekanizması ve algılanması tam olarak bilinmemekle birlikte travayda gebelerin ağrı yönetiminde kullandıkları yöntemler, bazı ağrı teorilerine dayandırılmaktadır. Bunlardan biri kapı kontrol teorisidir. Bu teoriye göre sinir sistemindeki kapı mekanizmaları ağrı geçişini kontrol eder. Kapı açık ise ağrı duyusu ile sonuçlanan uyarılar bilinç düzeyine ulaşır ağrıya neden olurlar, kapı kapalıysa uyarılar bilinç ulaşamaz ve ağrı hissedilmez. Kapı-kontrol teorisi, büyük ve küçük duyuşal liflerin taşıdığı sinyallerin, omurilik aracılığı ile uyarı bölgesinden serebral kortekse taşınır burada

yorumlanması temeline dayanır. Küçük lifler uterus, serviks ve pelvis eklerinden mesajları taşıırken, büyük lifler deriden ve duylardan gelen mesajları kortekse iletirler. Büyük liflerden geçiş küçük liflerden daha hızlıdır. Böylece tarvayda bir kadına uygulanan tensel ve duyusal mesajlar kortekse iletilirken, uterus, serviks ve pelvisten gelen mesajlar bloke edilebilir. Yani dokunma, masaj, sıcak ve soğuk uygulama, düşünme, dikkati başka yöne çekme gibi duygusal uyarılar ve bireyin ağrıyla baş edebileceği konusundaki destek mekanizmalarıyla oluşan mesajlar, doğum ağrısına oranla daha hızlı taşınır ve beynin doğum ağrısını algılamasına engel olur. (14,16,85,87,89,95,97,99)

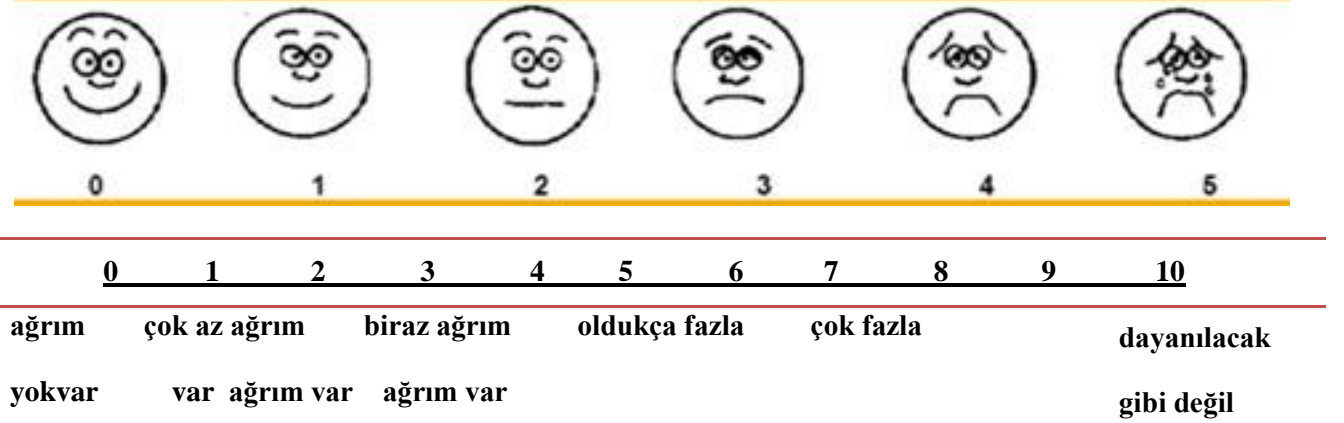
Ağrı teorilerinden bir diğeri, endorfin teorisidir. Endorfin, vücudun ürettiği doğal bir narkotiktir ve vücutta morfin gibi etki gösterir. Endorfinlerin üretimi, vücudun yaşadığı fiziksel strese verdiği doğal bir cevaptır. Seks, gebelik, doğum ve emzirme sırasında kandaki seviyesinde artış gözlenir. Hipofizden salgılanan bu hormon, ağrı uyarısının geçişini bloke etmek, bilinç düzeyine ulaşmasını önlemek için, beyin ve spinal kord uçlarındaki opioid reseptörlerde tutulurlar. Doğum sırasında vücudun yaşadığı fiziksel stres, dışarıdan müdahale ile (analjeziklerle) azaltılmaz ise doğum oluncaya kadar endorfin seviyesindeki artış devam eder. Ayrıca uygulanan non-farmakolojik yöntemler de endorfin seviyesindeki artışı sağlayarak, taravayda kadının ağrıyla baş etmesini kolaylaştırır. (3, 5, 8, 11, 12, 14, 16, 17, 24, 25, 56, 58,96, 98,99,101,102)

Bilinen son ağrı teorisi de interaktif ağrı modelidir. Bu modelin dayanağı, ağrı şiddetinin ifade ediliş biçiminin, ağrı ile baş etme yöntemlerinin, gebenin psiko-kültürel yapısına göre değiştiğidir. Bakım vericilerin bunu göz önünde bulundurarak verdikleri bakımın, ağrının giderilmesinde önemli ölçüde etkili olduğu savunulmaktadır. Mongan'a göre kadının içindeki gücü fark etmesi sağlanırsa, hiçbir tıbbi girişime gereksinim duyulmaksızın olumlu bir doğum deneyimi yaşayabileceği yönündedir. Karaçam ve Akyüz'ün 2011 yılında yayımladığı makalede destekleyici bakımın, stresli bir durum kabul edilen doğum eylemine; gebenin adaptasyonunun sağlandığı ve baş etme becerilerini geliştirdiği ifade edilmiştir. Yine aynı derlemede destekleyici bakımın, doğum eylemi ve anne-bebek sağlığı üzerinde olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir. (14,16,56,69,84,85,88,93,101,102)

Doğum ağrısını değerlendirmede en sık kullanılan yöntem "Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ)" dir. Kolay anlaşılır olması ve kullanılan farmakolojik ve non-farmakolojik tedavi yöntemlerinin etkinliğini değerlendirmede oldukça duyarlı olması, ölçeğin güvenilirliğini

arttırmaktadır. Aslan'ın 1998 yılında yaptığı çalışmada akut ağrı değerlendirmede GKÖ'nin diğer ağrı değerlendirme ölçeklerine göre daha duyarlı olduğu ve hastaların ağrıyla daha iyi tanımlandığı saptanmıştır. Ölçek, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvelden oluşmaktadır. Görsel kıyaslama ölçeğinde 0 cm=Ağrı yok, 0,5-3.0 cm=Hafif ağrı, 3.5-6.5 cm=orta ağrı, 7.0-10 cm=Şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır. (103,104,105)

Görsel Kıyaslama Ölçeği



Doğum ağrısıyla baş etmede sık kullanılan ve etkili yöntemlerden biri müzik terapisi. Müzik terapisinin altında yatan temel kuram, müziğin dikkat dağıtıcı bir etkisinin olmasıdır. Müziğin bir iletişim biçimi olması, evrensel bir dil olarak kullanılması ve dolayısıyla kişiyi ağrı ve anksiyete gibi olumsuz uyarılardan, hoş ve ümit verici duygulara yönlendirebilmesi travayda bir gebe kadının ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. Doğum ağrısı üzerine yapılan çalışmalarda da müzik terapisinin, doğum eyleminde gebelerin anksiyete, ağrı ve rahatsızlıklarını azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca müziğin, doğum ağrısıyla baş etmede kullanılan bir diğer yöntem, hayal kurma ve dikkat dağıtma yöntemlerinin kullanılmasında da yardımcı olduğu ve birlikte kullanımının daha etkili olduğu çalışmalarla gösterilmiştir. Müzik için kullanılan ifadelerden biri de “müziğin insana dokunduğudur”. Müzik, pozitif hatıraları canlandırmada ve hayal kurmaya geçişte güçlü bir araçtır. Bu sayede gebe kadın, doğum eylemi boyunca hem müziğin hem de doğum hormonlarının etkisiyle farklı bir boyuta geçmekte ve pozitif bir doğum eylemi deneyimlemektedir. (15,16,17,57,87, 93,95,96,97,98,99,100,101,102)

4.6- Annenin Doğum Eyleminden Memnuniyeti

Doğum çok özel bir olgu olup, anne ve baba adayları için yaşamlarındaki en güzel deneyimlerden biridir. Ancak zaman zaman doğum anında yaşanan olumsuz deneyimler uzun yıllar anlatılan doğum hikâyeleri arasında yerini alabilmektedir. Dolayısıyla doğumun ağrılı, kanlı, korkutucu bir olay oluşuyla ilgili imaj, gebelik süresince kadınların vajinal doğumla ilgili bu korkutucu deneyimi kendilerinin de yaşayacağını düşündürmekte ve bu da onların vajinal doğum tercihlerini olumsuz yönde etkilemektedir.(4,26,71,74,78,118,133)

Gebelik ve doğum fizyolojik bir olay olmakla birlikte kadın için büyük bir stres oluşturur. Anne adayı, kendisi için bilinmeyen doğum olayının meydana geleceği anı, korku ve heyecanla beklerken annelik sevgisi yanında bir canlı dünyaya getirmenin gururunu da yaşar. Özellikle ilk gebeliğinde kadın, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşarken doğum anında karşılaşabileceği olayları tahmin edememektedir. Gebe kadınların, doğumları için kendilerine güvenmeleri ve yetenekleri, sağlık profesyonellerinin desteği, doğum hakkında bilgi düzeyleri ve doğum yapacakları yere bağlı olarak artar ya da azalır. Ne yazık ki kadınların çoğu, sağlık personelinden ihtiyaçları olan teşviki ve desteği alamamaktadırlar. Çünkü birçok doktor, ebe ve hemşirenin doğuma karşı tutumları, diğer herhangi bir tıbbi kriz veya rahatsızlığa karşı takındıkları tutumla aynıdır ve doğumu en kısa sürede iyileştirmeleri gereken bir durum olarak algırlarlar. Sağlık profesyonellerinin bu tutum ve davranışları gebe kadınları, manevi ve psikolojik olarak güçlendirecek bir doğum deneyiminden mahrum bırakmaktadır. DSÖ normal doğumun kendi doğal fizyolojisinin korunması, desteklenmesi, gerekmedikçe herhangi bir girişimde bulunulmaması gerektiğini bildirmiştir. Amerika'da Amish toplumunda yapılan bir araştırmada, güvenli koşullarda doğumda rutin teknik girişimde bulunmaksızın kadınların bire bir desteklendiği doğal doğum ortamlarında sezaryen oranları %4 bildirilmiş ve SSVD uygulaması % 95 başarılı olmuştur. (3,13,21,26,27,30,32,39,69,70,72,116,132,134)

Doğuma yardımcı sağlık profesyonelleri, öncelikle de ebelerin, kadınların kendi vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenip, kadının bunu fark etmesine yardımcı olacak ortamları hazırlamaları ve bu bilgelikle her doğumun kendine özgülüğü içinde değer görmesini sağlamalıdır. Müdahalenin en alt seviyede tutulduğu ve dolayısı ile doğum hormonlarının engellenmeden salınımı sayesinde fizyolojik (spontan) doğum eylemi kendiliğinden ilerler. Optimum oksitosin salgısı; etkili kasılmalar, etkili ıkmama refleksi, plasentanın kolay

ayrılması ve doğum sonrası rahimde en etkili küçülmeyi sağlar. Yüksek endorfin seviyesi, anne adayının müdahaleye gerek kalmadan, kasılmaları çok daha rahat karşılamasına olanak verir. Yüksek hormon seviyelerinin en önemli sonucu, doğumdan sonraki ilk kritik saatlerde anne ve bebek bağlanmasını desteklemesidir. (3,5,10,11,25,27,28,32,63,65,68,69,74,131,132)

Doğum, her kadın ve ailesi için özel bir tecrübedir. Anne adayını, gebelik ve doğum için bilgiden çok daha fazlasına ihtiyaç duyar. Gebenin, doğuştan gelen doğum yeteneğine güvenmesi için gebelik boyunca fiziksel, ruhsal ve duygusal bir hazırlık dönemine ihtiyacı vardır. Doğum eyleminde ise; yarı iç güdüsel ve yarı öğrenilen bu güç yolculuğunda, annenin mahremiyeti korunarak kendisini güvende ve emin hissettiği, doğumu kolaylaştıran bir ortamın hazırlanması, hareket özgürlüğünün sağlanması, minimum müdahale ve maksimum desteğin sağlanması, gebe kadınların doğumlarından alacağı tatmini ve memnuniyeti arttıracaktır. (3,5,15,17,20,21,23,24,26,32,30,56,62,68,68,130,133,134)

4.7-Vajinal Doğum ve Anne-Bebek Bağlanması

Doğumda bağlanma terimi, bebekle anne-baba ya da bakım vericisi arasında kurulan, duygusal olarak olumlu ve yardım edici bir ilişkinin varlığını ifade eder. Yeni doğan bebek, gereksinimleri için bir bakım vericiye bağımlıdır. Bu bağımlılık süresince, bakım verenle kurduğu bire bir ilişki onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemlidir. Bebeğin ihtiyaçlarını karşılayan, seven, koruyan, bakım veren ve beslenme, ısınma, korunma gibi yaşamsal ihtiyaçlarını sağlayan kişiye, yani annesine karşı bir bağ oluşturması gerekli ve kaçınılmazdır.(106,107, 108,109,110,111)

Bağlanma kuramının temelini atan Bowlby'e göre bağlanma, iki kişi arasında kurulan güçlü bir bağlıdır. Bowlby, maternal bağlanmayı ise; anne ve çocuk arasında, sıcak, sürekli, yakın bir ilişkinin olması ve bu durumdan her iki tarafın da memnun olması ve haz alması olarak tanımlamıştır. Bowlby'nin yanı sıra birçok araştırmacı (Ainsworth, Winnicott, Klein, Horney gibi) da bağlanma konusunda çalışmalar yapmış ve destekleyici veriler elde etmişlerdir. Ainsworth ve arkadaşları 1978' de yaptıkları çalışmada "yabancı durum" olarak bilinen deneysel bir yöntem geliştirmişler ve çocukları üç tip bağlanma örüntüsü içinde sınıflandırmışlardır. Bunlar; güvenli bağlanma, kaygılı/kararsız bağlanma ve kaygılı/kaçınmacı bağlanmadır. Yalnızca "güvenli bağlanma" ilişkisinin olduğu durumda çocuklar stres yaratan koşullar altında güvenlik duygusunu koruyabilir ve gelişimsel

davranışlarını etkin olarak gösterebilir. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için de çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir anneye sahip olması gerekir. (106,107,109, 110, 111, 112,113,114,115)

Maternal bağlanma, zaman içinde gelişen, özel ve eşsiz bir ilişkidir. Bu süreç gebelik, doğum ve bebeklik dönemlerinde aşamalı olarak gelişir. Gebelikte fetüsün, annenin duygularına yanıt vermesi, annenin ise olumlu duygularını bebeğine yansıtması, karnını okşaması, konuşması, ultrasonografide bebeğini görmesi, bebeğinin hareketlerini hissetmesi bağlanmanın ilk aşamasını oluşturur. Bağlanma için en uygun zaman ise doğumdan hemen sonraki dönemdir. Bu dönemde bebeğin yoğun stres altında ve aktif oluşu, annenin ise yine yoğun hormonal etki altında ve koruyuculuk duygularıyla hareket etmesi, bebeğiyle olan ilk tensel teması ve göz kontağının sağlanması başarılı bir bağlanmanın esas noktasını oluşturur. Doğumla birlikte kurulan bağın niteliği, bebek ile anne arasında kurulacak olan iletişimin kalitesini belirlemektedir. Kadın doğum uzmanı olan Frederic Leboyer “Şiddetsiz Doğum” (Birth Without Violence) adlı kitabında, yeni doğan bebeklerin doğum sırasında yaşadıkları örselenmeyi en aza indirmek amacıyla, rahimden dış dünyaya geçişin ılımlı ve yumuşak bir tarzda olmasına odaklanmıştır. Leboyer uygulamalarında, doğumun gerçekleştiği odadaki ışıkları kısmış, sesleri alçaltmış ve yenidoğan bebeği annesinin karnı üzerine yatırarak bebeğe masaj yapmıştır. Bununla birlikte, acil bir durum yok ise yeni doğan muayenesinin anne kucağında yapılması, emzirmenin ilk dakikalarda sağlanması, bu süreçte anne ve bebeğe müdahalelerden kaçınılması, ortamın daha sessiz, loş ve sıcak olması anne, bebek ve aile bağlanması için son derece önemli girişimlerdir. (4,65,70,108,109,110,116,117,118,119)

Bir annenin bebeğine sevgiyle bağlanması yani maternal bağlanma, çocuğun sağlıklı büyüme ve gelişimini teşvik eden en önemli öğelerden biridir. Çocuğun yaşadığı ilk bağlanma tecrübesi daha sonra yaşayacağı bağlanma tecrübeleri için temel oluşturur. Bowlby’e göre anne ve bebek arasında kurulan güvenli bir bağlanma ilişkisi, çocuğa sağlıklı psikolojik gelişim olanağı sağlar. Bowlby, yanlış gelişmiş ya da dönem dönem kesintilere uğramış bağlanma ilişkilerinin kişilik problemlerine ve zihinsel hastalıklara yol açacağını savunmaktadır. Örneğin, ona göre güvensiz bağlanma biçimleri nevroitik bir kişilik gelişmesine zemin oluşturur. Harlow da bunu savunur ve ona göre de anne-bebek arasında oluşan karşılıklı sevgi bağının ileriki yaşantıya olan en büyük katkısı, diğer insanlarla kurulan tüm ilişkilerde güven duygusunun oluşmasıdır. Nedeni her ne olursa olsun anne-bebek bağlanmasında yaşanan kesilmeler ve aksamalar bebeğin hem içinde bulunduğu dönemde,

hem de sonraki yaşantısında bazı psikolojik zorlanımlar yaşamasına, kimi zaman psikopatoloji tablolarının ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. (106,107,108,110,112,113, 115,120,121,122)

Bağlanma süreci; anne, bebek ve sağlık profesyonellerinden etkilenmektedir. Anne için doğum sonrası dönem, annelik rolünün üstlenildiği gelişimsel bir kriz dönemidir. Anne bu döneme uyumu ancak çevresel, psikolojik ve duygusal etmenlerin dengesi ile sağlayabilir. Diğer taraftan, müdahale edilmiş zor ve stresli bir doğum eylemi, doğum şekli, postpartum depresyon, anne-baba iletişim bozukluğu, annenin kişilik özellikleri, destek sisteminin yetersizliği anne kaynaklı bağlanma bozukluklarına sebep olan faktörlerden sayılabilir. Bebeğe ait faktörler ise; aşırı ağlama, konjenital anomaliler, yoğun bakımda kalma, görünümü bozan ciddi bedensel kusurlar vb. dir. Güvenli bir bağlanma için sağlık profesyonellerine önemli görevler düşmektedir. Ancak, tıbbi müdahalelerin öncelikli tutulması, doğum sonrası ilk anların anne-baba ve bebek bağlanması için önemini bilmemeleri, anne-babanın yenidoğana zarar verecekleri endişesiyle dokunmalarına izin vermemeleri, doğumdan hemen sonra bebeğin sağlığını değerlendirmede yetersiz olmaları ve bebeğin ilk muayenesi için anneden uzaklaştırmaları, emzirmenin geç başlatılması, hastane prosedürleri ve uygulamaları, sağlık profesyoneli kaynaklı ebeveyn-bebek bağlanmasını kesintiye uğratmaktadır. Bu kapsamda sağlık profesyoneli, sağlık izlemleri sırasında güvenli bağlanmanın gelişmesi için ailelere rehberlik yapmaları ve destek olmaları önemlidir. Bağlanma için en uygun zaman olan doğumdan hemen sonra anne ile bebeğin aynı odada kalması, emzirmenin hemen başlatılması, ilk göz kontağının sağlanması, ortamın ısıtılması, sessizliğin sağlanması, annenin bebeğine dokunmasına izin verilmesi, annenin bebeğin ihtiyaçlarını fark edebilmesi ve cevap verebilmesi için cesaretlendirilmesi güvenli bağlanmanın gerçekleşmesi açısından son derece önemlidir. (106,108,109,110,112, 116,123,124,125,126,127,128,129)

5-MATERYAL METOD

5.1-Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, doğumun yapıldığı ortam ve koşullarının iyileştirilmesinin, doğum ağrısı, annenin doğum eyleminden memnuniyeti ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yapılmış deneysel bir araştırmadır.

5.2-Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Servisinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri, Eylül 2012 ve Haziran 2013 tarihleri arasında toplanmıştır.

İlgili hastane 2005 yılında Özel Sema Hastanesi olarak kurulmuş ve 2012 Mayıs ayında Fatih Üniversitesi bünyesine katılmıştır. Hastane İstanbul Anadolu yakasında hizmet vermektedir. Hastane 250 yatak kapasitesine sahip olup, bunların 18 tanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne aittir. Hastanede gebelerin travay takibi tek kişilik odalarda yapılmakta ve doğum için doğumhaneye transferi sağlanmaktadır. Travay takibi ve doğum eylemi aynı ebe tarafından gerçekleştirilmektedir. Hastanede aylık ortalama 60 doğum olmakta ve doğumların yaklaşık 20 tanesi normal vajinal doğumla gerçekleşmektedir. Hastanenin, araştırmanın yeri olarak seçilme nedenleri: araştırmacının çalıştığı hastane olması, bebek dostu hastane olması, hastane yönetiminin destekleyici, istekli ve kararlı olması, , hastaneye SGK'lı hastaların da yatıyor olması, hasta odalarının tek kişilik olması, hastanede çalışan sağlık personelinin işbirlikçi olmasıdır.

5.3-Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evreni, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Servisine Eylül 2012-Haziran 2013 tarihlerinde, herhangi bir sağlık sorunu olmayan ve normal doğum için yatışı yapılan gebe kadınlar oluşturmuştur.

5.4-Araştırmanın Örneklemi

Örneklemimiz, Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Servisine normal doğum için başvuran ve aşağıda tanımlanan kriterlere uygun gebe kadınlar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden ve bilgilendirilmiş onam formunu onaylayanlar çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacının ve araştırmaya yardım eden ebeğin

çalışma saatleri içerisinde yatışı yapılan gebeler sırasıyla bir vaka bir kontrol gruplarına olmak üzere basit tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilmiştir. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, 30 vaka ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe ile yürütülmüştür.

Araştırmaya Katılma Kriterleri:

- Hekimin normal doğum eylemi için yatış kararı vermiş olması,
- Tıbbi ve obstetrik herhangi bir hastalığının bulunmaması,
- Multipar ise önceki gebelik ve doğumlarının sorunsuz normal spontan doğum biçiminde yapılmış olması,
- Ultrasonografik incelemede fetüste herhangi bir anomalinin bulunmaması,
- 37. Gebelik haftasını tamamlamış olması

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri:

- Travay takibi sırasında gelişen herhangi bir komplikasyon sebebiyle sezaryene alınması
- Farmakolojik analjezi uygulanmış olması

5.5- Araştırmanın Hipotezi

Doğum eylemi boyunca; gebenin yanında olmasını istediği kişi ya da kişilerin bulunduğu, travay boyunca gebelerin hoşlandıkları müzikleri dinlediği, doğum odasına giriş-çıkışın sınırlandırıldığı, ortam ısısının korunduğu (her odaya giriş-çıkışta ortam ısısı değerlendirildi ve ortamın ılık olması için havalandırma ve klima kullanıldı) ve ışık miktarının azaltıldığı doğum odalarında yapılan doğumlarda:

- Gebeler, doğum ağrısıyla daha rahat baş edebilirler,
- Anneler, doğum deneyimlerini daha olumlu değerlendirirler,
- Doğum sonrası, anne-bebek bağlanması daha güçlü olur.

5.6- Verilerin Toplanması

5.6.1-Araştırmada Kullanılan Araçlar

Araştırmada verileri toplamak için, Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu (Ek-1), Görsel Kıyaslama Ölçeği (Ek-2), Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Ek-3), ve Maternal Bağlanma Ölçeği (Ek-4) kullanılmıştır.

5.6.1.1-Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu:

Araştırmaya katılan gebelerin demografik ve bazı obstetrik bilgelerini içeren bu form, araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler tarafından ilk tanışma aşamasında doldurulmuştur. (17,60,71,108)

5.6.1.2- Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) (Visual Analogue Scale-VAS):

Akut doğum ağrısının değerlendirilmesinde sıklıkla kullanılan GKÖ, bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda hayal edilebilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetveldir. Görsel kıyaslama ölçeğinde ağrı düzeyleri: 0 cm = ağrı yok, 0.5-3.0 cm = hafif ağrı, 3.5-6.5 cm = orta ağrı, 7.0-10.0cm =şiddetli ağrı olarak ifade edilmektedir (1). Çalışmamızda bu ölçek, gebe kadınların araştırmaya katılmayı kabul ettikleri andan itibaren, doğum eylemi süresince bir saatte bir gebeler tarafından değerlendirilmiştir.

5.6.1.3- Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği (Perception of Birth Scale - POBS):

Fawcett'in 1996'da yaptığı faktör analizi çalışmalarıyla hazırlanmış POBS, 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi bir ölçektir.

Ölçeğin alt boyutları;

- Doğum Anındaki Deneyimler (Delivery Experience) - 7 madde (3,5,6,8,15,17,18)
- Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler (Labor Experience) -7 madde (1,2,4,7,9,10,16)
- Doğum Sonu (Delivery Outcome) – 4 madde (22,23,24,25)
- Eşin Katılımı (Partner Participation) – 4 madde (11,12,20,21)
- Farkında Olma (Awareness) – 3 madde (13,14,19)

Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nde maddeler 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam puanının hesaplanması için her maddeden alınan puan toplanır. Ancak 15-16-17-18-19 numaralı sorular olumsuz ifadeler içerdiği için bu sorularda puanlama ters yönlü olarak yapılır (60). Ölçekten alınan puanın artması annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı anlamına gelir. Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'nin Türkçe'ye çevrilmesi ve geçerlik güvenilirlik çalışmasında ölçeğin dil eşdeğerliği ve kapsam geçerliliği değerlendirilmiş iç tutarlılığı, Cronbach Alpha, madde toplam puan korelasyonları ve iki yarım test yöntemleri ile değerlendirilmiştir. Cronbach alpha değeri 0.90 ve iki yarım test yöntemi ile elde edilen alpha değerleri 0.83 ve 0.81 bulunmuştur.Bu çalışmada, Annenin

Doğumu Algılaması Ölçeği anket formu postpartum dört ila sekizinci saatler arasında doğum yapmış anneler tarafından doldurulmuştur.

5.6.1.4- Maternal Bağlanma Ölçeği-MBÖ (Maternal Attachment Inventory, MAI):Maternal sevgiyle bağlanmayı ölçmek amacıyla, Mary E. Muller tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir. Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MAI kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, okuma- yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’lü likert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve her zaman (a)= 4 puan, sık sık (b)=3 puan, bazen(c)=2 puan ve hiçbir zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir. 2009 yılında Oya Kavlak “Maternal Bağlanma Ölçeği’nin Türk toplumuna uyarlanması” çalışması yapmış ve bu ölçeği, doğum sonrası bir ile dört ay arası bebeği olan anneler için Türk toplumunda geçerli ve güvenilirliğini (Cronbach Alpha, 1 aylık babağı olan annelerde 0,77, 4 aylık bebeği olan annelerde 0,82) saptamıştır. (112) Çalışmamızda Maternal Bağlanma Ölçeği annelere doğum sonrası 40. gün kontrollerinde gebe polikliniğinde uygulanmıştır.

5.6.2- Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden ve Fatih Üniversitesi Sema Uygulama ve Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünden (Ek-7) uygulama izin alınmıştır. Ayrıca Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurul Onayı (Ek-8)ve Kadın Doğum doktorlarının da sözlü onayı ve desteği alınmıştır. Örneklem kriterlerine uyan gebelere araştırmacı tarafından çalışmanın amacı sözlü ve yazılı olarak açıklanmıştır. Elde edilen bilgilerin sadece bu araştırma için kullanacağı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerden sözlü ve sosyo-demografik bilgi değerlendirme formuna (Ek-1) yazılı onam alınmıştır.

Araştırmada kullanılan Annenin Doğumu Algılaması Ölçeğini (Ek-5) ve Maternal Bağlanma Ölçeğini (Ek-6) kullanabilmek için onay yazıları da alınmıştır.

5.6.3- Verilerin Toplanmasında İzlenen Yol

Eylül 2012-Haziran2013 tarihleri arasında örnekleme uygun, araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere, öncelikle araştırmanın amacı, araştırmanın yapılabilmesi için hastane yönetimi ve kadın doğum doktorlarından izin alındığı ve kimlik bilgilerinin araştırma onamı ve daha sonra uygulanılacak olan Maternal Bağlanma Ölçeği değerlendirme formu için gerekli olduğu, kimlik bilgilerinin araştırmacı tarafından gizli tutulacağı anlatıldı.

Araştırmaya katılan vaka ve kontrol grubu gebelere ilk olarak Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu uygulandı. Görsel Kıyaslama Ölçeği, yatışı yapıldığı andan itibaren travay süresince saat başı gebeler tarafından değerlendirildi. Ardından çalışmaya katılmayı kabul eden deney grubu gebelere ve yakınlarına, oluşturulan ortam ve çalışma kuralları hakkında bilgiler verildi.

Doğumunu vajinal yolla tamamlayan vaka ve kontrol grubu annelere postpartum dört ila sekizinci saatte Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği uygulandı. Son olarak Maternal Bağlanma Ölçeği gebeler ulaşmanın daha kolay olduğu postpartum 40. gün kontrollerinde gebe polikliniğinde uygulandı.



Çalışmanın Uygulanması:

Deney grubu: Araştırmayı kabul eden deney gurubu gebelerin travay dömenlerini geçirecekleri odaları, çalışma için hazırlandı. Öncelikle odanın ışık miktarı azaltılarak loş bir ortam sağlandı, bunun için gündüz saatlerinde kalın perdeler kullanıldı, gece ise yatak başı lambalarından faydalanıldı. Oda ısısı soğuk olmayacak şekilde ayarlandı. Travay boyunca hastane personelinin ve hasta yakınlarının gebenin konsantrasyonunu bozmaması açısından odaya giriş- çıkışı kısıtlandı ve gebenin takibi ve doğumu tek bir ebe ve doktor tarafından yapıldı. Deney grubu gebelere dinletilmek üzere; ney sesi, keman sesi, meditasyon müzikleri, doğa seslerinden oluşan müzik klasörleri hazırlandı. Hazırlanan müzikler gebelere tanıtıldı ve travay süresince müzik seçimleri kendi tercihlerine bırakıldı. Aynı ortam, doğum eylemi için transferi yapılan gebelere doğumhane ortamında da sağlandı.

Kontrol grubu: Araştırmayı kabul eden kontrol grubu gebelere, hastane rutinleri uygulandı (ışıklandırma ve ortamın ısısına, travay süresince odaya giriş-çıkışa ve oluşan gürültüye müdahale edilmedi).

Araştırmanın yapıldığı süreç araştırmacının ve çalışmaya yardımcı olmayı kabul eden ekip arkadaşının çalışma saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir. Hastaların elektronik posta adresleri ve telefon numaraları gerektiğinde ulaşılabilmesi için kaydedildi.

Resim 1: Travay Odası



Resim 2: Gebe Takibi



Resim 3: Doğumhane Ortamı



5.7- Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart Sapma, Minimum, Maksimum, Medyan, Frekans, Oran) yanısıra niceliksel verilerin

karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann Whitney U testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Fisher's Exact test, Fisher-Freeman-Halton Test ve Yates Continuity Correction Test (Yates düzeltmeli Ki-kare) kullanıldı. Anlamlılık $p<0,01$ ve $p<0,05$ düzeylerinde değerlendirildi.

5.8- Araştırmanın Sınırlılıkları ve Yaşanan Güçlükleri

- Çalışmaya alınan deney ve kontrol grubu gebe sayısının sınırlı ve tek bir kurumda gerçekleşmesi sebebiyle genelleme yapılamaz.
 - Normal doğum için servise yatan gebe sayısının az oluşu (Toplam evren sayısı: 248gebe/10 ay),
 - Çalışma süresince örneklemelerin, iki ebe tarafından takip edilmesi,
 - Koşullar uygun olsa bile araştırmaya katılmayı kabul etmeyen gebe sayı 2,
 - Normal doğum için servise yatan ancak sonradan örneklem koşullarına uygun olmayan gebe sayısı 14,
 - Çalışmaya katılan gebelerin travay esnasında oluşan herhangi bir sorun sebebiyle acil sezaryene alınan gebe sayısı 36,
 - Gebelerin isteği ya da doktorların önerisi ile farmakolojik analjezi uygulaması nedeniyle örneklemden çıkarılan gebe sayısı 32
- tez çalışma süresinin uzamasına ve vaka sayımızın sınırlı tutulmasına neden olmuştur.

6.BULGULAR

Çalışma Eylül 2012-Haziran 2013 tarihleri arasında, 30 gebe vaka grubu, 30 gebe kontrol grubu olmak üzere toplam 60 gebe üzerinde gerçekleştirilmiştir

6.1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 1: Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki

		Toplam (N=60)		Vaka Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test Değeri χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Yaş	18-25 yaş	15	25,0	6	20,0	9	30,0	0,903	^a 0,661
	26-35 yaş	37	61,7	20	66,7	17	56,7		
	≥36 yaş	8	13,3	4	13,3	4	13,3		
Eğitim	İlköğretim	1	1,7	0	0,0	1	3,3	0,000	^b 1,000
	Lise	17	28,3	9	30,0	8	26,7		
	Üniversite ve üzeri	42	70	21	70,0	21	70,0		
Meslek	Ev Hanımı	21	35,0	10	33,3	11	36,7	4,520	^a 0,361
	Memur	16	26,7	9	30,0	7	23,3		
	İşçi	3	5,0	3	10,0	0	0,0		
	Sağlık Personeli	10	16,7	5	16,7	5	16,7		
	Diğer	10	16,7	3	10,0	7	23,3		
Medeni Durum	Evli	60	100,0	30	100,0	30	100,0	-	-
Ortalama Gelir	500-1000 TL	1	1,7	0	0,0	1	3,3	-	-
	> 1000 TL	59	98,3	30	100,0	29	96,7	-	-

^aFisher-Freeman-Halton Test

^bYates' Continuity Correction Test

*p<0,05

(Eğitim kategorisindeki ilköğretim ve ortalama gelir kategorisindeki 500-1000 TL parametreleri gözlem sayısı yetersizliği nedeniyle, medeni durum ise tüm olguların evli olması nedeniyle değerlendirmeye alınmamıştır.)

Çalışmamızda tüm gebelerin %25'i (n=15) 15 ile 25 yaş arasında, %61,7'si (n=37) 26 ile 35 yaş arasında, %13,3'ü (n=8) 36 yaşın üzerindedir.

Vaka grubu kadınların %20'si (n=6) 15 ile 25 yaş arasında, %66,7'si (n=20) 26 ile 35 yaş arasında, %13,3'ü (n=4) ise 36 yaşın üzerindedir.

Kontrol grubu kadınların %30'u (n=9) 15 ile 25 yaş arasında, %56,7'si (n=17) 26 ile 35 yaş arasında, %13,3'ü (n=4) ise 36 yaşın üzerindedir.

Kadınların yaş sınıflandırması açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Gebelerin eğitim düzeylerine bakıldığında, gebelerin %28,3'ünün ($n=17$) eğitim durumu lise, %70'inin ($n=42$) üniversite ve üzeri iken, gebelerden sadece birinin (%1,7) eğitim durumu ilköğretimdir.

Vaka grubu gebelerin %30'unun ($n=9$) eğitim durumu lise ve %70'inin ($n=21$) üniversite ve üzeri iken, eğitim düzeyi ilköğretim olan bulunmamaktadır.

Kontrol grubu gebelerin %26,7'sinin ($n=8$) eğitim durumu lise ve %70'inin ($n=21$) üniversite ve üzeri iken, 1 gebenin (%3,3) eğitim düzeyi ilköğretimdir.

Kadınların eğitim durumu açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. ($p>0,05$).

Gebelerin meslek durumu değerlendirildiğinde, tüm gebelerin %35'i ($n=21$) ev hanımı, %26,7'si ($n=16$) memur, %5'i ($n=3$) işçi, %16,7'si ($n=10$) sağlık personeli ve %16,7'sinin ($n=10$) mesleği ise diğer(bankacı, öğrenci, serbest) kategoridedir.

Vaka grubu gebelerin %33,3'ü ($n=10$) ev hanımı, %30'u ($n=9$) memur, %10'u ($n=3$) işçi, %16,7'si ($n=5$) sağlık personeli iken, %10'unun ($n=3$) mesleği diğer kategoridir.

Kontrol grubu gebelerin %36,7'si ($n=11$) ev hanımı, %23,3'ü ($n=7$) memur, %16,7'si ($n=5$) sağlık personeli iken %23,3'ünün ($n=7$) mesleği diğer kategoridedir. Mesleği işçi olan gebe bulunmamaktadır.

Kadınların meslek durumu açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tüm gebelerimiz (%100, $N=60$), evli ve resmi nikahlıydı.

Çalışmamızda gebelerin %98,3'ünün ($n=59$) ortalama geliri 1000 TL'den fazla iken, bir gebenin (%1,7) ortalama geliri 500 ile 1000 TL arasındadır.

Tablo 2: Eşe İlişkin Özelliklerin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grupları Arasındaki İlişki

		Toplam (N=60)		Vaka Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test Değer i χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Eşinin Yaşı	26-35 Yaş	42	70,0	20	66,7	22	73,3	0,079	^b 0,778
	≥36 Yaş	18	30,0	10	33,3	8	26,7		
Eşinin Eğitimi	Lise	11	18,3	4	13,3	7	23,3	0,445	^b 0,505
	Üniversite ve Üzeri	49	81,7	26	86,7	23	76,7		
Eşinin Mesleği	Memur	24	40,0	14	46,7	10	33,3	7,818	^a 0,044*
	İşçi	8	13,3	6	20,0	2	6,7		
	Sağlık Personeli	5	8,3	0	0,0	5	16,7		
	Diğer	23	38,4	10	33,3	13	43,3		

^aFisher-Freeman-Halton Test^bYates' Continuity Correction Test

*p<0,05

Tüm gebelerin %70'inin (n=42) eşinin yaşı 26 ile 35 yaş arasında, %30'unun (n=18) ise 36 yaşın üzerindedir.

Vaka grubu gebelerin %66,7'sinin (n=20) eşinin yaşı 26 ile 35 yaş arasında, %33,3'ünün (n=10) ise 36 yaşın üzerindedir.

Kontrol grubu gebelerin %73,3'ünün (n=22) eşinin yaşı 26 ile 35 yaş arasında, %26,7'sinin (n=8) ise 36 yaşın üzerindedir.

Vaka ve kontrol grubu eşlerin yaş dağılımı arasından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. (p>0,05).

Çalışmamızda gebelerin %18,3'ünün (n=11) eşinin eğitim durumu lise, %81,7'sinin (n=49) ise üniversite ve üzeridir.

Vaka grubu gebelerin %13,3'ünün (n=4) eşinin eğitim durumu lise, %86,7'sinin (n=26) ise üniversite ve üzeridir.

Kontrol grubu gebelerin %23,3'ünün (n=7) eşinin eğitim durumu lise, %76,7'sinin (n=23) ise üniversite ve üzeridir.

Eşlerin eğitim durumu gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

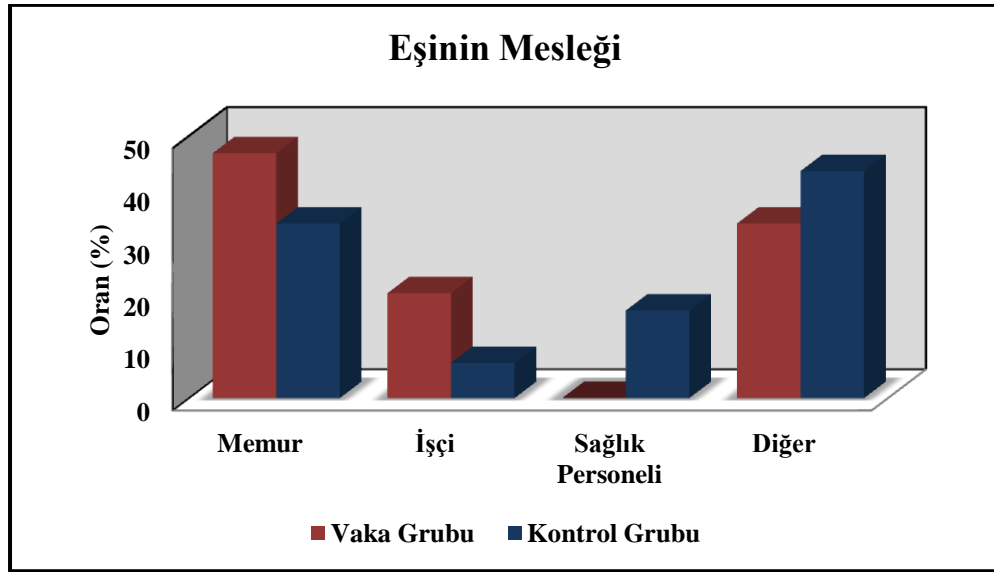
Gebelerin %40'ının (n=24) eşinin mesleği memur, %13,3'ünün (n=8) işçi, %8,3'ünün (n=5) sağlık personeli ve %38,4'ünün (n=23) diğer (serbest meslek, müdür) kategoridedir.

Vaka grubu gebelerin %46,7'sinin (n=14) eşinin mesleği memur, %20'sinin (n=6) işçi, %33,3'ünün (n=10) diğer kategoridedir.

Kontrol grubu gebelerin %33,3'ünün (n=10) eşinin mesleği memur, %6,7'sinin (n=2) işçi, %16,7'sinin (n=5) sağlık personeli ve %43,3'ünün (n=13) diğer kategoridedir.

Gruplara göre eşlerin meslek durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı (p=0,044; p<0,05). Kontrol grubunda eşlerinin sağlık personeli olma oranı, vaka grubunda göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.

Şekil 1: Gruplara Göre Gebelerin Eşlerinin Meslek Dağılımı



Tablo 3: Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Dağılım ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki

		Toplam N=60)		Vaka Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test Değeri: χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Gebelik Sayısı	1	21	35,0	10	33,3	11	36,7	0,000	^b1,000
	2 ve üzeri	39	65,0	20	66,7	19	63,3		
Doğum Sayısı n:32	1	16	50,0	7	46,7	9	52,9	0,000	^b1,000
	2 ve üzeri	16	50,0	8	53,3	8	47,1		
Düşük Sayısı n:16	1	11	68,7	6	66,7	5	71,4	0,042	^a1,000
	2 ve üzeri	5	31,3	3	33,3	2	28,6		
Yaşayan Çocuk Sayısı n:32	1	17	53,1	7	46,7	10	58,8	0,111	^b0,739
	2 ve üzeri	15	46,9	8	53,3	7	41,2		

^aFisher's Exact Test

^bYates' Continuity Correction Test

Çalışmamıza katılan kadınların %35'inin (n=21) gebelik sayısı bir iken, %65'inin (n=39) 2 ve üzeridir. Vaka grubu gebelerin %33,3'ünün (n=10) ve kontrol grubu gebelerin %36,7'sinin (n=11) gebelik sayısı bir iken, vaka grubu gebelerin %66,7'sinin (n=20) ve kontrol grubu gebelerin %63,3'ünün (n=19) gebelik sayısı 2 ve üzeridir.

Kadınların gebelik sayıları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Kadınların %50'si (n=16) 1 kez, %50'si (n=16) ise 2 ve daha fazla kez doğum yapmıştır. Vaka grubu gebelerin %46,7'sinin (n=7) ve kontrol grubu gebelerin %52,9'unun (n=9) doğum sayısı bir iken, vaka grubu gebelerin %53,3'ünün (n=8) ve kontrol grubu gebelerin %47,1'inin (n=8) doğum sayısı 2 ve üzeriydi.

Olguların doğum sayıları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan kadınların %68,7'si (n=11) bir kez, %31,3'ü (n=5) ise 2 ve daha fazla kez düşük yapmıştır. Vaka grubu gebelerin %66,7'sinin (n=6) ve kontrol grubu gebelerin %71,4'ünün (n=5) düşük sayısı 1 iken, vaka grubu gebelerin %33,3'ünün (n=3) ve kontrol grubu gebelerin %28,6'sının (n=2) düşük sayısı 2 ve üzeriydi.

Gebelerin düşük sayıları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Gebelerin %53,1'inin (n=17) bir, %46,9'unun (n=15) ise 2 ve daha fazla çocuğu yaşamaktadır. Vaka grubu gebelerin %46,7'sinin (n=7) ve kontrol grubu gebelerin %58,8'inin (n=10) yaşayan çocuk sayısı bir iken, vaka grubu gebelerin %53,3'ünün (n=8) ve kontrol grubu gebelerin %41,2'sinin (n=7) yaşayan çocuk sayısı 2 ve üzeridir.

Kadınların yaşayan çocuk sayıları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4: Bu Gebelik ve Travaya İlişkin Bilgilerin Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki

		Toplam N=60)		Vaka Grubu (n=30)		Kontrol Grubu (n=30)		Test Değeri: χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Gebeliği Planlama	Evet	57	95,0	28	93,3	29	96,7	0,351	^a 1,000
	Hayır	3	5,0	2	6,7	1	3,3		
Gebelik Haftası	Min-Mak	36-41		37-41		36-41		0,203	^c 0,840
	Ort±SD	39,03±1,26		39,00±1,11		39,07±1,41			
	Medyan	39,0		39,0		39,0			
İndüksiyon Uygulama	Evet	40	66,7	18	60,0	22	73,3	0,675	^b 0,411
	Hayır	20	33,3	12	40,0	8	26,7		

Tüm gebelerin %95'i (n=57), vaka grubunun %93,3'ü (n=28) ve kontrol grubunun %96,7'si (n=29) planlı olarak gebe kalmıştır.

Kadınların gebeliklerini planlama durumu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Çalışmamızda kadınların gebelik haftaları 36 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalaması 39,03±1,26 ve medyanı 39'dur. Vaka grubunun gebelik haftası 37 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalaması 39,00±1,11 ve medyanı 39'dur. Kontrol grubunun gebelik haftaları 36 ile 41 hafta arasında değişmekte olup, ortalaması 39,07±1,41 ve medyanı 39'dur.

Kadınların çalışmaya dahil oldukları zamanki gebelik haftaları her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

Travay süresince tüm gebelerin %66,7'sinde (n=40), vaka grubunun %60'ında (n=18), kontrol grubunun %73,3'ünde (n=22) indüksiyon uygulandığı görülmektedir.

Çalışmamızda, gebeler indüksiyon uygulama durumu gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (p>0,05).

6.2. Gebelerin VAS Skorlarına İlişkin Bulgular

Tablo 5: Gebelerin VAS Skorlarının Dağılımı ve Vaka-Kontrol Grubu Arasındaki İlişki

		Min-Mak	Ortalama	SD	Medyan	<i>Test Değeri: z</i>	<i>p</i>
VAS 3 (doğumdan ö. son saat)	Toplam	2-10	7,72	1,98	8,0		
	Vaka	3-10	7,37	1,77	7,5	1,729	0,084
	Kontrol	2-10	8,11	2,15	8,0		
VAS 2 (doğumdan ö. 2. saat)	Toplam	2-10	6,42	1,84	6,0		
	Vaka	3-10	5,93	1,48	6,0	2,057	0,040*
	Kontrol	2-10	6,90	2,06	6,5		
VAS 1 (doğumdan ö. 3. saat)	Toplam	0-10	5,15	1,79	5,0		
	Vaka	2-7	4,57	1,30	5,0	2,516	0,012*
	Kontrol	0-10	5,73	2,03	6,0		
VAS (ortalama)	Toplam	1,33-9,00	5,20	1,63	5,0		
	Vaka	2,60-9,00	4,75	1,35	4,7	2,300	0,021*
	Kontrol	1,33-9,00	5,64	1,78	5,5		

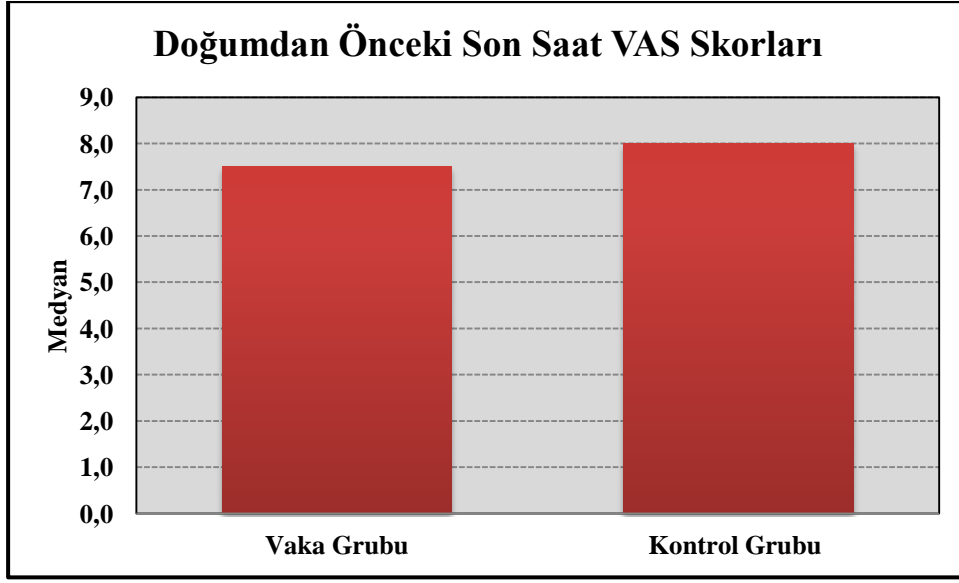
Mann-Whitney U Test

*p<0,05

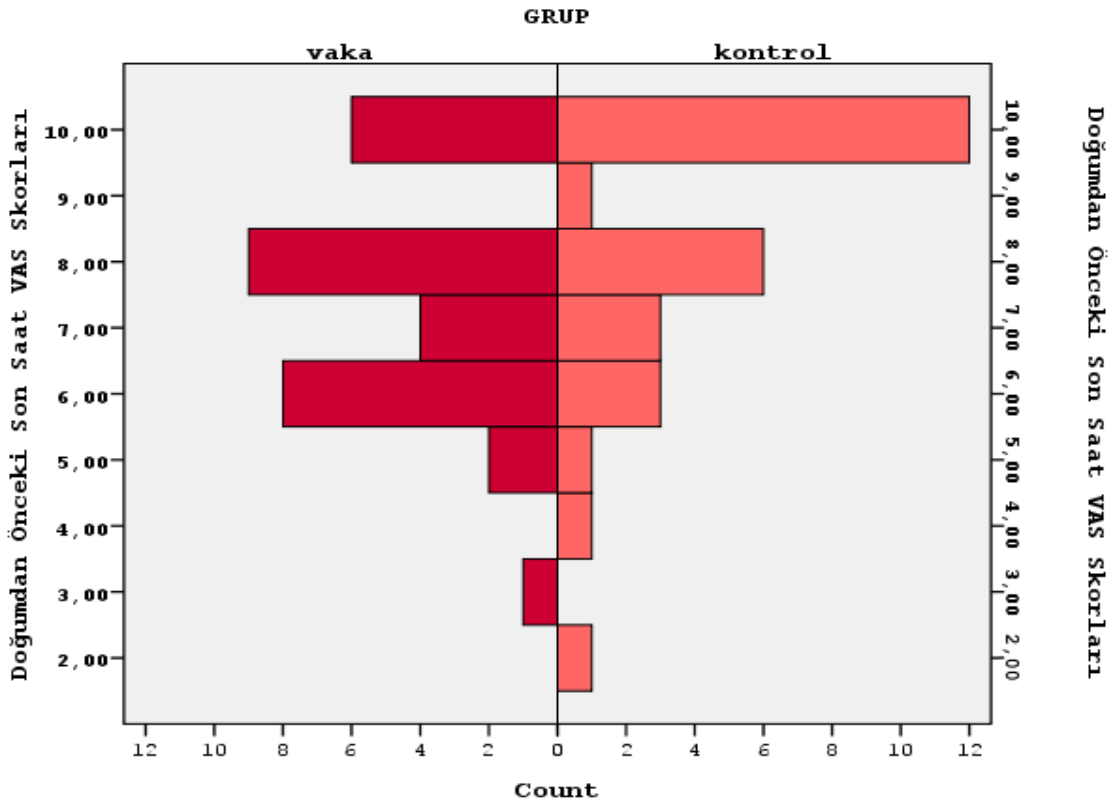
Tüm gebelerin **doğumdan önceki son saat** VAS skorları (VAS 3) 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $7,72 \pm 1,98$ ve medyanı 8'dir. Vaka grubu gebelerin doğumdan önceki son saat VAS skorları 3 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $7,37 \pm 1,77$ ve medyanı 7,5; kontrol grubunun doğumdan önceki son saat VAS skorları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $8,11 \pm 2,15$ ve medyanı 8'dir.

Gebelerin doğumdan önceki son saat VAS skorları (VAS 3) açısından vaka ve kontrol grupları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Vaka grubunun VAS skoru daha düşük olmasına rağmen her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0,084$; $p>0,05$).

Şekil 2: Gruplara Göre Doğumdan Önceki Son Saat VAS Skorlarının Dağılımı



Şekil 2a: Gruplara Göre Doğumdan Önceki Son Saat VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi

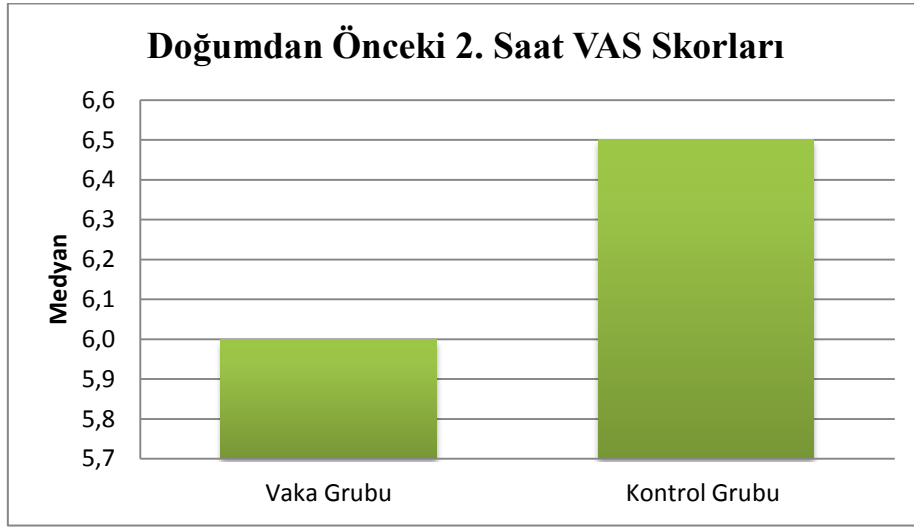


Tüm gebelerin **doğumdan önceki 2. saat** VAS skorları (VAS 2) 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $6,42 \pm 1,84$ ve medyanı 6'dır. Vaka grubunun doğumdan önceki

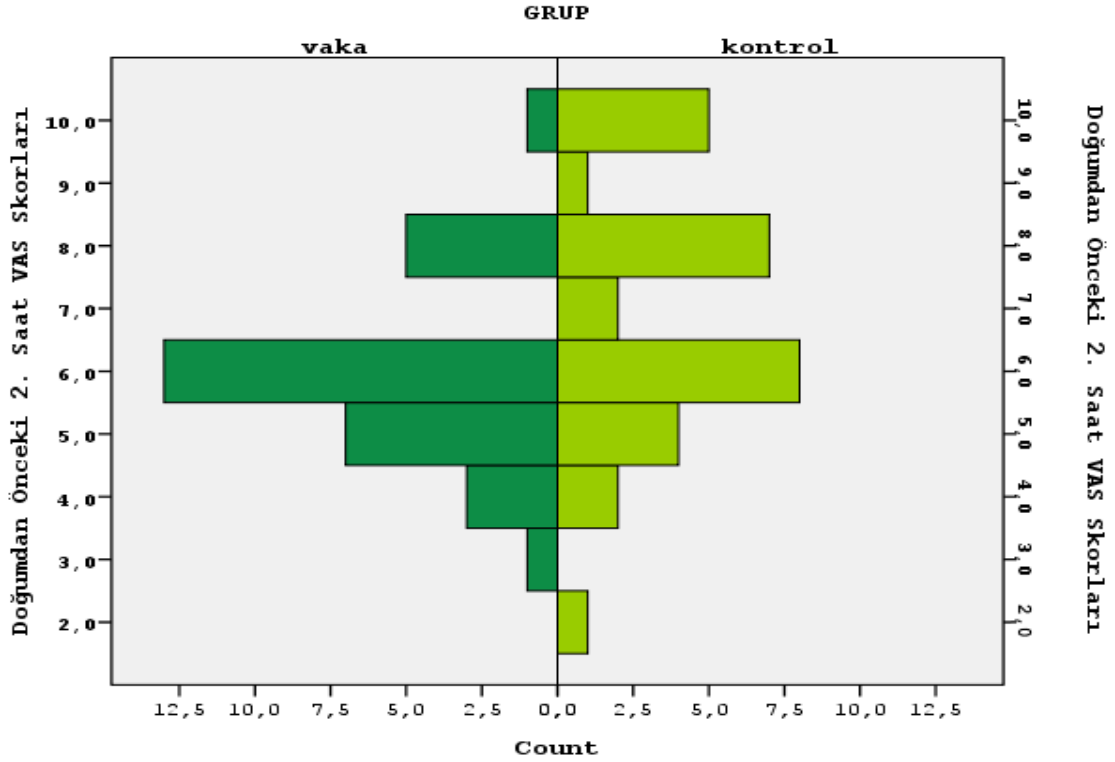
2. saat VAS skorları 3 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,93 \pm 1,48$ ve medyanı 6; kontrol grubunun doğumdan önceki 2. saat VAS skorları 2 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $6,90 \pm 2,06$ ve medyanı 6,5'tir.

Gruplara göre gebelerin doğumdan önceki 2. saat VAS skorları (VAS 2) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p=0,040$; $p<0,05$). Vaka grubunun doğumdan önceki 2. saatteki VAS skorları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Şekil 3: Gruplara Göre Doğumdan Önceki 2. Saatteki VAS Skorlarının Dağılımı



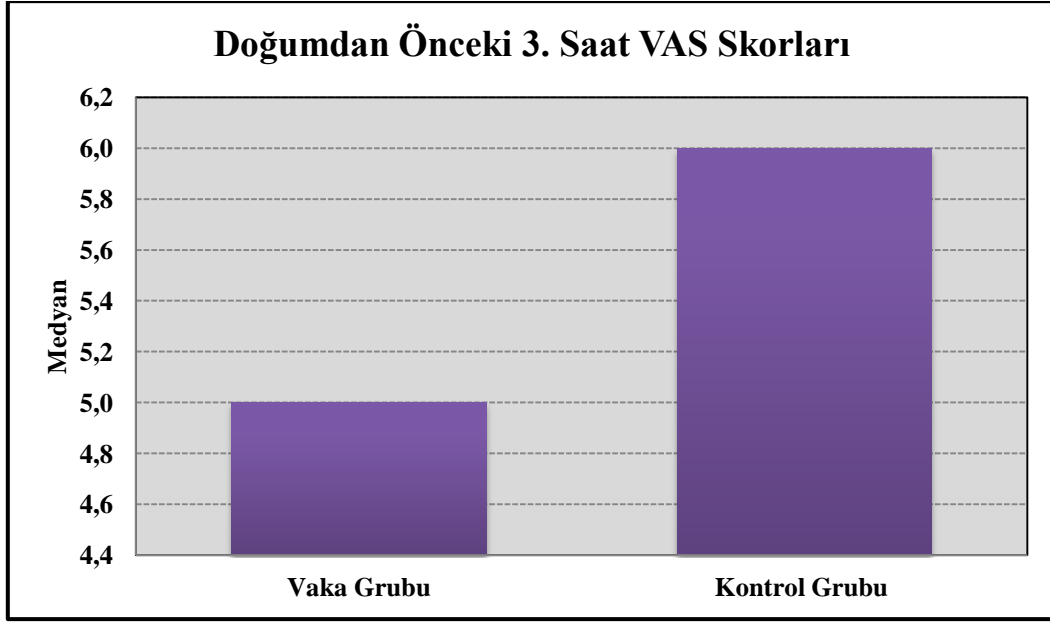
Şekil 3a: Gruplara Göre Doğumdan Önceki 2. Saatteki VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi



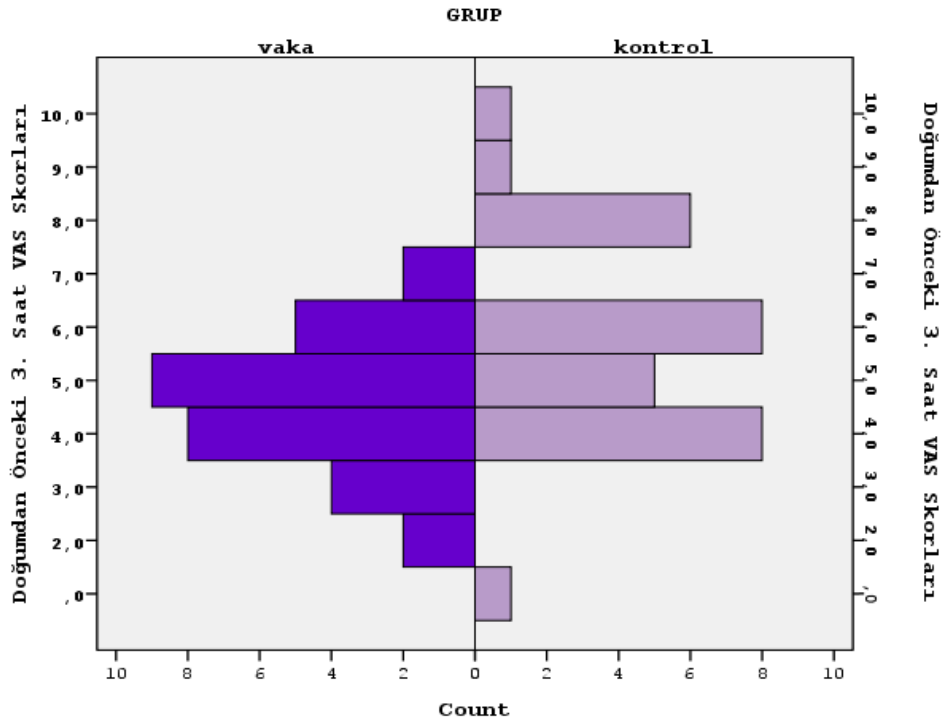
Tüm gebelerin **doğumdan önceki 3. saat** VAS skorları (VAS 1) 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,15 \pm 1,79$ ve medyanı 5; vaka grubu gebelerin doğumdan önceki 3. saat VAS skorları 2 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalaması $4,57 \pm 1,30$ ve medyanı 5; kontrol grubu gebelerin doğumdan önceki 3. saat VAS skorları 0 ile 10 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,73 \pm 2,03$ ve medyanı 6'dır.

Gruplara göre gebelerin doğumdan önceki 3. saat VAS skorları (VAS1) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$). Vaka grubu olguların doğumdan önceki 3. saatteki VAS skoru kontrol grubu olgularına göre anlamlı düzeyde düşüktür.

Şekil 4: Gruplara Göre Doğumdan Önceki 3. Saatteki VAS Skorlarının Dağılımı



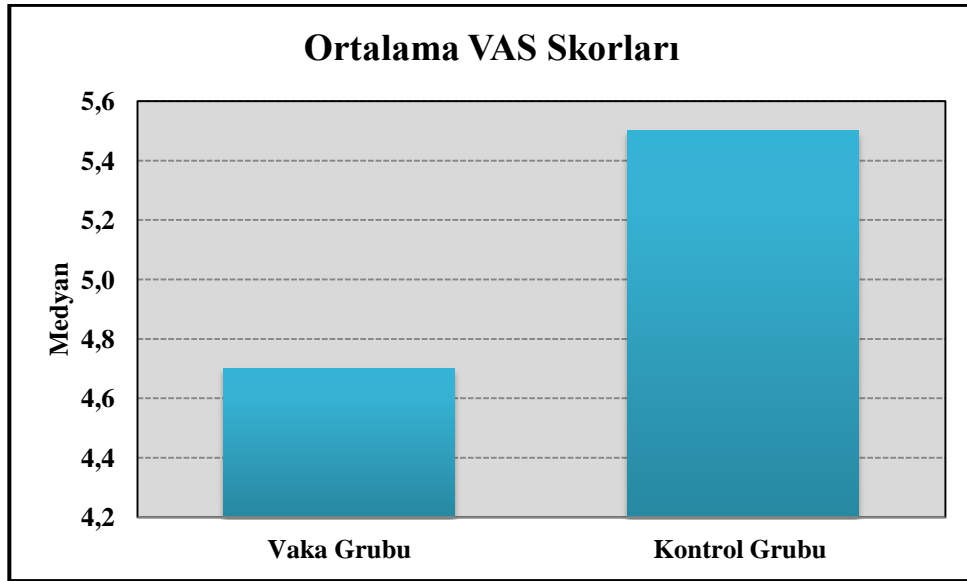
Şekil 4a: Gruplara Göre Doğumdan Önceki 3. Saatteki VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi



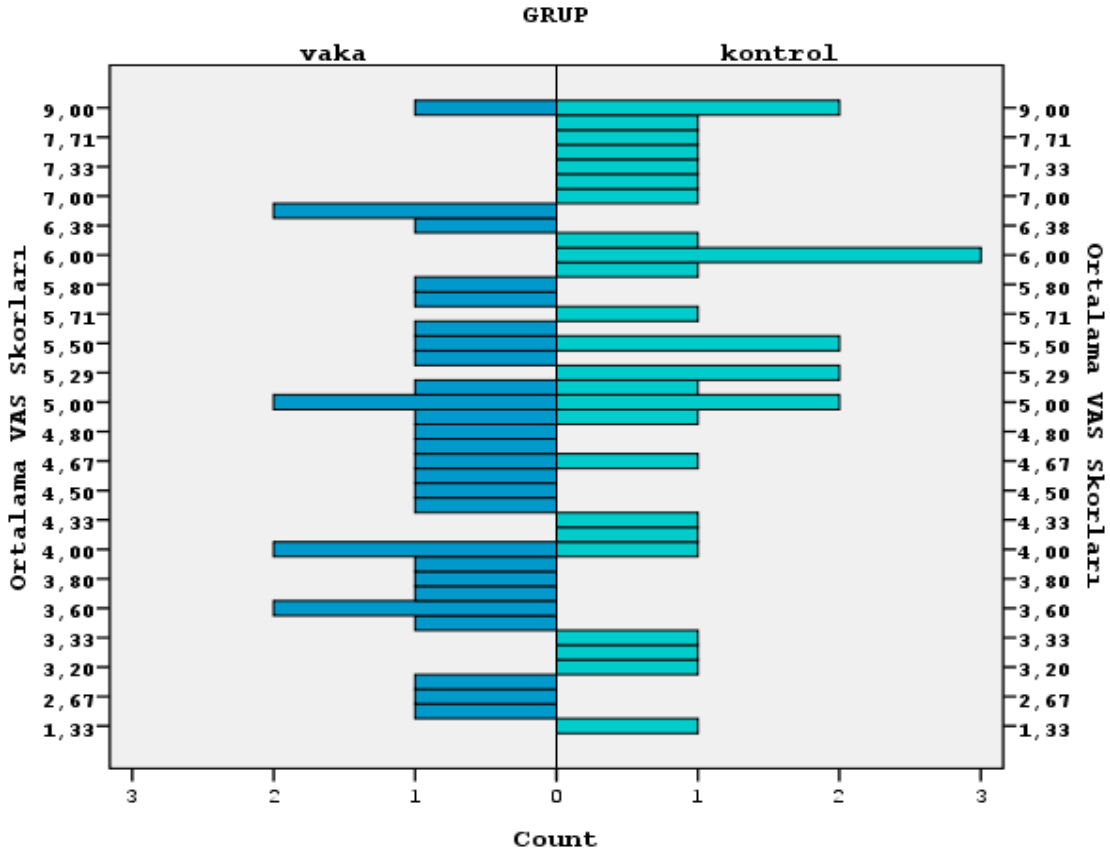
Gebelerin ortalama VAS skorları 1,33 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,20 \pm 1,63$ ve medyanı 5; vaka grubu gebelerin ortalama VAS skoru 2,60 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalaması $4,75 \pm 1,35$ ve medyanı 4,7; kontrol grubu gebelerin ortalama VAS skoru 1,33 ile 9 arasında değişmekte olup, ortalaması $5,64 \pm 1,78$ ve medyanı 5,5'tir.

Gruplara göre gebelerin ortalama VAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,012$; $p<0,05$). Vaka grubu gebelerin ortalama VAS skoru kontrol grubu gebelere göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Şekil 5: Gruplara Göre Ortalama VAS Skorlarının Dağılımı



Şekil 5a: Gruplara Göre Ortalama VAS Skorlarının Popülasyon Piramidi



6.3-Annelerin Doğumu Algılama Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda kullanılan “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği=ADAÖ” 25 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular da beş alt boyut altında toplanmaktadır. Bunlar “Doğum Anındaki Deneyimler”; “Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler”; “Doğum Sonu”; “Eşin Katılımı” ve “Farkında Olma” şeklinde ifade edilmektedir.

“Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği” ne verilen cevapların soru temelli minimum maksimum ve ortalama skorları Tablo 6’da görülmektedir.

Tablo 6: Vaka ve Kontrol Grubu Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği Puan Dağılımı

ADAÖ Maddeler	Vaka Grubu		Kontrol Grubu	
	Min-Mak	Ort±SD	Min-Mak	Ort±SD
1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	3-5	4,30±0,75	2-5	3,80±1,46
2. Doğum sancuları sırasında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	1-5	3,13±1,07	1-5	3,00±1,05
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	1-5	2,90±1,06	1-5	2,93±1,26
4. Doğum sancuları sırasında ne kadar rahattınız?	1-4	2,47±0,90	1-4	2,03±0,85
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	1-4	2,23±0,77	1-5	1,97±1,03
6. Doğum sırasında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	2-5	3,97±1,03	1-5	3,50±1,25
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	1-5	3,20±1,19	1-5	3,20±1,24
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	1-4	2,83±0,95	1-5	2,90±1,32
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olma ile ilgili beklentileriniz ne derecede gerçekleşti?	3-5	4,73±0,58	2-5	4,30±0,91
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz?	1-5	3,60±0,93	1-5	3,47±1,04
11. Doğum sancularınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	2-5	3,93±0,94	1-5	3,93±1,20
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	1-5	3,70±1,15	1-5	3,60±1,40
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	1-5	3,83±1,15	2-5	4,03±1,10
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	1-5	3,73±1,14	1-5	4,00±1,23
15. Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar rahatsız ediciydi?	1-5	3,50±1,20	1-5	3,33±1,29
16. Doğumunuzun sancılı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	1-5	3,70±1,02	1-5	2,93±1,26
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	1-5	3,57±1,16	1-5	3,10±1,52
18. Doğum anında ne kadar korkmuşunuz?	1-5	3,53±1,14	1-5	3,00±1,17
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığınızdan daha zorlu mu oldu?	1-5	3,90±1,03	1-5	3,47±1,14
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	2-5	3,50±1,04	1-5	3,47±1,20
21. Doğum sancuları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	2-5	3,93±1,05	1-5	3,67±1,21
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	2-5	4,70±0,65	2-5	4,57±0,90
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığımızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	4-5	4,97±0,18	2-5	4,77±0,63
24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?	5-5	5,00±0,00	4-5	4,97±0,18
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?	4-5	4,50±0,51	4-5	4,30±0,47

Ölçekte hem vaka hem de kontrol grubu annelerin yanıtlarda en yüksek puan, “Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?” ve “Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığımızda bunun hazzını duyabildiniz mi?” maddelerine verilmiştir.

Tablo 7: Vaka ve Kontrol Grubu Annelerin Doğum Algılama Ölçeği Beş Alt Boyutu Puanları Arasındaki İlişki

		Min- Mak	Ortalama	SD	Test Değeri: t	p
Doğum Anındaki Deneyimler	Toplam	7-31	21,63	6,56	1,064	0,292
	Vaka	10-31	22,53	5,66		
	Kontrol	7-30	20,73	7,33		
Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler	Toplam	11-33	23,93	5,43	1,742	0,087
	Vaka	16-33	25,13	4,58		
	Kontrol	11-33	22,73	6,00		
Doğum Sonu	Toplam	14-20	18,88	1,33	1,677	0,101
	Vaka	17-20	19,17	0,87		
	Kontrol	14-20	18,60	1,63		
Eşin Katılımı	Toplam	7-20	14,87	3,63	0,423	0,674
	Vaka	9-20	15,07	3,27		
	Kontrol	7-20	14,67	4,01		
Farkında Olma	Toplam	5-15	11,48	2,25	0,057	0,955
	Vaka	6-14	11,47	2,05		
	Kontrol	5-15	11,50	2,47		

Student-t Test

Tüm kadınların “doğum anındaki deneyimler” alt boyut toplam puanı 7 ile 31 arasında değişmekte olup, ortalama $21,63 \pm 6,56$ ’dır. Vaka grubunun “doğum anındaki deneyimler” puanları 10 ile 31 arasında değişmekte olup, ortalama $22,53 \pm 5,66$; aynı alt grup puanı kontrol grubu kadınlarda 7 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama $20,73 \pm 7,33$ ’tür.

Annelerin doğum anındaki deneyim puanları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0,05$).

Tüm kadınların “doğumun ağrı dönemindeki deneyimleri” alt boyut puanları 11 ile 33 arasında değişmekte olup, ortalama $23,93 \pm 5,43$ ’tür. Vaka grubunun “doğumun ağrı dönemindeki deneyimler” alt boyut puanı, 16 ile 33 arasında değişmekte ve ortalaması $25,13 \pm 4,58$ ’dir. Aynı alt grup puanı kontrol grubunda 11 ile 33 arasında değişmekte olup, ortalama $22,73 \pm 6,00$ ’dır.

Her iki grup arasında annelerin “doğumun ağrı dönemindeki deneyimleri” puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, vaka grubu annelerin puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olması dikkat çekicidir ($p=0,087$; $p>0,05$).

Kadınların “doğum sonu” alt boyut puanları 14 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $18,88\pm 1,33$ 'tür. Vaka grubu annelerin bu alt boyut puanları 17 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $19,17\pm 0,87$ iken aynı alt grup puanı kontrol grubunda 14 ile 20 arasında değişmekte ve ortalaması $18,60\pm 1,63$ 'tür.

Kadınların “doğum sonu” alt boyut puanları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

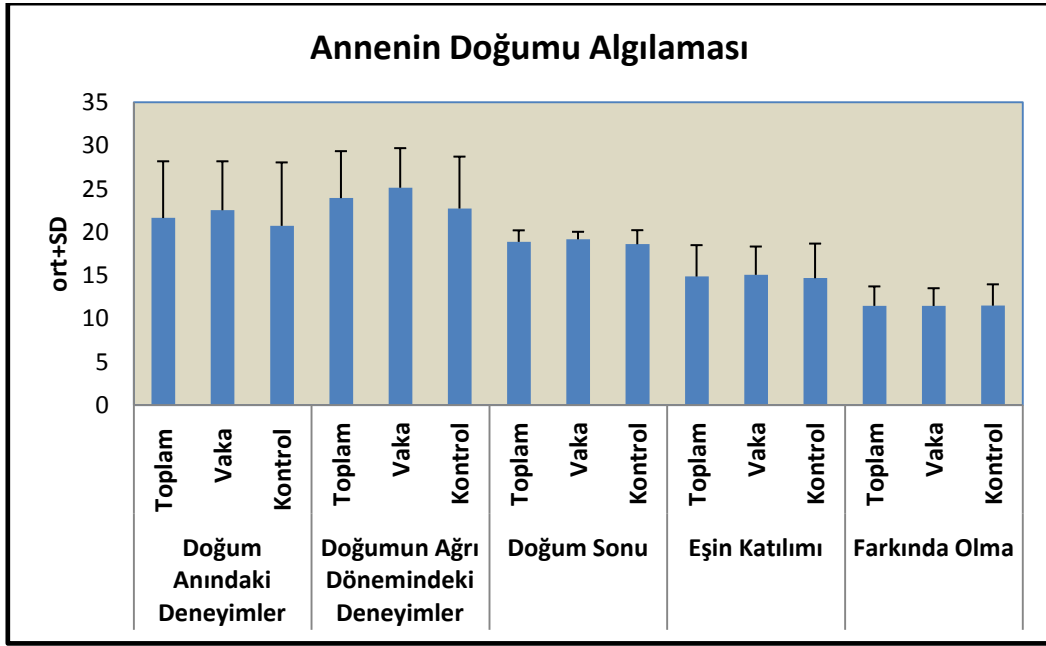
Tüm kadınların “eşin katılımı” alt boyut puanları 7 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama $14,87\pm 3,63$ 'tür. Vaka grubu kadınların bu alt boyuta ilişkin puanları 9 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalaması $15,07\pm 3,27$ 'dir. Aynı alt grup puanı kontrol grubunda 7 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalaması $14,67\pm 4,01$ 'dir.

Kadınların “eşin katılımı” alt boyut puanları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tüm annelerin “farkında olma” alt boyut puanları 5 ile 15 arasında değişmekte ve ortalaması $11,48\pm 2,25$ 'tir. Vaka grubu kadınların “farkında olma” alt boyut puanları 6 ile 14 arasında değişmekte ve ortalaması $11,47\pm 2,05$ iken aynı alt grup puanı kontrol grubunda 5 ile 15 arasında değişmekte olup ortalaması $11,50\pm 2,47$ 'dir.

Annelerin “farkında olma” alt boyut puanlarının gruplar arasındaki ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0,05$).

Şekil 6: Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Dağılımı



6.4- Maternal Bağlanma Ölçeğine İlişkin Bulgular

Çalışmamızda kullanılan ikinci ölçeğimiz “Maternal Bağlanma Ölçeği”, 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan 26 ile 104 arasında değişmektedir. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir.

“Maternal Bağlanma Ölçeği” ne verilen cevapların soru/madde temelli minimum maksimum ve ortalama skorları Tablo 8’de görülmektedir.

Tablo 8: Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Dağılımı

MBÖ Maddeler	Vaka Grubu		Kontrol Grubu	
	Min-Mak	Ort±SD	Min-Mak	Ort±SD
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	3-4	3,90±0,30	3-4	3,97±0,18
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	3-4	3,87±0,35	3-4	3,87±0,35
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	2-4	3,33±0,66	2-4	3,47±0,57
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	2-4	3,33±0,80	2-4	3,17±0,83
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	3-4	3,97±0,18	2-4	3,73±0,58
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	3-4	3,93±0,25	3-4	3,97±0,18
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	3-4	3,87±0,35	4-4	4,00±0,00
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	3-4	3,97±0,18	4-4	4,00±0,00
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	3-4	3,87±0,35	3-4	3,97±0,18
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	3-4	3,77±0,43	2-4	3,70±0,60
11- Bebeğimi kucacımda tutmaktan hoşlanıyorum	2-4	3,30±0,53	2-4	3,27±0,74
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	2-4	2,87±0,73	2-4	2,93±0,87
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	2-4	3,60±0,56	2-4	3,63±0,61
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	2-4	3,10±0,55	2-4	2,87±0,90
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	3-4	3,77±0,43	2-4	3,63±0,61
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	3-4	3,90±0,30	3-4	3,80±0,41
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	3-4	3,83±0,38	3-4	3,90±0,30
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	3-4	3,90±0,30	3-4	3,93±0,25
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	2-4	3,03±0,76	2-4	3,20±0,80
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	2-4	3,27±0,58	2-4	3,53±0,63
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	3-4	3,93±0,25	4-4	4,00±0,00
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	3-4	3,93±0,25	4-4	4,00±0,00
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	3-4	3,23±0,43	2-4	3,47±0,63
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	2-4	3,63±0,56	2-4	3,63±0,56
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	3-4	3,77±0,43	3-4	3,70±0,47
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	3-4	3,93±0,25	4-4	4,00±0,00

Annelerin Maternal Bağlanma Ölçeğine verdiği yanıtlar incelendiğinde, vaka grubunda en yüksek puan “Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor” ve “Bu bebek benim olduğu için çok memnunum”; kontrol grubunda ise “Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum”, “Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum”, “Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum”, “Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum”, “Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum” ve “Bu bebek benim olduğu için çok memnunum” maddelerine verilmiştir.

Diğer taraftan “Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu” maddesine vaka grubu gebeler en düşük puanı verirken, “Bebeğimi uyurken seyrediyorum” ve “Başkalarına bebeğimi anlatıyorum” maddelerine hem vaka hem kontrol grubu gebeler düşük puan vermişlerdi.

Tablo 9: Maternal Bağlanma Toplam Puanları Açısından Vaka ve Kontrol Grubu Arasındaki İlişki

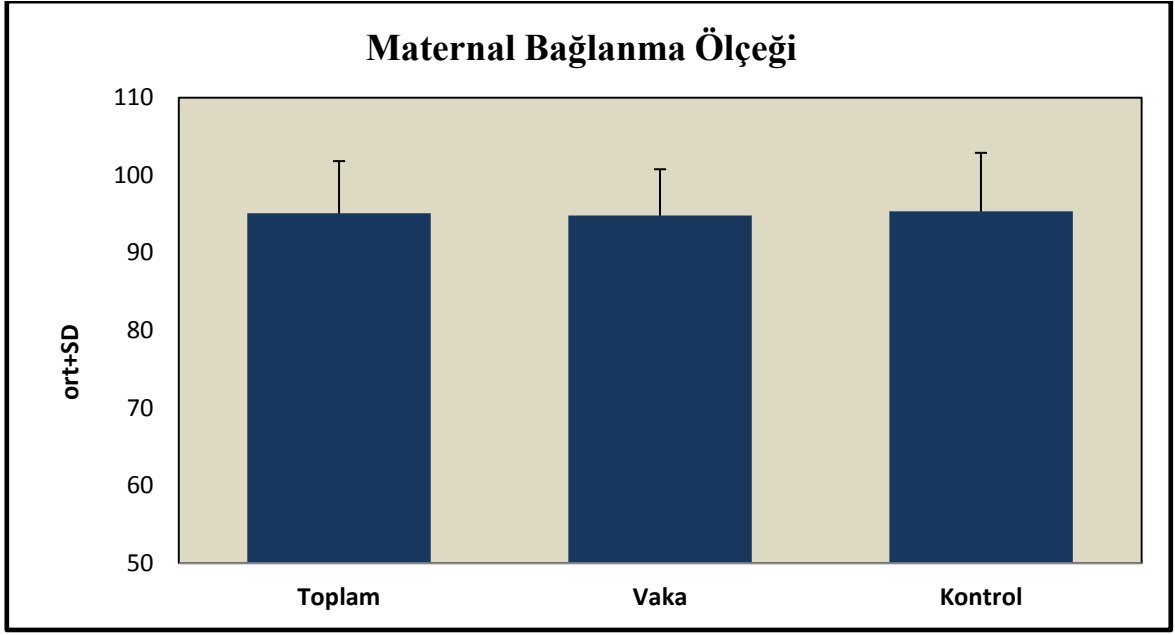
	Maternal Bağlanma Toplam Puan			Test Değeri: t	P
	Min-Mak	Ortalama	SD		
Toplam	78-104	95,07	6,76		
Vaka	78-104	94,80	5,98	0,303	0,763
Kontrol	80-104	95,33	7,56		

Student-t Test

Tüm annelerin maternal bağlanma toplam puanları 78 ile 104 arasında değişmekte ve ortalaması $95,07 \pm 6,76$ ‘dır. Vaka grubunun maternal bağlanma toplam puanları 78 ile 104 arasında değişmekte olup, ortalama $94,80 \pm 5,98$ ve kontrol grubunun maternal bağlanma toplam puanları 80 ile 104 arasında değişmekte olup, ortalama $95,33 \pm 7,56$ ‘dır.

Annelerin maternal bağlanma toplam puanları, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0,05$), iki grupta da yüksek bulunmuştur.

Şekil 7: Maternal Bağlanma Ölçeği Puan Dağılımı



7. TARTIŞMA

Doğum, insanlık tarihi kadar eski olmasına rağmen içinde hala sırlar barındıran mükemmel bir olaydır. Doğumun tarihini yansıtan fotoğraflar incelendiğinde; gebenin evinde, hatta yatak odasında, doğuma yardımcı ve destek veren kadınlarla doğumunu yaptığı görülmektedir. (1,2)

Bu çalışma, doğumun yapıldığı ortam ve koşullarının iyileştirilmesinin (odanın ışık miktarı azaltılarak loş bir ortam sağlanması, oda ısısı soğuk olmayacak şekilde ayarlanması, travay boyunca odaya giriş-çıkışın sınırlandırılması ve gebenin yanında olmasını istediği kişilerin bulunması, gebenin takibi ve doğumu tek bir ebe ve doktor tarafından yaptırılması, farklı kategorilerde düzenlenmiş ve tercihi gebelere bırakılmış müzik dinletisi sağlandığı doğum odası) doğum ağrısı, annenin doğum eyleminden memnuniyeti ve doğum sonrası anne-bebek bağlanması üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla deneysel olarak planlanıp uygulanmıştır.

Doğum eyleminin nasıl başladığı halen tam olarak açıklanamamış olsa da, doğum eyleminde rol alan hormonlar belli bir düzen ve ritim içinde beynin ilkel bölgesinden yani hipotalamus-hipofiz ekseninden salgılanmaktadır. Doğum sürecinde yapılan kısıtlamalar ya da baskılar yeni beyini yani neokorteksi uyarmakta ve doğumun ilerleyişini sınırlandırarak doğuma daha fazla müdahale etmeyi gerektirmektedir. Müdahale edilmemiş bir doğum eyleminde annede bilinçsel bir değişim gerçekleşmekte ve bu değişim neokortikal aktivitede azalmaya neden olmaktadır. Neokortekse yapılacak herhangi bir uyarı ise doğum eyleminin ilerleyişini sınırlamaktadır. Parlak bir ışık, soğuk ortam, gözlemlenmek, stres hormonlarının salınımına sebep olan faktörler neokorteksi uyarmaktadır. Bu demektir ki doğum yapan bir kadının öncelikle sakin ve sessiz, kendini güvende hissedeceği bir ortama ihtiyacı vardır. (3,5,6)

1996 yılında, doğum eyleminde rutin müdahalelerin sık kullanımı ve sezaryen oranının artması sebebiyle normal doğumu özendirmek amacıyla Coalition for Improving Maternity Services-CIMS (Doğum Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu) oluşturulmuştur. CIMS'in misyonu anne, bebek ve ailelerin doğumda alacakları hizmetleri, anne-bebek sağlığını olumlu yönde değiştirecek şekilde geliştirmektir. CIMS, kanıta dayalı uygulamalar

ışığında oluşturulan çalışmalarla aşırı müdahaleler olmadan da doğumda anne ve bebek sağlığının korunabileceğini savunmaktadır. (134)

CIMS, 2007 yılında doğum merkezleri için “10 Adımda Anne-Dostu Bakım Rehberini” ortaya koymuştur. Bu rehber içerisinde yer alan bazı konular, çalışmamızda savunulan koşullarla benzerlik göstermektedir. Bunlar; “Verilen hizmet, anne adayının kültür ve geleneklerine uygun olmalı, mahremiyetine ve otonomisine özen gösterilmeli”, “Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalı”, “Bebek Dostu Hastane uygulamalarını kapsamalı”, “Tüm yeni doğanlar doğumdan sonra muayene edilmeli”, “Anne ve ailelerin doğan bebeklerini kucaklamaları ve dokunmaları kolaylaştırılmalı ve devamı desteklenmeli”, “Gebe, hastane ortamında kendini rahat, ev ortamında hissedebilmeli, yanına seçebileceği uygun bir refakatçi kabul edilebilmeli”, “Travay sırasında pozisyon kısıtlaması olmamalı, istediği pozisyonda yatabilmeli, odada rahatça yürüyebilmeli, hareket edebilmeli” ve “Tüm , uygulamalar kanıt temelli” dir. (21,135)

7.1- Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde vaka ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Çalışmamıza katılan vaka grubu gebelerin %66.7’sinin, kontrol grubu gebelerin %56.7’sinin 26-35 yaş arasında olduğu bulgulanmıştır. Vaka ve kontrol grubu gebelerin yaşları bakımından benzer olduğu saptanmıştır ($p=0,661$), (Tablo 1). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 yılı verilerine göre; Türkiye’de son 20-30 yılda, anne olma yaşının giderek arttığı belirtilmiştir. Yine aynı araştırmada doğurganlık hızı, 20-24 ve 25-29 yaşlarında diğer yaş gruplarına göre en yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır. (136) Çalışmamızda da hem vaka hem de kontrol grubu gebelerin büyük çoğunluğunun 26-35 yaş arasında olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu gebelerin % 70 inin en az üniversite mezunu olduğu bulgulanmıştır. Eğitim durumu açısından da vaka ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=1,00$), (Tablo 1). TNSA 2008 verilerinde ülkemizdeki kadınların %21.1’ inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Öte yandan kadınlarımızın eğitim düzeyi; kırsal ve kent ve coğrafi bölgeler arasında,

hane halkının refah düzeyine göre farklılık göstermektedir. Marmara bölgesi, her ne kadar ülkemizin farklı yörelerinden göç alıyor olsa da İstanbul'da en az lise mezunu kadın oranı, Türkiye genel ortalamasından yüksektir. (136) Çalışmamıza katılmayı kabul eden gebelerimizin sosyo-kültürel ve ekonomik yapılarının da yüksek olması, üniversite mezunu oranımızı artırmıştır.

Çalışmamızda vaka grubu gebelerin %66,7'sinin, kontrol grubu gebelerin %63,6'sının herhangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir. İki grubun çalışma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0,361$), (Tablo 1). TNSA 2008 verilerine göre Türkiye'de kadınların sadece %31'i çalışmaktadır. (136) Araştırmamızda çalışan gebe oranının yüksek olması, kadınlarımızın eğitim, sosyo-kültürel ve ekonomik düzeylerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda, araştırmaya katılan gebelerin tamamı evlidir. TNSA 2008 verilerine göre, Türkiye'de evlenmenin yaygın olduğu ve toplumsal, kültürel değerler açısından gebelik/doğumların hemen hemen hepsinin evlilik içinde gerçekleştiği belirtilmiştir. (134)

Düşük gelirli ailelerde, gebelik ve doğuma ilişkin olarak artacak gider, ek bir stres kaynağı oluşturabilmektedir. (60,135) Çalışmamızda gebelerin tamamına yakınının (%98,3) toplam geliri, 1000 TL'nin üzerindedir. TÜRK-İş ve DİSK'e göre 4 kişilik bir ailenin aylık sınırı aylık 1050 TL civarındadır. (137) Çalışmamızda kullanılan "Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu" nda gelir düzeyinin üst sınırının >1000 TL olarak belirlenmesi sebebiyle gebelerin ortalama gelir düzeyleri saptanamamıştır. Ancak gelir durumu açısından da her iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$), (Tablo 1).

Araştırma kapsamında yer alan vaka grubu gebelerin eşlerinin %66,7'si, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %73,3'ünün 26-35 yaş arasında olduğu bulgulanmıştır. Vaka ve kontrol grubu gebelerin eşlerinin yaşları bakımından da benzer olduğu saptanmıştır ($p=0,778$), (Tablo 2).

Vaka grubu gebelerin eşlerinin %86,7'sinin, kontrol grubu gebelerin eşlerinin %76,7'sinin eğitim durumları en az üniversite mezunu oldukları belirlenmiştir. İki grubun eşlerinin eğitim durumları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p=0,505$), (Tablo

2). Bunun yanı sıra yine, eşlerin çalışma durumu açısından da her iki grup arasında anlamlı farklılık bulgulanmıştır ($p=0,044$), (Tablo 2).

Sonuç olarak, tanıtıcı ve demografik özellikler açısından vaka ve kontrol grubunun benzer özellikler taşıyor olması, çalışma sonuçlarımızı güçlendirmektedir.

Çalışmamızda vaka grubu gebelerin %66,7'si, kontrol grubu gebelerin %63,3'ü multigravida, yine vaka grubu gebelerin %50'si, kontrol grubu gebelerin %56,6'sının multipar olduğu bulgulanmıştır. Araştırmamıza katılan vaka ve kontrol grubu gebeler, obstetrik özellikler (gebelik, doğum, düşük ve yaşayan çocuk sayısı) açısından da birbirine benzer olduğu saptanmıştır($p>0,05$), (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan vaka grubu gebelerin %93.3'ü, kontrol grubu gebelerin %96.7'si gebeliklerini önceden planlamışlardı. İki grubun gebeliklerini planlama durumu benzer bulunmuştur ($p=1,000$), (Tablo4). TNSA 2008 verilerine göre; Türkiye'de son beş yıllık dönem içerisinde gerçekleşen doğumların %71'i, istenen (planlanan) zaman içerisinde olmuş, %11'i ise daha sonraki bir zamanda gerçekleşmesi istenmiştir. %18'i de istenmeyen gebelikleri oluşturmuştur. Aynı çalışmada 25-30 yaş arası kadınlarda isteyerek ve planlayarak doğum yapma oranı %72.2 olduğu belirlenmiştir. (136) Sonuçlarımız, TNSA verileriyle paralellik göstermektedir. Hem vaka hem de kontrol grubunda isteyerek /planlayarak gebe kalma oranı, % 95'ler civarına kadar yükselmiştir.

Günümüzde doğumun kendiliğinden başlamasını beklemeden indüksiyon kullanılması oldukça sık rastlanılan bir durumdur. Ulusal Sağlık İstatistikleri Merkezi 2002 verilerinde, 2001 yılında tüm gestasyonel haftalar için doğumda indüksiyon kullanım oranı % 20,5 olarak bildirilmiştir. (37) Çalışmamızda vaka grubu gebelerin %60'ında, kontrol grubu gebelerin %73.3'ünde indüksiyon uygulanmıştır. Vaka ve kontrol grubu gebelerin doğumları esnasında indüksiyon kullanım oranları da benzer ve yüksek bulunmuştur ($p=0,411$), (Tablo 4).

Araştırma kapsamında yer alan vaka ve kontrol grubu gebeler arasında fark olmaksızın tüm gebelerimizin gebelik haftası meydana 39.0 olarak bulgulanmıştır ($p=0,840$), (Tablo 4).

Yapılan istatistiksel analizler sonucunda, vaka ve kontrol grubundaki gebe ve eşlerinin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri açısından benzer olması, sonraki verilerimizin kıyaslaması ve güvenilirliği açısından önemli olmuştur.

7.2- VAS Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum ağrısı, her kadının farklı düzeyde hissettiği ve isteyerek katlandığı fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerden etkilenen bir süreçtir. Gebenin hissettiği ağrının şiddetini; kontraksiyonlar sırasında uterusun hipoksisi, servikal gerginlik, serviksin sinir ganglionlarına basısı, kontraksiyonların şiddeti ve sürekliliği, servikal dilatasyonun derecesi, perineal gerginlik, anne yaşı ve fiziksel durumu, doğum sayısı, deneyimleri, fetusun pozisyonu, yapılan uygulamalar, annenin duygu durumu (anksiyete, korku), ortamın ısı ve destek sağlayıcıların yaklaşımları gibi faktörler etkilemektedir. (14,57,84,85,86,87,88,89)

Araştırma kapsamında vaka grubunda yer alan gebelere kontrol grubundan farklı olarak; hasta odasına giriş-çıkış sınırlanmış, ortamın loş, sessiz ve sıcak olması sağlanmış, gebeye farklı tarzlarda ve seçim tercihi kendisine bırakılan müzikler dinletilmiş ve gebenin innatal izlemi ve doğumu tek bir ebe ve doktor tarafından gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubuna ise hastanenin rutin travay takibi yapılmış, odaya giriş-çıkış engellenmemiş, odada ısı, ışık düzeni ve oluşan gürültü konusunda herhangi bir müdahalede bulunulmamış ve innatal izlemleri mesai durumuna göre farklı ebe tarafından yapılmıştır. Çalışmamızın gerçekleştiği hastanenin rutin travay izlemi; tek kişilik odada, refakatçi kısıtlaması olmadan yakınlarının doğuma katılabildiği, gebeye elektronik fetal monitor takibi dışında genellikle hareket serbestliği tanındığı ve desteklendiği, solunum egzersizleri, plates topu ile egzersiz ve duş imkanı sağlandığı bir bakım uygulaması biçiminde olmuştur.

Çalışmamızda iki gruba da farmakolojik ağrı kesici uygulanmamıştır.

Çalışmamızda, vaka ve kontrol grubu gebelerin VAS değerlendirmeleri, doğumhaneye kabulden doğumun gerçekleştiği süreye kadar her saat başı yapılmıştır. Travay süresinin değişken olması ve bazı gebelerde 11, bazılarında ise en fazla 3 saat sürmesi sebebiyle çalışma kapsamına **doğumdan önceki son üç saatlik VAS skor değerlendirmesi** alınmıştır.

Doğum ağrısı, nörofizyoloji, biyokimyasal, psikojenik, etnokültürel, inançsal, ruhsal ve çevresel birçok faktörün etkisinde olan bir durumdur. (100) Literatürde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerini uygulayabilen ve doğum eylemi süresince desteklenen gebelerin farmakolojik yöntemlere daha az gereksinim duydukları belirtilmektedir. (69) Chen ve arkadaşları, doğum eylemi süresince verilen profesyonel desteğin, kadının kontrol duygusu ve doğum ağrısı ile baş edebilme becerisini geliştirdiğini ve olumlu doğum deneyimi

yaşadıklarını bildirmiştir. (138) Timur ve arkadaşının yaptığı bir çalışmada kadınların %74,5'inin doğum eyleminde destek olacak birine ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir.(139) Güngör'ün babaların doğuma katılmasının doğum deneyimi üzerine etkisini değerlendiren çalışmasında kadınların doğum deneyimini daha olumlu yaşadıklarını belirtmiştir. (60)

Çalışmamızda tüm gebelerin doğum öncesi son 3 saati kapsayan toplam **VAS skor ortalaması**, 5.20 ± 1.63 olarak saptanmıştır. Bu değer, vaka ve kontrol grubu gebeler arasında istatistiksel açıdan vaka grubu lehine anlamlı derecede azaldığı belirlenmiştir ($z=2.300$; $p<0,05$; Tablo: 5). Vaka grubu gebelerin toplam VAS ortalaması, 4.75 ± 1.35 iken kontrol grubunda bu değer, 5.64 ± 1.78 olarak bulgulanmıştır. 0-10 puan aralığında değerlendirilen VAS skoru, gebelerimiz tarafından doğumdan önceki son 3 saatte ortalama 5 civarında ifade edilmiştir. Aktif fazda gebelerin hissettiği ağrı puanının bu denli düşük olması, çalışmanın gerçekleştirildiği hastanenin doğuma gelen gebe ve ailesine sağladığı olanaklarla açıklamak mümkündür. Ayrıca vaka grubunda toplam VAS skorunun anlamlı düzeyde daha düşük bulunması, araştırmacı tarafından sağlanan özel koşullar ve doğal doğumu destekleyen uygulamaları gerçekleştirilmesiyle açıklanabilir.

Yapılan randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlar, gebenin travay süresince hareket ettirilmesinin, uterus kontraksiyonlarını etkili hale getirdiği, analjezi ihtiyacını azalttığı, operatif doğum ve fetal distress riskinin düşürdüğünü göstermektedir. (140,141) Vaka ve kontrol grubu gebelerimizin doğum eylemi süresince rutin bakım kapsamında hareket etmeleri ve pozisyon değiştirmelerinin desteklenmesi, eylemin ilerleyişini ve ağrı yönetimini kolaylaştırmıştır.

Tablo 5' te görüldüğü gibi vaka grubu gebelerin, **doğumdan önceki 2. ve 3. saatlerdeki VAS puanlarının** kontrol grubu gebelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır. ($p=0,040$ ve $p=0,012$).Sadece doğumdan önceki son saatte anne adaylarında gözlenen ağrı yönetim güçlüğü ve kontrol kaybı nedeniyle vaka grubu gebelerin VAS skor ortalaması daha düşük olmasına (7.37 ± 1.77) rağmen iki grup gebeler arasında anlamlı düzeyde farklılık yaratacak boyuta ulaşmamıştır ($p=0,084$).

Doğum ağrısıyla baş etmede sık kullanılan etkili yöntemlerden birisi müzik terapisi dir. Müzik terapisinin altında yatan temel kuram, müziğin dikkat dağıtıcı bir etkisinin olmasıdır. Müziğin bir iletişim biçimi olması, evrensel bir dil olarak kullanılması ve dolayısı ile kişiyi

ağrı ve anksiyete gibi olumsuz uyarılardan, hoş ve ümit verici duygulara yönlendirebilmesi travayda bir gebe kadının ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmaktadır. 1996 yılında Kömürcü'n n yaptığı "Travayda dinletilen tedavi müziğinin gebenin anksiyetesine etkisi" alışmasında, müzik dinletilen gebelerin doğum ağrısıyla daha kolay başettikleri ve anksiyete düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. (101) Phumdoung ve Good'ın 2003 yılında Amerika'da 55 vaka, 55 kontrol grubu toplam 110 gebe üzerinde yaptığı randomize kontrollü çalışmada, doğumun aktif fazında  c saat enstrumental müzik dinletilen vaka grubu gebelerin VAS ağrı skorları, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (96). Ersanlı da indikasyon uygulanan gebeler üzerinde yaptığı çalışmasında, müzik dinletin ve eğitim verilen deney grubu gebelerin % 92.5'i müziğin ağrılarının azalmasında olumlu etkisinin olduğunu belirtmişlerdir. (17)  te yandan Tayvan'da Liu H.Y. ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada, gebelere latent ve aktif fazda dinletilen müziğin doğum ağrısı üzerine etkisi araştırılmıştır. Latent fazda vaka grubu (n:30) gebelerin, kontrol grubu (n:30) gebelere kıyasla doğum ağrısını anlamlı derecede daha düşük düzeyde hissettiğini ancak aktif fazda dinletilen müziğin doğum ağrısı üzerine etkisi olmadığını belirtilmiştir. (98) alışmamızda, vaka grubu gebelerin VAS ağrı skorlarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde düşük bulunması, doğumun yapıldığı ortamda oluşturulan düzenlemelerin (loş işık, sessiz ve sıcak ortam) ve dinletilen enstrumental müziğin rahatlatıcı etkisi ile açıklanabilir. Bu sayede gebeler, doğum ağrısını daha az hissetmiş ve doğum ağrısı ile baş etmede daha başarılı olmuşlardır. Çalışmamızdan elde edilen veriler, doğumhane ortam ve koşullarının doğum ağrısı üzerine olumlu etkisi olduğu hipotezimizi desteklemektedir.

7.3- Annelerin Doğumu Algılaması  lek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum, her kadın ve ailesi için özel bir tecrübedir. Anne adayı, gebelik ve doğum için bilgiden çok daha fazlasına ihtiyaç duyar. Gebenin, doğuştan gelen doğum yeteneğine güvenmesi için gebelik boyunca fiziksel, ruhsal ve duygusal bir hazırlık dönemine ihtiyaç vardır. Doğum eyleminde ise; yarı içgüdüsel ve yarı öğrenilen bu g c yolculuğunda, annenin mahremiyetinin korunarak kendisini güvende ve emin hissettiği, doğumu kolaylaştıran bir ortama, hareket özgürlüğüne, minimum müdahale ve maksimum desteğe gereksinimi vardır. Tüm bunlar gebelerin doğumlarından alacağı tatmini ve memnuniyeti arttıracaktır. (3, 5, 15, 17, 20, 21, 23, 24, 26, 30, 32, 56, 62,68,130,133,134)

Çalışmamızda kullanılan “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği”, beş alt boyut altında toplanan ve 25 sorudan oluşan bir ölçme aracıdır. Alt boyutlar sırayla; “Doğum Anındaki Deneyimler” (35 puan), “Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler” (35 puan), “Doğum Sonu” (20 puan), “Eşin Katılımı” (20 puan) ve “Farkında Olma” (15 puan) şeklindedir.

Güngör, hazırladığı tez çalışmasının genel bilgilerinde anne memnuniyetine ilişkin literatür çalışma sonuçlarına yer vermiş ve yapılan çalışmalarda; doğum öncesi hazırlık, doğumdan beklentiler ve doğum planı, bilgilendirme, kararlara katılma, gebenin sağlık personeliyle iletişimi, tıbbi tedavi ve girişimler, hemşirelik bakımı ve emosyonel destek, mahremiyete saygı, ağrı kontrolü, doğuma katılan kişiler ve bebek bakımı gibi faktörlerin üzerinde durulduğunu ifade etmiştir.(23)

WHO 2007 yılında yayınladığı “Normal Doğum Bakım Rehberinde” doğumhane ortamıyla ilgi olarak, doğumun mümkün olduğunca evde, gebenin kültürüne yakın, ihtiyaçlarını karşılayabileceği ve güvenli bir ortamda olması gerektiğini bildirmiştir. (149) Michel Odent, gebelerin doğum yeri seçimlerinde, kendilerini baskılanmış hissetmeyecekleri, sancı ve doğum süresince kendilerini özgür hissedebilecekleri, istediği şekilde, istediği zamanda hareket edebilecekleri, gereksiz tıbbi müdahalelerin yapılmadığı, mahremiyetin sağlandığı, eşin katılımının sağlandığı, yabancıların bulunmadığı, loş ışıklı, hatta karanlık, uygun atmosfere sahip, telaş ve kargaşa, kurallar ve hastane politikaları bulunmayan ortam istediklerini belirtmiştir. (150) Litaretürde, travay takibinin koğuş tipi odalarda yapılmasının gebenin olumsuz doğum deneyimi yaşamalarına sebep olduğu ve doğum ağrısıyla başa çıkmakta zorlandıkları belirtilmektedir. (151,152) Çalışmamızın yapıldığı hastanede travay takibi tek kişilik odalarda yapılmıştır. Klein ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, gebelerin ev ortamı şeklinde düzenlenmiş doğum odası tercih ettikleri belirtilmiştir. (153) Çalışmamızda düzenleme yapılan doğumhane ortam ve koşulları literatür ile paraleldir.

Çalışmamızda, her iki gruba doğum eylemi süresince profesyonel destek sağlanmış, vaka grubu gebelerin travay takibi tek ebe ve doktor tarafından yapılmıştır. Çalışma yöntemimizi destekleyecek şekilde Ramnero ve arkadaşları da çalışmalarında doğum sürecini izleyen ebenin, doğumun ilerleyişinde etkili olduğunu bulgulamıştır. Literatür de, destekleyici hemşirelik/ebelik bakımı uygulanan gebelerin, eylem sürelerinin azaldığı ve iş birlikçi oldukları, doğum ağrısıyla baş etmede daha başarılı oldukları belirtilmiştir. (138,154, 155) Yine Hodnet ve arkadaşları tarafından yürütülen bir başka çalışmada, sürekli bakım alan

gebelerin doğum eyleminden memnuniyetlerinin arttığı ve verilen desteğin farmakolojik yöntemlerden çok daha fazla memnuniyet verici olduğu saptanmıştır. (156)

Çalışmamızda, her iki grupta yer alan gebeler, travay süresince aileleriyle birlikte olmuşlardır. Araştırmalar, doğum eylemi süresinde verilen aile merkezli bakımın gebe, eşi ve ailesinin doğum deneyiminden daha fazla memnun kaldıklarını ve doyum sağladıklarını göstermektedir. (60,139,157,158)

Çalışmamızda, rutin travay izlemi dahilinde gebelerimize hareket serbestliği verilmiş, yakınlarıyla birlikte sürekli desteklenerek konforlu bir doğum imkanı sağlanmıştır. Vaka grubu gebelerde rutin travay izlemiyle birlikte neokortikal aktiviteyi azaltacak ve gebenin, kendini doğumun ritmine bırakabileceği sessiz, sakin, loş ve sıcak bir ortam ve hoşlandığı müzikleri dinleme imkanı sağlanmıştır. Çalışmamızın verileri değerlendirildiğinde iki grup arasında “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği” puan ortalamaları arasında istatistiksel bir fark olmamakla birlikte, vaka grubu gebelerin kontrol grubu gebelere göre doğum eyleminden daha fazla memnun kaldıkları saptanmıştır.

Çalışmamızda “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği” alt boyut puan ortalamaları: “Doğum Anındaki Deneyimler” vaka grubu puan ortalaması 22,53; kontrol grubu puan ortalaması 20,73; “Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler” vaka grubu puan ortalaması 25,13; kontrol grubu puan ortalaması 22,73; “Doğum Sonu” vaka grubu puan ortalaması 19,47; kontrol grubu puan ortalaması 18,60; “Eşin Katılımı” vaka grubu puan ortalaması 15,07; kontrol grubu puan ortalaması 14,67; “Farkında Olma” vaka grubu puan ortalaması 11,47; kontrol grubu puan ortalaması 11,50 olarak, vaka grubu gebeler lehine bulgulanmıştır (Tablo 6).

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu arasında “Doğumu algılama ölçeği” açısından anlamlı sonuç elde edilememiş olması, her iki gruba uygulanan rutin travay takibinin “Anne Dostu” bakım kriterlerine uygun verilmiş olmasıyla açıklanabilir. Bunun yanı sıra örneklem sayısının artırılması da elde edilen sonuç üzerinde etkili olabileceği kanısındayız. Hipotezimizde belirtilen “girişim yapılan vaka grubundaki annelerin doğum deneyimlerinden daha olumlu söz edecekleri” varsayımımız doğrulanmamıştır.

7.4- Maternal Bağlanma Ölçek Puanlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğumda bağlanma terimi, bebekle anne-baba ya da bakım vericisi arasında kurulan, duygusal olarak olumlu ve yardım edici bir ilişkinin varlığını ifade eder. Yeni doğan bebek, gereksinimleri için bir bakım vericiye bağımlıdır. Bu bağımlılık süresince, bakım verenle kurduğu bire bir ilişki onun zihinsel ve duygusal gelişimi için son derece önemlidir. (106,107, 108,109,110,111)

Güleşen ve arkadaşının yaptığı “Erken postpartum dönemde anne-bebek bağlanmasına ilişki kanıta dayalı uygulamalar” çalışmasında, doğumun, bebek için de travmatik bir durum olduğu ifade edilmiştir. Bebeğin anne rahmindeki karanlığı, sıcaklığı ve ritmik sesleri terk ederek yepyeni bir ortama çıkışının hayatın ilk ve en dramatik kopuşu olarak kabul edildiği belirtilmiştir. (142) Çalışmamızda oluşturduğumuz doğumhane ortamıyla bebeğin, anne karnındaki gibi ritmik seslere benzer müzik eşliğinde, sessiz, sıcak ve loş bir ortamda güçlü bir anne-bebek bağının temelini oluşturmak amaçlanmıştır. Çalışmamızda her iki grupta da maternal bağlanma puan ortalamaları, (vaka:94.80, kontrol grubu: 95.33) hayli yüksek bulunmuştur. Bu sevindirici sonuç, araştırmanın gerçekleştirildiği hastane ortamı, verilen hizmetin niteliğiyle açıklanabilir. Böylesi bir sonuç, vaka ve kontrol grubu gebelerin maternal bağlanma toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamsızlık durumunu da açıklamaktadır. ($p>0,05$) (Tablo:8)

Lingren, Üstünöz ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen çalışmalarda, gebeliği planlı olan kadınların maternal- fetüs bağlanmasının, planlı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulgulanmıştır. (143,144) Gebeliği isteme ile maternal bağlanma arasında pozitif bir ilişkinin varlığı başka çalışmalarda da belirtilmiştir. (145)Bu bağlanmada çalışmamıza katılan vaka grubu gebelerin %93,3’ü kontrol grubu gebelerin %96,7’si gebeliklerini planladıklarını belirtmişlerdir.

Talipoğlu ve Esenay’ın, aile merkezli bakım ile maternal bağlanma düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirdiği çalışmada, aile merkezli bakım uygulanan hastanedeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarının, böylesi bir bakım uygulanmayan hastanedeki annelerin maternal bağlanma puan ortalamalarından yüksek

olduğu saptanmıştır. (146) Çalışmamızın yapıldığı kurumda doğum eylemi, doğum ve doğum sonrası aile merkezli prenatal bakım politikası uygulanmaktadır.

Bağlanmayı etkileyen faktörlerden biri de doğum sürecidir. Öztürk ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, doğumda sorun yaşamayan annelerin maternal bağlanma puanlarının, doğumda sorun yaşayan annelerden daha yüksek olduğu, aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. (145) Çalışmamız kapsamına alınan tüm gebeler doğumlarını vajinal yolla ve herhangi bir komplikasyon gelişmeden tamamlamışlardır.

Bağlanma için en uygun zaman ise doğumdan hemen sonraki dönemdir. Prematüre bebeklerde anne-bebek ilişkisinin başlatılmasında hemşirelik yaklaşımına yönelik yapılan bir derleme çalışmasında; doğum sonu erken dönemde anne-bebek yakınlaşmasını sağlayan unsurlar arasında: aynı odada bulunma, ten-tene temas, göz-göze temas, kucaklama, emzirme ve bebeğin bakımında aktif görev alma gibi noktaların bulunduğu belirtilmiştir. (148) Kavlak, ten-tene ve göz-göze temasın zevk veren salgıların (dopamin, beta endorfin gibi) salgılanmasını sağlayarak bağlanmanın oluşumunu desteklediğini bildirmiştir. (147) Çalışmamızda vaka ve kontrol grubu gebelerin tama yakını “bebeklerine hemen dokunduklarını ve hemen bebeklerini kucaklarına aldıklarını” ADAÖ’de belirtmişlerdi (Tablo 6). Doğum sonrasında da, hastanemizin politikası gereği anne ve bebek aynı odayı paylaşmışlardır. Her iki grupta da bağlanmanın erken başlatılması ve devamlılığın sağlanmış olması, anne-bebek bağlanma oranını yükseltirken gruplar arasındaki istatistiksel olarak anlamsızlık durumuna da açıklık getirmektedir. Buna bağlı olarak “Vaka grubu annelerin anne-bebek bağlanma düzeyi daha yüksek olacak” hipotezimiz de doğrulanmamıştır

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1- Sonuç

Yaptığımız araştırmada doğumhane ortam ve koşullarının, doğum ağrısı, anne-bebek bağlanması ve annenin doğum eyleminden memnuniyeti değerlendirilmiş ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Araştırmada yer alan gebelerin çoğunluğunun 26-35 yaş grubunda olduğu, annelerin ve eşlerinin büyük bir kısmının üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip oldukları ve yine annelerin çoğunun, eşlerinin tamamının herhangi bir işte çalıştığı belirlenmiştir.
2. Araştırmada gebelerin tamamının evli ve büyük çoğunluğunun (vaka %93,3, kontrol %96,7) gebeliklerini planladıkları ve vaka grubu gebelerin %50'si, kontrol grubu gebelerin %56,6'sının multipar olduğu saptanmıştır.
3. Çalışmada vaka ve kontrol grubu gebelerin ortalama gebelik haftalarının 39 olduğu ve doğum eylemi boyunca gebelerin büyük bir kısmına (vaka %60, kontrol %73,3) indüksiyon uygulandığı belirlenmiştir.
4. Çalışma kapsamına alınan vaka ve kontrol grubu gebelerin tanımlayıcı ve obstetrik özellikleri bakımından benzer olduğu saptanmıştır.
5. Doğumhane ortam ve koşullarında değişiklik yapılan vaka grubu gebelerin kontrol grubu gebelere göre doğumdan önceki son üç saatte ağrılarını anlamlı derecede daha düşük düzeyde hissettikleri saptanmıştır. Çalışmada yer alan vaka ve kontrol grubu gebelerin son üç saat VAS skorları ve istatistiksel ilişkileri;
 - Vaka grubu gebelerin (ort:4,57), kontrol grubu gebelere (ort:5,73) göre doğumdan önceki 3. saat VAS skoru daha düşük olduğu saptanmıştır. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,012).
 - Doğumdan önceki 2. saat VAS skoru vaka grubu gebelerde (ort: 5,93) kontrol grubu gebelere (ort:6,90) göre daha düşük bulunmuştur. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,040).
 - Vaka grubu gebelerin (ort:7,37) kontrol grubu gebelere (ort: 8,11) göre doğumdan önceki son saat VAS skoru daha düşüktür. İki grup arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p=0,084).

6. Doğumhane ortam ve koşullarında değişiklik yapılan vaka grubu gebelerin doğum eyleminden memnuniyet puanları, kontrol grubu gebelerden yüksek bulunmuştur. Ancak iki grubun memnuniyet puanları arasında istatistiksel bir anlam bulunmamıştır ($p>0,05$). “Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği” alt parametre puanları her iki grupta da yüksek olmakla birlikte genel olarak vaka grubu gebelerde kontrol grubu gebelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Vaka grubu gebelerin (ort:22,53) kontrol grubu gebelere göre (ort:20,73) “Doğum Anındaki Deneyimler” puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.
 - “Doğumun Ağrı Dönemindeki Deneyimler” puan ortalaması vaka grubu gebelerde (ort:25,13) kontrol grubu gebelere göre (ort:22,73) yüksek bulunmuştur.
 - Vaka grubu gebelerin “Doğum Sonu” puan ortalaması (ort:15,07), kontrol grubundan (ort:14,67) yüksek bulunmuştur.
 - Doğum eyleminde “Eşin Katılımı” ortalama puanı vaka grubu gebelerde (ort: 15,07), kontrol grubu gebelere göre (14,67) daha yüksek bulunmuştur.
 - Vaka (ort:11,47) ve kontrol (ort:11,50) grubu gebelerin “Farkında Olma” puan ortalamaları benzer bulunmuştur.
7. Vaka grubu için oluşturulan doğumhane ortamında doğan bebekler ile kontrol grubu annelerin bebekleri arasında bağlanma puanlarında bir fark saptanmazken ($p=0,763$) her iki grupta da bağlanma puanları yüksek bulunmuştur (vaka grubu MBÖ puanı 94,80, kontrol grubu MBÖ puanı 95,33).

9.2- Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda gebelerin daha olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olmak amacıyla aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

1. Kadının gebeliği süresince aynı ebe tarafından izlenmesi ve desteklenmesi, doğum ve sonrası döneme hazırlanması,
2. Sağlık çalışanlarının doğumda “Anne Dostu” uygulama ve yaklaşımlarını benimsemesi,
3. Gebe ve ailesinin doğum yapacakları yeri seçme ve ortamı kendi istedikleri gibi düzenleyebilme hakkı tanınması,
4. Doğum eyleminde aile merkezli bakımı benimsenmesi,
8. Travay takibinin tek kişilik odalarda yapılması,
9. Doğum eylemine gebenin yanında olmasını istediği kişi/kişilerin katılabilmesine imkan sağlanması,
10. Doğum odalarında, doğum ağrısını azaltmak amacıyla gebenin tercih edeceği enstrümental müzik dinleme olanağı sağlanması,
11. Doğumdan hemen sonra, bebeğin çocuk doktoru tarafından muayene edilip, bir komplikasyon yoksa hemen anneye verilmesi,
12. Mümkünse herhangi bir komplikasyonun olmadığı doğumlarda bebeklerin anne kucaklarında muayene edilmesi,
13. Doğum eyleminde sağlık çalışanlarının gereksiz rutin müdahalelerden kaçınması ve doğumu büyüüne saygı duyması,
14. Benzer bir çalışma yapılması durumunda, örneklemelerin önceden belirlenen bir evrede araştırmaya dahil edilmesi,
15. Yine benzer bir çalışma yapılması durumunda, Bağlanma Ölçeğinin hem doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde hem de 40 gün sonra değerlendirilmesi,
16. Bu çalışmanın başka bir özel ya da devlet kurumunda daha geniş bir örneklemeyle tekrarlanması,
17. Özellikle farklı bakım uygulamalarının söz konusu olduğu sağlık kuruluşları seçilerek doğum ortamının iyileştirilmesi, müzik dinletisi ve kanıt temelli bakım uygulamalarının rutin bakımdan farkını daha belirgin olarak ortaya çıkaran çalışmaların yapılması önerilir.

9. KAYNAKLAR

- 1- Berkiten Ergin A. (2008) Doğum ve Doğumun Tarihçesi. İçinde:Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:1-14.
- 2- Rathfisch G. (2012) Doğal Doğumun Tarihi. İçinde: Doğal Doğum Felsefesi.1. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:1-17.
- 3- Odent M. (1996) Why Women Giving Birth Does Not Need Support. www.mothering.com Erişim tarihi: 18.01.2014.
- 4- Onat Bayram G. (2009) Evde Doğumlarda Ebelik Bakımı, Ebenin Rol ve Sorumlulukları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2(2):104-111.
- 5- www.sarahjbuckley.com / Doğumun Hormonal Planı. Erişim tarihi:12.02.2014.
- 6- Aslan H. (2012) Doğum Eylemi. İçinde: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Eds: Coşkun A, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, s: 196-212.
- 7- Eşel E. (2010) Anneliğin Nörobiyolojisi. Türk Psikoloji Dergisi, 21(1): 68-78.
- 8- Eryılmaz G. (2008) Laktasyon ve Emzirme. İçinde: Kadın Sağlığı. Eds: Şirin A. Kavlak O, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s: 759-789.
- 9- Affedişin, Unutuşun ve Güvenin Hormonu: Oksitosin (Bilim ve Teknoloji Dergisi, Mayıs 2008).
- 10-Uzun M. Sulu N. (2002) Oksitosin ve Fizyolojik Etkileri. Kafkas Üniversitesi Veterinerlik Fakültesi Dergisi, 8(1):91-97.
- 11-Rathfisch G. (2012) Doğumda Hormonların Dansı. İçinde: Doğal Doğum Felsefesi.1. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:33-49.
- 12-Gökçe İsbir G., Okumuş H. (2011) Doğum Ağrısı İle Baş Etmede Güvenli Yaklaşım: Hipnozla Doğum. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 8(2):7-10.
- 13-Onat Bayram G., Hotun Şahin N. (2010) Doğuma Hazırlık Eğitimi Modelleri ve Güncel Yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 7(3):36-42.
- 14-Rathfisch G. (2012) Doğuma Yönveren Rehber: Ağrı. İçinde: Doğal Doğum Felsefesi.1. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:91-114.
- 15-Yıldırım G., Hotun Şahin N. (2003) Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(1):14-20.

- 16-** Kömürcü N., Berkiten Ergin A. (2008) Doğum Ağrısının Kontrolünde Non-Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:57-115.
- 17-** Ersanlı C. (2007) İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim ile Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- 18-** Karacasaydam B. (2008) Doğum Eylemi. İçinde: Kadın Sağlığı. Eds: Şirin A. Kavlak O., Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s: 646-662.
- 19-** Rathfisch G. (2010) Doğum Mekanizması. İçinde: Perinatoloji Hemşireliği. Eds: Kömürcü N., İstanbul Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, s:291-297.
- 20-** Rathfisch G. (2012) Doğal Doğumu Destekleyen Yaklaşımlar. İçinde: Doğal Doğum Felsefesi.1. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:119-122.
- 21-** Coşkun A. (2013) Anne Dostu Hastane Uygulamaları. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi  zet Kitabı, İstanbul, s:12-14.
- 22-** Rathfisch G. (2013) Doğal Doğum Bilinci. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi  zet Kitabı, İstanbul, s:10-11.
- 23-** Güngör İ. (2013) Doğumda Kadın/Aile Merkezli Bakım ve Memnuniyet. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi  zet Kitabı, İstanbul, s:21-23.
- 24-** www.motherfriendly.org, Erişim tarihi: 26.08.2013
- 25-** <http://www.ufmidwiferycare.freesevers.com/about.htm>, Erişim tarihi: 29.08.2013
- 26-** Arslan H., Karahan N., am ., (2008) Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli  zerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 1(2):54-59.
- 27-** Güngör İ., Yıldırım-Rathfisch G. (2009) Normal Doğum Eyleminin İkinci ve   nc  Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar. HEMAR-G, 2(3): 143-148.
- 28-** Steils Paacioğlu J. (2011) SunuŐ. İçinde: İçgüdüsel Doğum. 1. Baskı. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:5-7.
- 29-** Sayiner F. D.,  zerdoğan N. (2009) Doğal Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3):143-148.
- 30-** World Health Organization. (1985). Appropriate technology for birth. Lanset.24:436-437.
- 31-** Altunay Z., Sanisoğlu S. (2013) Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın Doğum Eylemine Bakış Açısı. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi  zet Kitabı, İstanbul, s:15-16.
- 32-** www.activebirthcentre.com Erişim tarihi:12.01.2014.

- 33- <http://212.174.46.155/ismportal/belge/sartlarvekriterler.pdf> Erişim tarihi: 20.01.2014.
- 34- www.dogaldogum.com - - - - - . Erişim tarihi: 19.01.2014.
- 35- [www.corumhsm.gov.tr /tr/.../449-dogal-dogum-semi](http://www.corumhsm.gov.tr/tr/.../449-dogal-dogum-semi) . Erişim tarihi: 19.01.2014.
- 36- Çoker H. Karabekir N. (2013) Keşkesiz Doğum Modeli. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s:19-20.
- 37- Güngördük K. Term Gebeliklerde Doğum Eyleminin İndüksiyonu Amacıyla Kontrollü Salımlı Dinoproston İle Eş Zamanlı Oksitosin Kullanımının Dinoproston İle Birlikte Altı Saat Sonra Başlanan Oksitosin Kullanılması İle Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma. T.C. Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2008.
- 38- İdem Karadağ Ö. Miadında Gebelerde Membran Sweepin'in Gebelik Süresine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma. T.C. Bakırköy Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi. İstanbul, 2007.
- 39- Cunninham G., Macdonald P.C., Gant N. F., Leveno K. J., Gilstrap N:F. (1993) Physiology of Pregnancy. İçinde: Williams Obstetrics, America, s:81-246.
- 40- Garfield R. E., Ali M., Yallampalli C., İzumi H (1995) Role of gap junctions and nitric oxide in control of myometrial contractility.Semin in Perinatol, 19:41-45.
- 41- Moore T. R. (1995) Patterns of human uterine contractions: İmplications for clinical practise. Semin in Perinatol, 19: 64-72.
- 42- Russel K. P., Biswas M. K. (1991) The Course and Conduet of Normal Labor and Deliver. In: Pernol MC Editors. Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Norwalk: Appleton and Large, s:198-224.
- 43- Nuwayhid B., Rahabi M. (1987) Characteristics of Parturation. In RK Creasy & R Resnik (eds), Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice. Philadelphia, WB Saunders, s:482.
- 44- Olsan D.M., Mijovic J.E., Sadowsky D.W. (1995) Control of human parturition.Semin in Perinatol. 19:52-53.
- 45- Speroff L., Glass R.H., Kase N.G (1994) Clinical Gynecologic Endokrinology and Infertility. Prostaglandins. 5 th Ed. Maryland. Williams and Wilkins, s:291-317.

- 46-** Moore T.R., Iams J.D., Creasy R.K. (1994) Diurnal Nad Gestational Patterns Of Uterine Activity Normal Human Pregnancy. *Obstet Gynecol*;83:517-523.
- 47-** Zhu Y.P., Word R.A., Johnston J.M. (1996) The Presence Of Platelet Activating Factor Binding Sitesin Human Myometrium And Their Role İn Uterine Contractions.*Am Obstet Gynecol*;266:1222-1228.
- 48-** <http://women.webmd.com> The Cervix. Erişim tarihi: 10.02.14.
- 49-** Chiossi G., Verocchi G., Venturini P., Facchinetti F. (2006) Changes İn Cervical Nitric Oxide Concentration Correlate With Bishop Score And Cervical Length Modifications İn Prostaglandin E2-Mediated İnduction of Labor. *J Soc Gynecol Investig.* 13(3):203 -8.
- 50-** Taşkın L. (2009) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İçinde: Doğum Eylemi. Eds:Vural G., Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, s:275-306.
- 51-** Oxytocin, a Mediator of Anti-stress, Well-being, Social Interaction, Growth and Healing. kerstin.uvna-moberg@fyfa.ki.se Erişim 12.02.2013
- 52-** Gilbert E.S., Harmon J. S., (2002) Eylemin Stimölasyonu. İçinde: Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. eviri eds: Taşkın L., Palme Yayıncılık, Ankara, s: 688-716.
- 53-** Scheele D., Striepens N., Güntürkün O., Deutschlander S., Maier W., Kendrick K. M., Hurlmann R (2012) Oxytocin Modulates Social Distance between Males and Females. *The Journal of Neuroscience*, 32(46):16074 –16079
- 54-** Sue Carter C., (1992) Oxytocin and Sexual Behavior.. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, Vol. 16, pp. 131-144.
- 55-** O dent M., (2008) Sezaryen Doğumları Emzirmek. İçinde: Sezaryen. Çeviri: Koltukuoğlu Z., Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:72-77.
- 56-** Mongan M. F., (2012) Doğum Ekibini ve Doğum Ortamını Seçmek. İçinde: HypnoBirthing. Gün Yayıncılık, İstanbul, s: 114-138.
- 57-** Berkiten Ergin A. (2008) Doğum Ağrısının Fizyolojisi. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:23-28.
- 58-** England P., Horowitz R. (2011) Sancı ekerek Doğurmak. İçinde: İçgüdüsel Doğum. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:251-330.
- 59-** ankara.edu.tr / Korku: Sebepleri, Sonuçları ve Başetme Yolları. Erişim tarihi: 16.01.2014.
- 60-** Güngör İ., Babaların Doğuma Katılmasının Doğum Deneyimi Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2004.

- 61-** Karahan N., Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul,2010.
- 62-** Mongan M. F., (2012) Bedeniniz Sizinle ve Sizin İçin Nasıl Çalışıyor?. İçinde: HypnoBirthing. Gün Yayıncılık, İstanbul, s: 226-231..
- 63-** Lothian JA.(2000). Why natural childbirth?, Journal of Perinatal Education, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4.
- 64-** Lothian JA.(2000). Why natural childbirth?, Journal of Perinatal Education, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4.
- 65-** Rathfisch G. (2012) Doğumun Doğal Akışını Sınırlayan Uygulamalar. İçinde: Doğal Doğum Felsefesi.1. Baskı. Nobel Tıp Kitap Evleri, İstanbul, s:161-192.
- 66-** Gül N. Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması. T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2008.
- 67-** Cunningham F.G., Gant N.F., Leveno K. J. (2001) Cesarean Section and Postpartum Hysterectomy In: Williams Obstetrics. 21 st, p:537,65
- 68-** England P., Horowitz R. (2011) Doğumda Güçlü Olmak. İçinde: İçgüdüsel Doğum. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:161-212.
- 69-** Karaçam Z., Akyüz E.Ö. (2011) Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe/Hemşirenin Rolü. İ.Ü.F.N. Hem. Derg., 19(1):45-53.
- 70-** Çırpan T., Akercan F., Akman L., Terek M. Ç., Yılmaz H., Dinçer Ö. (2005) Doğum Şeklinin, Maternal ve Umbilikal Kord Serum Lipid Düzeylerine Etkisi. Ege Tıp Dergisi., 44(1): 17-20.
- 71-** Bektaş E., Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri İle İlgili Anket. T.C. Sağlık Bakanlığı DR. Lütfü Kırdar Kartal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul.2008.
- 72-** www.birthingjourney.com Erişim tarihi: 03.01.2014.
- 73-** Simpkin P. (1991) Just Another Day İn A Woman's Life? Woman's Long term Perceptions of Their First Birth Experience. Parts 1and2, Birth 18..4:203-10; and Birth 19.2:64-81.

- 74-** Anderson B. A., Stone S. E (2013) What Complications are Unique to Vaginal Birth. İçinde: Best Practices in Midwifery. Springer Publishing Company, New York, s:25.
- 75-** Muula A. S. (2007) Ethical and Practical Consideration of Women Choosing Cesarean Section Deliveries without “Medical Indication” in Developing Countries. Croat Med. J. 48(1):94-102.
- 76-** Hotun Şahin N. (2009) Seksio-Sezaryen: Yaygınlığı ve Sonuçları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2(3):93-98.
- 77-** Gamble J., Creedy D. (2001) Women’s Preference for A Cesarean Section: Incidence and Associated Factors. Birth, 23:2.
- 78-** Yanıkkerem Uçum E., Kitapçioğlu G., Karadeniz G. (2010) Kadınların Doğum Yöntemlerine Bakış Açısı, Deneyim ve Memnuniyetleri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 5(13):107-123.
- 79-** Hallgren A., Kihlgren M., Norberg A., Forslin L. (1995) Women’s Perceptions Of Childbirth Education Before And After Education And Birth. Midwifery. 11(3):130-137.
- 80-** Nogay H. A. (2013) Zihnin Gücü; Bilinçli Hipnoz. İçinde: 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s:26-27.
- 81-** Sakallı N. (2013) Gebelik ve Doğum Sürecinde Yoga ve Nefes. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s:28-29.
- 82-** Mete S. (2013) Doğuma Hazırlık Sınıfları ve Doğal Doğum. İçinde: 1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s:30-35.
- 83-** Anderson B. A., Stone S. E (2013) Continuous Labor Support and Birth Satisfaction. İçinde: Best Practices in Midwifery. Springer Publishing Company, New York, s:50-53.
- 84-** Kılıç M., Öztunç G. (2012) Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7(21):35-51.
- 85-** Karaöz S. (1990) Kronik Ağrısı Olan Hastalarda Ağrının Hafifletilmesinde Psikolojik Yaklaşımlar. II.Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir.
- 86-** <http://edergi.sdu.edu.tr/index.php/sdutfd/article/view/612/709>Erişim tarihi: 18.01.2014.
- 87-** Taşçı E., Ümran S. (2007) Doğum Ağrısına Yönelik Farmakolojik Olmayan Yaklaşımlar. Genel Tıp Dergisi, 17(3):181-186.

- 88-** Kuczowski MK. (2004) Ethnicity, Trans-Cultural Differences in Childbirth Experience and Ase of Labor Analgesia: A “Real Life Experience” *Annales Françaises D’anesthésie Et De Reanimation*;23:662-3.
- 89-** Berkiten Ergin A. (2008) Doğum Ağrısının Yönetimi. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:39-42.
- 90-** Lowe K.N. (2002) The Nature of Labor Pain. *Am J Obstet Gynecol.* S:186:16-24.
- 91-** Edirne S. (2007) Ağrı. 1. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s: 30-106.
- 92-** Kayhan Z. (2007) Klinik Anestezi. 3. Baskı. Logos Yayıncılık, İstanbul, s: 510-530.
- 93-** Ertem G., Sevil Ü. (2005) Doğum Ağrısı ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 8: 117-123.
- 94-** Özdamar D. (2008) Doğum Ağrısının Kontrolünde Farmakolojik Yöntemler. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:43-56.
- 95-** Mamuk R., Davas N. İ. (2010) Doğum Ağrısının Kontrolünde Kullanılan Nonfarmakolojik Gevşeme ve Tensel Uyarılma Yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni.* 44(3):137-144.
- 96-** Phumdoung S., Good M. (2003) Music Reduces Sensation and Distress of Labor Pain. *Pain Management Nursing,* 4:54-61.
- 97-** Simkin P, Boldig A. (2004) Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health,* 49: 489-504.
- 98-** Liu YH., Chang MY., Chen CH. (2010) Effects of music therapy on labour pain and anxiety in Taiwanese fist-time mothers. *J Clin Nurs,* 19(7-8): 72-1065.
- 99-** Kimber L., Mc Nabb M., Mc Court C., Haines A., Brocklehurst P. (2008) Massage or Music for Pain Relief in Labor: a pilot randomised placebo controlled trial. *Eur J Pain,* 12(8): 9-916.
- 100-** Avcıbay B., Alan S. (2011) Doğum Ağrısı Kontrolünde Nonfarmakolojik Yöntemler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi,* 4(3):18-24.
- 101-** Kömürcü N. (1996) Travayda Dinletilen Tedavi Müziğinin Gebenin Anksiyetesine Etkisi. *Hemşirelik Forumu Dergisi,* 2(3):89-96.
- 102-** Uçan Ö., Ovayolu N. (2006) Müzik ve Tıpta Kullanımı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 1(13): 14-22.
- 103-** Eti-Aslan F. (2002) Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi,* 6(1):9-16.

- 104-** Berkiten Ergin A. (2008) Doğum Ağrısının Değerlendirilmesi. İçinde: Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s:33-38
- 105-** Scott J., Disaia P., Hammond C. (1994) Danforth Obstetric ve Jinekoloji. Çeviri:Erez S., J.B. Lippincott Company ve Yüce Yayım A. Ş. S: 129-144.
- 106-** Tüzün O., Sayar K. (2006) Bağlanma Kuramı ve Psikopatolojisi. Düşünen Adam, 19(1): 24-39.
- 107-** Öztürk M. O. (2002) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Kitapevleri, Ankara, s:566-570.
- 108-** Yeşiltepe Yalçın J. Anne Bebek Arasındaki Bağlanma Olgusunun İnfantil Kolik İle İlişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebeplik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin, 2010.
- 109-** Kayacı M. Maternal Bağlanmaya Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Manisa, 2008.
- 110-** Soysal Ş., Bodur Ş., İşeri E., Şenol Ş. (2005) Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. Klinik Psikiyatri, 8: 88-99.
- 111-** Sevimay Özer D., Özer M. K. (2007) Gelişimle İlgili Temel Kavramlar. İçinde: Çocuklarda Motor Gelişim. 5. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s:2-7.
- 112-** Kavlak O., Şirin A. (2009) Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 6(1):187-202.
- 113-** Sevimay Özer D., Özer M. K. (2007) Freud'un Psikanalitik Kuramı. İçinde: Çocuklarda Motor Gelişim. 5. Baskı. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, s:17-20.
- 114-** Leadsom A. Why 'attachment' is a key to mending our broken society... <http://andrealoadsom.com> Erişim tarihi: 09.11.2013
- 115-** Gander M. J., Gardiner H. W. (2001) Çocuk ve Ergen Gelişimi. Çeviri: Onur B. İmge Kitapevi, Ankara, s:214-233.
- 116-** Çoker H(2011). Doğumda rutin müdahaleler gerekli midir? www.dogaldogum.com , Erişim tarihi: 05.01.2014.
- 117-** Lothian JA.(2000). Why natural childbirth?, Journal of Perinatal Education, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4.
- 118-** Onat Bayram G. (2009) Kanıta Dayalı Uygulamalar Doğrultusunda Alternatif Bir Doğun Yöntemi: Evde Doğum. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2(3):99-104.
- 119-** England P., Horowitz R. (2011) Babalar ve Doğum Refakatçileri. İçinde: İçgüdüsel Doğum. Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:213-250.

- 120-** Sabuncuoğlu O., Berkem M. (2006) Bağlanma Biçimi ve Doğum Sonrası Depresyon Belirtileri Arasındaki İlişki: Türkiye'den Bulgular. Türk Psikiyatri Dergisi, 17(4):8-252.
- 121-** Waters E., Hamilton C. E., Weinfield N. S., (2000) The Stability of Attachment Security from Infancy to Adolescence and Early Adulthood: General Introduction. Child Development. Volume 71, Number 3, Pages 678-683
- 122-** Siddigui A., Hagglöf B. (2000) Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction?. Early Human Development, 59(1):13-25.
- 123-** Çoban A., Saruhan A. (2005) Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 21(2):89-96.
- 124-** Stifter C. A., Bono M. A. (1998) The Effect Of Infant Colic On Maternal Self-Perceptions And Mother-Infant Attachment. Child:Care, Health and Development, 24(5): 339-351.
- 125-** Soysal Ş., Ergenekon E., Aksoy E. (1999) Yenidoğan Döneminde Hastanede Uzun Süreli Tedavi Görmeyenin Bağlanma Örüntüsü Üzerindeki Etkileri: Bir Olgu Sunumu. Klinik Psikiyatri, 2:266-270.
- 126-** Manav G. Term ve Preterm Bebek Annelerinin Bebeklerini Algılama Durumları. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2008.
- 127-** Akkoca Y. Doğum Sonrasında Anne-Bebek Bağlanmasını Etkileyen Faktörler. Gazi Üniversitesi. Uzmanlık Tezi. Ankara, 2009.
- 128-** Keskin S. (2005) Çocuk-Anne İlişkisi Koşullu mu?. Türkiye Klinikleri, 25:781-185.
- 129-** Özmert E. N. (2006) Erken Çocukluk Gelişiminin Desteklenmesi-3. Aile, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 49:256-273.
- 130-** Buckley S. J. (2002): Ecstatic Birth. Mothering Magazine, issue 111, March-April
- 131-** Fraser DM, Cooper MA(2009): Myles Textbook for Midwives. Fifteen Edition. Churchill Livingstone Elsevier, p: 459-60
- 132-** Odent M (2008). Knitting needles, cameras, and electronic fetal monitors, Midwifery Today, Issue. No. 37
- 133-** American College of Nurse-Midwife (ACNM) Clinical Bulletin Number 7 (2008). Criteria for Provision of Home Birth Services. Erişim tarihi: 09.10.2013.

- 134-** Judith A. Lothian, Phd, Rn, Lccea, Facc (2007) The Coalition For Improving Maternity Services: Evidence Basis For The Ten Steps Of Mother-Friendly Care. The Journal Of Perinatal Education, 16(1):1-4.
- 135-** www.saglik.gov.tr / Anne Dostu Hastane, Erişim tarihi: 03.01.2014.
- 136-** Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel M¼d¼rl¼ę¼. T¼rkiye N¼fus ve Sağlık Araştırması, Ankara, 2008.
- 137-** <http://ailetoplum.gov.tr> T¼rkiye’de Aile Yapısı Araştırması, Erşim Tarihi:12.01.14.
- 138-** Chen C. H., Wong S. Y., Chang M. Y. (2001) Women’s Perceptions Of Helpful and Unhelpful Nursing Behaviors During Labor: A Study in Taiwan. Birth, 28(3): 180-185.
- 139-** Timur S., Hotun-şahin N. (2010) Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. Hemşirelik Araştırma Geliştirme Dergisi, 12(1) 29-40.
- 140-** Hodnett E. D. (2002) Home-Like Versus Conventional İnstituonal Settings For Birth, The Cochrane Library, Issue:2. No pace.
- 141-** G¼venç G., Doğum Eylemi S¼resince Kanıtı Dayalı Dayalı Hemşirelik Uygulamalarının Tanımlanması ve Değerlendirilmesi. TC Genelkurmay Başkanlığı G¼lhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Hemşirelik Y¼ksek Okulu. Y¼ksek Lisans Tezi. Ankara. 2004.2
- 142-** G¼leřen A, Yıldız D. (2013) Erken Postpartum D¼nemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıtı Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin; 12 (2):177-82
- 143-** Lindgren K. (2001) Relationships Among Maternal–Fetal Attachment, Prenatal Depression, And Health Practices İn Pregnancy. Research in Nursing and Health; 24: 203–17
- 144-** Üst¼n¼z A, G¼venç G, Aky¼z A, Oflaz F. (2010) Comparison Of Maternal- And Paternal-Fetal Attachment İn Turkish Couples. Midwifery; 26:1-9
- 145-** Özt¼rk R, Saruhan A. Premat¼re Bebeği Olan Annelerin Depresyon Ve Maternal Bağlanma İlişkisi. Ege Ünvrsitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Y¼ksek Lisans Tezi. İzmir. 2010.
- 146-** Talipoğlu Y, Esenay FI. Aile Merkezli Bakımın Maternal Bağlanma D¼zeyi İle İlişkisinin İncelenmesi. Mersin Ünvrsitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Çocuk

- Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Mersin. 2012.
- 147-** Kavlak O. (2013) Anne Bebek Bağlanması: Kontrol, Şefkat ve Dokunma. İçinde:1. Ulusal Doğal Doğum Kongresi Özet Kitabı, İstanbul, s:50-51.
- 148-** Şen S. (2007) Anneanne-Anne-Bebek Bağlanmasının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- 149-** World Health Organization. (1997). Care in normal birth: A practical guide. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/> Erişim tarihi:10.01.2014.
- 150-** Odent M., (2011) Ağrının Çekildiği Ortamsal Koşullar. İçinde: İçgüdüsel Doğum. Çeviri: Önoğlu N., Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, s:262-266.
- 151-** Kızılkaya N., (1997) Kadının Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri, Perinatoloji Dergisi,5(3-4): 213-216.
- 152-** Yıldırım G., (2001) Doğum Eyleminde Kullanılan Solunum ve Tensel Uyarılma Tekniklerinin Gebenin Doğum Ağrısını Algılamasına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 153-** Klein M, Papageorgiu A.N, Westreich R, Spector-Dunsky L, Elkins V, Kramer M.S, Gelfand M.M. (1984) Care İn A Birthroom Vs A Conventional Setting: A Controlled Trial. Can Med Assoc J, 131: 1461-1466.
- 154-** Ramnero A., Hanson U., Kihlgen M. (2002) Acupuncture treatment during labour-a randomised controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology,109:637-44.
- 155-** Gençalp N. S. (1998) Doğum Eyleminde Anneye Verilen Destekleyici Hemşirelik Bakımının Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- 156-** Hodnett E. D., Gates S., Hofmeyr G. J., Sakala C. (2013) Continuous Support For Women During Childbirth. Cochrane Database Of Systematic Reviews, Art: No:CD003766.
- 157-** Price S., Noseworthy J., Thornton J. (2007) Women's Experience: With Social Presence During Childbirth. Maternal Child Nursing,32(3):184-191.
- 158-** Coşar F., Demirci N. (2012) Lamaze Felsefesine Dayalı Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğum Algısı ve Doğuma Uyum Sürecine Etkisi. S.D.Ü. Sağlık Enstitüsü Dergisi,3(1):18-30.

10. EKLER

Ek-1:Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklere İlişkin Bilgi Toplama Formu

Sayın Katılımcı

Ben Elif Yazgan, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Kadın Hastalıkları ve Doğum alanında yüksek lisans öğrencisiyim ve bir bilimsel çalışma yapmaktayım. Çalışmanın amacı; Doğum doğumhane ortam ve koşullarının doğum ağrısı, annenin doğum eyleminden memnuniyeti ve doğum sonrası anne bebek bağlanması üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.

Sorulara vereceğiniz yanıtlar sadece araştırmanın raporunda kullanılacaktır. Araştırmaya katılımınızı istediğiniz herhangi bir zamanda neden belirtmeksizin sonlandırabilirsiniz.

Katılımcı Adı ve Soyadı

İmza

Sosyo-Demografik Özellikler

1- Yaşınız?

- 15-25
- 26-35
- 36 yaş ve üzeri

2- Eğitim durumunuz?

- Sadece okur-yazar
- İlkokul mezunu
- Ortaokul mezunu
- Lise mezunu
- Üniversite mezunu
- Diğer

3- Mesleğiniz?

- Ev hanımı
- Memur
- İşçi
- Sağlıkçı
- Diğer.....

4- Medeni durumunuz?

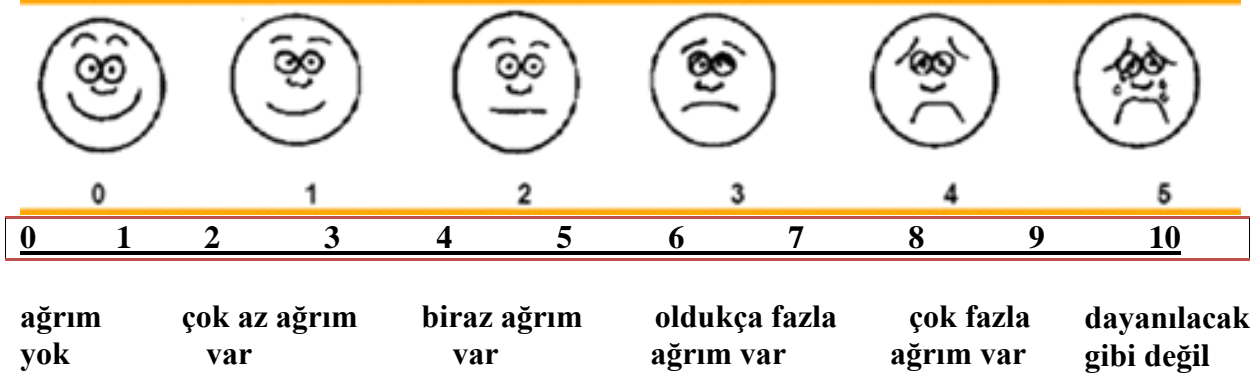
- Evli
- Bekar
- Dul

- 5- Eşinizin yaşı?
a. 15-25
b. 26-35
c. 36 yaş ve üzeri
- 6- Eşinizin eğitim durumu?
a. Sadece okur-yazar
b. İlkokul mezunu
c. Ortaokul mezunu
d. Lise mezunu
e. Üniversite mezunu
f. Diğer
- 7- Eşinizin mesleği?
a. Memur
b. İşçi
c. Sağlıkçı
d. Diğer.....
- 8- Ortalama gelir düzeyiniz?
a. 500 tl'den az
b. 500-1000 tl
c. 1000 tl ve üzeri
- 9- İsteyerek mi gebe kaldınız?
a. Evet
b. Hayır
- 10- Gebelik sayınız?.....
- 11- Varsa doğum sayınız?.....
- 12- Varsa düşük sayınız?.....
- 13- Varsa yaşayan çocuk sayınız?.....
- 14- Kaç haftalık gebesiniz?.....

Not: İndüksiyon kullanımı.....

Ek-2: Görsel Kıyaslama Ölçeği

Lütfen belirlediğiniz saatten itibaren her saat, hissettiğiniz ağrı düzeyini en iyi tanımlayan sütundaki rakamı belirtilen bölümlere kayıt ediniz.



1. saat
2. saat	
3. saat	
4. saat	
5. saat	
6. saat	
7. saat	
8. saat	
9. saat	
10. saat	
11. saat	
12. saat	
13. saat	
14. saat	
15. saat	
16. saat	

Ek-3: Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği

Lütfen her soruda, belirtilen duygularınızı en iyi tanımlayan sütundaki rakamı işaretleyiniz.

1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
2. Doğum sancuları sırasında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
4. Doğum sancuları sırasında ne kadar rahattınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
6. Doğum sırasında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz ?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olma ile ilgili beklentileriniz ne derecede gerçekleşti?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz ?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
11. Doğum sancularınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derecede farkındaydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
15. Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar rahatsız ediciydi?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
16. Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
17. Doğum anını acı verici olarak	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5

hatırlıyorsunuz?	1	2	3	4	5
18. Doğum anında ne kadar korkmuştunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
19. Doğum anındaki deneyiminiz hayalinizde canlandırdığınızdan daha zorlu mu oldu?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
21. Doğum sancuları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?					
Hemen içinde ve	1 saat içinde	2 saat içinde	4 saat içinde	8 saat	
5	4	3	2	1	
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?					
Hemen içinde ve	1 saat içinde	2 saat içinde	4 saat içinde	8 saat	
5	4	3	2	1	

EK-4: Maternal Bağlanma Ölçeği

Aşağıda yeni annenin durumu ile ilgili tecrübeleri, histeri ve duyguları tanımlanmaktadır. Lütfen her ifade de tanımlanan duygu ve düşünceyi ne sıklıkta hissettiğinizi ve düşündüğünüzü her biri için tek bir kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

	HER ZAMAN	SIK SIK	BAZEN	HİÇ BİR ZAMAN
1- Bebeğimi sevdiğimi hissediyorum	a	b	c	d
2- Bebeğimle birlikteyken mutluluk ve içimde bir sıcaklık hissediyorum	a	b	c	d
3- Bebeğimle özel zaman geçirmek istiyorum	a	b	c	d
4- Bebeğimle birlikte olmak için sabırsızlanıyorum	a	b	c	d
5- Sadece bebeğimi görme bile beni mutlu ediyor	a	b	c	d
6- Bebeğimin bana ihtiyacı olduğunu biliyorum	a	b	c	d
7- Bebeğimin sevimli olduğunu düşünüyorum	a	b	c	d
8- Bu bebek benim olduğu için çok memnunum	a	b	c	d
9- Bebeğim güldüğünde kendimi özel hissediyorum	a	b	c	d
10- Bebeğimin gözlerinin içine bakmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
11- Bebeğimi kucağımda tutmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
12- Bebeğimi uyurken seyrediyorum	a	b	c	d
13- Bebeğimin yanımda olmasını istiyorum	a	b	c	d
14- Başkalarına bebeğimi anlatıyorum	a	b	c	d
15- Bebeğimin gönlünü almak zevklidir	a	b	c	d
16- Bebeğimle kucaklaşmaktan hoşlanıyorum	a	b	c	d
17- Bebeğimle gurur duyuyorum	a	b	c	d
18- Bebeğimin yeni şeyler yapmasını görmekten hoşlanıyorum	a	b	c	d
19- Düşüncelerim tamamen bebeğimle dolu	a	b	c	d
20- Bebeğimin karakterini biliyorum	a	b	c	d
21- Bebeğimin bana güven duymasını istiyorum	a	b	c	d
22- Bebeğim için önemli olduğumu biliyorum	a	b	c	d
23- Bebeğimin hareketlerinden ne istediğini anlıyorum	a	b	c	d
24- Bebeğime özel ilgi gösteriyorum	a	b	c	d
25- Bebeğim ağladığına onu rahatlatıyorum	a	b	c	d
26- Bebeğimi içimden gelen bir duyguyla seviyorum	a	b	c	d

Ek-5: Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği Onayı

10.04.2014

Sayın Elif Yazgan

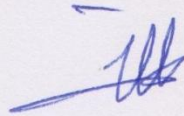
Tarafımdan Türkçeye uyarlanan 'Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği'ni “Doğumhane ortam ve koşullarının doğum ağrısına, doğumdan memnuniyete ve anne-bebek bağlanmasına etkisi” konulu yüksek lisans tezinizde kullanmanız uygundur. Çalışmanız yayınlandıktan sonra sonuçlarınızı görmekten mutluluk duyarım.

Başarılar dilerim

Yard.Doç.Dr. İlkay Güngör

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı



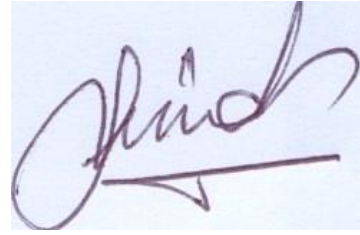
EK-6: Maternal Bağlanma leği Onayı

Sevgiyi gösteren maternal duygu ve davranışları ölçen MAI kişinin kendisinin uyguladığı bir ölçek olduğu için, okuma- yazma bilen ve okuduğunu anlayabilen kadınlarla uygulanabilen bir ölçektir. Her bir madde “her zaman” ile “hiçbir zaman” arasında değişen, 4’l lıkert tipi 26 maddelik bir ölçektir. Her madde doğrudan ifadeleri içermektedir ve Her Zaman (a)= 4 puan, Sık Sık (b)=3 puan, Bazen(c)=2 puan ve Hiçbir Zaman (d)=1 puan olarak hesaplanır. Bütün maddelerin toplamından genel bir puan elde edilmektedir. Yüksek puan maternal bağlanmanın yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 26, en yüksek puan 104 arasında değişmektedir.

Maternal Bağlanma leği en az postpartum bir aylık bebeği olan annelere uygulanır. Gebelere ve postpartum bir aydan önce uygulanmaz. Aşağıda ölçeğin güvenilirliğine yönelik olarak cronbach alfa değerleri verilmiştir. Lütfen alışmanızda belirtilen koşullara dikkat ederek uygulayınız.

Çalışmanızda başarılar dilerim.

Yard. Doç. Dr. Oya Kavlak



Ek-7: Fatih Üniversitesi Sema Uygulama Araştırma Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Onayı



FATİH ÜNİVERSİTESİ SEMA UYGULAMA ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEMŞİRELİĞİNE

Ben Elif Yazgan Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümünde yüksekisans yapmaktayım. Aynı zaman da hastanenizin kadın doğum bölümünde ebe olarak çalışıyorum. Yüksekisans tezimi hastanenizin kadın-doğum bölümünde yapmak istiyorum.

Araştırmam deneysel bir çalışma olacak ve 30 vaka 30 kontrol grubu oluşturulacaktır. Çalışmamın amacı "Doğum Eyleminde Ortam Koşullarının Doğum Ağrısına, Doğum Eylemi Memnuniyetine Ve Doğum Sonrası Anne- Bebek Bağlanmasına Etkisi" ne bakılacaktır. Ortam koşulları sessiz, loş ve sıcak olacak şekilde düzenlenecek ve gözlemci sayısı bir veya en fazla iki kişiyle sınırlandırılacaktır. Odada travay esnasında müzik ve kokudan da faydalanılacaktır.

Saygılarımla gereğinin yapılmasını arz ederim.

SEHİS AKGİN

Beşim

Aluay
7

ELİF YAZGAN

Kadın Doğum Servisi Ebesi

Sahil Yolu Sk. No: 16 Dragos
34844 Maltepe - İstanbul

0216
444 7362

www.semahastanesi.com.tr



Ek-8: Fatih Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi Etik Kurulu Onayı



Fatih Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı : B 30 2 FTH 0 20 00 10 / 141

24.08.2012

Konu : Etik Değerlendirme Komisyon Kararı

SAYIN ELİF YAZGAN

Fakültemiz etik değerlendirme komisyonunun 21.08.2012 tarih ve 1 sayılı toplantısında “ **Doğumhane Ortamı Ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet Ve Anne-Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi**” başlıklı araştırma projesi öneriniz incelenmiş ve etik ilkelere uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Konu hakkında bilgilerinizi rica eder, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Prof. Dr. İlyas AKDEMİR

Etik Değerlendirme Komisyonu Başkanı

11. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Elif YAZGAN

Doğum Yeri ve Tarihi: ZONGULDAK/-23.07.1987

Medeni Hali: Bekar

Yabancı Dil: İngilizce

E-posta Adresi: yazgan_yzgn@hotmail.com

Tel: 05415451190

Eğitim ve Akademik Durumu

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lise	Kilimli Lisesi	2005
Lisans	KTÜ Sağlık Yüksek Okulu	2009

İş Tecrübesi

Görev	Süre (yıl)
Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi	2009-...