



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**VAJİNAL DOĞUM YAPAN LOHUSALARIN GEBELİK VE
DOĞUM DENEYİMLERİ VE DOĞUM ŞEKLİNE İLİŞKİN
DÜŞÜNCELERİ**

ÜMRAN ERCİYES

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd.Doç.Dr. FİLİZ OKUMUŞ

İSTANBUL-2016

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada ve lisans hayatımda beni yönlendiren; gösterdiği büyük emek, destek ve sabırından dolayı çok değerli danışman hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ' a,

Eğitim hayatım boyunca her zaman desteklerini gördüğüm hocalarım Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ ve Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL' a,

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde çalışan tüm görevlilere ve özellikle Kadın Doğum Servisi ebe ve hemşirelerine,

Yüksek lisans serüvenini birlikte yaşadığım arkadaşlarım; Ebe Zehra Lale ÖZCAN, Ebe Saime AKYİĞİT, Ebe Őemsi ASLAN, Ebe Neslihan Köşker YALÇIN'a,

Literatür okumamda yardımını esirgemeyen arkadaşlarım Dr. Sevinj SARDARLI ve Dr. Mushviqa HASANOVA' ya, destekleri için Hemşire Melike GÜLER' e,

Bugünlere gelmemde hiç Őüphesiz en büyük payı olan hayatım boyunca yalnız bırakmayan kıymetli anneme, babama ve kardeşlerime sabır, destek ve güvenleri için,

Çalışmam sırasında bana mesleğimin en özel anını deneyimlememe ve teyze olmama vesile olan iyi ki ebeyim dedirten kardeşim MERVE ve yeğenim YAĞMUR'a bana bu eşsiz duyguyu yaşattıkları için,

SONSUZ TEŞEKKÜR EDİYORUM.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Doğum Öncesi Bakım	8
4.1.1. Anamnez alınması.....	10
4.1.1.1. Genel gebelik anamnezi	11
4.1.1.2. Özel gebelik anamnezi	11
4.1.2. Fizik muayene	12
4.1.2.1. Abdomen muayenesi	12
4.1.2.2. Vajinal muayene	13
4.1.3. Laboratuvar testleri	14
4.1.4. Fetal iyiliğın değerlendirilmesi	15
4.1.4.1. Non-invaziv yöntemler.....	16
4.1.4.2. İnvaziv yöntemler.....	19
4.2. Doğum Bilgisi	22
4.2.1. Doğum esnasında yapılan uygulamalar	22
4.2.1.1. Epizyotomi	23
4.2.1.2. Vakum ve forseps	25
4.2.1.3. Amniyotomi	26
4.2.1.4. Fundal bası	26
4.2.1.5. Doğumun indüksiyonu	27
4.2.1.6. Fetal kalp hızının izlenmesi	30

5. METOT VE MATERYAL	33
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi	33
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	33
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	33
5.3.1. Örneklem seçim kriterleri	34
5.4. Araştırma Soruları	34
5.5. Veri Toplama Araçları.....	34
5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu	35
5.5.2. Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ)	35
5.6. Verilerin Toplanması.....	37
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	37
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	37
5.9. Araştırmanın Süresi	38
5.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar	38
6. BULGULAR	39
6.1. Vajinal doğum yapan kadınların Annenin Doğumu Algılama Ölçeği Puanları ve alt boyutlarına göre dağılımları	40
6.2. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular.....	45
6.3. Vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulgular.....	49
6.4. Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulgular.....	53
6.5. Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulgular	56
7.TARTIŞMA.....	65
7.1. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması	66
7.2. Vajinal doğum yapan kadınlarında doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması.....	67
7.3. Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması	70
7.4. Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulguların tartışılması	72
8.SONUÇ.....	77
9. KAYNAKLAR.....	80

10. EKLER.....	88
11. ETİK KURUL ONAYI.....	94
12. ÖZGEÇMİŞ.....	96



KISALTMALAR LİSTESİ

ADAÖ	: Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği
FİGO	: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
ACOG	: Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği
WHO/DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
VD	: Vajinal Doğum
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
IUGR	: İntrauterin Gelişme Geriliği
RIA	: Rahim İçi Araç
USG	: Ultrasonografi
NST	: Nonstres Test
CST	: Kontraksiyon Stres Test
BPP	: Biyofizik Profil
FKA	: Fetal Kalp Atımı
AFP	: Alfa Fetoprotein
EFM	: Elektro Fetal Monitorizasyon
NTD	: Nöral Tüp Defekti
CVS	: Koryon Villüs Örnekleme
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SS	: Standart Sapma
Ort	: Ortalama
Min	: Minimum
Max	: Maximum

TABLolar LİSTESİ

Tablo 5.5.1. Annenin doğumu algılama ölçeği güvenilirlik değeri.....	36
Tablo 5.5.2. Annenin doğumu algılama ölçeği hotelling's t-squared.....	37
Tablo 6.1.1. Annelerin Doğumu Algılama Ölçeği ve Alt Boyutları Toplam Puanları (n=349).....	40
Tablo 6.1.2. Annelerin Doğumu Algılama Ölçeği Dağılımları	41
Tablo 6.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	45
Tablo 6.2.2. Katılımcıların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri	47
Tablo 6.2.3. Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri	48
Tablo 6.3.1. Katılımcıların Doğum Öncesi Bakımlarına İlişkin Özellikler	49
Tablo 6.3.2. Doğum Öncesi Yapılan Tetkiklere İlişkin Özellikler	50
Tablo 6.3.3. Doğum Öncesi Eğitimlerine İlişkin Özellikler	51
Tablo 6.4.1. Hastaneye İlk Başvuru Bulgularına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına Göre Karşılaştırılması.....	53
Tablo 6.4.2. Doğumun Sürelerine Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına Göre Karşılaştırılması	54
Tablo 6.4.3. Vajinal doğum Şekline Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	55
Tablo 6.5.1. Damar yolu açılmasına göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	56
Tablo 6.5.2. Suni İndüksiyon Uygulamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	57
Tablo 6.5.3. EFM Sıklığına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6.5.4. Lavman Uygulamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	58
Tablo 6.5.5. Oral Kısıtlamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	59
Tablo 6.5.6. Hareket Kısıtlamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	60
Tablo 6.5.7. Amniyotomi Durumuna Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	61

Tablo 6.5.8. Fundal Bası Yapılmasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	62
Tablo 6.5.9. Epizyotomi Yapılma Durumuna Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması.....	63
Tablo 6.5.10. Ten Tene Temas Yapılmasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması	64



1. ÖZET

VAJİNAL DOĞUM YAPAN LOHUSALARIN GEBELİK VE DOĞUM DENEYİMLERİ VE DOĞUM ŞEKLİNE İLİŞKİN DÜŞÜNCELERİ

Bu araştırma, vajinal doğum yapan kadınların gebelik ve doğum deneyimleri ve doğum şekline ilişkin düşüncelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, yapılmıştır. Kesitsel-tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, İstanbul'da bir kamu hastanesinde Mayıs-Ekim 2014 tarihleri arasında vaginal doğum yapan 349 kadında doğum sonrası yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak tanımlayıcı bilgi formu ve Annerin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için SPSS programı kullanılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 27.13 olup ölçekten alınan ortalama puan 76.93±20.22' dir. Annelerin çoğunluğu ilkokul mezunu, gelir getiren bir işte çalışmamakta ve gelir gidere denk olduğunu ifade etmiştir. Annelerin yarısından fazlası gebeliği sırasında doğum öncesi eğitim almamıştır. Doğum öncesi eğitim alanlarda doğum sürecinde ağrı ile baş etmelerine yardımcı olacak konularda eğitim alma oranı oldukça düşüktür. Annelerin doğum için hastanede geçirdikleri süre arttıkça doğum algısı olumsuz yönde etkilenmektedir. Katılımcıların %86.8'i müdahaleli vajinal doğum yapmıştır. Spontan vajinal doğum yapmak doğum algısının olumlu yönde etkilemektedir. Annelere doğum sırasında damar yolu açılması, suni indüksiyon verilmesi, lavman yapılması, oral alımın ve hareketin kısıtlanması, fundal bası ve epizyotomi uygulanması ve doğum sonu bebeği ile ten tene temas yaptırılmaması doğum algılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum algısı, Doğum öncesi bakım, Vajinal doğum

2. ABSTRACT

THE PREGNANCY, BIRTH EXPERIENCE AND THE OPINIONS REPARDING DELIVERY TYPE OF THE PUERPERANTS, AFTER VAGINAL BIRTH

We aimed the determination of factors which impact the pregnancy, birth experience and the opinions regarding delivery type of the puerperants, after vaginal birth. This descriptive study includes 349 patients which births with normal birth in one of the hospital in İstanbul in May- November 2014. After birth we talk with these women face to face. The descriptive information form and Perception of Birth Scale were used as data collection tool. SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) was used for statistical analysis.

The average age of patients was 27.13 and average scor was 76.93 ± 20.22 . The patients are primary school graduate and don't have a job They expressed an income outcome equality. More than half of women didn't get educated before birth. Among educated patients few women got educated overcoming the pain during labor process. . As the period in hospital increases, the birth perception is affected negative . %86.8 of participants gave assisted delivery. Spontaneous vaginal birth has positive effects to birth perception. Establishing a vascular access, induction of labor performing enema, restriction of orally intake and movement, fundal pressure, episiotomy, nor to perform skin to skin contact with baby after birth have adverse effects to the birth perceptions.

Keywords: Antenatal care, Perception of birth, Vaginal birth

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü sezaryen sıklığını %10-15 olarak önermesine rağmen son yıllarda tüm dünyada sezaryen oranları artmaktadır. DSÖ 2010 verilerine göre bazı ülkelerin sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30.2, İtalya'da %34.4, Brezilyada %41.3, Meksika da %36.1, Kore'de %37.7, İsviçre'de %28.9, Almanya'da %27.8'dir, Gözükara ve Eroğlu (1). Dünyadaki bu artıştan Türkiye biraz daha fazla etkilenmiştir. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri 2014 verilerine göre, Türkiye'de sezaryen oranı 2002 yılında %21 iken 2014'te %51'e kadar yükselmiştir Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2). Günümüzde sezaryen oranlarının artmış olması isteğe bağlı sezaryenlerin artmasından kaynaklanmaktadır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FİGO) sezaryenin isteğe bağlı olarak değil, tıbbi nedenlerle yapılması gerektiğini belirtmektedir. Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) 2008'de yaptığı açıklamada ise; ciddi respiratuar distres, primer olarak iatrojenik prematüreden sonra olmasına rağmen yenidoğanın transient takipnesi ve persistan pulmoner hipertansiyonun her ikisi de gestasyonel yaştan bağımsız olarak elektif sezaryende artmaktadır, Lee and Dalton (3). Tıbbi nedenler dışında sezaryenlerin anne ve bebek sağlığına getirdiği olumsuz etkiler göz önüne alındığında, tıbbi bir endikasyon olmadan sezaryenden kaçınılması zorunluluk arz etmektedir. Clark et al (4) tarafından yapılan araştırmada sezaryen operasyonlarının neden olabileceği ölüm riski yaklaşık yüzbinde 2 iken, vajinal doğumun neden olduğu ölümlerin yüzbinde 0.2 olduğu saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bulunmuştur, Clark et al (4).

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı sezaryen oranlarının azaltılmasında son yıllarda ciddi girişimlerde bulunmaktadır. Sertifika programlarının oluşturulması ve sağlık politikasında vajinal doğuma özendirme çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalardan birisi, sezaryen oranlarının kurumsal performans kriterleri arasına konulmasıdır. Sezaryen oranlarını düşürmek ve vajinal doğuma yönlendirmek amacıyla belirlenen bu kritere göre, hastanede gerçekleştirilen sezaryen oranları hastanenin performansında gösterge olarak kabul edilmektedir. Yeni düzenlemeye göre vajinal doğum yaptıran hekime 180 puan verilirken, sezaryen doğum yaptıran hekime 157

puan verilmekte ve böylece vajinal doğum yaptıranların %50 daha fazla ücret alması sağlanmaktadır. Hastanelere ödenen doğum paket fiyatlarında da vajinal doğum lehine bir düzenlemeye gitme kararı alınmıştır. Böylece kolay ve ücreti yüksek olduğu için tercih edilen sezaryen yönteminin sadece tıbbi gereklilik halinde uygulanması hedeflenmektedir, Gözükara ve Eroğlu (1).

Yapılan çalışmalarda kadınlar doğum şekline genellikle kendileri karar vermediği bildirilmiştir. Vajinal doğum yapanların % 52'si, sezaryen olanların % 77.5' inde doktorun karar verdiği belirtilmektedir, Ravlı (5). VD yapmak isteyen kadınların % 57.8' i VD yapabilmişlerdir. VD yapan kadınların %88.4 tekrar doğum yapsa yine VD tercih etmektedir. Sezaryen olanların ise % 61.2' si VD yapmayı istemektedir, Borlu (6). Kadınların planladıkları doğum şekline kendisinin karar vermediği ve kararlarını etkileyen kişinin daha çok anneleri olduğunu belirtmişler normal doğum yapanların doğum şekline doktor karar vermiştir, Pakenham et al (7). Okuryazar olmayanlarda vajinal doğuma %75 doktor karar verirken sezaryen olanların tamamında doktor karar vermiştir, Ravlı (5). Vajinal doğum yapmayıp sezaryeni tercih etme nedenleri %50 hekim isteği iken % 7.5 vajinal doğum korkusu yer almaktadır, Karabulutlu (8). Başka bir çalışmada ise yine sezaryen tercih nedeni % 47 hekim %19 kendi isteği olarak bulunmuş, %18 VD korkusudur. Gebeler % 81.3 doğum şekline karar verme aşamasında söz sahibi olmayı istemektedirler. Kadınların %37.8' i hekimin %20.2'si kendisi ve sağlık personeli ile birlikte karar vermesi gerektiğini düşünmektedirler, Sayiner ve ark (9).

Kadınların doğum şekli tercihleri doğum deneyimleri ile yakından ilişkilidir. Doğum deneyimi subjektif fiziksel, psikolojik süreçlerle iç içe seyreden ve sosyal çevresel, politik ve yapısal faktörlerden etkilenen bireysel hayati bir olaydır, Larkin et al (10). Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler için bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışmasının yapıldığı araştırmada gebe kadınların doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler puanı 7.2 ile en yüksek düzeyde bulunmuştur, Kitapçioğlu ve ark (11). Gebelerin doğum sancuları ve doğumları hakkında düşüncelerini araştıran bir çalışmada, gebelerin %62'si doğumlarının hiç mükemmel olmayacağını, %62.3' ünün ise son derece korkunç olacağını beklediklerini belirtmişlerdir. Gebelere doğum sancuları ve doğum sırasında neler

hissedebilecekleri sorulduğunda, gebelerin %62.3' ünün kendilerini yalnız hissedeceklerini, %63.7'sinin hiç kendinden emin olmayacağını, %77.7' sinin son derece korkmuş, %61.7'sinin son derece yüzüstü bırakılmış, %64.3'ünün son derece güçsüz hissedeceklerini düşündükleri saptanmıştır. Gebelerin %63'ü kendilerini güvende hissetmeyeceklerini belirtmişlerdir. Doğum sancıları ve doğumları sırasında gebelerin %60.7' si kendine hâkim olamayacağını, %63.3'ü hiç rahat olamayacağını, %62.7'si hiç mutlu olamayacağını belirtmişlerdir. %63.3'ünün kontrolümü tamamen kaybedeceğim cevabını verdiği görülmüştür, Seller (12).

Gebe kadınların %20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların %6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusu olan ardışık 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin %46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, %73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, %65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve %44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, %43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur, Kuğu ve Akyüz (13). Gebelerin %56.9' u ağrılarının 4 saat ve üzerinde olduğunu %3.3 olumsuz VD deneyimi yaşadıklarını %47' si sorun yaşamadığını belirtmişlerdir, Ceylantekin (14).

Serçekuş'un yaptığı bir çalışmada gebeler damar yolu açılması, epidural katater takılması, enjeksiyon vb işlemlerden korktuklarını belirtmişlerdir. Doğumda uygulanan işlemlerdense en çok epizyotomiden korktuklarını belirtmişlerdir. Doğuma dair fazla bilgi edinme gelişebilecek komplikasyonlar veya medya vs doğuma dair edindiği bilgiler de doğum hakkında korkuya sebep olmaktadır, Serçekuş (15). Doğum yapanların büyük çoğunluğu doğum şekli tercihleri konusunda bilgilendirilmiş bu bilgiyi sağlık personeli tarafından almıştır, Ravlı (5). Gebeliğin ilerlemesiyle doğum şekli tercihinin ilk kararından değişiklik göstermediği saptanmıştır, Özkan ve ark (16).

Gebelerin doğum hakkındaki düşünceleri sadece kendi deneyimleri ile değil çevrelerinden duydukları doğum hikâyeleri ile de yakından ilişkilidir. Gebelerin dinledikleri doğum hikayelerinden %48.2' si olumsuz etkilenmektedir. Doğumun yaklaşması önceki travmatik deneyimleri istismar ve psikiyatrik bozukluklar aktive

etmekte ve bu da VD için korkuyu artırıp kadınların VD korkusu sezaryen isteği ile başvurup uzman yardımını aldığı anda korkularının nedeninin daha iyi anlayıp genelde VD'a karar verip bu kararlarından memnun kalmaktadırlar, Nerum ve Halvorsen (17).

Kadınların vajinal doğum konusunda emin kaynaklardan bilgi edinmesi önemlidir. Kadınlar genellikle doğum şekilleri konusunda bilgi sahibi değildir, Borlu (6). Yapılan bir çalışmada gebelerin %27.3' i gebelik süresince doğum konusunda bilgi aldığı ve bilgi alanların %91.5'inin sağlık personelinde bilgi aldığı görülmüştür. Doğum hakkında gebelerin %72.7' si bilgi almamıştır. Bilgi alanların %20'si solunum egzersizleri, %1'i doğum ağrısının niteliği, %6.3' ü ise doğum şeklinin ne olacağı ile ilgili bilgi aldığını ifade etmiştir. Doğum öncesi bakım alanların almayanlara oranla doğum deneyimi daha olumlu olmuştur, Seller (12). Doğuma hazırlık sınıfları ile ilgili yapılan bir araştırmada doğuma hazırlık sınıflarında eğitim alanlar doğumu ve bebeklerini daha olumlu algılamaktadırlar, Şeker ve Sevil (18).

Yapılan başka bir çalışmada ise doğuma hazırlık eğitimi alan grupta normal doğum oranı daha yüksek ve epizyotomi uygulaması doğumun müdahale ile başlatılması oranı daha düşüktür. Yine aynı şekilde normal doğum yapanlarda doğum deneyimi daha olumlu olarak değerlendirilmektedir. Doğum yaptıkları hastanede çalışan sağlık personelinin doğal doğuma saygılı olmaları da doğumda yaşanan memnuniyet düzeyini artırmaktadır, İsbir ve ark (19).

Türkiye, dünyada yüksek sezaryen oranlarına sahip ülkeler arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu yüzden günümüzde Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, normal doğum oranlarını arttırıcı politikalar geliştirmektedir. Kadınların olumlu doğum deneyimleri yaşamaları açısından vajinal doğumun önemi göz ardı edilemez. Ancak günümüzde kadınların gebelikleri döneminde doğum öncesi bakım ve doğuma hazırlık eğitimlerindeki yetersizlikler ve tek başına vajinal doğum oranını arttırıcı politikalar, müdahaleli vajinal doğumların artmasına ve bunun da kadınların doğum daha çok olumsuz doğum deneyimlerine sahip olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceden yola çıkılarak bu araştırma, vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimleri ve doğum algılarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

Doğum birçok kadın için ağrı ve kötü deneyimlerin yaşanabildiği fizyolojik bir olaydır. Genellikle doğumlarda yaşanan kötü deneyimler kadınların doğum hakkındaki görüşlerini etkileyebilmekte bazen kadınlar arasında dilden dile dolaşarak ilk doğumunu yaşayacaklar için korkunç bir olay olarak düşünülmesine de sebep olabilmektedir. Doğum anında yaşanan zorluklar sağlık çalışanlarının ilgisi ve doğuma dair bilinmezlikler de bir sonraki doğum düşüncesini etkilemekte sezaryene yöneltebilmektedir. Kadınların bu tercihleri konusunda doğum hakkında uzman kişilerce bilgilendirilmesi, korkularının giderilmesi, merak ettikleri ve kulaktan dolma yanlış bilgilerinin düzeltilmesi, sağlıklı doğum deneyimi için önem arz etmektedir, Özkan ve Sakal (16). Vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgilendirilmeyen gebeler doğuma olan ön yargıları doğrultusunda özel hastanelere yönelmekte sezaryen oranı artmaktadır. Eroğlu ve Gözükara'nın yaptığı bir çalışma da sezaryen oranı özel hastanelerde %64 olarak belirtilmektedir. Bu da doğumların büyük oranda sezaryenle sonuçlandığını göstermektedir, Gözükara Eroğlu (1). Bir kez sezaryen hep sezaren görüşü doğrultusunda daha önceki doğumunun sezaryen ile sonuçlanması da sezaryen oranlarını artırmaktadır. Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada geçirilmiş sezaryen öyküsü 2004 yılında %31.5 iken 2006 yılında ise %47'ye yükselmektedir. Bu oranların artmasında geçirilmiş sezaryen öyküsünün payı büyüktür, Coşkun ve ark (20).

Gebe kadınların % 20'sinin doğum korkusu yaşadığı ve bunların % 6'sında bu korkunun ciddi şekilde güçsüzlük korkusu olduğu bildirilmiştir. Doğum korkusu olan ardışık 100 gebenin incelendiği bir çalışmada, gebelerin % 46'sında geçmişte komplikasyonlu doğum öyküsü olduğu, % 73'nün doğum ekibi ve uygun destek sağlanması konusunda güven eksikliği bildirdiği, % 65'nin fiziksel ve zihinsel olarak doğum yapmadaki yeteneksizliklerinden korktukları, % 55'inde ölüm korkusu ve % 44'ünde doğum esnasında kontrol kaybı korkusu olduğu, % 43'ünün ise doğum esnasında dayanılmaz ağrı beklentisi içinde olduğu bulunmuştur, Kuğu ve Akyüz (13). Doğumda bebeğin zarar görmesi, ölmesi, perinehasarı, epizyotomi, doğumda komplikasyongelişmesi, kendini doğum yapabilecekyeterlilikte görmeme doğum

korkusu içinde yer almaktadır, Gözükara ve Eroğlu (1). Yapılan başka bir çalışmada ise çalışmaya katılan gebelerin yarısından fazlasının doğumdan korktukları saptanmıştır, Dönmez ve Yenieli (21). Gebelerin % 56.9'u ağrılarının 4 saat ve üzerinde olduğunu % 3.3 olumsuz VD deneyimi yaşadıklarını % 47'si sorun yaşamadığını belirtmişlerdir, Ceylantekin (14). Serçekuş'un yaptığı bir çalışmada gebeler damar yolu açılması, epidural katater takılması, enjeksiyon vb işlemlerden korktuklarını belirtmişlerdir. Doğumda uygulanan işlemlerdense en çok epizyotomiden korktuklarını belirtmişlerdir, Serçekuş (15).

Kadınların doğum korkularını yenmesi ve olumlu doğum deneyimi yaşayabilmeleri sadece doğum süreci ile ilgili değil, gebelik döneminden başlayarak doğumun sonuna kadar olan dönemi içine alacak şekilde bakım ve eğitim yaklaşımlarının gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

4.1. Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak eğitimi bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. DÖB ile birçok potansiyel sorun doğum öncesinde belirlenebilir, önlem alınabilir ve tedavi edilebilir Özgür ve ark (22). DÖB, genelde annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını hedefler. DÖB'in temel amaçları şunlardır, Kadayıfçı (23).

- Annede olabilecek hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek (Diyabet, kalp hastalıklarının erken tanı ve tedavisi)
- Gebeliğe bağlı ortaya çıkabilecek olumsuz durumların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak (Toksemi, kanama, v.s.).
- Doğum öncesi dönemde anneye gebelik, genel hijyen kuralları, beslenme, doğum sonu uygulayacağı aile planlaması yöntemi hakkında gerekli bilgiyi vermek, doğuma anneyi bedenlen ve psikolojik olarak hazırlamak, yeni doğacak bebeğin bakımı için anneyi eğitmek.

Gebelikte DÖB izlem sayıları konusunda gelişmiş ve gelişmekte olan topluluklar açısından farklılıklar bulunmaktadır. Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan 154 sayılı yönergeye göre, gebelerin gebelikleri boyunca en az 13 kez izlenmesi gerekmektedir. Ancak normal giden bir gebeliğin bu kadar izlenmesine gerek yoktur. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı 1986 yılından başlayarak izlemlerin sayısını 6'ya indirmiştir. Buna göre gebe izlemleri 12. hafyata kadar ilk tespit ve izlem yapıldıktan sonra 10 aya kadar ayda bir kez olmak üzere toplam 6 izlem olarak tavsiye edilir, Bertan ve Güleç (24). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) önerilerine bağlı olarak da son yıllarda normal giden gebeliklerde 4 izlemin yeterli olabileceği bildirilmiştir. Bu durumda ilk 14 haftaya kadar ilk tespit ve izlemden sonra 26 haftada bir kez, 32 haftada bir kez ve 38 haftada bir kez olacak şekildedir, WHO (25). Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmiş güncel DÖB izlem sayısı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde şu şekilde belirtilmiştir; Gebeliğin ilk izlem 14 hafta içinde, ikincisi 18-24 haftalar arasında, üçüncüsü 30- 32 haftalarda ve dördüncüsü 36-38 haftalarda olmak üzere 4 ana izlem üzerine yapılmaktadır, Doğum öncesi bakım yönetim rehberi (26).

Muhtemel bir gebelik olasılığı varlığında prenatal bakım hemen başlatılmalıdır. Özellikle gebelik terminasyonu isteyen kadınlarda adet gecikmesinin ilk günlerinde ama diğerleri için ikinci geçirilmiş periyottan geç olmamak üzere başlanılmalıdır, Köker (27). Gebeliğin kesinleşmesinden sonra tercihen 6 ila 8 haftalar arası kadının fizik muayenesi yapılır. Bu kontrolde gebeliğin süresi hesaplanabilir ve doğum zamanı mümkün olan en doğru şekilde tahmin edilebilir. Gebeliğin ilk muayenesi oldukça detaylıdır, Arslan ve Yiğiter (28);

- Son adet tarihi kaydedilir.
- Kilo, boy ve kan basıncı ölçümü kaydedilir.
- Pelvik muayene ile uterus boyutu ve pozisyonu saptanır.
- Kan testlerinde öncelikle kan grubu ve Rh durumu, tam kan sayımı ve açlık kan şekeri bakılır.
- Tiroid fonksiyonu için rutin tarama yapılmamakla birlikte riskli hasta grubunda TSH istenmelidir

- Serolojik testler için VDRL, HbsAg, AntiHIV. -HIV testi için hastanın onayı alınmalıdır-, Anti Rubella IgM ve IgG yapılmalıdır.
- Toxoplasma, Sitomegalovirüs ve Parvovirüs için rutin tarama önerilmemektedir. Toxoplasma ve CMV ülkemiz gibi yüksek riskli populasyonlarda bakılabilir. Gebelere ellerin ve yiyeceklerin dikkatli bir şekilde yıkanması, çiğ et ile temas edilmemesi ve yiyeceklerin iyi pişirilmesinin koruyucu rolü belirtilmelidir.
- Kan transfüzyonu olmuş gebelere, ailede hepatit C öyküsü olan gebelere Anti HCV istenmelidir.
- Gonore ve Klamidya için risk altında olan asemptomatik gebelerin erken tanı ve tedavisi obstetrik komplikasyonlara bağlı morbiditeyi (düşük, ölü doğum, erken doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, düşük doğum ağırlığı, IUGR) azaltabilir.
- İdrar testleri: idrar örneği analiz ve kültür için alınır. Piyelonefrit, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi ciddi komplikasyonlar için risk faktörü olması nedeniyle asemptomatik bakteriürinin erken tanısı değerlidir.
- Pap smear testi: Son 1 yıl içerisinde normal olarak sonuçlanmış Pap smear testi yoksa rahim ağzı kanseri için serviksten örnek alınır.

4.1.1. Anamnez alınması

Sağlığın diğer alanlarında olduğu gibi iyi bir hikâye alınmalıdır ve tüm bilgiler kaydedilmelidir. Özellikle geçmiş obstetrik hikâye hakkında detaylı bilgi alınmalı, bir sonraki gebelikte tekrarlayabilecek komplikasyonlar üzerinde durulmalıdır. ACOG (1996) psikososyal durumun ele alınmasının kadının sağlığı ve doğumun sonuçlarını iyileştirmede gerekli bir basamak olduğu sonucuna varmışlardır, Köker (27).

Anamnez genel gebelik anamnezi ve özel gebelik anamnezi olmak üzere değerlendirilmelidir, Beksaç ve ark (29).

4.1.1.1. Genel gebelik anamnezi

Genel gebelik anamnezinde; annenin yaşı evlenme yaşı, kaç yıllık evli olduğu, gebeliğin arzu edilip edilmediğinin bilinmesi, öykü ile belirlenebilecek tüm risk faktörlerinin varlığı sorularak not edilmelidir. İdeal doğum yaşı 20-30 yaşlar olarak kabul edilebilir. Çok genç yaşta 35 yaşın üstünde gerçekleşen gebeliklerde hem maternal hem fetal problemlerle karşılaşma sıklığının artabileceğini unutmamak gerekir. Eskiden geçirilen hastalıklar yapılan tedaviler ve bu hastalıkların sekel bırakıp bırakmadığı ve nükslerinin olup olmadığı anamnezle birlikte gerektiğinde laboratuvar testleri ile belirlenmelidir. Geçirilmiş ameliyatların tümü kaydedilirken özellikle genital organlarla ilgili ve uterusu etkileyen sezaryen, myomektomi gibi operasyonların yeni gebelikte rüptür tehlikesi ihtimali, uterusu karın duvarına tespit edici ameliyatlarda ise distosi tehlikesi olabileceği hatırlanmalıdır. Kollumi vajina ve perinede yapılan plastik operasyonlar doğum şeklini değiştirebilir. Yine genetik anamnez programı içinde, gebenin menarş yaşı, adet düzeni, kanama miktarı, sancılı olup olmaması, galaktorenin mevcudiyeti, overial hipofizer hormonlar hakkında fikir sahibi olunmasını sağlayabilir, Beksaçve ark (29).

4.1.1.2. Özel gebelik anamnezi

Son adet tarihinin bilinmesi: Gebeliğin yaşının ve muhtemel doğum tarihinin saptanmasında rol oynar. Son adet tarihi denildiğinde kadınların büyük çoğunluğu temizlendikleri günü ifade ederler. Bu bakımdan âdetin başladığı ilk günü bahsedildiğinin belirtilmesi lazımdır, Beksaç ve ark (29).

Evvelce geçirilmiş obstetrik öykü: Kadın evvelce kaç defa gebe kalmış, bu gebeliklerin seyri ne olmuş, kaç gebeliği sağlıklı doğmuş ve yaşıyor, ölen var mıdır? Spontan düşük veya istemli düşük olmuş mudur? Antenatal kanamaların olup olmadığının sorulması, gebeliklerin terminasyon tarihinin 40 haftaya ulaşmış ulaşmadığı, dikkatlice araştırılmalıdır. Postpartum anne ve fetusta bir problemin yaşanmadığı da kayıt edilmelidir, Beksaçve ark (29).

Gebeliğin doğrulanması: Bugün beta-hCG yi konsepsiyondan 6-8 gün sonra saptayabilecek kadar duyarlı ve kanda hormon düzeyi tainlerine dayalı gebelik testlerinin mevcudiyeti sayesinde erken tanı konulması mümkündür. Bu amaçla eliza ve RİA yöntemleri uygulanmaktadır. Ancak idrarda yapılan hormon testleri bu kadar hassas olmayabilir, Beksaçve ark (29).

Gebenin davranışını değerlendirme: Gebenin bu gebeliği arzu edip etmemesi, mutlu heyecanlı ve mutsuz tedirgin olduğunu hissetmek oldukça kolaydır. Transvajinal USG'de görüntüleme yöntemi ile gebelik doğrulanabilir, Beksaçve ark (29).

Şimdiki gebeliğin seyri: Gebeliğin tespit edildiği andan itibaren muayeneye geldiği tarihe kadar gebenin ne gibi şikâyetleri olmuştur? Bulantı kusma, göz kararması, uyku hali, görme bozuklukları, ayaklarda şişme, baş ağrısı, diş ağrıları, mesaneye ait şikâyetler, defakasyon problemleri, böbrek fonksiyonlarına ait şikâyetlerinin ve tüm sistemlere ait şikâyetlerinin olup olmadığı sorulmalıdır, Beksaç ve ark (29).

Çocuk hareketleri: Primigravidalarda 18-20 hafta ve civarı multiparlarda ise iki hafta erken çocuk hareketlerinin hissedilmesi gerekir, Beksaç ve ark (29).

4.1.2. Fizik muayene

4.1.2.1. Abdomen muayenesi

İlk kez 1984 yılında Leopold ve Sperlin tarafından tanımlanmıştır. Sistemli bir şekilde yapılan abdominal palpasyon esasına dayanırlar. İlk üç manevrada hasta muayene masasında uzanırken, muayeneyi yaparken hastanın sağ yanında yüzü hastaya bakacak şekilde durur. Dördüncü manevrada ise muayeneyi yapan kişi sırtını hastanın yüzüne dönerek palpasyonunu yapar. Leopold manevraları genel olarak üçüncü trimester da uygulanmaktadır, Beksaç ve ark (29). Gebe uterusun üçüncü trimester de palpe edilmesinin amacı; gebelik haftasına göre uterusun büyüklüğünü, fetal duruş ve prezentasyonu ve önde gelen kısmın pelvise ne kadar indiğini belirlemektir, Azzavi (30). Birinci leopold manevrası ile fundus yüksekliği, ikinci leopold manevrası ile fetal sırtın yeri, üçüncü leopold manevrası ile gelen kısım, dördüncü leopold manevrası ile başın yerleşip yerleşmediği değerlendirilir, Arslan ve

Yiğiter (28). Abdominal palpasyon gebeliğin son aylarında ya da travayda kontraksiyonlar arasında yapılabilir. Travay sırasında palpasyon uterusun alt segmenti hakkında fikir verecektir. Fetusun geçmesi için obstrüksiyon varsa uterusun alt kısmında yer alan transvers veya obliq kabartı patolojik retraksiyon halkası olarak saptanabilir. Normal olgularda bile uterusu kontraksiyon ve pasif alt uterin segment palpasyonla ayırt edilebilir. Kontraksiyon sırasında uterusun üst kısmı sert ve katı olarak ele gelir. Alt segment ise elastik ve dalgalı olarak ele gelir, Köker (27).

Gebe uterusu muayene ederken hastayı supin pozisyonda bırakmamak gerekir, bu pozisyonda supin hipotansiyon sendromu oluşabileceği unutulmamalıdır. Bu sırt üstü düz yatan bir gebede uterusun vena cava inferiora bası yaparak venöz dönüşümü engellemesi ve hipotansiyon, taşikardi ve baygınlık hissinin gelişmesi durumudur. Bu nedenle muayene masasının baş kısmı yukarı doğru kaldırılarak uterusun vena cavaya basısı azaltılır. Gebenin karnı sternumun alt ucundan (ksifoiden) pubise kadar açık kalacak şekilde hazırlanır. Bu sırada anamnezde atlanmış olabilecek bir ameliyat izi olup olmadığı araştırılabilir, Azzavi (30).

4.1.2.2. Vajinal muayene

Gebeliğin ilk trimesterinde ilk 8-10 haftalarda ve son trimesterde doğuma 1-2 haftalık süre kalımında kemik pelvisin kapasitesini ölçmek ve vajinal doğumun gerçekleşebileceği kararını verebilmek amacıyla yapılması gereken özel muayene şeklidir. Günümüzde USG kullanımının pek çok merkezde olması ve vajinal muayene gibi hastayı rahatsız etmemesi nedeniyle ilk trimesterde tercih edilir yöntem olmuştur. Lakin vajinanın, serviksin, fornikslerin incelenmesi gerektiğinde vajinal smear alınması için bu muayene şekline vazgeçilmemesi gerekmektedir, Beksaç ve ark (29).

Travaydan önce, vaginal muayene ile fetal prezantasyon ve pozisyonun değerlendirilmesi güçtür. Çünkü prezante olan kısım kapalı serviks ve alt uterin segmentten palpe edilmeye çalışılır. Travay sırasında ise, serviksin dilatasyonundan sonra önemli bilgi elde edilebilir. Verteks prezantasyonunda pozisyon ve şekiller, sütürler ve fontanellerin ayırt edilmesi ile saptanır. Yüz prezantasyonlarında ise

yüzün kısımları ayırt edilir. Makat prezentasyonunda ise sakrum ve matemal iskial tüberositeler palpe edilir, Beksaç ve ark (29).

Vaginal muayene sırasında prezentasyon ve pozisyonu anlamak için 4 manevra yapılır, Köker (27);

- Litotomi pozisyonundaki hastanın vaginasın hekimin eldivenli 2 parmağı girer ve prezente olan kısma ulaşır. Verteks, yüz, makat ayırt edilir.
- Verteks prezentasyonu ise parmaklar vaginanın arkasına ulaşır, daha sonra parmaklar matemal simfize doğru fetal başın üzerinden hareket eder. Bu inceleme sırasında muayene eden parmaklar fetal sagittal sütürleri hisseder. Bu hissedilince büyük ve küçük fontanelerin yeri saptanır.
- 2 fontanelin (ön/arka) yeri saptanır. Parmaklar sagittal sütürün ön tarafına gider, buradaki fontaneler dikkatlice incelenir. Parmaklar başın 2 yanında sirküler hareket eder ve böylece her 2 fontanelde hissedilir ve ayırt edilir.
- Bu sırada başın veya prezante olan kısmın pelviste ne kadar ilerlemiş olduğu saptanır. Bu manevralarla, sütürler ve fontaneler saptanır. Hata olasılığı azaltılır. Yüz ve makat prezentasyonunda değişik parçalar daha kolay ayırt edilebileceğinden hata olasılığı daha azdır, Köker (27).

4.1.3. Laboratuvar testleri

İlk prenatal takipten itibaren laboratuvar testleri yapılmalıdır. Bu testler genellikle idrar ve kan testlerinden oluşmaktadır. Tam idrar testinde bakteri varlığı, albümin, glikoz, keton cisimcikleri açısından izlenir. Kan testi olarak tam kan sayımı (hemoglobin, hematokrit, eitrosit, lökosit ve plateletler), Rh faktörü, kan grubu, rubella, hepatit-b, hepatit-c, VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) ve VDRL-RPR (Venereal Disease Research Laboratory Rapid Plasma Reaginest) testleri yapılır. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yönünden değerlendirilme yapılmalıdır. Servikal smear alınmalıdır, Beji ve Dişsiz (31).

Tam kan sayımı: Tara kan sayımı akyuvarlar (lökosit), alyuvarların (eritrosit) sayısı ve hematokrit (kanın şekilli elemanları ile sıvı kısmı arasındaki oran) oranıyla ilgili bilgi verir. Eğer lökositlerin sayısı fazla ise enfeksiyon (iltihap) bulunabilir. Eritrosit sayısı ya da hemoglobin ve hemotokrit düzeyi düşükse anemi (kansızlık) olabilir, Okumuş ve ark (32).

Kan grubu ve RH faktörü: Kan grubu ve Rh faktörünü belirlemek, bebekte kan uyuşmazlığının yol açabileceği soranların önlenmesi ya da tedavisinde önemlidir. Eğer annenin kan grubu Rh (-), babanın Rh (+) ise bebeğin kan grubu da Rh (+) olabilir. Eğer bebeğin kan grubu Rh (+) ise mutlaka anneye doğumdan sonra 72 saat içinde “RoGam” denen bir iğne yapılması gerekir. Bu durum ilk doğumlarda soran yaratmaz. Ancak 2. doğumdan sonra bebekte kan uyuşmazlığına bağlı sorunlar oluşur. Yapılan bu iğne ile bir sonraki gebeliğin bebeği kan uyuşmazlığına bağlı soranlardan korunmuş olur, Okumuş ve ark (32).

İdrar testleri: Gebelikte idrar analizi ve idrar kültürü yapılmaktadır. Bu testler böbrek fonksiyonları ve idrar yolu enfeksiyonları hakkında bilgi verir. Ayrıca tam idrar testi ile amaçlananlar, Okumuş ve ark (32);

- Aşırı bulantı ve kusmaları olan anne adayının genel beslenme durumunu değerlendirmek (idrarda aseton/keton çıkışı açlığa işaret eder ve açlık derecesiyle doğru orantılı olarak keton pozitifliği de artar),
- İdrarda proteinin varlığını ortaya çıkarmak (idrarda protein varlığı gebelik zehirlenmesinin bulgusu olabilir),
- Anne adayının yeterli su içip içmediğini değerlendirmektir (yetersiz su içildiğinde idrarın rengi koyulaşır ve yoğunluğu artar).

4.1.4. Fetal iyiliğin değerlendirilmesi

Fetal iyilik halinin değerlendirilmesinde amaç; fetal büyüme ve gelişmede bir problem olup olmadığını saptamaktır. Gebeliğin erken dönemlerinde yüksek riskli gebeliklerin tanımlanması anne ve bebeğin hastalanma ve ölüm riskini azaltır. Gebelik sırasında bebeğin sağlık durumu invaziv ve non-invaziv yöntemlerle incelenebilir, Beji ve Dişsiz (31).

4.1.4.1. Non-invaziv yöntemler

Ultrason: Ultrasonla tarama günümüzde batı dünyasında ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda antenatal bakımın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Ultrasonun antenatal bakımda kullanılması sayesinde gebelik haftası sadece yedi günlük bir yanılı payı ile belirlenebilmekte ve özellikle fetal gelişme geriliğinden şüphelenilen durumlarda fetal gelişim değerlendirilebilmektedir. Büyümeyi izlemek için biparietal çap, karın çevresi, baş çevresi; karın çevresi oranı ve femur uzunluğu ultrasonla yapılan ana ölçümlerdir. Ultrasonla tarama fetal anomalilerin tanısı için kullanılan temel bir araçtır. Ultrasonla tarama ikiz gebeliklerin erken tanılanmasını da kolaylaştırır. Gebelikte erken gelişen komplikasyonlar ultrason taramasının yardımı ile belirlenebilir, Azzavi (30).

Ultrasonografinin kullanımının yaygın hale gelmesiyle perinatal mortalite ve morbiditede belirgin azalmalar izlense de bu uygulamanın sezaryen oranlarını arttırdığı da bir gerçektir. Tahmin edilen fetal ağırlık da son trimesterde %15 hata payı olabilmektedir. “Fetal makrozomi” ve “small for gestational age” terimleri popülasyonlara göre farklılıklar gösterse de anne pelvis yapısına göre de doğum şekli değişmektedir. Sadece beklenen doğum ağırlığına göre karar verilmesi sezaryen oranını da arttırmaktadır, Döken ve Özdeğirmenci (33).

Doppler ultrasonografi

Doppler USG göbek kordonu ve fetüsün (aorta, beyin vb) damarlarındaki kan akımında meydana gelen değişiklikleri ölçerek, fetüsten plasentaya geçen kan akımının ve fetüs dolaşımının yeterli olup olmadığı tanımlayan bir yöntemdir. İşlemin uygulaması USG gibidir. Doppler ile ayrıca rahim duvarı damarlarındaki kan akımı da ölçülerek preeklampsi ve bebeğin gelişme geriliği açısından risk olup olmadığı saptanabilir. Rahim duvarı damarı Doppler akım ölçümü 22-24. haftalarda yapılır, Okumuş ve ark (32).

Biyofizik profil

Biyofiziksel profilde değerlendirilecek beş kriter vardır. Bunlar fetüsün solunum hareketi, vücut hareketi, tonüsü, amniyotik mayi volümü ve fetal kalp atım

reaksiyonudur. İlk dört kriter ultrason ile incelenir. Fetal kalp atım reaksiyonu ise nonstres test ile değerlendirilir. Bu beş değer birlikte fetüsün sağlık statüsünü tayin eder. Her bir kriter için normal ve anormal bulgular vardır. Her bir normal bulgu için 2 puan, anormal bulgu için sıfır puan verilir. Spesifik bir aktiviteni gözlenmediği durumları yorumlamak zordur. Çünkü bu durum sağlıklı bir fetüsün istirahat durumuna işaret edebileceği gibi, santral sinir sistemi depresyonunu da gösterebilir. 8-10 puan arası normaldir. 6 puan şüpheli bir durumu gösterir. Bu nedenle test 12-24 saat içinde tekrarlanmalıdır. Eğer fetüs termde ise doğum gerçekleşir. 4 puan ve altında ise bir anormallik düşünülmeli ve fetüs derhal doğurtulmalıdır, Taşkın (34).

Nonstress Test (NST)

Bu test bebeğinizin hareketleri ile kalp atım hızı arasındaki ilişkiyi gösteren bir testtir. Testin amacı bebeğinizin iyilik durumunu saptamaktır. Bu test fetüsün merkezi sinir sistemi sağlam ise ve bebek yeterince oksijenleniyorsa, hareket ettiğinde kalp atım hızında artış olur bilgisine dayandırılarak geliştirilmiştir. NST özellikle şeker hastası iseniz, gebelik hipertansiyonunuz varsa, bebeğinizde büyüme gelişme geriliği veya diğer riskli durumlar varsa çok daha sık kullanılır. Yüksek riskli durumlarda haftada bir tekrarlanması gerekebilir. Bu test gebeliğinizin 30-32. haftasından sonra yapılır. Çünkü ancak bu haftadan sonra bebeğinizin merkezi sinir sistemi aktiviteleri yeterli düzeye gelmiş olur, Okumuş ve ark (32).

Bebeğe O₂ transferinin azaldığı koşullarda yapılan en uygun testtir. O₂ taşınımı azalmaya başlayınca fetüste ilk önce hipoksi gelişir. Kan basıncı artar, kalp atımı artar, O₂ alımı artar, Bu duruma akselerasyon denir. O₂ daha da düşmeye devam ederse vagotoni gelişir ve bradikardi olur. Bunun sonucunda klinikte en önemli tablo olarak deselerasyon ortaya çıkar. Fetal kalp hızı akselerasyonlarının varlığı veya yokluğuna bağlı olarak yapılır. 20 dakikalık bir periyoda fetal kalp hızında en az 15 saniye süren ve dakikada fazladan 15 atım olan en az iki akselerasyon olmasına reaktif NST denir. Bu kriterlere ulaşılmzsa NST nonreaktif denir, Tekin (35).

Negatif testin en sık nedenleri fetüsün uyku döneminde veya inaktif periyoda olmasıdır. Test nonreaktif olduğunda 40 dakikaya uzatılır. Test hala negatifse CST veya biyofizik profil endikedir. Fetal kalp hızı akselerasyonlarının kaybolduğu

durumlar şunlardır; çok erken gestasyonel yaş, fetal uyku siklusları, fetal santral sinir sistemi anomalileri, maternal sedatif ya da narkotik madde kullanımı, fetal hipoksi, sigara. Reaktif olmayan NST varlığında fetusun doppler, BPP ve CST gibi daha ileri tetkikler ile araştırılmalıdır. Merkezi sinir sistemi 30. gebelik haftasından sonra olgunlaştığından bu haftadan sonra fetus NST ile değerlendirilmelidir. Gebeliğin 32. Haftasından sonra reaktif ve nonreaktif testlerin insidansı term fetuslarınkı ile paraleldir. Non reaktif NST durumunda fetusun elle stimülasyonu annenin pozisyonunu değiştirmesi ya da kan glukoz düzeyini artırmak için meyve suyu içirilmesi denenebilir. NST 28. haftadan sonra yapılır, Tekin (35).

İkili Test (11-14 Testi)

Down sendromu ve trizomi 18 adı verilen kromozom anomalilerine sahip bebekleri gebeliğin çok erken dönemlerinde saptamaya yönelik bir tarama testidir. Gebeliğin 11-14. haftalarında anneden alınan kanın incelenmesi ve USG aracılığıyla fetal ense kalınlığının ölçülmesi ile yapılır. Tüm tarama testlerinde olduğu gibi bu test de tanı koydurmaz. Sadece hastalık açısından yüksek risk altındaki bebekleri işaret eder ve bu bebeklerde kesin tanıya götüren tanısal testlerin yapılmasını sağlar. Bir başka deyişle testin yüksek risk göstermesi bebekte anomali olduğunun kanıtı olmadığı gibi, riskin düşük çıkması da bebeğin tamamen sağlıklı olduğunu garanti etmez, Okumuş ve ark (32). Bu haftalardaki taramayla, anöploidiler (Down Sendromu vb.) ve diğer kromozomal anomaliliklerinin riskinin değerlendirilmesi, bu haftada fetusta bulunabilecek yapısal anomaliliklerin ve belirti vermeyen gebelik kayıplarının teşhisi ve ikiz gebeliklerin saptanması, eğer ikiz gebelik mevcutsa plasental özelliklerinin (monokoryonik/dikoryonik) değerlendirilmesi amaçlanır, Arslan ve Yiğiter (28).

Anne yaşı, sonografik ölçüm ve sonografik ölçümle aynı zamanda gebenin kanında bakılan biyokimyasal parametrelerin kombinasyonu ile ilk trimester kombine taraması (11-14 hafta taraması, ikili test ya da ense kalınlığı testi olarak da bilinir) oluşturulur ve bu taramayla kromozomal defektlerin yakalanma oranı %85-90 civarındadır, Arslan ve Yiğiter (28).

Üçlü Test

Üçlü test tüm anne adaylarına gebeliğin 16-18. haftaları arasında önerilen bir kan testidir. Anne adayının kanından alınan üç ayrı hormon (HCG: Htanan chorionic gonodotropin, AFP: Alfa fetoprotein ve uE3 (Konjuge olmayan estrodiol) ölçümü yapılır. Hormon ölçüm sonuçları, anne adayının yaşı, kilosu, sigara içip içmediği, annenin gebelik haftasıyla birlikte bilgisayar programına girilerek işleme tabi tutulur, Okumuş ve ark (32). Trizomi 21, Trizomi 18 ve Nöral Tüp Defekti (NTD) için riskler ayrı ayrı saptanır. Down Sendromu'nda uE3 ve AFP gebelik haftasına göre olması gerekenden düşük, hCG ise olması gerekenden yüksektir. Üçlü test ile Trizomi 21 %65-70 doğruluk değeri ile saptanabilmektedir. Son çalışmaların ışığında üçlü testte bakılan hormonlara İnhibin-A düzeyleri eklenmesi ile dördü test bakılarak tanı duyarlılığının %80'e arttığı gösterilmiştir, Arslan ve Yiğiter (28).

4.1.4.2. İnvaziv yöntemler

Amniyosentez

Amniyosentez kromozomal ve biyokimyasal bozuklukların antenatal tanısı için amniotik sıvı ile bu sıvıya dökülen hücreleri incelemek için amniotik sıvıdan örnek alınmasıdır. Gebeliğin 16 haftasından sonra uygulandığı için amniotik sıvı uterus içi hacmini kontraksiyonlara yol açacak kadar değişmemiş olur. Amniyosentezin ikinci trimesterde yapılması bu evrede var olan sıvı daha fazla olduğu için travma riski daha azdır. Bununla birlikte araştırmacılar amniyosentezin daha erken dönemlerde, örneğin 12. gebelik haftasından sonra yapılmasının avantajlı olabileceğini savunmaktadır. Bu uygulamanın güvenliğini belirlemek ve hak ettiği değeri alması için geniş çaplı çalışmaların sonuçları beklenmektedir, Azzavi (30).

Amniyosentez, amniyon sıvısının), kromozomal ve biyokimyasal değerlendirmeleri yapmak ve nöral tüp defektini belirlemek amacı ile incelenmesi işlemidir. Bu yöntemde gebeliğin 16-18. haftalarında USG ile bakılarak ve anne kamından özel bir iğne ile girilerek amniyon sıvısı alınır. Amniyosentez bebek için riskli bir durum var ise yapılmalıdır. Çok düşük de olsa erken doğum, enfeksiyon ve bebeğin kaybedilme riski vardır. Risk oran % 1 'dir. Amniyosentez şu durumlarda yapılır, Okumuş ve ark (32);

- Anne yaşının 35 ya da daha yüksek olması,
- İkili veya üçlü test sonucunda yüksek risk saptanması,
- Annenin önceden kromozom anomalili bebek doğurması,
- Ebeveynlerin genetik geçişli hastalık taşıyıcısı olmaları,
- Aile öyküsünde genetik hastalığın varlığı veya şüphesi gibi durumlarda uygulanır. Önceden bir hazırlık gerekmez.

Koryon villüs örnekleme

Amniyosentezden daha erken bir dönemde (16.gebelik haftası) fetal kaynaklı dokuların elde edilebilmesi için koryon villüs örnekleme (CVS) geliştirilmiştir. Bu teknik sayesinde amniyosentezde elde edilen dökülmüş hücrelerin tersine, bölünme halinde olan aktif hücrelerden kültür yapılmakta ve bir anormallik saptandığında gebeliğin nispeten daha erken evrelerde sonlandırılmasına olanak sağlamaktadır. Bununla birlikte CVS' de %2-3' lük fetal kayıp riski bulunmaktadır ki bu oran amniyosentezin riskinden daha fazladır, Azzavi (30).

Koryonik villüslerin yüksek bölünme potansiyeli sayesinde karyotiplemenin 3-4 gün gibi kısa süre içinde yapılabilmesi mümkün olmaktadır. CVS' de elde edilen hücre sayısı genellikle amniyosentezden daha fazla olduğu için bazı metabolik bozuklukların ve ciddi kalıtsal hastalıkların biyokimyasal teknikleri ile tanıma olasılığı da yüksektir, Azzavi (30).

CVS ilk geliştiği yıllarda transservikal olarak yapılırdı. Ancak komplikasyon oranların yüksek pluşu ve pozisyon ayarlamasında karşılaşılan zorluk nedeniyle transabdominal yol tercih edilir hale gelmiştir. CVS' nin risklerinden biri de, eğer 10. Gestasyonel haftadan önce yapılırsa, dudak defektleri insidasının riskini arttırmasıdır, ama bunun esas oluş mekanizması bilinmemektedir. Bir başka problem koryonik villüs kültürü sonucundaki artmış mozaimz insidasının anormal bir karyotipmiş gibi yorumlanmasıdır. Amniyosentez ile doğrulamak gerekir. Bu yüzden kadındağumcuların çoğu eğer karyotipli fetustan tek bir test isteyeceklerse 10-12 haftalarda erken amniyosentezi tercih etmektedirler, Azzavi (30).

Kordosentez

İntrauterin ortamda umblikal kordondan kan alınması işlemidir. İşlemden önce kadının abdomeni ultrason ile taranarak plasentanın, umblikal kordun yeri tesbit edilir. Annenin abdomeni antiseptik bir solüsyonla temizlendikten sonra 25 nolu spinal iğne ile ultrason eşliğinde umblikal korda ulaşılır, kordun plasentaya tutulduğu yerin 1-2 cm yukarisından umblikal vene girilir, kan fetal kan örneği alınır, Beji ve Dişsiz (31).

Fetal kan örneklemesinde trombosit hastalıkları, fetal kan grubu, fetal karyotip, tam kan sayımı yapılabilir, fetal infeksiyon varlığı, Rh izoimmünizasyon tanımlanabilir, fetal kan gazı (pH, pO₂) ölçülebilir. Perkutan umblikal kan örneklemesi gebeliğin ikinci trimesterinde kromozomal anomalileri, hemoglobinopatiler ve eritroblastozis fetalisi tanılamak ve tedavi etmek için kullanılır, Beji ve Dişsiz (31).

Perkutan umblikal kan örneklemesinde; göbek kordonunun ponksiyon yerinde kanama, kordon hematomları, kord yaralanmaları, geçici fetal bradikardi, infeksiyon, tromboembolizm, erken doğum, erken membran rüptürü komplikasyon olarak gelişebilir, Beji ve Dişsiz (31).

Hemşire işlemden önce kadına, yapılacak uygulama hakkında bilgi vermelidir. İşlem öncesi fetal kalp hızı ve annenin vital bulguları izlenmelidir. Fetal kalp hızı 2 saat süresince yapılan izlemde değişiklik gösteriyorsa (bradikardi-taşikardi) ultrason ile umblikal kord yaralanma ve hematoma açısından saatlik değerlendirilmelidir. Kadına fetal hareketlerin durması ve ateş, üşüme hissi, uterus kontraksiyonları oluştuğunda hemen hekimine bildirmesi belirtilir. Eğer kadının yaşam bulguları ve fetal kalp atımları normal ise evine gönderilir, Beji ve Dişsiz (31).

Günümüzde fetal kan örneklemesinde ve fetal kan transfüzyonunda fetoskopinin yerini almıştır. İlave olarak hemofili gibi kalıtsal kan hastalıklarının ve rubella gibi fetal enfeksiyonların prenatal tanısında, intrauteri gelişme geriliğinde metabolizma ve oksijenasyonun değerlendirilmesinde, Rh izoimmünizasyonunun ağırlığının belirlenmesinde ve tedavisinde de kullanılmaktadır. Kordosentez hastanede yatmayı gerektirmeden lokal anestezi altında yapılır ve işleme bağlı fetal kayıp riski %12 den azdır, Azzavi (30).

4.2. Doğum Bilgisi

DSÖ'ne göre normal doğum; gebeliğin 37-42 haftaları arasında kendiliğinden başlayan bir eylemle, vertex pozisyonda bebek doğumudur. Doğumdan sonra anne ve bebek iyi durumdadır, WHO (36). Aktif doğum eylemi servikal dilatasyonun 3 cm'yi geçmesi veya uterin kontraksiyonların varlığı ile teşhis edilir. Bu servikal dilatasyon oranına ulaşıldığında doğumun, pariteye bağlı olarak 4-6 saat içinde, normal olarak gelişmesi beklenir. İkinci fazın 1-2 saatlik sürede beklenen ilerleyişi fetusün güvenliği sağlanarak yönetilir. Sonuç olarak spontan doğum yapan gebelerin çoğu, parite ve tıbbi yardımdan bağımsız olarak hastaneye kabulden itibaren 10 saat içinde doğum yaparlar, Cunningham et al (37).

Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır, Taşkın (34);

1.evre (dilatasyon evresi): Servikal dilatasyon 10 cm olunca tamamlanır.

2.evre (ekspulsiyon evresi): Servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlar ve bebeğin doğumu ile tamamlanır.

3. evre (plasental dönem): Bebeğin doğmasıyla başlar ve plasentanın ayrılıp atılmasıyla sonlanır.

4. evre (kanama kontrol evresi): Plasentanın ayrılmasıyla başlar.

4.2.1. Doğum esnasında yapılan uygulamalar

Travay ve doğum doğal bir süreçtir. Seçilmiş birçok kadın en az müdahale ve destek ile daha kolay doğum yapmıştır. Bütün gebelerde travay ve doğumlara en az müdahale görüşü kabul edilmiştir, Simpson and Creehan (38). Günümüzde gebelik ve doğuma ilişkin temel yaklaşım; doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve çok az düzeyde tıbbi girişim gerektirdiğidir. Doğumun doğal işleyişine yapılan her türlü müdahale doğumun doğal gidişini etkiler. Tarihsel süreç incelendiğinde aslında doğal olması başlangıçta kaçınılmaz olan doğum olayı giderek gelişen teknoloji ve medikal bakımdan payını almıştır, Sayiner ve Özerdoğan (9).

Tıptaki gelişmeler doğrultusunda hastanelerde uygulanan "Doğumun aktif yönetimi" diğer bir deyişle hızlandırılmış doğum yöntemleri doğum sürecindeki anneye mümkün olduğunca kısa sürede, güvenli bir doğum ortamı sağlamakta, ancak

oksitosin, monitör, ultrason ve amniotomi gibi uygulamalar yeterli bilgi ve hazırlığı olmayan annelerin anksiyetesini artırmaktadır, Kömürcü ve Gençalp (39). Doğum deneyiminin travmatik olarak algılanmasında, müdahaleli doğum deneyimi, yapılan müdahaleler nedeniyle doğum sürecinde kendi ve bebeği hakkında endişelenme, acil sezaryene alınma ya da bebekte doğumdan sonra komplikasyon gelişmesi gibi beklenilenden farklı bir doğum deneyimine sahip olma etkili olmaktadır, İspir ve İnci (40). Müdahaleler; kadına isteklerine göre bireysel klinik durumlara ve sağlık sağlayıcıların takdirine bağlı olarak non-farmakolojiktan farmakolojiğe non-invazivden en az invazive şeklinde olmalıdır. Gerekirse klinik açıdan zamanında müdahale düşüncesi en iyi sonucu verir, Simpson and Creehan (38).

4.2.1.1. Epizyotomi

Epizyotomi, doğumu kolaylaştırmak amacı ile vulvar orifisi genişleterek, fetusun geçişini kolaylaştıran pudental insizyonun genel adıdır, Beksaç ve ark (29). Bu girişim sıklıkla, fetal hipoksiyi önlemek, forseps, vakum kullanımı gerektiren müdahaleli doğumların ya da makat prezantasyonların ikinci evrenin kısaltılması, spontan perine laserasyonunun önlenmesi, anal sfinkterin korunması, perine onarımının kolay olmasının sağlanması, doğum sonrası kısa ve uzun vadeli pelvis ve perine problemlerinin önlenmesi amacıyla uygulanır. Ayrıca annenin kalp yetmezliği gibi doğum sırasında fazla ıkınmasının engellenmesi gereken durumlarda, rijit perinede, makrozomik fetüsde, gelen kısım perineye dayandığı halde beş dakika içinde doğum olmamış ise, önceki doğumlardan kalma skar dokusu olduğunda, forseps ve vakum uygulamalarında da epizyotomi uygulanmaktadır, Dönmez ve Sevil (41).

Epizyotomi bütün müdahaleli doğumlarda uygulaması gereken bir işlem değildir. Spontan bir doğumda başın doğumu iyi kontrol edilirse, forseps ya da vakum kullanılsa bile uygun vakalarda epizyotomi bile gerekmez. Epizyotomi tam zamanında uygulandığında az travmaya yol açar ve tamiri daha kolay olur. Bu nedenle epizyotomi, önde gelen kısım vulvayı gerdiği zaman açılmalıdır. Baş iyi bir şekilde kontrol edilmeden doğurtulursa epizyotomiye karşın vajina, perine ve vulvada yırtıklar olabilir, Azzavi (30). Artan sezaryen operasyonlarının yanında,

vajinal doğumlarda yaygın rutin epizyotomi uygulaması da gittikçe yaygınlaşan bir obstetrik girişimdir. Vajinal doğumlarda çok sık olarak uygulanan epizyotomi ve oluşan yırtıklar, kısa ya da uzun dönemde yarattığı olumsuz etkiler nedeni ile kadının ve eşinin cinsel yaşamını etkileyebilir, kadının boşaltım fonksiyonunda geçici ya da uzun süreli bozukluklara neden olabilir, anne bebek etkileşimini geciktirebilir. Bütün bunlar kadının yaşam kalitesinde, geçici ya da uzun süreli olarak azalmaya neden olur, Sayiner ve Özerdoğan (9).

Epizyotomi ile ilgili tartışmalar uzun yıllardır sürsede doğum kanalını çıkımdan genişlettiği, kontrolsüz oluşabilecek, onarımı zor, ciddi yırtıkları önlediği düşüncesi hala sağlık personelinin pek çoğunda yaygındır. Oysa son yıllarda yapılan çalışmalarda epizyotominin pelvik tabanda daha fazla yırtılmaya neden olduğu belirtilmektedir. DSÖ 1985'te, "rutin epizyotomi kullanılmasının yararlarının doğrulanmadığını" vurgulamıştır ve ardından 1992'de "rutin epizyotomi uygulaması terk edilmelidir" diyerek bu görüşü güçlendirmiştir. Cochrane Pregnancy and Childbirth veri tabanını geliştiren araştırmacılar, rutin epizyotomi ile ilgili randomize kontrollü deneysel çalışmaların sonuçlarını incelenmiş ve epizyotomiye, "tehlikeli olma ihtimali vardır" şeklinde sınıflandırmıştır. Rutin epizyotomi yerine sınırlandırılmış epizyotomi uygulaması perineal travma sayısını azaltabilir, Sayiner ve Özerdoğan (9). Epizyotominin en sık görülen komplikasyonları epizyotomi uygulama süresinin uzaması, III. ve IV. derece perine laserasyonları ve enfeksiyondur. Ayrıca doğum sonu ağrı ve rahatsızlık, kadının kendi bakımını yeterli düzeyde verememesi ve disparoni de diğer komplikasyonlarıdır, Dönmez ve Sevil (41).

Bazı bölge ve ülkelerde belirlenmiş 100 vajinal doğum yapan kadında epizyotomi kullanım oranları; ; Kuzey Amerika'dan Canada (2000-2001)'da total %23.8, Merkez ve Güney Amerika'dan Arjantin (1996)'de primiparlarda %65.3 iken, Ecuador (1995-1998)'da primiparlarda %96.2, Kuzey Avrupa'dan Finland (2003)'da total %33.9 ve Güney Avrupa'dan Türkiye (1999-2000)'de ise total %64 olarak belirtilmiştir. Epizyotomi oranına ilişkin ülkemizde sınırlı sayıda çalışma mevcuttur ve bu çalışma sonuçlarına göre epizyotominin, primigravidalarda rutin, multigravidalarda ise perinenin rijit olduğu durumlarda yaygın olarak uygulandığı belirtilmektedir, Dönmez ve Sevil (41).

Perine masajını haftada en az dört defa yapan kadınlarda, hiç yapmayan kadınlara oranla epizyotomi ve laserasyon insidansı daha düşük olmaktadır. Ayrıca ikinci ve üçüncü derece yırtıklarda da azalma sağlamaktadır, Altuntuğ ve ark (42). Kanıta dayalı çalışmalarda, rutin epizyotomi ile karşılaştırıldığında, epizyotomiden kaçınmanın daha yararlı olacağı belirtilmektedir. Epizyotomiden kaçınma ile daha az posterior travma, daha az sütür, daha az komplikasyon sağlanır ancak anterior perineal travma riskinde artış söz konusudur, Bayram (43).

4.2.1.2. Vakum ve forseps

Bir aplikatör ile fetal saçlı deriye negatif basınç tatbiki ile uygulanan ve traksiyon ile anneye ve fetusa zarar vermeden fetusun doğurtulmasına yardımcı bir alettir, Beksaç ve ark (29). Birleşik Devletlerde bu cihaz vakum ekstraktörü olarak bilinirken Avrupa'da yaygın olarak bilinen ventouse olarak adlandırılır. Vakum ekstraktörünün forseps göre teorik avantajları arasında, yer kaplayan çelik kaşıkların vajinadan içeriye sokulmasını engellemesi, aynı forseps kullanımında da gerektiği gibi fetal başın tam olarak üzerine yerleşebilmeleri, fetal başa maternal yumuşak dokuları etkilemeksizin rotasyon yaptırabilme yeteneği ve traksiyon esnasında daha az intrakranial basınç oluşturması sayılabilir. Komplikasyonlar; saçlı deride laserasyonlar ve morluklar, sefal hematom, intrakraniyal hemoraji, neonatal sarılık, subkonjunktival hemoraji, klavikulafraktürü, omuz distosisi, altıncı ve yedinci kraniyal sinirlerin yaralanması, Erb paralizi, retinal hemoraji ve fetal ölüm komplikasyonları oluşturur, Cunningham et al (37). Ancak bu komplikasyonların çoğu hastaların iyi seçilmiş olmamasına ve ne pahasına olursa olsun doğumun vajinal yoldan gerçekleşmesinde ısrar etmesinde ısrar etmesine bağlıdır. Benzer durumlarda forseps kullanıldığında travma olabileceği unutulmamalıdır. Çanın başa uygulanmasından doğuma kadar geçen süre 15 dakika ile sınırlandırılmalıdır. Bu süreyi geçen olgularda sezaryen önerilmelidir, Beksaç ve ark (29). Müdahaleli vajinal doğumda hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın travmaları en aza indirgemedeki anahtar uygun hasta seçimidir. Bu yol oksiput anterior pozisyondaki başa traksiyon uygulanması için kullanıldığı gibi oksiput posterior ya da oksiput transvers başın rotasyonu için de başarılı bir şekilde kullanılır, Azzavi (30).

4.2.1.3. Amniyotomi

Membranların rüptürü özellikle serviks tam kapalıyken doğumun ilk evresi esnasında kendiliğinden olur. Membranların müdahale ile yırtılması uterus kontraksiyonlarının süresini ve şiddetini arttırır ve özellikle doğumun ilk evresinin ikinci yarısının yavaş ilerlemesi gerekirken bu dönemi hızlandırabilir. Amniotomi vajinal muayene esnasında amnion kancası (tek dişli) ile sıvının hızlı akışını önlemek için parmakların rehberliğinde yapılır. İşlem sonrasında hemen kardiyotokografi ile fetal kalp hızı izlenmelidir, Azzavi (30). Membranlar yapay olarak rüptüre olduğunda kordon prolapsusu riskini en aza indirmek için çeşitli önlemler alınmalıdır. Fetal başı yerinden oynatmamak için dikkatli olunmalıdır. Fundal ve suprapubik basınç uygulayan bir asistan kordon prolapsusu riskini azaltabilir. Bazıları membranları kontraksiyon esnasında rüptüre etmeyi tercih eder. Fetal kalp hızı işlemde hemen önce ve hemen sonra değerlendirilmelidir, Cunningham et al (37).

Amniyotominin amniotik sıvı miktarını ve yapısını (berrak, mekonyumlu vs.) belirlemede ve kontraksiyonları arttırmada olumlu etkisi vardır. Dezavantajları ise eğer doğum eylemi uzarsa enfeksiyon riskini artırması ve önde gelen kısmın yerleşmediği olgularda kordon sarkmasına neden olmasıdır. Bu nedenle rutin olarak amniyotomi uygulanmamalı, gerekli olgularda aktif fazda uterus kontraksiyonlarının güçlendirilmesi istenen durumlarda yapılmalıdır. Amniotik sıvının boşalması myometriyal kas liflerinin kısalması ile kontraksiyonların şiddetinin ve süresinin artmasını sağlar. Amniyotomi öncesinde gelen kısım ve seviyesi dikkatle değerlendirilmelidir, T.C Sağlık Bakanlığı (44).

4.2.1.4. Fundal bası

Fundal bası, doğumun ikinci evresini kısaltmak için uterusun fundus bölgesine bası yapmak suretiyle uygulanan bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar, fundal basının ikinci evreyi kısaltmasına rağmen maternal ve neonatal olumsuz sonuçlara neden olduğunu bildirmiştir, Hasegawa et al (45). Doğumun ikinci aşamasını kısaltmak için kullanılan fundal bası hakkında maternal-fetal risklerle ilgili yayınlanmış veriler bulunmamaktadır. Sınırlı verilerden dolayı anne ve bebek için risk ölçmek zordur. Doğumun ikinci evresine fundal bası uygulaması ile ilgili bilinen ya da bildirilen

riskler hakkında sınırlı veriler olduğu için uygulama kabul edilebilir ya da risksiz değerlendirilip önerilmemelidir. Klinik uygulamada seçilen en az ilişkili risk değil sadece ciddi yaralanma meydana geldiğinde anlaşılacaktır, Simpson and Creehan (38).

Fundal bası pelvis yönünde anne omurgaya 30-45 derece açıyla fundusa tek elle sabit basınç uygulanması anlamına gelir. Doğrudan vena cava sıkıştırmasından kaçınarak ve annede hipotansiyon riski nedeniyle maternal omurga üzerine aşağı doğru uzunlamasına basınç uygulanmamalıdır. Fundal basının kadınların yararına olmadığını düşünülmektedir. Hekimlerin bile bir başka normal ikinci aşamayı kısaltmak için fundus bası kullanmada ısrarcı olabilirler. Ebeler, fundus basıncına katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Bu prosedür anne ve bebek için potansiyel zarar kanıtı varken anne veya uygulayıcı kolaylık için başka türlü normal ikinci aşama ağrı kısaltmak için faydalı olduğuna dair hiçbir kanıt yoktur, Simpson and Creehan (38).

4.2.1.5. Doğumun indüksiyonu

Doğumun indüksiyonu, doğumun suni olarak başlatılmasıdır; desteklenmesi (augmentation) ise spontan olarak başlamış eylemin uyarılmasıdır. Servikal efasman ve yumuşama (olgunlaşma), doğumun spontan olarak başlangıcından önce gerçekleşir. Doğum indüksiyonu kararı verilirken sıklıkla servikal olgunlaşma görülmez; bununla beraber, indüksiyonun başarısı serviksteki bu değişikliklere bağlıdır, Hacker et al (46).

Uterin kontraksiyonların indüksiyonundan önce, çeşitli mekanik ve farmakolojik yaklaşımlarla servikal olgunlaşma sağlanır. Lokal prostaglandinler kullanılabilir. Günümüzde kabul edilmiş farmakolojik yöntemler içinde vajinal prostaglandin E2 uygulaması yer alır; hiperstimulasyon gelişirse hemen çıkarılabilen, cervidil denilen vajinal bir aplikatörle (bir ipin üzerinde) uygulanır. Son zamanlarda, sentetik bir prostaglandin E1 analogu olan cytotec, servikal olgunlaşma için kullanılmak üzere onaylanmıştır. Vajinal olarak yerleştirilen 25 ug' lık tabletin servikal olgunlaşmayı etkili bir şekilde başlattığı gösterilmiştir. Prostaglandin uygulamasının doğum indüksiyonunu kısalttığı gösterilmiş olmasına rağmen, indüksiyon başarısızlığına bağlı sezaryen oranları üzerine etkisi minimaldir, Hacker et al (46).

Servikal olgunlaşmayı sağlayan diğer yöntemler, intrauterin kateter uygulaması veya ozmotik dilatörlerin kullanımınıdır. Koryoamnionun uterin alt segmentten elle ayrılması doğumun başlangıcını her zaman hızlandırmamaktadır. Tartışmalı olmasına rağmen, membranların açılması, oksitosin uygulaması ile birlikte uterin aktiviteyi artırmak ve servikal değişiklikleri hızlandırmak için kullanılabilir, Hacker et al (46).

Servikal olgunlaşmaya ek olarak, doğum indüksiyonu için etkili uterin kontraksiyonların başlaması gereklidir. Oksitosin, doğal pitüiter peptid ile aynı yapıdadır ve doğumun indüksiyonu ve augmentasyonu için kullanımı onaylanmış tek ilaçtır. Hekimin oksitosin kullanımı ile ilgili endikasyonları ve kontrendikasyonları iyi bilmesi gereklidir. Genel olarak, termden önce doğum indüksiyonu gebeliğin devamı anne ve fetus için belirgin risk oluşturduğunda endikedir. Prematür membran rüptürü gibi bazı durumlarda termden önce doğum indüksiyonu gerekebilir. Hastanın daha önce hızlı doğum öyküsü (3 saatten az) olmadığı veya hastaneden çok uzakta oturmadığı sürece kolaylık/rahatlık için termden önce doğum indüksiyonu uygun bir yaklaşım değildir, Hacker et al (46).

Genel olarak, anne veya fetus için normal doğumun tehlikeli olduğu her durum doğum indüksiyonu veya desteklenmesi için kontrendikasyondur. En sık kontrendikasyon uterin duvarın tümüyle kesildiği geçirilmiş uterin cerrahi öyküsüdür. Bununla beraber, aşağı transvers insizyon öyküsü artık doğum için kontrendikasyon olarak kabul edilmemektedir. Bu durum sezaryen sonrası vajinal doğum (vaginal birth after cesarean, VBAC) olarak adlandırılmaktadır, Hacker et al (46).

Gecikme anne veya fetusu tehlikeye sokmadığı sürece, maternal veya fetal endikasyonlarla termden önce doğum indüksiyonu, fetal pulmoner matürite değerlendirilmeden yapılmamalıdır. Fetal akciğer matüritesi, glukokortikoidlerin kullanımı ile sıklıkla 24 - 48 saatte hızlandırabilmektedir, Hacker et al (46).

Doğumun indüksiyonu için yaygın olarak kabul edilen endikasyonlar McCarty and Kenny (47);

- Postterm gebelik (41-42 hafta)

- 37 haftadan büyük olup 24 saat içinde travayın kendiliğinden başladığı erken membran rüptürü
- İntrauterin gelişme geriliği
- Membranların doğum öncesi erken rüptürü. Eğer membranlar 37 haftadan önce rüptüre olmuşsa, genellikle maternal veya fetal sepsis olduğuna dair bir kanıt yoksa 37. gebelik haftasına kadar beklenir.
- 37 haftadan daha büyük gebeliklerde gebelik hipertansiyonu veya preeklamsi gibi obstetrik sorunlar varsa
- Anne ve fetüs (özellikle ölü doğum) için riskle sonuçlanabilecek uzamış gebeliklerde (>40 hafta) tip 1 diyabet gibi maternal medikal durumlar
- Anne isteği. Anne isteği tek başına doğum indüksiyonu için yeterli değildir
- Hızlı doğum hikâyesi
- İntrauterin fetal ölüm. İntrauterin fetal ölüm için genellikle oral mifepristone, devamında vaginal PGE2 veya vaginal misoprostol kullanılır
- Fetal makrosomi
- İlerlemiş anne yaşı. 39-40 gebelik haftalarında anne yaşı ≥ 40 ise doğum indüksiyonu düşünülür.

Endikasyon ne olursa olsun doğum indüksiyonu özellikle serviksi uygun olmayan annelerde hem kendisi hem de bebeği için önemli sağlık etkilerine sahiptir. Eğer doğum indüksiyonu anneye teklif edilirse anne ve fetüs için yararları kanıtlar doğrultusunda açık bir şekilde anlatılmalıdır. Doğum indüksiyonu kararı anneye tartışılmalı ve alternatifler ve riskler açık bir şekilde ifade edilmeli ve belgelenmelidir, McCarty and Kenny (47).

Komplikasyonlar: Oksitosinin doğum indüksiyonu ve desteklenmesinde kullanımı üç ana komplikasyona neden olabilmektedir. Birincisi, infüzyon hızının fazla olması hiperstimülasyona ve bunun sonucunda iskemi nedeniyle fetal distrese sebep olabilmektedir. Nadir durumlarda, tetanik kontraksiyon gelişebilmekte ve uterus rüptürüne neden olabilmektedir. İkincisi oksitosin, antidiüretik hormon ile benzer yapıya sahip olduğu için, intrinsik antidiüretik etkisi vardır ve glomerüler filtrattan su

reabsorbsiyonunu artırabilmektedir. Kesintisiz olarak 24 saatten fazla infüze edildiğinde, nadiren, konvülzyonlar ve koma ile birlikte ciddi su intoksikasyonu gelişebilmektedir. Üçüncüsü, uzun süreli oksitosin infüzyonu uterin kaslarda yorgunlukla (yanıtsızlık) ve postpartum kanama riskini artıran doğum sonrası uterin atoniyle (hipotonus) sonuçlanabilmektedir, Hacker et al (46).

Doğum indüksiyonunun uygulanması, Simpson and Creehan (38) ;

- Gebelerde doğum sancısının başlatılması veya artırılmasının potansiyel riskleri ve yararları açısından endikasyonlar doğrulanmalı
- İndüksiyon endikasyonu sağlık kayıtlarına işlendiği doğrulanmalı
- Kabul görmüş yöntemleri izlemek ve vaginal doğumda serviksin durumu fetal yerleşim ve geliş şekli muayene edilmelidir. Bishop's skoru sağlık kayıtlarına işlenmelidir
- Konforlu pozisyon için yardım edilmeli tercihen sağ üstte ya da sağ veya sol yan pozisyon
- Elektronik fetal monitörü bağlanmalı oksitosin infüzyonuna başlamadan en az 15 dakikaya öncesine kadar fetal kalp hızı (FKH) kayıt edilmeli. Oksitosin başlanmadan önce FKH güvenli aralıkta olmalı. FKH güvenli aralıkta değilse doktora haber verilmeli

4.2.1.6. Fetal kalp hızının izlenmesi

Doğum eylemi süresince fetal izlem, her gebelikte intrapartum hipoksi ve asidoz gelişebileceğinden dolayı iyi bir obstetrik bakımın en temel elementidir. Maalesef halen mevcut olan risk değerlendirme yöntemleri intrapartum fetal distressi önceden bildirmemektedir. Antepartum maternal hikaye, fizik muayene ve laboratuvar bulguları temel alınarak gebelerin %20-30'u yüksek risk göstermektedir ve %50 oranında perinatal mortalite ve morbidite bu grupta meydana gelmektedir. Bununla birlikte kalan %50 doğum eyleminin başında normal olduğu düşünülen gebeliklerde meydana gelir, Hacker et al (46).

Elektronik fetal kalp hızı monitorizasyonu pek çok hastanenin perinatal/maternal merkezlerinde rutin hale gelmiştir. Perinatal mortalite son on yılda azalmıştır ve EFM bu iyileşmeyi açıklayan nedenlerden birisidir. Bununla beraber morbidite istatistikleri iyileşmemektedir ve EFM'nin rutin kullanımıyla ilgili iki ana sorun ortaya çıkmaktadır. Birinci sorun serebral palsi insidansı üzerine olan etkisidir. İkinci sorun ise rutin sürekli EFM'nin sezeryan doğum üzerine etkisidir, Taşkın (34).

Elektronik fetal kalp hızı monitorizasyonu indirek yolla fetal oksijenasyon hakkında sürekli olarak subjektif bilgi sağlar. Elektronik FKH izlemi tartışmalı olmasına rağmen perinatal mortalite morbiditeyi azaltmak amacıyla önerilmektedir. Sürekli ya da aralıklı olarak uygulanabilmektedir, Taşkın (34). Gözleme dayalı çalışmalar ve metaanalizler göstermiştir ki intrapartum takipte, düşük riskli grupta devamlı fetal monitorizasyon ile aralıklı oskültasyonun bebek sonuçları açısından anlamlı farkı yoktur. Buna ek olarak ilginç olan bir sonuç da elektronik fetal monitorizasyonun sezaryen oranlarını arttırdığıdır, Döken ve Özdeğirmenci (33).

Kuzey Amerika'da sezaryen oranlarını artıran en sık görülen dört nedenin; daha önce de belirtildiği üzere sürekli yineleyen sezaryenler, distosi (ilerlemeyen eylem), duruş bozuklukları ve fötal distres olduğu saptanmıştır, İğde (48). Dünyada ve Türkiye'de sezaryen oranlarındaki artış nedenleri olarak, çoğul gebeliklerin ve anne yaşının artışı, üremeye yardımcı tekniklerin ve fetal elektronik monitorizasyonun Gözükara ve Eroğlu (1), kullanımında artış gösterilmektedir, Şahin (49).

Doğum eylemi boyunca fetusu değerlendirmede eski bir yöntemdir. Bu durumda en uygun olanı, doğumun 1. evresinde uterus kontraksiyon sonrası her 15 dakikada bir ve doğumun 2. evresinde en azından her 5 dakikada bir fetal kalp oskültasyonu yapılmalıdır Hacker et al (46). Özellikle kontraksiyon sırasında ve kontraksiyondan hemen sonra aralıklı ve 60 saniye olarak önerilen oskültasyonun fetal sonuçları tahmin etmede aynı ölçüde değerli olduğu bildirilmiştir. EFM'nin değeri gerçekte duyduğumuzu daha iyi anlamamızı sağlamasıdır. Bu yüzden EFM ekarte edilmemeli

fakat intrapartum bakımda hekimlerden ziyade hemşireler tarafından kullanılmalıdır Taşkın (34).

Hem aralıklı oskültasyon hem de EFM kullanımını destekleyen araştırma bulguları. perinatal bakım veren hemşirelerin FKH monitorizasyonunu kullanmayı öğrenmek zorunda olduklarını göstermektedir. Bunu yapabilmek için perinatal bakım veren hemşireler aşağıdaki bilgilere sahip olmalıdır, Taşkın (34).

- Fetal oksijenasyonun fizyolojisi ve patofizyolojisi
- FKH kontrolünün fizyolojik temelleri
- İnternal ve eksternal fetal monitorizasyon metodlarının uygulanması ve aletin kullanımı
- Bazal FKH, variabilite, özellikler, periodik hız değişiklikleri, ritim bozuklukları, artefakt (FKH üzerine uterus kontraksiyonlarının etkisini tarif eder)
- EFM ile ilgili hemşirelik süreci
- Oskültasyon, EFM testi ve fetal hareketleri sayarak antepartum dönemde fetal sağlığın değerlendirilmesi için gerekli teknik bilgi ve beceri
- Biyofiziksel profil ve doppler akım çalışmaları gibi fetal değerlendirmede daha yeni yöntemlerin bilgisi

5. METOT VE MATERYAL

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, vajinal doğum yapan kadınların gebelik ve doğum deneyimleri ve doğum şekline ilişkin düşüncelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, tanımlayıcı-kesitsel tipte yapılmıştır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul'da Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin Kadın Doğum Servisi'nde gerçekleştirilmiştir. Kurum yetkilileri ile sözlü ve yazılı görüşmeler yapılarak gerekli izinler (EK III) ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırılmaya başlanmıştır. Araştırma verileri Mayıs-Ekim 2014 arasında toplanmıştır.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni; Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ne başvuran kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihten önceki altı aylık süreçte hastanede 1128 vajinal doğum olmuştur. Örneklem hesaplanmasında evrendeki birey sayısı bilinen formülünden yararlanılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{d^2 (N-1) + t^2 pq}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer

d: Olayın görölüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma

$$(1128)(1.96)^2 (0.50)(0.50)$$

$$n = \frac{(1128)(1.96)^2 (0.50)(0.50)}{(0.05)^2 (1128-1) + (1.96)^2 (0.50)(0.50)}$$

n=288 minimum toplam olgu sayısı

Buna göre örneklem büyüklüğü %5 önemlilik düzeyinde en az 288 olacak şekilde hesaplanmıştır. Kayıplar olabileceği göz önünde bulundurularak rastgele sayılar tablosuna göre seçilen 355 lohusa ile görüşülmüştür. Lohusalardan 6'sı 37 haftadan önce doğum yaptığı için araştırma dışı bırakılmıştır. Örneklem kriterlerimize uygun 349 lohusa araştırma kapsamına alınmıştır, Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu (50).

5.3.1. Örneklem seçim kriterleri

- Vajinal doğum yapmış olması
- Doğum sonrası ilk 24 saat içinde olması
- Gebelik haftası 37 üzerinde olması
- Türkçe okuyabilir ve yazabilir olması

5.4. Araştırma Soruları

Tezin araştırma soruları şunlardır;

- Vajinal doğum yapan kadınların doğum algılarını etkileyen faktörler nelerdir?
- Vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim özellikleri nelerdir?
- Doğum esnasında yapılan müdahale ve uygulamalar kadınların doğuma yönelik algılarını etkiler mi?

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın yapıldığı hastaneye başvuran ve vajinal doğum yapan kadınlar örneklem seçim kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Kriterlere uyan kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Veri toplama

formları araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla yüz yüze yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Verilerin toplanmasına 01.05.2014 tarihinde başlanmış haftanın belli günlerinde ve örneklem sayısına ulaşılıncaya kadar veri toplanmaya devam edilmiştir. Araştırmanın veri toplama aşaması 31.10.2014 tarihinde sona ermiştir. Veri toplama aracı olarak Tanımlayıcı Bilgi Formu (EKI) ve Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ) (EKII) kullanılmıştır.

5.5.1. Tanımlayıcı bilgi formu

Tanımlayıcı bilgi formu, literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Bu form tanımlayıcı özellikler, doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimleri, doğum deneyimlerine yönelik üç bölümden oluşmaktadır oluşmaktadır.

5.5.2. Annenin Doğumu Algılama Ölçeği (ADAÖ)

ADAÖ, geçerlilik ve güvenilirliği İlkay Güngör tarafından yapılan ve Türkçeye uyarlanan, annelerin normal veya planlanmamış sezaryen doğumlarda yaşadıkları deneyimleri nasıl algıladıklarını değerlendiren bir araçtır. 1979 yılında Marut&Mercer tarafından 29 maddelik bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Bu ölçeğin geliştirilmesinde, Samko&Schoenfeld'in bu amaçla kullandığı 15 maddelik bir ölçekten ve Marut'un yaptığı bir pilot çalışmanın bulgularından yararlanmışlardır. 1983 yılında Cranley, Hedahl ve Pegg bu ölçeğin planlı sezaryen doğumlarda da uygulanabilmesi amacıyla 28 maddelik bir versiyonunu geliştirmiştir. Son olarak Fawcett'in 1996'da yaptığı faktör analizi çalışmalarıyla POBS, 25 maddelik ve 5 alt boyutlu likert tipi bir ölçek haline getirilmiştir.

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)

ADAÖ'de 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. Ölçekten alınan puanın artması annenin doğumda daha olumlu deneyimler yaşadığı anlamına gelir.

Marut&Mercer'in geliştirdiği 29 maddelik ilk versiyonunda Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı 0.83 olarak bildirilmiştir. Planlı, plansız sezeryan doğumlar ve normal doğumlar üzerinde yapılan değişik çalışmalarda Cronbach alpha değerleri 0.76 ile 0.87 arasında değişmektedir. Fawcett'in faktör analizi çalışmaları sırasında ölçeğin 25 maddelik son versiyonu için elde ettiği Cronbach alpha değeri 0.85'dir.

ADAÖ'nün 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. 1- Hiç, 2- Biraz, 3- Orta, 4- Çok, 5- Çok Fazla olarak değerlendirilmektedir, Güngör (51).

Tablo 5.5.1. Annenin doğumu algılama ölçeği güvenilirlik değeri

Cronbach alfa	N
0,955	25

Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) anketinin iç tutarlılığının incelenmesi sonrasında $\alpha = 0,955$ güvenilirlik değeri elde edilmiştir.

Tablo 5.5.2. Annenin doğumu algılama ölçeği hotelling's t-squared

Hotelling's T-Squared	F	p
2191,859	85,291	0,001

Araştırmamızda ADAÖ'nin Cronbach Alfa 0.95 olarak bulunmuştur. Bu değer in güvenilirlik eşiği olarak kabul edilen 0.60 oranından yüksek olması bu ölçeğin bizim araştırmamız için güvenilir olduğunu göstermektedir. Güvenilirlik analizi ile birlikte modelin uygunluğunu test etmek üzere Hotelling's T-Squared testine göre $p=0.001$ olarak hesaplanmıştır. Buna göre soru ortalamaları arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu sonuç katılımcıların her birinin ADAÖ sorularını titizlikle ve aynı yaklaşımla yanıtladığını göstermektedir.

5.6. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan bir veri toplama formu ile elde edilmiştir. Araştırmanın ön uygulaması 15 loğusa üzerinde yapılmıştır. Ön uygulama yapılan grup ankette değişiklik yapılmadığı için araştırmaya dahil edilmiştir. Veri toplama formları katılımcılara doğum sonrası ilk 24 saat içinde uygulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır. Her bir görüşme 15-20 dakika sürmüştür.

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS), for Windows 19.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde kullanılan testler Oneway Anova Test, Independent Samples, Kruskal Test, Mann Whitney U Testtir.

5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Servisi ile sınırlı olup topluma genellenemez. Veri toplama araçları

uygulanırken katılımcıların geçmişle ilgili durumları hatırlaması güç olduğundan bazı sorulara yanıltıcı cevap vermiş olabilirler.

5.9. Araştırmanın Süresi

Araştırma 2013 yılında planlanmıştır. Haziran 2013'te tez önerisi kabul edilmiş ve gerekli izinler alındıktan sonra veriler Mayıs-Ekim 2014 arasında toplanmıştır. Verilerin analizi Ocak 2015 tarihinde yapılarak rapor yazımı ve teslimi Temmuz 2015'te tamamlanmıştır.

5.10. Araştırma Sırasında Yaşanan Zorluklar

- Katılımcıların eğitim düzeyi düşük olduğu için iletişim problemi yaşanmıştır.
- Araştırmacının başka bir hastanede çalışmasından dolayı mesai haricindeki zamanlarda verilerin toplanması mümkün olmuştur.

6. BULGULAR

Tezin bu bölümünde araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda belirtilen başlıklar halinde verilmiştir;

6.1. Vajinal doğum yapan kadınların Annenin Doğumu Algılama Ölçeği Puanları ve alt boyutlarına göre dağılımları

6.2. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

6.3. Vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulgular

6.4. Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulgular

6.5. Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulgular

6.1. Vajinal doğum yapan kadınların Annenin Doğumu Algılama Ölçeği Puanları ve alt boyutlarına göre dağılımları

Tablo 6.1.1. Annelerin Doğumu Algılama Ölçeği ve Alt Boyutları Toplam Puanları (n=349)

Alt Boyutlar	Min-Max	Ort ± SS
Doğum anındaki deneyimler	7-34	19.74±6.75
Ağrı dönemindeki deneyimler	7-35	22.02±6.45
Eşin katılımı	4-20	10.32±3.91
Farkında olma	3-15	9.27±3.48
Doğum sonu	4-20	15.58±2.76
TOPLAM PUAN	30-120	76.93±20.22

Olguların Annelerin doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ) “Doğum anındaki deneyimler” alt boyutundan aldıkları puanlar 7 ile 34 arasında değişmekte olup ortalama 19.74±6.75 olarak saptanırken “Ağrı dönemindeki deneyimler” alt boyutundan aldıkları 7 ile 35 arasında değişmekte olup, ortalama 22.02±6.45 olarak, “Eşin katılımı” alt boyutundan aldıkları puanlar 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 10.32±3.91 olarak, “Farkında olma” alt boyutundan aldıkları puanlar 3 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama 9.27±3.48 olarak, “Doğum sonu” alt boyutundan aldıkları puanlar 4 ile 20 arasında değişmekte olup, ortalama 15.58±2.76 olarak ve ölçeğin toplamından aldıkları puanlar 30 ile 120 arasında değişmekte olup, ortalama 76.93±20.22 olarak saptanmıştır.

Tablo 6.1.2. Annelerin Doğumu Algılama Ölçeği Dağılımları

n=349	Hiç	Biraz	Orta	Çok	Çok Fazla
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Doğum sancılarını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?	44 (12.6)	47 (13.4)	127 (36.6)	93 (26.6)	38 (10.9)
2. Doğum sancuları sırasında kendinize ne kadar güveniyorsunuz?	32 (9.1)	52 (14.9)	124 (35.7)	108 (30.9)	33 (9.4)
3. Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?	33 (9.4)	53 (15.1)	119 (34.3)	110 (31.4)	34 (9.7)
4. Doğum sancuları sırasında ne kadar rahattınız?	78 (22.3)	49 (14.0)	142 (40.9)	65 (18.6)	15 (4.3)
5. Doğum anında ne kadar rahattınız?	84 (24.0)	40 (11.4)	172 (49.4)	45 (12.9)	8 (2.3)
6. Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?	78 (22.3)	52 (14.9)	158 (45.5)	46 (13.1)	15 (4.3)
7. Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	36 (10.3)	72 (20.6)	100 (28.6)	110 (31.7)	31 (8.9)
8. Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?	49 (14.0)	60 (17.1)	100 (28.6)	115 (33.1)	25 (7.1)
9. Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olmakla ilgili beklentileriniz ne derece gerçekleşti?	5 (1.4)	16 (4.6)	62 (17.7)	154 (44.3)	112 (32.0)
10. Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz?	31 (8.9)	63 (18.0)	96 (27.7)	77 (22.0)	82 (23.4)
11. Doğum sancularınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	107 (30.9)	45 (12.9)	72 (20.6)	67 (19.1)	58 (16.6)
12. Doğum anında eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?	263 (75.4)	33 (9.4)	25 (7.1)	25 (7.1)	3 (0.9)
13. Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derece farkındaydınız?	26 (7.4)	89 (25.4)	88 (25.1)	102 (29.4)	44 (12.6)
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derece farkındaydınız?	42 (12.0)	75 (21.4)	98 (28.3)	92 (26.3)	42 (12.0)

15. Doğum anında yaşadığınız olaylar ne kadar rahatsız ediciydi?	33 (9.4)	77 (22.0)	80 (22.9)	119 (34.3)	40 (11.4)
16. Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	23 (6.6)	77 (22.0)	63 (18.0)	117 (33.7)	69 (19.7)
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	22 (6.3)	79 (22.6)	62 (17.7)	113 (32.6)	73 (20.9)
18. Doğum anında ne kadar korkmuşunuz?	68 (19.4)	47 (13.4)	73 (20.9)	93 (26.9)	68 (19.4)
19. Doğum anındaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yapıldı mı?	105 (30.3)	29 (8.3)	63 (18.0)	89 (25.4)	63 (18.0)
20. Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?	62 (17.7)	95 (27.1)	73 (20.9)	97 (28.0)	22 (6.3)
21. Doğum sancuları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?	73 (20.9)	28 (8.0)	62 (17.7)	106 (30.6)	80 (22.9)
22. Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?	10 (2.9)	21 (6.0)	59 (16.9)	140 (40.3)	119 (34.0)
23. Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?	9 (2.6)	27 (7.7)	43 (12.3)	78 (22.3)	192 (55.1)
	8 Saat İçinde ve Üzeri	4 Saat İçinde	2 Saat İçinde	1 Saat İçinde	Hemen
24. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?	15 (4.3)	8 (2.3)	102 (29.19)	170 (48.9)	54 (15.4)
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?	15 (4.3)	3 (0.9)	107 (30.6)	169 (48.6)	55 (15.7)

“Doğum sancularını hafifletmek için solunum ve gevşeme yöntemlerini uygulamada ne kadar başarılıydınız?” ifadesine olguların %36.6’sı (n=127) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum sancuları sırasında kendinize ne kadar güveniyorsunuz?” ifadesine olguların %35.7’si (n=124) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında kendinize ne kadar güveniyordunuz?” ifadesine olguların %34.3’ü (n=119) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum sancuları sırasında ne kadar rahattınız?” ifadesine olguların %40.9’u (n=142) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında ne kadar rahattınız?” ifadesine olguların %49.4’ü (n=172) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında yaşadığınız duygular ne kadar memnuniyet verici ya da tatmin ediciydi?” ifadesine olguların %45.4’ü (n=153) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum sancısı çektiğiniz dönemde olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?” ifadesine olguların %31.7’si (n=110) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında olaylara ne kadar hakim olduğunuzu düşünüyorsunuz?” ifadesine olguların %33.1 (n=115) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum başlamadan önceki bebek sahibi olmayla ilgili beklentileriniz ne derece gerçekleşti?” ifadesine olguların %44.3’ü (n=154) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Siz, doğum ekibine ne ölçüde yararlı oldunuz ve katkıda bulunabildiniz?” ifadesine olguların %27.7’si (n=96) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum sancularınız boyunca eşinizin yardımı sizin için ne kadar yararlı oldu?” ifadesine olguların %30.9’u (n=107) “Hiç” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında eşinizin yardımınız sizin için ne kadar yararlı oldu?” ifadesine olguların %75.4’ü (n=263) “Hiç” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğumun sancılı döneminde yaşadığınız olayların ne derece farkındaydınız?” ifadesine olguların %29.4’ü (n=102) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında yaşadığınız olayların ne derece farkındaydınız?” ifadesine olguların %28.3’ü (n=98) “Orta” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında yaşadığınız olaylar ne kadar rahatsız ediciydi?” ifadesine olguların %34.3’ü (n=119) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğumunuzun sancı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?” ifadesine olguların %33.7’si (n=117) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?” ifadesine olguların %32.6’sı (n=113) “Çok cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anında ne kadar korkmuşunuz?” ifadesine olguların %26.9’u (n=93) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum anındaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?” ifadesine olguların %30.3’ü (n=105) “Hiç” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Eşiniz doğumdaki deneyimleriniz hakkında daha sonra sizinle değerlendirme yaptı mı?” ifadesine olguların %28’i (n=97) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğum sancuları ve doğumunuz hakkında eşinizle değerlendirme yaptıktan sonra kendinizi daha iyi hissettiniz mi?” ifadesine olguların %30.6’sı (n=106) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğumunuzun gerçekleşme şeklinden memnun kaldınız mı?” ifadesine olguların %40.3’ü (n=140) “Çok” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Bebeğinizi ilk defa kucağınıza aldığınızda bunun hazzını duyabildiniz mi?” ifadesine olguların %55.1’i (n=192) “Çok Fazla” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinize dokunabildiniz?” ifadesine olguların %48.9’u (n=170) “1 saat içinde” cevabını verirken %29.1’i (n=102) “2 saat içinde”, %15.4’ü (n=15) “Hemen”, %4.3’ü (n=15) “8 saat ve üzerinde” ve %2.3’ü (n=8) “4 saat içinde” cevabını verdiği gözlenmektedir.

“Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?” ifadesine olguların %48.6’sı (n=170) “1 saat içinde” cevabını verirken, %30.6’sı (n=107) “2 saat içinde”, %15.7’si (n=55) “Hemen”, %4.3’ü (n=15) “8 saat ve üzerinde” ve %0.9’u (n=3) “4 saat içinde” cevabını verdiği gözlenmektedir.

6.2. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular

Araştırmaya katılan annelerin yaşları 16 ile 44 yıl arasında değişmekte olup, ortalama 27.13 ± 6.06 yaşındadırlar.

Tablo 6.2.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
Yaş	Ort±SS= 27.13±6.06 (26) (min:16-max: 44)	
	≤ 19 yıl	8.6
	20-24 yıl	30.7
	25- 29 yıl	27.8
	30- 34 yıl	17.5
	≥ 35 yıl	15.5
Öğrenim durumu		
	Okur-yazar	27.5
	İlkokul	37.5
	Ortaokul	16.3
	Lise + Üniversite	18.6
Meslek		
	Çalışıyor	10.9
	Çalışmıyor	89.1
Resmi nikah		
	Var	85.1
	Yok	14.9
Gelir algısı		
	Gelir giderden fazla	3.2
	Gelir gidere denk	77.9
	Gelir giderden az	18.9
Sağlık güvencesi		
	Var	88.5
	Yok	11.5
Aile tipi		
	Çekirdek aile	74.2
	Geniş aile	25.8
En uzun süre yaşadığı bölge		
	Marmara	40.1
	Doğu Anadolu	25.2
	Güneydoğu Anadolu	13.8
	İç Anadolu	7.2
	Karadeniz	5.2
	Ege + Akdeniz	4.3
	Yurt dışı	4.3

Araştırmaya katılan annelerin %27.5 (n=96) okula gitmediği fakat okur-yazar olduğunu belirtirken, %37.5'inin (n=131) eğitim durumu ilkokul, %16.3'ünün (n=57) ortaokul, %18.6'sının lise ve üzeri olarak saptanmıştır. Annelerin %89'u herhangi bir işte çalışmamaktadır.

Katılımcıların %85'i (n=297) resmi nikahlı olduğu gözlenirken, %14.9'ünün (n=52) resmi nikahı olmadığı gözlenmektedir. Aylık gelir algısına bakıldığında %77.9' u gelir gidere denk olduğunu belirtmiştir. Annelerin %88.5' sının (n=309) sağlık güvencesi olduğu gözlenirken, %11.5'ünün (n=40) sağlık güvencesi bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin %74.2' ünün (n=259) aile yapısı çekirdek aile olarak gözlenirken, %25.8'inin (n=90) aile yapısı geniş aile şeklindedir. Annelerin %40.1'i (n=140) Marmara Bölgesinde yaşadığını belirtirken, %25.2'si en uzun süre yaşadığı bölgenin Doğu Anadolu olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.2.2. Katılımcıların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
Akrabalık durumu		
Akrabalık yok	278	79.7
1. derece	42	12.0
2. derece	29	8.3
Eş Eğitim durumu		
Okula gitmeyen	20	5.7
Okur-yazar	16	4.6
İlkokul	175	50.1
Ortaokul	53	15.2
Lise	56	16.0
Üniversite	29	8.3
Eş Meslek		
İşsiz	58	16.6
İşçi	178	51.0
Esnaf	66	18.9
Memur	17	4.9
Özel sektör	30	8.6

Araştırmaya katılan annelerin eşlerinin %5.7' sinin (n=20) eşinin okula gitmediğini belirtirken, %4.6'sı (n=16) okuryazar olarak gözlenmektedir. Eşlerinin %50.1' inin (n=175) eğitim durumu ilkokul, %15.2'sinin (n=53) ortaokul, %16'sının (n=56) lise ve %8.3'ünün (n=29) eğitim durumunun üniversite olduğu gözlenmektedir.

Annelerin %16.6' sının (n=58) eşi işsiz olarak saptanırken, %51' inin (n=178) eşi işçi, %18.9'unun (n=66) esnaf, %4.9'unun (n=17) memur ve %8.6'sının (n=30) özel sektör çalışanı olduğu gözlenmektedir.

Çalışmaya katılanların %79.7' sinin (n=278) eşiyle akrabalığı bulunmazken, %12'si (n=42) 1. derece akraba (Kuzen) olduğunu ve %8.3'ü (n=29) 2. derece akraba olduğunu belirtmiştir.

Tablo 6.2.3. Katılımcıların Doğurganlık Özellikleri

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
İlk doğum yaşı max:43.0)	Ort \pm SS=21.10 \pm 4.22 (min:15.0,	
≤ 19 yıl	140	40.3
20-24 yıl	150	43.2
≥ 25 yıl	57	16.4
Gebelik sayısı	Ort \pm SS=2.50 \pm 1.52 (2.00) (min:1-max:9)	
1	108	31.0
2	102	29.2
3 +	139	39.8
Doğum sayısı	Ort \pm SS=2.15 \pm 1.23 (2.00) (min:1-max:8)	
1	125	35.8
2	114	32.7
3 +	110	31.5
Abortus		
Yok	264	75.6
Var	85	24.4
Yaşayan çocuk sayısı	Ort \pm SS=2.13 \pm 1.22 (2.00) (min:0-max:8)	
1	122	35.2
2	119	34.3
3 +	106	30.5
İdeal çocuk sayısı	Ort \pm SS=2.81 \pm 1.11 (3.00) (min:1-max:8)	
1	23	6.6
2	120	34.4
3	145	41.5
4 +	61	17.5

“İlk doğum yaşı” ifadesinde olguların %43.2’ si (n=150) “20-24 yıl” aralığında olduğu gözlenmektedir.

“Gebelik sayısı” ifadesinde olguların %39.8’ i (n=139) “3 ve üzeri” aralığında olduğu gözlenmektedir.

“Doğum sayısı” ifadesinde olguların %35.8’ i (n=125) “1” olduğu gözlenmektedir.

“Abortus” ifadesinde olguların %75.6’ sı (n=264) “Yok” olduğu gözlenmektedir.

“Yaşayan çocuk sayısı” ifadesinde olguların %35.2’ i (n=122) “1” olduğu gözlenmektedir.

“İdeal çocuk sayısı” ifadesinde olguların %41.5’ i (n=145) “3” olduğu gözlenmektedir.

6.3. Vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulgular

Tablo 6.3.1. Katılımcıların Doğum Öncesi Bakımlarına İlişkin Özellikler

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
Doğum öncesi bakım sayısı	Ort \pm SS=9.29 \pm 4.2 \pm 32 (min:1.0-max:20.0)	
0-3	33	9.5
4-6	77	22.0
7-9	61	17.5
10-12	104	29.8
13 +	74	21.2
İlk başvuruda gebelik haftası	Ort \pm SS=6.50 \pm 3.53 (min:1.0-max:24.0)	
Başvuru yapmayan	2	0.6
İlk 14 hafta içinde	336	96.3
15 hafta ve üzeri	11	3.2
Doğum öncesi bakımın yapıldığı yer		
Kamu hastanesi	272	78.4
Özel hastane	19	5.5
Aile hekimi	56	16.1

“Doğum öncesi bakım sayısı” alan olguların %29.8’ i (n=104) “10-12” aralığında doğum öncesi bakım aldığı gözlenmiştir.

“İlk başvuruda gebelik haftası” %96.3’ ü (n=336) “İlk 14 hafta içinde” başvurduğu gözlenmiştir.

“Doğum öncesi bakımın yapıldığı yer” %78.4 (n=272) “Kamu hastanesi” olduğu gözlenmiştir.

Tablo 6.3.2. Doğum Öncesi Yapılan Tetkiklere İlişkin Özellikler

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
USG sayısı	Ort=9.23±4.23 (1-20)	
<5	52	15.0
5-9	110	31.7
9>	185	53.3
Kan basıncı ölçüm sayısı	Ort=9.11±4.33 (0-20)	
<5	56	16.1
5-9	110	31.7
9>	181	52.2
Kan tetkik sayısı	Ort=3.26±2.13 (0-20)	
<3	135	38.9
3-6	193	55.6
7≥	19	5.5
İdrar tetkik sayısı	Ort=2.23±1.86 (0-20)	
<3	247	71.2
3-6	89	25.6
7≥	11	3.2
Kilo takibi		
Var	211	60.5
Yok	138	39.5
Karnın dışardan elle muayenesi		
Var	32	9.2
Yok	317	90.8
Demir preparatı kullanımı		
Var	270	77.4
Yok	79	22.6
Folik asit kullanımı		
Var	272	77.9
Yok	77	22.1

“USG sayısı” olguların %53.3’ ünün (n=185) “9 ve üzeri” olduğu gözlenmiştir.

“Kan basıncı ölçüm sayısı” olguların %52.2’ sinin (n=181) “9 ve üzeri” olduğu gözlenmiştir.

“Kan tetkik sayısı” olguların %55.6’ sının (n=193) “3-6” arası olduğu gözlenmiştir.

“İdrar tetkik sayısı” olguların %71.2’ sinin (n=247) “3 ve altı” olduğu gözlenmiştir.

“Kilo takibi” olguların %60.5’ ine (n=211) yapıldığı gözlenmiştir.

“Karnın dışardan elle muayenesi” olguların %90.8’ ine (n=317) yapılmadığı gözlenmiştir.

“Demir preparatı kullanımı” olguların % 77.4’ ünün (n=270) kullandığı gözlenmiştir.

“Folik asit kullanımı” olguların %77.9’ unun (n=272) kullandığı gözlenmiştir.

Tablo 6.3.3. Doğum Öncesi Eğitimlerine İlişkin Özellikler

	Sayı (n=349)	Yüzde (%)
Doğum öncesi eğitim		
Alan	161	46.1
Almayan	188	53.9
Eğitim Konuları		
Gebelikte beslenme		
Evet	163	46.7
Hayır	186	53.3
Gebelikte hijyen		
Evet	148	42.4
Hayır	201	57.6
Gebelikte egzersizler		
Evet	81	23.2
Hayır	268	76.8
Doğum kasları ve hormonlar		
Evet	42	12.0
Hayır	307	88.0
Doğumda ağrıyı azaltmak için yapılacak uygulamalar		
Evet	41	11.7
Hayır	308	88.3
Nefes egzersizi		
Evet	41	11.7
Hayır	308	88.3
İkinma		
Evet	45	12.9
Hayır	304	87.1
Anne sütü ve emzirme		
Evet	122	35.0
Hayır	227	65.0
Gebelikten korunma yöntemleri		
Evet	98	28.1
Hayır	251	71.9
Bebek bakımı		
Evet	118	33.8
Hayır	231	66.2

“Doğum öncesi eğitim” sorusuna olguların %53.9’ unun (n=188) eğitim almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %53.3’ ünün (n=186) “gebelikte beslenme” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %57.6’ sının (n=201) “gebelikte hijyen” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %76.8’ inin (n=268) “gebelikte egzersizler” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %88.0’ ının (n=307) “doğum kasları ve hormonlar” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %88.3’ ünün (n=308) “doğumda ağrıyı azaltmak için yapılacak uygulamalar” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %88.3’ ünün (n=308) “nefes egzersizi” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %87.1’ inin (n=304) “ıkınma” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %65.0’ ının (n=227) “anne sütü ve emzirme” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %71.9’ unun (n=251) “gebelikten korunma yöntemleri” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

“Doğum öncesi eğitim” sorusunda olguların %66.2’ sinin (n=231) “bebek bakımı” eğitimi almadığı gözlenmiştir.

6.4. Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulgular

Tablo 6.4.1. Hastaneye İlk Başvuru Bulgularına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Dilatasyon fazı					
Latent faz (0-3 cm)	85	24.4	68.34±18.19	39.741	^c 0.001
Aktif faz (4-7 cm)	157	45.0	74.53±16.50		
Geçiş fazı (8-10 cm)	107	30.6	87.28±22.43		
On dakikada gelen kontraksiyon sayısı					
≤ 1	52	14.9	70.88±17.64	7.803	^a 0.001
2	83	23.8	71.52±18.37		
3	95	27.2	78.01±20.82		
4	48	13.8	89.23±17.08		
≥ 5	71	20.3	77.99±21.52		

^cKruskal Wallis Test ^aAnova Test

Hastaneye ilk başvuruda dilatasyon fazlarına göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; hastaneye ilk başvuruda dilatasyonun latent fazında olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hastaneye ilk başvuruda dilatasyonun aktif faz ve geçiş fazında olan lohusalara göre anlamlı düzeyde düşük saptanırken (p=0.005; p=0.001; p<0.01); hastaneye ilk başvuruda aktif fazda olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hastaneye ilk başvuruda geçiş fazında olanlara göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.001; p<0.01).

Hastaneye ilk başvuruda 10 dakikada gelen kontraksiyon sayısına göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Tukey Test sonuçlarına göre; kontraksiyon sayısı dört olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, kontraksiyon sayısı bir ve altında olan, iki, üç ve kontraksiyon sayısı beş ve üzeri olan lohusalara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001; p=0.001; p=0.011; p=0.018; p<0.05).

Düzenli kontraksiyon başlangıcına göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır

($p=0.001$; $p<0.01$). Kontraksiyonları spontan başlayan grubun suni olarak başlatılan gruptaki lohusalara göre ileri düzeyde yüksek saptanmıştır.

Tablo 6.4.2. Doğumun Sürelerine Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına Göre Karşılaştırılması

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	<i>p</i>
Hastanede geçirdiği doğum süresi (saat)					
1	118	33.8	87.78±21.21 (91.50)	76.480	^c 0.001
2-3	72	20.6	80.05±16.78 (81.50)		
4-5	37	10.6	72.70±14.53 (74.00)		
6-7	31	8.9	70.84±20.68 (69.00)		
8-9	32	9.2	65.78±16.07 (66.00)		
10 +	59	16.9	63.34±13.05 (66.00)		
İkinma süresi (katılımcı ifadesine göre) (dk)					
1-4 dk	113	32.4	91.02±19.44	31.767	^a 0.001
5-9 dk	146	41.8	69.83±17.37		
10-14 dk	62	17.8	68.90±17.34		
15 + dk	28	8.0	74.89±12.02		

^cKruskal Wallis Test

^aAnova Test

Hastanede geçirelen doğum süresine göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney U Test sonuçlarına göre; hastanede geçirdiği doğum süresi bir saat olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hastanede geçirdiği doğum süresi 2-3 saat arası, 4-5 saat arası, 6-7 saat arası, 8-9 saat arası ve 10 saat ve üzeri olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanırken ($p=0.008$; $p=0.001$; $p=0.001$; $p=0.001$; $p=0.001$; $p<0.01$); hastanede geçirdiği doğum süresi 2-3 saat arası olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hastanede geçirdiği doğum süresi 4-5 saat arası, 6-7 saat arası, 8-9 saat arası, 10 saat ve üzeri olan olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmış ($p=0.010$; $p=0.025$; $p=0.001$; $p=0.001$; $p<0.05$); hastanede geçirdiği doğum süresi 4-5 saat arası olan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hastanede geçirdiği doğum süresi, 8-9 saat arası, 10 saat ve üzeri olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0.046$; $p=0.004$; $p<0.05$).

İkinma süresine göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$).

Farklılığı belirlemek amacıyla yapılan Tukey Test sonuçlarına göre; ıkmama süresi 1-4 dk olan lohusaların, ADAÖ'nden aldıkları puan toplamları, ıkmama süresi 5-9 dk arası, 10-14dk arası, 15dk ve üzeri olan olgulara göre anlamlı düzeyde anlamlı yüksek saptanmıştır (p=0.001; p=0.001; p=0.001; p<0.01).

Tablo 6.4.3. Vajinal doğum Şekline Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Vajinal doğum şekli					
Spontan	46	13.2	95.91±19.79 (100.00)	-6.173	^d 0.001
Müdahaleli	303	86.8	74.05±18.69 (74.00)		
	Spontan (n=46)		Müdahaleli (n=303)		
Doğum anındaki deneyimler	26.13±6.24 (27)		18.77±6.29 (19)		-6.571 ^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	27.59±6.37 (29)		21.18±6.04 (21)		-5.722 ^d 0.001
Eşin katılımı	12.41±4.44 (14)		10.01±3.73 (10)		-4.032 ^d 0.001
Farkında olma	12.3±3.21 (13)		8.81±3.29 (9)		-6.086 ^d 0.001
Doğum sonu	17.48±2.34 (18)		15.29±2.71 (16)		-5.323 ^d 0.001

^dMann Whitney U Test

Spontan vajinal doğum yapan lohusaların, ADAÖ'nden aldıkları puan toplamları, müdahaleli vajinal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Aynı şekilde spontan vajinal doğum yapan lohusaların, ADAÖ alt boyutlarından aldıkları puanların toplamı müdahaleli vajinal doğum yapanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p=0.001; p<0.01).

6.5. Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulgular

Tablo 6.5.1. Damar yolu açılmasına göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Damar yolu açılması	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	293	84.0	73.67±18.69 (74.00)	-6.301	^d 0.001
Hayır	56	16.0	94.00±19.43 (99.50)		
	Evet (n=293)		Hayır (n=56)		
Doğum anındaki deneyimler	18.68±6.27 (19)		25.32±6.45 (26)	-6.502	^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	21.04±6.07 (21)		27.18±5.94 (28)	-6.108	^d 0.001
Eşin katılımı	9.97±3.74 (10)		12.16±4.28 (14)	-3.989	^d 0.001
Farkında olma	8.75±3.28 (9)		11.98±3.28 (13)	-6.113	^d 0.001
Doğum sonu	15.24±2.67 (15)		17.36±2.57 (18)	-5.822	^d 0.001

^dMann Whitney U Test

Katılımcıların %84'üne doğum esnasında damar yolu açılmıştır. Damar yolu açılmayan kadınların ADAÖ'nden aldıkları puan toplamları, damar yolu açılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Aynı şekilde damar yolu açılmayanların ADAÖ alt boyutlarından aldıkları puanların toplamı damar yolu açılanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak hesaplanmıştır (p=0.001; p<0.01).

Tablo 6.5.2. Suni İndüksiyon Uygulamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

İndüksiyon	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet(Oksitosin. Probes)	62	17.8	69.10±18.53	3.416	^b 0.001
Hayır (Spontan)	287	82.2	78.62±20.20		
	Evet (n=62)		Spontan (n=287)		
Doğum anındaki deneyimler	16.84±6.08 (17)		20.37±6.73 (21)		-3.637 ^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	19.58±5.95 (20.5)		22.55±6.44 (22)		-3.021 ^d 0.003
Eşin katılımı	9.15±3.56 (9)		10.58±3.94 (11)		-2.692 ^d 0.007
Farkında olma	8.11±3.67 (8)		9.52±3.39 (9)		-2.758 ^d 0.006
Doğum sonu	15.42±2.49 (16)		15.61±2.82 (16)		-0.587 ^d 0.557

^bStudent-t Test^d Mann Whitney U Test

Doğum esnasında suni indüksiyon yöntemleri kullanılan katılımcıların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, doğumu spontan bırakılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğusaptanmıştır (p=0.001; p<0.01).

Doğum esnasında suni indüksiyon yöntemleri kullanılan katılımcıların ölçeğin “Doğum anındaki deneyimler”, “Ağrı dönemindeki deneyimler”, “Eşin katılımı” ve “Farkında olma” alt boyutlarından aldıkları puan toplamları, doğumu spontan takip edilenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olup (p=0.001; p=0.003; p=0.007; p=0.006) “Doğum sonu” alt boyutunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 6.5.3. EFM Sıklığına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

EFM sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p	
Sürekli	42	12.0	78.40±16.63	0.503	^b 0.615	
Aralıklı	307	88.0	76.73±20.67			
	Sürekli (n=42)		Aralıklı (n=307)			
Doğum anındaki deneyimler	78.4±16.63 (77.5)		76.73±20.67 (75)		-0.504	^d 0.614
Ağrı dönemindeki deneyimler	20.19±6.42 (21)		19.68±6.8 (20)		-0.057	^d 0.954
Eşin katılımı	22.14±5.75 (21)		22.01±6.55 (21)		-0.729	^d 0.466
Farkında olma	9.95±3.44 (10)		10.37±3.97 (11)		-1.038	^d 0.299
Doğum sonu	9.76±3.03 (10)		9.20±3.54 (9)		-2.103	^d 0.035

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

EFM sıklığı durumuna göre lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde sürekli EFM yapılan katılımcıların “Doğum sonu” alt boyutundan aldıkları puan toplamları aralıklı EFM yapılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmamıştır ($p=0.035$; $p<0.05$). Diğer alt boyutlardan aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 6.5.4. Lavman Uygulamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Lavman	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p	
Evet	175	50.1	69.38±16.15		^b 0.001	
Hayır	174	49.9	84.53±21.07			
	Evet (n=175)		Hayır (n=174)			
Doğum anındaki deneyimler	17.34±5.56 (18)		22.16±6.99 (23)		-6.613	^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	19.61±5.27 (20)		24.45±6.63 (26)		-7.004	^d 0.001
Eşin katılımı	9.56±3.64 (10)		11.09±4.03 (11)		-3.749	^d 0.001
Farkında olma	8.11±2.84 (8)		10.43±3.68 (11)		-6.096	^d 0.001
Doğum sonu	14.77±2.65 (15)		16.39±2.64 (17)		-5.857	^d 0.001

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında lavman yapılan lohusaların, ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır

($p=0.001$; $p<0.01$). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; doğum esnasında lavman yapılmayan katılımcıların ADAÖ alt boyutlarından aldıkları puanların toplamları yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır($p=0.001$; $p<0.01$).

Tablo 6.5.5. Oral Kısıtlamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Oral alımın kısıtlanması	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	262	75.07	73.02±18.10 (73.00)	-5.812	^d0.001
Hayır	87	24.93	88.71±21.73 (93.00)		
	Evet (n=262)		Hayır (n=87)		
Doğum anındaki deneyimler	18.48±6.19 (19)		23.53±6.96 (25)	-5.927	^d0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	20.76±5.99 (21)		25.82±6.31 (27)	-6.025	^d0.001
Eşin katılımı	9.86±3.65 (10)		11.72±4.33 (13)	-4.013	^d0.001
Farkında olma	8.71±3.16 (9)		10.95±3.85 (13)	-4.996	^d0.001
Doğum sonu	15.21±2.59 (15)		16.69±2.95 (18)	-4.851	^d0.001

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında oral alımı kısıtlanan lohusaların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, oral alımı kısıtlanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0.001$; $p<0.01$). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; doğum esnasında oral alımı kısıtlanan katılımcıların ADAÖ alt boyutlarından aldıkları puanların toplamları kısıtlanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır($p=0.001$; $p<0.01$).

Tablo 6.5.6. Hareket Kısıtlamasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Hareket kısıtlaması	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	151	43.3	74.56±17.25	-1.982	^b 0.048
Hayır	198	56.7	78.74±22.09		
	Evet (n=151)		Hayır (n=198)		
Doğum anındaki deneyimler	18.99±6.09 (20)		20.31±7.17 (20)	-1.579	^d 0.114
Ağrı dönemindeki deneyimler	21.15±5.84 (21)		22.69±6.82 (22)	-2.145	^d 0.032*
Eşin katılımı	9.91±3.58 (10)		10.64±4.12 (11)	-1.808	^d 0.071
Farkında olma	8.92±3.11 (9)		9.53±3.72 (9)	-1.600	^d 0.110
Doğum sonu	15.59±2.36 (16)		15.57±3.04 (16)	-0.140	^d 0.889

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında hareket kısıtlaması yapılan lohusaların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, hareket kısıtlaması yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.048; p<0.05). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; “Doğum anındaki deneyimler”, “Eşin katılımı”, “Farkında olma” ve “Doğum sonu” alt boyutları açısından gruplar arasında farklılık bulunmazken (p>0.05), doğum esnasında hareket kısıtlaması yapılan katılımcıların “Ağrı dönemindeki deneyimler” alt boyutundan aldıkları puanların toplamı hareket kısıtlaması yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.032; p<0.01).

Tablo 6.5.7. Amniyotomi Durumuna Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Amniyotomi	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	169	48.4	74.24±18.65	2.424	^b 0.016
Hayır	180	51.6	79.46±21.33		
	Evet (n=169)		Hayır (n=180)		
Doğum anındaki deneyimler	18.78±6.11 (18)		20.64±7.2 (21)	-2.512	^d 0.012
Ağrı dönemindeki deneyimler	21.28±6.04 (21)		22.72±6.75 (22)	-1.780	^d 0.075
Eşin katılımı	9.93±3.66 (10)		10.69±4.11 (11)	-1.947	^d 0.052
Farkında olma	8.89±3.38 (9)		9.62±3.54 (9)	-1.745	^d 0.081
Doğum sonu	15.36±2.66 (16)		15.78±2.85 (16)	-1.277	^d 0.201

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında amniyotomi yapılmayan katılımcıların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, yapılanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0.016; p<0.05). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; “Ağrı dönemindeki deneyimler”, “Eşin katılımı”, “Farkında olma”, “Doğum sonu” alt boyutları açısından gruplar arasında farklılık bulunmazken (p>0.05), amniyotomi yapılan katılımcıların “Doğum anındaki deneyimler” alt boyutundan aldıkları puanların toplamı yapılmayan göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.012; p<0.01).

Tablo 6.5.8. Fundal Bası Yapılmasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Fundal bası	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	141	40.4	69.40±17.50	-6.186	^b 0.001
Hayır	208	59.6	82.03±20.38		
	Evet (n=141)		Hayır (n=208)		
Doğum anındaki deneyimler	17.11±5.74 (17)		21.53±6.81 (22)	-6.064	^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	19.94±5.65 (20)		23.44±6.58 (23)	-4.713	^d 0.001
Eşin katılımı	9.56±3.67 (10)		10.84±3.99 (11)	-2.861	^d 0.004
Farkında olma	8.00±3.09 (8)		10.13±3.48 (10)	-5.374	^d 0.001
Doğum sonu	14.80±2.72 (15)		16.10±2.67 (16)	-4.326	^d 0.001

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında fundal bası yapılan katılımcıların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, fundal bası yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; tüm alt boyularda fundal bası uygulanan katılımcıların puanları fundal bası yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır(p=0.001; p=0.001; p=0.004; p=0.001; p=0.001; p<0.01).

Tablo 6.5.9. Epizyotomi Yapılma Durumuna Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Epizyotomi	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	176	50.4	67.74±17.57	-9.624	^b 0.001
Hayır	173	49.6	86.28±18.41		
	Evet (n=176)		Hayır (n=173)		
Doğum anındaki deneyimler	16.68±5.8 (17)		22.86±6.21 (23)	-8.506	^d 0.001
Ağrı dönemindeki deneyimler	19.25±5.73 (19)		24.84±5.9 (26)	-8.000	^d 0.001
Eşin katılımı	9.52±3.67 (10)		11.14±3.99 (12)	-4.067	^d 0.001
Farkında olma	7.85±3.18 (8)		10.71±3.18 (11)	-7.624	^d 0.001
Doğum sonu	14.44±2.63 (15)		16.73±2.39 (17)	-8.106	^d 0.001

^bStudent-t Test

^dMann Whitney U Test

Doğum esnasında epizyotomi yapılan katılımcıların ADAÖ’nden aldıkları puan toplamları, epizyotomi yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır (p=0.001; p<0.01). Ölçeğin alt boyutlarına göre incelendiğinde; tüm alt boyularda epizyotomi uygulanan katılımcıların puanları epizyotomi yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olarak saptanmıştır(p=0.001; p<0.01).

Tablo 6.5.10. Ten Tene Temas Yapılmasına Göre “Annelerin Doğumu Algılaması Ölçeği (ADAÖ)” Puanlarına ve Alt Boyutlarına Göre Karşılaştırılması

Ten tene temas	Sayı (n)	Yüzde (%)	Ort ± SS	Test değeri	p
Evet	10	2.9	88.50±13.54 (92.50)	-1.959	^d0.049
Hayır	339	97.1	76.59±20.29 (75.00)		
	Evet (n=10)		Hayır (n=339)		
Doğum anındaki deneyimler	23.00±3.71 (25)		19.65±6.80 (20)		-1.678 ^d 0.093
Ağrı dönemindeki deneyimler	25.60±3.95 (27.5)		21.92±6.48 (21)		-1.987 ^d0.047
Eşin katılımı	13.90±2.92 (14.5)		10.22±3.89 (11)		-2.942 ^d0.003
Farkında olma	10.90±2.73 (11.5)		9.22±3.49 (9)		-1.458 ^d 0.145
Doğum sonu	15.10±3.81 (16)		15.59±2.73 (16)		-0.122 ^d 0.903

^dMann Whitney U Test

Bebek doğar doğmaz anne ile ten tene temas yapılan katılımcıların ADAÖ’nden aldıkları puanların toplamları, ten tene temas yapılmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olarak saptanmıştır ($p=0.049$; $p<0.05$). Ölçek alt boyutları incelendiğinde; “Doğum anındaki deneyimler”, “Farkında olma” ve “Doğum sonu” alt boyutları açısından ten tene temas yapılanlar ve yapılmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken ($p>0.05$) “Ağrı dönemindeki deneyimler” ve “Eşin katılımı” alt boyutlarından alınan puanlar ten tene temas yapılan katılımcılarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p=0.047$, $p<0.05$; $p<0.01$, $p=0.003$).

7.TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda elde edilen bulgular dört başlık altında literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

7.1. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.2.1, Tablo 6.2.3)

7.2.Vajinal doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.3.1, Tablo 6.3.2, Tablo 6.3.3)

7.3.Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.4.1, Tablo 6.4.2, Tablo 6.4.3)

7.4.Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulguların tartışılması (Tablo 6.5.1, Tablo 6.5.2, Tablo 6.5.3, Tablo 6.5.4, Tablo 6.5.5, Tablo 6.5.6, 6.5.7, 6.5.8, 6.5.9, 6.5.10).

7.1. Vajinal doğum yapan kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmamıza katılan annelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; annelerin yaş ortalaması 27.13 (SD:6.06) olup çoğunluğu (%30.7) 20-24 yaş aralığındadır (**Tablo 6.2.1**). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre Türkiye’de evli kadınların çoğunluğu 30-34 yaş aralığında bulunmaktadır. Bizim araştırmamızda annelerin çoğunluğunun daha düşük yaş aralığında olması sadece vajinal doğum yapan kadınların araştırmaya dahil edilmesinden kaynaklanabilir. Nitekim yapılan araştırmalarda sezaryen olan kadınların, vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek yaş aralıklarında oldukları belirlenmiştir, Yaşar ve ark (52), Gözükara ve Eroğlu (53), Vatansever ve Okumuş (54).

Araştırma kapsamına alınan lohusaların çoğunluğu (%37.5) ilkokul mezunudur (**Tablo 6.2.1**). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye’de yaşayan kadınların çoğunluğu (%34.6) ilkokul mezunudur. Öğrenim düzeyi açısından araştırma grubumuz Türkiye verilerini yansıtmaktadır.

Araştırmamıza katılan lohusaların çoğunluğu (%89) gelir getiren bir işte çalışmamaktadır (**Tablo 6.2.1**). Araştırma grubumuzda çalışan kadın oranı TNSA 2013 ile karşılaştırıldığında daha düşüktür. Bu durum araştırma grubumuzun sadece vajinal doğum yapan kadınlardan oluşmasından kaynaklandığı söylenebilir. Nitekim yapılan araştırmalarda çalışmayan kadınların daha çok normal doğum yaptığı tespit edilmiştir, Yaşar ve ark (52), Vatansever ve Okumuş (54).

Katılımcıların çoğunluğunun (%77.9) gelir algısının gelir gidere denk olarak ifade etmiştir (**Tablo 6.2.1**). TNSA 2013 verilerine göre İstanbul bölgesinde hane halkı refah düzeyi çoğunlukla yüksek ve en yüksek seviyededir. Araştırma grubumuz İstanbul bölgesinde olmasına rağmen orta gelirli bir bölgeyi yansıtmaktadır.

Araştırmamıza katılan lohusaların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; annelerin ilk doğumdaki yaş ortalamaları 21.1 (SD=4.2) olup çoğunluğu (%43.2) 20-24 yaş aralığında ilk kez doğum yapmıştır (**Tablo 6.2.3**). İlk doğumda anne yaşı, erken yaşlarda çocuk sahibi olmanın, daha geç doğurganlığa başlamaya göre, genellikle daha fazla sayıda çocuk sayısı anlamına gelmesi nedeniyle genel doğurganlık seviyesinin önemli bir belirleyicisidir. Araştırma sonuçlarımızla benzer şekilde TNSA 2013 verilerine göre; 25-49 yaş arasındaki kadınların ortanca ilk doğum yaşı 22.9' dur.

Araştırma verilerimize göre annelerin gebelik sayısı ortalaması 2.5 (SD=1.52), ortancası 2 olup çoğunluğunun (%39.8) 3 ve daha fazla sayıda gebelik deneyimi vardır. Doğum sayısı ortalaması ise; 2.15 (SD=1.23), ortancası 2 olup çoğunluğu (%35.8) 1 kez doğum yapmıştır. Her dört anneden biri, en az bir abortusu olduğunu ifade etmiştir (**Tablo 6.2.3**).

Araştırmaya katılan annelerin çoğunlukla (%35.2) 1 yaşayan çocuğu vardır ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.13 (SD=1.2), ideal çocuk sayısı ortalaması 2.8 (SD=1.1) olarak belirlenmiştir(**Tablo 6.2.3**). TNSA 2013 verilerine göre İstanbul bölgesinde yaşayan kadınların ideal çocuk sayısı ortalaması 2.8'dir. Araştırma grubumuzda ideal çocuk sayısı ile TNSA 2013 verileri arasında benzerlik olduğu görülmektedir. Araştırmamızda katılımcıların yaşayan çocuk sayısı ortancası 2 olup çoğunluğunun (%35.1) tek çocuğu vardır (**Tablo 6.2.3**). TNSA 2013'e göre; Türkiye'de halen evli kadınların yaşayan çocuk sayısı ortalaması; 2.23'tür. Araştırmamızda katılımcıların yaşayan çocuk sayısı TNSA 2013 verileri ile benzerlik göstermektedir.

7.2. Vajinal doğum yapan kadınlar doğum öncesi bakım ve eğitim deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmamıza katılan lohusaların doğum öncesi bakım özellikleri incelendiğinde; çoğunlukla (%29.8) 10-12 kez doğum öncesi bakım alındığı ve neredeyse tamamına yakını (%90.5) DSÖ tarafından önerilen yeterli DÖB sayısı olan 4 ve daha fazla sayıda bakım aldığını ifade etmiştir (**Tablo 6.3.1**). Yeterli DÖB alma sayısı

literatürde %51-56 arasında değişmektedir, Çetin ve ark (57), Pınar ve Pınar (56). Bizim araştırmamızda oranların daha yüksek olması diğer araştırmalara göre daha yeni bir tarihte yapılmasından kaynaklanmış olabilir. Çünkü beş yılda bir yapılan TNSA araştırmasına göre yeterli DÖB 2003 yılında %54 iken 2013 yılında %89'a yükselmiştir, TNSA 2013 (58). Araştırma grubumuzda DÖB sayısı ortalaması 9.29 (SD:4.2) kez olduğu belirlenmiştir (**Tablo 6.3.1**). Benzer şekilde Gürel ve Kemik (55) tarafından yapılan çalışmada 9.9 (SD=4.2) ve Şahin ve ark (49), tarafından yapılan araştırmada 7.64 (SD=2.99) olarak belirlenmiştir. Literatürde doğum korkusu yüksek olan gebelerin daha çok DÖB aldığı bildirilmiştir, Lazoğlu (59). Hatta daha çok DÖB alan kadınlar, daha az bakım alanlara göre sezaryen olmaya daha eğilimlidir, Konakçı ve Kılıç (60), Borlu (6).

Araştırma kapsamına alınan annelerin neredeyse tamamına yakını (%96.3) gebeliğin ilk 14 haftası içinde ilk tespit ve izlemine yaptırmıştır. Anneler ortalama 6.5 (SD=3.5) gebelik haftalarında ilk kez gebe takibi için hastaneye başvurmuştur(**Tablo 6.3.1**). Başka bir araştırmada kadınların ortalama 2.2 (SD=1.2) gebelik ayları sırasında ilk kez gebelik kontrolü için başvurduğu, diğer bir çalışmada ise gebeliğin 1-3 ayları arasında DÖB alınmaya başlandığı bildirilmiştir, Gürel ve Kemik (55), Özçelik ve Karaçam (61). TNSA 2013 verilerine göre benzer şekilde Türkiye'de kadınların %90'ı 4 aydan daha küçük gebelik aylarında ilk doğum öncesi ziyaretini yapmaktadır, TNSA 2013 (58).

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu (%78.4) DÖB için kamu hastanesine başvurmuştur(**Tablo 6.3.1**). Başka bir araştırmada kadınların %77.4' ü sağlık ocağına başvurduğunu ifade etmiştir, Vatansever ve Okumuş (54). Bizim araştırmamızda kamu hastanesine başvurma oranının yüksek olmasının araştırma yapılan hastanenin bir kamu hastanesi olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Annelerin DÖB alma zamanı, DÖB sayısı ve DÖB aldığı sağlık kuruluşu ile doğum algıları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır. Yani annelerin gebelik döneminde DÖB özellikleri onların doğum algılarını etkilememektedir.

Araştırma kapsamına alınan tüm anneler, gebeliği döneminde ultrason yapıldığını ifade etmiştir. Annelerin çoğunluğu (%53.3) 9 ve daha fazla sayıda ultrasona girdiğini belirtmiş ve ultrason ortalaması 9.23 (SD=4.23) olarak hesaplanmıştır (**Tablo 6.3.2**). TNSA 2013 verilerine göre Türkiye’de kadınlar arasında ultrason oranı %98.4 olup İstanbul bölgesinde %99.2’dir. Araştırma alanımız İstanbul’da yer alan bir hastane olduğu için TNSA 2013 ile benzer bir orana sahip olduğumuz söylenebilir.

Araştırmaya dahil olan annelerin tamamı gebeliği sırasında tansiyon ölçüldüğünü ifade etmiştir. Annelerin yarısı (%52.2) 9 kezden fazla tansiyon ölçülmüştür (**Tablo 6.3.2**). TNSA 2013 verilerine göre İstanbul bölgesinde tansiyon ölçülme oranı %96.6 olup bir çok bölgeye göre gerilerdedir. Kadınlar arasında gebelikte önemli bir yeri olan tansiyon ölçümü ihmal edilirken ultrasona ağırlık verilmesi şaşırtıcıdır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin tamamına kan ve idrar tetkiki yapılmıştır. Annelerin yarısından fazlası 3-6 kez kan tetkiki yaptırırken dörtte üçü 3 kezden fazla idrar tetkiki yaptırmıştır (**Tablo 6.3.2**). TNSA 2013 verilerine göre İstanbul bölgesinde kan tetkiki yaptıran kadın oranı %93.6, idrar tetkiki %89.6’dır.

Araştırmaya alınan kadınların yarıya yakını gebeliği sırasında kilo takibi yapılmadığını, beşte biri demir preparatları kullanmadığını ve folik asit almadığını belirtmiştir. Gebelik sırasında yapılan tetkikler ile annelerin doğum algısı arasında bir ilişki olmadığı, folik asit almayan annelerin doğum algısının folik asit alan annelere göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır (**Tablo 6.3.2**). Türkiye’de yapılan benzer araştırmalarda kadınların demir ve vitamin kullanma oranları %61, %71.6 ve %83.7’tür, Sözeri ve ark (62), Durmaz ve Buğdaycı (63).

Araştırma kapsamına alınan annelerin yarıdan fazlası (%53.6) doğum öncesi eğitim almamıştır. Doğum öncesi eğitim almayanların, alanlara göre doğum algısı daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.3**). Yapılan araştırmalarda kadınların doğum öncesi eğitim alma oranı %16.7 ve %25 arasında değişmektedir Karakuş (64), Ravlı (5). Türkiye’de yapılan araştırmalarda doğum öncesi eğitim verilmesi oranı oldukça düşük olmasına rağmen araştırmamıza katılan kadınlarda bu oran yüksek olsa da doğum öncesi eğitimin doğum algılarını olumlu yönde değiştirmedeği

görülmektedir. Oysaki doğuma öncesi eğitimler kadınların içgüdüsel doğurma yeteneklerini ortaya çıkarması beklenir. Katılımcıların doğuma hazırlık eğitimleri içeriklerine göre konu başlıkları incelendiğinde doğuma yönelik konuların yeterli olmadığı göze çarpmaktadır. Eğitimin annelerin doğum algılarını etkilememiş olması bundan kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunlukla sırasıyla gebelikte beslenme, gebelik hijyeni, anne sütü ve emzirme, bebek bakımı ve gebelikten korunma yöntemleri hakkında bilgi alırken doğum anında kullanacakları “doğum kasları ve hormonlar, doğum ağrısını azaltmak için yapılacak uygulamalar, nefes egzersizi ve ıkınma” gibi bilgi alma oranlarının daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır. Literatürde yapılan araştırmalarda benzer şekilde kadınların doğum öncesi eğitim içerikleri arasında gebelikte genital hijyen, gebelikte beslenme ve çoğunlukla da doğum yöntemleri hakkında bilgi aldıkları ifade edilmiştir, Sözeri ve ark (62), Saymer ark (9), Kavak ve ark (65), Yanikkerem ve ark (66).

7.3. Vajinal doğum yapan kadınların doğum deneyimlerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmaya katılan annelerin doğum için hastaneye ilk başvurduğunda servikal dilatasyon ölçümlerine ait bulgular latent faz, aktif faz ve geçiş fazı olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Katılımcıların neredeyse yarısı (%45) doğumun aktif fazında hastaneye başvurmuştur. Doğumun aktif fazı ya da geçiş fazında hastaneye başvuran annelerin doğum algısı, latent fazda hastaneye başvuran annelerden daha iyidir ($p<0.05$) (**Tablo 6.3.1**). Kadınlar doğumun ilk evresinde doğum için hastaneye ne kadar geç başvurursa hastanede geçirdiği süre o kadar kısalmaktadır. Hastanede daha kısa süre kalmanın annelerin doğum algısını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamındaki annelerin yarısı (%51) on dakikada gelen kontraksiyon sayısı 2 veya 3 olduğunda hastaneye başvurmuştur. Kontraksiyon sayısı dört olan annelerin doğum algıları, $\leq 1,2,3$ ve ≥ 5 olan olgulara göre daha iyidir ($p<0.05$) (**Tablo**

6.4.1). On dakikada gelen kontraksiyon sayısı dört olan annelerde doğum algısının olumlu yönde iyi olması diğer gruplara göre öne çıkmaktadır. Dakikada gelen kontraksiyon sayısı gebenin doğumun hangi evresinde olduğunu göstermektedir. Kontraksiyon sayısının fazla olması doğumun yaklaştığının işareti olabilir. Annelerin hastaneye başvurduğunda ne kadar çok kontraksiyonu varsa doğumun o kadar yaklaşmakta olduğu söylenebilir. Bu da hastanede kaldığı süreyi kısaltacağı için doğum algısını olumlu yönde etkilemiş olabilir.

Annelerin hastanede geçirdiği doğum süresi çoğunlukla (%33.8) 1 saattir. Hastanede geçirilen doğum süresi uzadıkça annelerin doğum algıları olumsuz yönde etkilenmektedir ($p<0.05$) (**Tablo 6.4.2**). Anneler, ne kadar erken başvurursa doğumları ile ilgili o kadar olumsuz deneyim yaşamakta olduğu söylenebilir. Annelerin hastanede geçirdiği süre ile doğum deneyim algıları arasında sıkı bir ilişki vardır.

Araştırmaya katılan annelerin çoğunluğu (%33.8) doğumda ıkınma ıkınma süresini 1-4 dakika arasında olduğunu ifade etmiştir. İkınma süresi 1-4 dk arasında olan annelerin doğum algısı diğer annelere göre daha iyidir ($p<0.05$) (**Tablo 6.4.2**). Annelerin doğumda ıkınma süresinin az olması doğum algılarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Araştırmamıza katılan annelerin vajinal doğum şekli incelendiğinde; annelerin neredeyse tamamına yakınının (%86.8) doğumları, müdahaleli olarak gerçekleştirilmiştir. Annelerin spontan vajinal doğum yapması doğum algılarını olumlu yönde etkilemektedir ($p<0.05$) (**Tablo 6.4.3**). Kadınlar, vaginal doğumun anne ve bebek sağlığı için daha iyi olacağını düşünmelerinden dolayı vaginal doğum tercih etmektedir, Gözükara ve Eroğlu (53), Sayiner ve ark (9), Karabulutlu (8), Güzel (67). Vajinal doğum anne- bebek bağlanması açısından da önemli bir doğum şekli olmasına rağmen ülkemizde doğumların genellikle müdahaleli gerçekleşmesi, doğumdan beklenen faydanın sağlanmamasına neden olmaktadır. Nitekim İstanbul'da yapılan başka bir araştırmada bebeğin vaginal ya da sezaryen doğması ile maternal bağlanma arasında ilişki bulunmamıştır, Mutlu ve ark (68). Kadınlar

vaginal doğum yapsa da sonraki doğumlarında sezaryene yönelmektedir. Karabulutlu (8), tarafından yapılan çalışmada sezaryen olmayı tercih eden kadınlar, istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek oranda (%62.3) daha önce vaginal doğum yapmıştır. Hollanda'da yapılan bir çalışmada kadınlar doğum eylemlerini küçük müdahalelerin yapıldığı doğumlarda %60.3, orta müdahaleli doğumlarda %47.2, büyük müdahaleli doğumlarda ise %36 olumlu olarak belirlenmiştir. Müdahale oranı arttıkça memnuniyet düşmektedir. Müdahale edilmeyen grupta ise daha yüksek (%73) düzeyde olumlu bir deneyim gözlenmiştir, Fonteijn (69). Waldenström (70), tarafından yapılan çalışmada indüksiyon, obstetrik analjezi ve tıbbi müdahale, operatif doğum yapılan gebelerin doğum deneyim puanının diğerlerine göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kadınlar, doğum eylemi sırasında yoğun olarak tıbbi müdahaleler kullanılmasından rahatsız olduğundan dolayı müdahaleli doğumlar annelerin doğum algılarını negatif yönde etkilemektedir.

7.4. Vajinal doğum yapan kadınların doğum sırasında yapılan müdahale ve uygulamalara ilişkin bulguların tartışılması

Araştırmaya katılan annelerin doğum esnasında yapılan müdahale ve uygulamalar incelendiğinde; annelerin neredeyse tamamına yakınına (%84) damar yolu açılmıştır. Annelere doğum esnasında damar yolu açılmaması doğum deneyimlerini olumlu yönde etkilemektedir ($p < 0.05$) (**Tablo 6.5.1**). Damar yolu açılmaması annelerin doğum esnasında hareket kısıtlılığını ortadan kaldırdığı için daha olumlu doğum deneyimlerine neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmaya katılan annelerin tamamına yakınına (%82.2) doğum esnasında suni indüksiyon uygulanmıştır. Annelere doğum esnasında suni indüksiyon uygulanmaması doğum deneyimlerini olumlu yönde etkilemektedir ($p < 0.05$) (**Tablo 6.5.2**). Yapılan çalışmalarda doğumda suni indüksiyon uygulama oranı %15-34 arasında değişmektedir, Gül (71), Şahin ve ark (49), Köşüş ve ark (72), Mutlu (68). Bizim araştırmamızda indüksiyon uygulaması literatürde bulunan diğer araştırmalara göre daha yüksektir. Bizim çalışmamızda indüksiyon oranının daha yüksek olması

araştırma kapsamına aldığımız annelerin tamamının vajinal doğum yapmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bugg et al (73), tarafından bildirildiğine göre erken oksitosin kullanımında uterus hiperstimülasyonuna bağlı olarak fetal kalp atımı artmaktadır. Buna karşılık erken oksitosin kullanımına karşı geç oksitosin kullanımında maternal ve neonatal bir dizi farklılıklar saptanmıştır. Erken oksitosin kullanımı doğum süresini iki saat kısaltmasına rağmen vajinal doğum oranını artırmamıştır. Araştırma sonuçlarımıza göre damar yolu açılan annelerin açılmayan annelere göre, indüksiyon uygulanan annelerin uygulanmayan annelere göre doğum algısı daha düşüktür. Doğumun spontan gerçekleşmesine izin verilen annelerde ağrı dönemindeki deneyimleri ve doğum anını daha iyi algıladıkları, indüksiyon kullanıp kullanılmamanın doğum sonu dönemdeki algıyı etkilemediği belirlenmiştir, Güngör (51), tarafından yapılan araştırmada da benzer şekilde indüksiyon uygulanmayan annelerin uygulananlara göre doğumu daha iyi algıladıkları bulunmuştur, Shetty et al (74) 'e göre; doğumu doğal yolla başlayan kadınların doğum hakkındaki memnuniyetleri daha yüksektir. Doğum esnasında indüksiyon kullanılması annelerin doğum algılarını etkilemektedir. İndüksiyon kullanılmaması daha olumlu doğum algısına yol açmaktadır, Shetty et al (74).

Araştırmamıza katılan annelerin doğum esnasında EFM sıklığı incelendiğinde; çoğunluğuna (%88) aralıklı EFM uygulandığı belirlenmiştir. Annelerin aralıklı ya da sürekli EFM uygulaması annelerin doğum algıları ile ilişkili olmadığını belirlenmiştir (**Tablo 6.5.3**). Doğumda EFM uygulaması annelerin hareket kısıtlılığına neden olduğu için aralıklı ya da sürekli uygulanması ile doğum deneyimi arasında ilişki kurulamadığını söylenebilir. EFM uygulamasının annelerin doğum deneyimine etkisini anlamak için EFM uygulanmayan annelerle karşılaştırılması daha iyi olabilir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin yarısına (%50) doğum esnasında lavman uygulanmıştır. Lavman uygulaması ile annelerin doğum algısı arasında ilişki bulunmaktadır. Lavman uygulanmayan annelerin doğum algısı, uygulananlardan daha iyi olduğu belirlenmiştir. Annelere lavman uygulanmaması başta doğum anı,

ağrı d6nemi ve doğum sonu olmak ¼zere t¼m alt boyutlarda doğum algısını etkilemektedir ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.4**). Doğumda lavman kullanılması annelerin doğumu daha olumsuz algılamalarına neden olmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan annelerin d6rtte ¼ç¼ne (%75.1) oral alım kısıtlanması yapılmıştır. Oral alım kısıtlanmayan annelerde doğum algısının kısıtlananlara g6re daha iyi olduğu belirlenmiştir. 6lçek alt boyutları incelendiğinde; oral alım kısıtlanmasının anneleri başta ağrı d6nemi, doğum anı ve doğum sonrasındaki deneyimler olmak ¼zere t¼m alt boyutlar açısından olumsuz y6nde etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.5**). Doğumda oral alımın kısıtlanması annelerin doğumu daha olumsuz algılamalarına neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan annelerin neredeyse yarısına yakını (%43.3) doğum esnasında hareket kısıtlanması uygulandığını ifade etmiştir. Annelerin doğumda hareket kısıtlanması ile doğum algıları arasında ilişki bulunmaktadır. Hareket kısıtlanması yapılmayan annelerin doğum deneyimleri daha olumlu y6nde etkilenmiştir. ADA6 alt boyutlarına g6re incelendiğinde; hareket kısıtlanması yapılan annelerde ağrı d6nemindeki deneyimler alt boyutunda anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.6**). Annelerin doğumda hareketlerinin kısıtlanması 6zellikle doğumda ağrı deneyimlerini olumsuz y6nde etkilemektedir. Kadınların doğum esnasında yapılan uygulamalar için hareketlerinin kısıtlandığını d¼ř¼nd¼klerinden daha çok ağrı yaşadıkları s6ylenebilir.

Araştırmaya alınan annelerin yarısına (%48) doğumda amniyotomi yapılmıştır. Doğum esnasında amniyotomi yapılması ile doğum algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. 6lçek alt boyutları incelendiğinde; sadece doğum anındaki deneyimler alt boyutunda amniyotomi yapılmayanların yapılanlara g6re daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.7**). Yapılan araştırmalarda kadınların %79'unda amniyotomi yapılmıştır, Bozkurt (75). Bizim araştırmamızda amnion kesesinin suni olarak olarak açılmasının daha y¼ksek olmasının nedeni diğer araştırmanın T¼rkiye'nin doğusunda yer alan Van ilinde bizim araştırmamızın ise İstanbul ilinde yapılmasından kaynaklandığı d¼ř¼n¼lmektedir. ¼nk¼ T¼rkiye İstatistik Yıllığı (2013)'na g6re T¼rkiye'de sezaryen oranları batıya doğru gittikçe

artmaktadır. Bu durum batıda müdahaleli doğum oranlarının da daha yüksek olabileceğini düşündürmektedir. Doğumda amniyotomi yapılması annelerin doğum anındaki deneyimlerini olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırma kapsamına alınan annelerin yarısına yakınına (%40) doğum esnasında fundal bası uygulanmıştır. Doğumda fundal bası uygulanması annelerin doğum algılarını olumsuz yönde etkilemektedir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde; fundal bası uygulamasından annelerin ağrı deneyimleri, doğum anı ve sonrası dönemdeki deneyimler olmak üzere tüm alt boyutlar etkilenmektedir ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.8**). Van'da yapılan bir araştırmada doğumların %32'sine fundal bası uygulanmıştır, Bozkurt (75). Bizim araştırmamızda fundal bası oranları diğer araştırmaya göre daha yüksektir. Doğum esnasında fundal bası uygulanması annelerin doğuma yönelik algılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin yarısına (%50.4) doğum esnasında epizyotomi uygulanmıştır. Araştırmamıza katılan annelere epizyotomi uygulanması ile doğum algısı arasında ilişki olduğu, epizyotomi uygulanmayanların doğumu daha olumlu algıladığı belirlenmiştir. Ölçek alt boyutları incelendiğinde; epizyotomi yapılan annelerin doğum algılarının tüm alt boyutlarda olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.9**). Benzer araştırmalarda epizyotomi oranları %91-92 arasında değişmektedir, Gül (71), Bozkurt (75). Karaçam (76)'a göre; epizyotomi uygulanan kadınların enfeksiyon, dikişlerde açılma ve iyileşmede gecikme gibi sorunlar yaşadıkları, cinsel ilişkiye başladıklarında ise ağrı yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Cochrane veri tabanında yer alan bir çalışmada kısıtlı epizyotomi uygulanan olgularda epizyotomi uygulamasının %28'e düştüğü belirlenmiştir. Kısıtlı epizyotomi uygulanan olgularda perinede daha az travma ve posterior perinede daha az dikiş ve yedi gün içinde komplikasyonlarda azalma görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca doğum sonrası ağrı, inkontinans, dispareni ve şiddetli vajinal / perineal ağrı ise herhangi bir fark görülmemiştir, Carroli and Mignini (77). Vajinal doğumlarda epizyotomi uygulanması annelerin doğum algılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Araştırmaya katılan annelerin neredeyse tamamına (%97) doğumdan sonra bebeği ile ten tene temas sağlanmamıştır. Ten tene temas ile annelerin doğum algıları arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Ten tene temas yapılan annelerde doğum algısının yapılmayan annelere göre daha iyi olduğu ortaya çıkmıştır. Ölçek alt boyutları incelendiğinde; ağrı dönemindeki deneyimler alt boyutu ile eşin katılımı alt boyutu ten tene temas yapılan annelerde anlamlı derecede daha olumludur ($p<0.05$) (**Tablo 6.5.10**). Başta anne- bebek bağlanması olmak üzere doğum sonu birçok açıdan faydası bulunan ten tene temasın annelerde özellikle ağrı dönemi deneyimleri etkilemektedir.



8.SONUÇ

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda araştırma sonuçlarımız;

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 27.13 olup %37.5' i ilkokul mezunu, %89'u çalışmıyor, %77.9'u gelir gidere denk olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların ilk doğum yaşı ortalaması 21.1, gebelik ve doğum sayısı ortancası 2, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.13 ve ideal çocuk sayısı ortalaması 2.8'dir.

Katılımcıların %90.5' inin yeterli sayıda doğum öncesi bakım aldığı, %96.4'ü gebeliğin ilk 14 haftasında doğum öncesi bakım almaya başladığı, %78.4 doğum öncesi bakım almak için kamu hastanesini tercih ettiği belirlenmiştir.

Katılımcılar, gebelikleri sırasında yarısının dokuz ve daha fazla sayıda ultrasona girdiği, yarısının dokuz kezden fazla kan basıncı ölçümü yapıldığı, yarısından fazlasının 3-6 kez kan, dörtte üçünün üç kezden fazla idrar tetkiki yaptırdığını, sadece yarıya yakını kilo takibi yapıldığını, beşte biri folik asit, beşte biri ise demir preparatları kullanmadığını ifade etmiştir.

Annelerin yarısından fazlası gebeliği sırasında doğum öncesi eğitim almamıştır. Doğum öncesi eğitim alanların çoğunlukla gebelikte beslenme, gebelik hijyeni, anne sütü ve emzirme, bebek bakımı ve gebelikten korunma konularında eğitim aldıklarını, doğum sürecinde ağrı ile baş etmelerine yardımcı olacak “doğum kasları ve hormonlar”, “doğum ağrısını azaltmak için yapılacak uygulamalar”, “nefes egzersizi” ve “ıkınma” gibi konularda eğitim alma oranı oldukça düşüktür.

Katılımcıların nerdeyse yarısı travay döneminin aktif fazında hastaneye başvurmuştur. Doğumun aktif faz ve geçiş fazından hastaneye başvuran annelerde doğum algısı latent fazda hastaneye başvuranlara göre daha iyidir.

Annelerin yarısı on dakikada kontraksiyon sayısı 2-3 olduğunda hastaneye başvurmuştur. On dakikada gelen kontraksiyon sayısı dört olan anneler diğer annelere göre daha iyi doğum algısına sahiptir.

Annelerin doğum için hastanede geçirdikleri süre arttıkça doğum algısı olumsuz yönde etkilenmektedir. İkinme süresinin 1-4 dakika arasında olduğunu ifade eden anneler diğer annelere göre daha olumlu doğum algısına sahiptir.

Katılımcıların %86.8' i müdahaleli vajinal doğum yapmıştır. Spontan vajinal doğum yapmak doğum algısının olumlu yönde etkilemektedir.

Annelerin %84'üne doğum sırasında damar yolu açılmış, %82.2' z sine suni induksiyon verilmiş, %88'ine aralıklı EFM yapılmış, %50'sine lavman uygulanmış, %75.1'inde oral alım, %43.3'ünde hareket kısıtlanmış, %48'ine amniyotomi yapılmış, %40'ına fundal bası uygulanmış %50.4'üne epizyotomi uygulanmış ve %97'sine doğumdan hemen sonra bebeği ile ten tene temas yapılmamıştır.

Annelere doğum sırasında damar yolu açılması, lavman yapılması, oral alımın ve hareketin kısıtlanması, fundal bası ve epizyotomi uygulanması ve bebeği ile ten tene temas yaptırılmaması doğum algılarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz;

Doğuma hazırlık eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve bu eğitimlerin içeriğinde gebelerin doğum sürecinde ağrı ile baş etmelerine yardımcı olacak “doğum kasları ve hormonlar”, “doğum ağrısını azaltmak için yapılacak uygulamalar”, “nefes egzersizi” ve “ıkinma” gibi konularda eğitimler verilmesi,

Doğum için hastanede geçirdikleri süreyi azaltmak için doğuma hazırlık eğitimleri sırasında gebelerin travayın aktif fazında ve kontraksiyonları sıklaştığında hastaneye başvurmaları konusunda teşvik edilmesi,

Doğumların mümkün olduğunca müdahale edilmeden spontan olarak izlenmesi,

Doğum sırasında damar yolu açma, suni indüksiyon, EFM, lavman, oral alımın kısıtlanması, hareket kısıtlanması, amniyotomi, fundal bası ve epizyotomi gibi uygulamaların rutin olarak yapılmaması, doğumdan hemen sonra anne ile bebeğin ten tene teması için yardımcı olunması.



9. KAYNAKLAR

- 1- Gözükara F, Eroğlu K. Sezaryen doğum artışını önlemenin bir yolu: Bir kez sezaryen hep sezaryen yaklaşımı yerine sezaryen sonrası vajinal doğum ve hemşirenin rolleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. s. 89-100, 2011.
- 2- Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014
http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2014.pdf.
- 3- Lee YM, D'Alton ME. Anne isteğine bağlı sezaryenle doğum: Maternal ve neonatal komplikasyonlar. Current Opin in Obstet Gynecol. 3(2); 52-8, 2009.
- 4- Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GDV. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol; 199; 36.e1-36.e5,2008.
- 5- Ravlı E. Kadınların sezaryen ve normal doğum yapma nedenlerinin belirlenmesi. ME. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 35-48, Mersin, 2010.
- 6- Borlu A. Kayseri' de kentsel alanda seçilmiş bir sağlık ocağı bölgesinde doğum yapan kadınların doğum şekli konusundaki düşünce ve davranışları. ER.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi. s. 18-56, Kayseri, 2008.
- 7- Pakenham S. Chamberlain SM, Smith GN. Women's views on elective primary caesarean section. 2006.
- 8- Karabulutlu Ö. Kadınların Doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. İ.Ü. Florence Nightingale Hemşire YO Derg. 20(3): 210-8, 2012.
- 9- Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum. M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. (2)3: 143-8, 2009.
- 10- Larkin P, Begley CM, Devane D, Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery. s. 49-59, 2009.

- 11- Kitapçioğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 9(1): 47-54, 2008.
- 12- Seller A. Gebelerin doğuma ilişkin korku ve beklentileri. ME.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 35-49, Mersin, 2012.
- 13- Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 23 (1): 61-4, 2001.
- 14- Ceylantekin Y. Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, s. 41-65, Afyon, 2006.
- 15- Serçekuş P. Nullipar kadınlarda normal spontan doğuma ilişkin korkular ve nedenlerinin incelenmesi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 23-42, İzmir, 2005.
- 16- Özkan S, Aksakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. Türk J Public Health, 11(2), s. 59-71, 2013.
- 17- Nerum H, Halvorsen L. maternal request for cesarean section due to fear of birth: can it be changed through crisis-oriented counseling? Birth, 33(3): s. 221-8, 2006.
- 18- Şeker S, Sevil Ü. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Türkiye Klinikleri, 1(1): s. 1-9, 2015.
- 19- İsbir GG, Serçekuş P, Çoker H. Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri, 1(1), 10-5, 2015.
- 20- Coşkun A, Köstü B, Ercan Ö, Kıran H, Güven MA, Kıran G. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 4(3): 168-72, 2007.

- 21- Dönmez S, Yeniel ÖA, Kavlak O. Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 3(3), s. 908-20, 2014.
- 22- Özgür S. Halk Sağlığı Ders Kitabı. G.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Gaziantep, 2000.
- 23- Kadayıfçı O. Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum. Nobel Kitabevi. İstanbul, 2005.
- 24- Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, s.119-25, Grafiker Ofset, Ankara, 1997.
- 25- Global Health Observatory Data. Antenatal Care. http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/ (Erişim: 15.08.2014).
- 26- T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Matbaacılık, Ankara 2009.
- 27- Köker İ. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Temel Bilgileri. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, 2006.
- 28- Arslan T, Yiğiter AB, Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. Turkish Family Phycsian, 3(2).
- 29- Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A, Obstetrik Maternal-Fetal Tıp & Perinatoloji, MN Medikal & Nobel Yayıncılık, 2001.
- 30- Azzavi FA. Doğum ve Doğum Teknikleri Atlası. Çeviren: Yiğit F, Ekşi Z, Arsalan H. Bedray Yayın, İstanbul, 2007.
- 31- Beji NK, Dişsiz M. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015.
- 32- Okumuş H, Mete S, Yenel K, Tokat MA, Figen PS. Anne ve babalar için doğuma hazırlık, 1. Baskı, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2009.

- 33- Döken İ, Özdeğirmenci Ö. Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye' de ve Dünya' da güncel nedir? Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi. 7: s. 113-7, 2004.
- 34- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, XII. Baskı, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2014.
- 35- Tekin Y. Kadın Hastalıkları ve Doğum. Klinisyen Tıp Kitapları, İstanbul, 2006.
- 36- World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Safe Motherhood, 1996.
- 37- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Doğum Bilgisi. Çeviri: Akman AC, 21. Baskı, Nobel Tıp Kitapları, İstanbul, 2005.
- 38- Simpson KR, Creehan PA. Perinatal Nursing. Awhonn, Wolters Kluwer, 2001.
- 39- Kömürcü N, Gençalp NS. Geçmişten günümüze doğuma yardım. A.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 5(1): s. 78-82, 2002.
- 40- İsbir GG, İnci F. Travmatik doğum ve hemşirelik yaklaşımları. Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi, 1(1): 29-40, 2014.
- 41- Dönmez S, Sevil Ü. Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği. M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2(3): s. 105-12, 2009.
- 42- Altuntuğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 13(3): s. 62-5, 2010.
- 43- Bayram GO. Evde doğumlarda ebelik bakımı, ebenin rol ve sorumlulukları. M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2(2): s. 104-11, 2009.
- 44- T.C. Sağlık Bakanlığı. Güvenli annelik katılımcı kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Matbaacılık, Ankara, 2009.

- 45- Hasegawa J, Sekizawa A, Ishiwata I, Ikeda T, Kinoshita K. Uterine rupture after the uterine fundal pressure maneuver. J Perinat Med., 2014. pii: /j/jpme.ahead-of-print/jpm-2014-0284/jpm-2014-0284.xml. doi: 10.1515/jpm-2014-0284.
- 46- Hacker NF, Gambone HM. Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. Çeviri: Üstün C, Koçak İ. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 2009.
- 47- McCarty FP, Kenny LC. Induction of labour. Obstetrics Gynaecology and Reproductive Medicine, 24:1, 9-15.
- 48- İğde FAA. Sezaryen sonrası normal vajinal doğum. Sted, 13(4): 137-9, 2004.
- 49- Şahin NH. Seksio-sezaryen: yaygınlığı ve sonuçları. M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. (2)3: 93-8, 2009.
- 50- Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu V. Biyoistatistik. 14. Baskı, Hatiboğlu Yayınevi, Ankara, 2010.
- 51- Güngör İ. Babaların doğuma katılmasının doğum deneyimi üzerine etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 39-58, İstanbul, 2004.
- 52- Yaşar Ö, Şahin, FK, Coşar E, Köken GN, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi. 17: 414-20, 2007.
- 53- Gözükara F, Eroğlu K. İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 15(1): 32-46, 2008.
- 54- Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi. D.E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 6(2): 81-7, 2013.
- 55- Gürel SA, Kemik VD. Gebeliğe ilişkin bilgi düzeyi, etkenleri ve bunun doğum öncesi bakım üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri Dergisi, (17): 101-9, 2007.

56- Pınar G, Pınar T. Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. Tıp Araştırmaları Dergisi, 7(3): 132-40, 2009.

57- Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. İ.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 12(4): 247-52, 2005.

58- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013- Nüfus Etütleri, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.

59- Lazoğlu M. Doğum korkusunun derecesine göre gebelerin öz-yeterlilik algısının karşılaştırılması. Atatürk Üni. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, s. 29-34, Erzurum, 2014.

60- Konakçı SK, Kılıç B. İzmir’de sezaryen ile doğum sıklığı ve buna etki eden faktörler. Türkiye Klinikleri Obstetrik Jinekoloji Dergisi. 14: 88-95, 2004.

61- Özçelik G, Karaçam Z. Gebelikte sık karşılaşılan yakınmalar, fiziksel, ruhsal ve cinsel sağlık sorunları, risk faktörleri ve yaşam kalitesi. E.Ü. Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 30 (3): 1-18, 2014.

62- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semi O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 1(2): 92-104, 2006.

63- Durmaz A, Buğdaycı R. Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler. Türk J Public Health, 11(2): 72-85, 2013.

64- Karakuş A. Sezaryen ve normal doğum yapan kadınların doğum yöntemlerine olan davranış ve tutumlarının belirlenmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 54-85, İstanbul, 2007.

65- Kavak O, Saruhan A, Er S, Şen E, Sevil Ü. Gebelerin hijyen davranışlarının belirlenmesi. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 26(1): 53-63, 2010.

66- Yanikkerem E, Göker A, Piro N. Sezaryen doğum yapan kadınların doğum yöntemleri hakkında düşünceleri ve aldıkları bakım memnuniyeti. Selçuk Tıp Dergisi. 29(2): 75-81, 2013.

67- Güzel M. Zonguldak' ta kadın doğum hastanesine başvuran gebelerin bilgi tutum ve deneyimlerinin doğum şekli tercihlerine etkisi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, s. 20-36, 2014.

68- Mutlu C, Yorbık Ö, Tanju İA, Çelikel F, Sezer RG. İstanbul'da doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16: 442-50, 2015.

69- Fontein Y. The comparison of birth outcomes and birth experiences of low-risk women in different sized midwifery practices in the Netherlands. Women and Birth, 23: 103-10, 2010.

70- Waldenström U, Experience of Laborandbirth in 1111 Women. Journal of PsychosomaticResearch, 47(5), 1999.

71- Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği. Uzmanlık Tezi, s. 36-68, İstanbul, 2008.

72- Köşüş A, Köşüş N, Güler A, Çapar M. Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde maternal ve fetal sonuçlar. Tıp Araştırmaları Dergisi, 8(2): 69 -75, 2010.

73- Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG, OxytosinVersus No TreatmentorDelayedTreatmentforSlowProgress in theFirtStage of SpontaneousLabour. TheCochrane Database of SystematicReviews 2013, Issue 6. Art. No:CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123.pub3.

74- Shetty A, Burt R, Rice P, Templeton A, Women'sperceptions, expectationsandSatisfactionWithInducedLabour- A Questionnaire-BasedStudy.

EuropeanJournal of Obstetrics&GynecologyandreproductiveBiology123:56-61, 2005.

75- Bozkurt Ş. Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin değerlendirilmesi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 35-69, İstanbul, 2013.

76- Karaçam Z. Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 1: s. 38-46, 2008.

77- Carroli G, Mignini L, Episiotomy for vaginal birth. Cochrane, 2012.



10. EKLER

EK I. TANIMLAYICI BİLGİ FORMU

“Vajinal doğum yapan lohusaların gebelik ve doğum deneyimleri ve doğum şekline ilişkin düşünceleri” konulu bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Eğer araştırmaya katılırsanız elde edilen veriler eğitim ve bilimsel amaçlarla toplu olarak kullanılacaktır. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz. Size de katılmanız halinde herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Eğer katılmayı reddederseniz, bu durum size herhangi bir zarar getirmeyecektir.

**Ebe Ümran ERCİYES İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Ana Bilimdalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
Yüksek Lisans Öğrencisi Tel: 0 212 459 60 00**

A.SOSYODEMOGRAFİK SORULAR

Doğum tarihiniz nedir?

Eğitim durumunuz nedir?

- | | | |
|-------------------|-------------|---------------|
| 1) Okula gitmeyen | 3) İlkokul | 5) Lise |
| 2) Okur-yazar | 4) Ortaokul | 6) Üniversite |

Mesleğiniz nedir?

- | | |
|--------------|----------------|
| 1) Ev hanımı | 2) Diğer |
|--------------|----------------|

Resmi nikahınız var mı?

- | | |
|--------|---------|
| 1)Evet | 2)Hayır |
|--------|---------|

Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | | |
|-------------------|-------------|---------------|
| 1) Okula gitmeyen | 3) İlkokul | 5) Lise |
| 2) Okur-yazar | 4) Ortaokul | 6) Üniversite |

Eşinizin mesleği nedir?

- | | |
|----------|----------------|
| 1) İşsiz | 2) Diğer |
|----------|----------------|

Aylık geliriniz nasıldır?

- 1) Gelir giderden fazla 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden az

Sağlık güvenceniz nedir?

- 1) Var 2) Yok

Aile tipiniz nedir?

- 1) Çekirdek aile 2) Geniş aile

En uzun süre yaşadığınız bölge?

- 1) Marmara 5) Doğu Anadolu
2) Ege 6) Güney Doğu Anadolu
3) Akdeniz 7) İç Anadolu
4) Karadeniz 8) Yurt dışı...

Eşinizle aranızda akrabalık bağı var mı?

- 1) 1. Derece akraba (Kuzen) 3) Yok
2) 2. Derece akraba

İlk gebelik yaşıınız nedir?

Gebelik sayınız nedir?

Doğum sayınız nedir?

Düşük/ küretaj sayınız nedir?

Yaşayan çocuk sayınız nedir?

Sizin için ideal çocuk sayısı nedir?

B.DOĞUM ÖNCESİ BAKIM VE EĞİTİM DENEYİMLERİ

Bu gebeliğiniz sırasında ilk kontrolünüzü kaçınıcı gebelik haftasında yaptırınız?

Gebeliğiniz boyunca kaç kez gebelik kontrolü yaptırınız?

Gebelik kontrollerinizi çoğunlukla hangi sağlık kuruluşunda yaptırınız?

- 1) Kamu hastanesi 3) Özel hastane
2) Aile hekimi 4) Diğer

Gebeliğiniz boyunca kaç kez ultrason yaptırınız?

Gebeliğiniz boyunca kaç kez tansiyon baktırınız?

Gebeliğiniz boyunca kaç kez kan tetkiki yaptırдыңız?

Gebeliğiniz boyunca kaç idrar tetkiki yaptırдыңız?

Gebeliğiniz sırasında kilo takibi yapıldı mı?

1)Evet

2) Hayır

Gebeliğiniz sırasında karından elle muayene yapıldı mı?

1)Evet

2) Hayır

Gebeliğiniz sırasında demir hapi (kan hapi) kullandınız mı?

1)Evet

2) Hayır

Bu gebeliğiniz için folik asit kullandınız mı?

1)Evet

2) Hayır

Gebeliğiniz sırasında sağlık personeli tarafından aşağıdaki konulardan hangisi/ hangileri anlatıldı? İşaretleyiniz.

() Gebelikte beslenme

() Gebelikte hijyen

() Gebelikte egzersizler

() Doğum kasları ve hormonlar

() Doğumda ağrıyı azaltmak için yapılacak uygulamalar

() Nefes egzersizi

() İkinma

() Anne sütü ve emzirme

() Gebelikten korunma yöntemleri

() Bebek bakımı

C.DOĞUM DENEYİMLERİ

Doğum şekli nedir?

1)Normal Doğum

2)Müdahaleli doğum

Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası:

Hastaneye geldiğinde ilk muayene sonuçları:

Dilatasyon:.....

Efasman:.....

Kontraksiyon sıklığı:

.....

Düzenli kasılma başlangıcı:

1)Spontan

2)İndüksiyon ile (Yöntem: Endikasyon:.....

Doğumun toplam süresi:

Su kesesinin açılması:

1)Spontan 2)Amniyotomi EMR; 1)Var 2)Yok

Suyun rengi: 1)Berrak 2)Mekonyumlu

Suni sancı ile doğumun hızlandırılması (augmentasyon) yapıldı mı?

1)Yapılması 2)Yapıldı: Toplam doz:Toplam süre.....

Oral alımın kesilmesi: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Lavman: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Hareket kısıtlaması: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

Damar yolu açılması: 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

NST sıklığı nasıldır? 1)Sürekli 2)Aralıklı

Kristaller (fundal bası): 1)Yapıldı 2)Yapılmadı

İkınma süresi:

Epizyotomi: 1) Yapılmadı 2)Median 3)Mediolateral

4)Lateral

Doğumda ten tene temas sağlandı mı? 1)Evet 2)Hayır

EK II. ANNENİN DOĞUMU ALGILAMA ÖLÇEĞİ (ADAÖ)

PERCEPTION OF BIRTH SCALE (POBS) (Annenin Doğumu Algılaması Ölçeği)

Lütfen her soruda, belirtilen duygularınızı en iyi tanımlayan sütündeki 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 güveniyorsunuz?	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 anında 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 olmayla ilgili beklentileriniz ne derece 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 derece farkındaydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
14. Doğum anında yaşadığınız olayların ne derece farkındaydınız?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
15. Doğum anında yaşadığınız olaylar ne kadar rahatsız ediciydi?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
16. Doğumunuzun sancılı dönemini acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
17. Doğum anını acı verici olarak hatırlıyor musunuz?	Hiç 1	Biraz 2	Orta 3	Çok 4	Çok fazla 5
18. Doğum anında ne kadar korkmuşunuz?	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 5	1 saat içinde 4	2 saat içinde 3	4 saat içinde 2	8 saat içinde ve ↑ 1
25. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi kucağınıza alabildiniz?	Hemen 5	1 saat içinde 4	2 saat içinde 3	4 saat içinde 2	8 saat içinde ve ↑ 1

EK III. TEZİN UYGULANACAĞI HASTANEDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELER KURUMU
İstanbul Fatih Bölgesi Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 51800557/ 4438
Konu : Ümran ERCİYES-Anket Çalışması

29 Kasan 2018

**SÜLEYMANİYE KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE**

Medipol Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Ümran ERCİYES'in "Vajinal Doğum Yapan Lohusalarda Gebelik ve Doğum Deneyimleri ve Doğum Şekline İlişkin Düşünceleri" konulu tez çalışmasını hastaneniz emrinde tamamlaması Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüş olup anket formları ekteadır

Gereğini rica ederim.

Op. Dr. İdris KURTULUŞ
Genel Sekreter
Tıbbi Hizmetler Başkanı

EK: Anket formu (4 sayfa)

11. ETİK KURUL ONAYI

T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: 10840098 – 23
Konu: Etik Kurulu Kararı

31.01.2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Vajinal doğum yapan lohusaların gebelik ve doğum deneyimleri ve doğum şekline ilişkin düşünceleri” isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.



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

EK:
-Karar Formu (2 sayfa)

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	20.01.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	20.01.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 22		Tarih: 31.1.2014	
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oy birliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Tangül MÜDOK	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Berna EREN	Halk Sağlığı	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Emir YÜZBAŞIOĞLU	Protetik Diş Tedavisi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Muhammed Fatih EVCİMİK	Kulak-Burun Boğaz	Özel Nisa Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunma

12. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ümran	Soyadı	Erciyes
Doğum Yeri	Kayseri	Doğum Tarihi	15.08.1987
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	-
E-mail	umran_2839@hotmail.com	Tel:	5432070138

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yük. Lis.	Özel İstanbul Medipol Üniversitesi	2016
Lisans	Kahramanmaraş Sütçüimam Üniversitesi	2012
Lise	Mehmet Akif Ersoy Lisesi	2005

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Ebe	İstanbul Eğitim ve Aştırma Hastanesi	2013-Halen
2.	Bebek Hemşiresi	İstanbul Özel Medipol Hastanesi	2012-2013
3.	Servis Hemşiresi	Kahramanmaraş Özel Devakent Hastanesi	2012

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	Orta	Orta	Orta

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı	68.65202	72.13123	72.83213

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi