

Derleme / Review

# Dünyada Doğumda Uygulanan Girişimlerde İki Uç Durum: “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” Yapılan Uygulamalar

## Two Extreme Situations in Interventions Applied During Birth Worldwide: "Too Little-Too Late" and "Too Much-Too Soon" Practices

İlkay Güngör Satılmış<sup>1</sup>  Selinay Aktaş Demir<sup>2</sup> 

<sup>1</sup> İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE

<sup>2</sup> İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 03/03/2022 Kabul tarihi/ Date of acceptance: 20/07/2022

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Türkiye, Published online:17/04/2023

### ÖZ

Dünyada doğumda uygulanan müdahalelerde zamanla iki uç durum meydana gelmiştir: “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” uygulamalar. Geçmişte doğumda acil müdahalelere ulaşımın yetersiz ve geç olduğu “çok az-çok geç” uygulamaların üzerinde durulup komplikasyonlar önlenmeye çalışılmaktaydı. Günümüzde bu müdahalelerin kanıta dayalı olmayan bir şekilde gereksiz ve aşırı kullanımının olduğu çok fazla ve çok erken uygulamalar dikkat çekmektedir. İki uç uygulamanın kullanımı da maternal ve fetal sağlığı tehlikeye atmakta ve sağlıkta eşitsizliği artırmaktadır. Bu amaçla derlemede, bu uygulamalara örnek veriler içeren uygulamaları: sezaryen, doğumun indüklenmesi, epizyotomi, oksitosinle doğumu hızlandırma, doğumhaneye erken/geç kabul, elektronik fetal monitorizasyon, amniyotomi, emzirmeye erken başlanması, ten tene temas ve doğumda doğum destekçisi bulunması uygulamalarını dünyadan ve Türkiye’den verilerle tartışılmıştır. Doğumda herkes için kanıta dayalı bakımın uygulanmasını destekleyen standardize edilmiş yaklaşımlara acilen ihtiyaç duyulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, hemşirelik bakımı, uygulama

### ABSTRACT

Over time, two extreme situations have emerged in the interventions applied during birth worldwide: the "Too Little-Too Late" and "Too Much-Too Soon" practices. In the past, there was a focus on the "too little, too late" practices, where access to emergency interventions during birth was insufficient and delayed, in an attempt to prevent complications. Nowadays, there is a growing concern about the "too much, too soon" practices, characterized by the unnecessary and excessive use of interventions that are not evidence-based. The utilization of both extreme practices endangers maternal and fetal health and exacerbates health inequalities. In this review, practices exemplifying these situations, such as cesarean section, labor induction, episiotomy, labor acceleration with oxytocin, early/late admission to the delivery room, electronic fetal monitoring, amniotomy, early initiation of breastfeeding, skin-to-skin contact, and presence of a birth supporter during birth, are discussed with data from around the world and Turkey. There is an urgent need for standardized approaches that support evidence-based care for everyone during birth.

**Keywords:** Birth, nursing care, practice.

**ORCID IDs of the authors:** İGS: 0000-0002-9446-6148; SAD: 0000-0002-6218-5472

**Sorumlu yazar/Corresponding author:** Arş. Gör. Selinay Aktaş Demir

İstinye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

**e-posta/e-mail:** selinayaktas7@outlook.com

**Atıf/Citation:** Satılmış İG, Aktaş Demir S. (2023). Dünyada doğumda uygulanan girişimlerde iki uç durum: “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” yapılan uygulamalar. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(1), 205-216. DOI:10.38108/ouhcd.1081787



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License

## Giriş

Dünya çapında, anne ölüm oranı 1990 ve 2013 yılları arasında %45 oranında azalarak 100.000 canlı doğumda 380'den 210'a düşmüştür. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ölümü günümüzde nadir bir olay haline gelmiştir. 2013 yılında anne ölümlerinin çoğu, Sahra altı Afrika'da ve Güney Asya'da gerçekleşmiştir. Ülkeler arası anne ölümlerinde aşırı farklılıklar devam etmektedir. Örneğin, 100 bin canlı doğumda 1.100 anne ölümü ile Sierra Leone en yüksek anne ölüm oranına sahipken, Belarus 100 bin canlı doğumda 1 anne ölüm oranına sahiptir (Millennium Development Goals Report, 2014). Türkiye'de ise 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) verilerine göre maternal mortalite oranı 100 bin canlı doğumda 13.6'dır. (TNSA, 2018).

Dünya çapında sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında büyük farklılıklar ve adaletsizlikler mevcuttur. Bu yüzden acilen; rutin olarak doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım için saygılı, kanıta dayalı bakımın etkin ve sürekli bir şekilde uygulanmasını destekleyen standart bir yaklaşım gereklidir (Miller ve ark., 2016).

Bu derlemedeki amaç, doğumda her iki uç durumu yansıtan yanlış uygulamalar ile ilgili mevcut durumu, etkileri ve ilgili önerileri kanıta dayalı uygulama rehberler ve güncel literatür doğrultusunda tartışmaktır (ACOG, 2016; WHO, 2017).

## Çok Az-Çok Geç

“Çok Az-Çok Geç” müdahale sağlık hizmetlerine, kaynaklara veya kanıta dayalı bakım hizmetlerine ulaşımın yetersizliği veya zamanında erişimin olmamasıdır. Özellikle Sahra Altı Afrika ve Güney Asya'da tarihsel olarak düşük gelirli ülkelerde daha sık görülen anne ölümleri, yetersiz ekipman gibi yapısal sağlık sistemi yetersizlikleri nedeniyle sık sık ortaya çıkmaktadır (Aygaz ve Metintaş, 2018; Miller ve ark., 2016).

Doğumda komplikasyonların önlenmesi için etkinliği kanıtlanmış ve uygulanmakta olan uygulamalar mevcuttur. Örneğin, uterotonik ilaçlar ve magnezyum sülfat, doğum sırasında kanama ve gebeliğin neden olduğu hipertansif bozukluklar gibi ortak komplikasyonları önleyebilir ve/veya yönetebilir. Ancak, sağlık profesyonellerinin basit ve en uygun maliyetli kanıta dayalı müdahaleleri bile gerçekleştirmelerini engelleyen malzeme ve ilaçlara ulaşımında büyük zorluklar yaşanmaktadır (Millennium Development Goals Report, 2014; Miller ve ark., 2016).

Yetersiz sayıda ve eğitimde sağlık hizmeti sağlayıcıları, kanıta dayalı bakım için standart bir kılavuzun bulunmaması da yeterli ekipman varlığında dahi uygulamada soruna yol açmaktadır. Kadınlar sağlık hizmetlerine erişimde dezavantajlı olabilir. Yoksulluk, coğrafya, az ya da hiç finansal korunma olmaması, yaş ve medeni durum ya da göçmen statüsü daha kötü sonuçlar doğurabilir. Şimdiye kadar görülmemiş sayıda iç ve dış göç etmiş, mülteci kadınlar bu konuda önemli bir endişe kaynağıdır. Kanıta dayalı bakım, tüm kadınlara uygulanmalıdır. Kadınların koşullarına, haklarına ve seçimlerine saygı duymanın yanı sıra, mülteci, göçmen, marjinalleşmiş veya yerli gruplar arasında daha yaygın olabilecek hastalıkların veya durumların taramasına dikkat edilmesini de içermelidir (Aygaz ve Metintaş, 2018; Miller ve ark., 2016).

## Çok Fazla-Çok Erken

Geçmişten beri yüksek gelirli ülkelerle ilişkili olan “Çok Fazla-Çok Erken” müdahaleler özellikle kadınların doğumu sağlık kuruluşlarında gerçekleştirme oranı arttıkça hızla artmaktadır ve müdahalelerin gereğinden fazla ve erken uygulanmasını ifade eder (Miller ve ark., 2016).

Birçok sağlık kuruluşunda, doğumun medikalizasyonu yaygın bir uygulama haline gelmiştir. Müdahaleler, aşırı ve/veya uygun olmayan şekilde kullanılmaktadır. Bu müdahalelerin bazıları için, hiçbir faydalı kanıt bulunmamakta veya herhangi bir zararı olduğuna yönelik kanıt bulunmamaktadır (örneğin, sürekli elektronik fetal izleme, perine tıraşı, lavman, epizyotomi vb.) “Çok Fazla-Çok Erken” uygulamaları sonuçları iyileştiren müdahaleleri de içermesine rağmen uygun olmayan şekilde veya rutin olarak kullanıldığında potansiyel olarak zararlı ve maliyetli olarak karşımıza çıkabilmektedir. Gebe ve ailesini doğum süreci dışında bırakıp kararlar alınan ve denetim altında tutulan bakım sistemi doğumda medikalizasyon olarak ifade edilebilmektedir. Doğumda medikalizasyon ise gebe için belirsizlik ve çoğunlukla istenmeyen bir olay olarak görüldüğü belirtilmiştir (Clesse ve ark., 2018; Miller ve ark., 2016; Şahin ve Erbil 2019).

## “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” Uygulamalara Örnekler ve Kanıta Dayalı Uygulama Örnekleri

Kanıta dayalı müdahaleler, kadınların ve sağlık profesyonellerinin karar vermesine rehberlik etmek ve anne, fetus ve yenidoğan sonuçlarını optimize etmek için mevcut en iyi araştırmaları kullanır. Bu kanıta dayalı yönergeler ve uygulamanın en etkili

uygulama stratejileri sağlık profesyonellerinin doğru zamanda doğru kararları vermelerine yardımcı olma ve Çok Az-Çok Geç ve Çok Fazla-Çok Erken Uygulamaların zararlı uçlarından kaçınmaya yardımcı olmaktadır (Miller ve ark., 2016).

İntrapartum dönemde “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” müdahalelerin oranlarını belirlemek için önerilen ancak kullanılmadığında, az kullanıldığında, aşırı kullanıldığında veya rutin olarak kullanılması halinde potansiyel olarak zararlı olan müdahaleler araştırıldığında oral ve intravenöz beslenme kısıtlaması, lavman, perine traşı gibi kanıtlarla desteklenmeyen veya mobilizasyon/ pozisyon serbestliği, ıkınma teknikleri gibi doğum sürecini ve konforunu etkileyen önemli uygulamalar da mevcut olduğu görülmüştür. Ancak bu derlemede en tartışmalı ve sık görülen; sezaryen, doğumun indüklenmesi, epizyotomi, oksitosinle doğumu hızlandırma, emzirmeye erken başlanması, ten tene temas ve doğumda doğum destekçisi bulunması uygulamaları için dünya genelindeki verilere erilişmiş ve ön plana çıkmıştır. Bu doğrultuda, bahsi edilen uygulamalar tartışılacaktır (Miller ve ark., 2016; Şahin ve Erbil 2019).

### Sezaryen

Vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının olası olmadığı durumlarda ya da vajinal doğumla fetal ve/veya maternal komplikasyon riskinde artış olduğunda uygulanmaktadır. En sık endikasyonları; mükerrer sezaryen, distosi, fetal distres ve anormal fetal prezentasyondur (Sayın ve ark., 2018).

“Çok Az-Çok Geç” uygulamada, %9’dan az sezaryen oranları; artan maternal ve perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkilendirilmiştir. Düşük sezaryen oranlarına neden olarak; özellikle ulaşımdaki eksiklikler, cerrahi uygulanacak ortam yetersizliği, vasıflı sağlık profesyoneli ve ekipmanı eksikliği, kan transfüzyon kapasitesinin az olması gibi etmenler bildirilmiştir (Betrán ve ark., 2016; Knight ve ark., 2013). Yapılan çalışmalarda, sezaryen oranları ile anne, bebek ve yenidoğan mortalitesi arasında güçlü bir ters ilişki olduğunu göstermektedir (Betrán ve ark., 2016).

“Çok Fazla-Çok Erken” uygulamada, tıbbi ihtiyaç olmadan elektif bir şekilde uygulanan sezaryen doğumlar, kadınların sağlığını riske atarak kısa ve uzun vadeli sağlık problemlerine neden olabilmektedir. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO), sezaryenin tıbbi gerekçe ile yapılması gerektiğini, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) ise 39. haftadan önce isteğe bağlı sezaryeni önermediğini bildirmiştir (Betrán ve

ark., 2016; Çağlayan ve ark., 2010; Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi, 2010).

Dünya Sağlık Örgütü, tıbbi gerekçe ile sezaryen doğumu tavsiye ederken ülkelerce hedeflenmesi gereken sezaryen doğum oranı önermemiştir ancak yürüttüğü bir araştırmada ülkedeki sezaryen doğumların oranındaki artışın %10’a kadar maternal ve yenidoğan ölümlerinde azalma ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Sezaryen doğumda %10’un üzerindeki artış ise maternal ve yenidoğan ölümlerinde düşüş ile ilişkilendirilmemiştir (Betrán ve ark., 2016; TNSA, 2018; WHO, 2015).

Dünya çapında en yüksek sezaryen oranlarına bakıldığında, Meksika (%46.9), Türkiye (%48), Mısır (%51.8), Brezilya (%56.7), ve Dominik Cumhuriyeti’nde (%58.9) en yüksek sezaryen oranları görülmektedir (Betrán ve ark., 2016).

Türkiye dünya çapında en yüksek sezaryen oranına sahip ülkeler arasında olmakla birlikte 2019’da yayınlanan “Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”na göre tüm doğumlardaki sezaryen oranı %52’dir. Sezaryen doğum kararı, doğumların %38’inde doğum süreci başlamadan önce verilmiş ve bu verinin de sezaryen doğumların büyük bir kısmının zorunlu veya gerekli olmadığına işaret edebileceği bildirilmiştir. Türkiye’de 1993 yılında sezaryen ile yapılan doğumların oranı %7 iken 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre %52’ye yükselmiştir (TNSA, 2018).

Kadınların giderek daha az sayıda çocuk sahibi olması, doğumların çoğunun risk altındaki nulliplarlarda gerçekleşmesi, ilk doğum yaşının yüksek olması, elektronik fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması ve anormal fetal kalp trasesi, anormal fetal prezentasyonu, vakum ve forsepsin daha az kullanılması, sezaryen sonrası vajinal doğumun tercih edilmemesi, vajinal doğumla pelvik taban hasarı artışı, vajinal doğuma göre daha az fetal yaralanma nedeniyle elektif uygulama, gibi nedenlerle sezaryen oranlarında artış olduğu düşünülmektedir (Sayın ve ark., 2018).

### Doğum İndüksiyonu

Doğumun indüksiyonu, kendiliğinden başlamayan veya yavaş ilerleyen servikal dilatasyonu ve doğumun gerçekleşmesini sağlamak amaçlı uterus kontraksiyonlarının başlatılmasıdır. İndüksiyonun sağladığı faydaların, gebeliğe devam etme riskini aştığı göz önünde bulundurulur. Maternal ya da fetal risk olduğu durumlarda önerilmektedir (Budak ve ark., 2016; Chen ve ark., 2016). Doğum indüksiyonunda kullanılan teknikler mekanik veya farmakolojiktir. Foley kateterinin servikal kanala yerleştirilmesi en yaygın kullanılan

mekanik yöntemlerden biridir. Farmakolojik yöntemler ise; prostaglandinler, oksitosin, östrojenler ve mifepriston kullanımını içerir (Chen ve ark., 2016). Gebelerin yaklaşık %20'sine uygulanmakla birlikte giderek artış göstermektedir (Budak ve ark., 2016). Doğum indüksiyonu oranlarına baktığımızda oldukça farklı oranlar göze çarpmaktadır.

“Çok Az-Çok Geç” uygulamalarda gebe ve fetüs için risk var olan durumlarda gerekli doğum indüksiyonunun sağlanamaması veya geç sağlanmasıdır. Dünyadaki “Çok Az-Çok Geç” uygulamalarının fazla görüldüğü bildirilen Sahra altı Afrika ülkelerinde 2010-2011’de; Kenya %8.6, Nijerya %5.4, Angola %6.6 doğum indüksiyon oranına sahiptir. Güney Asya ülkelerinde ise doğum indüksiyonu oranları Hindistan’da 2007-2008 yılları arası %12.8, 2010-2011 yılları arası Sri Lanka’da %35.2, Pakistan’da ise %10.7’dir. Latin Amerika ülkelerinden 2010-2011 yılları arası Paraguay’da %1.8 iken Peru’da ise %5.2’dir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, doğumun indüklenme oranları genellikle düşüktür, ancak bazı ortamlarda yüksek gelirli ülkelerde gözlemlenenler kadar yüksek olabilir. İran’da 2011-2012 yılları arası doğum indüklenme oranı %71’dir (Miller ve ark., 2016; Pazandeh ve ark., 2015).

“Çok Fazla-Çok Erken” uygulama ise ihtiyaç dışında doğumun indüklenmesidir. Son birkaç yılda, gebeliğin süresini kısaltmak için doğumu indükleme sıklığı artmaya devam etmiştir. Yüksek gelirli ülkelerdeki doğumların dörtte biri kadarı indüklenmiş olabilir. Amerika Birleşik Devletleri’nin 2012’de doğum indüksiyonu oranı %23.3’tür (Miller ve ark., 2016; WHO, 2018). Dünya Sağlık Örgütü 2018’de, 41. haftadan erken, komplikasyonsuz gebelerde doğum indüksiyonunu önererek herhangi bir kanıt bulunmadığını açıklamıştır (WHO, 2018).

### **Epizyotomi**

Normal doğum, genellikle vajina ve çevresindeki dokuda yırtıklara neden olabilir ve bu yırtıklar rektuma kadar uzanabilir. Bunlar cerrahi olarak tamir edilebilse de iyileşmesi zaman alır. Ciddi yırtılmayı önlemek ve doğumu kolaylaştırmak amacıyla perine için makas veya neşter ile cerrahi bir kesim yapmak önerilmiştir. Epizyotomi olarak adlandırılan bu kesi, sütürlere ihtiyaç duyar ve şiddetli ağrı, kanama, enfeksiyon, disparoni ile sonuçlanabilir ve uzun süreli idrar tutamamaya neden olabilmektedir (Ismail ve Webb, 2016; Jiang ve ark., 2017).

“Çok Az-Çok Geç” epizyotomi, uygulanabilecek durumlarda uygulanmaması ya da geç uygulanması anlamına gelmesine rağmen Dünya Sağlık Örgütü epizyotomiye önermediğinden dolayı bu oranın azlığının ne anlama geldiği tartışmalıdır (Miller ve ark., 2016).

“Çok Fazla-Çok Erken” uygulamalarda ise endikasyonu olmadan epizyotomi kesisinin uygulanmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü epizyotomiye önermediğinden her epizyotominin bu kategoriye girip girmeyeceği tartışmalıdır. Dünya’daki göze çarpan bazı epizyotomi oranlarına bakıldığında 2011-2012 yılları arasında İran’daki epizyotomi oranı %79.2 iken Tayland’ın 2005 yılındaki oranı %91.8’dir. Güney Afrika’nın 2003 yılındaki oranı %63.3’tür, aynı yılda Hindistan’ın oranı %45.0’dır 2003’te Gürcistan’ın epizyotomi oranı %17.4’tür (Miller ve ark., 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığının yayınladığı “Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı”nda epizyotomi; çıkımda fetal distress gelişen doğumlarda doğumu hızlandırmak amaçlı, vakum ve forseps vb. cerrahi doğum öncesinde, prematüre ya da makat doğumda yenidoğanda kafa içi kanama oluşmasını engellemek için, annenin doğum sırasında kalp yetmezliği gibi fazla ıkınmasının engellenmesi gerektiği olgularda, üçüncü derece perine yırtığı oluşma riski var veya önceki doğumda üçüncü derece yırtık hikayesi mevcut ise uygulanmasının uygun olduğu belirtmiştir (Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, 2009).

ACOG (Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Birliği), vajinal doğumlarda rutin olarak epizyotomi uygulanmasını önermemektedir (ACOG, 2016). Dünya Sağlık Örgütü’nün kılavuzuna göre; epizyotominin rutin kullanımı önerilmemekle birlikte epizyotominin koruyucu etkisine ilişkin kanıtların bulunmamasından dolayı, epizyotominin seçici kullanımının da onaylanmadığını tespit edilmiştir (WHO, 2018). Operatif vajinal doğum gerektiren fetal distress gibi obstetrik acillerde epizyotominin rolünün belirlenmeye devam ettiğini belirtirken, epizyotominin, operatif vajinal doğum için diğer endikasyonlardaki rolünün ele alınmadığını ifade edilmiştir (Sultan ve ark., 2019; WHO, 2018).

### **Oksitosinle doğumun hızlandırılması**

Doğum eylemi normal olarak ilerliyorsa ve fetal sağlık iyiyse oksitosin uygulaması önerilmemektedir (Miller ve ark., 2016). “Çok Az-Çok Geç” uygulamalarda doğumun hızlandırılmasına ihtiyaç duyulduğunda hızlandırılmaması ya da geç müdahale edilmesidir.



Sahra altı Afrika ülkeleri bu uygulamalarda da göze çarpmaktadır. Oksitosinle doğumun hızlandırılması; 2007-2008'de Kenya'da %3.6, Nijerya'da %4.5 bulunmuştur (Miller ve ark., 2016). Çok düşük oranlar ihtiyaç halinde oksitosinin kullanım yetersizliğini ifade etmektedir.

"Çok Fazla-Çok Erken" uygulamalar, doğum ilerliyor ve fetal sağlığın iyi olmasına rağmen doğumun hızlandırılmasıdır. Dünya çapında oranlara bakıldığında İran'ın 2011-2012 yılları arası oksitosin uygulaması oranı %75.0'dır. Çin'de 2007-2008'de %2.3 olan oksitosin uygulaması 2011 yılında %78.9'a çıkmıştır (Miller ve ark., 2016). Doğumda gecikme teşhis edilmediği sürece intravenöz oksitosin ile doğumu hızlandırmaktan kaçınılmalıdır. Doğumdaki gecikmenin onaylanmasından önce erken oksitosin müdahalesi kullanıldığında, uterus hiperstimülasyonu, fetal kalp hızı değişiklikleri ve kötü maternal ve yenidoğan sonuçlarında artış riski olabileceği bildirilmiştir (WHO, 2015).

Kanıtı dayalı uygulamalara bakıldığında; doğum eylemi uzamış gebelerin incelendiği sistematik derlemede, yüksek dozda oksitosin rejimleri (dakikada 4 mU veya daha fazla), doğum uzunluğunda ve sezaryen oranında azalma, spontan vajinal doğumda bir artış ile ilişkili bulunmuştur. Bununla birlikte, doğum eyleminin ilk evresi gecikmiş kadınlara yüksek doz rejimlerinin rutin olarak önerildiğini önermek için yeterli kanıt bulunamamıştır. İleri araştırmalar, doğumda geciken kadınlar için yüksek doz oksitosin rejiminin etkisini ve anne, yenidoğan sonuçlarını ve kadınlar üzerindeki etkilerini içermesi gerektiği bildirilmiştir (Bugg ve ark., 2013; Kenyon ve ark., 2013).

#### **Doğumhaneye Erken/Geç Kabul**

Doğum eyleminin ilk aşaması, serviks dilatasyonunun tamamen başlamasına kadar uzanır. Latent ve aktif fazlara bölünür. Latent faz, serviksin 3 cm'ye kadar genişlediği, aktif faz ise serviksin 4 cm ile 10 cm'e genişlediği faz olarak bilinmektedir (Coşkun, 2000). Ancak Güvenli Çalışma Konsorsiyumu'ndan yayınlanan son verilere göre latent ve aktif faz tanımları güncellenmiştir. Öngörülen 4 cm'lik eşığın aksine, birçok kadın için aktif doğum eyleminin başlangıcı 5-6 cm'ye kadar gerçekleşemeyeceği ve beklenen doğum yönetiminin 4-6 cm dilatasyondaki kadınlar için makul olduğunu ve maternal ve fetal durum güven verici olduğu sürece latent faz olarak kabul edildiğini göstermektedir (ACOG, 2017). Doğum eyleminin latent veya aktif aşamasında kabul edilen kadınlara yapılan müdahaleler, doğum eyleminin

sonuçlarını etkileyebilir ve anne ve fetüsü etkileyebilecek komplikasyonları iyileştirebilir (Chuma ve ark., 2014).

Yapılan Cochrane sistematik derlemesinde, doğumhaneye geç kabulde doğum salonu ortamında bekleme süresinin azaldığı, oksitosin ve analjezi kullanımının azaldığı, gebelerin kontrol duygusunu olumlu etkilediği bildirilirken sezaryen ve diğer maternal fetal sonuçlarda yeterli kanıt bulunamamıştır (Lauzon ve Hodnett, 2001).

Chuma ve arkadaşlarının 2014'te yayınlanan çalışmasında, doğumhaneye latent fazda kabul edilen gebelerde sezaryen oranı, oksitosin uygulaması ve membran rüptürü aktif fazda kabul edilen gebelere anlamlı olarak yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda maternal komplikasyonlar açısından aktif faz grubunda latent faz grubuna göre daha fazla genital sistem hasarı ve postpartum kanama oluşmuştur fakat buna karşın iki grup arasında Apgar skoru ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine başvuru açısından fetal sonuçlarda anlamlı fark bulunmadığı bildirilmiştir. İki grup arasındaki obstetrik sonuçlar benzerdir. Gereksiz müdahale riskini azaltmak için doğumun latent fazda başvuran kadınların yönetimine ilişkin kılavuzlar oluşturulması ihtiyacı olduğu bildirilmiştir (Chuma ve ark., 2014).

Hastane doğum değerlendirme programları, kadınların doğum belirtileri ile hastaneye gelip gelmeyeceklerini ve doğum salonuna gitmeden önce aktif doğum fazı içinde olup olmadıklarını doğrulayan özel programlardır. Bu programlarda termde gebeliği olan kadınlar, değerlendirme ünitesinde zaman geçirir, çevrede yürürler, eve giderler veya doğum salonuna kabul edilirler. Bu şekilde daha kısa doğum salonunda kalma sürelerine sahip oldukları, daha fazla kontrol sahibi oldukları ve doğumu ilerletmek ya da ağrı kesmek için daha az ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. Anne veya bebek üzerindeki diğer etkiler veya planlanmamış hastane doğumuyla ilgili yeterli kanıt yoktur. Aktif doğum eylemine kadar hastaneye yatışını geciktirmeyi amaçlayan doğum değerlendirme programları, kadınlara term gebeliklerinde fayda sağlayabilir (Lauzon ve Hodnett, 2001).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği'ne göre doğuma kabul, kadınların doğumdaki latent fazında fetüslerinin durumu güven verici olduğunda geciktirilebileceği düşünülmektedir (ACOG, 2017).

#### **Elektronik Fetal Monitorizasyon (EFM)**

Elektronik fetal monitorizasyon, fetüsün kalp atışlarını izlemek, doğum sırasında fetüsün sağlık durumunu kontrol etmek için kullanılır. Fetüsün

kalp atışlarını dinlemek ve kaydetmek, oksijen yetersizliği olan ve sezaryen veya müdahaleli vajinal doğum ile erken doğumdan faydalanabilecek fetüsleri tanımlamayı amaçlar. Fetal kalp atışı latent fazda 1 saat arayla, aktif fazda 30 dakikada bir ve geçiş fazında ise 15 dakikada bir alınmalıdır. EFM için genelde Nonstres test (NST) kullanılmaktadır. Özellikle doğumhaneye kabulde ve oksitosin indüksiyonunda fetüs düzenli olarak değerlendirilmelidir (Beji, 2015).

Sürekli EFM, fetüsün kalp atış hızını ve annenin doğum kasılmalarını içeren bir kayıt oluşturur. Sürekli EFM yazılı bir kayıt sağlasa da anneler doğum sırasında serbestçe hareket edemez, pozisyonlarını kolayca değiştiremezler. Bu kadınların başa çıkma stratejilerini etkileyebilir. Yapılan sistematik derlemede, sürekli EFM doğum sırasında fetüsü değerlendirmek için yararı için önemli kanıtlar olmadan kullanılan en yaygın yöntem. Aralıklı EFM ile karşılaştırıldığında, sürekli EFM'de genel perinatal ölüm oranında anlamlı bir iyileşme görülmemiştir (düşük kalite kanıtı). Serebral palsi oranlarında (düşük kalite kanıtı), kordon kan asidozunda (çok düşük kalite kanıtı) veya herhangi bir farmakolojik analjezi kullanımında (düşük kalite kanıtı) fark bulunamamıştır. Sürekli EFM'de yenidoğan nöbet oranlarının yarı yarıya az olduğu bildirilmiştir (orta kalite kanıtı). Sürekli EFM ile ilişkili sezaryenlerde (düşük kalite kanıtı) ve müdahaleli vajinal doğumda artış olduğu bulunmuştur (düşük kalite kanıtı). Araştırma ayrıca sırtüstü pozisyonun bebekler için olumsuz sonuçlara olası katkısını da ele almalı ve hareketlilik ve pozisyonların kullanılmasının neonatal nöbet insidansının düşüklüğünü azaltıp azaltmayacağını ve kadınlarda psikolojik sonuçları iyileştirip iyileştiremeyeceğini değerlendirmelidir (Alfirevic ve ark., 2017).

EFM'nin olumsuz neonatal sonuçları azalttığını öneren bilimsel desteğin olmamasına rağmen, hastane ortamında kullanımı neredeyse evrenseldir ve büyük olasılıkla sezaryen oranının yükselmesine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Doğum sırasında fetal kalp hızı bulguları müdahale gerektirdiğinden ACOG (Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği) tarafından önerilmektedir; gebe düşük riskli olmak kaydıyla birinci evrede 30 dakikada bir, ikinci evrede her 15 dakikada bir değerlendirmek önerilmektedir (Başgöl ve Beji, 2015; Cahill ve Spain, 2015).

ACOG'un önerisine göre aralıklı EFM isteyen düşük riskli kadınlar için elde tutulan bir Doppler cihazı kullanılması düşünülmelidir, aralıklı EFM

için bazı kadınların hareket özgürlüğüne izin verilebilir (ACOG, 2017).

### **Amniyotomi**

Amniyotomi, kasılmaları hızlandırmak ve bu nedenle doğum süresini kısaltmak için doğumda rutin bir uygulamadır. Amniyotomi aynı zamanda doğum eylemini başlatmak veya distosiyi tedavi etmek için kullanılan bir müdahaledir. Bu müdahalenin, oksitosini uyaran prostaglandinleri serbest bırakarak uterus kasılmalarının gücünü ve etkinliğini arttıracakı bilinmektedir (Smyth ve ark., 2013).

Bununla birlikte, rutin amniyotomi tartışmalıdır. Bazı görüşler, amniyon kesesinin doğum sırasında fetüsü koruduğunu ve amniyotominin değişken fetal kalp hızı yavaşlamaları, korioamniyonit riskinde artış ve umbilikal kord prolapsusu ile ilişkili olduğunu öne sürmektedir. Diğerleri, amniyotominin, oksitosin artırma ile kombine edildiğinde, yapılan sezaryen sayısında küçük bir düşüğe yol açan, doğumu hızlandırmanın etkili bir aracı olduğunu bulmuşlardır. Oksitosin takviyesi ile kombine edildiğinde, yapılan sezaryen sayısında küçük bir azalmayla sonuçlanmakta olduğu belirtilmiştir (King ve Pinger, 2014). Aynı zamanda sadece amniyotominin doğum indüksiyonu için önerilmediği unutulmamalıdır (Zayıf öneri, orta kalite kanıtı) (WHO, 2018).

5583 kadını içeren bir araştırmada, amniyotomi yapılan ve yapılmayan doğumlar karşılaştırıldığında amniyotominin doğum eyleminin ilk evresinin uzunluğunu etkilediği yönünde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Ayrıca; sezaryen, anne doğum deneyim memnuniyeti veya yenidoğan APGAR puanının ilk beş dakikada yediden daha az olması açısından da anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bu sistematik derlemenin bulgularına dayanarak, amniyotomi doğum yönetimi ve bakımının bir parçası olarak rutin olarak uygulanması önerilmemektedir (Smyth ve ark., 2013).

Türkiye'de 2017 yılında 220 gebe ile yapılan çalışmada da spontan doğumda, amniyotomi uygulamasının doğum süresinde anlamlı etkisi olmadığı, sezaryen ve annenin hastanede kalış süresinde artışa yol açtığı bildirilmiştir ve çalışma sonucunda amniyotominin rutin olarak uygulanması önerilmemiştir (Şahin ve Eyi, 2017).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği'ne göre; normalde ilerleyen doğumda ve fetal distres kanıtı olmayan kadınlar için, gerekmedikçe rutin amniyotomi yapılmasına gerek yoktur (ACOG, 2017).

Sonuç olarak; çalışmalar incelendiğinde rutin amniyotominin terk edilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çünkü sağlam bir amniyon kesesinin, kord sıkışması nedeniyle oluşan fetal kalp hızı yavaşlamalarını önlediği, korioamniyonitleri önlediği ve fetal rotasyona izin verdiği belirtilmiştir (King ve Pinger, 2014; Smyth ve ark., 2013).

#### **Emzirmeye Erken Başlanması**

Emzirme, düşük yenidoğan ölümleriyle ilişkilidir. Çocuk ölümlerinde eşitsizlikleri azaltan ve ishal, zatüre, yenidoğan sepsisi gibi morbiditeleri önleyen ve daha sonraki yaşamda obezite ve diyabeti azaltabilen bebeklik çağında eşsiz ve değerli bir beslenme uygulamasıdır (Takahashi ve ark., 2017). Emzirmeye, doğumdan sonra ilk saat içinde (erken) başlanması hem anne hem de yenidoğan için önemlidir. Annenin ilk sütü, enfeksiyonlara karşı koruyucu yoğun antikor içeren ve besleyici kolostrum içermektedir. Emzirmeye erken başlanması, anne ve yenidoğan arasındaki bağı güçlendirerek düzenli laktasyona yardımcı olur. Bu nedenle, doğum sonrası ilk bir saatte yenidoğanın annesinin göğsüne konması önerilmektedir (TNSA, 2018).

“Çok Az-Çok Geç” bebeğin ilk bir saat sonrasında emzirilmesi ya da hiç emzirilmemesi olarak nitelendirilebilir. Dünya çapında erken emzirme oranlarına bakıldığında 2000 yılı verilerine göre Türkmenistan %19.3, 2010-2013'te Pakistan %17.7, Ürdün 2012'de %19.4, Sırbistan 2005-2006'da %17.4 olduğu görülmektedir (Miller ve ark., 2016). Emzirmeye erken başlanmasının “Çok Fazla-Çok Erken” uygulaması bulunmamaktadır.

Türkiye'de emzirme oldukça yaygındır. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması verilerine göre, (örneklemi son 2 yılda doğan bebekler) doğumdan sonraki ilk 1 saatte yenidoğanların %71'i emzirilmiştir (TNSA, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, tüm yenidoğanların doğumdan hemen sonra anneleri ile ten tene temasına girmesini, doğumdan sonra bir saat içinde emzirmenin desteklenmesi ve bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir (Takahashi ve ark., 2017).

#### **Ten-tene Temas**

Doğumla birlikte bebek yepyeni bir ortama alışmaya başlar. Anne ve bebeğin ten tene teması, bebeğin mortalitesini azaltıp bebeğin emmesini sağlayarak hipoglisemiyi önler ve bebeğin yaşam bulgularında stabilite sağlanmış olur (Chwo ve ark., 2007; Toprak ve ark., 2017). “Çok Az-Çok Geç” uygulaması, bebeğe ilk 24 saat içinde ten-tene temasın sağlanmasıdır. Dünya çağında ten tene

temas oranlarına baktığımızda 2010-2013 yılları arası Pakistan %2.1, Kenya %25.1, Hindistan %29.6 oranında, 2011-2012'de İran %82 oranında ten tene temas uygulanmaktadır (Miller ve ark., 2016). Ten-tene Temasın “Çok Fazla-Çok Erken” uygulaması bulunmamaktadır.

Türkiye'de 2017'de yayınlanan bir çalışmada ise doğum sonu ilk emzirmenin %7.2'sinin ten tene temas sırasında gerçekleştiği, %45.6'sının ise ten tene temas uyguladığı belirlenmiştir (Toprak ve ark., 2017). Dünya Sağlık Örgütü, komplikasyonsuz yenidoğanın doğum sonrası ilk saatte annesi ile ten tene temas ilişkisi içerisinde olmasını önermektedir (güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt) (WHO, 2018). Yapılan sistematik derlemede erken ten tene temas, bebekleri sakin ve sıcak tutmaya yardımcı olurken emzirmeyi de desteklediği belirtilmiştir. Kaliteli çalışma konusunda endişelere rağmen dahil edilen çalışmalarda hiçbir zararlı kanıt bulunmadığından sağlıklı yenidoğanlarda ten tene temas önerilmektedir (Moore ve ark., 2016).

#### **Doğum Destekçisi**

Türkiye'de yapılan bir araştırmada gebelerin %74.5'inin doğumda destek olarak birine gereksinim duyduğu bildirilmiş olup bu destek kişilerin sırasıyla en çoktan başlayarak; annesi, eşi, kardeşi ve bir sağlık personeli olmasını istemiştir. Gebeler doğum esnasında en çok destek vericilerinden cesaretlendirilmeye ihtiyaç duydukları bildirilmiştir. Araştırma sonucunda kadınların doğum sırasında yakınlarının desteğine ihtiyaç duydukları ortaya konmuş olup hastane politikaları bu ortamın oluşmasına izin vermemektedir. Doğumda istedikleri kişiden destek alamayan kadınlar doğumla baş etmede zorluk yaşayabilmektedir (Timur ve Şahin, 2010).

“Çok Az-Çok Geç” uygulaması, doğum desteğinin hiç uygulanmaması, az uygulanması ya da geç uygulanmasını ifade eder. Dünya çapında doğumda doğum destekçisi olan kadınların oranlarına bakıldığında çok düşük oranlar gözümüze çarpmaktadır. 2012 yılında Endonezya %2.3, Arnavutluk 2008-2009 yılları arasında %0.4, Ermenistan 2010 yılında %0.0, Azerbeycan 2006'da %0.6, 2012'de Kırgızistan %0.1 oranları mevcuttur. “Çok Fazla-Çok Erken” uygulaması bulunmamaktadır (Miller ve ark., 2016). Bununla birlikte Sahra altı Afrika bölgesindeki ülkelerde, doğumda doğum destekçisi bulunma oranları 2008-2009 yıllarında Kenya'da %21.1, 2013 yılında Nijerya'da %22.1'i, 2014 yılında Senegal'de %21.6, Kamerun'da 2011 yılında %22.1 olarak bildirilmiştir.

Çoğu gelişmiş ülkenin verilerine erişilemez veya düşük bulunurken gelişmemiş ülke statüsündeki Sahra altı Afrika ülkelerinde bu pozitif uygulamanın kullanımının yüksek oranları dikkat çekicidir (Miller ve ark., 2016).

Düşük kalitedeki kanıtlar; doğum sırasında sürekli desteğin, artan spontan vajinal doğum, doğum süresinin kısalması ve sezaryen doğumunun azalması, müdahaleli vajinal doğum, herhangi bir analjezi kullanımı, bölgesel analjezi kullanımı, düşük ilk beş dakikalık Apgar skoru olmak üzere, kadınlar ve bebekler için sonuçları iyileştirebildiğini göstermiştir (New York: United Nations General Assembly, 2014).

### Sonuç ve Öneriler

Sürdürülebilir kalkınma hedefinde 2030 yılına kadar dünya genelinde 100.000 canlı doğumda 70'ten az anne ölümü hedeflenmektedir. Global anne ölümlerini azaltmak için ilerleme kaydedilmesine rağmen, yalnızca ölümün önlenmesini değil, aynı zamanda tüm kadınlar için sağlık durumunun ve sağlık kalitesinin iyileştirilmesine de ihtiyaç vardır. Hastanelerde gerçekleşen doğumlarda dünya genelinde artış, maternal morbidite ve mortaliteyi azaltma ve sağlık eşitsizliklerini azaltma fırsatı sunmaktadır. Bu fırsatların en etkili şekilde kullanılabilmesi için

sağlık profesyonellerinin müdahalelerini kanıta dayalı uygulamalarla gerçekleştirmesi ve evrensel olarak bu uygulamalara erişilebilmesi gerekmektedir (Bohren ve ark., 2017; Miller ve ark., 2016).

Geçmişte “Çok Az-Çok Geç” uygulamalarının üzerinde durulurken günümüzde “Çok Fazla-Çok Erken” uygulamaları da gündemdedir. “Çok Fazla-Çok Erken” uygulamaların sonuçları iyileştirmeyebilecek ve önlenbilir zararlara yol açabilecek ve sağlık maliyetlerini ve eşitsizliklerini artırabilecek müdahaleler içerdiğinden standarda indirilmelidir. Bu yüzden “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” olmak üzere iki uç uygulamanın üzerinde durulması ve bu uygulamaların yerini “Kanıt Dayalı Uygulamalar”ın alması gerekmektedir (Bohren ve ark., 2017; Miller ve ark., 2016). Bahsedilen “Çok Az-Çok Geç”, “Çok Fazla-Çok Erken” ve “Kanıt Dayalı Uygulamalar”ın özeti tablo 1’de verilmiştir.

Toplumsal, ekonomik ve politik değişimle birlikte kılavuzların oluşturulması, sürdürülmesi ve sürekli iyileştirilmesi için çok sektörlü, çok faktörlü ve çok disiplinli yöntemlerin tümü, gelişmiş anne ve bebek sağlığı için “Çok Az-Çok Geç” ve “Çok Fazla-Çok Erken” uygulamaların ötesine geçmek ve kanıta dayalı uygulamaların kullanımını için gereklidir.

**Tablo 1.** Doğumda “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” uygulanan müdahalelerin “kanıt temelli uygulamalar” ile karşılaştırılması

	Çok Az-Çok Geç	Çok Fazla-Çok Erken	Kanıta Temelli Uygulamalar
<b>Sezaryen</b>	%9'dan az sezaryen oranları; artan maternal ve perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkilendirilmiştir.	Tıbbi ihtiyaç olmadan elektif bir şekilde uygulanan sezaryen doğumlar, kadınların sağlığını riske atarak kısa ve uzun vadeli sağlık problemlerine neden olabilmektedir.	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO), sezaryenin tıbbi gerekçe ile yapılması gerektiğini, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) ise 39. haftadan önce isteğe bağlı sezaryeni önermediğini bildirmiştir.
<b>Doğum İndüksiyonu</b>	Gebe ve fetüs için risk varolan durumlarda gerekli doğum indüksiyonunun sağlanamaması veya geç sağlanmasıdır.	Gebe ve fetüs için risk var olan durumlarda gerekli doğum indüksiyonunun sağlanamaması veya geç sağlanmasıdır.	Dünya Sağlık Örgütü 2018'de, 41. haftadan erken, komplikasyonsuz gebelerde doğum indüksiyonunu önerecek herhangi bir kanıt bulunmadığını açıklamıştır.



**Tablo 1.** (devam) Doğumda “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” uygulanan müdahalelerin “kanıt temelli uygulamalar” ile karşılaştırılması

	<b>Çok Az-Çok Geç</b>	<b>Çok Erken</b>	<b>Fazla-Çok Erken</b>	<b>Kanıt Temelli Uygulamalar</b>
<b>Epizyotomi</b>	Epizyotomi uygulanabilecek durumlarda uygulanmaması ya da geç uygulanması olmasına rağmen Dünya Sağlık Örgütü epizyotomiye önermediğinden dolayı bu oranın azlığının ne anlama geldiği tartışmalıdır.	“Çok Fazla-Çok Erken” uygulamalarda ise endikasyonu olmadan epizyotomi kesisinin uygulanmasıdır.		Amerika Jinekoloji ve Obstetrik Birliği, vajinal doğumlarda rutin olarak epizyotomi uygulanmasını önermemektedir. Dünya Sağlık Örgütünün kılavuzuna göre; epizyotominin rutin kullanımı önerilmemekle birlikte epizyotominin koruyucu etkisine ilişkin kanıtların bulunmamasından dolayı, epizyotominin seçici kullanımının da onaylanmadığını tespit edilmiştir.
<b>Oksitosinle doğumun hızlandırılması</b>	Doğum eylemi normal olarak ilerlemiyor ve fetal sağlık iyi değilse, doğumun hızlandırılmasına ihtiyaç duyulduğunda hızlandırılmaması ya da geç müdahale edilmesidir.	Doğum ilerliyor ve fetal sağlığın iyi olmasına rağmen doğumun hızlandırılmasıdır.		Doğumda gecikme teşhis edilmediği sürece intravenöz oksitosin ile doğumu hızlandırmaktan kaçınılmalı, doğumdaki gecikmenin onaylanmasından önce erken oksitosin müdahalesi kullanıldığında, uterus hiperstimülasyonu, fetal kalp hızı değişiklikleri ve kötü maternal ve yenidoğan sonuçlarında artış riski olabileceği bildirilmiştir.
<b>Doğumhaneye Erken/Geç Kabul</b>	Gebenin, doğumhaneye doğum hazırlığı yapılamadan doğumun sonunda kabul edilmesidir.	Doğumhaneye doğum başlamadan, çok erken kabul edilmesidir.		Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği’ne göre doğuma kabul, kadınların doğumdaki latent fazında fetüslerinin durumu güven verici olduğunda geciktirilebileceği düşünülmektedir. Sağlam bir amniyon kesesinin, kord sıkışması nedeniyle oluşan fetal kalp hızı yavaşlamalarını önlediği, korioamniyonitleri önlediği ve fetal rotasyona izin verdiği belirtilmiştir.
<b>Elektronik Fetal Monitorizasyon</b>	Elektronik Fetal Monitorizasyonun doğum öncesi az ve geç uygulanması olası sorunların tanınmasını önler.	Elektronik Fetal Monitorizasyonun sürekli olarak uygulanması gebenin hareket özgürlüğün kısıtlamaktadır. Bu durum, kadınların başa çıkma stratejilerini etkileyebilmektedir.		Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği’nin önerisine göre aralıklı EFM isteyen düşük riskli kadınlar için elde tutulan bir Doppler cihazı kullanılması düşünülmelidir, aralıklı EFM için bazı kadınların hareket özgürlüğüne izin verebilir. Gebe düşük riskli olmak kaydıyla, birinci evrede 30 dakikada bir, ikinci evrede her 15 dakikada bir değerlendirmek önerilmektedir.
<b>Amniyotomi</b>	Endikasyon gereken durumlarda amniyotomi uygulanmamasıdır.	Endikasyon olmayan durumlarda rutin olarak uygulanmasıdır.		Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği’ne göre; normalde ilerleyen doğumda ve fetal distress kanıtı olmayan kadınlar için, gerekmedikçe rutin amniyotomi yapılmasına gerek yoktur.

**Tablo 1.** (devam) Doğumda “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” uygulanan müdahalelerin “kanıt temelli uygulamalar” ile karşılaştırılması

	<b>Çok Az-Çok Geç</b>	<b>Çok Fazla-Çok Erken</b>	<b>Kanıt Temelli Uygulamalar</b>
<b>Emzirmeye Erken Başlanması</b>	Yenidoğanın, ilk bir saat sonrasında emzirilmesi ya da hiç emzirilmemesi olarak nitelendirilebilir.	Yoktur.	Dünya sağlık örgütünün önerisine göre tüm yenidoğanların doğumdan hemen sonra anneleri ile ten-tene temasa girmesini, doğumdan sonra bir saat içinde emzirmenin desteklenmesi ve bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini önermektedir.
<b>Ten-tene Temas</b>	Bebeğe ilk 24 saat içinde ten-tene temasın sağlanmamasıdır.	Yoktur.	Dünya Sağlık Örgütü, komplikasyonsuz yenidoğanın doğum sonrası ilk saatte annesi ile ten tene temas ilişkisi içerisinde olmasını önermektedir.
<b>Doğum Destekçisi</b>	“Çok Az-Çok Geç” uygulaması, doğum desteğinin hiç uygulanmaması, az uygulanması ya da geç uygulanmasını ifade eder.	Yoktur.	Düşük kalitedeki kanıtlar; doğum sırasında sürekli desteğin, artan spontan vajinal doğum, doğum süresinin kısalması ve sezaryen doğumunun azalması, müdahaleli vajinal doğum, herhangi bir analjezi kullanımı, bölgesel analjezi kullanımı, düşük beş dakikalık Apgar skoru olmak üzere kadınlar ve bebekler için sonuçları iyileştirebildiğini göstermiştir.

Kaynak: ACOG,2017; Miller ve ark., 2016; Moore ve ark., 2016; Sultan ve ark., 2019; Takahashi ve ark., 2017; WHO, 2018

**Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee Approval:** Kullanılan literatür kaynaklar bölümünde gösterilmiştir.

**Hakem/Peer-review:** Dış hakem değerlendirmesi.

**Yazar Katkısı/Author Contributions:** Fikir/kavram: İGS, SAD; Tasarım: İGS, SAD; Danışmanlık: İGS; Veri toplama ve/veya Veri İşleme: İGS, SAD; Analiz ve/veya Yorum: SAD; Kaynak tarama: SAD; Makalenin Yazımı: SAD; Eleştirel inceleme: İGS

**Çıkar çatışması/Conflict of interest:** Çalışmada herhangi bir çıkar çatışması söz konusu değildir.

**Finansal Destek/Financial Disclosure:** Herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

### Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Doğumda uygulanan girişimlerdeki iki uç durum açıklanarak dünyadan ve Türkiye’den veriler ile tartışılmıştır.

- Doğumda uygulanan girişimler güncel yaklaşımlar ile sunulmuştur.

- Doğumda herkes için kanıta dayalı bakımın uygulanmasını destekleyen standardize edilmiş yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir.

### Kaynaklar

- ACOG. (2016). Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 128,1, e1-e15. <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001523>
- Alfirevic Z, Gyte GM, Cuthbert A, Devane D. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2, CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Approaches to limit intervention during labor and birth. *ACOG Committee Bulletin*, 2017. Erişim Tarihi: 09.01.2020, <https://www.acog.org/-/media/project/acog/acogorg/clinical/files/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth.pdf>.
- Aygar H, Metintaş S. (2018). Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 63-70.
- Başgöl Ş, Beji NK. (2015). Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(2), 32-39.
- Beji NK, (2015). Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları. *İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri*. s.400.

- Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, Gülmezoglu AM. (2016). WHO Working Group on Caesarean Section. WHO statement on caesarean section rates. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 667-670. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Budak MŞ, Kaya C, Akgöl S, Şentürk MB, Pektaş MK, Görük NY ve ark. (2016). Prostaglandin E2 ile doğum induksiyonu: Kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi deneyimi. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 13(2), 61-64.
- Bugg, GJ, Siddiqui F, Thornton JG. (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, (7), CD007123. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123>
- Cahill AG, Spain J. (2015). Intrapartum fetal monitoring. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(2), 263-268. <https://doi.org/10.1097/grf.000000000000109>
- Chen W, Xue J, Peprah MK, Wen SW, Walker M, Gao Y ve ark. (2016). A systematic review and network meta-analysis comparing the use of Foley catheters, misoprostol, and dinoprostone for cervical ripening in the induction of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(3), 346-354. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13456>
- Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. (2014). Labour management and Obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(1), 68. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-68>
- Chwo MJ, Anderson GC, Good M, Dowling DA, Shiau SH, Chu DM. (2007). "A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity". *Journal of Nursing Research*, 10(2), 129-142. <https://doi.org/10.4103/2249-4847.151163>
- Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. (2018). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66, 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- Coşkun A. (2000). Doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği el kitabı. 2. Baskı, İstanbul, Vehbi Koç Vakfı Yayınları., s. 205.
- Çağlayan EK, Kara M, Gürel Y. (2010). Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 27(2), 50-53.
- Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi 2010. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi: 10.01.2020, <https://kalite.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf>.
- Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı (2009). T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara; 90-95. Erişim Tarihi: 06.01.2020, <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B1%C4%B1m%C4%B1%20kitab%C4%B1.pdf>.
- Ismail KM, Webb SS. (2016). Episiotomy and Second-degree Tear. *Gynecologic and Obstetric Surgery: Challenges and Management Options*, 488-489. <https://doi.org/10.1002/9781118298565.ch163>
- Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Kenyon S, Tokumasu H, Dowswell T, Pledge D, Mori R. (2013). High-dose versus low-dose oxytocin for augmentation of delayed labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 13, 7, CD007201. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007201.pub3>
- King TL, Pinger W. (2014). Evidence-based practice for intrapartum care: the pearls of midwifery. *Journal of midwifery & women's health*, 59(6), 572-585. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12261>
- Knight HE, Self A, Kennedy SH. (2013). Why are women dying when they reach hospital on time? A systematic review of the 'third delay'. *PloS One*, 8(5), e63846. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063846>
- Lauzon L, Hodnett ED. (2001). Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000936. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000936>
- Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi, A, Colaci, D, Comandé D ve ark. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388(10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane database of systematic Reviews*, 25, 11, CD003519. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- Pazandeh F, Huss R, Hirst J, House A, Baghban AA. (2015). An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: The use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. *Midwifery*, 31(11), 1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003>
- Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations. Geneva: World Health Organization; 2015. Erişim Tarihi: 09.01.2020, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO\\_RHR\\_15.05\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174001/WHO_RHR_15.05_eng.pdf?sequence=1).

- Sayın NC, Erzincan SG, Çilingir IU. (2018). Sezaryen: kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics-Special Topics*, 11(1), 76-81.
- Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18, 6, CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>
- Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH ve ark. (2019). The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 192-196. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.005>
- Şahin AB, Eyi EGY. (2017). Amniyotominin eylem süresi, sezaryen oranları, maternal ve fetal sonuçlar üzerine etkisi. *Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi*, 25(1), 19-25.
- Şahin M, Erbil N. (2019). Doğum ve medikalizasyon. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 120-130.
- Takahashi K, Ganchimeg T, Ota E, Vogel JP, Souza JP, Laopaiboon M ve ark. (2017). Prevalence of early initiation of breastfeeding and determinants of delayed initiation of breastfeeding: secondary analysis of the WHO global survey. *Scientific reports*, 7:44868. <https://doi.org/10.1038/srep44868>
- Timur S, Şahin NH. (2010). Kadınların Doğumda Sosyal Destek Tercihleri ve Deneyimleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 12(1), 29-40.
- Toprak FÜ, Turan Z, Erenel AŞ. (2017). Doğum Sonu Erken Dönem Hemşirelik Uygulamalarında Güncel Yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 96-103.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 (TNSA). Erişim Tarihi: 12.12.2019, [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018\\_TNSA\\_SR.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/2018_TNSA_SR.pdf).
- United Nations: Millennium Development Goals Report; 2014. Erişim Tarihi: 10.12.2019, <https://www.un.org/en/development/desa/publications/mdg-report-2014.html>.
- WHO recommendations for induction of labour. World Health Organization; 2018. Erişim Tarihi: 19.01.2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf?ua=1>.
- WHO Recommendations on Newborn Health Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee Updated May 2017. Geneva: World Health Organization. Erişim Tarihi: 07.01.2020, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- WHO recommendations: induction of labour at or beyond term. World Health Organization; 2018. Erişim Tarihi: 29.01.2019, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277233/9789241550413-eng.pdf>.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. July 2018; Geneva: World Health Organization. Erişim Tarihi: 18.01.2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>.
- WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization 2015. Erişim Tarihi: 25.12.2019, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?sequence=1).