

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**EBELİK**  
**YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**DOĞUMDA İNDÜKSİYON UYGULAMASININ DOĞUM**  
**SONU ANNE-BEBEK BAĞLANMASI VE**  
**KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ**

**NAZLI NUR GÖÇEN**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK**

**AYDIN-2021**

## KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nazlı Nur Göçen tarafından hazırlanan “ Doğumda İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonu Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 24/06 /2021

|  |                |            |
|--|----------------|------------|
| Üye (T.D.) : Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK | Aydın          | ...imza... |
|  | Adnan Menderes |            |
|  | Üniversitesi   |            |
| Üye : Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER           | Aydın          | ..imza..   |
|  | Adnan Menderes |            |
|  | Üniversitesi   |            |
| Üye : Dr. Öğr. Üyesi Duygu Murat           | Amasya         | ...imza... |
| ÖZTÜRK                                     | Üniversitesi   |            |

### ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün ..... tarih ve ..... sayılı oturumunda alınan ..... numaralı Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin ilk gününden tez sürecime kadar ki tüm süreçte değerli bilgilerini benimle paylaşan, her an yanımda olan, bana yol gösteren ve benden hiçbir desteğini esirgemeyen kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK'a, yüksek lisans eğitim sürecim boyunca benimle bilgilerini paylaşan ve desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma, tez savunma komitesinde bulunarak kıymetli görüş ve önerileri ile araştırmaya katkı sağlayan hocalarım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Sibel ŞEKER ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Duygu Murat ÖZTÜRK'e

Araştırma sürecimde her ihtiyacım olduğunda bilgisini ve desteğini esirgemeyen kıymetli hocam Dr. Öğr. Üyesi Bihter AKIN ve kıymetli arkadaşım Ebe Rabia KAHVACI'ya

Araştırma sürecimde gerekli izinleri sağlayan Konya İl Sağlık Müdürlüğü'ne, araştırma sürecinde verileri toplama aşamasında bana destek olan Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Doğumhane ve Lohusa Servisi çalışanı kıymetli ebe arkadaşlarıma ve araştırmaya katılmayı kabul eden kıymetli kadınlara,

Tüm hayatım ve eğitim sürecimde yanımda olan, bugünlere gelmemde emeği geçen, maddi ve manevi desteklerini benden esirgemeyen annem Fatma GÖÇEN, kardeşlerim Şerife Nur GÖÇEN ve Kübra Nur GÖÇEN başta olmak üzere kıymetli ailem ve hayatıma girdiği günden bugüne varlığını ve desteğini hep hissettiğim değerlim Muhammed YAŞKIR'a

SONSUZ TEŞEKKÜRLERİMİ SUNARIM...

# İÇİNDEKİLER

|  |      |
|--|------|
| KABUL VE ONAY SAYFASI .....                        | i    |
| TEŞEKKÜR .....                                     | ii   |
| İÇİNDEKİLER.....                                   | iii  |
| SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....                | vii  |
| TABLolar DİZİNİ .....                              | viii |
| ÖZET.....  | ix   |
| ABSTRACT .....                                     | x    |
| 1.GİRİŞ .....                                      | 1    |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....               | 1    |
| 1.2. Araştırmanın Amacı.....                       | 2    |
| 1.3. Araştırmanın Soruları.....                    | 2    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                            | 3    |
| 2.1. Doğum Eylemi.....                             | 3    |
| 2.2. Doğum İndüksiyonu .....                       | 8    |
| 2.3. Doğum İndüksiyonu Yöntemleri .....            | 12   |
| 2.3.1. Prostaglandinler .....                      | 12   |
| 2.3.1.1. Prostaglandin E2 (PGE2) Dinoproston.....  | 13   |
| 2.3.1.2. Prostaglandin E1 (PGE1) Misoprostol ..... | 14   |
| 2.3.2. Bitkisel Ürünler İle İndüksiyon .....       | 16   |
| 2.3.3. Cinsel İlişki ve Meme Ucu Uyarımı.....      | 16   |
| 2.3.4. Mekanik Yöntemler .....                     | 16   |
| 2.3.4.1. Balon Kateter .....                       | 17   |
| 2.3.4.2. Membranların Sıyırılması (Stripping)..... | 17   |

|   |    |
|---|----|
| 2.3.4.3. Higroskopik Servikal Dilatörler.....                         | 18 |
| 2.3.4.4. Amniyotomi .....   | 18 |
| 2.3.5. Paramedikal Yöntemler.....                                     | 19 |
| 2.3.5.1. Akupunktur .....   | 19 |
| 2.3.6. Diğer Yaklaşımlar.....   | 20 |
| 2.4. Oksitosin İndüksiyonu ve Doğum Eylemine Etkileri.....            | 20 |
| 2.4.1. Oksitosin İndüksiyonu ve Ebelik.....                           | 24 |
| 2.5. Doğum Sonu Dönem .....   | 24 |
| 2.5.1. Doğum Sonu Dönemde Ebenin Rolü.....                            | 25 |
| 2.6. Bağlanma .....   | 26 |
| 2.6.1. Bağlanma Kuramı.....   | 28 |
| 2.6.2. Bağlanma Stilleri.....   | 29 |
| 2.7. Anne- Bebek Bağlanması.....                                      | 30 |
| 2.7.1. Anne-Bebek Bağlanması ve Ebelik.....                           | 32 |
| 2.8. Kaygı .....  | 33 |
| 2.9. Postpartum Kaygı.....  | 34 |
| 2.9.1. Postpartum Kaygı ve Ebelik .....                               | 36 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM .....  | 37 |
| 3.1. Araştırmanın Şekli.....  | 37 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....                  | 37 |
| 3.3. Araştırmanın Zamanı .....  | 37 |
| 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....                            | 38 |
| 3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri ..... | 39 |
| 3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....                         | 39 |
| 3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....                          | 39 |
| 3.6. Veri Toplama Araçları.....                                       | 40 |

|   |    |
|---|----|
| 3.6.1. Kişisel Bilgi Formu.....   | 40 |
| 3.6.2. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ).....   | 40 |
| 3.6.3. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ).....  | 41 |
| 3.7. Ön Uygulama.....   | 42 |
| 3.8. Araştırmanın Uygulanması.....  | 42 |
| 3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....   | 42 |
| 3.10. Değişkenler.....  | 43 |
| 3.10.1 Bağımlı Değişkenler.....   | 43 |
| 3.10.2. Bağımsız Değişkenler.....   | 43 |
| 3.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler.....  | 43 |
| 3.12. Araştırmanın Etik Yönü.....   | 44 |
| 4. BULGULAR.....  | 45 |
| 4.1. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....                           | 45 |
| 4.1.1. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular.....                                      | 45 |
| 4.1.2. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....                                    | 47 |
| 4.2. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular.....                   | 49 |
| 4.3. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular..... | 50 |
| 5. TARTIŞMA.....  | 51 |
| 5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları.....   | 53 |
| 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....  | 54 |
| 6.1. Sonuçlar.....  | 54 |
| 6.2. Öneriler.....  | 54 |
| KAYNAKLAR.....  | 56 |
| EKLER.....  | 69 |

|   |    |
|---|----|
| EK-1: Kişisel Bilgi Formu .....   | 69 |
| EK-2: Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ).....  | 72 |
| EK-3: Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ).....   | 73 |
| EK-4: Anne-Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ) Kullanım İzin Yazısı.....   | 75 |
| EK-5: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel<br>Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Sonuç Onayı ..... | 76 |
| EK-6: Konya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı.....  | 77 |
| BİLİMSEL ETİK BEYANI .....  | 80 |
| ÖZ GEÇMİŞ .....   | 81 |

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

|                |   |
|----------------|---|
| <b>ABBÖ</b>    | : Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği                          |
| <b>ABD</b>     | : Amerika Birleşik Devletleri                         |
| <b>ACOG</b>    | : American College of Obstetricians and Gynecologists |
| <b>cm</b>      | : Santimetre  |
| <b>dk</b>      | : Dakika  |
| <b>DKE</b>     | : Durumluluk Kaygı Envanteri                          |
| <b>DKÖ-SKÖ</b> | : Durumluluk Kaygı Ölçeği-Süreklilik Kaygı Ölçeği     |
| <b>IM</b>      | : İntramüsküler                                       |
| <b>IU</b>      | : İntrauterin   |
| <b>IV</b>      | : İntravenöz  |
| <b>mcg</b>     | : Mikrogram   |
| <b>mg</b>      | : Miligram  |
| <b>min</b>     | : Minimum   |
| <b>ml</b>      | : Mililitre   |
| <b>mU</b>      | : Montevideo Ünite                                    |
| <b>ör.</b>     | : Örnek   |
| <b>PGE2</b>    | : Prostaglandin E2                                    |
| <b>PGF2</b>    | : Prostaglandin F2                                    |
| <b>SC</b>      | : Subkutan  |
| <b>SKE</b>     | : Süreklilik Kaygı Envanteri                          |
| <b>vki</b>     | : Vücut Kitle İndeksi                                 |
| <b>WHO</b>     | : World Health Organization                           |



## TABLULAR DİZİNİ

|                 |   |    |
|-----------------|---|----|
| <b>Tablo 1.</b> | Bishop Skorlaması .....   | 9  |
| <b>Tablo 2.</b> | Araştırma Zamanına İlişkin Bilgiler .....   | 38 |
| <b>Tablo 3.</b> | Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel Özelliklerinin<br>Karşılaştırılması.....                | 45 |
| <b>Tablo 4.</b> | Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerinin<br>Karşılaştırılması .....             | 47 |
| <b>Tablo 5.</b> | Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların ABBÖ, SKE ve DKE Puan<br>Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 49 |
| <b>Tablo 6.</b> | Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların ABBÖ, SKE ve DKE Puan<br>Ortalamaları Arasındaki İlişki.....    | 50 |

## ÖZET

### DOĞUMDA İNDÜKSİYON UYGULAMASININ DOĞUM SONU ANNE-BEBEK BAĞLANMASI VE KAYGI DÜZEYİNE ETKİSİ

**Göçen NN. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2021.**

**Amaç:** Bu araştırma, doğumda oksitosin indüksiyon uygulamasının doğum sonu anne-bebek bağlanması ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, analitik ve olgu-kontrol tipte yapılmıştır. Doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınlar olgu, uygulanmayanlar ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Ocak 2020–Mayıs 2021 tarihleri arasında, Konya İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisi’nde yatmakta olan 416 kadın ile yürütülmüştür. Araştırma verileri “Kişisel Bilgi Formu”, “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği” ve “Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği” ile toplanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, t testi ve pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmada olgu grubunun anne-bebek bağlanma ölçeği (14,28±1,73) ve durumluluk kaygı envanteri (31,71±7,82) puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlara göre (anne-bebek bağlanma ölçeği: 12,91±2,25, durumluluk kaygı envanteri: 28,56±6,91 ) istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca olgu ve kontrol grubundaki kadınların; anne-bebek bağlanma düzeyleri ile süreklilik kaygı düzeyleri ve durumluluk kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta şiddette ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada, doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların uygulanmayan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu, durumluluk kaygı düzeylerinin ise daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada her iki grupta da kadınların kaygı düzeyleri arttıkça anne-bebek bağlanma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anne-Bebek Bağlanması, Doğum, Kaygı, Oksitosin İndüksiyonu.

## ABSTRACT

### **The Effect of Induction Application at Birth Postpartum Mother-Baby Attachment and Anxiety Level**

**Göçen NN. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2021.**

**Objective:** This study was conducted to examine the effect of oxytocin induction at birth on postpartum mother-infant attachment and anxiety level.

**Materials and Methods:** The research was conducted in analytical and case-control type. Women who received oxytocin induction at birth constitute the case group and those who did not constitute the control group. Between January 2020 and May 2021, Dr. The study was conducted with 416 women hospitalized in the Postpartum Service of Ali Kemal Belviranlı Gynecology and Pediatrics Hospital. Research data were collected with the "Personal Information Form", "Mother-Infant Attachment Scale" and "State-Trait Anxiety Scale". Data were evaluated with descriptive statistics, t-test and pearson correlation analysis.

**Results:** In the study, the mean scores of the mother-infant attachment scale ( $14.28 \pm 1.73$ ) and state anxiety inventory ( $31.71 \pm 7.82$ ) of the case group were compared to the women in the control group (mother-infant attachment scale:  $12.91 \pm 2.25$ , state anxiety inventory:  $28.56 \pm 6.91$ ) was found to be statistically significantly higher. In addition, the women in the case and control groups; A statistically negative moderate relationship was found between mother-infant attachment levels, trait anxiety levels and state anxiety levels.

**Conclusion:** In this study, it was observed that women who were administered oxytocin induction at birth had lower levels of mother-infant attachment and higher levels of state anxiety than women who did not. In addition, in the study, it was concluded that as the anxiety levels of women increased in both groups, their mother-infant attachment levels decreased.

**Keywords:** Anxiety, Delivery, Mother-Infant Attachment, Oxytocin Induction.

# 1.GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum geçmişten günümüze var olan, anne adayları için heyecanla beklenen bir olaydır. Doğum sürecinin ve doğum şeklinin nasıl olacağı konusunda anne adayları endişeli bir bekleyiş ve merak içerisindeyler. Doğum sürecinin, sağlığı olumsuz yönde etkilemeden devam edip sonlanmasında en önemli etkenlerden biri de doğum şeklidir (Eser ve diğerleri, 2016). Doğum sürecine göre doğum spontana bırakılabildiği gibi doğum sürecine müdahale edilmesi gereken durumlarda olabilir. Bu müdahalelerden biri de doğumda indüksiyon uygulamasıdır. Doğumda indüksiyon uygulaması amniotik zar rüptüre olsun ya da olmasın, doğum eyleminin kendiliğinden başlamasından önce uterus kontraksiyonlarının herhangi bir mekanik işlem ya da farmakolojik ilaçlar ile uyarılmasıdır. Doğumda indüksiyon uygulaması servikal olgunlaşmanın gerçekleştiği, eylemin başladığı, gebede ve bebekte herhangi bir komplikasyon olmadığı durumlarda gerekli hallerde uygulanabilir. Doğum indüksiyonunda yaygın olarak sentetik oksitosin uygulanır (Demirel ve Çelik 2013; Budak ve diğerleri, 2016). Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında, sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun, hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirubinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonları da söz konusudur. Bu komplikasyonlar da gebede kaygı oluşturabilir (Clark ve diğerleri, 2009).

Kaygı, genellikle gelecekle ilgili insanı üzen ve sıkı bir bekleme hali, düşünceli olma durumu olarak tanımlanır. Titreme, çarpıntı, terleme ve yüksek nabız gibi fiziksel semptomlarla ortaya çıkan güvensizlik duygusu ile karışık bir heyecan durumudur (Beck ve Emery, 2006). Doğum eyleminde kadınlar doğum sürecinde olup bitenleri yeterince bilmedikleri ve anlayamadıkları için korku ve kaygı yaşamaktadırlar. Kadınların büyük çoğunluğu gerek içgüdüsel gerekse çevreden duydukları nedeniyle doğumdan korkar. Doğumda yapılan uygulamaların veya ortaya çıkabilecek birtakım risklerin bebeğe zarar verme ihtimali anneyi kaygılandırır. Annedeki kaygı sonucunda fetal stres, kanama, uzayan eylem ve hızlı doğum eylemi riskleri artmaktadır. Anne adaylarının, doğum sürecinde fiziksel yaralanma, ağrı ve beden kontrolünü kaybetme gibi alışık olmadıkları durumlarla

karşılaşılabileceklerinden dolayı da kaygıları artabilir. Kaygıdaki bu artış gebelikte ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenlerden dolayı doğumda annenin kaygı düzeyinin azaltılması önemlidir (Üst ve diğerleri, 2013).

Anne-bebek bağlanması, gebeliğin başlangıcıyla başlayan ve doğum sonu dönem boyunca devam ettiği kabul edilen bir bağlanma türüdür. Bu bağlanma, anne-bebek arasındaki en derin ve yakın ilişki dönemi olarak değerlendirilir (Nacar ve Gökkaya, 2019). Anne-bebek bağlanması, annelik rolünün algılanması ve gelişimi üzerine önemli etkileri olan bir bağlanma türüdür (Muller, 1996). Anne-bebek arasındaki bu bağlanma hem anne hem de bebek açısından büyük önem taşır. Anne karınıda başlayıp bebeklik döneminde gelişen anne-bebek bağlanması, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde kurulan ilişkileri ve sağlıklı bir yaşam sürdürülmesini etkilemektedir. (Nacar ve Gökkaya, 2019). Anne- bebek ile ilgili tüm bu durumlar doğum indüksiyonundan etkilenmekte ve diğer başka sonuçları da beraberinde getirmektedir. Çalışmamız ile doğumda indüksiyon uygulamasının anne-bebek bağlanması ve kaygı düzeyine etkisi incelenmiş olup, bulunan sonuçların literatüre katkı sağlayacağı ve sağlık profesyonellerine yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

## **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı, doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu anne-bebek bağlanması ve durumluluk-süreklilik kaygı düzeyine etkisinin incelenmesidir.

## **1.3. Araştırmanın Soruları**

- 1- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu anne-bebek bağlanmasına etkisi var mıdır?
- 2- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu durumluluk kaygı düzeyine etkisi var mıdır?
- 3- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu süreklilik kaygı düzeyine etkisi var mıdır?
- 4- Olgu ve kontrol grubunda anne-bebek bağlanma düzeyi ile durumluluk-kaygı düzeyi arasında ilişki var mıdır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Doğum Eylemi

Doğum eylemi; ağırlığı 500 gramın üzerinde, 20. gebelik haftasını doldurmuş ya da baş topuk mesafesi 25 cm ve üzerinde olan fetüslerin anne vücudundan dışarı atılması sürecidir. (Taşkın, 2009; Gül, 2008; Öcal, 2019). World Health Organization (WHO) gebelik sürecinin 20. gebelik haftasından önce sonlanmasını abortus, 20. gebelik haftasından sonra sonlanmasını ise doğum olarak tanımlamıştır (World Health Organization Human Reproduction Programme, 2015). Vajinal doğum eylemi; son menstrual periyoddan yaklaşık 38-40 hafta sonra, uterin kontraksiyonların giderek sıklaşması ve şiddetinin artması sonucu serviks dilatasyonu (açılma) ve efesmanın (silinme) oluşmasıyla gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin, vücuttan tam olarak atıldığı fizyolojik bir süreçtir (Gül, 2008; Kaymak, 2017).

Doğum eylemi başlangıcının bir süre öncesinde serviks yumuşamaya ve açılmaya başlar. Pek çok gebede doğum eylemi başlangıcında serviks 1-3 cm arasında açılmıştır. Bu durum multipar gebelerde daha belirgindir. Nulliplarlarda ise göreceli olarak açılma olabileceği gibi serviks daha sıkı ve kapalı da olabilir. Doğum eylemi başlamadan hemen önce kırmızı renkli bir mukus parçası atılır. Bu parçaya nişan denir. Nişan gebelikte oluşan servikal tıkaçtır. Nişanın atılması servikal dilatasyon ve silinmenin göstergesidir. Bu da doğum eyleminin başladığını işaret eder (Çatalgöl, 2013).

Son menstrual periyottan 40 hafta sonra, hiçbir müdahale yapılmadan, kendiliğinden başlayan, normal süresinde gerçekleşen bu olay, uterusun daha fazla büyüyüp genişleyemediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa ulaştığında gerçekleşir. Ortalama 40 hafta (280 gün), olarak kabul edilen gebelik süresini tamamlayarak gerçekleşen doğumlara “miadında doğum” denilmektedir. Miad bir bebek 2500-4000 gr arasındadır ve dış çevre koşullarına uyum sağlayabilecek olgunluğa ulaşmıştır (Ceylantekin, 2006).

Sonuç olarak vajinal bir doğum eyleminin;

- Termde
- Kendiliğinden başlaması
- Tek ve canlı bir fetusun varlığı ile

- Verteks pozisyonunda
- Baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan
- Sağlıklı bir fetus ve annenin varlığı ile gerçekleşmesi beklenir (Çakır, 2009; Taşkın, 2009; Kavlak ve Şirin, 2009).

Normal vajinal doğum eylemi, dört faktörün etkisiyle ilerleyen bir süreçtir. Bu faktörler; doğum kanalı, fetus, doğum eylemini gerçekleştiren güçler, annenin psikososyal durumudur (Taşkın, 2009). Doğum kanalı, kemik pelvis ve yumuşak dokulardan oluşur. Vajinal doğumun gerçekleşebilmesi için maternal kemik pelvis çap ölçülerinin yeterli, pelvis tipinin uygun, serviksin efesman ve dilatasyonunun istenilen düzeyde olması ve fetüsün vajinal kanaldan inmesini durduracak anatomik bir engelin bulunmaması gerekir (Kaymak, 2017; Öcal, 2019).

Pelvis, linea terminalis adı verilen bir çizgi ile büyük pelvis ve küçük pelvis olmak üzere ikiye ayrılır. Büyük pelvisin doğum açısından çok fazla önemi olmamakla beraber uterusu desteklemesi açısından önemlidir (Taşkın, 2014). Küçük pelvis ise pelvis girimi, pelvis kavitesi (boşluğu) ve pelvis çıkımı olmak üzere üç kısımdan oluşur. Pelvis giriminin; ön-arka kutur, transver kutur ve iki adet oblik kuturu vardır. Vajinal doğumda büyük öneme sahip olan ön-arka kutrun ölçülmesi ile üç konjugata elde edilir. Vajinal doğumun seyri için çap ölçülerinin standart düzeyde olması gereken konjugatalar şunlardır; (Taşkın, 2009; Öcal 2019).

**Konjugata vera;** Promontoryum ile simfisis pubisin üst kısmı arasındaki çaptır. Klinik olarak ölçümü yapılamaz. Yaklaşık 11.5 cm uzunluğundadır. Bu kutrun ölçüsü 9 cm den az olursa normal doğum zorlaşır. 6 cm den az olursa vajinal doğum gerçekleştirilemez (Taşkın, 2009; Öcal, 2019).

**Konjugata obstetrika;** Promontoryumdan simfisis pubisin ortasına kadar uzanan çaptır. Uzunluğu 11 cm dir. Klinik olarak ölçülemez. Pelvik girimin en dar çapıdır. Dolayısıyla bu çap doğum için oldukça önemlidir (Binici, 2005; Taşkın, 2009)

**Konjugata diyagonale;** Promontoryumdan simfisis pubisin alt tarafına uzanan çaptır. Uzunluğu 12.5 cm dir. Pelvisin dıştan ölçülebilen tek kutrudur. Bu kutrun uzunluğundan 1.5-2 cm çıkarılarak konjugata obstetrikanın uzunluğu bulunur (Kaymak, 2017; Taşkın, 2014).

Termde bir fetus başının biparietal çapının ölçüleri 9.5-9.8 cm'dir. Normal uzunluklardaki bir fetus başının 10 cm'den küçük olan ön-arka kutru geçmesi imkansızdır. Bu nedenle fetus başı ölçüleri ile anne pelvis çapları ölçülerinin normal doğumun

gerçekleşebilmesi için birbirine uygun olması büyük önem taşır. Pelvis ölçülerinin vajinal doğum açısından uygunluk durumu gebeliğin 34-36. haftalarında yapılan muayenelerle anlaşılır (Kaymak, 2017; Öcal, 2019; Taşkın, 2014). Doğum eyleminin iyi anlaşılabilmesi ve sorunsuz ilerlemesi için fetüsün şekli, büyüklüğü, anne pelvisi ile ilişkisi, dayanıklılığı, yatışı, duruşu, pelvise giriş pozisyonu ve prezentasyonunun incelenmesi gerekir (Taşkın, 2009).

Vajinal doğum eyleminin gerçekleşmesinin sağlayan güçler; fetüsün doğum kanalından geçmesini sağlayan uterus kasılmalarının sıklık, süre, şiddeti ve annenin fetüsü itmek için kullandığı abdominal, diyafragmatik ve vajinal kasların güçleridir. Vajinal doğumun normal seyrinde meydana gelmesi için kasılmaların servikste efasman ve dilatasyonu sağlayacak düzeyde olması gerekir (Öcal, 2019).

Annenin psikolojik ve bedenen doğum için hazır olması da normal doğum için önemli faktörlerden biridir. Annenin doğuma hazırlıklı olmasını doğum hakkında doğru bilgilendirilmiş olması, sosyal çevresi, aile yaşantısı, doktor, ebe, hemşirenin bu konudaki tutumları gibi pek çok faktör etkileyebilir. Doğumun vajinal yoldan gerçekleşmesini sağlayan tüm bu faktörlerin birlikte uyum içinde olması anne ve bebeğin sağlıklı bir vajinal doğum deneyimi yaşaması açısından önemlidir (Taşkın, 2009; Çatalgöl, 2013).

Normal doğumun dört evreden oluşmaktadır. Bunlar;

- **Birinci evre;** Gerçek doğum ağrılarıyla başlar, serviksin silinme ve dilatasyonu ile sona erer.
- **İkinci evre;** Serviksin silinme ve dilatasyonunun tamamlanmasıyla başlar, bebeğin doğumuyla sona erer.
- **Üçüncü evre;** Bebeğin doğumuyla başlar, plasentanın doğumuyla sona erer.
- **Dördüncü evre;** Plasentanın doğumu ile başlar, plasentanın doğumu sonrası 1-4 saatlik süreyi içerir. Bu süreye erken postpartum iyileşme dönemi de denir (Taşkın, 2009).

Türkiye’de gerçekleşen tüm doğumlar içinde vajinal doğum oranı 2015, 2016 ve 2017 yıllarında %46.9’dur. 2018 yılında %45.1 ve 2019 yılında ise %45.6’dır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2018/2019).

Vajinal doğum anne fizyolojisine en uygun doğum şeklidir. En önemli avantajları doğal, fizyolojik ve normal sürede gerçekleşmesidir. Vajinal doğum gerçekleştiren bir kadın doğum sonrası hemen mobilize olabilir, bebeğine daha rahat bakım verebilir, bebeğini hemen emzirebilir bu da anne-bebek bağlanmasında oldukça etkilidir. Hastanede daha kısa süre kalır



bu durum da hastane enfeksiyonu riskini azaltır. Vücudu daha kısa sürede normale döner (Kaymak, 2017; Öcal, 2019). Yapılan çalışmalarda normal vajinal doğum yapan annelerde postpartum depresyonun daha az görüldüğü ortaya konmuştur (Öner ve diğerleri, 2013; Martin ve diğerleri, 2009; Hergüner ve diğerleri, 2014; Efe ve diğerleri, 2009; Durukan ve diğerleri, 2011; Aydoğdu ve diğerleri, 2018). Yenidoğan açısından başlıca yararları ise iatrojenik prematür doğum riski ile respiratuar distres sendrom riskinin daha az olmasıdır (Bracken ve diğerleri, 2008). Ayrıca anneyle bağını hemen kurup erken dönemde emmeye başlamasıda yenidoğan açısından oldukça yararlıdır.

Vajinal doğumun anne ve bebek için riskli olduğu durumlar; annede önceden geçirilmiş sezaryen ve uterin cerrahi girişimlerin olması, hipertansiyon, diabetes mellitus, gibi sistemik hastalıklar, konjenital geçişli anneye ait enfeksiyonlar, fetal distres, bebeğin doğum kanalındaki duruş bozuklukları, çoğul gebelikler, kordon sarkması, fetal anomaliler, plasenta previa, vasa previa, ablasio plasenta, baş-pelvis uyumsuzluğu, uzayan eylem, makrozomik fetüstür (T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010).

Vajinal doğum komplikasyonları;

- **Distosi (zor doğum);** Annenin uterusunda, doğum kanalında ve fetüse bağlı anormalliklerde oluşan zor doğum eylemidir.
- **Omuz takılması;** Bebeğin başı doğduktan sonra omuzların pelvisteki yapılarla takılmasından dolayı omuzların çıkarılamamasıdır. Annedeki diyabet ve obezite, bebekteki makrozomi durumu omuz takılmasına neden olabilir.
- **Uterus rüptürü;** Uterus kas dokusunun travayda veya eylem sırasında yırtılmasıdır. Nedenleri arasında abdominal travmalar, fundal bası, yeterli kontraksiyon olmasına rağmen servikal efesmanın olmaması, baş-pelvis uyum bozukluğuna rağmen indüksiyona devam edilmesi, daha önceden geçirilmiş uterus operasyonları gibi nedenlerden dolayı oluşabilir (Cunningham ve diğerleri, 2005).
- **Kordon sarkması;** Doğum sırasında ya da öncesinde membran rüptürü oluşabilir. Membrandaki rüptür olan yerden kordonun sarkması durumudur.
- **Fetal distres;** Vajinal doğum eyleminin herhangi bir evresinde fetüsün sıkıntıya girmesi, kalp atımlarının normalin altına düşmesi durumudur. Baş-pelvis uyumsuzluğu, kordon sarkması, plasentanın doğumdan önce ayrılması (ablasyo plasenta), plasenta previa (plasentanın doğum kanalı çıkımına ya da yan duvarına yerleşmesi), fetal başta pozisyon bozuklukları ve yanlış indüksiyon uygulamaları sebebiyle meydana gelebilir.

- **Ayrılmayan plasenta;** Doğumun üçüncü evresinde bebeğin doğumundan sonra plasantanın uterustan ayrılmaması durumudur.
- **Uterus inversiyonu;** Vajinal doğum sonrasında uterusun anatomik olarak iç kısmının dışa doğru dönmesidir.
- **Uterus atonisi;** Uterusun vajinal doğumdan sonra kasılıp toparlanamaması durumudur. Ani ve ciddi kanamalara sebep olabilir ve maternal ölümlerin en büyük nedenidir.
- **Doğum kanalı laserasyonları;** Doğum sırasında servikal, vajinal ve perinede oluşan yırtılmalardır.
- **Pelvik relaksasyon;** Özellikle sık tekrarlayan vajinal doğumlardan kaynaklanan pelvik taban kaslarının gevşemesi durumudur. Bu nedenle sistosel, rektosel gibi anatomik bozukluklar ile üriner-fekal inkontinanslar oluşabilir (Taşkın, 2009; Kaymak, 2017).

Normal vajinal doğum eyleminde ebeler doğumhaneye gelen gebeye fiziksel muayene, yaşamsal bulguların takibi, fetal kalp sesi, non stress test takibi yapmalı, gebenin anamnezi, obstetrik anamnezi, prenatal dönemde yapılan maternal ve fetal değerlendirme ve testleri incelemeli, gerek görülen laboratuvar testlerinin tekrarını sağlamalıdır. Gebenin başvurma nedenini sorgulamalı kontraksiyon süre ve şiddetini, fetal zarların durumunu, membran rüptürü olduysa zamanı ve amniyonun durumunu, vajinal kanamanın varlığı veya yokluğunu, fetüsün hareketlerini, gebenin en son ne zaman yiyip içtiğini, bir hastalığının olup olmadığını ve ilaç kullanıp kullanmadığını değerlendirmelidir. Gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanmasını sağlamalı, gebeyi rahatlatmalı, uygulanacak işlemler hakkında gebeyi bilgilendirmelidir (Çatalgöl, 2013).

Gebede pelvik muayeneye herhangi bir engel yoksa vajinanın yapısını incelemeli, pelvisin doğuma uygun olup olmadığını, servikal açıklık ve dilatasyonun durumunu, fetüsün pozisyon ve prezentasyonunu, amniyon zarını, amniyon rüptüre olmuşsa amniyon mayiyi değerlendirmelidir. Vajinal doğuma uygun olmayan, gebede veya fetüste risk teşkil eden bir durum olması halinde ekip arkadaşı olan sorumlu hekime durumu bildirmeli gereken önlemleri almalıdır (Hopkins, 2000).

## 2.2. Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu, doğum eylemi kendiliğinden başlamadan servikal dilatasyonu ve efüsmarı sağlayarak doğumun gerçekleşmesi amacıyla düzenli uterus kontraksiyonlarının farmakolojik veya mekanik yöntemler kullanılarak başlatılmasıdır (Daskaladis ve diğeri, 2014; Budak ve diğeri, 2016). Gebeliğin devam etmesinin anne veya fetus açısından risk oluşturduğu, doğumun başlatılması gereken durumlarda doğum indüksiyonu önerilmektedir. Tüm gebeliklerin yaklaşık %20 ile %30'unda doğum indüksiyonu uygulanmaktadır (Haq ve diğeri, 2012).

1990 yılında Amerika Ulusal Sağlık İstatistikleri Kurumu (Institute of National Health Statistics), doğum indüksiyonu oranını %9,5 olarak açıklamıştır. Ancak servikal olgunlaşmayı sağlayacak birçok materyalin geliştirilmesi, uygun doğum zamanını seçebilme olanağı vermesi sebebi ile bu oran giderek artmış ve 2005 yılında % 20-30 oranına ulaşmıştır (Mahlmeister 2008; Moleti 2009). Bu oran 2011'de %23,2'ye çıkarak 1990 yılına nazaran iki kattan fazla artmıştır (Martin ve diğeri, 2013; Dağdeviren, 2018). İngiltere'de ise doğumların %19,8'inde doğum indüksiyonu uygulandığı bildirilmiştir (Martin, 2009; Çetinkaya ve Söylemez, 2013). Günümüzde, travayda uygulanan indüksiyon oranı yaklaşık olarak %40 olarak bildirilmektedir (Mahlmeister 2008, Moleti 2009).

Ülkemizde, doğumda indüksiyon uygulama sıklığı ile ilgili veriler bulunmamakla birlikte, oldukça yaygın olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bir doğumunda doğumların ikinci evrelerini değerlendirmek için yapılan çalışmada, gebelerin %92,5'ine oksitosin indüksiyonu uygulandığı belirtilmektedir (Şahin ve diğeri, 2007; Karahan, 2010).

Doğum indüksiyonu, gebelikte preeklampsi, eklampsi kalp hastalığı, gibi durumlarda maternal morbiditeyi; oligohidramnios, postterm gebelik, intrauterin gelişme geriliği, gastroşizis gibi durumlarda fetal morbiditeyi en aza indirmek amacıyla uygulandığında medikal doğum indüksiyonu olarak tanımlanmaktadır. Medikal veya obstetrik endikasyonlar olmadığı durumlarda, lojistik (hastaneye ulaşımın zor olduğu, doğumun hızlı olmasının beklendiği durumlar) ve psikososyal nedenlerde uygulanan indüksiyon ise elektif doğum indüksiyonu olarak tanımlanmaktadır (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2009; Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Servikal olgunlaşmanın (servikal incelleme, yumuşama ve dilatasyon), uygun olmadığı durumlarda doğum indüksiyonunun uygulanması zordur ve uzun zaman almaktadır. Ayrıca,

müdahaleli ve sezaryenle doğum oranları artmaktadır. Bu nedenle, doğum indüksiyonunu başarıyla uygulamak için en önemli şartlardan biri servikal olgunlaşmayı sağlamaktır (Budak ve diğerleri, 2016). Doğum indüksiyonunun başarısını saptamada ve servikal olgunlaşmayı sağlayan ajanların kullanım durumuna karar vermede, serviksi değerlendirmek için en sık Bishop skoru kullanılmaktadır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

**Tablo 1.** Bishop Skorlaması (BISHOP, 1964).

| Skor | Dilatasyon (cm) | Serviksin pozisyonu | Efasman(%) | Seviye | Serviksin kıvamı |
|------|-----------------|---------------------|------------|--------|------------------|
| 0    | Yok             | Posterior           | 0-30       | -3     | Sert             |
| 1    | 1-2             | Orta                | 40-50      | -2     | Orta             |
| 2    | 3-4             | Anterior            | 60-70      | -1,0   | Yumuşak          |
| 3    | 5-6             |                     | 80         | +1, +2 |                  |

İlk kez 1964 yılında tanımlanan Bishop skorlaması, esas olarak multipar gebelerde muayeneden ne kadar süre sonra spontan doğum eylemine girdiklerinin saptanmasıyla ortaya çıkmıştır (Bishop, 1964). Genel olarak skor 6 veya altında ise serviksin olgun olmadığını göstermektedir. Skor 8'in üzerindeyse indüksiyon ile vajinal doğum olasılığı spontan vajinal doğum ile benzerdir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013). Doğum indüksiyonu uygulayabilmek için; serviksin Bishop skorlamasından elde edilen değer 4' ten az olmaması, fetüsün akciğer maturasyonunun sağlanmış olması, maternal durumun stabil olması ve fetüs yerleşiminin ve boyutlarının uygun olması gerekir (Karahan, 2010).

Doğum indüksiyonunun başarısını etkileyen diğer faktörler; gebenin yaşı, paritesi, vücut kitle indeksi, boyu, uygulanan indüksiyon yöntemi ve fetüsün doğum ağırlığıdır. Genç, multipar, uzun boylu, zayıf gebelerde, ileri gebelik haftalarında ve doğum ağırlığı 3500 gramın altındaki bebeklerde doğum indüksiyonunun başarı şansı artmaktadır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013). Kominiarek ve diğerleri, hem nullipar gebelerde hem de multiparlarda aktif faz ve tam servikal açıklığın oluşmasında doğum süresinin vücut kitle indeksi (vki) yüksek olanlarda olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır (Kominiarek ve diğerleri, 2011).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)'a göre, travayın başlatılması için belirlenen endikasyonlar şunlardır;

- Gebede preeklampsi, eklampsi ve diğer hipertansif bozukluklar
- Maternal diabetes mellitus
- Erken membran rüptürü
- İntrauterin gelişim geriliği
- Fetal ölüm
- Korioamnionit
- Postterm gebelik
- Oligohidroamnios
- Güven vermeyen fetal durum (Karahana, 2010; Dağdeviren, 2018).

Ayrıca, uterus kontraksiyonlarının yetersiz kaldığında ve travay süreci uzadığında da doğum indüksiyonu yöntemlerine başvurulduğu bildirilmektedir (Karahana, 2010).

Doğum indüksiyonunun kontrendikasyonları, vajinal doğumu olanaksız kılan durumlara benzemektedir.

*Gebeye bağlı kontrendikasyonlar;*

- Önceki uterin insizyonun tipi,
- Daralmış pelvik anatomi,
- Anormal plasentasyon (ablasyo plasenta, vasa previa),
- Aktif herpes enfeksiyonu varlığı,
- Servikal kanser gibi durumlardır.

*Fetusa bağlı kontrendikasyonlar ise;*

- Makrozomi,
- Ağır hidrosefali,
- Fetal anomali,
- Malprezentasyon,
- Güven vermeyen fetal iyilik durumudur (Dağdeviren, 2018).

Tüm doğum indüksiyonu yöntemleri, maternal ve fetal açıdan en düşük orandan yaşamı tehdit edecek en yüksek orana kadar risk taşımaktadır. Bu riskler; sezaryenle doğum, postpartum kanama, enfeksiyon, uterus rüptürü, koryoamnionit, fetal distress, yenidoğanın geçici takipnesi ve iatrojenik prematüredir (Moleti, 2009; Dağdeviren, 2018). Her ne kadar çalışmalarda bu riskler düşük oranlarda saptanmış olsa da, indüksiyonun dikkatli uygulanması gerekliliği gözden kaçmamalıdır (Karahana, 2010).

Taşıdığı tüm risklere rağmen, bazı hekimler tarafından aktif travay yönetimi travay süresini kısaltmak amacıyla uygulanmaktadır. Aktif travay yönetimi;

- Gebeye rutin amniotomi uygulanması,
- Oksitosin indüksiyonu verilmesi,
- Travayın ilerleyişini sıkı takip edip herhangi bir maternal ya da fetal olumsuzlukta müdahale edilmesi ve
- Bire bir ebelik bakımını içermektedir (Brown ve diğerleri, 2008).

Doğum sürecinde uygulanan elektif indüksiyon, özellikle serviksi olgun olmayan gebelerde pariteden bağımsız olarak sezaryenle doğum oranlarını belirgin düzeyde artırmaktadır. Aynı zamanda elektif doğum indüksiyonu postpartum kanama miktarını, uterotonik ajanların kullanım oranını, kan transfüzyonu gereksinimini, histerektomi olasılığını, travay ve hastanede kalış süresini artırmaktadır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Elektif doğum indüksiyonunun sezaryen doğum riskini artırması durumu tartışmalıdır. Spontan doğum eylemi ile indüksiyonlu doğum eyleminin karşılaştırıldığı birçok çalışma yapılmıştır. Osmundson ve diğerlerinin, serviks olgunluğu uygun olan veya olmayan 39 ile 41 hafta arasındaki gebelere elektif doğum indüksiyonu uyguladıkları 4000'den fazla olguda sezaryenle doğum oranlarının benzer olduğunu bildirmişlerdir (Osmundson ve diğerleri, 2011).

Doğum indüksiyonu kararı, anne ve/veya fetus için doğumun hemen gerçekleşmesinin yararı gebeliğin devamında oluşabilecek risklerden fazla ise verilmelidir. Gebeye doğumun hemen başlamaması durumunda; gebeliğin devamında gelebilecek riskleri, doğum indüksiyonunun nedeni, uygulanacak indüksiyon yöntemi ve zamanı, riskleri, gebenin indüksiyonu reddetmesi durumunda diğer seçenekleri, uygulanan yöntemin başarısız olma ihtimalini ve bu durumdaki seçenekleri anlatılmalı, gebenin doğum indüksiyonu hakkındaki düşüncesi ve isteği dikkate alınarak karar verilmelidir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013)

## 2.3. Doğum İndüksiyonu Yöntemleri

Doğum indüksiyonu, doğum eyleminin başlaması ve vajinal doğumun sağlanması amacıyla uterus kontraksiyonlarının iatrojenik olarak uyarılması işlemidir. Doğum indüksiyonunun farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemleri vardır (Kokanalı ve diğerleri, 2015).

### 2.3.1. Prostaglandinler

Prostaglandinler servikal olgunlaşmayı sağlamak için ve doğum indüksiyonu olarak sıkça kullanılmaktadır. İlk olarak 1930 yılında ABD'li Jinekologlar Kurzrok ve Lieb'in yaptığı insan semeni ile uterus kas lifleri karşılaştırmasında, liflerin kasılmış olduklarını görmüştür. Uterusta bulunan myometriyal dokulara prostaglandin E2 (PGE2) ve prostaglandin F2 (PGF2) uygulandığında myometriyum hücresinde bulunan kalsiyum miktarını arttırmadıkları ve myometriyum kaslarının kasılmasına neden olmadıkları gösterilmiştir. Bu durum prostaglandinlerin uterusu uyarıcı etkilerinin doğrudan değil dolaylı olduğunu göstermektedir (Özcan, 2014).

Prostaglandinler, servikal olgunlaşmayı oluşturabilmek için intravenöz ya da intraservikal olarak uygulanmaktadır. Literatürde, intraservikal uygulanan prostaglandinlerin etkili olduğunu ortaya koyan birçok çalışma bulunmaktadır. İntraservikal uygulanan prostaglandin, oksitosin uygulaması ile karşılaştırıldığında, sezaryen doğum oranının daha düşük olduğu, enfeksiyon gelişme oranının ise yükseldiği saptanmıştır (Boulvain ve diğerleri, 2008). İntravenöz uygulanan prostaglandin etkilerini araştıran çalışmalarda ise prostaglandinin oksitosin uygulaması ile benzer etkiler gösterdiği ancak maternal yan etki görülme riski ile uterin hiperstimülasyon oluşma riskinin oksitosine nazaran daha yüksek olduğu saptanmıştır (Luckas ve Bricker, 2000).

Prostaglandin uygulaması servikste bulunan kollajen liflerinin ayrılmasına ve mukozanın altında bulunan su içeriğinin artmasına neden olur. Bu değişiklikler sonrasında doğum oksitosin ile indüklenirse daha yüksek başarı elde edilir. Ayrıca prostaglandinler uterusu kasılma oluşturarak doğum eylemini başlatabilir. Uterusunda skar dokusu

bulunmayan, herhangi bir majör uterin cerrahi işlem geçirmemiş kadınlarda servikal olgunlaşma için prostaglandin kullanımı tercih edilir. Prostaglandin etkileri üzerine plasebo kontrollü randomize çalışmalardan elde edilen güçlü kanıtlar bulunmaktadır (Tülek, 2014).

Prostaglandinin servikal olgunlaşmada kullanımı için uygun tipi, yolu, sıklığı ve dozu belirlenmiş değildir. Prostaglandin analogları genel kullanıma uygun olarak intravenöz ve oral yollardan verilebilir, fakat prostaglandinlerin vajinal ya da endoservikal yolla lokal uygulamaları yeterli klinik etki sağlarken daha az yan etki oluşumu açısından tercih edilen yöntemler haline gelmiştir. İntraservikal PGE2 uygulaması, intravajinal PGE2 uygulamasına nazaran 24 saat içinde doğumun gerçekleşmesi açısından daha az etkin bulunmuştur. Her iki preparat kullanımında da birbirine yakın sezaryen ve taşisistol oranları saptanmıştır. Bu nedenle intravajinal PGE2 uygulaması en çok tercih edilenidir (Boulvain ve diğerleri, 2008).

Prostaglandin uygulamasını takiben, uterin aktivite ve fetal kalp hızı takibi en az 30 dakika gereklidir ve düzenli uterin aktivite devam ettiği süre boyunca mümkün oldukça devam edilmelidir. Eğer doğum gerçekleşmezse veya eylemde yeterli ilerleme olmazsa prostaglandin dozları tekrar edilebilir ya da oksitosin uygulamasına geçilebilir (Tülek, 2014).

Prostaglandinler jel, tablet ve peser gibi farklı türleri olan ajanlardır. 10441 kadını kapsayan Cochrane sistematik analizinde, vajinal prostaglandinlerin doğum indüksiyonunda etkili oldukları, oksitosin ihtiyacını azalttıkları ve 24 saat içinde vajinal doğum eylemini gerçekleştirdikleri bildirilmiştir. Sezaryen doğum oranlarına ilişkin kanıtlar henüz yetersizdir (Başgöl ve Kızılkaya Beji, 2015; Dağdeviren, 2018). Sürekli salımlı peser tipindeki prostaglandinler ile vajinal jel ve vajinal tablet tipleri karşılaştırıldığında müdahaleli vajinal doğum ile ilişkisi daha az bulunmuştur. Vajinal jel tipi prostaglandinler plasebo grubu ile kıyaslandığında fetal kalp hızı değişiklikleri ile birlikte uterin hiperstimülasyon riskinin arttığı bildirilmiştir. Alfirevic ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada oral tip prostaglandinin doğum eylemini tetiklemede vajinal prostaglandine nazaran daha güvenilir olduğu bulunmuştur, fakat yeterli veri yoktur (Alfirevic ve diğerleri, 2006).

### **2.3.1.1. Prostaglandin E2 (PGE2) Dinoproston**

Dinoproston sentetik bir prostaglandin E2 tipidir. Ticari olarak satılan 3 türü vardır; jel, salımlı yavaş vajinal ovul ve supozatuar. Jel ve salımlı yavaş ovul yalnızca doğum indüksiyonu öncesi servikal olgunlaşmada endikedir (Dağdeviren, 2018).



ABD’de servikal olgunlaştırma için iki PGE2 preparatı mevcuttur:

**Prepidil:** İntraservikal uygulama için içerisinde 0,5 mg dinoprostun bulunan 2,5 ml jel formundadır. Uterin aktivite düzeyinin minimal servikal olgunlaşmada değişikliğin yetersiz olduğu durumlarda 6-12 saatte bir doz tekrarlanabilir. Üretici firma dinoprostunun 24 saat içinde maksimum kümülatif dozunun 1,5 mg’ı geçmemesini önermektedir (Smith ve diğerleri, 1994).

Oksitosin ile birlikte uygulanan prostaglandinlerin oluşturabileceği taşisistolden kaçınmak için son dozu uygulanan prostaglandinden sonra oksitosin başlanması arasındaki süre 6- 12 saat olmalıdır (Tülek, 2014).

**Cervidil:** 10 mg dinoprostun içeren intravajinal bir formülasyondur ve zaman salınımlıdır (0,3mg/saat hızında salınır) (Tülek, 2014). Servikal olgunlaştırma için onaylanmıştır (Dağdeviren, 2018). Preparat doğum eylemi aktif başlayana kadar vajende bırakılır. Eğer 12 saat boyunca aktif eylem başlamamışsa vajenden çekilir. Oksitosin vajinal preparat çıkarıldıktan 30 dakika sonra başlanabilir (Alfirevic ve Weeks, 2006; Fox ve diğerleri, 2011).

Bu prostaglandinlerin kullanımı sırasında dikkat edilmesi gereken gruplar; astım, göz içi basınç artışı, glokom ve membran rüptürü olan gebelerdir. Yan etkileri gebede uterin taşisistoli, hiperstimülasyon ve hipertonustur. Bu nedenle preparatların uygulamasını takiben uterus kontraksiyonları ve fetal monitörizasyon dikkatle takip edilmelidir (Dağdeviren, 2018).

Oral formlarda olan prostaglandinlerin diğer PGE2 formlarına ve oksitosin indüksiyonuna göre etkinlik açısından herhangi bir üstünlüğü bulunmamaktadır ve önemli ölçüde gastrointestinal yan etkileri, özellikle de kusma sebebi ile kullanımı önerilmemektedir. PGE2’nin intraservikal veya intravenöz kullanımları da önerilmemektedir (National Institute for Clinical Excellence, 2008).

Türkiye’de PGE2’nin 10 mg dinoprostun içeren salınımı yavaş ovül formu bulunmaktadır (PROPESS ovül, Vitalis). Sağlık Bakanlığınca 38. gebelik haftasından sonra doğum eyleminin indüklenmesinde onaylıdır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

### **2.3.1.2. Prostaglandin E1 (PGE1) Misoprostol**

Misoprostol Amerika Birleşik Devletleri’nde esas olarak prostaglandin sentez inhibitörlerinin sebep olduğu peptik ülser tedavisinde lisanslandırılmış sentetik bir

prostaglandin analogudur (Çetinkaya ve Söylemez, 2013; Yenigül, 2014). 1988'den bu yana peptik ülseri önlemek amacıyla kullanılan bir ajandır. 1990'ların başlarında erken gebelikte oral kullanımının, uterin kontraksiyonlara neden olduğu bulunmuştur. Dönemin üretici firması bu endikasyon ile lisans başvurusu yapmamıştır. Yalnızca 100 ve 200 µg dozlarda preparatları bulunmaktadır. Bu sebeple daha az dozda kullanımı için preparatlar bölünmekte, bu durum da doğru doz kullanımını zorlaştırmaktadır. Ancak son zamanlarda uygun eş değer dozda preparatlar, Mısır ve Brezilya' da lisanslandırılmıştır. Türkiye'de 2012 senesinde Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün tarafından alınan karar ile sadece hastanede kullanılan ürünler statüsüne eklenmiştir. Ucuz ve kolay edinilebilir olması, oral yolla kullanılabilmesi ve oda sıcaklığında kolayca saklanabilmesi PGE2' den üstünlükleridir. Oral, vajinal ve sublingual yolla kullanılmaktadır (Yenigül, 2014). Bukkal-sublingual misoprostol kullanımı ile ilgili veriler kısıtlıdır, bu sebepten dolayı bu uygulama yolu önerilmemektedir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Misoprostolun kullanım dozu hakkında yeterli veri olmamakla birlikte, ACOG aşağıda tarif edildiği şekilde uygulanınca misoprostolun serviksi olgunlaştırması ve doğum indüksiyonu için güvenli ve etkin bir ajan olduğunu belirtmektedir (Tülek, 2014).

İntravajinal uygulanan misoprostolun en uygun doz ve zamanlaması bilinmemektedir (Vaknin ve diğerleri, 2010). 50 mcg ve 25 mcg dozlarının karşılaştırıldığı bir meta analizde 50 mcg dozun daha etkin olduğu saptanmıştır ancak 50 mcg'den daha yüksek doz kullanımının güvenilirliği yeterince değerlendirilememiştir (Sanchez-Ramos ve diğerleri, 2002). Bu nedenlerle başlangıç dozu olarak 25 mcg gibi düşük dozlar kullanılmalı 3-6 saatte bir yeni dozlar uygulanmalıdır (Tülek, 2014). WHO, 6 saatte bir kez 25 mcg doz kullanımını önermektedir. Düşük dozlarda yeterli uterin aktivitenin oluşmadığı bazı durumlarda altı saatte bir verilen 50 mcg misoprostol yararlı olabilir ancak bu dozda taşistol oluşma riski artmaktadır (WHO, 2011).

WHO' ya göre kullanım şekli oral uygulama için 2 saatte bir 25 mcg, vajinal uygulama için 6 saatte bir 25 mcg'dir (WHO, 2011). Oksitosin infüzyonu gereken durumlarda, son misoprostol dozundan en az 4 saat geçtikten sonra başlanmalıdır (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

Misoprostol uygulaması uterin hipersitümülyasyon, taşistoli, fetal kalp hızında değişiklikler ve amniyon sıvısının mekonyumla boyanmasında artışa sebep olabileceği için uygulamadan hemen sonra yakın takibe başlanmalıdır. Uygulamadan sonra ilk 30 dakika – 2 saat fetal kalp atımı ve uterin aktivite sürekli takip edilmelidir. Uterin kontraksiyonlar

uygulamadan sonraki ilk bir saatte oluşmakta ve dört saat boyunca maksimum aktivite göstermektedir. Düzenli uterus kontraksiyonları devam ettiği sürece izleme devam edilmelidir (Çetinkaya ve Söylemez, 2013).

### **2.3.2. Bitkisel Ürünler İle İndüksiyon**

Sıklıkla kullanılan bitkisel indüksiyon preparatları; akşam çuhaçiçeği yağı, kara alıç yaprağı, kırmızı ahududu yaprağı, mavi ve siyah cohosh yapraklarıdır. Bu bitkiler ve yağlar paramedikal kişilerce uterotonik olarak kullanılmışlardır (Embrey ve Mollison, 1967; Adair, 2000). Eski Mısır döneminden beri, travayın başlatılması amacıyla kullanılmaktadır. Prostaglandin konsantrasyonu artışında etkili olduğu düşünülse de, bu etki kanıtlanmamıştır (Karahan, 2010).

### **2.3.3. Cinsel İlişki ve Meme Ucu Uyarımı**

Cinsel ilişki, seksüel bir aktivite olarak meme uyarımını içermektedir, bu uyarım sonucu oksitosin salınımını gerçekleştirir ve bu salınım uterin kontraksiyonları uyarır. Ayrıca seminal sıvıdan oluşan ejakülat, fazla miktarda prostaglandin içermektedir. Bu da servikal olgunlaşmaya yardımcı olur (Yeniğül, 2014).

### **2.3.4. Mekanik Yöntemler**

Mekanik yöntemler servikal olgunlaştırma amacıyla kullanılmış en eski yöntemlerdir. Mekanik yöntemlerin serviksin internal kısmına baskı uygulamasından sonra oksitosin salınımı görülür ve bu salınım da uterus kontraksiyonlarını stimüle eder. Bu durum da vajinal doğum gerçekleşene kadar serviksteeki baskıyı artırarak oksitosin salınımının daha fazla olmasını sağlar (Johnson, 2007). Farmakolojik yöntemlerle kıyaslandığında bu yöntemlerin düşük maliyet oranı, düşük taşistol oranı, sistematik yan etkilerinin daha az oluşu ve kolay depolanma gibi avantajları bulunmaktadır. Yabancı cisim uygulaması nedeniyle bu yöntemlerde maternal ve neonatal enfeksiyon riskinde minimal düzeyde artış, uterusun alt

kısmına yerleşen plasentalarda sakınca, servikal manipülasyona bağlı uygulanan yöntemin verdiği maternal rahatsızlık hissiyatı ve sıklıkla doğum indüksiyonu için ek oksitosin ihtiyacı olması bu metotların dezavantajlarıdır (Tülek, 2014).

#### **2.3.4.1. Balon Katater**

Çok eski zamanlardan bu yana bilinen bir yöntemdir. İlk kez 1967 yılında Embrey ve Mollison tarafından tanımlanmıştır. İnternal osun hemen ilerisine bir Foley sonda yerleştirilir ve 50 ml şişirilir. Sabit bir basınç ile çekilir ya da ekstraamniyotik serum infüzyonu ile servikte açıklık sağlanmış olur. Günümüzde bu yöntem birçok değişik şekilde uygulanmaktadır (Yenigül, 2014). Sherman ve diğerleri, bu yöntemle yapılan 13 çalışmanın verilerini özetlemişlerdir. Serum fizyolojik infüzyonu ile beraber olsun ya da olmasın yöntemin, bishop skorlarındaki iyileşmenin hızlı olduğu ve doğum eylemi süresinde kısalma ile ilgili olduğu sonucuna varmışlardır. Bu 13 çalışma arasında sezaryen doğum insidansı yüzde 4 ile 46 arasında değişmektedir (Sherman ve diğerleri, 2001). Ancak son yıllarda transservikal kateter kullanımının servikal olgunlaşma ve doğum eylemi süresine etkisinin olmadığını ortaya koyan çalışmalar yayınlanmıştır (Cunningham ve diğerleri, 2001; Lin ve diğerleri, 2007).

Bazı hekimler membran rüptürü olan gebelerde balon katater uygulamazken bazıları ise membran rüptürü olduğunda balon katateri çıkartmaktadır. Bazı hekimler ise servikal olgunlaştırma süresini katateri yerleştirdikten sonra membran rüptürü oluşsa bile 12 saat ile sınırlı tutmaktadır. Bu nedenle optimal yönetim hakkında bir fikir birliği yoktur (Tülek, 2014).

#### **2.3.4.2. Membranların Sıyırılması (Stripping)**

Membranların sıyırılması ile doğum indüksiyonunun uygulanması, göreceli olmamakla beraber sık yapılan bir uygulamadır. Dijital muayene ile sistematik bir şekilde fetal membranların soyulması işlemidir. Bu işlem prostaglandin ve prekürsör enzimlerinin salınımını uyarır. Servikte oluşan bu kimyasal olaylar uterusu kontraksiyonlara sebep olur (Yenigül, 2014). Toplam 22 çalışmadan oluşan ve 2797 gebenin incelendiği bir meta-

analizde, membran sıyrılması işleminin doğum eylemi sürecini kısalttığı ve 41-42 gebelik haftasını geçen doğum oranlarını azalttığı sonucuna varılmıştır. Bu uygulama maternal ve neonatal enfeksiyonlarda artışa sebep olmadığı gibi sezaryen oranlarını da etkilememiştir (NICE, 2008). National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), postterm gebeliklerde azalma sağlanması herhangi bir müdahaleli doğumda artışa sebep olmaması nedeniyle 2008 yılında yayınladığı rehberde term gebeliklerde membran sıyrılması işlemini önermiştir (Karjane ve diğerleri, 2006).

#### **2.3.4.3. Higroskopik Servikal Dilatatörler**

İki tip servikal dilatör bulunmaktadır. Biri doğal su yosunundan elde edilmiştir (laminaria), diğer dilatör ise sentetik bir üründür (ör. Dilapan-S). Genellikle term gebeliklerde serviksi olgunlaştırmadan daha çok gebelik terminasyonu amacıyla kullanılmalarına karşın, higroskopik dilatörler serviksin dilatasyonu için güvenilir ve etkili metotlardır (Tülek, 2014).

Doğal veya sentetik dilatörler servikal osaya yerleştirilip, belirlenmiş olan süre periyodunda bekletildiğinde osmotik özellikleri sebebiyle endoservikal sıvıyı emer ve şişerler. Emme etkisi mekanik basınç ile kontrollü servikal dilatasyon sağlar. Servikal dilatasyon sonrası prostaglandin salgılanır (Yenigül, 2014).

Higroskopik servikal dilatatör kullanımının avantajı; güvenilir olması, ucuz olması ve uygulanmasının kolaylığıdır. Ancak term gebelerde kullanımı çok fazla tercih edilmemektedir (Yenigül, 2014). Yan etkileri ise dilatörlerin kullanımının bir sakıncası prostaglandin kullanımını ile kıyaslandığında, postpartum maternal ve fetal enfeksiyon riskinde artmaya yönelik görülen teorik potansiyeldir (Chua ve diğerleri, 1997; Tülek, 2014).

#### **2.3.4.4. Amniyotomi**

Amnion membranlarının manuel olarak açılmasıdır. Cerrahi indüksiyon yöntemi olarak da adlandırılmaktadır. Membranların dışardan bir etkiyle açılmasını takiben endojen prostaglandinlerde artış başlamakta ve bu da doğum eylemini indüklemektedir (Dağdeviren, 2018). Doğum eyleminin başlaması için kullanılan ilk metotlardan biridir. Termdeki gebelerin % 90'unda 24 saat içerisinde travayı başlatmak amacıyla uygulanan başarılı bir yöntemdir.

Travay sürecinde amniyon kesesi sağlam olan gebelerde, kontraksiyon kuvveti, amniyon sıvısı aracılığı ile bütün uterin kaviteye dağılmaktadır. Ancak amniyotomi yapıldığında fundustan başlayan kontraksiyon kuvveti, dağılmadan direk aşağıya doğru yansımaktadır. Bu yöntem ile ilgili komplikasyonlar; umbilikal kord prolapsusu veya basısı, enfeksiyon oluşumu, fetal kalp atımlarında azalma, kanama veya plasental travmadır. Yöntemin avantajları; eylem süresinin daha kısa olması, eylem distosisinin azalması, oksitosin kullanımının azalması ve oksitosin gereken durumlarda daha düşük doza gereksinim duyulması şeklindedir. Bu yöntemin diğer avantajları ise amnion sıvısı durumunun kan veya mekonyum bakımından değerlendirilmesidir (Yenigül, 2014). Bishop skorunun yüksek olduğu durumlarda, amniyotomi yöntemi doğumu indüklemeye %88 oranında başarılı bulunmuştur (Howarth ve Botha, 2001).

Spontan başlayan doğumlarda uygulanan amniyotomi yöntemi ile membranların korunduğu 5583 kadının karşılaştırıldığı Cochrane sistematik analizinde, doğum eylemi süresi, sezaryen olma riski, maternal memnuniyet ve yenidoğan apgar sonuçlarında anlamlı fark bulunmamıştır. Uzamış spontan doğum eyleminde yapılan amniyotomi ile membranların korunması kıyaslandığında da gruplar arası sezaryen olma riski, maternal memnuniyet durumu ve yenidoğan apgar sonuçlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aynı zamanda, amniyotomi uygulamasının gebelerde doğum ağrısını arttırdığı ve doğum eylemi süresini etkilemediği saptanmıştır. Buna göre, standart doğum eyleminin yönetiminde rutin amniyotomi uygulanması önerilmemektedir (Smyth ve diğerleri, 2013)

### **2.3.5. Paramedikal Yöntemler**

Paramedikal yöntemler, halk arasında var olan klasik medikal tedaviler dışında uygulanan bazı geleneksel yöntemleri içerir (Engin ve diğerleri, 2016). Bu geleneksel yöntemlerden biri olan akupunktur doğum eyleminde uygulanabilmektedir.

#### **2.3.5.1. Akupunktur**

İnsan vücudunun değişik noktalarına iğne yerleştirilmesidir. Bu yöntemin nöronal stimülasyon ile uterusu kontraksiyona sebep olduğu iddia edilmektedir. Akupunkturun term

gebeliklerde doğum indüksiyonu etkililiğini ortaya koymak için yeterli düzeyde kontrollü çalışma bulunmamaktadır (Yenigül, 2014).

### **2.3.6. Diğer Yaklaşımlar**

Serviksi olgunlaştırmak için değişken derecelerde başarı gösteren relaksin, mifepriston, nitrik oksit donörleri, kortikosteroidler ve hyaluronidaz denenmiştir. Mevcut yöntemlerde alternatiflerin çokluğu ile kıyaslandığında bu yöntemlerin etkinlik ve güvenilir olma durumları kanıtlanmamış olduğu için kullanımını sınırlıdır (Tülek, 2014).

## **2.4. Oksitosin İndüksiyonu ve Doğum Eylemine Etkileri**

Oksitosin, hipotalamusun supraoptik ve paraventricüler çekirdeklerinden sentezlenen, nöronların aksonları boyunca seyrederek hipofizin arka lobundan pulsatil salgılanan polipeptid yapıdaki bir hormondur (Erdoğan ve Yapar Eyi, 2017). Yapısal özellikleri vazopressine benzemekle beraber, zayıf antidiüretik etkiye sahiptir. Oksitosin ve vazopressin, hormon olarak salınmalarıyla birlikte beyinde nörotransmitter olarak görev yapar. Oksitosinin kendine özgü reseptörleri sayesinde çeşitli hedef hücrelerdeki etkileri gerçekleşmektedir. Bu reseptörler uterin kavite, meme bezi, böbrek, beyin ve ön hipofizde yer almaktadır (Karahan, 2010). Oksitosin reseptörleri, 20. haftadan sonra gebelik haftası arttıkça myometriyumda artış gösterir (Tülek, 2014).

Yetişkin bir kadındaki oksitosin plazma seviyesi minimal düzeydedir fakat ovulasyon, doğum, meme ucu uyarımı, laktasyon, koitus, ve bazı stres durumlarında bu seviye artar (Benk, 2006). Oksitosin salgılanmasına yol açan nedenlerden en önemlisi, uterusun büyümesi, vajinanın genişlemesi ve uyarılmasıdır. Doğumda ve koitus esnasında, bu mekanik uyarılma sebebi ile oksitosin salgısı artar (Karahan, 2010).

Doğum eyleminin başlamasında, oksitosinin rolü net değildir. Oksitosinin plazma konsantrasyonu, gebelik dönemi ilerledikçe artar ve doğum eyleminin ikinci evresinde en yüksek düzeye ulaşır. Doğum eyleminin başlarken, oksitosinin plazma konsantrasyon yoğunluğunda hızlı bir yükselme olmaz. Doğumun başlangıcında, oksitosin konsantrasyonunun hemen yükselmemesi, eylemin başlamasında oksitosinin etkili olmadığını

göstermez. Çünkü myometriümda bulunan oksitosin reseptörlerinin sayısı, gebelik boyunca özellikle terne yakın dönemde giderek artmaktadır. Bu artış, belirli bir seviyeye ulaştığında, myometriümun oksitosine duyarlılığı artar ve bundan dolayı kontraksiyonlar başlar (Arias, 2000). Oksitosinin myometriüm kontraksiyonlarının şiddeti ve sıklığını artırma etkisi östrojen hormonuyla ilişkilidir. Gebelikte myometriümda yer alan östrojen reseptörleri artış gösterir ve myometriümü oksitosine duyarlı hale getirir. Bu sebeple, gebeliğin son döneminde, uterusun spontan hareketleri farkedilmeye başlar ve Braxton Hick kontraksiyonları görülür (Karahan, 2010).

Kadın bedeni gebeliğinin son trimesterında tamamen gevşemeye, bazı doku ve eklem yerlerinden açılmaya gereksinim duyar. Hormonlar vücuttaki eklemleri gevşeterek doğumda bebeğin geçişi için doğum kanalını hazırlar. Bunu sağlayan hormonlardan en önemlisi oksitosin hormonudur. Doğum eylemi beklenene göre yavaşladığında, durduğunda ya da normal sürecinde ilerlemediğinde endojen oksitosin görevini etkin bir şekilde yapamaz. Bu durum gebenin yeterince oksitosin üretmediğinden kaynaklanmaktadır. Bu durumda sıklıkla sentetik oksitosin vajinal doğum eylemini uyarmak veya hızlandırmak için kullanılır (Özcan, 2014). Sentetik oksitosin pek çok ülkede kliniklerde sık kullanılan ilaçlardan biridir. Ülkemizde ise oksitosin indüksiyonu kullanım sıklığıyla ilgili istatistiksel veri bulunmasa da, birçok hastanede rutin olarak uygulandığı bilinmektedir (Özcan, 2014). Oksitosin uygulamasında 1138 düşük riskli gebeyi barındıran sekiz çalışmanın Cochrane sistematik analizinde, yavaş ilerleyen vajinal doğum eyleminin ilk evresinde erken uygulanan oksitosin infüzyonunun doğum eylemi süresini ortalama 2 saat kısalttığı belirtilirken, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryenle doğum oranlarında gözle görülür bir fark bulunmamıştır (Bugg ve diğerleri, 2013).

Oksitosin (pitocin, ossitosin) terimi, Latince “çabuk doğum” sözcüklerinden türemiştir. Doğum eylemini indüklemek amacıyla sıkça kullanılmaktadır. Bu ilaç 1948 senesinde Theobald ve arkadaşları tarafından doğum eylemini indüklemek amacı ile intravenöz yolla kullanılmıştır. Daha sonra 1953 senesinde Du Vigneud ve arkadaşları oksitosini sentez etmiştir (Yenigül, 2014). Oksitosin yirminci yüzyılda kimyasal yapısı keşfedilen ilk hormonlardan biridir. Temel maddesini dokuz amino asit oluşturmaktadır. Oksitosin hormonunun plazma yarı ömrü yaklaşık 2 ila 7 dakika arasında olmakla birlikte, ortalama 3-4 dakikadır. Oksitosin kanda serbest olarak dolaşır. Atılımı karaciğer ve böbrekten gerçekleşir. Myometriümun oksitosine yanıtı; servikal durumu, uterusun duyarlılığı, oksitosin atılım hızı, gebeliğin süresi, travay öncesi oluşan uterin kasılmalara bağlıdır (Özcan, 2014).



Yarılanma ömrü ortalama 2-7 dakika olan farmakolojik oksitosin; intravenöz (IV), intramüsküler (IM), subkutan (SC) ve intrauterin (IU) olarak uygulanabilir (Sanchez-Ramos ve diğerleri, 2003). Gastrointestinal enzimler tarafından inaktive edildiği için oral yolla kullanılamaz (Tülek, 2014). Doğum indüksiyonu gerekli olduğu durumda 1000 ml %5 Dektroz ya da Ringer Laktat solüsyonu içerisine 10 veya 20 ünite oksitosin eklenerek IV uygulanır, doğum sonu ise IM uygulama tercih edilmektedir (Karahana, 2010). Kardiyotokograflarla fetal kalp atımı ve uterin kontraksiyonlar yakından izlenir. Düzenli kontraksiyonlar 2 saatte başlamaz ise işlem durdurulur ve bir gün sonra tekrarlanır. Oksitosinle indüksiyon uygulaması 72 saati geçmemelidir (Sanchez-Ramos ve diğerleri, 2003).

Oksitosin indüksiyonu uygulama protokolleri, başlangıç dozu (0.5-6 mU/min), doz artırma aralıkları (10-60 dakika) ve maksimum uygulanan doz (16-64mU/dk) olarak farklılık göstermektedir, ancak farklı protokoller olmasına rağmen indüksiyon başarı oranları birbirine benzerdir (Tülek, 2014). Eylemin indüksiyonu veya eylemin güçlendirmesinde yüksek ve düşük doz uygulanan indüksiyonu kıyaslayan çalışmaların meta-analizinde yüksek doz uygulandığında vajinal doğuma kadar geçen sürenin daha az olduğu görülmüştür ancak düşük doz uygulamasına nazaran sezaryen oranlarında azalma saptanmamıştır (Patka ve diğerleri, 2005). Yalnızca bir adet çift kör randomize çalışma yapılmıştır ve o çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (Merrill ve Zlatnik, 1999). Uygulanan oksitosin indüksiyonunun başlangıç dozu, artış dozu ve yüksek dozu ile maternal ve neonatal etkilerinin karşılaştırıldığı Cochrane sistematik incelemesinde uygulanan yüksek doz (4mU/dk ya da fazlası) ve uygulanan düşük doz (4mU/dk'dan az) oksitosinin vajinal yolla doğum, epidural analjezi, doğum sonu kanama, koryoamnionit ve gebelerin görüşleri açısından bakıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Neonatal sonuçlar yönünden de; yenidoğan apgarı, umbilikal kord pH'ı, yenidoğanın yoğun bakıma yatış ve mortalite yönünden anlamlı bir fark bildirilmemiştir (Kenyon ve diğerleri, 2013). Yüksek doz uygulanması düşük dozla kıyaslandığında daha yüksek oranda taşisistoli oluşturma durumu bulunmuş bununla beraber bazı çalışmalarda bu sebeple oluşan güven vermeyen fetal kalp sesi sebebi ile sezaryen oranlarında artma oluşabileceğine değinilmiştir, neonatal sonuçlar yönünden ise belirgin bir değişiklik olmamıştır (Satin ve diğerleri, 1992; Chua ve diğerleri, 1997).

Uygulamada doz, eylem normal şekilde ilerleme görülene kadar 30-40 dakikalık bir süre içinde dakikada 1 mU olacak şekilde, güçlü uterin kontraksiyonlar 2-3 dakika aralıklarla oluşuncaya dek ya da uterin aktivite 200-250 mU ulaşuncaya kadar artırılır. Bu noktalardan

herhangi birine ulaşıldığında artık doz artırımında herhangi bir yarar görülmemektedir. Yapılan randomize çalışmalar oksitosin infüzyonunun kesilmesi ile eylemin uzadığını göstermektedir (Girard ve diğerleri, 2009; Diven ve diğerleri, 2012). Bununla beraber oksitosin infüzyonunun devam etmesi ile ilgili ortak bir karar bulunmamaktadır. Uterotonik ajanların uygulanmasından sonra, uterus aktivitesi ve fetal kalp atımları devamlı şekilde monitörize edilmelidir. Bu sayede uterus aktivitesinin durumuna bakılarak oksitosin dozu artırılıp azaltılabilir (Tülek, 2014).

Oksitosin indüksiyonunun endikasyonları; Oksitosinin yaygın olan kullanım alanı uterin kontraksiyonları artırarak doğum eyleminin gerçekleştirilmesi ve hipotonik uterin disfonksiyonunda uterin aktivitenin sağlanmasıdır.

*Diğer endikasyonları;*

- Postpartum kanama kontrolünün sağlanması
- Terapötik abortus, missed abortus ve intrauterin fetal ölümlerinde atılımı hızlandırma
- Memeden süt boşalmasını artırma
- Kardiyotokografide kontraksiyon stres testi ölçümü (Demirel ve Çelik, 2013).

*Oksitosin indüksiyonunun komplikasyonları;*

- Taşisistol ve hiperstimülasyon
- Ablasyo plasenta
- Sezaryen doğum durumu
- Uterin rüptür riski
- Hipotansiyon
- Artmış neonatal hiperbilirubinemi
- Antidiüretik etki
- Epidural anestezi kullanımı
- Fetal distres ve buna bağlı fetal ölüm
- Aşırı doz oksitosin uygulanmasına bağlı doğum sonu kanama ve enfeksiyon
- Spontan sürece göre daha hızlı doğum

- İndüksiyon uygulamasında başarısız olma
- Hiponatremidir (Demirel ve Çelik, 2013; Özcan, 2014).

#### **2.4.1. Oksitosin İndüksiyonu ve Ebelik**

Ebeler kadınların doğum ile ilgili korkularını ve anksiyetelerini en aza indirerek, gebeleri doğum eylemine hazırlama ve pozitif doğum deneyimi yaşamalarını sağlamada önemli sorumlulukları vardır. Ayrıca ebelerin doğum eylemi sürecinde kadının fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılama, gebeyi bilgilendirme ve haklarını savunma görevleri de vardır. Doğum korkusunun azaltılması ve gebenin bilgilendirmesi, kadının davranışlarını kontrol etmesini ve olumlu duygu hissetmesini sağlar, kişinin kendine güvenini artırır, doğum sürecini ve doğum eylemi sonuçlarını olumlu yönde geliştirir (Karaçam ve Akyüz, 2011).

Doğum indüksiyonunda ebeler gebeleri bilgilendirmeli, yapılacak işlemi anlatmalı, doğuma etkilerinden bahsetmeli gebeyi rahatlatmalıdır. Ebeler indüksiyonun gereksiz uygulanmasını önlemelidir. Çalıştığı kurumun oksitosin doz uygulama politikasına dikkat etmelidir. Ebeler, indüksiyon uygulaması esnası ve sonrasında gebeyi ve fetüsü yakından takip etmelidir.

#### **2.5. Doğum Sonu Dönem**

Doğum eyleminde bebeğin doğumundan sonra plasentanın da doğması ile başlayan ve 6-8 hafta süren döneme doğum sonu dönem veya diğer adlandırmaları ile postpartum dönem, dördüncü trimester dönemi, lohusalık dönemi ya da puerperium denir. Bu dönemde gebelikte oluşan anatomik ve fizyolojik değişimler çoğunlukla ortadan kalkar ve özellikle de üreme organları gebelik oluşumu öncesi haline dönmeye çalışır (Kızrak, 2019).

Doğum sonu süreç 3 döneme ayrılır;

*Birinci dönem:* Akut faz ismiyle de bilinen doğum sonu ilk 6-12 saatlik dönemdir. Bu dönemde hızlı bir şekilde involüsyon ve değişim olmaktadır. Bu hızlı değişim esnasında postpartum hemoraji, eklampsi, amniyon sıvı embolisi, perinedeki laserasyonlar, uterin atoni

ve inversiyon gibi akut problemlerin yaşanabildiği, acil müdahale edilmesi gereken durumların yaşanabildiği bir süreçtir (Oruç, 2018).

*İkinci dönem (subakut faz):* Doğum sonu dönemde 2- 6 haftalık süreci kapsar. Bu süreçte annede hemodinamik ve genitoüriner iyileşme, hormonal, metabolizma ve duygusal durum değişimleri oluşmaktadır. Annede kendini tanıma yolunda değişim ve bu değişimlere bağlı sorunlar olabilmektedir. Bu dönemde oluşan değişimler akut fazda yaşanan değişimlere nazaran daha yavaş gelişmektedir. Subakut dönemde oluşabilecek komplikasyonlar ise perineal rahatsızlıklar, loşanın renk ve miktarında gün geçtikçe beklenen değişim ve azalmanın olmaması, kardiyomiyopati, kanama, uterin enfeksiyon oluşumu, epizyotomi ya da sezaryen doğumlarda sütür yerinde enfeksiyonlar, üriner sistem enfeksiyonları ve ağır postpartum depresyon görülebilmektedir (Oruç, 2018).

*Üçüncü dönem:* Doğum sonu 6. aya kadar geçen süreçtir. Bazen 12. aya kadar devam edebilir. Gecikmiş doğum sonu dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde annede oluşan fiziksel değişimlerin tamamlanması ile beraber anneliğe uyum süreci başlar. Duygusal değişiklikler yaşanırken sosyal çevre, aile ve eş ile birlikte doğum öncesi döneme geçiş ve anneliğe alışmaya çalışılan bir dönemdir (Kılıçgün ve Kılıçkaya, 2016).

Genitoüriner sistemdeki bir takım değişikliklerin eski haline dönmesi daha uzun zaman almaktadır. Bazı kadınlarda doğum öncesi durumuna hiç dönemeyebilir. Pelvik taban kaslarında oluşan hacim artışı ve buna bağlı gelişen idrar kaçırma, oluşan stres inkontinansı, sistosel ve rektosel gibi durumlar doğum sonu dönemde kalıcı sorunların başında gelmektedir (Bağcı ve Altıntuğ, 2016).

### **2.5.1. Doğum Sonu Dönemde Ebenin Rolü**

Anne-çocuk sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yere sahip doğum sonu dönem bakımı; kaliteli, profesyonel, kişiselleştirilmiş ve aynı zamanda koruyucu bir sağlık hizmetidir. Doğum sonu bakımın amacı anne, bebek ve ailenin bu dönemdeki ihtiyaçlarını tanımlamayı, sorunlarını gidermeyi ve meydana gelen değişikliklere uyumla yaklaşabilmelerini sağlamaktır (Yılmazel ve Büyükkayacı, 2014; Akgün, 2016).

Kaliteli ve profesyonel şekilde oluşturulan bakım sistemi ile doğum sonu dönemdeki muhtemel komplikasyonlar önlenabilmektedir (Er, 2015; Kızrak, 2019). Eğitim ve

danışmanlık hizmetleri sayesinde anksiyetesi giderilen anneler hem kişisel hem de bebeklerinin bakımında daha fazla aktif rol almaktadırlar. Doğum sonu bakım genellikle doğum şekline bağlıdır. Fakat sezaryen ile doğumu gerçekleştiren kadınların cerrahi işlemler ve anestezi ile ilgili olarak daha çok komplikasyon yaşayabilecekleri uygulanacak bakım planlanırken değerlendirilmelidir (Kızrak, 2019). Doğum sonu bakımında bir ebe, kadının;

- Doğum sonu kanama,
- Yaşam bulguları,
- Doğum şekli,
- Vajina ve perine,
- Meme ve süt,
- Üriner sistem,
- Enfeksiyon,
- Kronolojik hastalık
- Duygusal durumunu değerlendirerek bakım planı hazırlamalıdır (Karadağ, 2008; Er, 2015).

Annenin yaşı, doğum sayısı, isteyerek gebe kalma durumu, sosyoekonomik durumu, eğitim düzeyi, emosyonel durumu, aile ilişkileri, annenin bebeğine olan ilgisi gibi faktörlerde bu süreçte verilen ebelik bakımını yönlendirebilecek diğer unsurlardır. Ebe bir bakım planlarken tüm bu unsurları değerlendirmeli ve bakım sırasında uygulanan tüm işlemlerin kayıt altına alınmasına dikkat edilmelidir (Derya, 2012; Kızrak, 2019).

## **2.6. Bağlanma**

İnsan yavrusu, diğer canlı türlere göre ebeveynlerinin doğrudan yardımına daha uzun süre ihtiyaç duymaktadır. Bu durum insanların beraber yaşama eğilim ve gereksinimlerini, özelliklede bağlanma gereksinimini açıklamaktadır. Bağlanma, devamlılık gösteren ve pek çok faktörden etkilenen, duygusal-etkileşimsel bir ilişki yapısıdır (Keskin, 2018).

Bowlby'e göre bağlanmanın tanımı, rahatlığı, güvenliği ve desteği barındıran duygusal bir bağlıdır ve bağlanma, “bir kişinin korktuğunda, yorulduğunda veya hasta olduğunda bir figürle ilişki kurmak ya da yakınlık aramak için duyduğu güçlü bir istek” olarak tanımlanır

(Bowlby, 1982). Anne- bebek ilişkisini ilk kez dile getiren Fransız yazar ve aynı zamanda 18. yy. filozofu olan Rousseau' dur. Bağlanma, yaşamın başlangıcından itibaren, bebekle anne ya da çevrenin etkileşimi sonucunda olması beklenen ve annenin bebeğine karşı sergilediği davranışlarıyla şekillenen, kuvvetli ve sürekli olan, özellikle stres durumlarında meydana çıkan duygusal yönü fazla olan bir durumdur. Başka bir ifadeyle bağlanma bebeklerde doğumdan itibaren var olan ve ölüme kadar devam edecek iki kişi arasındaki kuvvetli bağıdır. Erken çocukluk sürecinde bakıcı deneyimleri ile bilinçaltında bir model varolmakta ve bu model bağlanma stillerinin zeminini oluşturmaktadır. Erken dönemde gelişen bağlanma stillerinin zeminini oluşturan zihinsel modellerle kişi, kendi ve çevresi hakkındaki temel varsayımlarını biçimlendirmekte oluşan bu bağlanma stilleri sosyal çevreyle etkileşim, kişiler arasındaki ilişkiler, davranış şekilleri gibi oldukça geniş bir alanı da etkileyebilmektedir. Edinilen bu özellikler yaşam boyu insan davranışlarını belirler. Anne-bebek ilişkisindeki eksiklik bağlanmayı olumsuz etkiler. Bowlby, bebeğin ve çocuğun ruhsal sağlığında anne sevgisinin, fiziksel sağlığı için ihtiyacı olan vitaminler ve proteinler kadar mühim olduğunu ifade etmiştir (Keskin, 2018; Nacar ve Gökkaya, 2019).

Çocuklarda bağlanma dört evrede gerçekleşir;

- 1. Özgül Olmayan Evre (1.-2. Ay):** Temel bağlanma eylemleri; emme, yutma başını hareket ettirme, ağlama, kavrama, sarılma ve refleks olarak meydana gelen sosyal davranışlardır. Bu davranışlar tek bir bireye yönelmemiştir (Keskin, 2018).
- 2. Çeşitli Toplumsal Tepkiler-Hazırlık Evresi (3.-6. Ay):** Bebek güven duygusu beslediği kişileri diğer bireylerden ayırt edebilir. Çevresindeki bir kişiye bağlanır. Anne sakinleştirmesine izin verir ve ona doğru yönelimlerde bulunur (Keskin, 2018).
- 3. Etkin ve Hedef Odaklı Bağlanma Eylemi Evresi (6. Ay Sonrası):** Çocuk annesi uzaklaştığında seyrederek, bağlandığı bireyle kendi arasındaki mesafeyi kolayca ayarlayabilir: annesine seslenebilir ya da arayabilir. Annesinin birden gitmesine karşı tepki göstererek ona karşı özlem hissettiğini ve aradığını belli eden davranışlarda bulunur (Keskin, 2018).
- 4. Hedef Odaklı İlişki Evresi (Çocuğun Konuşmaya Başladığı Zaman):** Çocuk bağlandığı bireyle iletişimde bulunur, cevapları ve annesinin onun istediklerini neden yapmadığını anlamaktadır (Keskin, 2018).

## 2.6.1 Bağlanma Kuramı

Bağlanma kuramı, kişilerin kendileri için önemli olan diğer insanlarla güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin sebeplerini açıklayan bir yaklaşımdır. Bebeğin gereksinimleri için sinyal yollaması ile bakım veren kişinin yanıtı sonucu güvenli bebek-ebeveyn bağlanmasının oluşumu esasına dayanır. Bağlanma kuramı, John Bowlby ve Mary Ainsworth tarafından geliştirilmiştir. Freud ve diğer psikanalitik filozoflardan etkilenilmiştir (Köse ve diğerleri, 2013). Kişilik, sosyal biliş ve bireylerarası etkileşimler üzerindeki çağdaş psikodinamik teoriler ve ampirik çalışmalar arasında faydalı bir yol oluşturan bu kuram, başlangıçta anksiyete, öfke, depresyon ve duygusal uzaklaşma gibi pekçok duygusal rahatsızlık ve kişilik bozukluğunu izah etmek için geliştirilmiştir (Özden, 2019).

Bağlanma kuramı bebeklerin anne ya da bakım veren bireyler ile etkileşimlerine göre üç ayrı davranış modeli üzerinden tanımlanmaktadır. Bunlar;

- Yakınlığı arama, yakınlığın koruması ve ayrılığı reddetme,
- Yeni keşifler ile anneye ya da bakım verene “güvence üssü”,
- Desteğini ve güvenini sağlamak amacı ile “güvenli sığınak” olarak kullanmaktır (Kavlak ve şirin, 2009; Oruç, 2018).

Bu üç madde aynı zamanda sağlıklı bağlanma için gerekli olarak da düşünölmektedir. Ebeveynleri ile güvenli bağlanma ilişkisi içerisinde olan çocuk, kaygı ve stres yaşanan zamanlarda güvenlik duygusunu doğru biçimde muhafaza etme ve yeni keşifler yapma davranışını devam ettirebilmektedir. Annenin ya da bakıcının istikrarlı davranış şekilleri göstermesi çocuğun güvenli bağlanmayı geliştirmesi bakımından önemli olduğu düşünölmektedir (Kavlak ve şirin, 2009; Oruç, 2018).

Kurama göre hayatın ilk günlerinde yaşanan tüm deneyim, özellikle travmalar, ayrılıklar, değerli kişileri kaybetmek ilerleyen yıllarda yaşanacak duyguları kontrol etmede zorluklara, depresyon, kaygı, öfke durumu ve sezgisel kopukluk yaşama gibi duygulara sebep olmaktadır (Keskin, 2018). Bebeklik, çocukluk ve ergenlikte bireyin kendisi ve diğer bireylere yönelik geliştirdiği zihinsel modeller, erişkinlikte destek ve yakınlık ihtiyacını etkiler (Kozan ve Hamarta, 2017). Bu sebeple çocuk ile onu büyüten birey arasındaki ilişkinin en yüksek seviyede dengeli ve kaliteli olması gerekir. Aksi taktirde çocuk hayatta kalmak amacıyla alternatif yollar ve çareler arar. Bu alternatif yollar genel olarak güvensiz bağlanma

eylemleri ve bağımlılık gibi birçok sayıda olumsuz duygu ve davranışlarla ilgilidir (Kesin, 2018).

### 2.6.2 Bağlanma stilleri

Ainsworth ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmalarda başlıca bağlanma davranışına yönelik kişisel farklılaşmalar ele alınmıştır. Annelerin kişisel farklılıklarından meydana gelen farklı bağlanma stillerinin bağlanmayı etkilediği gözlenmiştir. Bu kapsamda Ainsworth ve arkadaşları bağlanma stillerini güvenli, kaygılı/kararsız ve kaçınan bağlanma olarak üç farklı şekilde sınıflamıştır (Ainsworth, 1979).

**Güvenli bağlanma;** Güvenli bağlanma stili geliştirmiş olan bebekler, diğerlerine nazaran daha az ağlamakta ve anneleriyle birlikteyken annelerini güvenli bir üs gibi kullanarak çevreyi keşfetmeye başlarlar, annelerinden ayrıldıklarında stres davranışları gösterip, anneleri ile tekrar yan yana geldiklerinde anneleri ile etkileşime geçerek kolayca sakinleşebilirler ve etrafi keşfetmeye geri dönerler. Bebek ve anne arasında oluşan bu bağlanma stili çocuğun psikolojik gelişiminde çok fazla öneme sahiptir ve annenin sıcak, duyarlı, ihtiyacını gidermeye hazır ve bağlanabilir anne olma özelliklerini taşımasıyla ilişkilidir. Güvensiz şekilde bağlanmış olan bebek annesi tarafından kucağa alındığında bile sık sık ağlamakta ve daha az çevreyi keşfetme davranışında bulunmaktadırlar. Henüz bağlanma gerçekleştirmemiş bebekler anneye karşı belirgin şekilde farklı bir davranışta bulunmamaktadırlar. Sadece “güvenli bağlanma” ilişkisinin olduğu durumda bebekler stres oluşturan koşullar altında güvenlik hissini koruyabilir ve gelişimsel davranışlarını etkin şekilde gösterebilir. Ainsworth’e göre güvenli bağlanmanın oluşması için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki gösteren, duyarlı ve her daim ulaşılabilir olan bakım verene sahip olması gerekir (Ainsworth ve diğerleri, 1978).

**Kaygılı/Kararsız Bağlanma;** Kaygılı/kararsız bağlanma stili geliştirmiş bebekler anneleri ile ayrıldığında şiddetli bir kaygı, gerilim ve huzursuzluk durumu yaşamakta, yabancı birey ile iletişimi reddetmekte, anne ile tekrar bir arada olduklarında çift taraflı/çelişik (ambivalans) davranışlar göstermektedir. Bir yandan etrafi keşfetmek yerine annelerine sınıksız yapışıp birlikte olmak istemekte diğer yandan da anneye öfke ve hırçnlık sergilemektedir. Dikkatlerinin büyük bir kısmını bağlanmayı sürdürmeye harcarlar. Ebeveynlerin tutarsızlığı,



yanlarında olmayışı ve gereksinim duyduğunda çocuğa rehberlik yapmaması gibi faktörler, kaygılı/kararsız bebek-ebeveyn bağlanması doğrudan ilgilidir (Özden, 2019).

**Kaçınan Bağlanma;** Kaçınan bağlanma stili geliştirmiş bebeklerin, anneleri ile aynı ortamda bulunurken çevreyi keşfetme eğilimi gösterdikleri ancak bu süreçte anneleri ile bir etkileşimde olmadıkları bilinmektedir. Bu bağlanma stiline sahip olan bebekler anneleri buldukları ortamda yokken kaygı ya da mutsuzluk ile ilişkili herhangi bir tepki vermemekte ve rahatsızlık duymamaktadır. Ayrıca kaçınan bağlanma stili geliştiren bebeklerin, anneleri yeniden ortama geldiğinde herhangi bir memnuniyet gösterisi yapmadıkları tersine bu süreçte başka şeyler ile ilgilenerek anne ile etkileşimden kaçındıkları bilinmektedir (Nacar ve Gökkaya, 2019).

## 2.7. Anne- Bebek Bağlanması

Anne-bebek bağlanması koruma ve beslenme davranışı aracılığıyla türlerin korunması için tasarlanmış, insan ve diğer canlıların doğasında bulunan, biyolojik bağlardan oluşan bir yapı şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre bütün insan ve canlılar kendi türlerinin devamlılığı için yavruları ile bir bağ kurarlar ve bu bağ anne-bebek bağlanması olarak gösterilmektedir (Bowlby, 1982; Oruç, 2018).

Anne-bebek bağlanması gebelik süreci, doğum ve doğum sonu süreç içinde zamanla gelişen ve benzeri olmayan bir ilişkidir. Bowlby anne-bebek bağlanmasını, anne ve bebeği arasında sürekli, sıcak ve yakın bir ilişki durumunun olması ve bu durumdan her iki tarafında memnun olması haz alması olarak yorumlamıştır (Bowlby, 1982) Anne-bebek bağlanması annelik rolünün gelişimi için katkı sağlayan en önemli faktörlerden biridir (Kavlak ve Şirin, 2009).

Literatür incelendiğinde anne-bebek bağlanmasını açıklamak için bir takım yaklaşımlarda bulunduğu görülmektedir. Bunlardan biyolojik yaklaşıma göre annenin bağlanması bazı nörokimyasal maddelerin etkisi altındadır. Vasotosin bu etkiyi oluşturan maddenin temelidir. Vasopressin ve oksitosin de bu maddeden köken alır. Ayrıca beynin bağlanma ile ilişkili özel alanlarının olduğu ve gebelik döneminde salgılanan hormonların da gebeleri anneliğe hazırladığı düşünülmektedir. Doğum ve doğum sonrasında ise artış gösteren oksitosin, prolaktin ve endorfin annelerin bebeklerine bakım verme konusunda kaygılarını daha aza indirgeyerek annelik davranışının gelişmesine katkı sağlar. Hormonların bağlanma

üzerindeki etkisinin incelendiği araştırmalarda herhangi bir sebeple nörokimyasal denge bozulsa bile annelik davranışının devam ettiği görölmüştür. Bu durum doğum sonu ilk emzirme ile sosyal bağlanmanın oluştuğu daha sonra da bilişsel olarak devam etmesi şeklinde açıklanmıştır. Böylece bebekler büyüdüklerinde de annelerinin onlarla ilgilenmekten haz alması sağlanmaktadır. Sosyal öğrenme yaklaşımına göre ise annenin bağlanması, aile içindeki deneyimler ve bulunan bağları gözlemlene sonucunu oluşturmaktadır. Bağlanmanın biyolojik olarak genlerle aktarımıyla birlikte sosyal öğrenme yoluyla da kuşaklar arası aktarılabileceğini savunulur (Alan, 2011; Kızrak, 2019).

Doğum sonrası dönemde bebekte sağlıklı bir ilişki, belirleme, sahiplenme, bağlanma olarak adlandırılan evrelerde kurulur. Belirleme evresi, doğum sonu ilk 48 saat içerisinde bebeğin görünümünden haberdar oluş ile karakterizedir. Doğum eylemi zor bir olay olduğu için anne yorgundur. Fakat bir bebek sahibi olma hissi mutluluk verir. Bu evrede zamanın büyük bir kısmı karşılıklı bakışma ile geçer. Anne ve baba bebekte, bebekte anne ve baba ile göz teması arar. Anne ve baba dokunma yoluyla bebeğin derisinin yumuşaklığını ve tüm bedenini sistematik ve yavaş şekilde keşfederler. Anne veya bebekte oluşan herhangi bir hastalık durumu, anne ve bebeğin birbirinden ayrılması bu evreyi geciktirir. Ayrıca bebek istedikleri cinsiyette değilse büyük üzüntü yaşayabilirler. Sahiplenme evresi, doğum sonrası yaklaşık üçüncü günde başlayıp altı hafta sürer. Bu evrede anne tarafından annelik rolü benimsenir. Bebeğine ismiyle ve cinsiyeti ile seslenir. Kendileri ve bebekleri arasında yakın temas kurarlar. Bebeğin temel gereksinimlerini vakit geçtikçe daha doğru olarak yorumlarlar. Bebeğin bakımını ve rahatlamasını sağlarlar. Bebeğin çeşitli uyaranlara tepkilerini hissederler. Bağ oluşumundan sonra karşılıklı ilişki ve birbirlerine olan uyum başarılmıştır. Bağlanma evresi ise, doğum sonu altı-sekizinci haftaları içerir. Bu evrede aile bebeğin bakımında beceri kazanır. Bebeğin varlığının farkına varır. Karşılıklı ilişki ve uyum gözle görülür düzeydedir. Aile bebeklerinin yanında olmamaya tahammül edemez. Derin bağlanma duygusu oluşumu, aile-bebek arasındaki sevgi tamamlanmıştır (Çoban ve Saruhan, 2005; Özden, 2019).

Anne ve bebek bağlanması birçok faktörden etkilenmektedir. Gelişmiş teknoloji sayesinde bebeklerini ultrasonla gören ve kalp seslerini duyan annelerin bağlanmaya olumlu katkı sağladığı bilinmektedir (Nacar ve Gökkuaya, 2019). Annenin doğuma hazırlığı, zor olmayan doğum eylemi, eş ve aile bireylerinin desteği, kadının gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası döneminde büyük rolü olan ebeğin desteği, doğum anında yaşanan heyecan, bebeğin görölmesi ve anne tarafından yeni bir canlıyı dünyaya getirmiş olmanın mutluluğu, bağlanmayı kolaylaştırıcı etmenlerdir. Buna karşılık, uzun ve zor doğum eylemi,

verilen desteğin yetersizliği, istenmeyen gebelik ve doğum, yenidoğana kızgınlık ve öfke oluşturabileceğinden bağlılığı olumsuz yönde etkileyecektir (Özden, 2019).

Doğumdan sonraki dönemde anne-bebek etkileşimi ile oluşmaya başlayan bağlanma, ten teması ve emzirme ile giderek kuvvetlenecektir. İlerleyen evrede anne ve bebek birbirinin duygularına yanıt verdikleri oranda bağlanmanın kalitesi artacaktır. Anne bebeği ile doğum sonu dönemde ne kadar sağlıklı ve erken iletişim kurarsa annelik hissi de o kadar güçlü olacaktır (Kızrak, 2019).

Kavlak'ın yapmış olduğu araştırmada, annelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin, aile tiplerinin, çalışma durumlarının, bir önceki doğumunda dünyaya gelen çocuğun yaşının, doğum sonu bebeklerini kucaklarına alma zamanlarının, doğum sonu bebeklerine karşı olan duygularının, bebeklerine hitap biçimlerinin, bebeğin dış görünüşünün benzediği kişi gibi bazı faktörlerin annenin bağlanma durumunu etkilediği saptanmıştır (Kavlak ve Şirin, 2007). Bağlanmayı etkileyen bir diğer faktör ise insana sevimli gelen bebeğin eli, yüzü gibi görünüş özellikleri ve hareketleridir. Bu hareketleri bebeğin muhtaç ve bağımlı olduğu hissine yol açmakta ve böylece görünüm ve hareket de erişkinlerin bakıcı tepkilerini uyarmaya yardımcı olmaktadır (Kavlak ve Şirin, 2007; Özden, 2019).

### **2.7.1. Anne-Bebek Bağlanması ve Ebelik**

Anne-bebek ilişkisinin olumlu gelişmesi hem anne hemde bebek açısından oldukça önemlidir (Çakır, 2009). Bu ilişkinin gelişmesinde doğum öncesi bakım önemli bir yer tutmaktadır. Gebeye doğum öncesi bakım vermenin amacı, sağlıklı bir anne ve bebekle gebeliğin sonlanmasını sağlamak, aile bireylerini yeni rol ve üyelerine hazırlamaktır. Doğumdan önce gerekli ve yeterli bakım verilen gebeler annelik rolüne daha kolay uyum sağlamaktadır (Keskin, 2018).

Doğum ve bebek odasında görev yapan bir ebe, anamnez alarak ve gözlem yaparak bebeğini istismar ve ihmale yatkın aileleri erken farkedebilecek bilgiye ve deneyime sahip olmalıdır. Doğumdan sonraki günlerde ebelerin ve diğer sağlık çalışanlarının anneye ve bebeğe verdiği bakımın niteliği ve onlara karşı olan tutumu, anne-bebek arasındaki ilişkiyi önemli ölçüde etkiler. Bu sebeple olumlu anne-bebek ilişkisinin oluşturulmasında ebelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Çakır, 2009).

Ebeler gebelik öncesi kadınların ve eşlerinin gebeliği isteme durumunu, doğuma ve ebeveynliğe hazır olup olmadıklarını değerlendirmelidir. Doğum öncesi dönemde doğum ve doğum sonrası ile ilgili eğitimler planlamalı ve bakım hizmetleri sunmalıdır. Ebeveynleri doğuma ve doğum sonu ailelerine katılacak olan yeni bireye hazırlamalıdır. Doğum sonu annelerin bebekleriyle erken temasa girmelerini sağlayarak ve emzirmeye yardımcı olarak bağlanmanın gelişimini olumlu yönde arttırmalıdır. Anneye taburcu olurken bebeği ile olan etkileşimini sürdürmesinin önemini vurgulamalı, aile üyelerine de bu konuda bilgiler vermelidir (Kavlak ve Şirin, 2007).

Uzun ve zor doğum ya da sezaryen doğum gibi doğum şekliyle ilişkili faktörler, ebeveynlerin bebeğine bağlanmasına veya doğum sonu dönemde olumlu tepki göstermelerine engel oluşturabilir. Sezaryen doğumdan sonra ebeveynlerin bebek ile ilişkisinin başlaması çok önemlidir. Ebe sezaryenle doğumunu gerçekleştirmiş anneye, normal vajinal doğum yapamadığı için üzüntü ve başarısızlık duygularının üstesinden gelme konusunda yardım etmelidir (Özden, 2019).

Anne ve bebek davranışlarının gözlenmesi, annelerin kaygı durumlarının ve ihtiyaçlarının dikkatlice değerlendirilmesi sayesinde ebeler sağlıklı bir gelişimin sağlanması ve anne-bebek arasındaki bağı güvenceye almak için eğitim ve destek sağlayabilirler. Annenin bebeğine gerçek ismiyle seslenmemesi, bebeğin gelişimine yetecek kiloyu almaması, vücudunun kirli ve bakımsız olması ve bebeğin vücudunda ciddi pişiklerin olması, annenin bağlanmada yetersiz olduğunu gösterebilir. Ebe annenin bebeği hakkındaki düşünce ve duygularını öğrenmeli ve bebeğin bakımında destekleyici ve eğitici olmalıdır (Keskin, 2018). Doğum sonu ilk günlerde ve ilk bir yıl tamamlanana kadar anneye düzenli periyotlarla süreklilik içeren profesyonel tavsiyeler ve destekleyici bakım verilmesi, annelik rolünde memnuniyet artışına sebep olmakta anneliğe uyumu kolaylaştırmaktadır (Deliktaş ve diğerleri, 2015).

## **2.8.Kaygı**

Kaygı kavramı, bunaltı, güzel olmayan heyecansal bir endişe durumu, üzüntü, kuşkuya sebep olan düşünce, dert, tasa, olmayacak bir durumun olacağını düşünerek ortaya çıkabilen ve hangi nedenlerle kaynaklandığı bilinemeyen huzursuzluk duygusu olarak açıklanmaktadır (Onus, 2019). Kaygı, genel olarak gelecekle ilgili insanı sıkı ve üzen bir bekleme durumu

olarak tanımlanır. Titreme, çarpıntı, terleme ve nabzın yükselmesi gibi fiziksel semptomlarla kendini gösteren güvensizlik hissi ile karışık bir heyecan durumudur (Üst ve diğerleri, 2013).

Kaygı, insanlarda iki şekilde gözlenmektedir. Bunlar, durumluk kaygı ve sürekli kaygıdır. Durumluk kaygı, kişinin içinde bulunduğu stresli halden dolayı hissettiği öznel bir korkudur. Fizyolojik açıdan otonom sinir sisteminde oluşan bir uyarılma sonucu terleme, kızarma, sararma ve titreme gibi fiziksel değişiklikler kişinin gerilim ve huzursuzluk duygularının göstergeleridir. Stresin yoğun olduğu zamanlarda, durumluk-kaygı seviyesinde yükselmeler olurken stres etkeni ortadan kalkınca kaygı seviyesinde düşmeler olmaktadır (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003; Onus, 2019). Sürekli kaygı ise kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna bireyin içinde bulunduğu durumları genelde stresli olarak algılama veya stres olarak yorumlama eğilimi sebep olabilmektedir. Nesnel kriterlere göre nötr olan durumların kişi tarafından tehlikeli ve tehdit edici olarak algılanması sonucunda oluşan mutsuzluk ve hoşnutsuzluk duygusudur. Bu şekilde kaygı seviyesi yüksek olan kişilerin, kolayca incindikleri ve karamsarlığa büründükleri görülmektedir. Bu kişiler, durumluk kaygıyı da diğerlerine nazaran daha sık ve yoğun bir biçimde yaşamaktadırlar (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003).

Kaygı duygusunun oluşmasına yol açan sebepler arasında, sosyal desteğin olmaması sonucu olumsuz bir durumu beklemek, içsel çelişki, belirsizlik, gebelik, doğum, ebeveyn olma, sağlıkla ilgili problemler, hastaneye yatma, bir kayıp yaşama, sosyal ve ekonomik sorunlar sayılabilir (Onus, 2019).

## **2.9. Postpartum Kaygı**

Kadın hayatında gebelik süreci ve doğum insan neslinin sürdürülmesi, aile bütünlüğünün oluşması ve toplum gelişimi için oldukça önemli bir süreçtir. Bu dönemi, kadının hayatında meydana gelen değişiklik ve yeni rollere adaptasyon gerektiren bir kriz süreci olarak görmek de mümkündür (Dönmez ve diğerleri, 2014). Gelişimsel kriz durumu olarak nitelendirilen gebelik hali ve doğum, fizyolojik, psikolojik ve sosyal durum değişikliklerine sebep olduğu için, kadın hayatında önemli bir yere sahiptir. Gebeliğe özgü fizyolojik ve hormonal değişimler psikolojik değişimlerin kaynağını oluşturmaktadır (Üst ve diğerleri, 2013).

Kadınların hormonal ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırmacı ve klinisyen, gebelikteki duygu durum değişikliklerinde, gerek biyolojik gerekse de psikososyal risk etmenlerinin sorumlu olması ile ilgili görüş birliği içindedir. Literatürde, kadının bireysel deneyimleri, eğitim seviyesi, aile içi ilişkileri, kendisinin ve aile bireylerinin gebeliğe karşı olan tutumları ve edinilen tecrübeleri, ailenin sosyoekonomik durumu, doğumda yaşanacak ağrı, doğum sürecinin uzunluğu, obstetrik ve cerrahi riskler, hastaneye veya doktora ulaşamama, var olan çocuk sayısı ve gebeliğin istenme durumu gebelik ve doğum sürecinde kadın için stres oluşturan risk etmenleri olarak belirtilmektedir (Dönmez ve diğerleri, 2014).

Doğum eyleminde kadınlar o an yaşadıkları ve olup biten durumlar hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları ve anlayamadıkları için korku, kaygı ve anksiyete yaşamaktadırlar. Kadınların büyük kısmı doğumdan korkar. Doğumda oluşabilecek birtakım risklerinde bebeğe zarar verme olasılığı da anneyi strese sokar ve kaygılandırır (Üst ve diğerleri, 2013). Gebelik, doğum ve doğum sürecindeki tüm bu yaşanan korku ve kaygılar doğum sonunu da etkiler ve annenin postpartum kaygı düzeyini artırır. Doğum sonu dönemde anneler bir taraftan kendilerinin ve bebeklerinin bakımını üstlenmek ile sorumluyken diğer taraftan yaşadığı değişikliklere ayak uydurmaya ve karşılaştıkları sıkıntılarla baş etmeye çalışırlar. Annelik rolünün vereceği yeni sorumluluklar yaşanan kaygının düzeyini artırabilir ve anneler oldukça hassas ve duyarlı olabilirler. Ayrıca ilk kez gebe kalan ve ilk doğumunu yapmış olan annelerin postpartum dönemde kendilerinin ve özellikle de bebeklerinin bakımlarına ilişkin bilgi noksanlığı annelerin bu dönemde kaygı yaşamalarına neden olmakta ve anne-bebek bağılılığını olumsuz yönde etkileyerek psikolojik semptomların görülmesine neden olmaktadır (Kızrak, 2019).

Postpartum süreçte oluşan kaygı kontrol altına alınamaz ise artan kaygı düzeyi, annenin psikolojik açıdan daha kötü duruma gelmesine sebep olabilir. Annenin bu durumu postpartum depresyona kadar ilerleme gösterebilir. Anne bu süreçte nedensiz ağlamalar, uykuda problemler, yeme bozuklukları, sıkıntı, öfke, bebeğe karşı ilgisizlik ve sevgisizlik durumu, bebek için gereğinden fazla endişelenme, aile bireyelerine karşı soğukluk, cinsel aktivite bozukluğu, umutsuzluk ve kendini çaresiz hissetme gibi durumlar yaşayabilir Doğum sonu dönemde postpartum kaygı durumu annenin, bebeğin ve aile üyelerinin sağlığı açısından oldukça önemlidir ve bakım veren tarafından titizlikle takip edilmelidir (Özyon, 2019).

### 2.9.1. Postpartum Kaygı ve Ebelik

Anneler postpartum dönemde bebeklerine bakım vermekle ilgili beceri geliştirmek, sağlıklı anne-bebek iletişimini başlatmak ve yeni rolünün sorumluluklarına uyum sağlamak zorundadır. Özellikle doğum sonu ilk bir hafta annede ve bebekte hızlı değişikliklerin yaşanması ve komplikasyonların daha fazla grlmesi bakımından anne bebek sağlığı için en riskli dönemdir. Anne-bebek sağlığını iyileştirmek ve mortaliteyi azaltmak amacıyla bu dönemde anne ve yenidoğan yakından ve sık aralıklarla takip edilmelidir. Yaşanabilecek fiziksel ya da psikolojik komplikasyonlardan dolayı postpartum dönem bazen bir yıl veya daha uzun sürebilmektedir (Kızrak, 2019).

Ebeler kadınların koruyucusu ve bakım vericisi olarak kadının hayatındaki bütün durumlarda danışılan bakım ve eğitimler veren kişilerdir. Postpartum dönemde de ebelerin rolü büyüktür. Postpartum dönemde annenin yaşadığı sıkıntılarını ilk tespit edecek kişilerden biri de ebelerdir. Postpartum dönemdeki depresif belirtilerde erken tanı, yapılan uygun müdahale ve görülen belirtilerin ilerlemesinin önlenmesi amacıyla ebeler tarafından kadının psikolojik değerlendirmesi yapılmalıdır. Ebelerin, risk grubunda olduğunu tespit ettiği anneleri, bebekleriyle birlikte takibe alarak annenin kendisinde fark edebileceği değerliklerde yapabilecekleri hakkında, başvurabileceği kurumlar ve kişiler konusunda bilgilendirmeleri bakım ve eğitimler düzenlemeleri gerekmektedir (zyon, 2019).

## **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Doğumda oksitosin indüksiyonu uygulanan ve uygulanmayan annelerin doğum sonu anne-bebek bağlanması ve durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla analitik ve olgu-kontrol tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

### **3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Konya İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Lohusa Servisinde yürütülmüştür. Lohusa servisi 2 ayrı servis olarak 4'ü suit oda olmak üzere toplamda 24 odalı 44 yataklıdır. Hastanede bir yılda (2019) yaklaşık 8145 normal doğum gerçekleşmektedir. Hastanede 13 kadın doğum ve hastalıkları hekimi, 148 ebe ve 179 hemşire görev yapmaktadır. Hastane 2017 yılında yeni yapılmış binasına taşınmış olup hali hazırda bu binada hizmet vermektedir. Hastane 2018 yılında anne ve bebek dostu hastane ünvanını almıştır. Hastanede kadın doğum poliklinikleri, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk dal-yandal poliklinikleri, gebe bilgilendirme sınıfı, aile planlaması polikliniği, üremeye yardımcı tedavi merkezi (tüp bebek), kadın doğum acil, çocuk acil ve anestezi polikliniği, yoğun bakım ünitesi ve üç basamaklı yenidoğan yoğun bakım ünitesi bulunmakta ve hizmet vermektedir. Konya'da bulunan doğuma ilişkin tek dal hastanesi olması ve en fazla doğum sayısına ulaşan hastane olması sebebiyle araştırmanın burada yapılması uygun bulunmuştur.

### **3.3. Araştırmanın Zamanı**

Araştırma, Ocak 2020-Mayıs 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma ile ilgili basamaklar ve zaman çizelgesi Tablo 2 'de gösterilmiştir.



**Tablo 2.** Araştırma Zamanına İlişkin Bilgiler.

| İşlemler  | Tarih                   |
|---|-------------------------|
| Araştırma konusunun seçimi  | Ocak 2020               |
| Tez önerisinin hazırlanması   | Şubat 2020              |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul ön onayının alınması  | Nisan 2020              |
| Konya İl Sağlık Müdürlüğü'nden resmi izin alınması  | Eylül 2020              |
| Anket formunun ön uygulaması  | Eylül 2020              |
| Araştırma verilerinin toplanması  | Eylül 2020 - Şubat 2021 |
| Araştırma verilerinin analizi ve değerlendirilmesi  | Şubat - Mart 2021       |
| Araştırma sonuç raporunun hazırlanması  | Mart – Nisan 2021       |
| Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurul son onayının alınması | Mayıs 2021              |

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Eylül 2020-Şubat 2021 tarihleri arasında Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde vajinal yolla doğum yapmış 4061 kadın oluşturmuştur. Örneklem en az alınacak kadın sayısı, %95 güven aralığı ( $\alpha=0,05$ ) ve  $N=8145$  (2019 yılı doğum yapan kadın sayısı) ile hesaplanarak, araştırmaya alınması gereken en az kadın sayısı 400 olarak hesaplanmıştır. Hesaplama evreni bilinen örneklem hesaplaması kullanılmıştır. Bu durumda oksitosin indüksiyonu uygulanan gruba 200, oksitosin indüksiyonu uygulanmayan gruba 200 olmak üzere toplam 400 kadının araştırmaya alınması planlanmıştır. Araştırmaya toplam 428 kadın davet edilmiştir. Bu kadınlardan 5 tanesi araştırmaya katılmayı reddetmiş, 7 tanesi anket formunu tam olarak doldurmamış ve araştırma gelişigüzel örnekleme ile seçilen toplam 416 kadın ile tamamlanmıştır. Olgu ve kontrol grubuna atama yapılırken gebe dosyasından bilgiler alınmış ve araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan kadınlardan oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınlar olgu grubuna,

oksitosin indüksiyonu uygulanmayan kadınlar kontrol grubuna alınmıştır.

Olayın ortalaması incelenecek ise örnekleme alınacak birey sayısını saptamak için formül (Sümbüloğlu, 1990):

Evrendeki birey sayısı biliniyorsa;

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

$$N = \frac{8145 \times (1,96 \times 1,96) \times 0,5 \times 0,5}{(0,05 \times 0,05) \times 8144 + (1,96 \times 1,96) \times 0,5 \times 0,5}$$

$$N = 400$$

### **3.5. Araştırmaya Dahil Olma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

#### **3.5.1. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri**

- 18 yaş ve üzerinde olanlar
- Tek ve canlı olarak bebeğini dünyaya getirenler
- Bebeği sağlıklı ve anne ile birlikte olanlar
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilenler
- Okuryazar kadınlar
- Oksitosin indüksiyonu uygulananlar (olgu grubu)
- Oksitosin indüksiyonu uygulanmayanlar (kontrol grubu)

#### **3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

- Herhangi bir gebelik komplikasyonu olanlar (plesanta previa, preeklamsi, erken membran rüptürü, oligohidroamniyos, prezantasyon bozukluğu, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin ölü fetüs, makrozomik bebekler vs.)

- Herhangi bir sistemik ve nörolojik hastalığı olanlar
- Doğumda epizyotomi, amniyotomi, forseps, vakum uygulamaları gibi müdahaleler
- Oksitosin indüksiyonu dışındaki indüksiyon yöntemleri uygulanan kadınlar
- Bebeği kuvöze alınan ya da yenidoğan yoğun bakıma yatışı yapılan kadınlar

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu (EK-1)”, “Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (EK-2)” ve “Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) (EK-3)” kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Kişisel Bilgi Formu (Ek-1)**

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu kadının, yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin mesleği, gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, resmi nikahı olup olmama durumu, yaşayan çocuk sayısı, toplam gebelik sayısı, düşük, küretaj, ölü doğum öyküsü, önceki doğumlarda yaşanan problem, önceki doğumlarda doğum sonu yaşanan problem, gebeliğin istenmiş/planlı olup olmama durumu, gebelikler arasındaki süre, gebelikte ne sıklıkla takip edildiği, doğum öncesi eğitim alma durumuna ilişkin verileri toplamak amacıyla 20 sorudan oluşmaktadır (Kavlak ve Şirin,2009; Taşar ve diğerleri, 2016).

#### **3.6.2. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) (Ek-2)**

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), doğumdan sonraki ilk günden itibaren uygulanabilecek şekilde düzenlenmiştir ve annenin bebeğine karşı hissettiği duyguları tek bir kelime ile ifade etmesine olanak sağlamaktadır. Anne ya da baba tarafından tek başına kolaylıkla ve hızlı bir şekilde uygulanabilecek olan bu ölçek, kurulan bağ ile annenin ilk dönem ruh hali arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Taylor ve diğerleri tarafından geliştirilen

ABBÖ 8 maddeden oluşan, 4'lü likert tipinde bir ölçektir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0-3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 24 olmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe anne-bebek bağlanma düzeyi azalmaktadır. Ölçekte 5 madde ters yönlü olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin puanlayıcılar arası güvenilirliğinin 0.71 ve Cronbach Alpha 0.66 olduğu bildirilmiştir. Taylor ve diğerlerinin yapmış olduğu çalışmada 3. Gün ve 12. Haftadaki bağlanma skorları arasında güçlü bir korelasyon bildirilmiştir ( $r=0.54$   $p<0.001$ ) (Taylor ve diğerleri, 2005). Ölçeğin Türkçe uyarlaması Karakulak ve Alparslan tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ABBÖ'nin anneye ait Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayıları birinci aşamada 0.69, ikinci aşamada 0.68 olarak bulunmuştur (Karakulak ve Alparslan 2016). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach Alpha sayısı 0,71 olarak bulunmuştur.

### **3.6.3. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) (Ek-3)**

Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ) ise, Spielberg ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilmiştir. Öner ve Le Compte tarafından Türkçe uyarlaması 1974- 1977 yıllarında yapılmıştır (Öner ve Le Compte, 1998). Her iki ölçekte dörtlü likert tiptedir. Durumluk kaygı ölçeği, bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğinin betimlenmesi ile ilgilidir ve ölçeğin maddelerini okurken o anki duygularının şiddetine göre “1 (Hiç), 2 (Biraz), 3 (Çok), 4 (Tamamiyle)” gibi, dört seçenekten bir tanesini işaretlemesini gerektirir. Durumluk kaygı ölçeğinde 20 madde bulunmaktadır. Sürekli kaygı ölçeği ise; bireyin kendini genellikle nasıl hissettiğini betimlemesini gerektirir. Sürekli kaygı ölçeğini okurken ölçek maddelerinin her birini “ 1 (Hemen hemen hiçbir zaman), 2 (Bazen), 3 (Çoğu Zaman), 4 (Her Zaman) ifadelerinden biriyle yanıtlamışlardır. Sürekli kaygı ölçeğinde de 20 madde bulunmaktadır. Duruma bağlı kaygı ölçeğinde ve sürekli kaygı ölçeğinde 10'ar adet madde ters puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir; büyük puan yüksek kaygı seviyesini, küçük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtmektedir (Öner ve Le Compte, 1998). Ölçeğin Türkçe uyarlanmasında alfa korelasyonları ile saptanan güvenilirlik katsayılarının durumluk kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.92 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0.83 ile 0.87 arasında olduğu saptanmıştır (Akman, 2015). Bu araştırmada güvenilirlik katsayısı durumluluk kaygı ölçeği için 0,78-0,85 arasında, sürekli kaygı ölçeği için 0-81-0,88 arasında bulunmuştur.

### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formunun anlaşılabilirliği ile uygulanabilirliğini sağlamak amacıyla Ebelik ve Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanlarında görev yapan beş öğretim üyesinin görüş ve önerileri alınmıştır. Anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini denemek için çalışmanın yapıldığı lohusa servisinde 10 kadın (oksitosin indüksiyonu uygulanan 5 kadın ve oksitosin indüksiyonu uygulanmayan 5 kadın) ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamada kişisel bilgi formunda herhangi bir değişikliğe gereksinim duyulmamıştır. Ön uygulama formları araştırma analizine dahil edilmemiştir.

### **3.8. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırmanın yapılabilmesi için önce etik kurul ön onayı alınmış ve araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu il sağlık müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Araştırma verileri Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde doğum yapan, aynı hastanenin lohusa servisinde yatmakta olan ve araştırmaya dahil olma kriterlerine uyan kadınlardan toplanmıştır. Kadınlara araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış, soruları yanıtlanmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü onam alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan oksitosin indüksiyonu uygulananlar olgu grubuna, oksitosin indüksiyonu uygulanmayan kadınlar kontrol grubuna alınmıştır. Araştırmanın veri toplama araçlarından kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme tekniği ile ABBÖ ve DKÖ-SKÖ kadın tarafından öz bildirim yöntemi ile doldurulmuştur.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Verilerin analizinde Statistical Package for the Social Sciences SPSS 18 paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde; sayı, yüzde, ortalama, standart sapma değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadıklarını değerlendirmek için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Verilerin normal dağıldığı görülmüştür. Olgu ve kontrol gruplarının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin karşılaştırılmasında t-testi

(independent samples t testi) veya ki-kare testi kullanılmıştır. Vaka ve kontrol gruplarının ABBÖ, SKE ve DKE puan ortalamalarının karşılaştırmasında t testi kullanılmıştır. Ayrıca ABBÖ ile SKE ve DKE puan ortalamaları arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

### **3.10. Değişkenler**

#### **3.10.1 Bağımlı Değişkenler**

Bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini Anne- Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ)'deki sorulara verilen cevaplara göre alınan puanlar oluşturmaktadır.

#### **3.10.2. Bağımsız Değişkenler**

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleridir.

### **3.11. Araştırma Sırasında Yaşanan Güçlükler**

Covid-19 pandemi süreci nedeniyle kurum izni alınma süreci uzamıştır. Covid-19 pandemi sürecinde gebelerin daha çok özel hastaneleri tercih etmeleri nedeniyle araştırma yapılan hastaneye başvuran gebe sayısı azalmıştır ve başvuranların çoğunluğu Suriye uyruklu gebelerden oluştuğu için dil problemi nedeniyle anket formu uygulanamamış bu da veri toplama süresinde uzamaya sebep olmuştur.

### 3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma protokolü için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan ön onay alınmıştır. Ön onay sonrası Konya İl Sağlık Müdürlüğünden araştırmanın Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde uygulanabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılım sağlayacak olan kadınlara çalışmanın amacı, veri toplama formlarını doldurmak için gereken süre, çalışmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları verdikleri bilgilerin araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacağı gibi konularda bilgiler verilmiştir. Varsa soruları yanıtlanmış ve çalışmaya katılımları konusunda sözlü onamları alınmıştır. Bu bilgiler doğrultusunda kadınların araştırmaya katılıp katılmamaları konusunda herhangi bir baskı yapılmadan gönüllü katılım sağlanmasına özen gösterilmiştir. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ)'nin araştırmada kullanılabilmesi için Hatice Aydemir Karakulak'tan elektronik posta yolu ile izin alınmıştır (EK-4). Son olarak yine Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 04.06.2021-35320 tarih ve sayı numarası ile son onay (Protokol No: 2020/013) alınmıştır (Ek 5). Araştırmanın yapıldığı hastanenin bağlı olduğu Konya İl Sağlık Müdürlüğü kurum izin yazısının sayı numarası 86737044-806.01.03'dür (EK- 6).

## 4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya ilişkin bulgular üç ana başlık altında verilmiştir.

- Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular
- Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular
- Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

### 4.1. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

#### 4.1.1. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 3.** Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Kişisel Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Özellikler            | Olgu Grubu (n=208)<br>n (%) | Kontrol Grubu (n=208)<br>n (%) | X <sup>2</sup> /p |
|-----------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|
| <b>Eğitim durumu</b>  |                             |                                |                   |
| Okur yazar            | 8 (3,8)                     | 7 (3,4)                        | 2,609/0,625       |
| İlkokul               | 35 (16,8)                   | 42 (20,2)                      |                   |
| Ortaokul              | 70 (33,7)                   | 58 (27,8)                      |                   |
| Lise                  | 56 (26,9)                   | 54 (26,0)                      |                   |
| Üniversite ve üstü    | 39 (18,8)                   | 47 (22,6)                      |                   |
| <b>Çalışma durumu</b> |                             |                                |                   |
| Evet                  | 31 (14,9)                   | 34 (16,3)                      | 0,164/0,685       |
| Hayır                 | 177 (85,1)                  | 174 (83,7)                     |                   |



|                              |                         |                         |             |
|------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|
| <b>Gelir durumu</b>          |                         |                         |             |
| Gelir giderden az            | 59 (28,3)               | 66 (31,7)               | 1,049/0,592 |
| Gelir gidere eşit            | 127 (61,1)              | 125 (60,1)              |             |
| Gelir giderden fazla         | 22 (10,6)               | 17 (8,2)                |             |
| <b>Yaşanılan yer</b>         |                         |                         |             |
| Şehir                        | 144 (69,2)              | 145 (69,7)              | 2,677/0,444 |
| İlçe                         | 26 (12,5)               | 26 (12,5)               |             |
| Kasaba-Köy                   | 38 (18,3)               | 37 (17,8)               |             |
| <b>Aile tipi</b>             |                         |                         |             |
| Çekirdek aile                | 160 (76,9)              | 150 (72,1)              | 1,442/0,486 |
| Geniş aile                   | 48 (23,1)               | 58 (27,9)               |             |
| <b>Sosyal güvence durumu</b> |                         |                         |             |
| Var                          | 163 (78,4)              | 163 (78,4)              | 0,210/0,989 |
| Yok                          | 45 (21,6)               | 45 (21,6)               |             |
| <b>Resmi nikah durumu</b>    |                         |                         |             |
| Var                          | 203 (97,6)              | 198 (95,2)              | 1,729/0,189 |
| Yok                          | 5 (2,4)                 | 10 (4,8)                |             |
| <b>Özellikler</b>            | <b>Ort±SS (Min-Max)</b> | <b>Ort±SS (Min-Max)</b> | <b>t/p</b>  |
| Yaş                          | 26,94±5,73 (18-44)      | 26,97±5,80(18-43)       | 0,600/0,953 |

X<sup>2</sup>: Ki-kare testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-Max: Minimum, Maksimum, t: independent samples t testi

Tablo 3’de araştırmaya katılan olgu ve kontrol grubundaki kadınların kişisel özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan her iki gruptaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde ortaokul mezunu olduğu (olgu: %33,7, kontrol: %27,8), büyük bir bölümünün çalışmadığı (olgu: %85,1, kontrol: %83,7) ve çoğunluğunun gelirinin giderine eşit olduğu (olgu: %61,1, kontrol: %60,1) saptanmıştır.

Ayrıca çalışmaya katılan her iki gruptaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün şehirde yaşadığı (olgu: 69,2, kontrol: 69,7), çoğunluğunun çekirdek aile yapısına sahip olduğu (olgu: %76,9, kontrol: %72,1) ve tamamına yakın bir bölümünün ise resmi nikahının bulunduğu (olgu: %97,6, kontrol: %95,2) görülmüştür (Tablo 3).

#### 4.1.2. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

**Tablo 4.** Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Karşılaştırılması

| Özellikler                               | Olgu Grubu<br>(n=208) n (%) | Kontrol Grubu<br>(n=208) n (%) | X <sup>2</sup> /p |
|--|-----------------------------|--------------------------------|-------------------|
| <b>Toplam gebelik sayısı</b>             |                             |                                |                   |
| Bir                                      | 73 (35,1)                   | 71 (34,1)                      | 2,113/0,549       |
| İki                                      | 49 (23,6)                   | 58 (27,9)                      |                   |
| Üç                                       | 40 (19,2)                   | 43 (20,7)                      |                   |
| Dört ve üstü                             | 46 (22,1)                   | 36 (17,3)                      |                   |
| <b>Yaşayan çocuk sayısı</b>              |                             |                                |                   |
| Bir                                      | 82 (39,4)                   | 82 (39,4)                      | 6,202/0,102       |
| İki                                      | 50 (24,0)                   | 69 (33,2)                      |                   |
| Üç                                       | 51 (24,5)                   | 35 (16,8)                      |                   |
| Dört ve üstü                             | 25 (12,1)                   | 22 (10,6)                      |                   |
| <b>Düşük sayısı</b>                      |                             |                                |                   |
| Bir                                      | 28 (13,5)                   | 33 (15,9)                      | 1,164/0,559       |
| İki                                      | 6 (2,9)                     | 6 (2,9)                        |                   |
| Yok                                      | 174 (83,7)                  | 169 (81,2)                     |                   |
| <b>Kürtaj sayısı</b>                     |                             |                                |                   |
| Bir                                      | 12 (5,8)                    | 7 (3,4)                        | 0,159/0,924       |
| İki ve üstü                              | 3 (1,5)                     | 2 (1,0)                        |                   |
| Yok                                      | 193 (92,8)                  | 199 (95,7)                     |                   |
| <b>Ölü doğum sayısı</b>                  |                             |                                |                   |
| Bir                                      | 3 (1,4)                     | 4 (1,9)                        | 0,32/0,858        |
| İki                                      | 1 (0,5)                     | 1 (0,5)                        |                   |
| Yok                                      | 204 (98,1)                  | 203 (97,6)                     |                   |
| <b>Önceki doğumlarda yaşanan problem</b> |                             |                                |                   |
| Erken doğum                              | 5 (2,4)                     | 7 (3,4)                        | 2,619/0,270       |
| Zor doğum eylemi                         | 5 (2,4)                     | 3 (1,5)                        |                   |
| Yok                                      | 198 (95,2)                  | 198 (95,2)                     |                   |

|  |            |            |             |
|--|------------|------------|-------------|
| <b>Önceki doğumlardan sonra yaşanan problem*</b> |            |            |             |
| Hareket kısıtlılığı                              | 4 (1,9)    | 3 (1,4)    | 4,732/0,316 |
| Emzirme problemleri                              | 3 (1,4)    | 3 (1,5)    |             |
| Kanama, enfeksiyon                               | 2 (1,0)    | -          |             |
| Yok  | 199 (95,7) | 202 (97,1) |             |
| <b>Gebeliğin planlı olma durumu</b>              |            |            |             |
| Evet   | 168 (80,8) | 171 (82,2) | 0,143/0,705 |
| Hayır  | 40 (19,2)  | 37 (17,8)  |             |
| <b>Son gebelikten bu yana geçen süre</b>         |            |            |             |
| 9-12 ay  | 11 (5,3)   | 12 (5,8)   | 0,303/0,960 |
| 13-24 ay   | 21 (10,1)  | 24 (11,5)  |             |
| 25-36 ay   | 28 (13,5)  | 26 (12,5)  |             |
| 36 ay ve üzeri                                   | 74 (35,6)  | 74 (35,6)  |             |
| İlk gebeliği olanlar                             | 74 (35,6)  | 72 (34,6)  |             |
| <b>Gebelikte kontrole gitme sıklığı</b>          |            |            |             |
| Hiç  | 7 (3,4)    | 3 (1,4)    | 2,659/0,447 |
| 1-3 hafta  | 25 (12,0)  | 32 (15,4)  |             |
| 4-6 hafta  | 104 (50,0) | 106 (51,0) |             |
| 7 ve üzeri hafta                                 | 72 (34,6)  | 67 (32,2)  |             |
| <b>Doğum öncesi eğitim alma durumu</b>           |            |            |             |
| Evet   | 30 (14,4)  | 40 (19,2)  | 1,718/0,190 |
| Hayır  | 178 (85,6) | 168 (80,8) |             |

X<sup>2</sup>: Ki-kare testi

Tablo 4’de araştırmaya katılan olgu ve kontrol grubundaki kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin verilerin dağılımı yer almaktadır. Çalışmaya katılan olgu ve kontrol grubundaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde çoğunlukla birinci gebeliğe (olgu: %35.1, kontrol:%34.1) ve bir yaşayan çocuga (olgu: %39.4, kontrol: %39.4) sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca her iki gruptaki kadınların büyük bir çoğunluğunun istatistiksel olarak benzer şekilde düşük yapma (olgu: %83.7, kontrol: %81.2), kürtaj olma (olgu: %92.8, kontrol: %95.7), ölü doğum yapma (olgu: %98.1, kontrol: %97.6) öykülerinin bulunmadığı ve

büyük bir çoğunluğunun önceki doğumları sırasında (olgu: %95,2, kontrol: %95,2) ve sonrasında (olgu: %95,7, kontrol: %97,1) herhangi bir problem yaşamadıkları saptanmıştır.

Araştırmada olgu ve kontrol gruplarındaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün gebeliğinin planlı olduğu (olgu: %80,8, kontrol: %82,2) ve son gebeliğinden bu yana geçen sürenin 36 ay ve üzeri (olgu: % 35,6, kontrol % 35,6) olduğu görülmüştür. Ayrıca her iki gruptaki kadınların istatistiksel olarak benzer şekilde büyük bir bölümünün 4-6 hafta aralıklarla gebelik kontrolüne gittikleri (olgu: %50.0, kontrol:%51.0) ve çoğunluğunun doğum öncesi eğitim almadıkları (olgu:%85.6, kontrol%80.8 ) görülmüştür (Tablo 4).

#### 4.2. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeylerine İlişkin Bulgular

**Tablo 5.** Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların ABBÖ, SKE ve DKE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

| Ölçekler | Olgu Grubu (n=208)<br>Ort±SS (Min-Max) | Kontrol Grubu (n=208)<br>Ort±SS (Min-Max) | t/p                 |
|----------|--|---|---------------------|
| ABBÖ     | 14,28 ±1,73 (1-22)                     | 12,91±2,25 (2-24)                         | <b>1,906/0,057*</b> |
| SKE      | 41,89± 8,07 (32-79)                    | 42,00±7,39 (30-75)                        | 0,146/0,884         |
| DKE      | 31,71± 7,82 (28-76)                    | 28,56±6,91 (24-77)                        | <b>1,582/0,011*</b> |

\*p<0,05, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min-Max: Minimum, Maksimum, t: independent samples t testi

Tablo 5’de olgu ve kontrol grubundaki kadınların ABBÖ, SKE ve DKE puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Olgu grubunun ABBÖ puan ortalamasının (14,28 ±1,73) kontrol grubundan (12,91±2,25) daha yüksek olduğu ve yapılan istatistiksel analizde bu farkın önemli olduğu görülmüştür (t=1,906, p=0,057).

Araştırmada olgu grubundaki kadınların SKE puan ortalamalarının (41,89± 8,07) kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha düşük olduğu (42,00±7,39), ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın önemsiz olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Araştırmada olgu grubunda yer alan kadınların DKE puan ortalamalarının (31,71±7,82) kontrol grubuna göre (28,56±6,91) daha istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (t=1,582, 0,011) (Tablo 5).

#### 4.3. Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

**Tablo 6.** Olgu ve Kontrol Grubundaki Kadınların ABBÖ, SKE ve DKE Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

|                              | ABBÖ   |         |
|------------------------------|--------|---------|
|                              | r      | p       |
| <b>Olgu Grubu (n=208)</b>    |        |         |
| <b>SKE</b>                   | -0,542 | p=0,012 |
| <b>DKE</b>                   | -0,421 | p=0,053 |
| <b>Kontrol Grubu (n=208)</b> |        |         |
| <b>SKE</b>                   | -0,498 | p=0,023 |
| <b>DKE</b>                   | -0,512 | p=0,006 |

r: Korelasyon katsayısı

Tablo 6'da olgu ve kontrol grubundaki kadınların ABBÖ ile SKE ve DKE puan ortalamaları arasındaki ilişki verilmiştir. Olgu grubundaki kadınların; anne- bebek bağlanma düzeyleri ile süreklilik kaygı düzeyleri (r= -542, p= 0,012) ve durumluluk kaygı düzeyleri (r= -0,421, p= 0,053) arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta şiddette ilişki saptanmıştır.

Araştırmada kontrol grubundaki kadınların; anne-bebek bağlanma düzeyleri ile süreklilik kaygı düzeyleri (r= -498, p= 0,023) ve durumluluk kaygı düzeyleri (r= -0,512, p= 0,006) arasında istatistiksel olarak negatif yönde orta şiddette ilişki saptanmıştır (Tablo 6).

## 5. TARTIŞMA

Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun, doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanması ve kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla analitik ve olgu-kontrol tipte yapılan bu çalışmada, olgu grubunda yer alan kadınların kontrol grubunda yer alan kadınlara göre anne-bebek bağlanma düzeylerinin daha düşük olduğu, süreklilik kaygı düzeyleri arasında fark olmadığı ancak durumluluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada her iki grupta kadınların kaygı düzeyleri arttıkça anne-bebek bağlanma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar kadınların doğumda indüksiyon uygulamasının durumluluk kaygı düzeyini artırdığını ve bu durumun anne-bebek bağlanmasını olumsuz olarak etkilediğini göstermektedir.

Araştırmada olgu ve kontrol grubundaki kadınların kişisel ve obstetrik özelliklerinin benzer olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar her iki grubun homojen özellikte olduğunu ve gruplarının anne-bebek bağlanması ve kaygı düzeyleri bakımından karşılaştırılabilir özellikte olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmada oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların anne-bebek bağlanma düzeyleri kontrol grubundaki kadınlara göre daha düşük olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, kadınların kendi doğum süreçlerini yönetmek ve kontrol etmek istediklerini göstermektedir (Gibbins ve Thomson 2001; Zadoronzyj, 1999). Ancak doğumda yaşanan ağrı, gerginlik, çaresizlik, korku, kontrol kaybı ve indüksiyon/lavman gibi anlaşılabilir işlemler kadının kendi doğum sürecini yönetmesinde engel oluşturabilmektedir (Mete 2013, Akın 2018). İndüksiyon uygulaması da doğumun doğal akışını bozması, kadının kendi doğum sürecini yönetmesine olanak tanınmaması gibi nedenlere bağlı olarak olumsuz doğum deneyimini yaşanmasına neden olabilmektedir. Yaşanılan olumsuz doğum deneyimine bağlı olarak kadınlarda stres hormonlarının artması sonucunda, kontraksiyonların sıklığı ve yoğunluğunda azalma meydana gelmektedir (Alehagen ve diğerleri. 2006, Mete 2013). Bu durum indüksiyon dozunda artışa neden olabilmektedir. Diğer taraftan anne-bebek bağlanma sürecinin, gebelikle birlikte başlayan, fetüsün hareketleri ile artan, doğumda doruğa çıkan, doğum sonrası yaşamın birinci yılında oluşan etkili bir ilişki olduğu göz önüne alındığında doğum anındaki olumsuz deneyimlerin anne-bebek bağlanmasında oldukça etkili olduğu söylenebilir (Karakulak ve Alparslan, 2016; Özden 2019). Ancak yapılan literatür

taramasında anne-bebek bağlanmasında etkili olabilecek çeşitli faktörlerin incelendiği bir çok çalışmaya ulaşılmamasına rağmen (Kızrak, 2019; Boukydis ve diğerleri, 2006; Righetti ve diğerleri, 2005; Pretorius ve diğerleri, 2006; Wong, 2001; Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010) anne-bebek bağlanması ve indüksiyon uygulaması arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya ulaşamamıştır. Bu sonuç anne-bebek bağlanması ve indüksiyon uygulaması arasındaki ilişkiyi değerlendiren daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir.

Araştırmada oksitosin indüksiyonu alan kadınların süreklilik kaygı envanteri puan ortalamaları kontrol grubunda yer alan kadınlara göre daha düşük olarak belirlenmiştir. Ancak yapılan istatistiksel değerlendirmede bu farkın anlamlı düzeyde olmadığı görülmüştür. Diğer taraftan araştırmada oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların durumluluk kaygı envanteri puan ortalamalarının kontrol grubunda yer alan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar indüksiyon uygulamasının kadınların sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkili olmadığını ancak durumluk kaygı düzeyleri üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Doğumda yaşanan ağrıyı azaltan, doğum eyleminin kolaylaşmasını sağlayan gelişmelerin olması doğumda medikalizasyon kavramını oluşturmuştur. Medikalizasyon ile beraber doğal yollar ile gerçekleşmesi gereken doğum, riskli ve müdahale gerektiren bir olay olarak görülmeye başlanmıştır. Doğum eyleminde elektronik fetal monitörizasyon, epizyotomi ve indüksiyon gibi uygulamalar artmış, doğum olayı riskli bir eylem olarak düşünölmeye başlanmış, doğumun zorunlu olarak hastane ortamında gerçekleştirilmesi kanaatine varılmıştır. Ülkemizde doğum eyleminde indüksiyon uygulaması ile ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte, sıkça kullanılan tıbbi girişim olduğu bildirilmektedir (Demirci ve diğerleri, 2005; Şahin ve Erbil, 2019). Diğer taraftan doğum indüksiyonu uygulanan gebelerde, başka bir tıbbi müdahale girişimi olasılığı da artmakta indüksiyon uygulanan gebelerde uygulamanın fetal distres, uterus rüptürü, hipotansiyon ve hiperstimülasyon gibi komplikasyonlara neden olabildiği belirtilmektedir (Şahin ve Erbil 2019). Yapılan bir çalışmada doğum eyleminde uygulanan oksitosin indüksiyonunun gebelerde memnuniyet düzeyini düşürdüğü belirtilmektedir (Ezeanochie ve diğerleri, 2013). Tüm bu bilgiler ışığında doğum eyleminde indüksiyon uygulaması doğumu daha medikal ve komplike bir süreç haline getirmesi nedeniyle kadının durumluluk kaygı düzeyini artırması beklenen bir durumdur. Bu çalışmanın sonucu ile mevcut literatür bilgisi paralellik göstermekte ve doğumda medikalizasyon kavramının ayrıntılı tartışılması ve azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması gerekliliğini gündeme getirmektedir. Ayrıca indüksiyon

uygulamasının kadınların kaygı düzeyine etkisini inceleyen araştırmalara ulaşılamamış olması bu konuda iyi planlanmış ve farklı örneklem gruplarıyla yapılmış çalışmalara ihtiyaç olduğunu dūřündürmektedir.

Araştırmada oksitosin indüksiyonu uygulanan kadınların anne-bebek bağlanma düzeyleri ile durumluluk-süreklilik kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak negatif yönde yüksek şiddette ilişki saptanmıştır. Bu sonuçlar artan kaygı düzeyinin anne-bebek bağlanması üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğunu göstermesi bakımından önemlidir. Bağlanma, anne ve bebeği arasında her iki yönde gelişen ve kurulan bir iletişim ve etkileşim örüntüsüdür. Ruhen ve bedenen sağlıklı bireylerin yetişmesi için, annenin bebeği ile doğum öncesinden başlayan ve doğum sonrası da devam eden uygun bağlanma oluşturması ve sürdürmesi beklenirken, benzer şekilde bebeğin de annesi ile uygun ve güvenli bağlanma kurması gerekmektedir. Bağlanmayı etkileyen birçok etmen bulunmaktadır (Karakay ve Dağlı 2019). Bu çalışmanın sonucuna göre kaygı düzeyi de bağlanmayı etkileyen bir faktör olarak saptanmıştır. Dolayısıyla annenin kaygı düzeyini artıran indüksiyon uygulamasının azaltılmasına yönelik girişimlerin planlanması ve uygulamaya konulması önem arz etmektedir.

### **5.1. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu sınırlılıklardan ilki, araştırma verileri yalnızca araştırmaya katılan kadınların öz bildirimleri doğrultusunda paylaşmış oldukları bilgiler ile sınırlı olup sadece araştırmanın katılımcılarını temsil etmektedir. Sınırlılığın ikincisi ise araştırma verilerinin toplanma sürecinde var olan Covid-19 pandemi sürecidir. Bu sürecin kritik bir dönem olması, Covid-19 bulaş riskini azaltmak için maske kullanımı ve sosyal mesafe önlemleri ile insanların korunmaya çalışması gibi sebeplerle katılımcı kadınlar tedirgin olmuş olabilir. Bu durum kadınlarda kaygı düzeyini artırmış olabilir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Bu araştırmada ;

- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu dönemde anne-bebek bağlanmasını azalttığı,
- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu dönemde durumluluk-kaygı düzeyini arttırdığı,
- Doğumda uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum sonu dönemde süreklilik kaygı düzeyini etkilemediği,
- Anne-bebek bağlanması ile kaygı düzeyi arasında negatif yönlü bir ilişkinin bulunduğu
- Annede kaygı düzeyi arttıkça anne-bebek bağlanmasının azaldığı, kaygı düzeyi azaldıkça da anne-bebek bağlanmasının arttığı sonuçlarına ulaşılmıştır.

### 6.2. Öneriler

- Doğum eylemi sürecinde gebeye indüksiyon uygulanmasını gerektiren sebepler haricinde indüksiyon uygulanmamalı, indüksiyon uygulanması gereken durumlarda ise gebenin ve bebeğin yakından dikkatle takip edilmesi sağlanmalı, gebede veya bebekte herhangi bir tehlike durumu görüldüğünde ise uygulamaya son verilmeli ve gerekli tıbbi tedavi uygulanmalıdır.
- Gebelik ve doğum eylemi, kadın için başlı başına büyük değişikliklerin yaşandığı ve bilinmezlik durumu söz konusu olan bir süreçtir. Tüm bu süreçlerde kadınlar, ebeler tarafından bilinçlendirilmeli ve danışmanlık hizmeti alınmalıdır.
- Ebeler ve kadın doğum hekimleri tarafından gebelere doğum süreci hakkında bilgi verilmeli, gebeler doğum sonu dönemdeki yeni rollerine alıştırılmalıdır. Kadınlar, ebeler tarafından bu sürece hazırlanarak kaygı düzeylerinin azalması ve anne-bebek bağlanma düzeylerinin artması sağlanır.
- Doğum eyleminde gebenin rahatlaması sağlanmalı, uygulanan tüm davranış ve tedaviler hakkında gebe bilgilendirilmeli ve onayı alınmalıdır.

- Kadın, doğum sonu dönemde de ebeler tarafından yakından takip edilmeli, anne-bebek bağlanması ve kaygı düzeyi açısından gözlenmeli, annede, bebekte veya bir aile üyesinde herhangi bir problem tespit edildiğinde gerekli danışmanlık ve yönlendirmelerin yapılması önerilir.

## KAYNAKLAR

- Acil Obstetrik Bakım ve Yönetim Rehberi (2009)., *T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*, s.17-40.
- <https://www.saglik.gov.tr/TR,11132/acil-obstetrik-bakim-yonetim-rehberi-geneIgesi-2009--5.html> adresinden erişildi. Erişim tarihi; 10.04.2021.
- ACOG. (2009). Practice Bulletin no 107. Induction of labor. *Obstet Gynecol*, 114, 386- 397.
- Adair, C. D. (2000) Nonpharmacologic Approaches to Cervical Priming and Labor Induction. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 43, 447-454.
- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34 (10), 932-937.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., Walls, S. Hillsdale, L. E., (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Londra:Routledge Taylor&Francis Group.
- Akgün, İ. (2016). *Erken postpartum dönemde klinikte verilen ebelik bakımının annenin memnuniyet düzeyine etkisi*. Yüksek lisans tezi, T.C. Sivas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Akın, Ö. (2018). *Gebelik Stresini Değerlendirme Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması*. Yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ordu.
- Akman, K. E. (2015). *Kadın Hastalıklarından Ameliyat Olacak Hastalara Preoperatif Dönemde Yapılan Tanıtıcı Eğitimin Kaygı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Alan, H. (2011). *Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin anne bebek bağlılığına etkisi*. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during and after

- childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85 (1), 56-62.
- Alfirevic, Z., Weeks, A. (2006). Oral misoprostol for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19 (2), CD001338.
- Alisinanoğlu, F., Ulutaş, İ. (2003). Çocukların kaygı düzeyleri ile annelerinin kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 28(128), 65-71.
- Arias, F. (2000). Pharmacology of oxytocin and prostoglandins. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(3), 455-68.
- Aydemir, HK, Alparslan Ö. (2016). Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(3), 188-199.
- Aydoğdu, M. G. S., Uzun, B., Özsoy, Ü. (2018). Ebelik Öğrencilerinin Normal Vajinal Doğum Yapma Konusundaki Görüşleri. *Androloji Bülteni*, 20, 8-84.
- Bağcı, S., Altuntuğ, K. (2016). Annelerin doğum sonunda yaşadıkları sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3266-3279.
- Başgöl, ř.,Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıt dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.
- Beck, A. T., Emery, G. (2006). *Anksiyete Bozuklukları ve Fobiler Bilişsel Bir Bakış Açısı*. İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Benk, D. (2006). *Servikal Olgunlaşma ve Doğum İndüksiyonunda Dinoprostol, Misoprostol ve Oksitosin Kullanımlarının Karşılaştırılması*. Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Binici, K. (2005). *Ultrasonografik pelvimetrenin baş-pelvis uygunsuzluğu öngörüsünde kullanımı*. Uzmanlık tezi, İstanbul Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Bishop, E. H. (1964). Pelvic scoring for elective induction. *Obstet Gynecol*, 24, 266-268.
- Boukydis, C.F.Z., Treadwell, M.C., Delaney-Black, V., Boyes, K., King, M., ve Robinson, T.

- (2006). Women's responses to ultrasound examinations during routine screens in an obstetric clinic. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 25, 721–728.
- Boulvain, M., Kelly, A. Irion, O. (2008). Intracervical prostaglandins for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 23;(1), CD006971.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 578-751.
- Bracken, J. N., Dryfhout, V. L., Goldenhar, L. M., Pauls, R. N. (2008). Preferences and concerns for delivery: an antepartum survey. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 19 (11), 1527–153.
- Brown, H. C., Paranjoty, S., Dowswell, T., Thomas, J. (2008). Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Syst Rev*, 8(4), CD004907
- Budak, M. Ş., Kaya, C., Akgöl, S., Şentürk, M. B., Kanat-Pektaş, M., Yaman-Görük, N., Tosun, Ö. (2016). Prostaglandin E2 ile Doğum İndüksiyonu: Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Deneyimi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 61 – 64.
- Bugg, G. J., Siddiqui, F., Thornton, J. G. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(6), CD007123.
- Ceylantekin, Y. (2006). *Sezaryenle ve vajinal yolla doğum yapan kadınların doğum öncesi ve sonrası tecrübe ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi*. Yüksek lisans yezı, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afyon.
- Chua, S., Arulkumaran, S., Vanaja, K., Ratnam, S. S. (1997). Preinduction cervical ripening: prostaglandin E2 gel vs hygroscopic mechanical dilator. *J Obstet Gynaecol Res*, 23(2), 171-7.
- Clark, S. L., Miller, D. D., Belfort, M. A., Dildy, G. A., Frye, D. K, Meyers, J. A. (2009).

- Neonatal and Maternal Outcomes Associated With Elective Term Delivery, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(2), 156.
- Cunningham, F. G., Gant, N. F., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., Hayth, J. C., Wenstrom, K. D. (2001). Induction and Augmentation of Labor. *Williams Obstetrics*, 469-81
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Larry, C., Gilstrap, L. C., Wenstrom, K. D. (2005). *Williams Obstetrics* (22). USA: The McGraw-Hill Companies.
- Çakır, D. (2009). *Doğum tipi değişkeninin anne bebek etkileşimi ve annenin bebeğini algılaması üzerindeki etkilerinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Çatalgöl, Ş. (2013). *İndüksiyon uygulanan primipar gebelere travayda dinletilen ney sesinin doğum sürecine etkisi*. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Çetinkaya, Ş. F., Söylemez, F. (2013). Doğum İndüksiyonunda Başarıyı Etkileyen Faktörler ve Doğum İndüksiyonu Yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 66(1), 52.
- Çoban, A., Saruhan, A. (2005). Anne-Bebek Etkileşiminde Hemşirenin Rolü, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(2), 89-96.
- Dağdeviren, E. (2018). *Doğum indüksiyonu başarısının öngörülmesinde uteroservikal açının değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Sağlık uygulama ve Araştırma Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul.
- Daskalakis, G., Zacharakis, D., Simou, M., Pappa, P., Detorakis, S., Mesogitis, S., Antsaklis, A. (2014). Induction of labor versus expectant management for pregnancies beyond 41 weeks. *J Matern Fetal Neonatal Medicine*, 27, 173-6.
- Deliktaş, A., Körükcü, Ö., (2015). Kukulü, K. Farklı gruplarda annelik deneyimi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5, 274-283.

- Demirci, N., Gürkan, Ö., Arslan, H., Ekşi, Z. (2005). Oksitosin uygulamalarında hekim, ebe ve hemşirenin rolü. *Perinatoloji Dergisi*, 13 (3), 129-37.
- Demirel, G., Çelik, D. B. (2013). Doğal Doğuma Müdahale:Sentetik Oksitosin Kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 22(4), 157-163.
- Dereli Yılmaz, S. ve Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma ve depresyon düzeyleri. *Genel Tıp Dergisi*, 20(3), 99-108.
- Derya, A. Y., (2012). *Sezeryan İle Doğum Yapan Loğusalara Konfor Kuramına Göre Verilen Hemşirelik Bakımının Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi*. Doktora tezi, T.C. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Diven, L. C., Rochon, M. L., Gogle, J., Eid, S., Smulian, J. C., Quiñones, J. N. (2012). Oxytocin discontinuation during active labor in women who undergo labor induction. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207(6), 471.
- Dönmez, S., Yeniel, Ö. A., Kavlak, O. (2014). Vajinal doğum ve sezaryen doğum yapan gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Durukan, E., İlhan, N. M., Bumin, A. M., Aycan, S. (2011). 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal*, 28(4), 385-93.
- Efe, Ş. Y., Taşkın, L., Eroğlu, K. (2009). Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*, 10, 14-20.
- Embrey, M. P., Mollison, B. G. (1967) The unfavourable cervix and induction of labour using a cervical balloon. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*, 74(1), 44-8.
- Engin, R. İ., Melikoğlu, M., Caferoğlu Sakat, S. (2016). Ranunculaceae Dermatiti: Olgu Sunumu, *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(1) , 80-83.
- Er, G. S., (2015). Postpartum Erken Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 482-96.
- Erdoğan, K., Yapar Eyi, E. G. (2017). Multipar Gebelerde Yüksek ve Düşük Doz Oksitosin

- Protokollerinin Doğum Eylem Süreleri ve Fetal-Maternal Komplikasyonlar Açısından Karşılaştırılması. *Perinatoloji Dergisi*, 25(1), 11–18.
- Eser, A., Kaygusuz, İ., Namlı Kalem, M., Canbal, M. (2016). Vücut kitle indeksinin doğurganlık, gebelik ve doğum üzerine etkileri, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(4), 170-175.
- Ezeanochie, M. C., Olaqbuji, B., Ande, A. (2013). Women's concerns and satisfaction with induced labour at term in a Nigerian population. *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 20(1), 1-4.
- Fox, N. S., Saltzman, D. H., Roman, A. S., Klausner, C. K., Moshier, E., Rebarber, A. (2011). Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for labour induction: a meta-analysis. *BJOG*, 118(6), 647-54.
- Gibbins, J., Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17 (4), 302-313.
- Girard, B., Vardon, D., Creveuil, C., Herlicoviez, M., Dreyfus, M. (2009). Discontinuation of oxytocin in the active phase of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(2), 172-7.
- Gül, N. (2008). *Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması*. Uzmanlık tezi, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Haq, A. N., Ahsan. S., Sher, Z. (2012). Induction of labour in postdates pregnant women. *J Coll Physicians Surg Pak*, 22, 644-7.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür, A., Hergüner, A., Örs, R. (2014). Association of delivery type with postpartum depression, perceived social support and maternal attachment. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 15-20.
- Hopkins, K. (2000). Are Brazilian Women Really Choosing To Deliver By Cesarean. *Social Science & Medicine*, 51(5), 725-40.
- Howarth, G. R., Botha, D. J. (2001). Amniotomy plus intravenous oxytocin for induction of



- labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001(3), CD003250.
- Johnson, M. H. (2007). *Essential Reproduction 6th edition*. Blackwell Publishing.
- Karaçam, Z., Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum Eyleminde Verilen Destekleyici Bakım ve Ebe / Hemşirenin Rolü. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.
- Karadağ, F., (2008). *Gebeler Lohusalık Bakımı ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi*. Yüksek lisans tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Afyon.
- Karahan, N. (2010). *Oksitosin İndüksiyonunun Travay Sürecine ve Perine Üzerine Etkileri*. Doktor tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Karakaş, N. M., Dağlı, F. Ş. (2019). Bebeklerde bağlanmanın önemi ve etkileyen etmenler. *Türk Pediatri Arşivi*, 54(2), 76–81.
- Karakulak, H. A., Alparslan, Ö. (2016). Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması: Aydın Örneği. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(3), 188-199.
- Karjane, N. W., Brock, E. L., Walsh, S. W. (2006). Induction of labor using a foley balloon, with and without extra-amniotic saline infusion. *Obstet Gynecol*, 107, 234-9.
- Kavlak, O., Şirin, A. (2007). Anne ve babaya ait bağlanma ve hemşirenin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 23 (2),1 83-194.
- Kavlak, O., Şirin, A. (2009). Maternal Bağlanma Ölçeği'nin Türk toplumuna uyarlanması. *Uluslar Arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 189-202.
- Kaymak, A. (2017). *Sağlık bilimleri öğrencilerinin doğum şekli tercihlerine ilişkin görüşleri*. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kenyon, S., Tokumasu, H., Dowswell, T., Pledge, D., Mori, R. (2013). High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13(7), CD007201.
- Keskin, F. (2018). *Doğum şekli ve maternal bağlanmaya etki eden faktörlerin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- Kılıçgün, M. Y., Kılıçkaya, A. (2016). Geleneksel annelik ölçeğinin psikometrik özellikleri: Gecerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 5(8), 2868–2881.
- Kızrak, S. B. (2019). *Doğum sonu dönemde verilen ebelik bakımının maternal bağlanma ve posttravmatik gelişime etkisi*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Kokanalı, M. K., Kokanalı, D., Güzel, A. İ., Topcu, H. O., Cavkaytar, S., Doğanay, M. (2015). Gebelikte ve uygun bishop skoru varlığında intravenöz sentetik oksitosin infüzyonu ile doğum indüksiyonu sonucuna etki eden faktörlerin analizi. *Çukurova Medical Journal* 40(2), 317-325.
- Kominiarek, M. A., Zhang, J., Vanveldhuisen, P., Troendle, J., Beaver, J., Hibbard, J. U. (2011). Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. *Am J Obstet Gynecol*, 205(3), 24.
- Kozan, H. İ. Ö., Hamarta, E. (2017). Beliren yetişkinlikte beden imgesi: Bağlanma ve sosyal görünüş kaygısının rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 7, 63-81.
- Köse, D., Çınar, N., Altınkaynak, S. (2013). Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 22(6), 239-245.
- Lin, M. G., Reid, K. J., Treaster, M. R., Nuthalapaty, F. S., Ramsey, S. P., Lu, G. C. (2007). Transcervical Foley catheter with and without extraamniotic saline infusion for labor induction: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 110(3), 558-65.
- Luckas, M., Bricker, L. (2000). Intravenous prostaglandin for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 4, CD002864.
- Mahlmeister, R. L. (2008). Best Practices in Perinatal Care: Evidence-Based Management of Oxytocin Induction and Augmentation of Labor. *J Perinat Neonatal Nurs*, 22(4), 259-63.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., Kirmeyer, S.,

- Mathews, T. J. (2009). *National Vital Statistics Reports. Births: Final data for 2006*, 57 (7), 1-104.
- Martin, J. A., Hamilton, B. E., Ventura, S. J., Osterman, M. J., Mathews, T. J. (2013). Births: final data for 2011. *Natl Vital Stat Rep*, 62(1),1-69.
- Merrill, D. C., Zlatnik, F. J. (1999). Randomized, double-masked comparison of oxytocin dosage in induction and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*, 94(3), 455-63.
- Mete, S. (2013). Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 6 (2), 93-98.
- Moleti, C. A. (2009). Trends and controversies in labor induction. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 34(1), 40-7.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and Postnatal Attachment: A Modest Correlation, *JOGNN*, 25(2): 161-166.
- Nacar, E., Gökkaya, F. (2019). Bağlanma ve Maternal Bağlanma Konusunda Bir Derleme. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1 (1): 50-56.
- NICE guideline. (2008). Induction of labour. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. *National Institute for Health and Clinical Excellence*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/evidence/cg70-induction-of-labour-full-guideline2> adresinden erişildi. Erişim tarihi: 24.03.2021.
- Onus, E. C. (2019). *İlk kez baba olanlara verilen telefonla kısa mesaj desteğinin doğum sonu kaygı, depresyon ve özgüvene etkisi*. Yüksek lisans tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Oruç, M. (2018). *Doğum sonu dönemde kadınların annelik fonksiyonu ile maternal bağlanma ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Antalya.
- Osmundson, S. S., Ou-Yang, R. J., Grobman, W. A.(2011) Elective induction compared with expectant management in nulliparous women with an unfavorable cervix. *Obstet*

*Gynecol*, 117(3), 583-7

- Öcal, Z. (2019). *Tıp fakültesi öğrencilerinin normal doğum ve sezaryen doğum tercihlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi*. Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Öner, C., Güneri, M. C., Telatar, B. (2013). *Doğum yöntemi ve postpartum depresyon ilişkisi*. 3.Trakya Aile Hekimliği Kongresi, Edirne.
- Öner, N., Lecompte, A. (1998). *Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası.
- Özden, S. (2019). *Maternal Bağlanma ve Anne Bebek Etkileşimini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Özden, S. (2019). *Maternal bağlanma ve anne-bebek etkileşimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Patka, J. H., Lodolce, A. E., Johnston, A. K. (2005). High- versus low-dose oxytocin for augmentation or induction of labor. *Ann Pharmacother* 39(1), 95-101.
- Pretorius, D.H., Gattu, S.J.E., Hollenbach, K., Newton, R., Hull, A. (2006). Preexamination and postexamination assesment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4 dimensional obstetric ultrasonography. *Journal of Ultrasound Medicine*, 25, 1411-1421.
- Righetti, P.L., Dell'Avanzo, M., Grigio, M. ve Nicolini, U. (2005). Maternal /paternal antenatal attachment and fourth-dimensional ultrasounda technique: a preliminary report. *British Journal of Psychology*, 96, 129-137.
- Sanchez-Ramos, L., Hsieh, E. (2003). Pharmacological methods for cervical ripening and labor induction. *Current Women's Health Reports*, 3(1), 55-60.
- Sanchez-Ramos, L., Kaunitz, A. M., Delke, I. (2002). Labor induction with 25 microg versus 50 microg intravaginal misoprostol: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 99(1), 145-51.

- Satin, A. J., Leveno, K. J., Sherman, M. L., Brewster, D. S., Cunningham, F. G. (1992). High-versus low-dose oxytocin for labor stimulation. *Obstet Gynecol*, 80(1), 111-6.
- Sherman, D. J., Frenkel, E., Pansky, M., Caspi, E., Bukovsky, I., Langer, R. (2001). Balloon cervical ripening with extra-amniotic infusion of saline or prostaglandin E2: a double-blind, randomized controlled study. *Obstet Gynecol* 97(3), 375-80
- Smith, C. V., Rayburn, W. F., Miller, A. M. (1994). Intravaginal prostaglandin E2 for cervical ripening and initiation of labor. Comparison of a multidose gel and single, controlled-release pessary. *J Reprod Medicine*, 39(5), 381.
- Smyth, R. M. D., Markham, C., Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(6), CD006167.
- Sümbüloğlu, K., Sümbüloğlu, V., (1990). *Biyoistatistik*. İstanbul: Hatipoğlu Yayınevi.
- Şahin, M., Erbil, N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu University Journal of Nursing Studies*, 2(2), 120-130.
- Şahin, N. H., Yıldırım, G., Ergül, A. (2007). Evaluating the second stages of deliveries in a maternity hospital. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet*, 17, 37-43.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. (2010).  
<https://www.saglik.gov.tr/TR,11152/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi---2010--42.html> adresinden erişildi. Erişim Tarihi; 03.02.2021.
- Taşar, M. A., Tapçı, A. E., Baydar, A., Dallar, Y. B., Çakır, İ. (2016). Annelerin doğum sonrası depresyon ve kaygı durumları bebeklerin kilo alımı üzerine etkili mi?. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58, 233-237.
- Taşkın, L. (2009). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşkın, L. (2014). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Taylor, A., Atkins, R., Kumar, R., Adams, D., Glover, V. A. (2005). New Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. *Arch Womens Mental Health* 8(1), 45-51.

- Tülek, F. (2014). *Doğum indüksiyonunda intravenöz oksitosin infüzyonu ile servikal olgunlaştırıcı balonun (cervical ripening balloon) karşılaştırılarak sonuçlarının değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Türen, E. (2014). *Prenatal anne- bebek bağlanmasında maternal oksitosin, kortizol ve prolaktin düzeylerinin etkisi ve annenin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile ilişkisi*. Yüksek lisans tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı İstatistikleri Yıllığı 2018/2019, <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,73329/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-haber-bulteni-yayimlanmistir.html> adresinden erişildi. Erişim tarihi: 16.03.2021.
- Üst, Z. D., Pasinlioğlu, T., Özkan, H. (2013). Doğum Eyleminde Gebelerin Anksiyete Düzeylerinin İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 110-115.
- Vaknin, Z., Kurzweil, Y., Sherman, D. (2010). Foley catheter balloon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 203(5), 418-29.
- Wong, C.A., Dornsbuch, S.J., Eirckson, K.G. ve Laird, J. (2001). The relation of family and school attachment to adolescent deviance in diverse groups and communities, *Journal of Adolescent Research*, 16(4), 396-422.
- World Health Organization. WHO recommendations for induction of labour. (2011). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44531/9789241501156_eng.pdf?sequence=1) adresinden erişildi. Erişim tarihi; 18.01.2021.
- World Health Organization Human Reproduction Programme. (2017). <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/reports/hrp-annual-report-2017/en/> adresinden erişildi. Erişim Tarihi: 02.03.2021
- Yenigül, N. N. (2014). *Term oligohidramniyos gebeliklerinde aktif doğum indüksiyonu*

*yönetimi; doğum şekli ve fetal sonuçlar.* Uzmanlık tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.

Yeygel Özcan, Ç. (2014). *Vajinal doğumda indüksiyon alan ve almayan annelerin emzirme sonuçlarının karşılaştırılması.* Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Yılmazel, G. Büyükkayacı, D. N. (2014). Doğum Sonrası Ev Ziyaretleri Yolu İle Verilen Aile Planlaması Danışmanlığının Etkili Aile Planlaması Kullanımına Etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (2): 52-8.

Zadoronzyj, M. (1999). Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health and Illness*, 21(3), 267–289.

## EKLER

### EK-1 Kişisel Bilgi Formu

**Yönerge:** “Doğumda İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonu Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi” ni incelemek amacıyla bir araştırma yapmaktayım. Araştırmada gizlilik ilkelerine uyulacak ve araştırma bulguları isim belirtilmeden bilimsel toplantı ve dergilerde yayımlanacak, sorulara vermiş olduğunuz yanıtlar başka bir amaçla kullanılmayacaktır. Tüm soruların cevaplandırılması araştırma verilerinin doğru yorumlanması açısından önemlidir. Bu çalışma, sizin 10 dakikalık bir zamanınızı alacaktır. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm sorularınız için uygulamayı yürüten Dr. Öğr. Üyesi Keziban Amanak (tel. no: 05062812633, mail: keziban.amanak@adu.edu.tr)’a ve Yüksek Lisans Öğrencisi Nazlı Nur Göçen (tel. no: 05377377744, mail: nazlınurgocen@gmail.com)’e ulaşabilirsiniz. Bu form Konya Dr. Ali Kemal Belviranlı Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nde doğum yapan kadınlar için hazırlanmıştır. Tüm bilgiler sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlar için kullanılacaktır. Lütfen tüm soruları eksiksiz yanıtlayınız.

### ARAŞTIRMACILAR:

Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK , Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Yüksek Lisans Öğrencisi Nazlı Nur Göçen, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü

Anket No:

Görüşme Tarihi:

### Kişisel Bilgi Formu

1.Kaç yaşındasınız?.....

2.Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar    b) İlkokul    c) Ortaokul    d) Lise    e) Üniversite ve Üstü

3.Çalışıyor musunuz?

a) Evet    b) Hayır



4.Eşinizin mesleği? .....

5.Ailenizin gelir düzeyini nasıl değerlendirirsiniz ?

a) Gelir giderden az      b) Gelir gidere eşit      c) Gelir giderden fazla

6.Nerede yaşıyorsunuz?

a) Şehir      b) İlçe      c) Kasaba      d) Köy

7.Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile      b) Geniş aile      c) Parçalanmış aile      d) Diğer

8. Sosyal güvenceniz var mı?

a) Evet      b) Hayır

9. Resmi nikahınız var mı?

a) Var      b) Yok

10. Kaç yaşayan çocuğunuz var?

a) Bir      b) İki      c) Üç      d) Dört ve daha fazla

11. Toplam gebelik sayımız ?

a) Bir      b) İki      c) Üç      d) Dört ve daha fazla

12. Daha önce düşük öykünüz var mı? Var ise lütfen sayısını belirtiniz.....

13. Daha önce kürtaj öykünüz var mı? Var ise lütfen sayısını belirtiniz.....

14. Daha önce ölü doğum yaptınız mı? Var ise lütfen sayısını belirtiniz.....

15. Daha önceki doğumlarınızda problem yaşadınız mı?

a)Evet (Lütfen ne olduğunu belirtiniz.....)      b) Hayır

16.Daha önceki doğumlarınızda doğum sonu dönemde herhangi bir problem yaşadınız mı?

a)Evet (Lütfen ne olduğunu belirtiniz ..... )      b)Hayır

17. Gebeliğiniz istemli/planlanmış gebelik midir?

a) Evet      b) Hayır

18. Daha önceki gebeliğiniz ile bu gebeliğiniz arasında süre ne kadardır ? (İlk gebeliği olanlar lütfen bu soruyu cevaplamadan atlayınız.)

a) 9 ay -12 ay      b) 13-24 ay      c) 25-36 ay      d) 36 ay ve üzeri

19. Gebeliğiniz süresince bir sağlık kuruluşunca ne sıklıkla takip edildiniz?

a)Hiç      b) 1-3 hafta      c) 4-6 hafta      d) 7 ve üzeri hafta

20. Doğum öncesi eğitim aldınız mı?

a)Evet      b) Hayır

## EK-2 Anne-Bebek Bağlanma leği ( ABBÖ) (Mother-To-Infant Bonding Scale)

Bu sorular ilk birkaç hafta içinde, çocuğunuza karşı duygularınıza ilişkindir. Bebekler doğduktan sonra, ilk haftalar içinde, annelerin bebeklerine karşı bazı duygularını tanımlayan bir takım ifadeler aşağıda liste edilmektedir. Lütfen, İLK BİRKAÇ HAFTA boyunca nasıl hissettiğinizi en iyi tanımlayan sözcüğün karşısındaki kutuya işaretleyniz

|                            | ok fazla | ok | Biraz | Hiç |
|----------------------------|-----------|-----|-------|-----|
| Sevgi Dolu                 |           |     |       |     |
| Kızgın                     |           |     |       |     |
| Nötr/Hiçbir Őey Hissetmeme |           |     |       |     |
| Sevinçli                   |           |     |       |     |
| Hoşlanmama                 |           |     |       |     |
| Koruyucu                   |           |     |       |     |
| Hayal Kırıklığı            |           |     |       |     |
| fke                       |           |     |       |     |

### EK-3 Durumluluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği (DKÖ-SKÖ)

#### Sürekli Kaygı Envanteri (Ek-3)

**Yönerge:** Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafında verilen derecelendirmelerden uygun olanını karalamak veya işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|    |   | Hemen hiçbir zaman | Bazen | Çok zaman | Hemen her zaman |
|----|---|--------------------|-------|-----------|-----------------|
| 1  | Genellikle keyfim yerindedir.                                 |                    |       |           |                 |
| 2  | Genellikle çabuk yorulurum.                                   |                    |       |           |                 |
| 3  | Genellikle kolay ağlarım.                                     |                    |       |           |                 |
| 4  | Başkaları kadar mutlu olmak isterim.                          |                    |       |           |                 |
| 5  | Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırmırım.           |                    |       |           |                 |
| 6  | Kendimi dinlenmiş hissedirim.                                 |                    |       |           |                 |
| 7  | Genellikle sakin, kendime hakim ve soğukkanlıyım.             |                    |       |           |                 |
| 8  | Güçlükleri yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim.        |                    |       |           |                 |
| 9  | Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim.                        |                    |       |           |                 |
| 10 | Genellikle mutluyum.  |                    |       |           |                 |
| 11 | Her şeyi ciddiye alır ve etkilenirim.                         |                    |       |           |                 |
| 12 | Genellikle kendime güvenim yok.                               |                    |       |           |                 |
| 13 | Genellikle kendimi emniyette hissedirim.                      |                    |       |           |                 |
| 14 | Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçmırım.          |                    |       |           |                 |
| 15 | Genellikle kendimi huzurlu hissedirim.                        |                    |       |           |                 |
| 16 | Genellikle hayatımdan memnunum.                               |                    |       |           |                 |
| 17 | Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder.                     |                    |       |           |                 |
| 18 | Hayal kırıklıklarımı öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam. |                    |       |           |                 |
| 19 | Aklı başında ve kararlı bir insanım.                          |                    |       |           |                 |
| 20 | Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin eder.     |                    |       |           |                 |

### Durumluk Kaygı Envanteri (Ek 3-Devam)

**YÖNERGE:** Aşağıdaki kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. **Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafında verilen derecelendirmelerden uygun olanını karalamak veya işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.** Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

|    |   | Hiç | Biraz | Çok | Tamamıyla |
|----|---|-----|-------|-----|-----------|
| 1  | Şu anda sakınım.                                |     |       |     |           |
| 2  | Kendimi emniyette hissediyorum.                 |     |       |     |           |
| 3  | Şu anda sinirlerim gergin.                      |     |       |     |           |
| 4  | Pişmanlık duygusu içindeyim.                    |     |       |     |           |
| 5  | Şu anda huzur içindeyim.                        |     |       |     |           |
| 6  | Şu anda hiç keyfim yok.                         |     |       |     |           |
| 7  | Başıma geleceklerden endişe duyuyorum.          |     |       |     |           |
| 8  | Kendimi dinlenmiş hissediyorum.                 |     |       |     |           |
| 9  | Şu anda kaygılıyım.                             |     |       |     |           |
| 10 | Kendimi rahat hissediyorum.                     |     |       |     |           |
| 11 | Kendime güvenim var.                            |     |       |     |           |
| 12 | Şu anda asabım bozuk.                           |     |       |     |           |
| 13 | Çok sinirliyim.                                 |     |       |     |           |
| 14 | Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum.  |     |       |     |           |
| 15 | Kendimi rahatlamış hissediyorum.                |     |       |     |           |
| 16 | Şu anda halimden memnunum.                      |     |       |     |           |
| 17 | Şu anda endişeliyim.                            |     |       |     |           |
| 18 | Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum. |     |       |     |           |
| 19 | Şu anda sevinçliyim.                            |     |       |     |           |
| 20 | Şu anda keyfim yerinde.                         |     |       |     |           |

## Ek-4 Anne-Bebek Bağlanması Ölçeği (ABBÖ) Kullanım İzin Yazısı

Ölçek izni Gelen Kutusu x



**Nazlı Nur** <nazlinurgocen@gmail.com>

5 May 2020 Sal 22:59 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: h.aydemir.ebe ▾

Değerli Hatice Hocam,

Türk toplumuna uyarlamasını yaptığımız Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ni doğum sonu dönemdeki kadınlar üzerinde yapacağımız bir çalışmada/tezde kullanmak istiyorum.

Ölçeği çalışmamızda kullanabilir miyiz? Ayrıca ölçeğin sorularını ve değerlendirme şeklini bizimle paylaşmanızı rica ederim.

Sevgi ve Saygılarımla...



**h.aydemir.ebe@hotmail.com**

31 May 2020 Paz 00:36 ☆ ↩ ⋮

Alıcı: ben ▾

Merhaba Nazlı Hanım,

"Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması : Aydın Örneği" isimli yüksek lisans tezindeki Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz, büyük onur duyarım.

İlgili ölçek tezimde mevcuttur. Sonuçlarını bittikten sonra benimle de paylaşsınız sevinirim. Size çalışmalarınızda başarılar dilerim.

Hatice KARAKULAK

5 May 2020 22:59 tarihinde Nazlı Nur <nazlinurgocen@gmail.com> yazdı:



**Ek-5 Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Sonuç Onayı**



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞI GİRİŞİMSEL OLMAYAN  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

**KARAR 2:**

Protokol No : 2020/013  
Sorumlu Yürütücü : Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nca 26.02.2020 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Dr. Öğr. Üyesi Keziban AMANAK'ın "Doğumda İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonu Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 20.05.2021 tarihli dilekçesi görüşüldü. Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın Etik Kurul Uygunluk Onayı almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampus  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Gençlik cad. No:7  
Mevki 09100 Efeler/Aydın/Telefon No: 0256 213 88 66/106  
Faks No: 0256 212 4219

Bilgi için: Nazife UZUN  
Uyvan: Bilgiyaar İşletmeni

## Ek-6 Konya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK  
HİZMETLERİ BİRİMİ  
29/07/2020 17:55 - 86737044 - 806.01.03 - E.2267



Sayı : 86737044-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri

Sayın Nazlı Nur GÖÇERİ

İlgi : 2.../6/2020 tarihli dilekçeniz,

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından ilgili başvuru değerlendirilmiştir.

İlgi sayılı yazınız ekinde yer alan müracaatınız incelenmiş ve Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, onay sureti ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

*e-İmzalıdır.*  
Uzm.Dr. Tarık ACAR  
İl Sağlık Müdürü a.  
Başkan

Ek:  
Yazı (2 Sayfa)

Sağlık Hizmetleri Birimi Horozluhan mh.Abdul Basri sk. No:4 Selçuklu/KONYA

Telefon: Faks No: 03323517268

e-Posta: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr İnternet Adresi: nuriye.cavdar@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ccb38e33-d947-492f-b7ec-2bbb7d8274b7 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Nuriye ÇAVDAR

HEMŞİRE

Telefon No: (0 332) 310 43 61



## Ek-6 Konya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı- Devam



T.C.  
KONYA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

KONYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KONYA SAĞLIK  
HİZMETLERİ BİRİMİ  
28/07/2020 11:17 - 86737044 - 806.01.03 - E.2217  
00121241035

Sayı : 86737044-806.01.03  
Konu : Bilimsel Araştırma İzinleri

### MÜDÜRLÜK MAKAMINA

Sağlık Müdürlüğüne bağlı sağlık tesislerinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket, vb. başvurularını incelemek, görüş bildirmek ve değerlendirmek üzere kurulan komisyon tarafından Müdürlüğümüze yapılan başvurular değerlendirilmiştir.

Anılan komisyonca uygun görülen, ekte komisyon toplantı tutanağında bilgileri bulunan personellerin bahse konu araştırmaları, Sağlık Müdürlüğüne bağlı ilgili sağlık kurum ve kuruluşlarında yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim.

*e-İmzalıdır.*  
Uz.Dr. Tarık ACAR  
Başkan

OLUR  
.../07/2020

*e-İmzalıdır.*  
Prof.Dr.Mehmet KOÇ  
İl Sağlık Müdürü

EK:  
Olur Listesi(1 Sayfa)

Horuzluhan Mah. Abdül Basri Sok. No: 4 42100 Selçuklu /KONYA

Telefon: Faks No:

e-Posta: g.korkmaz@saglik.gov.tr İnternet Adresi: konya.kamusagligi@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ccb38e33-d947-492f-b7ec-2bbb7d8274b7 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Güzide Gümüş KORKMAZ

EBE

Telefon No: (0 332) 310 43 62

**Ek-6 Konya İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı- Devam**

| BİLİMSEL,ARAŞTIRMA,TEZ,ANKET KOMİSYON KARAR LİSTESİ |                    | 07.07.2020   |   |
|---|--------------------|--|---|
| NO  | İSİM               | ARAŞTIRMANIN ADI   | YAPILACAĞI YER  |
| 34  | Nazlı Nur<br>GÖÇEN | Doğumda İndüksiyon Uygulamasının<br>Doğum Sonu Anne-Bebek<br>Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi | Dr.Ali Kemal Belviranlı Kadın<br>Doğum ve Çocuk Hastalıkları<br>Hastanesi |

**T.C.**  
**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ**  
**ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Doğumda İndüksiyon Uygulamasının Doğum Sonu Anne-Bebek Bağlanması ve Kaygı Düzeyine Etkisi” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki tüm bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Nazlı Nur GÖÇEN

.././....

## ÖZ GEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : GÖÇEN Nazlı Nur  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : Konya / 03.06.1996  
**Telefon** : 0 537 737 77 44  
**E-posta** : [nazlinurgocen@gmail.com](mailto:nazlinurgocen@gmail.com)  
**Yabancı dil** : İngilizce

## EĞİTİM

| Derece    | Kurum   | Mezuniyet tarihi |
|-----------|---|------------------|
| Y. Lisans | Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı |                  |
| Lisans    | Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı               | 08.06.2018       |

## İŞ DENEYİMİ

| Yıl        | Yer/Kurum                 | Ünvan       |
|------------|---------------------------|-------------|
| 2016-Halen | Gençlik ve Spor Bakanlığı | Kamp Lideri |
| 2019-Halen | Sağlık Bakanlığı          | Ebe         |

## **AKADEMİK YAYINLAR**

### **1.BİLDİRİLER**

#### **A) Uluslararası Kongrelerde Sunulan Bildiriler**

- 1. Ebelik Bölümüne İsteği Dışında Gelen Birinci Sınıf Öğrencilerinin Mesleğe Yönelik Hissettikleri ve Meslekten Beklentileri**
- 2. Girişimsel Uygulamalar ve Antiseptik Seçimi: Yenidoğan Örneği**