



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ANNE DOSTU OLAN VE OLMAYAN HASTANE
UYGULAMALARININ OBSTETRİK
SONUÇLARI**

Sinem BAHAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2021



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ANNE DOSTU OLAN VE OLMAYAN HASTANE
UYGULAMALARININ OBSTETRİK
SONUÇLARI**

Sinem BAHAR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON 2021

ONAY

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sinem BAHAR'ın hazırladığı “Anne Dostu Olan Ve Olmayan Hastane Uygulamalarının Obstetrik Sonuçları” başlıklı çalışma Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 19.11.2021

Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ne/...../20..... tarihinde teslim edilen bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../20..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ersan KALAY
Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Hazırlama ve Yazım Kılavuzu standartlarına uygun olarak yazıldığını, tezin akademik ve etik kurallara bağlı kalınarak gerçekleştirilmiş özgün bir bilimsel araştırma eserim olduğunu, tezde yer alan ve bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve kaynakların kaynaklar listesinde yer aldığını, tezin çalışılması ve yazımı aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

19/11/2021

Sinem BAHAR

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan başta sevgili anne babam olmak üzere değerli aileme ve Covid-19 Pandemisi boyunca emek veren, ter döken, canla başla çalışan tüm sağlık çalışanlarına ve onların biricik ailelerine ithaf ediyorum

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimde danışmanlığımı üstlenen ve bana rol model olan, tez çalışmam süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, birlikte çalışmaktan onur ve mutluluk duyduğum, motive edici desteği, sabrı ve hoşgörüsü için minnettar olduğum değerli tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK'a en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Lisansüstü eğitimimde emeği geçen, bilgi, deneyim ve desteğini esirgemeyen Sayın Doç. Dr. Songül AKTAŞ'a, Prof. Dr. Emine Seda GÜVENDAĞ GÜVEN'e ve Dr. Öğr. Üyesi Buğra YÜCESAN'a,

Çalışmamın örneklemine oluşturan tüm annelere,

Gülen yüzleri, sıcak sohbetleri ve içten dilekleri için Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Numune Kampüsü ve Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi sağlık çalışanlarına,

Desteklerini benden esirgemeyen dönem arkadaşlarıma ve Araklı Bayram Halil Devlet Hastanesi Dahiliye Servisi'nde birlikte çalıştığım ekip arkadaşlarıma,

Bir an olsun yanımda olmaktan vazgeçmeyen, sevgi ve desteğini esirgemeyen biricik dostlarım Büşra TOKUR, Eda DAŞTAN ve Semra ATMACA'ya,

Tüm hayatım boyunca yanımda olan ve desteğini her an hissettiren, bana sonsuz güven duyan, üzerimde büyük emeği olan biricik annem Asiye BAHAR ve babam Turan BAHAR'a, desteği ve sevgisini sürekli hissettiğim, sevgili aileme tüm samimiyetimle teşekkür eder ve saygılarımı sunarım.

Sinem BAHAR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

ix

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

x

ÖZET

xii

ABSTRACT

xiii

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

2. GENEL BİLGİLER

4

2.1. Anne Dostu Hastane Kuralları/Anne Dostu Girişiminin 10 Adımı

4

2.2. Ülkemizde Anne Dostu Hastane Programı

7

2.3. Anne Dostu Hastane Uygulamaları ve Ana Çocuk Sağlığına Katkıları

8

2.3.1. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamadan İlki; Doğumun Kendiliğinden Başlaması

9

2.3.2. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın İkincisi; Doğum Sürecinde Gebenin Yürüyebilmesi, Serbest Hareket Edebilmesi ve Pozisyon Değiştirmesine İzin Verilmesi

10

2.3.3. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Üçüncüsü; Doğum Sürecindeki Gebeye Sevdiği Biri (Eş, Arkadaş vb.) Tarafından Duygusal ve Fiziksel Desteğin Sağlanması

11

2.3.4. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Dördüncüsü; Tıbbi Açıdan Gerekli Olmayan Bütün Müdahalelerden Uzak Durulması

12

2.3.5. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Beşincisi; Doğum Sırasında Sırt Üstü Pozisyon Yerine Diğer Pozisyonların Tercih Edilmesi, İkinmada Kadının Kendi Bedenini İzlemesi

13

2.3.6. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Altıncısı; Doğum Sonrası Anne ile Bebek Bağlanması Sağlanması, Anne ve Bebeğin Birlikte Kalması	15
2.4. Anne Dostu Hastane Programının Başarılı Olmasında Hemşire/Ebenin Rolü	15
3. GEREÇ ve YÖNTEM	18
3.1. Araştırmanın Tipi	18
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	18
3.3. Evren ve Örneklem Grubu	18
3.3.1. Dâhil Edilme Kriterleri	19
3.3.2. Dâhil Edilmeme Kriterleri	20
3.4. Veri Toplama Araç ve Teknikleri	20
3.4.1. Veri Toplama Formu	20
3.5. Verilerin Toplanması	21
3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	23
3.8. Araştırmada Yaşanan Zorluklar	24
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	26
3.10.1. Bağımlı Değişkenler	26
3.10.2. Bağımsız Değişkenler	26
3.11. Araştırmanın Hipotezleri	26
4. BULGULAR	28
4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerin Dağılımı	28
4.2. Kadınların Doğum Sürecine İlişkin Özelliklerinin ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	32
4.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	33
4.4. Doğum Eyleminin 2. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	37
4.5. Doğum Eyleminin 3. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	40
4.6. Erken Postpartum Dönemde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	41

4.7. Yenidoğan Değerlendirme Sonuçlarının ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları	43
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	75
7. KAYNAKLAR	83
EKLER	110
Ek 1. Veri Toplama Formu	111
Ek 2. Kurum İzinleri	117
Ek 3. Etik Kurul İzni	120
Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	123
ÖZGEÇMİŞ	124

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Araştırmada verilerin elde edilme yöntemlerine göre gruplandırılması	22
Tablo 2. Kadınlara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı	29
Tablo 3. Kadınlara ait obstetrik özelliklerin dağılımı	31
Tablo 4. Kadınların doğum sürecine ilişkin özelliklerinin ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	32
Tablo 5. Doğum eyleminin 1. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	33
Tablo 6. Doğum eyleminin 2. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	38
Tablo 7. Doğum eyleminin 3. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	40
Tablo 8. Erken postpartum dönemde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	42
Tablo 9. Yenidoğan değerlendirme sonuçlarının ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları	44

KISALTMALAR, SİMGELER VE FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists/ Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
ADH	Anne Dostu Hastane
ADOH	Anne Dostu Olmayan Hastane
ADHU	Anne Dostu Hastane Uygulamaları
ADOHU	Anne Dostu Olmayan Hastane Uygulamaları
CIMS	Coalition for Improving Maternal Services/ Doğum Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu
cm	Santimetre
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EAH	Eğitim Araştırma Hastanesi
EFM	Elektronik Fetal Monitorizasyon
FHK	Fetal Kalp Hızı
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics/ Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu
g	Gram
HBV	Hepatit B Virüsü
ICM	The International Confederation of Midwives/ Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
IM	İntramusküler uygulama
IV	İntravenöz uygulama
KTÜ	Karadeniz Teknik Üniversitesi
Max	Maksimum değer
Min	Minimum değer
ml	Mililitre
NICE	The National Institute for Health and Care Excellence
NRP	Yenidoğan Canlandırma Programı
RCM	The Royal Collage of Midwives
sn	Saniye
Ss	Standart Sapma

SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
T.C.	Türkiye Cumhuriyeti
TDL	Travay Doğum Lohusa
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund/ Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
vb.	Ve benzeri

Semboller

F	Fisher's Exact testi
t	Bağımsız iki örnek t test istatistiği
U	Mann-Whitney U test istatistiği
χ^2	Ki-kare test istatistiği
$\bar{X}$	Ortalama
μg	Mikrogram

ÖZET

Anne Dostu Olan ve Olmayan Hastane Uygulamalarının Obstetrik Sonuçları

Doğumun fizyolojik olduğu fikrinin azaldığı günümüzde, gebelik hizmetlerinin standartını kanıta dayalı olarak yükseltmeyi, perineal komplikasyonları önlemeyi ve maliyeti azaltmayı hedefleyen Anne Dostu Hastane Programı oluşturulmuştur. Çalışmamızda anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki araştırmamızda, Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü doğum salonunda Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında doğum yapan 176 kadın ADOHU grubunda, Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında doğum yapan 180 kadın ADHU grubunda yer aldı. Çalışmamızın verileri, “Veri Toplama Formu” kullanılarak yüz yüze görüşme ve sürekli gözlem teknikleri ile toplandı. Verilerin istatistiksel analizinde; yüzdelik, ortalama, standart sapma, medyan, minimum ve maksimum değerler Ki-Kare, t testi, Mann-Whitney U testi, Pearson Ki-Kare, Fisher’s ve Fisher’s Exact analizleri kullanıldı. Çalışmamızdaki kadınların yaş ortalaması 28.6 ± 5.25 yıldır. ADHU grubunda vajinal muayene sıklığı (4.98 ± 1.79 kez), dilatasyon 4 cm olmadan doğumu hızlandırıcı müdahale yapılma (%11.7), lavman (%1.1), oral sıvı gıda kısıtlaması (%14.4), fundal basınç (%11.1), epizyotomi (%46.1), doğum sonu ek uterotonik (%48.3), yenidoğanda yumuşak doku travması (%36.7) oranlarının ADOHU grubundan daha az olduğu görüldü ($p < 0.05$). Yine ADHU grubunda servis tanıtılma (%76.7), 1. evre (%93.3), 2. evre (%99.4), 2. evrenin süresi (%97.8), 3. evre (%97.2) ve postpartum dönemle ilgili bilgilendirme durumları (%92.2), nonfarmakolojik yöntem kullanma (%98.9), erken ten tene teması sağlama (%98.3), ebe tarafından uygulamalı emzirme desteği sağlama (%81.1) ve doğumun gerçekleştiği hastaneden memnun kalma (%98.3) oranları ile emzirmeyi erken başlatma (0.39 ± 3.28 dk), erken postpartum dönemde abdominal uterin tonus değerlendirme (2.46 ± 0.88 kez), yaşam bulguları takibi (2.21 ± 1.14 kez), vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü (2.47 ± 0.87 kez) sıklıklarının ADOHU grubundan daha yüksek olduğu görüldü ($p < 0.05$). Sonuç olarak, Anne Dostu Hastane Programı’nın bilimsel kanıtlarla desteklenen uygulamaları artırma, desteklenmeyen uygulamaları azaltmada ve anne-bebek sonuçlarını iyileştirmede etkili olduğu saptandı.

Anahtar Sözcükler: Anne Dostu Hastane, Anne Dostu Olmayan Hastane, Doğum Memnuniyeti, Kanıta Dayalı Uygulamalar, Müdahaleler, Obstetri, Vajinal Doğum

ABSTRACT

Obstetric Outcomes of Mother-Friendly and Non-Mother-Friendly Hospital Practices

In our age, when the idea that birth is physiological has begun to decline, the Mother-Friendly Hospital Program has been established to raise the standard of pregnancy services based on evidence, prevent perineal complications, and reduce the cost. The purpose of our study is to determine the obstetric outcomes of mother-friendly and non-mother-friendly hospital practices.

In our descriptive study, 176 women who gave birth between January and April 2019 in the birth room of Trabzon HSU Kanuni TRH Numune Campus were included in the NMFHP group, and 180 women who gave birth between October and December 2019 were included in the MFHP group. The data were collected with a face-to-face interview and continuous observations using the “Data Collection Form”. In the statistical analysis of the data, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values, Chi-Square, t-test, Mann-Whitney U test, Pearson Chi-Square, and Fisher's Exact analyzes were used. The mean age of the women in the study was 28.6 ± 5.25 years. In the MFHP group, the frequency of vaginal examination (4.98 ± 1.79 times), intervention to accelerate birth without 4 cm dilatation (11.7%), using enema (1.1%), restriction of oral liquid food (14.4%), fundal pressure (11.1%), episiotomy (46.1%), additional uterotonic for postpartum (48.3%), and neonatal soft tissue trauma (36.7%) were found to be lower than the NMFHP group ($p < 0.05$). Besides, in the MFHP group, the ratio of introducing the service (76.7%), providing information about the 1st stage (93.3%), the 2nd stage (99.4%), the duration of the 2nd stage (97.8%), the 3rd stage (97.2%) and the postpartum period (92.2%), using non-pharmacological methods (98.9%), providing early skin-to-skin contact (98.3%), providing hands-on breastfeeding support by the midwife/nurse (81.1%), satisfaction with the hospital (98.3%), early initiation of breastfeeding (0.39 ± 3.28 min), abdominal uterine tone evaluation in the early postpartum period (2.46 ± 0.88 times), vital signs follow-up (2.21 ± 1.14 times), vaginal bleeding-fundal height control (2.47 ± 0.87 times) were found to be higher than those in the NMFHP group ($p < 0.05$). In conclusion, it was determined that the Mother-Friendly Hospital Program was effective in increasing the practices supported by scientific evidence, reducing the unsupported practices, and improving mother-infant outcomes.

Keywords: Birth Satisfaction, Evidence-Based Practices, Interventions, Mother-Friendly Hospital, Non-Mother-Friendly Hospital, Obstetrics, Vaginal Birth

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum hizmetleri açısından ulaşılabilir en üst düzeyde sağlık hizmetine erişim tüm kadınlar için tanımlanmış bir üreme hakkıdır. Bu hakkın kadınlara ulaştırılabilmesi için gebelik öncesinden doğum sonrası döneme kadar olan süreci kapsayan bütüncül bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir (1).

Ancak son yıllarda doğumun medikalizasyonu doğumun fizyolojik bir olay olduğu fikrinden uzaklaşılmasına neden olmuştur. Bu yaklaşım gebelik ve doğumun patolojik bir olgu olarak tanımlanmasına gerek gebelik gerekse doğumun giderek daha karmaşık medikal süreçlere dönüşmesine yol açmıştır (1, 2). Medikalizasyonla birlikte, gebelik, doğum gibi doğal süreçler hastalık olarak görülmeye ve tıbbi tedavi sınıfına girmeye başlamıştır (3, 4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum yönteminin medikalizasyonunda sağlık insan gücü ve sağlık hizmetlerinin finansmanı gibi sağlık sistemi ile ilişkili faktörlerin hem kısa hem de uzun vadede sezaryen doğum oranlarının artışında en önemli belirleyiciler olduğunu belirtmektedir (5). Demir'e göre; *“Ülkemizde doğumun medikalizasyonunun başlıca nedenleri: doğumun riskli bir süreç olarak algılanması, doğum ile ilgili tanımlamalardaki belirsizlik (latent faz, aktif faz tanımlamalarının farklı olması ve ekspulsiyon döneminin yanlış yönetilmesi gibi), farklı ekoller arasında distozi tanımının farklı olması ve doğumların ebe ve gebe merkezli değil hekim merkezli olmasıdır.”* (2). Tokat, bunlara ek olarak; *“mediko-yasal baskılar, kar amacı, kanıta dayalı uygulamalar yerine tıpta yerleşik uygulamaların kullanımı, teknolojinin kullanımına karşı merak veya kullanımı durumunda güvende hissetme gibi faktörlerin de medikalleşmede etkili olduğunu”* belirtmektedir (6).

Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde doğal doğumun teşvik edilmesi, kadının bedenindeki hâkimiyetinin sağlanması, kadınların bu sürece yönelik bilgilendirilmiş olarak istek ve onaylarını açıklayabilmeleri gerekmektedir (1, 7, 8). Çünkü doğumun doğal fizyolojisinden uzaklaşılması, kadının bedenindeki kontrolünü engellemekte, bedenini tıbbı mecbur kılmakta, onların istek ve onaylarını arka planda bırakmaktadır (1, 9, 10). Doğumdaki aşırı medikal uygulamalar, kadının kararlara katılmasına, başarı duygusuna, kendi gücünü ortaya çıkarmasına engel olmaktadır. Medikalleşme ile sürecin tamamen sağlık profesyonelleri tarafından kontrol edilmesi, kadının pozitif doğum deneyimi yaşamasını önlemektedir (11).

Doğum sürecinde kanıta dayalı olmayan gereksiz müdahaleler, gebe ve ailesinin doğum sürecini kötü anımsamasına, kadının doğumda etkin rol oynayamamasına, doğumda ve postpartum dönemde komplikasyonların yaşanmasına neden olmaktadır. Dahası ailenin yaşayacağı kötü doğum deneyimi, doğumdan memnuniyeti azaltmakta, bir sonraki gebelikte vajinal doğumdan korkmayı ve isteğe bağlı sezaryen oranlarında artışı beraberinde getirmektedir. Literatürde, yaşanan kötü doğum deneyiminin yakın çevredeki kişilere aktarılması, duyulan kötü doğum deneyimlerinin henüz doğum yapmamış kadınlarda da vajinal doğum korkusuna neden olduğunu ve sezaryen oranlarını artırdığını gösteren çalışmalar yer almaktadır (12, 13).

Günümüzde DSÖ gibi uluslararası kuruluşlar doğumun normal seyrinde devam etmesini, gerekmedikçe müdahale edilmemesini ve kadınların, ailelerin karar verme sürecine katılmasını ve saygıya dayalı olan bir süreci tavsiye etmektedir (14-16). Ancak; son yıllarda doğumu başlatmak, hızlandırmak, sonlandırmak vb. gibi uygulamalar artmış ve doğum sürecinde veya doğumda kadınların çoğunluğuna en az bir obstetrik uygulama yapıldığı kanıtlanmıştır (11). Bununla birlikte kanıt temelli çalışmalarda; riskli olmayan doğumlarda oral sıvı ve besin kısıtlamasına gerek olmadığını, doğumda kadınların destek almasının, rutin lavman, perine traşı, sürekli EFM (Elektronik Fetal Monitörizasyon), sık tuşe, üretral kateter uygulaması gibi müdahalelerin yapılmaması, kadına hareket ve pozisyon özgürlüğü tanınması, erken amniyotomi ve oksitosin kullanılmaması, rutin epizyotomiden uzaklaşılması, doğumda perine masajı ve sıcak uygulamanın yapılması, epidural, kombine epidural-spinal ve inhalasyon anestezisinin kullanılabilmesi önerilmektedir (17-28). Bu doğrultudaki uluslararası hareketlerin en önemlilerinden biri 1997’de kurulan “Anne Dostu Doğum İnisiyatifi” (Mother Friendly Birth Initiative) ve “Doğum Hizmetlerini Geliştirme Koalisyonu” (Coalition for Improving Maternal Services; CIMS)’dur. Amacı, gebelik hizmetlerinin standardını bilimsel kanıtlar ile destekleyerek artırmak, perinatal komplikasyonlara engel olmak ve maliyeti azaltmaktır. Gebelik, doğum ve doğum sonrası sürece odaklanan müdahaleler, temel olarak bu hizmetleri veren sağlık kuruluşlarının hizmet felsefesinde değişim, altyapı, insangücü ve hizmetlerde gelişimi destekleyerek “Mother Friendly” “Anne Dostu” sağlık kuruluşları ve anne sağlığı hizmetleri oluşturmayı hedeflemektedir (1, 9, 10, 29).

Doğum eyleminin normalleştirilmesi, kadının güçlendirilmesi, otonomisinin sağlanması, bakım verenler açısından zarar vermeme ve sorumluluk ilkelerinden oluşan

“Anne Dostu Hastane Felsefesi” doğrultusunda, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ülke gerçekleri ve ihtiyaçlarına uygun on adımdan oluşan “Anne Dostu Hastane Kriterleri” oluşturulmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı, ilk olarak 10-13 Şubat 2011’de “Anne Dostu Hastane Programı”nı katılımcılara tanıtmış ve ardından 2015 yılında Anne Dostu Hastane Projesi hayata geçirilmiştir (30-32). Bugün Türkiye’de 25 Haziran 2021 tarihi itibarıyla 77 hastane Anne Dostu unvanı almış olup çalışmalara devam edilmektedir (33).

Anne dostu hastanelerin benimsediği girişimlerin nihai sonucunda kadın, bebek ve ailelerinin iyilik hali ve sunulan hizmetlerin niteliğinin bilimsel kanıtlara dayalı olarak artması beklenmektedir (1, 9, 10). Ancak literatürde şimdiye kadar yapılan araştırmalar incelendiğinde anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarını yansıtan yeterli veri olmadığı saptanmıştır. Bu nedenle bu çalışma, anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarını araştırmak, literatürdeki boşluğu doldurabilmek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Doğuma yapılan müdahaleler, bilimsel kanıta dayalı olmayan uygulamaların rutin uygulanması, doğum analjezisi, teknoloji bağımlılığı, anne ölümleri, sezaryen oranları, düşük emzirme oranları, maliyet gibi sonuçlar 1990'lı yıllarda artış göstermiş ve bu durum uluslararası kuruluşları alarma geçirmiştir (34, 35). DSÖ ve UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund), 1991 yılında bir araya gelerek Bebek-Dostu Hastane uygulamalarını belirlemiştir (10, 34). Lamaze International 1994 yılında kanıta dayalı uygulamaları artırmak, normal doğum ve emzirme oranını korumak ve desteklemek amacıyla doğum ve emzirme ile ilgili çalışmalar yapan kuruluşları bir araya getirmiş, yapılan görüşmeler sonucu Coalition for Improving Maternity Services-CIMS (Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu) kurulmuştur. CIMS üyelerinin, 1994'ten 1996'ya kadar Anne Dostu Doğum Uygulamalarının temel felsefesini oluşturmak için yaptığı çalışmalar ile 1996 yılında Anne Dostu Doğum Uygulamaları ve Anne Dostu Bakımda On Adım belirlenmiş ve uygulanmaya başlanmıştır (10, 34). Bu çalışmalara ek olarak, DSÖ 1997 yılında "Normal Doğumda Bakım-Pratik Bir Rehber (Care in Normal Birth: A Practical Guide)" klavuzu ile kanıta dayalı uygulamaların önemini vurgulamıştır (10, 36). Sonraki yıllarda anne dostu doğum tanımının, anne dostu bakımın on adımının yer aldığı rehber kitap hazırlanmış ve uygulama ABD'de hayata geçirilmiştir (37). Temel prensibi anne bebek sağlığını olumlu yönde değiştirmek, doğumun doğallığını korumak ve kanıta dayalı uygulamalar ile sağlığı geliştirmek olan program, ülkemizde de 2015 yılında hayata geçirilmiş olup çalışmalara devam edilmektedir (32).

2.1. Anne Dostu Hastane Kuralları/Anne Dostu Doğum Girişiminin 10 Adımı

Kadın sağlığını ve emzirme sonuçlarını iyileştirmeye çabalayan CIMS, annelik hizmetlerini ve bakımını destekleyen ve koruyan on adım belirlemiştir. "Anne Dostu" doğum vizyonunu yürütmek isteyen kurumların bu adımları yerine getirmesi gerekmektedir (35). Anne dostu bakımın belirlenen bu on adımı aşağıdaki gibidir:

"1. Tüm doğum yapan annelerin;

Toplum kültürüne, özel inançlarına ve değerlerine duyarlı bir şekilde hizmet verilmesini, kadının kendi seçtiği bir kişiden (eş, çocuk, aile üyesi, arkadaş gibi) doğum desteği almasını, eğitilmiş bir sağlık personelinin duygusal ve

fiziksel destek almasını, uzman doğum hizmeti ve ebelik bakımına erişimi sağlar” (35, 38).

“2. Topluma doğum süreci bakım uygulamaları ve prosedürleri hakkında doğru, kolay anlaşılır, açıklayıcı ve istatistiksel bilgi verir. Bakım sırasında yapılacak müdahaleler ve sonuçları, tedavi seçenekleri, tedavi alma veya almamanın tüm riskleri, yararları ve sonuçları, tedaviyi reddetme, tedavi tercihlerini de içine alan bilgilendirme yapar” (35, 39).

“3. Doğum yapan her kadına, etnik köken, dini inanç, değer ve adetlerine duyarlı, kültürel olarak yetkin bir bakım sağlar. Yetkin bakım ile iletişimin gelişmesi, tıbbi hataların azalması, hasta memnuniyetinin artması ve sağlık hizmet sağlayıcısına duyulan güvenin artması sağlanır” (35, 40).

“4. Kadına serbest hareket edebilme, yürüyebilme, doğum sırasında tercih ettiği pozisyonu kullanabilme (herhangi bir komplikasyonu düzeltmek için gerekli olmadığı sürece), istemediği takdirde litotomi pozisyonunu kullanmama özgürlüğü sağlar” (35, 41).

“5. Açıkça tanımlanmış politika ve prosedürler ile;

Kadının bir doğum merkezinden diğerine transferi gerçekleştiğinde, önceki sağlık çalışanıyla iletişim kurmak da dâhil olmak üzere, doğum hizmetleriyle perinatal dönem boyunca işbirlikçi/ortak bakım sağlanır ve danışmanlık yapılır.

Anne ve bebeğin doğum öncesi, doğum, taburculuk, doğum sonu dönem ve emzirme desteği de dâhil olmak üzere kamunun uygun kaynaklarından yararlanması sağlanır” (35, 41).

“6. Bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen aşağıdaki uygulamalar dâhil ancak bunlarla sınırlı olmayan işlem ve politikaları rutin olarak uygulamaz (tıbbi gereklilik olmadığı sürece);

- *Sürekli EFM*
- *Erken amniyotomi*
- *Besin ve sıvı alımının kesilmesi*

- Damar yolu açma, IV (intravenöz) sıvı uygulaması
- Sık tuşe
- Üretral kateter takılması
- Lavman
- Tıraş

Diğer müdahaleleri aşağıdaki gibi sınırlıdır:

- *İndüksiyon (Doğumu başlatma) %10 veya daha az*
- *Epizyotomi (vajinal kesi) %20 veya daha az (hedef %5)*
- *İlk doğumda sezaryen oranı ikinci basamak hastaneler için %10 veya daha az üçüncü basamak hastaneleri için %15 veya daha az*
- *Sezaryen oranı %60 veya daha fazla olduğunda, uygun vaka ve koşullarda sezaryen sonrası vajinal doğumu özendirilir ve bu hizmet verilir (hedef %70)” (34, 35, 42).*

“7. Personelini nonfarmakolojik ağrı yönetimi (masaj, hipnoterapi, hidroterapi vb.) ile ilgili eğitir, herhangi bir komplikasyonu düzeltmek gerekmedikçe analjezik ve anestezi ilaç kullanımını teşvik etmez” (35, 43).

“8. Hasta, prematüre, konjenital anomalili olsa bile, tüm anneleri ve ailelerini, bebeklerine dokunma, tutma, emzirme ve koşullarına uygun biçimde bebeklerine bakım verme konusunda teşvik eder” (35, 44).

“9. Yenidoğanın dini gerekçeler dışında sünnet uygulamasını önermez” (35, 45).

“10. DSÖ ve UNICEF’in belirlediği ‘On Adımda Bebek Dostu Hastane Girişimi’ kapsamında başarılı emzirmeyi destekler. Bu adımlar:

- *Tüm sağlık personelinin yazılı emzirme politikasına uymasını sağlar.*
- *Bu politikayı uygulamak için sağlık personeli eğitilmelidir.*
- *Emzirmenin yararları ve yönetimi konusunda tüm gebelerin bilgilendirilmesi sağlanır.*
- *Anneler doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için desteklenir.*

- *Annelere, bebeklerinden ayrı kalmış olsalar bile emzirmenin devamlılığını nasıl sağlayabileceği hakkında eğitim verilir.*
- *Yenidoğana anne sütü dışında yiyecek veya içecek verilmemelidir (tıbbi gereklilikler hariç).*
- *Anne ve bebeğin 24 saat aynı odada, birlikte kalması sağlanır.*
- *İsteğe bağlı emzirme teşvik edilir.*
- *Emzirilen bebeklere emzik veya biberon verilmemelidir.*
- *Taburcu olurken anneye, emzirme destek grupları hakkında bilgi verilmeli, gerekli yönlendirme yapılmalıdır.” (35, 46).*

2.2. Ülkemizde Anne Dostu Hastane Programı

Anne-bebek bakımı, emzirme ve doğum sonuçlarını iyileştirmeyi amaç edinen CIMS’ın Anne Dostu Hastane Programı, Türkiye’de Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı’nca yürütülmektedir (47). Başlangıcı 2010 yılı olan programın tanıtımı 2011’de yapılmıştır (30, 32, 47). Takip eden yıllarda gebeleri normal doğuma özendirmek ve onların güvenli, kaliteli doğum hizmetine ulaşmalarını sağlamak, anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırmak, doğuma müdahale oranlarını azaltmak, mahremiyete dayalı tek kişilik doğum ünitelerini oluşturmak, yanında uygun bir refakatçi bulundurarak rahat, ev ortamında hissedebilmesini sağlamak, doğumda hareket ve pozisyon özgürlüğü sağlamak, ilk yarım saat içinde emzirmeyi başlatmak ve devamlılığını sağlamak amacıyla 2015 yılında bu program uygulamaya geçirilmiştir (32, 35). Bu program dâhilinde, doğum hizmeti veren hastaneler, gönüllülük esasına bağlı olarak, Sağlık Bakanlığı’nın belirlemiş olduğu kriterlere uygun donanımı kazandıktan sonra, Anne Dostu Hastane çalışmaları başlattığını bildirmekte ve eğitim talebinde bulunmaktadır. Ardından Sağlık Bakanlığı tarafından, hastane personelinin en az %80’ine verilen eğitim sonrasında, Anne Dostu Hastane felsefesini içselleştiren, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı tarafından dönem dönem ziyaretlerin yapılmasının ardından yapılan değerlendirme sonuçlarına göre en az 70 puanı karşılayan hastaneler “Anne Dostu Hastane” olmaya hak kazanmaktadır (48). T.C. Sağlık Bakanlığı’nın Anne Dostu Hastane Kriterleri ise şöyledir:

“1. Güvenli ve kaliteli gebelik izlemi ve doğum hizmeti almak bütün anne adaylarının hakkıdır.

2. Verilen hizmet, gebelik dönemi, travay, doğum ve doğum sonrası bakım ve danışmanlık hizmetlerini kapsamalıdır.
3. Kurumlarda poliklinik, eğitim, danışmanlık ve doğum hizmeti verilen ortamlar ulusal standartlara uygun hazırlanmalıdır.
4. Mahremiyet beklentileri itina ile karşılanmalı, hijyen ve konfor standartları yüksek tutulmalıdır.
5. Kanıta dayalı olmayan müdahaleler rutin olarak uygulanmamalıdır.
6. Hizmet sunumu için gerekli olan insan kaynakları ve lojistik destek optimum düzeyde olmalıdır.
7. Acil obstetrik durumlarda sevk kriterlerine uyulmalıdır.
8. Doğum hizmeti anne ve bebek odaklı olmalıdır.
9. Hizmet sunanların bilgi ve beceri kapasitesini güçlendirmeye yönelik aktiviteler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
10. Verilen hizmetlerle ilgili gerekli kayıtlar tutulmalı ve düzenli aralıklara analizleri yapılarak hizmetlerin geliştirilmesinde kullanılmalıdır.” (49).

2.3. Anne Dostu Hastane Uygulamaları ve Ana Çocuk Sağlığına Katkıları

“Anne Dostu Hastane” kavramı, doğum süreci uygulamalarının ve bakımının, anne ve bebek için daha sağlıklı ve doğal olmasıdır (37). Doğumun doğal sürecinden uzaklaşmadan yapılacak uygulamaların anne ve bebek sağlığını iyileştireceği fikri bu uygulamanın temel felsefesidir. Bu bağlamda DSÖ dört bakım uygulaması ve Lamaze International ek iki bakım uygulamasını kabul etmiştir. Bu altı kanıta dayalı uygulama, Cochrane Kütüphanesi ve CIMS tarafınca yapılan sistematik araştırmalarla da desteklenmiştir (29, 50-52). DSÖ, Lamaze ve CIMS’in ortak noktada bulunduğu bu altı kanıta dayalı uygulama aşağıdaki gibidir:

- “1. Doğum kendiliğinden başlamalı
2. Doğum sürecinde kadın yürüyebilmeli, serbest hareket edebilmeli ve pozisyon değiştirmesine izin verilmeli*
3. Doğum sürecindeki gebeye sevdiği biri (eş, arkadaş vb.) tarafından duygusal ve fiziksel destek sağlanmalı

4. *Tıbbi açıdan gerekli olmayan bütün müdahalelerden uzak durulmalı**
5. *Doğum sırasında sırt üstü pozisyon yerine diğer pozisyonlar tercih edilmeli, ıkmada kadın kendi bedenini izlemeli*
6. *Doğum sonrası anne ile bebek bağlanması sağlanmalı, anne ve bebek birlikte kalmalıdır.”*

Bu altı maddenin * ile işaretlieleri Lamaze tarafından, diğer dördü DSÖ tarafından sunulmuştur (53). Bu amaca ulaşmada, kabul edilen altı temel kanıta dayalı uygulama yol gösterici olacaktır.

2.3.1. DSÖ, Lamaze ve CIMS’in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamadan İlki; Doğumun Kendiliğinden Başlaması

Her kadının bedeni, gebelik, doğum ve emzirme için doğal bir mekanizmaya sahiptir ve bu mekanizma ile kendini doğuma en iyi şekilde hazırlar. Sahip olduğu hormon dengesi sayesinde, doğum doğal bir seyirde ve dışarıdan müdahaleye gerek kalmadan başlar ve ilerler. Fetüs, uterus, plasenta ve hormonlar hazır olduklarında doğum eylemi, doğal sürecine başlar. Travayda serviks yumuşar ve silinmeye başlar. Uterus kası, sürekli ve artarak salınan oksitosin hormonuna cevaben kasılmalara başlar ve giderek artan ağrıya neden olur. Kanda miktarı artmakta olan oksitosine, endorfin salgısı da eşlik eder. Vücutta doğal narkotik etkisi olan endorfin hormonu ile gebenin ağrısında azalma meydana gelir. Endorfin ve oksitosin hormonlarının uyumlu devamlılığı ile gebe, uterus kasılmalarıyla daha iyi baş eder ve doğum eyleminin doğallığı devam eder (50, 54, 55). Ancak; dışarıdan gelen herhangi bir stresör, bu doğal yapıyı bozmaya yetebilir. Gebenin korkması, kendini güvende hissetmemesi, stres yaşaması, yapılan müdahaleler gibi faktörler, adrenal salgısında artışa neden olabilir. Adrenalin artışı ile oksitosin-adrenalin dengesi bozulabilir, oksitosin salgısı azalabilir veya tamamen durabilir. Bu durumda eylem ilerleyişinin yavaşlaması kaçınılmaz olacaktır (50, 52, 54). Görüldüğü üzere, özel olarak tasarlanmış doğum mekanizmasına tıbbi endikasyonu olmadan yapılacak en ufak bir müdahale bile, bu doğal mekanizmanın bozulmasına, eylemin uzamasına ya da durmasına sebep olabilmekte, anne ve bebekleri için risk ve komplikasyonları artırabilmektedir (50). Bu nedenle yapılacak uygulamaların bilimsel kanıtlarla desteklenmesi gerekmektedir. Anne dostu hastanelerin, anne ve bebek için en büyük katkısı da bilimsel kanıtları temel almasıdır.

DSÖ, LAMAZE ve CIMS doğumun kendiliğinden başlamasını, endikasyonu olmadan indüksiyon uygulamasının yapılmamasını kabul eder (20, 51). Tıbbi endikasyonu olmadığı halde yapılan indüksiyon uygulaması ile 7.1'den düşük umbilikal kord arter pH'ı, 500 ml (mililitre)'den fazla doğum sonu kanama, hastanede kalış süresinin uzaması, neonatal morbidite riski nedeniyle sürekli EFM uygulanması, IV sıvılar ve sürekli EFM nedeniyle hareket etme, pozisyon değiştirme özgürlüğünde kısıtlama, gebe konforunda bozulma ve stresinde artma, ağrı baş etmesinde azalma ve epidural anestezi ve sezaryene yönelme sonuçları ortaya çıkmaktadır (50, 55). Bu anlamda Anne Dostu Hastane Programı ile indüksiyon yalnızca tıbbi endikasyon varlığında yapılacak olup, gebenin bu olumsuzlukların hiçbirini yaşamadan, doğum ağrısıyla baş edebildiği, rahat hareket edebildiği, konforlu bir doğum deneyimi yaşamasına olanak sağlanmış olacaktır.

2.3.2. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın İkincisi; Doğum Sürecinde Gebenin Yürüyebilmesi, Serbest Hareket Edebilmesi ve Pozisyon Değiştirmesine İzin Verilmesi

Doğumun tüm süreçlerinde kadın, ayakta durma, yürüme, ritmik sallanma, öne eğilme, dizüstü durma, oturma veya çömelme gibi hareketleri kendiliğinden yapar (52, 56). Doğumdaki hareket özgürlüğünün, normal fizyolojik süreçleri kesintiye uğratmaması nedeniyle (57) DSÖ, Lamaze, RCM (The Royal Collage of Midwives) ve NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) de günümüzde sıklıkla uygulanan ve kadını pasif hale (sırt üstü veya yarı yatar) getiren pozisyonlar yerine kan damarları üzerine bası yapmayan, pelvisin tam olarak mobil olduğu, fetüsün daha kolay doğum pozisyonunu alabildiği, bedenin yerçekimi ile uyumlu çalışabildiği, hareket özgürlüğünün olduğu, kadınların kendini kısıtlanmamış hissedebildiği pozisyonları (ayakta durma, yürüme, dizüstü durma, oturma veya çömelme gibi dik pozisyonlar) almasını ve cesaretlendirilmesi gerektiğini önermektedir (20, 22, 51, 58). Bu nedenle Lamaze, eylemdeki kadını hareket etmeye teşvik edecek, duş, egzersiz topu, müzik için CD çalar, EFM sırasında hareket etmeye imkân sağlayan telemetrinin kullanılması gibi önerilerde bulunmaktadır (51). Cochrane veritabanında düşük riskli kadınların dik pozisyonların faydaları konusunda bilgilendirilmesi, kendilerine uygun seçecekleri pozisyonlar için cesaretlendirilmesi önerilmektedir (24). Yapılan çalışmalarda da, kadınların travay süresince sağlanan hareket serbestliğinin doğumu kısalttığı, etkili doğum kontraksiyonu sağladığı, doğum ağrısını, sezaryen oranlarını ve epidural anestezi ihtiyacını azalttığı ve yenidoğan üzerinde herhangi

bir olumsuz etkisinin olmadığı, doğum konforunu da artırarak olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağladığı, memnuniyeti artırdığı ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğu belirtilmektedir (14, 24, 56, 57).

Anne Dostu Hastane Programı, doğum sürecinde hareket ve pozisyon serbestliği tanıyarak kadının doğum sancılarının azalmasını, bu süreçle baş etmesini, rahatlığının artmasını ve daha olumlu geçireceği bir deneyim kazanmasını sağlayacaktır.

2.3.3. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Üçüncüsü; Doğum Sürecindeki Gebeye Sevdği Biri (Eş, Arkadaş vb.) Tarafından Duygusal ve Fiziksel Desteğin Sağlanması

Dünyanın birçok kültüründe doğum eylemi boyunca kadınlar genellikle arkadaşları, akrabaları, sevdikleri kadınlar tarafından desteklenmiştir (38, 59). Doğum desteğinin; duygusal destek (yanında olmak, cesaretlendirmek vb.), fiziksel destek (açlık-susuzluk vb. ihtiyaçlarının karşılanması gibi), neyle nasıl baş edebileceğine yönelik bilgi ve tavsiyelerde bulunmak, savunuculuk (kararlarına saygı göstermek, bakım verenler ile iletişim kurmasına yardımcı olmak) ve partner/eşin bakım sağlayıcı bileşenlerinden oluştuğu belirtilmektedir (18, 59).

Lamaze; doğum sürecinde fiziksel desteğin ağrıyı, duygusal desteğin de stresi azalttığını, dolayısıyla eylemin daha güvenli, daha sağlıklı, daha kolay, müdahalesiz ve yüksek memnuniyet puanıyla sonuçlanacağını belirtmektedir (51). ACOG (The American College of Obstetricians and Gynecologists) ise; sürekli doğum desteğinin, doğum sürecini iyileştireceğini, destek tekniklerini destekçiye (arkadaş, aile vb.) öğretmenin etkili olacağını, sağlık personelinin gerekli desteği sağlaması gerektiğini ifade eder (60). DSÖ de eylem sonuçlarını iyileştirmek için doğum sırasında sürekli desteği tavsiye etmektedir (20).

Yapılan çalışmalarda doğumda verilen sürekli desteğin; doğum eyleminin süresini kısalttığı, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğum oranlarını, perineal travmaları azalttığı; ebe ve kadın arasındaki uyumu artırarak hem ebelerin hem de kadınların memnuniyetini arttırdığı, kadınların doğum ağrısıyla daha iyi başetmesini sağladığı, 5. ve 7. dakikadaki Apgar skorunu artırdığı ve emzirme süresini uzattığı gösterilmektedir (18, 59, 61). Bununla birlikte sürekli destek, kuvvetli bir ağrı kesici özelliği taşıdığından epidural analjeziye alternatif olarak önerilmektedir. Sürekli desteğin bu özelliğine bağlı olarak; doğum eyleminde daha az oranda girişim (EFM, IV sıvı tedavisi, indüksiyon,

analjezik ilaç kullanımı, mesane kateterizasyonu, vakum/forseps, epizyotomi vb.) uygulandığı ve bu girişimlerle ilişkili daha az morbidite olduğu bildirilmektedir (20, 59).

Günümüzde Anne Dostu Hastane Programı, kadının kendi seçtiği bir kişiden (eş, çocuk, aile üyesi, arkadaş gibi) doğum desteği almasına, sağlık profesyonellerinden duygusal ve fiziksel destek almasına, uzman doğum hizmeti ve bakımına erişimini sağladığından, doğum tecrübesinin en üst kalitede yaşanmasına imkân sağlayacaktır.

2.3.4. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Dördüncüsü; Tıbbi Açıdan Gerekli Olmayan Bütün Müdahalelerden Uzak Durulması

Son yıllarda normal doğum eyleminin yönetiminde önemli değişiklikler ortaya çıkmakla birlikte doğumun fizyolojik bir süreç olduğu ve mümkün mertebe az müdahale ile en sağlıklı biçimde yönetilmesi yaklaşımı önem kazanmaya başlamıştır (58). Ancak bugün bu görüşün aksine doğumda tıbbi müdahalelerin (lavman, perine tıraşı, sıvı ve besin kısıtlaması, rutin IV sıvı takılması, sürekli EFM, rutin amniyotomi, sık vajinal muayene, vajinal antiseptik ajanların kullanımı gibi) hala, yüksek ve düşük riskli gebe ayrımı tam yapılmadan, tüm gebelere rutin olarak uygulandığı görülmektedir (62, 63). Bu süreçte yapılan endikasyonsuz müdahaleler, doğumun doğallığını bozduğu gibi bir müdahale başka bir müdahaleyi de beraberinde getirmekte ve annede ve fetüste bazı komplikasyonların (ketosiz, dehidratasyon, uzamış eylem, müdahaleli doğum, doğum sonu kanama, hipoglisemi, hiponatremi, maliyet artışı, sonraki doğumlar için seçeneklerin sınırlandırılması, olumsuz ve mutsuz doğum deneyimi, başarısız ve suçlu hissetme ve hastanede yatış süresinin uzaması vb.) gelişmesine neden olabilmektedir (62, 64, 65). Yapılan çalışmalarda, tıbbi bir endikasyon yoksa perineal tıraş, lavman, sıvı ve gıda kısıtlaması, intravenöz sıvı tedavisi, sık vajinal muayene, sürekli EFM, amniyotomi, epizyotomi, indüksiyon uygulaması gibi müdahalelerin rutin uygulanmasından kaçınılması gerektiği belirtilmektedir (17, 19-21, 25-27, 60, 66-70).

Günümüzde Anne Dostu Hastane Programı ile doğum sürecindeki kadına yapılan tüm girişimler bilimsel kanıtlara dayalı olarak yapılacaktır. Böylece tıbbi bir gerekliliği olmadan yapılan rutin uygulamaların anne ve bebek için meydana getirebileceği risklerden uzak kaliteli, sağlıklı, güvenli ve komplikasyonsuz doğumların sayısı artabilecek, daha olumlu doğum deneyimleri kazanılabilecektir.

2.3.5. DSÖ, Lamaze ve CIMS'ın Kabul Ettiği Altı Kanıt Dayalı Uygulamanın Beşincisi; Doğum Sırasında Sırt Üstü Pozisyon Yerine Diğer Pozisyonların Tercih Edilmesi, ıkmında Kadının Kendi Bedenini İzlemesi

Doğum eyleminde, plasental kan akışında ve uterin kontraksiyonların etkinliğinde azalmaya sebep olabilen, yer çekiminin etkisinden yararlanmayı azaltan, aortovegal basınç oluşmasını artıran ve pelvisin anterior-posterior ve transfer çıkışlarında daralmaya neden olabilen sırt üstü pozisyon, sağlık personeline kolaylık sağladığı için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (50, 58, 71). DSÖ, epidural analjezisi olmayan kadınlar için, dik pozisyonları da içeren, kendi seçtiği doğum pozisyonunu almasının desteklenmesini önermektedir (20). Lamaze International, eylemin ikinci aşamasında dik pozisyonların, yer çekiminin etkisinden yararlanmayı, pelvik kemiklerin gevşek ve açık kalmasını sağladığından eylemin tüm aşamalarının anne ve bebek için daha kısa ve daha kolay olacağını ifade etmektedir (51). ACOG, doğum sırasında annenin rahatlığını artırmak ve en uygun fetal ilerlemeyi teşvik etmek için sık sık yapılan pozisyon değişiklikleri, anne-bebeğin izlem ve tedavisine izin verdiği, kadın için kontrendike olmadığı sürece desteklenmesini önermektedir (60).

Gupta ve arkadaşlarının yaptığı sistematik incelemede, epidural anestezisi olmayan kadınlarda doğumun ikinci evresinde dik pozisyonların kullanılması, ikinci evre süresinde çok küçük bir azalma, epizyotomi ve müdahaleli doğum oranında, fetal distress insidansında azalma olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, aynı çalışmada dik pozisyonların, 500 ml'den fazla kan kaybına ve perineal yırtık riskinin artmasına sebep olabileceği belirtilmektedir (71). Yapılan diğer çalışmalarda, doğumun ikinci evresinde dik pozisyonların kadınların memnuniyetini artırdığı, ikinci evrenin süresini kısalttığı, kadın ve yenidoğan sonuçlarını iyileştirmede ve bazı obstetrik komplikasyonlarla baş etmede faydalı olduğu ve düşük riskli gebelerin eylem sürecinde rahat bir pozisyon seçmesine izin verilmesi gerektiği belirtilmektedir (57, 72-74).

Doğum eyleminde spontan (açık glotis) ve valsalva manevrası (kapalı glotis) olmak üzere iki farklı ıknma tekniği kullanılmaktadır (58). Valsalva manevrası nefes tutarak, açık glotis ise ses çıkartarak ve nefes vererek ıknmayı içermektedir. Pek çok kadın, doğumunun ikinci evresinde valsalva tipi ıknmayı tercih etse de kanıt temelli rehberlerde bu ıknmada uzun süreli nefes tutulmasının fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebileceği belirtilmektedir (58).

Valsalva tipi ıkınmada teknik olarak, kontraksiyonla birlikte derin bir nefes alınıp nefesi tutmak, olabildiğince kuvvetli ve uzun süreli (10-15 saniye) ıkınmak, nefes vermek, kontraksiyon boyunca bu döngüyü tekrarlamak ve kontraksiyon hafiflediğinde ıkınmayı bırakmak gerçekleşmektedir. Bu ıkınma tekniğinde kadın, ebe veya doğum uzmanı tarafından sözel veya görsel olarak yönergeler almaktadır. Spontan ıkınma (açık glottis) tekniğinde ise kadın; kontraksiyon başladıktan ıkınma hissi gelene kadar nefes almakta, ıkınma dürtüsü ile birlikte nefesini vererek ıkınmakta (5-6 saniye), tekrar nefes aldıktan sonra kontraksiyon bitene kadar bu döngüyü tekrarlamaktadır. Spontan ıkınma tekniğinde dışarıdan yönergeler almayan kadın, süreci bakım vericiden destek alarak kendi kontrolünde devam ettirmektedir (75). DSÖ, eylemin ikinci evresinde kadınların kendi ıkınma güçlerini izlemesi için desteklenmesini önermektedir (20). Lamaze; perineye daha az zarar verdiği, doğumdan birkaç ay sonra pelvik taban kaslarının daha güçlü olduğu ve anormal fetal kalp hızının daha az olduğu gerekçeleriyle spontan ıkınmanın daha yararlı olduğunu ifade etmektedir (51). Yapılan çalışmalarda, eylemin ikinci aşamasında valsalva manevrası süresi uzadıkça, fetal asit-baz dengesinin ve potansiyel olarak yenidoğanın refahının olumsuz etkilendiği, bu ıkınma tekniğinin eylemin ikinci evresinin süresini kısalttığı ancak bunun öneminin belirsiz olması ve ürodinamik faktörler üzerinde olumsuz etkisi bulunması nedenleriyle spontan ıkınmanın desteklenmesi ve kadınların kendi ıkınma tekniklerini seçmesinin teşvik edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (76, 77). Yine başka bir sistematik incelemede, belirli bir ıkınma yöntemini tercih etmek için yeterli kanıt olmadığı, kadının kendi bedenini takip etmesi, tercih, rahatlık ve klinik bağlamına göre karar verilmesi gerektiği ifade edilmektedir (78). Daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmakla birlikte, kabul edilebilecek en iyi klinik uygulama, spontan ıkınmayı desteklemek ve kadınlara kısa süreli spontan ıkınma ya da öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine kendi bedenlerini, içgüdülerini dinlemelerini önermektir (58).

Anne Dostu Hastane Programı ile doğum sırasında sırt üstü pozisyon yerine diğer pozisyonlar tercih edilebilecek, ıkınmada kadının kendi bedenini izlemesi sağlanabilecektir. Böylece anne ve bebek için oluşabilecek sağlık riskleri en aza indirilebilecek, annenin daha memnun kaldığı, daha sağlıklı ve daha kolay doğumlar gerçekleşebilecektir.

2.3.6. DSÖ, Lamaze ve CIMS'in Kabul Ettiği Altı Kanıta Dayalı Uygulamanın Altıncısı; Doğum Sonrası Anne ile Bebek Bağlanması Sağlanması, Anne ve Bebeğin Birlikte Kalması

Doğum sonu erken ten tene temas, doğumdan hemen sonra, annenin çıplak göğsünün üzerine bebeğinin çıplak bedeninin yüzüstü olacak şekilde yerleştirilmesi ve üzerinin ılık bir battaniye ile örtülmesidir (79, 80). Anne-bebek arasındaki adaptasyonu ve bağlanmayı kolaylaştırdığı için, kanguru bakımı ile anne-bebek bağlanmasının erken dönemde başlatılması ve teşvik edilmesi önerilmektedir (81). Doğumdan hemen sonra yapılan bu uygulama ile bebeğin anne rahminden sonraki yeni ortamına adaptasyonu daha kolay olacak, bebek sıcak kalacak ve daha az ağlayacaktır (8, 50, 80). Bebeğin anne göğsüne yerleştirilmesi, koku yoluyla meme başını tanımasına yardımcı olacak, dokunuşu ve hareketleri maternal oksitosin salınımını artıracak, salgılanan oksitosin ile plasenta ayrılması ve atılması kolaylaşacak, doğum sonu kanama riski azalacak, emzirme kolaylaşacak, anne bebek bağlanması sağlanacaktır (80, 82, 83). DSÖ, ten tene temasın güvenli olduğunu ve rutin olarak uygulanması gerektiğini belirtmekte ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlara (≤ 2000 gram) stabil olur olmaz, mümkünse sürekli, mümkün değilse aralıklı kanguru bakımı yapılmasını tavsiye etmektedir (20, 84). Yapılan çalışmalarda, erken başlatılan ten temasının emzirme başarısı ve süresini olumlu etkilediği, epizyotomi sırasında ağrıyı azalttığı, doğumun üçüncü evre süresini kısalttığı ve doğum sonu kanama riskini azaltmada etkili bir nonfarmakolojik yöntem olduğu, yenidoğan termoregülasyonunu olumlu etkilediği, ten teması kuran bebeklerin kardiyopulmoner sistem stabilite skoru ve kan glukoz seviyesinin daha yüksek olduğu, doğum sonu depresyonu ve kadının fizyolojik stresini azaltıp anne-bebek ilişkisini güçlendirdiği belirtilmektedir (79, 83, 85-90).

Anne Dostu Hastane Programı ile anne bebek arasında erken ten tene temas sağlanabilecek, böylece anne-bebek bağlanması başta olmak üzere ten temasının sağladığı bütün faydalar elde edilebilecek ve daha sağlıklı anne-bebek sonucu kazanılabilecektir.

2.4. Anne Dostu Hastane Programının Başarılı Olmasında Hemşire/Ebenin Rolü

Anne Dostu Hastane Programı, kanıta dayalı uygulamaları rehber alarak doğuma müdahale oranlarını azaltmayı, ana-çocuk sağlığını iyileştirmeyi ve geliştirmeyi, normal doğum ve emzirme oranlarını artırmayı ve maliyeti azaltmayı hedeflemektedir (1, 9, 10, 30, 35). Bu programın başarısı için hemşire/ebenin rolleri aşağıdaki gibidir:

- Gebelik öncesi dönemden doğum sonu döneme kadar olan tüm süreci kapsayan bütüncül bir yaklaşım izlemelidir.
- Gebeleri doğum öncesi dönemde doğuma hazırlayacak eğitim, bilgi ve destek sağlayarak doğum korkularının azalmasına yardımcı olmalı, onları normal doğuma özendirmeli, kendi bedenini tanımasına yardımcı olmalıdır. Kadına ve ailesine doğal doğum ile anne dostu hastane uygulamaları hakkında bilgilendirme yapmalıdır.
- Doğumun doğal, fizyolojik bir olay olduğunu kabul etmeli, bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen uygulamaları rutin uygulamaktan kaçınmalı, sadece gerekli durumlarda doğuma müdahale etmelidir.
- Toplum kültürüne, özel inançlarına ve değerlerine duyarlı, yetkin bakım vermelidir.
- Doğum sürecindeki kadına duygusal ve fiziksel destek vermeli, yürüme, serbest hareket etme, pozisyon değiştirme özgürlüğü sağlamalıdır. Kadını desteklemeli, doğuma hazırlamalı, herhangi bir müdahale yapılmadan önce kadını bilgilendirmeli ve onayını almalı, doğumda aktif rol almasını sağlamalıdır.
- Doğum sürecindeki kadına bakım, bilgi ve destek sağlayarak daha olumlu bir doğum deneyimi kazanmasına yardımcı olmalıdır. Hem kadının hem de kendinin memnuniyet düzeyini artırmayı sağlayacak şekilde etkili iletişim yöntemlerini de kullanarak daha huzurlu, daha pozitif doğum ortamı sunmalıdır.
- Doğum ağrısının giderilmesinde aromaterapi, masaj, hidroterapi gibi nonfarmakolojik yöntemleri kullanmalıdır.
- Hasta, prematüre, konjenital anomalili olsa bile, tüm anneleri ve ailelerini, bebeklerine dokunma, tutma, emzirme ve koşullarına uygun biçimde bebeklerine bakım verme konusunda teşvik etmelidir.
- Emzirme politikalarını takip etmeli, uygulamalı, emzirmenin yararları, yönetimi konusunda gebeleri bilgilendirmeli, kadınları doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için desteklemeli, emzirmeyi teşvik etmelidir.
- Doğum sonu en erken dönemde anne ile bebeğinin ten tene temasını sağlamalı, onların bir arada kalmasına yardımcı olmalıdır.
- Doğum sonu dönemde kadının ve bebeğinin izlem ve takiplerini protokole uygun olacak şekilde uygulamalıdır.

- Gebelik ve doğum sırasında kadınlar için en uygun olan ebelik bakımının verilmesi için vajinal doğum uygulayıcısı olarak sorumluluklarına sahip çıkmalı, mesleki olarak özerk olduğu ortamda hekimlerle iş birliği içinde çalışmalı ve böylece doğumun medikalizasyonunu azaltmaya katkı sağlamalıdır.
- Doğum için gelen kadınların yapılan ilk değerlendirmelerinin ardından düşük riskli kadınların doğumunu ebe yönetiminde, doğal seyrinde ve müdahale edilmeden gerçekleştirmesini sağlamalıdır.
- Kanıta dayalı uygulamaları ve Anne Dostu Hastane Programı'nı içine alan hizmet içi eğitim programlarına katılmalı ve güncel gelişmeleri takip etmeli, konuyla ilgili araştırmalar yapmalıdır.
- Hemşire ve ebeler anne dostu doğum uygulamaları ile ilgili politikaların geliştirilmesinde rol almalıdır.
- Anne Dostu Hastane Programı'nın içeriği, hedefleri, adımları ile ilgili bilgilendirilmeli ve konuyla ilgili güncel gelişmeleri takip etmelidir.
- Henüz anne dostu olmayan hastanelerde görev yapan sağlık profesyonellerinin programla ilgili eğitim alması, bilgilendirilmesi ve desteklenmesini sağlamalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Numune Kampüsü doğum salonunda yapılmış ve araştırma verileri Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında anne dostu olmayan hastane örnekleme ulaşılmıştır. Kurum, Ekim 2019 tarihinde ‘Anne Dostu Hastane’ unvanı almış, anne dostu hastane örnekleme de Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında ulaşılmıştır.

Trabzon SBÜ Kanuni EAH, Kaşüstü ve Numune olmak üzere iki ayrı kampüs şeklinde hizmet vermektedir. Numune Kampüsü, 1937 yılında inşa edilmiş, 1947 yılında 250 yatak ile hizmet vermeye başlamıştır. Hastanede bebek ve gebelerle ilgili sorunların yaşandığı problemlili gebeliklerin tanı ve tedavisi için perinatal ünitesi, bebeği yenidoğan yoğun bakımda tedavi görmekte olan ve merkezden uzak yerlerde ikameti olan kadınların kalabileceği, 11 oda 21 yataklı anne oteli, uzaktan eğitim videoları ve online eğitim de dahil olmak üzere gebelik ve doğum sürecine yönelik eğitim hizmeti veren gebe okulu bulunmaktadır (91). Numune Kampüsü’nde yer alan doğum salonunda çalışan ebe sayısı 16 olup altı TDL (Travay Doğum Lohusa) odası, üç doğum odası, iki yenidoğan yoğun bakım ve bir müşahade odası bulunmaktadır. Doğum salonunda görev yapan ebeler Anne Dostu Hastane kapsamı süresince; Üreme Sağlığı Modül, Acil Obstetrik Bakım, NRP (Yenidoğan Canlandırma Programı), Doğum Öncesi Bakım Rehberi, Doğum Sonrası Bakım Rehberi, Ebelere Yönelik İletişim Davranış Kuralları ve Sağlık Hukuku Farkındalık, Doğum Hizmetlerinin Güçlendirilmesi, Anne Sütü Emzirme, Doğum Ağrılarıyla İlaçsız Baş Etme Yöntemleri, Doğal Doğum Sempozyumu eğitimlerini almışlardır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde kurumda günlük ortalama beş doğum gerçekleşmiştir (92).

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Ocak 2019-Aralık 2019 tarihleri arasında Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü’nde doğum eyleminin 1. evresinden itibaren doğum için

gelen tüm gebeler oluşturmuştur. Örneklem hesabı için 01 Ocak 2017-31 Aralık 2017 tarihleri arasında Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü'nde gerçekleşen vajinal doğumların tümü alınmıştır. Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü'nün kayıtlarına göre 2017 yılında vajinal doğum yapan kadınların sayısı 1724'tür. Örneklem seçiminde, 'Evreni Belli Örnekleme Yöntemi' kullanılmış olup, Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü'nde 2017'de gerçekleşen vajinal doğum sayısı ve öngörülen sapma değeri ($d=0,05$) esas alınarak örneklem büyüklüğü 314 olarak bulunmuştur. Ancak bu çalışmada olası veri kaybını önlemek ve araştırmanın gücünü artırmak için örneklem sayısı %10'dan fazla artırılarak 356 kadın çalışmaya alınmıştır.

Uygulamanın yapıldığı hastane, araştırma süresi içerisinde Anne Dostu Hastane unvanı aldığı için, Anne Dostu Hastane (ADH) ve Anne Dostu Olmayan Hastanede (ADOH) yatan kadınlar eşit sayıda alınmış ve Anne Dostu Hastane Uygulamaları (ADHU) ve Anne Dostu Olmayan Hastane Uygulamaları (ADOHU) örneklem sayılarının en az yarısı kadar veri toplanmıştır. Veri toplama sırasında normal doğum yapan 420 kadına ulaşılmış; ancak kadınların araştırmanın dahil edilme kriterlerine uymaması, çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, doğum sonu dönemde sorulan sorulara cevap vermek istememesi, vital bulgu-fundus-kanama kontrolleri, yemek, telefon, ziyaretçi gibi nedenlerle görüşmenin bölünmesi, doğum sürecinde komplikasyon gelişmesi ve sezaryen ihtiyacının oluşması gibi nedenlerle 64 kadın çalışmanın dışında tutulmuştur.

3.3.1. Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 20 yaş ve üzeri kadınlar
- 38- 42 haftalık gebeliği olanlar (Term gebelikler)
- Eylemin latent fazında olanlar
- İletişim kurmakta problemi olmayanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul edenler
- Beden kitle indeksi normal aralıkta (18.5-24.9) olanlar
- Normal doğum yapacak olanlar
- Sağlıklı fetüse sahip olanlar
- Kronik hastalığı bulunmayanlar
- Gebelik ve doğumla ilgili herhangi bir komplikasyon yaşamamış olanlar
- Bilinen herhangi bir psikolojik hastalık tanısı bulunmayanlar

3.3.2. Araştırmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

- 20 yaş altı kadınlar
- Preterm ve postterm gebeliği olanlar
- Eylemin latent evresi dışındaki evrelerde olanlar
- İletişim kurmakta problemi olanlar
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyenler
- Beden kitle indeksi normal aralıkta olmayanlar (<18 , >25)
- Sezaryen doğum yapacak olanlar
- Fetüste herhangi bir sağlık problemi bulunanlar
- Kronik hastalığı olanlar
- Gebelik ve doğumla ilgili herhangi bir komplikasyon yaşamış olanlar
- Bilinen psikolojik bir hastalık tanısı olanlar

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında Veri Toplama Formu kullanılmıştır.

3.4.1. Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından literatüre dayalı (8, 9, 11, 20, 29, 30, 35, 37, 47, 49) hazırlanan veri toplama formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm anneye ait sosyo-demografik özelliklerin (yaşı, eğitimi, çalışma durumu, yaşanılan yer ve sosyal güvence, genel sağlık durumu vb gibi) bulunduğu 20 sorudan, ikinci bölüm, doğum sürecine ilişkin özelliklerin (gebelik, kürtaj, düşük sayısı vb gibi) bulunduğu yedi sorudan ve üçüncü bölüm hastane uygulamaları değerlendirme formu içerisinde yer alan 77 sorudan oluşmaktadır (Ek 1). Birinci elden veri toplamak amacıyla araştırma konusuyla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular içeren anket formu oluşturulmuştur. Oluşturulan anket formu on kadın üzerinde test edilerek ön uygulama araştırması yapılmıştır. Bu ön uygulama araştırması sonucunda; tıbbi terimler nedeniyle anlaşılmayan, olumsuz yargı ifadeleri nedeniyle yanlış anlaşılan, cevaplandırılmayan bölümler tespit edilmiş ve anket formuna son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan veriler, veri analizine dâhil edilmemiş ve son şeklini alan anket formu 420 kadına uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri, Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü'nde Ocak-Nisan 2019 ve Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama aşamasında her bir katılımcıya araştırmacı ve çalışma hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onamları alınmıştır. Veriler araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uygun olan kadınların eylemin latent fazından başlayarak doğum sonu iki saatlik süreç boyunca takip edilerek yüz yüze görüşme ve sürekli gözlem teknikleri ile elde edilmiştir. Veri toplama formunun birinci bölümü yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş, ikinci ve üçüncü bölümü ise eylem süresince sürekli gözlem yapılarak, hasta dosyasından veri elde ederek ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak çek list edilmiştir. Her bir katılımcının veri toplama süresi yüz yüze iken 15-20 dakika sürmüş, sürekli gözlem süreleri katılımcının toplam doğum süresine göre değişiklik göstermiştir.

Tablo 1. Araştırmada verilerin elde edilme yöntemlerine göre gruplandırılması

Yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilen bilgiler	Araştırmada gözlem yöntemiyle elde edilen bilgiler	Araştırmada dosyadan elde edilen bilgiler
-Anneye ait sosyo-demografik ve obstetrik özellikler -Doğumun tüm evrelerinde bilgilendirilme durumu -Oral sıvı-gıda kısıtlaması -Pozisyon sınırlandırılması -Dolaşması için teşvik edilme durumu -Kadının çoğunlukla tercih ettiği pozisyon -USG yapılma durumu -Kadının, doğum sırasında istediği pozisyonunda olma durumu -Fundal basınç uygulanma durumu -Uterus masajı yapılma durumu -Ten tene temas -Ebe/hemşirenin uygulamalı emzirme desteği verme durumu -Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik edilme durumu -Doğum sonu dönemde idrar çıkışı -Doğumdan hemen sonra bebeğin anneye gösterilme durumu -Bu hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kalma durumu	-Refakatçi eşlik etme durumu -Servis tanıtılma durumu -Dilatasyon 4 cm (santimetre)'e ulaşmadan tıbbi müdahale yapılma -Dilatasyon> 4cm iken amniyotomi yapılma durumu ve cm'si -Dilatasyon> 4cm iken indüksiyon yapılma durumu ve cm'si -Dilatasyon> 4cm iken antispazmotik yapılma durumu -Perine tıraşı, lavman, damar yolu açılma ve IV mayi uygulanma, amniyotomi, vajinal tuşe ve mahremiyete özen gösterilme, EFM, Doppler ve ÇKS uygulanma durumu -Analjezi/anestezi uygulanma durumu -Ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntem kullanılma durumu -Oral sıvı-gıda, pozisyon sınırlandırılma durumu -Dolaşması için teşvik edilme durumu -Çoğunlukla tercih ettiği pozisyon -Vajinal temizlik yapılma durumu -Doğumun tüm evrelerinde bilgilendirilme durumu -Yapılan müdahalelerden önce sözlü/yazılı onam alınma durumu -Perine temizliği için herhangi bir ürün kullanılma durumu -İkındırılma şekli ve doğum pozisyonu -Perine travmasını azaltmak için uygulanan teknik -Yumuşak doğum kanalında yırtık oluşma durumu -Fundal basınç uygulanma durumu -Epizyotomi -Umbilikal kordun klemplenme zamanı ve şekli -Uterotonik kullanılma durumu -Plasenta doğumu ve ratansiyonu -Uterus masajı yapılma durumu -Anne-bebek buluşma dakikası -Ten tene temas -Bebeğin ilk emzirilme anı -Ebe/hemşirenin uygulamalı emzirme desteği verme -Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik edilme durumu -Doğumdan sonra bebeğin ve kadının aynı odada kalma durumu -Postpartum abdominal uterin tonus değerlendirmesi -Rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu -Yaşam bulguları takip sıklığı, vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolünün protokole uygun yapılma durumu -Doğum sonu dönemde idrar çıkışı, ek uterotonik yapılma, komplikasyon gelişme, analjezi uygulanma durumu -Doğumdan hemen sonra bebeğin kadına gösterilme -Doğumdan sonra bebeğin ortam sıcaklığına uygun giydirilme -Apgar değerlendirme -Resüsitasyon, mekonyum aspirasyonu, yoğun bakım ihtiyacı, komplikasyon, rutin burun ve ağız aspirasyonu yapılma durumları -Doğumdan sonra yenidoğanın silinme, 1 mg K vitamini (IM), Hepatit B aşısı, göz damlası uygulanma durumları -Yenidoğanın başında şekil bozukluğu	-Doğum sürecine ilişkin özellikler -Dilatasyon 4 cm'e ulaşmadan tıbbi müdahale yapılma -IV sıvı uygulama -Vajinal tuşe, EFM -Analjezi/anestezi uygulanma -Amniotomi yapılma -USG yapılma -Yazılı onam alınma -Yumuşak doğum kanalında yırtık oluşma -Epizyotomi uygulanma -Doğum sonu kanamalarının önlenmesi için uterotonik kullanılma -Rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma -Epizyotomi olan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma -Doğum sonu dönem Analjezi, ek uterotonik yapılma -Doğum sonu dönem komplikasyon gelişme -Apgar değerlendirme -Resüsitasyon yapılma -Mekonyum aspirasyonu olma -Yenidoğan yoğun bakım gereksinimi -Yeni doğan komplikasyonu -Yenidoğan kilosu, boyu, baş çevresi

Çalışmanın planlanması esnasında DSÖ'nün 2018 güncellemesi henüz yayımlanmadığı için araştırmadaki katılımcılar 0 cm dilatasyondan 4 cm dilatasyona kadar olan süreçte doğumun birinci evresinin latent fazında, 4 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar olan süreçte doğumun birinci evresinin aktif fazında kabul edilmiştir (93, 94). Detaylı açıklama tartışma bölümünde (sayfa 47-48) verilmiştir.

Araştırmada veriler Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında, haftada ortalama beş gün veri alınarak örneklem sayısına ulaşılmaya çalışılmıştır. Katılım gönüllülük esasına dayanılarak yapılmıştır.

3.6. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmada toplanan veriler 19 Aralık 2019-12 Ocak 2020 tarihleri arasında veri tabanına girilmiştir. Veriler SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 22.0 bilgisayar paket programı ile girilmiş ve IBM SPSS V23 ile analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk KolmogorovSmirnov testi ile incelenmiştir. Gruplara göre kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanılmıştır. İkili gruba göre nicel değişkenlerin karşılaştırılmasında normal dağılmayan veriler için Mann-Whitney U testi ve normal dağılan veriler için bağımsız iki örnek t testi kullanılmıştır. 2x2 lik tablolarda gözlenen frekanslar içinde frekansı 5'ten küçük olanların yüzdesi %20'den küçükse pearson ki kare testi kullanılırken %20'den büyük ve minimum beklenen değer <5'ten ise Fisher's küçükse Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Tablolarda fisher's için uygun olanların fisher's testinin p değerleri sunulmuştur. Ayrıca karşılaştırma için uygun olmayan ve yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar da (---) işareti ile gösterilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan (20.09.2018 tarih ve 23618724/772.02 sayılı) resmi izin (Ek 2) alınmıştır. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve yazılı izin (14.01.2019 tarih ve 24237859-40sayılı) alınmıştır (Ek 3). Araştırma esnasında "Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler" dikkate alınmıştır (95). Katılımcılar araştırmanın adı, amacı ve içeriği hakkında bilgilendirilmiş, araştırmaya katılımın gönüllü olduğu, çalışmaya katılmama/çalışmadan çekilme hakkı olduğu, kimlik bilgisi sorulmayacağı ve elde edilecek verilerin yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacağı belirtilmiştir. Katılımcılardan yazılı izin alınmış ve bireysel hakların

korunmasını gerektirdiğinden ilgili etik ilkeler olan “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi” (Ek 4), “Gönüllülük İlkesi” ve Gizliliğin Korunması İlkesi” yerine getirilmiştir.

3.8. Araştırmada Yaşanan Zorluklar

Ön hazırlıkları yapılan çalışma için 07/08/2018 tarihli ve 14636556-604.01.01-792 sayılı yazı ile Numune Kampüsü’den çalışma izni istenmiş 31.08.2018 tarihli ve 23618724-772.02-E.5241 sayılı yazı ile uygun görülmediği yanıtı üzerine dosyanın tekrar değerlendirilmesi talep edilmiştir. 23618724/772.02 sayı ve 20.09.2018 tarihli yazıda çalışmanın etik kurul onayı alındıktan sonra yapılması uygun görülmüştür. 04/10/2018 de Trabzon SBÜ Kanuni EAH Etik Kurul’una başvuru yapılmış 2018-60 nolu dosya 24.10.2018 tarihinde Trabzon SBÜ Kanuni EAH Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş ve düzeltmeler istenmiştir. Gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra dosya teslim edilmiş; ancak sağlık tesisi bünyesinde hizmet veren Trabzon SBÜ Kanuni EAH Klinik Araştırmalar Etik Kurul’nda görevli üç üyenin etik kurul üyeliklerinin düşmesi nedeni ile 21 Kasım 2018 tarihi itibarıyla yeni üyelerin ataması yapılana kadar etik kurul faaliyetleri durdurulmuştur. Bunun üzerine 27.11.2018 tarihinde KTÜ Farabi Hastanesi Etik Kurul’una başvuru yapılmış ve 24237859-40 sayı ve 14.01.2019 tarihi ile etik kurul onayı alınmış ve çalışmanın verilerini toplamak için bir sonraki aşamaya geçilmiştir.

Araştırmanın Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü ve Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi olmak üzere iki kurumda yürütülmesi planlanmıştır. Bu plana göre; araştırmanın anne dostu olmayan hastane örneklemi için Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü ve anne dostu olan hastane örneklemi için Trabzon’da ‘Anne Dostu Hastane’ unvanına sahip tek hastane olan Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi seçilmiştir. Bu doğrultuda Ocak-Nisan 2019 tarihleri arasında anne dostu olmayan hastane örneklemine ulaşılmıştır. Çalışma, anne dostu hastane örneklemi için Mayıs-Ekim 2019 tarihleri arasında Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi’nde devam etmiş; ancak bu süreç içerisinde Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi’nde kadın doğum hekimlerinin ayrılması, yeterli sayıda hekimin bulunmaması nedeniyle 16-08 mesaisinde doğum kabul edilmemesi, kadınların doğum için genellikle Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü’nü tercih etmesi, Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi’nde ayda ortalama 15 normal doğum gerçekleşip bu doğumların ayda ortalama iki tanesinin çalışmanın dâhil edilme kriterlerine uygun

bulunmuş olması nedenleriyle yeterli sayıya ulaşamamıştır. Bunun üzerine Trabzon Akçaabat Haçkalı Baba Devlet Hastanesi çalışma planından çıkarılmış, alınan veriler iptal edilmiştir. Aynı dönemde ‘Anne Dostu Hastane’ unvanı için hazırlıklar yapmakta olan Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü’nün Ekim 2019’da bu unvanı alması üzerine, çalışmanın anne dostu hastane örnekleme için burada devam edilmesine karar verilmiş ve Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında anne dostu hastane örneklem sayısına ulaşılmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma esnasında özellikle doğum sonu dönemde lohusanın ağırlı ve yorgun, yenidoğanın huzursuz, lohusanın emzirme başarısının düşük olması, epizyotomi varlığı, refakatçinin yenidoğan ve lohusayla yalnız kalmak isteyişi, doğum tebrik telefonlarının gelmesi, doğum salonunda hasta yoğunluğu nedeniyle ilk bir saatin sonunda stabil seyreden lohusaların servise gönderilmesi, vital bulgu ve kanama takibi ile fundus muayenesi gibi işlemler, bazı lohusaların çalışmaya katılmak istememesi nedeniyle veri toplama süresinin uzaması bu çalışmanın sınırlılığıdır. Bunların yanında;

- Araştırmanın yapılması planlanan iki hastaneden birinde yeterli örnekleme ulaşamamış ve araştırma tek bir hastanede gerçekleşmiştir.
- Araştırmanın ADHU ve ADOHU örneklemlerine aynı hastanede ulaşılmıştır. Araştırmanın ADOHU örnekleme için veri toplanırken kurum ‘Anne Dostu Hastane’ unvanı almak için hazırlık yapmaya başlamıştır.
- Araştırmanın sonuçları, bu araştırmaya katılan kadınları temsil etmekte olup toplum için genellenemez ve zamanla değişkenlik gösterebilirler.
- Araştırmanın bazı verileri kadınların öz bildirimlerine dayalı olarak elde edildiği için verilerin güvenilirliği, kadınların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.
- Araştırmanın yapıldığı hastane bölgenin en yoğun doğum hastanesi olduğundan hastaneye T.C. vatandaşı olmayan ancak normal doğum için başvuran pek çok kadın gelmiş; ancak dâhil edilme kriterlerine uygun olmadığı için bu kadınlar çalışmaya dâhil edilememiş ve veri toplama süreci uzamıştır.
- Literatürde anne dostu hastanelerdeki uygulamaları değerlendiren çok az çalışmanın bulunuyor olması, yapılan çalışmalarda araştırmanın gerçekleştirildiği hastanelerin anne dostu olup olmadığının belirtilmemesi, anne dostu hastanelerde doğumun ikinci ve üçüncü evresini değerlendiren çalışma

örneği bulunmaması bu araştırmanın başka bir sınırlılığıdır. Tartışmada yer alan ADH ve ADOH örnekleri seçilirken, çalışmanın ADH’de gerçekleştirildiğinin özellikle belirtildiği araştırmalar ADH örneği olarak seçilmiştir. Ülkemizde Anne Dostu Hastane Programı’nın başlatıldığı 2015 yılından önceki çalışmalar ve ADH unvanı alıp almadığı belirtilmeyen 2015 yılı sonrası çalışmalar ile T.C. Sağlık Bakanlığı’nın güncel Anne Dostu Hastane Listesi’nde adı geçmeyen hastanelerde gerçekleştirilen çalışmalar ise ADOH örneği olarak seçilmiştir.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

3.10.1. Bağımlı Değişkenler

Doğum süresi, vajinal tuşe sıklığı, doğumu hızlandırıcı müdahale, servis tanıtılma durumu, 1. 2. ve 3. evrelerde bilgilendirilme durumu, lavman, damar yolu açılma, IV mayi verilme, EFM sıklığı, Doppler ya da ÇKS uygulama, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntem kullanma, oral sıvı ve besin kısıtlama, pozisyon kısıtlama, USG yapılma, 2. evreyle ilgili bilgilendirme yapma, perine temizliği yapılma, 2. evrede istediği pozisyonda olma, ıkmama türü, perine travmasını azaltma tekniği, perinede yırtık oluşma, fundal basınç uygulanma, epizyotomi uygulanma, umbilikal kord klemplenme zamanı ve şekli, ten teması sağlanma, ilk emzirme dakikası, ebe/hemşire tarafından emzirme desteği alma, plasenta doğumuna müdahale edilme, plasenta retansiyonu, yaşam bulguları takibi, uterin tonus değerlendirme, vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü, ek uterotonik yapılma, komplikasyon gelişme, yenidoğanda baş şekil bozukluğu, K vitamini, Hepatit B aşısı, göz damlası uygulama, annenin hastanede doğum yapmaktan memnun olma durumu.

3.10.2. Bağımsız Değişkenler

ADHU, ADOHU

3.11. Araştırmanın Hipotezleri

H₀₁: ADHU ve ADOHU gruplarındaki kadınlar arasında intrapartum dönemde yapılan endikasyonsuz girişimler açısından (erken amniyotomi, oral sıvı-gıda kısıtlaması, epizyotomi gibi) fark vardır.

H₀₂: ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sürecinde serbest hareket edebilme, yürüyebilme durumu açısından fark vardır.

- H₀₃: ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sürecindeki kadının desteklenme (sevdiği biri tarafından duygusal ve fiziksel, ebeden sürekli destek) durumu açısından fark vardır.
- H₀₄: ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu açısından fark vardır.
- H₀₅: ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sırasındaki kadının pozisyonu, ıkınma şekli açısından fark vardır.
- H₀₆: ADHU ve ADOHU grupları arasında anne-bebek arasında ten tene teması sağlanması açısından fark vardır.
- H₀₇: ADHU ve ADOHU grupları arasında emzirmeye başlama, emzirme desteği alma durumları açısından fark vardır.
- H₀₈: ADHU ve ADOHU grupları arasında kadında komplikasyon gelişme durumu açısından fark vardır.
- H₀₉: ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte yumuşak doku travması gelişme durumu açısından fark vardır.
- H₀₁₀: ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte komplikasyon gelişme durumu açısından fark vardır.
- H₀₁₁: ADHU ve ADOHU grupları arasında kadının doğumdan memnun kalma durumu açısından fark vardır.

4. BULGULAR

Anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

- 4.1. Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerin dağılımı
- 4.2. Kadınların doğum sürecine ilişkin özelliklerinin ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları
- 4.3. Doğum eyleminin 1. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları
- 4.4. Doğum eyleminin 2. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları
- 4.5. Doğum eyleminin 3. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları
- 4.6. Erken postpartum dönemde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları
- 4.7. Yenidoğan değerlendirme sonuçlarının ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

4.1. Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerin Dağılımı

Tablo 2’de kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Buna göre; kadınların yaş ortalamasının 28.6 ± 5.25 yıl ve %60.4’ünün 20-29 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Kadınların %53.3’ünün ortaokul ve lise mezunu, %81.7’sinin ev hanımı olduğu, %82.3’ünün çalışmadığı, %96.1’inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %79.2’sinin gelir durumunu orta düzeyde algıladığı, %44.7’sinin daha çok ilçede ve %84.6’sının çekirdek ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir. Kadınların gebelik öncesi BKİ ortalamasının 22.84 ± 1.82 kg ve gebelikte aldığı kilo ortalamasının ise 13.65 ± 5.25 kg olduğu görülmüştür. ADHU ve ADOHU gruplarındaki kadınların sosyodemografik özellikleri bakımından homojen dağıldığı görülmüştür.

Tablo 2. Kadınlara ait sosyo-demografik özelliklerin dağılımı (n=356)

Özellikler	Ortalama ($\bar{X}$)± Standart Sapma (Ss)	Ortanca / Min-Max
Yaş	28.6±5.25	28 (20-42)
Gebelikte Alınan Kilo	13.65±5.25	13 (0-30)
Gebelik Öncesi BKİ	22.84±1.82	23.44 (18.65–24.98)
	n (Sayı)	% (Yüzde)
Yaş Grubu		
20-29	215	60.4
30-39	130	36.5
40 ve üzeri	11	3.1
Hastane		
Anne Dostu Olmayan	176	49.4
Anne Dostu Olan	180	50.6
Eğitim Durumu		
İlkokul ve Altı	85	23.9
Ortaokul ve Lise	190	53.3
Ön Lisans ve Üzeri	81	22.8
Mesleği		
Ev Hanımı	291	81.7
İşçi	22	6.2
Memur	32	9
Serbest Meslek	11	3.1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	63	17.7
Çalışmıyor	293	82.3
Aile Tipi		
Çekirdek Aile	301	84.6
Geniş Aile	55	15.4
En uzun Yaşadığı Yer		
Köy	41	11.5
İlçe	159	44.7
İl	156	43.8
Sosyal Güvence Durumu		
Yok	14	3.9
Var	342	96.1
Ailenin Gelir Durumu Algısı		
Düşük	53	14.9
Orta	282	79.2
Yüksek	21	5.9

Tablo 3’de kadınlara ait obstetrik özelliklerin dağılımları yer almaktadır. Buna göre, kadınların % 62.4’ünün multipar, % 91’inin yaşayan çocuk sayısı 1 ve üzeri, %59’unun küretaj/düşük deneyimi olmayan ve % 67.4’ünün şu anki gebeliği planlı kadınlar olduğu belirlenmiştir. Kadınların bir önceki doğumları değerlendirildiğinde; %91’inin normal doğum yaptığı, %87.8’ine epizyotomi uygulandığı bulunmuştur. Kadınların %85.1’inin gebe okuluna gitmediği, gebe okuluna giden kadınların çoğunluğunun doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri (%69.8) ile anne sütü ve emzirme eğitimleri aldığı (%69.8) saptanmıştır. Kadınların %54.2’sinin doğum öncesinde doğuma hazırlıkla ilgili bilgi almadığı, doğuma hazırlıkla ilgili bilgi alan kadınların ise daha çok stresle baş etme yöntemleri hakkında (%63.8), sosyal medya/internet üzerinden (%60.7) bilgi aldıkları görülmüştür.

Tablo 3. Kadınlara ait obstetrik özelliklerin dağılımı (n=356)

Özellikler	n	%			
Parite					
Primipar	134	37.6			
Multipar	222	62.4			
Yaşayan Çocuk Sayısı (n=222)					
Yok	20	9			
1 ve üzeri	202	91			
Toplam Yapılan Küretaj/Düşük Sayısı (n=222)					
Yok	131	59			
1 ve üzeri	91	41			
En Son Yapılan Doğum Şekli (n=222)					
Yok	20	9			
Vajinal	202	91			
Önceki Doğumunda Epizyomi Uygulaması (n=222)					
Hayır	27	12.2			
Evet	195	87.8			
Bu Gebeliğin Planlı Olma Durumu					
Hayır	116	32.6			
Evet	240	67.4			
Gebe Okuluna Gitme Durumu					
Hayır	303	85.1			
Evet	53	14.9			
Gebe Okulunda Aldığı Eğitim*					
Anne sütü ve emzirme	37	69.8			
Doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri (nefes, masaj ve gevşeme egzersizleri)	37	69.8			
Egzersiz, hareket ve pozisyon değiştirme	33	62.3			
Doğum şekilleri, normal doğum, doğum belirtileri ve normal doğumun avantajları	31	58.5			
Lohusalık ve bebek bakımı	24	45.3			
Gebelik süreci, gebelikteki değişiklikler, gebelikte bakım ve beslenme	21	39.6			
Doğuma hazırlık ve doğum çantası	5	9.4			
Doğum Öncesinde Doğuma Hazırlıkla İlgili Bilgi Alma Durumu					
Hayır	193	54.2			
Evet	163	45.8			
Doğum Öncesinde Doğuma Hazırlıkla İlgili Aldığı Bilgiler*					
Stresle baş etme yöntemleri**	104	63.8			
Doğum şekilleri (makat geliş, suda doğum), normal doğum süreci-ıkmama, doğum belirtileri, sancılı özellikleri, normal doğumun avantaj ve dezavantajları	95	58.3			
Emzirme ve anne sütü	56	34.4			
Bebekle ilgili bilgiler***	47	28.8			
Lohusalık psikolojisi	23	14.1			
Hastane/doğumhane uygulamaları	16	9.8			
Doğum çantası hazırlığı	14	8.6			
Doğumda sıvı ve yiyecek alımı	9	5.5			
Epizyotomi	8	4.9			
Doğum sancısının evde çekilmesi	6	3.7			
Doğuma Hazırlık Bilgisini Nerden Aldığı*					
Sosyal medya/İnternet	99	60.7			
Ebe	79	48.5			
Kitap, Dergi vb.	25	15.3			
Hemşire	19	11.7			
Doktor	17	10.4			
Arkadaş/Akraba	13	8.0			
Okul	11	6.7			
	ADHU (n=180)	ADOHU (n=176)	Test ve p		
	n	%	n	%	
Gebelik Haftası					
38-40 haftalık	157	87.2	145	82.4	$\chi^2=1.617$
41-42 haftalık	23	12.8	31	17.6	p=0.203

χ^2 : Ki-kare test istatistiği *Birden fazla cevap verilmiştir.

**Nefes alma, hareket etme, plates, pozisyon ve egzersizler

***Aşısı, ten teması, göbek bağının geç kesilmesi, bebek sağlığı için riskli durumlar

4.2. Kadınların Doğum Sürecine İlişkin Özelliklerinin ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 4’de kadınların doğum sürecine ilişkin özelliklerinin ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 4. Kadınların doğum sürecine ilişkin özelliklerinin ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları (n=356)

Özellikler	ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	
Hastaneye gelindiğinde dilatasyon, cm	2.34±0.88	3 (0 - 3)	2.16±0.98	2 (0 - 3)	U=14312.5 p=0.084
Doğumun latent evresinin süresi*	263.09±370.42	105 (7 - 1950)	345.76±381.65	180 (7 - 1780)	U=12654.0 p=0.001
Doğumun aktif evresinin süresi**	266.28±199.25	210 (15-1345)	249.62±219.15	180 (30-1375)	U=14163.0 p=0.084
Toplam doğum süresi ***	529.38±420.61	397.5 (80-2295)	595.38±473.62	387.5 (77-2220)	U=15069.5 p=0.427

U: Mann-Whitney U test istatistiği

*4 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika

**4 cm dilatasyondan 10 cm dilatasyona kadar geçen süre, dakika

***Kadının doğumhaneye kabulünden, doğum sonu doğum servisine transfer olana kadar geçen süre, dakika

Tablo 4’e göre doğumun latent evresinin süre ortalaması, ADHU grubunda 263.09±370.42 dk, ADOHU grubunda ise 345.76±381.65 dk olarak hesaplanmış ve her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0.001). Gruplar arasındaki bu istatistiksel fark ADHU grubunun ortancasının (105) ADOHU grubunun ortancasından (180) düşük olmasından kaynaklanmıştır.

Tablo 4’e göre ADHU ve ADOHU gruplarının diğer parametrelerinin (Hastaneye gelindiğinde dilatasyon cm’si, doğumun aktif evresinin süresi, toplam doğum süresi, gebelik haftası) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Tabloda yer verilmesi de partograf kullanımının her iki hastanede de %100 olduğu görülmüştür.

4.3. Doğum Eyleminin 1. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 5’de doğum eyleminin birinci evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları yer almaktadır.

Tablo 5. Doğum eyleminin 1. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

Özellikler	ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	
Vajinal tuşe sıklığı					
Latent evrede	1.54±0.95	1 (1 - 6)	1.86±1.16	1 (1 - 6)	U=13152 p=0.002
Aktif evrede	3.44±1.48	3(2-11)	3.54±1.36	3 (2-10)	U=14817.0 p=0.276
Toplam Vajinal Tuşe Sıklığı*	4.98±1.79	5(3-14)	5.40±1.85	5 (3-15)	U=13601.5 p=0.018
EFM uygulanma sıklığı	4.66±3.31	4 (2 - 20)	5.11±3.71	4 (1 - 19)	U=15199 p=0.502
Dilatasyon>4 cm iken amniyotomi uygulanan cm	8.27±1.5	8 (5 - 10)	6.42±1.77	6 (4 - 10)	t=-6.980 p<0.001
Dilatasyon >4 cm iken oksitosin uygulanan cm	6.1±1.77	6 (4 - 10)	6.1±2.2	5 (4 - 10)	U=177.5 p=0.531
ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test/p	
n		%	n	%	
Dilatasyon < 4 cm iken doğumu hızlandırıcı müdahale uygulanma durumu**					
Hayır	159	88.3	134	76.1	$\chi^2=9.089$ p=0.003
Evet	21	11.7	42	23.9	
Dilatasyon < 4 cm iken yapılan uygulamalar***					
Oksitosin	9	40.9	28	68.3	$\chi^2=24.806$ p<0.001
Antispazmolitik	8	36.4	21	51.2	
Amniyotomi	1	4.5	7	17.1	
Prostoglandin	8	36.4	0	0	
Dilatasyon > 4 cm iken amniyotomi yapılma durumu					
Hayır	106	58.9	95	54	$\chi^2=0.873$ p=0.350
Evet	74	41.1	81	46	
Dilatasyon > 4 cm iken antispazmolitik yapılma durumu					
Hayır	172	95.6	156	88.6	$\chi^2=5.879$ p=0.015
Evet	8	4.4	20	11.4	
Dilatasyon > 4 cm iken oksitosin uygulanma durumu					
Hayır	160	88.9	156	88.6	$\chi^2=0.006$ p=0.940
Evet	20	11.1	20	11.4	
Tek kişilik doğum ünitesinde kalma durumu					
Hayır	1	0.6	0	0	---****
Evet	179	99.4	176	100	
Eylemin süresi hakkında bilgilendirilme durumu					
Hayır	22	12.2	79	44.9	$\chi^2=46.721$ p<0.001
Evet	158	87.8	97	55.1	

Tablo 5. (Devam)

Gebeye eylemin 1. evresiyle ilgili bilgi verilme durumu					
Hayır	12	6.7	26	14.8	$\chi^2=6.133$ p= 0.013
Evet	168	93.3	150	85.2	
EFM uygulanma durumu					
Hayır	0	0	1	0.6	---****
Evet	180	100	175	99.4	
Lavman uygulanma durumu					
Hayır	178	98.9	166	94.3	$\chi^2=5.708$ p= 0.017
Evet	2	1.1	10	5.7	
Damar yolu açılma durumu*****					
Hayır	1	0.6	0	0	---****
Evet	179	99.4	176	100	
IV mayi verilme durumu*****					
Hayır	130	72.2	114	64.8	$\chi^2=2.29$ p=0.130
Evet	50	27.8	62	35.2	
Verilen mayi***					
RingerLaktat	10	20.4	21	32.3	$\chi^2=3.124$ p=0.537
%5 Dekstroz	18	36.7	22	33.8	
Isolayt	0	0	1	1.5	
0.9 İzotonik	28	57.1	34	52.3	
Anestezi/Analjezi uygulanma durumu					
Hayır	179	99.4	174	98.9	p=0.620 ^F
Evet	1	0.6	2	1.1	
Doppler ya da ÇKS ile fetal kalp atım hızı değerlendirme durumu					
Hayır	176	97.8	176	100	p=0.123 ^F
Evet	4	2.2	0	0	
Ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu					
Hayır	2	1.1	15	8.5	$\chi^2=10.75$ p= 0.001
Evet	178	98.9	161	91.5	
Kullanılan nonfarmakolojik ağrı kesici yöntem***					
Nefes alma	176	98.9	145	90.1	$\chi^2=391.376$ p< 0.001
Müzik dinleme*****	81	45.5	18	11.2	
Dikkati başka yere çekme*****	123	69.1	31	19.3	
Aroma terapi*****	120	67.4	1	0.6	
Hidroterapi-banyo*****	74	41.6	22	13.7	
Dokunma-masaj*****	78	43.8	63	39.1	
Egzersiz*****	167	93.8	102	63.4	
Oral sıvı ve besin sınırlaması yapılma durumu					
Hayır	154	85.6	78	44.3	$\chi^2=66.666$ p< 0.001
Evet	26	14.4	98	55.7	
USG yapılma durumu					
Hayır	107	59.4	77	43.8	$\chi^2=8.778$ p= 0.003
Evet	73	40.6	99	56.3	
Pozisyon sınırlaması yapılma durumu					
Hayır	177	98.3	172	97.7	p=0.721 ^F
Evet	3	1.7	4	2.3	
Dolaşması için teşvik edilme durumu					
Hayır	10	5.6	14	8	$\chi^2=0.841$ p=0.359
Evet	170	94.4	162	92	

Tablo 5. (Devam)

Çoğunlukla tercih edilen pozisyon					
Sık sık dolaşmak	95	52.8	74	42	$\chi^2=4.61$ p=0.100
Yatmak-yatak içinde oturmak	49	27.2	64	36.4	
İkisi birlikte	36	20	38	21.6	

U: Mann Whitney U test istatistiği

t: bağımsız iki örnek t test istatistiği

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

F: Fisher's Exact testi

*Kadının doğumhaneye geldiği andan aktif evrenin sonuna kadar olan sürede gerçekleşen toplam vajinal muayene sayısı

**Yapılan müdahaleler: oksitosin, antispazmotik, amniyotomi, prostoglandin

***Birden fazla cevap verilmiştir.

****Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar“---“ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

*****Doğum servisine yatışı yapılan bütün kadınlara damar yolu uygulaması yapılmakta; ancak IV mayi uygulaması bu kadınların bir kısmına yapılmaktadır.

*****Doğumhanede bulunan, tercihe göre sesi ayarlanabilen ses sistemiyle koridorda ve odada çalan müzikle

*****Duvarlara yapılmış resimler ve tablolar, odalardaki televizyon, gebelerle telkin edici konuşma ile

*****Koridor ve odalarda bulunan lavanta keseleri, lavanta yağları ile

*****Her odada bulunan sıcak su ve banyo ile

*****Lavanta yağı kullanılarak bel masajı, gebeye ve refakatçisine efloraj ile

*****Oda içinde ve koridorda bulunan tutunma barları ve duvarlardaki yönlendirici resimler yardımıyla çömelme, oturma, ayakta sallanma, yürüyüşle, plates topu ve minderi ile oda içinde plates yapma ile

Tablo 5'e göre, ADHU ve ADOHU gruplarının vajinal tuşe sıklıkları incelendiğinde, ADHU grubunda latent evrede ortalama 1.54 ± 0.95 kez, ADOHU grubunda ise 1.86 ± 1.16 kez vajinal tuşe uygulandığı ve aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.002$). Her iki grubun ortancaları 1 olarak elde edilmiştir. İki grup arasındaki istatistiksel farkın, ADOHU grubunun sıra ortalamasının (193.77) ADHU grubunun sıra ortalamasından (163.57) yüksek olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Gruplarının toplam vajinal tuşe uygulama sıklıkları incelendiğinde ise ADHU grubunda ortalama 4.98 ± 1.79 kez, ADOHU grubunda ise 5.40 ± 1.85 kez vajinal tuşe uygulanmış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.018$). Her iki grubun ortancası 5 olarak elde edilmiş, aradaki bu farklılığın ADOHU grubunun sıra ortalamasının (191.22) ADHU grubunun sıra ortalamasından (166.06) yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

ADHU grubunun %11.7'si, ADOHU grubunun ise %23.9'unda dilatasyon 4 cm olmadan doğumu hızlandırıcı müdahale (oksitosin, antispazmotik, amniyotomi, prostoglandin) uygulandığı ve aralarındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.003$) belirlenmiştir. Her iki grupta da çoğunlukla oksitosin uygulama müdahalesinin

yapıldığı (ADHU=% 40.9 ve ADOHU= % 68.3) ve bu açıdan gruplar arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

Dilatasyon 4 cm olduktan sonra amniyotomi yapılma durumu ADHU grubunda %41.1, ADOHU grubunda %46 bulunup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Dilatasyon 4 cm olduktan sonra amniyotomi yapılma cm'si ortalaması ADHU grubunda 8.27 ± 1.5 cm ve ADOHU grubunda 6.42 ± 1.77 cm olup aralarında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Her iki grubun dilatasyon 4 cm olduktan sonra antispazmolitik yapılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p=0.015$) ve ADHU grubunun %4.4'ünde, ADOHU grubunun ise %11.4'ünde bu uygulamanın yapıldığı görülmüştür. Her iki grubun dilatasyon 4 cm olduktan sonra oksitosin uygulanma durumları (ADHU: %11.1; ADOHU: %11.4; $p=0.940$) ve oksitosin uygulanma cm'si ortalaması benzer bulunup (ADHU: 6.1 ± 1.77 cm; ADOHU: 6.1 ± 2.2 cm; $p=0.531$) aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Servis tanıtılma, eylemin süresi hakkında bilgilendirilme ve gebeye eylemin 1. evresiyle ilgili bilgi verilme durumları değerlendirildiğinde; her üç değişkenin de ADHU grubunda daha fazla uygulandığı (servis tanıtma durumu: ADHU: %76.7; ADOHU: %44.9, eylemin süresi hakkında bilgilendirilme; ADHU: %87.8; ADOHU: %55.1 ve gebeye eylemin 1. evresiyle ilgili bilgi verilme durumu ADHU: %93.3; ADOHU: %85.2) ve iki grup arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.013$).

Oral sıvı ve besin sınırlaması ADHU grubunda %14.4, ADOHU grubunda %55.7'sinde yapılmış ve USG değerlendirmesi ADHU grubunda %40.6, ADOHU grubunda %56.3 uygulanmış olduğu görülmüş ve gruplar arasında her iki değişken açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.047$; $p<0.001$; $p=0.003$). Lavman uygulamasının ise ADHU grubunun %1.1'ine ve ADOHU grubunun %5.7'sine yapılmış olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0.017$).

ADHU ve ADOHU grupları arasında ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu ve kullanılan nonfarmakolojik ağrı kesici yöntem dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0.001$; $p<0.001$). Nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu ADHU grubunda %98.9, ADOHU grubunda

%91.5 olarak saptanmıştır. Kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden nefes alma ve egzersiz teknikleri her iki grupta da en çok kullanılan yöntemler olmuş (nefes alma: ADHU: %98.9; ADOHU: 90.1 ve egzersiz: ADHU: %93.8; ADOHU: 63.4) ve bunu izleyen yöntem ADHU grubunda %69.1 ile dikkati başka yere çekme, ADOHU grubunda ise %39.1 ile dokunma-masaj yöntemi olmuştur.

Doğum eyleminin 1. evresinde yapılan diğer uygulamaların (EFM uygulanma durumu ve sıklığı, refakatçi eşlik etme ve refakatçi ile yakınlık, tek kişilik doğum ünitesinde kalma, damar yolu açılma, IV mayi verilme, verilen mayi, anestezi/analjezi uygulanma, doppler ya da ÇKS ile fetal kalp atım hızı değerlendirme, pozisyon sınırlaması yapılma, dolaşması için teşvik edilme, çoğunlukla tercih edilen pozisyon durumları) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.050$). Kadınların tamamında vajinal tuşe esnasında mahremiyete özen gösterildiği, yapılan müdahalelerden önce sözlü/yazılı onam alındığı, perine tıraşı ile vajinal temizlik hiçbir kadına uygulanmadığı için tabloda gösterilmemiştir.

4.4. Doğum Eyleminin 2. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 6’da ADHU ve ADOHU gruplarında doğum eyleminin ikinci evresinde yapılan uygulamaların dağılımları yer almaktadır.

Tablo 6. Doğum eyleminin 2. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

	ADHU(n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	n	%	n	%	
Eylemin 2. evresiyle ilgili bilgi verilme durumu					
Hayır	1	0.6	10	5.7	$\chi^2=7.810$ p=0.005
Evet	179	99.4	166	94.3	
2. evrenin süresi ile ilgili bilgi verilme durumu					
Hayır	4	2.2	38	21.6	$\chi^2=32.082$ p<0.001
Evet	176	97.8	138	78.4	
Perine temizliği yapılma durumu					
Hayır	57	31.7	77	43.8	$\chi^2=5.535$ p=0.019
Batikon ile	123	68.3	99	56.3	
Kadının istediği pozisyonda olma durumu					
Hayır	4	2.2	43	24.4	$\chi^2=341.36$ p<0.001
Litotomi	0	0	133	75.6	
Yarı oturur pozisyon	176	97.8	0	0	
İkınma türü*					
Açık glottis	11	6.1	11	6.3	$\chi^2=64.715$ p<0.001
Kapalı glottis	105	58.3	132	75	
İkınması için cesaretlendirildi	168	93.3	107	60.8	
Perine travmasını azaltmak için uygulanan teknik *					
Masaj	180	100	173	98.3	$\chi^2=78.365$ p<0.001
Anestezik sprey	127	70.6	121	68.8	
İkınmanın geç başlatılması	1	0.6	2	1.1	
Spontan ıkınma için destek	160	88.9	81	46	
Yumuşak doğum kanalında yırtık oluşma durumu					
Hayır	129	71.7	140	79.5	$\chi^2=2.991$ p=0.084
Evet	51	28.3	36	20.5	
Yumuşak doğum kanalında oluşan yırtık derecesi					
Yok	129	71.7	140	79.5	$\chi^2=3.685$ p=0.298
1. derece**	43	23.9	31	17.6	
2. derece***	7	3.9	5	2.8	
3. derece****	0	0.0	1	0.6	
Fundal basınç uygulanma durumu					
Hayır	160	88.9	116	65.9	$\chi^2=26.973$ p<0.001
Evet	20	11.1	60	34.1	
Epizyotomi uygulanma durumu					
Hayır	97	53.9	73	41.5	$\chi^2=5.495$ p=0.019
Evet	83	46.1	103	58.5	
Umbilikal kord klemplenme zamanı					
Erken (doğum sonu 1 dk içinde)	1	0.6	176	100	$\chi^2=352.022$ p<0.001
Geç (doğum sonu 2-3 dk veya umbilikal atım durduktan sonra)	179	99.4	0	0	
Umbilikal kord klempleme şekli					
Sıvazlanarak	1	0.6	176	100	$\chi^2=352.022$ p<0.001
Nabız durduktan sonra	179	99.4	0	0	
Yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alma durumu					
Hayır	0	0	2	1.1	$\chi^2=2.057$ p=0.152
Evet	180	100	174	98.9	

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

* Birden fazla cevap verilmiştir.

** Yaralanma sadece perine cildindedir

*** Yaralanma perine kas tabakasını içerir ancak anal sfinkteri içermemektedir

**** Yaralanma anal sfinkter kompleksini içerir

Tablo 6'ya göre ADHU ve ADOHU gruplarının kadına eylemin ikinci evre ve ikinci evrenin süresiyle ilgili bilgi verilme durumlarının dağılımları incelendiğinde ADHU grubunun %99.4'ü ve ADOHU grubunun %94.3'üne eylemin ikinci evresiyle ilgili, ADHU grubunun %97.8'i ve ADOHU grubunun %78.4'üne ise eylemin ikinci evresinin süresiyle ilgili bilgi verildiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0.005$; $p<0.001$).

ADHU grubunun %68.3'ü ve ADOHU grubunun %56.3'ünde perinenin batikonla yıkandığı, ADHU grubunun %97.8'i yarı oturur pozisyonda ve ADOHU grubunun %75.6'sının litotomi pozisyonunda doğum yaptığı, ADHU grubunun %93.3'ü ıkınması için cesaretlendirilirken ADOHU grubunun %75'inde kapalı glottis ile ıkındırıldığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.019$; $p<0.001$; $p<0.001$).

ADHU ve ADOHU gruplarında perine travmasını azaltmak için çoğunlukla uygulanan tekniğin masaj olduğu (ADHU=%100; ADOHU=%98.3) görülmüştür. Masaj tekniğinden sonra en çok uygulanan yöntem ADHU grubunda spontan ıkınma için destek (%88.9), ADOHU grubunda ise anestezi sprey kullanımı (%68.8) olup gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). ADHU grubunun %11.1'i ve ADOHU grubunun %34.1'inde fundal basınç; ADHU grubunun %46.1'i ve ADOHU grubunun %58.5'inde epizyotomi uygulandığı belirlenerek ADHU ve ADOHU gruplarının fundal basınç ve epizyotomi uygulanma durumlarının dağılımları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir (sırasıyla $p<0.001$; $p=0.019$).

ADHU grubunun %99.4'ünde umbilikal kordun geç ve nabız durduktan sonra, ADOHU grubunun tamamında umbilikal kordun erken ve sıvazlanarak klemlendiği görülmüş ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$).

Doğum eyleminin 2. evresinde yapılan diğer uygulamaların (yumuşak doğum kanalında yırtık oluşması ve oluşan yırtık derecesi, yapılan müdahaleler için onam alınması) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ($p>0.050$). Her iki uygulama grubunda eylemin ikinci evresinde kadına refakatçi eşlik etmediği (%0) için bu değışkene tabloda yer verilmemiştir.

4.5. Doğum Eyleminin 3. Evresinde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 7’de ADHU ve ADOHU gruplarının doğum eyleminin üçüncü evresinde yapılan uygulamaların dağılımları yer almaktadır

Tablo 7. Doğum eyleminin 3. evresinde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

Özellikler	ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	
Anne ile bebeğin buluşma dakikası	0.39±3.28	0(0 - 35)	13.87±10.77	10(0 - 50)	U=2070 p<0.001
Annenin bebeğini ilk emzirme dakikası	11.41±10.23	8(0 - 60)	18.86±11.17	15(0 - 62)	U=8792 p<0.001
	n	%	n	%	
Ten tene temas sağlanma durumu					
Hayır	3	1.7	156	88.6	$\chi^2=272.338$ p<0.001
Evet	177	98.3	20	11.4	
Bebeğin ilk emzirme anı					
İlk yarım saat	172	95.6	152	86.4	$\chi^2=9.449$ p=0.900
İlk bir saat	8	4.4	23	13.1	
İlk iki saat	0	0	1	0.6	
Ebe/Hemşirenin uygulamalı emzirme desteği verme durumu					
Hayır	34	18.9	78	44.3	$\chi^2=26.687$ p<0.001
Evet	146	81.1	98	55.7	
Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik edilme durumu					
Hayır	1	0.6	4	2.3	p=0.211 ^F
Evet	179	99.4	172	97.7	
Doğum sonu kanamalarının önlenmesi için uterotonik kullanılma durumu*					
Kullanılmadı	12	6.7	11	6.3	$\chi^2=0.349$ p=0.951
Metarjin	162	90	158	89.8	
Synpitan	166	92.2	165	93.8	
Plasenta doğumuna müdahale edilme durumu					
Spontan	5	2.8	8	4.5	$\chi^2= 6.679$ p=0.035
Kontrollü kord traksiyonu	174	96.7	160	90.9	
Fundal basınç	1	0.6	8	4.5	
Plasenta retansiyonu olma durumu					
Hayır	168	93.3	139	79	$\chi^2=15.452$ p<0.001
Evet	12	6.7	37	21	
Eylemin 3. evresiyle ilgili bilgi verilme durumu					
Hayır	5	2.8	44	25	$\chi^2=37.023$ p<0.001
Evet	175	97.2	132	75	
3. evrede yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alınma durumu					
Hayır	0	0	1	0.6	---**
Evet	180	100	175	99.4	

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

U: Mann Whitney U test istatistiği

F: Fisher’s Exact testi

* Birden fazla uterotonik kullanılmıştır.

**Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar“---“ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

Tablo 7'ye göre ADHU grubunun %98.3'ü ile ADOHU grubunun %11.4'ünde tene temasının sağlandığı görülmüş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Anne ile bebeği ADHU grubunda ortalama 0.39 ± 3.28 dakikada, ADOHU grubunda ise ortalama 13.87 ± 10.77 dakikada bulunmuş, her iki grubun ortalama değerleri arasındaki farkın yüksek olması nedeniyle gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (ortalama değerleri ADHU: 0; ADOHU: 10; $p<0.001$). Annenin bebeğini ilk emzirme dakikasının ortancası ADHU grubunda 8 ve ADOHU grubunda 15 olarak belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

ADHU grubunun %81.1'ine, ADOHU grubunun %55.7'ine ebe/hemşire tarafından uygulamalı emzirme desteği verildiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

ADHU ve ADOHU gruplarının plasenta doğumuna müdahale edilme ve plasenta retansiyonu olma durumlarının dağılımları incelendiğinde; plasenta doğumuna çoğunlukla müdahale edildiği ve ADHU grubunun %96.7'si ile ADOHU grubunun %90.9'unda kontrollü kord traksiyonu uygulandığı görülmüştür. ADHU grubunun %6.7'si ile ADOHU grubunun ise %21'inde plasenta retansiyonu yaşandığı belirlenmiştir. Gruplar arasında her iki değişken açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.035$; $p<0.001$).

ADHU grubunun %97.2'si ile ADOHU grubunun %75'inde gebeye eylemin üçüncü evresiyle ilgili bilgi verildiği ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($p<0.001$).

Doğum eyleminin 3. evresinde yapılan diğer uygulamaların (bebeğin ilk emzirilme anı, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik edilmesi, anne ile bebeğin aynı odada kalması, doğum sonu kanamalarının önlenmesi için uterotonik kullanımı, 3. evrede yapılan müdahaleler için onam alınması durumları) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.050$).

4.6. Erken Postpartum Dönemde Yapılan Uygulamaların ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 8'de ADHU ve ADOHU gruplarında erken postpartum dönemde yapılan uygulamaların karşılaştırılmaları görülmektedir.

Tablo 8. Erken postpartum dönemde yapılan uygulamaların ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

	ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	$\bar{X} \pm Ss$	Ortanca (Min-Max)	
Uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirmesinin sıklığı	2.46±0.88	2 (1 - 7)	2±0.76	2 (1 - 4)	U=20429.5 p<0.001
Yaşam bulguları takip sıklığı	2.21±1.14	2 (1 - 8)	1.59±0.92	1(1 - 8)	U=21676 p<0.001
Vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü sıklığı	2.47±0.87	2 (1 - 7)	2±0.76	2 (1 - 4)	U=20520 p<0.001
	n	%	n	%	
Postpartum dönem ile ilgili bilgilendirilme durumu					
Hayır	14	7.8	37	21	$\chi^2=12.719$
Evet	166	92.2	139	79	p<0.001
Rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu					
Hayır	173	96.1	171	97.2	$\chi^2=0.3$
Evet	7	3.9	5	2.8	p=0.584
Epizyotomi olan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu					
Hayır	180	100	175	99.4	---*
Evet	0	0	1	0.6	
Yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılma durumu**					
Hayır	178	98.9	175	99.4	p=1.000 ^F
Evet	2	1.1	1	0.6	
Vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolünün protokole uygun yapılma durumu***					
Hayır	176	97.8	176	100	p=0.123 ^F
Evet	4	2.2	0	0	
Doğum sonu idrar çıkışı için kateter uygulanma durumu					
Hayır	177	98.3	173	98.3	p=1.000 ^F
Evet	3	1.7	3	1.7	
Analjezi uygulanma durumu					
Hayır	168	93.3	163	92.6	$\chi^2= 0.071$ p=0.790
Evet	12	6.7	13	7.4	
Doğum sonu ek uterotonik yapılma durumu****					
Hayır	93	51.7	64	36.4	$\chi^2=8.454$ p=0.004
Synpitan	87	48.3	112	63.6	
Koplikasyon gelişme durumu					
Hayır	172	95.6	171	97.2	$\chi^2=0.650$ p=0.420
Evet **	8	4.4	5	2.8	
Erken postpartum dönemde yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alınma durumu					
Hayır	1	0.6	0	0	---*
Evet	179	99.4	176	100	

U: Mann Whitney U test istatistiği

χ^2 : Ki-kare test istatistiği

F: Fisher'sExact testi

*Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar“---“ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

**Sağlık Bakanlığı 2018 Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre vital bulgular; doğum sonu 0-1 saatler arasında 15 dakikada bir, 1-2. saatler arasında 30 dakikada bir ölçülmeli ve değerlendirilmelidir.

*** Sağlık Bakanlığı 2018 Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre uterus tonus kontrolü; doğum sonu ilk yarım saatte 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saatte 15 dakikada bir, sonra iki saat dolana kadar yarım saatte bir, toplamda 7-10 kez değerlendirilmez.

****Plasenta retansiyonu, atoni, laserasyon kanaması, kanama koagülasyon bozukluğu durumlarında ek uterotonik uygulanmıştır.

*****Erken postpartum dönemde ADHU grubunda 1 Hematom, 1 Bulantı-Kusma ve 6 Doğum Sonu Kanaması (Atoni, Laserasyon Kanaması, Kanama Koagülasyon Bozukluğu), ADOHU grubunda ise 1 Senkop, 1 Hematom, 3 Doğum Sonu Kanaması (Atoni, Laserasyon Kanaması, Kanama Koagülasyon Bozukluğu) görülmüştür.

Tablo 8'e göre ADHU ve ADOHU gruplarının uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirme, yaşam bulguları takip ve vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü sıklıkları incelendiğinde; gruplar arasında her üç değişken için de istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$). ADHU ve ADOHU gruplarında postpartum abdominal uterin tonus değerlendirme sıklığının ortancası 2 olup gruplar arasındaki istatistiksel farklılığın sıra ortalamalarından (ADHU=204; ADOHU=152.42) kaynaklandığı tespit edilmiştir. Yaşam bulguları takip sıklığının ortancası ADHU grubunda 2, ADOHU grubunda 1 olarak elde edilmiştir. Vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü sıklığının ortancası her iki grupta 2 bulunup, gruplar arasındaki istatistiksel farklılığın sıra ortalamalarından (ADHU=204.5; ADOHU=151.91) kaynaklandığı belirlenmiştir.

ADHU ve ADOHU gruplarında postpartum dönem ile ilgili bilgilendirilme durumu ADHU grubunda %92.2 ve ADOHU grubunda %79 olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Doğum sonu ek uterotonik yapılma durumunun dağılımları arasında da gruplar arası istatistiksel farkın olduğu ($p=0.004$), ADHU grubunun %48.3'ü ile ADOHU grubunun %63.6'sında doğum sonu ek olarak synpitan uygulandığı görülmüştür.

Erken postpartum dönemde yapılan diğer uygulamaların (Rutin antibiyotik profilaksisi, epizyotomi olan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi, analjezi ve doğum sonu idrar çıkışı için kateter uygulanması, yaşam bulguları takip sıklığı ve vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolünün protokole uygun yapılması, koplikasyon gelişmesi, yapılan uygulamalar için onam alınması) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.050$). Uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirmesi her iki uygulama grubundaki kadınların %100'ünde uygulandığından tabloda yer verilmemiştir.

4.7. Yenidoğan Değerlendirme Sonuçlarının ADHU ve ADOHU Gruplarına Göre Dağılımları

Tablo 9'da ADHU ve ADOHU gruplarının yenidoğan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmaları görülmektedir.

Tablo 9. Yenidoğan değerlendirme sonuçlarının ADHU ve ADOHU gruplarına göre dağılımları

	ADHU (n=180)		ADOHU (n=176)		Test ve p
	n	%	n	%	
Bebekle ilgili anneye bilgi verilme durumu					
Hayır	0	0	1	0.6	---*
Evet	180	100	175	99.4	
Doğumdan hemen sonra bebeğin anneye gösterilme durumu					
Hayır	0	0	5	2.8	p=0.029 ^F
Evet	180	100	171	97.2	
Resüsitasyon yapılma durumu					
Hayır	180	100	174	98.9	p=0.244 ^F
Evet	0	0	2	1.1	
Mekonyum aspirasyonu olma durumu					
Hayır	178	98.9	168	95.5	p=0.059 ^F
Evet	2	1.1	8	4.5	
Yenidoğan yoğun bakım gereksinimi					
Hayır	175	97.2	172	97.7	$\chi^2=2.124$ p=0.547
Solunum sıkıntısı	4	2.2	3	1.7	
Beslenme yetersizliği	1	0.6	0	0	
Omuz distozisi	0	0	1	0.6	
Yenidoğan komplikasyonu					
Hayır	163	90.6	169	96	$\chi^2=7.231$ p=0.065
Düşük doğum ağırlığı	7	3.9	1	0.6	
Omuz distozisi	0	0	1	0.6	
Makrozomi	10	5.6	5	2.8	
Yenidoğana rutin burun ve ağız aspirasyonu yapılma durumu					
Hayır	172	95.6	159	90.3	$\chi^2=3.706$ p=0.054
Evet	8	4.4	17	9.7	
Doğumdan sonra yenidoğanın hemen silinme durumu					
Hayır	1	0.6	0	0	---*
Evet	179	99.4	176	100	
Kilosu					
Düşük doğum kilosu (<2500 gram)	6	3.3	2	1.1	$\chi^2=2.19$ p=0.335
Normal doğum kilosu (2500-4000 gram)	164	91.1	166	94.3	
Makrozomik (iri bebek) kilo (> 4000 gram)	10	5.6	8	4.5	
Başta şekil bozukluğu					
Hayır	114	63.3	82	46.6	$\chi^2=14.816$ p=0.001
Kaput suksedenum	34	18.9	32	18.2	
Molding	32	17.8	62	35.2	
Sefal hematoma					
1 mg K vitamini (IM) yapılma durumu					
0-1 dakikada	68	37.8	104	59.1	$\chi^2=16.188$ p<0.001
2-5 dakikada	112	62.2	72	40.9	
Hepatit B aşısı yapılma durumu					
0-1 dakikada	69	38.3	104	59.1	$\chi^2=15.349$ p<0.001
2-5 dakikada	111	61.7	72	40.9	
Göz damlası uygulanma durumu					
0-1 dakikada	69	38.3	104	59.1	$\chi^2=15.349$ p<0.001
2-5 dakikada	111	61.7	72	40.9	
Annenin bu hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kalma durumu					
Hayır	3	1.7	11	6.3	$\chi^2=4.948$ p=0.026
Evet	177	98.3	165	93.8	

*Ki-kare testi, F: Fisher's Exact testi

*Tabloda yetersiz gözlem sayısına sahip olanlar“---“ile gösterilmiş ve istatistik analizi yapılmamıştır.

Tablo 9'a göre ADHU grubunun tamamı ve ADOHU grubunun %97.2'sinde kadınlara doğumdan hemen sonra bebekleri gösterilmiş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($P=0.029^F$). Her iki grubun çoğunluğundaki yenidoğanların başlarında şekil bozukluğu bulunmamış (ADHU: %63.3; ADOHU: %46.6) ADHU grubunun %18.9'unda kaput suksedenum ve ADOHU grubunun %35.2'sinde molding olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p=0.001$).

ADHU ve ADOHU gruplarının 1 mg K vitamini (IM), Hepatit B aşısı ve göz damlası uygulanma durumlarının dağılımları incelendiğinde, ADHU grubunun bu uygulamaları çoğunlukla 2-5 dakikada yaptığı (1 mg K vitamini (IM): %62.2, Hepatit B aşısı ve göz damlası: %61.7) ADOHU grubunun ise aynı uygulamaları çoğunlukla 0-1 dakikada yaptığı (%59.1) görülmüştür. Her üç değişken için de gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$).

ADHU ve ADOHU gruplarında kadının bulunduğu hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kalma durumunun dağılımları ADHU grubunda %98.3 ve ADOHU grubunda %93.8 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.026$).

ADHU ve ADOHU gruplarının yenidoğanlara yönelik diğer parametrelerinin (Bebekle ilgili anneye bilgi verilme, doğumdan sonra bebeğin ortam sıcaklığına uygun giydirilme, 1. dakikada apgar değerlendirmesi yapılma, 5. dakika apgar değerlendirmesi yapılma, resüsitasyon yapılma, mekonyum aspirasyonu olma, yenidoğan yoğun bakım gereksinimi, yenidoğan komplikasyonu, yenidoğana rutin burun ve ağız aspirasyonu yapılma, doğumdan sonra yenidoğanın hemen silinme, kilosunun ölçülme, kilosu, boyunun ölçülme, baş çevresinin ölçülme durumları) dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.050$). Doğumdan sonra yenidoğanın ortam sıcaklığına uygun giydirilme, 1. ve 5. dakikada Apgar değerlendirmesi yapılma, boy, kilo ve baş çevresi ölçülme durumları her iki grupta %100 uygulandığından bu değişkenlere tabloda yer verilmemiştir.

5. TARTIŞMA

Anne ve bebek ölüm hızı oranlarını azaltmak ve onların sağlığını iyileştirebilmek, sağlık hizmetlerinde kaliteyi yakalayabilmek amacıyla geliştirilen programlardan biri olan “Anne Dostu Hastane Programı” ile anne ve bebeklerin daha kaliteli ve daha güvenli bakım alabilmesi hedeflenmektedir (35). Bu bölüm, ADHU ve ADOHU’nun obstetrik sonuçlarını tartışmak üzere yazılmıştır.

Sosyodemografik özelliklerin doğum şekli, hasta memnuniyeti gibi sağlığı etkileyen pek çok faktör üzerine etkisi olduğu bilinmektedir (96, 97). Bu çalışmada yer alan katılımcıların yaş ortalaması 28.6 ± 5.25 yıl olup %60.4’ü 20-29 yaş aralığında, çoğunluğunun ortaokul ve lise mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, çekirdek aile yapısına sahip, ilçe merkezinde yaşayan, sosyal güvencesi bulunan ve aile gelir durumu algısı orta düzeyde olan kadınlar olduğu görülmektedir (Tablo 2). Çalışma kapsamındaki bu sonuçları destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte bazı sosyodemografik özellikler yönünden farklılık gösteren çalışmalar da mevcuttur (14, 53, 62, 98). TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) temel doğurganlık göstergelerinde 2018 yılında doğum yapan kadınların yaş ortalamasının 28.9 olarak verilmesi ve TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2018 verilerinde ülkemizde yaşa özel doğurganlık hızının 25-29 yaş grubunda olması, kadınların çoğunluğunun eğitim seviyesinin düşük, yaşadığı yerin kent, çalışma durumunun zayıf, sağlık güvencesinin var olması bu çalışma bulgularını desteklemektedir (99, 100). Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun multipar, küretaj/düşüğü olmayan, son doğum şekli vajinal doğum olan, daha önce epizyotomi uygulanan, son doğumunda problem yaşamayan, şu anki gebeliği planlı ve gebe kalmak için tedavi görmeyen kadınlar olduğu görülmektedir (Tablo 3). Çalışma kapsamındaki bu sonuçları destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (101, 102).

Gebe okulunun, sağladığı bilgi ve destekle, kadın ve eşini fiziksel, sosyal, psikolojik yönden doğum ve doğum sonrası döneme hazırladığı bilinmektedir (103, 104). Bu okulun benimsediği Lamaze, Dick Read, Hypnobirthing, Bradley gibi farklı felsefeler ve gevşeme teknikleri ile kadına kendi bedenine odaklanma, doğum ağrısıyla baş etme gibi beceriler kazandırarak doğum deneyimini daha olumlu hale getirmeyi amaçlamaktadır (105). Gebe okuluna devam eden kadınların, doğuma yönelik kaygılarının azaldığı (104, 106), vajinal doğum yapma olasılığının arttığı (107), emzirme becerisinin daha iyi olduğu bildirilmektedir (108). Ancak bu çalışmadaki kadınların büyük çoğunluğunun gebe

okuluna gitmediği, gebe okuluna gidenlerin daha çok doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri ile anne sütü ve emzirme konuları hakkında bilgi aldığı görülmüştür (Tablo 3). Anne dostu hastane uygulamalarının benimsediği, DSÖ'nün önerdiği ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın en güncel haliyle yayımladığı 02.10.2018 tarihli ve 2018/23 sayılı genelge ile ülkemizde de uygulanması desteklenen programa katılımın, yapılan diğer çalışmalarda da düşük olduğu görülmektedir (49, 102, 109-112).

Ülkemizde ADOH'lerde yapılan çalışmalarda, gebe okuluna gitmeme oranının yaklaşık %85-%90 aralığında olduğu, ADH'de yapılan bir çalışmada bu oranın %57.38'e gerilemiş olduğu görülmektedir (14, 112-114). Oysa İran'daki ADH'de yapılan bir çalışmada, gebe okuluna katılım oranının %76.76 olduğu ifade edilmektedir (115). Çalışmamızdaki kadınlar, multipar olması ve eğitim ihtiyacı duymaması, çocuklarına bakacak başka kimsenin olmayışı, çalışıyor olması, ulaşımının zor olması gibi nedenlerle gebe okuluna gelemediklerini ifade etmiş ve gebe okuluna gitmeyen kadınların oranı %85.1 olarak bulunmuştur. Çalışmanın gerçekleştirildiği anne dostu hastanenin kadınlara internet üzerinden uzaktan eğitim seçeneği sunması ile bu zorlukların aşılabacağı düşünülmektedir. Gebe okuluna gitme oranını artırabilmek ve olumlu kazanımlarını elde edebilmek için ülkemizde ADH Programı desteklenmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Bu anlamda programa katılım oranını artıracak düzenlemelere ve uygulamalara ihtiyaç olduğu söylenebilir.

Doğumun ilk evresi Friedman tarafından, latent ve aktif olarak iki faza ayrılmıştır (116). Latent faz; ağırlı kasılmaların başladığı ve 4 cm'e kadar servikal silinme ve dilatasyonun olduğu, aktif faz ise; düzenli ağırlı kasılmaların olduğu, 4 cm'den 10 cm dilatasyona kadar devam eden aşamadır (93, 94). Latent fazın ortalama 8 saatten daha uzun sürmesi uzamış latent faz, aktif fazın 12 saatten uzun sürmesi uzamış aktif faz olarak kabul edilmektedir (93). Bu tanımlara göre doğumun ilk evresinin süresi nulliparlarda ortalama 8-12 saat, multiparlarda ortalama 5-12 saat devam etmektedir (94). DSÖ, 2018'de bu tanımlarda güncelleme yapmış ve latent fazı ağırlı uterus kasılmaları, servikte bir dereceye kadar silinme ve 5 cm'e kadar yavaş dilatasyonun olduğu faz, aktif fazı ise düzenli ağırlı uterus kasılmaları, önemli derecede servikal silinme ve 5 cm'den 10 cm'e kadar daha hızlı servikal dilatasyonun olduğu faz olarak güncellemiştir (117). Bu güncellemede, latent faz için standart bir sürenin belirlenmediği, her kadında sürenin değişebileceği ifade edilmektedir. Bununla birlikte aktif fazın süresi genellikle

primiparlarda 12 saati, multiparlarda ise genellikle 10 saati geçmediği, aktif evrede minimum 1 cm/saat'lik servikal dilatasyon oranının her kadın için geçerli olmadığı, tek başına 1 cm/saat'ten daha yavaş dilatasyon nedeniyle obstetrik müdahale yapılmasının doğru olmayacağını da ifade etmektedir (118, 119). Bu çalışmanın planması esnasında DSÖ'nün 2018 güncellemesi henüz yayımlanmadığı için doğumun ilk evresi 0-4 cm'e kadar latent faz, 4-10 cm'e kadar aktif faz olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmada kadınların hastaneye kabul edildiğinde servikal dilatasyon ortalamaları benzer olmasına rağmen doğumun latent fazının süresi ADHU grubunda daha kısa sürmüştür (ADHU ortalama 263.09 dk, ADOHU ortalama 345.76 dk ve $p=0.001$) (Tablo 4). Ayrıca yine bu çalışmada aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmasa da ADHU grubunun toplam doğum süresinin ortalaması ADOHU grubuna göre daha kısa sürmüştür (ADHU ortalama 529.38 ± 420.61 dk, ADOHU ortalama 595.38 ± 473.62 dk ve $p=0.427$) (Tablo 4). Literatürde, hareket ve pozisyon serbestliği, doğumda sürekli destek, oral sıvı gıda kısıtlaması yapılmaması ve nonfarmakolojik yöntem kullanılması uygulamalarının doğum süresini kısalttığı bildirilen pek çok çalışma bulunmaktadır (14, 18, 24, 101, 120-122). Bununla birlikte Makvandi ve arkadaşları, oral sıvı-gıda kısıtlamasının yapılmadığı, hareket ve pozisyon özgürlüğünün sağlandığı, ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı, doğum destekçisinin olduğu, ten temasının sağlandığı, rutin epizyotomi, indüksiyon yapılmayan kısacası fizyolojik doğum programı uygulanan kadınların doğum süresinin rutin bakım alan kadınlara göre daha kısa olduğunu belirtmektedir (121). Çalışmamızda da ADHU grubunun latent evre süresinin daha kısa olduğu tespit edilmiş olup bu sonucun, bu hastanede doğumun normal fizyolojisinin korunması anlayışını benimseyen Anne Dostu Hastane Programı'nın uygulanıyor olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

İntrapartum süreçte doğum desteğinin, kadın ve bebekleri için doğum sonuçlarını iyileştirdiği, sezaryen ve müdahaleli doğum oranını azalttığı, herhangi bir zararının olmadığı; doğum desteği alan kadınların kendilerini daha güçlü hissettiği ve memnuniyetlerinin daha fazla olduğu bilinmektedir (18, 59, 61). Bu çalışmada her iki grupta yer alan kadınların çoğunluğuna, doğumun birinci evresinde bir refakatçisi tarafından duygusal ve fiziksel destek sağlandığı, gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmektedir (ADHU: %96.7, ADHOU: %96 ve $p=0.746$) (Tablo 5). Bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sürecindeki kadının desteklenme durumu açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında reddedilmiştir.

Anne dostu hastane uygulamaları, kadının kendi seçtiği kişiden (eş, arkadaş, aile üyesi gibi), doula gibi yetenekli birinden sürekli duygusal-fiziksel desteği ve profesyonel ebelik bakımı almayı desteklemektedir (38). Benzer şekilde DSÖ ve NICE, tüm kadınların doğum sırasında kendisine sürekli destek sağlayacak bir refakatçi seçebilmesini ve bu tercihlerine saygı duyulması gerektiğini belirtmektedir (20, 94). Doğum sırasında sürekli desteğin rutin bakımla karşılaştırıldığı 15 858 kadını içeren 27 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, sürekli destek alan kadınlarda spontan vajinal doğum oranının arttığı; müdahaleli doğum, sezaryen, beş dakikalık Aggar skoru düşük olan yenidoğan sayısı ve olumsuz doğum deneyiminin azaldığı belirtilmektedir (18).

Literatürde ADH'lerde yapılan çalışmalarda kadınların tamamına refakatçi bulundurması için destek verildiği, ADH'nin destekleyici bakım algısını olumlu etkilediği ve destek alan kadınların memnuniyet düzeylerini artırdığı, alanda çalışan sağlık profesyonellerinin doğum desteği sağlanmasına olumlu baktığı ifade edilmektedir (10, 111, 115, 123). Ancak yine ülkemizde ADOH'de yapılan bir çalışmada kadınların %41'inin, başka bir çalışmada %24.8'inin, bir başka çalışmada ise sadece %0.6'sının doğumunda refakatçisinden destek aldığı görülmektedir (124-126). Çalışmamızda her iki grupta da refakatçiye izin verilmesi ve desteklenmesi, hastane politikalarının ve alanda çalışan sağlık profesyonellerinin doğum desteğine olumlu baktığını göstermektedir. ADH olduktan sonra doğum desteği oranının değişmemesi ise bu oranın hâlihazırda yüksek olması ve toplum kültürümüzde doğum yapacak/yapan kadının yalnız bırakılmaması gerektiği anlayışından kaynaklanıyor olabilir.

Doğum sürecindeki kadına, doğum bakımı veren ebe/hemşireler tarafından bilgi verilmesi doğum desteğinin bir parçası olup kadının kontrol duygusu ve özgüvenini artırmakta ve olumlu doğum deneyimi kazanmasına katkı sağlamaktadır (20, 127). Bu çalışmada doğumun tüm evrelerindeki kadınların bilgilendirilme (servis tanıtılma, birinci evre ve süresi, 2. evre ve süresi, 3. evre, postpartum süreç) durumlarının ADHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 5-9). Benzer şekilde Çakır ve arkadaşlarının ADH'de yaptığı çalışmada, kadınların çoğunluğunun doğum ve doğum şekilleri, lohusa, yenidoğan, emzirme, doğum sürecinin ilerleyişi hakkında bilgilendirildiği belirtilmektedir (111). Nitekim anne dostu hastane uygulamaları da kadınlara doğum süreçleriyle ilgili kolay, anlaşılır bilgi verilmesini, mevcut tedavi seçeneklerinin sunulmasını, kendileriyle ilgili tüm kararlara katılma ve karar verme fırsatı sağlanmasını

desteklemektedir (39). Benzer şekilde DSÖ de doğum sürecinde bakım verenler ve doğum yapan kadınlar arasında kadın ve ailesinin ihtiyaç duyduğu bilgilerin açık ve öz sunulduğu, tıbbi ifadelerden kaçınıldığı, yapılacak işlemlerin açıklandığı ve yazılı bilgilendirilmiş onam alındığı, basit ve kültürel olarak kabul edilebilir etkili iletişim yöntemlerinin kullanılmasını tavsiye etmektedir (20).

Literatürde ADH’lerde yapılan çalışmalarda, ebeye istediği zaman ulaşabilen kadınların destekleyici bakım algısının iyi olduğu ve ADH’nin bu algıyı olumlu etkilediği, bu hastanelerdeki kadınların, çalışanların kendileriyle iletişimlerini iyi olarak değerlendirdiği, sağlık profesyonellerinin, kadınlara her aşamada bilgi verilmesi gerektiği görüşünde olduğu belirtilmektedir (112, 123, 128). Elde edilen bu bilgiler hem çalışma sonuçlarımızı hem de Anne Dostu Hastane Programı’nın etkinliğini destekler niteliktedir. Çalışmamızda ADHU grubunda bilgilendirme durumunun daha fazla olması, hastanenin Anne Dostu Hastane Programı’nı benimsemesi, sağlık profesyonellerinin aldıkları eğitimlerin etkili olması, değişen fiziksel ortam şartlarının kadınlara kendini evinde hissettirmesi ve sağlık profesyonellerine daha çabuk güven duymasından kaynaklanıyor olabilir. Yine bu gruptaki sağlık profesyonellerinin daha güler yüzlü, iletişime açık, ulaşılabilir olmasının ve kadınlarla sık aralıklarla iletişim kuruyor olmasının, kadınlara daha fazla eğitim ve bilgi verme fırsatı yaratmış olabileceği düşünülmektedir.

Uluslararası kuruluşlardan DSÖ, Lamaze, NICE, RCM ve anne dostu hastane uygulamaları, kadınların doğum sürecinde yürüme, hareket etme ve doğum sırasında kendi seçtikleri pozisyonları kullanmasını desteklemektedir (20, 22, 41, 51, 58). Bu çalışmada aralarındaki fark anlamlı olmasa da ADHU grubunda pozisyon serbestliği ve hareket etmeye teşvik edilme durumlarının daha fazla olduğu görülmektedir (Pozisyon serbestliği; ADHU: %98.3, ADOHU: %97.7 ve $p=0.721^F$ ve Hareket etmeye teşvik; ADHU: %94.4, ADOHU: %92 ve $p=0.359$) (Tablo 4). Yine bu çalışmada her iki gruptaki kadınların benzer şekilde en çok tercih ettiği pozisyonun sık sık dolaşmak olduğu görülmektedir (ADHU: %52.8, ADOHU: %42 ve $p=0.100$) (Tablo 4). Bu sonuca dayanarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sürecinde serbest hareket edebilme, yürüyebilme durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında reddedilmiştir. Doğumun ilk evresinde dik ve yatar pozisyonların doğum sonuçları açısından karşılaştırıldığı 5 218 kadını içeren 25 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde doğumun ilk evre süresi, sezaryen oranı ve yenidoğan yoğun bakıma kabulü azalttığından

düşük riskli kadınların dik pozisyonların faydaları konusunda bilgilendirilmesi, kendilerine uygun seçecekleri pozisyonlar için cesaretlendirilmesi önerilmektedir (24).

Literatürde ADOH'lerde yapılan bazı çalışmalarda, doğum eyleminin birinci evresindeki kadınların ancak yarısına veya yarısından biraz fazlasına (%50-%65) hareket serbestliği tanındığı gösterilmektedir (62, 129, 130). Başka bir çalışmada, sağlık profesyonelleri doğumun birinci evresindeki kadınlara hareket ve pozisyon serbestliği sağladıklarını fakat kadınların hareket etmediklerini belirtmiştir. Yine aynı çalışmadaki kadınlar ise sağlık profesyonellerinin kendilerini azarlamasından korktukları için yürümekten çekindiklerini ve hareket etmede özgür olmadıklarını ifade etmişlerdir (131). ADH'lerde yapılan bazı çalışmalarda, doğum sürecindeki kadınların serbest hareket etme oranının %80'in üzerinde olduğu ADH olduktan sonra hareket etmeye teşvik oranının arttığı, sağlık profesyonellerinin çoğunluğunun kadının doğum eyleminde hareket etmesi gerektiği görüşünde olduğu gösterilmektedir (115, 128, 132, 133). Çalışmamızda her iki hastane uygulamasında da kadınların hareket etme, yürüme, pozisyon değiştirme, hareket etmeleri için cesaretlendirilme oranlarının %92 üzerinde olmasının, sağlık profesyonellerinin bu uygulamanın yararlarını biliyor ve uyguluyor olması, kadınlarla etkili ve güvene dayalı iletişim kurması, anne dostu hastane uygulamalarının benimsenmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Anne Dostu Hastane Programı, doğum eyleminde bilimsel kanıtlara dayanmayan gereksiz müdahalelerin rutin olarak yapılmasını önermemektedir. Bu uygulamaların bazılarını, sürekli EFM, erken amniyotomi, oral sıvı ve besin kısıtlaması, damar yolu açılması ve IV sıvı verilmesi, sık vajinal tuşe, üretral kateter takılması, lavman, perineal tıraş, %10'dan fazla indüksiyon uygulanması, %20'den fazla epizyotomi uygulanması olarak belirtmiş olsa da rutin uygulanmaması gereken uygulamaları bunlarla sınırlamamıştır (134).

Elektronik fetal monitorizasyon (EFM), intrapartum süreçte fetal iyilik halinin değerlendirilmesi, hipoksik bebeklerin saptanması, sezaryen veya müdahaleli vajinal doğum gerekip gerekmediğinin belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır (58, 68). Bu çalışmada her iki hastane uygulamasında yer alan kadınların tamamına aralıklı EFM yapıldığı, aralarında anlamlı fark olmamakla birlikte ADOHU uygulamalarında EFM uygulama sıklığının daha fazla olduğu görülmektedir (EFM sıklığı ortalaması; ADHU: 4.66 ± 3.31 kez, ADOHU: 5.11 ± 3.71 kez ve $p=0.502$) (Tablo 5). Bilimsel kanıtlara

dayanmayan işlemlerin rutin uygulanmasını istemeyen anne dostu hastane uygulamaları, sürekli EFM uygulamasına sınırlama getirmiştir (42). DSÖ, sürekli EFM'nin sezaryen ve diğer tıbbi müdahaleleri artırdığını, destekleyici ve kadın merkezli hizmetin yerine kullanılmaması gerektiğini, kadının doğumunda seçim yapma, hareket özgürlüğü, pozisyon serbestliğine kısıtlama getirdiği ve stresini artırdığını ifade etmekte ve düşük riskli kadınlarda sürekli EFM yerine aralıklı oskültasyon yapılmasını tavsiye etmektedir (20). ACOG bu görüşü kabul etmekte, NICE ise, düşük riskli kadınların kontraksiyondan hemen sonra en az bir dakika ve en az 15 dakikada bir aralıklı oskültasyonla, riskli bir durum olduğunda ise (anormal FKH, hipertansiyon, idrarda protein varlığı, uzamış eylem gibi) sürekli EFM ile takibini önermektedir (60, 94).

Literatürde ADOH'de yapılan bir çalışmada sürekli EFM oranının %95.4, başka bir çalışmada %12 olduğu, İran'da ADH'de yapılan bir çalışmada ise bu oranın %5'in altında olduğu görülmektedir (62, 115, 130). Uluslararası kuruluş önerilerine rağmen intrapartum süreçte sürekli EFM kullanılmasının sebebi, herhangi bir hukuki süreçte yazılı güvence oluşturması ve klinisyenlerin kullanım tercihi olabilir (135). Oysa DSÖ sürekli EFM'yi davalara karşı kanıt olarak kullanmak yerine, iyi oluşturulmuş tıbbi notlar ve kayıtlarla aralıklı oskültasyon yönteminin daha koruyucu olduğunu ifade etmektedir (20). Bu anlamda sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesi, hukuki anlamda güven veren uygulamaların artması, anne dostu hastane uygulamalarının gerekçelerinin bilinmesi ile sürekli EFM sıklığının azalacağı ve bu durumun ana çocuk sağlığına yansıtacağı düşünülmektedir.

Doğum indüksiyonu; amniyotomi, oksitosin, prostoglandin gibi çeşitleri bulunan, spontan doğumu beklemeden uterusun uyarılması ve doğumun başlatılmasıdır (20, 58). Amniyotominin, yaygın kullanılan bir uygulama olmasına rağmen, doğum eylemindeki uygulama zamanlaması konusunda kesinleşmiş bir tanım bulunmamaktadır (136). Ancak literatürdeki pek çok çalışmanın, dilatasyon <4 cm iken yapılan amniyotomiye erken amniyotomi olarak kabul ettiği görülmektedir (136-139). Bu çalışmada amniyotomi uygulamasının dilatasyon 4 cm olmadan yapılma durumunun ADOHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: %4.5, ADOHU: %17.1 ve $p<0.001$) (Tablo 5). Dilatasyon 4 cm olduktan sonra ise amniyotomi aralarında fark olmasa da ADOHU grubunda daha fazla uygulanmıştır (ADHU: %41.1, ADOHU: %46 ve $p=0.350$) (Tablo 5). Bu uygulamanın, serviks dilatasyonunun ADHU grubunda ortalama 8.27 ± 1.5 cm iken,

ADOHU grubunda ortalama 6.42 ± 1.77 cm iken yapıldığı görülmektedir ($p < 0.001$) (Tablo 5). DSÖ, ACOG, NICE ve anne dostu hastane uygulamaları, normal ilerleyen doğum eyleminde tıbbi gerekliliği olmadan rutin amniyotomi uygulamasını önermemektedir (20, 42, 60, 94). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda amniyotomi oranının %31.9 ile % 81.7 arasında değiştiği gösterilmektedir (62, 75, 101, 126, 130). İran'da ADH'de yapılan bir çalışmada ise amniyotomi oranının yaklaşık %6 olduğu belirtilmektedir (115). Amniyotomi uygulanan ve uygulanmayan spontan doğumların karşılaştırıldığı 5 583 kadını içeren 15 çalışmanın Cochane sistematik incelemesinde, doğum eyleminin ilk evresinin süresi, sezaryen, doğum deneyimi, anne memnuniyeti, beş dakikalık Apgar skorunun yediden az olması açısından fark bulunmadığı, bu nedenle rutin uygulanmasının doğru olmadığı belirtilmektedir (25). Amniyotomi ve oksitosinin erken uygulaması ile rutin bakımın karşılaştırıldığı 8 033 kadını içeren 14 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, amniyotomi ve oksitosinin erken uygulamasının, rutin bakıma göre sezaryen oranında ve doğum süresinde azalma meydana getirdiği gösterilmektedir (140). Literatürde erken yapılan amniyotomi uygulamasının, korioamnionit, umbilikal kord prolapsusu, fetal bradikardi, maternal hastanede kalış süresinde uzama, doğum sonrası enfeksiyon, maternal morbidite gibi olumsuz sonuçları olduğunu gösteren çalışmalar bulunmakla birlikte; distosi ve sezaryen oranını düşürdüğünü, doğum süresi ve oksitosin ihtiyacını azalttığını ifade eden çalışmalar da bulunmaktadır (136-139, 141). Çalışmamızda her iki gruptaki amniyotomi uygulaması oranının %50'nin altında olması, Anne Dostu Hastane unvanının yeni alınmış veya alınmak için hazırlık aşamasında olunması, hastanede gerekli yeterliliğe sahip olmak için azami özen gösterilmesi, sağlık profesyonellerinin hizmet içi eğitimlerle sürekli güçlendiriliyor olması, kurum içinde uygulamalara yönelik incelemelerin ve gözlemlerin yapılıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu sonuçlardan yola çıkarak Anne Dostu Hastane Programı'nın, amniyotomi oranını azaltmada etkili olduğu ve uygulamanın yaygınlaşması gerektiği sonucuna varılabilir.

Oksitosin indüksiyonu, intravenöz (IV) veya intramüsküler (IM) yöntemlerle sentetik oksitosin verilerek uterus düz kaslarında kontraksiyon meydana getirme ve eylemi hızlandırma işlemi olarak bilinmektedir (58). Güvenli bir şekilde uygulanmadığı veya izlenmediğinde hayati risk oluşturabileceğinden tıbbi endikasyon olmadan kullanılmaması gerekmektedir (142). Bu çalışmada dilatasyon 4 cm olmadan doğumu hızlandırıcı müdahale uygulanma durumunun ADOHU grubunda daha fazla olduğu (ADHU: %11.7, ADOHU: %23.9 ve $p=0.003$), doğumu hızlandırmak için ise her iki grupta da en çok

oksitosin uygulamasının tercih edildiği; ancak ADOHU grubunda daha fazla oksitosin uygulandığı bulunmuştur (ADHU: %40.9, ADOHU: %68.3 ve $p<0.001$) (Tablo 5). Yine bu çalışmada, dilatasyon 4 cm olduktan sonra oksitosin uygulanma durumunun ve oksitosin uygulanan dilatasyon aşamasının benzer olduğu belirlenmiştir (Dilatasyon > 4 cm iken; Oksitosin uygulanma durumu ADHU: % 11.1, ADOHU: %11.4 ve $p=0.940$; Oksitosin uygulanan cm ortalaması ADHU: 6.1 ± 1.77 cm, ADOHU: 6.1 ± 2.2 cm ve $p=0.531$) (Tablo 5). Anne dostu hastane uygulamalarında dilatasyon santimetresi belirtilmemekle birlikte doğumun indüksiyon ile başlatılmasını, kadınlarda analjezi ve anestezi kullanımı, anormal FKH (Fetal Kalp Hızı) insidansı, omuz distozisi, müdahaleli doğum ve sezaryen oranları, yenidoğan resüsitasyon ve yoğun bakım ihtiyacı gibi olumsuz sonuçları artırması nedenleriyle, %10 ve daha az olacak şekilde uygulamayı tavsiye etmektedir (42). DSÖ de servikal dilatasyon 5 cm olana kadar doğumun doğal olarak hızlanmayabileceğini, bu nedenle doğumu hızlandırmak için oksitosin indüksiyonunun 5 cm öncesinde uygulanmasını tavsiye etmemektedir (20). Literatürde de endikasyonsuz yapılan oksitosin uygulamasının maternal ve fetal komplikasyonlara (uterus hiperstimülasyonu, distosi, müdahaleli vajinal doğum, doğum sonu kanama, hipoksi vb) neden olduğu, hastanede yatış süresini uzattığı ve bu uygulamanın diğer müdahaleleri de (IV sıvı uygulaması, sürekli EFM, hareket kısıtlılığı, kadının konforunda bozulma gibi) beraberinde getirdiği ifade edilmektedir (55, 142-144). Benzer şekilde yapılan bazı sistematik incelemelerde de erken oksitosin uygulamasının, anormal FKH, uterin taşistol oranlarını artırdığı belirtilmektedir (26, 70).

ADH'lerde yapılan çalışmalarda, anne dostu olduktan sonra oksitosin uygulanma oranının azaldığı gösterilmektedir (101, 115, 133). Ülkemizdeki ADOH'lerde yapılan çalışmalarda ise bu oranın hala çok yüksek olduğu (%70.7-%87.3) görülmektedir (62, 130, 145, 146). Buradan hareketle Anne Dostu Hastane Programı'nın indüksiyon oranını azaltmada etkili olduğu sonucuna varılabilir. Çalışmamızdaki indüksiyon oranının her iki grupta da düşük olması, Anne Dostu Hastane unvanının yeni alınmış veya alınmak için hazırlık yapıyor olması, sağlık profesyonellerinin indüksiyon uygulamasına yaklaşımı, uzamış eylem gibi indüksiyon gerektiren durumların daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bu uygulamaya yönelik %10 veya daha az indüksiyon uygulanması hedefine ulaşmak için Anne Dostu Hastane Programı'nın benimsenmesi ve uygulamaya daha fazla dikkat edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Doğum eyleminde antispazmotikler daha hızlı ve etkili servikal dilatasyon sağlamak ve uzamış eylemin oluşturabileceği riskleri azaltmak için kullanılmaktadır (147). Bu çalışmada servikal dilatasyon 4 cm olmadan önce ve olduktan sonra antispazmotik kullanımının ADOHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 5). DSÖ, doğum süresini kısaltmak için antispazmotik ajanların kullanılmasını, mevcut verilerin heterojen olması nedeniyle önermemektedir (20). Doğumun ilk evresinde antispazmotik uygulanan ve uygulanmayan spontan doğumların karşılaştırıldığı 3 286 kadını içeren 21 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, antispazmotik kullanımının doğumun ilk evre süresini kısalttığına ve servikal dilatasyon oranını artırdığı, ancak kanıtların düşük kalitede olduğu, anne-bebek için güvenliğine ilişkin sonuca varmak için yeterli kanıt olmadığı belirtilmektedir (147). Literatürde ADH’lerde yapılan çalışmalarda antispazmotik kullanımını değerlendiren herhangi bir çalışmayla karşılaşmadığımızdan sadece bu çalışma sonucuna göre; Anne Dostu Hastane Programı’nın antispazmotik kullanımını azaltmada etkili bir yöntem olduğu sonucuna varılmıştır.

Doğum sürecinde oral sıvı gıda kısıtlaması, 1946 yılında Mendelson’un genel anestezi ile aspirasyon riskinin artacağı ve maternal morbidite ve mortalitenin yüksek olacağını açıklaması üzerine yaygın olarak kullanılan bir uygulama olmuştur (148, 149). Bu çalışmada doğumun ilk evresinde oral sıvı gıda kısıtlaması yapılma durumunun ADOHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: %14.4, ADOHU: %55.7 ve $p<0.001$) (Tablo 5). Anne dostu hastane uygulamaları, aspirasyon riskinin yok denecek kadar az olması ve kadınlarda stres yaratması nedeniyle oral sıvı ve gıda kısıtlamasını önermemektedir (42). DSÖ, bu kısıtlamasının hiçbir yararının olmadığını, düşük riskli kadınların doğum sırasında sıvı ve gıda alabileceğini belirtmektedir (20). ACOG’a göre ise; spontan ilerleyen doğumlarda hareket özgürlüğünü kısıtlayan IV sıvı hidrasyonu yerine oral olarak berrak sıvılar tüketilmeli, parçacık içeren sıvılar ve katı yiyeceklerden kaçınılmalıdır (60). Doğum sırasında oral sıvı gıda kısıtlaması uygulanan ve uygulanmayan kadınların karşılaştırıldığı 3 130 kadını içeren 19 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, düşük riskli kadınlarda sıvı gıda kısıtlaması uygulanmasına gerek olmadığı belirtilmektedir (17). Bu görüş güncel çalışmalarla da desteklenmekte, gelişen obstetrik anestezi ile aspirasyon riskinin azaldığı, bu kısıtlamanın anlamsız olduğu, kısıtlama yapılmayan düşük riskli kadınlarda doğum süresinin daha az olduğu bildirilmektedir (120, 149-151). Çalışma sonuçlarımızı destekler şekilde ADH’lerde yapılan çalışmalarda, kadınların büyük çoğunluğuna (%89-%93.2) doğum sürecinde yeme

içmesi için izin verildiği, anne dostu hastane olduktan sonra sıvı-gıda kısıtlamasının azaldığı, kısıtlama yapılmayan kadınların destekleyici bakım algısının daha iyi olduğu belirtilmektedir (111, 115, 123, 132, 133). ADOH'lerde yapılan çalışmalarda ise bunun tam aksine sıvı gıda alımının sınırlandırıldığı (%65-%99.4 oranında) görülmektedir (62, 126, 130). Bu sonuçlardan hareketle, Anne Dostu Hastane Programı'nın oral sıvı-gıda kısıtlamasının azaltılmasında ve kadının konforunu artırmada etkili olduğu düşünülmektedir.

Vajinal muayene, doğum eyleminde servikal dilatasyonu, efesmanı, fetüsün önde gelen kısmı ve eylemin ilerleyişini tespit etmek amacıyla uygulanmaktadır (21, 152). Bu çalışmada ADOHU grubunda ADHU grubuna göre daha fazla vajinal tuşe yapıldığı, ADOHU grubunda ortalama 5.40 ± 1.85 kez, ADHU grubunda ortalama 4.98 ± 1.79 kez vajinal muayene yapıldığı görülmektedir ($p=0.018$) (Tablo 5). DSÖ, ACOG ve NICE eylemin birinci evresinde dört saatte bir, aynı kişi tarafından ve sadece gerekli olduğunda yapılan vajinal muayenenin yeterli olacağını bildirmektedir (58, 94, 153). Vajinal muayenenin iki saatte bir ve dört saatte bir uygulamasının karşılaştırıldığı Cochrane sistematik incelemesinde, doğum süresi, epidural, sezaryen, spontan veya müdahaleli vajinal doğum açısından fark bulunmadığı belirtilmektedir (21). Literatürde vajinal muayenenin ortalama 5-12 kez sıklıkla uygulandığı ve kadınların muayene sırasında ağrı, rahatsızlık gibi olumsuz duygular yaşadığı belirtilmektedir (113, 152, 154-156). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Literatürde ADH'lerde yapılmış çalışmalarda vajinal muayene sıklığını gösteren sonuçlara rastlanmamıştır. Bu nedenle çalışma bulgularımızdan yola çıkarak, Anne Dostu Hastane Programı'nın endikasyonsuz vajinal muayene sıklığını azaltmada etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

Doğum sürecinde lavman, doğum süresini kısaltmak, fetüse doğumu için alan açmak ve maternal/neonatal enfeksiyon olasılığını azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (19). Bu çalışmada lavman uygulamasının ADOHU grubunda daha fazla yapıldığı görülmektedir (ADHU: %1.1, ADOHU: %5.7 ve $p=0.017$) (Tablo 5). Anne dostu hastane uygulamaları lavman uygulamasını, vajinal doğum şeklini etkilemediği, yenidoğan ve kadında enfeksiyon oranını azaltmadığı gerekçeleriyle önermemektedir (42). DSÖ de lavman uygulamasının, tedavi süresini kısaltmadığı, fayda sağlamadığı, invaziv kabul edildiği ve kadınlar için rahatsızlık verici olduğu için, rutin uygulanmasını tavsiye etmemektedir (20). Doğumun ilk evresinde rutin uygulanan lavmanın maternal ve neonatal

sonuçlarını değerlendiren 1 917 kadını içeren dört çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, lavman uygulamasının kadınların perineal enfeksiyonu ve yenidoğan enfeksiyonu üzerinde yararlı bir etkiye sahip olmadığı, rutin kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (19). Literatürde bu bulguları destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte doğumun ilk aşamasında anne için bir salin lavmanın, *Clostridium difficile* kolonizasyonu riskini azaltmada yararlı olabileceğini ifade eden çalışma da yer almaktadır (157, 158). Bununla birlikte ADH’lerde yapılan çalışmalarda, kadınların büyük çoğunluğuna (%73-%99.7) lavman yapılmadığının belirtilmesi çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir (111, 132, 159). ADOH’lerde yapılan çalışmalarda ise, lavman uygulanma oranlarının çok yüksek olduğu (%76.6-%96.3) görülmekte ve bu bakımdan çalışma sonucumuzla farklılık göstermektedir (62, 126, 145, 146). Hem çalışma bulgularımızdan hem de ADH’lerde yapılan çalışma sonuçlarından yola çıkarak, Anne Dostu Hastane Programı’nın endikasyonsuz lavman sıklığını azaltmada etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

Bireysel, fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bileşenleri olan doğum ağrısı, doğal bir süreç olmakla birlikte en şiddetli ağrılardan biri olarak tanımlanmaktadır (160, 161). Korku ve anksiyeteye neden olarak kadının toleransını azaltan, onu duygusal ve fiziksel olarak yoran, baş etme becerisine bağlı olarak doğum deneyimini doğrudan etkileyen bu şiddetli ağrının kontrolünde, farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (161, 162). Bu çalışmada ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntem (nefes alma, egzersiz, dikkati başka yöne çekme, aroma terapi, müzik dinleme, dokunma-masaj, hidroterapi-banyo gibi) kullanılma durumunun her iki grupta da %90’ın üzerinde olduğu (En çok tercih edilen yöntemler; Nefes alma: ADHU: %98.9, ADOHU: %90.1; Egzersiz: ADHU: %93.8, ADOHU: %63.4), ADHU grubunda daha fazla nonfarmakolojik yöntem kullanıldığı görülmektedir (ADHU: %98.9, ADOHU: %91.5 ve $p=0.001$) (Tablo 5). Bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Nonfarmakolojik yöntemler, maliyeti ve olumsuz etkileri az olan, kolay uygulanabilen, kabul edilebilirliği yüksek, standart ilaç tedavisine yardım eden, kadının doğumuna aktif katılımını sağlayan, süreci doğrudan kadının yönetmesine olanak veren uygulamalardır (161). Anne dostu hastane uygulamaları, DSÖ, NICE ve ACOG doğum ağrısı ile başa çıkmada kadınlara nonfarmakolojik yöntemlerle ilgili bilgi, bakım ve destek

verilmesini, bu yöntemlerin kadın, bebek ve doğumun ilerleyişine zararının olmadığını belirtmekte ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını tavsiye etmektedir (20, 43, 60, 94). Benzer şekilde yapılan sistematik incelemelerde de nonfarmakolojik yöntemlerin doğum ağrısını ve kaygıyı azaltma, doğum memnuniyetini artırma, doğum süresini kısaltma, kadının kontrol duygusunu artırmada etkili olduğu ve duygusal doğum deneyiminin iyileştirilmesine katkı sağladığı ve kadın ve yenidoğan için güvenli olduğu belirtilmektedir (163-166). İran’da ADH’de yapılan bir çalışmada nonfarmakolojik yöntem kullanımının bizim çalışmamızdaki ADHU grubuyla benzer olduğu görülmektedir (115). Bununla birlikte çalışmamızda da nonfarmakolojik yöntemlerin daha çok kullanıldığı ADHU grubunda, ilk evre süresinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Nitekim ADH’lerin değerlendirildiği bazı çalışmalarda, anne dostu bakımın temeli olan fizyolojik doğumun uygulandığı ve nonfarmakolojik yöntemlerin kullanıldığı kadınlarda doğumun aktif evresinin süresinin ciddi şekilde kısaldığı ve doğum ağrısının azaldığı belirtilmekte ve çalışma sonucumuzu desteklemektedir. Bununla birlikte ülkemizde ADH’lerde yapılan çalışmalarda ebe/hemşirelerin nonfarmakolojik yöntem kullanımına olumlu bakması son yıllarda nonfarmakolojik yöntemlere yönelik olarak farkındalığın arttığını gösterir niteliktedir (10, 101, 121, 122, 128, 167). Dolayısıyla hem çalışma sonuçlarımızdan hem de ADH’lerde yapılan çalışma sonuçlarından yola çıkarak, Anne Dostu Hastane Programı’nın nonfarmakolojik yöntem kullanımını ve dolayısıyla anne memnuniyetini artırdığı sonucuna varılabilir.

Vajinal doğumun ikinci evresinde veya sezaryen doğum öncesinde klorheksidin veya povidon iyot ile perine temizliği uygulamasına, doğum sonrasında oluşabilecek enfeksiyonları önlemek için sıklıkla başvurulmaktadır (168-170). Bu çalışmada doğumun ikinci evresinde her iki grupta da perine temizliğinin povidon iyot ile yapıldığı, ADHU grubunda povidon iyot ile perine temizliğine daha sık başvurulduğu görülmektedir (ADHU: %68.3, ADOHU: %56.3 ve $p=0.019$) (Tablo 6). Ancak DSÖ, enfeksiyonların önlenmesi amacıyla doğum sırasında klorheksidin ile rutin vajinal temizlik yapılmasını önermemektedir (20). Povidon iyot veya klorheksidin ile temizlik, sezaryen öncesinde yapıldığında etkili olsa da normal doğum sırasında kullanımının fayda sağlamadığını belirten sistemik incelemeler ve çalışmalar bulunmaktadır (168-172). Bazı çalışmalarda povidon iyot kullanımının anne sütünde ve yenidoğanda iyot seviyesini artırdığı, hipotriodizme yol açabileceği belirtilmektedir (173, 174). Bununla birlikte klorheksidinin, yenidoğan ölümlerinin yüksek olduğu bölgelerde kullanılabileceğini ve enfeksiyon riskini

azaltmada güvenli olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır (175, 176). ADOH'de yapılan bir çalışmada doğumun ikinci evresinde klorheksidin ile vajinal irrigasyon oranının %99.1 olduğu görülmektedir (62). Literatürde ADH'de yapılan çalışmalarda perine temizliği sonuçlarına ulaşamamıştır. Çalışmamızdaki gruplarda, yararı kanıtlanmamış olan povidon iyot ile perine temizliğinin uygulanma nedeni, enfeksiyon önlemede etkili olduğu inancı, geleneksel bir yöntem olması olabilir. Anne Dostu Hastane unvanı alındıktan sonra, anne-çocuk sağlığını korumaya ve artırmaya yönelik uygulamalar yapılması, ADHU grubunda povidon iyot ile perine temizliği yapılma oranını artırmış olabilir. Bu anlamda geleneksel uygulamaların azaltılması, kanıta dayalı uygulamaların artırılması için sağlık profesyonellerinin bilgi ve farkındalığının artırılması yararlı olacaktır. Anne dostu hastane uygulamalarının on adımıda perine temizliğine yer verilmemiş olsa da bakımın bilimsel kanıta dayalı uygulamalar ile verilmesi ilkesi ve zarar vermeme felsefesi göz önünde bulundurulduğunda doğum sırasında povidon iyot ile perine temizliği uygulamasının azaltılması ile anne-çocuk sağlığının artırabileceği düşünülmektedir.

Doğum sırasında dik pozisyonların kadın ve bebek için faydalı olduğu, bebeğin iyi konumlandırılması, geçişinin hızlı olması ve güçlü uterus kontraksiyonu sağlama gibi etkilerinin olduğu belirtilmektedir (72). Ancak doğum eyleminde sırt üstü pozisyon, çoğunlukla plasental kan akışında ve uterin kontraksiyonların etkinliğinde azalmaya neden olmasına rağmen, sağlık personeline kolaylık sağladığı için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (177). Bu çalışmada ADHU grubundaki kadınların çoğunluğunun doğumunu yarı oturur pozisyonda, ADOHU grubundaki kadınların çoğunluğunun ise doğumunu litotomi pozisyonunda gerçekleştirdiği görülmektedir (ADHU: %97.8 yarı oturur pozisyon, ADOHU: %75.6 litotomi pozisyonu ve $p<0.001$) (Tablo 6). Bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sırasındaki kadının pozisyonu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Anne dostu hastane uygulamaları, litotomi pozisyonunu fetüse giden kan akışını azalttığı, uterus kontraksiyonları, eylemin ilerleyişi ve fetal kalp hızını olumsuz etkilediği gerekçeleriyle önermemekte; bunun yerine müdahaleli doğum, perineal hasar, kan kaybı, maternal ağrı oranında azalma sağlayan pozisyonları önermektedir (41). DSÖ ve NICE, doğumunun ikinci evresindeki kadına herhangi bir pozisyonu dayatmadan, dik pozisyonlar da dâhil olmak üzere kendi tercih ettiği pozisyonlarda doğum yapması için destek verilmesini, ACOG ise, maternal-fetal izlemeye ve tedaviye izin verdiği, kontrendike olmadığı sürece

doğum sırasında sık pozisyon değişikliğini önermektedir (20, 60, 94). Cochrane sistematik incelemelerinde sırtüstü pozisyonlara kıyasla dik pozisyonların, perineal yırtıklarda artma ve 500 ml'den fazla kan kaybı riskine rağmen kadınlarda doğumun ikinci evresinin süresini kısaltma, epizyotomi ve müdahaleli doğumları azaltma, anne memnuniyetini artırma gibi etkileri bulunduğu belirtilmektedir (71, 178, 179).

Literatürde ADOH'lerde yapılan çalışmalarda doğumların daha çok litotomi pozisyonunda yapıldığı gösterilmektedir (129, 146, 177). ADH'de yapılan bir çalışmada ise, kadınların %34.5'inin dik pozisyonlarda doğum yaptığı görülmektedir (159). Doğum eyleminin sırt üstü pozisyonda gerçekleştirilmesi geleneği, hastanelerin anne-bebek dostu olduğu dünyanın pek çok ülkesinde devam edecek gibi gözükmektedir. Çalışmamızda anne dostu uygulamadaki kadınların büyük çoğunluğunun yarı oturur pozisyonda doğum yapmış olması, anne dostu uygulamaların bu anlamda etkili olduğu ve gelecekte doğumda dik pozisyonların yaygınlaşması için umut verdiği düşünülmektedir.

Doğumun ikinci aşamasında kadının ıkmama gücünün, uterus kontraksiyonu ile gelen istemsiz doğurma gücüne önemli ve vazgeçilmez bir katkı sağladığı bilinmektedir (78). Bu çalışmada, kendiliğinden ıkmaması için desteklenen kadınların ADHU grubunda, kapalı glottis ıkmama kadınların ise ADOHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir ($p<0.001$) (Tablo 6). Bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sırasındaki kadının ıkmama şekli açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. DSÖ ve ACOG, kadınların kendi dürtülerini takip etmesi için teşvik edilmesini ve desteklenmesini önermektedir (20, 60). NICE bu görüşe katılmakta ve kadının ıkmaması etkin değilse ve istemesi halinde destek verme, pozisyon değişikliği, mesanenin boşaltılması, cesaretlendirme gibi stratejilerin önerilmesini belirtmektedir (94). Yapılan çalışmalar ve sistematik incelemeler, belirli bir ıkmama yöntemini rutin kullanmak için yeterli kanıt olmadığını, kadının kendi ıkmama dürtüsünü takip etmesi için desteklenmesi gerektiğini ve kadının isteği, terciği ve klinik bağlamına göre karar verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (77, 78, 180). Literatürde, valsalva tipi ıkmamanın, doğumun ikinci evresinin süresini kısaltıyor olsa da postpartum üçüncü aydan sonra ürodinamik faktörlerde kötüleşmede etkili olabileceği bildirilmektedir (75, 77). Spontan ıkmama kadınların ise ikinci evre süresi daha uzun olsa da talimat almadan, neonatal ve perineal sonuçlar kötüleşmeden, ağrı ve yorgunluğun daha az olduğu bir doğum yapılabildiği belirtilmektedir (75, 181). Anne dostu hastane uygulamalarının on adımı

ıkınma türüne yönelik bir öneri bulunmuyor olsa da bilimsel kanıta dayalı uygulamaları benimsemesinden güç alarak, Anne Dostu Hastane Programı'nın kadının kendi bedenini takip ederek ıkınmasını sağlamada etkili olduğu sonucuna varılabilir.

Doğumun ikinci evresinde meydana gelen perineal hasarın, perineal ağrı, idrar kaçırma, cinsel işlev bozukluğu gibi sorunlarla ilişkili olduğu, bu nedenle perineal masaj, sıcak pet uygulaması, perinenin elle korunması gibi tekniklere sıklıkla başvurulduğu bilinmektedir (182-184). Bu çalışmada her iki grupta perinenin korunması için en çok tercih edilen yöntemin perineal masaj olduğu ve bu uygulamayı ADHU grubunda spontan ıkınma için destek, ADOHU grubunda ise anesteziik spre y uygulanmasının takip ettiği görölmektedir ($p<0.001$) (Tablo 6). DSÖ ve ACOG, kadınların tercihi ve mevcut seçeneklere göre, perineal hasarı önlemek ve spontan doğumu kolaylaştırmak için, perineal masaj, sıcak kompres, perinenin “hands on” korunması gibi teknikleri önermektedir (20, 185). NICE ise, doğumun ikinci evresinde perinenin elle korunmasını önermekteyken; perineal masaj, anesteziik spre y ve rutin epizyotomi y önermemektedir (94). Yapılan sistematik incelemeler ve çalışmalarda, perineye sıcak pet ve masaj uygulanması ile perine hasarı oluşma ve epizyotomi açma olasılığının azaltılacağı, bu tedbirlerin güvenli ve etkili olduğu, perineal bütünlüğü koruyabileceği, neonatal sonuçları iyileştirebileceği ve anne memnuniyetini artırabileceği de vurgulanmaktadır (184, 186, 187). Yapılan çalışmalarda ıkınma tekniklerinin perineal travma ve epizyotomi üzerinde etkili olmadığı belirtilse de valsalva ıkınma türü ile doğumdan üç ay sonra kötüleşen ürodinamik faktörler göz önüne alındığında spontan ıkınma için destek uygulamasının fayda sağlayabileceği tahmin edilmektedir (77, 180). Çalışmamızda ADHU grubundaki kadınlara perine y koruyucu tekniklerin daha fazla uygulanmış olması, belirtilen faydaları göz önünde bulundurulduğunda, uygulamalarının temelini bilimsel kanıtlardan alan Anne Dostu Hastane Programı'nın bu anlamda etkili olduğunu göstermektedir.

Fundal basınç, doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmak, spontan doğuma yardımcı olmak amacıyla, uterusun en üst kısmı olan fundusa elle veya şişirilmiş kemer ile basınç uygulanması olarak bilinmektedir (58, 188). Bu çalışmada fundal basınç uygulamasının ADOHU grubunda daha fazla olduğu görölmektedir (ADHU: %11.1, ADOHU: %34.1 ve $p<0.001$) (Tablo 6). DSÖ, doğumu kolaylaştırmak için manuel fundal basınç uygulamasını tavsiye etmemektedir (20). Manuel fundal basınç ile şişirilmiş kemer ile fundal basıncın ve fundal basınç uygulanan ile uygulanmayan doğumların

karşılaştırıldığı 3 948 kadını içeren dokuz çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, müdahaleli doğum, sezaryen, ikinci evrenin süresi, yenidoğan arteriyel kord pH'ı, yenidoğan yoğun bakım oranları arasında fark olmadığı, ancak perine ve anal sfinkter yaralanmasının daha fazla, kadının memnuniyetinin daha düşük olduğu ve uygulama ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir (188). Yapılan çalışmalarda, doğum sırasında uygulanan fundal basıncın, levator ani kasının yaralanma olasılığını arttırdığı, kullanımı belgelenmediği için anne ve bebek için risklerinin belirlenemediği ya da doğuma 'biraz yardım' olarak sunulurken kadınların reddinin zorlaştığı ve kadınlarca nazik bulunmadığı vurgulanmaktadır (189-191). Ülkemizde ADOH'lerde yapılan bazı çalışmalarda fundal basınç oranının %27.4 ile %43.3 arasında değiştiği görülmektedir (62, 126, 130, 145, 146). ADH'de yapılan bir çalışmada ise bu oranın %24.3 olduğu, bir başka çalışmada %5'in altında olduğu belirtilmektedir (115, 132). Hem çalışma bulgularımızdan hem de ADOH-ADH çalışmalarının sonuçlarından yola çıkarak, Anne Dostu Hastane Programı'nın fundal basınç oranını azaltmada etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

Epizyotomi, bebeğin doğumunu kolaylaştırmak, ikinci evre süresini kısaltmak, perineal hasarı azaltıp tamir ve iyileşmesini kolaylaştırmak amacıyla uygulanan cerrahi girişimdir (27, 192). Bu çalışmada epizyotomi uygulamasının ADOHU grubunda daha fazla yapıldığı görülmektedir (ADHU: %46.1, ADOHU: %58.5 ve $p=0.019$) (Tablo 6). Anne dostu hastane uygulamalarında, epizyotomi uygulamasının %20 veya daha az ile sınırlandırılması (hedef % 5) yer almaktadır (42). DSÖ, spontan vajinal doğumlarda rutin epizyotomiye önermemekte, müdahaleli vajinal doğum gerektiren fetal distress gibi obstetrik acil durumlarda, lokal anestezi eşliğinde ve mediolateral tekniğin tercih edildiği epizyotominin uygulanmasını tavsiye etmektedir (20). NICE bu karara katılmakla birlikte, normal doğumda 3. ve 4. derece yırtığa kadar rutin epizyotomiden kaçınılması ve mediolateral açının 45 ila 60 derece arasında olması gerektiğini eklemektedir (94). Sınırlı epizyotomi ile rutin epizyotominin karşılaştırıldığı 6 177 kadını içeren 12 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, sınırlı epizyotominin ciddi perineal hasar oranını azalttığı, anne ve bebek için zararına dair kanıtın olmadığı belirtilmekte ve rutin epizyotominin perineal hasarı azalttığına inanmanın yanlış olduğu vurgulanmaktadır (27). Literatürde epizyotomi uygulamasının, uzamış ikinci evre, fetal sıkıntı veya mekonyum varlığı gibi durumlarda uygulandığı, perineal yırtıklar, doğum sonu kanama, vajinal hematoma gibi komplikasyonları olduğu; epizyotomi uygulanan kadınların sonraki doğumunda da epizyotomi ve perineal yırtık yaşama riskinin arttığı, ağrı ve uzun süreli

kaygı yaşadığı belirtilmekle birlikte, bu uygulamanın pelvik organ sarkması, idrar kaçırma, dispareni ve obstetrik anal sfinkter yaralanmaları gibi risklere olan etkisine dair kanıtların yetersiz olduğu belirtilmektedir (192-195). Sınırlı epizyotominin ise anne ve bebek için güvenli olduğu, maternal-fetal endikasyonlara ve klinik yargıya göre yapılması gerektiği bildirilmektedir (192, 196).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda epizyotomi uygulamasının %68.9 ile %97 arasında değiştiği gösterilmektedir (14, 62, 75, 101, 126, 145). Çalışmamızda epizyotomi oranının ADHU grubundaki oranının %46.1 ile bu çalışmalardaki oranlardan daha düşük olduğu ancak yine de Anne Dostu Hastane Programı'nın %20 ve DSÖ'nün %10 hedeflerinden hala çok yukarda olduğu görülmektedir (35, 36, 42). Bu durumun ülkemizde epizyotomi uygulamasının; geleneksel olarak primiparlara rutin, multiparlara ise gerektiğinde epizyotomi yapılmasından ve çalışmamızdaki kadınların büyük bölümünün multipar olması dolayısıyla rekürren epizyotomi endikasyonu olasılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine de ADHU grubunda epizyotomi oranının daha düşük olması, Anne Dostu Hastane Programı'nın etkinliğini kanıtlar nitelikte sayılabilir.

Doğumun üçüncü evresinde umbilikal kordun geç klemplenmesi, profilaktik uterotonik uygulaması, kontrollü kordon çekişi ve uterus masajını içine alan aktif yönetim anlayışı ile doğum sonu kanamalarının önlenebileceği bildirilmektedir (197-200).

Umbilikal kordun, bebeğin doğumundan hemen sonraki ilk bir dakika içinde klemplenmesi erken, bir dakika ve sonrası veya kord atımı durduktan sonra klemplenmesi ise geç klempleme olarak kabul edilmektedir (201). Umbilikal kordun tutulup içerisindeki kanın hızlıca, iki-dört kez bebeğe doğru sıyrılması işlemi ise umbilikal kordun sıvazlanması olarak adlandırılmakta ve bu işlem geç klemplemeye göre plasental transfüzyonu hızlandırmak ve erken klempleme ile bebeğin mahrum kaldığı potansiyel kan hacmini geri kazandırmak için yapılmaktadır (202). Bu çalışmada ADOHU grubundaki kadınların tamamında umbilikal kordun erken ve sıvazlanarak, ADHU grubundaki kadınların büyük çoğunluğunda ise umbilikal kordun geç ve nabız durduktan sonra klemlendiği görülmektedir (Umbilikal kordun klemplenme zamanı ADHU: %99.4 geç klempleme, ADOHU: %100 erken klempleme ve $p<0.001$; Umbilikal kordun klempleme şekli ADHU: %99.4 nabız durduktan sonra, ADOHU: %100 sıvazlanarak ve $p<0.001$) (Tablo 6). DSÖ ve NICE, anne-bebek sağlığı ve beslenme sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla umbilikal kordun doğumdan en az bir dakika sonra olacak şekilde geç klemplenmesini tavsiye

etmektedir (20, 94). ACOG ise, hemoglobin düzeyini artırdığı, demir depolarını dolayısıyla gelişimsel sonuçları iyileştirdiğini belirterek, term ve preterm bebeklerde doğumdan hemen sonraki 30-60 sn (saniye) içerisinde yapılan geç umbilikal kord klemplemesini desteklemekte; ancak fototerapi olasılığına hazır olunması gerektiğini eklemektedir (203). Erken klempleme ve geç klemplemenin karşılaştırıldığı 3 911 kadını içeren 15 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, maternal sonuçlar, neonatal mortalite ve morbidite açısından fark olmadığı, umbilikal kordun geç klemlendiği grupta sarılığa bağlı fototerapi ihtiyacı daha fazla olsa da ortalama doğum ağırlığı ve 24-48 saat arasındaki hemoglobinin konsantrasyonunun daha fazla olduğu ve üç-altı ay sonra demir eksikliğinin daha az görüldüğü bildirilmektedir (201). Bununla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalarda umbilikal kordun geç klemlenmesinin; yenidoğanın erken hematolojik ve demir durumunu iyileştirdiği, beyin gelişimi için avantaj sağladığı, perineal yırtıklar onarılırken maternal ağrıyı hafiflettiği ve doğum deneyimini iyileştirebildiği belirtilmektedir (204-207). Ancak geç klemplemenin hiperbilirubinemi riskini artırdığı ve fototerapiye ihtiyaç duyulabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (203, 208).

Erken kord klemplemesi ile sıvazlamanın karşılaştırıldığı çalışmalarda sıvazlamanın, yenidoğan bakımında faydalı olduğu, yenidoğanda hemoglobin ve demir durumunu iyileştirebileceği ve umbilikal kordun erken klemlendiği bebeklere ek plasental transfüzyon sağlayabileceği belirtilmektedir (202, 209, 210). Bu uygulamanın resüsitasyon gerektiren bebekler için uygun olduğu ve depresif bebeklere plasenta transfüzyonu sağlamak için hızlı ve etkili bir yöntem olabileceği ifade edilmektedir (202). Sıvazlama ile geç kord klemplemesinin karşılaştırıldığı çalışmaların bazılarında ise; sıvazlamanın hematolojik faktörleri iyileştirdiği, term bebeklerde geç kord klemplemesi kadar faydalı olabileceği belirtilmektedir (211). Çalışmamızda ADHU grubunda umbilikal kordun geç klemlenmesi, bebeğin doğar doğmaz annenin göğsüne verilmesi ve bakımının büyük bölümünün annenin göğsünderken yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır. Bu aşamada bazı kadınlara, bebeğinin umbilikal kordunu kesebilme seçeneği de sunulmuştur. Anne dostu hastane uygulamalarının on adımıda umbilikal kordun klempleme şekli ve zamanı yer almıyor olsa da çalışma bulgularımızdan ve Anne Dostu Hastane Programı'nın bilimsel kanıtlara dayalı yöntemlerin uygulanması ile anne ve bebek sağlığını iyileştirmeyi hedefliyor olmasından yola çıkarak, bu programın umbilikal kordun geç klemlenmesinde etkili olabileceği sonucuna varılabilir.

DSÖ ve FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics-Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu) tarafından tüm doğumlar için doğumun üçüncü evresinde uterotonik uygulaması (10 ünite, IM/IV oksitosin) önerilmektedir (20, 197). Oksitosin bulunmayan durumlarda DSÖ, uygunluk durumuna göre ergometrine/methylergometrine ya da oksitosin ve ergometrine kombinasyonu veya 600 µg (mikrogram) oral misoprostol uygulanmasını, FIGO ise ergometrin 0.2 mg (IM), synometrine bir ampul (IM) veya misoprostol 400-600 µg oral uygulanmasını önermektedir (20, 197). T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde ilk seçenek olarak on ünite oksitosin IM/IV uygulaması, oksitosin bulunmadığı veya kullanılamadığı durumlarda ise 600 µg oral misoprostol verilmesi yer almaktadır (212). Bu çalışmada, doğumun üçüncü evresindeki kadınların çoğunluğuna her iki grupta da uterotonik uygulama durumlarının benzer olduğu (ADHU: %93.3, ADOHU: %93.7 ve p=0.951) (Tablo 7) ve en çok synpitan (oksitosin) ve metiler (metilergometrin) kullanıldığı görülmektedir. Doğumun üçüncü evresinde profilaktik oksitosinin etkisinin değerlendirildiği 10 018 kadını içeren 24 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, doğumun üçüncü evresinde profilaktik oksitosin uygulamasının doğum sonu kanamalarını ve ek uterotonik ihtiyacını azalttığı belirtilmektedir (213). Doğum sonu kanamalarını önlemek için en etkili uterotonik bulmayı amaçlayan 135 559 kadını içeren 196 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, tüm uterotoniklerin, plasebo/tedavi uygulamamaya karşı, doğum sonu kanamalarını önlemede etkili olduğu bildirilmektedir. Aynı incelemede en etkili üç uterotonik; ergometrin-oksitosin kombinasyonu, misoprostol-oksitosin kombinasyonu ve karbetosin olduğu; bununla birlikte ikili kombinasyon şeklinde uygulanan uterotoniklerin yan etki olasılığının arttığı vurgulanmaktadır (214). Doğumun üçüncü evresinde rutin ergometrin-oksitosin uygulaması ile oksitosin uygulamasının karşılaştırıldığı 9 332 kadını içeren altı çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, ergometrin-oksitosin kullanımının doğum sonu kanamayı azaltmada daha etkili olduğu; ancak mide bulantısı, kusma ve kan basıncının yükselmesi olasılığının daha fazla olduğu ifade edilmektedir (215). Çalışmamızda her iki grupta da doğum sonu kanamalarının önlenmesi için uterotonik kullanıma durumunun benzer olması, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde ve uluslararası rehberlerde bu uygulamanın rutin olarak uygulanması önerisinin dikkate alınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi elemanlarından biri olan kontrollü kord traksiyonu, DSÖ, FIGO ve NICE tarafından önerilen bir uygulamadır (20, 94, 197). DSÖ, nitelikli doğum profesyonellerinin bulunduğu ortamlarda vajinal doğumlar için kontrollü kord traksiyonunu önermektedir. Bu öneriye göre kontrollü kord traksiyonunun uygulanması için, sağlık profesyonelinin ve doğum yapan kadının, kan kaybında ve doğumun üçüncü evresinin süresindeki azalmayı önemli olarak görmesi gerekmektedir (20). NICE ise aktif yönetimin bir parçası olarak, oksitosin uygulandıktan, umbilikal kord klemplendikten ve plasenta ayrılma belirtileri olduktan sonra kontrollü kord traksiyonu gerçekleştirilmesini tavsiye etmektedir (94). Bu çalışmada, her iki grupta da plasenta doğumu için en çok kontrollü kord traksiyonu uygulamasının yapıldığı; ancak ADHU grubunda bu oranın daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: %96.7, ADOHU: %90.9 ve $p=0.035$) (Tablo 7). Kontrollü kord traksiyonu ile geleneksel aktif yönetimin karşılaştırıldığı 199, 4 058 ve 23 616 kadını içeren üç çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, 1 000 ml ve üzerindeki kan kaybı açısından fark olmadığı, kontrollü kord traksiyonunun 500 ml ve üzerindeki kan kaybı riskini ve doğumun üçüncü evresinin süresini azalttığı, ek uterotonik, kan transfüzyonu, ciddi maternal morbidite ve mortalite, anne memnuniyeti açısından kanıtların yetersiz olduğu belirtilmektedir (216). Aynı incelemede bu uygulamanın plasentanın elle çıkarılması riskini azalttığı, gerekli becerilere sahip doğum personeli tarafından yapılması koşuluyla doğumlarda rutin olarak yapılabileceği ifade edilmektedir (216). Literatürde de bu inceleme sonuçlarını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (217, 218). Çalışmamızda her iki grupta da kontrollü kord traksiyonu uygulaması sonuçlarının benzer olması, uluslararası rehberlerde bu uygulamanın rutin olarak uygulanması önerisinin dikkate alınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Plasenta retansiyonu, bebeğin doğumu üzerinden 30 dakika geçmesine rağmen plasentanın doğmaması olarak tanımlanmakta ve kadın hayatını tehdit eden doğum sonu kanamasının en önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (219, 220). Bu çalışmada plasenta retansiyonunun ADOHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: %6.7, ADOHU: %21 ve $p<0.001$) (Tablo 7). DSÖ, plasenta doğumunun gerçekleşmemesi durumunda, öncelikle kontrollü kord traksiyonu ile birlikte oksitosin uygulanmasını, plasentanın doğumu hala gerçekleşmediyse salin solüsyonu ile birlikte oksitosinin, umbilikal ven enjeksiyonunu önermektedir. Bu iki uygulamaya rağmen plasentanın doğumu gerçekleşmemişse kesin tedavi olarak plasentanın elle çıkarılmasını

tavsiye etmektedir (219). NICE ise, plasenta retansiyonu durumunda IV oksitosikler vermeyi, kadına açıklama yapılması ve analjezi ihtiyacının karşılanmasını, plasentanın elle çıkarılması durumunda bu işlemin anestezi ile yapılmasını önermektedir (94). Çalışmamızda plasenta retansiyonu oranının ADHU grubunda daha düşük olmasının nedeni, aktif yaklaşımın (uterotonik uygulama, kontrollü kord traksiyonu ve umbilikal kordun geç klemplenmesi) ADOHU grubunda daha az uygulanması olabilir. Doğum sonu ek uterotonik kullanımının ADOHU grubunda daha fazla olması ise bu görüşümüzü doğrular niteliktedir (ADHU: %48.3, ADOHU: %63.6 ve $p=0.004$) (Tablo 8). Anne dostu hastane uygulamalarının on adımımda plasenta retansiyonu yer almıyor olsa da çalışma sonuçlarımızdan yola çıkarak Anne Dostu Hastane Programı'nın, aktif yönetim anlayışını benimseyerek, doğum sonu plasenta retansiyonu ve ek uterotonik ihtiyacını azaltmada etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Doğumun ilk dakikalarında gerçekleştirilen ten tene temasın kadın ve bebeğinin sağlığı için birçok faydası olduğu bilinmektedir (79, 80, 85). Bu çalışmada, ten tene temas sağlanma durumunun ADHU grubunda daha fazla olduğu, bu gruptaki kadınların bebeği ile buluşma dakika ortalamasının 0.39 ± 3.28 dk ile ADOHU grubundan daha kısa olduğu görülmektedir (Ten tene temas sağlanma durumu: ADHU: %98.3, ADOHU: %11.4 ve $p<0.001$; anne ile bebeğin buluşma dakikasının ortalaması: ADHU: 0.39 ± 3.28 dk, ADOHU: 13.87 ± 10.77 dk ve $p<0.001$) (Tablo 7). Bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında anne-bebek arasında ten tene temas sağlanması açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Anne dostu hastane uygulamaları, bağlanmaya, emzirmeye, psikolojik duruma olumlu etkilerinden dolayı, kadın ve ailesinin hasta veya prematüre yenidoğanlar da dâhil olmak üzere bebeklerine dokunma, emzirme, tutma ve bakım vermelerine izin verilmesini tavsiye etmektedir (44). DSÖ, hipoterminin önlemesi ve emzirmenin teşvik edilmesi amacıyla, komplikasyonsuz doğan bebeklerin, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde, NICE ise doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede anneleriyle ten tene temasının sağlanmasını önermektedir (20, 94). Standart bakıma kıyasla erken ten tene temasın karşılaştırıldığı 3 850 kadını içeren 46 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesinde, erken ten tene temasın emzirme sonuçlarını iyileştirdiği ve emzirmenin teşvik edilmesi için ten temasının desteklemesi gerektiği ifade edilmektedir (79). Benzer şekilde son yıllarda yapılan çalışmalarda; ten tene temasın emzirme sonuçlarını iyileştirdiği, kadınların konforunu artırdığı, anne-bebek ilişkisini güçlendirdiği bildirilmektedir (85, 88, 90).

Ülkemizde ADOH'lerde yapılan çalışmaların bazılarında ten tene temas sağlanma oranlarının %14 ile %45.4 arasında değiştiği, ilk temas dakikası ortalamasının ise yaklaşık 22 dk olduğu gösterilmekte ve çalışmamızdaki ADOHU grubunun her iki açıdan da literatür örneklerinden daha iyi olduğu görülmektedir (14, 62, 86, 124, 146). ADH'lerde yapılan çalışmalarda ise ten tene temas oranının %78.4-%88.6 arasında ve ilk temas dakikasının yaklaşık 20-26 dk olduğu ve çalışmamızdaki ADHU grubunun her iki açıdan da hem literatür örneklerinden hem de çalışmamızın ADOHU grubundan daha iyi olduğu görülmektedir (101, 111, 132). Yapılan çalışmalarda da anne dostu ve bebek dostu hastanelerde ten teması oranının daha fazla olduğunun ifade edilmesi çalışma bulgumuzu desteklemektedir (133, 221, 222). Bu çalışmadaki ADHU grubundaki bu farkın, anne bebek dostu politikaların kabul edilmesi, kadının kendi odasında kendi yatağında doğum yapmış olması, kadında ve bebekte komplikasyon olmaması, bebeğin doğar doğmaz radyant ısıtıcıya değil annenin göğsüne yerleştirilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu bakımdan Anne Dostu Hastane Programı'nın erken ten tene temas sağlanma oranını artırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlamanın yenidoğan mortalite ve morbidite risklerini azalttığı bilinmektedir (223, 224). Bu çalışmada her iki gruptaki kadınların çoğunluğunda emzirmeye ilk yarım saat içinde başladığı ve sonuçların benzer olduğu; ancak ADHU grubunun ilk emzirmeye başlama dakika ortalamasının 11.41 ± 10.23 dk ile ADOHU grubundan daha erken olduğu görülmektedir (ilk emzirme anı ilk yarım saat: ADHU: %95.6, ADOHU: %86.4 ve $p=0.900$; ilk emzirme dakika ortalaması: ADHU: 11.41 ± 10.23 dk, ADOHU: 18.86 ± 11.17 dk ve $p<0.001$) (Tablo 7). Bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında emzirmeye başlama durumları açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Anne dostu hastane uygulamaları, bebek dostu on adımı kabul etmekte ve emzirmenin ilk yarım saat içinde başlatılmasını, emzirmenin desteklenmesini tavsiye etmektedir (46). DSÖ, ACOG ve NICE doğum sonu mümkün olan en kısa zamanda (bir saat içinde) emzirmenin başlatılması gerektiğini vurgulamaktadır (20, 94, 225). Yapılan çalışmalarda; doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmenin, yenidoğan ölümlerine karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir (223, 224). Erken ten teması ve emzirme desteği emzirmenin erken başlatılmasında etkili olurken; yetersiz doğum öncesi bakım, sezaryen doğum, doğum sonu sağlık hizmetleriyle ilgili faktörler, doğum sırasında yaşanan stres ve tıbbi müdahalelerin emzirmenin ilk bir saat içinde başlatılmasını zorlaştırdığı bildirilmektedir (88, 226-228).

TNSA 2018'e göre ülkemizde ilk bir saat içinde emzirme oranı %71'dir (100). Ülkemizde anne dostu ve bebek dostu hastanelerde yakın dönemde yapılan çalışmalarda, ilk emzirmenin doğumdan sonraki yarım saat içinde gerçekleşme oranının arttığı görülmektedir (101, 221, 222, 229). Benzer şekilde bizim çalışmamızda da ilk emzirmenin her iki grupta ilk yarım saat içinde gerçekleştiği; diğer çalışmalardan daha kısa sürede emzirmeye başlandığı tespit edilmiştir. Aradaki bu farkın anne ve bebek dostu hastane politikasının kabul edilmiş ve uygulanıyor olması, ebe/hemşirelerin eğitim, bilgilendirme ve denetim sürecinin devam ediyor olması, kendi odasında ve kendi yatağında doğum yapan kadının doğum sonu bebeği ile daha erken baş başa kalması, bebekte ve kadında komplikasyon yaşanmaması, ten tene temasın hemen sağlanması ve buna orantılı olarak emzirmenin de hemen başlamış olması, ebe/hemşirelerin emzirme desteği sağlaması nedenlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buradan hareketle, Anne Dostu Hastane Programı'nın emzirmenin erken başlatılmasında etkili olduğu sonucuna varılabilir.

Bebekte oluşabilecek enfeksiyonun önlenmesi ve gelişiminin sağlıklı devam edebilmesi, kadında stres, depresyon, kanser gibi olumsuz sonuçların ortaya çıkmaması adına emzirmenin devamının sağlanması için emzirme desteği vermenin önemi bilinmektedir (230). Bu çalışmadaki kadınların çoğunlunun, her iki grupta da doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile beslenmesi konusunda teşvik edildiği (ADHU: %99.4, ADOHU: %97.7 ve $P=0.211^F$), ebe/hemşire tarafından uygulamalı emzirme destek verme durumunun ADHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: %81.1, ADOHU: %55.7 ve $p<0.001$) (Tablo 7). Bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında emzirme desteği alma durumları açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. Anne dostu hastane uygulamaları, kadınların bebeklerini nasıl emzireceklerini ve emzirmeyi nasıl devam edeceklerini göstermeyi de içine alan bebek dostu on adımı benimsemekte ve emzirmenin desteklenmesini tavsiye etmektedir (46). ACOG, emzirmenin bırakılması durumunda kadın ve bebekte çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkacağını, kadının emzirmeye teşvik edilmesini, bakım verenlerin emzirmeyi teşvik etmek için kadına ve ailesine destek vermesinin önemini vurgulamaktadır (225). Yapılan sistematik incelemelerde de emzirme desteği sağlamanın emzirmeye erken başlama oranı ve emzirme süresini artırdığı vurgulanmaktadır (230, 231). Benzer şekilde, literatürde emzirme desteğinin; kadınların emzirme süresini, yalnızca anne sütü ile besleme oranını artırdığı, emzirme başarısı için önemli ve doğum sonu depresyonu azaltmada etkili olduğu, doğum sonu emzirmeyi erken

bırakmaya engel olabildiği bildirilmektedir (232-237). Bebek dostu hastanelerde yapılan çalışmalarda emzirme desteği verme oranının %86.4 ile %100 arasında değiştiği gösterilmektedir (222, 229, 238). Hem çalışma bulgularımız hem de literatür örnekleri göz önüne alındığında, bebek dostu ve anne dostu hastane programlarının, kadına emzirme desteği sağlamada etkili olduğu ve emzirme sonuçlarını iyileştirmede faydalı olacağı düşünülmektedir.

Doğum sonu dönemde kadının değerlendirilmesi ile anne ölümlerinin en büyük nedeni olan doğum sonu kanama olasılığı azaltılabilecektir (212). DSÖ, uterus kontraksiyonu, fundus yüksekliği, ateş, nabız, kan basıncı, mesanenin boşaltılması takiplerinin yapılmasını, NICE bunlara ek olarak kadının duygusal ve psikolojik durumunun takibini önermektedir (20, 94). Bu çalışmada uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirme sıklığının ADHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir [ADHU: ortalama 2.46 ± 0.88 kez (en az bir-en fazla yedi kez), ADOHU: ortalama 2 ± 0.76 kez (en az bir en fazla dört kez) ve $p < 0.001$] (Tablo 8). Çalışmamızda vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü sıklığı ise yine ADHU grubunda daha fazla bulunmuştur [ADHU: 2.47 ± 0.87 kez (en az bir en fazla yedi kez), ADOHU: 2 ± 0.76 kez (en az bir en fazla dört kez) ve $p < 0.001$] (Tablo 8). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre kanama ve uterus involüsyonunu değerlendirmek için uterus tonus değerlendirmesi postpartum ilk yarım saat içinde on dakikada bir, sonraki yarım saat içinde 15 dakikada bir, iki saat dolana kadar da yarım saatte bir olmak üzere ortalama yedi kez yapılmalıdır (212). Çalışmamızda her iki grubun da bu değerlendirmeyi daha az sıklıkla gerçekleştirdiği görülmektedir.

Yaşam bulgularının takibi DSÖ tarafından; doğum sonu ilk bir saatten başlayıp 24 saat boyunca devam etmesi, doğumdan sonra en kısa sürede yapılan tansiyon takibinin normal gelmesi durumunda diğer takibin bir sonraki altı saat içinde yapılması şeklinde tavsiye edilmektedir (20). Bu çalışmada doğum sonu dönem yaşam bulguları takip sıklığının ADHU grubunda daha fazla olduğu görülmektedir (ADHU: ortalama 2.21 ± 1.14 kez, ADOHU: ortalama 1.59 ± 0.92 kez ve $p < 0.001$) (Tablo 8). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'ne göre vital bulgular, izlemin ilk bir saatinde 15 dakikada bir, bir-iki saatler arasında 30 dakikada bir ve iki-altı saatler arasında ise saatte bir değerlendirilmelidir (212). Bu rehberinin önderliğinde, doğum sonu ilk saat içerisinde altı kez vital bulgu takibi yapılması beklenmektedir; ancak her iki grupta da bu sıklığın

beklenenden az olduğu gör÷lmektedir. TNSA 2018 verilerine göre, kadınların %66'sının doğumdan sonraki ilk dört saat içinde doğum sonrası kontrolleri yapılmıştır (100). Çalışmamızdaki kadınların tamamı doğumdan sonraki ilk iki saat içinde değerlendirilmiş, bu değerlendirme, en az bir en fazla sekiz kez yapılmıştır (Tablo 8). Benzer sonuçlu çalışmalar bulunmakla birlikte bu oran, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın protokolüne tamamen uygun olmadığından yetersiz olarak değerlendirilebilmektedir (111, 239).

Her iki kadından birinin önlenabilir kanama nedeniyle kaybedildiği günümüzde, fundus ve vital bulgu takip sıklığının ulusal ve uluslararası rehberlerin verdiği sıklıklardan daha az olma nedeni, ilk değerlendirme sonrasında vital bulguların ve uterus involüsyonunun normal olması, doğum sonu komplikasyonunun olmaması, problem olduğunda müdahale edilmesi anlayışının benimsenmesi, kadının bilgi ve farkındalığının yetersiz olması, hemşire/ebenin yoğun çalışma ortamı olabilir. Nitekim literatürde de doğum sonu komplikasyonun olmaması, kadın ve eşlerinin eğitim düzeyleri ve mesleklerinin doğum sonu bakım hizmetlerinin kullanımını etkileyen faktörler olarak değerlendirilmektedir (240). Anne dostu hastane uygulamaları ile doğum sonu kanama gibi komplikasyonların azaldığının ifade ediliyor olması, kadın hayatı için büyük önem taşıyan doğum sonu izlemlerinin bu program ile daha uygun yapıldığını düşündürmektedir (133). Bu anlamda sorun ortaya çıktıktan sonra müdahale etme anlayışının terk edilip sorun ortaya çıkmadan önlem alma anlayışının benimsenmesi, gerekli eğitim ve bilgilendirmenin yapılması hem program başarısı hem kadın sağlığı için önemli olacaktır.

Hepatit B aşısı, K vitamini ve göz damlası uygulamaları yenidoğan sağlığını korumak ve geliştirmek için yapılan uygulamalardandır. Yenidoğanda, K vitamini eksikliğine bağlı kanama bozukluğu hastalığı olan yenidoğanın hemorajik hastalığı meydana gelmekte; ancak K vitamini takviyesiyle bu risk önlenabilmektedir (241, 242). Yine K vitamini eksikliğine bağlı yenidoğanda intrakraniyel kanama gibi ciddi sağlık sorunları yaşandığı bildirilmektedir (243, 244). Bu riski önlemek için tüm yenidoğanlara, doğumda K vitamini profilaksisi DSÖ, Amerikan Pediatri Akademisi Fetus ve Yenidoğan Komitesi, T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Türk Neonatoloji Derneği gibi pek çok ulusal ve uluslararası kuruluş tarafından kabul edilmiş bir uygulama olup ten teması ve emzirmenin başlatılmasından sonraki ilk bir saat içinde bir mg ve IM olarak yapılması önerilmektedir (20, 241, 245, 246).

Hepatit B enfeksiyonu hepatosellüler karsinom, siroz gibi ciddi hastalıkları beraberinde getirebilen bulaşıcı bir hastalıktır (247). DSÖ, tüm bebeklerin hepatit B aşısının ilk dozunu doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede, tercihen 24 saat içinde almalarını önermektedir (247). Bu aşı, T.C. Sağlık Bakanlığı'nın aşı programında da yer almakta ve ilk dozunun doğumdan sonraki ilk 72 saat içinde, tercihen 24 saat içinde uygulanması beklenmektedir (248, 249). Yapılan çalışmalarda, Hepatit B aşılamaının ateşli ataklar, sepsis, alerjik veya nörolojik olayların sayısındaki artışla ilişkili olmadığı (96), zorunlu aşılamaadan sonra HBV (Hepatit B Virüsü) enfeksiyonunun azaldığı ve kazanılan bağışıklığın yıllarca devam ettiği belirtilmektedir (251, 252).

Vajinal doğum sırasında doğum kanalından geçen bebeğin gözlerinde, kadının vücut sıvılarına teması nedeniyle, doğum sonu dönemde enfeksiyon meydana gelebilmektedir (241, 246). T.C. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı'nın yayımlamış olduğu Temel Yenidoğan Bakımı'nda ve Türk Neonatoloji Derneği Doğum Salonu Yönetim Rehberi'nde tüm yenidoğanlara doğumdan hemen sonra profilaksi amacıyla göz damlası uygulanması önerilmektedir (241, 246).

Bu çalışmada K vitamini, Hepatit B aşısı ve göz damlası uygulamalarının, ADOHU grubundaki yenidoğanların çoğunluğuna 0-1 dakikada, ADHU grubundaki yenidoğanların çoğunluğuna ise 2-5 dakikada yapıldığı görülmektedir (K vitamini $p<0.001$, Hepatit B aşısı $p<0.001$ ve göz damlası $p<0.001$) (Tablo 9). Gruplar arasındaki bu farkın, K vitamini, Hepatit B aşısı ve göz damlası uygulamalarının ADOHU grubundaki yenidoğanların çoğunluğuna, doğar doğmaz radyant ısıtıcının altına alındıktan sonra yapılması; ADHU grubunda ise doğar doğmaz annelerinin göğsüne yerleştirildikten ve ten tene temas sağlandıktan sonra uygulanmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Yine bu çalışmada ADHU ve ADOHU gruplarındaki yenidoğanların resüsitasyon, mekonyum aspirasyonu, yoğun bakım ihtiyacı, komplikasyon gelişme durumu, kilosu benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Yenidoğanda yumuşak doku zedelenmesi meydana gelme durumu ADOHU grubunda daha fazla bulunmuştur (ADHU: %36.7, ADOHU: %53.4 ve $p=0.001$) (Tablo 9). Bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte yumuşak doku travması gelişme durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiş ve “ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte komplikasyon gelişme durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında reddedilmiştir. Anne ve bebek dostu hastanelerde yapılan çalışmalarda, bu programların

emzirme sonuçları bakımından sağladığı yararların yanı sıra, beslenme şekline bakılmaksızın sıfır-iki günlük ortalama kilo kaybını, hiperbilirubinemi ve fototerapi riskini, yenidoğan canlandırma, hastanede yatış ve yaşamı tehdit eden intrakranial kanama riskini azalttığı belirtilmektedir (133, 253-255). Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, Anne Dostu Hastane Programı'nın yenidoğan komplikasyonlarını azaltma, koruyucu sağlık önlemlerine katkı sağlama ve yenidoğan sağlığını iyileştirmede etkili olduğu düşünülmektedir.

Doğum memnuniyetinin, kadının doğum deneyiminin ve aldığı hizmet kalitesinin açık göstergelerinden biri olduğu bilinmektedir (256). Bu çalışmada, kadınların bulunduğu hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kalma oranının ADHU grubunda daha fazla olduğu belirlenmiştir (ADHU: %98.3, ADOHU: %93.8 ve $p=0.026$) (Tablo 9). Bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında kadının doğumdan memnun kalma durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir. ACOG, doğum desteği alan kadınların doğum sonuçlarının daha iyi olduğunu ve daha memnun ayrıldıklarını belirtmektedir (60). Literatürde doğum memnuniyetinin, doğum sürecinde yaşanan ağrı, doğuma yönelik müdahaleler, sağlık profesyonellerinden alınan destek, doğuma ilişkin bakım algısı, doğum ortamı, pozisyon ve hareket serbestliği gibi pek çok faktörden etkilendiği belirtilmektedir (60, 163, 256).

Ülkemizde ADOH'lerde yapılan çalışmaların bazılarında, kadınların aldığı bakımdan memnun kalma durumunun düşük olduğu, yüksek müdahale oranının memnuniyeti düşürdüğü bildirilmektedir (14, 62, 145). ADH'lerde yapılan çalışmalarda, ADH uygulamasının kadınların aldıkları bakımdan memnun kalma oranını artırdığı, alanda çalışan sağlık profesyonellerinin bu uygulamaya yönelik tutumlarının olumlu ve iş doyumlarının daha yüksek olduğu gösterilmektedir (112, 159, 257, 258). Yine ADH'de yapılan başka bir çalışmada, uzamış eylem, fazla müdahale, etkisiz ağrı ile baş etme, sık vajinal müdahale, litotomi pozisyonunda olma, epizyotomi uygulaması ile ilişkili olarak annelerin memnuniyetlerinin düşük olduğu ifade edilmektedir (259). Çalışmamızda da doğum müdahalelerinin az olduğu, refakatçi bulundurmaya izin verilen, bilgilendirmenin daha fazla yapıldığı, oral sıvı-gıda alımının, hareket etme ve pozisyon serbestliğinin olduğu, nonfarmakolojik yöntemleri daha fazla kullanan, ten temasının hemen sağlandığı, emzirmenin daha fazla desteklendiği ADHU grubundaki kadınların memnun kalma

oranının daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bu durum, Anne Dostu Hastane Programı'nın annenin memnuniyet düzeyini artırdığını kanıtlar niteliktedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçlarını değerlendirmek için yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Çalışmaya katılan kadınların %60.4'ü 20-29 yaş aralığında, %53.3'ü ortaokul ve lise mezunu, %81.7'si ev hanımı, %96.1'i sosyal güvencesi bulunan, %79.2'si gelir durumunu orta düzeyde algılayan, %44.7'si daha çok ilçede ve %84.6'sı çekirdek ailesiyle yaşayan kadınlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).
- Kadınların % 62.4'ünün multipar, % 91'inin 1 ve üzeri çocuğa sahip, %59'unun küretaj/düşük deneyimi olmayan ve % 67.4'ünün şu anki gebeliği planlanlı, %91'i daha önce normal doğum yapan, %87.8'ine daha önce epizyotomi uygulanan kadınlar olduğu saptanmıştır (Tablo 3).
- Kadınların %85.1'inin gebe okuluna gitmediği, gebe okuluna giden kadınların çoğunluğunun doğum ağrısıyla baş etme yöntemleri (%69.8) ile anne sütü ve emzirme eğitimleri aldığı (%69.8) tespit edilmiştir (Tablo 3).
- Doğum eyleminin latent fazı ADHU grubunda ortalama 263.09 ± 370.42 dk, ADOHU grubunda ortalama 345.76 ± 381.65 dk sürmüş ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.001$). Gruplar arasında, diğer evrelerin süresi ve toplam doğum süresi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4).
- Latent evredeki kadınlara ADHU grubunda ortalama 1.54 ± 0.95 kez, ADOHU grubunda ise ortalama 1.86 ± 1.16 kez vajinal muayene uygulanmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.002$) (Tablo 5). Toplam vajinal muayene sıklığı ise ADHU grubunda ortalama 4.98 ± 1.79 kez, ADOHU grubunda ortalama 5.40 ± 1.85 kez olup ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0.018$) (Tablo 5).
- Servikal dilatasyon 4 cm olmadan doğumu hızlandırıcı müdahalelerin uygulanma durumu ADHU grubunda %11.7, ADOHU grubunda ise %23.9 olarak bulunmuş ve bu farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.003$) (Tablo 5). Dilatasyon 4 cm olmadan doğumu hızlandırmak için ADHU grubunda %40.9 oranla, ADOHU grubunda ise %68.3 oranla en çok oksitosin uygulamasının tercih edildiği görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 5).

- Dilatasyon 4 cm olduktan sonra doğumu hızlandırıcı müdahalerden amniyotominin, ADHU grubunda ortalama 8.27 ± 1.5 cm iken, ADOHU grubunda ise 6.42 ± 1.77 cm iken uygulandığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$) (Tablo 5).
- Dilatasyon 4 cm olduktan sonra oksitosin indüksiyonu yapılma durumu ADHU grubunda %11.1, ADOHU grubunda %11.4 uygulandığı görülmüş ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p = 0.940$) (Tablo 5).
- Dilatasyon 4 cm olduktan sonra antispazmotik yapılma durumu ADHU grubunda %4.4 ve ADOHU grubunda %11.4 bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p = 0.015$) (Tablo 5).
- ADHU grubundaki kadınların %1.1 ve ADOHU grubundaki kadınların %5.7'sine lavman uygulandığı ($p = 0.017$), ADHU grubundaki kadınların %14.4 ve ADOHU grubundaki kadınların %55.7'sine oral sıvı-gıda alım kısıtlaması yapıldığı ($p < 0.001$) ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 5). ADHU grubundaki kadınların %11.1 ve ADOHU grubundaki kadınların %34.1'ine fundal basınç uygulandığı ($p < 0.001$), ADHU grubundaki kadınların %46.1 ve ADOHU grubundaki kadınların %58.5'ine epizyotomi uygulandığı ($p = 0.019$) ve aralarındaki farkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6). Elde edilen bu sonuçlara bağlı olarak “ADHU ve ADOHU gruplarındaki kadınlar arasında intrapartum dönemde yapılan endikasyonsuz girişimler açısından (erken amniyotomi, oral sıvı-gıda kısıtlaması, epizyotomi gibi) fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.
- ADHU grubundaki kadınların %93.3 ve ADOHU grubundaki kadınların %85.2'sine eylemin birinci evresiyle ilgili bilgi verildiği ($p = 0.013$), ADHU grubundaki kadınların %76.7 ve ADOHU grubundaki kadınların %44.9'una servisin tanıtıldığı ($p < 0.001$), ADHU grubundaki kadınların %87.8 ve ADOHU grubundaki kadınların %55.1'ine eylemin süresi hakkında bilgi verildiği ($p < 0.001$) görülmüş ve aralarındaki bu farkların anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 5).
- ADHU grubundaki kadınların %98.9 ve ADOHU grubundaki kadınların %91.5'ine ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntem kullanıldığı ($p = 0.001$); bu yöntemlerden en çok nefes alma ve egzersizin tercih edildiği ($p < 0.001$) ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 5). Elde edilen bu

sonuçlara bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntem kullanma durumu açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

- Doğumun birinci evresinde ADHU ve ADOHU grupları arasında, refakatçiye izin verme, IV mayi uygulama, anestezi/analjezi uygulama, doppler ya da ÇKS kullanma, pozisyon sınırlaması yapma, dolaşması için teşvik etme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 5).
- ADHU grubundaki kadınların %99.4 ve ADOHU grubundaki kadınların %94.3’üne eylemin ikinci evresiyle ilgili bilgi verildiği ($p=0.005$), ADHU grubundaki kadınların %97.8 ve ADOHU grubundaki kadınların %78.4’ünün eylemin ikinci evresinin süresi hakkında bilgilendirildiği ($p<0.001$) ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- ADHU grubundaki kadınların %68.3 ve ADOHU grubundaki kadınların %56.3’üne batikon ile perine temizliği yapıldığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0.019$) (Tablo 6).
- ADHU grubundaki kadınların %97.8’inin yarı oturur-dik pozisyonda ve ADOHU grubundaki kadınların %75.6’sının litotomi pozisyonunda doğum yaptığı belirlenmiş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 6). ADHU grubundaki kadınların %93.3 ve ADOHU grubundaki kadınların %60.8’inin ıkınması için teşvik edildiği; ADHU grubundaki kadınların %58.3 ve ADOHU grubundaki kadınların %75’inin kapalı glottis ile ıkındığı tespit edilmiş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6). Elde edilen bu sonuçlara bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında doğum sırasındaki kadının pozisyonu, ıkınma şekli açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.
- Her iki grupta da perinenin korunması için en çok masaj tekniğinin kullanıldığı, ADHU grubundaki kadınların spontan ıkınmaları için destek alma durumlarının daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 6).
- Umbilikal kordun ADHU grubundaki kadınların %99.4’ünde geç ve nabız durduktan sonra, ADOHU grubundaki kadınların %100’ünde erken ve

sıvazlanarak klemlendiği görülmüş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$) (Tablo 6).

- Kadın ile bebeği arasında ilk yarım saat içinde ten teması sağlanma durumunun ADHU grubunda %98.3 olduğu ve ortalama 0.39 ± 3.28 dakikada temasın sağlandığı, ADOHU grubunda ise %11.4 olduğu ve ortalama 13.87 ± 10.77 dakikada temasın sağlandığı, aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 7). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında anne-bebek arasında ten tene teması sağlanması açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.
- Kadının bebeğini ilk yarım saat içinde emzirme durumunun ADHU grubunda %95.6 ve ADOHU grubunda %86.4 olduğu görülmüş ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.900$) (Tablo 7). ADHU grubundaki kadının ortalama 11.41 ± 10.23 dakikada ve ADOHU grubundaki kadının ise ortalama 18.86 ± 11.17 dakikada emzirmeye başladığı, aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 7). Yine ADHU grubundaki kadınların %81.1 ve ADOHU grubundaki kadınların %55.7’sine ebe/hemşire tarafından uygulamalı emzirme desteği verildiği ve aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak “ADHU ve ADOHU grupları arasında emzirmeye başlama, emzirme desteği alma durumları açısından fark vardır.” hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.
- ADHU grubundaki kadınların %97.2 ve ADOHU grubundaki kadınların %75’inin eylemin üçüncü evresiyle ilgili bilgilendirildiği görülmüş ve aralarındaki bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 7).
- ADHU grubundaki kadınların %96.7 ve ADOHU grubundaki kadınların %90.9’unun plasenta doğumunda kontrollü kord traksiyonu uygulandığı ($p=0.035$); ADHU grubundaki kadınların %6.7 ve ADOHU grubundaki kadınların %21’inde plasenta retansiyonu meydana geldiği ($p<0.001$) görülmüş ve aralarındaki farkların anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7).
- Uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirmesi ADHU grubunda ortalama 2.46 ± 0.88 kez, ADOHU grubunda

ise 2 ± 0.76 kez yapılmış olup gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 8).

- Erken postpartum dönemde yaşam bulguları takibi ADHU grubunda ortalama 2.21 ± 1.14 kez, ADOHU grubunda ise 1.59 ± 0.92 kez yapılmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$) (Tablo 8).
- Erken postpartum dönemde vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü ADHU grubunda ortalama 2.47 ± 0.87 kez, ADOHU grubunda ise ortalama 2 ± 0.76 kez yapılmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$) (Tablo 8).
- ADHU grubundaki kadınların %92.2 ve ADOHU grubundaki kadınların %79'unun erken postpartum dönemle ilgili bilgilendirildiği ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 8).
- ADHU grubundaki kadınların %48.3 ve ADOHU grubundaki kadınların %63.6'sına doğum sonu erken dönemde ek uterotonik (sympitan) uygulandığı ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.004$) (Tablo 8).
- ADHU ve ADOHU grupları arasında, rutin antibiyotik profilaksisi, epizyotomi olan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi, yaşam bulguları ve vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolünün sağlık bakanlığının belirlediği protokole uygun yapılma durumu, doğum sonu idrar çıkışı için kateter uygulaması, analjezi uygulaması ve kadında komplikasyon gelişme durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 8). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında kadında komplikasyon gelişme durumu açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında reddedilmiştir.
- ADHU grubundaki yenidoğanların %36.7'sinin ve ADOHU grubundaki yenidoğanların %53.3'ünün başında şekil bozukluğu olduğu görülmüş gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p=0.001$) (Tablo 9). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte yumuşak doku travması gelişme durumu açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.
- K vitamini uygulaması ADHU grubundaki yenidoğanların %62.2'sine 2-5 dakikada ADOHU grubundaki yenidoğanların %59.1'ine 0-1 dakikada yapılmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 9).

- Hepatit B aşısı uygulaması ADHU grubundaki yenidoğanların %61.7'sine 2-5 dakikada ADOHU grubundaki yenidoğanların %59.1'ine 0-1 dakikada yapılmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 9).
- Göz damlası uygulaması ADHU grubundaki yenidoğanların %61.7'sine 2-5 dakikada ADOHU grubundaki yenidoğanların %59.1'ine 0-1 dakikada yapılmış ve aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 9).
- ADHU ve ADOHU grupları arasında yenidoğan resüsitasyonu, mekonyum aspirasyonu, YDYB ihtiyacı, yenidoğan komplikasyonu, yenidoğana rutin burun ve ağız aspirasyonu, kilosuna açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 9). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında bebekte komplikasyon gelişme durumu açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında reddedilmiştir.
- ADHU grubundaki kadınların %98.3'ü ve ADOHU grubundaki kadınların %93.8'inin bulundukları hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kaldıkları bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.026$) (Tablo 9). Elde edilen bu sonuca bağlı olarak "ADHU ve ADOHU grupları arasında kadının doğumdan memnun kalma durumu açısından fark vardır." hipotezi çalışma sınırlılıkları kapsamında kabul edilmiştir.

Bu araştırmada edinilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

- Kadınların gebe okuluna katılımı konusunda teşvik edilmesi ve bu sınıflarda doğumun doğallığına yönelik farkındalığın kazandırılması sağlanmalıdır.
- Gebe okuluna gitme oranının artırılması için Anne Dostu Hastane Programı desteklenmeli ve ülke genelinde yaygınlaşması sağlanmalıdır.
- Doğum eyleminin normal fizyolojisinin korunması, bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen, endikasyonsuz uygulamalar (rutin amniyotomi, sık vajinal muayene, lavman, oral sıvı gıda kısıtlaması, damar yolu açılması ve IV mayi verilmesi, hareket ve pozisyon sınırlaması vb.) yapılmamalı, kadınların bu konudaki farkındalığı artırılmalıdır. Sağlık profesyonellerinin bilimsel gelişmeleri takip etmesi ve güncel uygulamaları benimsemesi sağlanmalıdır.
- Doğum sürecindeki kadının sevdiği biri (eş, çocuk, aile üyesi, arkadaş gibi) tarafından sürekli destek alması sağlanmalı, sağlık profesyonelleri tarafından

duygusal ve fiziksel destek verilebilmeli, doğumun her aşamasında bu destek için uygun şartlar oluşturulmalıdır.

- Doğum sürecindeki kadın, doğumunun her aşamasında tıbbi terimler olmadan, açık ve öz bilgilendirilmeli, yazılı onamı alınmalı, uygulanacak işlemler için açıklama yapılmalı, ona seçim hakkı sunularak doğumunda aktif rol alması sağlanmalıdır.
- Doğum sürecindeki kadına serbest hareket edebilme, yürüyebilme ve pozisyon değiştirebilme özgürlüğü sağlanmalı, bu anlamda ona bilgi ve destek verilmelidir.
- Sağlık profesyonellerinin nonfarmakolojik ağrı yönetimi (masaj, hidroterapi, akupunktur, aromaterapi vb.) ile ilgili bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesi sağlanmalı ve doğum sürecindeki kadının doğum ağrısının kontrolünde nonfarmakolojik yöntemlere yer verilmelidir. Bu anlamda kadınlara bilgi, bakım ve destek verilmelidir.
- Doğumun ikinci evresindeki kadına eğer istemiyorsa litotomi pozisyonunu kullanmama özgürlüğü sağlanmalı, dik pozisyonlarda doğum yapabilme fırsatı sunulmalıdır.
- Doğumun ikinci evresindeki kadına doğumu sırasında kendi bedenini takip ederek ve açık glottis şeklinde ıkınması konusunda eğitim ve destek sağlanmalıdır.
- Doğumun ikinci evresindeki kadının perinesini koruyucu tedbirlerin (perine masajı, sıcak uygulama vb.) alınması, rutin epizyotomi yapılmaması, fundal basınç uygulanmaması sağlanmalı, bu konuda sağlık profesyonellerinin bilgi düzeyleri artırılmalıdır.
- Doğumun üçüncü evresinde umbilikal kordun geç klemplenmesini, profilaktik uterotonik uygulanmasını ve kontrollü kord çekişini içine alan aktif yönetim anlayışı benimsenmeli ve uygulanmalıdır.
- Kadın ile bebeğinin mümkün olan en kısa sürede ten tene teması sağlanmalı, bu konuda kadın ve refakatçisi bilgilendirilmeli ve temasın devamlılığı sağlanmalıdır. Hasta veya prematüre olsa bile, kadın ve ailesine, bebeklerine dokunma, bakım verme, emzirme fırsatı sunulmalıdır.
- Kadına emzirmenin yararları anlatılmalı, doğum sonu mümkün olan en kısa zamanda (ilk yarım saat içinde) emzirme başlatılmalı ve kadına sağlık

profesyonelleri tarafından emzirme desteği sağlanmalıdır. Kadın, bebeğinden ayrı kalmış olsa bile, emzirmenin devamlılığı sağlanmalı, tıbbi bir gereklilik olmadığı sürece yenidoğana anne sütü dışında yiyecek ve içecek verilmemelidir.

- Doğum sonu dönemde, doğum sonu kanaması gibi komplikasyonların önlenmesi amacıyla, doğum sonu takipleri (uterin tonus değerlendirmesi, vajinal kanama, fundus yüksekliği, yaşam bulguları) ulusal ve uluslararası rehberlere uygun şekilde yapılmalıdır. Bu anlamda sağlık profesyonellerine eğitim ve destek sağlanmalı, yoğun çalışma dönemlerinde sağlık profesyonellerinin sayısı artırılmalıdır.
- Doğum sonu dönemde yenidoğanın sağlık kontrolleri eksiksiz yapılmalı, K vitamini, Hepatit B aşısı ve göz damlası en erken sürede uygulanmalıdır.
- ADOH’lerdeki sağlık profesyonelleri de Anne Dostu Hastane Programı hakkında bilgilendirilmeli ve hizmet içi eğitim programlarına katılımları sağlanmalıdır.
- ADH ve ADOH uygulamalarının obstetrik sonuçlarını belirlemeyi amaçlayan, daha geniş örneklemlili nicel/nitel/deneysel çalışmalar yapılmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Erbaydar NP (2018). Anne dostu hastane değerlendirmeci rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, No:1100, ISBN: 978-605-68705-2-1, Ankara.
2. Demir N (2018). Ülkemizdeki doğumlarda medikalizasyon nasıl azaltılır? 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğitimciliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim 2018, 24-32.
3. Kurtdaş MÇ (2017). Medikalizasyon süreci, sağlığın ticarileşmesi ve bedenin denetlenmesine sosyolojik bir bakış. Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 27: 983–1012.
4. Vural G, Erenel AŞ (2017). Doğumun medikalizasyonu neden artmıştır, azalta bilir miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 4: 76-83.
5. Lauer JA, Betrán AP, Merialdi M, Wojdyla D (2010). Determinants of caesarean section rates in developed countries: supply, demand and opportunities for control [online]. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/265451468>. [Accessed 23 April 2018].
6. Tokat MA (2018). Doğumda medikalizasyon: Anne-bebek-aile etkisi. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğitimciliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim 2018, 17-20.
7. OECD (2018). Caesarean section [online]. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>. [Accessed 24 April 2018].
8. Başgöl Ş, Beji NK (2015). Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 5: 66-71.
9. Başgöl Ş, Oskay Ü (2014). Anne dostu hastane modeli. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 17: 21-23.
10. Olgaç Z (2015). Doğum ve kadın hastalıkları alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlerin anne-dostu doğum uygulamalarına ilişkin görüşleri. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.

11. Ertopçu K (2018). Pozitif doğum eylemi için DSÖ 2018 önerileri. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğitimciliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim 2018, 12-16.
12. Hofberg K, Ward MR (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal* 79: 505-510.
13. Nerum H, Halvorsen L, Sorlie T, Qian P (2006). Maternal request for cesarean section due to fear of birth: Can it be changed through crisis-oriented counseling? *Birth* 33: 221-228.
14. Karaman ÖE (2017). Doğum eyleminde hareket serbestliğinin doğum sürecine etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
15. Iravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M (2015). An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 20: 293-303.
16. World Health Organization (1997). Care in normal birth: apractical guide. *Birth* 24: 121-123.
17. Singata M, Tranmer J, Gyte GML (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(1): CD003930.
18. Bohren M, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(7): CD003766
19. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(7): CD000330.
20. World Health Organization (2018). Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization, Geneva. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
21. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(7): CD010088.

22. Munro J, Jokinen M, Cooper T, Henshaw A-M, Shallow H (2012). Evidence based guidelines for midwifery-led care in labour positions for labour and birth. The Royal College of Midwives Trust, RCM, London; Sayfa: 1-9.
23. The Royal Collage of Midwives (RCM) (2010). The royal college of midwives survey of positions used in labour and birth. The Royal College of Midwives Trust, RCM, London; Sayfa: 1-32.
24. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(10): CD003934.
25. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(6): CD006167.
26. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG (2013). Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(6): CD007123.
27. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017(2): CD000081.
28. Karaman ÖE, Yıldız H (2018). Freedom of movement during labor: How? What does it provide? What is the role of obstetrics and gynecology nurses? *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 10: 78-87.
29. Jukelevics N (2016). Making the case for mother-friendly birth practices [online]. Available from: <http://motherfriendly.org/Resources/Documents/Making%20the%20Case%20for%20Mother-Friendly%20Birth%20Practices.pdf>. [Accessed 24 June 2018].
30. Çalım Sİ, Amanak K, Öztürk R, Güleç D, Karaöz B, Kavlak O, Sevil Ü (2015). Anne dostu hastane kriterleri doğrultusunda anne sağlığı hizmetlerinin gözden geçirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 31: 120-130.

31. T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa İl Sağlık Müdürlüğü Manisa Akhisar Mustafa Kirazoğlu Devlet Hastanesi (2018). Anne dostu [online]. Available from: <https://akhisardh.saglik.gov.tr/TR,147277/anne-dostu.html>. [Accessed 30 March 2018].
32. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (2015). Manisa’da anne dostu hastane töreni [online]. Available from: https://khgm.saglik.gov.tr/DB/6/2854_manisada-anne-dostu-. [Accessed 30 March 2018].
33. Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2020). Anne dostu hastane listesi [online]. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42835/anne-dostu-hastane-listesi.html>. [Accessed 16 October 2020].
34. Lothian J (2007). The coalition for improving maternity services. The Journal of Perinatal Education 16: 1-4.
35. Improving Birth Coalition (2016). Mother-friendly childbirth initiative [online]. Available from: <http://www.motherfriendly.org/MFCI>. [Accessed 13 June 2018].
36. Repreductive Health and Research World Health Organization (1996). Care in normal birth: a practical guide. Report of a tecnical working group, 1-54. WHO/FRH/MSM/96.24. Available from: https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/08/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf.
37. Coşkun A (2013). Anne dostu hastane uygulamaları. I. Ulusal Doğal Doğum Kongresi, İstanbul, 24-26 Nisan 2013, 1-56.
38. Sagady LM, Sharon S (2007). Step 1: Offers all birthing mothers professional midwifery care companions, labor support, unrestricted access to birth. The Journal of Perinatal Education 16: 10-19.
39. The Coalition for Improving Maternity Services (2007). Step 2: Provides accurate, descriptive, statistical information about birth care practices. The Journal of Perinatal Education 16: 20-22.
40. Salt K (2007). Step 3: Provides culturally competent care. The Journal of Perinatal Education 16: 23-24.
41. Storton S (2007). Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. The Journal of Perinatal Education 16: 25-27.

42. Goer H, Sagady Leslie M, Romano A (2007). Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education* 16: 32-64.
43. Leslie MS, Romano A, Woolley D (2007). Step 7: Educates staff in nondrug methods of pain relief and does not promote use of analgesic, anesthetic drugs. *The Journal of Perinatal Education* 16: 65-73.
44. Storton S (2007). Step 8: Encourages all mothers, families to touch, hold, breastfeed, care for their babies. *The Journal of Perinatal Education* 16: 74-76.
45. Salt K, Romano A (2007). Step 9: Discourages nonreligious circumcision of the newborn. *The Journal of Perinatal Education* 16: 77-78.
46. The Coalition for Improving Maternity Services (2007). Step 10: Strives to achieve the WHO/UNICEF ten steps of the baby-friendly hospital initiative to promote successful breastfeeding. *The Journal of Perinatal Education* 16: 79-80.
47. Türkiye Anne Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü (2018). Ulusal anne ve bebek dostu hastane kriterleri ve unvan alan hastaneler listesi [online]. Available from: https://www.tuseb.gov.tr/tacese/uploads/genel/files/yayinlar/raporlar/TACESE_2018_anne_bebek_dostu_hastane_kriterleri_liste.pdf. [Accessed 20 July 2018].
48. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2018). Ulusal anne dostu hastane ön başvurusu aşamaları [online]. Available from: <http://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42836/ulusal-anne-dostu-hastane-on-basvuru-asamaları.html>. [Accessed 20 July 2018].
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Dairesi Başkanlığı (2018). Anne dostu hastane kriterleri [online]. Available from: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42834/anne-dostu-hastane-kriterleri.html>. [Accessed 30 March 2018].
50. Lothian JA (2009). Safe, healthy birth: What every pregnant woman needs to know. *The Journal of Perinatal Education* 18: 48-54.
51. Lamaze International (2009). Lamaze healthy birth practices [online]. Available from: <https://www.lamazeinternational.org/HealthyBirthPractices>. [Accessed 26 June 2018].

52. Romano AM, Lothian JA (2008). Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 37: 94-105.
53. Coşar F (2012). Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık sınıflarının doğum sürecine etkisi. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
54. Sayiner D, Özerdoğan N (2009). Doğal doğum. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2: 143-148.
55. Amis D, Dona CD (2014). Healthy birth practice #1: Let labor begin on its own. *The Journal of Perinatal Education* 23: 178-187.
56. Simkin P, O'Hara M (2002). Nonpharmacologic relief of pain during labor: Systematic reviews of five methods. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 186: 131-159.
57. Oudek M (2014). Healthy birth practice #2: Walk, move around, and change positions throughout labor. *The Journal of Perinatal Education* 23: 188-193.
58. Çalık KY (2018). Doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamalar. Çalık KY, Çetin FC (Ed.), *Normal Doğum ve Sonrası Dönem*. Birinci baskı. İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık, İstanbul; Sayfa: 147-172.
59. Şimşek HN, Demirci H, Bolsoy N (2018). Sosyal destek sistemleri ve ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 8: 97-103.
60. American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Approaches to limit intervention during labor and birth. ACOG committee opinion no.766. *Obstetrics and Gynecology* 133: e164-e173.
61. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(4): CD004667.
62. Çalık KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C (2018). First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 1-10.

63. Chen CY, Wang KG (2006). Are routine interventions necessary in normal birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 45: 302-306.
64. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Cavada G, Schindler P, Burgos RY, Maganha e Melo CR, Silva LCFPD, Lima MDOP, Hernández LV, Schlenker R, Sánchez V, Rojas MS, Huamán BC, Chauca MLT, Cillo A, Lofeudo S, Zapiola S, Weeks F, Foster J (2016). Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery* 40: 218-225.
65. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery* 35: 53-61.
66. Basevi V, Lavender T (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014(11): CD001236.
67. Dawood F, Dowswell T, Quenby S (2013). Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(6): CD007715.
68. Alfirevic Z, Gyte GML, 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* 2017(2): CD006066.
69. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(1): CD005122.
70. Boie S, Glavind J, Velu AV, Mol BWJ, Uldbjerg N, de Graaf I, Thornton JG, Bor P, Bakker JJH (2018). Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(8): CD012274.
71. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(5): CD008070.

72. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 19: 1-8.
73. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *International Journal of Nursing Sciences* 6: 460-467.
74. Mirzakhani K, Karimi FZ, Vatanchi AM, Zaidi FF, Najmabadi KM (2020). The effect of maternal position on maternal, fetal and neonatal outcomes: a systematic review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 8: 1988-2004.
75. Koyucu RG (2014). Travayın ikinci evresinde uygulanan ıkınma tekniklerinin travay süreci, maternal ve fetal/yenidoğan sonuçları ve pelvik taban üzerine etkileri. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
76. Lemos A, Dean E, Andrade ADD (2011). The valsalva maneuver duration during labor expulsive stage: repercussions on the maternal and neonatal birth condition. *Brazilian Journal of Physical Therapy* 15: 66-72.
77. Prins M, Boxem J, Lucas C, Hutton E (2011). Effect of spontaneous pushing versus valsalva pushing in the second stage of labour on mother and fetus: a systematic review of randomised trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 118: 662-670.
78. Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB (2017). Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(3): CD009124.
79. 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* 2016(11): CD003519.
80. Boundy EO, Perrine CG, Barrera CM, Li R, Hamner HC (2018). Trends in maternity care practice skin-to-skin contact indicators: United States, 2007-2015. *Breastfeeding Medicine* 13: 381-387.

81. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, Cho H, Kim EH, Jun EM, Lee S (2016). The effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *Journal of Pediatric Nursing* 31: 430-438.
82. Lamaze International (2007). Position paper: promoting, supporting, and protecting normal birth. *The Journal of Perinatal Education* 16: 11–15.
83. Badr HA, Zauszniewski JA (2017). Kangaroo care and postpartum depression: The role of oxytocin. *International Journal of Nursing Sciences* 4: 179-183.
84. World Health Organization (2019). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low-birth-weight infants [online]. Available from: https://www.who.int/elena/titles/kangaroo_care_infants/en/. [Accessed 14 March 2020].
85. Sharma A (2016). Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *African Health Sciences* 16: 790-797.
86. Aghdas K, Talat K, Sepideh B (2014). Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial. *Women and Birth* 27: 37-40.
87. Kusko M, Benko R (2019). FPIN's help desk answers skin-to-skin contact for improved duration of breastfeeding. *American Family Physician* 100(3): 179.
88. Karimi FZ, Miri HH, Khadivzadeh T, Maleki-Saghooni N (2020). The effect of mother-infant skin-to-skin contact immediately after birth on exclusive breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Turkish German Gynecological Association* 21: 46-56.
89. Safari K, Saeed AA, Hasan SS, Moghaddam-Banaem L (2018). The effect of mother and newborn early skin-to-skin contact on initiation of breastfeeding, newborn temperature and duration of third stage of labor. *International Breastfeeding Journal* 13: 1-8.
90. Kirca N, Adibelli D (2021). Effects of mother–infant skin-to-skin contact on postpartum depression: a systematic review. *Perspectives in Psychiatric Care* 2021: 1-10.

91. T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2019). Hastanemizin tarihçesi [online]. Available from: <https://trabzonkanunieah.saglik.gov.tr/TR,98519/hastanemizin-tarihcesi.html>. [Accessed 12 March 2020].
92. T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2019). Doğum istatistikleri [online]. Available from: <https://trabzonkanunieah.saglik.gov.tr/TR,280416/dogum-istatistikleri.html>. [Accessed 13 February 2020].
93. WHO (2008). Managing prolonged and obstructed labour. World Health Organization, ISBN: 978 92N4 154666 9, Geneva, Switzerland.
94. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2014). Intrapartum care for healthy women and babies [online]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>. [Accessed 13 February 2020].
95. Dünya Tıp Birliği (2008). Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler. Dünya Tıp Birliği, Seul, Ekim 2008, Sayfa: 1-5.
96. Yakut EY (2015). Gebelerin doğum şekline ilişkin görüş ve tercihleri. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
97. İçli GE, Kuşuoğlu S, Aslan FE (2006). Sosyodemografik değişkenlerin hasta memnuniyetine etkisi. Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 21: 383-400.
98. Cüce D (2020). Doğum şekline göre doğumda anne memnuniyetinin doğum sonu yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
99. Türkiye İstatistik Kurumu (n.d.). Temel doğurganlık göstergeleri [online]. Available from: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. [Accessed 7 September 2020].

100. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
101. Tokat S (2019). Doğumda eş ve anne/arkadaş desteğinin doğum sürecine etkileri. Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.
102. Mestanlı Ö (2019). Anne dostu hastane uygulaması ve gebelerin sosyodemografik özelliklerinin doğum korkusu ve konforu ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Manisa.
103. Fletcher-Tung DN (2019). A systematic review of the effectiveness of prenatal education classes on psychosocial postpartum outcomes for mothers. Graduate thesis, College of Nursing University of Saskatchewan, Saskatoon.
104. Karabulut Ö, Coşkun Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N (2016). Does antenatal education reduce fear of childbirth? International Nursing Review 63: 60-67.
105. Mete S, Ertuğrul M, Uludağ E (2015). Bir doğuma hazırlık eğitim programı “doğumda farkındalık.” Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 8: 131-141.
106. Kalayil Madhavanprabhakaran G, Sheila D’Souza M, Nairy K (2017). Effectiveness of childbirth education on nulliparous women’s knowledge of childbirth preparation, pregnancy anxiety and pregnancy outcomes. Nursing and Midwifery Studies 6: 1-10.
107. Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD (2017). Childbirth education class and birth plans are associated with a vaginal delivery. Birth 44: 29-34.
108. Güldür A (2016). Gebe okulunda emzirme eğitimi alan ve almayan annelerin emzirmeye ilişkin davranışları ve emzirme öz-yeterliliğinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
109. Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri Hakkında Genelge, 99910406-799, 02 Ekim 2018.

110. The WHO Reproductive Health Library (n.d.). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
111. Çakır Z, Ayvalı H, Çağlı S, Öztürk N, Yorgun S (2020). Anne dostu çalışmalarında “Annelerimiz ne düşünüyor.” 4. Uluslararası Korum Gebelik Doğum ve Lohusalık Kongresi, Bolu, 20-23 Şubat 2020, 286.
112. Nur Ö (2019). Kamuda çağdaş yaklaşımlar temelinde sağlık sektöründe dönüşüm örneği olarak anne dostu hastane İslâhiye Devlet Hastanesi. Yüksek lisans tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi ve Siyaset Bilimi Anabilim Dalı, Gaziantep.
113. Küçük E (2020). Doğum eyleminde uygulanan vajinal muayene sıklığının maternal ve neonatal sonuçları. Yüksek lisans tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon.
114. Arak NA (2020). Doğumda sağlık personelinden algılanan desteğin doğum memnuniyetine etkisi. Yüksek lisans tezi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Yüksek Lisans Programı, Aydın.
115. Khodarahmi S, Hajian S, Zare E, Nasiri M, Pazandeh F (2021). Investigating the Iranian womens experiences of physiological childbirth. European Journal of Molecular and Clinical Medicine 8: 1011-1024.
116. Krah A, Schnep W, Zu Sayn-Wittgenstein F (2016). Die bedeutung der latenzphase der geburt-eine historische analyse. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie 220: 155-165.
117. WHO Reproductive Health Library (2018). WHO recommendation on definitions of the latent and active first stage of labour. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
118. WHO Reproductive Health Library (2018). WHO recommendation on duration of the first stage of labour. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.

119. WHO Reproductive Health Library (2018). WHO recommendation on progress of the first stage of labour: application of slow-yet-normal cervical dilatation patterns for labour management. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
120. Phelps K, Deavers J, Seehusen DA, Stevermer JJ, Mounsey, A (2018). PURLs: Let low-risk moms eat during labor? The Journal of Family Practice 67: 379-380.
121. Makvandi S, Mirzaiinajmabadi, K Mirteimoori M, Esmaily H (2017). Effect of physiological delivery program in mother-friendly hospitals on duration of labor. Journal Fundamental and Applied Sciences 9: 1305-1316.
122. Makvandi S, Mirzaiinajmabadi K, Mirteimoori M, Esmaily H (2018). Effect of normal physiologic childbirth program in mother-friendly hospitals on duration of labor. Electronic Journal of General Medicine 15: 286-293.
123. Demirci H, Şimşek HN, Çelik N, Çiftçi AY (2018). Anne dostu olan bir hastanede annelerin destekleyici bakım algısının değerlendirilmesi. 1. Uluslararası ve 3. Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğitimciliği Kongresi, İzmir, 18-21 Ekim 2018, 171.
124. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, Ünal AK, Küçükoglu S, Ceylan Ş, Yavrutürk S, Kılıççı Ç (2018). Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 26: 31-43.
125. Timur S, Hotun-Şahin N (2010). Kadınların doğumda sosyal destek tercihleri ve deneyimleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1: 29-40.
126. Uzel HG, Yanikkerem E (2018). İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: Doğum yapan kadınların tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 11: 26-34.
127. Sağıroğlu E (2018). Kadın doğum kliniklerinde çalışan hemşire ve ebelerin doğum koçluğuna yönelik bilgi ve görüşleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
128. Özkan H, Gür EY, Gümüşdaş M (2020). Ebe ve hemşirelerin anne dostu uygulama ve yaklaşımlara bakışı: Erzurum örneği. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 3: 22-29.

129. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A (2017). Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women and Birth* 30: e1–e8.
130. Erciyes Ü (2016). Vajinal doğum yapan lohusaların gebelik ve doğum deneyimleri ve doğum şekline ilişkin düşünceleri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul.
131. Niy DY, Oliveira VC, Oliveira LR, Alonso BD, Diniz CSG (2019). Overcoming the culture of physical immobilization of birthing women in Brazilian healthcare system? Findings of an intervention study in São Paulo, Brazil. *Interface (Botucatu)* 23: 1-16.
132. Kışlı Z (2021). Bebek dostu ve anne dostu hastanelerle ilgili görüşlerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Anabilim Dalı, Karabük.
133. Abu-ElYazeed AA, Abul-Fadl AM, Noseir M, Mahdy MH (2012). Promoting mother friendly practices as a strategy towards baby friendly hospitals. *Egyptian Journal of Breastfeeding (EJB)* 4: 99-115.
134. Lothian JA (2007). The Coalition for Improving Maternity Services. *The Journal of Perinatal Education* 1(16):1S-9S.
135. Rosset IK, Lindahl K, Blix E, Kaasen A (2020). Recommendations for intrapartum fetal monitoring are not followed in low-risk women : A study from two Norwegian birth units. *Sexual & Reproductive Healthcare* 26: 100552.
136. Battarbee AN, Glover AV, Stamilio DM (2020). Association between early amniotomy in labour induction and severe maternal and neonatal morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 60: 108-114.
137. Battarbee AN (2019). 46: Maternal and neonatal outcomes associated with early amniotomy in term nulliparous labor induction. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 220: S37.
138. Rankin L, Romagano MP, Patel K, Gittens-Williams L, Williams S, Apuzzio J (2019). 644: Early rupture of membranes during induction of labor increases the risk of clinical chorioamnionitis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 220: S427-S428.

139. Macones GA, Cahill A, Stamilio DM, Odibo AO (2012). The efficacy of early amniotomy in nulliparous labor induction: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 207: 403.e1-403.e5.
140. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, Fraser WD (2013). Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(8): CD006794.
141. Ghafarzadeh M, Moeininasab S, Namdari M (2015). Effect of early amniotomy on dystocia risk and cesarean delivery in nulliparous women: a randomized clinical trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 292: 321-325.
142. Page K, McCool WF, Guidera M (2017). Examination of the pharmacology of oxytocin and clinical guidelines for use in labor. *Journal of Midwifery & Women's Health* 62: 425-433.
143. Queensland Clinical Guidelines (2017). Maternity and neonatal clinical guideline induction of labour. Queensland Health [online]. Available from: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0020/641423/g-iol.pdf. [Accessed 13 September 2020].
144. Amis D (2020). Avoiding interventions. Lamaze International [online]. Available from: <https://www.lamaze.org/natural-childbirth-education>. [Accessed 27 September 2020].
145. Bozkurt Ş (2013). Normal doğumda ve sezaryen doğumda anne memnuniyetinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
146. Karaçam Z, Kurnaz DA, Güneş G (2017). Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: an example of a state hospital. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 14: 10-17.
147. Rohwer AC, Khondowe O, Young T (2013). Antispasmodics for labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013(6) : CD009243.
148. Mendelson CL (1946). The aspiration of stomach contents into the lungs during obstetric anesthesia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 52: 191-205.

149. Rousset J, Clariot S, Tounou F, Burey J, Hafiani EM, Féliot E, Quesnel C, Bonnet F, Fischler M (2020). Oral fluid intake during the first stage of labour: a randomised trial. *European Journal of Anaesthesiology* 37: 810-817.
150. Ozkan SA, Kadioglu M, Rathfisch G (2017). Restricting oral fluid and food intake during labour: a qualitative analysis of women's views. *International Journal of Caring Sciences* 10: 235-242.
151. Ciardulli A, Saccone G, Anastasio H, Berghella V (2017). Less-restrictive food intake during labor in low-risk singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 129: 473-480.
152. de Klerk HW, Boere E, van Lunsen RH, Bakker JJH (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 39: 90-95.
153. WHO Reproductive Health Library (2018). WHO recommendation on digital vaginal examination. The WHO Reproductive Health Library; Geneva: World Health Organization.
154. Hassan SJ, Sundby J, Hussein A, Bjertness E (2012). The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reproductive Health* 9: 1-9.
155. Dabagh-Fekri S, Amiri-Farahani L, Amini L, Pezaro S (2020). A survey of Iranian primiparous women's perceptions of vaginal examination during labor. *Journal of Primary Care and Community Health* 11: 1-7.
156. Amira SF, Mona AE, Soad RA, Rehab MA (2018). Women's feelings regarding vaginal examination during normal childbirth. *Egyptian Journal of Health Care* 9: 15-23.
157. Karaçam Z, Kurnaz DA, Öztürk GG (2020). Doğum eyleminde lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 36: 23-33.

158. Nada AM, Mohsen RA, Hassan YM, Sabry A, Soliman NS (2018). Does saline enema during the first stage of labour reduce the incidence of clostridium difficile colonization in neonates? A randomized controlled trial. *Journal of Hospital Infection* 99: 356-359.
159. Li YP, Yeh CH, Lin SY, Chen TC, Yang YL, Lee CN, Kuo SC (2015). A proposed mother-friendly childbirth model for Taiwanese women, the implementation and satisfaction survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology* 54: 731-736.
160. Ergin AB (2013). Doğum ağrısının fizyolojisi. Kömürcü N (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, Sayfa: 21-28.
161. Akarsu RH (2018). Doğum eyleminde ağrı yönetimi (Farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler). Çalık KY, Çetin FC (Ed.), Ebeler ve Ebelik Öğrencileri İçin Normal Doğum ve Sonrası Dönem. Birinci Baskı. İstanbul Tıp Kitabevleri, İstanbul, Sayfa: 101-117.
162. Kömürcü N, Ergin AB, Çalışkan E, Buckley SJ, Çalık KY, Çoker H, Karabekir N (2013). Doğum ağrısının kontrolünde non-farmakolojik yöntemler. Kömürcü N (Ed.), Doğum Ağrısı ve Yönetimi. Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti, İstanbul, Sayfa: 63-178.
163. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Sukanuma M (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(3): CD009514.
164. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M (2018). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(3): CD009290.
165. Cluett ER, Burns E, Cuthbert A (2018). Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(5): CD000111.
166. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfrevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP (2012). Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012(3): CD009234.

167. Bolsoy N, Tayhan EB, Durgun SK, Damar E, Kayip E (2020). The knowledge and attitudes of health professionals working in mother-friendly hospitals about complementary therapy and supportive care methods. *Research Square* 1–15. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-136207/v1>.
168. Mullany LC, Biggar RJ (2009). Vaginal and neonatal skin cleansing with chlorhexidine. *The Lancet* 374: 1873-1875.
169. Haas DM, Morgan S, Contreras K, Kimball S (2020). Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020(4): CD007892.
170. Sinha A, Sazawal S, Pradhan A, Ramji S, Opiyo N (2015). Chlorhexidine skin or cord care for prevention of mortality and infections in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(3): CD007835.
171. Duffy CR, Garcia-So J, Ajemian B, Gyamfi-Bannerman C, Han YW (2020). A randomized trial of the bactericidal effects of chlorhexidine vs povidone-iodine vaginal preparation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 2: 1-6.
172. Bell C, Hughes L, Akister T, Ramkhelawon V, Wilson A, Lissauer D (2018). What is the result of vaginal cleansing with chlorhexidine during labour on maternal and neonatal infections? A systematic review of randomised trials with meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 1-13.
173. Bethesda (MD), National Library of Medicine (US) (2018). Povidone-Iodine. *Drugs and Lactation Database (LactMed)* [online]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501354/?report=reader#!po=97.6190>. [Accessed 17 April 2021].
174. Kurtoglu S, Bastug O, Daar G, Halis H, Korkmaz L, Memur S, Korkut S, Gunes T, Ozturk MA (2014). Effect of Iodine loading on the thyroid hormone level of newborns living in Kayseri province. *American Journal of Perinatology* 31: 1087-1091.
175. Gupta B, Vaswani N Das, Sharma D, Chaudhary U, Lekhwani S (2016). Evaluation of efficacy of skin cleansing with chlorhexidine in prevention of neonatal nosocomial sepsis-a randomized controlled trial. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 29: 242-247.

176. Saleem S, Reza T, McClure EM, Pasha O, Moss N, Rouse DJ, Bartz J, Goldenberg RL (2007). Chlorhexidine vaginal and neonatal wipes in home births in Pakistan: a randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology* 110: 977-985.
177. Kırca N (2013). Normal doğum eyleminde dik pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamaları. Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın.
178. The Royal Collage Midwives (RCM) (2018). Midwifery care in labour guidance for all women in all settings. RCM Midwifery Blue Top Guidance (Vol. 11), London.
179. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(11): CD008070.
180. Barasinski C, Lemery D, Vendittelli F (2016). Do maternal pushing techniques during labour affect obstetric or neonatal outcomes? *Gynecologie Obstetrique et Fertilité* 44: 578-583.
181. Vaziri F, Arzhe A, Asadi N, Pourahmad S, Moshfeghy Z (2016). Spontaneous pushing in lateral position versus Valsalva maneuver during second stage of labor on maternal and fetal outcomes: a randomized clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 18: 1-9.
182. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen HG, Thornton C, Akbarzadeh M, Ozcan T, Berghella V (2019). Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: a meta-analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 240: 93-98.
183. Sveinsdottir E, Gottfredsdottir H, Vernhardsdottir AS, Tryggvadottir GB, Geirsson RT (2019). Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. *Birth* 46: 371-378.
184. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(6): CD006672.

185. Waldman RM (2019). ACOG Practice Bulletin No. 198: prevention and management of obstetric lacerations at vaginal delivery. *Obstetrics and Gynecology* 133: 185.
186. Aquino CI, Guida M, Saccone G, Cruz Y, Vitagliano A, Zullo F, Berghella V (2020). Perineal massage during labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 33(6): 1051-1063.
187. Ma DM, Hu W, Wang YH, Luo Q (2020). A multicentre study on the effect of moderate perineal protection technique: a new technique for perineal management in labour. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 40: 25-29.
188. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(3): CD006067.
189. Takmaz T, Aydın S, Karasu AFG (2021). Fundal pressure in the second stage of labor (Kristeller maneuver) and levator ani avulsion. *International Urogynecology Journal* 32: 229-230.
190. Merhi ZO, Awonuga AO (2005). The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor: a reappraisal. *Obstetrical and Gynecological Survey* 60: 599-603.
191. Rubashkin N, Torres C, Escuriet R, Dolores Ruiz-Berdún M (2019). “Just a little help”: a qualitative inquiry into the persistent use of uterine fundal pressure in the second stage of labor in Spain. *Birth* 46: 517-522.
192. Ghulmiyyah L, Sinno S, Mirza F, Finianos E, Nassar AH (2020). Episiotomy: history, present and future—a review. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 0: 1-6.
193. Clesse C, Cottenet J, Lighezzolo-Alnot J, Goueslard K, Scheffler M, Sagot P, Quantin C (2020). Episiotomy practices in France: epidemiology and risk factors in non-operative vaginal deliveries. *Scientific Reports* 10: 1-11.
194. Khan NB, Anjum N, Hoodbhoy Z, Khoso R (2020). Episiotomy and its complications: a cross sectional study in secondary care hospital. *JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association* 70: 2036-2038.

195. Zilberman A, Sheiner E, Barrett O, Hamou B, Silberstein T (2018). Once episiotomy, always episiotomy? Archives of Gynecology and Obstetrics 298: 121-124.
196. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L (2017). Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. Reproductive Health 14: 1-10.
197. Lalonde A, Daviss BA, Acosta A, Herschderfer K (2006). Postpartum hemorrhage today: ICM/FIGO initiative 2004-2006. International Journal of Gynecology and Obstetrics 94: 243-253.
198. De Castro Parreira MVB, Gomes NCF (2013). Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. Journal of Clinical Nursing 22: 3372-3387.
199. Güngördük K, Olgaç Y, Gülseren V, Kocaer M (2018). Active management of the third stage of labor: a brief overview of key issues. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology 15: 188-192.
200. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A, Biesty LM (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019(2): CD007412.
201. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013(7): CD004074.
202. Basile S, Pinelli S, Micelli E, Caretto M, Panici PB (2019). Milking of the umbilical cord in term and late preterm infants. BioMed Research International 2019: 1-9.
203. American College of Obstetricians and Gynecologists (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth. ACOG committee opinion no.814. Obstetrics and Gynecology 136: 1238-1239.
204. Qian Y, Lu Q, Shao H, Ying X, Huang W, Hua Y (2020). Timing of umbilical cord clamping and neonatal jaundice in singleton term pregnancy. Early Human Development 142: 104948.

205. Mohammad K, Tailakh S, Fram K, Creedy D (2021). Effects of early umbilical cord clamping versus delayed clamping on maternal and neonatal outcomes: a Jordanian study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 34: 231-237.
206. Mercer JS, Erickson-Owens DA, Deoni SCL, Dean DC, Collins J, Parker AB, Wang M, Joelson S, Mercer EN, Padbury JF (2018). Effects of delayed cord clamping on 4-month ferritin levels, brain myelin content, and neurodevelopment: a randomized controlled trial. *The Journal of Pediatrics* 203: 266-272.e2.
207. Li Y, Zou Y, Han C, Liu X, Jiang M (2020). Influence of delayed umbilical cord clamping on pain during suture of perineal tears: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing* 29: 3977-3985.
208. Yaşartekin Y, Sarıcı SÜ, Özcan M, Akpınar M, Altun D, Akın A, Serdar MA, Sarıcı D (2020). Investigation of the relationship between cord clamping time and risk of hyperbilirubinemia. *The Turkish Journal of Pediatrics* 62: 756-762.
209. Vatansever B, Demirel G, Çiler Eren E, Erel O, Neselioglu S, Karavar HN, Gundogdu S, Ulfer G, Bahadır S, Tastekin A (2018). Is early cord clamping, delayed cord clamping or cord milking best? *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 31: 877-880.
210. Orpak ÜS, Ergin H, Çıralı C, Özdemir ÖMA, Can ÖK, Çelik Ü (2021). Comparison of cut and intact cord milking regarding cerebral oxygenation, hemodynamic and hematological adaptation of term infants. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 34(14): 2259-2266.
211. Jeevan A, Ananthan A, Bhuwan M, Balasubramanian H, Rao S, Kabra NS (2021). Umbilical cord milking versus delayed cord clamping in term and late-preterm infants: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 0: 1-11.
212. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. Şti. Ankara, No: 925, ISBN: 978-975-590-685-0.
213. Salati J, Leathersich SJ, Williams MJ, Cuthbert A, Tolosa JE (2019). Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019(4): CD001808.

214. Gallos ID, Papadopoulou A, Man R, Athanasopoulos N, Tobias A, Price MJ, Williams MJ, Diaz V, Pasquale J, Chamillard M, Tunçalp Ö, Hofmeyr GJ, Althabe F, Gülmezoğlu AM, Vogel JP, Oladapo OT, Coomarasamy A (2018). Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018(12): CD011689.
215. McDonald SJ (2004). Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004(1): CD000201.
216. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015(1): CD008020.
217. Culliney EM, Williams PM (2016). Controlled cord traction during the third stage of labor. *American Family Physician* 93(5): 351A-351B.
218. Althabe F, Alemán A, Tomasso G, Gibbons L, Vitureira G, Belizán JM, Buekens P (2009). A pilot randomized controlled trial of controlled cord traction to reduce postpartum blood loss. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 107: 4-7.
219. World Health Organization (2009). WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization. ISBN: 978 92 4 159851 4.
220. Patrick HS, Mitra A, Rosen T, Ananth CV, Schuster M (2020). Pharmacologic intervention for the management of retained placenta: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223: 447.e1-447.e19.
221. Marinelli A, Del Prete V, Finale E, Guala A, Pelullo CP, Attena F (2019). Breastfeeding with and without the WHO/UNICEF baby-friendly hospital initiative: a cross-sectional survey. *Medicine* 98(44): e17737.
222. Abolyan LV (2006). The breastfeeding support and promotion in baby-friendly maternity hospitals and not-as-yet baby-friendly hospitals in Russia. *Breastfeeding Medicine* 1: 71-78.

223. Smith ER, Locks LM, Manji KP, McDonald CM, Kupka R, Kisenge R, Aboud S, Fawzi W, Duggan CP (2017). Delayed breastfeeding initiation is associated with infant morbidity. *The Journal of Pediatrics* 191: 57-62.
224. Boccolini CS, Carvalho MLD, Oliveira MICD, Pérez-Escamilla R (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal de Pediatria* 89: 131-136.
225. American College of Obstetricians and Gynecologists (2018). Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. ACOG committee opinion no. 756. *Obstetrics and Gynecology* 132: e187–e196.
226. Franco-Antonio C, Calderón-García JF, Santano-Mogena E, Rico-Martín S, Cordovilla-Guardia S (2020). Effectiveness of a brief motivational intervention to increase the breastfeeding duration in the first 6 months postpartum: Randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 76: 888-902.
227. Bandeira de Sá NN, Gubert MB, Santos WD, Santos LMP (2016). Factors related to health services determine breastfeeding within one hour of birth in the Federal District of Brazil, 2011. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 19: 509-524.
228. Uvnas-Moberg K, Ekstrom-Bergstrom A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, Kotlowska A, Lengler L, Olza I, Grylka-Baeschlin S, Leahy-Warren P, Hadjigeorgiu E, Villarmea S, Dencker A (2020). Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding-A systematic review. *PLoS ONE* 15(8): e0235806.
229. Gönenli S (2017). Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler. Yüksek lisans tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimsel Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul.
230. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, Wade A, Buchanan P, Taylor JL, Veitch E, Rennie AM, Crowther SA, Neiman S, MacGillivray S (2017). Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017(2): CD001141.
231. Balogun OO, O’Sullivan EJ, McFadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, MacGillivray S (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016(11): CD001688.

232. Van Dellen SA, Wisse B, Mobach MP, Dijkstra A (2019). The effect of a breastfeeding support programme on breastfeeding duration and exclusivity: a quasi-experiment. *BMC Public Health* 19: 1-12.
233. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, Rai SS, Miyaguchi M, Dhakal S, Sandy S, Sunguya BF, Jimba M (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 12(5): e0177434.
234. Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F (2011). Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth* 38: 49-60.
235. Webber E, Benedict J (2019). Postpartum depression: a multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. *Archives of Psychiatric Nursing* 33: 284-289.
236. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, Sorrentino G, Bezze E, Plevani L, Cavallaro G, Raffaelli G, Crippa BL, Colombo L, Morniroli D, Liotto N, Roggero P, Villamor E, Marchisio D, Mosca F (2019). Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* 11: 1-10.
237. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, Rwabilimbo AG, Ogbo AO, Uwaibi NE, Ezech OK, Agho KE (2020). Breastfeeding in the community-how can partners/fathers help? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17: 413.
238. Tüğdür M, Öğüt S, Karaman AD, Günay N (2020). Yeni doğum yapmış annelerin anne sütü ile ilgili uygulama ve görüşleri: Aydın'da bebek dostu hastane örneği. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 11: 617-624.
239. Topakkaya ÖK (2020). Lohusaların aldıkları postpartum izlemleri ve izlemlerin yaşam kalitesine etkisi. Uzmanlık tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.
240. Adams YJ, Smith BA (2018). Integrative review of factors that affect the use of postpartum care services in developing countries. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 47: 371-384.

241. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı (2017). Temel Yenidoğan Bakımı, 1-233. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/1.2_revizyon_19.11.2019_Temel_Yenidogan_Bakimi_Kitabi_1.pdf.
242. Lippi G, Franchini M (2011). Vitamin K in neonates: facts and myths. *Blood Transfusion* 9: 4-9.
243. Shearer MJ (2009). Vitamin K deficiency bleeding (VKDB) in early infancy. *Blood Reviews* 23: 49-59.
244. Bellini S (2015). What parents need to know about vitamin K administration at birth. *Nursing for Women's Health* 19(3): 261-265.
245. Committee on Fetus and Newborn (2003). Controversies concerning vitamin K and the newborn. *Pediatrics* 112(1): 191-192.
246. Oygür N, Önal E, Zenciroğlu A (2016). Türk Neonatoloji Derneği Doğum Salon Yönetimi Rehberi [online]. Available from: http://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2016/12/dogum_odasi_yonetimi.pdf. [Accessed 23 May 2021].
247. World Health Organization (2020). Hepatitis B [online]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>. [Accessed 23 May 2021].
248. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Aşı takvimi [online]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/asi-takvimi2>. [Accessed 23 May 2021].
249. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Hepatit B hastalığı [online]. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/liste/4-hepatit-b-hastaligi-nedir.html>. [Accessed 23 May 2021].
250. Lewis E, Shinefield HR, Woodruff BA, Black SB, Destefano F, Chen RT, Ensor R (2001). Safety of neonatal hepatitis B vaccine administration. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 20(11): 1049-1054.

251. Tang X, Allain JP, Wang H, Rong X, Chen J, Huang K, Xu R, Wang M, Huang J, Liao Q, Shan Z, Luo S, Li T, Li C, Fu Y (2018). Incidence of hepatitis B virus infection in young Chinese blood donors born after mandatory implementation of neonatal hepatitis B vaccination nationwide. *Journal of Viral Hepatitis* 25: 1008-1016.
252. Saffar H, Safar MJ, Ajami A, Khalilian AR, Shams-Esfandabad K, Mirabi AM (2014). Long-term T-cell-mediated immunologic memory to hepatitis B vaccine in young adults following neonatal vaccination. *Hepatitis Monthly* 14(9): e22223.
253. Procaccini D, Curley ALC, Goldman M (2018). Baby-friendly practices minimize newborn infants weight loss. *Breastfeeding Medicine* 13(3): 1-6.
254. Hudson JA, Charron E, Maple B, Krom M, Heavner-Sullivan SF, Mayo RM, Dickes L, Rennert L (2020). Baby-friendly hospital initiative is associated with lower rates of neonatal hyperbilirubinemia. *Breastfeeding Medicine* 15(3): 1-7.
255. Kahvecioğlu D, Aksoy HT, Özen G, Yılmaz A, Üstün Y (2018). Kadın hastalıkları ve doğum servisinde doğan, doğum travması nedeniyle takip edilen yenidoğanların tanı ve prognozlarının incelenmesi, anne dostu hastane modelinin doğum travmaları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi. *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 51(2): 104-109.
256. Bilgin NÇ, Ak B, Potur DC, Ayhan F (2018). Doğum yapan kadınların doğumdan memnuniyeti ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 5(3): 342-352.
257. Aghlmand S, Akbari F, Lameei A, Mohammad K, Small R, Arab M (2008). Developing evidence-based maternity care in Iran: a quality improvement study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 8(1): 1-8.
258. Bolsoy N, Gulsen M, Yavas BC (2020). A cross-sectional study of mother-friendly hospital initiatives in Turkey: the obstetricians and midwives' views. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 8(4): 2463-2471.
259. Mohammad KI, Alafi KK, Mohammad AI, Gamble J, Creedy D (2014). Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. *International Nursing Review* 61: 278-284.



EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formu

1) ANNEYE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK VE KİŞİSEL ÖZELLİKLER

1. Yaşınız:.....
2. Doğum Yapılan Hastane:.....
3. Kilonuz:.....
4. Gebelikte aldığınız kilo:.....
5. Boyunuz:..... Gebelik Öncesi BKİ:.....
6. Eğitim durumunuz:
☐ Okur- yazar değil ☐ Okur -yazar ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
7. Mesleğiniz:
☐ Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Serbest meslek ☐ Emekli ☐ Diğer:
8. Eşinizin eğitim düzeyi nedir?
☐ Okur- yazar değil ☐ Okur –yazar ☐ İlkokul mezunu
☐ Ortaokul mezunu ☐ Lise mezunu ☐ Üniversite mezunu
9. Eşinizin mesleği nedir?
☐ Memur ☐ İşsiz ☐ Emekli ☐ Serbest Meslek ☐ İşçi ☐ Diğer.....
10. Aile Tipiniz: ☐ Çekirdek ☐ Geniş ☐ Diğer
11. En uzun yaşadığınız yer? ☐ Köy ☐ İlçe ☐ İl
12. Sağlık güvenceniz var mı? ☐ Yok ☐ Var
13. Ailenizin gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
☐ Düşük ☐ Orta ☐ Yüksek
14. Obstetrik öykü:
Gebelik sayınız:
Toplam canlı doğum sayınız:
Yaşayan çocuk sayısı:
Toplam yapılan küretaj/düşük sayısı:
15. Daha önce doğum yapmış iseniz en son doğum şekliniz: ☐ Sezaryen ☐ Vajinal
16. Daha önce vajinal doğum yaptıysanız epizyotomi (kesi) uygulandı mı?
☐ Hayır ☐ Evet
17. Bu gebeliğiniz planlanmış bir gebelik miydi?
☐ Hayır ☐ Evet
18. Doğum öncesi gebe eğitim (doğuma hazırlık) sınıfına katıldınız mı? (Cevabınız hayır ise 24. soruya geçiniz)
☐ Hayır ☐ Evet ise hangi konularda
bilgilendiniz?.....
19. Doğum öncesinde doğuma hazırlıkla ilgili bilgi aldınız mı?
☐ Hayır ☐ Evet ise belirtiniz.....
20. Cevap evet ise, bu bilgiyi nereden aldınız?
☐ Ebe ☐ Hemşire ☐ Doktor ☐ Kitap, dergi vb. ☐ Diğer.....

Ek 1. (Devam)

2) DOĞUM SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Gebelik haftası:

2. Hastaneye geliş saati:

3. Hastaneye geldiğinde doğumun hangi evresinde idi?

() Latent evre () Aktif evre

Hastaneye geldiğindeki dilatasyon cm'si:

Doğumun latent evresinin süresi (0-3 cm):

Doğumun aktif evresinin süresi (4-10 cm):

4. Doğumun gerçekleştiği saat:

5. Doğumun şekli:

() Sezaryen () Spontan vajinal doğum () Müdahaleli doğum

6. Doğumun toplam süresi (Doğumhaneye kabulünden bebeğin doğumuna kadar olan süre):
.....

7. Partograf kullanıldı mı? () Evet () Hayır

3) HASTANE UYGULAMALARI DEĞERLENDİRME FORMU

NO SORULAR	ANNE DOSTU HASTANE UYGULAMALARI		ANNE DOSTU OLMAYAN HASTANE UYGULAMALARI	
	EVET	HAYIR	EVET	HAYIR
DOĞUM EYLEMİNİN 1. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR:				
1. Gebeye refakatçi eşlik etti mi?	Kim: Kim olmasını isterdi:		Kim: Kim olmasını isterdi:	
2. Ebe/Hemşire/doktor servisi tanıttı mı?				
3. Tek kişilik doğum ünitesinde kalıyor mu?		() 2 kişi () 3 kişi () 4 kişi		() 2 kişi () 3 kişi () 4 kişi
4. Gebeye doğum eyleminin ne kadar süreceği ile ilgili bilgi verildi mi?				
5. Dilatasyon 4 cm'e ulaşmadan tıbbi müdahale yapıldı mı?	() oksitosin () antispazmolitik () prostoglandin () amniotomi		() oksitosin () antispazmolitik () prostoglandin () amniotomi	
6. Perine traşı yapıldı mı?				
7. Lavman uygulandı mı?				
8. Damar yolu açıldı mı?				
9. IV mayi verildi mi?	Ne verildi?		Ne verildi?	
10. Vajinal tuşe yapıldı mı?	Sıklığı kaçtır? Latent evre: Aktif evre: Toplam:		Sıklığı kaçtır? Latent evre: Aktif evre: Toplam:	
11. Vajinal muayene yapılırken mahremiyete özen gösterildi mi?				

Ek 1. (Devam)

12. Elektro Fetal Monitörizasyon Kaç kere?	Kaç kere?
13. Fetal kalp atım hızı ÇKS ya da doppler ile dinlendi mi?	
14. Analjezi/anestezi uygulandı mı?	☐ Epidural ☐ Spinal ☐ Opioid ☐ Diğer
15. Ağrı yönetimi için nonfarmakolojik yöntemler kullanıldı mı?	☐ nefes alma ☐ kas gevşetme ☐ müzik dinleme ☐ dikkati başka yere çekme ☐ yüzeyel sıcak uygulama ☐ yüzeyel soğuk uygulama ☐ aroma terapi ☐ hidroterapi-banyo ☐ dokunma-masaj ☐ akupunktur ☐ akupressör: bası uygulaması ☐ diğer
16. Oral sıvı ve yiyecek alımı sınırlandırıldı mı?	
17. Pozisyonu sınırlandırıldı mı?	
18. Dolaşması için teşvik edildi mi?	
19. Çoğunlukla tercih ettiği pozisyon var mıydı?	☐ Sık sık dolaşmak ☐ Yatmak ya da yatak içinde oturmak ☐ İkisi birlikte
20. Vajinal temizlik yapıldı mı?	Kullanılan ürün:
21. Amniotomi yapıldı mı?	Kaç cm?
22. Oksitosin indüksiyonu uygulandı mı?	Kaç cm?
23. Antispazmotik yapıldı mı?	Kaç cm?
24. USG yapıldı mı?	
25. Gebeye doğum eylemiyle ilgili bilgi verildi mi?	
26. Yapılan müdahalelerden önce sözlü/yazılı onam alındı mı?	
DOĞUM EYLEMİN 2. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR:	
27. Gebeye refakatçi eşlik etti mi?	Kim: Kim olmasını isterdi:
28. Doğum eyleminin 2. evresiyle ilgili bilgi verildi mi?	
29. 2. evrenin ne kadar süreceği ile ilgili bilgi verildi mi?	
30. Perine temizliği için herhangi bir ismi?:..... ürün kullanıldı mı?	ismi?:.....

Ek 1. (Devam)

31. Gebe istediği pozisyonunda mıydı?			
32. Nasıl ıkındırıldı?	☐ Açık glottis ☐ Kapalı glottis ☐ İkınması için teşvik edildi	☐ Açık glottis ☐ Kapalı glottis ☐ İkınması için teşvik edildi	
33. Perine travmasını azaltmak için herhangi bir teknik uygulandı mı?	☐ sıcak-soğuk kompres ☐ masaj ☐ kegel egzersizi ☐ anestezi spreyi ☐ ıkınmanın geç başlatılması ☐ spontan ıkınma için destek	☐ sıcak-soğuk kompres ☐ masaj ☐ kegel egzersizi ☐ anestezi spreyi ☐ ıkınmanın geç başlatılması ☐ spontan ıkınma için destek	
34. Yumuşak doğum kanalında yırtık oluştu mu?	☐ 1. derece ☐ 2. derece ☐ 3. derece ☐ 4. derece	☐ 1. derece ☐ 2. derece ☐ 3. derece ☐ 4. derece	
35. Fundal basınç uygulandı mı?			
36. Epizyotomi uygulandı mı?			
37. Umbilikal kordun klemplenme zamanı?	☐ Erken: 0-1 dk içinde ☐ Geç: 1-3 dk içinde ya da kord atımı durduktan sonra	☐ Erken: 0-1 dk içinde ☐ Geç: 1-3 dk içinde ya da kord atımı durduktan sonra	
38. Umbilikal kordun klemplenme şekli?	☐ Sıvazlanarak ☐ Nabız durduktan sonra	☐ Sıvazlanarak ☐ Nabız durduktan sonra	
39. Perine elle korundu mu?	☐ hands on ☐ hands off	☐ hands on ☐ hands off	
40. Yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alındı mı?			
DOĞUM EYLEMİN 3. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR:			
41. Doğum sonu kanamalarının önlenmesi için uterotonik kullanıldı mı?	☐ metarjin..... ☐ synpitan.....	☐ metarjin..... ☐ synpitan...	
42. Plasenta doğumuna müdahale edildi mi?	☐ kontrollü kord traksiyonu ☐ fundal basınç	☐ Spontan ☐ kontrollü kord traksiyonu ☐ fundal basınç	☐ Spontan
43. Plasenta retansiyonu oldu mu?			
44. Ten tene temas sağlandı mı?	 dakikada	 dakikada	
45. Ebe/hemşire uygulamalı emzirme desteği verdi mi?			
46. Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde yenidoğanın anne sütü ile emzirildi beslenmesine teşvik edildi mi?	dakikada	dakikada	
47. Doğumdan sonra bebek ve anne aynı odada mı kalıyor?			
48. Gebeye doğumun 3. evresiyle ilgili bilgi verildi mi?			
49. 2. evrede yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alındı mı?			

Ek 1. (Devam)

ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE YAPILAN UYGULAMALAR:		
50. Postpartum dönem ile ilgili bilgilendirildi mi?		
50. Uterus atonisini erken tanılamak için postpartum abdominal uterin tonus değerlendirmesi yapıldı mı?	kez	kez
51. Rutin antibiyotik profilaksisi uygulandı mı?		
52. Epizyotomi olan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi uygulandı mı?		
53. Yaşam bulguları takip sıklığı kez protokole uygun yapıldı mı?		
54. Vajinal kanama-fundal yükseklik kontrolü yapıldı mı?	ilk 30 dk:..... kez 2.30 dk: kez 2.bir saat: kez	ilk 30 dk: kez 2.30 dk: kez 2.bir saat: kez
55. İdrar çıkışı oldu mu?		
56. Analjezi uygulandı mı?		
57. Ek uterotonik yapıldı mı?		
58. Koplikasyon gelişti mi?	() Hematom () Kanama () Enfeksiyon () Atoni () Laserasyon Kanaması () Koagülasyon Bozukluğu () İnversiyon () Diğer	() Hematom () Kanama () Enfeksiyon () Atoni () Laserasyon Kanaması () Koagülasyon Bozukluğu () İnversiyon () Diğer
59. Erken postpartum dönemde yapılan müdahaleler için sözlü/yazılı onam alındı mı?		
YENİDOĞAN DEĞERLENDİRMESİ		
60. Bebekle ilgili anneye bilgi verildi mi?		
61. Doğumdan hemen sonra bebek anneye gösterildi mi?		
62. Doğumdan sonra bebek ortam sıcaklığına uygun giydirildi mi?		
63. Apgar değerlendirmesi	1.dakika: 5.dakika:	1.dakika: 5.dakika:
64. Resüsitasyon yapıldı mı?		
65. Mekonyum aspirasyonu oldu mu?		
66. Yenidoğan yoğun bakım Endikasyonu: gereksinimi var mı?		Endikasyonu:
67. Yenidoğan komplikasyonu var mı?	() Doğum travması () anomali () makrozomi () DD Ağırlığı () Diğer.....	() Doğum travması () anomali () makrozomi () DD Ağırlığı () Diğer.....
68. Yeni doğana rutin burun ve ağız aspirasyonu yapıldı mı?		

Ek 1. (Devam)

69. Doğumdan sonra yenidoğan silindi mi?		
70. Kilosu	☐ <3200 gr	☐ <3200 gr
	☐ 3200-3500 gr	☐ 3200-3500 gr
	☐ 3500-4000gr	☐ 3500-4000gr
	☐ >4000gr	☐ >4000gr
71. Boyu	☐ <48 cm	☐ <48 cm
	☐ 49-54 cm	☐ 49-54 cm
	☐ >55 cm	☐ >55 cm
72. Baş Çevresi	☐ <32 cm	☐ <32 cm
	☐ 33-35.5 cm	☐ 33-35.5 cm
	☐ >36 cm	☐ >36 cm
73. Başta şekil bozukluğu var mı?	☐ kaput suksedenum	☐ kaput suksedenum
	☐ sefal hematoma	☐ sefal hematoma
	☐ molding	☐ molding
74. 1 mg K vitamini (IM) yapıldı mı?	 dk yapıldı	 dk yapıldı
75. Hepatit B aşısı yapıldı mı?	 dk yapıldı	 dk yapıldı
76. Göz damlası uygulandı mı?	 dk yapıldı	 dk yapıldı
77. Kadın bu hastanede doğum yapmış olmaktan memnun kaldı mı?		

Ek 2. Kurum İzinleri



Ek 2. (Devam)



Ek 2. (Devam)



Ek 3. Etik Kurul İzni



Ek 3. (Devam)



Ek 3. (Devam)



Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Anne Dostu Olan ve Olmayan Hastane Uygulamalarının Obstetrik Sonuçları” dır.

Bu çalışmada anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının anne ve bebek için sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılmama/çalışmadan çekilme hakkınız vardır. Herhangi bir kimlik bilgisi sorulmayacak ve elde edilecek veriler yalnızca bilimsel amaçlar için kullanılacak olup başka kişi veya kurumlarla kesinlikle paylaşılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, uygulanan forma özen gösterme sizin sorumluluklarınızdır. Araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma ticari amaçlı kullanılmayacaktır.

Size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayımlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Ankete katılmayı kabul ettiğiniz ve soruları özenle cevapladığınız için şimdiden hepinize teşekkür ederim.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı veya sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullar altında, araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı altında olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı Adı Soyadı:

Araştırmacı Adı Soyadı: S

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

Danışman Adı Soyadı:

Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Soyadı, Adı : BAHAR, Sinem

Uyruğu

Doğum Tarihi ve Yeri

Telefon (İş)

E-Posta

Yazışma Adresi (İş)

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi-Hemşirelik	2015
Lise	Çarşıbaşı Anadolu Lisesi	2010

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Araklı Bayram Halil Devlet Hastanesi	2015-

YABANCI DİL

İngilizce