

Stres, Hormonlar ve Doğum Arasındaki İlişki *

Samiye METE**

Özet

Yoksulluk, uzun süreli algılanan stres ve anksiyete, olumsuz sosyal yaşam deneyimi, eğitim eksikliği, sağlık çalışanlarının olumsuz tutumu gibi stres yaratan durumlar preterm doğum görülme oranlarını arttırmaktadır. Stres doğumdaki sağlık davranışlarının da değişmesine neden olabilir. Stres, kotrikotropin-relasing hormonun artışına neden olmakta bu da uterus kontraksiyonlarının artmasına neden olmaktadır. Stres aynı zamanda oksitosin, prostoglandin, hormonlarının salınımını artırır, beta-endorfin, progesteron gibi hormonların salınımını azaltır ve buna bağlı olarak da olumsuz doğum sonuçlarına yol açabilir. Bu makalede stresin doğum fizyolojisi ve patofizyolojisi ile ilişkisi, kronik strese bağlı doğum meydana gelen durumlar ve bunlara yönelik hemşirelik uygulamaları tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Doğum, Stres, Hormon

Relationship Between Stress, Hormons and and Labor

Chronic stressors—such as poverty, ongoing perceived stress and anxiety, negative social life experience, lack of Education, negative attitude of health workers—are associated with an increased of preterm birth. Stress may change health behaviors that lead to birth. Stress increases corticotrophin-releasing hormone and may ultimately result in increased uterine contractility. Stress also increases oxitocin, prostaglandin, and decreases beta-endorphin, progesterone hormones which dependently may lead to negative birth outcomes. This article discusses the concepts of stress, the physiology of labor initiation, and the path physiologic interactions that may contribute to the occurrence of chronic stress-related birth and the implications for nursing practice.

Key Words: Labor, Stress, Hormone

Geliş tarihi:12.10.2012

Kabul tarihi: 04.04.2013

Hastanede vaginal doğum yapan annelerin dosyalarında sıklıkla NSpVD kısaltmasını görürüz. Yıllarca bu kısaltmanın “Normal Spontan Vaginal Doğum” olan açıklaması üzerinde çok fazla düşünmeden kullandım. Bazı dosyalarda bu kısaltmanın sonunda, “+ epizyomi + induksiyon” gibi eklemeler de görmek mümkün. Bu kavramlar tek tek düşünüldüğünde bazı çelişkilerin olduğu görülmektedir. Normal ne demek? Normal doğum deyince ne anlamamız gerekiyor? Epizyotomi, induksiyon uygulaması gibi kavramlar normal kavramı ile ne kadar uyumlu? Bu uygulamaların doğum sürecine etkileri var mıdır? Nelerdir? Doğum literatüründe giderek önem kazanmaya başlayan doğal doğum kavramı nedir? Makalede bu sorulara cevap bulmaya çalışacağız. Öncelikle “normal” kavramının ne olduğunun üzerinde durmak gerekmektedir. Türk Dil Kurumu’na göre “normal” 1. Aşırılığı, eksikliği ve taşkınlığı olmama, ortalama durum. 2. sf. Kurala uygun, alışlagelen, olağan, düzgülü, aşırılığı olmayan, uygun olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr/TR>). Bu tanımlamaya göre Normal doğum dendiğinde olağan, alışlagelen, aşırı olamayan, uygun olan bir doğum şeklinden söz etmek gerekiyor. Bu tanıma göre normal doğumun ne olduğunu tanımlamak oldukça güç olup, zamana, kuruma, ekibe göre değişen özellikler içerebilir. Örneğin ülkemizde normal doğum denince ilk doğumlarda epizyotomi uygulanması normal kabul edilmektedir. Birçok sağlık kuruluşu için synpitan induksiyonu uygulanması normal olarak kabul edilebilmektedir. Bunlara birçok ilaç uygulaması, epidural anestezi, doğumda annenin ağızdan beslenmesine izin vermemek, lavman uygulamak, supine pozisyonda doğum, doğum süresince anneyi monitörize etmek gibi uygulamaları ilave edebiliriz. Vaginal doğumda bu kadar çok ve farklı uygulama var ise bunlardan hangisini normal olarak kabul edebiliriz?

Bu tartışmalar “doğal doğum” kavramının kullanımını gündeme getirdi. 1970-1980’ler arasında doğumdaki medikasyona karşıt olarak “doğal doğum” kavramı ortaya çıktı. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde evde doğumların oranı giderek azalmakta, bu da doğal doğum oranlarının azalmasına ve müdahalelerin artmasına neden olmaktadır. Doğumda müdahaleler anne ve bebek sağlığı açısından çok önemli yere sahiptir. Ancak doğuma yapılan müdahaleler gerçekten uygun zamanda, uygun müdahaleler midir? Bu sorular son yıllarda yoğun olarak tartışılmaktadır (Darra, 2009).

Doğal doğum, herhangi bir anestezi ya da müdahale olmaksızın yapılan doğumlara denir. Dünyada doğal doğum oranlarının ne olduğuna ilişki yeterince veri bulunmamaktadır. İsveç’te doğal doğum oranının %10 olduğu belirtilmektedir (Waldenström, 2007). Doğal doğum, 1930’larda Dick Read’in etkisi ile daha sonra 1960’larda National Childbirth Trust gibi organizasyonları etkiledi. Ancak hala doğal doğum oranlarının istenenden uzak olduğuna inanılmaktadır. Dünyada ve Türkiye’de doğal doğum oranları ile ilgili güvenilir veriler bulunmamaktadır. Ancak sezaryen oranlarının giderek arttığı bilinmektedir. Buradan yola çıkarak doğal doğum oranlarının azaldığı sonucunu çıkarmak yanlış olmasa gerek. Dünya Sağlık Örgütü’nün önerdiği sezaryen oranı %10-15 iken bu oran Türkiye’de %36.7’dir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA], 2008). Bu oran bölgelere doğumun yapıldığı kurumlara göre çok büyük farklılıklar göstermektedir.

Doğumda her türlü müdahale oranlarının giderek arttığı görülmektedir (Tracy, Sullivan, Wang, Black ve Trcy 2007). Doğumla ilgili olaylarda sadece bebek ve anne değil aynı zamanda toplumun da çok önemli rolü vardır. Doğuma müdahalelerin artmasında da bu faktörlerden söz etmek mümkündür. Bu faktörlerden biri de annenin doğuma ilişkin korku ve anksiyete yaşamasıdır. Doğumda ağrı duyacağını düşünme, doğuma ilişkin korkular kadınların doğum şeklini ve doğumdaki müdahaleleri önemli derecede etkilemektedir. Gebelik dönemindeki korku ile doğum ve postpartum korku arasında pozitif bir

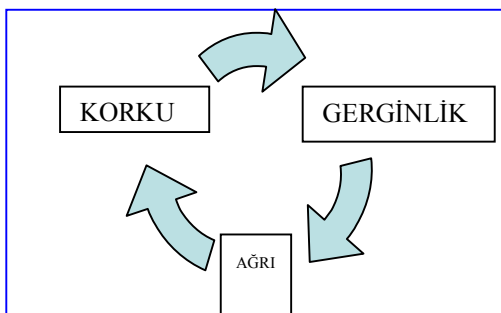
I.Uluslararası-II.Ulusal Ebelik Kongresi”, Safranbolu, 2011 10.Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, 2011 de konferans olarak sunulmuştur.

ilişki olduğu belirlenmiştir (Alehagen, Wijma ve Wijma, 2006). Eğitim seviyesi düşük olanlarda, sosyal ağları az olanlarda, yaşı küçük olanlarda, işsizlerde, danışmanlık almayanlarda, primiparlarda doğum korkusunun daha yüksek olduğu saptanmıştır (Alehagen, Wijma, Wijma, 2001; Laursen, Hedegaard ve Johansen, 2008).

Yapılan çalışmalar, kadınların kendi doğum süreçlerini yönetmek ve kontrol etmek istediklerini göstermektedir (Gibbins ve Thomson 2001; Zadoronzyj, 1999). Ancak birçok kadın vaginal doğumda ağrı ve korku nedeniyle kendi kontrollerinin olamadığı bir doğum şekli olan sezeryan ile doğumu tercih etmektedir (Çivili, 2005; Nieminen, Stephansson ve Ryding 2009). Doğum korkusu daha yüksek olanların, az olanlara göre, primiparların multiparlara göre sezaryen tercih oranları daha yüksek olduğu belirlenmiş (Çivili 2005; Melender 2002). Ancak danışmanlık alanlarda sezeryan oranlarının ve anestezi, analjezi kullanımının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Waldenström, ve ark., 2006). Sezaryen doğuma alternatif olarak epidural anestezi ile vaginal doğum yapma son yıllarda giderek artan bir eğilim görülmektedir. Doğum korkusu ve doğumda ağrı korkusu çok olan kadınların epidural anestezi ile doğumu daha yüksek oranda tercih ettikleri saptanmıştır (Bussche, Crombez, Eccleston ve Sullivan 2007). Doğumda yaşanan ağrı ve stres annenin korkusunun daha da artmasına neden olurken diğer yandan da fetüsün kalp atımını ve kan basıncını da olumsuz etkilemektedir (Lucio, Silva, Rodrigues, Veiga ve Vaacchi, 2009). Bu nedenle anneye doğumda korku, ağrı ve stresle baş etmeyi öğretmek önemlidir.

Doğum tercihlerine etki eden diğer bir konuda bebeğin sağlığı için hangi doğum şeklinin daha yararlı olduğu sorusudur. Anne ve baba adayları doğumda kendileri kadar doğacak olan bebeğin sağlığını da düşünerek karar vermektedirler (Melender, 2002). Anne ve baba adayları bebek için daha yararlı olduğunu düşündüğü yöntemleri, doğum müdahalelerini kabul etmektedirler. Doğum ile ilgili tercihleri kimin yaptığı yanıt bulunması gereken diğer bir sorudur. Anne ve baba adayları kararlara ne kadar katılabilir? Kararlara katılmak için ne kadar bilgiye sahipler?

Doğum konusunda annenin bilgi eksikliği, sosyal öğrenmeler, sağlık personelinin tutumu, doğum sürecine yapılan çeşitli müdahaleler gibi birçok uygulama annenin korku ve stres yaşamasına neden olmaktadır (Melender, 2002; Nieminen ve ark., 2009). Doğumda ağrı, stres ve doğum mekanizması birbirini etkileyen bir döngüdür. Bu döngünün nasıl oluştuğu şekil 1'de görülmektedir. Gebelik ve doğumda stres yaratan her durum anne ve fetüsün endokrin sistemine etkileyerek gebelik ve doğum sürecini etkilemektedir.



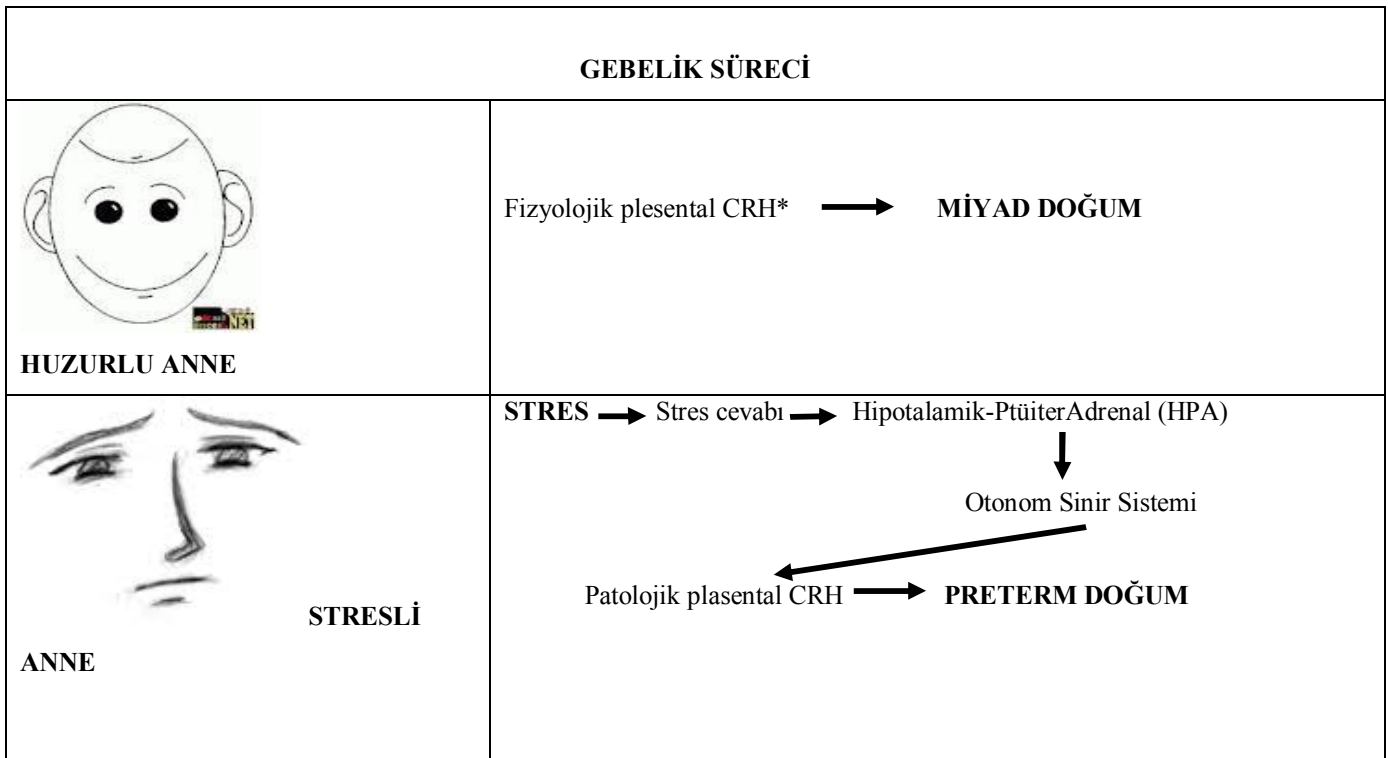
Şekil 1. Doğumda Korku, Ağrı ve Gerginlik Döngüsü

Stres, Hormon ve Doğum İlişkisi

Doğum süreci incelenirken genellikle endokrin faktörlerden çok, kemik pelvis, fetüsün pozisyonu ve durumu gibi mekanik ve anatomik özelliklere ağırlık verilmektedir. Doğumda çok önemli bir yere sahip olan maternal ve fetal endokrin değişimler üzerinde pek durulmaz. Ayrıca anne ve fetüsün sinir sistemi ile endokrin sistemi arasındaki etkileşiminde yeterince üzerinde durulduğu söylenemez. Oysa doğumun başlama zamanı, doğum süreci ve doğum sonunda anne ve bebekteki birçok olay bu ilişki ile açıklanabilir. Doğumdaki nöroendokrin ilişkiler ile ilgili olarak birçok çalışma olmasına rağmen hala bu konudaki hipotezler yeterince açıklanamamıştır (Latendresse, 2009).

Doğum Sürecini Başlatmada Nöroendokrin Sistem İlişkisi

Normal termde bir doğumun başlamasında hormonların fonksiyonu çok büyüktür. Bu süreci plasenta, fetal membranlar ve annenin endokrin sistemi aracılığı ile temel olarak fetüs sağlar. Lockwood (2004) doğumun başlamasında dört faktörden söz etmektedir. Bunlardan birincisi; fetal hipotalamik-pituitar-adrenal aksım (HPA) olgunlaşması sonucu fetüsün dış ortamda yaşayabilmesi için organlarının hazır hale gelmesini sağlayan kortizol salınımının olması. İkincisi; doğum eyleminin başlamasında etkili olan yerlerde değişikliklere neden olan hormonal salınımların olması. Üçüncüsü; myometriumdaki hormon reseptörlerinin aktif olmaya başlaması ve dördüncüsü ve sonuncusu; uterus kaslarının etkili kontraksiyonunu ve ilerleyici servikal dilatasyonu sağlayacak olan uterin kasların içerisinde bulunan intrinsek faktörler. Bu sürecin spontan olarak gelişebilmesi için annenin fizyolojisinin yolunda olması kadar fetüsünde doğmaya hazır olması çok önemlidir (Romano ve Lothian, 2007). Ancak bunun tam tersi olarak eğer annede kronik stres var ise, anne ve fetüs tam olarak hazır olmadan doğum gerçekleşebilir. Kronik stres durumunda hipotalamik aks uyarılır ve patolojik kotrikotropin releasing hormon (CRH) salınmaya başlar. Patolojik CRH da uterus kontraksiyonlarını uyararak doğumun başlamasına neden olur (Latendresse, 2009). Annenin dolaşım sisteminde plasental kökenli CRH gebeliğin 16. haftasında salınmaya başlar ve doğuma kadar seviyesi artar. Term ya da preterm doğumda gebeliğin süresi ya da doğumun zamanını belirlemede en temel rolü CRH oynar. Bu nedenle doğum zamanı için plasental CRH seviyeleri çalışılmaktadır. Erken doğumlarda 16-20. Haftalar arasında plasental CRH'ın arttığı belirlenmiştir. Maternal ve fetal kortizon ile plasental kortizon arasında pozitif feedback etkisi vardır. Bundan dolayı; maternal ve fetal kortizol plasental kortizolün üretimini inhibe etmek yerine uyarmaktadır. Erken dönemdeki çalışmalar, maternal, nöral ve adrenal stres hormonlarının, ACTH, vazopressin, oksitosin ve katekoleminlerin plasental CRH salınımını arttırdığını buldular. Stres cevabında üretilen kimyasal messengerların yüksek oranda üretildiği durumlarda plasental CRH'ın da fazla üretildiği belirlendi. Adrenal bezlerden salınan kortizolün seviyesindeki artış plasental oksitosin, Prostaglandin E2, Prostaglandin F2 ve plasental CRH'ın artmasına neden olmaktadır. CRH ve buna bağlı değişimle sonrasında uterusun kontraksiyonu ve serviksin olgunlaşması sağlanır. Tüm bunların sonucunda da doğum başlar. Bu kompleks ilişki ile tam olarak anlaşılmalıdır (Latendresse, 2009) (Şekil2-3).



Şekil 2: Kronik Stresin Doğum Zamanına Etkisini Gösteren Biyo-Davranışsal Pathway.

*CRH = corticotrophin-releasing hormone

Doğum süreci

Doğum sürecinde hormonların etkisinin kanıtlanmasına rağmen, disfonksiyonel doğum eylemi klasik olarak mekanik anormallikler ile ilişkili olarak kabul edilir. Üç P olarak bilinen Power (güç), Passenger (yolcu) ve Pelvis'ten birinde ya da birkaçındaki sorun disfonksiyonel doğum olarak kabul edilmektedir. Daha sonraki yıllarda üç P'ye iki P daha ilave edildi. Bunlar Pain (ağrı) ve Psych (psikoloji) idi. Bunların her ikisi de kadının stresle başetme ve seviyesi ile (Romano, A. M., & Lothian J. A. (2007). Kadının, stres ve başetme seviyesini ise çevre, kültür, hastane ortamı, sağlık bakımı vericilerin tutumları, davranışları ve psiko-emosyonel bakım etkilemektedir.

Doğum sürecindeki hormonal etkilerden söz eden teoriler ağırlıklı olarak oksitosin üzerinde durularken, daha az olarak da prostaglandinler ve myometriumdaki lokal reseptörler üzerinde durmaktadır. Doğum sürecinde etkili olan hormonlar CRH, oksitosin, endorfin, epinefrin, norepinefrin ve prolaktindir. Doğal bir doğumun gerçekleşebilmesi için bu hormonların doğru zamanda ve yeterli miktarlarda salınması çok önemlidir. Doğum sırasında bu hormonların birbiri ile uyumlu olarak artış ve azalması doğumun yolunda gitmesi için koşuldur. Bunların olabilmesi için de kadının streslen uzak olması gerekmektedir. Korku, anksiyete ve ağrının sonucu olarak stres hormonlarının artması sonucunda, kontraksiyonların sıklığı ve yoğunluğu azalmaktadır (Alehagen, Wijma, Lundberg ve Wijma 2005). Buna bir örnek olarak düşünülecek bir olay, kadının evinden hastaneye gemesiyle doğum sürecinin yavaşlamasıdır (Romato ve Lothian 2008 içinde Coat ve Dustall, 2001).

Beta-Endorfin

Beta-endorfin doğal bir narkotiktir. Hipofizden salgılanır ve gebelik, doğum, emzirme, seks gibi durumlarda seviyesi artar. Beta-endorfin doğal bir narkotik olduğu için ağrının olduğu her durumda seviyesi artmaktadır. Gebelikte artmaya başlayan beta-endorfin doğumda daha da artmaktadır. Böylece annenin doğum sırasında ağrı duymasını azaltmaktadır. Ayrıca doğum sırasında annenin olumlu bir duygu halinde olmasını sağlar. Bu hormon anne sütünde de bulunur. Bu, anne bebek arasında bağlanmayı sağlar. Beta-endorfinin çok yüksek olması oksitosin salınımının azalmasına neden olur. Bu nedenle aralarında bir denge olması gerekmektedir (Mongan, 2005; Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007). Doğum ilerledikçe maternal katokoleminler arttıkça buna paralel olarak beta-endorfin seviyeleri de artmaktadır. (Romano ve Lothian, 2007).

Epinefrin–Norepinefrin

Epinefrin ve norepinefrin (adrenalin-noradrenalin) katekoleminler olarak bilinir. Fizyolojik ya da psikolojik her türlü stres durumunda böbrek üstü bezlerinden salınırlar. Bu nedenle dövüş ya da kaç hormonları olarak bilinir. Doğumun başlangıcında seviyesinin düşük olması gerekir. Doğumun sonunda bebeği fırlatma aşamasında seviyesi artmaktadır. (Mongan, 2005; Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007). Doğumun son aşamasında maternal katekoleminler zıt yönde fonksiyon göstermeye başlarlar. Doğumun sonunda ve ikinci evrede fetüsün atılımına yardım edebilmede stres hormonlarında bir artış olur. Michel Odent buna "fetüs atma refleksi demektir (Odent, 2001). Maternal katekoleminlerdeki bu artış fetal solunumu uyarır, akciğerlerdeki sıvı absorpsiyonunu artırır, surfaktan yapımını uyarır ve ekstraterin yaşam için gerekli olan yağ asitlerini ve glikozu harekete geçirir (Romano ve Lothian, 2007).

Doğumdan hemen sonra katekoleminlerin seviyesinde ani düşme olmasıyla annede titreme, üşüme gibi tepkiler oluşur. Doğumdan sonra seviyesinde azalma olamaması durumunda, oksitosin seviyesi yeterince yüksek olmadığı için uterus kontraksiyonlarına engel olur. Bunun sonucunda kanama riski artar. Doğumdan sonra yüksek seviyedeki katekoleminler yenidoğanın aktif olmasını sağlar. Anne ile bebeğin teması sonrasında hızla düşerek bebeğin sakinleşmesini sağlar (Mongan, 2005; Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007).

Oksitosin

Doğumda en çok bilinen hormondur. Oksitosin gebelikte salınmaya başlar, doğumun başlaması ile seviyesi giderek artar. Oksitosin hem anneden hem de fetüsten salınır. Bu nedenle gebeliğin ilerlemesi ve dolayısıyla fetüsün gelişimi ile oksitosin düzeyi ilişkilidir. Oksitosin hipotalamustan gelen uyarılar ile hipofizden salınır. Bu nedenle hipotalamustan gelen uyarılar oksitosinin salınımını baskılayabilir. Stres yaratan her durum oksitosin salınımının azalması ile sonuçlanacaktır (Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007).

Michel Odent oksitosine sevgi hormonu adını vermekte ve sevginin olduğu her yerde oksitosinin olduğunu belirtmektedir. Oksitosinin seviyesi cinsel aktivite, doğum, emzirme ve çok sevilen bir kişi görüldüğünde artmaktadır. Oksitosin bebeğin, doğumun son aşamasında atılmasında, plasentanın doğumunda ve emzirme sırasında sütün atılmasında etkilidir. Oksitosinin, annenin bebeğine ilgisini artırdığı ve annelik davranışları sergilemede önemli olduğu ileri sürülmektedir (Mongan, 2005; Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007).

Erken Postpartum Dönem ve Yenidoğana Hormonların Etkisi

Doğumdan sonra salgılanan oksitosin uterus konsantrasyonlarını sağlayarak uterus involusyonunu ve kanamayı azaltır. Yenidoğanın ısısını korumak için meme derisinde ısı artışı olur. Doğumdan sonra erken dönemde bebek ile annenin ten tene teması maternal ve fetal oksitosin seviyesinin artması ve başarılı bir emzirme için gereklidir. Doğumdan sonra annenin eforik bir hal almasının nedeninin; annede beta-endorfin, katokolemin ve oksitosinin artışından veya hepsinin artışı ile oluşan etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu durumun ortaya çıkmasında göz ve deri temasının etkili olduğu düşünülmektedir (Romano ve Lothian, 2007). Yapılan hayvan deneyinde; oksitosinle indüklenmiş doğum sonrasında yenidoğanların plazmasındaki ürik asit oranı normal doğumla doğan yenidoğanlardan daha yüksek olarak bulunmuştur (Calderon, Rawson, Sakala, Sowers, Boskovic ve Angeles 2008). Yapılan diğer bir hayvan deneyinde; normal doğumla doğan yenidoğanların apgar skorları ve distosi durumları, sezaryen ile doğanlardan daha iyi olduğu bulunmuştur. Sezaryen doğumda yenidoğanda sıfırıncı dakikadaki oksijen saturasyonu normal doğum ve distosili doğumdan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak, 60. dakikada normal doğum yapan annelerin bebeklerinde hızla yükselirken sezaryenle doğum yapanların bebeklerinde düşüş olduğu bulunmuştur (Silva, Lucio, Veiga, Rodrigues ve Vaucchi 2009). Tüm bunlar doğum sürecinde yaşanan her türlü olayın yenidoğanın sağlığını etkilediğini göstermektedir.

Doğumda Yapılan Müdahaleler Doğum Sürecini Nasıl Etkiler?

Doğum yapacak olan annede stres yaratan birçok durum söz konusudur. Birçok anne ve baba adayı toplumsal öğrenme yoluyla doğumu, olumsuz olarak algılamaktadırlar. Doğum, ağrılı, kanamalı ve tehlikeli bir durum olarak algılanmaktadır. Bu nedenle anne adayının doğuma odaklandığı gebeliğin son üç ayında stres düzeyleri artmaktadır. Doğum eylemini başlaması ile birlikte anne adayının stresi daha da artmaktadır.

Doğum hemen hemen her toplumda heyecan yaratmaktadır. Bu durum doğum yapacak olan kadınların etrafında heyecanlı, stresli birçok kişinin bulunmasına neden olur. Kadının hastaneye gelmesi, bilmediği bir ortama girmesi, bilmediği tanımadığı bir ekip ile karşılaşması anksiyetesini arttıran bir diğer faktördür. Buna ilave olarak ses, ışık, lavman, indüksiyon, monitörizasyon, yatağa bağımlı olmak gibi doğum müdahalelerinin her biri anksiyeteyi arttırmaktadır. Tüm bunlara ilave olarak kadının doğum eylemi süresince yalnız olması, kendisini desteksiz hissetmesi rahatsızlığını arttırmaktadır.

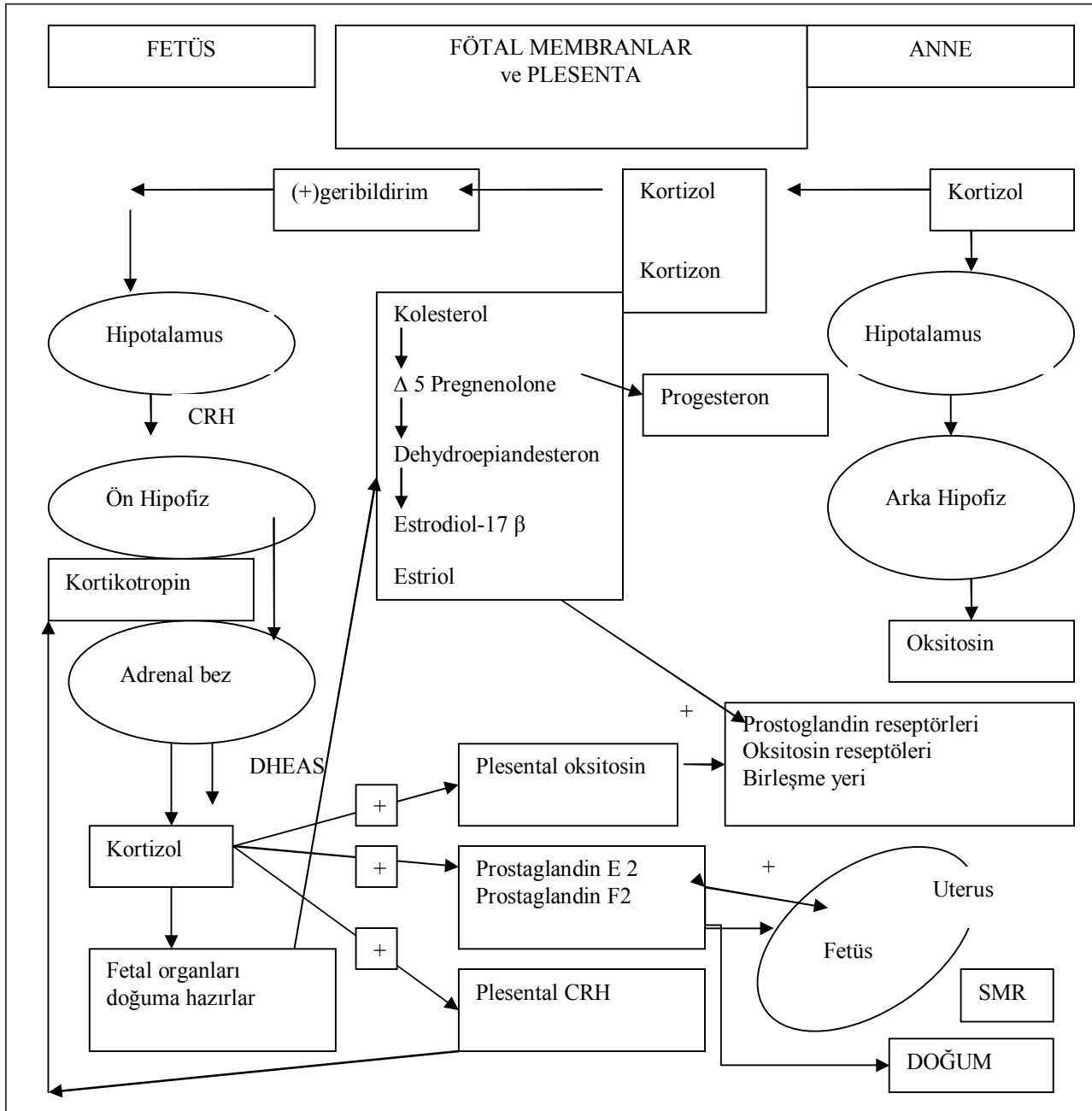
Doğum eylemi sırasında anksiyete yaşayan kadında oksitosin salınımı azalır, adrenalin seviyesi artar. Bunun sonucu olarak uterus kontraksiyonları düzensiz ve etkisiz olur. Bunun sonucunda doğum eylemi uzar ve zorlaşır. Kadın çok daha fazla ağrı hisseder. Anksiyete endorfin salınımının azalmasına neden olur. Bunun sonucunda gebe daha fazla ağrı duyar (Mongan, 2005).

Bu süreci tersine çevirmek için, gebeler prekonsepsiyonel ve antenatal dönemde çok iyi danışmanlık ve eğitim almalıdır. Doğuma hazırlık bireysel yada grup eğitimleri biçiminde olabilir. Doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların doğumda kendine güvenlerinin katılmayanlara oranla daha yüksek olduğu saptanmıştır (Crowe ve Baeyer 1989; Koehn 2002). Doğuma Hazırlık sınıflarına katılan kadınların doğum sürecindeki anksiyete seviyeleri sınıflara katılmayanlara göre daha düşük düzeydedir (Okumuş, Mete, Yenal, Aytur & Demir 2002). Ancak kadınların eğitim alsalar da baş etme becerilerini kullanabilmek için doğum süreci boyunca desteklenmeye gereksinimi vardır (Spiby, Henderson, Salde, Escott ve Fraser 1999) Doğuma hazırlık sınıfına katılan kadınların katılmayanlardan daha az ağrı hissettikleri (Okumuş, Mete, Aytur, Yenal ve Demir 2002) ve epidural anestezi kullanımının daha az olduğu belirlenmiştir (Strurrock ve Johnson 1990).

Doğal Doğumun Sağlanması için Gerekenler;

- Çiftler gebelik öncesi ve gebelik süresince eğitim ve danışmanlık almalı,
- Doğum kendiliğinden başlamalı,
- Doğum için huzurlu, saygılı, güven verici bir ortam ve olumlu iletişim sağlanmalı,
- Doğum ortamı çok aydınlık olmamalı,
- Kadının doğum süresince özgürce hareket etmesine izin verilmeli,
- Kadın doğumda sürekli olarak desteklenmeli,
- Rutin müdahaleler olmamalı,
- Spontan itmeye izin verilmeli,

Anne ve bebek ayrılmamalı, birliktelik kalmaları sağlanmalı (Mongan, 2005; Odent, 2001; Romano ve Lothian, 2007).



Şekil 3: Termde Bir Doğumda Mekanizma.

CRH = Corticotropin-Releasing Hormon;
DHEAS = Dehydroepiandrosterone Sulfate;
SMR = Spontan Membran Ruptürü.

Sonuç

Sonuç olarak doğum sürecinde çok olumlu bir ortam sağlanmalıdır. Önceden hazırlığı olan kadının doğal doğum sürecini yaşamasına izin verilmeli. Doğum eyleminde yer alacak olan her bir sağlık çalışanı bu konuda çok iyi hazırlanmalıdır. Böylece kadın stresten uzak, kendi bedeni ve bebeğinin özgürce doğumu yaşamasına izin verebilir.

Kaynaklar

- Alehagen, S., Wijma, B., & Wijma, K. (2006). Fear of childbirth before, during and after childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 85 (1), 56-62.
- Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U., & Wijma, K. (2005). Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 26 (3), 153-165.

- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma B. (2001). Fear during labor, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80, 315-320.
- Bussche, E. V., Crombez, G., Eccleston, C. & Sullivan, M. J. L. (2007). Why women prefer epidural analgesia during childbirth: The role of beliefs about epidural analgesia and pain catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11 (3), 275-282.
- Calderon, T. C., Rawson R. A., Sakala, E. P., Sowers L. C., Boskovic, D. S., & Angeles D. M. (2008). Effect of mode of birth on purine and malondialdehyde in umbilical arterial plasma in normal term newborns. *Journal of Perinatology*, 28 (7), 475-481.
- Crowe, K., & Baeyer C. C. (1989). Predictors of a positive childbirth experience. *Birth*, 16 (2), 59-63.
- Çivili, D. (2005). Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Hemşirelik Programı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir, Türkiye.
- Darra, S. (2009). 'Normal', 'natural', 'good' or 'good-enough' birth: Examining the Concepts. *Nursing Inquiry*, 16 (4), 297-305.
- Gibbins, J., Thomson, A. M. (2001). Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*, 17 (4), 302-313.
- Koehn, M.L. (2002). Childbirth education outcomes: An integrative review of the literature. *The Journal of Perinatal Education*, 11 (3), 10-19.
- [Latendresse G.](#) (2009) The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health*. 54(1), 8-17.
- Laursen, M., Hedegaard, M., & Johansen, C. (2008). Fear of childbirth: predictors and temporal change among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115, 354-360.
- Lucio, C. F., Silva, L. C. G., Rodrigues J. A., Veiga, G. A. L., & Vaucchi, C. I. (2009). Peripartum haemodynamic status of bitches with normal birth or dystocia, *Reproductive Domestic Animal*, 44 (2), 133-136.
- Melender, H. L. (2002). Experience of fear associated with and childbirth: A study of 329 pregnant women. *BIRTH*, 29 (2), 101-111.
- Mongan, M. F. (2005). *Hypnobirthing The Mongan Method*. Communications, Inc. Deerfield Beach, Florida.
- Nieminen, K., Stephansson, O., & Ryding, E. L. (2009). Women's fear of childbirth and preference for cesarean section—A cross-sectional study at various of pregnancy in Sweden. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 88, 807-813.
- Odent, M. (2001). *The scientification of love*. revised ed. London.
- Okumuş, H., Mete, S., Yenal, K. Aytur, T., & Demir, N. (2002). Doğuma hazırlık sınıfının doğum sürecine etkisinin incelenmesi. *Klinik Bilimler ve Doktor Dergisi*, 8 (6), 771-775.
- Romano, A. M., & Lothian J. A. (2007). Promoting, protecting and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN*, 37 (1), 94-105.
- Silva, L. C. G., Lucio, C. F., Veiga, G. A. L., Rodrigues J. A., & Vaucchi, C. I. (2009). Neonatal clinical evaluation, blood gas and radiographic assessment after normal birth, vaginal dystocia or caesarean section in dogs. *Reproductive Domestic Animal*, 44 (2), 160-163.
- Spiby, H., Henderson, B., Salde, P., Escott, D., & Fraser, R. B. (1999). Strategies for coping with labour: Does perinatal education translate into practice? *Journal of Advanced Nursing*, 29 (2), 388-394.
- Strurrock, W. A., & Johnson, J. A. (1990). The relationship between education classes and obstetric outcomes. *Birth*, 17 (2), 82-85.
- Türkiye nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 Ana Raporu, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/>, Erişim 03.02.2011
- Türk Dil Kurumu, <http://www.tdk.gov.tr/TR/Genel/BelgeGoster.aspx?f6e10f8892433cfaaf6aa849816b2ef07b4bdb15d6b60d5>, Erişim 22.01.2011.
- Waldenström, U. (2007). Normal childbirth and evidence based practice. *Women and Birth*, 20, 175-180.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., & Reyding, E. L. (2006). Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113: 638-646.
- Zadoroznyj, M. (1999). Social class, social selves and social control in childbirth. *Sociology of Health and Illness*, 21, 267-289.