



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

FETÜSÜN OKSİPUT POSTERİOR
POZİSYONDA OLDUĞU DOĞUMLARDA
ANNE POZİSYONUNUN DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

NURŞAH ULUOCAK

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL - 2017

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Nurşah ULUOCAK
Tez Başlığı : Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda
Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 13.07.2017

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

Danışman

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Kurumu

Biruni Üniversitesi

İmza

Sınav Jüri Üyeleri

Yrd. Doç. Dr. Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yrd. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ

İstanbul Medipol Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 20.../07./ 2017. tarih ve ..2017.../...21... - ..07.. sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Nesrin EMEKLİ

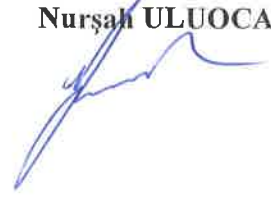
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

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

Nurşah ULUOCAK



TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimi boyunca bilgi, birikim ve tecrübelerinden faydalandığım, insani ve ahlaki değerleri ile de örnek edindiğim, birlikte çalışmaktan onur duyduğum, gösterdiği ve hissettirdiği yol göstericiliği, hoşgörü, sabrından dolayı değerli hocam sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ'ye,

Yüksek lisans eğitimimde desteklerini gördüğüm değerli hocam Yard. Doç. Dr. Nihal SUNAL ve Yard. Doç. Dr. Filiz OKUMUŞ'a,

Dr. Ergül ASLAN'a,

Çalışmamı tamamladığım Özel Nisa Hastanesinin hekim ve ebelerine, çalışmamın veri toplama aşamasında yardımlarını esirgemeyen değerli Uz. Dr. Alev ORAL'a, mesleğimin başında elimi tutan, ebeliğin çok yönlü profesyonel bir meslek olduğunu farkına varmamı sağlayan, bilgi ve birikimi paylaşmakta tereddüt duymayan doğumhane sorumlu ebesi Ebru ÇOLAK'a,

Hayatımın olumlu olumsuz her anında yanımda olan çalışmamı sürdürürken de desteğini çokça hissettiğim değerli dostum Ayfer KAPAN'a, çalışmalarım boyunca hiç düşünmeden yardımını esirgemeyen sabırla destek veren dostum Halime ÖNCÜ ÇELİK'e, mesai arkadaşım olmaktan öteye geçmiş tezimin düzenlenmesinde destek veren sevgili arkadaşım Gökçe KAP'a,

Bugünlere gelmemi sağlayan, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, attığım her adımda ve aldığım kararlarda arkamda duran canım annem Hakime CAN'a, yorulduğum ve vazgeçtiğim zamanlarda yanımda olup beni destekleyen, zahmetimi çeken tezimin tüm aşamalarında yardımcı olan çok sevgili nişanlım Hakan İNANLI'ya ve aileme

SONSUZ TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	viii
ŞEKİLLER LİSTESİ	ix
RESİMLER LİSTESİ	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ-AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Doğum Eylemi	7
4.1.1. Doğum eyleminin mekanizmaları	7
4.1.1.1. Doğum kanalı	7
4.1.1.2. Doğum kanalını oluşturan yumuşak kısımlar	8
4.1.1.3. Doğum objesi-fetüs	8
4.2. Doğum Eylemini Gerçekleştiren Güçler	9
4.2.1. Uterus kontraksiyonları	9
4.2.2. Karın kasları ve diyaframın basıncı	9
4.2.3. Amnios sıvısı ve fetüs	9
4.2.4. Vajinadaki basıncın emme gücü	10
4.2.5. Annenin psikososyal durumu	10
4.3. Normal Doğum Eylemi	10
4.3.1. Birinci evre (dilatasyon).....	10

4.3.2. İkinci evre (itilme).....	11
4.3.3. Üçüncü evre (plesantal dönem).....	11
4.3.4. Dördüncü evre (kanama kontrol dönemi)	11
4.4. Riskli Doğum Eylemi.....	12
4.4.1. Distosi	12
4.4.1.1. Fonksiyonel Distosiler (Disfonksiyonel Ağrı)	13
4.4.1.2. Pelvisteki yumuşak dokulara ait distosi	15
4.4.1.3. Kemik pelvise ait distosi	15
4.4.1.4. Annenin emosyonel durumu ile ilgili distosi	16
4.4.1.5. Doğum objesi ile ilgili distosi	16
4.4.1.5.1. Prezantasyon bozukluğu (malprezantasyon).....	17
4.4.1.5.2. Pozisyon bozukluğu (malpozisyon)	19
4.4.1.5.3. Oksiput posterior pozisyonda doğum eyleminin mekanizmaları.....	22
4.4.1.5.4. Oksiput posterior pozisyonda tedavi	24
4.4.1.5.5. Oksiput posterior pozisyonda bakım.....	24
4.4.1.5.5.1. Sakruma dairesel hareketlerin uygulanması.....	25
4.4.1.5.5.2. Travayda sakruma vibrasyon uygulama.....	25
4.4.1.5.5.3. Oturma, öne doğru desteğe dayanma (öne doğru uzanma).	26
4.4.1.5.5.4. El-diz pozisyonu.....	27
4.4.1.5.5.5. Yana Doğru Yatış.....	29
4.4.1.5.6. Oksiput Transvers Duruşta Doğum Eyleminin Mekanizmaları.	30
4.4.1.6. Doğum Eyleminde Ortaya Çıkabilecek Diğer Problemler.....	31
5. GEREÇ-YÖNTEM	32
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	32
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	32
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	33

5.3.1. Araştırmaya dâhil olma kriterleri	34
5.4. Araştırmanın Hipotezi	35
5.5. Veri Toplama Araçları	35
5.6. Araştırmanın Uygulanması	38
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi	40
5.8. Araştırmanın Etik Boyutu	41
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	41
5.10. Araştırmanın Yürütülmesinde İş Birliği Yapılacak Yerler ve Kişiler	41
6. BULGULAR	42
7. TARTIŞMA	60
7.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışması	60
7.2. Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Tartışması	62
7.3. Gebelerin Doğum Sonrası Takipte Kanama Önleyici Girişimlere İlişkin Bulguların Tartışması.....	70
8. SONUÇ	71
9. KAYNAKLAR	76
10. EKLER	83
11. ETİK KURUL ONAYI	89
12. ÖZGEÇMİŞ	93

KISALTMALAR ve SİMGELER LİSTESİ

DSÖ/WHO	Dünya Sağlık Örgütü
ACOG	Amerika Jinekoloji ve Obstetri Birliği
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
X±SD	Standart Sapma
AWHONN	Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
MED	Ortalama
MIN	Minimum
MAX	Maximum
BKİ	Beden Kitle İndeksi
İ.V.	İntravenöz
A	Anterior
T	Transvers
P	Posterior
OA	Oksiput Anterior
ROA	Sağ Oksiput Anterior
LOA	Sol Oksiput Anterior
OP	Oksiput Posterior
ROP	Sağ Oksiput Posterior
LOP	Sol Oksiput Posterior
OT	Oksiput Transvers
ROT	Sağ Oksiput Transvers
LOT	Sol Oksiput Transvers
GKÖ	Görsel Kıyaslama Ölçeği
VAS	Vissual Analog Scala
NST	Non Stres Test
NSD	Normal Spontan Doğum
SCA/CS	Sezaryen

TABLolar LİSTESİ

Tablo 6.1: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler	42
Tablo 6.2: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Veriler	44
Tablo 6.3: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Mevcut Gebeliklerine Ait Bulguların Dağılımı	45
Tablo 6.4: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Dağılımı	46
Tablo 6.5: Doğum Eyleminin Dilatasyon Evresinde Uygulanan Girişimlere İlişkin Bulguların Dağılımı	48
Tablo 6.6: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Eyleminde Karşılaştıkları Problemlere İlişkin Veriler	49
Tablo 6.7: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Pozisyon Öncesi ve Pozisyon Sonrası Vajinal Tuşe Bulgularının Dağılımı.....	51
Tablo 6.8: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Pozisyon Öncesine ve Pozisyon Sonrasına İlişkin Verilerin Dağılımı	54
Tablo 6.9: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Ekspulsiyon Döneminde Uygulanan Girişimler ve Gelişen Komplikasyonlara İlişkin Veriler	55
Tablo 6.10: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Dağılımı	56
Tablo 6.11: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	58
Tablo 6.12: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sonrası Kanamayı Önleyici Girişimlere İlişkin Bulguların Dağılımı	59

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4.3.4.1: Sol oksiput anterior pozisyonda doğum eylemi ve temel hareketler (36).....	12
Şekil 4.4.1.5.2.1: ROP ve ROT duruş Şekil 4.4.1.5.2.2.: LOA ve LOP duruş (20).	19
Şekil 4.4.1.5.2.3: Vajinal muayene ile sagittal sturun saptanması.....	20
Şekil 4.4.1.5.2.4: Vajinal muayene ile fontanelerin ayırt edilmesi (20).....	20
Şekil 4.4.1.5.2.5: Leopold Manevralarının (A-D) LOA pozisyonlu fetüse uygulanması (20).....	21
Şekil 4.4.1.5.2.6: Fetal vertex presentations (46).....	22
Şekil 4.4.1.5.3.1: ROP doğum eylemi mekanizmasında, anterior rotasyon gösterilmekte (36).	23
Şekil 4.4.1.5.3.2: LOT pozisyonda doğum eylemi mekanizmasının lateral görüntüsü A. Angajman B. Pelvik girimde lateral fleksiyonu izleyen posterior asinklitizim C. Angajman sonrası ilerleyen iniş D.Rotasyon ve ekstansiyon (36).....	23
Şekil 5.6.4.1: Araştırma Akış Şeması.....	40

RESİMLER LİSTESİ

Resim 4.4.1.5.5.2.1: Travayda sakruma vibrasyon uygulama (16).....	25
Resim 4.4.1.5.5.3.1: Oturma, öne doğru desteğe dayanma (öne doğru uzanma) (16)	27
Resim 4.4.1.5.5.4. 1: El-diz pozisyonu (16).....	28
Resim 4.4.1.5.5.5. 1: Yana Doğru Yatış (16).....	30
Resim 5.6.1: Oksiput yönüne yan yatış (16)	38
Resim 5.6.2: El-diz/secde pozisyonu (16).....	38
Resim 5.6.3: Ayakta yatak başına doğru eğilme (16)	39

1. ÖZET

FETÜSÜN OKSİPUT POSTERİOR POZİSYONDA OLDUĞU DOĞUMLARDA ANNE POZİSYONUNUN DOĞUM SÜRECİNE ETKİSİ

Bu araştırma, fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anne pozisyonunun doğum eyleminin ilerleyişine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

Araştırma Temmuz 2014-2015 tarihleri arasında İstanbul'da özel bir hastaneye doğum yapmak üzere başvuran fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 148 gebe ile yürütüldü.

Gebeler girişim ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrıldı (n=72). Girişim grubuna, oksiputun olduğu yön boyunca yan yatış pozisyonu 20 dk, secde pozisyonu 15 dk, yatak başına doğru eğilerek durma (dinlenme) 10 dk, ardından oksiputun olduğu yön tarafında yan yatış pozisyonu 20 dk verildi. Kontrol grubunda yer alan gebelere ise rutin doğumhanede uygulanan izlem yapıldı.

Girişim grubundaki gebelerin servikal dilatasyon $3,87\pm 1,56$ cm, servikal efasman $\%61,71\pm 11,24$, hodge düzlemine göre baş seviyesi $-2,46\pm 0,92$, $\%67,1$ 'inin (n=51) posh açık bunların $\%88,2$ 'sinin amniyos sıvısı berrak idi. Kontrol grubundaki gebelerin servikal dilatasyon $2,47\pm 1,64$ cm, servikal efasman $\%52,64\pm 12,33$, hodge düzlemine göre baş seviyesi $-2,74\pm 0,75$, gebelerin $\%37,5$ 'i (n=27) posh açık olanlarında $\%92,6$ 'sında amniyon sıvısı berrak idi.

Girişim grubunda uygulanan pozisyon sonrası servikal dilatasyon $5,33\pm 1,99$ cm, servikal efasman $\%70,39\pm 13,80$, hodge düzlemine göre baş seviyesi $-1,63\pm 1,11$ ve gebelerin $\%85,5$ 'inin (n=65) posh açıktı. Bunların $\%86,2$ 'si (n=56) amniyos sıvısı berraktı. Kontrol grubunun 1 saat sonraki vajinal tuşe bulguları ise servikal dilatasyon $3,14\pm 1,79$ cm, servikal efasman $\%56,39\pm 13,46$, hodge düzlemine göre baş seviyesi $-2,54\pm 0,99$ ve gebelerin $\%62,5$ 'i (n=45) posh açık olanlarında $\%88,9$ 'nun amniyon sıvısı berrak idi.

Pozisyon sonrası girişim grubundaki gebelerin %51,31'i (n=39) OA, %21,05'i (n=16) OT pozisyona dönmüştü. Kontrol grubunda ise bir gebe OA, 10 gebede OT pozisyonda idi.

Girişim ve kontrol grubu pozisyon sonrası değerlendirmeler açısından karşılaştırıldığında dilatasyon, efasman, baş seviyesi, baş pozisyonu açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıydı. Pozisyon verilen girişim grubundaki daha fazla sayıda gebede kontrol grubuna kıyasla baş pozisyonları anteriora dönmüştü ve doğum eylemi daha hızlı ilerlemekteydi. Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda, gebeye yukarıda belirtilen pozisyonların uygulanması doğum eyleminin ilerleyişini kolaylaştırmaktadır.

Anahtar kelimeler: Doğum pozisyonu, fetal malpozisyon, oksiput posterior duruş.

2. ABSTRACT

THE EFFECT OF MATERNAL POSITION ON LABOUR PROGRESSION WHEN THE FETUS OCCIPUT POSTERIOR POSITION IN DELIVERY

This research is randomized controlled trial that to evaluate the effect of maternal position on labour progression when the fetus is occiput posterior position in delivery.

Research had been carried out with 148 gravidas who had accept to participate the search when they had applied to the private hospital to labor and the fetus had been on occiput posterior position between July 2014-2015.

Gravidas had been seperated into two groups as tentative attempt and control groups (n=72). Tentative attempt group had been requested to be side-lying position as the same direction along occiput during 20 minutes then prostrate position for 15 minutes, lean forward to bedside for 10 minutes (rest position) finally they had been requested to be side-lying position for 20 minutes again. Other gravidas in control group had been liable to routine deliveryroom observation.

The cervical dilatation of the gravidas in tentative attempt was $3,87\pm 1,56$ cm, cervical effacement was $\%61,76\pm 11,24$, head level due to hodge plane was $-2,46\pm 0,92$ and $\%67,1$ of gravidas (n=51) posh open and also $\%88,2$ of these gravidas amniotic fluid was clear. The cervical dilatation of the gravidas in control group was $2,47\pm 1,64$ cm. cervical effacement was $\%52,64\pm 12,33$, head level due to hodge plane was $-2,74\pm 0,75$ and $\%37,5$ of gravidas amniotic fluid was clear.

After applied positions to gravidas in tentative attempt group was $5,33\pm 1,99$ cm, cervical effacement was $\%70,39\pm 13,80$, head level due to hodge plane was $-1,63\pm 1,11$ and $\%85,5$ of gravidas (n=65) posh open and also $\%86,2$ of these gravidas (n=56) amniotic fluid was clear. One hour later the vaginal touch symptoms of the gravitas in control group, cervical dilatation $3,14\pm 1,79$ cm, cervical effacement was $\%56,39\pm 13,46$, head level due to hodge plane $2,54\pm 0,99$ and $\%62,5$ (n=45) of gravidas posh open and also $\%88,9$ of these gravidas amniotic fluid was clear.

After applied positions to gravidas in tentative attempt group %51,31 (n=39) gravidas had became OA and %21,05 (n=16) gravidas had became OT. Also only one gravida was OA and 10 gravidas were OT positions in control group.

When the appreciations are composed to after changing positions of gravidas in tentative attempt group and gravidas in control group with regard to dilatation, effacement, head level, head position, there ara statistically significiant differences between two groups. There had been more gravidas in tentative group who had became occiput anterior than gravidas in control group and labor had been gone faster than the other control group. If these positions are applied at deliveries in which the fetüs are occiput posterior positions it makes labor easy to go on.

Key Words: Delivery positions, fetal malposition, occiput posterior stance.

3. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum süreci uzun ve yavaş bir eylemdir. Bu süreçte anneye birebir fiziksel, psikolojik, bilimsel destek veren bir kişi olmalıdır. Doğurmak kadının bedeni ve ruhuyla yaşadığı en özel deneyimdir (1-12).

WHO (Dünya Sağlık Örgütü) normal doğumu; 37-42. gebelik haftaları arasında, spontan, fetüsün verteks pozisyonunda olduğu anne ve bebeğin iyi izlenmesi ile iyilik durumlarının yüksek olduğu durum olarak tanımlamıştır.

Travay ve doğumu; doğum kanalı, fetüs ve plesanta, kontraksiyonlar, annenin pozisyonu ve psikolojik adaptasyon etkilemektedir (13-15).

Doğum pozisyonlarının tarihsel gelişimi incelendiğinde ilk yazılı belgenin 1882 yılında George J. Engelmann tarafından doğum pozisyonları ile ilgili yazılmış olan küçük bir kitap olduğu görülmektedir. Engelmann yazmış olduğu kitapta, ilkel toplumlarda ki doğum ile bugüne kadar obstetrik bilimdeki gelişim, doğallık ve bütün ırklardaki içgüdüler, uygarlık ve ilkelliği anlatmaktadır (16-18).

Toplumlarda doğumu kolaylaştırıldığına inanılan özel pozisyonlar uygulandığı görülmüştür. Bu pozisyonlar rastgele değil, toplumun beden ve kemik pelvis yapısına bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Toplumların kültürlerinin de doğum süreç yönetimini etkilediği bilinmektedir. Toplumlar da doğum sürecinde ki; yatmak, çömelmek, oturmak, ayakta durmak, diz çökmek, secde pozisyonunda olmak vb. pozisyonların kültürel değişikliklere göre belirlendiği tahmin edilmektedir (16-21).

Anne ve fetüsün konforlu, güvenli bir doğum süreci geçirmesi amacıyla pozisyonların kullanılabilmesi literatürde bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında son 10 yılda doğumda annenin pozisyonları ile alakalı pek çok araştırma yapılmış ve anne pozisyonunun önemi vurgulanmıştır (22-24).

Doğumda anne pozisyonlarının, uterin kontraksiyonların süre ve şiddetine, doğum süresine, fetüs inişine, perineal sonuçlara, fetüsün pozisyonuna, rahatın artmasına veya azalmasına etkisi vardır. Literatürde anneye ait pozisyonların önemli olduğu ya da doğum sürecini kısalttığı bildirilmiştir. Doğumda pozisyon değişimi fetal rotasyon ve inişini kolaylaştırmaktadır. Doğumda anneye ait pozisyonların doğum mekanizmasına ve fetal prezantasyona yardım ettiği ya da engellediği bildirilmiştir (8,22,25-28).

Doğum eyleminin uygun olmayan doğum yataklarında gerçekleşmesi, rutin uygulanan invaziv girişimler ya da monitörizasyon uygulamaları, pozisyonlar konusunda sınırlama getirmektedir (29).

AWHONN (Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses)'dur. AWHONN tarafından ABD'de doğumun II. Evresinde hemşirelik ile ilgili araştırmaları kullanım projesi başlatılmıştır. Bu projenin amacı, 1990 yılında organizasyonlar tarafından belirlenen anne sağlığı hemşireliğindeki öncelikleri ve verileri uygulamaya yansıtmaktır. Bu öncelikler doğumun II. evresinde düz yatış pozisyonları azaltarak, dik pozisyonların kullanımını arttırmaktadır (5,13,30).

Oksiput posterior çok görülen bir malpozisyon olup ve doğumların yaklaşık %20'de ortaya çıkmaktadır. Doğum eyleminde verteks, normalde pelvisin ön tarafında yer alırken oksiput yatışta posterior yerleşimde bulunur. Direkt nedeni sıklıkla bilinmemektedir. Pelvis yapısının jinekoid pelvis olmadığı durumlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca, intrapartum epidural analjezi, gevşek pelvik taban ve zayıf uterin kontraksiyonların bu duruma katkı sağladığı belirtilmektedir (31).

Literatürde oksiput posterior pozisyonun düzelebilmesi için anneye verilen el-diz pozisyonlarının yararlı olduğu belirtilmektedir. Bu konuda sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Doğumhanede benzer pozisyonlar uygulanmaktadır fakat gerçekten bu pozisyonların etkin olup olmadığı konusunda kanıt bulunmamaktadır (32).

Ayağa kaldırma pozisyonunda kontraksiyon evresinde, yer çekimin etkisi ile kontraksiyonların şiddeti yükselir ve fetal iniş kolaylaşarak servikse bası artar. Serviks yukarı doğru çekilir, dilatasyon ve efesman kolaylaşır. Servisteki uyarım oksitosinin daha fazla salgılanmasına yol açar ve kontraksiyonlar şiddetlenir. Özellikle fetal başın aşağıya basısı daha güçlüdür (33).

Etkili dikey pozisyonlar ayağa kaldırma, yürüme, yatakta-sandalyede veya doğum sandalyelerinde oturmak, diz üstü pozisyon ve çömelme. Yer çekimi bütün dikey pozisyonlarda olur.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Doğum Eylemi

Doğum, düzenli uterus kontraksiyonlarının başlangıcından plesantanın çıkışına kadar geçen dönemdir (34,35).

Çocuk, (doğum objesi) annenin kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşan doğum kanalından, uterus kontraksiyonlarının ortaya çıkardığı mekanik kuvvet kanunlarına uyarak doğar (1).

Aktif doğum eyleminin üç fazı vardır.

Faz 1, yeterli sıklıkta, yoğunlukta ve sürede olan uterin kontraksiyonlar sayesinde efasman ve serviksin ilerleyen dilatasyonu oluştuğunda başlar. Faz 1 serviks tam dilate olduğunda, yani fetüsün başının geçmesi için yeterli derecede genişlediğinde (yaklaşık 10 cm) sona erer. Buna göre, doğum eyleminin ilk fazı servikal efasman ve dilatasyon evresidir.

Faz 2 serviksin dilatasyonu tamamladığında başlar ve fetüsün doğması ile sonlanır. Faz 2 fetüsün dışarıya çıkma evresidir.

Faz 3 fetüsün doğmasından hemen sonra başlar ve plesanta ile fetal membranların doğması ile biter. Faz 3 plesantanın ayrılma ve atılma evresidir (36,37,38).

4.1.1. Doğum eyleminin mekanizmaları

Doğum eyleminin başlangıcında, fetüsün doğum kanalına göre pozisyonu, doğumun izleyeceği yol için çok önemlidir. Bu nedenle doğum eyleminin başlangıcında fetüsün uterin kavite içindeki pozisyonu belirlenmelidir (34).

Eylemin mekanizması, prezante olan kısmın pasif hareketlerle doğum kanalından ilerlemesi süreci olarak açıklanabilir (10).

4.1.1.1. Doğum kanalı

Doğum kanalı ile ilgili olan özellikler şunlardır:

Kemik pelvis ve ölçüleri (pelvis giriminin, orta pelvisin ve çıkımın ölçüleri),

Pelvis tipi (jinekoid, android, andropoid, platipelloid veya karışık tip denilen bir kaç pelvis tipinin özelliğini bir arada taşıyan pelvis),

Serviksin silinme ve dilate olma özelliği ile vajinal kanal ve vajinanın dış açıklığının esnekliğidir (10).

4.1.1.2. Doğum kanalını oluşturan yumuşak kısımlar

İstmus uteri: İstmus uteri gebeliğin üçüncü ayında kavum uteri ile birleşerek doğum eyleminde alt segmenti oluşturur. Doğum eylemi başlayınca pasif olarak açılır ve gerilir (39).

Serviks: Serviks, kas tabakasından zayıf, bağ dokusundan ise zengindir. Bu nedenle doğum eyleminde uterus kontraksiyonları, amniyon kesesi ve fetüsün önde gelen kısmının basıncı ile dilate olur (39).

Pelvis Tabanı: Pelvis tabanının doğum eyleminin gerçekleşmesinde etkili olan bölümleri diyafragma pelvis, levator ani kası ve fasyalardır. Bu kasların yaptıkları oluk, fetüsün önde gelen kısmını pelvis çıkımına doğru yükselterek doğmasına yardımcı olur (39).

Vajina: Doğum kanalının en son kısmını oluşturur ve doğum eyleminde genişleyerek doğum kanalının örtücü dokusunu oluşturur (39).

4.1.1.3. Doğum objesi-fetüs

Doğum eyleminin ilerleyişini etkileyen faktörlerden biride doğum objesi olarak adlandırılan fetüstür (39).

Fetüse ait özellikler doğum eyleminin ilerleyişini etkilemektedir.

Fetüs ile ilgili özellikler şunlardır:

Fetüs başı (fetüs başının özellikleri)

Fetüsün duruşu (fetüsün vücudunun ve ekstremitelerinin fleksiyonda veya ekstansiyonda olmasıdır. Normalde fetüsün duruşu; sırt yuvarlak, çene fleksiyonda, uyluk ve bacaklar karnın önünde fleksiyonda, kollar toraksın önünde birleştirilmiş, umbilikal kord kol ve bacakların arasından uzanır.)

Fetüsün yatışı (fetüsün uzun ekseninin annenin uzun eksenine ile olan ilişkisidir. Fetüsün yatay (transvers) pozisyonu eylemi zorlaştırırken, uzunlamasına

(longitudinal) pozisyonu eylemi kolaylaştırır. Uzunlamasına yatışta baş ya da makat prezentasyonu, transvers yatışta omuz prezentasyonu görülür.

Fetüsün prezentasyonu (fetüsün pelvise giren vücut parçasıdır.)

Verteks Prezentasyon: Fetüs başı çene göğse degecek şekilde fleksiyondadır. Baş en küçük çapı olan suboksipito-bregmatik çapı ile pelvise girer. Prezente olan kısım oksiputtur (39).

Yüz Prezentasyon: Fetüsün başı hiper ekstansiyondadır ve oksiput sırta değer (39).

Fetüsün pozisyonu (prezente olan vücut parçasının, anne pelvisi ile olan ilişkisidir.) (39).

Plesanta (plesantanın implante olduğu bölge önemlidir.) (10).

4.2. Doğum Eylemini Gerçekleştiren Güçler

Doğum eylemini gerçekleştiren güçler aşağıda açıklanmaktadır.

4.2.1. Uterus kontraksiyonları

Fetüsün doğum kanalında ilerlemesini sağlayan uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddeti ve annenin bebeği itmek için kullandığı gücün etkinliği (abdominal ve diyafragmatik kasların itici güçleri) doğum eyleminde en önemli faktörlerdir (10).

4.2.2. Karın kasları ve diyaframın basıncı

Dilatasyon evresinin sonunda önde gelen çocuk kısmının vajina ve rektuma basınç yapması ile ıkıntılı ağrılar başlar. Doğum eyleminin ikinci evresinde kadınlar, karın kaslarının ve diyaframın yardımıyla ıkınmaya başlarlar ve uterus kontraksiyonlarına ek ikincil bir güç oluştururlar (39,40).

4.2.3. Amnios sıvısı ve fetüs

Myometriumun kontrakte olması ile her iki tarafı kapalı olan amnios boşluğunda hidrolik basınç oluşur. Intrauterin hidrolik basıncın etkisiyle amniyon

sıvısı servikse doğru basınç uygular ve servikal dilatasyona yardımcı olur. Ayrıca amnion sıvısı aşağıya doğru ilerlerken beraberinde fetüsde ilerletir (39).

4.2.4. Vajinadaki basıncın emme gücü

Serviks dilate olurken iç ve dış ortamdaki basınç farkından dolayı vajinada oluşan basıncı emecek şekilde bir güç oluşur. Bu çekme gücü fetüsün önde gelen kısmının doğumunu kolaylaştırır (39).

4.2.5. Annenin psikososyal durumu

Kadının doğum eylemine bedensel ve ruhsal olarak hazır olması, annenin doğuma ilişkin daha önce yaşadığı deneyimler, annenin eylemde aldığı destek, annenin duygusal durumu doğum eyleminin ilerleyişini etkiler (39,41,42).

4.3. Normal Doğum Eylemi

Doğum eylemi, kısa sürmesi ve çok sayıda biyolojik değişikliklerin olması ile karakterizedir. Uterus kontraksiyonlarının varlığında, servikal açıklık 3 cm veya daha üzerinde ise, aktif doğum eylemi tanısı güvenilir bir şekilde koyulabilir. Servikal açıklık bu eşik değerine ulaştığı zaman, doğum sayısına bağlı olarak 4 ile 6 saat arasında eylemin doğuma doğru ilerlemesi beklenebilir. 1- 2 saat sürecektir olan ikinci evrede yapılması beklenen işlem, fetal güvenliği sağlamak için monitörizasyon yapılmasıdır. Sonuç olarak spontan doğum eylemine girmiş gebelerin çoğu, yardımsız bırakılırsa, doğum sayısına bağlı olmaksızın, spontan doğum eylemine girdikten sonra yaklaşık 10 saat içinde doğuracaktır. Yetersiz uterus aktivitesi çok siktir ve anormal doğum eyleminin düzeltilebilir bir nedenidir. Bu nedenle, normal doğum eyleminin sınırlarının aşılması durumunda, doğumun sezaryen dışındaki girişimler ile gerçekleştirilmesi düşünülmelidir (34).

4.3.1. Birinci evre (dilatasyon)

Doğum eyleminin birinci evresinde servikste efasman ve dilatasyon gerçekleşir. Birinci evre düzenli ritmik uterus kontraksiyonları ile başlar ve servikal

dilatasyon 10 cm olunca tamamlanır. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş fazlarından oluşmaktadır.

Latent Faz: Bu evrede uterus kontraksiyonları 10 dakikada bir gelir ve ortalama 20 saniye kadar sürer, dilatasyon 3 cm olduğunda sonlanır. Bu evre primparlarda ortalama 12 saat, multiparlarda ise 8 saat sürer.

Aktif Faz: Servikal dilatasyon 4 cm olduğunda başlar ve 7 cm olduğunda tamamlanır. Kontraksiyonlar 5 dakikadan daha az aralar ile gelir ve ortalama 40 saniye kadar sürer. Bu evre ortalama 4 saat sürmektedir.

Geçiş Fazı: Servikal dilatasyon 8 cm olduğunda başlar ve 10 cm olduğunda tamamlanır. Kontraksiyonlar 2 dakikadan daha az aralarla gelir ve ortalama 60-90 saniye kadar sürer (1,4,23,39).

4.3.2. İkinci evre (itilme)

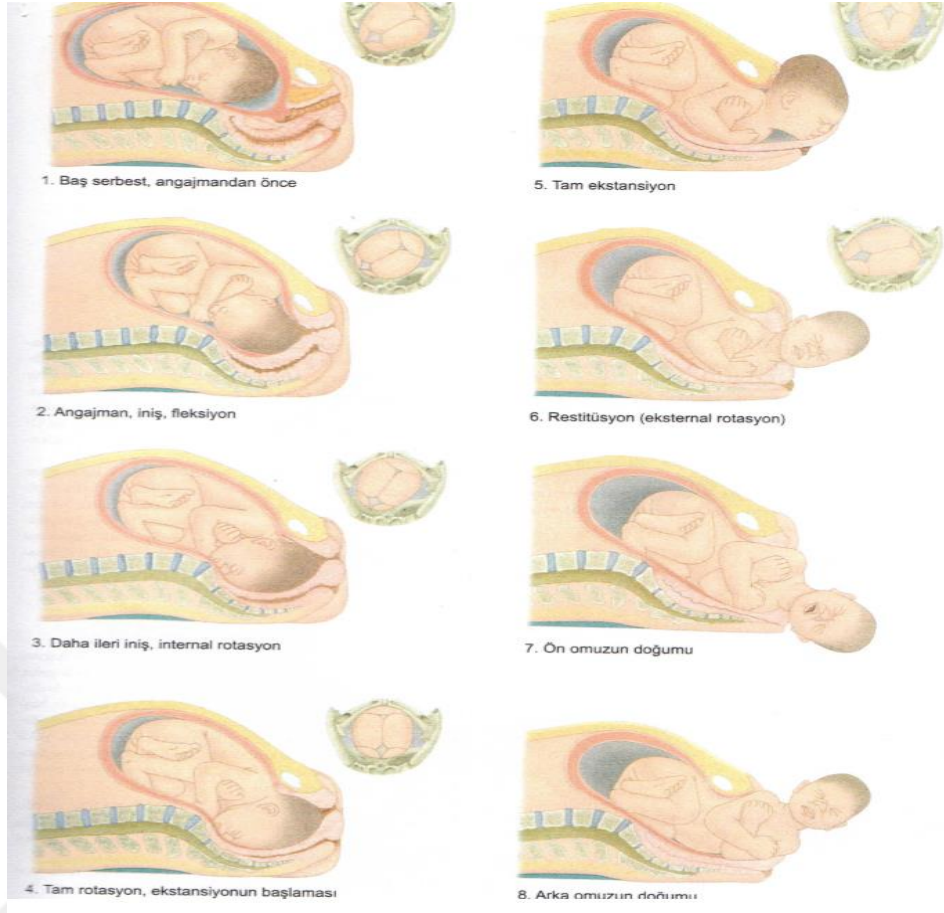
Serviksin tam olarak dilate olması ile başlayıp, bebeğin doğumu ile sonlanır. Primparlarda 30 dakika ile 2 saat arasında, multiparlarda ise 5-30 dakika arasında gerçekleşmektedir (1,4,10,23,39).

4.3.3. Üçüncü evre (plesantal dönem)

Bebeğin doğması ile başlar ve plesantanın ayrılıp atılması ile sonlanır. Plesantanın ayrılması 5 dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (39,43).

4.3.4. Dördüncü evre (kanama kontrol dönemi)

Plesantanın çıkarılması ile başlar ve ilk dört saati kapsar (10,39).



Şekil 4.3.4.1.: Sol oksiput anterior pozisyonda doğum eylemi ve temel hareketler (36).

4.4. Riskli Doğum Eylemi

Gebeliklerin yaklaşık %10'unda çeşitli komplikasyonlar nedeniyle anne ve bebek sağlığında önemli riskler oluşabilmektedir. Riskli doğumlarda; doğum eyleminin başlama zamanı, ilerlemesi veya plesanta, umbilikal kord, amniyotik sıvı ile ilgili problemler nedeniyle eylem sürecinde kanama, fetal distres, doğum travmaları gibi perinatal morbidite ve mortalite riskini arttıran ciddi sorunlar gelişmekte ve sıklıkla sezaryen doğum gibi obstetrik müdahalelere gereksinim duyulmaktadır (39).

4.4.1. Distosi

Distosi terimi, doğum eyleminin normalden saptığı durumu tanımlamak için kullanılır. Diğer bir deyişle distosi, zor doğum eylemi anlamındadır. Distosilerin tüm

gebelerin %8'inde ortaya çıktığı ve bunların %31'inde sezaryene başvurulduğu belirtilmektedir (10).

Distosi dört faktöre göre sınıflandırılır:

Fonksiyonel distosiler (Disfonksiyonel Ağrı): Uterus kontraksiyonlarının servikal dilatasyon, efasman ve fetüsün inişini yavaşlatacak şekilde, düzensiz olması ve anormal fonksiyonu ile ilgili distosilerdir (39).

Doğum kanalı-kemik pelvise ait distosi: Kemik pelvise ait nedenler bu grupta toplanır (10).

Annenin emosyonel durumu ile ilgili distosi: Doğumda çoğu kadın korku, anksiyete, çaresizlik, yalnızlık, bitkinlik vb. birçok karmaşık duygu yaşar. Bu duygular annede strese ve dolaylı olarak distosiye neden olur (39).

Fetüs ile ilgili distosiler: Fetüsün pozisyonu, prezentasyonu, büyüklüğü ve gelişimi ile ilgili distosilerdir (39).

4.4.1.1. Fonksiyonel Distosiler (Disfonksiyonel Ağrı)

Uterus kontraksiyonlarının etkili olabilmesi için kuvvetli, düzenli ve belirli aralıklarla ortaya çıkması gerekir. Uterus kontraksiyonları bu kriterlere uymadığı zaman servikal silinme ve dilatasyon ile fetüsün pelvis içindeki inişi gerçekleşmez ve uterin distosi ortaya çıkar (10).

Her bir kontraksiyonda, uterus kaslarının ritmik olarak gerilme ve gevşeme hareketlerinin gerçekleşmesi gerekir. Kontraksiyonun başlangıcında, uterus kasları kasılmaya başlar. Bu kasılma ilk olarak uterusun üst kısmı olan fundusta ortaya çıkar, sonra servikse doğru yayılır. Kontraksiyonun şiddeti, doruk noktasına ulaşıncaya kadar artar. Bu noktadan sonra kontraksiyon çözülmeye başlar ve kasılma tamamen bitinceye kadar kontraksiyon gevşemeye devam eder. İstirahat periyodu, kontraksiyondaki gevşemenin tamamlanmasından, diğer kontraksiyonun başlamasına kadar sürer.

Uterus kontraksiyonlarının bu sınırların dışında gerçekleşmesi, disfonksiyonel eylem olarak tanımlanır. Bu anormal durum eylemde, beklenen ilerlemeyi engeller. Uterusta gelişen bu fonksiyon bozukluğunun üç tipi vardır (10).

Hipertonik uterus disfonksiyonu: Genellikle doğumun latent fazında ve nulliparlarda görülür.

Riskler: Sık kontraksiyonlar sırasında azalan kan akımı, kontraksiyonlar arasında uterus tam gevşeyemediği için önceki düzeyine geri dönemez.

Tedavi: Baş pelvis uyuşmazlığı, prezentasyon anomalileri ve ablasyo plasenta gibi nedenlerin varlığı araştırılmalıdır. Rahatlamayı sağlamak ve uterustaki anormal aktiviteyi durdurmak için istirahat, sedatifler, morfin, meperidine vb. analjezikler kullanılabilir. Sıvı tedavisi sağlanır. Girişimlere rağmen doğum ilerlemez ve fetal distress gelişirse sezaryan doğum gerçekleştirilir.

Bakım: Uterus kontraksiyonlarının sıklığı, süresi, yoğunluğu izlenir. Annenin vital bulguları ve fetal kalp hızı sık aralarla değerlendirilir. Gevşemeyi sağlamak için ılık duş, pozisyon değişiklikleri, rahat ve sakin bir ortam sağlama, masaj, gevşeme egzersizleri vb. destekleyici ağrı kontrol yöntemleri uygulanır.

Hipotonik uterus disfonksiyonu: Hipotonik uterus disfonksiyonunda kontraksiyonlar servikal dilatasyon ve efasmanın ilerlemesi için zayıf ve yetersiz yoğunluktadır.

Riskler: Kontraksiyonlar çok ağırlı değildir, ancak doğum eyleminin aktif fazı uzamıştır.

Tedavi: Normal doğuma engel bulunmuyorsa, genellikle etkin uterus kontraksiyonlarını sağlayarak eylemi hızlandırmak için amniyotomi ve oksitosin indüksiyonu yapılır. Dehidratasyonu önlemek için IV sıvı verilir. Durum değişmiyorsa sezaryan doğum yapılabilir.

Bakım: Kontraksiyonlar, vital bulgular ve fetal kalp hızı sık aralarla değerlendirilir. İnfeksiyon ve dehidratasyon bulguları takip edilir.

Hızlı Doğum (Partus Presipitus) : Doğum eyleminin üç saatten az sürede gerçekleşmesidir

Riskler: Pelvis fetüsün hızlı inişi için uygun ve dokulardaki direnç az ise maternal komplikasyonlar nadir görülür.

Tedavi: Maternal pelvis uygun ise genelde vajinal doğum gerçekleştirilir. Eylemi yavaşlatmak için tokolitik ajanlar veya magnezyum sülfat kullanılabilir

Bakım: Hızla gelişen acil doğum için hazırlıklı olmalıdır. Uterus kontraksiyonları, annenin vital bulguları ve fetal kalp hızı sık aralarla değerlendirilir. Fetal başın inişini yavaşlatmak için el diz veya göğüs diz pozisyonu verilebilir (39).

4.4.1.2. Pelvisteki yumuşak dokulara ait distosi

Vajinal septum, vajinal darlık, vajen ve servikte atrezi ve stenozlar (koterizasyona bağlı ortaya çıkabilir) doğumu engelleyen durumlardır. Diastaz rektiye (karındaki rekti adelesinin ayrılması) bağlı gelişen karın duvarının aşırı gevşemesi ve buna bağlı uterusun antefleksiyon durumuna geçmesi, kontraksiyonların alt segmente ulaşmasını önler ve dilatasyon gecikir. Uterustaki myomlar doğum yolunu tıkayarak eylemi güçleştirirler.

Riskler: Başın pelvise yerleşmemesine bağlı olarak uzamış eylem, hipotonik kontraksiyonlar, prezentasyon bozuklukları, kord prolapsusu, başın sürekli baskısı sonucu annenin yumuşak dokularında nekroz ve fistül oluşumu, yoğun kontraksiyonlara rağmen inişin engellenmesine bağlı uterus rüptürü ve uzamış zor doğuma bağlı postpartum kanama, fetal distres, fetüs başında kaput suksadenum ve doğum travmaları sık görülen sorunlardır.

Tedavi: Baş pelvis uyumsuzluğu durumunda sezaryen doğum en iyi tedavi seçeneğidir. Bazı durumlarda, örneğin dilatasyon tamamlanmış ve orta pelvis veya çıkımda darlık söz konusu ise forseps veya vakum gibi müdahaleler ile normal doğum denenmektedir.

Bakım: Kontraksiyonlar, servikal dilatasyon ve fetal distres belirtileri yakından takip edilmelidir. Oturma ve çökelme pozisyonu çıkımın genişlemesine yardımcı olabilir (39).

4.4.1.3. Kemik pelvise ait distosi

Pelvik distosi, fetüsün kemik pelvise giremediği ya da aşağıya inemediği durumlarda ortaya çıkar (10).

Azalmış pelvik boyut, aşırı fetal boyut veya daha sık olarak her ikisinin beraberliğinde rastlanılan bir durumdur (34).

Pelvis darlığı üç tiptir:

Girimde Darlık

Ön-arka kutrun 10 cm den, transvers kutrun 12 cm den az olduğu durumlarda pelvis giriminde darlık mevcuttur.

Orta Pelviste Darlık

Orta pelvis düzlemi, önde simfisis pubisin alt kenarı, yanlarda iskiyum kemiklerinin iskiyal spinalar seviyesi ve arkada sakrum kemiği ile çevrilidir. İskiyal spinalar arası kutur 10 cm ile orta pelvisin en dar transvers kutrunu oluşturur. Bu çapın 10 cm den daha küçük olması orta pelviste bir darlığa işaret eder.

Çıkımında Darlık

Pelvis çıkımı önde simfisis pubisin alt kenarı, arkada koksiks ve yanlarda iskiyal tuberositler ile sınırlanmıştır. İskiyal tuberositler arası mesafenin sekiz cm den daha küçük olması pelvis çıkımında bir darlığı düşündürmelidir.

4.4.1.4. Annenin emosyonel durumu ile ilgili distosi

Doğumda çoğu kadın korku, anksiyete, çaresizlik, yalnızlık, bitkinlik vb. birçok karmaşık duygu yaşar. Bu duygular annede strese ve dolaylı olarak distosiye neden olur. Uterus gibi düz kaslar üzerinde etkili olan stres bağlantılı hormonların salınması uterus kontraksiyonlarını azaltarak distosiye neden olur (39).

4.4.1.5. Doğum objesi ile ilgili distosi

Eylem sırasında fetüs, uterusun kontraksiyon gücü ile pelvise girer ve doğum eyleminin mekanizması olarak adlandırılan bir seri manevra ile pelvis içinde ilerler. Bu hareketler fetüsün doğum kanalından aşağı doğru inmesini ve doğmasını sağlar (10).

Fetüsün prezentasyon ve pozisyon bozukluğu pelvis içindeki hareketini zorlaştırır ve bazen imkansız kılar. Bu nedenle disfonksiyonel doğum eyleminin en yaygın nedenlerinden ikincisi fetal distosi olarak bilinen prezentasyon ve pozisyon bozukluğudur (10).

4.4.1.5.1. Prezantasyon bozukluğu (malprezantasyon)

Fetüsün, pelvis girimine başı ile ve çenesi göğsüne degecek kadar tam fleksiyonda girmesi gerekirken başka bir durumda girerse malprezantasyondan bahsedilir (10,44).

Alın Prezantasyonu

Başın orbital kenarlarla ön fontanel arasındaki bölümünün prezente olmasıdır.

Fetal baş tam fleksiyonla tam ekstansiyon arasında bir pozisyonudadır. Fetüs başının hafif bir ekstansiyon ile pelvise girmesi alın prezantasyonu ile sonlanır. İnsidansı 500 doğumda birdir.

Vaginal muayenede, burun kökü, orbital kenarlar, sutura frontalis ve büyük fontanel hissedilir (10).

Yüz Prezantasyonu

Fetal başın aşırı ekstansiyon yapması sonucu, pelvis girimine öncelikle fetal yüzün girdiği bir verteks pozisyonudur (10).

İnsidansı %0.17'dir. Oksiput sırta kadar dayanmıştır. Çene prezente olmuştur. Kılavuz nokta çenedir. Çenenin simfiz ile ilişkisine göre mentum anterior veya mentum posteriordur. Vaginal tuşede çene sağa veya sola dönük olarak pelvise girer (45).

Riskler: Bur tip prezentasyon bozuklukları fetüsün pelviste ilerleyişini ve inişini yavaşlatır veya durdurabilir (39).

Tedavi: Normal doğuma engel bir durum yoksa uzamış doğum eylemine bağlı riskler izlenerek doğum için beklenir. Normal doğumun mümkün olmadığını, doğumun ilerlediği veya fetal distres geliştiği durumlarda sezaryen doğum tercih edilir (39).

Bakım: Doğumun ilerleyişi, anne ve fetüsün durumu sık aralıklarla izlenir. Anne ve eşine doğumun uzamasının nedenleri ve prezentasyon bozukluğu hakkında bilgi verilir. Anne cesaretini kaybetmemesi için desteklenerek güven verilir. Pozisyon değişikliği, ağrı kontrolü ve annenin rahatını sağlayacak önlemler alınır. Gerektiğinde sezaryen doğum için hazırlıklı olunmalıdır. Yenidoğanın yüzündeki anormal görünümün geçici olduğu aileye açıklanmalıdır (39).

Omuz Prezantasyonu

Omuz prezantasyonu, transvers yatış olarak bilinir. Fetüs annenin karnında transvers olarak yatar ve pelvise prezante olan kısmı alttaki omzudur (10).

Riskler: Normal doğuma engel oluşturan prezantasyondur. Disfonksiyonel uterus kontraksiyonları, uterus rüptürü, umbilikal kord prolapsusu ve fetal distres riski yüksektir (39).

Tedavi: Gebelik ilerledikçe, 38. gebelik haftasına kadar, çoğu baş ya da makat prezantasyona döner. Terme yakın ise nadiren eksternal versiyon ile fetüsün pozisyonu abdomen üzerinde dışarıdan elle düzeltilmeye çalışılır. Genellikle vertikal insizyon ile sezaryen doğum tercih edilir (39).

Bakım: Gebe ve ailesine olası riskler ve sezaryen doğum hakkında bilgi verilir. Sezaryen doğum için hazırlık yapılır. Sezaryen öncesinde anne ve fetüs sık aralarla değerlendirilmeli, membran rüptürü ve kord prolapsusu gibi riskler açısından dikkatle izlenmelidir (39).

Karma Prezantasyon

Fetüsün birden fazla kısmı prezante olmuştur. En sık rastlanan karma prezantasyon, başın yanında kolun uzamasıdır. Nadir görülen bir durumdur (10).

Riskler: En önemli sorun, membranlar açıldığında umbilikal kord prolapsusu ve kord kompresyonu nedeniyle fetal distres riskinin artmasıdır (39).

Tedavi: Doğum sırasında sarkan ekstremiteler yukarı itilerek durum düzeltilebilir (39).

Bakım: Fetal ekstremitelerin sarkması anne için ürkütücü olabileceğinden doğumun ilerleyişi ve fetüsün sağlığı konusunda bilgi vererek durum açıklanmalıdır (39).

Makat Prezantasyonu

Tüm doğumlar içerisinde %3-4 oranında görülmesine karşın, makat gelişlerdeki insidans bebek ağırlığı ve gebelik haftası ile yakın ilişkiindedir (10).

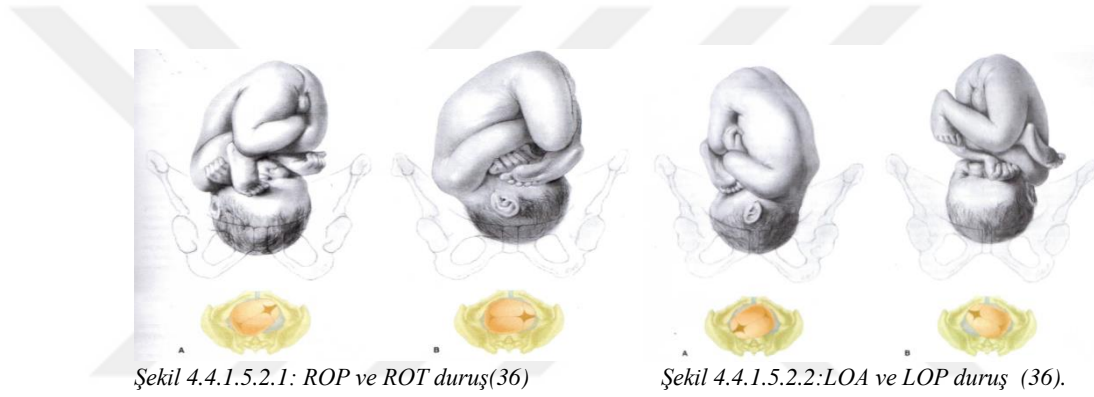
Riskler: Normal ve sezaryen doğumların her ikisinde de başın takılması riski yüksektir (39).

Tedavi: Primipar annelerde sezaryen doğum tercih edilmelidir. Tahmini fetüs ağırlığı 2500-3500 gr arasında, 34. gebelik haftasından büyük, saf veya tam makat geliş gebeliklerde planlı vajinal doğum önerilebilir (39).

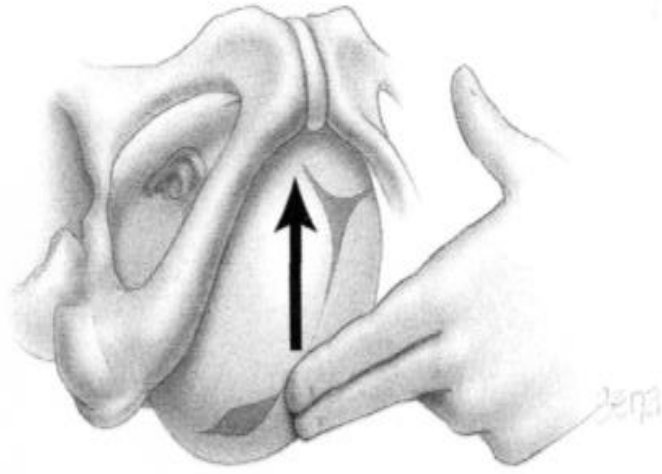
Bakım: Makat doğumlarda normal doğumdaki girişim ve izlemlerin yanında uzamış eylem, kord prolapsusu, fetal distres ve doğum travması gibi olası riskler açısından anne ve fetüs daha sık aralarla değerlendirilir ve acil durumlar için hazırlıklı olunur (39).

4.4.1.5.2. Pozisyon bozukluğu (malpozisyon)

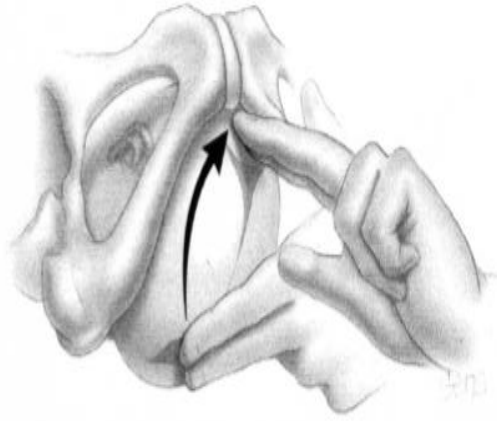
Fetüsün pozisyonu, prezante olan fetüs kısmının anne pelvisi ile olan ilişkisini gösterir. Bu durumu tanımlamak için anne pelvisi dört kadrana ayrılır. Sağ ve sol anterior kadrana, pelvisin önünde simfisiz pubis arkının yanındadır. Sağ ve sol posterior kadrana, pelvisin arkasında, koksiksın yanındadır (10).



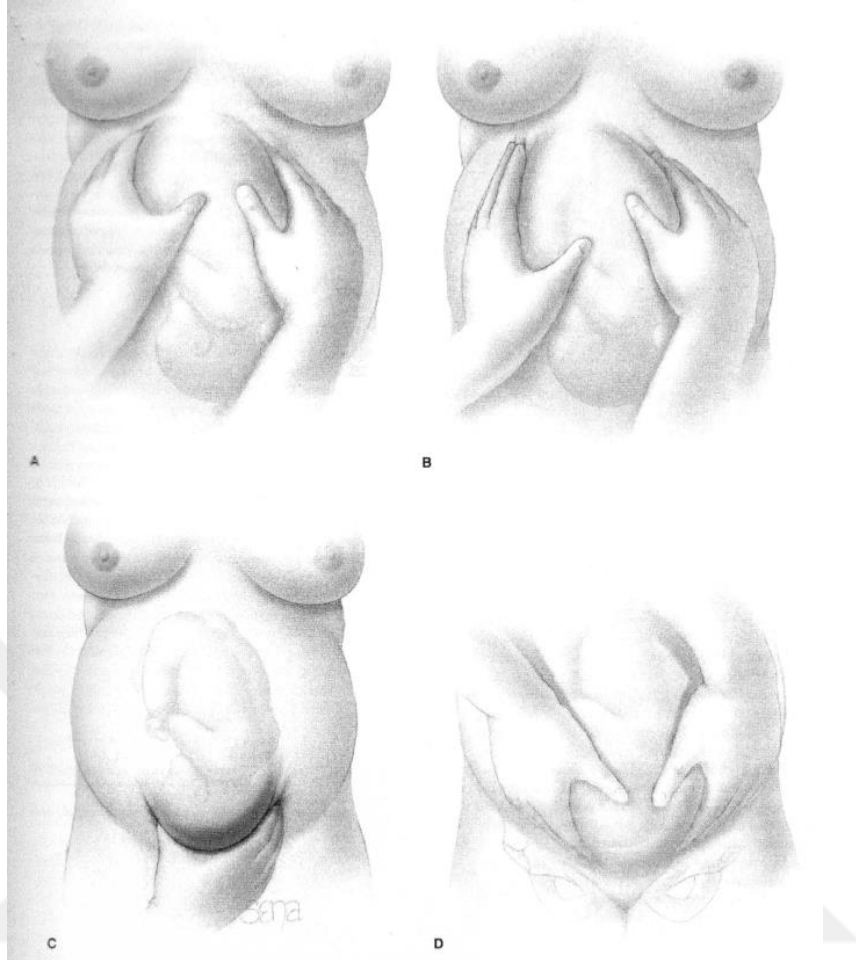
Fetal geliş ve pozisyona tanı koymak için birçok yöntem kullanılabilir. Bunlar abdominal palpasyon (leopold manevraları), vajinal muayene, oskültasyon ve bazı kuşkulu durumlarda sonografiyi içerir (36).



Şekil 1.4.1.5.2.3: Vajinal muayene ile sagital sturun saptanması (36).

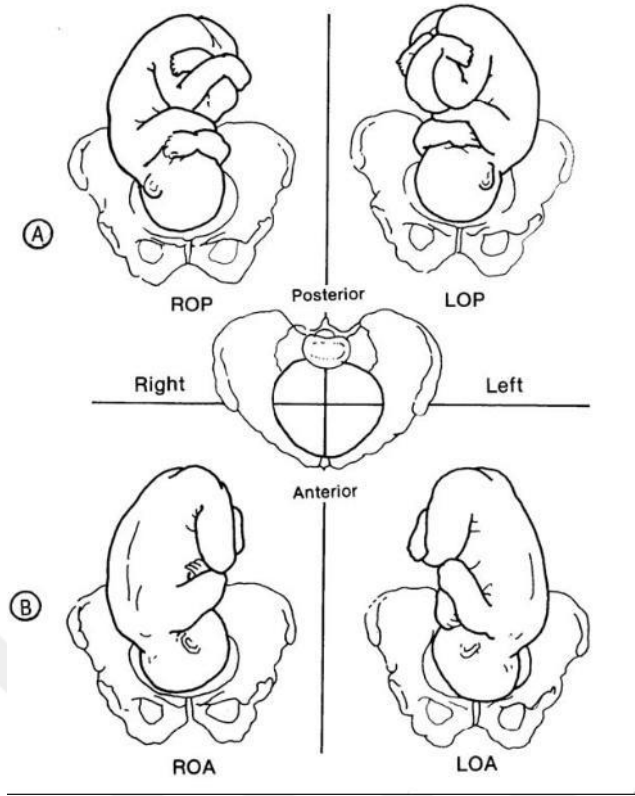


Şekil 4.4.1.5.2.4: Vajinal muayene ile fontanellerin ayırt edilmesi (36).



Şekil 4.4.1.5.2.5: Leopold Manevralarının (A-D) LOA pozisyonlu fetüse uygulanması (36).

Fetüsün pozisyonunu daha doğru şekilde tanımlamak için, gelen kısmın belirlenen bölümünün maternal pelvisin ön, transvers veya arka bölümüyle ilişkisi tanımlanmaktadır. Sağ veya sol pozisyonlardaki gelen kısım anterior (A), transvers (T), veya posterior (P) olarak yönlenebileceği için, bu her üç geliş şeklinin altı farklı geliş şekli bulunmaktadır. Bu nedenle, bir oksiput gelişinde, geliş, pozisyon ve değişiklik saat yönünde şu şekilde kısaltılabilir:



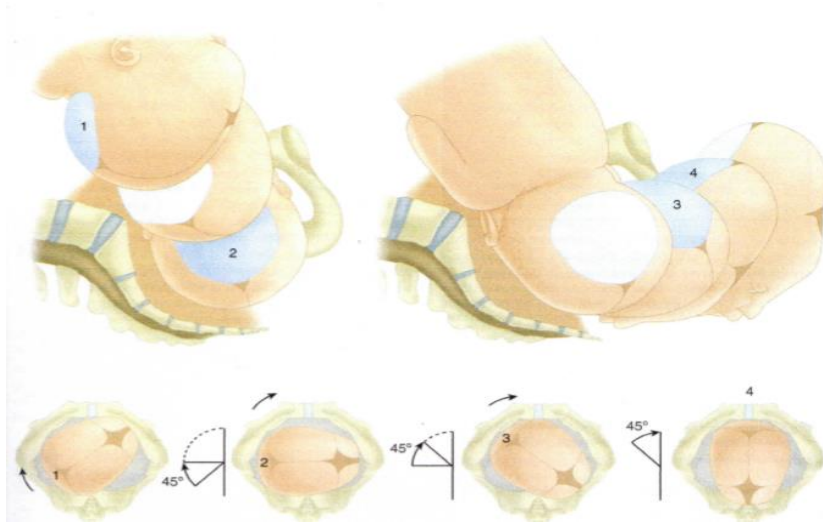
Şekil4.4.1.5.2.6: Fetal vertex presentations(46)

4.4.1.5.3. Oksiput posterior pozisyonda doğum eyleminin mekanizmaları

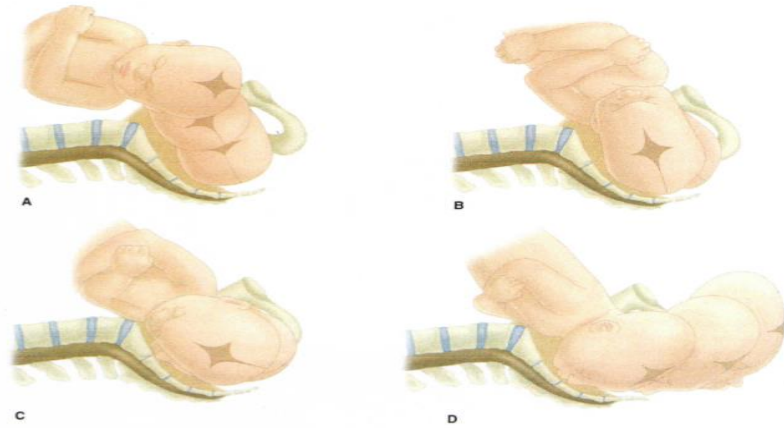
Doğum eylemlerinin yaklaşık %20'sinde, fetüs pelvise oksiput posterior (OP) pozisyonda girer. Sağ oksiput posterior (ROP), sol oksiput posteriordan (LOP) hafifçe daha fazla görülür. Radyografik bulgularda, posterior pozisyonların dar bir ön pelvis ile ilişkili olma olasılığı daha fazladır. Ayrıca anterior plasantasyonla birlikte görülme olasılığı da fazladır (32,36,47).

Doğum eyleminde verteks, normalde pelvisin ön tarafında yer alırken oksiput yatışta posterior yerleşimde bulunur. Nedeni sıklıkla bilinmemektedir. Pelvis yapısının jinekoid pelvis olmadığı durumlarda daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Ayrıca intrapartum epidural analjezi, gevşek pelvik taban ve zayıf uterin kontraksiyonların bu duruma katkı sağladığı belirtilmektedir (48,49).

Çoğu oksiput posterior geliştire, doğum eyleminin mekanizması, oksiputun sırasıyla 90 ve 45 dereceler yerine, simfiz pubise doğru 135 derecelik bir internal rotasyon yapma zorunluluğu dışında, transvers ve anterior durumlarda gözlenenlerle benzerdir (36).



Şekil4.4.1.5.3.1:ROP doğum eylemi mekanizmasında, anterior rotasyon gösterilmekte (36).



Şekil4.4.1.5.3.2:LOT pozisyonunda doğum eylemi mekanizmasının lateral görüntüsü A. Angajman B. Pelvik girimde lateral fleksiyonu izleyen posterior asinklitizim C. Angajman sonrası ilerleyen iniş D.Rotasyon ve ekstansiyon (36).

Etkili kontraksiyonlar, başın yeterli fleksiyonu ve ortalama bir fetüs büyüklüğü ile posterior pozisyonlu oksiputların büyük çoğunluğu pelvis tabanına erişir erişmez, rotasyona uğrar ve doğum eylemi hissedilir şekilde uzamaz. Ancak, olguların %5 ila 10'unda, özellikle fetüsün iri olduğu durumlarda rotasyon yarım kalır ya da hiç tamamlanamaz. Yetersiz kontraksiyonlar, başın hatalı fleksiyonu ya da karın kaslarının itici etkisini azaltan ve pelvis taban kaslarını gevşeten epidural analjezi, rotasyonun tamamlanamamasına neden olabilir. Rotasyon tam olmazsa, oksiputun transvers olarak durmasına neden olabilir. Simfize doğru rotasyon

olmuşsa, oksiput doğrudan posterior pozisyona doğru rotasyona uğrar. Bu durum, persistan oksiput posterior olarak tanımlanır. Hem persistan oksiput posterior, hem de oksiputun transvers pozisyonda durması doğum eyleminin normal mekanizmalarından sapmaları gösterir (36).

Persiste oksiput posterior pozisyon ile oksiput anterior pozisyon karşılaştırıldıkları zaman belirgin farklılıklar söz konusudur. Phillips ve Freeman (1974), doğum eyleminin multipar kadınlarda bir saat, nullipar kadınlarda iki saat uzadığını bildirmiştir. Epizyotomi genişliği belirgin derecede artmıştır. Gardber ve Tuppuranien (1994) persiste oksiput posteriorda, doğum eyleminin hem birinci hem de ikinci fazının daha uzun sürdüğünü gözlemlemişlerdir ve bunların %65'inde operatif girişimler gerekli olmuştur. Johanson ve arkadaşları (1993) oksiput posterior pozisyonlar için yapılan forseps ve vakum yardımcı doğumların, anterior prezentasyonlarla karşılaştırıldığında başarısız olduğunu tespit etmişlerdir (%24'e karşı %7). Çok sayıda perineal laserasyonların eşlik ettiği, özellikle enstrümental vajinal doğumlar, uzun dönem morbiditeyle ilişkilidir (34).

Fetüsün kafatasında aşırı ödem ve şekil bozukluğu, bu tür pozisyon bozukluğunda sık görülür. Fetal asfiksi, eylemin uzun sürmesine bağlı olarak gelişebilir (10).

ABD Dallas'ta bulunan Parkland Hastanesinde oksiput posterior doğumlarda, anterior pozisyona getirmek için manuel rotasyon uygulaması ve ardından forseps ile doğum veya oksiput posterior pozisyonda forseps ile doğum uygulanmaktadır. Bunların hiç biri yapılamıyorsa, sezaryen doğum tercih edilmektedir (34).

4.4.1.5.4. Oksiput posterior pozisyonda tedavi

Baş pelvis uygunsuzluğu yoksa ve fetal iniş engellenmiş ise başın forseps veya elle rotasyonu ve epizyotomi yapılabilir. Sonuç alınamazsa veya fetal distres gelişirse sezaryen gerekebilir. El diz ve yan yatış pozisyonu başın rotasyonunu sağlamada yardımcı olabilir (39,50).

4.4.1.5.5. Oksiput posterior pozisyonda bakım

Oksiput posterior pozisyonun ilk işareti, eylemin ilk devresinde yoğun bir sırt ağrısıdır. Sırt ağrısı, oksiputun sakral sinirlere baskı yapması sonucu gelişir. Diğer

belirtiler; aktif fazın uzaması, dilatasyonda ve inişte gecikmedir. Fetal kalp sesleri anne abdomeninin yan kısımlarından alınır. Abdominal palpasyonda fetüsün sırtı tanımlanamazken, küçük kısımları önde hissedilir. Vajinal muayenede çene, simfiz pubisin üzerinde durur. Ön fontanel pelvisin ön kısmındadır. Fontaneli hissetmek, fetal baştaki molding nedeni ile güç olabilir (8,10).

Oksiput posterior gelişlerde annede görülen sırt ağrısı, kontraksiyon sırasında sakrumun üzerine basınç uygulanarak hafifletilebilir (10). Karşı basınç, fetal oksipital kemiğin sakruma yapılan basıncın şiddetini karşılayacak derecede bir gücün uygulanmasını gerektirir. Destek veren şahsın elinden ya da başka sert bir cisimden gelen düzenli basınç, fetal oksiputun sebep olduğu sakroiliak bağ dokularındaki gerilmeye karşı basınç oluşturur. Bu teknik sakrumu ilium ile normal hizaya getirerek doğum ağrısını azaltır (16).

4.4.1.5.5.1. Sakruma dairesel hareketlerin uygulanması

Bel bölgesindeki ağrıyı azaltmak için, anne yan pozisyonda olmalı, başının ve her iki dizinin arasında yastık konmalıdır. Babalarda annenin arkasında destek olabilir.

Alt sırt masajı aşağıdaki teknikle yapılmalıdır:

Başparmak sakrumda dairesel hareketler uygular, spinanın merkezindeki üçgen kemiğe hafif baskı uygulanır, spinanın her bir yanına doğru hareket devam ettirilir ve bel üzerindeki hareket sonlandırılır (16).

4.4.1.5.5.2. Travayda sakruma vibrasyon uygulama



Avuç içi direkt annenin sakrumuna yerleştirilir ve diğer el ile annenin omuzları desteklenir. 10 sn kadar derin vibrasyon hareketi uygulanır ve bu hareket iki kez tekrarlanır (16).

Resim 4.4.1.5.5.2.1: Travayda sakruma vibrasyon uygulama (16)

Uzun eylem süresince annenin hidrasyonu İ.V. solüsyonlar ile sağlanmalı, doku bütünlüğü korunmalıdır. Fetal kalp seslerinin izlenmesi, fetal distresi değerlendirmek açısından önemlidir (10).

Literatürde oksiput posterior pozisyonun düzelebilmesi için anneye verilen el-diz pozisyonlarının yararlı olduğu belirtilmektedir. Bu konuda sınırlı sayıda araştırmaya rastlanılmıştır. Doğumhanede benzer pozisyonlar uygulanmaktadır fakat gerçekten bu pozisyonların etkin olup olmadığı konusunda kanıt bulunmamaktadır (22,30,48,51).

Doğum yapmış veya yapmamış, fakat çalışma süresinde gebe olmayan 35 kadınla manyetik rezonans görüntüleme tekniği kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre pelvis boyutu anne pozisyonuna göre değişiklik göstermektedir. İleriye yaslanarak yapılan çömelme ve diz çökme hem orta pelvis hem de pelvis çıkımında ki anterior posterior ve transvers çapları, yatay pozisyona göre artmaktadır (spinalar arası çap çömelmede; 6+/-7 mm artmıştır $p<.001$). Bu çalışmalarda not edilen bulguların, eklem hareketlerine daha fazla sahip kadınlarda önemli oranda artması beklenebilir. Pelvis boyutu yürüme, sallanma, hamle veya bacakları germe ve uzatma gibi hareketlerle değişir. Bu tür hareketlerin fetal rotasyonu ve inişi kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Ayrıca, anormal pozisyon ve uzun doğum ağrısı dönemi ile bağlantılı ağrıya hafifletir (16,52).

Bebek başı oksiput posterior pozisyonda ve dilatasyon döneminde ki kadınlar, elleri ve dizleri üzerinde durduklarında ağrıya azalma bildirmektedirler (16,22,43).

4.4.1.5.5.3. Oturma, öne doğru desteğe dayanma (öne doğru uzanma)

Bir sandalyenin ucuna veya yatağın kenarına oturma, kadının yer çekiminin ve desteklenmenin yararlarını birlikte hissetmesini sağlar. Kadın daha da fazla güç almak için, doğumda eşlik eden kişiye yaslanabilir (8,13,50,54).

Avantajları;

Yer çekimi etkisinden yararlanır, gelen kısmın servikse prezente olmasını sağlar.

Fetüs pelvis ile aynı hizaya yerleşir, iniş kolaylaşır, pelvik harekete izin verilir.

Fetüsün posteriordan anterior pozisyona dönmesini kolaylaştırır.

Bilek ve ellerde daha az gerginliğe neden olur.

Kontraksiyonların etkinliğini artırır ve ağrıyı azaltır.

Fetüs öne doğru hareket ettiği için, sırt ağrısını azaltır.

Otmaya benzer, ayakta (dikey) pozisyonudur.

Masaj yapmak ve sakruma basınç yapmak için uygun pozisyonudur.

Travay süresini kısaltabilir (16,53).

Dezavantajları;

EFM yapmak için uygun değildir.

Yorucu olabilir.

Bölgesel anestezi için uygun değildir (16,53).



Resim 4.4.1.5.5.3.1: Oturma, öne doğru desteğe dayanma (öne doğru uzanma) (16)

4.4.1.5.5.4. El-diz pozisyonu

Sırt ağrısı, ani kasılmalar sırasında ağrının rahim boyundan ziyade belin alt kısımlarında hissedilmesidir. Bebek yüzünün yukarı gelecek şekilde durduğu posterior pozisyonda, bebek başının arkası annenin kuyruk sokumuna baskı yapar (37,45).

Eğer anne elleri ve dizleri üzerinde durursa; bebeğin gövdesi ve başı aşağıya doğru; annenin karnına doğru ağırlık yapacak ve doğumun daha kolay olmasına yardımcı olacaktır (35,55).

Bu pozisyona dört ayak duruşu da denilmektedir. Eller ve dizler üzerinde karın aşağıya, yer çekimine doğru serbestçe bırakılırken baş, omuzlar ve kalçalar hafif yukarı ve öne doğru hareket ettirilir (8,55).

Avantajları;

Fetüsün posterior pozisyondan anterior pozisyona dönmesi için uyarır.

Sırt ağrısını ve rektal basıncı hafifletir.

Vena cava inferiora baskıyı kaldırarak fetal sıkıntıyı önler.

Kordon sarkması varsa basıncı kaldırır.

Makat ve oksipit posterior pozisyon vakalarında doğumu kolaylaştırır.

Vaginal değerlendirme mümkündür.

Pelvik hareketi kolaylaştırır.

Hemoroidlere baskı olur (16,55).

Dezavantajları;

El bileklerine baskı nedeni ile yorucu olabilir.

Can sıkıcı olabilir.

EFM yapmak zordur.

Bölgesel anestezi için uygun değildir (16).



Resim 4.4.1.5.5.4. 1: El-diz pozisyonu (16)

4.4.1.5.5.5. Yana Doğru Yatış

Yan yatış pozisyonu çoğunlukla kadınların alışık oldukları bir pozisyonudur. Bu aynı zamanda pek çok annenin gevşeme seanslarında da tercih ettiği pozisyonudur (35,55).

Avantajları;

Çok iyi dinlenme pozisyonudur.

Birçok girişim için uygundur. Kadınlar sağa ya da sola yatış pozisyonunu daha fazla tercih ederler, abdomen ve sırtta destek daha kolay yapılır.

Sırt üstü yatmaya bağlı hipotansiyon düzelir. Feto-plesantal dolaşım kolaylaştırılır.

Annenin kan basıncını düşürmeye yardım eder.

Sırt üstü pozisyona göre kontraksiyonlar daha kuvvetlidir, fakat seyrekleşir.

Kontraksiyonlar arasında dinlenmeyi kolaylaştırır.

Hızlı doğumu yavaşlatır.

Oksiput posterior olan fetüsün iç rotasyonuna yardımcı olur.

Sırt ağrısını hafifletir.

Şayet medikasyon kullanılacaksa güvenle kullanılabilir.

Alternatif yürüme pozisyonlarına göre doğum süreci uzayabilir.

Yerçekimi nötürdür.

Yavaş kullanıldığında, ikinci devrede hızlanma görülür.

Hemoroitlere baskı olur.

Gevşeme ile itme egzersizlerini kullanmak kolaydır.

II. evrede posterior sakral hareketi saklar.

Vaginal muayene, EFM ve bölgesel anestezi gibi girişimleri kullanmak kolaydır (16,55).

Dezavantajları;

Diğer pozisyonlar ile dönüşümlü uygulanırsa daha etkilidir.

İtme gücünü etkilemez.

Üstteki bacağı bir kişinin desteklemesi gerekir (16).



Resim 4.4.1.5.5.5. 1: Yana Doğru Yatış (16)

4.4.1.5.6. Oksiput Transvers Duruşta Doğum Eyleminin Mekanizmaları

Oksiput transvers duruş, oksiput posteriordaki gibi benzer durumlarda ortaya çıkar. Eğer fetüs başı pelvise transvers kutur üzerinden girmiş ve orta pelviste rotasyonunu yapmadan çıkıma kadar ilerlemiş ise transvers duruştan söz edilir. Bu durumda kontraksiyonlar arttığı halde fetüs doğum kanalında ilerleyemez. Daha çok platipelloid ve android pelvis yapısına sahip kadınlarda rastlanır. Bir pelvis darlığı yoksa uterus kontraksiyonlarının düzene sokulması ve güçlendirilmesi ile doğum yardımı yapılmalı başarı sağlanamayan olgularda, vakum veya forseps ile doğum gerçekleştirilmelidir. Çok ender olarak sezaryen gerekebilir (10).

Fetal Hidrosefali

Beyin ventriküllerinde serebrospinal mayinin aşırı birikmesi sonucu kraniumda genişleme ortaya çıkar. Görülme sıklığı 1/2000 dir (10).

Doğum şekli duruma göre değişiklik gösterir. Eğer baş doğum kanalından geçecekse çoğu zaman hidrosefalik başın boyutlarının küçültülmesi gerekir (10,34).

İri Bebek

4000 gram ve üzerinde olan fetüslara denir. İri fetüs genellikle annenin diyabeti ile ilgilidir. İri fetüs, eğer anne pelvisi uygunsa vajinal yoldan doğabilir (10).

Omuz Distosisi

Omuz distosisi ya da doğumda omuzların takılması, ender görülen bir durumdur. En büyük nedeni makrosomik fetüstür (10).

4.4.1.6. Doğum Eyleminde Ortaya Çıkabilecek Diğer Problemler

Doğum eyleminde fetal distres

Hipertansiyon

Kalp hastalığı

Çoğul gebelik

Umblikal kord anomalileri

Amniyotik mayi anomalileri

Plesantal anomaliler

Preterm eylem

Post-term eylem

Uterus rüptürü

Perine, vajen, serviks yırtıkları

Erken membran rüptürü

Amniyotik mayi embolisi (10).

5. GEREÇ-YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anne pozisyonunun doğum eyleminin ilerleyişine etkisini belirlemek amacıyla planlanan randomize kontrollü deneysel bir çalışmadır.

5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Medipol Sağlık Grubu'na ait Özel Nisa Hastanesi doğumhanesinde gerçekleştirildi. Doğumhane, hastanenin üçüncü ve dördüncü katlarındadır. Dördüncü kat travay bölümü olarak kullanılmakta ve katta beş travay odası bulunmaktadır, gebe travay odasından doğumuna kadar ailesi ile birlikte kalabilmektedir. Üçüncü kat ise kapalı birimdir. Doğumhane içinde 4 adet travay odası bulunmakta, doğum salonu kısmında ise iki oda ve odalarda doğum masaları yer almaktadır. Doğum salonunda, yenidoğan için radyan ısıtıcı, oksijen kaynağı, aspirasyon ünitesi ve doğum eyleminde kullanılacak ilaç ve malzemeler bulunmaktadır. Oksijen kaynağı ve aspiratör ünitesi merkezi sisteme bağlı olarak çalışmaktadır. Doğumhanede 13 Ebe, 11 kadın sağlığı hastalıkları ve doğum hekimi çalışmaktadır.

Acil Doğumhanenin rutin işleyişi ise kısaca şöyledir;

Doğum için hastaneye başvuran gebeler önce acil kadın doğum polikliniğinde (gece nöbetinde) ya da gündüz gebe polikliniklerinde ultrasonografi ve fiziksel muayene yapılarak değerlendirilir.

Yatış kararı verilen gebeler doğumhaneye alınır.

Ebeler tarafından doğumhaneye kabul edilen ve yatışı yapılan gebelere; vajinal muayene ve fetal monitorizasyon uygulanmasının ardından, önlük giydirilip, damar yolu açılır ve kan örnekleri alınır. Sonrasında gebenin durumuna göre lavman uygulanıp, gebenin anamnezi alınır.

Ebeler, hastanenin yoğunluğundan dolayı doğum ağrısını giderici non-farmakolojik yöntemleri fırsat buldukça gebelere uygulayabilmektedirler.

Hekim istemine göre; travay süresince gebeye, doğumu hızlandırıcı yöntemler oksitosin indüksiyonu, epidosin ve lavman uygulaması gerekli görüldüğünde yapılır.

Travay süresince gebelere fetal monitörizasyon saatlik olarak uygulanır, eğer riskli durum saptanırsa travay süresince uygulanması mümkündür.

Travay takibini hekimler ve ebeler beraber yapar, normal doğumu hekim olmadığı ve yetişemediği durumlarda ebeler yaptırır.

Doğumdan sonra işlemleri biten anne ve bebek, odalarına alınır.

Ebeler doğum sonu dönemde; annenin kanama kontrolünü ve vital bulgularının takibini yapar, ayrıca anneye anne sütü ve aile planlaması eğitimlerini verir. Bebeklere yönelik girişimler ise yeni doğan hemşiresi ve çocuk hekimleri tarafından yapılır.

Anne ve bebek, doğum sonrası 2-3 saat lohusa odasında takip edildikten sonra kadın-doğum servisine yatırılır.

Araştırmanın verileri, kurum yetkilileri ile gerekli görüşmeler yapıp izinler ve etik kurul onayı alındıktan sonra toplanmaya başlandı. Araştırma, Temmuz 2014-2015 tarihleri arasında yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Özel Nisa Hastanesine doğum yapmak üzere başvuran, travayda fetüsün oksiput posterior pozisyonunda olan gebeler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı hastanede Temmuz 2014-2015 tarihlerinde 7.850 doğum olmuş, bunların 3.968 vajinal doğum ve 3.882 sezaryen ile gerçekleşmişti.

Çalışmanın örneklemini ise, çalışmanın yapıldığı tarihler arasında hastaneye başvuran, travayda yatan fetüsün oksiput posterior pozisyonunda olan 148 gebe oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına, deney ve kontrol olmak üzere toplam 148 sayıda gebe gönüllülük esasına göre dahil edildi.

Girişim ve Kontrol gruplarındaki örneklem sayılarını belirlemek için literatürde yapılan çalışmalar dikkate alınarak; kontrol grubundan elde edilen oran 0.40, girişim grubu ile kontrol grubu arasındaki oranlar farkı maksimum 0.40,

minimum -0.20, testin gücü 0.80, anlam düzeyi 0.05 alınarak PASS programı kullanılarak güç analizi gerçekleştirildi. Güç analizi yapılırken bağımsız iki oran arasındaki fark yöntemi kullanıldı. Analiz sonucuna göre girişim ve kontrol grubundan 67'şer tane örneklem seçilmesi gerektiğine karar verildi. Elde edilen PASS programı çıktıları aşağıdaki gibidir.

Power analysis of equivalence tests of two independent proportions numeric results for equivalence tests based on the difference: $P1 - P2$ $H_0: P1-P2 \leq D0.L$ or $P1-P2 \geq D0.U$. $H_1: D0.L < P1-P2 < D1 < D0.U$. Test Statistic: Z test (unpooled).

Sample Size	Sample Size	Prop.	Lower Equiv. Grp1 Prop	Upper Equiv. Grp1 Prop	Lower Equiv. Margin Diff	Upper Equiv. Margin Diff	Actual Margin Diff	Target D1	Alpha	Alpha
0,8017	67	67	0,4000	0,2000	0,8000	-0,2000	0,4000	0,0100	0,0500	0,0495

Note: exact results based on the binomial were only calculated when both N1 and N2 were less than 100.

5.3.1. Araştırmaya dâhil olma kriterleri

18 yaş ve üstünde olan,

Oksiput posterior, Left oksiput posterior, Right oksiput posterior, Left oksiput transvers, Right oksiput transvers pozisyonunda olan tek bir fetüsün olduğu ve bu pozisyonun ultrasonografi ile tespit edilen,

36.-42.gestasyon haftasında olan,

Vaginal doğum yapması beklenen,

Yüksek riskli gebe olmayan,

Doğum eyleminde obstetrik ve tıbbi problemler gelişmeyen,

Servikal dilatasyonu en az 2-3 cm olan,

Muhtemel kilosu 2500gr ile 3999gr arasında sağlıklı ve majör konjenital anomalisi olmayan fetüse sahip,

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler, çalışma kapsamına alındı. Araştırmacı, araştırmanın yapıldığı kurumda çalışmaktadır ve haftanın her günü doğumhanede bulunmaktadır.

5.4. Araştırmanın Hipotezi

H1: Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonlar fetüsün oksiput anterior pozisyona dönmesini sağlar.

H2: Oksiput posterior pozisyonda anneye verilen pozisyonlar Apgar skorunu etkilemez.

H3: Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonlar müdahaleli doğum oranını azaltır.

5.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler; gebe kadınların demografik, obstetrik ve doğum eyleminin birinci evresine yönelik özelliklerin kaydedildiği Tanıtıcı Bilgi Formu (Ek 2), doğum eyleminin ikinci, üçüncü ve dördüncü evreleriyle ilgili bilgilerin kaydedildiği İzlem Formu (Ek 3), ağrının şiddetini değerlendirmek amacıyla hazırlanmış Görsel Kıyaslama Ölçeği (Ek 4) ile elde edilmesi planlandı.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular;

- Yaş,
- Gebelik kilosu ve gebelik süresince aldığı toplam kilo,
- Gebenin boyu,
- İsteyerek gebe kalma durumu,
- Gebelik sayısı,
- Gebelik haftası,
- Doğum eylemiyle ilgili yazılı materyal okuma,
- Hamile eğitim programlarına katılma

Doğum İzlem Formu

Doğum eyleminin birinci evresiyle ilişkili özellikler;

- Doğumhaneye başvurma nedeni,
- Doğum eyleminin spontan olarak başlama durumu,
- Doğum eyleminin başlatmak ya da hızlandırmak için girişimde bulunulması,

Doğum eyleminin ikinci evresiyle ilgili özellikler;

- Fetal başın pelvis içindeki pozisyonu ve konumu,
- Bu dönemde yaşanan obstetrik problemler,
- Oksitosin uygulama,
- Oksijen kullanımı,
- İkinci evrenin uzunluğu,
- Expulsiyon safhasının uzunluğu,
- Operatif doğum girişimleri

Doğum eyleminin üçüncü evresiyle ilgili özellikler;

- Perineal yırtıklar
- Servikal yırtık
- Gebenin hemoglobin düzeyi,
- Gebelerin ifade ettikleri duygular

Doğum eyleminin dördüncü evresine yönelik özellikler;

- Postpartum hemoraji,
- Doğum sonrası hemoglobin düzeyi,
- Kanamayı önlemek için girişimde bulunma
- Yenidoğanın cinsiyeti,
- Yenidoğanın kilosu, boyu ve baş çevresi
- 1. dak. Apgar skoru,
- 5. dak. Apgar skoru yer almaktadır.

Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ), Vissual Analog Scala (VAS)

Doğum ağrısının değerlendirilmesinde sıkça kullanılan VAS; Doğum ağrısının geniş olarak tanımlanmasında yardımcıdır. VAS yatay veya dikey olarak çizilmiş bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "dayanılmaz ağrı" yazan 10 cm uzunluğunda bir cetveldir. Hızlı sonuç vermesi, kolay, anlaşılır olması ve sayılarla gebenin

yönlendirilmemesi nedeniyle ağrı şiddetini belirlemede tek boyutlu ölçekler içinde en uygun ölçek olduğu düşünülmektedir. İlk kez Bond ve Pilowsky tarafından 1966 yılında geliştirilerek kullanılmıştır. Visual Analog Skala son derece basit, etkin, tekrarlanabilen ve minimal araç gerektiren bir ağrı şiddeti ölçüm yöntemidir. Kişi bu çizgi üzerine ağrısının şiddetini gösteren bir işaret koyar. Değerlendirme bu işaretlemelere göre yapılır (56,57).

Avantajları;

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde diğer yöntemlere göre duyarlılığın daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Çocuklarda ve gebelerde bu yöntemin anlaşılır ve kolay uygulanabilir olduğu açıklanmıştır.

Dezavantajları;

- Gebe işaretlemeyi rastgele yapabilmekte, bu da yanlış değerlendirmelere neden olabilmektedir.
- Gebenin yorgun ya da işbirliği yapamayacak durumda olması VAS kullanımında yanılığa neden olabilir (56).
- Ağrı değerlendirmesinin yapıldığı zamanın seçimi de önemlidir. Bu yanılığarı önlemek için ağrı değerlendirmesinin düzenli aralıklarla yapılması gereklidir.
- VAS'ın değerlendirme ve kayıtlarının aynı ölçek üzerinde yapılması durumunda önceki ağrı şiddeti değerlerini görmek, sonraki ağrı şiddetini değerlendirmesinde etkileyici rol oynayabilir (56).
- Kronik ağrılı hastalarda VAS kullanımı ağrıyı tanımlamada yetersiz kalabilir. Doğum ağrısının sözel değerlendirmesinde ölçümün iki kontraksiyon arasında olmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca gebenin uterusun myometriyum tabakasında oluşan kontraksiyonlar ile bu kontraksiyonların yaratmış olduğu ağrı ve rahatsızlık hissini ayırt etmesinde yardımcı olunmalıdır. Doğum ağrısının değerlendirmesinde sözel ifadenin yanı sıra bazı nesnel faktörlerden de yararlanılmaktadır. Örnek olarak, doğum eylemi sırasında oluşan komplikasyonlar, doğum eyleminin süresi, kullanılan analjezikler ve biyometrik ölçümler verilebilir (57).

5.6. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma kapsamına alınan gebeler randomizasyon ile girişim ve kontrol grubu olarak 2 gruba ayrıldı. Girişim grubuna doğum eylemi süresince aşağıdaki pozisyonlar verildi:

Oksiput posterior pozisyon ultrasonografi ile kesin olarak belirlendikten sonra gebeye **oksiputun olduğu yön tarafında yan yatış pozisyonu** 20 dk verilir. Gebe alt bacak bükük, üst bacak uzanır şekilde yatırıldı.



Resim 5.6.1: Oksiput yönüne yan yatış (16)

Ardından 15 dk **secde pozisyonu** verildi.



Resim 5.6.2: El-diz/secde pozisyonu (16)

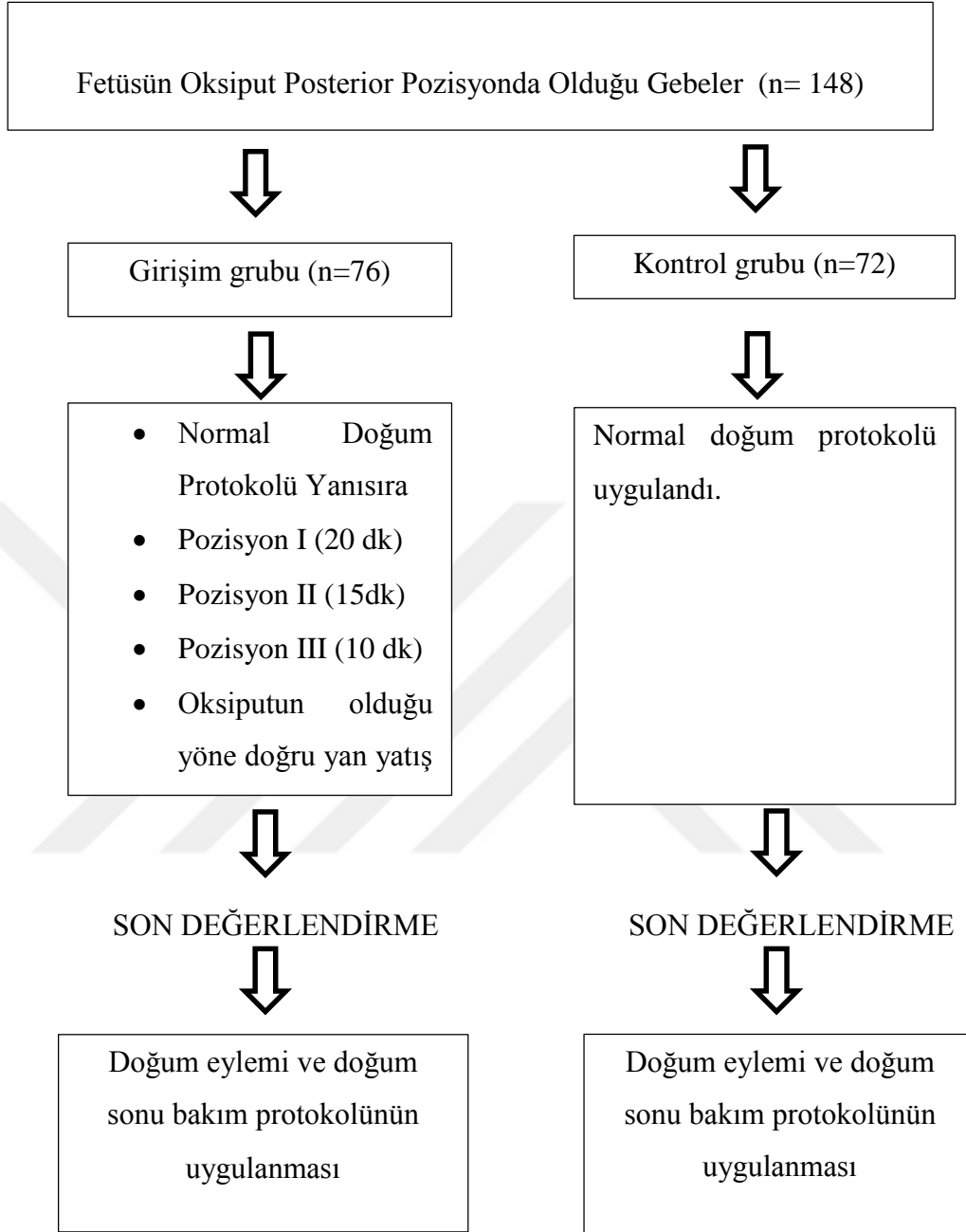
Bu pozisyonu takiben ayakta **yatak başına doğru eğilerek** 10 dk süre ile dinlenmesi sağlandı.



Resim 5.6.3: Ayakta yatak başına doğru eğilme (16)

Ardından tekrar **oksiputun olduğu yön tarafında yan yatış pozisyonu** 20 dk verildi. 1 saat süre geçtiğinde gebe tekrar oksiputun olduğu yön tarafında yan yatış pozisyonu verildi. Vaginal tuşe 2 saat aralıkla tekrarlandı. Fetüs oksiput anterior pozisyona döndüyse gebe serbest bırakıldı (Yürüyebilir, ayakta durabilir, kendi tercihine bırakılır). Oksiput posterior devam ediyor fakat başın inişi ilerliyorsa dilatasyon tamamlandıktan sonra doğum masasında oksiputun olduğu tarafa yan yatırılıp ıkındırıldı (Üst bacak yukarıda tutularak). Taçlanma anında sırt üstü yatırıldı ve doğum yaptırıldı. Tuşe bulgusuna göre baş inişi yoksa rotasyon olmamışsa primparlarda dilatasyon 7-8 cm oluncaya kadar beklendi. Değişiklik yoksa C/S planlandı. Multiparlarda posh açık değilse baş -3 -2 de ise amniyotomi uygulandı ve dilatasyon tamamlanana kadar beklendi. Fakat 2 saat ara ile yapılan tuşe bulgusunda ilerleme yoksa C/S planlandı.

Kontrol grubuna rutin doğumhanede uygulanan izlem yapıldı, herhangi bir pozisyon verilmedi.



Şekil 5.6.4: Araştırma Akış Şeması

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler bilgisayar istatistik paket programı kullanılarak “yüzdellik”, “ki-kare (x^2)” ve “Fisher’s Exact Test” ile değerlendirildi.

5.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için, zel Nisa Hastanesinden etik kurul onayı alındı (Ek 5 ve Ek 6). Gebelere araştırmaya katılım isteğe bağlı olup, istedikleri zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir haklarını kaybetmeksizin araştırmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebileceği söylendi. Araştırmayı kabul eden gebelere vermiş oldukları bilgilerin gizli tutulacağı, kimliklerini ortaya çıkaracak kayıtların gizli tutulacağı, kamuoyuna açıklanmayacağı, araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliklerin gizli kalacağı, bilgilendirilmiş gönüllü olur formunda belirtildi (Ek 1).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın zel bir kurumda yapılması, tedavi rutinlerinin nerede ise tüm gebelere uygulanması, araştırma sırasında bazı hekim ve ebelerin araştırmayı desteklememesi araştırma süresini uzatmıştır. Gebelerin ve hekimlerin pozisyonlar hakkında sınırlı bilgiye sahip olması ve araştırmanın uygulanmasında sorun olmuştur.

5.10. Araştırmanın Yürütülmesinde İş Birliği Yapılacak Yerler ve Kişiler

Özel Nisa Hastanesi kadın doğum alanında çalışan uzman hekimler ve ebeler

6. BULGULAR

Araştırma, fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anne pozisyonunun doğum sürecine etkisini belirlemek amacıyla deneysel bir araştırma olarak gerçekleştirildi.

Elde edilen bulgular tablolar halinde aşağıda sunulmuştur.

Tablo 6.1: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Veriler

	GİRİŞİM				KONTROL				Z	P	
	X±SD	Min.	Max	Med.	X±SD	Min.	Max.	Med.			
Yaş	28,0±5,09	18	42	28	28,0±5,0	20	42	26	0,54	0,587	
Gebelik sayısı	1,78±1,8	1	5	1	1,6±0,9	1	4	1	0,559	0,576	
Yaş 18-24 25-31 32 ve ↑ Toplam	n	%		n	%		X²	p			
	18	23,7		20	27,8						
	43	56,6		37	51,4						
	15	19,7		15	25,0						
	76	100		72	100						
Eğitim Durumu İlköğretim Lise Üniversite Toplam	20	26,3		11	15,3		2,904	0,234			
	29	38,2		34	47,2						
	27	35,5		27	37,5						
	76	100		72	100						
	Çalışma Durumu Çalışıyor Çalışmıyor Toplam	29	38,2		25	34,7			0,188	0,664	
47		61,8		47	65,3						
76		100		72	100						
BKİ (Gebelik Öncesi) 24 ve ↓ 25 ve ↑ Toplam		58	76,3		55	76,4		0,000			0,992
		18	23,7		17	23,6					
	76	100		72	100						

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular tablo 6.1' de görülmektedir.

Gebelerin yaş ortalaması girişim grubunda $28,0 \pm 5,09$, kontrol grubunda ise $28,0 \pm 5,0$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin yaş ortalamaları birbirine benzer özelliktedir ($p=0,587$).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %26,3'ü ilköğretim, %38,2'si lise, %35,5'i üniversite mezunu olduğunu, kontrol grubundaki gebelerin %15,3'ü ilköğretim, %47,2'si lise, %37,5'i üniversite mezunu olduğu belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak bir fark yoktur. Her iki grup benzer özelliktedir ($p>0,234$).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %38,2'sinin çalıştığı, %61,8'inin çalışmadığı, kontrol grubundaki gebelerin %34,7'sinin çalıştığı, %65,3'ünün çalışmadığı belirlendi. Her iki gruptaki gebelerin çalışma durumlarının birbirine benzer olduğu saptandı ($p=0,664$).

Tablo 6.2: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Veriler

	GİRİŞİM				KONTROL					
	X±SD	Min.	Max.	Med.	X±SD	Min.	Max.	Med.	z	p
Gebelik Haftası	39,40±0,91	36,6	41	39,55	39,55±0,97	37	41,4	40	-1,13	0,207
Gebelik Sayısı	1,78±1,08	1	5	1	1,60±0,9	1	4	1	-0,559	0,576
Abortus sayısı	1,33±0,49	1	2	1	1,18±0,41	1	2	1	-0,844	0,399
Gebelik Haftası 36-38 ↓ 39 40 ve ↑ Toplam	n	%		n	%		X²	p		
	15	19,7		15	20,8		1,152	0,562		
	25	32,9		18	25,0					
	36	47,4		39	54,2					
	76	100		72	100					
Gebelik Sayısı 1 2 3 ve ↑ Toplam	45	59,2		42	58,3		5,918	0,052		
	10	13,2		19	26,4					
	21	27,6		11	15,3					
	76	100		72	100					
Abortus Sayısı 1 2 Toplam	10	66,7		9	81,8		0,740	0,390		
	5	33,3		2	18,2					
	15	100		11	100					
Doğum Sayısı 1 2 Toplam	9	37,5		14	63,6		3,136	0,077		
	15	62,5		8	36,4					
	24	100		22	100					
Doğum Bilgisi Evet Hayır Toplam	67	88,2		58	80,6		1,628	0,202		
	9	11,8		14	19,4					
	76	100		72	100					
Bilgi Kaynağı* Sağlık Personeli Aile Arkadaş İnternet Dergi, Kitap, vb.	65	85,5		58	80,6		0,651	0,420		
	17	22,4		15	20,8		0,051	0,821		
	5	6,6		1	1,4		2,560	0,110		
	30	39,5		24	33,3		0,602	0,438		
	22	28,9		28	38,9		1,633	0,201		

Gebelerin gebelik haftası ortalaması girişim grubunda 39,40±0,91, kontrol grubunda ise 39,55±0,97 olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalamaları benzer özellik göstermekteydi (p>0,207).

Girişim grubundaki gebelerin gebelik sayısı ortalaması 1,78±1,08, abortus sayısı ortalaması 1,33±0,49, kontrol grubunda gebelik sayısı ortalaması 1,60±0,9, abortus sayısı ortalaması 1,18±0,41 olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin

gebelik sayıları ortalaması ve abortus sayısı ortalamaları benzer bulunmuştur (p=0,576, p=0,399).

Her iki grup arasında gebelik, doğum ve abortus sayıları açısından farklılık bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %88,2'sinin doğum konusundaki bilgisi olduğu, %11,8'inin bilgisi olmadığı, kontrol grubundaki gebelerin %80,6'sının doğum konusundaki bilgisi olduğu, %19,4'dünün bilgisi olmadığı belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler doğum bilgisi açısından benzer özellikteydi (p=0,202).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin bilgi kaynağı %85,5 sağlık personeli, %22,4 aile, %6,6 arkadaş, %39,5 internet, % 28,9 dergi- kitaptan bilgi edindiğini, kontrol grubundaki gebelerin ise % 80,6 sağlık personeli, %20,8 aile, %1,4 arkadaş, %33,3 internet, %38,9 dergi- kitaptan bilgi edindiğini bildirdi (Tablo 6.2).

Tablo 6.3: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Mevcut Gebeliklerine Ait Bulguların Dağılımı

	GİRİŞİM				KONTROL					
	X±SD	Min.	Max.	Med.	X±SD	Min.	Max.	Med	Z	p
G. Ö. BKİ	23,01±3,72	15,37	33,43	22,57	22,41±3,34	16,36	34,53	22,17	-0,831	0,406
G. Dönemi. BKİ	27,22±3,94	20,66	41,62	27,18	28,24±3,84	19,72	40,40	28,41	-1,796	0,072
D.Ö. Hemoglo bin düzeyi	12,03±1,14	8,6	15,4	12,00	12,08±1,18	7,1	14,2	12,20	-0,553	0,580
D. S. Hemoglo bin düzeyi	11,47±1,30	14,8	7,4	11,45	11,48±1,29	8,1	14	11,65	-0,198	0,843

Gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması girişim grubunda 23,01±3,72, kontrol grubunda ise 22,41±3,34 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin arasında gebelik öncesi BKİ açısından farklılık bulunmamaktadır (p=0,406).

Gebelerin gebelik dönemi BKİ ortalaması girişim grubunda 27,22±3,94, kontrol grubunda ise 28,24±3,84 olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda

bulunan gebelerin gebelik dönemi BKİ ortalaması birbirine benzer bulunmuştur (p=0,072).

Gebelerin doğum öncesi hemogloblin düzeyi ortalaması girişim grubunda 12,03±1,14, kontrol grubunda ise 12,08±1,18 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum öncesi hemogloblin düzeyi birbirine benzer bulunmuştur (p=0,580).

Gebelerin doğum sonrası hemogloblin düzeyi ortalaması girişim grubunda 11,47±1,30, kontrol grubunda ise 11,48±1,29 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum sonrası hemogloblin düzeyi birbirine benzer özelliktedir (p=0,843).

Tablo 6.4: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Dağılımı

	GİRİŞİM		KONTROL			
	n	%	n	%	X ²	p
*Doğuma Başvurma Nedeni						
Kasılmaların Başlaması	39	51,3	28	38,9	2,304	0,129
Su Gelmesi	32	42,1	30	41,7	0,003	0,957
Nişan	24	31,6	22	30,6	0,018	0,893
Miad Aşımı	2	2,6	12	16,7	8,504	0,004
*Birden Fazla Yanıt Verilmiştir						
Doğum Eyleminin Kendiliğinden Başlaması						
Evet	41	53,9	27	37,5	4,027	0,045
Hayır	35	46,1	45	62,5		
Toplam	76	100	72	100		

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin doğuma başvurma nedeni olarak %51,3'ü kasılmaların başlaması, %42,1'i su gelmesi, %31,6'sı nişan, %2,6'sı miad aşımı, kontrol grubunda ise %38,9'u kasılmaların başlaması, %41,7'si su gelmesi, %30,6'sı nişan, %16,7'si miad aşımı olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin doğuma başvurma nedenleri açısından bir farklılık belirlendi (Sırasıyla p=0,129, 0,957, 0,893, 0,004).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %53,9'u doğum eyleminin kendiliğinden başladığını, kontrol grubundaki gebelerin ise %37,5'i doğumun kendiliğinden başladığını ifade etti. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler arasında doğum eyleminin kendiliğinden başlaması açısından farklılık belirlendi. Girişim

grubunda doğum eyleminin kendiliğinden başlaması, kontrol grubuna kıyasla daha fazlaydı ($p=0,045$).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %46,1'i doğum eyleminin kendiliğinden başlamadığını, kontrol grubundaki gebelerin ise %62,5'i doğumun kendiliğinden başlamadığını ifade etti. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler arasında doğum eyleminin kendiliğinden başlamaması açısından farklılık belirlendi ($p=0,337$). Doğumun kendiliğinden başlamadığı durumlarda doktor orderi kapsamında gebelere indüksiyon perfüzyonu, amniyotomi, propess gibi girişimsel işlemler uygulanarak doğum eyleminin başlaması sağlandı.



Tablo 6.5: Doğum Eyleminin Dilatasyon Evresinde Uygulanan Girişimlere İlişkin Bulguların Dağılımı

	GİRİŞİM		KONTROL			
	n	%	n	%	X ²	p
Dilatasyon Evresinde Girişim Uygulanma Durumu						
Evet	73	96,1	71	98,6	0,920	0,337
Hayır	3	3,9	1	1,4		
Toplam	76	100	72	100		
Amniyotomi					0,004	0,949
Evet	31	40,8	29	40,3		
Hayır	45	59,2	43	59,7		
Toplam	76	100	72	100		
Oksitosin Perfüzyonu					0,049	0,826
Evet	70	92,1	67	93,1		
Hayır	6	7,9	5	6,9		
Toplam	76	100	72	100		
Aldolan amp.					2,098	0,148
Evet	10	13,2	16	22,2		
Hayır	66	86,8	56	77,8		
Toplam	76	100	72	100		
Buscopan amp.					2,083	0,149
Evet	25	32,9	32	44,4		
Hayır	51	67,1	40	55,6		
Toplam	76	100	72	100		
Cytotec tb.					1,226	0,268
Evet	8	10,5	4	5,6		
Hayır	68	89,5	68	94,4		
Toplam	76	100	72	100		
Lavman					0,006	0,937
Evet	72	94,7	68	94,4		
Hayır	4	5,3	4	5,6		
Toplam	76	100	72	100		
Hidrasyon					8,608	0,003
Evet	43	56,6	57	79,2		
Hayır	33	43,4	15	20,8		
Toplam	76	100	72	100		

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %96,1'ine dilatasyon evresinde bir girişim uygulandı, kontrol grubunda gebelerin %98,6'sına bir girişim uygulandı. Girişim ve kontrol grupları arasında dilatasyon evresinde girişim uygulanma durumu açısından benzer özelliktedir (p=0,377).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %40,8'ine doğum eyleminde amniyotomi, kontrol grubundaki gebelerin ise %40,3'üne amniyotomi uygulandı. Girişim ve kontrol grupları arasında amniotomi uygulanması açısından farklılık saptanmadı (p=0,949).

Benzer şekilde girişim grubundaki gebelerin %92,1'ine oksitosin perfüzyonu, kontrol grubundaki gebelerin ise %93,1'ine oksitosin perfüzyonu yapıldı. Girişim ve kontrol grupları arasında oksitosin perfüzyonu yapılması açısından farklılık saptanmadı (p=0,826).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %13,2'sine Aldolan ampul, %32,9'una Buscopan ampul, %10,5'ine Cytotec tablet uygulandığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %22,2'sine Aldolan ampul, %44,4'üne Buscopan ampul, %5,6'sına Cytotec tablet uygulandı. Ancak her iki grup arasında ilaç uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 6.5).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %94,7'sine lavman uygulaması, kontrol grubundaki gebelerin %94,4'üne lavman uygulaması yapıldı. Girişim ve kontrol grubu arasında lavman uygulanması açısından farklılık saptanmadı (p=0,937).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %56,6'sına hidrasyon uygulaması, kontrol grubundakilerin ise %79,2'sine hidrasyon uygulaması yapıldı. Hidrasyon uygulaması açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmedi. Hidrasyon uygulaması kontrol grubuna, girişim grubuna kıyasla daha fazla yapıldığı saptandı (p=0,003).

Tablo 6.6: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Eyleminde Karşılaştıkları Problemlere İlişkin Veriler

Doğumun Aktif Faz Evresinde Problem	GİRİŞİM		KONTROL			
	n	%	n	%	X ²	P
	Evet	20	26,3	23		
Hayır	56	73,7	49	68,1		
Toplam	76	100	72	100		
Mekonyum					0,391	0,532
Evet	8	10,5	10	13,9		
Hayır	68	89,5	62	86,1		
Toplam	76	100	72	100		
Fetal Distres					0,500	0,480
Evet	9	11,8	6	8,3		
Hayır	67	88,2	66	91,7		
Toplam	76	100	72	100		
Distosi					0,796	0,372
Evet	7	9,2	10	13,9		
Hayır	69	90,8	62	86,1		
Toplam	76	100	72	100		

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %26,3'ü doğumun aktif faz evresinde bir problem ile deneyimledi. Kontrol grubundaki gebelerin ise %31,9'u doğumun aktif faz evresinde bir problem ile karşılaştı. Girişim ve kontrol grupları

arasında doğumun aktif fazında bir problem yaşama açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmadı ($p=0,451$).

Doğumun aktif fazında girişim grubundaki gebelerin %10,5'i evresinde amnios sıvısında mekonyum, %11,8'i fetal distres, %9,2'si distosi ile, kontrol grubundaki gebeler ise %13,9'u amnios sıvısında mekonyum, %8,3 fetal distres ve %13,9'u distosi problemi ile karşılaştığı belirlendi. Her iki grup arasında oluşan bu komplikasyonlar açısından farklılık saptanmadı (Tablo 6.6).



Tablo 6.7: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Pozisyon Öncesi ve Pozisyon Sonrası Vajinal Tuşe Bulgularının Dağılımı

Pozisyon Öncesi	Girişim X±SD		Kontrol X±SD		Z	p	Pozisyon Sonrası	Girişim X±SD		Kontrol X±SD		Z	p
Dilatasyon	3,87±1,56		2,47±1,64		-5,236	0,000	Dilatasyon	5,33±1,99		3,14±1,79		-6,263	0,000
Efasman	61,71±11,24		52,64±12,33		-4,404	0,000	Efasman	70,39±13,80		56,39±13,46		-5,703	0,000
Baş Seviyesi	-2,46±0,92		-2,74±0,75		-2,438	0,015	Baş Seviyesi	-1,63±1,11		-2,54±0,99		-2,438	0,000
VAS	5,22±1,51		3,39±1,43		-6,263	0,000	VAS	6,11±1,43		4,50±1,55		-5,764	0,000
Baş Pozisyonu	n	%	N	%	X²	p	Baş Pozisyonu	n	%	n	%	X²	P
ROP	27	35,5	22	30,6	2,223	0,695	OA	39	51,31	1	1,38	58,892	0,000
ROT	5	6,6	5	6,9			OP	21	27,63	61	84,72		
LOP	13	17,1	17	23,6			OT	16	21,05	10	13,88		
LOT	5	6,6	2	2,8									
OP	26	34,2	26	36,1									
Toplam	76	100	72	100			Toplam	76	100	72	100		
Posh					13,000	0,000	Posh					10,273	0,001
Açık	51	67,1	27	37,5			Açık	65	85,5	45	62,5		
Kapalı	25	32,9	45	62,5			Kapalı	11	14,5	27	37,5		
Toplam	76	100	72	100			Toplam	76	100	72	100		
Amnios Sıvısı					13,33	0,001	Amnios Sıvısı					0,179	0,672
Berrak	45	88,2	25	92,6			Berrak	56	86,2	40	88,9		
Mekonyum	6	11,8	2	7,4			Mekonyum	9	13,8	5	11,1		
Toplam	51	100	27	100			Toplam	65	100	45	100		

Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin pozisyon öncesi ve pozisyon sonrasında ilişkin bulguların dağılımı Tablo 6.7’de görülmektedir.

Gebelerin pozisyon öncesi servikal dilatasyon ortalaması $3,87 \pm 1,56$, kontrol grubunda ise $2,47 \pm 1,64$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Girişim grubundaki servikal dilatasyon kontrol grubuna göre 1 cm daha fazlaydı.

Gebelerin pozisyon sonrası servikal dilatasyon ortalaması $5,33 \pm 1,99$, kontrol grubunda ise $3,14 \pm 1,79$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Girişim grubundaki servikal dilatasyon kontrol grubuna göre 2 cm daha fazlaydı.

Gebelerin pozisyon öncesi servikal efasman ortalaması $61,71 \pm 11,24$, kontrol grubunda ise $52,64 \pm 12,33$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi servikal efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Girişim grubundaki servikal efasman kontrol grubuna göre %10 daha fazlaydı.

Gebelerin pozisyon sonrası servikal efasman ortalaması $70,39 \pm 13,80$, kontrol grubunda ise $56,39 \pm 13,46$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Girişim grubundaki servikal efasman kontrol grubuna göre % 20 daha fazlaydı.

Gebelerin pozisyon öncesi hodge düzlemine göre baş seviyesi ortalaması $-2,46 \pm 0,92$, kontrol grubunda ise $-2,74 \pm 0,75$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$). Girişim grubunun baş seviyesi kontrol grubuna kıyasla daha yüksekti.

Gebelerin pozisyon sonrası hodge düzlemine göre baş seviyesi ortalaması $-1,63 \pm 1,11$, kontrol grubunda ise $-2,54 \pm 0,99$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$).

Gebelerin pozisyon öncesi VAS ortalaması $5,22\pm 1,51$, kontrol grubunda ise $3,39\pm 1,43$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$).

Gebelerin pozisyon sonrası VAS ortalaması $6,11\pm 1,43$, kontrol grubunda ise $4,50\pm 1,55$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$).

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin pozisyon öncesi baş pozisyonları tabloda görülmektedir. Her iki grubun ROP, ROT, LOP, OP' ları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmedi ($p=0,695$).

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin pozisyon sonrası baş pozisyonları tabloda görülmektedir. Her iki grubun ROP, ROT, LOP, OP' ları arasında anlamlı bir farklılık belirlendi ($p=0,000$).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin pozisyon öncesi posh açıklığı %67,1, posh kapalı durumu %32,9, kontrol grubunun ise posh açıklığı %37,5, posh kapalı durumu %62,5'dir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin pozisyon sonrası posh açıklığı %85,5, posh kapalı durumu %14,5, kontrol grubunun ise posh açıklığı %62,5, posh kapalı durumu %37,5'dir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p=0,000$).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi amniyon sıvısı berraklık ve mekonyumluk açısından değerlendirilmiş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun amniyon sıvısı durumunda anlamlı bir fark saptandı ($p=0,001$).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon sonrası amniyon sıvısı berraklık ve mekonyumluk açısından değerlendirilmiş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun amniyon sıvısı durumunda anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,672$).

Tablo 6.8: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Pozisyon Öncesine ve Pozisyon Sonrasına İlişkin Verilerin Dağılımı

Pozisyon Öncesi	Deney X±SD		Kontrol X±SD		z	p	Pozisyon Sonrası	Deney X±SD		Kontrol X±SD		z	p
NST							NST						
Reaktif	68	89,5	66	91,7	0,999	0,607	Reaktif	56	73,7	61	84,7	4,137	0,126
Şüpheli Reaktif	7	9,2	6	8,3			Şüpheli Reaktif	12	15,8	8	12,5		
Nonreaktif	1	0,7	0	0,0			Nonreaktif	8	10,5	2	2,8		
Toplam	76	100	72	100			Toplam	76	100	71	100		
Ağrı Hissedilen Bölge							Ağrı Hissedilen Bölge						
Kasık	20	26,3	32	44,4	16,361	0,022	Kasık	9	11,8	25	34,7	21,601	0,006
Bel	33	43,4	30	41,7			Bel	37	48,7	29	40,3		
Bel+Kasık	17	22,4	5	6,9			Bel+Kasık	16	21,1	10	13,9		
Bel+Sirt	2	2,6	0	0,0			Bel+Sirt	5	6,6	1	1,4		
Bel+Sirt+Kasık	1	1,3	0	0,0			Bel+Sirt+Kasık	5	6,6	0	0,0		
Sirt	2	2,6	2	2,8			Sirt	3	3,9	4	5,6		
Karın	0	0,0	3	4,2			Karın	0	0,0	2	2,8		
Koksiks	1	1,3	0	0,0			Koksiks	0	0,0	1	1,4		
							Bacak	1	1,3	0	0,0		
Toplam	76	100	72	100			Toplam	76	100	72	%00		

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi NSTleri değerlendirilmiş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun reaktif, şüpheli reaktif, ve nonreaktiflik açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,607).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon sonrası NSTleri değerlendirilmiş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun reaktif, şüpheli reaktif, ve nonreaktiflik açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,126).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi ağrı hissedilen bölgeleri sorulmuş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun kasık, bel, bel+kasık, bel+sırt, bel+sırt+kasık, sırt bölgeleri arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,022).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon sonrası ağrı hissedilen bölgeleri sorulmuş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun kasık, bel, bel+kasık, bel+sırt, bel+sırt+kasık, sırt bölgeleri arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,006).

Tablo 6.9: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğumun Ekspulsiyon Döneminde Uygulanan Girişimler ve Gelişen Komplikasyonlara İlişkin Veriler

Ekspulsiyon Döneminde Uygulanan Girişimler	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
Evet	51	83,6	50	86,2	0,157	0,692
Hayır	10	16,4	8	13,8		
Toplam	61	100	58	100		
Fundal Basınç					0,059	0,809
Evet	35	57,4	32	55,2		
Hayır	26	42,6	26	44,8		
Toplam	61	100	58	100		
Vakum					0,959	0,327
Evet	1	1,6	0	0,0		
Hayır	60	98,4	58	100,0		
Toplam	61	100	58	100		
Epizyotomi					0,454	0,500
Evet	51	83,6	51	87,9		
Hayır	10	16,4	7	12,1		
Toplam	61	100	58	100		
Perineal Yırtık					2,574	0,109
Evet	13	21,3	20	34,5		
Hayır	48	78,7	38	65,5		
Toplam	61	100	58	100		
Servikal Yırtık					3,027	0,082
Evet	1	1,6	5	8,6		
Hayır	60	98,4	53	91,4		
Toplam	61	100	58	100		
Kan Kaybı					0,134	0,714
çok az - hafif	41	53,9	41	56,9		
orta-fazla	35	46,1	31	43,1		
Toplam	76	100	72	100		

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %83,6'sına doğumun ekspulsiyon döneminde girişim uygulandı, kontrol grubundaki gebelerin ise %86,2'sine doğumun ekspulsiyon döneminde girişim uygulandı. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler arasında ekspulsiyon döneminde girişim uygulanması açısından farklılık belirlenmedi (p=0,692).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %57,4'üne fundal basınç, %1,6'sına vakum, %83,6'sına epizyotomi, kontrol grubundaki gebelerin ise %55,2'sine fundal basınç, %87,9'una epizyotomi uygulandığı belirlendi. Her iki grup arasında yapılan girişimler açısından farklılık belirlenmedi (Tablo 6.9).

Girişim grubundaki gebelerin % 21,3'ünde perineal yırtık, %1,6'sında servikal yırtık, %46,1'inde orta-fazla derecede kan kaybı olduğu belirlendi. Kontrol grubundaki gebelerin ise % 34,5'inde perineal yırtık, %8,6'sında servikal yırtık, %43,1'inde orta-fazla düzeyde kan kaybı gerçekleştiği belirlendi. Her iki grup arasında doğum eyleminde görülen komplikasyonlar açısından farklılık saptanmadı (Tablo 6.9).

Tablo 6.10: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Dağılımı

Doğum Şekli	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
NSD	61	80,3	58	80,6	0,002	0,964
SCA	15	19,7	14	19,4		
Toplam	76	100	72	100		
Doğumda Baş Pozisyonları					55,868	0,000
ROP	1	1,3	4	5,6		
ROT	2	2,6	6	8,3		
ROA	6	7,9	20	27,8		
LOP	1	1,3	5	6,9		
LOT	1	1,3	8	11,1		
LOA	4	5,3	12	16,7		
OP	11	14,5	10	13,9		
OA	50	65,8	7	9,7		
Toplam	76	100	72	100		
Doğum Eyleminin Toplam Süresi	X±SD		X±SD		z	p
	210,83±114,33		261,63±155,86		1,728	0,084
Geçiş Fazının Süresi	66,56±52,43		94,17±80,44		-2,12	0,034
İkinci Evrenin Süresi	15,72±17,41		19,57±18,92		-0,67	0,506

*Girişim ve kontrol grubu n= ROP: 1;4 – ROT: 2;6 – LOP : 1;5

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %80,3'ü NSD, %19,7'si SCA, kontrol grubundaki gebelerin ise %80,6 NSD, %19,4 SCA ile doğumu gerçekleştirdiği belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin doğum şekilleri arasında farklılık saptanmadı ($p=0,964$, Tablo 6.10).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin bebeklerin doğumda hodge düzleminde baş pozisyonları %7,9 ROA, %1,3 LOT, %5,3 LOA, %4,5 OP, %65,8 OA, kontrol grubundaki gebelerin bebeklerinin doğumda hodge düzleminde baş pozisyonları ise %27,8 ROA, %11,1 LOT, %16,7 LOA, %13,9 OP, %9,7 OA olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin baş pozisyonları birbirine benzer özellikte saptandı ($p=0,000$).

Gebelerin doğum eylem süreleri ortalaması girişim grubunda $210,83\pm 114,33$, kontrol grubunda ise $261,63\pm 155,86$ dakika olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum eylem süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p=0,084$).

Gebelerin doğum eyleminde geçiş fazının süresi ortalaması girişim grubunda $66,56\pm 52,43$, kontrol grubunda ise $94,17\pm 80,44$ dakika olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin geçiş fazının süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Girişim grubunu oluşturan gebelerin doğum eyleminde geçiş fazının süresi, kontrol grubundaki gebelere kıyasla daha kısa olarak saptanmıştır ($p=0,034$).

Gebelerin doğum eyleminde ikinci evrenin süresi ortalaması girişim grubunda $15,72\pm 17,41$, kontrol grubunda ise $19,57\pm 18,92$ dakika olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin ikinci evre süreleri birbirine benzer özellikte bulundu ($p=0,506$).

Tablo 6.11: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Yenidoğanlarına İlişkin Bulguların Dağılımı

Yenidoğanın Cinsiyeti	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
Kız	36	52,6	37	51,4	0,023	0,880
Erkek	24,3	47,4	35	48,6		
Toplam	76	100	72	100		
Yenidoğanın Kilosu	X±SD		X±SD		z	p
	3268,55±312,60		3287,18±305,87		-0,16	0,877
Yenidoğanın Boyu	49,06±2,39		48,07±2,54		-2,22	0,023
Yenidoğanın Baş Çevresi	34,36±1,74		34,65±1,12		-0,77	0,443
Apgar 1'	8,28±0,92		8,71±0,60		-3,2	0,001
Apgar 5'	9,53±0,70		9,88±1,20		-2,08	0,038

Girişim grubundaki gebelerin yenidoğanlarının %52,6'sı kız, %47,4'ü erkek, kontrol grubundakilerin % 51,4'ü kız, %48,6'sının erkek bebek belirlendi. Her iki gruptaki gebelerin bebeklerinin cinsiyeti açısından fark saptanmadı (p=0,880).

Girişim grubundaki yenidoğanların kiloları ortalaması 3268,55±312,60, kontrol grubunda ise 3287,18±305,87 olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanların kilosu birbirine benzer bulundu (p=0,877).

Girişim grubundaki yenidoğanın boyu ortalaması 49,06±2,39 gr, kontrol grubunda ise 48,07±2,54 gr olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanların boyları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Girişim grubundaki gebelerin yenidoğanlarının boyları, kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarından daha uzundur.

Girişim grubundaki yenidoğanın baş çevresi ortalaması 34,36±1,74 cm, kontrol grubunda ise 34,65±1,12 cm olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanın baş çevresi birbirine benzer özelliktedir (p=0,443).

Girişim grubundaki bebeklerin Apgar 1' puan ortalaması 8,28±0,92, kontrol grubunda ise 8,71±0,60 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 1' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulundu (p=0,001).

Girişim grubundaki bebeklerin Apgar 5' puan ortalaması 9,53±0,70, kontrol grubunda ise 9,88±1,20 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 5' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulundu (p=0,038).

Tablo 6.12: Girişim ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Doğum Sonrası Kanamayı Önleyici Girişimlere İlişkin Bulguların Dağılımı

Doğum Sonrası Kanamayı Önleyici Girişimler	Girişim		Kontrol		X ²	p
	n	%	n	%		
Evet	69	90,8	70	97,2	2,679	0,102
Hayır	7	9,2	2	2,8		
Toplam	76	100	72	100		
Fundus Masajı					1,226	0,268
Evet	8	10,5	4	5,6		
Hayır	68	89,5	68	94,4		
Toplam	76	100	72	100		
Kan Tranfüzyonu					0,267	0,605
Evet	2	2,6	3	4,2		
Hayır	74	97,4	69	95,8		
Toplam	76	100	72	100		

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %90,8'ine doğum sonrası kanamayı önleyici girişim uygulanmış, kontrol grubundaki gebelerin ise %97,2'sine doğum sonrası kanamayı önleyici girişim uygulandığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında doğum sonrası kanamayı önleyici girişim açısından farklılık saptanmamıştır (p=0,102).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %10,5'ine doğum sonrası fundus masajı uygulandığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %5,6'sına uygulandığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki gebelerin %2,6'sına kan tranfüzyonu uygulandığı, kontrol grubundaki gebeler ise %4,2'sine kan tranfüzyonu uygulandığı belirlenmiştir. Her iki grup arasında doğum sonrası kanamayı önleyici girişimler açısından farklılık belirlenmemiştir (p=0,605).

7. TARTIŞMA

1. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışması
2. Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguları
3. Gebelerin Doğum Sonrası Takipte Kanama Önleyici Girişimlere İlişkin Bulguları

7.1. Gebelerin Tanıtıcı ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgularının Tartışması

Çalışmamıza katılmayı kabul eden kadınların 76'sı girişim, 72'si ise kontrol grubunu oluşturmaktadır.

Türkiye'de doğumların %64'ü 30 yaşından önce meydana gelmektedir. TNSA-2013'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda belirlenmiştir. Türkiye'de ilk kez 25-29 yaş grubundaki doğurganlık hızı, 20-24 yaş grubundaki doğurganlık hızından daha yüksek bir seviyeye gelmiştir (58).

Çalışma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması girişim grubunda $28,0\pm 5,09$, kontrol grubunda ise $28,0\pm 5,0$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin yaş ortalamaları birbirine benzer özellikte idi ($p=0,587$) (Tablo 6.1).

Desbriere ve ark. 2013 yılında fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında gebelerin yaş ortalaması girişim grubunda $27,8\pm 0,64$, kontrol grubunda ise $28,9\pm 0,51$ olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin yaş ortalamaları birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,180$).

Literatürü taradığımızda çalışmamızla benzer başka çalışma bulunmadığından geleneksel ve tamamlayıcı yöntemlerin kullanıldığı çalışmalara katılan gebelerin yaş ortalamaları şu şekilde olduğu saptanmıştır. Gebelerin tanıtıcı özellikleri bakımından çalışmamızı destekleyen çalışmalarda vardır. Bu çalışmalarda gebelerin yaş ortalamalarını sırasıyla; $26,4\pm 3,5$ yıl, $23,9\pm$ yıl, $23,06\pm$ yıl, $23,86\pm$ yıl olarak bulmuşlardır (59,60,61,62). Hamlacı ve ark. çalışmalarında gebelerin yaş ortalamaları incelendiğinde, deney ve kontrol grubunda yer alan gebelerin yaş

ortalamalarının birbirine yakın olduğu, büyük çoğunluğun 20-24 (%38,6) ve 25-29 (%35,3) yaş aralığında yer aldığı ve istatistiksel değerlendirmede gruplar arasında gebe yaşı açısından anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05,63$).

Son 20-30 yılda Türkiye’de eğitimin artması ve yaygınlaşmasına bağlı olarak, genç kadınlar kendilerinden daha ileri yaştaki kadınlardan daha eğitimidirler. Zorunlu eğitimin 5 yıldan 8 yıla çıkması genç kuşaklarda eğitim düzeyinin artmasına neden olmuştur. Günümüzde doğurganlık çağında olan kadınların daha çok eğitilmiş oldukları görülmektedir. Lise mezunu ve üzeri eğitime sahip kadınlar arasında gebe olanların yüzdesi, ilköğretim ikinci basamak düzeyinde eğitim almış kadınlara göre daha yüksektir. Bu bulgu, yüksek eğitilmiş kadınların daha genç ve dolayısıyla diğer kadınlardan farklı olarak aile kurma sürecinin başında olmaları ile ilgili olabilir. Eğitim düzeyi ile ortanca ilk doğum yaşı arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (58).

Çalışmamızda araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %26,3’ü ilköğretim, %38,2’si lise, %35,5’i üniversite mezunu olduğunu, kontrol grubundaki gebelerin %15,3’ü ilköğretim, %47,2’si lise, %37,5’i üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamaktadır (Tablo 6.1). Araştırma sonucu bulgularımız TNSA 2013 sonuçları ve verdiğimiz diğer çalışma örnekleriyle benzerlik göstermektedir (58).

Çalışmamıza katılan girişim grubundaki gebelerin %38,2’sinin çalıştığı, %61,8’inin çalışmadığı, kontrol grubundaki gebelerin %34,7’sinin çalıştığı, %65,3’ünün çalışmadığı belirlenmiştir. Her iki gruptaki gebelerin çalışma durumlarının birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p=0,664$). Literatürde farklı çalışmalar incelendiğinde gebelerin çoğunlukla çalışmayıp, ev hanımı olduğu saptanmıştır (64-66). Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan gebelerin gebelik haftası ortalaması girişim grubunda $39,40\pm 0,91$, kontrol grubunda ise $39,55\pm 0,97$ olarak bulunmuştur. Gebelerin girişim ve kontrol grubu olarak gebelik haftası bakımından benzer olduğu saptanmıştır. Desbriere ve ark. 2013 yılında fetüsün oksiput posterior pozisyonunda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonları ile ilgili yaptıkları çalışmalarında gebelerin gebelik haftası ortalaması girişim grubunda $39,4\pm 0,10$, kontrol grubunda ise

39,4±0,10 olarak saptanmıştır. Literatür tarandığında çalışmaya katılan gebelerin doğum eylemlerinin başlaması çalışmaya dahil olma kriterlerinden biri olan 36-42 haftalık gebe olması bakımından diğer geleneksel ve tamamlayıcı tedaviler üzerine gerçekleştirilmiş çalışmalarla benzerlik göstermektedir (22,63).

7.2. Gebelerin Doğum Eylemine İlişkin Bulguların Tartışması

Çalışmaya başlamadan önce literatür taramalarımızda travay esnasında doğumu kolaylaştırmak üzere uygulanan birçok girişim olduğunu saptanmıştır. Geleneksel ve tamamlayıcı uygulamaların deneysel olarak çalışıldığı araştırmalarda gerek dilatasyon evresinin kısılması, gerek ağrının azaltılması gerekse aktif faza geçmek üzere birçok girişim uygulanmaktadır (67).

Araştırmaya katılan gebelere doğum eylemine ilişkin özellikleri değerlendirildiğinde; girişim grubundaki gebelerin doğuma başvurma nedeni olarak %51,3'ü kasılmaların başlaması, %42,1'i su gelmesi, %31,6'i nişan, %2,6'sı miad aşımı, kontrol grubunda ise %38,9'u kasılmaların başlaması, %41,7'si su gelmesi, %30,6'sı nişan gelmesi, %16,7' miad aşımı olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin doğuma başvurma nedenleri açısından benzerdir. (Sırasıyla $p=0,129$, $0,957$, $0,893$, $0,004$). Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %53,9'u doğum eyleminin kendiliğinden başladığını, kontrol grubundaki gebelerin ise %37,5'i doğumun kendiliğinden başladığını ifade etmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler arasında doğum eyleminin kendiliğinden başlaması açısından farklılık belirlenmiştir. Girişim grubunda doğum eyleminin kendiliğinden başlaması, kontrol grubuna kıyasla daha fazla olarak saptanmıştır iki grup arasında anlamlı bir farklılık söz konusudur ($p=0,045$). Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %96,1'i ne dilatasyon evresinde bir girişim uygulanmıştır, kontrol grubunda gebelerin %98,6'sına bir girişim uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında dilatasyon evresinde girişim uygulanma durumu açısından benzer özelliktedir ($p=0,337$).

Araştırmaya katılan gebelerin doğumun aktif fazında herhangi bir problemle karşılaşma durumu değerlendirildiğinde; girişim grubundaki, gebelerin %26,3'ü, kontrol grubundaki gebelerin ise %31,9'u doğumun aktif faz evresinde bir problem ile karşılaşmıştır. Doğumun aktif fazında girişim grubundaki gebelerin %10,5'i

amnios sıvısında mekonyum, %11,8'i fetal distres, %9,2'si distosi ile, kontrol grubundaki gebeler ise %13,9'u amnios sıvısında mekonyum, %8,3 fetal distres ve %13,9'u distosi problemi ile karşılaştığı belirlenmiştir. Her iki grup arasında oluşan bu komplikasyonlar açısından farklılık saptanmamıştır.

Membranların rüptüründen sonra %80–90 hastada doğum eylemi başlamaktadır. Tek başına amniyotomi yapıldığında kontraksiyonların başlamasına kadar geçen süre belirsizdir ve etkinliği kanıtlanmamıştır. Oksitosin infüzyonu ile birlikte amniyotomi uygulanmasının başarısı tek başına amniyotomiye göre daha fazladır. Plaseboya göre operatif vajinal doğumların azaldığı bildirilmiştir, ancak veriler yetersizdir. ACOG, özellikle serviksin durumu uygun ise doğum indüksiyonu için amniyotomi yapılabileceğini bildirmiştir. DSÖ ve NICE tek başına veya oksitosin infüzyonu ile amniyotomi önermemektedir.

Çalışmamıza katılan girişim grubundaki gebelerin %40,8'ine doğum eyleminde amniyotomi, kontrol grubundaki gebelerin ise %40,3'üne amniyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında amniotomi uygulanması açısından farklılık saptanmamıştır (p=0,949). Çalışma bulgularımız literatürle benzerdir.

Doğumun eyleminin oksitosin indüksiyonu ile desteklenmesi için düşük veya yüksek doz olmak üzere 2 farklı tedavi rejimi vardır. Düşük doz tedavi rejimi; bu uygulamada oksitosine 0.5-2.0 mU/dk (ortalama 1mU/dk) doz ile başlanır ve 15-60 dk(ortalama 20dk) ara ile 1-2 mU/dk dozlarda artış yapılır. Maksimum 20-40 mU/dk'ya (ortalama 30 mU/dk) çıkılır. Yüksek doz tedavi rejimi ise; indüksiyona 4-6 mU/dk'da başlanır. Her 15-30 dk'da bir 4-6 mU/dk doz artışı yapılır. Maksimum doz net olmamakla birlikte 40 mU/dk'nın üzerine çıkılmaz. Çalışmamızı yürüttüğümüz doğumhane servisinin yatak sayısının yetersizliği, kadın doğum açısından yoğun bir hastane oluşu, oksitosin indüksiyonunu yüksek doz tedavi rejimini gebe yoğunluğunu azaltmak amaçlı kullanıldığını düşündürebilir. Sentetik oksitosin ülkemiz ve tüm dünyada; doğum eyleminin indüksiyonu, uterus düz kaslarında kontraksiyonları uyararak eylemi hızlandırmak vb. amaçlarla yaygın olarak kullanılmaktadır. Buna karşılık literatürde, oksitosin indüksiyonunun etkilerini araştıran çalışmalarda, hiperstimüle kontraksiyonlar, uterus rüptürü, fetal distres gibi

travayda acil sezaryen gereken durumlara yol açtığı da belirtilmektedir (68,69). Buna rağmen literatürde indüksiyon oranı oldukça yüksektir. Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise oksitosin perfüzyonu girişim grubundaki gebelerin %96'sına, kontrol grubundaki gebelerin ise %93,6'sına uygulanmıştır. Girişim ve kontrol grupları arasında oksitosin perfüzyonu yapılması açısından farklılık saptanmamıştır (p=0,108). Çalışmamızda girişim grubundaki gebelerin %92,1'ine oksitosin perfüzyonu, kontrol grubundaki gebelerin ise %93,1'ine oksitosin perfüzyonu yapıldığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grupları arasında oksitosin perfüzyonu yapılması açısından farklılık saptanmamıştır (p=0,826). Çalışma bulgularımız literatür ile örtüşmektedir (22).

Dick Read, kadınlarda stres, korku ve anksiyete gibi emosyonel durumların daha çok ağrıya neden olduğunu ifade etmiştir. Ağrı ise sempatik sinir sisteminin aktivitesini ve ağrı artışına neden olan katekolamin salınımını artırır. Bu durum uterusu giden kan akımının azalmasına ve ağrılı kontraksiyonlara sebep olur. Aynı zamanda bu stres hormonlarının (katekolaminlerin) artması plasental kan akımının yavaşlamasına, fetal oksijenasyonun kısıtlanmasına ve fetal asidoza neden olur. Bu nedenlerden dolayı ağrının azaltılması önemlidir. Ağrının neden olduğu etkileri ortadan kaldırmanın iki yolu vardır. Bunlardan birincisi ve en sık kullanılanı gebeye ağrı kesici ve anestezi vermektir ki verilen ilaçların plasentayı geçerek beynin metabolizmasını deprese ederek fetüsün oksijene olan ihtiyacını azaltacağı unutulmamalıdır. Diğer yöntem ise daha az sıklıkla kullanılan ve doğum sırasında stres oluşumunu henüz oluşmadan engellemeye çalışan nonfarmakolojik yöntemlerdir (16,70-72).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin ağrılarının azaltılması ve dilatasyonu hızlandırmak adına %13,2'sine Aldolan ampul uygulanmıştır. Bunun yanında %32,9'una Buscopan ampul, %10,5'ine Cytotec tablet uygulandığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %22,2'sine Aldolan ampul, %44,4'üne Buscopan ampul, %5,6'sına Cytotec tablet uygulandığı belirlenmiştir. Ancak her iki grup arasında ilaç uygulama açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu konuda daha çok araştırmaya ihtiyaç duyulmakla beraber bir başka çalışmada, teorik olarak uterus kontraksiyonu başladığında intravenöz uygulamanın yapılması, utero-plasental

dolaşımı azaltarak fetüsün korunmasızlığını sınırlandırabilir şeklinde açıklanmıştır (19).

Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %94,7'sine lavman uygulaması, kontrol grubundaki gebelerin %94,4'üne lavman uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubu arasında lavman uygulanması açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0,937$). Doğumhaneye kabulde rutin lavman uygulamasının etkinliğini inceleyen ve 1765 kadını içeren üç randomize çalışmanın sistematik incelemesinde, doğum süresi ve enfeksiyon oranları açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır (75). Lavmanın kadın için hoş olmayan bir işlem olması, ağrının şiddetini arttırması, düşük enfeksiyon oranları, sağlık personeli için iş yükü oluşturması, maliyeti arttırması ve etkinliğini gösteren kanıtlar olmaması nedeniyle lavmanın rutin olarak uygulanmaması önerilmektedir (73,74).

Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu'nun sistematik incelemelerinde yüksek riskli olmayan normal doğumlarda IV sıvıların doğumla ilgili olumsuz sonuçları önlemediği ve muhtemelen bir yararının olmadığı sonucuna varılmıştır (Lothian ve diğ. 2007). İntravenöz sıvıların kullanıldığı ve hiç kullanılmadığı doğumları karşılaştıran çalışmalar bulunmamaktadır. Ayrıca kullanılan sıvıların tipi ve infüzyon hızı konusunda öneri oluşturacak bilgi yetersizdir (74). Çalışmamızda ise girişim grubundaki gebelerin %56,6'sına hidrasyon uygulaması, kontrol grubundakilerin ise %79,2'sine hidrasyon uygulaması yapıldığı belirlenmiştir. Hidrasyon uygulaması açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Hidrasyon uygulaması kontrol grubuna, girişim grubuna kıyasla daha fazla yapıldığı saptanmıştır ($p=0,003$). Çalışma bulgularımız literatür ile benzerdir.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma kriterlerini sağlayan gebelerden girişim grubunun fetal baş pozisyonu değerlendirilerek doğum eylemi esnasında girişim ve kontrol grubunun dilatasyon, efasman, fetal baş seviyesi ve ağrı düzeyleri için VAS değerlendirilmiştir.

Gebelerin pozisyon öncesi dilatasyon ortalaması $3,87\pm 1,56$ cm iken kontrol grubunda $2,47\pm 1,64$ cm olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$). Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin

pozisyon öncesi dilatasyon ortalaması $3,82 \pm 0,13$ cm iken, kontrol grubunda ise $3,64 \pm 0,12$ cm olarak bulunmuştur (22).

Gebelerin pozisyon öncesi efasman ortalaması $\%61,71 \pm 11,24$ iken kontrol grubunda ise $\%52,64 \pm 12,33$ olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi efasman ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$). Gebelerin pozisyon öncesi baş seviyesi ortalaması $-2,46 \pm 0,92$ iken kontrol grubunda ise $-2,74 \pm 0,75$ olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$). Gebelerin pozisyon öncesi VAS ortalaması $5,22 \pm 1,51$ iken, kontrol grubunda $3,39 \pm 1,43$ olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$).

Girişim grubunda yer alan gebelerin servikal dilatasyon, servikal efasmanları daha fazla, başın seviyesi hodge düzlemine göre daha aşağıda idi. Ancak her iki grubun ROP, ROT, LOP, OP'ları arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,695$). Desbriere R. ve ark. fetüsün ısrarlı OP pozisyonunda olduğu 240 gebe üzerinde (110 girişim, 110 kontrol) yaptığı çalışmada, doğum eyleminde gebelere araştırmamızla benzer özellikte olan pozisyonların verilmesinin eylemin ilerleyişine etkisini incelemiş girişim ve kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (57).

Bizim araştırma sonucumuzda ise belirtilen araştırmadaki uygulanan süre ve özellikle yapılan pozisyonların fetüs başını anterior pozisyona dönmesini sağlamıştır. Araştırmamızda, Desbriere R. ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmada kullanılan pozisyonlar arasında farklılık mevcuttur. Çalışmamızda ek olarak el-diz pozisyonu (10 dk) verildi. Birde pozisyonlar Başın seviyesine göre düzenlenmedi, tüm gebelere aynı şekilde uygulandı. Farklılığın bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir (57).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi amniyon sıvısı berraklık ve mekonyumluluk açısından değerlendirilmiştir. Her iki grubun amniyon sıvısı durumunda anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p=0,546$). Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi NSTleri değerlendirilmiştir. Her iki grubun reaktif, şüpheli reaktif ve nonreaktiflik açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,607$).

Araştırmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi ağrı hissedilen bölgeleri sorulmuş ve tabloda görülmektedir. Her iki grubun kasık, bel, bel+kasık, bel+sırt, bel+sırt+kasık, sırt bölgeleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0,022$).

Çalışmaya katılan gebelerin pozisyon öncesi ve pozisyon sonrası değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin pozisyon sonrası birinci saat dilatasyon, efasman, baş seviyesi ve VAS skorlarına ilişkin bulgular görülmektedir. Her iki grup pozisyon öncesi ve pozisyon verildikten sonraki birinci saat takibi sırasındaki dilatasyon, efasman ve baş seviyesindeki farklar açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı değişimler belirlenmiştir. Girişim grubunda, kontrol grubuna kıyasla servikal dilatasyon ve efasman daha fazla gerçekleştiği belirlenmiştir. Girişim grubunun baş seviyesi kontrol grubuna kıyasla daha hızlı ilerlemiş olduğu ancak her iki grubun ağrı skorları kıyaslamasında farklılık görülmediği belirlenmiştir (Tablo 6.7).

Araştırmaya katılan gebelerin ekspulsiyon evrelerinde girişimler değerlendirildiğinde; Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %83,6'sına doğumun ekspulsiyon döneminde girişim uygulandığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %86,2'sine doğumun ekspulsiyon döneminde girişim uygulandığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebeler arasında ekspulsiyon döneminde girişim uygulanması açısından benzerdir ($p=0,692$). Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %57,4'üne fundal basınç, %1,6'sına vakum, %83,6'sına epizyotomi, kontrol grubundaki gebelerin ise %55,2'sine fundal basınç, %87,9'una epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Her iki grup arasında yapılan girişimler açısından farklılık belirlenmemiştir. Girişim grubundaki gebelerin %21,3'ünde perineal yırtık, %1,6'sında servikal yırtık, %46,1'inde orta-fazla derecede kan kaybı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin ise %34,5'inde perineal yırtık, %8,6'sında servikal yırtık, %43,1'inde orta-fazla düzeyde kan kaybı gerçekleştiği belirlenmiştir. Her iki grup arasında doğum eyleminde görülen komplikasyonlar açısından farklılık saptanmamıştır. Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada girişim grubundaki gebelerin %20,2'sinde epizyotomi girişimi olmadığı, %30,3'de epizyotomi girişimi uygulandığı ve %49,5'inde perineal yırtık olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin %23,1'inde epizyotomi girişimi olmadığı, %30,7'sinde epizyotomi girişimi uygulandığı ve %46,2'sinde perineal yırtık olduğu belirlenmiştir.

Her iki grup arasında doğum eyleminde görülen komplikasyonlar açısından farklılık saptanmamıştır. Çalışma bulgularımız benzer özelliktedir (22).

Araştırmaya katılan gebelerin doğum şekilleri değerlendirildiğinde; girişim grubundaki gebelerin %80,3'ü NSD, %19,7'si SCA, kontrol grubundaki gebelerin ise %80,6 NSD, %19,4 SCA ile doğumu gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin doğum şekilleri arasında farklılık saptanmamıştır ($p=0,964$). Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada gebelerin doğum şekli değerlendirildiğinde; girişim grubundaki gebelerin %19,1'i, kontrol grubundaki gebelerin ise %17,3'ü sezaryen ile doğum yapmışlardır. Sezaryen doğum oranları çalışmamızla benzer özelliktedir (22).

Araştırmaya katılan gebelerin bebeklerinin doğumda baş pozisyonları değerlendirildiğinde; girişim grubundaki gebelerin bebeklerin doğumda baş pozisyonları %1,3 ROP, %2,6 ROT, %7,9 ROA, %1,3 LOP, %1,3 LOT, %5,3 LOA, %14,5 OP, %65,8 OA, kontrol grubundaki gebelerin bebeklerinin doğumda baş pozisyonları ise %5,6 ROP, %8,3 ROT, %27,8 ROA, %6,9 LOP, %11,1 LOT, %16,7 LOA, %13,9 OP, %9,7 OA olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin doğumda baş pozisyonları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmıştır ($p=0,000$). Araştırmaya katılan gebelerin doğum eylem süreleri değerlendirildiğinde doğum eylem ortalaması girişim grubunda $210,83\pm 114,33$ dk, kontrol grubunda ise $261,63\pm 155,86$ dk olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum eylem süreleri açısından benzer olduğu saptanmıştır ($p=0,084$). Bunun yanında gebelerin doğum eyleminde geçiş fazının süresi ortalaması girişim grubunda $66,56\pm 52,43$ dk, kontrol grubunda ise $94,17\pm 80,44$ dk olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin geçiş fazının süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Girişim grubunu oluşturan gebelerin doğum eyleminde geçiş fazının süresi, kontrol grubundaki gebelere kıyasla daha kısa olarak saptanmıştır ($p=0,034$). Gebelerin doğum eyleminde ikinci evrenin süresi ortalaması girişim grubunda $15,72\pm 17,41$ dk, kontrol grubunda ise $19,57\pm 18,92$ dk olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin ikinci evre süreleri birbirine benzer özellikte bulunmuştur ($p=0,506$). Girişim uygulanan gebelerin doğum eylemi süreleri kontrol grubuna kıyasla daha kısa sürdüğü söylenilebilir. Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise doğum

eyleminin birinci evresi süresi girişim grubunda 3,0 (1,425-4,70), kontrol grubunda ise 3,0 (1,5-4,0) saat olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin birinci evre süreleri birbirine benzer özellikte bulunmuştur ($p=0,435$). Aynı çalışmada doğum eyleminin ikinci evre süresi girişim grubunda 1,0 (0,17-2,0), kontrol grubunda ise 0,8 (0,32-2,30) saat olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin birinci evre süreleri birbirine benzer özellikte bulunmuştur ($p=0,666$). Aynı çalışmada doğum eyleminin geçiş fazının süresi ortalaması girişim grubunda $16,35\pm 1,29$, kontrol grubunda ise $15,98\pm 1,17$ dakika olarak belirlenmiştir. Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise geçiş fazının süreleri birbirine benzer özellikte bulunmuştur ($p=0,830$) (22).

Araştırmaya katılan gebelerin yenidoğanları değerlendirildiğinde; her iki gruptaki gebelerin bebeklerinin cinsiyeti açısından fark saptanmamıştır ($p=0,0880$). Her iki gruptaki yenidoğanların kiloları birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,877$). Ancak yenidoğanların boyları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Girişim grubundaki gebelerin yenidoğanlarının boyları, kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarından daha uzundur. Her iki gruptaki yenidoğanın baş çevresi birbirine benzer özelliktedir ($p=0,443$).

Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 1' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Girişim ($9,53\pm 0,70$) ve kontrol ($9,89\pm 1,20$) grubundaki bebeklerin Apgar 5' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin yeni doğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,038$).

Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise Apgar 5' girişim grubunda $9,69\pm 0,78$, kontrol grubunda $9,84\pm 0,65$ olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 5' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,121$). Apgar puanı için hastanede izlenen rutin doğum izlem protokolünün (oksitosin perfüzyonu, aldolan amp., buscopan amp.) Apgar puanını düşürebileceği diğer literatür çalışmaları göz önüne alındığında düşünülmektedir. Desbriere R. ve ark. yapmış oldukları çalışmada ise Apgar puanlarının Apgar 5' ve Apgar 10' olarak izlendiği araştırmamızda ise Apgar

puanlarının Apgar 1' ve Apgar 5' olarak değerlendirilmiştir. Apgar 5' sonuçları benzer niteliktedir (22).

7.3. Gebelerin Doğum Sonrası Takipte Kanama Önleyici Girişimlere İlişkin Bulguların Tartışması

Doğum sonrası kanama anne ölümleri sebeplerinin başında gelmektedir. Doğum sonu kanamayı önlemek üzere bir takım girişimler uygulamak önlem açısından önem arz etmektedir. Çalışmamızda doğum sonu kanamayı önleyici girişimler açısından değerlendirme yapıldığında; Girişim ve kontrol grubu arasında doğum sonrası kanamayı önleyici girişim açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0,102$). Araştırmaya katılan girişim grubundaki gebelerin %10,5'ine doğum sonrası fundus masajı uygulandığı, kontrol grubundaki gebelerin ise %5,6'sına uygulandığı belirlenmiştir. Girişim grubundaki gebelerin %2,6'sına kan tranfüzyonu uygulandığı, kontrol grubundaki gebeler ise %4,2'sine kan tranfüzyonu uygulandığı belirlenmiştir. Her iki grup arasında doğum sonrası kanamayı önleyici girişimler açısından farklılık belirlenmemiştir ($p=0,605$).

8. SONUÇ

Oksiput posterior pozisyonda olan doğumlarda anneye verilen pozisyonun doğumun ilerleyişine etkisini belirlemek amacı yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Gebelerin yaş ortalaması girişim grubunda $28,0\pm 5,09$, kontrol grubunda ise $28,0\pm 5,0$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin yaş ortalamaları birbirine benzer özelliktedir ($p=0,587$).
- Gebelerin eğitim durumları karşılaştırıldığında her iki grupta benzer özelliktedir ($p>0,234$).
- Gebelerin çalışma durumları karşılaştırıldığında her iki grupta birbirine benzer özelliktedir ($p=0,664$).
- Gebelerin gebelik haftası ortalaması girişim grubunda $39,40\pm 0,91$, kontrol grubunda ise $39,55\pm 0,97$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftası ortalamaları benzer özelliktedir ($p>0,207$).
- Gebelerin gebelik, doğum ve abortus sayıları karşılaştırıldığında her iki grup arasında farklılık bulunmamaktadır (Tablo 6.2).
- Gebelerin doğum bilgisi karşılaştırıldığında girişim ve kontrol grubundaki gebeler açısından benzer özelliktedir ($p=0,202$).
- Gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalaması girişim grubunda $23,01\pm 3,72$, kontrol grubunda ise $22,41\pm 3,34$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin arasında gebelik öncesi BKİ açısından farklılık bulunmamaktadır ($p=0,406$).
- Gebelerin gebelik dönemi BKİ ortalaması girişim grubunda $27,22\pm 3,94$, kontrol grubunda ise $28,24\pm 3,84$ olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin gebelik dönemi BKİ ortalaması birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,072$).
- Gebelerin doğum öncesi hemoglobin düzeyi ortalaması girişim grubunda $12,03\pm 1,14$, kontrol grubunda ise $12,08\pm 1,18$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum öncesi hemoglobin düzeyi birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,580$).

- Gebelerin doğum sonrası hemoglobinin düzeyi ortalaması girişim grubunda $11,47 \pm 1,30$, kontrol grubunda ise $11,48 \pm 1,29$ olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum sonrası hemoglobinin düzeyi birbirine benzer özelliktedir ($p=0,843$).
- Gebelerin doğuma başvurma nedenleri açısından bir farklılık belirlenmemiştir (Sırasıyla Tablo 6.4, $p=0,129, 0,957, 0,893, 0,004$).
- Doğum eyleminin kendiliğinden başlaması açısından farklılık belirlenmiştir. Girişim grubunda doğum eyleminin kendiliğinden başlaması, kontrol grubuna kıyasla daha fazladır ($p=0,045$).
- Çalışmamıza katılan gebelerin; servikal dilatasyon evresinde girişim uygulanma durumu açısından benzer özelliktedir ($p=0,337$), amniotomi uygulanması ($p=0,949$), oksitosin perfüzyonu yapılması ($p=0,826$), ilaç uygulama (Tablo 6.5), lavman uygulanması açısından farklılık saptanmamıştır ($p=0,93$), hidrasyon uygulaması kontrol grubunda, girişim grubuna kıyasla daha fazla yapıldığı saptanmıştır ($p=0,003$).
- Çalışmamıza katılan gebelerin doğumun aktif fazında bir problem yaşama açısından istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır ($p=0,451$). Gebelerin doğumun aktif fazında amnios sıvısında mekonyum, fetal distres, distosi problemi ile karşılaştığı belirlendi. Her iki grup arasında oluşan bu komplikasyonlar açısından farklılık saptanmamıştır (Tablo 6.6).
- Girişim grubundaki servikal dilatasyon kontrol grubuna göre 1 cm daha fazla, servikal efasman kontrol grubuna göre %10 daha fazla, hodge düzlemine göre baş seviyesi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek, posh açıklığı %67,1, posh kapalı durumu %32,9, kontrol grubunun ise posh açıklığı %37,5, posh kapalı durumu %62,5'tir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin vajinal tuşe bulguları pozisyon öncesi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,000$).
- Girişim grubundaki servikal dilatasyon kontrol grubuna göre 2 cm daha fazla, servikal efasman kontrol grubuna göre %20 daha fazla, hodge düzlemine göre baş seviyesi kontrol grubuna kıyasla daha yüksek, posh açıklığı %85,5, posh kapalı durumu %14,5, kontrol grubunun ise posh açıklığı %62,5, posh kapalı durumu %37,5'tir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin vajinal tuşe bulguları

pozisyon sonrası ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000).

- Girişim grubunda gebelerin pozisyon öncesi VAS ortalaması 5,22±1,51 kontrol grubunda ise 3,39±1,43 ise olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon öncesi VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır(p=0,000).
- Gebelerin pozisyon sonrası VAS ortalaması 6,11±1,43, kontrol grubunda ise 4,50±1,55 olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin pozisyon sonrası VAS ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000).
- Girişim grubundaki gebelerin pozisyon sonrası %51,31'i OA, %27,63'ü OP, %21,05'i OT, kontrol grubunun ise %1,38'i OA, %84,72'si OP, %13,88'i OT olarak belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin baş pozisyonu ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,000).
- Gebelerin pozisyon öncesi NSTleri değerlendirildi her iki grubun reaktif, şüpheli reaktif ve nonreaktiflik açısından anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,607). Gebelerin pozisyon öncesi ağrı hissedilen bölgeleri soruldu her iki grubun kasık, bel, bel+kasık, bel+sırt, bel+sırt+kasık, sırt bölgeleri arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,022).
- Gebelerin ekspulsiyon döneminde girişim uygulanması, doğum eyleminde görülen komplikasyonlar açısından farklılık saptanmamıştır (Tablo 6.9).
- Girişim grubundaki gebelerin %80,3'ü NSD, %19,7'si SCA, kontrol grubunun ise %80,6'sı NSD, %19,4'dü SCA ile doğum yapmıştır. Çalışmamıza katılan gebelerin doğum şekilleri arasında farklılık saptanmamıştır (p=0,964, Tablo 6.10).
- Gebelerin bebeklerinin doğumda baş pozisyonları birbirine benzer özelliktedir (p=0,000).
- Çalışmamıza katılan gebelerin doğum eylem süreleri ortalaması girişim grubunda 210,83±114,33, kontrol grubunda ise 261,63±155,86 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum eylem süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0,084). Doğum eyleminde geçiş fazının süresi ortalaması girişim grubunda 66,56±52,43, kontrol grubunda ise

94,17±80,44 dakika olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin geçiş fazının süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Girişim grubunu oluşturan gebelerin doğum eyleminde geçiş fazının süresi, kontrol grubundaki gebelere kıyasla daha kısa olarak saptanmıştır (p=0,034). Doğum eyleminde ikinci evrenin süresi ortalaması girişim grubunda 15,72±17,41, kontrol grubunda ise 19,57±18,92 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubunda bulunan gebelerin ikinci evre süreleri birbirine benzer özellikte bulundu (p=0,506).

- Gebelerin bebeklerinin cinsiyeti açısından fark saptanmadı (p=0,880). Gebelerin yenidoğanların kiloları ortalaması girişim grubunda 3268,55±312,60, kontrol grubunda ise 3287,18±305,87 olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanların kilosu birbirine benzer bulundu (p=0,877). Girişim grubu yenidoğanın boyu ortalaması 49,06±2,39, kontrol grubunda ise 48,07±2,54 olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanların boyları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Girişim grubundaki gebelerin yenidoğanlarının boyları, kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarından daha uzundur, girişim grubundaki yenidoğanın baş çevresi ortalaması 34,36±1,74, kontrol grubunda ise 34,65±1,12 olarak belirlendi. Her iki gruptaki yenidoğanın baş çevresi birbirine benzer özelliktedir (p=0,443).
- Girişim grubundaki gebelerin bebeklerin Apgar 1' puan ortalaması 8,28±0,92, kontrol grubunda ise 8,71±0,60 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 1' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulundu (p=0,001). Girişim grubundaki bebeklerin Apgar 5' puan ortalaması 9,53±0,70, kontrol grubunda ise 9,88±1,20 olarak belirlendi. Girişim ve kontrol grubundaki bebeklerin Apgar 5' puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Kontrol grubundaki gebelerin yenidoğanlarının Apgar puanı daha yüksek bulundu (p=0,038).
- Çalışmamıza katılan gebeler arasında doğum sonrası kanamayı önleyici girişimler açısından farklılık belirlenmedi (p=0,605).

Sonuç olarak;

- Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonlar fetüsün oksiput anterior pozisyona dönmesini sağlar hipotezi kabul edilmiştir.
- Oksiput posterior pozisyonda anneye verilen pozisyonlar Apgar skorunu etkilemez hipotezi kabul edilmemiştir. İstatiksel olarak anlamlı fark bulundu. Kontrol grubundaki Apgar skorları girişim grubuna kıyasla daha yüksek bulunmuştur.
- Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anneye verilen pozisyonlar müdahaleli doğum oranını azaltacağı beklenirken istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda gebelere verilen pozisyonlar müdahaleli doğum oranını azaltır hipotezi kabul edilmemiştir.

Araştırmamızdan elde edilen veriler doğrultusunda;

- Bu araştırmanın geçerliliğini test etmek için daha büyük gruplarda randomize çalışmalar yapılmalıdır.
- Doğumhanede rutin olarak uygulanan invaziv girişimlere kontrollü sınır getirilmeli ve gebelerin doğum serüveni doğal sürecine bırakılmalıdır.
- Doğum sürecini takip eden araştırmalar yapılmalıdır.
- Doğumda pozisyonlarla ilgili çalışmalar yapılmalı ve bu çalışmalarda oksitosin perfüzyonu, buscopan amp. uygulamaları gibi invaziv girişimlerin uygulanmadığı gruplar oluşturulmalıdır.
- Doğumhanede çalışan hekim ve ebelerin nonfarmakolojik yöntemler kullanımı konusunda teşvik edilmelidir. Doğumhanede çalışan ebelerin kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programları ile bilgilendirilmesi, güncel gelişmeleri takip etmeleri ve desteklenmeleri önerilmektedir.

9. KAYNAKLAR

1. Arısan K.: Propedötik Kadın Doğum, 2. Basım, s.397-446, Nobel Tıp Kitabevleri,1997.
2. Piletter A.: Maternal & Child Health Nursing: The Labor Process. Third Edition,1999.
3. Berkiten A.: Babaların Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecine Beklenti ve Katılımlarının Eşler Açısından Değerlendirilmesi, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1999.
4. Berksaç M., Demir N., Koç A., Yüksel A.: Obstetrik ve Doğum Hekimliği, Maternal Fetal Tıp& Perinatoloji Ders kitabı, s:1300-1313, Nobel ve M.N. Medikal Kitabevleri, İstanbul,2001.
5. Campbell S., Less C.: Obstetrics by Ten Teachers: 17th Edition,s.101-118, Oxford University, New York, 2000.
6. Karaca N.S.: Normal Spontan Doğum Yapan Kadınlarda Doğumun Üçüncü Evresinde Umbilikal Venden Oksitosin Uygulamasının Doğum Sonu İlk Altı Saat Döneme Etkileri, M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2004
7. Martin W., Hutchon S.P.: Mechanism and management of normal labour. Current Obstetrics & Gynaecology., 14: 301-308,2004.
8. Nichols F.;Zwelling E.: Maternal-Newborn Nursing Theory and Practive: WB.Company,1997.
9. Simpson K, Creehan P.: Perinatal Nursing AWHONN: Labor and Birth. Lippincott, New York, 2001.
10. Taşkın L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 6. Basım, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara,2004.
11. Thomson A.: Normal birth. Midwifery., 18:1-2, 2002.
12. Yıldız K.N.: İlaçsız Ağrı Kontrol Yöntemlerinden TENS'in Doğum Ağrısını Algılamaya Etkisi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,2003.
13. Burroughs A.: Maternity Nursing, 7 th Edition, s.186-200 WB.Saunders Company,1997.

14. Drife J.: Pain relief in labour. Ed: Magowan B., Clinical Obstetrics and Gynaecology., s.419-432, Saunders,2004.
15. Simkin P., Bolding A.: Update on nonpharmacological approaches to relieve labor pain an prevent suffering. Journal of Midwifery Women's Health., 49(&): 489-500,2004.
16. Kömürcü, N., & Bertiken Ergin, A. (2008). Doğum Ağrısı Ve Yönetimi. (N. Kömürcü, D .) İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Őti.
17. Erdine, S. (2007). Ağrı (3 b.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
18.  zer, H. G. (2004). Travaydaki Gebelere Uygulanan Gevşeme, Solunum Egzersizi Ve Dokunmanın Durumluk Anksiyetesi Düzeyine Etkisinin Değerlendirilmesi. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
19. Hofmeyr G.J.: Evidence-based intrapartum care., Best Practive & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology., 19(1): 103-115, 2004.
20. Liu Y.C.: The effects of upright position during childbirth. Image J Nurs. Sch., 2181: 14-18, 1989.
21. Ergin AB, Kömürcü N. GeçmiŐten günümüze doğum pozisyonları, Sakarya Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi I. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi, Kongre Kitabı, 3-5 Haziran, Sakarya, s: 2322010
22. Raoul Desbriere, MD; Julie Blanc, MD; Renaud Le D ; Jean-Paul Renner; MD; Xavier Carcopino, MD,PhD;Anderson Loundou, PhD;Claude d'Eecole MD Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 2013;208:60.e1-8
23. Berkman S.: Doğum Bilgileri. S.47-54, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Őti, İstanbul, 2004.
24. Lowe N.K: The pain and discomfort of labor and birth. JOGNN., 25(1): 82-92,1996.
25. Bobak IM., Duncan J.M.: Maternity & Gynecologic Care: Normal Childbirth. Mosby, 1997.

26. Lowdermilk D.L., Perry T., Bobak I.: Maternity & Women's Health Care: Normal Childbirth. Sixth Edition, Mosby, 1997.
27. Maybery L., Gennaro S., Williams M.: Maternal Fatigue: Implications of Second Labor Nursing Care. JOGNN., 28: 175-181,1999.
28. Gorrie T.M., McKinney E.S., Murray S.S.: Foundation of Maternal-Newborn Nursing: WB.Saunders Company, Second Edition,1998.
29. Ergöl, Ş. Eylemde Ağızdan Sıvı Gıda Desteğinin Doğum Eylemi Süresine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara. (2009).
30. Başer, M.: Güvenli annelik, Hemşirelik Formu., Mayıs-Haziran 36-41, 2005.
31. Akbarzadeh, M., Moradi, P., Toosi, M., & Hadianfard, M. J. Comparison Of The Effects Of One-Step Acupressure Of Spleen Point 6 (Sp-6) And Gall Bladder 21 (Gb-21) On The Duration And Type Of Delivery In Nulliparous Women Referred To Hospitals In Shiraz University Of Medical Sciences, Iran: A Randomized Clinical Tr. Qom University Of Medical Sciences Journal, 7(3), (2013).
32. Azar Kariminia, Public Health Unit, Long Bay Complex, Anzac Parade, Malabar, PO Box 150, Matraville, NSW 2036, Australia Randomised controlled trial of effect of hands and knees posturing on incidence of occiput posterior position at birth A product of The Cocgrane Collaboration 2007
33. Gilbert E., Harmon J.: Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. Ed: Taşın,L., s.747-755, Palme Yayıncılık,Ankara,2002.
34. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK et al. içinde: Cunningham GF, editörle. Çeviren Akman AC, Williams Doğum Bilgisi Ankara; Nobel Tıp Kitabevi, 21. Baskı, 2005
35. Rathfisch G. Doğal Doğum Felsefesi. İstanbul: Nobel tıp kitabevi; 2012
36. Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK et al. içinde: Cunningham GF, editörle. Çeviren Ceylan Y., Yıldırım G., GedikbaşıA., Aslan H., Gül A., Williams Doğum Bilgisi Ankara; Nobel Tıp Kitabevi, 2013
37. Roberts C., Greenow C., Nassar N.: Protocol for a randomised controlled trial of a decision aid fort he management of pain in labour and childbirth. BMC Pregnancy and Childbirth., 4:24 DOI:10.1186/1471-2393-4-24,2004.

38. Bobak I.M.,Duncan J.M.: Second Edition Essentials of Maternity Nursing, The Nurse and The Childbearing Family: Normal Childbirth. Mosby Company,1987.
39. Kızılkaya Beji N.: Kadın Sağlığı ve Hastalıkları 1. Basım Nobel Tıp Kitabevleri,2015
40. Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., . . . Neilson, J. (2012). Pain Managment For Women In Labour : An Overview Of Systematic Reviews. The Cochrane Library .
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419342>)
41. Fisher, C., Hauck, Y., & Fenwick, J. How Social Context Impacts On Women's Fears Of Childbirth: A Western Australian Example. Social Science & Medicine, 63(1), 64-75. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16476516>), 2006.
42. Hodnett , E., Gates, S., Hofmeyr, G., & Sakala , C. Continuous Support For Women During Childbirth. The Cochrane Library.
(http://www.cochrane.org/CD003766/PREG_continuous-support-for-women-during-childbirth), 2013.
43. Bertiken Engin, A. (2005). Doğumun I. Ve II. Evresinde Gebeye Uygulanılan Pozisyonların Doğum Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
44. Vikram S Talaulikar; Sabaratnam Arulkumaran Malpositions and malpresentations of the fetal head. Obstetrics, gynaecology and reproductive medicine 22:6 2012.
45. CNM Data group: Midwifery management of pain labor, Journal of Nurse-Midwifery., 43(2):77-82,1998.
46. http://brooksidepress.org/Products/Military_OBGYN/Textbook/AbnormalLandD/fetal_position.htm adresinden 24.06.2015 erişim tarihi
47. <https://bidangesot.wordpress.com/tag/oksiput-posterio-persisten/> adresinden 13.04.2016 erişim tarihi
48. Marie- Julia Guittier, Veronique Othenin-Girard, Olivier Irion and Michel Boulvain Maternal posirioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial BMC Pregnancy and Childbirth 2014, 14:83 doi:10.1186/1471-2393-14-83

49. Fraser DM, Cooker MA. Myles Textbook For Midwives. Fifteenth ed. Toronto: Churchill Livingstone Elsevier, 2009. Page: 574-581
50. Nichols F., Humenick S.S.: Childbirth Education Practice, Research and Theory: Pain Management During Childbirth. WB Saunders Company, 2000.
51. Amanak, K., Karaöz, B., & Sevil, Ü. (2013). Alternatif / Tamamlayıcı Tıp Ve Kadın Sağlığı. Taf Preventive Medicine Bulletin, 12(4).
52. Hanson L.: Second-stage positioning in nurse-midwifery practices part:2 Factors affecting use. Journal of Nurse- Midwife.,43(5): 326-330,1998.
53. Kırca N.: Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamaları. Adnan Menderes Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2013.
54. II. Ulusal Perinatoloji Hemşireliği Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu. 11-12 Mayıs, Belek/Antalya,1998.
55. Marie F.:Hypnobirthing, 4. Basım, s. 267-278, Gün Yayıncılık, 2016
56. Aslan, F.E. & Badır A. (2005) Ağrı Kontrol Gerçeği; Hemşirelerin Ağrısının Doğası, Değerlendirmesi ve Geçirilmesine İlişkin Bilgi ve İnançları. Ağrı (2b., Cilt 17, s. 44-51)
57. Kılıç, M. & Öztunç, G. (2012) Ağrı Kontrolünde Kullanılan Yöntemler ve Hemşirelik Rolü Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 7(21)
58. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013-Nüfus Etütleri. (2015, 07.22). http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf adresinden alındı
59. Pınar , G., Doğan, N., Algür, L., Kaya , N., & Çakmak, F. (2009). Annelerin Doğum Sonu Konforunu Etkileyen Faktörler. Dicle Tıp Derg / Dicle Med J, 36(3), 184-190.
60. Serçekuş, P., & İsbir, G. G. Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. Taf Preventive Medicine Bulletin, 11(1), 97-102. (2012).
61. Eranlı, C. (2007). İndüksiyon Uygulanan Primipar Gebelere Travayda Verilen Eğitim İle Dinletilen Müziğin Doğum Sürecine Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

62. Öztürk, H. (2006). Gebelerde Algılanan Doğum Ağrısının Azaltılmasında Ele Uygulanan Buz Masajı Etkisinin İncelenmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
63. Hamlacı, Y. (2013). LI4 Noktasına Uygulanan Akupressürün Doğum Eyleminde Algılanan Doğum Ağrısına Etkisi. Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı Yüksek Lisans Tezi, T.C İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
64. Altınparmak, S. Gebelerde Sosyodemografik Özellikler, Öz Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 5(6), 416-423. (2006).
65. Gözükar, F. (2006). Primigravidaların Doğum Şekline Yönelik Tercihleri Ve Etkileyen Faktörler. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
66. Güner, T., & Özbek, H. (2009). Primar Gebelerin Doğum Korkularının Nedenlerinin Belirlenmesi. 6. Üreme Sağlığı Ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. içinde Ankara.
67. Kashanian, M., & Shahali, S. (2010). Effects Of Acupressure At The Sanyinjiao Point (SP6) On The Process Of Active Phase Of Labor In Nulliparas Women. The Journal Of Maternal-Fetal And Neonatal Medicine, 23(7), 638-641.
68. Mamuk, R. (2008). Vajinal Doğumun İkinci Aşamasında Perineye Sıcak Uygulama Yapmanın Perine Bütünlüğüne Ve Ağrıya Etkisi. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, T.C Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
69. Yıldırım Rathfisch, G., & Güngör, İ. (2009). Doğum Eyleminin Birinci Evresinin Yönetiminde Kanıta Dayalı Uygulamalar. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 3(11), 53-64.
70. Körükçü, H. Ö. (2009). Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği A Versiyonunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
71. Şahin, Ş. (2006). Doğum Ağrısının Mekanizması. Ş. Şahin, & M. D. Owen (Dü) içinde, Ağrısız Doğum Ve Sezaryende Anestezi (s. 13-27). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
72. www.acupuncture.rhizome.net.nz adresinden 04.12.2014 erişim tarihi

73. Chen, H., & Chen, C. (2004). Effects Of Acupressure At The Sanyinjiao Point On Primary Dysmenorrhoea. *Journal Of Advanced nursing*, 48(4), 380-387.
74. Berghella, V., Baxter, J., & Chauhan, S. Evidence-based Labor And Delivery Management. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 199(5), 445-454. (2008).
75. Reveiz L.,Gaitan H.G., Cuervo L.G.: Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Art. No.: CD000330. DOI:10.1002/14651858.CD000330. pub2, 2007.



10. EKLER

EK I. Bilgilendirilmiş Onam Formu

AYDINLATILMIŞ (BİLGİLENDİRİLMİŞ) ONAM FORMU

Araştırmanın Açıklaması:

“Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi” isimli bir araştırma yapmaktayız. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ege 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.

Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYABEJİ İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Abide-i Hürriyet Caddesi 34381 Şişli/İstanbul

Tel: 0532 502 34 94

Ebe Nurşah ULUOCAK Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fevzi Çakmak Mah. Güven Sok. No:35/5 Yenibosna/İstanbul

Tel: 0541 961 43 59

Katılımcı Beyanı:

“Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi” isimli bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda bu araştırmaya “katılımcı” olarak yer alma kararı aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Ad-Soyad:

Tel:

İmza:

TANITICI BİLGİ FORMU (Ek.2)

DENEY GRUBU ()

KONTROL GRUBU ()

Adı Soyadı

Protokol no:

Adres ve telefon no :

Eğitim düzeyi :

Medeni durumu :

Yaşı :.....

Gebelik haftası :

Gebelik kilosu :

Gebeliğinde kaç kilo aldı :

Gebenin boyu :.....

BKİ :.....(gebelik öncesi kilo ile

saptanacaktır)

Gebelik sayısı :.....

Doğum sayısı :.....

Daha önceki doğum şekli:

Hamile eğitim programlarına (ebeveyn eğitim sınıfları) katıldınız mı ?

Evet Hayır

Doğum eylemiyle ilgili bilginiz var mı?

Evet Hayır

Bilgi edinilen kaynak:.....

Doğumhaneye başvurma nedeniniz ?

Ağrılarım geldi Suyum geldi Kanlı mukus / akıntı geldi Günüm geçmişti

Diğer

Doğum eyleminin birinci evresi (dilatasyon) spontan olarak mı başladı ?

Evet Hayır

İZLEM FORMU (Ek.3)

Saat	Dilatasyon Efasman	Başın seviyesi	Başın pozisyonu	Membranların durumu/ Amnios mayinin özelliği	ÇKS	NST	Anneye verilen pozisyon ve süresi	Ağrının hissedildiği bölge	Görsel Kıyaslama Ölçeği	Pozisyonun rahatlığı 1.Çok Rahatsız 2. Rahatsız 3. Ne rahat ne rahatsız 4. Rahat 5. Çok rahat

Saat	Uygulanan ilaçlar (indüksiyon, cytotec, oksijen vb.)/ girişimler (amniyotomi, vakum, fundal basınç, epizyotomi vb.)	Dozu

Doğum eylemini başlatmak ya da hızlandırmak için girişimde bulunuldu mu ?

Hayır Amniotomi Oksitosin uygulaması Dolantin (25 mg IV, 50 mg IM)

Buscopan

Doğum eyleminin ikinci evresinde obstetrik problemler yaşandı mı ?

Hayır Amniotik sıvıda mekonyum varlığı Fetal distres

Distosi, ağrı zaafı, Diğer.....

Doğum eyleminin birinci evresinde annenin hemoglobin düzeyi.....g/dl

İkinci evrenin uzunluğu.....dak.

Expulsiyon safhasının uzunluğu.....dak.

Doğum eyleminin ikinci evresini kısaltacak (operatif doğum girişimleri) girişimlerde bulunuldu mu ?

Hayır Kristaller Vakum Vakum + Kristaller

Perineal yırtık

Yok 1. derece yırtık Epizyotomi Uzamış Epizyotomi

2. derece yırtık +Epizyotomi 3. derece + Epizyotomi

Servikal yırtık Yok Var

Postpartum hemoraji Yok Var

Tahmin edilen kan kaybı

Çok az miktarda Hafif miktarda Orta miktarda Çok miktarda

Doğum sonrası kanamayı önlemek için girişimde bulunuldu mu ?

Hayır Fundus masajı yapılması

500cc Dekstroz içinde 30 ünite oksitosin verilmesi 1000cc linge laktat verilmesi

Kan transfüzyonu uygulaması Diğer.....

Doğum sonrası annenin hemoglobin düzeyi.....g/dl

Yenidoğanın cinsiyeti Kız Erkek

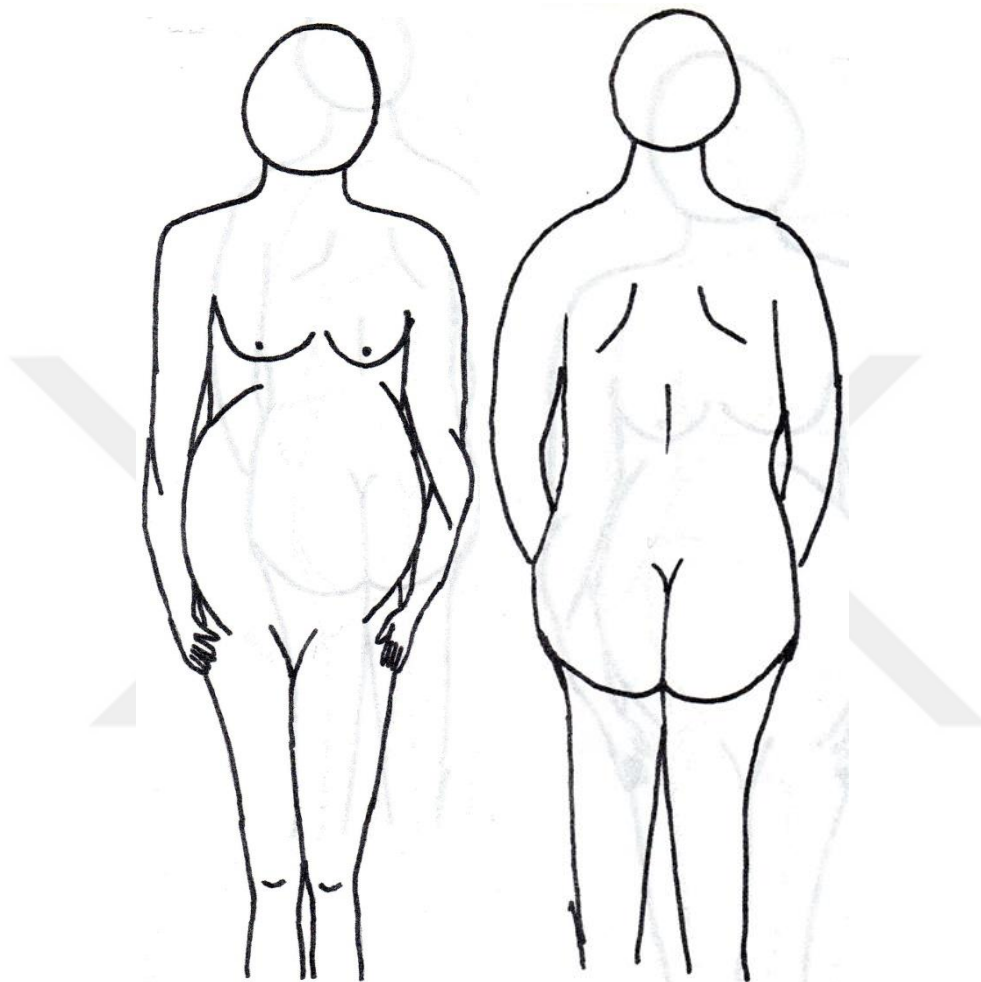
Yenidoğanın kilosu.....gr.

Yenidoğanın boyucm.

Yenidoğanın baş çevresi.....cm

1. dak APGAR skoru.....

5. dak APGAR skoru.....



EK 4: GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Aşağıdaki skala ağrınızın şiddetini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Lütfen şuandaki ağrınızı çizgi üzerinde işaretleyerek gösteriniz.

Dayanılmaz ağrı



Ağrı yok

11. ETİK KURUL ONAYI

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

Sayı : 10840098 – 241
Konu: Etik Kurulu Kararı

26/09/2014

Sayın Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi” 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)

Tel: (0216)681 51 37
Faks:(0212)531 75 55
E-mail: ilknurfil@medipol.edu.tr

Adres:Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19,34810
Kavacık/BEYKOZ

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Nezihe KIZILKAYA BEJİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	10.09.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	10.09.2014		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 223		Tarih: 26.09.2014			
	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 "oybirliği" 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 ilişki		Katılım *		İmza
			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. 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 type="checkbox"/>	H <input checked="" 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. İlnur 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

TEZİN YAPILACAĞI HASTANELERDEN ALINAN UYGULAMA İZİNLERİ

NİSA 
ÖZEL NİSA HASTANESİ

Yenibosna, Fatih Caddesi, Okul Sokak,
No:1 Bahçelievler 34196 İstanbul
Tel: (0212) 454 44 00 Faks: (0212) 452 33 36
www.nisahastanesi.com

ÖZEL NİSA HASTANESİ

Sayı : 40

15/01/2015

Konu : Nurşah ULUOCAK-
Anket Çalışması Hk.

Sayın Nurşah ULUOCAK
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İstanbul Medipol Üniversitesi etik kurulu tarafından onaylanmış olan “Fetüsün oksiput posterior pozisyonda olduğu doğumlarda anne pozisyonunun doğum sürecine etkisi” isimli tez çalışmanızı hastanemizde yapmanız, sadece bilimsel amaçlı olarak kullanılması ve hasta mahremiyetinin ihlal edilmemesi şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.



Uzm. Dr. Bahri TEKER
Mesul Müdür



Kişisel Bilgiler

ADI:	Nurşah	SOYADI:	ULUOCAK
DOĞUM YERİ:	WERL/ ALMANYA	DOĞUM TARİHİ:	24.10.1991
UYRUĞU:	T.C.	TC KİM. NO:	---
E-MAİL:	nursah.ulucak@gmail.com	TEL NO:	---

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Okulun Adı	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	İstanbul Medipol Üniversitesi	2017
Lisans	Haliç Üniversitesi	2013
Lise	Terme Lisesi	2009

İş Deneyimi

	Görevi	Çalıştığı Kurum	Çalıştığı Süre
1.	Ebe	Özel Nisa Hastanesi	2012-2015 (Ağustos)
2.	Öğretmen	Özel Çizgi Koleji	2015- Halen

Yabancı Dil Bilgisi

Dil	Okuma	Yazma	Konuşma	Anlama
İngilizce				

Yabancı Dil Sınav Notu

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

Ales Puanı

Sayısal Puanı	Eşit Ağırlık Puanı	Sözel Puanı

Bilgisayar Bilgisi

Microsoft Office (Word, Excel, Powerpoint v.s)	Çok İyi
SPSS	Başlangıç