

DOĞUM AĞRISI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Gül ERTEM*

Kabul Tarihi: 1.9.2004

Ümran SEVİL**

ÖZET

Doğum ağrısı bilinen en şiddetli ve kontrolü en zor ağrılardan birisidir. Bu ağrı kadında bitkinlik yaratarak ağrının şiddetlenmesine sebep olur. Doğum ağrısının doğal olduğu, her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yanlış inanışına karşılık; doğum ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Kontrol altına alınmayan ağrı anne ve fetüsü sıkıntıya sokmaktadır. Bugün artık doğum ağrısının anne, fetüs ve yenidoğan üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Doğum ağrısının etkileri sıklıkla, diğer akut ağrılarda olduğu gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin ve limbik sistemler üzerine olmaktadır. Ağrının algılanması ve ağrıya olan yanıt kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle her gebenin bireysel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar annenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada da ebe / hemşirelere önemli roller ve sorumluluklar düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum, ağrı, doğum ağrısı

ABSTRACT

Birth Pain and Nursing Approach

Birth pain is one of the ever known most terrible pains with an uncontrollable manner. This type of pain leads to exhaustion and weariness in a woman, which causes further rise in pain. In spite of the fact that there is a false common belief that each mother would in any case suffer this natural birth pain, it must be taken under control. If it becomes uncontrollable, the situation creates trouble both for the mother and the foetus. Today, it is well known that the birth pain has adverse effects on the foetus and the new born. These effects are mostly on the respiratory organs, cardiovascular system, neuroendocrin and limbic systems as the other acute pains do.

Sensing of the pain and response to it are different from person to person. For this reason, each pregnant person should be evaluated individually.

During the course of birth, elimination of the pain and preparation of the mother for birth carry importance as well as the fact that she would be made aware enough of the normal process of the birth. It is at this point that we, the nurses, shoulder important roles and take responsibilities.

Keywords: Birth, pain, birth pain

GİRİŞ:

Doğum eylemi bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Doğum ağrısının doğal olduğu, her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yanlış inanışına karşılık; doğum ağrısı mutlaka kontrol altına alınmalıdır. Kontrol altına alınmayan ağrı anne ve fetüsü sıkıntıya sokar. Bugün artık doğum ağrısının anne, fetüs ve yenidoğan üzerine olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bu olumsuz etkileri daha çok, diğer akut

ağrılar gibi, solunum sistemi, kardiyovasküler sistem, nöroendokrin limbik sistemler üzerine olmaktadır. Ağrının algılanması ve ağrıya olan yanıt kişiden kişiye farklılıklar göstermektedir. Bu nedenle her gebenin bireysel olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle primiparlarda uterin kontraksiyon ağrısı ve doğum karşılaştıkları en şiddetli ağrı deneyimi olmaktadır. Ancak ağrı duyusu kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgilidir ve bu

* E. Ü. Ödemiş Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi, e-mail:ertemgul@yahoo.com

** E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi

nedenle bazı multiparlar daha şiddetli bir ağrı hissederler (<http://www.hastarehberi.com/kadinhast/kadinhast.9/epidural>, <http://www.kadınlar.com/gebelik/ag.dog.htm.2001>., Edirne 1999, Ekizler 1996, Küçükgüçlü 2000, Zuspan 1995).

Doğum ağrısına neden olan faktörler; fiziksel, fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, emosyonel ve motivasyonel faktörler olarak sayılabilir. Fiziksel faktörler arasında, yaş, doğum sayısı, gebenin fiziksel durumu, doğum kanalı ve bebeğin ölçüleri yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda özellikle psikolojik ve emosyonel faktörlerin de fiziksel faktörler kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar annenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir (Altay ve ark. 1992, Ekizler 1996, <http://www.bebek.com/index.aspt>).

Doğum sırasında çoğu hastada korku ve anksiyete, ağrıya toleransı azaltarak ağrının şiddetli algılanmasına neden olur. Fetüsün oksijenlenmesini azaltır. Kontraksiyonlar arası bir dinlenme süresi yoksa, ağrı hissi sürekli ise analjezik gereksinim vardır. Ancak anestezi tekniklerinin ve anestezi ilaçlarının anne, fetus ya da yenidoğana olası yarar ya da zararlarının da bilinmesi önemlidir (<http://www.kadınlar.com/gebelik/ag.dog.htm.2001>, Altay ve ark. 1992, Ekizler 1996, Küçükgüçlü 2000).

A- Doğum Ağrısı ve Fizyolojisi

Ağrı, organizmayı zedeleyen veya zedeleme tehlikesi gösteren iç ve dış uyaranlara karşı, organizmanın bir savunma mekanizması olarak olaya gösterdiği tepkileri kapsayan duygusal ve duyusal hoş olmayan bir deneyimdir (Macario 2000, Kocaman 1994).

Ağrı evrensel bir deneyimdir, fakat tanımlanması çok güçtür. Ağrının iki unsuru vardır.

1- Fizyolojik olarak duyusal sinirler ile algılanması ve santral sinir sistemine iletilmesi,

2- Psikolojik olarak duyunun algılanması, ağrı olarak yorumlanması, bu yorumlara karşı oluşan tepkilerdir (Okumuş ve ark 2001).

Doğum ağrısı da; bilinen en şiddetli ve kontrolü en zor ağrılardan biridir. Akut bir ağrıdır. Doğum ağrısının fizyolojisinin anlaşılabilmesi için kadın genital organlarının yapısı ve innervasyonunun bilinmesi gerekir.

Doğum ağrısının fizyolojisinde periferik sistem, spinal kord, çıkan yollar, lateral medial sistemlerle, korteks ağrı fizyolojinde rol oynamaktadır. Pelvik organlar hem sinirsel hemde hormonal kontrol altındadır. Tüm düz kaslar gibi myometriumda sempatik ve parasempatik sinirlerin denetimi altındadır. Sempatik etki postganlioner sinir dallarından çıkan adrenalin betareseptör ile myometriumda gevşemeye, noradrenalin alfa reseptörlerde kasılmaya neden olur (Ekizler 1996, Okumuş ve ark. 2001, Pernoll 1994).

Doğumun birinci evresindeki ağrı primer olarak uterusun kontraksiyonları ve serviks dilatasyonuna bağlıdır. Kontraksiyonları sırasında gerilen serviks ve uterusun segmentleri bu ağrıyı oluşturmaktadır. Serviks ve uterusun kaynaklanan ağrılı uyaranlar afferent lifler ve eşlik eden sempatik sinir lifleri ile birlikte, lomber sempatik zinciri izleyerek T10-T11-T12-L1 spinal sinirlerin arka kökleri ile spinal korda girerler. Kontraksiyonların bu yollar ile oluşturduğu ağrı bu dört segmentin inerve ettiği cilde girerler. Doğum eyleminin erken döneminde sadece T11-T12 etkilendiği halde kontraksiyonların şiddeti arttığında T10-L1 etkilenir. Bu dönemdeki ağrı belden sırtta ve bacaklara doğru yayılır ve gittikçe şiddetlenen visseral bir ağrı şeklini alır (Pernoll 1994).

Birinci evrenin geç dönemi ve ikinci evredeki ağrı, perinenin gerilmesinden kaynaklanmaktadır. Bu evredeki ağrılar pudental sinirlerin dalları aracılığıyla taşınır. Bu dallar dorsal, klitoral sinir, libial sinir ve inferior homoroid sinirleridir. Bu evredeki ağrılar iyi lokalize edilen, keskin nitelikte somatik ağrılardır (Pernoll 1994).

Doğum ağrısı; anneyi mekanik olarak aşırı şekilde yoran, stress ve anksiyeteye neden olan, hiperventilasyon ile oksijen ihtiyacını arttıran bir olaydır (Edirne 1999, Tard 2002).

Doğum ağrısı, stress ve anksiyeteye cevap olarak sempatik stimülasyon ve bunun oluşturduğu değişiklikler sonucunda annede metabolik asidoz ve uteroplental kan akımında azalmaya neden olur. Bu fetal oksijenizasyonu bozar (Edirne 1999, TARD 2002, Kanişçi ve ark.1996).

Ağrının etkin biçimde azaltılması ile plazma noradrenalin ve kortikoid düzeyinin yükselmesi, laktat ve pirüvat seviyesinin artmasını önleyerek metabolik asidoz ve maternal O₂ tüketimi engellenmiş olur. Ayrıca hiperventilasyon, hipokapni oluşumu engellenerek gebede tetani olasılığı önlenir (TARD 2002, Kanişçi ve ark. 1996).

B-Doğum Ağrısının Özellikleri

Doğum ağrısının Başlıca özellikleri ;

- Normal bir sürecin parçasıdır. Diğer tip ağrılar bir hastalığı veya bozukluğu gösterir.
- Doğum ağrısı beklenir, bir hazırlık dönemi vardır. Gebe kadın bunu aylarca bekler. Ağrıyı yönetme becerileri kazanabilir. Bilgilendirme ve hazırlama, ağrı ile başetme becerilerinin kazanılmasını sağlar.
- Belirli bir zaman sürecini içerir. Bu ağrı günlerce, aylarca sürmez.
- Doğum ağrısının şiddeti değişkendir.

- Doğum ağrıları sürekli değildir. Dinlenme dönemleri vardır. Doğumun erken devresinde kadınlar bu ağrıyı “rahatsız edici” olarak tanımlar. Fakat doğum ilerledikçe ağrının şiddeti ve süresi artar, dinlenme dönemlerinde ise çok kısada olsa rahatlarlar.
- Doğum ağrısı çekerken annelere bebeklerinin sağlık durumunu düşündürerek ağrıyı daha kolay tolere etmeleri sağlanır (Ekizler 1996, Okumuş ve ark. 2001, Taşkın 1997).

Doğum ağrısını kontrol altına almanın başlıca yararları şöyle sıralanabilir (Ekizler 1996):

Duygusal Yararları

- Olumlu deneyimle anneliğe adım atılmış olur,
- Bebeğin doğumuna aktif olarak katılma mutluluğu yaşar.
- Anne- bebek ilişkisinin kurulmasını destekler.
- Eşler arasında yakınlığı pekiştirir.

Fiziksel Yararları

- Kadın uygulamalara katılabilir.
- Annenin doğumdan sonra ağrısı azalır.
- Farmakolojik olmayan ajanlar, ilaçlara bağlı yenidoğanda görülebilecek sorunları azaltır.

C- Doğum Ağrısına Neden Olan Faktörler

Doğum ağrısına neden olan faktörler; fiziksel, fizyolojik, biyokimyasal, psikolojik, emosyonel ve motivasyonel faktörler olarak sayılabilir (Edirne 1999, Şahin 2001).

Fiziksel faktörler arasında, yaş, doğum sayısı, gebenin fiziksel durumu ve doğum kanalı ve bebeğin ölçüleri yer almaktadır. Yapılan çalışmalarda da özellikle psikolojik ve emosyonel faktörlerin de fiziksel faktörler kadar etkili olduğu gösterilmiştir. Kadınların doğum eylemi sırasında ağrıyı etkileyen

bu faktörler içinde en önlemlisi anksiyetedir. Aşırı anksiyete, kortikal düzeyde noniseptive uyaran algılamasının artmasına yol açan emosyonel bir durumdur. Anksiyete, kas spazmı, vazokonstrüksiyon, vissereal rahatsızlıklara yol açar ve ağrıyı arttıran maddelerin salınmasını arttırır. Laboratuvar ve klinik çalışmalar, anksiyete düzeyinin artması ile ağrı algılanmasının arttığını ve buna bağlı olarak analjezik kullanımının da arttığını göstermektedir. Anksiyetenin kontrol altına alınması ağrıyı hafifletmektedir. Bu nedenle doğum sürecinde ağrının giderilmesi kadar, annenin doğuma hazırlanması ve doğumun normal süreci konusunda yeterince bilgilendirilmesi gerekmektedir. Son yıllarda özellikle dismenoresi olan kadınlarda doğum ağrısının çok şiddetle olmasından yola çıkılarak doğum ağrısında rol alan biyokimyasal faktörler ile ilgili çalışmalar yapılmıştır. Doğum sırasında beta endorfin, beta-lipotropin ve ACTH (Adreno Kortikosteroid Hormon) düzeyleri yükselmektedir. Endojen opioid sistemlerinde bu olayda rol oynadığı düşünülmektedir (Edirne 1999, Kocaman 1994, Ekizler 1998).

Doğum Ağrısının Gebeye Ve Fetüse Etkisi

Gebeliğin ilk döneminden itibaren hem kardiyak output (CO), hem de kan volümü artmakta ve 28. haftada %30-40 'lar düzeyine ulaşmaktadır. Bu artışa karşın gebeler; vena kaval kompresyon nedeni ile hipotansiyon adaydır.

En önemli solunumsal değişiklik fonksiyonel rezidüel kapasitenin (FRC) azalması olup, doğumun 2. evresinin başında oksijen tüketimi %20 oranında artarken FRC aynı oranda azalmaktadır. Yine başta sigara içen ve yaşlı gebeler olmak üzere %30'unda supin pozisyonunda hava yolu kapanması vardır. Bu değişiklikler apne veya hava yolu obstrüksiyonu esnasında O2 saturasyonun ani olarak düşmesine yol

açar. Solunum yolları kapiller yapılarında genişleme olduğu için travmaya duyarlılık vardır. Bu nedenle nazogastrik tüp ve nazal entübasyon kontrendikedir (Macario et al 2000, Klinik anestezi 1997).

Hem hormonal hemde mekanik nedenlerden aspirasyon riski artmıştır. Büyümüş uterus, pilorun yerini değiştirerek gastrik boşaltmayı azaltır. Bu sebeble tüm gebelere antiasit, hatta antiasit + H2 reseptör blokerleri ile aspirasyon profilaksisi yapılmalıdır.

Fetal oksijenasyon, maternal oksijenasyon ve uterin kan akımına bağlıdır. Maternal hiperventilasyon, pozitif basınçlı ventilasyon ve maternal hipotansiyon fetus oksijenasyonunu kötü etkiler (Macario et al. 2000, Klinik anestezi 1997).

Gebeler arasında ağrının şiddetinin farklı olmasına neden olan bazı faktörler vardır. Bunlar;

- Primipar olmak
- Oksitosin infüzyonu
- Genç anne yaşı
- Daha önce dismenoresi olanlar
- İri bebek

Bu faktörler potansiyel olarak travayda ve doğumda daha fazla ağrı olacağının göstergesidir (Macario et all 2000, Gülten 1999).

Doğum Ağrısı Yönetiminde Hemşirelik Bakımı

Hemşireler; hasta ile diğer ekip üyeleri arasında kritik bir hat oluşturduğu için hastanın ağrısının giderilmesinde ve tanılanmasında yaşamsal bir rol oynar. Tanılama sürecinde hemşirenin topladığı bilgilerle hastanın ağrı deneyimi ve ağrının yaşamına etkileri saptanır. Doğum sırasında anestezinin etkin ve güvenli olabilmesi için hemşirenin hastayı nasıl izleyeceğini bilmesi, gelişebilecek komplikasyonların ve yan etkilerin farkında olması gerekmektedir.

Doğumda ağrı kontrolü her zaman yüksek teknolojiyi

gerektirmeyebilir. Etkili hemşirelik girişimleri ile de ağrıyı hafifletmek mümkündür. Hemşirenin ağrı konusundaki duyarlılığı ve iletişim kurma becerisi, hastanın sorununu ortaya çıkarmada, tedavi yönteminin doğru seçimine ve hemşirelik bakımının etkin planlanmasında önemli bir rol oynar (Lloyd 1994).

Günümüzde doğum ağrılarının normal bir süreç olduğu farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemlerle kontrol altına alındığı bilinmektedir. Gebenin mutlaka bu ağrıları çekmesi gerektiği eski bir görüş olarak kalmıştır.

Doğum ağrısının yönetiminin öğretilmesi ideal olarak antepartal dönemde başlar. Doğum eylemi sırasında ağrı yönetimi farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemlerle yapılır.

Non-farmakolojik yöntemler herhangi bir ilaç kullanılmadan tamamen kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en az algulamaya yönelten yöntemlerdir. Bu yöntemlerden başlıcaları;

- Gevşeme ve solunum egzersizleri
- Müzik
- İlgiyi başka yöne çekme
- Hipnoz
- Pozisyon verme
- Masaj
- TENS
- Terapotik dokunma
- Destek veren kişilerin varlığıdır.

Hemşire bu yöntemleri bilmeli ve uygulanırken hastasının yanında yer almalıdır. Hemşire hazırlıklı doğumu bilmeli ve gerektiğinde hastasında bunu uygulayabilmelidir. Hazırlıklı doğumun avantajları; ilk kez doğum sırasındaki sancıların çoğunun gereksiz kas gerginliğinden kaynaklandığına inanan İngiliz doğum uzmanı Dr. G. Dick Read tarafından tanıtılmıştır. Dr. G. Dick Read'in "ağrısız doğum" metodu gebe kadını belirli fiziksel ve zihinsel davranışlara göre eğiterek gevşemesini

sağlamaktan ibaretti. Daha sonraları Fransız doğum uzmanı. Dr. Lamaze tarafından geliştirilen "eğitilmiş doğum" metodu, Fransa' da pek çok taraftar kazanmıştır. Bu metot, ağrılı doğumun zor olduğu ve bununla en iyi şekilde mücadele etmek için, kadının doğuma aktif olarak katılması tezine dayanmaktadır. Ayrı bir yöntem olarak, "kocanın eşliğinde doğum" ise Amerikalı Dr. Robert Bradley tarafından geliştirilmiştir. Bu metot, anne adayına babanın kılavuzluğunda gevşemesini öğreten yoğun bir eğitim kursuna dayanır. Kurs süresi Lamaze metodunda kullanılanıdan daha uzundur ama birçok çift kurs konusunda isteklidir. Amaç bir yandan anne ile baba arasında fiziksel ve psikolojik yakınlaşma, bir yandan da herhangi bir ilaç kullanmadan doğumu gerçekleştirmektir.

Doğum hazırlık kursları, doktorlar, hemşireler, ebeler, hastaneler ve eğitim grupları tarafından hem kadınlara, hem de erkeklere sunulur. Bu türden ortak aile eğitimi, genellikle eşleri birbirine daha çok yakınlaştırmakta ve bu da, zaten ana baba olmanın yol açacağı sorumluluklar arasında en fazla arzulananlardan biri olmaktadır (<http://www.portalim.gen.tr/cinsellik/bilgiler/008.htm>).

Son yıllarda Batı toplumlarında da, evde yapılan doğumlarda artış olmuştur çünkü giderek daha büyük sayıda kadın yenidoğan bebeğinden ayrılmak istememekte ve bu eşsiz deneyimi ailesi ile paylaşmayı arzulamaktadır. Bugün, bu nedenle Batı'da adı hastane olmayan ve hastane atmosferinin dışında kalmaya çalışan deneysel doğum merkezlerinin sayısında da bir artış söz konusudur (<http://www.portalim.gen.tr/cinsellik/bilgiler/008.htm>).

Yapılan çalışmalarda bu yöntemlerle doğum ağrılarının %10 ila 80 oranında azaldığı bildirilmektedir. Bu kadar farklı oranların bulunmuş olması kişisel uyum ve güvenin bu egzersizlerin başarısında oldukça önemli olduğunu

göstermektedir. Bu egzersizler temel olarak doğum sırasında nefes alıp vermeyi ayarlama ve kasları gevşetme egzersizleridir. Gebe genel olarak bu egzersizlere eşi ile katılır. Böylece korkularını yener, moral olarak destek bulur. Bu şekilde baba adayının da doğum ve sonrasında ortaya çıkacak olan duruma uyumu kolaylaşmaktadır. Ayrıca erkeğin bir antrenör gibi doğumun 1 ve 2. aşamasında eşine gevşeme, nefes alma ve ıkınma zamanlarını hatırlatmasının çok etkili bir yardım olduğu gösterilmiştir. Türkiye’de bu uygulamalar yaygın değildir. Bazı özel kuruluşlar ve üniversite hastanelerinde grup eğitimleri verilmektedir. Zamanlama olarak 4 ila 5. aydan itibaren başlayarak en az 6-8 hafta süren bir program uygulanmaktadır (http://www.kanald.com.tr/kadin/saglik/gebelik/agrisiz_dogum.shtml)

Doğum ağrısını gidermek için farmakolojik yöntemlerde bulunmaktadır. Doğum sırasında kullanılan farmakolojik yöntemde anneye ve fetüseye en az zarar verecek ölçüde ilaç kullanılmalıdır. Doğum ağrısı şiddetlenmeye başladığında analjezi sağlanması gerekir. Doğum sırasında kullanılan analjezikler; sedatif hipnotikler, trankilizanlar, narkotik analjeziklerdir. Doğumda en sık kullanılan anestezi yöntemleri ise; narkotik anestezi, pudental blok ve Lomber epidural bloktur (Ekizler 1996, Taşkın 2003, Sherwen et al. 1991, Didona 1996).

Bu yöntemlerle doğum ağrısını giderirken yöntemler sonrasında en sık karşılaşılan komplikasyonlar; solunum depresyonu, kan basıncında ani düşme (hipotansiyon), bulantı-kusma, üriner retansiyon, pruritis, konstipasyon, enfeksiyon, lokal anestezi toksisitesi, kateterin hatalı yerleşmesi veya yer değiştirmesidir (Tel 2000).

Solunum depresyonu anesteziye opioid uygulamasıyla ilişkilidir. Opioid

uygulanmasından 30-60 dk sonra erken solunum depresyonu ya da 6-12 saat geç solunum depresyonu şeklinde oluşabilir. Solunum depresyonu geliştiğinde solunum derinliği azalır ve solunum sayısı 10/dk altına düşer. Epidural analjezide solunum depresyonu riskini azaltmak için ilaç dozu yavaş yavaş arttırılır. Gebenin solunum hızı ve derinliği kateter takıldıktan sonraki ilk 12-24 saatte saatlik olarak izlenir, daha sonra her 4 saatte bir izlem yapılır. Solunum değişikliği geliştiğinde epidural analjezi hemen durdurulur (Ekizler 1996, Tel 2000)

Gebeye doğum ağrısı için epidural analjezi uygulanıyorsa ve kan basıncında ani düşme olması durumunda ilaç uygulaması hemen durdurulur. Hastanın başı alçaltılıp ayakları hafif yükseltilir ve hastanın sıvı alımı arttırılır. Maskeyle 4 lt/dk oksijen uygulanabilir (Ekizler 1996, Tel 2000).

Anestezi sırasında hastada bulantı-kusma opioidlerin yan etkisi olarak gelişebilir. Bu durum genellikle opioidin ilk dozu uygulandıktan sonra veya ilaç yüksek dozda uygulandığı zaman oluşur. Gebenin öksürmesi veya pozisyonun değiştirilmesi sırasında intratorastik basıncın artmasıyla epidural aralıktaki opioid sistemik dolaşıma sızabilir ve bu durumda kusma görülebilir. Bu durumda hemşire isteme uygun olarak antiemetik uygulamalıdır. İnfüzyonun hızı azaltılabilir (Ekizler 1996, Tel 2000, Ekizler 1996, Taşkın 2003, Sherwen et al. 1991, Didona 1996).

Üriner retansiyon genellikle anestezi başladıktan sonraki ilk 24-48 saatte gelişir. Üriner retansiyonu saptamak amacıyla hemşire mesanede glob, sık ve zorlanarak idrar yapma şikayetleri olup olmaması açısından hastayı değerlendirir ve aldığı çıkardığı takibini yapar.

Puriritis gelişmesi durumunda hemşire doktor istemi doğrultusunda hastaya antihistaminikler, lokal soğuk

uygulama yapar. Epidural anestezi uygulanan gebede enfeksiyon gelişme riski yüksek olduğundan, kateter yeri kızarıklık, lokal ısı artışı, ödem, ağrı, sıvı sızıntısı açısından gözlenmelidir. Her 4 saatte bir ateş takibi yapılır (Ekizler 1996, Tel 2000, Ekizler 1996, Taşkın 2003, Sherwen et al. 1991, Didona 1996).

KAYNAKLAR

- “Ağrısız Doğum” (2001)
<http://www.kadinlar.com/gebelik/ag.dog.htm>
2001
- “Ağrısız Doğum” (2003)
http://www.kanald.com.tr/kadin/saglik/gebelik/agrisiz_dogum.shtml
- Atay Y, Altıntaş A, Coşkun A ve ark.** (1992). Ağrısız Doğumun Anne ve Fetüs Üzerine Etkisi. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi 23:63-67
- Doğum Analjezisi “TARD”** (2002). Temel Anestezi Reanimasyon Eğitim Kursu Yayınları (2):45-52.
- “Doğum” (2004)
<http://www.portalim.gen.tr/cinsellik/bilgiler/008.htm>
- “Doğum Ağrısı” (2003)
<http://www.bebek.com/index.aspt.bolum>
- “Doğum Ağrısı” (2003)
<http://www.hastarehberi.com/kadinhast/kadinhast.9/epidural>
- Didona NA, Marks, MG** (1996). Maternal Newborn Nursing. Lippincott Company.256-330.
- Edirne S** (1999). Doğum Ağrısının Nörofizyolojisi. İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Yayınları, 80-85.
- Ekizler H** (1996). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Vehbi Koç Vakfı, Ed: Anahit Coşkun, Birlik Ofset, İstanbul, 97-103.
- Ekizler H** (1998). Ağrının Obstetrik ve Jinekolojik Açından Değerlendirilmesi. Hemşirelik Bülteni, 3:1.
- Gülten T** (1999). Gebelik ve Anestezi. Sendrom, Nisan. 117-119.
- Kişnişçi H, Gökşin E, Durukan T** (1996). Obstetrik Anestezi ve Analjezi. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş

Her zaman doğru olan ve muhtemelen de değişmeyecek olan şey hemşirelerin, ağrısı olan gebelere, diğer sağlık görevlilerine göre daha fazla zaman ayırdığıdır. Hastanın ağrısını ilk duyan, ağrıyı hafifletme doğrultusunda duygusal, emosyonel ve kognitif girişimleri kullanan ve etkilerini kaydeden kişi çoğu kez hemşiredir.

Kitapevi, Ankara,173-182.

..... (1997). Klinik Anestezi El Kitabı, Obstetrik Anestezi, Ed. P.G. Barah et al. Lippincott-Raven Publihers Philadelphia, 414-422.

Kocaman G (1994). Ağrı Hemşirelik Yaklaşımları, Saray Kitapevi, İzmir,1-6.

Küçükgüçlü S (2000). Doğumda Ağrı Kontrolü. Obstetrik Analjezi ve Anestezi Güncel Yaklaşımlar, Sempozyum Kitabı, 10-12 Mart .Denizli, 7-25.

Lloyd G (1994). Nurses Attitudes Towards Management Of Pain, Nursing Times 90 (43): 40-43.

Macario A, Scibetta C (2000). Analgesia for Labour Pain. Anesthesiology 92(3): 841-850.

Pernoll NL (1994). Çağdaş Obstetrik α Jinekolojik Teşhis ve Tedavi, Çev: F. Saraçoğlu, Sistem Yayıncılık, Ankara.

Sherwen NL, Scolovene MA, Weingarten CT (1991). Nursing Care of the Childbearing Family, California, Appleton and Lange Comp., 1991.

Şahin Ş (2000). Obstetrik Analjezinin Doğuma Etkisi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Algoloji Bilim Dalı, Klinik Ders Notları, Bursa, 86-90.

Taşkın L (2003). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset, 253-260.

Tel H (2000). Epidural Analjezi ve Hemşirelik Bakımı. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 4(1): 33-39.

Okumuş H, Mete S ve ark.(2001). Doğum Öncesi Eğitim ve Doğuma Hazırlık Sınıflarının Etkisinin İncelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Proje Çalışması, 20-35.

Zuspan FP, Quilligan E (1995). Obstetrik ve Jinekoloji, Çev: Haldun Güner, Atlas Kitapçılık Tic. Ltd. Şti; 259-266.