



Derleme

2023; 32(3): 433-441

**KADIN MERKEZLİ BAKIMIN UYGULANMASINI KOLAYLAŞTIRAN DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ ÖNERİSİ
BİR ARAÇ: DOĞUM BAKIM KILAVUZU
A TOOL OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION TO FACILITATE THE IMPLEMENTATION
OF WOMEN-CENTERED CARE: LABOR CARE GUIDE**

Sinem CEYLAN¹, Şeydanur BULUT¹, Nazan KARAHAN²

¹Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara

ÖZ

Kadın merkezli bakım, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu annelik hizmetlerinde bir kalite göstergesi olmakla birlikte çok boyutlu ve holistik perspektifi içeren bir kavramdır. Kadın merkezli bakımla, pozitif doğum deneyimi oluşturmak için travay süreci ve doğumda bakımın kalitesinin bütünsel olarak ve insan haklarını gözeterek nasıl en uygun hale getirilebileceği Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanan kılavuzda belirtilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, bu kılavuzda yer alan önerilerin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için halen kullanılmakta olan partografi yenileyerek, "Doğum Bakım Kılavuzu"nu oluşturmuştur. Yedi bölümden oluşan Doğum Bakım Kılavuzu, sağlık profesyonellerinin karar alma sürecini standardize ederek, kadın merkezli bakımı teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Doğum Bakım Kılavuzu, doğum eylemi sırasında kadının ve fetüsün güvenliğini sağlamaya, gereksiz müdahalelerden kaçınmaya ve destekleyici bakım sunmaya özel vurgu yaparak, kanıt dayalı bakım için kaynak oluşturmaktadır. Bu derlemede, Doğum Bakım Kılavuzunun partograf ile karşılaştırılması olarak nasıl kullanılacağına açıklanması amaçlanmıştır.

ABSTRACT

Woman-centered care is a concept that includes a multidimensional and holistic perspective, as well as being a quality indicator in prenatal, natal and postnatal maternity services. With woman-centered care, the guide published by the World Health Organization states how the quality of labor and birth care can be optimized holistically and considering human rights to create a positive birth experience. The World Health Organization has created "Labor Care Guide" by renewing the partograph that is still in use in order to effectively implement the recommendations in this guide. Consisting of seven chapters, Labor Care Guide aims to standardize the decision-making process of health professionals and to encourage woman-centered care. Labor Care Guide is a resource for evidence-based care, with special emphasis on ensuring the safety of the woman and the fetus during labor, avoiding unnecessary interventions, and providing supportive care. In this review, it is aimed to explain how to use Labor Care Guide in comparison with the partograph.

Anahtar kelimeler: Doğum, kadın, rehber

Keywords: Labor, woman, guideline

Makale Geliş Tarihi : 03.04.2023
Makale Kabul Tarihi: 19.10.2023

Sorumlu Yazar: Öğr. Gör. Sinem CEYLAN, Ankara Medipol Üniversitesi, Ankara, ceyslansinem1@gmail.com, 0000-0002-8934-0356

Arş. Gör. Şeydanur BULUT, seydanurbulut1112@gmail.com, 0000-0003-1544 6745

Doç. Dr. Nazan KARAHAN, nazan.karahan@sbu.edu.tr, 0000-0002-3546-8450

GİRİŞ

Doğum, fizyolojik, psikolojik, sosyolojik ve spiritüel açıdan kadına özgü çok boyutlu bir deneyimdir (1). Kadınların pozitif bir doğum deneyimi yaşamaları, gereksinimlerinin etkili ve verimli bir şekilde karşılanması ile ilişkilidir (2). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılında pozitif bir doğum deneyimi için rehber yayınlamıştır. Bu rehberde kadın merkezli bakımla, travay ve doğum eylemi sırasında hizmet kalitesinin bütünsel olarak ve insan haklarını gözetererek nasıl en uygun hale getirilebileceğinden söz edilmektedir. DSÖ bu raporun ardından 2021 yılında, pozitif doğum deneyimine ulaşmayı kolaylaştırıcı bir araç olan Doğum Bakım Kılavuzu (DBK)'nu kullanıcı rehberi olarak yayınlamıştır (3,4). Doğum Bakımı Kılavuzu (DBK), her kadının doğum deneyimini iyileştirmek ve DSÖ intrapartum bakım tavsiyelerinin etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla geliştirilen, kadınların ve bebeklerinin sağlık ve esenliğini korumayı hedefleyen bir uygulama kılavuzudur. Bu kılavuz, tüm ortamlarda kaliteli ve kanıta dayalı klinik bakım sağlar. Ayrıca doğumda izlemin odağını, her kadın ve bebeği için olumlu bir doğum deneyimi sağlamayı teşvik eden ancak klinik olmayan uygulamalara doğru genişletmektedir (4). DBK, nitelikli sağlık personelinin kadın merkezli, güvenli ve etkili bakım sağlamasına, tüm kadınlar ve onların bebekleri için doğum deneyiminin optimize edilmesine olanak sağlaması beklenen bir araçtır. Etkileyici bir deneyim olarak görülen doğum yalnızca kadın için değil ailesi ve toplum içinde önemli anlamlar taşımaktadır. Kadının içinde bulunduğu gebelik, travay, doğum ve doğum sonu dönemlerde en uygun bakım sağlayacak kişi de ebedir (5). DBK'nın ebeler tarafından kullanılması, aktif olarak kadının iyiliğini koruma, destekleme ve bebeğin sağlık durumunu yükseltme bağlamında ebelere yardımcı olacaktır. Kılavuz, doğumun birinci evresinin aktif fazından, ikinci evrenin sonuna kadar bir kadının ve bebeğinin sağlığını ve esenliğini izlemeye yönelik kadın merkezli bir yaklaşımı teşvik etmektedir (3,4).

Tüm sağlık bakım merkezlerinde kullanılmak üzere tasarlanan DBK incelendiğinde; 7 bölümden oluştuğu ve partografa benzer bir tablo olduğu görülmektedir. Bu derleme doğumhanede çalışan sağlık personelinin Doğum Bakım Kılavuzunu kullanmasına yardımcı olması amacıyla yazılmıştır.

Kadın Merkezli Bakım ve Uygulamalarının Önemi

Kadın merkezli bakım kavramı, sağlık hizmetlerinin sunulmasında, kadının bireysel gereksinimlerine ve beklentilerine odaklanılması anlamına gelmektedir (6). Doğum öncesi, doğum ve doğum sonu hizmetlerde bir kalite göstergesi olan kadın merkezli bakım, çok boyutlu bütünsel bakış açısını da içeren bir kavramdır (7). Kadın Merkezli Bakım; her kadının sosyal, duygusal, fiziksel, ruhsal ve kültürel ihtiyaçlarını tanıyarak, bütünsel bir yaklaşımı destekleyen bir annelik bakımı felsefesini tanımlamak üzere verilmektedir (8). Bu bakımda kadının bireysel ihtiyaçlarına öncelik verilerek, kontrolün kadında olması esaslı ebelik hizmetleri için de altın standart olarak kabul edilmektedir (9).

Kadın merkezli bakımın üç temel kavramı; kadın, kadın ebe ilişkisi ve bakımın bütünlüğüdür. Birinci kavram olan kadın, kadının tercihlerini, değerlerini ele alırken, kadının davranışlarının dikkate alınarak duygusal destek verilmesini ve aile üyelerinin katılımını içermekte-

dir. İkinci kavram olan kadın-ebe ilişkisi; kadın ile ebe arasındaki güveni, empatik iletişim kurmayı, bilgi vermeyi, ortak karar vermeyi ve kadın tarafından ebenin uzmanlığının algılanmasını içerir. Son olarak bakımın bütünlüğü kavramı ise sürekli ebelik desteğini ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonelleri ile koordineli bakımı kapsamaktadır (10). Her kadının doğumu kendine özgü ve farklı bir deneyim olduğundan doğum sürecinde kadına sunulan hizmet de bireyselleştirilmiş olmalıdır (11). "Pozitif Bir Doğum Deneyimi için DSÖ'nün İntrapartum Bakım Önerileri" kılavuzunda, kadın merkezli bakım kavramının önemi vurgulanmakta ve kadın merkezli bakım modellerinin toplum ve sağlık profesyonelleri arasında köprü işlevi gördüğü ifade edilmektedir (12). Doğumda kadın merkezli bakım uygulamalarının kadın, yenidoğan ve ebeler için birçok faydası bulunmaktadır. Örneğin; kadınlarda, doğumun fizyolojik ve müdahalesiz ilerlemesine yardımcı olurken medikal müdahale oranlarını azaltabilmektedir (7). Kadın doğum sürecine aktif katılım sağlayıp karar alma sürecine dahil olduğundan; kendini zihnen, ruhen ve bedenen yeterli hissetmekte, özgüveni ve doğumla baş etme gücü artmaktadır (13). Doğum eyleminde sürekli ebe desteği alması kadının olumsuz deneyim yaşamasını önleyebilir (14). Ayrıca kadının merkezde olduğu bir doğumda anne ve yenidoğan ilişkisi erken dönemde kurulacağı için yenidoğan sağlığı da olumlu etkilenecektir. Bu erken bağlanma ilişkisi emzirmenin erken başlatılması ve başarılı bir emzirme için anahtar rol oynamaktadır (11). Müdahalesi az olan bir doğumda ortam gürültüsünden korunmuş olarak yenidoğan bebeğin ekstrasuterin ortama uyumu kolaylaşacaktır (7). Kadın merkezli bakım ebeler için ise; mesleğin gelişimini ve otonomisini güçlendirir, ebelerin iş doyumunu artırır (9). Kadın merkezli uygulamalarının kanıta dayalı olarak kullanılması ebelik bilgi ve uygulamalarının da gelişmesine yardımcı olmaktadır (11).

Doğum Bakım Kılavuzu

Anne ölümlerinin üçte birinden fazlası, ölü doğumların yarısı ve yenidoğan ölümlerinin dörtte biri doğum ve doğum sırasındaki komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (15). Bu ölümlerin büyük bir çoğunluğu sosyoekonomik düzeyi düşük ortamlarda meydana gelir, zamanında ve uygun müdahalelerle önlenemez. Bu aşamada bekleme ve müdahale zamanını bilmek önem taşımaktadır (16). Doğuma ne zaman müdahale edilmesi gerektiğine karar vermek için eyleminin izlenmesi kritik bir öneme sahiptir. Çünkü normalden sapmaların belirlenmesi komplikasyonların erken tespiti ve tedavisine fırsat sağlayarak olumsuz doğum sonuçlarını önleyecektir. Doğum sırasında bakım kalitesinin iyileştirilmesi, doğum öncesi veya doğum sonrası bakım stratejileri ile karşılaştırıldığında, ölü doğumları ve anne / yenidoğan ölümlerini azaltmak için en etkili strateji olarak tanımlanmaktadır (17).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 yılında yayınladığı intrapartum bakım kılavuzunda olumlu bir doğum deneyimi için tavsiyeler yayınlamıştır. Bu doğrultuda intrapartum bakımda uygulanan 30 mevcut öneriye ek olarak 26 yeni öneri eklenmiş olup, kılavuzda eylemin başlangıcından erken postpartum döneme kadar sağlıklı anne ve bebek için kaliteli bir bakım ve kanıta dayalı uygulamalar önerilmektedir (12). Bu öneriler, doğumun birinci ve ikinci evresinin süresi konusunda yeni

tanımları içermekte, kadınların ve bebeklerinin sağlığını ve refahını iyileştirmek için doğum eylemindeki müdahalelerinin kullanımı ve zamanlaması hakkında sağlık profesyonellerine rehberlik sağlamaktadır (18). DSÖ, 2018 yılında yayınlanan kılavuzda yer alan önerilerin etkin bir şekilde uygulanabilmesi için önceden kullanılmakta olan partografi "Labour Care Guide" (LCG) yani "Doğum Bakım Kılavuzu" (DBK) adı altında yenileyerek yayınlamıştır (Şekil I). Doğum Ba-

kım Kılavuzu, sağlık personelinin doğumda normalden sapan durumları tespit etmesi için düzenli değerlendirmeler yapılmasını sağlamak, sağlık profesyonelleri ve kadınlar için ortak karar alma sürecini ve kadın merkezli bakımı teşvik etmek amacıyla tasarlanmıştır. DBK, eylem sırasında güvenliği sağlamaya, gereksiz müdahalelerden kaçınmaya ve destekleyici bakım sunmaya özel bir vurgu yaparak, kaliteli kanıta dayalı bakım için standart bir kaynak oluşturmaktadır (12,16).

DOĞUM BAKIM KILAVUZU

Ad, Soyad: Parite: Doğum Başlangıç Şekli: Aktif Faz Tarihi:.....

Membranların Ruptürü (Tarih ve saat): Risk Faktörleri:

		Zaman	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
		Uyarı	← BİRİNCİ EVRE →												İKİNCİ EVRE			
Destekleyici Bakım	Refakatçi	H																
	Ağrı Kesici	H																
	Oral Sıvı	H																
	Pozisyon	SP																
Fetüs	Bazal FKH	<110; ≥160																
	FKH	G																
	Deselerasyon																	
	Amniyon Mayı	M+++; K																
	Fetal Pozisyon	P,T																
	Sefal Hematom	+++																
Moulding	+++																	
Gebe	Nabız	<60; ≥120																
	Sistolik KB	<80; ≥140																
	Diastolik KB	≥90																
	Vücut Isısı	<35; ≥37,5																
	İdrar	P++; A++																
Eylemin İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/ 10dk	<2; >5																
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																
	Servikal Dilatasyon (cm) X ile gösterin	10																
		9	W2 saat															
		8	W2,5 saat															
		7	W3 saat															
		6	W5 saat															
	Fetal Bağın İnişi (İşaretleme: O)	5	W6 saat															
		4																
		3																
2																		
1																		
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dak.)																	
	İlaç																	
	IV Sıvı																	
Ortak Karar	Değerlendirme																	
	Planlama																	
Kontrol Eden (Adı, Soyadı, Baş Harfler)																		

Aktif birinci fonda servikal dilatasyon "X" ile gösterilir. Dilatasyon için geçilme süresi hiç ilerleme olmadan açılışında uyarı işaretlenir. İkinci evrede taçlanma başlangıcı "P" ile gösterilir.

Talimatlar: "UYARI" bölümündeki kriterleri karşılayan herhangi bir gözlemi daire alın, kıdemli ebe veya doktoru uyarın, değerlendirmeyi ve yapılan eylemi kaydedin. Eğer doğum 12 saatin ötesinde uzarsa, yeni bir doğum bakım kılavuzu üzerinden devam edin.

Kısaltmalar: E – Evet, H – Hayır, R – Reddediyor, SP – Supine, MO – Mobil, Y – Yok, E – Erken, G – Geç, D – Değişken, S – Sağlam, B – Berrak Sıvı, M – Mekonyum, K – Kan, A – Ön, P – Arka, T – Enine, P+ – Protein, K+ – Keton

Şekil I: Doğum Bakım Kılavuzu, (WHO labour care guide: user's manual)'den Türkçeye çeviri yapılmıştır.

Kılavuz risk durumu ne olursa olsun tüm gebelerde kullanılabilirle beraber öncelikle normal gebelik ve doğum eyleminde kullanılmaktadır. Yüksek riskli gruplarda ek olarak özel izlem ve araçların kullanılması önerilmektedir (16).

Doğum Bakım Kılavuzunun Kullanımı

DBK partograftan uyarlanmış yedi bölümden oluşmaktadır. Bu bölümler; Kadının Başvuru Hikâyesi, Destekleyici Bakım, Bebek, Kadın, Eylemin İlerleyişi, İlaç Tedavisi, Ortak Karar Verme başlıkları altında toplanmıştır.

Tüm bölümlere hem nitel hem nicel veriler yazılabilmektedir. Sayısal veriler belirtildiği şekilde kılavuza yazılırken nitel veriler ise ortak bir dil konuşulmasını sağlamak için DSÖ tarafından tanımlanmıştır (4). DBK, doğum eylemi birinci evrenin aktif fazına girdiğinde yani servikal dilatasyon 5 cm ve üzeri olduğunda kullanılmaya başlanmaktadır (12,19). Kılavuzun doldurulmasına aktif fazda başlanması belirtilse de latent fazda eylemin izlenmesi ve bakımın sağlanması için kullanılması önerilmektedir (4,16).

DBK tablosunda bulunan **zaman ekseninin** ilk satırında her gözlemin yapıldığı saat kaydedilirken, ikinci satır da doğum eylemi sırasında geçen saatlerin sayısını belirtmektedir. "Zaman" satırı, gerçek zamanı saat ve dakika

olarak kaydetmek için sütunlara bölünmüştür. Her sütun 1 saati temsil etmektedir. Kılavuz 12 saat için tasarlanmıştır. Eğer eylem 12 saati geçerse yeni bir kılavuza devam edilmesi gerekmektedir (4). Tabloda kadını **değerlendirme sıklığı** ise büyük ölçüde DSÖ rehberliğine dayanmakla birlikte, bazı değişkenler için izleme sıklığı yüksek kaliteli kanıttan ziyade uzmanların fikir birliğine dayanmaktadır. Sağlık personelinin izleme sıklıklarını her bir özel klinik vakaya ve yerel kılavuzlara göre uyarlaması önemlidir. Değerlendirme sıklığının doğum gözlemlerinin sonuçlarına ve kadın ile bebeğinin durumuna bağlı olması beklenmektedir (4).

Bölüm 1. Kadının Başvuru Hikâyesi

Bu bölüm, kadının adını ve doğuma kabulü sırasında kadının temel özelliklerini ve risk durumunu anlamak için gereken temel bilgileri içermektedir. Kadının yaşı, gebelik haftası, seroloji sonuçları, hemoglobun, kan grubu ve Rh faktörü, sevk durumu ve nedeni, fundal yükseklik gibi diğer önemli demografik ve doğum özellikleri kadının tıbbi kayıtlarına dahil edilir. Kadının tam adı, parite, doğumun başlama şekli, aktif doğum teşhisinin tarihi, membranların açılma tarihi ve saati son olarak obstetrik, tıbbi ve sosyal risk faktörleri değerlendirilir ve kaydedilir (4) (Tablo I).

Tablo I. Başvuru Hikâyesi ve Destekleyici Bakım Bölümü Kullanım Tablosu

Kadının Başvuru Hikâyesi Bölümü		
DEĞİŞKEN İsim	KULLANIMI	KISALTMALAR
Parite	Kadının gebelik sayısı sorgulanır. Pariteyi kaydetmek için yerel kodlama sistemini kullanılır.	P: Parite
Doğum Başlangıcı	Doğum eyleminin spontan ya da indüklenerek başlaması kaydedilir. Eylem spontan şekilde başladıysa "Spontan" farmakolojik ajanlarla müdahale ile başladıysa "İndüksiyon" olarak kaydedilir.	-
Aktif Fazın Tanısı	Doğum eyleminin aktif fazının başlama tarihi yerel format kullanılarak (gg/aa/yy) kaydedilir.	-
Membranların Rüptüre Olması	Membran rüptürünün gerçekleştiği tarih ve saat (ss:dd) kadın veya refakatçisine sorarak kaydedilir. Membran rüptürü doğrulanırsa ve kadın tarihi bildiremiyorsa uygun kısaltma kullanılarak kaydedilir.	B: Bilinmiyor
Risk Faktörleri	Bakımın uygun şekilde sağlanması ve doğum yönetiminin potansiyel sonuçları için obstetrik, tıbbi ve sosyal risk faktörleri sorgulanır.	-
Destekleyici Bakım Bölümü		
Refakatçi	Kadının yanında refakatçisi olup olmadığı değerlendirilir. Değerlendirmeye göre "Hayır", "Evet" veya "Reddediyor" şeklinde üç farklı kayıt seçeneği bulunmaktadır. Kadının tercihin ve mevcut duruma göre uygun işaretleme yapılır. Uyarı eşiği "hayır" dır. "Hayır" kaydedildiyse kadının tercih ettiği bir refakatçi teklif edilir. İlerleyen saatlerde kayıt yeniden değerlendirilir.	E: Evet H: Hayır R: Kadın reddediyor
Ağrı	Kadının ağrı kesici alma durumu sorgulanır. "Hayır", "Evet" veya "Reddediyor" şeklinde üç farklı kayıt şekli bulunmaktadır. "Hayır" kaydedildiyse kadının tercihlerine, ağrı kesicinin bulunup bulunmadığına ve sağlık profesyonelinin önerisine göre ağrı kesici önerilir. Yine kadının tercihin ve non-farmakolojik yöntemler önerilebilir.	E: Evet H: Hayır R: Kadın reddediyor
Oral Sıvı	Kadın oral herhangi bir sıvı alıp almadığı değerlendirilir. "Hayır" işaretlendi ise kadın doğum sırasında hafif bir diyet ve istediği gibi sıvı alımı konusunda teşvik edilir.	E: Evet H: Hayır R: Kadın reddediyor
Pozisyon	Kadının pozisyonu değerlendirilir. Supine ve mobil olmak üzere iki farklı işaretleme yapılmaktadır. Eğer sırtüstü duruş (SP) işaretlendi ise doğumun ilk aşamasında kadın serbestçe dolaşmaya teşvik edilir. Ayrıca doğumun her aşamasında kadının pozisyon seçimi (sol yan, çömelleme, diz çökme, refakatçi tarafından desteklenme) desteklenir.	SP: Supine MO: Mobil

Bölüm 2. Destekleyici Bakım

Destekleyici bakım bölümü, refakatçi durumu, farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı kesici kullanımı, oral alımın devamı ve kadınların rahatını artıracak teknikler (kadınları doğum sırasında hareketli olmaya teşvik etmek gibi) gibi ifadeleri içerir. Bu kriterler değerlendirilir ve uygun şekilde kaydedilir. Üçüncü adımda uyarı sütununa göre değerlendirme yapılır son adımda planlama yapılır (4) (Tablo I).

Bölüm 3. Fetal Değerlendirme

Fetal Değerlendirme fetal iyiliği izlerken karar vermeyi kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Bu bölümde temel fetal kalp hızı, fetal kalp hızındaki deselerasyonlar, amniyotik sıvının özelliği, fetüsün pozisyonu, fetal başın şekillenmesi, caput succedaneum ve moulding bulgusu düzenli olarak gözlemlenir ve kaydedilir (4) (Tablo II).

Bölüm 4. Kadının Bakımı

Kadının bakımı bölümü, kadının sağlığının izlenmesini kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Bu bölümde nabız, kan basıncı, ateş ve idrar düzenli olarak gözlemlenir ve kaydedilir (4) (Tablo III). Kadının nabızı 1 dakika boyunca sayılır, kan basıncı ve vücut sıcaklığı ölçülür ve kaydedilir.

Bölüm 5. Doğum Eyleminin İlerlemesi

Bu bölüm, doğum eyleminin ilerleyişini gösteren parametrelerin aralıklı olarak izlenmesinden oluşmaktadır. Doğum eyleminin ilerlemesi, uterus kontraksiyonların sıklığı ve süresinin, servikal dilatasyonun ve fetal başın aşağı inişinin düzenli olarak gözlemlenmesiyle kılavuza kaydedilir (4) (Tablo III).

Bölüm 6. İlaç

Doğum eylemindeki kadının oksitosin alıp almadığını, aldysa dozunu, diğer ilaçların ve IV sıvıların uygulanıp uygulanmadığını açıklayarak doğum sırasında kullanılan tüm ilaç türlerinin tutarlı bir şekilde kaydedilmesini kolaylaştırmak için tasarlanmış bir bölümdür (4) (Tablo IV).

Bölüm 7. Ortak Karar Verme

Bu bölüm, kadın ve refakatçisi ile sürekli iletişimi ve üzerinde anlaşılacak tüm değerlendirmelerin ve planların tutarlı bir şekilde kaydedilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. DSÖ, doğum uzmanları ile doğum yapan kadınlar arasında basit ve kültüre uygun bir dilin kullanılması da dahil olmak üzere etkili iletişimi önermektedir. Uygulamalar ve bulgular hem kadına hem de refakatçiye net ve açık bir dille anlatılır ve ortak karar vermeyi mümkün

Tablo II. Fetal Değerlendirme Bölümü Kullanım Tablosu

DEĞİŞKEN	KULLANIMI	KULLANILAN
Temel FKH	Temel fetal kalp hızı (FKH) en az 1 dakika uterin kasılmalar olmaksızın değerlendirilir ve kaydedilir. Çıkan değer referans değerlere göre kontrol edilir (<110, ≥160). Referans değerler arasında değilse gerekli bakımın planlaması yapılır (12). FKH 110 ile 159 arasında değişiyorsa, ilk aşamada her 30 dakikada bir, doğumun ikinci aşamasında her 5 dakikada bir FKH değerlendirmeye devam edilir (4,20).	-
FKH Deselerasyonlar	Fetal kalp hızındaki yavaşlamalar değerlendirilmektedir. Değerlendirme sonucuna göre uygun olan işaretleme kılavuz üzerine yapılır ve uyarı eşiğinde ("G") ise uygun planlama yapılır (12). Geç deselerasyonlar veya tek bir uzamış deselerasyon mevcutsa, kadının sol tarafına dönmesi istenir, ardından uzun bir oskültasyon yapılır ve bir başka sağlık profesyoneline danışılır (4). Deselerasyon yoksa, birinci evrede her 30 dakikada bir ve ikinci evrede her 5 dakikada bir FKH izlenmeye devam edilir (21).	Y: Yok E: Erken G: Geç D: Değişken
Amniyon Sıvısı	Membranların durumu, amniyotik sıvı rengi gibi kriterler değerlendirilir ve kaydedilir. Uyarı değerleri ("M+++", "B") ile karşılaştırılır. Eğer mekonyumlu ya da kanlı ise fetal distress ve olası müdahaleye karşı yakın ve sık takip edilir (4,22).	S: Sağlam zarlar B: Zarlar yırtılmış, berrak M: Mekonyumlu M+: Önemsiz mekonyumlu M++: Orta mekonyumlu M+++: Kalın mekonyumlu K: Kanlı Sıvı
Fetal Pozisyon	Fetüsün pozisyonun belirlemek için kadının onamını aldıktan sonra vajinal muayene yapılır. Vajinal muayene sonuçları ("A", "P", "T") kaydedilir ve uyarı değerleri ("P", "T") ile karşılaştırılır. Posterior veya transvers pozisyondan oksiput anterior pozisyona dönmemesi anormal fetal pozisyon olarak yönetilir (20). Oksiput anterior pozisyonda ise aksi gerekmedikçe 4 saat sonra vajinal muayene tekrarlanabilir (4).	A: Oksiput anterior (sol ya da sağ) P: Oksiput posterior (sol ya da sağ) T: Oksiput transvers (sol ya da sağ)
Baş	Vajinal muayene yaparken kaput succedaneum varlığı değerlendirilir. Kaput succedaneum varlığı değerlendirilerek kaydedilir. Eğer "+++" olarak değerlendirildi ise uygun planlama yapılır. Kaput: 0 ile ++ ise, aksi belirtilmedikçe 4 saat sonra bir sonraki vajinal muayene sırasında değerlendirme tekrarlanır.	0: Yok + ++ +++
Moulding Bulgusu	Vajinal muayene yaparken moulding bulgusu değerlendirilir. Eğer "+++" olarak değerlendirildi ise uygun planlama yapılır. Moulding 0 ile ++ ise, aksi belirtilmedikçe 4 saat sonra bir sonraki vajinal muayene sırasında değerlendirme tekrarlanır.	0: Yok + ++: (Süturlar üst üste gelmiş ve azaltılabiliyor) +++ : (Süturlar üst üste biniyor ve azaltılamıyor)

Tablo III. Kadının Bakımı ve Doğum Eyleminin İlerlemesi Bölümü Kullanım Tablosu

Kadının Bakımı		KULLANILAN KISALTMALAR	
DEĞİŞKEN	KULLANIMI		
Nabız	Kadının nabızı 1 dakika boyunca sayılır. <60, 120> uyarı sınırlarında ise uygun tedavi ve bakım planlanır. Nabız normal sınırlarda ise, 4 saatte bir değerlendirilir.	-	
Sistolik Basıncı	Kadın oturur pozisyonda iken sistolik kan basıncı ölçülür. <80, 140> uyarı sınırlarında ise uygun tedavi ve bakım planlanır. Sistolik basınç normal sınırlarda ise, 4 saat sonra tekrar değerlendirilir.	-	
Diastolik Basıncı	Kadın oturur pozisyonda iken sistolik kan basıncı ölçülür. 90≥ uyarı sınırlarında ise uygun tedavi ve bakım planlanır. Diastolik basınç normal sınırlarda ise, 4 saat sonra tekrar değerlendirilir.	-	
Sıcaklık	Vücut sıcaklığı aksiller olarak ölçülür ve kaydedilir. Sıcaklık santigrat derece olarak kaydedilir. <35.0, 37,5> ise uygun tedavi ve bakım planlanır. Aksi halinde tekrar 4 saat sonra değerlendirilir.	-	
İdrar	İdrarda protein ve keton değerlendirmesi yapılır. Proteinüri ve ketonüri varsa derecesi belirlenir. Her iki değer de “++” ve daha fazla “+” işareti uyarı belirtir (23). Bu durumda test tekrar edilir. Aksi ispat edilmediyse uygun planlamalar yapılır. Uyarı değerlerinde değilse 4 saatte bir değerlendirilmesi yeterlidir (4).	P-: Proteinürü i yok P+ P++ P+++ P++++	K-: (ketonüri yok) K+ K++ K+++ K++++
Doğum Eyleminin İlerlemesi			
Kontraksiyon sayısı	10 dakika boyunca kontraksiyonların sayısı değerlendirilir ve kaydedilir. İki kontraksiyondan az, 5 kontraksiyondan çok olması uyarı işaretidir (20). Bu durumda doğrulamak için tekrar 10 dakika daha kontraksiyonlar sayılır. Eğer kontraksiyonların sayısı 10 dakikada 3-5 aralığında ise ilk evrede her 30 dakikada bir ve ikinci evrede en az 15 dakikada bir değerlendirme yapılır (4).	-	
Kontraksiyon süresi	Kontraksiyonların süresi saniye cinsinden değerlendirilir ve uygun şekilde kaydedilir. Referans değerler 20-60 saniye aralığında olmalıdır (20). Kasılmalar bu değerler arasında ise ilk evrede her 30 dakikada bir ve ikinci evrede en az 15 dakikada bir değerlendirilir. Bu değerlerden bir sapma söz konusu ise, kontrol amacıyla tekrar bir değerlendirme daha yapılır (4).	-	
Serviks	Dilatasyonunu değerlendirmek için vajinal muayene yapılır. İlk evrenin aktif fazında yapılan her vajinal muayenede zamana ve servikal dilatasyona uyan bölüme “X” işareti konulur. İkinci evreye geçildiğinde ise taçlanmanın başladığı zaman “T” ile gösterilir. Uyarı işaretleri servikal açıklığın; *6 saatten fazla 5 cm de kalması, *5 saatten fazla 6 cm de kalması,*3 saatten fazla 7 cm de kalması, *2,5 saatten fazla 8 cm de kalması,*2 saatten daha fazla 9 cm de kalmasıdır. İkinci evrenin nulliparlarda 3 saatten uzun sürmesi ve multiparlarda da 2 saatten uzun sürmesi de uyarı işaretidir (24). Değerler normal referans değerlerinde ilerliyor ise aksi gerekmedikçe 4 saatte bir vajinal muayene yeterli olacaktır (4).	-	
İniş	Abdominal palpasyon ve her vajinal muayenede fetal başın seviyesi değerlendirilir. Fetal başın inişini tanımlamak için 5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 ve 0/5 kullanılır (20). Kılavuzda Zaman ve iniş seviyesiyle eşleşen hücreye “0” çizilir ve her vajinal muayenede bir “0” işaretlenir. Aktif fazın ilk aşamalarında 5/5 seviyesine daha yakın iken, doğum ilerledikçe 0/5 seviyesine yaklaşır. İlk evrede gerekmedikçe 4 saatte bir vajinal muayene ile inişi değerlendirmek yeterli olacaktır. İkinci evrede, iniş değerlendirmesinin zamanlamasına karar verilirken kadının davranışı, ıkmının etkinliği, bebeğin pozisyonunu ve sağlığı dikkate alınır (4).	-	

ılmak için sonraki eylem planı netleştirilir. Yapılan her değerlendirmeden sonra değerlendirmeyi yapan sağlık profesyonelleri ilgili sütunun en altına, ilgili bölmeye imzasını atarak değerlendirme bitirilir (4) (Tablo IV).

Doğum Bakım Kılavuzu ve Partograf Arasındaki Farklar

Doğum Bakımı Kılavuzu, saygılı doğum bakımının önemli konusundaki güncel kanıtlarla geleneksel bir doğum izleme aracı olan partografi yenileyip, değiştirmektedir (25). Tablo V te partograf ve DBK arasındaki farklılıklar ve benzerlikler verilmiştir (16).

DBK'nın partografa göre birçok avantajı bulunmaktadır. Bunlar; saygılı kadın merkezli bakım, daha iyi sonuçlara yol açan iyileştirilmiş doğum desteği ve bakımı, fetal

sağlığın daha doğru değerlendirilmesi, doğum ilerlemesinin daha doğru değerlendirilmesi, zamanında, kanıta dayalı müdahaleler, ikinci aşamada bakımın belgelenmesi, daha fazla sorumluluk almak olarak sıralanabilmektedir (16,25).

Doğum Bakım Kılavuzu, sağlık personelinin düzenli olarak değerlendirme, kayıt, uyarı değeri ile kontrol etme ve planlama yapması için teşvik edildiğinden, olumlu bir geri bildirim ve karar verme döngüsü oluşturur (16).

Tablo incelendiğinde kadının adı ve paritesi, servikal dilatasyon ve fetüsün gelen kısmının zamana karşı inişi açısından doğum eyleminin ilerleyişi, kadın ve bebeğin sağlığını tanımlayan klinik parametreler ve ilaçlar bölümü DSÖ partografı ile DBK arasındaki benzer noktalar

Tablo IV. İlaç ve Ortak Karar Verme Bölümü Kullanım Tablosu

İlaç		
DEĞİŞKEN	KULLANIMI	KISALTMALAR
Oksitosin	Oksitosin uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilir. Oksitosin uygulanmıyorsa, "H" olarak kaydedilir. Oksitosin uygulanıyorsa oksitosin miktarını litre başına birim (U/L) ve dakikadaki damla (damla/dakika) cinsinden kaydedilir. Oksitosin kullanıldığında, her 60 dakikada bir uygulanan miktar kaydedilir (4).	H: Hayır E: Evet (Evet ise; U/L ve damla/dk)
İlaç	Kadına Oksitosin dışında ilaç uygulanmıyorsa "H" olarak kaydedilir. Doğumun birinci evresinin aktif fazında veya ikinci evresi sırasında kadına uygulanan herhangi bir ek ilacın adı, dozu ve uygulama yolu kaydedilir (örn. 50 mg petidin, kas içi (IM)) (4).	H: Hayır E: Evet (Evet ise; ilacın adını, dozunu ve uygulama yolunu açıklayın)
IV Sıvı	Intravenöz (IV) sıvı veriliyorsa "E", verilmiyorsa "H" olarak kaydedilir. Doğum yapan tüm kadınlara rutin IV sıvı verilmesi, kadınların hareketliliğini azalttığı ve gereksiz yere maliyetleri artırdığı için önerilmemektedir (4,17).	H: Hayır E: Evet
Ortak Karar Verme		
Değerlendirme	Genel değerlendirme ve eylem izlemi için önemli bulgular yazılır.	-
Plan	Değerlendirmeye göre planlama yapılır. Örneğin; Rutin izlemin devamı Membranların suni açılması Vakum veya forseps ile doğum Sezaryen	-

Tablo V. Partograf ve Doğum Bakım Kılavuzu Arasındaki Benzerlikler ve Farklar

BENZERLİKLER		
Kadının adının ve paritesinin belgelenmesi		
Servikal dilatasyon ve fetüsün gelen kısmının zamana karşı inişi açısından doğum eyleminin ilerleyişinin çizilmesi		
Kadın ve bebeğin sağlığını tanımlayan önemli klinik parametrelerin düzenli olarak belgelenmesi		
Oksitosin, ilaçlar ve serum sıvılarının belgeleri		
FARKLILIKLAR		
PARAMETRE	PARTOGRAF	DOĞUM BAKIM KILAVUZU
Kadının gravitesi	+	-
Kabul tarihi ve saati	+	-
Aktif fazın başlama tarihi	-	+
Membranların açılma zamanı	+	+
Doğumun başlama şekli (indüklenmiş veya spontan)	-	+
Risk faktörleri	-	+
Destekleyici bakım müdahaleleri	-	+
FKH	+	++
FKH deselerasyonları	-	+
Amniyon sıvısının özelliği	+	+
Fetüsün pozisyonu	-	+
Kaput succedaneum	-	+
Moulding bulgusu	+	+
Kadının vital bulguları	+	++
İdrar hacmi	+	-
Proteinüri ve ketonüri varlığı	+	+
Kasılmaların süresi ve sıklığı	+	+
Kasılmaların gücü	+	-
Aktif fazın tanımı	4 cm servikal dilatasyondan başlar	5 cm servikal dilatasyondan başlar
"Tatmin edici" doğum ilerlemesinin tanımı	Sabit 1 cm/saatlik zaman sınırı ("uyarı" ve "eylem" satırları)	Her cm.de kanıta dayalı zaman sınırları*
Servikal dilatasyon	+	+
Fetal başın inişi	+	+
Referans değerler	Servikal dilatasyon için "uyarı" ve "müdahale" satırları; normal FKH parametrelerini tanımlamak için kalın çizgiler	Klinik olmayan ve klinik parametreler için "referans eşik" değerleri listelenmiştir
İkinci evre bölümü	-	+
		(Servikal dilatasyon hariç tüm parametreler)
Taçlanmanın başlaması	-	+
Normalden sapmaların belirlenmesi	"Uyarı" ve müdahale çizgilerinin sağındaki servikal dilatasyon ve FHR 180 vuru/dk veya daha hızlı/100 vuru/dk veya daha yavaş dışında herhangi bir emek parametresinin beklenen gözlemlerinden sapmaları belgelenen açık bir yolu yok	"Uyarı" sütunundaki*** ölçütleri karşılayan herhangi bir gözlemin daire içine alınmasını gerektirir
Bulguların değerlendirilmesi	-	+
Bakım planı	-	+
Sağlık profesyonelinin imzası	-	+

*Değerler bir grafik üzerinde çizilir

**Değerler ilgili hücreye yazılır

***Doğum gözlemleri için referans eşik değerleri, farklı parametreler için normal, beklenen aralıkları tanımlar. Anormal bir gözlem belirlenirse yansıtmayı ve belirli eylemleri tetiklemeleri amaçlanır.

olduğu görülmektedir. Aktif fazın tanımı partograf ile DBK arasındaki en belirgin farklardan biri olarak göze çarpmaktadır. Partografında aktif faz servikal dilatasyon 4 cm iken başlamaktadır. Fakat çalışmalar ile aktif fazın servikal dilatasyon 4 cm olunca değil 5 cm olunca başladığını göstermektedir (19,26). Bu yüzden Doğum Bakım Kılavuzunda, partografin aksine aktif faz servikal dilatasyon 5 cm olunca başlamaktadır. Ayrıca membranların açılma zamanı, eylemin başlama şekli, destekleyici bakım müdahaleleri, FKH deselerasyonları, fetal pozisyon, kaput succedaneum varlığı, referans eşik değerler, ikinci evre bölümü başta olmak üzere birçok bölüm güncel literatüre uygun belirlenmiş ve bu bölümleri ile partografadan farklılık göstermektedir (16).

TARTIŞMA

Birçok kadın, orijinal DSÖ partografinin beklenen hızına uygun bir doğum eylemi yaşayamaz. Örneğin, tıbbi müdahaleleri veya sevki tetiklemek için bir tarama aracı olarak 1 cm/saat servikal dilatasyon hızının kullanımını destekleyen kanıtlar literatürde mevcut değildir (25). Bunun yerine, Doğum Bakımı Kılavuzu, doğum eyleminin ilerlemesine ilişkin güncellenmiş, kanıta dayalı referans aralıkları içermektedir. DBK kullanımı ile sağlık personeli, bu referanslara karşı gözlemlerini kaydederek ve gözden geçirerek, eleştirel düşünmeye, gereksiz müdahalelerden kaçınmaya ve uyarı işaretlerine göre hareket etmeye doğrudan yönlendirilecektir. Ayrıca, DBK'da kadının doğum deneyimlerinin önemine yapılan vurgu, sağlık personelinin her kadını kendi doğumuyla ilgili karar alma sürecine dahil etmeye olanak sağlayacaktır (16,25).

Çok merkezli olarak yapılmış bir çalışmada Doğum Bakım Kılavuzu'nun etkinliği bir karma yöntem çalışması kullanılarak altı ülkede değerlendirilmiştir. Buna göre, 136 uygulayıcı ve toplamda 1226 kadının doğum eyleminin izleminde DBK kullanmıştır. Çalışma sonucunda uygulayıcılar, kadın merkezli bakımı teşvik ederek ve sonuçları iyileştiren, doğum yönetiminde eleştirel düşünmeyi teşvik eden DBK'yı, farklı klinik ortamlarda kullanım için uygulanabilir ve kabul edilebilir bir araç olarak tanımlamışlardır (27).

Doğum uzmanları ve ebeler ile yapılan bir çalışmada DSÖ Doğum Bakım Kılavuzunun klinik anlamda karar verme sürecinde etkili olduğu ve saygılı doğum bakımını olumlu yönde etkileme potansiyeli olduğu sonucuna varılmıştır (28).

Nijerya'da kılavuzu değerlendiren bir ebe "Doğum Bakım Kılavuzunu kullanarak hastalarımıza eskisinden daha fazla ilgi gösteriyor, ihtiyaçlarını karşılıyor. Bu nedenle, erken teşhis ve karar verme (nedeniyle) daha az komplikasyon ve daha az müdahale yaşadık," ifadelerinde bulunarak kılavuzun gerekliliğine dikkat çekmiştir (3).

Her kadın ve çocuk için mümkün olan en iyi fiziksel, duygusal ve psikolojik sonuçlara ulaşmak, sağlık sistemlerinin hem kullanıcıyı güçlendiren hem de sağlık personeline olanak sağlayan birey merkezli, kadın merkezli bir bakım modelini desteklemeyi gerektirir. Bu şekilde, Doğum Bakım Kılavuzu, doğumun ilerlemesini izlemek için teknik bir araçtan çok daha fazlası olabilmektedir. DBK Kanıta dayalı, bireyselleştirilmiş doğum eylemi bakımına yönelik önemli tüm adımları temsil eder (3,16,29).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünya Sağlık Örgütü Doğum Bakımı Kılavuzu, sağlık hizmeti verilen ortamın düzeyi ne olursa olsun, doğum bakımında kaliteli, kanıta dayalı, saygılı bakımı desteklemeyi amaçlayan bir araç olarak değerlendirilmiştir. Bu kılavuzun kullanılması, doğumhanede çalışan sağlık personelinin DSÖ'nün önerdiği pozitif doğum deneyimini sağlamaya yardımcı olması açısından önemlidir. Bu bağlamda alan yazında ilk defa yazılan bu derleme ile doğum hizmetlerinde çalışan ebe, hemşire ve hekimlerin ve yöneticilerinin partograf kullanımından DBK kullanımına geçiş yapmasının temel avantajlarına yönelik kaynak oluşturacağını öngörmekteyiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, et al. Birth as a neuro-psycho-social event: An integrative model of maternal experiences and their relation to neurohormonal events during childbirth. PLoS One 2020;15(7):1-15. doi: 10.1371/journal.pone.0230992.
2. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. PLoS One 2018;13(4): e0194906. https://doi.org/10.1371/journal
3. World Health Organization (WHO). Monitoring childbirth in a new era for maternal health. 2020. https://www.who.int/news/item/15-12-2020-monitoring-childbirth-in-a-new-era-for-maternal-health; Erişim tarihi: 26.12.2022.
4. World Health Organization (WHO). Labour care guide: user's manual, 2021. https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566; Erişim tarihi: 20.12.2022.
5. International Confederation of Midwives (ICM). Philosophy and model of midwifery care. 2014.https://www.internationalmidwives.org/assets/files/generalfiles/2020/07/cd0005_v201406_en_philosophy-and-model-of-midwifery-care.pdf; Erişim tarihi:27.03.2023.
6. Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter?. British Journal of Midwifery 2009;17(1):12-16.
7. De Labrusse C, Ramelet AS, Humphrey T, MacLennan SJ. Patient-centered care in maternity services: A critical appraisal and synthesis of the literature. Womens Health Issues 2016;26(1):100-109. doi:10.1016/j.whi.2015.09.003
8. Dong K, Jameel B, Gagliardi AR. How is patient-centred care conceptualized in obstetrical health? comparison of themes from concept analyses in obstetrical health- and patient-centred care. Health Expect 2022;25(3):823-839. doi:10.1111/hex.13434
9. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Staa A. Woman-centered care 2.0: Bringing the concept into focus. Eur J Midwifery 2018;2:5. doi: 10.18332/ejm/91492. eCollection 2018.
10. Schulz AA, Wirtz MA. Assessment of the quality of

- woman-centred midwifery care from the mothers' perspective: A structural analysis of cross-sectional survey data. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitsw* 2021;166:8-17. doi:10.1016/j.zefq.2021.07.006
11. Fontein-Kuipers Y, de Groot R, van Beeck E, van Hoof S, van Staa A. Dutch midwives' views on and experiences with woman-centred care- A Q-methodology study. *Women Birth* 2019;32(6):e567-e575. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.003
 12. World Health Organization (WHO). Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; Geneva. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215>; Erişim tarihi: 02.01.2023.
 13. Lundgren I, Berg M, Nilsson C, Olafsdottir OA. Health professionals' perceptions of a midwifery model of woman-centred care implemented on a hospital labour ward. *Women Birth* 2020;33(1):60-69. doi:10.1016/j.wombi.2019.01.004
 14. Berg M, Asta Ólafsdóttir O, Lundgren I. A midwifery model of woman-centred childbirth care--in Swedish and Icelandic settings. *Sex Reprod Healthc* 2012;3(2):79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001
 15. Say L, Chou D, Gemmill A, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014;2(6):e323-e333. doi:10.1016/S2214-109X(14)70227-X
 16. World Health Organization (WHO). Key points for considering adoption of the WHO labour care guide: policy brief, 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240055766>; Erişim tarihi: 02.01.2023
 17. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet* 2014;384:347-370.
 18. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Diaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2018;223:123-132. doi:10.1016/j.ejogrb.2018.02.
 19. Cohen WR, Friedman EA. Perils of the new labor management guidelines. *Am J Obstet Gynecol* 2015;212(4):420-427. doi:10.1016/j.ajog.2014.09.008
 20. World Health Organization, United Nations Population Fund & United Nations Children's Fund (UNICEF). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*, 2nd ed. World Health Organization. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>; Erişim tarihi: 02.01.2023.
 21. World Health Organization, United Nations Population Fund, World Bank & United Nations Children's Fund (UNICEF). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*, 3rd ed. World Health Organization. 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>; Erişim tarihi: 02.01.2023.
 22. Liabsuetrakul T, Meher S; WHO Intrapartum Care Algorithms Working Group. Intrapartum care algorithms for liquor abnormalities: oligohydramnios, meconium, blood and purulent discharge. *BJOG* 2022. doi: 10.1111/1471-0528.16728
 23. Cheung KW, Tan LN, Meher S; WHO Intrapartum Care Algorithms Working Group. Clinical algorithms for the management of intrapartum maternal urine abnormalities. *BJOG* 2022. doi:10.1111/1471-0528.16726
 24. Zhang J, Troendle J, Reddy UM, Laughon SK, Branch DW, Burkman R, et al. Contemporary cesarean delivery practice in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203(4):326.e1-326.e10. doi:10.1016/j.ajog.2010.06.058
 25. Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, et al. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG* 2021;128(10):1658-1662. doi:10.1111/1471-0528.16694
 26. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, et al. Cervical dilatation patterns of 'low-risk' women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG* 2018;125(8):944-954. doi:10.1111/1471-0528.14930
 27. Vogel JP, Comrie-Thomson L, Pingray V, et al. Usability, acceptability, and feasibility of the World Health Organization Labour Care Guide: A mixed-methods, multicountry evaluation. *Birth* 2021;48(1):66-75. doi:10.1111/birt.12511
 28. Pingray V, Bonet M, Berrueta M, et al. The development of the WHO Labour Care Guide: an international survey of maternity care providers. *Reprod Health* 2021;18(1):66. doi:10.1186/s12978-021-01074-2
 29. Haddad SM, Souza RT, Cecatti JG, et al. Correction: Building a Digital Tool for the Adoption of the World Health Organization's Antenatal Care Recommendations: Methodological Intersection of Evidence, Clinical Logic, and Digital Technology. *J Med Internet Res* 2020;22(10):e24891. doi:10.2196/24891