

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

**ANNE DOSTU BİR HASTANEDE DÜNYA SAĞLIK**  
**ÖRGÜTÜNÜN POZİTİF DOĞUM DENEYİMİ İÇİN**  
**İNTRAPARTUM BAKIM ÖNERİLERİNİN UYGULANMA**  
**DURUMU**

**AZİZE IRMAK**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**  
**Prof. Dr. Ayden ÇOBAN**

**AYDIN-2022**

## KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Azize IRMAK tarafından hazırlanan “Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütünün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 22.03.2022

Üye (T.D.) : Prof.Dr. Ayden ÇOBAN Aydın Adnan  
Menderes Üniversitesi

Üye : Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR Aydın Adnan  
Menderes Üniversitesi

Üye : Dr. Öğr.Üyesi Hülya DEMİRCİ Manisa Celal Bayar  
Üniversitesi

ONAY:

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

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü V.

## TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tez çalışmamda ilgisini, yardımını ve hoşgörüsünü esirgemeyen, çalışmamın bütün aşamalarına titizlikle yaklaşan, sabırla destek olan, tezimin yürütülmesinde bilgi ve deneyimleri ile katkıda bulunan danışman hocam Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN'a,

Ayrıca bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Sayın Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR, Sayın Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM ile Ar. Gör. Damla KIZILCA ÇAKALUZ başta olmak üzere okulumun tüm öğretim üyesi ve elemanlarına, tez savunma komitesinde yer alarak görüş ve önerileri ile araştırmaya katkıda bulunan saygıdeğer hocalarım Prof. Dr. Ayten TAŞPINAR ile Dr. Öğr. Üyesi Hülya DEMİRCİ'ye ,

Araştırmamın İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmasına olanak sağladığı için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı AR-GE ve Projeler Birimi'ne,

Ayrıca öğrenimim boyunca, her zaman yanımda olan, destekleyen, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ikizim Azime IRMAK'a, abim Hayrettin IRMAK'a, annem Neval Nursel IRMAK'a, babam Seyfi IRMAK'a ve ablam Emine Fulya AKBULUT IRMAK'a, koşulsuz sevgiyle yanımda olan manevi kardeşim Tuğba ÖZCAN ile kıymetli ailesine, her anımda yanımda olan kuzenim Selma DEMİRAY'a, uzaktan yürütmekte zorlandığımdan desteğini esirgemeyerek yanımda olan üniversitemin bana kazandırdığı manevi kardeşim Güler KAYAR ve eşine, tezimin her aşamasında destek ve katkılarıyla ismini ekleyemediğim tüm değerli dostlarıma,

Çalışma sürecinde yanımda olan tüm mesai arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

# İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY .....	i
TEŞEKKÜR .....	ii
İÇİNDEKİLER .....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	vi
TABLolar DİZİNİ .....	vii
ÖZET .....	vii
ABSTRACT .....	x
1. GİRİŞ .....	1
1.1. Araştırmanın Amacı .....	3
1.2. Araştırmanın Sorusu .....	3
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. İntrapartum Bakım .....	4
2.1.1.Travay ve Doğum Eylemi Süresince Bakım .....	5
2.1.2.Doğumun Birinci Evresinde İntrapartum Bakım .....	6
2.1.3.Doğumun İkinci Evresinde İntrapartum Bakım .....	10
2.1.4.Doğumun Üçüncü Evresinde İntrapartum Bakım .....	11
2.2. Anne Dostu Hastane .....	13
2.3. Pozitif Doğum Deneyiminde İntrapartum Bakımın Önemi .....	14
2.4. Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri .....	16
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	23
3.1. Araştırmanın Şekli .....	23

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	23
3.3. Araştırma Zamanı .....	23
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	23
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri .....	24
3.6. Veri Toplama Araçları .....	24
3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1).....	25
3.6.2. Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu (EK-2) .....	25
3.7. Ön Uygulama .....	27
3.8. Verilerin Toplanması .....	27
3.9 Verilerin Değerlendirilmesi .....	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	27
3.11. Araştırmanın Güçlükleri .....	28
3.12. Araştırmanın Etik Yönü .....	28
4. BULGULAR .....	29
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri .....	29
4.2. Kadınların Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri ile İlişkili Özellikleri .....	36
5. TARTIŞMA .....	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	50
6.1. Sonuçlar .....	50
6.2. Öneriler .....	52
KAYNAKLAR .....	53
EKLER .....	61
BİLİMSEL ETİK BEYANI .....	73
ÖZ GEÇMİŞ.....	74

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ACOG</b>	: American College of Obstetricas and Glyneecologists
<b>AÇSAP</b>	: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
<b>AHGK</b>	: Anelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu
<b>CCT</b>	: Controlled Cord Traction
<b>CIMS</b>	: The Coalition For Improving Maternity Services
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EFM</b>	: Elektronik Fetal Monitörizasyon
<b>FKH</b>	: Fetal Kalp Hızı
<b>FMF</b>	: Familial Mediterranean Fever
<b>NICE</b>	: National Instutute for Health and Clinical Excellence
<b>NRP</b>	: Neonatal Resusitasyon Programı
<b>OECD</b>	: The Organisation For Economic Cooperation and Development
<b>PPK</b>	: Pospartum Kanama
<b>RCM</b>	: Royal Collage of Midwives
<b>SPSS</b>	: Statical Package For Social Science
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1.</b>	Dünya Sağlık Örgütü intrapartum bakım modeli .....	17
<b>Şekil 2.</b>	Dünya Sağlık Örgütü pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri rehberi özet listesi .....	21

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b>	Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=384).....	29
<b>Tablo 2.</b>	Kadınların eş özelliklerinin dağılımı (n=384).....	31
<b>Tablo 3.</b>	Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n = 384).....	32
<b>Tablo 4.</b>	Kadınların gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası sürece ilişkin özelliklerinin dağılımı (n= 384).....	33
<b>Tablo 5.</b>	Kadınların travay ve doğum eylemi süresince Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n=384).....	36
<b>Tablo 6.</b>	Kadınların doğumun birinci evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin özellikleri.....	37
<b>Tablo 7.</b>	Kadınların doğumun ikinci evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).....	39
<b>Tablo 8.</b>	Kadınların doğumun üçüncü evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).....	40
<b>Tablo 9.</b>	Kadınların Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakımda yenidoğan bakımı önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).....	41
<b>Tablo 10.</b>	Kadınların Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakımda doğumdan sonra anne bakımı önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).....	42



## ÖZET

### ANNE DOSTU BİR HASTANEDE DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN POZİTİF DOĞUM DENEYİMİ İÇİN İNTRAPARTUM BAKIM ÖNERİLERİNİN UYGULANMA DURUMU

**Irmak A. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022.**

**Amaç:** Bu araştırma anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunu incelemek amacı ile yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, tanımlayıcı olarak, Mart 2021-Eylül 2021 tarihleri arasında, İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde vajinal doğum yapan 384 kadın ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve "Pozitif Doğum Deneyimi İçin İnapartum Bakım Önerileri Formu" ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırma verileri Statistical Package For Social Science (SPSS) 20.0 paket programı ile analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler kullanıldı.

**Bulgular:** Kadınların yaş ortalaması  $25,82 \pm 5,30$  yaş, %24,7'si lise mezunu, %62,8'i çalışmıyor, eşlerinin %27,9'unun okur yazar ve %61,7'sinin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiş ve %67,7'sinin gelirin giderine denk algıladığı, %83,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu saptandı. Kadınların %99,2'sinin travay ve doğum süresince yanında refakçı bulundurulmadığı, %79,9'una oksitosin, %59,1'ine sıvı veya yiyecek kısıtlaması, %23,2'sine fundal basınç, %99,8'ine epizyotomi ve %99,7'sine uterus masajı uygulandığı saptandı.

**Sonuç:** Araştırmaya katılan kadınların pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri formuna verdikleri cevaplar sonucunda, sağlık profesyonellerinin dünya sağlık örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin bir kısmını uygulamadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar kadınların pozitif doğum deneyimi edinmeleri bakımından oldukça önemlidir.

**Anahtar kelimeler:** Anne dostu hastane, Ebelik, İnatpartum bakım, Kadın, Pozitif doğum deneyimi.

## ABSTRACT

### THE INVESTIGATION OF THE EFFECT OF THE RESVERATROL ON OXIDATIVE DAMAGE IN PREGNANT WOMAN

**Irmak A. Aydın Adnan Menderes University, Health Sciences Institute, Midwifery Program, Master Thesis, Aydın, 2022.**

**Objective:** This research was carried out to examine the application of intrapartum care recommendations for positive birth experience of the World Health Organization in a mother-friendly hospital.

**Material and Methods:** Descriptively, the research was carried out with 384 women who had vaginal birth between March 2021 and September 2021 in the Health Sciences University Tepecik Training and Research Hospital Ahmet Ersan Gynecology and Obstetrics Clinic affiliated to the Izmir Provincial Health Directorate. The data were collected by face-to-face interview method with the "Introductory Information Form" and "Intrapartum Care Recommendations Form for Positive Birth Experience" prepared by the researchers by scanning the relevant literature. Research data were analyzed with the Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 package program. Descriptive statistics were used to evaluate the data.

**Results:** It is detected that the average age of women is  $25.82 \pm 5.30$  years, 24.7% are high school graduates, 62.8% are unemployed, 27.9% of their spouses are literate and 61.7% are self-employed. and 67.7% of them perceived income as equal to expenditure, 83.2% of them had social security. 99.2% of the women were not accompanied by a companion during labor and birth, 79.9% were oxytocin, 59.1% were subject to fluid or food restriction, fundal pressure was to 23.2%, episiotomy was to 99.8% and uterus massage was applied to 99.7% of them.

**Conclusion:** As a result of the answers given by the women participating in the study to the form of intrapartum care recommendations for positive birth experience, it was concluded that health professionals did not apply some of the intrapartum care recommendations for positive

birth experience of the World Health Organization. These results are very important for women to have a positive birth experience.

**Keywords:** Intrapartum care, Midwifery, Mother-friendly hospital, Positive birth experience, Women.

# 1. GİRİŞ

Doğum süreci anneliğe uyum sağlamada biyolojik, fizyolojik ve duygusal olarak kadınların yaşantısında önemli değişimlerin yaşandığı bir dönemdir. Kadınların doğuma ilişkili beklentileri doğum deneyimlerinden memnuniyet düzeylerini de etkilemektedir (Oweis ve Abushaikha, 2004). Doğum sürecinde yapılan müdahaleler, olumsuz deneyimler ve hikayeler, uygunsuz doğumhane koşulları ve doğumun ağrı, korku ile anlatılması gibi faktörler kadınları doğal ve vajinal doğumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır. Kadınların %10-34' ü travmatik doğum deneyimleriyle karşı karşıya gelmektedir (Ayers, 2004). Anne ve yenidoğanlar için sonuçları iyileştirmek amacıyla fizyolojik süreci başlatmak, hızlandırmak, sona erdirmek için doğum müdahalelerinin uygulanmasında son yirmi yılda önemli bir artış olduğu gözlenmektedir. Doğum eylemi boyunca sağlık profesyonelleri tarafından verilen destek, kadının doğum ağrısıyla baş etmesini sağlayabilmekte ve olumsuz doğum deneyimi yaşamasını önleyebilmektedir (Taşçı Duran ve Ünsal Atan, 2011).

Vajinal doğum, hiçbir dış müdahalenin olmadığı, kadının aktif olarak yer aldığı bir olaydır (Rathfisch, 2012). Sağlık Bakanlığı vajinal doğumu, “doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin dilatasyonu ve efasmanı ile gebelik ürünlerinin vajinal yol ile atılması” şeklinde tanımlamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018).

Vajinal doğumlardaki azalma hem dünya da hem de ülkemizde gözlenen bir durum olup azalan vajinal doğum sayılarına ebe yardımıyla yaptırılan doğumlardaki azalmalar da beraberinde eşlik etmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları 2018 (TNSA) sonuçlarına göre doğumların sadece %7,8'i ebeler tarafından gerçekleştirilmiştir. Aynı araştırma verilerine göre Türkiye'nin vajinal doğum oranları 2018 yılında %48, 2013 yılında ise %52'dir. Sağlık Bakanlığı 2020 sağlık istatistikleri verilerine göre vajinal doğum %42,7, 2019 yılında ise %45,6'dır. The Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) 2020 yılı “Sağlığa Bakış” raporunda vajinal doğum oranını %73,7 olarak belirtmiştir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından intrapartum bakım “kadınlara saygılı bir platform sunmak, bireyselleştirilmiş, kadın merkezli ve etkili klinik, klinik olmayan uygulamalar ile doğum süresince ebeler tarafından kadına verilen bakım” olarak tanımlanmaktadır. İntrapartum döneminin iyi yönetilmesi ve kaliteli bakımın sağlanması,

maternal, fetal ve yenidoğan mortalite ve morbiditesi büyük bir öneme sahiptir. Bu dönemde komplikasyonları önlemeye ve yönetmeye yönelik etkin bakımın, anne ölümlerini, ölü doğumları ve erken yenidoğan ölümlerini azaltmada önemli etkisi bulunmaktadır (WHO, 2017).

Pozitif doğum deneyimi, bakımın duygusal durumu ile ilişkilendirilerek kadının genel durumunun değerlendirilmesini de etkilediği belirtilmektedir. Doğum sürecinde destekleyici bakımın verilmesi, kadınların kendi kontrol duygularını ve doğumun fizyolojik süreçlerini geliştirebileceği vurgunmaktadır. Destekleyici bakımın, kadınların deneyimlerini pozitif yönde etkileyebileceği ve obstetrik müdahale kullanımını azaltabileceği düşünülmektedir (Yazgan, 2014). Bu nedenle verilen bakımın hedeflerinden biri de ebeveynlere mümkün olduğunca pozitif doğum deneyimleri yaşatmak olmalıdır (Güngör ve Beji, 2007).

Ebelerin kadınları doğum eylemine hazırlama ve pozitif doğum deneyimi yaşamalarını sağlamada doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltmak gibi sorumlulukları bulunmaktadır. Ebelerin doğum eylemi boyunca kadının duygusal ve fiziksel ihtiyaçlarını karşılama, haklarını savunma ve bilgilendirme görevi bulunmaktadır. Ebe yönetiminde yapılan doğumlarda; epizyotomi ve müdahaleli doğum oranlarının azaldığı, emzirmeye erken başlandığı ve emzirme süresinin uzun sürdüğü, kadınların kendi yeteneklerinin kontrol duygusunun arttığı gözlemlenmiştir (Güngör ve Rathfish Yıldırım, 2009). Doğum sırasında ebe tarafından kadınlara verilen sürekli desteğin, kadınların doğum deneyimi algılarını pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir (Sandall ve diğerleri, 2016; Adams ve Bianchi, 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'nün bakım kalitesini iyileştirme çerçevesinde vurguladığı gibi doğum sırasında kadınlar için deneyim, bakımın sağlanması, pozitif sonuçlara ulaşılması klinik bakımın sağlanması kadar önemlidir. Doğum sırasında duygusal desteğin sağlanması, yanında refakatçının bulunması, etkili iletişim ve saygı gibi uygulanması en kolay klinik olmayan intapartum uygulamalar bir çok ortamda öncelik olarak görülmemektedir. Doğumun klinik olmayan bu yönleri ve intapartum bakımı, kadına ve ailesine sağlanan bakımın kalitesini artırmak gerekli klinik müdahalelerin tamamlanmasında bakımın temel bileşenlerini oluşturmaktadır (WHO, 2018). İntrapartum dönemde, vajinal yolla yapılan obstetrik müdahaleler doğumun doğal seyrinden uzaklaşmasına yol açmaktadır. Müdahaleli doğumlar, endikasyon esnasında hayat kurtarıcı olsa da anne ve yenidoğan sağlığı açısından çeşitli dezavantajları da görülmektedir.

Ebe ve sağlık profesyonellerinin intrapartum bakım konusundaki deneyimlerine yönelik yapılan literatür incelemesi sonucunda eksiklerin olduğu görülmektedir. Ebe ve konuyla ilgili sağlık profesyonellerinin buldukları konuları gereği intapartum bakımla

ilgili araştırma yapması, kadın ve yenidoğan sağlığının geliştirilmesine, iyileştirilmesine katkıda bulunması beklenmektedir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Araştırmanın amacı anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütünün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunu değerlendirmektir.

### **1.2 Araştırmanın Sorusu**

**S<sub>1</sub>:** Anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütünün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri uygulanma durumu nasıldır?

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İntrapartum Bakım

İntapartum bakım Dünya Sağlık Örgütü tarafından kadınlara saygılı bir ortam sunmak, bireyselleştirilmiş, kadın merkezli ve etkili klinik, klinik olmayan uygulamalar ile doğum süresince ebeler tarafından kadına verilen bakım olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2017). Doğum, heyecan, mutluluk ve merakla beklenen bir süreç olduğu kadar; fiziksel, psikolojik duygu değişimlerinin yaşandığı, gelenek ve inançlarla farklı anlamların yüklendiği bir olaydır. Doğum sürecindeki girişimler, doğumun kadın ve ailesi açısından pozitif bir deneyim olmasını sağlamada büyük bir öneme sahiptir. Doğum sürecinin olumlu deneyimle sonuçlanması; annenin kısa süre içinde ayağa kalkması, bebeğin en kısa sürede emzirilmesi ve anne-bebek bağının kolay bir şekilde kurulması gibi olumlu davranışların gelişmesini sağlayabilmektedir (Uysal, 2017; Karaçam ve Akyüz, 2011; Uludağ, 2013).

Doğum eylemi sürecinde verilen bakımın amacı; güvenli, en az müdahale ile sağlıklı anne ve bebekle doğumu sonlandırmak, anneyi doğum süresince aktif kılmak, annenin gereksinimlerinin karşılandığı doğum deneyimi edinmesini sağlamak, bilgi ihtiyacını karşılamak, anne ve yenidoğanı değerlendirmektir (Miltneri, 2000). Ebelerin doğum eylemi boyunca kadının fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılama, süreç ile ilgili bilgilendirme ve haklarını savunma gibi görevleri de bulunmaktadır (Hardin ve Bucner, 2004). Ebeler pozitif doğum deneyimi için; kadının sağlığını korurken, riskli durumların da ortaya çıkmasına engel olabilmektir. Kadınların istek, ihtiyaçlarının belirlenmesi, beklentilerinin de karşılanması açısından önemlidir. Sağlık personellerinin kaliteli doğum hizmeti sunması, doğum hakkında bilgilendirmeler yapması, sürekli destek ile doğum olayının sağlıklı sonuçlanmasını sağlamaktadır (Aktaş ve Gökgöz, 2015; Mete ve Uludağ, 2017).

Dünya Sağlık Örgütünün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım rehberinde; tüm kadınların gizliliğini ve mahremiyetini koruyan, zarar veren tedaviden uzak, bilgilendirilmeyi, kanıta dayalı uygulamaların ön planda olduğu, doğumda sürekli destek almayı içeren bakım tanımlanmış; kadın ve sağlık profesyonelleri arasında saygılı bakım ve iyi bir iletişim kurulması, ağrı yönetimi, doğum pozisyonları konusunda kanıt temelli uygulama önerileri verilmiştir (WHO, 2018).



### 2.1.1. Travay ve Doğum Eylemi Süresince Bakım

Travay ve doğum eylemi sürecinde bakım; kadınların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, ayrıca özgürlüklerinin kısıtlanmasına engel olacak bu süreçteki bilinçli seçim ve desteği sağlayacak bakım olarak tanımlanmaktadır (Yıldız, 2019). Travay süresince aynı ebe tarafından gebenin sürekli olarak desteklenmesinin, ağrı kesici ve epidural anesteziye başvurma oranlarını azaldığı, normal spontan doğum yapma oranını arttığı ve annelerin doğum deneyiminden daha memnun olduğu saptanmıştır (Hodnett ve diğerleri, 2013).

Etkili iletişim, ebeler ile travaydaki gebeler arasında, anlaşılabilir ve kültürel bakımdan uygulanabilir yöntemlerin kullanılmasıdır. Ebelerin doğum ortamlarında her kadına bireysel olarak saygılı olmalıdır. Travay ve doğum süresince kadın dikkatli ve sakince dinlenir, bakımı hakkında bilgi verilir ve uygun bilgilendirilmiş rızası alınmalıdır (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2014).

Travay ve doğum süresince refakat, tüm kadınlar için onlara refakat edecek bir kişiyi seçme hakkının verilmesi olarak tanımlanmaktadır. Literatürdeki mevcut kanıtlar, düzenli ebelik bakımına ek olarak, doğumda yanında bulunan refakatçi tarafından sağlanan duygusal desteğin, travaydaki kadınlar için iyileştirilmiş sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermektedir. Travaydaki bir gebeye, tıbbi olmayan bir kişi tarafından verilen kesintisiz desteğin, doğum süresinin kısalmasında ve spontan vajinal doğum oranının iyileştirilmesinde olumlu etki yaptığı saptanmıştır (NICE, 2014).

### 2.1.2. Doğumun Birinci Evresinde İntrapartum Bakım

Doğumun birinci evresinde annede ve yenidoğanda gelişebilecek komplikasyonların erken teşhisi, eylemin normal ilerleyip ilerlemediğini saptamak açısından önemlidir. Doğumun birinci evresi düzenli doğum ağrılarının meydana gelmesi ile başlar, serviks dilatasyonunun tamamlanması ile biter (Avcıbay, 2010; Taşkın, 2016).

Sağlıklı ve spontan bir şekilde doğum eylemi başlamış olan gebeler için doğumun birinci evresinde aktif faza kadar olan süreçte doğumhaneye kabulü yapılmaktadır. Doğumhaneye geç kabülde doğumhanede bekleme süresinin azaldığı, intrapartum analjezi ve oksitosin kullanımının daha az olduğu, gebelerin doğumdaki memnuniyetlerinin pozitif yönde olduğu bildirilmiştir (Başgöl ve Beji, 2015). Gebelerin doğum eyleminin latent fazında doğumhaneye kabul edilmeleri, ağrı yönetimi gibi çeşitli nedenlerle gerekli olabilmektedir. Doğum eyleminin latent fazında kabul edilen gebelere eğitim, destek, oral hidrasyon, rahat pozisyonlar, masaj gibi non farmakolojik yöntemler yararlı olabilmektedir (NICE, 2014).

Doğumun birinci evresinde uygulanan lavmanın puerperal ve neonatal enfeksiyon riskini düşürdüğü aynı zamanda uterin kontraksiyonları artırdığı ve fetal başın inişini hızlandırdığı tahmin edilmektedir. Doğum eyleminin latent fazında barsakların boşaltılmasının amacı uterus kontraksiyonlarını stimüle etmek, rektumun boş olmasını sağlamak, eylemin ikinci devresinde anne ıkınırken fekal materyalin gelmesi ile perinenin kontaminasyonunu önlemek, doğum kanalını genişletmek için yapılmaktadır (Taşkın, 2016). Ancak literatür de rutin lavman uygulamasını destekleyici bir kanıt yoktur. Buna ek olarak, lavman kullanımının maternal rahatsızlığa sebep olduğu ve sağlık profesyonellerinin iş yükünü artırdığı ifade edilmektedir (Chen ve diğerleri, 2006; Güneş Öztürk ve Karaçam, 2018).

Amniyotomi uygulaması doğum eyleminde uygulanan yaygın bir müdahaledir. Servikal kanalın dilatasyonu ile amniyon kesesi kanala girer. Zarlar uterus içi basıncı ile gerilir ve amniyon kesesi yırtılır. Membranların yırtılması doğum eylemi sırasında veya öncesinde herhangi bir zamanda meydana gelebilmektedir. Normal olgularda, membranlar rüptüre olduktan sonra uterin kontraksiyonları daha etkili olmaktadır ve doğum eylemi daha hızlı ilerlemektedir. Buna rağmen, rutin uygulanan amniyotomi spontan doğum eylemini hızlandırmamaktadır. Amniyotomi fetüste ya da annede gelişen anormal durumda amniyotik sıvının renginin tespiti için de uygulanabilmektedir. Amniyotomi uygulanması sonucu amniyotik sıvının rengi berrak değil ise ebe verilecek bakımı tekrar değerlendirmelidir (Posner ve diğerleri, 2014).

Oral sıvı ve katı yiyecek alımının etkileri konusunda yapılan araştırmaların sonuçları tartışmalıdır. Aktif eylem sırasında annenin saatte 50-100 kalori ihtiyaçı olduğu dűřünülmektedir. Amerikan Anestezi Uzmanları Derneđinin Obstetrik Anestezi alışma Kolu oral sıvı alımı olarak sadece ağız kuruluğunu önlemek amaçlı küçük buz parçaları ve küçük yudumlarla sıvı alımını önermektedir (Berghella ve diğerleri, 2008). American College of Obstetricas and Glynecologists (ACOG) göre, komplikasyonu olmayan gebeler oral olarak tanesiz sıvı tüketebileceklerini belirtmektedir. Aspirasyon riski ve müdahaleli doğum riski yüksek olan gebelerin sıvı tüketiminden de kaçınmaları önermektedir (ACOG, 2009). Ebeler intapartum bakım sırasında komplikasyonu olmayan gebeler için meyve suyu, su, kek gibi miktarı çok olmayacak şekilde oral alıma izin vermektedir. Beslenme sonrası yan yatma, başı yüksekte tutma gibi gebelere bakım uygulanmaktadır (Taşkın, 2016).

Gebenin hidrasyonunu sağlamak amacıyla rutinde uygulanan intravenöz sıvıların uygulanmasına ilişkin (sıvının tipi, dozu vb.) kanıt bulunmamaktadır. Gebelerin oral sıvı tüketimine izin verilmesi, hidrasyonun yeterli olmasını sağlamaktadır (Başgöl ve Beji, 2015). Terleme, değişik solunum tekniklerinin kullanımı sonucu gebelerde gelişebilecek sıvı kaybı ebeler tarafından verilecek bakım ile önlenmelidir (Taşkın, 2016).

İnapartum süreçte vajinal muayene, serviksin dilatasyonunu, efasmanını, kıvamını değerlendirmek ve fetüsün pozisyonunu, inişini saptamak amacıyla ebeler tarafından uygulanmaktadır. Vajinal muayene doğum süresince aseptik koşullarda ve litotomi pozisyonunda dört saat aralıklar ile yapılmaktadır. Ebelerin vajinal muayene öncesinde ve sırasında kadın ile olumlu iletişim kurma, uygulanan işlemler hakkında bilgi verme, kullanılan malzemeleri nazikçe uygulama, saygılı davranma gibi yaklaşımları kullanmaları gerekmektedir. Ebeler tarafından verilecek bakım; mahremiyetin korunması, gebeye uygun solunum tekniklerinin yaptırılması, steril eldiven kullanımı, perinenin temizlenmesi enfeksiyonun önlenmesi yönünden önemlidir (Dixon ve ark., 2010; Taşkın, 2016; Downe ve ark., 2013; Güneş ve Karaçam, 2018).

Hastanelerde birçok kadın sırt üstü ya da litotomi pozisyonunda doğumunu yapmaktadır. Bu pozisyonlar doğumda aktif rol oynayacak olan kadını pasif hale getirmektedir. Kan damarları üzerinde baskı oluşturmayan, hareketi kısıtlanmayan, pelvisin tamamen mobil olduğu, beden ile yerçekiminin uyumla çalışabildiği pozisyonların doğum sırasındaki en uygun pozisyonlar olduğu bilinmektedir. National Institute for Health and Clinical Excellence, kadınların doğum boyunca en rahat ettiği pozisyonu almasına ve hareket etmesine yardımcı olunması ve cesaretlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde Royal Collage of Midwives (RCM) de, doğum boyunca hareket etmenin bilinen,

kanıtlanmış bir zararı olmadığı ve doğumda kadınların hareket etmeye cesaretlendirilmesinin önemi üzerinde durmaktadır (NICE, 2007; RMC, 2008; Serçekuş ve İşbir, 2012). Lawrence ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, doğumun ilk safhasında yürüme ve dik pozisyonların doğum süresini kısalttığı, anne ve bebeğin sağlığını negatif etkilemediği saptanmıştır. Herhangi bir riskli durum olmadığı sürece gebelere mobilizasyon ve pozisyon kısıtlaması uygulanmamalıdır. Ebeler kadınları mobilizasyon ve pozisyonların yararları hakkında bilgilendirmeli ve cesaretlendirmelidir (Lawrence ve diğerleri, 2013).

Doğum süreci kadınlar için ağırlı kontraksiyonlarla devam eden bir süreç olarak düşünülmektedir. Kaliteli bir ebelik bakımı ile doğum ağrısı yönetimi sağlanabilmektedir. Kadınların bireysel özellikleri, ağrı eşiği, tahammül gücü, fiziksel ve ruhsal olarak tükenme sınırı kadınların ağrıyı algılamasını etkilemektedir. Bundan dolayı ağrı yönetiminde ebeler, intrapartum bakıma farmakolojik veya nonfarmakolojik yöntemleri ekleyerek aktif rol almalıdırlar (Baker ve diğerleri, 2001).

Doğumun birinci evresindeki ağrının azaltılmasını isteyen sağlıklı gebeler için farmakolojik ya da nonfarmakolojik ağrı yöntemleri uygulanabilmektedir. Farmakolojik yöntem ilaç kullanılarak ağrının azaltılması, nonfarmakolojik yöntemler ise hiç bir ilaç uygulanmadan kadının gevşemesini sağlayan, ağrısını en hafif şekilde algılamaya yönlendiren yöntemlerdir. Kadınların seçimlerine göre masaj veya lokal sıcak uygulama (kompres/sıcak ped uygulaması vb.) gibi manuel teknikler ya da gevşeme tekniklerini (nefes alma, müzik, dikkat dağıtma, hayal kurma vb.) içeren yöntemler tavsiye edilmektedir. Ebeler ağrının yönetiminde; kanıta dayalı yöntemleri içeren gebeye özgü ebelik bakımıyla birlikte uygulamalıdır. Ebe, loş ışıklı sakin ve stresten uzak bir ortam oluşturarak kadını güvende hissettirmelidir. Ebe gebenin ağrısını değerlendirebilmek için, açık uçlu ve olumlu bir dil ile (Şimdi nasıl hissediyorsunuz? vb.) sorular yöneltilmelidir. Ebe ağrıyı ve gebenin seçtiği yöntemi değerlendirip, gerektiğinde alternatif olarak nonfarmakolojik yöntemleri (masaj, aromaterapi, müzik vb.) önermelidir. Birden fazla nonfarmakolojik yöntem bir arada uygulanabilmektedir (Bonapace ve diğerleri, 2018; Yıldız, 2019; Karaçam ve Akyüz, 2011).

Perine/pubik tıraşı, vajinal doğum öncesi perine/pubik bölgenin tıraş edilerek temizlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Perine tıraşının enfeksiyon riskini azalttığı ve perineal sütür, epizyotomi uygulanmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Erenel ve Çiçek, 2018). Basevi ve Lavenderin (2000) yaptığı Cochrane sistematik çalışmasında, spontan perine yırtığı ya da epizyotomi uygulanması durumunda enfeksiyon riski oranını azaltmak amacıyla yapılan perine tıraşının, herhangi bir klinik yararı saptanmamıştır. Vulvada perine tıraşı sonrası

iritasyon, kızarıklık, yanma, kaşınma gibi yan etkiler görülebilirken kadında utanma, ağrı ve rahatsız olma gibi duygular gelişebildiği belirlenmiştir.

İntrapartum süreçte fetüsün sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla, fetal kalp hızı (FKH) belirli aralıklarla ile takip edilmelidir. Elektronik fetal monitörizasyon (EFM) ile fetal kalp hızı ve uterus kontraksiyonları birlikte değerlendirilebilmektedir. Aralıklı elektronik fetal monitörizasyon belirli aralıklarla fetüsün sağlık durumu monitörle izlenmesidir. Aralıklı EFM genellikle düşük riskli gebeliklerde önerilmektedir. Sürekli EFM doğum eylemi süresince, ara verilmeksizin fetüsün sağlık durumunun monitörle izlenmesidir. Yüksek riskli gebeliklerde sürekli EFM önerilmektedir (Tokat ve diğerleri, 2013). ACOG 2009'da doğum sürecindeki gebelere hangi durumlarda aralıklı oskültasyon ve EFM uygulanması konusunda protokol hazırlanmıştır. Protokole göre, düşük riskli gebelere doppler ile “aralıklı oskültasyon” önerilmektedir. Buna rağmen, Amerika ve Kanada başta olmak üzere birçok ülkede düşük riskli gebelik bile olsa EFM'nin sürekli uygulandığı görülmektedir (Aktaş ve Osmanağaoğlu, 2017; Yazıcı, 2016).

### 2.1.3. Doğumun İkinci Evresinde İntrapartum Bakım

Tam servikal dilatasyon, efasman ile bebeğin doğumu arasındaki süreç doğumun ikinci evresidir. Doğumun ikinci evresinde, uterus kontraksiyonlarının itici gücü ile kadının fetüsü aşağı itme, spontan ıkınma isteği oluşmaktadır. Gebe her kontraksiyon ile spontene ıkınmaya başlar ve baş perineyi kabartır. Primipar gebeler, serviks tam dilate olduğunda, baş perineye ulaştığında doğum masasına alınmaktadır. Doğum eyleminin ikinci evresi birinci evrede olduğu gibi latent ve aktif faz olarak ikiye ayrılmaktadır (Taşkın,2016; Yıldız, 2019; Koyucu ve Demirci, 2016).

İkinci evrede latent faz dilatasyon tamamlandıktan sonra sıklıkla kontraksiyonlarda hareketsizlik gözlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Latent faz süresince kontraksiyonlar belirgin bir şekilde azalır ve elektronik fetal monitorizasyon ile izlenebilmektedir. Ebe bu süreçte gebeyi biraz dinlendirici bakım uygular ve kendini iyi hissetmesine yardımcı olur. Müdahale olmadan güçlü itici kontraksiyonlar genellikle 5-30 saniye içinde tekrarlamaktadır. Aktif faz ise spontan ıkınma isteği ve fetüsün inişi olarak tanımlanmaktadır (Koyucu ve Demirci, 2016; Yazıcı, 2016).

Doğum eyleminin ikinci evresinde ıkınma teknikleri olarak spontan (açık glotis-nefes vererek) ıkınma ya da valsalva tipi (kapalı glotis-nefes tutarak) ıkınma tekniği kullanılmaktadır. Valsalva tipi ıkınma, ıkınma sırasında kadının nefesini tutması, nefes vermemesi, ses çıkarmaması olarak tanımlanmaktadır. Spontan ıkınmada ise ıkınma sırasında kadının nefesini verebilmesi, ses çıkarabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Gebenin nasıl ve ne zaman ıkınacağı konusunda ebeğin yönlendirmelerini içermektedir. Gebelere “derin nefes al, nefesini 10’a kadar tut ve ıkın, sonra hızlı bir nefes al ve aynısını yeniden yap” şeklinde direktifler verilmektedir. Valsalva tipi ıkınma yönteminde gebelerden spontan ıkınma isteklerini dikkate almamalarını onun yerine ebelerin direktiflerine uymaları istenmektedir. Buna karşılık, spontan ıkınmada gebeye herhangi bir yönerge verilmeksizin vücudunun kendi gereksinimlerini dikkate alması, ıkınma dürtüleri ile spontan olarak ıkınması istenmektedir (NICE, 2017; Güngör ve Rathfish, 2009).

Fundal basınç doğumu kolaylaştırmak için fundus uteriye 30-45 derecelik açı ve el ayası ile uygulanan fetüsün doğum kanalı boyunca itilmesini sağlayan uygulama olarak tanımlanmaktadır. Fundal basınç perineal yırtıkları arttırdığı ve doğumu kolaylaştırdığına dair bir kanıt olmamasından dolayı önerilmemektedir (Güngör ve Rathfish, 2009).

Epizyotomi, fetüs başı doğarken perinenin tonüsünü korumak ve istenmeyen perine yırtıklarını önlemek amacıyla perinede bulunan bulbo-kavernos kasına uygulanan insizyon

olarak tanımlanmaktadır (Taşkın, 2016). Postpartum dönemde gerçekleşen enfeksiyon ağrı, rahatsızlık ve uzamış yara iyileşmesi olarak sıralanmaktadır. Epizyotominin en kısa sürede iyileşmesi komplikasyonları önlemesi bakımından önemlidir. Epizyotomi bakımında; epizyotomi bölgesinin değerlendirilmesi, yara iyileşmesinin takip edilmesi, kadının epizyotomiye dair endişe ve korkularının giderilmeye çalışılması, perine bakımının yapılması ve bu konulara ilişkin eğitimin verilmesi ebeğin görevidir (Durmaz, 2008; Gould, 2007). Ebe insizyon yerinin kuru ve temiz kalmasını sağlamak, kuru sıcak uygulama, nemli sıcak uygulama, buz uygulaması gibi bakımlar uygulamaktadır. Epizyotomi sonrası anne sürekli ayakta durmaktan ve sürekli oturmaktan kaçınmalıdır. Epizyotomi uygulanan bölgenin otururken korunması önerilmektedir. Kegel egzersizi, pelvik taban kaslarını güçlendiren egzersizlerdir. Bu egzersiz, postpartum dönemde de uygulanabilmektedir. Kegel egzersizi düzenli olarak uygulandığında epizyotomi insizyonlarının iyileşmesinin daha hızlı olduğu saptanmıştır (Erbaba ve Pınar, 2016).

#### **2.1.4. Doğumun Üçüncü Evresinde İntrapartum Bakım**

Bebeğin doğumundan plasentanın doğumuna kadar olan 5-30 dakikalık periyod doğumun üçüncü evresini kapsamaktadır. Plasentanın ilk olarak ayrılmasının başlamasına neden olan güçlü kontraksiyonlar uterusun kalınlaşmasına neden olur ve plasentanın ayrılması gerçekleşir ve plasentanın doğumu vajinadan dışarı atılması ile tamamlanmaktadır. Plasentanın ayrılma belirtileri; uterus seviyesinin anne abdomeninde yükselmesi, uterusun yuvarlak bir şekil alması, umbilikal kordun uzaması ve vajinadan az miktarda ani kan gelmesi olarak sıralanmaktadır (Taşkın, 2016; Yazıcı, 2016).

Kontrollü Kordon Traksiyonu (CCT); doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde plasentanın doğumunda yardımcı olmak için kontrollü olarak kordonun çekilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kordonun kontrollü bir şekilde çekilmesi işlemi, sol el alt abdomene yerleştirilir sağ elin avuç içi uterusun ön yüzü ile karşılıklı gelecek şekilde yerleştirilerek umbilikal kordun yukarıya ve arkaya doğru karşıt basınç sürdürülerek çekilmesi işlemidir. Kontrollü kordon traksiyonu için plasentanın ayrılma belirtileri takip edilmelidir. Bu işlem sırasında annenin ağzını açarak nefes alması ve karın kaslarını gevşetmesi istenmektedir. Kontrollü kordon traksiyonu ile plasentanın atılımı kolaylaşmaktadır. Kordonun kontrollü olarak 30-40 saniye çekilmesi ile plasenta inmezse (yani plasenta ayrılma belirtileri yoksa) kordon çekilmeye devam edilmemelidir (Güngör ve Rathfish, 2009; Taşkın, 2016).

Doğum eyleminin üçüncü evresinde uygulanan umbilikal kordun klemplenmesi yaygın yapılan tıbbi müdahaleler arasında yer almaktadır. Bebeğin doğumundan sonra bebek ile plasenta arasındaki dolaşım belli bir süre daha devam ettiğinden dolayı kordun klemleme zamanı oldukça önemlidir. Umbilikal kordunun klemplenme ve kesilme işlemi, anne ile bebeğin teknik anlamda birbirinden ayrılmasıdır. Ve bu işlem, yenidoğan sağlığını etkileyen uygulamalar arasındadır. Yenidoğan kordonunun bakımında uygulanan işlemlerde doğru yaklaşım, neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmak bakımından da önemlidir. Doğum sonu 1 dakika içerisinde yapılan ‘erken umbilikal kord klemleme’ ; 1-3 dakikalık süreç ya da umbilikal atımın sona ermesinden sonra yapılan ‘geç umbilikal kord klemleme’ olarak tanımlanmaktadır. Anne ve yenidoğan sağlığı için bir dakikadan az olmayacak şekilde 1-3 dakika arası olarak tanımlanan geç umbilikal kord klemlemesi önerilmektedir (Hutton ve Hassan, 2007; WHO, 2014; Yazıcı, 2016; Yıldız, 2019).

Doğum sonu uygulanan profilaktik uterotonik ilaçlar kanamanın önlenmesi için uterusun kontraksiyonuna neden olan ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Profilaktik uterotonik ilaçların uygulanması üçüncü evrenin aktif yönetiminde yer almaktadır. Uterotonik ilaçlara örnek: Prostaglandin ve oksitosindir. Oksitosin prostaglandine göre daha etkilidir ve daha az yan etkiye yol açmaktadır. Bu yüzden oksitosin (10 IU, IM/IV) kullanımı önerilmektedir. Diğer uygulanabilecek uterotonik ilaçlar ise; ergometrin, misoprostol alternatif olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilmektedir. Doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetiminde uterotonik ilaç kullanımını DSÖ’nün postpartum kanama açısından ana müdahale olarak kabul etmektedir (Yıldız, 2019; WHO, 2012).

Uterus masajı fundusun gevşek olarak ele gelmesi ile bir elin fundusa yerleştirilerek dairesel hareketler ile uterusu masaj yapılması olarak tanımlanmaktadır. Masaj uterus sertleşinceye kadar devam edilmelidir. Uterus sertleşince masaj bitirilmelidir, masajın devamı durumunda uterus kaslarını yorarak tekrar gevşemesine neden olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü postpartum kanamayı (PPK) genellikle doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde 500 ml ya da daha fazla kan kaybının gerçekleşmesi olarak tanımlamaktadır. Maternal mortalitenin en sık nedenlerinden biri PPK’dır. PPK’nın önlenmesi ve yönetimi ile ilgili çalışmalar, araştırmalar yapılmaktadır. Postpartum kanamayı önlemek için profilaktik uterotonik ilaç alan kadınlarda sürekli uterus masajının uygulanması rahatsızlığa ve kan kaybının artmasına neden olabilmektedir. Doğum sonrası PPK’nın erken teşhis açısından tüm kadınlarda abdominal palpasyon önerilmektedir (WHO, 2012).



## 2.2. Anne Dostu Hastane

Amerika Birleşik Devletlerinde bulunan 26'dan fazla kuruluşun ortak çalışmaları, gebelik ve doğum gibi meseleleri içeren, kanıta dayalı “Anne Dostu Doğum Girişimleri” nin temelini oluşturmaktadır (The Coalition for Improving Maternity Services (CIMS), 2018). The Coalition for Improving Maternity Services “Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu (AHGK)” son dönemlerde Türkiye'nin de dahil olduğu Avrupa ülkelerindeki hastanelerde de uygulamaya yansıyan “Anne Dostu Hastane” ifadesini gündeme taşımıştır. Annelik Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonunun misyonunu doğum sürecinde doğallığa dayanan; sezaryen oranlarını azaltmak, vajinal doğuma yönlendirmek, kanıta dayalı uygulamaları artırmak, kadının doğuma aktif katılımını sağlamak için cesaretlendirmek gibi pek çok ilke oluşturmaktadır (CIMS, 2015).

Hastaneler AHGK' nin “Anne Dostu” vizyonunu uygulamak amacıyla Anne Dostu Bakımın On Adımını eksiksiz yerine getirmesi gerekmektedir (CIMS, 2015). Anne dostu hastaneler, anne-bebek sağlığına ilişkin yapılan hizmetlerin niteliğini ve niceliğini arttırmaya yönelik bir temele dayanmaktadır. Anne dostu hastaneler kişinin mahremiyetine, üreme haklarına yönelik saygıya, doğru veriye dayalı doğru girişime, etkili iletişime ve kanıta dayalı uygulamalara destek veren on kriteri içermektedir. Anne dostu hastane uygulamasına yönelik hazırlanan ilke ve kriterler gebenin ön planda yer almasını sağlamaktadır. Anne dostu bakım kanıta dayalı bir modeldir ve anne ile bebek sağlığının sonuçlarının iyileşmesini hedeflemektedir. Bakımda kanıta dayalı hizmet sağlık profesyonellerinin doğum sırasındaki yanlış davranışlarını değiştirmektedir (Jukelevics, 2007).

Türkiye’de 2011 yılında ‘Anne Dostu Hastane’ yaklaşımının ilk adımları atılmıştır. Anne dostu hastane yaklaşımının ilk adımları ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü’nce gerçekleştirilmiştir. Devamı Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından sürdürülmektedir. “Anne Dostu Hastane” yaklaşımının amacı, anne sağlığı hizmetlerinin niteliğinin ve niceliğinin artmasını sağlayarak gebelere güvenli, kaliteli doğum hizmeti sağlamaktır. Buna yönelik mahremiyetin sağlanması için tek kişilik “Doğum Ünitelerinin” yapılmasına önem verilmektedir. Anne dostu hastane yaklaşımının diğer hedefleri vajinal doğuma yönlendirmek, sezaryen oranlarını azaltmak ve doğumda müdahalelerin azaltılmasıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından AHGK'nin on adımını dikkate alarak oluşturduğu anne dostu hastane olma kriterlerini uygulayan hastanelere “Anne Dostu Hastane” ünvanı verilmektedir. Türkiye’de “Anne Dostu Hastane” yaklaşımında Manisa ili pilot il olarak seçilmiştir. 2015 yılında “Anne

Dostu Hastane” ünvanını ilk kez Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi, Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi, Turgutlu Devlet Hastanesi almaya hak kazanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2016). Türkiye’ de 2021 verilerine göre 80 hastane ‘Anne Dostu Hastane’ ünvanı aldığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2021).

Anne dostu doğum modeli yaklaşımı kapsamında yapılan bir çalışmada, antenatal eğitim almış kadınların standart antenatal eğitim almış kadınlara göre başta rutin lavman, perine tıraşı, oral alım kısıtlaması, amniyotomi, sürekli fetal monitörizasyon ve epizyotomi uygulamalarının daha az uygulanmasını istedikleri belirtilmiştir (Li ve diğerleri, 2015).

Ülkemizde 2015 yılında uygulanmaya başlanan anne dostu hastaneler ile doğal doğumların artırılması, sezaryen oranlarının azaltılması, bireysel bakımın ön planda olması, doğumda kadının yanında refakatçi olması, mahremiyetin korunması amaçlanmaktadır. Anne dostu hastanelerin sayısı ülkemizde her yıl artması ile kadınların antenatal, prenatal, postnatal eğitim almasıyla vajinal doğuma yöneliminin artacağı düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2015; Yazgan, 2014; Aslan ve Okumuş, 2016).

### **2.3. Pozitif Doğum Deneyiminde İntrapartum Bakımın Önemi**

Pozitif doğum deneyimi nazik ve donanımlı sağlık profesyonelleri tarafından desteğin sürekliliğiyle güvenli bir ortamda sağlıklı bir bebeğin doğumunu içeren bir deneyimdir. Dünya Sağlık Örgütü kadınların bireysel, sosyokültürel inanç ve beklentilerini karşılayacak pozitif doğum deneyimini yaşamak istediklerini söylemektedir (WHO, 2018).

Pozitif doğum deneyiminin sağlanması için doğum eylemi süresince kadınların yanlarında onlara refakat edecek bir kişinin (eş, arkadaş, anne, vb.) bulunması önerilmektedir. Kadınların isteklerine, ihtiyaçlarına saygı duyulması ve kültürel farklılıklar açısında özen gösterilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Hastanelerde doğumhane birimlerinde ayrı odalar bulunmuyorsa paravan gibi bölücülerle kadınların mahremiyetlerinin korunmasına özen gösterilmelidir (WHO, 2017). Ebeler, gebeler ile güvenilir bir ilişkiyi etkili iletişim kurarak gebeyi destekleyerek ve yönlendirerek elde edebilmektedir. Pozitif doğum deneyiminin bir benzeri doğal doğum olarak adlandırılan doğum deneyimidir (Nilsson ve diğerleri, 2012).

Doğal doğum, az veya hiç müdahale yapılmadan gerçekleştirilen doğum olarak tanımlanmaktadır. Doğal doğumun temelinde doğumun spontan başlaması, doğum süresince hareket kısıtlamasının olmaması, kadının yanında refakatçi birinin bulunması, hiç müdahale

edilmemesi, doğum için yerçekimine uygun pozisyonların uygulanması bulunmaktadır. Doğum eylemi süresince tıbbi olarak gerekmedikçe önerilmeyen fakat sağlık profesyonelleri tarafından rutin olarak uygulanan oksitosin infüzyonu, amniyotomi, epizyotomi uygulamaları gibi müdahaleler doğum eyleminin doğal süreçten çıkmasına sebep olmaktadır. Ancak doğum eylemi fizyolojik bir süreçtir (Ekşi ve Can Gürkan, 2015; Rathfisch, 2012). Doğum sürecinde yapılan müdahaleler, olumsuz deneyimler ve hikayeler, uygunsuz doğumhane koşulları ve doğumun ağrı, korku ile anlatılması gibi faktörler kadınları doğal ve vajinal doğumdan uzaklaşmasına neden olmaktadır (Taşçı Duran ve Ünsal Atan, 2011).

Kadınların %10-34'ü travmatik doğum deneyimleriyle karşı karşıya kalmaktadır (Ayers, 2004). Doğum sırasında ebe tarafından kadınlara verilen sürekli desteğin, kadınların doğum deneyimi algılarını pozitif yönde etkilediği belirtilmiştir (Sandall ve diğerleri, 2016).

Gebelerin doğum sürecinin planlanmasına olanak sağlanmalıdır. Gebe ve ailesine doğum şekilleri, doğumun yararları ve zararları hakkında tam anlamıyla doğru olarak bilgilendirilmesinin önemi vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü, 2016). Doğum eyleminin nasıl başlatılacağı, ilerletileceği, sona erdirileceği ya da izlenmesiyle ilgili bilginin fazla olması, aslında sürecin medikalleşmesine neden olmaktadır. Bu yaklaşımlar günümüzde, bir gebenin doğum sürecinde kendi yeteneğini kullanamayacağını ve doğumu hayatını değiştiren olumsuz bir deneyim olarak hatırlayabileceğini göstermektedir (WHO, 2018). Bu nedenle doğum hakkında kadına ayrıntılı bilginin verilmesi doğumu yapabileceğine yönelik cesaretlendirme ve doğum kasılmalarıyla baş etme yöntemlerini içeren eğitimler verilmesi önerilmektedir (Serçekuş ve Mete, 2010).

Ebeler doğum süresince ebelik bakımından faydalanmalı ve kanıta dayalı olmayan rutin müdahaleleri uygulamaktan kaçınmalıdır. Doğum süresince kadının hareket etmesini engelleyecek durumlar olmadığı sürece doğumda hareket serbestliği uygulanmalı, kadının istemediği durumlarda doğum pozisyonu olarak litotomi pozisyonu uygulanmamalıdır (CIMS, 2015).

Doğum şekillerine göre annelerin doğumdan memnuniyet durumunun değerlendirildiği bir çalışmada 64 vajinal doğum yapanların %87,5'i doğum şeklinden memnun iken, 64 sezaryen doğum yapanların %42,9'unun doğum şeklinden memnun olduğunu belirtmiştir. Çalışma sonucunda vajinal doğum yapan kadınlar doğumlarını pozitif doğum olarak belirtmiştir (Çapık ve diğerleri, 2016).

Doğum politikalarının neredeyse tamamında doğum eylemindeki kadınların kanıt temelli, kaliteli, saygılı ve eşit bakım almaları ifade edilmesine rağmen, kadınların çoğunun doğum süresince düşük kalitede hizmet alması ve sonucunda gereksiz müdahalelerin artışının

devam ettiğini belirtmektedir. Yeni yaklaşımda doğum süresince; bakım eşitliğinin sağlandığı, tüm kadınların mahremiyetinin korunduğu, sürekli desteklendiği, seçim yapmasına izin verildiği, pozitif doğum ve bakım deneyimini içeren intrapartum bakım önerilmektedir (Yıldız, 2019).

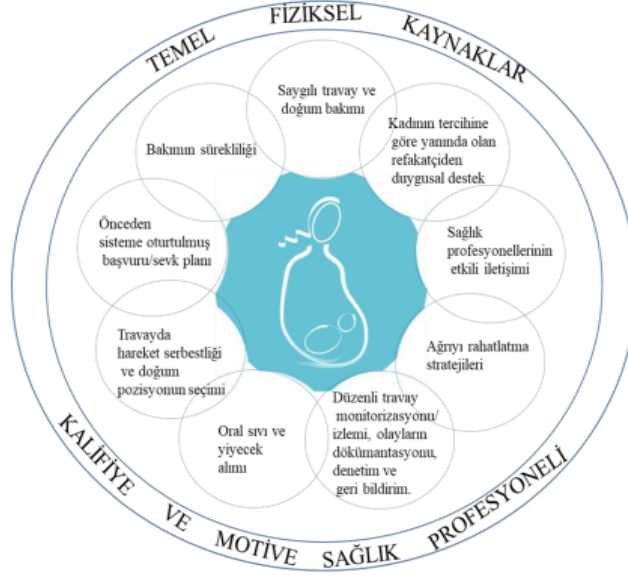
#### **2.4. Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Modeli: Dünya Sağlık Örgütü Önerileri**

Dünya Sağlık Örgütünün intrapartum bakım rehberinde, pozitif doğum deneyimi; tüm kadınların gizliliğini ve mahremiyetini koruyan, zarar veren kötü tedaviden uzak, bilgilendirilmeyi, doğum eylemi ve doğumda sürekli destek almayı içeren bakım olarak tanımlanmış; kadın ile sağlık personelleri arasında saygılı bir bakım ve iyi bir iletişim kurulması, doğumda ağrı yönetimi, doğum ve doğum pozisyonları konusunda kanıta dayalı uygulama önerileri verilmiştir. Ayrıca tüm doğum süresince kadınların seçtikleri bir kişi tarafından desteklenmesi önerilmektedir (WHO, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü pozitif doğum deneyimi önerileri kısmında yer verilen “Annelik bakımında saygı görmek herkesin hakkıdır. Doğumda risk durumu (düşük veya yüksek riskli gebelik durumu) ne olursa olsun, doğum ortamı veya ülkenin gelir düzeyine bakılmaksızın tüm kadınların sağlık personellerinden mahremiyet, saygınlık, özerklik görmeye hakkı bulunmaktadır. Maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmak için insan hakları temelli yaklaşım önemlidir. Kadın ve sağlık personelleri arasında kişilerarası düzeyde etkileşim gerekmektedir. Sağlık personellerinin saygın ve özel hizmet vereceği çalışma ortamları düzenlenmelidir” maddesiyle doğumda destekleyici bakımın önemi üzerinde durulmuş, sağlık personellerinin sunduğu intrapartum bakımın kadını merkeze alan girişimin ve sonuçlarına dikkat çekilmiştir. Aynı zamanda ebe destekli sunulan sürekli bakım modellerine yer verilmiş “bilinen bir ebe veya ebe grubuyla kadınların antenatal, intrapartum ve postnatal dönemde iyi bir ebelik programıyla sürekli desteklenmelidir” tavsiyesinde bulunmaktadır. Ebelerin bağımsız rollerini tanımasını ayrıca uygulanacak olan bakımda kendilerini yeterli düzeyde hissetmeleri sunulan desteğin daha iyi düzeyde olmasını sağlamaktadır. Ebe liderliğinde gerçekleştirilen bakım ile birlikte sunulan hizmetlerde olumsuz sonuçların oluşmadığı aynı zamanda önemli faydalar sağladığı için devamlılık esaslı bakım modelleri tavsiye edilmektedir (WHO, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü 2016 yılında pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım hakkında, 2018 yılında ise doğum eyleminde pozitif deneyim için intrapartum bakım

hakkında öneriler yayınlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü Intrapartum Bakım Modeli şematik olarak aşağıda verilmektedir (WHO, 2018).



Şekil 1. Dünya Sağlık Örgütü intrapartum bakım modeli (WHO, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü intrapartum bakımın tekrardan gözden geçirilmesi gerektiğinin gerekçeleri:

- Dünya genelinde yaklaşık her yıl 140 milyon kadının doğum yapması ve bu kadınların çoğunluğu doğum sürecinde komplikasyon gelişip/gelişmeyeceği yönündeki düşüncelerinin devam etmesi,
- Kadın ve yenidoğanların intrapartum dönemde karşılaştıkları/karşılaşabilecekleri minör komplikasyonların, morbidite ya da mortaliteye neden olabilmesi,
- Travay ve doğum eylemi süresince kanıt temelli, eşit ve saygılı bakım almaları yönünde olmasına rağmen, hastanelerde kullanımının az olması,
- Birçok araştırmaya rağmen, travay ve doğum eylemi sürecindeki normallik kavramının herkes tarafından standardize kabul edilmemiş olması,
- Mevcut travay ve doğum eylemi sürecindeki uygulamalarında doğum sonuçlarını iyileştirmek gerekçesiyle yapılan müdahalelerin uygulanmasında hızlı bir artış olması,
- Uzun yıllar önce yapılan çalışmalardan elde edilen travayın normal ilerleyişini değerlendirme kriterlerinin kişisel karar vermek için uygun olmaması,

- Gerektiğinde kanıta dayalı doğum müdahalelerinin uygulanamamasının doğum eylemindeki düşük bakıma katkıda bulunması,
- Hastanelerde gerçekleşen doğum eyleminde kadınların yüksek düzeyde ifade ettiği kötü muamelenin doğum deneyimi üzerindeki etkilerinin de olumsuz, kaygı verici olması şeklinde sıralanmaktadır (WHO, 2018; Oladapo ve diğerleri, 2018).

Tüm bu sebepler ve intrapartum bakım hakkındaki çözülme ya da çözülme sorunları sebebiyle travma ve doğum eylemi sırasındaki hizmetin temel yaklaşımın tekrar ele alınması ve intrapartum bakımın yeniden gözden geçirilmesi gerektiğini belirtmektedir (WHO, 2018).

Bakım seçeneği	Öneriler	Öneri kategorisi
<b>TRAVAY VE DOĞUM EYLEMİ SÜRESİNCE BAKIM</b>		
<b>Özenli, saygılı anne bakımı</b>	1.Saygılı anne bakımı - tüm kadınlara yönelik onların mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyacak, onların özgürlüklerini ve kötü muamele görmemelerini garantiye alacak, travay ve doğum eylemi süresince bilinçli seçimi ve sürekli desteği mümkün kılacak şekilde organize edilen ve sağlanan bakımı ifade eder ve önerilmektedir.	Önerilen
<b>Etkili iletişim</b>	2.Doğum ve bakım hizmeti sunanlar ile doğumdaki kadınlar arasında, basit ve kültürel açıdan kabul edilebilir yöntemler kullanılarak etkili iletişim kurulması önerilmektedir.	Önerilen
<b>Travay ve doğum sürecinde refakat</b>	3.Tüm kadınlar için travay ve doğum süresince yanlarında onlara refakat edecek birini seçme hakkının sağlanması önerilmektedir.	Önerilen
<b>Bakımın sürekliliği</b>	4.Ebe/kadın doğum hemşiresi liderliğindeki bakım sürekliliği modelleri; bilinen bir ebe/kadın doğum hemşiresi veya küçük bir ebe/ kadın doğum hemşiresi grubu tarafından bir kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası boyunca sürekli desteklediği bir modeldir. Gebe kadınlar için iyi işleyen ebe/kadın doğum hemşiresi programları olan ortamlarda önerilir.	İçeriği bağlamında-spesifik bir öneri
<b>DOĞUMUN 1. EVRESİ – DİLATASYON EVRESİ (TRAVAY)</b>		
<b>Doğumun ilk evresi olan dilatasyon aşamasının latent ve aktif faz tanımları</b>	5.Pratikte latent ve aktif fazlar için aşağıdaki tanımların kullanılması önerilmektedir. —Dilatasyon evresinin ilk aşaması olan <b>latent faz</b> , <b>ağrılı uterus kontraksiyonları</b> , bir dereceye kadar <b>servikal efasman</b> ve <b>5cm kadar daha yavaş ilerleyen servikal dilatasyonu</b> içeren <b>servikal değişikliklerle karakterize olan bir zaman dilimidir.</b> —Dilatasyon evresinin <b>aktif fazı</b> , <b>düzenli ağrılı uterus kontraksiyonları önemli derecede servikal efasman</b> ve <b>5 cm'den 10cm açıklığa (tam dilatasyon) kadar daha hızlı servikal dilatasyonla karakterize olan bir zaman dilimidir.</b>	Önerilen
<b>Doğumun 1. evresinin süresi</b>	6.Doğum eyleminin ilk evresindeki latent fazın standart bir süresinin bulunmadığı ve bir kadından diğerine büyük ölçüde değişebileceği konusunda kadınlar bilgilendirilmelidir. Bununla birlikte aktif fazın süresi (5 cm'den 10 cm'ye yani tam açıklığa kadar olan süre) ilk doğumlarda (primiparlar) genellikle 12 saatin üzerine çıkmaz ve sonraki doğumlarda (multiparlar) genellikle 10 saatten fazla sürmez.	Önerilen
<b>Doğumun 1. evresinde ilerleme</b>	7.Doğum eylemi spontan olarak başlamış gebelerde, doğumun ilk evresindeki aktif fazda 1cm/saat olan servikal dilatasyon hızı eşiği (partograf uyarı çizgisinde gösterildiği gibi) olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlamada hatalıdır. Bu nedenle olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlama amacı için önerilmez. 8.Aktif fazda minimum 1 cm/saat servikal dilatasyon hızı bazı kadınlar için gerçekçi olmayacak şekilde hızlıdır ve bu nedenle normal doğum eyleminin tanımlanması için önerilmez. Tek başına 1 cm/saat'ten daha yavaş olan bir servikal dilatasyon hızı, obstetrik girişim için rutin bir gösterge olmamalıdır. 9.Doğum eylemi 5 cm'lik servikal dilatasyon eşiğine ulaşılan kadar doğal olarak hızlanmayabilir. Bu nedenle, bu eşik değerden yani 5 cm'den önce travay ve doğum hızını arttırmak için tıbbi müdahalelerin (oksitosin artırılması için indüksiyon uygulaması veya sezaryen gibi) kullanılması önerilmez. Bu bağlamda sağlanan fetal ve maternal koşullar güven vericidir.	Önerilmeyen  Önerilmeyen  Önerilmeyen
<b>Gebenin doğumhaneye kabul edilme politikası</b>	10.Spontan doğum eylemi başlamış sağlıklı gebe kadınlar için doğumun birinci evresinin aktif fazına kadar doğumhaneye kabulde geciktirme politikası, sadece titiz araştırma sonuçları bağlamında önerilmektedir.	Araştırma sonuçları bağlamında öneri
<b>Kabul sırasında klinik pelvimetri</b>	11.Doğumun birinci evresinde olan sağlıklı gebe kadınlar için doğumhaneye kabulde rutin klinik pelvimetri önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Doğumhaneye kabulde rutin fetal sağlık değerlendirmesi</b>	12.Spontan doğumu başlamış olan sağlıklı gebe kadınlarda doğumhaneye kabulde fetal sağlığın değerlendirilmesi için rutin kardiyotokografi önerilmektedir. 13.Doğumhaneye kabulde fetal sağlığın değerlendirilmesi için Doppler ultrason cihazı ya da Pinard fetal stetoskop kullanılarak oskültasyon yapılması önerilmektedir.	Önerilmeyen  Önerilen
<b>Perine/pubik bölge traşı</b>	14.Vajinal doğum öncesi rutin perineal / pubik bölge traşı önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Lavman uygulaması</b>	15.Travayda indüksiyon kullanımını azaltmak amaçlı lavman uygulaması önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Dijital vajinal muayene</b>	16.Düşük riskli kadınlarda, doğumun ilk evresinin rutin değerlendirmesinde dört saatlik aralıklarla dijital vajinal muayene önerilir.	Önerilen
<b>Travayda (doğumun 1. evresi) sürekli kardiyotokografi/NST</b>	17.Spontan doğum yapan sağlıklı gebe kadınlarda fetal sağlığın değerlendirilmesi için sürekli kardiyotokografi/NST önerilmemektedir	Önerilmeyen
<b>Travayda aralıklı fetal kalp hızı oskültasyonu</b>	18.Sağlıklı gebe kadınlarda, Doppler ultrason cihazı veya Pinard fetal stetoskop ile fetal kalp atım hızının belirli aralıklarla oskültasyonu önerilmektedir.	Önerilen

<i>Ağrıyı hafifletmek için epidural analjezi</i>	19.Epidural analjezi, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için önerilmektedir.	Önerilen
<i>Ağrıyı hafifletmek için Opioid analjezi</i>	20.Fentanil, diamorfin ve pethidin gibi parenteral opioidler, kadının tercihine bağlı olarak, doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için bir seçenek olarak önerilmektedir.	Önerilen
<i>Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri</i>	21.Doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için, kadının tercihlerine bağlı olarak, progresif kas gevşetme, nefes alma, müzik, odaklanma, dikkat dağıtma, hayal kurma vb. içeren gevşeme teknikleri önerilmektedir.	Önerilen
<i>Ağrı yönetimi için manuel teknikler</i>	22.Doğumun birinci evresinde ağrının hafifletilmesini talep eden sağlıklı gebe kadınlar için, kadının tercihlerine bağlı olarak masaj ya da lokal sıcak uygulama (sıcak ped/torba/kompres uygulaması vb.) gibi manuel teknikler önerilmektedir.	Önerilen
<i>Travayda gecikmeyi önlemek için ağrının hafifletilmesi</i>	23.Travayda (doğumun birinci evresi) gecikmeyi önlemek ve indüksiyon kullanımını azaltmak için ağrı hafifletici yöntemler önerilmez.	Önerilmeyen
<i>Oral sıvı ve yiyecek</i>	24.Düşük riskli gebelerde, travay süresince oral sıvı ve yiyecek alımı önerilmektedir	Önerilen
<i>Gebenin mobilitesi ve pozisyon</i>	25.Düşük riskli gebelerde, doğumun birinci evresinde hareket etmesinin desteklenmesi, gebenin cesaretlendirilmesi ve dik pozisyon önerilmektedir.	Önerilen
<i>Vajinal temizlik</i>	26.Doğumun birinci evresinde bulaşıcı enfeksiyonların önlenmesi için profilaktik amaçlı klorheksidin ile rutin vajinal temizlik önerilmez.	Önerilmeyen
<i>Travayın aktif yönetimi</i>	27.Travayda (doğumun 1. Evresi) gecikmeyi önlemede travayın aktif yönetimi için bir bakım paketi önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<i>Rutin amniyotomi</i>	28.Travayda gecikmeyi önlemek için tek başına amniyotominin kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<i>Erken amniyotomi ve oksitosin</i>	29.Travayda gecikmeyi önlemek için erken amniyotomi ile erken oksitosin indüksiyonunun kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<i>Epidural analjezilikadınlarında oksitosin</i>	30.Epidural analjezi uygulanankadınlarda travayda gecikmenin önlenmesi için oksitosin kullanılması önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<i>Antispazmotik ajanlar</i>	31.Travayda gecikmenin önlenmesi için antispazmotik ajanların kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<i>Travay gecikmesini önlemek için IV sıvılar</i>	32.Travay süresini kısaltmak amacıyla IV sıvıların kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmeyen

## DOĞUMUN 2. EVRESİ

<i>Doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi</i>	33.Pratikte, doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi için aşağıda belirtilenlerin kullanılması önerilmektedir. — Doğumun ikinci evresi; tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki zaman periyodudur. Bu evrede uterus kontraksiyonlarının itici gücünün sonucu olarak, kadının istem dışı fetüsü aşağı itme, doğurma dürtüsü vardır.  — Doğumun ikinci evresi süresinin kadından kadına farklılık gösterebileceği konusunda gebeler bilgilendirilmelidir. İlk doğumunu yapanlarda (primiparlarda) doğum genellikle 3 saat içinde buna karşın sonraki doğumlarda (multiparlarda) genellikle 2 saat içinde tamamlanır.	Önerilen
<i>Doğum pozisyonu (epidural analjezi uygulanmayan kadınlar için)</i>	34.Epidural analjezi uygulanmayan kadınlar için, dik pozisyonlar dahil olmak üzere, kadının kendi tercih ettiği bir doğum pozisyonunu benimsemenin teşvik edilmesi önerilmektedir.	Önerilen
<i>Doğum pozisyonu (epidural analjezi uygulanan kadınlar için)</i>	35.Epidural analjezi uygulanan kadınlar için, dik pozisyonlar dahil olmak üzere, kadının kendi tercih ettiği bir doğum pozisyonunu benimsemenin teşvik edilmesi önerilmektedir.	Önerilen
<i>İkınma yöntemi</i>	36.Doğumun ikinci evresi olan ekspulsiyon fazında kadınlar kendi ıkınma içgüdüğü paralelindeıkınması konusunda ( <i>yani ıkınma hissi geldiğinde ıkınması konusunda</i> ) cesaretlendirilmeli ve desteklenmelidir.	Önerilen
<i>İkınma yöntemi (epidural analjezi uygulanan kadınlar için)</i>	37.Doğum eyleminin ikinci evresinde epidural analjezili kadınlarda, tam dilatasyondan sonra bir - iki saat içinya da kadının ıkınma hissini tekrar kazanmasına kadar ıkınmayı geciktirmek ancak perinatal hipoksinin yeterince değerlendirilip yönetilebildiği, doğumun ikinci evresini daha uzuntutmak için kurumdaki kaynak veimkanların mevcut olduğu şartlarda önerilmektedir.	İçeriğe özgü spesifik öneri
<i>Perineal travmanın önlenmesi için teknikler</i>	38.Doğumun 2. Evresindeki kadınlarda perineal travmayı azaltmak ve spontan doğumu kolaylaştırmak için, kadının tercihi ve mevcut seçeneklere göre, penineal masaj, sıcak	Önerilen



	kompres, perinenin elle korunmasını vb. içeren teknikler önerilmektedir.	
<b>Epizyotomi politikası</b>	39.Spontan vajinal doğum yapan kadınlarda rutin ya da genelde epizyotomi kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Fundal basınç</b>	40.Doğum eyleminin 2. Evresinde doğumu kolaylaştırmak için fundusa elle basınç uygulaması önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>DOĞUMUN 3. EVRESİ</b>		
<b>Profiltik uterotonik uygulaması</b>	41.Doğumun üçüncü evresinde doğum sonu kanamanın önlenmesi için uterotonik kullanımı tüm doğumlar için önerilmektedir. 42.Doğum sonu kanamanın önlenmesi için, uterotonik ilaç olarak oksitosin (10 IU, IM/TV) önerilmektedir. 43.Oksitosin kullanılmadığı/mevcut olmadığı durumlarda, diğer enjektabl yöntemler (uygunluk durumuna göre, ergometrine/ methylergometrine ya da oksitosin ve ergometrinekombinasyonu) ya da oral misoprostol (600µg) önerilmektedir.	Önerilen  Önerilen  Önerilen
<b>Umblikal kord klambinin geciktirilmesi</b>	44.Anne ve bebeğin sağlığı ve beslenmesinin iyileştirilmesi için bir dakikanın altında olmayacak şekilde gecikmeli umblikal kord klamplesmesi önerilmektedir ( <i>doğumdan sonra ≥1 dak. gecikmeli klampleme</i> ).	Önerilen
<b>Kontrollü kordon traksiyonu (CCT)</b>	45.Doğumla ilgili nitelikli sağlık profesyonellerinin bulunduğu ortamlarda, eğer bakımı veren sağlık profesyoneli ve doğum yapan kadın kan kaybında ve doğumun 3. Evresinin süresinde küçük bir azalmayı önemli olarak görürse, vajinal doğumlar için kontrollü kord traksiyonu (CCT) önerilmektedir	Önerilen
<b>Uterus masajı</b>	46.Sürekli uterus masajı, profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda, doğum sonu kanamayı önlemeye yönelik bir müdahale olarak önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>YENİDOĞAN BAKIMI</b>		
<b>Rutin nazal veya oral suction (aspirasyon)</b>	47.Berrak amnion sıvısıyla doğup doğumdan sonra kendi başlarına nefes almaya başlayan yenidoğanlarda ağız ve burun aspirasyonu yapılmamalıdır.	Önerilmeyen
<b>Ten tene temas</b>	48.Komplikasyon olmayan yenidoğanlar, hipotermiyi önlemek ve emzirmeyi desteklemek için doğumdan sonraki ilk bir saat boyunca anneleri ile ten-tene temasda (skin-to-skin contact -SSC) tutulmalıdır.	Önerilen
<b>Emzirme</b>	49.Emebilen düşük doğum ağırlıklı bebekler dahil tüm yeni doğanlar, klinik olarak stabil ve anne ve bebek hazır olduklarında, doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede memeye yerleştirilmelidir.	Önerilen
<b>Hemorajik hastalık profilaksisi olarak K vitamini kullanımı</b>	50. Doğumdan sonra ( <i>yani, anne ve bebeğin ten tene temas içinde olduğu ve emzirmenin başlatılmış olduğu ilk bir saatten sonra</i> ) tüm yenidoğanlara intramüsküler olarak 1 mg K vitamini verilmelidir.	Önerilen
<b>Yenidoğanın banyosu ve doğumdan hemen sonraki diğer bakımı</b>	51. Bebek banyosu doğumdan 24 saat sonrasına kadar ertelenmelidir. Şayet kültürel nedenlerden dolayı bu mümkün değilse, banyo en az altı saat ertelenmelidir. Bebeğin ortam sıcaklığına uygun şekilde giydirilmesi önerilmektedir. Bunun anlamı, giysi olarak yetişkinlere göre bir ile iki kat daha fazla giysi ve şapka/başlık kullanımınıdır. Anne ve bebek birbirinden ayrılmamalı ve günün 24 saati aynı odada kalmalıdır.	Önerilen
<b>DOĞUMDAN SONRA ANNENİN BAKIMI</b>		
<b>Uterus tonüsünün değerlendirilmesi</b>	52. Uterus atonisinin erken tanınması için doğum sonu abdominal uterus tonüs değerlendirmesi tüm kadınlar için önerilmektedir.	Önerilen
<b>Komplike olmayan vajinal doğumlarda antibiyotikler</b>	53. Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi</b>	54. Epizyotomili kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir.	Önerilmeyen
<b>Doğum sonu rutin maternal değerlendirme</b>	55. Doğum sonrası tüm kadınlar, doğumdan sonraki ilk saatten itibaren 24 saat boyunca vajinal kanama, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve kalp atım hızı (nabız) açısından düzenli olarak değerlendirilmelidir. Kan basıncı doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmelidir. Normal ise, ikinci kan basıncı ölçümü altı saat içinde yapılmalıdır. İdrar çıkışı DS ilk altı saat içinde değerlendirilip kaydedilmelidir.	Önerilen
<b>Komplike olmayan vajinal doğum sonrası taburculuk</b>	56. Bir sağlık kurumunda komplikasyonsuz vajinal doğumdan sonra, sağlıklı anneler ve yenidoğanlar doğumdan en az 24 saat sonrasına kadar sağlık kurumunda bakım almalıdır.	Önerilen

**Şekil 2.** Dünya sağlık örgütü pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri rehberi özet listesi (WHO, 2018; Yıldız, 2019).

Bu önerilerin, mortalite ve morbidite riskinin önlenmesini arttırdığı ve kadın ile yenidoğan sağlığı odaklı bir felsefeyi kapsadığı ifade edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri bu açıdan verilecek bakımda önemli ve değerli bir rehber olarak ön görülmektedir (WHO, 2018).

## 3. GEREÇ VE YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yer alan 1., 2. ve 4. kadın hastalıkları ve doğum servislerinde gerçekleştirilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği ek binada olup, acil servis, doğumhane, poliklinikler, gebe okulu, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, 1.kadın hastalıkları ve doğum servisi, 2. kadın hastalıkları ve doğum servisi 4. kadın hastalıkları ve doğum servisi, covid servisi, perinatoloji servisi, post op bakım ünitesi ile hizmet vermektedir. Poliklinikler ve gebe okulu sadece gündüz mesai saatleri içerisinde hizmet vermektedir.

### 3.3. Araştırma Zamanı

Araştırmanın verileri 01.03.2021-30.09.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ocak 2020-Haziran 2020 tarihleri arasında vajinal doğum yapan 2522 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi belirlemede; evreni belirli örneklem yöntemine göre, örnekleme alınacak kadınların sayısı %95 güven aralığı, kabul edilebilir hata 0,50 ve N=2522 evren sayısı ile hesaplandığında 334

olarak bulunmuştur. Araştırmaya, olası vaka kayıpları (yaklaşık %15) dikkate alınarak araştırmaya gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenen 384 kadın dahil edilmiştir.

### **3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri**

#### **Araştırmaya alınma kriterleri;**

- Türkçe konuşup anlayabilen,
- 20 yaş ve üzerinde,
- Vajinal doğum sonrası 24 saatini dolduran kadınlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

#### **Araştırmadan dışlanma kriterleri;**

- Doğum sonrası bebeği ile aynı odada bulunmayan (bebeği yoğun bakımda olan vb),
- Ölü doğum yapmış olan,
- Verilerin toplanmasına engel olabilecek fiziksel veya ruhsal rahatsızlığı olan kadınlar dâhil edilmemiştir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Araştırma verilerinin toplanması için Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu (EK-2) kullanılmıştır.

### 3.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

“Tanıtıcı Bilgi Formu” (EK-1) kadının özelliklerini tanımlayabilmek için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (Gökdemir ve Yanikkerem, 2018; Çapık ve diğerleri, 2016). Tanıtıcı bilgi formu kadınların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, eşinin çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir durumu, yerleşim yeri) sorgulayan 10 soru ve obstetrik özelliklerini (bebeğin doğum haftası, gebelik, doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, planlı gebelik olup olmadığı, şimdiki gebelikte sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, bebeğinin cinsiyeti, bebeğini emzirip emzirmedeği, gebelik süresince düzenli sağlık kontrolüne gidip gitmediği, doğum öncesi bakım alıp almadığı, eşinin gebelik ve doğum süresince destek olup olmadığı, akrabalarının gebelik ve doğum süresince destek olup olmadığı, doğum sonrası destek alacağı kişiler olup olmadığı) sorgulayan 18 soru toplamda 28 soruyu kapsamaktadır.

### 3.6.2. Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu (EK-2)

“Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu” (EK-2) Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri doğrultusunda hazırlanmış olup altı bölümden oluşmaktadır (Yıldız, 2019).

- Birinci bölüm travay ve doğum eylemi süresince bakım önerileri uygulamalarını (doğum eylemi süresince sağlık profesyonellerinin mahremiyete özen gösterip sürekli destek sağlayıp sağlamadığını, doğum eylemi süresince sağlık profesyonelleri ile basit ve etkili iletişim kurup kurmadıkları, travay ve doğum süresince yanlarında bir kişinin refakat edip etmediği) sorgulayan 3 soruyu kapsamaktadır.
- İkinci bölüm doğumun birinci evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamalarını (doğumun süresi hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilip bilgilendirilmediği, doğumhaneye başvurduğunda açıklığının kaç cm olduğu, doğumhaneye ilk başvurduğunda bebeğinin kalp atışlarını Doppler ile dinlenip dinlenilmediği, doğumhanede perine tıraşının uygulanıp uygulanmadığı, doğumhanede lavmanın uygulanıp uygulanmadığı, dört saatlik aralar ile vajinal muayenenin yapılıp yapılmadığı, doğum süresince sürekli EFM uygulanıp uygulanmadığı, doğum süresince aralıklı olarak Doppler cihazı ile bebeğinin kalp

atışlarını dinlenip dinlenmediği, doğum ağrısını azaltmak için epidural analjezi uygulanıp uygulanmadığı, doğum süresince ağrıyı hafifletmek için gevşeme tekniklerinin uygulanıp uygulanmadığı, doğum süresince ağrıyı hafifletmek için manuel tekniklerin uygulanıp uygulanmadığı, doğum süresince sıvı veya yiyecek alımı kısıtlaması uygulanıp uygulanmadığı, doğum süresince hareket etmenize izin verilip verilmediği, doğumhanede vajinal temizlik uygulanıp uygulanmadığı, amniyotomi uygulanıp uygulanmadığı, oksitosin verilip verilmediği, doğum süresince IV sıvı verilip verilmediği) sorgulayan 17 soruyu kapsamaktadır.

- Üçüncü bölüm doğumun ikinci evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamalarını (doğumu tercih ettiği pozisyonda mı gerçekleşip gerçekleşmediği, doğum sırasında içgüdüsel gelen ıkınma yöntemi uygulayıp uygulanmadığı, doğumda perineyi travmalardan koruma yöntemi uygulanıp uygulanmadığı, doğumda epizyotomi uygulanıp uygulanmadığı, doğum sırasında sağlık profesyoneli tarafından karna elle basınç uygulanıp uygulanmadığı) sorgulayan 5 soruyu kapsamaktadır.
- Dördüncü bölüm doğumun üçüncü evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamalarını (bebeğin doğumundan sonra uterotonik ilaç uygulanıp uygulanmadığı, bebek doğduktan sonra kordonu kesmek için bir dakikadan fazla beklenip beklenmediği, bebeğin doğumundan sonra plasentanın kontrollü çıkarılıp çıkarılmadığı, plasentanın doğumundan sonra uterus masajının uygulanıp uygulanmadığı) sorgulayan 4 soruyu kapsamaktadır.
- Beşinci bölüm yenidoğan bakımı önerileri uygulamalarını (bebek doğduktan sonra ağız ve burnuna aspirasyon uygulanıp uygulanmadığı, doğumdan hemen sonra ilk bir saat boyunca bebek ile ten tene temas uygulanıp uygulanmadığı, doğumdan hemen sonra bebeği emzirip emzirmedeği, doğumdan hemen sonra bebeğe K vitamini uygulanıp uygulanmadığı, doğumdan hemen sonra bebeğin banyo ve bakımlarının yapılıp yapılmadığı) sorgulayan 5 soruyu kapsamaktadır.
- Altıncı bölüm doğumdan sonra anne bakımı önerileri uygulamalarını (doğum sonrası uterus tonüsünün değerlendirilip değerlendirilmediği, doğum sonrasında komplikasyon olmadığı halde antibiyotik kullanıp kullanmadığı, doğumda epizyotomi uygulandıktan sonra antibiyotik kullanıp kullanılmadığı, doğumdan sonra serviste ilk 24 saat boyunca düzenli takip edilip edilmediği, hastaneden doğumdan en az 24 saat sonrasında taburcu edilip edilmediği) sorgulayan 5 soruyu kapsamaktadır.

### **3.7. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından geliştirilen tanıtıcı bilgi forumu ve pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri formunun anlaşılabilir ve uygulanabilir olmasını sağlamak için doğum-kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında altı uzman öğretim üyelerinin görüş ve önerileri alınarak gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik düzeyini denemek amacıyla çalışmanın gerçekleştirileceği bölgede 10 kadın ile ön görüşme yapılmıştır. Ön görüşmeye katılan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.8. Verilerin Toplanması**

Kadınlar şans faktörüne bağlı olarak gelişgüzel örnekleme yöntemi ile çalışma grubuna dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme özellikleri dikkate alınarak kadınlara araştırmaya ilişkin bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmacı tarafından Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1) ve Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu (EK-2) yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak vajinal doğum sonrası 24 saatini dolduran kadınlar ile mesai saatleri içerisinde ortalama 30-45 dakikada doldurulmuştur.

### **3.9. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi istatistik paket programı 'Statistical Package For Social Science (SPSS) 20.0' kullanılarak yapılmıştır. Çalışmanın verileri ortalama  $\pm$  standart sapma, sayı ve yüzde dağılımı şeklinde sunulmuştur.

### **3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada kullanılan veriler kadınların öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle elde edilen veriler sadece araştırmaya katılan kadınları temsil etmektedir.

### **3.11. Araştırmanın Güçlükleri**

Araştırmanın tanıtıcı bilgi formu ve pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri formunun doldurulması aşamasında (görüşme sırasında) kadınların bebeklerinin ağlaması, hasta odalarında başka hastaların ve refakatçilerin bulunması veri toplama sürecinin kesintiye uğramasına neden olmuştur.

### **3.12. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırma için Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.08.2020 tarihinde ön onay (Protokol No: 2020/034) verilmiştir (Ek 4). Araştırmanın İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı faaliyet gösteren Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğin de gerçekleşebilmesi için İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri Başkanlığı Ar-Ge ve Sağlık İnovasyonu Birimi'nden 23.02.2021 tarihinde yazılı izin alınmış ve karşılıklı protokol imzalanmıştır (Ek 5). Çalışma grubundaki kadınlara araştırma hakkında bilgi verilmiş olup, bilgilendirilmiş olur formu ile yazılı onayları alınmıştır. Çalışmaya dahil olan tüm kadınlara araştırmaya katılımın zorunlu olmadığı ifade edilmiştir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.02.2022 tarihinde son onay (Protokol No: 2020/034) alınmıştır (Ek 6).



## 4. BULGULAR

Araştırma bulguları kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ve pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri ile ilgili özellikleri olmak üzere iki grupta sunulmuştur.

### 4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen kadınların sosyo-demografik, eş ve aile, gebelik, yenidoğan ve obstetrik ile ilgili özelliklerine yer verilmiştir.

**Tablo 1.** Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=384).

Sosyo-demografik özellikler	n	%
<b>Yaş ortalaması:</b> 25,82 ± 5,30 (min: 20 max: 45)		
<b>Yaş grubu</b>		
20-24	182	47,7
25-29	120	31,3
30-34	52	13,5
35 yaş ve üzeri	29	7,5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	59	15,4
Okur yazar	66	17,2
İlköğretim	73	19,0
Ortaokul	76	19,8
Lise	95	24,7
Üniversite ve üzeri	15	3,9
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	241	62,8
Memur	8	2,1
İşçi	55	14,3
Serbest meslek	80	20,8
<b>Sağlık güvencesi</b>		
Var	322	83,9
Yok	62	16,1
<b>Ailenin gelir durumu algısı</b>		
Gelir giderden az	123	32,0
Gelir gidere denk	260	67,7
Gelir giderden fazla	1	0,3
<b>Evlilik süresi ortalama (yıl):</b> 5,0 ± 4,25 (min: 1 max: 22)		
<b>Evlilik süresi*</b>		
5 yıl ve daha az	257	66,9
6- 10 yıl	86	23,2
11- 20 yıl	36	9,4
21 yıl ve daha fazla	2	0,5

**Tablo 1.** Kadınların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=384) (Devamı).

Yaşanılan yerleşim yeri**		
İl	365	95,1
İlçe	19	4,9

\*Çalışmaya katılan 3 kadın evli olmadığı için ilgili soruyu cevapsız bırakmıştır.

\*\*Yaşadığınız yerleşim yeri sorusunda köy seçeneği işaretlenmediği için tabloda belirtilmemiştir.

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerini içeren dağılım gösterilmektedir. Araştırmaya dahil edilen kadınların yaş ortalaması  $25,82 \pm 5,30$  (min: 20 max: 45)’dir. Katılımcıların %15,4’ünün okur yazar olmadığı, %17,2’sinin okur yazar olduğu, %19’unun ilkokul, %19,8’nin ortaokul, %24,7’sinin lise ve %3,9’unun üniversite ve üzeri bir okuldan mezun olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya dahil edilen kadınların %62,8’inin çalışmadığı, %2,1’nin memur, %14,3’nün işçi, %20,8’inin serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Kadınların %32,0’sinin geliri giderden az, %67,7’sinin geliri gidere denk, %0,3’nün geliri giderden fazla algıladıkları bulunmuştur. Evlilik süresi ortalaması  $5,0 \pm 4,25$  (min: 1 max: 22) yıl olarak saptanmıştır. Yaşadıkları yerleşim yeri %95,1’nin il, %4,9’nun ilçe olarak görülmüştür.

**Tablo 2.** Kadınların eş özelliklerinin dağılımı (n=384).

Eş ve aile özellikleri	n	%
<b>Eşin yaş ortalaması:</b> 28,67 ± 5,7 (min: 20 max: 48)		
<b>Eşin yaş grubu</b>		
20-24 yaş	93	24,2
25-29 yaş	151	39,3
30-34 yaş	79	20,6
35 yaş ve üzeri	61	15,9
<b>Eşin eğitim durumu</b>		
Okur yazar değil	2	0,5
Okur yazar	107	27,9
İlköğretim	91	23,7
Ortaokul	62	16,1
Lise	105	27,3
Üniversite ve üzeri	17	4,5
<b>Eşin çalışma durumu</b>		
Çalışmıyor	7	1,8
Memur	11	2,9
İşçi	129	33,6
Serbest meslek	237	61,7

Tablo 2’te araştırmaya dahil edilen kadınların eş ve ailelerine ait özelliklerin dağılımları görülmektedir. Araştırmamıza katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması 28,67 ± 5,7 (min: 20 max: 48) yaştır. Eşlerin eğitim durumları %0,5’i okur yazar olmayan, %27,9’unun okur yazar, %23,7’sinin ilköğretim, %16,1’nin ortaokul, %27,3’nin lise, %4,4’nün üniversite ve üzeri seviyededir. Eşlerin %1,8’nin çalışmadığı, %2,9’unun memur, %33,6’sının işçi, %61,7’sinin serbest meslek sahibidir.

**Tablo 3.** Kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n = 384).

Obstetrik özellikleri	n	%
<b>Gebeliğin planlanma durumu</b>		
Evet	150	39,1
Hayır	243	60,9
<b>Toplam gebelik sayısı ortalaması: 1,72 ± 0,9 (min: 1 max: 5)</b>		
<b>Toplam gebelik sayısı</b>		
1	197	51,3
2	118	30,7
3	51	13,3
4	14	3,6
5	4	1,1
<b>Düşük öyküsü</b>		
Evet	149	38,8
Hayır	235	61,2
<b>Düşük sayısı (n= 149)</b>		
1	95	63,7
2	46	30,8
3	8	5,5
<b>Kürtaj öyküsü</b>		
Evet	56	14,6
Hayır	328	85,4
<b>Kürtaj sayısı (n=56)</b>		
1	49	87,5
2	7	12,5

Tablo 3'te kadınların obstetrik özelliklerini içeren dağılımları göstermektedir. Kadınların %39,1'nin gebeliği planlı iken %60,9'unun gebeliği planlamadığı görülmüştür. Gebelik sayılarının ortalaması 1,72 ± 0,9 (min: 1 max: 5) olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %38,8'nin düşük yaptığı, %61,2'sinin düşük yapmadığı görülmüştür. Kadınların %14,6'sının kürtaj öyküsü olduğu, %85,4'nün ise kürtaj olmadığı görülmüştür.

**Tablo 4.** Kadınların gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası sürece ilişkin özelliklerinin dağılımı (n= 384).

Gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası sürece ilişkin özellikler	n	%
<b>Gebelik Haftası Ortalaması:</b> 38,64 ± 1,57 (min: 32 max: 43)		
<b>Gebelik haftası grubu</b>		
37 Hafta ve altı	77	20,1
38 Hafta ve üzeri	307	79,9
<b>Bebeğin cinsiyeti</b>		
Kız	196	51,0
Erkek	188	49,0
<b>Taburcu olmadan önce emzirme durumu</b>		
Evet	354	92,2
Hayır	30	7,8
<b>Gebelik süreci boyunca düzenli sağlık kuruluşuna başvurma</b>		
Evet	275	71,6
Hayır	109	28,4
<b>Doğum öncesi eğitimi alma durumu</b>		
Evet	97	25,3
Hayır	287	74,7
<b>Şimdiki gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu</b>		
Evet	80	20,8
Hayır	304	79,2
<b>Şimdiki gebelikte yaşanan sağlık sorunu (n=80)</b>		
Gestasyonel Diyabet	34	42,6
Hipertansiyon	14	17,5
Hipotiroid	12	15,0
Hipertiroid	5	6,2
Rh Uyuşmazlığı	5	6,2
Diğer (Covid geçirmiş, Familial Mediterranean Fever hastası, Guatr, Hipotansiyon, Obsesif Kompulsif Bozukluk, İdrar yolu enfeksiyonu, Karaciğer fonksiyon test yüksekliği, Uyuz)	10	12,5
<b>Önceki gebelik (lerde) sağlık sorunu yaşama durumu</b>		
Evet	31	8,2
Hayır	353	91,8
<b>Önceki gebelik (lerde) yaşanan sağlık sorunu (n=31)</b>		
Kanama	11	35,6
Hipotiroid	6	19,3
Hipertansiyon	8	25,8
Diğer (Gestasyonel diyabet, Guatr, Hipertiroid, Hipotansiyon)	6	19,3

**Tablo 4.** Kadınların gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası sürece ilişkin özelliklerinin dağılımı (n= 384) (Devamı).

<b>Eşinden gebelik süresince destek alma durumu</b>		
Evet	339	88,3
Hayır	35	11,7
<b>Eşinden doğum süresince destek alma durumu</b>		
Evet	321	83,6
Hayır	63	16,4
<b>Akrabalardan gebelik süresince destek alma durumu</b>		
Evet	223	58,1
Hayır	63	41,9
<b>Akrabalardan doğum süresince destek alma durumu</b>		
Evet	214	55,7
Hayır	170	44,3
<b>Doğum sonrası destek alabileceğin kişi/kişiler*</b>		
Anne	81	21,1
Eş	76	19,8
Anne/Eş/Kaynana	35	9,1
Kaynana	18	4,7
Görümce	1	0,3

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 4’te kadınların gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrası süreçlerini içeren özellikleri gösterilmiştir. Kadınların %20,1’nin 37 hafta ve altında, %79,9’nun ise 38 hafta ve üzerinde doğum yaptığı görülmüştür. Doğum yapan kadınların %51,0’inin kız, %49,0’nun erkek bebeği olduğu görüşmüştür. Doğum sonrasında kadınların %92,2’sinin bebeğini emzirdiği, %7,8’nin ise bebeğini emzirmedeği görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların %25,3’nün doğum öncesi bakım eğitimi aldığı, %74,7’sinin doğum öncesi eğitimi almadığı görülmüştür. Kadınların %71,6’sının gebelik süresi boyunca düzenli sağlık kuruluşuna başvurduğu, %28,4’nün ise sağlık kuruluşuna başvurmadığı görüşmüştür. Araştırmaya katılan kadınların %20,8’i şimdiki gebeliğinde sağlık sorunu yaşadığı, %79,2’sinin sağlık sorunu yaşamadığı görülmüştür. Şimdiki gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan kadınların yaşadıkları sağlık sorunu sorgulandığında %42,5’nin gestasyonel diyabet, %17,5’nin hipertansiyon, %15’nin hipotiroidi, %6,25’nin hipertiroidi, %6,25’nin RH uyuşmazlığı ve %12,5’nin diğer (covid geçirmiş, Familial Mediterranean Fever hastası, guatr, hipotansiyon Obsesif Kompulsif Bozukluk yolu enfeksiyonu, kc fonksiyon testlerinin yüksekliği, uyuz) şeklinde yanıt vermiştir. Kadınların %8,2’sinin önceki gebeliklerinde sağlık problemi yaşadığı, %91,8’nin ise önceki gebeliğinde sağlık problemi yaşamadığı görülmüştür. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan kadınların yaşadıkları sağlık sorunu sorgulandığında %35,6’sının kanama, %19,3’nün hipotiroidi, %25,8’nin hipertansiyon ve %19,3’nün diğer (gestasyonel diyabet,

guatr, hipertiroidi, hipotansiyon) şeklinde yanıt verdiği görülmüştür. Gebelik sürecinde eşinden destek alma durumu sorgulandığında kadınların %88,3'ünün destek aldığı, %11,7'sinin destek almadığı görülmüştür. Kadınların %83,6'sının doğum süresince eşinden destek aldığı, %16,4'nin destek almadığı görülmüştür. Akrabalardan gebelik süresince kadınların %58,1'nin destek aldığı, %41,9'nun destek almadığı görülmüştür. Doğum süresince kadınların %55,7'sinin akrabalarından destek aldığı, %44,3'nün akrabalarından destek almadığı görülmüştür. Kadınlara doğum sonrası süreçte destek alabileceği kişi/kişiler sorulduğunda %21,1'i anne, %9,1'nin anne/eş/kaynana, %19,8'nin eş, %4,7'sinin kaynana ve %0,3'nün görümce olarak yanıt verdiği görülmüştür.

#### 4.2. Kadınların Pozitif Doğum Deneyimi İçin Dünya Sağlık Örgütü'nün İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanması ile İlgili Özellikleri

Bu bölümde araştırmaya dahil edilen kadınların pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşlerine yer verilmiştir.

**Tablo 5.** Kadınların travay ve doğum eylemi süresince Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşlerinin dağılımı (n= 384).

Travay ve doğum eylemi süresince intrapartum bakım önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sağlık profesyonelleri tarafından mahremiyetinize özen gösterilip sürekli destek sağlandı mı?	355	92,4	29	7,6
Sağlık profesyonelleri ile basit ve etkili iletişim kurduunuz mu?	332	86,5	52	13,5
Travay ve doğum süresince yanınızda bir kişi refakat etti mi?*	3	0,8	381	99,2

\*Hastane prosedürü gereği travay ve doğum süresince kadının yanına refakatçı alınmamaktadır.

Tablo 5’de kadınların travay ve doğum süresince bakım önerileri uygulanma durumlarına ilişkin dağılımları görülmektedir. Araştırmaya dahil edilen kadınların %92,4’ünün sağlık profesyonelleri tarafından mahremiyetine özen gösterilip, destek sağladığını, %7,6’sı sağlık profesyonelleri tarafından mahremiyetine özen gösterilmediğini ve destek sağlamadığını belirtmiştir. Travay ve doğum süresince sağlık profesyonelleri ile kadınların %86,5’i basit ve etkili iletişim kurduğunu belirtmiştir. Kadınların %99,2’sinin travay ve doğum süresince yanında kimsenin refakat etmediği görülmüştür.



**Tablo 6.** Kadınların doğumun birinci evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulamasına ilişkin görüşleri (n=384).

Doğumun birinci evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Sağlık profesyoneli tarafından doğum süresi hakkında bilgilendirildiniz mi?	302	78,6	82	21,4
Doğumhaneye başvuruda dilatasyon açıklığınız 5 cm ve altında mıydı?	316	82,3	68	17,7
Doğumhaneye ilk başvuruda bebek kalp atışları doppler ile dinlenildi mi?*	225	58,6	159	41,4
Doğumhanede perine tıraşı uygulandı mı?*	2	0,5	382	99,5
Doğumhanede lavman uygulandı mı?***	157	40,9	227	59,1
Doğumhanede 4 saatlik aralarla vajinal muayene uygulandı mı? ¶	251	65,4	133	34,6
Doğumhanede vajinal temizlik (klorheksidin ile) uygulandı mı?*	0	0	384	100,0
Doğumhanede amniyotomi uygulandı mı?***	98	30,2	286	69,8
Doğumhanede oksitosin uygulandı mı?***	307	79,9	77	20,1
Doğum süresince sürekli EFM uygulandı mı? ¶	380	99,0	4	1,0
Doğum süresince aralıklı doppler uygulandı mı?***	86	22,4	298	77,6
Epidural analjezi uygulandı mı?*	1	0,3	383	99,7
Doğum süresince gevşeme teknikler (nefes alma, müzik vs.) uygulandı mı?***	297	72,7	105	27,3
Doğum süresince manuel teknikler (masaj veya sıcak uygulama) uygulandı mı?***	90	23,4	294	76,6
Doğum süresince sıvı veya yiyecek alımı kısıtlaması uygulandı mı? ¶	227	59,1	157	40,9
Doğum süresince hareket etme durumu ¶	21	5,5	363	94,5
Doğum süresince IV sıvı uygulandı mı?***	340	88,5	44	11,5

\*Hastane prosedürü gereği perine tıraşı, vajinal temizlik, epidural analjezi rutin olarak uygulanmamaktadır.

\*\*Hastane prosedürü gereği lavman, amniyotomi, oksitosin, aralıklı doppler, gevşeme teknikler, manuel teknikler, IV sıvı uygulaması gerektiği durumlarda uygulanmaktadır.

¶ Hastane prosedürü gereği 4 saatlik aralar ile vajinal muayene, sürekli EFM, sıvı veya yiyecek kısıtlaması, hareket kısıtlaması rutin olarak uygulanmaktadır.

Tablo 6'de kadınların doğumun birinci evresinde intrapartum bakım önerilerinin doğumhanede uygulanma durumlarına ilişkin dağılımları gösterilmektedir. Sağlık

profesyoneli tarafından doğum süresi hakkında kadınların %78,6'sı bilgilendirildiğini, %21,4'ü ise bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların doğumhaneye ilk başvurduğundaki dilatasyon durumu sorgulandığında %82,3'ünün 5 cm ve altında dilatasyonu olduğunu, %17,7'sinin 6 cm ve üzerinde dilatasyonu olduğunu ifade etmiştir. Doğumhaneye ilk başvurulduğunda bebeğin kalp atışının doppler ile %58,6'sının dinlendiği, %41,4'nün dinlenilmediği görülmüştür. Kadınların %0,5'ine doğumhanede perine tıraşı uygulandığı, %99,5'ine uygulanmadığı görülmüştür. Doğumhanede lavman uygulanma durumu sorgulandığında kadınların %40,9'u uygulandığını, %59,1'i uygulanmadığını belirtmiştir. Kadınlara 4 saatlik aralar ile doğumhanede vajinal muayenenin %65,4'üne uygulandığı, %34,6'sına uygulanmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan tüm kadınlara doğumhanede vajinal temizlik %100,0 uygulanmadığı görülmüştür. Kadınlara suyunun gelmesi için doğumhanede amniyotomi uygulaması %30,2'sine uygulandığı, %69,8'ine uygulanmadığı görülmüştür. Kadınların %79,9'una oksitosin uygulandığı, %20,1'ine ise oksitosin uygulanmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların %99,0'una doğum süresince EFM uygulandığı, %1,0'ına EFM doğum süresince uygulanmadığı görülmüştür. Kadınların doğum süresince aralıklı doppler %22,4'üne uygulandığı, %77,6'sına uygulanmadığı görülmüştür. Doğum ağrısını azaltmak için epidural analjezi kadınların %0,3'üne uygulandığı, %99,7'sine uygulanmadığı görülmüştür. Kadınlara doğum ağrısını azaltmak için gevşeme tekniklerinin uygulanma durumu sorgulandığında %72,7'sine uygulandığını, %27,3'üne uygulanmadığını ifade etmiştir. Kadınların %23,4'üne doğum ağrısını azaltmak için manuel teknikler uygulandığı, %76,6'sına doğum ağrısını azaltmak için manuel teknikler uygulanmadığı görülmüştür. Doğum süresince sıvı veya yiyecek kısıtlaması kadınların %59,1'ine uygulandığı, %40,9'una uygulanmadığı görülmüştür. Kadınların %5,5'inin doğum süresince hareket etmesine izin verildiği, %94,5'ine hareket etmesine izin verilmediği görülmüştür. Doğum süresince kadınların %88,5'ine IV sıvı verildiği, %11,5'ine IV sıvı verilmediği görülmüştür.

**Tablo 7.** Kadınların doğumun ikinci evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).

Doğumun ikinci evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Doğumu litotomi pozisyonunda gerçekleştirmekten memnun kaldınız mı?	212	55,2	172	44,8
Doğum sırasında ıkınma yöntemi uygulandı mı?	368	95,8	16	4,2
Doğumda perineal masaj, sıcak uygulama veya perineyi elle koruma uygulandı mı?*	382	99,5	2	0,5
Epizyotomi uygulandı mı?***	379	98,8	5	1,2
Doğumda fundal basınç uygulandı mı? ¶	89	23,2	295	76,8

\*Hastane prosedürü gereği perineal masaj ve sıcak uygulama rutin olarak uygulanmamakta fakat perineyi elle koruma rutin olarak uygulanmaktadır.

\*\*Hastane prosedürü gereği epizyotomi primipar gebeliklerde rutin olarak uygulanırken, multipar gebeliklerde gerektiği durumlarda uygulanmaktadır.

¶ Hastane prosedürü gereği fundal basınç gerektiği durumlarda uygulanmaktadır.

Tablo 7'de kadınların doğumun ikinci evresinde intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumuna ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların %55,2'sinin doğumu istediği tercih ettiği pozisyonda gerçekleştirdiği, %44,8'i doğumu tercih etmediği pozisyonda gerçekleştirdiği görülmüştür. Kadınların %95,8'inin doğumda ıkınma yöntemi uyguladığı, %4,2'sinin ıkınma yöntemi uygulamadığı görülmüştür. Doğumda perineyi travmalardan korumak için kadınların %99,5'ine perineal masaj, sıcak uygulama veya elle koruma uygulandığını, %0,5'ine uygulanmadığını ifade etmiştir. Doğumun ikinci evresinde kadınların %98,7'sine epizyotomi uygulandığı, %1,3'üne epizyotomi uygulanmadığı görülmüştür. Kadınların doğum sırasında sağlık profesyoneli tarafından %23,2'sinin fundal basınç uygulandığı, %76,8'inin fundal basınç uygulanmadığı görülmüştür.

**Tablo 8.** Kadınların doğumun üçüncü evresinde Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakım önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).

Doğumun üçüncü evresinde intrapartum bakım önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Bebeğin doğumundan sonra uterotonik ilaç uygulanma durumu*	384	100,0	0	0
Umbilikal kordu kesmek için bir dakikadan fazla beklenme durumu**	374	97,4	10	2,6
Plasentayı kontrollü çıkarma durumu*	384	100,0	0	0
Uterus masajı uygulanma durumu **	383	99,7	1	0,3

\*Hastane prosedürü gereği doğum sonrasında uterotonik ilaç uygulama ve plasentanın kontrollü olarak çıkarılması rutin olarak uygulanmaktadır.

\*\*Hastane prosedürü gereği uterus masajı ve umbilikal kordun kesilmesi için bir dakikadan fazla beklenmesi gerektiği durumlarda uygulanmaktadır.

Tablo 8' de kadınların doğumun üçüncü evresinde intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumuna ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınlara bebeğin doğumundan sonra %100,0'üne uterotonik ilaç uygulandığı görülmüştür. Bebeğinin doğumundan sonra kadınların %97,4'ü umbilikal kordu kesmek için bir dakikadan fazla beklendiğini, %2,6'sı umbilikal kordu kesmek için bir dakikadan fazla beklenmediğini belirtmiştir. Kadınların %100,0'ünde plasentanın kontrollü bir şekilde çıkarıldığı görülmüştür. Plasentanın doğumundan sonra kadınların %99,7'sine uterus masajı uygulandığı, %0,3'üne uterus masajı uygulanmadığı görülmüştür.

**Tablo 9.** Kadınların Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakımda yenidoğan bakımı önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).

Yenidoğan bakımı önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Yenidoğana ağız ve burun aspirasyonu uygulanma durumu**	127	33,1	257	66,9
Yenidoğan ile ilk bir saat ten tene temas uygulanma durumu**	153	39,8	231	60,2
Doğumdan hemen sonra yenidoğanı emzirme durumu	221	57,6	163	42,4
Yenidoğana K vitamini uygulanma durumu*	384	100,0	0	0
Yenidoğan bakımlarının uygulanma durumu*	368	95,8	16	4,2

\*Hastane prosedürü gereği yenidoğana K vitamini ve bakımlarının uygulanması rutin olarak uygulanmaktadır.

\*\*Hastane prosedürü gereği doğum sonrası yenidoğan ile bir saat ten tene temas ve yenidoğanın ağız ve burun aspirasyonu gerektiği durumlarda uygulanmaktadır.

Tablo 9'da kadınların yenidoğan bakım önerilerinin uygulanma durumuna ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların %33,1'i bebeğine doğum sonrası ağız ve burun aspirasyonu uygulandığı, %66,9'u bebeğine ağız ve burun aspirasyonu uygulamadığını ifade etmiştir. Kadınların %39,8'inin doğum sonrası ilk bir saat bebeği ile ten tene temas ettiği, %60,2'sinin etmediği görülmüştür. Doğum sonrası kadınların %57,6'sının bebeğini hemen emzirdiği, %42,4'nün bebeğini hemen emzirmedeği görülmüştür. Kadınların bebeklerinin %100,0'üne doğum sonrası K vitamini uygulandığı görülmüştür. Kadınların %95,8'inin bebeğine doğum sonrası banyo ve bakımlarının yapıldığı, %4,2'sinin bebeğine doğum sonrası banyo ve bakımlarının yapılmadığı görülmüştür.

**Tablo 10.** Kadınların Dünya Sağlık Örgütü'nün intrapartum bakımda doğumdan sonra anne bakımı önerilerinin uygulanmasına ilişkin görüşleri (n=384).

Doğumdan sonra anne bakımı önerileri uygulamaları	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Uterus tonüsü değerlendirme durumu*	384	100,0	0	0
Komplikasyon olmadığı durumda antibiyotik kullanılma durumu*	384	100,0	0	0
Epizyotomi uygulandıktan sonra antibiyotik kullanılma durumu*	383	99,7	1	0,3
Serviste ilk 24 saat boyunca düzenli takip edilme durumu*	384	100,0	0	0
Doğumdan en az 24 saat sonra taburcu edilme durumu*	384	100,0	0	0

\*Hastane prosedürü gereği uterus tonüsünün değerlendirilmesi, doğum sonrası antibiyotik kullanımı, serviste ilk 24 saat boyunca düzenli olarak takibi ve doğumdan en az 24 saat sonra taburculuğu yapılmaktadır.

Tablo 10'da kadınların doğumdan sonra anne bakımı önerilerinin uygulanma durumuna ilişkin dağılımlarını göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların %100,0'üne doğum sonrası uterus tonüsünün değerlendirildiği, komplikasyon olmadığı halde antibiyotik kullanımının olduğu, doğum sonrası ilk 24 saat boyunca (nabız, ateş, fundus yüksekliği, uterus kontraksiyonları, vajinal kanama) düzenli takip edildiği ve doğumdan en az 24 saat sonra hastaneden taburcu edildiği görülmüştür. Kadınların %99,7'sine epizyotomi uygulaması sonrası antibiyotik kullanımının olduğu, %0,3'üne antibiyotik kullanımının olmadığı görülmüştür.

## 5. TARTIŞMA

Bu araştırma anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunu değerlendirmek amacı ile İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde vajinal doğum yapan 384 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerini orta düzeyde uyguladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuçlar kadınların pozitif doğum deneyimi edinmeleri bakımından oldukça önemlidir.

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $25,82 \pm 5,30$  yaş olarak hesaplanmış, %24,7'sinin lise mezunu, %62,8'inin çalışmadığı belirlenmiştir. Kadınların %67,7'sinin geliri gidere denk algıladığı, %83,9'unun sağlık güvencesinin olduğu saptanmıştır. Kadınların evlilik süresi ortalaması  $5,0 \pm 4,25$  yıl olarak hesaplanmış, %95,1'nin yaşadığı yer il olarak belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine baktığımızda ülke genelinde kadınların %41'i lise ve üzeri okuldan mezun, %63,6'sının araştırmadan önceki 12 ayda çalışmamış veya hiç çalışmadığı, %61,4'nün sosyal güvencesinin olduğu tespit edilmiştir. Çalışmayan kadın oranının yüksek olmasına karşılık birçoğunun sosyal güvenceye sahip olması eşine ait sosyal güvenceden faydalandığını göstermektedir. Kadınların çoğunluğunun il merkezinde yaşaması gebelik süresince izlem ve bakım almaları açısından önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması  $28,67 \pm 5,7$  yaş olarak hesaplanmış, %27,9'unun okur yazar, %61,7'sinin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine baktığımızda ülke genelindeki erkeklerin %33'ünün lise ve üzeri okuldan mezun olduğu belirlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hane Halkı İşgücü Araştırması 2021 Ekim dönemi sonuçlarına göre, erkeklerin %63,9'unun çalıştığı belirtilmektedir. Bu durum toplumumuzda genel olarak maddi sorumluluğu erkeğin üstlenmesiyle açıklanabilmektedir.

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde %60,9'unun gebeliğinin planlanmamış olduğu belirlenmiştir. Kadınların toplam gebelik sayısı ortalaması  $1,72 \pm 0,9$  dur ve kadınların %82'si 1 ile 2 gebelik, %18'i 3 ve üzeri gebelik geçirdiğini belirtmiştir. Yapılan bir çalışmada kadınların planlanmamış gebelik oranı %15,4 olarak tespit edilmiştir. Aynı çalışmada 1 ile 2 gebelik geçiren kadınların oranı %78,2 olup 3 ve üzerinde gebelik geçirenlerin oranı ise %21,8 olarak tespit edilmiştir (Uzel ve Yanikkerem, 2018). TNSA 2018

verilerine göre ise ülke genelindeki kadınların %25,4'ünün planlanmamış gebelik ve doğum yaşadığı tespit edilmiştir. Aydın'da Dündar ve arkadaşlarının (2019) yaptığı bir çalışmada planlanmamış gebelik oranı %36,6 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın bulguları bu çalışmaların bulgularından yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın bulgularının aksine Belçikada Goossens ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada planlanmamış gebelik oranı %2 olarak tespit edilmiştir. Ülkemizdeki literatür bulguları ve çalışmamızın bulgularına baktığımızda plansız gebeliklerin ülkemizde yüksek oranlarda olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik haftası ortalama  $38,64 \pm 1,57$  olarak hesaplanmıştır. Kadınların taburcu olmadan önce bebeklerini emzirme durumu sorgulandığında çoğu kadının bebeğini emzirdiği belirlenmiştir. Kadınların %57,6'sının doğum sonrasında hemen bebeğini emzirdiği belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine bakıldığında kadınların %97,8'inin bebeğini bir süre emzirdiği tespit edilmiştir. Yurdakul ve Eker (2006)'in yaptığı emzirme ile ilgili çalışmada annelerin %95,7'sinin bebeklerini emzirdikleri saptanmıştır. Ahi ve arkadaşlarının (2019) emzirme ile ilgili yaptığı çalışmada kadınların ilk bir saate emzirmeye başlama oranı %75,6 olarak saptanmıştır. Benzer bir çalışmada annelerin %70,8'inin bebeğini doğum sonrası ilk bir saate emzirdiği saptanmıştır (Yeşilçiçek Çalık ve diğerleri, 2017). Yapılan çalışmalar ile ülkemizde emzirme düzeyinin yüksek olduğu tespit edilmiş ve çalışmamız ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik, doğum öncesi ve doğum sonrasına ilişkin bilgileri incelendiğinde kadınların %74,7'sinin doğum öncesi eğitim almadığı, %71,6'sının gebelik süresi boyunca düzenli sağlık kuruluşuna başvurduğu, çoğu kadının şimdiki ve daha önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşamadığı belirlenmiştir. Kadınların %88,3'nün gebelik ve %83,6'sının doğum süresince eşinden, %58,1'nin gebelik ve %55,7'sinin doğum süresince akrabalarından destek aldığı belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerinde ülke genelinde %96,4'ünün doğum öncesi eğitim sağlık profesyonelleri tarafından verildiği tespit edilmiştir. Timur ve Şahin (2010)'nin yaptığı çalışmada kadınların %75,2'si doğum eylemi süresince destek almadığını, kadınların %58,8'i destek verecek kişi olarak annesini belirttiği saptanmıştır. Güngör ve Beji (2007)'nin yaptığı çalışmada eş desteğinin doğum deneyimi üzerine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. Yapılan literatür araştırmaları ile çalışmamızın doğum öncesi eğitim ve destek alma bulguları arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Kadınların travay ve doğum eylemi süresince bakım önerileri uygulamalarının özelliklerine bakıldığında %92,4 kadının sağlık profesyoneli tarafından mahremiyetine özen gösterildiği ve sürekli destek sağlandığı, %86,5'nin sağlık profesyoneli ile basit ve etkili iletişim kurduğu, %0,8'inin doğum ve travay süresince yanında birinin refakat ettiği



belirlenmiştir. Uzel ve Yanikkerem (2018)'in yaptığı çalışmada kadınların doğum süresince %0,6'sının yanında birinin refakat etmesine izin verildiği ve %96,6'sı yakınlarından birinin yanında kalmasını istediğini belirtilmiştir. Tayvan'da yapılan bir çalışmada sağlık profesyonelleri tarafından kadınların %60'ına doğum süresince destek, etkili iletişim ve rahatlatıcı davranışlarda bulunduğu saptanmıştır (Chen ve diğerleri, 2001). Berghella ve arkadaşlar (2008)'inin yaptığı çalışmada doğumda kadına destek veren birinin yanında refakat etmesi spontan vajinal doğum oranında ve kadının doğum memnuniyetinde artışa neden olduğu belirtilmiştir. İntapartum dönemde kadının yanında yakınlarından birinin olması kanıta dayalı uygulamalar ile de desteklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinde; saygılı anne bakımı, etkili iletişim, travay ve doğum süresince refakatçi seçme hakkının olduğu bildirilmektedir (WHO, 2018). Araştırmada doğum süresince kadının yanında birinin refakat etmesi oranının düşük olması, araştırma verilerinin toplandığı dönemin Covid 19 Pandemi döneminde olmasından kaynaklanabilir.

Araştırmaya katılan kadınların %78,6'sı doğumun birinci evresinde sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirildiği, doğumhaneye ilk başvuruda %82,3'nün dilatasyon durumunun 5 cm ve altında olduğu, %58,6'sının bebeğinin kalp atışını doppler ile dinlendiği, %0,5'ine perine tıraşının uygulandığı, %40,9'una lavman uygulandığı, %65,4'üne 4 saatlik aralar ile vajinal muayenin yapıldığı, vajinal temizliğin hiçbir kadına uygulanmadığı, %69,8'ine amniyotomi uygulanmadığı ve %20,1'ine oksitosin uygulanmadığı belirlenmiştir. Uzel ve Yanikkerem (2018)'in intapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar ile ilgili çalışmasında kadınların %50'den fazlasının doğumhaneye başvuruda dilatasyon durumunun 5 cm ve altında olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada kadınların %83,1'ine lavman ve %0,6'sına perine tıraşı uygulandığı, %25,5'ine amniyotomi yapılmadığı, %62,2'sine oksitosin verilmediği tespit edilmiştir ve kadınların büyük çoğunluğu uygulamalardan rahatsız olduğunu ve bu girişimleri istemediğini belirtmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intapartum bakım önerilerine baktığımızda doğumhaneye ilk başvuruda fetal kalp atışlarını doppler ile dinlenmesini ve dört saatlik aralar ile vajinal muayene yapılmasını önermektedir. Doğum sürecinde perine tıraşı, vajinal temizlik, lavman uygulaması, rutin ve erken amniyotomi uygulamasını ve oksitosin kullanımını önermemektedir (WHO, 2018). Sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamaları rehber olarak intapartum dönemi ve doğumu yönetmesi, hizmet içi eğitimlerinin yaygınlaştırılması ve güncel gelişmeleri uygulaması açısından önemlidir.

Doğum süresince araştırmaya katılan kadınlara sürekli EFM uygulandığı, aralıklı Doppler uygulandığı, gevşeme teknikler (nefes alma), manuel tekniklere (masaj veya sıcak

uygulama) göre daha fazla uygulandığı, %59,1'ine sıvı veya katı yiyecek alımı kısıtlaması uygulandığı, %94,5'inin hareket etmesine izin verilmediği, %99,7'sine epidural analjezi ve %11,5'ine IV sıvı uygulanmadığı belirlenmiştir. Uzel ve Yanikkerem (2018)'in yaptığı çalışmada kadınların %99,4'üne doğum süresince sıvı kısıtlaması uygulandığı, %77,8'ine hareket etmesine izin verilmediği, %92,6'sına gevşeme tekniği uygulandığı ve manuel tekniklerin uygulanmadığı, %49,5'ine IV sıvı uygulanmadığı ve %1,5'ine epidural analjezi uygulandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada kadınlara yapılan müdahalelerin uygulanma durumu sorgulandığında büyük çoğunluğu bir şeyler yemek istediğini, masaj yapılmasını istediğini ve hareket etmek istediğini belirtmiştir. Doğum süresince kadına masaj yapılmasının, hareket etmesi ve yürümesinin doğum ağrısını azalttığı, doğumdan memnuniyeti arttırdığı vurgulanmıştır. Amerikan Anestezi Uzmanları Derneğinin Obstetrik Anestezi Çalışma Kolu oral sıvı alımında sadece ağız kuruluşunu önlemek amacıyla küçük buz parçaları ve küçük yudumlarla sıvı alımını tavsiye etmektedir (Berghella ve diğerleri, 2008). Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intapartum bakım önerilerine baktığımızda düşük riskli gebelere travay süresince oral sıvı alımı, gebenin hareket etmesi için cesaretlendirilmesi ve dik pozisyonlar, gevşeme teknikleri ve manuel teknikler, belirli aralıklarla fetal kalp atışını takip etmek için aralıklı Doppler yapılmasını önermektedir. Sağlıklı gebe kadınların fetal sağlığının değerlendirilmesi için sürekli EFM ve travay süresini azaltmak amacıyla IV sıvıların kullanımını önermemektedir (WHO, 2018). Hem çalışmamızda hem de literatür araştırması sonucunda epidural analjezi ile vajinal doğumun ülkemizde çok sık uygulanmadığı görülmektedir.

Doğumun ikinci evresinde araştırmaya katılan kadınlar doğumu tercih ettiği pozisyonda gerçekleştirdiğini, ıkınma yöntemi uygulandığını, perineal masaj ve perineyi elle koruma uygulandığı, %98,7'sine epizyotomi uygulandığı ve %23,2'sine doğum sırasında elle fundal basınç uygulandığı belirlenmiştir. Akyıldız ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir çalışmada kadınların %47,7'sine epizyotomi, %44,4'üne elle fundal basınç yapıldığı saptanmıştır. Uzel ve Yanikkerem'in Manisa da yaptığı çalışmada kadınların %87,4'üne epizyotomi uygulandığı, %2,2'sine perineal masaj uygulandığı, %31,7'sine elle fundal basınç uygulandığı tespit edilmiştir. Çalışmamız ile literatür bulguları arasında bazı benzerlikler bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerin de epidural analjezi uygulanmayan ve uygulanan kadınlara doğumu kendi tercih ettiği pozisyonda gerçekleştirmesi gerektiğini, ıkınma içgüdüğü paralelinde ıkınması konusunda cesaretlendirilmesini, perineal travmaları önlemek için perineal masaj ve elle

korumayı önermektedir. Spontan vajinal doğum yapmakta olan kadınlara rutin epizyotomi kullanımını ve fundal basıncı önermemektedir (WHO, 2018).

Doğumun üçüncü evresinde araştırmaya katılan kadınlara bebeğinin doğumundan sonra uterotonik ilaç uygulandığı, %97,4'ünde umbilikal kordu kesmek için bir dakikadan fazla beklenildiği, plasentanın kontrollü bir şekilde çıkarıldığı, doğumdan sonra uterus masajı uygulandığı belirtilmiştir. Literatürde term yenidoğanlarla yapılan bir çalışmada geç kord klemplenmesinin, birçok olumlu katkısı olduğu bildirilmiştir. Geç klemplemenin yenidoğan hemoglobin (Hgb) ve hemotokrit (Hct) düzeylerinde artış sağlayarak yenidoğan anemisini azalttığı görülmüştür (McDonald ve diğerleri, 2014). Plasentanın kontrollü olarak çıkarılması postpartum kanama riskini ve doğumun üçüncü evresinin süresini azalttığı bildirilmektedir (Sheldon ve Winikoff, 2012). Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intapartum bakım önerilerinde, doğum sonrası uterotonik ilaç uygulanmasını, umbilikal kordun bir dakikadan az olmayacak şekilde klemplenmesini, kontrollü kord traksiyonunun uygulanmasını önermektedir. Sürekli uterus masajı profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda doğum sonu kanamayı önleme yöntemi olarak önerilmemektedir (WHO, 2018). Uterus masajının herhangi bir alet gerektirmemesi, kullanılabilir ve maliyetinin olmaması açısından oldukça önemlidir.

Çalışmada kadınların doğum sonrasında yenidoğana ağız ve burun aspirasyonu uygulanmadığı, yenidoğan ile ilk bir saat ten tene temasın uygulanmadığı, doğumdan hemen sonra yenidoğanı emzirdiği, yenidoğanların tümüne K vitamini uygulandığı, doğum sonrasında bakımlarının uygulandığı belirlenmiştir. 4011 term yenidoğanı kapsayan sekiz Randomize kontrollü çalışma (RKÇ)'nin dahil edildiği bir çalışmada, ağız ve burun aspirasyonu yapılan/yapılmayan gruplar arasında mortalite, resüsitasyon ihtiyacı, yoğun bakım ihtiyacı ve beşinci dakikada ki APGAR skoru arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (Foster ve diğerleri, 2017). Yenidoğan Canlandırma Programı (NRP) 2017 rehberinde belirtildiği üzere soluyan veya ağlayan, kas tonusu iyi durumda olan aktif görünümde yenidoğanların ağız ve burunlarının aspire edilmesine ihtiyaç duyulmadığı, gerekli görülmesi durumunda ağız ve burunun temiz bir spanç ile silinerek üst solunum yolu açıklığının sağlanması tavsiye edilmiştir. 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 (Yılmaz ve ark., 2000). Brimdyr ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırma sonucunda ten tene temas ile bebeklerin daha az ağladıkları, vücut ısılarının korunduğu, başarılı emzirmeyi başlattığı, anne ve bebek bağlanmasını arttırdığı belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için

intapartum bakım önerilerine de berrak amnion sıvısı ile doğup kendi başına nefes almaya başlayan yenidoğan için rutin nazal ve oral aspirasyonu önermemektedir. Doğum sonrasında ilk bir saat ten tene teması, emzirmeyi, tüm yenidoğanlara rutin intramüsküler olarak 1mg K vitamini uygulanması, yenidoğanın banyo ve bakımı 24 saat sonrasında yapılmasını önermektedir (WHO, 2018).

Araştırmaya katılan kadınların doğum sonrasında uterus tonüsünün değerlendirildiği, komplikasyon olmadığı durumlarda antibiyotik kullanımının olduğu, epizyotomi uygulandıktan sonra antibiyotik kullanımının olduğu, serviste ilk 24 saat boyunca düzenli olarak takip edildiği, doğum sonrasında en az 24 saat sonrasında taburculuğuna karar verildiği belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intapartum bakım önerilerinin de doğum sonrası anne bakımında uterus atonisinin erken tanınması için uterus tonüsünün değerlendirilmesini, doğum sonu rutin olarak tüm maternal değerlendirmelerin yapılmasını, komplikasyon gerçekleşmeyen vajinal doğum yapan kadınları doğumdan en az 24 saat sonrasında taburcu edilmesini önermektedir. Doğum sonrasında komplikasyon olmadığı durumlarda ve epizyotomi sonrasında antibiyotik kullanımını önermemektedir (WHO, 2018). Çalışmamızdaki bulgular sonucunda doğum sonrası anne bakımında antibiyotik kullanımının yüksek bulunduğu ve Dünya Sağlık Örgütü önerilerine uyulmadığı gözlemlenmiştir.

Bu veriler doğrultusunda ve kadınlarla gerçekleştirilen görüşmelerde alınan yanıtlara ilişkin sağlık hizmetleri kapsamında kadın sağlığının korunması ve yükseltilmesi için bilgilendirme, izlem ihtiyaçlarının giderilmesi konusunda yetersiz olduğu ve yeterli desteği almadığı düşünülebilir. Çalışmamızın yapıldığı hastane bölgesinin yoğun göç alan ve sosyo-demografik özellikleri açısından yetersiz bir bölge olması ile açıklanabilir. Bu sonuca göre hastanede doğum yapan kadınlara Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerini orta düzeyde uyguladıklarını söyleyebiliriz.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunu belirlemek amacıyla Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerinde vajinal doğum yapan 384 kadın ile yapılan bu araştırma bulguları doğrultusunda elde edilen sonuçlar;

- Kadınların yaş ortalaması 25,82 yaşdır. Kadınların birçoğunun lise mezunu, bir işte çalışmadığı, gelirin gidere denk, sosyal güvenceye sahip olduğu saptanmıştır. Eşlerin çoğunluğu okur yazar ve serbest meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir. evlilik süresi ortalama 5,0 yıl olarak bulunmuştur.
- Kadınların önemli bir bölümünün gebelikleri planlanmamış gebeliktir. Gebelik sayılarının ortalaması 1,72 ve gebelik haftalarının ortalaması 38,64 olarak saptanmıştır. Emzirme durumu sorgulandığında kadınların çoğunun bebeğini emzirdiği saptanmıştır.
- Araştırmaya katılan kadınların önemli bölümü doğum öncesi eğitim almamış ve gebelik süresince düzenli sağlık kuruluşuna başvurmuştur. Kadınların yarısından fazlası şimdiki gebeliğinde ve önceki gebeliğinde sağlık sorunu yaşamamış, gebelik ve doğum süresince eşlerinden, akrabalarından destek almış ve doğum sonrası destek alacak kişi olarak en fazla anne olarak belirttiği görülmüştür.
- Travay ve doğum eylemi süresince sağlık profesyoneli tarafından kadınların çoğunluğunun mahremiyetine özen gösterilmiş ve destek sağlanmış, basit ve etkili iletişim kurulmuş fakat yanında bir kişinin refakat etmesine izin verilmediği tespit edilmiştir.
- Doğum eyleminin birinci evresinde kadınların önemli bir bölümüne doğum süresi hakkında bilgi verildiği tespit edilmiştir. Kadınların çoğunluğu doğumhaneye ilk başvuruda dilatasyon durumunun 5 cm ve altında olduğu, bebek kalp atışının Doppler ile dinlenildiği sonucuna ulaşılmıştır. Doğumhanede kadınların yarısından fazlasına perine tıraşı, vajinal temizlik, amniyotomi, lavman uygulanmadığı ve 4 saatlik aralar ile vajinal muayene, oksitosin uygulandığı tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan kadınların çoğunluğuna doğum süresince sürekli EFM, gevşeme teknikleri, sıvı veya yiyecek kısıtlaması, hareket kısıtlılığı, IV sıvı uygulandığı ve manuel teknikler, epidural analjezi, aralıklı Doppler uygulanmadığı tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri doğrultusunda olduğu görülmüştür.

- Doğumun ikinci evresinde araştırmaya katılan kadınların yarısından fazlası doğumu litotomi pozisyonunda gerçekleştirdiği için memnun olduğunu, doğum sırasında ıkınma yöntemi, perineal mesaj, perineyi elle koruma, epizyotomi uygulandığı ve doğumda fundal basınç (%76,8) uygulanmadığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri ile ulaştığımız sonuçlardan sadece epizyotomi uygulaması farklılık göstermektedir.
- Doğumun üçüncü evresinde kadınların çoğunluğuna uterotonik ilaç, umbilikal kordu kesmek için bir dakikadan fazla bekleme, plesentayı kontrollü çıkarma işlemi ve uterus masajı uygulandığı tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri doğrultusunda, fakat uterus masajı ile farklı sonuçlar elde edilmiştir.
- Doğum sonrası yenidoğan bakımı incelendiğinde ağız ve burun aspirasyonu, doğum sonrası ilk bir saat ten tene temasın uygulanmadığı ve doğum sonrası hemen emzirme, K vitamini, bakımlarının uygulandığı görülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri ile sonuçlarımızı karşılaştırdığımızda doğum sonrası ilk bir saat ten tene temas uygulamasının farklılık gösterdiği, diğer sonuçların ise öneriler doğrultusunda olduğu tespit edilmiştir.
- Doğumdan sonra anne bakımı uygulamalarında kadınların önemli bir bölümü antibiyotik tedavisi aldığı, uterus tonüsünün değerlendirildiği ve ilk 24 saat boyunca düzenli takip edilip en az 24 saat sonra servisten taburcu edildiği tespit edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri ile serviste doğum sonrasında anneye antibiyotik tedavisi uygulanması sonucunda farklılıklar görülmüştür.

## 6.2. Öneriler

Anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunun incelendiği bu araştırmada elde edilen bulgular referans alınarak ebelik bakımı ve sağlık sistemine yönelik;

- Ebelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin intrapartum bakım sürecinde kadınlar ve ailelerine karşı hassas bir şekilde yaklaşarak kişilerin kendilerini ifade etmesine imkan vermelerini ve tüm yönlerden gereksinimlerini saptamaları ve herkesin bireysel özellikleri göz önünde bulundurularak bakım hizmetlerini planlaması,
- Doğumun ikinci evresinde ebeler ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından gerekli komplikasyon olmadığı sürece spontan vajinal doğum yapan kadınlarda rutin epizyotomi kullanımının azaltılması,
- Dünya sağlık örgütü pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerine uygun olarak ;
  - travay ve doğum süresince kadının istediği bir kişinin yanında refakat etmesi için seçme hakkı verilmesi,
  - doğumun ikinci evresinde fundal basıncın uygulanmaması,
- Travay ve Doğum eylemi sürecinde; bakım eşitliğinin sağlandığı, tüm kadınların mahremiyetinin korunduğu, sürekli desteklendiği, seçim yapmasına izin verildiği, pozitif doğum ve bakım deneyimini içeren intrapartum bakım,
- Farklı çalışmalarla Dünya sağlık örgütü pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunun değerlendirilmesi ve ilişkili faktörlerin incelenmesi,
- Dünya sağlık örgütü pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma oranının artırılması için anne dostu hastaneler dahil doğum yapılan tüm merkezlerde yaptırımların yer alması önerilir.

## KAYNAKLAR

- Adams, E.D., Bianchi A.L. (2008). A practical approach to labor support. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(1),106-115. doi: 10.1111/j.1552-6909.2007.00213.x
- Ahi, S., Borlu, A., Balcı, E., Günay, O. (2019). Bebek dostu bir hastanede doğum yapan annelerin doğumdan sonra ilk bir saatte emzirmeye başlama durumları ve ilişkili faktörler. *Ahi Evran Medical Journal*, 3(2),41-47.
- Aktaş, D., Gökğöz, N. (2015). Kadınların doğum yöntemlerine ilişkin düşünce ve memnuniyetlerinin belirlenmesi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(1), 65-82. doi: 10.1501/Asbd\_0000000051
- Aktaş, S., Osmanağaoğlu, M.A. (2017). İntapartum elektronik fetal monitorizasyon uygulaması ve sağlık profesyonellerinin sorumlulukları. *Life Sciences (NWSALS)*, 12(1),14-29. doi: 10.12739/NWSA.2017.12.1.4C0009
- Akyıldız, D., Çoban, A., Gör Uslu, F., Taşpınar, A. (2021). Doğumhanede yapılan müdahalelerin doğum süreci ve yenidoğan sarılığına etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(1),9-21. doi: 10.5152/FNJN.2021.19093
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009). Practice Bulletin No.106: Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, And General Management Principles. *Obstet Gynecol*, 114(1),192-202.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2009). Oral Intake During Labor. Committee Opinion No. 441. *Obstet Gynecol*, 114(3): 714.
- Aslan, Ş., Okumuş, F. (2016). Primipar kadınların doğum deneyim algıları üzerine doğum beklentilerinin etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 32-40. doi: 10.17681/hsp.287497
- Avcıbay, B. (2010). *Gevşeme tekniklerinin travaydaki gebelerin anksiyete düzeyleri üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Ayers S.(2004). Delivery as a traumatic event: Prevalence, risk factors, and treatment for postnatal posttraumatic stress disorder. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3),552–67. doi: 10.1097/01.grf.0000129919.007556.9c



- Baker, A., Ferguson, S.A., Roach, G.D., Dawson, D. (2001). Perceptions of labour pain by mothers and their attending midwives. *Journal of Advanced Nursing*, 35(2), 171-179. doi:10.1046/j.1365-2548.2001.01834.x
- Basevi, V., Lavender, T. (2000). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 4. doi: 10.1002/14651858.CD001236
- Başgöl, Ş., Kızılkaya Beji, N. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.
- Berghella, V., Baxter, J.K., Chauhan, S.P. (2008). Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199 (5), 445-454. doi: 10.1016/j.ajog.2008.06.093
- Bonapace, J., Gagne, G., Chaillet, N., Gagnon, R., Hebert, E., Buckley, S. (2018). No.355- Physiologic basis of pain in labour and delivery: an evidence-based approach to its management. *Journal of Obstetrics Gynaecology Canada*, 40(2), 227-245. doi: 10.1016/j.jogc.2017.08.003
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Stevens, J., Takahashi, Y. (2018). An implementation algorithm to improve skin- to- skin practice in the first hour after birth. *Maternal and Child Nutrition*, e1257, 1-15. doi: 10.1111/mcn.12571
- Chen, C., Wang, S., Chang, M. (2001). Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan. *Birth*, 28(3), 180-185. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00180.x
- Çapık, A., Sakar, T., Yıldırım, N. (2016). Annelerin doğum şekline göre doğumdan memnuniyet durumlarının belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(2), 92-99. Doi: 10.17049/ahsbd.28765
- The Coalition for Improving Maternity Services [CIMS]. (2015). *The mother-friendly childbirth initiative. Consensus Initiative From The Coalition For Improving Maternity Services.* <https://mana.org/sites/default/files/pdfs/CIMS%2527%20Mother-Friendly%20Childbirth%20Initiative%20%282015%29.pdf> adresinden erişildi.
- The Coalition for Improving Maternity Services [CIMS]. (2018). The history of CIMS. <http://www.motherfriendly.org/> adresinden erişildi.
- Dixon L., Foureur M. (2010, May). The vaginal examination during labour: Is it benefit or

harm? *New Zealand College of Midwives Journal*, 42,21-26.

- Durmaz, A. (2008). Kütahya ili devlet hastanelerinde doğum sırasında epizyotomi açılan kadınlarda yara iyileşmesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Dündar, T., Özsoy, S., Aksu, H., Toptaş, B. (2019). Obstetrik özelliklerin gebelikte distres üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 22(1), 17-24.
- Downe, S., Gyte, G.M.L., Dahlen, H.G., Singata, M. (2013). Routine vajinal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 7. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub2
- Ekşi, Z. ve Can, Gürkan, Ö. (2015). *Doğal doğum. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 1(3), 35-40. <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-dogal-dogum-74399.html> adresinden erişildi.
- Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Primipar kadınların perineal travmaya ilişkin görüşleri ve uygulamaları: nitel bir çalışma. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(3), 89-94.
- Erenel, A., Çiçek, S. (2018). Doğum eylemine yapılan müdahalelerin anne ve çocuk sağlığına etkileri. *SdÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 9(2), 123-129. Doi: 10.22312/sdusbed.406819
- Ertopçu, K. (2018, Ekim 19). Pozitif doğum eylemi için Dünya Sağlık Örgütü 2018 önerileri (Sözel bildiri). *1.Uluslararası, 3.Ulusal Doğum Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği*. İzmir.
- Foster, J.P., Dawson, J.A., Davis, P.G., Dahlen, H.G. (2017). Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi: 10.1002/14651858.CD010332.pud2
- Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van Der Sluys, L., Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Beckman, D. (2016). The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821–2833 doi:10.1093/humrep/dew266
- Güneş, G., Karaçam, Z. (2018). Doğum sonu dönemdeki kadınların vajinal muayene deneyimleri: Nitel bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*

*Elektronik Dergisi*, 11(2), 87,95. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752800> adresinden erişildi.

Güneş Öztürk, G., Karaçam, Z. (2018). Ebelerin intapartum lavman uygulaması hakkında görüş ve deneyimleri: nitel bir araştırma. *Ege üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 34(1), 1-14.

Güngör, I., Beji, N.K. (2007). Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 213–231. doi: 10.1177/0193945906292538

Güngör, İ., Ratchfish Yıldırım, G. (2009). Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11(2), 56-65. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/984224> adresinden erişildi.

Hardin, M.A., Buckner, B.E. (2004). Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth. *The Journal of Perinatal Educatio*, 13(4), 10-16. doi: 10.1624/105812404X6180

Hutton E.K., Hassan, E.S. (2007). Late vs early clamping of the umbilical cord in full term neonates: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*, 294(11), 1241-1252. doi: 10.1001/jama.297.11.1241

Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 7. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub5

Karaçam, Z., Akyüz E.Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 19(1), 45-53.

Koyucu G.,R., Demirci, N. (2016). Doğumun ikinci evresinde kullanılan ıkınma tipleri: literatür gözden geçirme çalışması. *Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi JAREN*, 2(1), 33-39. doi: 10.5222/jaren.2016.003

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G.J., Styles, C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour. The Cochrane Library.* <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub3/full> adresinden erişilmiştir.

Li, Y.P., Yeh, C.H., Lin, S.Y., Chen, T.C., Yang, Y.L., Lee, C.N. ve Kuo, S.C. (2015). A

- proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 54(6),731-736. doi: 10.1016/j.tjog.2015.10.009
- McDonald, S.J., Middleton, P., Dowswell, T., Morris, P.S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Review*, 9,398-400. doi:10.1002/14651858.CD.004074.pud3
- Miltner, R.S. (2000). Identifying labor support actions of intrapartum nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 29(5), 491-499. doi:10.1111/j.1552,6909.2000.tb02770.x
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2014). <https://www.nice.org.uk/guidance/ph11> adresinden erişildi.
- Nilsson, C., Lundgren, I., Karlström, A., Hildingsson, I. (2012). Self reported fear of childbirth and its association with women's birth experience and mode of delivery: A longitudinal population-based study. *Women Birth*, 25(3),114–21. doi: 10.1016/j.wombi.2011.06.001
- Oladapo, O.T., Tunçalp, O., Bonet, M., Lawrie, T.A., Portela A., Downe, S., Gülmezoglu, A.M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*, 125(8), 918-922. doi:10.1111/1471- 0528.15237
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2020). *Date on Turkey*. <https://www.oecd.org/turkey/> adresinden erişildi.
- Osborne, K. (2009). Pushing techniques used by midwives when providing second stage labor care. Doctora Dissertation, Marquette University, Wisconsin.
- Oweis, A., Abushaikha, L. (2004). Jordanian pregnant women's expectations of their first childbirth experience. *International Journal of Nursing Practice*, 10(6), 264-271. Doi: 10.1111/j.1440-172x.2004.00488.x
- Rathfisch, G. (2012). *Doğal doğum felsefesi*. G. Rathfisch (Ed.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Reviews*, 28(4). doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

- Serçekuş, P., İşbir, G.G. (2012). Aktif doğum yaklaşımının kamita dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bullentin*, 11(1), 97-102. doi: 10.5455/pmb.20111104012052
- Serçekuş, P., Mete, S. (2010). Turkish women's perceptions on antenatal education. *International Nursing Review*, 57(3), 395-401. doi: 10.1111/j.1466-7657.2009.00799.x
- Sheldon, W.R., Winikoff, B. (2012). Controlled cord traction in active management of the third stage of labour. *Lancet*, 380 (9848), 1146. doi: 10.1016/S0140- 6736(12)61664-X
- Taşkın, L. (2016). L. Taşkın (Ed.). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. İstanbul: Akademisyen Tıp Kitapevi.
- Taşçı Duran, E. ve Ünsal Atan, Ş. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2016). *Anne Dostu Hastane Programı*. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html> adresten erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2021). *Anne Dostu Hastane Listesi*. <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-42835/anne-dostu-hastane-listesi.html> adresten erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2018). *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2019*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2019). *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021*. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> adresinden erişildi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2020). *Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021*. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/41611/0/haber-bulteni-2020pdf.pdf> adresinden erişildi.
- Timur, S., Şahin Hotun, N. (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 12(1), 29-40. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/984299> adresinden erişildi.

- The National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. (2017). *Intrapartum Care; Care of Healthy Women and Their Babies*. National Cancer Institute. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> adresinden erişildi.
- The Royal Collage of Midwives [RCM]. (2008). *Evidence-Based Guidelines for Midwifery-led Care in Labour. Positions for Labour and Birth*. [https://www.academia.edu/35976988/Evidence\\_Based\\_Guidelines\\_for\\_Midwifery\\_Led\\_Care\\_in\\_Labour\\_Positions\\_for\\_Labour\\_and\\_Birth](https://www.academia.edu/35976988/Evidence_Based_Guidelines_for_Midwifery_Led_Care_in_Labour_Positions_for_Labour_and_Birth) adresinden erişildi.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK]. *İşgücü İstatistikleri, Ekim 2021. Türkiye İstatistik Kurumu*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Isgucu-Istatistikleri-Ekim-2021-37491> adresinden erişildi.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA]. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması,2018*. [http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018\\_ana\\_Rapor.pdf](http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf) adresinden erişildi.
- Tokat, A.M., Okumuş, H., Demir, N. (2013). Gebelik ve doğum eyleminde elektronik fetal izlem. A.M. Tokat (Ed.). Ankara: Deomed.
- Uysal, B. (2017). *Kadınların doğum deneyimi ve doğum sonrası memnuniyetlerinin değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Uzel Gökdemir, H., Yanikkerem, E. (2018). İntapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(1), 26,34. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752841> adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. report on the global tobacco epidemic 2019*. *World Health Organization*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1) adresinden erişildi.
- World Health Organization [WHO]. (2014). Delayed clamping of the umbilical cord to reduce infant anaemia. *World Health Organization*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209\\_eng.pdf;jsessionid=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf;jsessionid=)

onid=6B35B503572A93AA%208CBCB7047C43BF2A?sequence=1 adresinden erişildi.

World Health Organization [WHO]. (2017). *WHO Recommendations On Maternal Health: Guidelines Approved By The WHO Guidelines Review Committee 2017. World Health Organization.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden erişildi.

World Health Organization (WHO). (2018). WHO Recommendations On Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. *World Health Organization.* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> adresinden erişildi.

Yazgan, E. (2014). *Doğumhane Ortamı Ve Koşullarının Doğum Ağrısı, Doğumdan Memnuniyet Ve Anne- Bebek Bağlanması Üzerine Etkisi.* Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Yazıcı, S. (2016). Doğum süreci el kitabı. S. Mete (Ed.). Doğumun değerlendirme süreci içinde (ss. 86-91). İstanbul: İstanbul Tıp Yayınevi.

Yeşilçiçek Çalık, K., Coşar Çetin, F., Erkaya, R. (2017). Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 6(3), 80-91.

Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım modeli: Dünya Sağlık Örgütü önerileri. *Kocaeli Üniversitesi sağlık bilimleri dergisi*, 5(2), 98-105. doi: 10.30934/kusbed.546900

Yurdakul, M., Eker, A. (2006). Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 15(9), 158-163. [https://www.researchgate.net/profile/Mine-Yurdakul/publication/357585981\\_Annelerin\\_Bebek\\_Beslenmesi\\_ve\\_Emzirmeye\\_Iliskinin\\_Bilgi\\_ve\\_Uygulamalari/links/61d59f80da5d105e551d782a/Annelerin-Bebek-Beslenmesi-ve-Emzirmeye-Iliskin-Bilgi-ve-Uygulamalari.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Mine-Yurdakul/publication/357585981_Annelerin_Bebek_Beslenmesi_ve_Emzirmeye_Iliskinin_Bilgi_ve_Uygulamalari/links/61d59f80da5d105e551d782a/Annelerin-Bebek-Beslenmesi-ve-Emzirmeye-Iliskin-Bilgi-ve-Uygulamalari.pdf) adresinden erişildi.

## EKLER

### Ek I. Tanıtıcı Bilgi Formu

**Yönerge:** Bu çalışmanın amacı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan ve hastanenin loğusa servisinde yatan, doğum sonrası 24 saati tamamlamış kadınların anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütünün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunun değerlendirilmesidir. Soruların tümüne yanıt vermeniz bizim için önemlidir. Bu ankette verilecek yanıtlar ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. **Görüşme süresi ortalama 30-45’dk sürecektir.** Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten araştırmacıya uygulama sırasında veya sonrasında e-posta yoluyla veya telefonla (cep) sorabilirsiniz.

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde katkılarınız ve desteğiniz için teşekkür ederim.

**Ebe Azize Irmak**

Tel: 05539137609

irmakazize@gmail.com

### ANKET NO:

- 1) Kaç yaşındasınız?.....
- 2) Eğitim durumunuz nedir? (...) Okur Yazar Değil (...) Okur Yazar (...)İlkokul  
(...)Ortaokul (...)Lise (...)Üniversite ve üzerinde eğitim
- 3) Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? (...)Çalışmıyor (...)Memur (...)İşçi  
(...)Serbest meslek (...)Diğer (Belirtiniz.....)
- 4) Kaç yıldır evlisiniz?.....
- 5) Eşiniz kaç yaşında?.....
- 6) Eşinizin Eğitim durumunuz nedir? (...) Okur Yazar Değil (...) Okur Yazar  
(...)İlkokul (...)Ortaokul (...)Lise (...)Üniversite ve üzerinde eğitim
- 7) Eşiniz Gelir getiren bir işte çalışıyor mu? (...)Çalışmıyor (...)Memur (...)İşçi  
(...)Serbest meslek (...)Diğer (Belirtiniz.....)



- 8) Ailenizin gelir durumunu giderinizle karşılaştırdığımızda nasıl değerlendiriyorsunuz?  
(...)Kötü (Gelir giderden az) (...)Orta (Gelir gidere denk) (...)İyi (Gelir giderden fazla)
- 9) Sosyal güvenceniz var mı? (...)Yok (...)Var
- 10) Yaşadığınız yerleşim yeri neresidir? (...) Köy (...) İlçe (...) İl
- 11) Bebeğinizin doğum haftası nedir? .....
- 12) Toplam kaç kez gebe kaldınız? .....
- 13) Toplam kaç doğum yaptınız?.....
- 14)Yaşayan kaç çocuğunuz var? .....
- 15) Daha önce düşük yaptınız mı? (...) Hayır (...) Evet (Kaç kez düşük yaptınız?.....)
- 16) Daha önce küretaj oldunuz mu? (...)Hayır (...) Evet (Kaç kez küretaj oldunuz?.....)
- 17) Bu bebeğinize planlayarak mı gebe kaldınız? (...)Hayır (...)Evet
- 18)Şimdiki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?  
(...)Hayır (...)Evet (Belirtiniz.....)
- 19) Önceki gebeliklerinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?  
(...)Hayır (...)Evet (Belirtiniz.....)
- 20) Bebeğinizin cinsiyeti nedir? (...)Kız (...)Erkek
- 21) Bebeğinizi emziriyor musunuz? (...)Evet (...)Hayır
- 22) Gebelik süresince düzenli sağlık kontrolüne gittiniz mi? (...)Hayır (...)Evet
- 23) Doğum öncesi bakım için eğitim aldınız mı? (...)Evet (...)Hayır
- 24) Eşiniz gebeliğiniz süresince size destek oldu mu? (...)Evet (...)Hayır
- 25) Eşiniz doğumda süresince size destek oldu mu? (...)Evet (...)Hayır
- 26) Akrabalarınızdan gebeliğiniz süresince size destek oldu mu? (...)Evet (...)Hayır
- 27) Akrabalarınızdan doğum süresince size destek oldu mu? (...)Evet (...)Hayır
- 28) Doğumdan sonra destek alacağınız kişi veya kişiler var mı?  
(...)Evet (Kim/Kimler.....) (...)Hayır

## Ek 2. Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntarpartum Bakım Önerileri Formu

### A. Travay Ve Doğum Eylemi Süresince Bakım Önerileri Uygulamaları

- 1) Doğum eylemi süresince sağlık profesyonelleri tarafından mahremiyetinize özen gösterilip, sürekli destek sağlandı mı? (...)Evet (...)Hayır
- 2) Doğum eylemi süresince sağlık profesyonelleri ile basit ve etkili iletişim kurdunuz mu?  
(...)Evet (...)Hayır
- 3) Travay ve doğum süresince yanınızda bir kişi size refakat etti mi?  
(...)Evet (...)Hayır

### B. Doğumun Birince Evresinde İntarpartum Bakım Önerileri Uygulamaları

- 4) Doğumun süresi hakkında sağlık profesyoneli tarafından bilgilendirildiniz mi?  
(...)Evet (...)Hayır
- 5) Doğumhaneye başvurduğunuzda açıklığınız kaç cmdi?.....
- 6) Doğumhaneye ilk başvurduğunuz da bebeğinizin kalp atışları Doppler cihazı ile dinlendi mi? (...)Evet (...)Hayır
- 7) Doğumhane de perine tıraşı uygulandı mı? (...)Evet (...)Hayır
- 8) Doğumhane de lavman uygulandı mı? (...)Evet (...)Hayır
- 9) Doğumhane de 4 saatlik aralar ile vajinal muayene yapıldı mı?  
(...) Evet (...)Hayır
- 10) Doğum süresince sürekli EFM bağlandı mı? (...) Evet (...) Hayır
- 11) Doğum süresince aralıklı olarak Doppler cihazı ile bebeğin kalp atışları dinlendi mi?  
(...) Evet (...) Hayır
- 12) Doğum ağrısını azaltmak için epidural analjezi uygulandı mı?  
(...) Evet (...) Hayır
- 13) Doğum süresince ağrıyı hafifletmek için gevşeme teknikleri (nefes alma, müzik vs.) uygulandı mı?  
(...) Evet (...) Hayır
- 14) Doğum süresince ağrıyı hafifletmek için manuel teknikler (masaj veya sıcak uygulama) uygulandı mı?  
(...) Evet (...) Hayır
- 15) Doğum süresince sıvı veya yiyecek alımı kısıtlaması uygulandı mı?  
(...) Evet (...) Hayır

16) Doğum süresince hareket etmenize izin verildi mi? (...) Evet (...) Hayır

17) Doğumhanede vajinal temizlik uygulandı mı? (...) Evet (...) Hayır

18) Doğumhanede suyunuzun gelmesi için amniyotomi yöntemi uygulandı mı?

(...) Evet (...) Hayır

19) Doğumhanede oksitosin (suni sancı) verildi mi? (...) Evet (...) Hayır

20) Doğum süresince serum (IV sıvı) ile sıvı verildi mi? (...) Evet (...) Hayır

### **C. Doğumun İkinci Evresinde İntrapartum Bakım Önerileri Uygulamaları**

21) Litotomi pozisyonunda doğumu gerçekleştirmekten memnun kaldınız mı ?

(...)Evet (...)Hayır

22) Doğum sırasında içgüdüsel olarak gelen ıkınma ile mi ıkınma yöntemi uygulandı?

(...)Evet (...)Hayır

23) Doğum da perinenizi travmalardan korumak için perineal masaj, sıcak uygulama veya elle koruma uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

24) Doğum sırasında epizyotomi (perineye kesi) uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

25) Doğum sırasında karnınıza sağlık profesyoneli tarafından (fundal basınç) karın üzerine elle basınç uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

### **D. Doğumun Üçüncü Evresinde İntrapartum Bakım Önerileri Uygulamaları**

26) Bebeğin doğumundan sonra uterotonik ilaç (kasılmalarınızı arttıran ilaç) uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

27) Bebek doğunca kordonu kesmek için 1 dakikadan fazla beklendi mi?

(...) Evet (...)Hayır

28) Bebeğin doğumundan sonra plasenta kontrollü bir şekilde mi çıkarıldı?

(...) Evet (...) Hayır

29) Plasentanın doğumundan sonra uterus (rahim) masajı uygulandı mı?

(...)Evet (...) Hayır

### **E. Yenidoğan Bakımı Önerileri Uygulamaları**

30) Bebek doğduktan sonra ağız ve burnuna aspirasyon (temizleme işlemi) uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

31) Doğumdan hemen sonra ilk bir saat boyunca bebek ile ten tene temas uygulandı mı?

(...)Evet (...)Hayır

32) Doğumdan hemen sonra bebeğinizi emzirdiniz mi? (...)Evet (...)Hayır

33) Doğumdan hemen sonra bebeğinize K vitamini yapıldı mı?

(...)Evet (...)Hayır

34) Doğumdan hemen sonra bebeğin bakımları yapıldı mı?

(...) Evet (...) Hayır

#### **F. Doğumdan Sonra Anne Bakımı Önerileri Uygulamaları**

35) Doğum sonrası uterus tonüsü (rahim sertliği) değerlendirildi mi?

(...) Evet (...) Hayır

36) Doğum sonrasında komplikasyon olmadığı halde antibiyotik kullandınız mı?

(...) Evet (...) Hayır

37) Doğumda epizyotomi yöntemi uygulandıktan sonra antibiyotik kullandınız mı?

(...) Evet (...) Hayır

38) Doğumdan sonra serviste ilk 24 saat boyunca vajinal kanama, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve nabız yönünden düzenli olarak takip edildiniz mi?

(...) Evet (...) Hayır

39) Hastaneden doğumdan en az 24 saat sonrasında mı taburcu edildiniz?

(...) Evet (...) Hayır

### Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

## BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (FORM 3)

### LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

### ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Bu araştırma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan ve hastanenin loğusa servisinde yatan, vajinal doğum sonrası 24 saati tamamlamış kadınların anne dostu bir hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin uygulanma durumunun değerlendirilmesidir.

### KATILMA KOŞULLARI NEDİR?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için vajinal doğum sonrası 24 saati tamamlamış olmanız gerekir.

### NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu çalışmada doldurmanız üzere hazırlanan çalışmada gerekli bilgilerin toplanması için formlar kullanılacaktır. Tanıtıcı Bilgi Formu ve Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerileri Formu'nu doldurmanız yaklaşık **30-45 dk** alacaktır. Araştırmanın bu koşullarını kabul ettiğinizde çalışmaya katılabilirsiniz, istemediğiniz zamanda veya çalışmaya katılmaktan vazgeçtiğinizde çalışmadan ayrılabilirsiniz.

### SORUMLULUKLARIM NEDİR?

Araştırma ile ilgili olarak size sorulan bütün soruları cevaplamak ve uygulanacak olan araştırma programına özen göstermek sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir. Ancak eğitim sürecinizde herhangi bir değişiklik olmayacaktır.

### KATILIMCI SAYISI NEDİR?

Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 384'tür.

### ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR?

Bu araştırma için öngörülen süre **on iki** aydır.

### **GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?**

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen zamanınız formların doldurulması için yaklaşık **30-45 dakika**dır.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?**

Kadınların pozitif doğum deneyiminde intrapartum bakımın uygulamalarında Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin ne derecede uygulandığına yönelik yapılacak çalışmaların literatüre olduğu kadar, sağlık kurum ve kuruluşlarının yöneticilerine de katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışma sonuçlarının konu ile ilgili bilimsel bilgi birikimine katkı sağlaması beklenmektedir.

### **ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?**

Çalışmaya katılmanızın size herhangi bir zararı öngörülememektedir.

### **KAN ÖRNEKLERİNİN SAKLANMASI**

Bu araştırma sırasında sizden kan örneği alınmayacaktır.

### **ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNER İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?**

Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besin bulunmamaktadır.

### **HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?**

Veri toplama formlarının yarısından daha azı doldurulduğunda araştırmadan çıkarılabiliyorsunuz.

### **DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?**

Bu çalışmada herhangi bir tedavi uygulanmayacaktır.

### **HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?**

Bu araştırmanın herhangi bir zarar oluşturması öngörülmemektedir. Araştırma süresince diğer nedenlere bağlı gelişen problemler sağlık sigortanız kapsamındadır.

### **ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?**

Araştırma esnasında araştırma ile ilgili herhangi bir sorunuz ya da sıkıntınız olursa, sorumluluk **Prof. Dr Ayden ÇOBAN'a** aittir. Uygulama süresi boyunca, karşılaşılabileceğinizi herhangi bir sorun, ya da **0553 913 76 09** numaralı telefonda araştırmacı **Azize Irmak'a** ulaşabilirsiniz.

### **ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?**

Çalışmanın size ve sağlık sigortanıza herhangi bir maliyeti bulunmamaktadır.

### **ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR?**

Çalışmayı destekleyecek kurum bulunmamaktadır.

### **ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?**

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

### **ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

### **KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MIDİR?**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Reddetme veya vazgeçme durumunda da eğitim süreciniz garanti altına alınacaktır. Araştırmacı, veri toplama formlarındaki bilgilerin toplanmasındaki ciddi aksama durumunda sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki eğitim süreciniz garanti altına alınacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

### **Çalışmaya Katılma Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım.

Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir

zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

<b>GÖNÜLLÜNÜN</b>		<b>İMZASI</b>
<b>ADI &amp; SOYADI</b>		
<b>ADRESİ</b>		
<b>TEL. &amp; FAKS</b>		
<b>TARİH</b>		



**Ek 4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Ön Onayı**

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 29/08/2020-E.44535



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 92340882-050.04.04  
Konu : Kararlar

Sayın Prof.Dr. Ayden ÇOBAN  
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.08.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 2 nolu karar aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinize sunarım.

**e-İmzalıdır**

Prof.Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ  
Kurul Başkanı

**KARAR 2:**

Protokol No : 2020/034

Sorumlu Yürütücü : Prof.Dr.Ayden ÇOBAN

Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr.Ayden ÇOBAN'ın " Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu " konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde ile gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1'in son bölümünde taahhüt edilen çalışma hittikten sonra nihai raporun, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrak Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/en/Vision/Dogrula/NFSJSVV>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN

Telefon No: 02562132717 Faks No: 02562124219

E-Posta: [sagbil@adu.edu.tr](mailto:sagbil@adu.edu.tr) İnternet Adresi: [akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/](http://akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/)

Bilgi İçin: Nazife UZUN

Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

## Ek 5. İzmir İli Projeler ve ARGE Birimi İzin Yazısı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 04.03.2021-11946



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : E-42056799-619  
Konu : Yüksek Lisans Öğrencisi Azize  
IRMAK 'ın Bilimsel Araştırması

AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik ABD)

Müdürlüğümüz Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı "Prof. Dr. Ayden ÇOBAN" danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi Azize IRMAK'ın hazırlamış oldukları "**Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütünün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu**" konulu araştırma başvuru dosyası incelenmiş olup çalışmanın S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Dr.Öğr.Üyesi M.Burak ÖZTOP  
İl Sağlık Müdürü

Ek: Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyon Rp.(1)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz Hizmetleri  
Başkanlığı İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 / KONAK

Bilgi için: Leyla KARLIDAĞ

Telefon: 0232 445 24 95 Faks No: 0232 441 26 34

Uzman

e-Posta: leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Sağlık Hizmetleri Birimi

Telefon No: (0 232) 445 24 95

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

**Ek 6. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Son Onay**

**ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 10.03.2022-148666**



T.C.  
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-15189967-050.02.04-148666  
Konu : Kararlar

Sayın Prof. Dr. Ayden ÇOBAN  
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23.02.2022 tarihinde Google Meet üzerinden yapılan olağan toplantısında çalışmanızı ilgili alınan 7 nolu karar ekte sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım.

**KARAR 7:**

**Protokol No** : 2020/034  
**Sorumlu Yürütücü** : Prof.Dr.Ayden ÇOBAN  
Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na 26.08.2020 tarihinde onay verilen; Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi Prof.Dr. Ayden ÇOBAN'ın "**Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütü'nün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu**" konulu araştırmasının sonuç raporu hakkındaki 20.02.2022 tarihli dilekçesi görüşüldü. Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Kurum izin belgesinin alınıp, dosyaya konulduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayı** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Dide KILIÇALP KILINÇ  
Kurul Başkanı

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu :BSCLYYDSSK

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSCLYYDSSK&eS=148666>

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN  
Telefon:02562132717 Faks:02562124219  
e-Posta:sagbilfakultesi@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/saglik/  
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nazife UZUN SELEK  
Unvanı: Bilgisayar İşletmeni



*Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.*

**T.C.**

**AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**BİLİMSEL ETİK BEYANI**

“Anne Dostu Bir Hastanede Dünya Sağlık Örgütünün Pozitif Doğum Deneyimi İçin İntrapartum Bakım Önerilerinin Uygulanma Durumu” başlıklı Yüksek Lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Azize IRMAK

Öğrencinin Adı ve Soyadı

... / ... / ...

## ÖZ GEÇMİŞ

**Soyadı, Adı** : IRMAK Azize  
**Uyruk** : T.C.  
**Doğum yeri ve tarihi** : Denizli / 27.10.1995  
**Telefon** : 0 553 913 76 09  
**E-posta** : irmakazize@gmail.com

### EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Doktora	-	-
Y. Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2019- devam ediyor
Lisans	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi	2019

### BURSLAR ve ÖDÜLLER

### İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
2019	LC Waikiki	Satış Danışmanı
2020-devam	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Ahmet Ersan Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Yenidoğan Yoğun Bakım	Ebe

## **AKADEMİK YAYINLAR**

### **1. MAKALELER**

1. Çakalaloz Kızılca, D., Çoban, A., Irmak, A. (2020). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi öğrencilerinin flört şiddeti kapsamındaki davranışlara ilişkin görüşleri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2),100-106.

### **2. PROJELER**

### **3. BİLDİRİLER**

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

1. Azize Irmak, Ayden Çoban, Damla Kızılca Çakaloz, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Öğrencilerinin Flört Şiddeti Kapsamındaki Davranışlara İlişkin Görüşleri 6. Uluslararası 10. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi 19-21 Nisan 2019, Sivas. (Sözel Bildiri)

#### **B) Ulusal Kongrelerde Sunulan Bildiriler**