

Dünya Sağlık Örgütü'nün olumlu doğum deneyimi önerilerinin sağlık profesyonelleri tarafından çalıştıkları birimde uygulanma durumu

Implementation of the world health organization's positive birth experience recommendations by health professionals in the unit where they work

Gonca Karataş Baran ^{ID} Kadriye Kızıltepe ^{ID} Rahmi Sinan Karadeniz ^{ID} Caner Köse ^{ID}
Etlük Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, Dünya Sağlık Örgütü'nün olumlu doğum deneyimine yönelik önerilerinin sağlık profesyonelleri tarafından çalıştıkları birimde uygulanma durumunun tanımlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde 1 Ağustos 2021-1 Şubat 2022 tarihleri arasında yapılan araştırmanın evrenini bir kadın hastalıkları ve doğum dalı hastanesi doğum salonunda çalışan veya son bir yılda çalışmış olan sağlık profesyonelleri (82 hekim, 68 hemşire-ebe) oluşturmuştur. Veri toplama formu sosyodemografik özellikler ve Dünya Sağlık Örgütü'nün olumlu doğum deneyimi önerileri temel alınarak oluşturulan sorulardan oluşturulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik (sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma) ve ki kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $28,82\pm 5,86$ yıldır. Saygılı anne bakımı önerilerinden mahremiyeti sağlama (%64,0), gebeye açıklayıcı bilgilendirme (%75,3), ekip ile etkili iletişim kurarak hizmet verilmesinin (%76,0) sağlandığı bildirilmiştir. Farmakolojik olmayan yöntemlerden gevşeme teknikleri uygulandığı (%41,3) ve hareket özgürlüğü sağlandığı (%61,3) belirtilmiştir. Katılımcıların %52,3'ü 4 cm servikal dilatasyonun doğumun birinci evresinin aktif fazını tanımlamanın ölçüsü olduğunu ve vajinal muayenenin %59,3 oranında iki saat ara ile uygulandığını belirtmişlerdir.

Sonuç: Çalışma sonucunda saygılı annelik bakımı uygulamaları, gevşeme ve farmakolojik olmayan ağrı giderme tekniklerinin uygulandığı, Dünya Sağlık Örgütü tarafından önerilmeyen müdahalelerin uygulanma oranı düşük olması ile birlikte halen uygulandığı saptanmıştır. Saygılı annelik bakımı ve farmakolojik olmayan uygulamaların artırılması, doğum evrelerinde gereksiz tıbbi müdahalelerin azaltılması yönünde sağlık profesyonellerinde farkındalık oluşturulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Doğum, anne bakım modelleri, tıbbi müdahale, olumlu doğum deneyimi, saygılı anne bakımı.

"Bu çalışma II. Uluslararası III. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi'nde Tübitak 2224-B Yurt İçi Bilimsel Etkinliklere Katılım Desteği Programı kapsamında sözel bildiri olarak sunulmak üzere başvurulmuştur. "

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to define the implementation of the World Health Organization's recommendations for positive birth experience by health professionals in the unit they work.

Materials and Methods: The population of the descriptive study, which was conducted between August 1, 2021, and February 1, 2022, consisted of health professionals (82 physicians, 68 nurses-midwives) who worked in the delivery room of a gynecology and obstetrics hospital or worked in the last year. The data collection form was composed of questions based on socio-demographic characteristics and positive birth experience recommendations of the World Health Organization. In the evaluation of the data; descriptive statistics (number, percentage, mean and standard deviation) and chi-square test were used. The results were evaluated at the 95% confidence interval, at the $p<0.05$ significance level.

Sorumlu yazar: Gonca Karataş Baran
Etlük Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
E-posta: goncabaran@gmail.com
Başvuru tarihi: 05.07.2022 Kabul tarihi: 27.12.2022

Results: The mean age of the participants was 28.82±5.86 years. It has been reported that among respectful maternal care recommendations, providing privacy (64.0%), explanatory information to the pregnant woman (75.3%), and effective communication with the team (76.0%) were provided. Among non-pharmacological methods, it was stated that relaxation techniques were applied (41.3%) and freedom of movement was provided (61.3%). While 52.3% of the participants stated that 4 cm cervical dilatation was the measure of defining the active phase of the first stage of labor, and the frequency of vaginal examination was performed every two hours at a rate of 59.3%.

Conclusion: As a result of the study, it was determined that respectful maternity care practices, relaxation and non-pharmacological pain relief techniques were applied, although the application rate of interventions not recommended by World Health Organization was still low. Awareness of health professionals should be created to increase respectful maternity care and non-pharmacological practices, and to reduce unnecessary medical interventions during birth stages.

Keywords: Birth, maternal care patterns, medical intervention, positive birth experience, respectful maternity care.

GİRİŞ

Olumlu doğum deneyimi; güvenli bir ortamda, donanımlı ve yetenekli sağlık profesyoneli tarafından sağlanan bakım ve sürekli emosyonel desteğin yer aldığı, sağlıklı bir bebek dünyaya getirme deneyimi olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), gebe kadınların bireysel ve sosyokültürel değer ve beklentilerini karşılandığı olumlu bir doğum deneyimini hak ettiklerini belirtmektedir (1, 2).

Tüm gebe kadınlar ve yeni doğanlar için gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yüksek kaliteli bakım, DSÖ'nün benimsediği vizyondur. Bu amaçla 2016'da olumlu gebelik deneyimi sağlamak amacı ile doğum öncesi bakım konusunda ve 2018 yılında da doğum sürecinde olumlu deneyim sağlamak amacı ile intrapartum bakım konusunda bir dizi öneriler yayınlamıştır (1).

Bu intrapartum bakım önerilerinin oluşturulma gerekçeleri arasında; ciddi morbidite ya da mortaliteye sebep olabilen intrapartum komplikasyon deneyimlerinin varlığı, gebelerin ve yenidoğanların doğum sürecinde kanıta dayalı ve saygılı bir bakım almaları gerektiği yönünde anne bakım politikalarının olmasına rağmen uygulamada gerçekliğin bunlardan uzak olması, olumlu doğum deneyimleri yaşama oranının yetersiz olması, mevcut doğum süreci uygulamalarında doğumun olağan akışına yönelik yapılan girişimlerin yoğun şekilde uygulanıyor olması, gereksiz doğum müdahalelerinin uygulanma oranının artması, doğum sürecinin ilerleyişini değerlendirme kriterlerinin, klinik karar vermede uygun olmaması, travay ve doğum sürecindeki normallik kavramının uzun yıllara dayalı araştırma

sonuçlarına rağmen standardize edilememiş olması ve kadınların yüksek düzeyde kötü muamele bildirmeleri ve bunun bir kadının doğum deneyimi üzerindeki etkilerinin de endişe verici düzeyde olması şeklinde sıralamıştır (1, 3, 4).

Travay ve doğum sırasındaki hizmet sunumuna yönelik temel yaklaşımın yeniden gözden geçirilmesi ve düzenlenmesi gerektiği DSÖ tarafından vurgulanmaktadır ve DSÖ'nün olumlu doğum deneyimi önerileri kaliteli intrapartum sağlamada önemli bir rehber olarak görülmektedir (1, 3). Çalışmada, DSÖ'nün olumlu doğum deneyimine yönelik önerilerinin doğum kliniğinde uygulanma durumunun tanımlanması ve anne dostu hastane kriterlerini sağlamada desteklenmesi gereken alanların belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı türdeki bu araştırmanın evrenini bir kadın hastalıkları ve doğum dalı hastanesi doğum salonunda çalışmakta olan ve/veya son bir yıl içinde bir süre çalışmış olan sağlık profesyonelleri (hemşire-ebe ve hekim) oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem sayısı hesaplama formülü kullanılarak yapılan hesaplamada ($N_{\text{hemşire-ebe}}=110$; $N_{\text{hekim}}=134$; 1,96 serbestlik derecesi; $p=0,5$; $q=0,5$; %95 güvenle; %5 duyarlılık; 0,05 tip I hata payı) en az 150 kişiye ulaşılması gerektiği hesaplanmıştır. Toplam örnek hacmi tabakalara ağırlıkları oranında dağıtıldığında hekim grubundan 82, ebe hemşire-ebe grubundan 68 kişiye 01/08/2021-01/02/2022 tarihleri arasında ulaşılmıştır. Doğum salonunda çalışıyor olmak ve/veya son bir yıl içinde çalışmış olmak ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek dahil olma kriterleridir.

Veri toplama formunun eksik doldurulması dışlanma kriteridir.

Araştırma verilerin toplanmasında iki bölümden oluşan "Veri Toplama Formu" kullanılmıştır. Birinci bölümde katılımcı ile ilgili genel bilgilere ait sorular, ikinci bölümde doğum salonu uygulamalarında DSÖ'nün olumlu doğum deneyimi önerileri (1) temel alınarak oluşturulan DSÖ olumlu doğum deneyimi önerilerinin uygulanma durumuna yönelik sorular yer almaktadır. Araştırmada, saygılı annelik bakımı uygulamalarını yapma durumu kişisel olarak sorgulanırken, diğer uygulamalarda klinikte uygulanma durumu gözlemleri sorgulanmıştır.

Araştırma yapılan hastanenin klinik araştırmalar etik kurulu ve Tıpta Uzmanlık eğitimi Kurulu (TUEK) biriminden onay alınmıştır.

Verilerin analizi bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences 20.0 istatistik programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, meslek grupları arasında farkı değerlendirmek için ki kare veya Fisher exact testi kullanılmıştır. Sonuçlar %95 güven aralığında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 150 kişinin 68'i ebe/hemşire ve 82'si hekimdir. Yaş ortalaması ebe/hemşire için $27,18 \pm 5,55$, hekimler için $29,61 \pm 6,72$ olup, toplam ortalama yaş $28,82 \pm 5,86$ yıldır. Katılımcıların %66,0'sı üniversite ve % 30,1'i yüksek lisans ve üzeri eğitim seviyesindedir. Meslekte çalışma yılı %28,0'inin 0-1 yıl, %34,0'ünün 1-3 yıl, %16,7'sinin 3-5 yıl, %11,3'ünün 5-10 yıl, %8,7'sinin 10-20 yıl ve %1,3'ünün 20 yıl ve üzeridir. Doğum salonunda çalışma yılı %51,3'ü 0-1 yıl, %34,7'si 1-3 yıl, %6,0'sı 3-5 yıl, %7,3'ü 5-10 yıl ve %0,7'si 10-20 yıldır. Örneklem grubunun %38'i evli, %58,7'si bekar, %3,3'ü eşinden ayrılmış ve %24,0'ü çocuk sahibi iken %76,0'sinin çocuğu yoktur.

Tablo-1'de sağlık profesyonellerinin saygılı annelik bakımı uygulamalarına yönelik bulguları verilmiştir. Tabloya göre "gebelere nasıl hitap edersiniz" sorusuna verilen cevaplara bakıldığında, ebe/hemşirelerin %76,5'inin, hekimlerin %74,4'ünün "...hanım" olarak hitap ettikleri bulunmuştur. Ancak gruplar arasında anlamlı fark yoktur. Meslek grupları arasında "ekip içi gebeleri nasıl kimliklendirirsiniz" sorusuna verilen cevaba bakıldığında, hekimlerin hemşire-ebe grubuna oranla tanımlama (cam kenarı, kapı yanı, soldaki, vb.) kullanma

oranlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (%67,1; %26,5; $p < 0,001$). Katılımcılardan en yüksek oranda ebe/hemşirelerin %67,6'sının ve hekimlerin %37,8'inin gebeye kendini tanıttığı saptanmıştır. Gruplar arası fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Gebelere sürekli destekleyici bakım desteği sağlanma durumu %58,0 iken, gebelere sürekli bakım desteğinin aynı kişiler tarafından verilmesi durumu ebe/hemşirelerde % 51,5 ve hekimlerde %39,3'dür ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($\chi^2 = 7,793$, $p = 0,02$). Gebelere kültürel farklılıklara uygun bakım verebilme durumu %44,7 oranında "kısmen" olarak cevaplanmıştır. Birimin fiziki koşullarının olumlu doğum deneyimi sağlamada uygun olduğunu düşünme durumu %38,8 oranda "evet" olarak cevaplanmıştır.

Gebeyi destekleyici nonfarmakolojik uygulamalar ile ilgili hemşire-ebe ve hekimlerin gözlemlerine ait bulgular Tablo-2'de verilmiştir. Meslek grupları arasında oral desteğin sağlanması dışındaki destek uygulamaları sorularına verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0,05$). Travay süresince düşük riskli gebelerde oral desteği sağlanma durumuna ebe-hemşirelerin % 52,9'u "evet" cevabını verirken, hekimlerin %46,3'ü "evet" demiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo-2).

Doğumun birinci evresindeki uygulamalar ile ilgili hemşire-ebe ve hekimlerin gözlemlerine ait bulgular Tablo-3'de verilmiştir. Bu bulgulardan ebe-hemşirelerin % 4,4'ü ve hekimlerin % 14,6'sı fetal kalp hızının aralıklı oskültasyonunun yapılma durumuna "hayır" cevabını vermişlerdir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Ebe-hemşirelerin %58,8'i, ve hekimlerin %36,6'sı gecikmeyi önlemede travayın aktif yönetildiğini belirtmişlerdir ve verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bunların dışında kalan doğumun birinci evre girişimlerinin uygulanma durumuna verilen cevaplar yönünden meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p > 0,05$). Ek olarak tabloda belirtilmemek üzere katılımcıların %52,3'ü 4 cm, %20,8'i 5 cm ve %13,4'ü 6 cm servikal dilatasyonun doğumun birinci evresinin aktif fazını tanımlamanın ölçütü olarak belirtirken, geriye kalan %13,5'u diğer servikal dilatasyon değerlerini aktif faz olarak tanımlamıştır. Vajinal muayene sıklığı %59,3 oranında iki saat ara ile, %24,7 oranında bir saat ara ile, %8,0 oranında 30 dakika ara ile, %5,3 oranında üç saat ara ile ve %2,7 oranında dört saat ara ile olarak belirtilmiştir.

Tablo-1. Saygılı anne bakım uygulamaları (n=150).

Saygılı anne bakımı	Ebe/Hemşire		Hekim		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Gebelere hitap şekli							
...hanım	52	76,5	61	74,4	113	75,3	$\chi^2=2,207$ $p=0,332$
İsmi ile	14	20,6	14	17,1	28	18,7	
Tanımlama ile	2	2,9	7	8,5	9	6,0	
Ekip içinde gebeyi kimliklendirme							
...hanım	20	29,4	15	18,3	35	23,3	$\chi^2=26,103$ $p=0,000$
İsmi ile	30	44,1	12	14,6	42	28,0	
Tanımlama ile	18	26,5	55	67,1	73	48,7	
Gebeye kendini tanıtmaya							
Evet	46	67,6	31	37,8	77	51,3	$\chi^2=13,404$ $p=0,001$
Kısmen	19	27,9	42	51,2	61	40,7	
Hayır	3	4,4	9	11,0	12	8,0	
Gebenin mahremiyetini sağlama							
Evet	49	72,1	47	57,3	96	64,0	$\chi^2=3,506$ $p=0,061$
Kısmen	19	27,9	35	42,7	54	36,0	
Gebeyi açıklayıcı bilgilendirme							
Evet	51	75,0	62	75,6	113	75,3	$\chi^2= 0,007$ $p=0,931$
Kısmen ve Hayır	17	25,0	20	24,4	37	24,7	
Gebelerin bilinçli karar almasını sağlama							
Evet	37	54,4	44	53,7	81	54,0	$\chi^2=0,008$ $p=0,927$
Kısmen ve Hayır	31	45,6	38	46,3	69	46,0	
Gebenin ihtiyaçlarına, tercihlerine ve sorularına olumlu bir tavırla cevap verilme durumu							
Evet	42	61,8	54	65,9	96	64,0	$\chi^2= 0,270$ $p=0,603$
Kısmen ve Hayır	26	38,2	28	34,1	54	36,0	
Gebenin duygusal ihtiyaçlarını ifade etmesini ve aktif dinleme yoluyla desteklenmesini sağlama							
Evet	47	69,1	53	64,6	100	66,7	$\chi^2=0,336$ $p=0,562$
Kısmen	21	30,9	29	35,4	50	33,3	
Ekip ile etkili iletişim kurarak hizmet verebilme durumu							
Evet	54	79,4	60	73,2	114	76,0	$\chi^2=3,284$ $p=0,194$
Kısmen	8	11,8	18	22,0	26	17,3	
Hayır	6	8,8	4	4,9	10	6,7	
Ekip ile gebenin durumu ile ilgili bilgi paylaşımı ve geri bildirim yapma durumu							
Evet	57	83,8	66	80,5	123	82,0	$\chi^2= 0,280$ $p=0,597$
Kısmen ve Hayır	11	16,2	16	19,5	27	18,0	
Gebelere sürekli destekleyici bakım desteği sağlanma durumu							
Evet	45	66,2	42	51,2	87	58,0	$\chi^2= 3,414$ $p=0,065$
Kısmen ve Hayır	23	33,8	40	48,8	63	42,0	
Gebelere sürekli bakım desteğinin aynı kişiler tarafından verilmesi durumu							
Evet	35	51,5	24	29,3	59	39,3	$\chi^2=7,793$ $p=0,020$
Kısmen	21	30,9	39	47,6	60	40,0	
Hayır	12	17,6	19	23,2	31	20,7	
Gebelere kültürel farklılıklara uygun bakım verebilme durumu							
Evet	21	30,9	32	39,0	53	35,3	$\chi^2=3,415$ $p=0,181$
Kısmen	29	42,6	39	46,3	67	44,7	
Hayır	18	26,5	12	14,6	30	20,0	
Birimin fiziki koşullarının olumlu doğum deneyimi sağlamada uygun olduğunu düşünme durumu							
Evet	23	33,8	34	41,5	57	38,8	$\chi^2=6,644$ $p=0,036$
Kısmen	17	25,0	30	36,6	47	31,3	
Hayır	28	41,2	18	22,0	46	30,7	

Doğumun ikinci evresi ile ilgili hemşire-ebe ve hekimlerin gözlemlerine ait bulgular Tablo-4'de verilmiştir. Meslek gruplarının doğumun ikinci evresi uygulamaları yönünden gözlemleri arasında fundusa basınç uygulama ($p<0,05$) dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşire-ebelerin %54,4'ü ve hekimlerin %35,4'ü fundusa elle basınç uygulandığını belirtmişlerdir ve meslek

grupları gözlemleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$) (Tablo-4).

Doğumun üçüncü evresi ve doğum sonu uygulamaları ile ilgili hemşire-ebe ve hekimlerin gözlemlerine ait bulgular Tablo-5'te verilmiştir. Yenidoğanlarda rutin ağız ve burun aspirasyonu yapılma durumu hemşire-ebe grubunun %35,3'üne, hekim grubunun %56,1'ine göre gözlemlenmiştir ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo-2. Nonfarmakolojik uygulamalar (n=150).

Nonfarmakolojik uygulamalar	Ebe/Hemşire		Hekim		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Progresif kas gevşetme, nefes alma, müzik, odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma vb. içeren gevşeme teknikleri uygulanma durumu							
Evet	31	45,6	31	37,8	62	41,3	$\chi^2=0,939$ $p=0,625$
Kısmen	20	29,4	27	32,9	47	31,3	
Hayır	17	25,0	24	29,3	41	27,3	
Masaj ya da lokal sıcak uygulama (sıcak ped/torba/kompres uygulaması vb.) gibi manuel teknikler uygulanma durumu							
Evet	25	37,3	23	28,0	48	32,2	$\chi^2=5,515$ $p=0,063$
Kısmen	22	32,8	19	23,2	41	27,5	
Hayır	20	29,9	40	48,8	60	40,3	
Düşük riskli gebelerde, travay süresince oral sıvı ve yiyecek alımı sağlanma durumu							
Evet	36	52,9	38	46,3	74	49,3	$\chi^2=6,535$ $p=0,038$
Kısmen	17	25,0	35	42,7	52	34,7	
Hayır	15	22,1	9	11,0	24	16,0	
Düşük riskli gebelerde, doğumun birinci evresinde hareket etmesinin desteklenmesi ve dik pozisyon							
Evet	41	60,3	51	62,2	92	61,3	$\chi^2= 0,057$ $p=0,812$
Kısmen ve Hayır	27	39,7	31	37,8	58	38,7	
Doğum salonuna refakatçi alınma durumu							
Evet	11	16,2	12	14,6	23	15,3	$\chi^2=0,608$ $p=0,738$
Kısmen	24	35,3	25	30,5	49	32,7	
Hayır	33	48,5	45	54,9	78	52,0	
İkinci evrede penineal masaj, sıcak kompres, perinenin elle korunmasını vb. içeren tekniklerin uygulanma durumu							
Evet	33	48,5	47	57,3	80	53,8	$\chi^2=1,400$ $p=0,497$
Kısmen	23	33,8	21	25,6	44	29,3	
Hayır	12	17,6	14	17,1	26	17,3	

Tablo-3. Doğumun birinci evresi uygulamaları (n=150).

Doğumun Birinci Evresi Uygulamaları	Ebe/Hemşire		Hekim		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Doğumhaneye kabulde rutin klinik pelvimetri							
Evet	33	48,5	29	35,4	62	41,3	$\chi^2=2,656$ $p=0,103$
Hayır	35	51,5	53	64,6	88	58,7	
Vajinal doğum öncesi rutin perineal / pubik bölge tıraşı yapılma durumu							
Evet	5	7,4	10	12,7	15	10,0	$\chi^2=0,968$ $p=0,325$
Hayır	63	92,6	72	87,8	135	90,0	
Rutin lavman uygulaması durumu							
Evet	21	30,9	34	42,0	55	36,9	$\chi^2= 1,953$ $p=0,162$
Kısmen ve Hayır	47	69,1	47	58,0	94	63,1	
Spontan doğum yapacak sağlıklı gebe kadınlarda sürekli kardiyotokografi/NST uygulaması durumu							
Evet	51	75,0	60	73,2	111	74,0	$\chi^2= 0,065$ $p=0,799$
Kısmen	17	25,0	22	26,8	39	26,0	
Sağlıklı gebe kadınlarda fetal kalp atım hızının belirli aralıklarla oskültasyonu yapılma durumu							
Evet	33	48,5	45	54,9	78	52,0	$\chi^2=6,859$ $p=0,032$
Kısmen	32	47,1	25	30,5	57	38,0	
Hayır	3	4,4	12	14,6	15	10,0	
Epidural analjezinin, ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için yapılma durumu							
Evet	9	13,2	12	14,6	21	14,0	$\chi^2=0,688$ $p=0,709$
Kısmen	18	26,5	17	20,7	35	23,3	
Hayır	41	60,3	53	64,6	94	62,7	
Parenteral opioidlerin, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde uygulanma durumu							
Evet	11	16,2	8	9,8	19	12,7	$\chi^2=1,409$ $p=0,494$
Kısmen	17	25,0	23	28,0	40	26,7	
Hayır	50	48,8	51	62,2	91	60,7	
Gecikmeyi önlemek ve indüksiyon kullanımını azaltmak için ağrı hafifletici ilaçlar uygulanma durumu							
Evet	8	11,8	18	22,0	26	17,3	$\chi^2=4,170$ $p=0,124$
Kısmen	22	32,4	17	20,7	39	26,0	
Hayır	38	55,9	47	57,3	85	56,87	
Klorheksidin ile vajinal temizlik uygulanma durumu							
Evet	12	17,6	12	14,6	24	16,0	$\chi^2=0,262$ $p=0,877$
Kısmen	10	14,7	13	15,9	23	15,3	
Hayır	46	67,6	57	69,5	103	68,7	
Gecikmeyi önlemede travayın aktif yönetimi için bir protokol kullanılma durumu							
Evet	40	58,8	30	36,6	70	46,7	$\chi^2=7,677$ $p=0,022$
Kısmen	16	23,5	33	40,2	49	32,7	
Hayır	12	17,6	19	23,2	31	20,7	
Gecikmeyi önlemek için tek başına amniyotomi uygulanma durumu							
Evet	20	29,4	26	31,7	46	30,7	$\chi^2=2,999$ $p=0,223$
Kısmen	22	32,4	35	42,7	57	38,0	
Hayır	26	38,2	21	25,6	47	31,3	
Gecikmeyi önlemek için erken amniyotomi ile erken oksitosin indüksiyonu uygulanma durumu							
Evet	26	38,2	31	37,8	57	38,0	$\chi^2=3,254$ $p=0,197$
Kısmen	22	32,4	36	43,9	58	38,7	
Hayır	20	29,4	15	18,3	35	23,3	
Epidural analjezi uygulanan kadınlarda gecikmenin önlenmesi için oksitosin uygulanma durumu							
Evet	25	36,8	34	41,5	59	39,3	$\chi^2=0,952$ $p=0,621$
Kısmen	18	26,5	24	29,3	42	28,0	
Hayır	25	36,8	24	29,3	49	32,7	
Gecikmenin önlenmesi için antispazmotik ajanların kullanım durumu							
Evet	39	57,4	53	64,6	92	61,3	$\chi^2=1,127$ $p=0,569$
Kısmen	17	25,0	19	23,2	36	24,0	
Hayır	12	17,6	10	12,2	22	14,7	
Travay süresini kısaltmak amacıyla IV sıvıların kullanım durumu							
Evet	55	80,9	57	69,5	112	74,7	$\chi^2=5,751$ $p=0,056$
Kısmen	12	17,6	16	19,5	28	18,7	
Hayır	1	1,5	9	11,0	10	6,7	
Kendi ıkınma içgüdüğü olmadan ıkındırma uygulaması yapılma durumu							
Evet	18	26,5	22	26,8	40	26,7	$\chi^2=0,177$ $p=0,915$
Kısmen	16	23,5	17	20,7	33	22,0	
Hayır	34	50,0	43	52,4	77	51,3	

Tablo-4. Doğumun ikinci evresi uygulamaları (n=150).

Doğumun İkinci Evresi Uygulamaları	Ebe/Hemşire		Hekim		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Epidural Analjezi uygulanmamış kadının kendi tercih ettiği bir pozisyonda doğumunu gerçekleştirilme durumu							
Evet	11	16,2	21	25,6	32	21,3	$\chi^2=2,854$ $p=0,240$
Kısmen	10	14,7	15	18,3	25	16,7	
Hayır	47	69,1	46	56,1	93	62,0	
Epidural Analjezi uygulanmış kadının kendi tercih ettiği bir pozisyonda doğumun gerçekleştirilme durumu							
Evet	10	14,7	22	26,8	32	21,3	$\chi^2=7,613$ p=0,022
Kısmen	4	5,9	12	14,6	16	10,7	
Hayır	54	79,4	48	58,5	102	68,0	
Expulsiyon fazında kadınların kendi ıkınma içgüdüsü paralelinde ıkınması konusunda desteklenme durumu							
Evet	54	79,4	63	76,8	117	78,0	$\chi^2=0,179$ $p=0,915$
Kısmen	10	14,7	13	15,9	23	15,3	
Hayır	4	5,9	6	7,3	10	6,7	
ıkınmayı geciktirme ve doğumun ikinci evresini daha uzun tutma uygulaması yapılma durumu							
Evet	21	30,9	20	24,4	41	27,3	$\chi^2=1,088$ $p=0,581$
Kısmen	10	14,7	16	19,5	26	17,3	
Hayır	37	54,4	46	56,1	83	55,3	
Rutin epizyotomi uygulanma durumu							
Evet	19	27,9	18	22,0	37	24,7	$\chi^2=0,948$ $p=0,622$
Kısmen	30	44,1	42	51,2	72	48,0	
Hayır	19	27,9	22	26,8	41	27,3	
Fundusa elle basınç uygulanması durumu							
Evet	37	54,4	29	35,4	66	44,0	$\chi^2=14,558$ p=0,001
Kısmen	30	44,1	36	43,9	66	44,0	
Hayır	1	1,5	17	20,7	18	12,0	
Toplam	68	100,0	82	100,0	150	100,0	

Tablo-5. Doğumun üçüncü evresi ve doğum sonu uygulamaları (n=150).

Doğumun Üçüncü Evresi ve Doğum Sonu Uygulamaları	Ebe/Hemşire		Hekim		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Doğum sonu kanamanın önlenmesi için tüm doğumlarda uterotonik kullanım durumu							
Evet	53	77,9	51	62,2	104	64,3	$\chi^2=5,350$ $p=0,069$
Kısmen	12	17,6	20	24,4	32	21,3	
Hayır	3	4,4	11	13,6	14	9,3	
Bir dakikanın altında olmayacak şekilde gecikmeli umbilikal kord klemplemesi uygulanma durumu							
Evet	21	30,9	34	41,5	55	36,7	$\chi^2=2,657$ $p=0,265$
Kısmen	27	39,7	32	39,0	59	39,3	
Hayır	20	29,4	16	19,5	36	24,0	
Kontrollü kord traksiyonu (CCT) uygulanma durumu							
Evet	42	62,7	58	70,7	100	67,1	Fisher Exact Test $p=0,353$
Kısmen	19	28,4	21	25,6	40	26,8	
Hayır	6	9,0	3	3,7	9	6,0	
Sürekli uterus masajı uygulanma durumu							
Evet	42	61,8	56	68,3	96	65,3	$\chi^2=0,699$ $p=0,403$
Hayır	26	38,2	26	31,7	52	34,7	
Yenidoğanlarda rutin ağız ve burun aspirasyonu yapılma durumu							
Evet	24	35,3	46	56,1	70	46,7	$\chi^2=6,464$ $p=0,011$
Hayır	44	64,7	36	43,9	80	53,3	
İlk bir saat boyunca ten-ten temas uygulanma durumu							
Evet	43	63,2	55	67,1	98	65,3	Fisher Exact Test $p=0,824$
Kısmen	20	29,4	27	33,0	47	31,1	
Hayır	5	7,4	4	4,9	9	6,0	
Doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede memeye yerleştirilme durumu							
Evet	61	89,7	73	89,0	134	89,3	$\chi^2=0,018$ $p=0,893$
Kısmen	7	10,3	9	11,0	16	10,7	
Tüm yenidoğanlara intramüsküler olarak 1 mg K vitamini uygulanma durumu							
Evet	64	94,1	76	92,7	140	93,3	Fisher Exact Test $p=1,000$
Hayır	4	5,9	6	7,3	10	6,7	
Doğum sonu anne ve bebek birbirinden ayrılmadan aynı odada kalmasının sağlanması durumu							
Evet	59	86,8	75	91,5	134	89,3	$\chi^2=0,861$ $p=0,353$
Hayır	9	13,2	7	8,5	16	10,7	
Doğum sonu tüm kadınlara abdominal uterus tonüs değerlendirmesi yapılma durumu							
Evet	56	82,4	72	87,8	128	85,3	Fisher Exact Test $p=0,545$
Kısmen	10	14,7	9	11,0	19	12,7	
Hayır	2	2,9	1	1,2	3	2,0	
Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu							
Evet	22	32,4	12	14,6	34	22,7	$\chi^2=6,658$ $p=0,010$
Hayır	46	67,6	70	85,4	116	77,3	
Epizyotomili kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu							
Evet	33	48,5	18	22,0	51	34,0	$\chi^2=11,702$ $p=0,001$
Hayır	35	51,5	64	78,0	99	66,0	
Doğumdan sonraki ilk saatten itibaren 24 saat boyunca izlem							
Evet	65	95,6	74	90,2	139	92,7	Fisher Exact Test $p=0,346$
Hayır	3	4,4	8	9,8	11	7,3	
Doğumdan en az 24 saat sonrasına kadar sağlık kurumunda bakım alma durumu							
Evet	65	95,6	75	91,5	140	93,3	Fisher Exact Test $p=0,349$
Hayır	3	4,4	7	8,5	10	6,7	

TARTIŞMA

Doğum süreci maternal ve fetal sağlık için hayati öneme sahiptir. Mortalite ve morbiditeyi etkileyen bu süreçte gebelerin düşük kaliteli sağlık hizmeti almasının, ulaşılması planlanan sağlık hedeflerine erişimi olumsuz etkilediği belirtilmektedir (4).

Saygılı doğum bakımı, etkili iletişim, ağrının giderilmesi (örn.: gevşeme, manuel teknikler, opioidler ve epidural), oral sıvı-gıda desteği, hareket özgürlüğü ve dik pozisyon, annenin benlik saygısını, yetkinlik ve özerkliğini koruma ve kişisel başarı ve katılım duygusu ile karar verme dahil kontrolü sağlama arzusunu sağlar (1,3). Ülkemizde anne dostu hastane programı kapsamında önerilen uygulamalar, DSÖ intrapartum önerileri ile örtüşmektedir (5). Çalışmamızda araştırma grubunun %75,3'ü gebelere ".....hanım" olarak hitap ettiklerini fakat ekip içinde hekimlerin yoğunlukla tanımlama ile (cam kenarı, kapı yanı, soldaki.. gibi) hitap ettikleri belirlenmiştir. Bu durumun ebe-hemşirelerin gebeler ile daha uzun süreli iletişim halinde olmalarının gebelerin isimlerine hakim olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. İsrail'de yapılan bir çalışmada, hastalar sağlık profesyonellerinin ilk isimleriyle hitap edilmesine karşı çıkmazken, kendilerine profesyonel hitap şeklini kullanmalarını tercih etmişlerdir (6). Dahlberg'in çalışmasında kadınlar, olumlu bir doğum deneyimi için birey olarak görülmenin belirleyici bir faktör olduğunu ve bireysel ihtiyaçlarına göre bakım görmek istediklerini vurguladılar (7). Katılımcıların çoğunluğu gebeye kendini tanıttığını, gebenin mahremiyetinin sağlandığını, gebeye açıklayıcı bilgilendirme yapıldığını, gebelerin bilinçli karar almasının sağlandığını, gebenin ihtiyaçlarına, tercihlerine ve sorularına olumlu bir tavırla cevap verildiğini, gebenin duygusal ihtiyaçlarını ifade etmesini ve aktif dinleme yoluyla desteklenmesinin sağlandığını, ekip ile etkili iletişim kurarak hizmet verdiklerini ve ekip ile gebenin durumu ile ilgili bilgi paylaşımı ve geri bildirim yaptıklarını belirtmiştir. Huber ve Sandall'a göre, sakin bir yaklaşım tüm ortamı etkileyebilir; bir kişiden diğerlerine yayılma eğilimi gösterir ve genel olarak rahat bir atmosfere katkıda bulunur (8). Kadınların doğum sırasında kendilerine yetersiz veya saygısız bakım deneyimleri, doğum sonrası travma sonrası stres bozukluğunun başlamasını tetikleyebilir (9). Kadının bebeğiyle olan ilişkisini (10) ve doğumuyla ilgili deneyimlerini ve

memnuniyetini olumsuz yönde etkileyebilir (11). Doğum eyleminde ebebin sakin, olumlu, güven veren bir yaklaşıma sahip olması, bilgi vermesi, uygun geri bildirimde bulunması, kadınların kendilerine duydukları güveni arttırmaktadır (12). Katılımcıların yarısından fazlası, düşük riskli gebelerde, doğumun birinci evresinde hareketliliğin desteklenmesi ve dik pozisyon uygulaması yapıldığını belirtmişlerdir. Travay sürecinde uygulanan pozisyon değişiminin fetal rotasyonların ve inişin kolaylaştırılmasında faydalı olabileceği gösterilmiştir. Doğumda pozisyon değişimi, gebenin rahatını sağlama ve doğumun kolaylaştırılması için kullanılabilir (13). Antenatal dönemde kadınlara, doğum eyleminde uygun pozisyon değişimini teşvik edici eğitimler verilmelidir (14). Gebelere sürekli destekleyici bakım desteği sağlanma durumuna verilen cevap oranı %58,0 iken, gebelere sürekli bakım desteğinin aynı kişiler tarafından verilmesi durumu ebe/hemşirelere göre daha yüksek oranda uygulanmaktadır. Çalışma yapılan hastanede "bir gebeye bir ebe" uygulaması yapılmakta ve tüm doğum sürecinde mümkün olduğunca aynı ebe ile bakım sağlanmaktadır. Doğum sırasında ebe tarafından kadınlara verilen sürekli desteğin, kadınların doğum deneyimi algılarını olumlu yönde etkilediği belirtilmiştir (15). Van der Gucht ve Lewis (16) ve Leap ve ark. (17) doğum boyunca ebelik bakımında sürekliliğin, doğumda ağrı ile baş etme becerisini en güçlü şekilde etkilediğine dikkat çekmişlerdir. Dahlberg ve arkadaşlarının nitel bir çalışmasında doğum sürecinde rehberlik, koçluk ve destek alan kadınlar içsel bir güç hissettikleri ve bu durumun onlara, en yoğun doğum sancısı sırasında bile doğal doğum sürecini sürdürmeleri için güçlü bir motivasyon ve cesaret verdiği saptanmıştır (18). Gebelere kültürel farklılıklara uygun bakım verebilme durumu ve birimin fiziki koşullarının olumlu doğum deneyimi sağlamada uygun olduğunu düşünme durumu daha düşük oranda (özellikle ebe-hemşireler tarafından) bulunmuştur. Türkiye'nin özellikle son on yılda aldığı göç, sağlık sisteminde kültürel bakım kavramının önemini gündeme getirmiştir. Farklı kültürlerden gelen bireylerin; sağlık sorunları ve bu sorunları algılamaları veya yardım beklentileri farklı olabilmektedir (19). Bakım verilen bireylerin kültürel değerleri göz ardı edildiğinde, bireyi anlamamanın mümkün olmayacağı ve sağlık profesyonellerinin yardım becerisini sınırlandıracağı

düşünülmektedir (20). Bakım verilen bireylerin kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül bakımın önemli bir parçası olmalı ve kültürel farklılıklara ve değerlere duyarlı olunmalıdır. Çalışmamızda fiziksel ortam kaynaklı (22 yataklı klinikte tek kişilik oda sayısı dördttür) refakatçi desteği sağlanma durumuna % 15,3 gibi düşük bir oranda "evet" cevabı verilmiştir. Bir çalışmada doğumda refakatçi desteğinin spontan vajinal doğum oranında ve kadının doğum memnuniyetinde artışa neden olduğu belirtilmiştir (21). Gebe kadınlar için doğum sürecinde refakat desteği önemlidir. Bir çalışmada kadınların %96,6'sının yakınlarından birinin doğum süresince yanında kalmasını istediği belirtilmiştir (22).

Çalışmamızda gevşeme teknikleri uygulanma durumu (progresif kas gevşetme, nefes alma, müzik, odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma vb.), masaj ya da lokal sıcak uygulama gibi manuel tekniklerin uygulanma durumu orta düzeyde iken, ikinci evrede perineal masaj, sıcak kompres, perinenin elle korunmasını vb. içeren tekniklerin uygulanma durumu %53,8 oranındadır. Bingöl ve (ark.) tarafından (2020) yapılan bir çalışmada, eylem sürecinde sunulan fiziksel desteğin etkilerinin incelendiği bir çalışmada, doğum müdahalelerinin, travay süresinin ve doğum korkusunun azaldığı ve doğumdan memnuniyetin arttığı saptanmıştır (23). Gebelerde travay süresince oral sıvı ve yiyecek desteğinin sağlandığını ebe-hemşireler hekimlere göre daha yüksek oranda gözlemlemiş, bu durumun ebe-hemşirenin gebe ile uzun süreli temasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda DSÖ (1) tarafından önerilmeyen doğumhaneye kabulde rutin klinik pelvimetri, rutin lavman uygulanma oranının orta düzeyde olduğu, rutin perineal / pubik bölge tıraşı yapılma ve klorheksidin ile vajinal temizlik uygulanma oranın düşük düzeyde olsa da uygulanabildiği, belirli aralıklarla oskültasyon yapılmasına rağmen sürekli NST takip oranının yüksek olduğu, epidural analjezi ve parenteral opioid ile ağrının hafifletilmesinin düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Gecikmeyi önlemek için, aktif travay yönetimi, oksitosin, amniyotomi, antispazmotik ilaç, kendi ıkmama içgüdüğü oluşmadan ıkmama uygulaması ve IV sıvı kullanımının orta düzeyde yapıldığı saptanmıştır. Ebe-hemşireler hekimlere göre daha yüksek oranda travayın aktif yönetildiğini belirtmişlerdir. Son yıllarda, gebelik ve doğumla bağlantılı sağlık hizmetleri anne ve

çocuk için risk faktörlerine odaklanmaktadır. Bu durum, doğumda müdahalelerin (indüksiyon, augmentasyon ve sezaryen) daha sık kullanılmasıyla ilişkilidir (24). Ancak DSÖ doğumun doğal sürecine müdahale etmek için geçerli nedenlerin olması gerektiğini vurgulamaktadır ki, bu da annelik bakımında bir değişiklik anlamına gelir ve gereksiz müdahalelerin kullanılmamasını sağlar (2). Müdahaleli doğumlar kadınların doğum korkusunu arttırmakta ve olumsuz doğum deneyimi yaşanmasına neden olmaktadır (12). Sağlığı geliştirici bakım, normal fizyolojik süreci bozmaktan çok destekleyicidir. Destekleyici bakımın, kadınların deneyimlerini olumlu yönde etkileyebileceği ve obstetrik müdahale kullanımını azaltabileceği düşünülmektedir.

Katılımcıların %52,3'ü 4 cm, %20,8'i 5 cm ve %13,4'ü 6 cm servikal dilatasyonun doğumun birinci evresinin aktif fazını tanımlamanın ölçütü olarak belirtirken, geriye kalan %13,5'u diğer servikal dilatasyon değerlerini aktif faz olarak tanımlamıştır. Aktif faz 5 cm genişleme ile başladığını kabul etme, aktif faz süresinin nullipar ve multiparlarda sırasıyla 12 saat ile 10 saate kadar devam edebileceği, ikinci evrenin nullipar ve multiparlarda sırasıyla üç saate ve iki saate kadar sürebileceği; tıbbi müdahale olmadan fizyolojik doğumun gerçekleşmesine olanak verir (1, 3). Çalışmamızda katılımcıların yarıdan fazlası vajinal muayenenin 2 saat ara ile yapıldığını belirtmiştir fakat DSÖ gerekmedikçe 4 saatten önce vajinal muayeneyi önermemektedir (1, 3).

Çalışmamızda doğumun ikinci evre uygulamaları ilgili olarak, kadının kendi tercih ettiği bir pozisyonda doğumun gerçekleştirilmesi, ıkmamayı geciktirme ve doğumun ikinci evresini daha uzun tutma uygulaması yapılma oranı düşük, ekspulsiyon fazında kadınların kendi ıkmama içgüdüğü doğrultusunda ıkmaması konusunda desteklenme oranı yüksektir. Rutin epizyotomi uygulanma oranı düşük ve fundusa elle basınç uygulanma oranı orta düzeydedir. Gebelerin kendi tercih ettikleri pozisyonda doğum yapmaları, kendi içgüdüleri doğrultusunda ıkmamasının sağlanması önerilirken, rutin epizyotomi ve fundal bası önerilmemekte ve ikinci evrenin uzatılması uygulamasının perinatal hipoksinin yeterince değerlendirilip yönetilebildiği ortamlarda yapılabileceği DSÖ tarafından belirtilmektedir (1). Meslek gruplarının doğumun ikinci evresi uygulamaları yönünden gözlemleri arasında fundusa basınç uygulama dışında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır

($p>0,05$). Hemşire-ebelerin %54,4'ü ve hekimlerin %35,4'ü fundusa elle basınç uyguladığını belirtmişlerdir ve meslek grupları gözlemleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Bu farkın hekimlerin cevabının doğumunu gerçekleştirdiği gebelerin gözlem sonucunu yansıtırken, ebe-hemşirelerin cevabının tüm doğumlara eşlik etmesinden kaynaklı gözlem çeşitliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bir çalışmada, kadınlar fundal basının duygusal durumlarını olumsuz yönde etkilediğini ve bebekleri, eşleri ve kendileri için travmatik bir deneyim olduğunu ifade ettikleri belirlenmiştir (25). Çalışmada düşük ve orta düzeyde de olsa epizyotomi ve fundal bası uygulamalarının varlığı, bu uygulamaların kanıt temelli yararı olmayan geleneksel uygulamalar olduğu konusunda farkındalık kazandırılması ve olası komplikasyonları olan bu uygulamaların denetlenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Doğum sonrası dönemde DSÖ olumlu doğum deneyimi sağlamak için, anne bakımında uterus tonüsünün değerlendirilmesini, uterotonik ajan uygulanmasını, kontrollü kord traksiyonunu, doğum sonu rutin olarak tüm maternal değerlendirmelerin yapılmasını ve komplikasyon gerçekleşmeyen vajinal doğum yapan kadınların doğumdan en az 24 saat sonrasında taburcu edilmesini önermektedir (1). Doğum sonrasında komplikasyon olmadığı durumlarda ve epizyotomi sonrasında antibiyotik kullanımını ve sürekli uterus masajı önermemektedir (1, 3). Çalışmamızda tüm doğumlarda uterotonik kullanımı, kontrollü kord traksiyonu uygulanması, abdominal uterus tonüs değerlendirmesi, maternal izlem ve 24 saat sonra taburculuk işlemlerinin yüksek oranda yapıldığı görülmektedir. Vajinal doğum yapan kadınlar için önerilmeyen uygulamalardan rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu ve epizyotomili kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumunun genel olarak düşük düzeyde de olsa uygulandığı ve ebe-hemşireler tarafından daha fazla oranda uygulandığının gözlemlendiği belirlenmiştir. Ebe-hemşireler klinikte bulunan tüm gebelerin tedavisi ile ilgilendiğinden, gözlemlerinin kliniğin genel durumunu yansıtmaya düzeyinin yüksek olduğu düşünülmektedir. Katılımcıların yarısından fazlasına göre klinikte sürekli uterus masajı uygulanıyor olması kanıt temelli uygulamalar konusunda eğitim gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Çalışmamızda gecikmeli umbilikal kord klemplemesi uygulamasının düşük oranda

uygulandığı görülmüştür. Sağlıklı yenidoğanlarda geç klempleme sonrası yaşamın ilk yılında anemi riskinin düşük olduğu belirtilmektedir (26, 27). Geç kordon klempleme hemodinamik stabilitenin sağlanması ve kardiyopulmoner adaptasyonda etkilidir (28). Birçok otorite tarafından geciktirilmiş kordon klempleme uygulaması önerilmektedir (29-34).

Çalışmamızda DSÖ önerilerine (1, 3) paralel olarak ten-tene temas uygulanması, doğumdan sonra bebeğin memeye yerleştirilmesi, doğum sonu anne ve bebek birlikteliğinin sağlanması, doğumu takiben 24 saat boyunca izlem ve bakım alma durumu yüksek oranda uygulanmaktadır. Doğumun gerçekleşmesi ile başlatılan ve bir saat boyunca devam ettirilen ten tene temasın yenidoğanın hipotermiden korunması ve emmeye başlaması açısından önemli olduğu, bu uygulama ile doğumun üçüncü evresinin kıaldığı, annelerin ağrı algısının azaldığı bulunmuştur (35). Bir çalışmada kadınların ilk bir saate emzirmeye başlama oranı %75,6 olarak saptanmıştır (36). DSÖ ve Türk Neonatoloji Derneği kas tonusu iyi durumda ve aktif görünümde olan, nefes almaya başlamış ve ağlayan yenidoğanların ağız ve burunlarının aspire edilmesine gerek olmadığını, gerekli görülmesi durumunda ağız ve burunun temiz bir spanç ile silinerek üst solunum yolu açıklığının sağlanmasını önermektedir (1, 37). Çalışmamızda ise ebe ve hemşirelerin %35,3'ü ve hekimlerin %56,1'i çalıştıkları ortamda rutin yenidoğan aspirasyonu yapıldığını bildirmişlerdir ve meslek grupları gözlemleri aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Bir meta analizde, ağız ve burun aspirasyonu yapılan/yapılmayan yenidoğan grupları arasında mortalite, yoğun bakım ihtiyacı, yeniden canlandırma, APGAR skoru arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (38). K vitamini yenidoğanın kanının pıhtılaşması için gerekmektedir. Yenidoğanda K vitamini deposu düşük olduğu için K vitamini rutin olarak 1 mg intramüsküler (IM) bir kez uygulanmaktadır (39). Yenidoğanlara 1 mg K vitamini uygulanma durumu DSÖ tarafından önerilene (1, 3) uygun olarak oldukça yüksek orandadır. Belirtilen doğum sonu uygulama önerileri anne ve bebek sağlığını korumayı sağlayan uygulamalardır (3).

Gebelik ve doğuma ilişkin güncel yaklaşım, doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve gerekmedikçe tıbbi girişim uygulanmaması yönündedir. Bu yaklaşım doğal doğumun insancıl, güvenilir olduğunu savunmaktadır (40). Gebe doğumdan sonra güçlenmiş hissettiğinde,

hayattaki sonraki zorluklar daha kolay yönetilebilir olabilir. Olumlu bir deneyim, kadının daha sonraki yaşamlarında zorlu olaylarla karşılaştığında sağlam bir tutum geliştirmesine yardımcı olabilir. Başa çıkma deneyimleri, kadının ruhunu, onurunu ve özgüvenini güçlendirmeye yardımcı olur (41).

SONUÇ

Ülkemizde doğal doğum giderek daha fazla önem kazanmaktadır. Ancak, uygulamada doğum sürecinde indüksiyon, amniyotomi, epizyotomi, lavman, dört saatten sık vajinal muayene gibi pek çok girişimin uygulanmasına devam edildiği, oral destek ve hareket özgürlüğü kısıtlaması yapıldığı, doğumun litotomi pozisyonunda gerçekleştirildiği

saptanmıştır. Çalışma sonuçlarına göre, DSÖ tarafından önerilmeyen girişimler uygulanma oranı düşük olmakla birlikte halen uygulanmaktadır. Saygılı annelik bakımı uygulamaları, gevşeme ve farmakolojik olmayan ağrı giderme tekniklerinin uygulanma oranının artırılması gerektiği görülmüştür. Doğum hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerine yönelik daha az girişim uygulayarak doğal doğumu kolaylaştırıcı yöntemleri kullanma konusunda eğitimler verilerek farkındalıklarının artırılması önerilir.

Çıkar çatışması: Yazarlar aralarında çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Teşekkür: Doğum salonu çalışanlarına çalışmaya katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. [updated 2018; cited 10 July 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>.
2. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017. [updated 2 May 2017; cited 10 July 2020]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>
3. Oladapo OT, Tunçalp O, Bonet M, Lawrie TA, Portela A, Downe S, Gülmezoglu AM. WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG* 2018;125:918-922. doi:10.1111/1471-0528.15237.
4. Yıldız H. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya sağlık örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;5(2):98-105.
5. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı genel Müdürlüğü. Anne Dostu Hastane Programı. [updated 2017; cited 15 July 2021]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadin-ve-ureme-sagligi-programlari/anne-dostu-hastaneprogram%C4%B1.html>.
6. DeKeyser FG, Wruble AW, Margalith I. Patients voice issues of dress and address. *Holist Nurs Pract* 2003;17:290-4.
7. Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc*. 2016 Mar;7:2-7. doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001.
8. Ulli S. Huber, Jane Sandall, A qualitative exploration of the creation of calm in a continuity of carer model of maternity care in London, *Midwifery*, 2009; 25 (6): 613-21.
9. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine*. 2016;46:1121-34. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.10.011>.
10. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations of Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007;23:235-47.
11. Mannava P, Durrant K, Fisher J, Chersich M, Luchters S. Attitudes and behaviours of maternal health care providers in interactions with clients: a systematic review. *Globalization and Health*. 2015;11:36. DOI 10.1186/s12992-015-0117-9.
12. Kaya T, İldan Çalım S, Uçan G. Doğum Eyleminde Ebelerle İletişimin Doğum Deneyimine Etkisi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2021;18(1): 671-7.
13. Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors and implications of birth positioning? A review of the literature, *Women and Birth*, 2012;25(3):100-6. doi:10.1016/j.wombi.2011.05.001.
14. Karataş Baran G. Travayda doğum topu kullanımının doğum sürecine etkisi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, 2021. Ankara

15. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2016; 28(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.
16. Natalie Van der Gucht, Kiara Lewis, Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research, *Midwifery* 2015;31(3):349-358.
17. Leap N, Sandall J, Buckland S, Huber U, Journey to Confidence: Women's Experiences of Pain in Labour and Relational Continuity of Care, *Journal of Midwifery & Women's Health* 2010;55(3):234-42.
18. Dahlberg U, Persen J, Skogås AK, Selboe ST, Torvik HM, Aune I. How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. *Sex Reprod Healthc.* 2016 Mar;7:2-7. doi: 10.1016/j.srhc.2015.08.001.
19. Bakan AB, Yıldız M. An Investigation of the Relationship Between Intercultural Sensitivity and Religious Orientation Among Nurses. *Journal of Religion and Health* 2020; 0123456789. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01007-6>.
20. Çakır Koçak Y, Sevil Ü. Kadın Doğum Kliniklerinde Yatan Hastalara Kültürlerarası Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics* 2015; 1(3): 52–61.
21. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008; 199 (5), 445-54. doi:10.1016/j.ajog.2008.06.093.
22. Uzel Gökdemir H, Yanikkerem E. İntapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2018;11(1):26-34.
23. Bingöl FB, Bal MD, Esencan TY, Karakoç A, Küçükoğlu S, Çiftçi R, Mutlu E, Arı Z. Doğum Sürecinde Gebelere Verilen Fiziksel Desteğin Doğum Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi. *Journal of Nursing Research* 2020; 6(3): 506-13. doi: 10.5222/jaren.2020.52724.
24. Lothian JA. Promoting Optimal Care in Childbirth. *The Journal of Perinatal Education*, 2014;23(4):174-7. doi:10.1891/1058-1243.23.4.174.
25. Willmott L. (2014). El Parto es Nuestro (Birth is ours) presents the final report of the campaign "Stop Kristeller: a matter of gravity. [updated 2014; cited 15 April 2020]. Available from: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/07/01/el-parto-es-nuestro-birth-ours-presents-final-report-campaign-stop-kristeller-matter-gravity>.
26. Hutton EK, Hassan ES. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA* 2007;297(11):1241-52.
27. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term yenidoğans on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD004074.
28. Bhatt S, Alison BJ, Wallace EM, Crossley KJ, Gill AW, Kluckow M, te Pas AB, Morley CJ, Polglase GR, Hooper SB. Delaying cord clamping until ventilation onset improves cardiovascular function at birth in preterm lambs. *J Physiol* 2013;591:2113–26.
29. World Health Organization. Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia. [updated 2013; cited 10 April 2018]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/120074/1/WHO_RHR_14.19_eng.pdf
30. American Pediatric Academy. Neonatal Resuscitation Program. 7TH EDITION [updated 2015; cited 2 March 2018]. Available from: http://alsrc.org/wordpress/wp-content/uploads/2017/07/NRP-2015-7th-ED-UPDATE_-04-2017-Claudia-Reed.pdf
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. [updated 2015; cited 2 March 2018]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/sip14/>
32. American College of Nurse Midwives. Delayed umbilical cord clamping. Position Statement. Silver Spring (MD): ACNM. [updated 2014; cited 2 March 2018]. Available from: <http://www.midwife.org/ACNM/files/ACNMLibraryData/UPLoADFILENAME/00000000290/Delayed-Umbilical-Cord-Clamping-May-2014.pdf>
33. The American College Of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. Timing of umbilical cord clamping after birth. *The American College Of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Phsycians* 2014;453(1):1-5.
34. Türk Neonatoloji Derneği Doğum Salonu Yönetimi Rehberi. [updated 2016; 2 March 2018]. Available from: http://www.neonatology.org.tr/wcontent/uploads/2016/12/dogum_odasi_yonetimi.pdf.
35. Yerlikaya A, İldan Çalım S. Erken Ten Tene Temasın Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi: Sistematik Derleme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;24(1):117-30. DOI: 10.17049/ataunihem.631562.

36. Ahi S, Borlu A, Balcı E, Günay O. Bebek dostu bir hastanede doğum yapan annelerin doğumdan sonra ilk bir saatte emzirmeye başlama durumları ve ilişkili faktörler. *Ahi Evran Medical Journal* 2019;3(2):41-7.
37. Oygür N, Önal EE, Zenciroğlu A. Turkish Neonatal Society national guideline for the delivery room management. *Turk Pediatri Ars* 2018; 53(Suppl 1):3-17.
38. Foster JP, Dawson JA, Davis PG, Dahlen HG. Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017. doi: 10.1002/14651858.CD010332.pud2).
39. Yılmaz G, Özbek N, Gürakan B. Yenidoğanın Hemorajik Hastalığı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi* 2000; <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0100/st01004.html>.
40. Darra S. "Normal", "Natural", "Good" or "Good Enough" Birth: Examining The Concepts. *Nursing Inquiry* 2009;16(4):297-305.
41. Downe, Susan, ed. *Normal childbirth: Evidence and debate*. Elsevier Health Sciences, 2008.