



# DSÖ öneriler Olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım

## **Çeviri Editörleri**

Hafize ÖZTÜRK CAN  
Nursen BOLSOY

## **Çevirmenler**

Hafize ÖZTÜRK CAN  
Yeliz ÇAKIR KOÇAK  
Yeşim YEŞİL  
Zehra BAYKAL AKMEŞE  
Selda İLDAN ÇALIM  
Ummahan YÜCEL  
Emine DEMİR  
Nursen BOLSOY  
İlkay ÜNAL  
Bihter AKIN





# DSÖ öneriler Olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım

## **Çeviri Editörleri**

Hafize ÖZTÜRK CAN  
Nursen BOLSOY

## **Çevirmenler (Bölümlerin çeviri sırasına göre):**

Hafize ÖZTÜRK CAN  
Yeliz ÇAKIR KOÇAK  
Yeşim YEŞİL  
Zehra BAYKAL AKMEŞE  
Selda İLDAN ÇALIM  
Ummahan YÜCEL  
Emine DEMİR  
Nursen BOLSOY  
İlkay ÜNAL  
Bihter AKIN

**“DSÖ öneriler: Olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım (WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience)”**

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018 yılında yayınlanmıştır. ©Dünya Sağlık Örgütü 2018

[WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience] Cenevre: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO bağlayıcı ve orjinal sürümüdür.

Bu çeviri EBELİKTE EĞİTİM ARAŞTIRMA GELİŞTİRME DERNEĞİ (EBEARGE) tarafından yapılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkçe çeviri ve çevrimiçi basımı için EBEARGE'ne yayın izni vermiştir. DSÖ, bu çevirinin içeriğinden veya doğruluğundan sorumlu değildir. Türkçe ve İngilizce basımlar arasında çeviride bir tutarsızlık olması durumunda, orijinal İngilizce basımı özgün kabul edilmelidir.

**DSÖ öneriler: Olumlu bir doğum deneyimi için intrapartum bakım**

© EBELİKTE EĞİTİM ARAŞTIRMA GELİŞTİRME DERNEĞİ (EBEARGE) (2024)

ISBN: 978-625-94000-2-0

**Çeviri Editörleri:**

Hafize ÖZTÜRK CAN

Nursen BOLSOY

**Çevirmenler (Bölmelerin çeviri sırasına göre):**

Hafize ÖZTÜRK CAN

Yeliz ÇAKIR KOÇAK

Yeşim YEŞİL

Zehra BAYKAL AKMEŞE

Selda İLDAN ÇALIM

Ummahan YÜCEL

Emine DEMİR

Nursen BOLSOY

İlkay ÜNAL

Bihter AKIN

**Not:** Çeviri editörleri ve çevirmenlerin tümü EBELİKTE EĞİTİM ARAŞTIRMA GELİŞTİRME DERNEĞİ üyelerinden oluşmaktadır.

# Orijinal Kitap Bilgi Notu

## Dünya Sağlık Örgütü 2018

Bazı hakları saklıdır. Bu çalışma Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike altında mevcuttur. 3.0 IGO lisansı (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Bu lisansın koşulları uyarınca, aşağıda belirtildiği gibi uygun bir şekilde atıfta bulunulması koşuluyla, çalışmayı ticari olmayan amaçlarla kopyalayabilir, yeniden dağıtabilir ve uyarlayabilirsiniz. Bu çalışmanın herhangi bir kullanımında, DSÖ'nün herhangi bir özel organizasyon, ürün veya hizmeti desteklediğine dair hiçbir öneri olmamalıdır. DSÖ logosunun kullanımına izin verilmez. Çalışmayı uyarlıyorsanız, çalışmanızı aynı veya eşdeğer Creative Commons lisansı altında lisanslamalısınız. Bu çalışmanın bir çevirisini oluşturursanız, önerilen alıntıyla birlikte aşağıdaki yasal uyarıyı eklemelisiniz: **“Bu çeviri Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından oluşturulmamıştır. DSÖ, bu çevirinin içeriğinden veya doğruluğundan sorumlu değildir. Orijinal İngilizce baskı, bağlayıcı ve orijinal baskı olacaktır”**.

Lisans kapsamında ortaya çıkan uyuşmazlıklara ilişkin her türlü arabuluculuk, Dünya Fikri Mülkiyet Örgütü'nün (World Intellectual Property Organization) arabuluculuk kurallarına göre yürütülecektir.

**Atıf için önerilen:** WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Cataloguing-in-Publication (CIP) data.** CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

**Satış, haklar ve lisanslama.** DSÖ yayınlarını satın almak için bkz. <http://apps.who.int/bookorders>. Ticari kullanım talepleri ve haklar ve lisanslama ile ilgili sorular göndermek için bkz. <http://www.who.int/about/licensing>.

**Üçüncü taraf materyaller.** Bu çalışmadan tablolar, şekiller veya resimler gibi üçüncü bir tarafa atfedilen materyali yeniden kullanmak isterseniz, bu yeniden kullanım için izin gerekip gerekmediğini belirlemek ve telif hakkı sahibinden izin almak sizin sorumluluğunuzdadır. Çalışmadaki herhangi bir üçüncü şahısa ait bileşenin ihlalden kaynaklanan hak talepleri riski yalnızca kullanıcıya aittir.

**Genel sorumluluk reddi beyanları.** Bu yayında kullanılan adlandırmalar ve materyalin sunumu, herhangi bir ülke, bölge, şehir veya bölgenin veya yetkili makamlarının yasal statüsüne veya sınırlarının sınırlandırılmasına ilişkin DSÖ'nün herhangi bir görüşünün ifadesi anlamına gelmez. Haritalardaki noktalı ve kesikli çizgiler, henüz tam bir anlaşmaya varılamayan yaklaşık sınır çizgilerini temsil eder.

Belirli şirketlerden veya belirli üreticilerin ürünlerinden söz edilmesi, bunların DSÖ tarafından, adı geçmeyen benzer nitelikteki diğerlerine tercih edilerek onaylandığı veya önerildiği anlamına gelmez. Hatalar ve eksiklikler hariç, tescilli ürünlerin adlarının ilk harfleri büyük harflerden ayırt edilir.

Bu yayında yer alan bilgileri doğrulamak için DSÖ tarafından tüm gerekli makul önlemler alınmıştır. Bununla birlikte, yayınlanan materyal, açık veya zımnî hiçbir garanti olmaksızın dağıtılmaktadır. Materyalin yorumlanması ve kullanılması sorumluluğu okuyucuya aittir. DSÖ hiçbir durumda kullanımından kaynaklanan zararlardan sorumlu olmayacaktır.

# İçindekiler

Önsöz	v
Teşekkür	vi
Baş Harf ve Kelime Kısaltmaları	vii
Yönetici Özeti	1
Giriş	1
Hedef Kitle	1
Rehber Geliştirme Yöntemleri	1
Öneriler	2
1. Arka Plan	8
1.1 Hedef Kitle	9
1.2 Rehberin Kapsamı	9
2. Yöntemler	10
2.1 DSÖ Yönlendirme Grubu	10
2.2 Rehber Geliştirme Grubu	10
2.3 Dış İnceleme Grubu	10
2.4 Teknik Çalışma Grubu	10
2.5 Dış Ortaklar ve Gözlemciler	11
2.6 Öncelikli Soruları ve Sonuçları Belirleme	11
2.7 Yayınlanmış DSÖ rehberlerinden gelen önerilerin entegrasyonu	13
2.8 Odaklanma ve yaklaşım	13
2.9 Kanıt belirleme ve erişim	13
2.10 Kalite değerlendirmesi ve kanıtların derecelendirilmesi	14
2.11 Önerilerin formülasyonu	15
2.13 Dış katılımcılar tarafından çıkar bildirimi	17
2.14 Döküman hazırlama ve hakem değerlendirmesi	17
2.15 Rehber İçeriğinin Sunumu	17
3. Kanıtlar ve öneriler	19
3.1 Travay ve doğum boyunca bakım	19
3.2 Doğumun birinci evresi	35
3.3. Doğumun ikinci evresi	120
3.4 Doğumun üçüncü evresi	159
3.5 Yenidoğan bakımı	162
3.6 Doğum sonrası kadının bakımı	165
4. Bu rehberin uygulanması: DSÖ intrapartum bakım modelinin tanıtılması	168
5. Araştırma sonuçları	171
6. Yaygınlaştırma	173
7. Uygulanabilirlik sorunları	174
8. Rehberin güncellenmesi	175
9. References	176

Ek 1. Rehberdeki öncelikli sorular ve sonuçları	184
Ek 2. Bu rehberin hazırlanmasında yer alan dış uzmanlar ve DSÖ personeli	188
Ek 3. Rehber Geliştirme Grubu ve Teknik Çalışma Grubu üyelerinden gelen ilgi beyanlarının özeti ve bunların nasıl yönetildiği	192
Ek 4. Bireysel Önerilere özgü uygulama konularına	195
Web annex. Evidence base (WHO/RHR/18.04; available at <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/</a> )	

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlıklı gebe kadınların ve bebeklerinin bakımına yönelik teknik rehber yayınlamasının üzerinden yirmi yıldan fazla zaman geçti – *Normal doğumda bakım: pratik bir rehber*. Annelik hizmetleri için küresel manzara, bu rehberin yayınlanmasından bu yana önemli ölçüde değişti. Artık dünyanın birçok yerinde sağlık bakım kurumlarında daha fazla kadın doğum yapıyor ve yine de yetersiz bakım kalitesi, istenen sağlık sonuçlarına ulaşılmasını engellemeye devam ediyor. Bazı ortamlarda kadınlara çok az müdahale çok geç sağlanırken, diğer ortamlarda kadınlara ihtiyaç duymadıkları kadar müdahale çok erken yapılmaktadır.

DSÖ, ülkelerin ihtiyaçlarına yanıt olarak doğum yönetiminin belirli yönlerini ve anne ve yenidoğan ölüm ve morbiditesinin önde gelen nedenlerini ele almak için çeşitli öneriler yayınlamıştır. Küresel gündemin odak noktası, aynı zamanda, kadınların ve bebeklerinin hayatta kalmasının ötesine geçerek, sağlık ve esenlik için gelişmelerini ve tam potansiyellerine ulaşmalarını sağlamak için kademeli olarak genişledi. Bu çabalar, Kadın, Çocuk ve Ergen Sağlığı için Küresel Strateji (Global strategy for Women's, Children and Adolescents' Health) (2016-2030) ve Her Kadın Her Çocuk hareketi (Every Woman Every Child movement) tarafından hızlandırılmıştır. Buna ek olarak, sürdürülebilir kalkınma için 2030 gündeminin üçüncü hedefi, sağlıklı yaşamların sağlanmasına ve her yaşta herkes için refahın teşvik edilmesine yönelik küresel taahhüdü teyit etmektedir.

Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi (SKH), hedeflerine ulaşmak için önümüzdeki beş yıl boyunca DSÖ'nün stratejik önceliklerinden biri, ülkeleri evrensel sağlık kapsamına (universal health coverage (UHC)) ulaşma yolunda ilerlemeyi hızlandırmak için sağlık sistemlerini güçlendirmeleri için desteklemektir. DSÖ, tüm insanların ve toplulukların, ihtiyaçlarına uygun, etkili ve yeterli kalitede, onları finansal zorluklara maruz bırakmadan teşvik edici, önleyici ve tedavi edici sağlık hizmetlerine erişmelerini ve kullanabilmelerini sağlamak için ülkeleri desteklemektedir. Bu çabaların ayrılmaz bir parçası, üreme, anne, yenidoğan, çocuk ve ergen sağlığı da dahil olmak üzere sağlık disiplinleri yelpazesinde temel hizmet paketinin tasarımıdır ve bu hizmetlerden bir dizi temel hizmet sunumu göstergelerinden ülkelerin evrensel sağlık kapsamına yönelik ilerlemesini izlemek için tanımlanabilmektedir.

Bu rehber, sosyo-ekonomik ortamdan bağımsız olarak tüm gebe kadınlara ve bebeklerine doğum ve doğum sırasında sağlanması gereken temel doğum ve doğum uygulamalarına ilişkin birleştirilmiş yeni ve mevcut önerilerden oluşmaktadır. Doğumun sadece güvenli değil, aynı zamanda kadınlar ve aileleri için olumlu bir deneyim olmasını sağlamak için kritik olan bir doğum eylemi ve doğum müdahaleleri paketinin sunulmasını teşvik eder. Kadın merkezli bakımın, bütünsel, insan haklarına dayalı bir yaklaşımla doğum ve doğum bakımının kalitesini nasıl optimize edebileceğini vurgular. Rehber, bireysel ülke bağamlarına uyarlanabilen yeni bir doğum içi bakım modelinin ana hatlarını çizerek, doğum eylemi ve doğum sırasında gereksiz müdahaleleri azaltarak önemli maliyet tasarrufları sağlar.

Sağlık hizmeti sağlayıcılarını, kadınlar ve yeni doğan bebekleri için ve kapsamlı bakım sağlanması için kanıta dayalı, birey merkezli, sağlam bir temel sağlayan bu önerileri benimsemeye ve uyarlamaya teşvik ediyoruz.



**Princess Nothemba Simelela**

Assistant Director-General  
Aile, Kadın ve Çocuk Sağlığı Grubu  
Dünya Sağlık Örgütü



# Teşekkür

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Anne, Yenidoğan, Çocuk ve Ergen Sağlığı Bölümü ve Üreme Sağlığı ve Araştırma Bölümü, bu rehberin geliştirilmesine birçok kişi ve kuruluşuna katkılarından dolayı teşekkür eder.

Bu rehber üzerinde çalışmalar Olufemi Oladapo, Mercedes Bonet ve Üreme Sağlığı ve Araştırmaları Bölümü'nden A. Metin Gülmezoğlu tarafından başlatılmıştır. Olufemi Oladapo, rehber geliştirme projesini koordine etti. Üreme Sağlığı ve Araştırmaları Bölümü'nden Ana Pilar Betrán, Mercedes Bonet, A. Metin Gülmezoğlu, Olufemi Oladapo, Joao Paulo Souza ve Anne, Yenidoğan, Çocuk ve Ergen Sağlığı Bölümünde Joshua Vogel ile Maurice Bucagu ve Anayda Portela Portela, rehber geliştirme sürecini yöneten DSÖ Yönlendirme Grubunun üyeleri idi. Aşağıdaki DSÖ genel merkezi personeli, çeşitli aşamalarda rehber geliştirme sürecine katkıda bulunmuştur: Rajat Khosla, Frances McConville ve Özge Tunçalp. Mavjuda Babamuradova, Karima Gholbzouri, Bremen De Mucio, Mari Nagai ve Leopold Ouedraogo, rehber teknik danışmalarına katkıda bulunan DSÖ bölgesel danışmanlarıydı.

DSÖ, Hany Abdel-Aleem, Fernando Althabe, Melania Amorim, Michel Boulvain, Aparajita Gogoi, Tina Lavender, Silke Mader, Suellen Miller, Rintaro Mori, Hiromi Obara, Oladapo Olayemi, Robert Pattinson, Harshad Sanghvi, Mandisa Singata-Madliki, Jorge E. Tolosa ve Rehber Geliştirme Grubu (RGG) üyeleri olarak görev yapan ve Hayfaa Wahabi'ye ve teknik istişarelere başkanlık ettikleri için Pisake Lumbiganon ve James Neilson'a içten teşekkürlerini sunar.

Rehber geliştirme sürecinin bir parçası olarak gerçekleştirilen kapsam belirleme çalışması sırasında çok sayıda uluslararası paydaş tarafından sağlanan geri bildirimleri takdir ediyoruz. Bu rehberde kullanılan Cochrane sistematik incelemelerinin yazarlarına, bunların hazırlanmasında veya güncellenmesinde yardımları ve işbirlikleri için teşekkür ederiz.

Aşağıdaki uzmanlar Teknik Çalışma Grubunun (TÇG) üyeleri olarak metodolojik destek sağlamıştır: Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Monica Chamillard, Virginia Diaz, Soo Downe, Therese Dowswell, Kenneth Finlayson, Frances Kellie, Theresa Lawrie, Julia Pasquale, Elham Shakibazadeh ve Gill Thomson. Therese Dowswell ve Frances Kellie, ilgili Cochrane sistematik incelemelerinin güncellenmesini koordine etti ve Edgardo Abalos, Monica Chamillard, Virginia Diaz ve Julia Pasquale bu incelemelerden elde edilen bilimsel kanıtların kalite değerlendirmesini gerçekleştirdi. Edgardo Abalos, Debra Bick, Meghan Bohren, Soo Downe, Kenneth Finlayson, Elham Shakibazadeh ve Gill Thomson, rehberde bilgi sağlamak için ek sistematik incelemeler yapan takımlara liderlik etti. Theresa Lawrie, tüm sistematik incelemelerden elde edilen kanıt profillerini iki kez kontrol etti ve TÇG ve DSÖ Yönlendirme Grubu'nun diğer üyeleriyle birlikte, ilgili anlatı özetlerini ve kanıt-karar çerçevelerini hazırladı. Theresa Lawrie ve Olufemi Oladapo, DSÖ Yönlendirme Grubu ve RGG'nun diğer üyeleri tarafından gözden geçirilmeden önce nihai rehber taslağını hazırladılar.

Son teknik konsültasyonda çeşitli kuruluşları temsil eden aşağıdaki gözlemciler teşekkür ederiz: Diogo Ayres-de-Campos (Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Federasyonu [FIGO]); Mechthild M. Gross (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu [ICM]); Petra ten Hoop-Bender (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu [UNFPA]); Mary Ellen Stanton (Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı [USAID]) ve Alison Wright (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]). Blami Dao, Justus Hofmeyr, Caroline Homer, Vanora Hundley, Barbara Levy ve Eşref Nabhan, Dış İnceleme Grubu (DİG) üyesi olarak rehberde hakemlik yaptılar.

Bu çalışma USAID ve DSÖ tarafından yürütülen bir ortak program olan UNDP–UNFPA–UNICEF–WHO–Dünya Bankası İnsan Üremesinde Araştırma, Geliştirme ve Araştırma Eğitimi Özel Programı (HRP) tarafından finanse edildi. Finansman kuruluşlarının görüşleri bu rehberin içeriğini etkilemedi.

Edit: Green Ink, Birleşik Krallık

## Çeviri Önsözü ve Teşekkür

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2018’de yayınlanan bu rehber, doğum eylemi yönetiminin temelini oluşturan doğum eyleminde saygılı annelik bakımını hedeflemiştir. Yenidoğanların yaşama sağlıklı başlaması, doğum memnuniyetinin artırılması ve temelde anne ve yenidoğan sağlığını korumak ve geliştirme amacıyla hazırlanan bu rehber, Türkçe diline çevrilerek ülkemizde sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık personeli adaylarının hizmetine sunulması amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, Rehberi hazırlayan ve hizmete sunan DSÖ ve rehberi geliştiren tüm kişi, kurum ve kuruluşlara teşekkür ederiz.

Ayrıca, rehberin Türkçe çevirisinin yapılarak çevrimiçi olarak ülkemiz sağlık hizmeti sunanlar ve sağlık personeli adaylarının hizmetine sunulması için Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği (EBEARGE)’ne izin verilmesinden dolayı da DSÖ tekrar teşekkür ederiz.

# Baş Harf ve Kelime Kısaltmaları

ABO	olumsuz doğum sonucu
aOR	düzeltilmiş olasılık oranı
AYA	Anne, Yenidoğan, Çocuk ve Adölesan Sağlığı Bölümü ( DSÖ de)
BGS	beta grup streptokok
CERQual	Nitel Araştırma İncelemelerinden Kanıtlara Güven
CI	Güven aralığı
cRCT	randomize kontrollü çalışma kümesi
ÇB	çıkart beyanı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EtD	Kanıt- karar
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
FKA	fetal kalp atımı
GDG	Gebelik ve Doğum grubu ( Cochrane İşbirliği)
GDODÜ	Gelir düzeyi orta ve düşük ülkeler
GDYÜ	Gelir düzeyi yüksek ülkeler
GRADE	Önerilerin Derecelendirmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi
HIA	hipoksik-iskemik ansefalopati
HIV	İnsan İmmün yetmezlik virüsü
HKA	Hasta kontrollü analjezi
ICM	Uluslararası Ebeler Konfederasyonu
IM	intramusküler
IV	intravenöz
İÜP	UNDP–UNFPA–UNICEF–WHO–Dünya Bankası İnsan Üremesinde Araştırma, Geliştirme ve Araştırma Eğitimi Özel Programı
RAKB	Rehber odaklı, Araştırma öncelikleri, Kanıt sentezi, Kanıtların uygulanması ve Bilgi aktarımı
KD	kanıta Dayalı
KTG	kardiyotokograf
MD	ortalama farkı
MLCC	Ebe liderliğinde bakımın sürekliliği (Midwife-led-continuity of care)
OASI	obstetrik anal sfenkte yaralanması
ODS	olumsuz doğum sonucu
OMBU	ebe liderliğinde doğum ünitesi
OR	Oran oranı
PMNCH	Anne, Yenidoğan & Çocuk Sağlığı İçin Partnerlik
PPK	Postpartum kanama
PUKO	popülasyon (P), Uygulama (U), karşılaştırıcı (K), sonuç (O)
RCOG	Royal Obstetrik ve Jinekoloji Koleji

RGG	Rehber Geliştirme Grubu
RHR	Üreme Sağlığı ve Araştırma Bölümü (DSÖ de)
RİK	Rehber İnceleme Komitesi
RKÇ	randomize kontrollü çalışma
RR	risk oranı
SAB	Saygılı annelik bakımı
SMD	standartlaştırılmış ortalama farkı
STK	Sivil Toplum Kuruluşu
TÇG	Teknik Çalışma Grubu
UNFPA	Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu
UNIC	EF Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
USAID	Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı

# Yönetici Özeti

## Giriş

Dünyada her yıl gerçekleşen yaklaşık 140 milyon doğumun çoğunluğu, doğum başlangıcı ve süresince kendileri veya bebekleri için komplikasyon riski olmayan kadınlar arasında meydana gelir. Bununla birlikte, doğum zamanı, kadınların ve bebeklerinin hayatta kalması için kritiktir, çünkü ortaya çıkabilecek komplikasyonlar morbidite ve mortalite risklerini önemli ölçüde artırabilir. Sürdürülebilir Kalkınma Hedefi 3 - sağlıklı yaşamların güvence altına alınması ve iyilik halinin her yaşta desteklenmesi - ve Kadınlar, Çocuklar ve Adölesanların Sağlığı için yeni Küresel Strateji (2016-2030) hedefleri doğrultusunda; kadınların ve bebeklerinin ortaya çıkabilecek doğum komplikasyonlarından kurtulmakla kalmayıp aynı zamanda sağlıklı gelişim ve yaşam potansiyellerine tam olarak ulaşmaları için küresel gündemler genişletilmektedir.

Birkaç yıldır sürmekte olan önemli tartışmalar ve araştırmalara rağmen, doğum ve doğumda 'normallik' kavramı evrensel ya da standardize edilmiş değildir. Son yirmi yılda, kadınlar ve bebeklere ait sonuçları iyileştirmek için doğumun fizyolojik sürecini başlatmak, hızlandırmak, sona erdirmek, düzenlemek veya izlemek amacıyla doğum uygulamalarına ait bir dizi uygulamanın kullanımında önemli bir artış olmuştur. Doğum süreçlerinin medikalizasyonundaki bu artış, kadının kendi başına doğum yapma kapasitesini zayıflatma eğilimindedir ve doğum deneyimini olumsuz yönde etkiler. Ayrıca, kesin endikasyonların bulunmadığı durumlarda doğuma müdahalelerin artan kullanımı sağlık kaynaklarının düşük ve yüksek olduğu yerler arasındaki eşitsizlik uçurumunu derinleştirmeye devam etmektedir.

Bu rehber, komplikasyonsuz travay ve doğumun takibi için doğum eyleminde kullanılan en yaygın uygulamaları belirleyerek, iyi uygulama standartlarının tanımlanması aracılığıyla yukarıda bahsedilen sorunları ele almaktadır. Rehber, sadece rutin klinik uygulamaların oluşturulmasında tamamlayıcı değil, aynı zamanda yüksek kaliteli travay ve doğum bakımı sağlamanın kritik bir yönü olarak bakım deneyimi kavramının kullanımını arttırmayı ve kadın merkezli sonuçlarda iyileşme elde etmeyi amaç edinir.

Rehber, tüm sağlıklı gebeler ve bebekleri ile ilgilidir. Ayrıca doğumun, kadınların ve bebeklerin çoğunda komplikasyonsuz gerçekleştirilebilecek fizyolojik bir süreç olduğuna vurgu yapar.

Bu rehber, "pozitif doğum deneyimi"ni doğum eylemindeki tüm kadınlar için önemli bir son nokta olarak kabul etmektedir. Pozitif doğum deneyimini, bir kadının klinik ve psikolojik olarak güvenli bir

ortamda, nazik ve teknik açıdan yetkin klinik personel ve doğum refakatçi (lerinin) uygulamalı ve duygusal desteklerinin sürekliliği ile sağlıklı bir bebek doğurması da dahil olmak üzere daha önceki bireysel ve sosyokültürel inanç ve beklentileri ile karşılayan veya bu beklentilerin üstüne çıkan bir deneyim olarak tanımlar. Bu, çoğu kadının fizyolojik bir travay ve doğum istediği ve tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunda veya istendiğinde bile karar verme sürecine katılım yoluyla kişisel başarı ve kontrol hissine sahip olması önermesine dayanmaktadır.

Temel intrapartum bakım ile ilgili güncel, kapsamlı ve birleştirilmiş olan bu rehber, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün mevcut ve yeni önerilerini bir araya getirir. Bu öneriler bir paket halinde sunulduğunda, sağlık bakım düzeyine veya ortamına bakılmaksızın kaliteli ve kanıta dayalı bakım sağlayacaktır. Bu rehberde sunulan öneriler ne ülkeye ne de bölgeye özgüdür ve kültürel olarak ülkeler içinde ve arasında mevcut sağlık hizmetleri seviyesi ile ilgili varyasyonları kabul etmektedir. Rehber, holistik, insan haklarına dayalı bir yaklaşımla kadınlar ve bebekler için doğum ve doğum deneyimini optimize etmek için kadın merkezli bakımın önemini vurgulamaktadır. Geçerli bakım modellerinin ve çağdaş uygulamaların karmaşıklığını ve farklı doğasını dikkate alan küresel bir intrapartum bakım modeli sunar.

## Hedef Kitle

Bu rehberdeki öneriler, ilgili ulusal ve yerel düzeydeki sağlık politikalarının ve klinik protokollerin gelişimini bilgilendirmeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, hedef kitle ulusal ve yerel halk sağlığı politika yapımcıları, anne ve çocuk sağlığı programlarının uygulayıcıları ve yöneticileri, sağlık kurumu yöneticileri, sağlık uzmanları (hemşireler, ebeler, genel tıp pratisyenleri ve doğum uzmanları dahil) ve sağlık uzmanlarının eğitimine katılan akademik personel, sivil toplum kuruluşları (STK), anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinin planlanması ve yönetiminde yer alan profesyonel toplulukları içermektedir.

## Rehber Geliştirme Yöntemleri

Bu rehber boyunca, "sağlıklı gebe kadınlar" terimi, kendileri veya bebekleri için tanımlanmış bir risk faktörü olmayan ve diğer taraftan sağlıklı görünen gebe kadınları ve adölesan kızları tanımlamak için kullanıldı. Rehber, DSÖ'nün *rehber geliştirmeye yönelik el kitabında* açıklanan sürece uygun olarak standart işletim prosedürleri kullanılarak geliştirilmiştir. Kısaca, bu prosedürler şunları içerir: (i) öncelikli soruların ve sonuçların belirlenmesi;

(ii) kanıt toplama ve sentezleme; (iii) kanıtların değerlendirilmesi; (iv) önerilerin formülasyonu; ve (v) rehberin uygulanması, yayılması, etki değerlendirilmesi ve güncellenmesini planlamak. Önerilerin temelini oluşturan bilimsel kanıtların kalitesi, nicel ve nitel kanıtlar için sırasıyla Önerilerin Değerlendirilmesi Ölçme, Geliştirme ve Değerlendirme (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation- GRADE) ve Nitel Araştırma İncelemelerinden Kanıtlara Güven (Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative-CERQual) yaklaşımları kullanılarak derecelendirildi. Öncelikli sorular için kanıt profilleri hazırlamak amacıyla güncel sistematik incelemeler kullanıldı. Mayıs ve Eylül 2017'de, GRADE kanıt – karar (evidence-to-decision-EtD) çerçevesi, iki teknik konsültasyonla rehberin geliştirilmesi amacıyla toplanan uluslararası bir uzman grubu, müdahale etkilerini, değerleri, kaynakları, eşitliği, kabul edilebilirliği ve uygulanabilirlik kriterlerini içeren kanıt-karar araçları Rehber Geliştirme Grubu (RGG) tarafından önerilerin oluşturulmasına rehberlik için kullanılmıştır. Ek olarak, son kullanıcılar için kapsamlı bir belge sağlamak amacıyla Rehber İnceleme Komitesi (RİK) tarafından onaylanan mevcut DSÖ rehberlerinden ilgili öneriler sistematik olarak tanımlanmış ve bu rehberle entegre edilmiştir.

## Öneriler

DSÖ teknik konsültasyonları, intrapartum bakım konusunda 56 öneri ortaya çıkardı. Bunlardan 26'sı yeni geliştirilen önerilerdir ve 30'u mevcut DSÖ yönergelerine entegre önerilerdir. Öneriler, ilgili oldukları intrapartum bakım bağlamına göre; doğum ve doğum boyunca bakım, doğumun ilk evresinde bakım, doğumun ikinci evresinde bakım, doğumun üçüncü evresinde bakım, yenidoğanın acil bakımı ve doğumdan sonra kadının acil bakım olarak sunuldu. RGG, yöntem olarak GRADE EtD kriterlerinin değerlendirmesine ve bazı durumlarda önerilerin spesifik bağlamına dayanarak, RGG her bir tavsiyeyi aşağıda tanımlanan kategorilerden birine göre sınıflandırdı;

- **Önerilir:** Bu kategori müdahalenin veya seçeneğin uygulanması gerektiğini belirtir.
- **Önerilmez:** Bu kategori, müdahalenin veya seçeneğin uygulanmaması gerektiğini belirtir.
- **Yalnızca belirli bağlamlarda önerilir:** Bu kategori, müdahalenin veya seçeneğin yalnızca öneride belirtilen koşul, ayar veya nüfus için geçerli

olduğunu ve yalnızca bu bağlamlarda uygulanması gerektiğini belirtir.

- **Sadece titiz araştırma bağlamında önerilir:** Bu kategori müdahale veya seçenek konusunda önemli belirsizlikler olduğunu gösterir. Bu gibi durumlarda, hem müdahalenin veya seçeneğin etkinliği, hem de kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği ile ilgili cevaplanmamış soru ve belirsizlikleri ele alabilecek bir araştırma biçiminde ele alan uygulama kaydıyla büyük ölçekte gerçekleştirilebilir.

Her önerinin, uygulamanın doğru bir şekilde anlaşılmasını sağlamak için katkıda bulunan uzmanlar gerektiğinde ek açıklamalar sağlamıştır. RGG'nun sadece belirli bağlamda veya sadece titiz araştırma bağlamında bir müdahale veya seçenek önermesi durumunda, sırasıyla ilgili bağlam ve hangi kilit konuların incelenmesi gerektiği hakkında daha fazla ayrıntı verilmiştir. Rehberin kullanıcıları, rehberin tam sürümünde her bir önerinin hemen altında sunulan açıklamalara başvurmalıdır. Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Teknik konsültasyonlarda, bireysel öneriler ve bir bütün olarak rehber için uygulama hususları tartışılmıştır. RGG, kadınlar ve bebekleri için olumlu bir doğum deneyimi elde etmek için, bu rehberdeki önerilerin, gerekli fiziksel kaynakların bulunduğu yerlerde çalışan, nazik, yetkin ve motive edilmiş sağlık hizmetleri profesyonelleri tarafından tüm ortamlarda bir bakım paketi olarak uygulanması gerektiğini kabul etmiştir. Sağlık sistemleri, DSÖ intrapartum bakım modelini tüm kadınları istedikleri ve ihtiyaç duydukları kadın merkezli bakım türüne erişmeleri için güçlendirmeyi ve insan hakları temelli bir yaklaşıma uygun olarak bu bakım için sağlam bir temel sağlamayı amaçlamalıdır.

Bu rehberin türev ürünleri, farklı bakım seviyelerinde uygulanması için doğum sürecini izleme araçlarını içerecektir. DSÖ anne ve perinatal sağlık rehberlerin güncellenmesi sürecine uygun olarak, rehberin uygulanmasını takiben bulgularda ortaya çıkan boşlukları belirleme ile destekleme için sistematik ve sürekli bir takip kullanılacaktır. Yeni bulguların (önerilerin herhangi biri için mevcut kanıt tabanını potansiyel olarak etkileyebilecek) tanımlanması durumunda, öneri güncellenecektir. DSÖ, rehberin gelecekteki güncellemelerine dahil edilmek üzere ek sorularla ilgili önerileri memnuniyetle karşılar.

## Pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerilerinin özet listesi

Bakım seçeneği	Öneri	Öneri Kategorisi
<b>Travay ve doğum boyunca bakım</b>		
Saygılı annelik bakımı	1. Saygılı annelik bakımı- tüm kadınların onurunu, mahremiyetlerini ve gizliliğini koruyacak, zarar ve kötü muameleye karşı özgürlüğünü koruyacak ve travay ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli desteğe olanak verecek şekilde düzenlenmiş bakım- önerilir.	Önerilir
Etkili iletişim	2. Basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak doğumda kadın ve annelik hizmeti sunucuları arasında etkili iletişim önerilir.	Önerilir
Travay ve doğum sırasında refakatçi	3. Travay ve doğum süresince tüm kadınlar için kendi seçtiği bir refakatçi önerilir.	Önerilir
Bakımın sürekliliği	4. Seçtiği (bildiği) bir ebe veya küçük bir ebe grubunun doğum öncesi, intrapartum ve postanal süreçleri boyunca kadını desteklediği ebe liderliğindeki bakımın sürekliliği (Midwife-led-continuity of care- MLCC) modelleri, gebe kadınlar için iyi işleyen ebelik programlarına sahip ortamlar önerilmektedir. <sup>a</sup>	İçeriğe özel öneri
<b>Doğumun Birinci Evresi</b>		
Doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının tanımları	5. Uygulamada doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazı için aşağıdaki tanımların kullanılması önerilir. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Birinci evrenin latent fazı, ilk ve sonraki doğumlar için, ağrılı uterus kasılmaları ve 5 cm'ye kadar yavaş ilerleyen dilatasyon ve efasman ile birlikte ortaya çıkan servikal değişikliklerle karakterize edilen bir süredir.</li> <li>- Birinci evrenin aktif fazı, ilk ve sonraki doğumlar için, düzenli ağrılı uterus kasılmaları, önemli derecede servikal efasman ve 5 cm'den tam dilatasyona kadar daha hızlı ilerleyen servikal dilatasyon ile karakterize edilen bir süredir.</li> </ul>	Önerilir
Doğumun birinci evresinin süresi	6. Kadınlar, birinci evrenin latent fazının süresinin belli olmadığı konusunda ve bunun büyük ölçüde bir kadından diğerine göre farklılık gösterebileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Bununla birlikte, aktif fazın süresi (5 cm'den tam servikal dilatasyona kadar) genellikle ilk doğumlarda 12 saatten fazla ve sonraki doğumlarda da 10 saatten fazla sürmez.	Önerilir
Doğum eyleminin birinci evresinin ilerlemesi	7. Spontan doğum eylemi başlayan gebe kadınlar için, aktif fazda (partograf uyarı hattında gösterildiği gibi) 1 cm/saat servikal dilatasyon hızı eşiği, olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlamak için uygun değildir ve dolayısıyla bunun için öneride bulunulmaz	Önerilmez
	8. Doğumun aktif fazı boyunca en düşük 1 cm / saat'lik bir servikal dilatasyon oranı bazı kadınlar için olağanüstü bir şekilde hızlıdır ve bu nedenle normal doğumun ilerlemesi için önerilmez. Sadece 1 cm / saatten daha yavaş servikal dilatasyon hızı obstetrik müdahale için bir gösterge olmamalıdır..	Önerilmez
	9. Doğum, 5 cm'lik bir servikal dilatasyon eşiğine ulaşılan kadar doğal olarak hızlanmayabilir. Bu nedenle, fetal ve maternal koşulların güven verici olması koşuluyla bu eşikten önce doğum ve doğumun hızlanması için tıbbi müdahalelerin kullanılması (oksitosin augmentasyonu veya sezaryen gibi), önerilmez	Önerilmez

<sup>a</sup> Pozitif gebelik deneyimi için DSÖ'nün doğum öncesi bakım önerilerinden entegre edilmiştir.

Bakım seçeneği	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum odasına kabul politikası	10. Spontan doğumda başvuran sağlıklı gebe kadınlar için, sadece yoğun araştırma bağlamında, birinci evrenin aktif fazına kadar doğum odasına başvuruyu erteleme politikası önerilmektedir.	Araştırma bağlamı önerisi
Başvuruda klinik pelvik muayene	11. Sağlıklı gebe kadınlar için doğumda rutin klinik pelvik muayene önerilmez.	Önerilmez
Doğuma kabulde fetal sağlığın rutin değerlendirilmesi	12. Rutin kardiyotokografi, spontan doğum eylemi başlamış sağlıklı gebe kadınların hastaneye kabulünde, fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için önerilmez 13. Doğuma kabulünde fetal sağlığın değerlendirilmesi için bir Doppler ultrason cihazı veya Pinard Fetal stetoskop kullanılarak oskültasyon önerilir.	Önerilmez Önerilir
Perineal/Pubik tıraşı	14. Vajinal doğumdan önce rutin perineal/pubik tıraş önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
Doğuma kabulde lavman	15. Doğum indiksiyonu kullanımını azaltmak için lavmanın uygulaması önerilmez. <sup>b</sup>	Önerilmez
Vajinal muayene	16. Düşük riskli kadınlarda doğumun birinci evre aktif fazında dört saatlik aralıklarla vajinal muayene rutin değerlendirilmesi için önerilir	Önerilir
Travay boyunca sürekli kardiyotokografi	17. Spontan doğumda sağlıklı kadınlarda fetal sağlığın değerlendirilmesi için sürekli kardiyotokografi önerilmez .	Önerilmez
Travay süresince fetal kalp hızının aralıklı oskültasyonu	18. Travayda sağlıklı gebe kadınlar için fetal kalp hızını dinlemede Doppler ultrason cihazı veya Pinard fetal stetoskop ile aralıklı oskültasyon önerilir	Önerilir
Ağrıyı azaltmak için epidural analjezi	19. Epidural analjezi, kadının tercihine bağlı olarak, travay sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebeler için önerilir.	Önerilir
Ağrıyı azaltmak için opioid analjezi	20. Fentainil, diamorfin ve pethidin gibi parenteral opioidler, bir kadının tercihlerine bağlı olarak travay sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebe kadınlar için önerilen seçeneklerdir.	Önerilir
Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri	21. Progresif kas gevşemesi, nefes alma, müzik, farkındalık ve diğer teknikler dahil olmak üzere gevşeme teknikleri, kadının tercihlerine bağlı olarak doğum sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebe kadınlar için önerilir	Önerilir
Ağrı yönetimi için manuel teknikler	22. Masaj veya sıcak uygulama gibi manuel teknikler, kadının tercihlerine bağlı olarak doğum sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebe kadınlar için önerilir.	Önerilir
Doğum gecikmesini önlemek için ağrıyı hafifletmek	23. Doğumda gecikmeyi önlemek ve kullanılan agumentasyonun azaltılması için ağrı kesici kullanılması önerilmez.	Önerilmez
Oral sıvı ve gıda	24. Düşük risk altındaki kadınlar için, doğum sırasında oral sıvı ve gıda alımı önerilir	Önerilir
Anne hareketliliği ve pozisyonu	25. Düşük risk altındaki kadınlarda doğum sırasında hareketliliğin ve dik bir pozisyonun benimsenmesinin teşvik edilmesi önerilir	Önerilir
Vajinal temizlik	26. Enfeksiyöz hastalıkların önlenmesi amacıyla doğum sırasında klorheksidin ile rutin vajinal temizlik önerilmemektedir.	Önerilmez
Doğumun aktif yönetimi	27. Doğumda gecikmenin önlenmesi için doğumun aktif yönetimi ile ilgili bir bakım paketi önerilmemektedir. <sup>b</sup>	Önerilmez

<sup>a</sup> Maternal peripartum enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi için DSÖ önerilerinden entegre edilmiştir

<sup>b</sup> Doğum yönetimi için DSÖ önerilerinden entegre edilmiştir



Bakım seçeneği	Öneri	Öneri Kategorisi
Rutin amniyotomi	28. Doğumda gecikmenin önlenmesi için tek başına amniyotomi kullanılması önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
Erken amniyotomi ve oksitosin	29. Doğumda gecikmenin önlenmesi için erken oksitosini artırma ile erken amniyotomi kullanılması önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
Epidural analjezi alan kadınlar için oksitosin	30. Epidural analjezi alan kadınlarda doğumda gecikmenin önlenmesi için oksitosin kullanılması önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
Antispazmolitik ajanlar	31. Doğumda gecikmenin önlenmesi için antispazmolitik ajanların kullanılması önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
Doğum gecikmesini önlemek için intravenöz sıvılar	32. Doğum süresini kısaltmak amacıyla intravenöz sıvıların kullanılması önerilmez. <sup>a</sup>	Önerilmez
<b>Doğumun İkinci Evresi</b>		
Doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi	33. Uygulamada doğumun ikinci evresi için aşağıdaki tanım ve sürenin kullanılması önerilmektedir. — Doğumun ikinci evresi, tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki süredir. Bu süre boyunca kadında uterus kasılmalarının sonucu olarak istemsiz ıkınma isteği vardır. — Kadınlar, doğumun ikinci evresinin süresinin her kadında değişiklik gösterebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. İlk doğumda, evre genellikle 3 saatte tamamlanırken, sonraki doğumlarda bu süre 2 saat kadardır.	Önerilir
Doğum pozisyonu (epidural analjezi olmayan kadınlar için)	34. Epidural analjezi almayan kadınlar için, kadının, dik pozisyonları da içeren doğum pozisyonlarını seçmeye teşvik edilmesi önerilmektedir.	Önerilir
Doğum pozisyonu (epidural analjezi alan kadınlar için)	35. Epidural analjezi alan kadınlar için, kadının, dik pozisyonları da içeren doğum pozisyonlarını seçmeye teşvik edilmesi önerilmektedir.	Önerilir
ıkınma yöntemi	36. Doğumun ikinci evresinin ıkınma safhasında kadınlar, kendi ıkınma dürtülerini takip etmeleri için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.	Önerilir
ıkınma yöntemi (epidural analjezi alan kadınlar için )	37. Doğum eyleminin ikinci evresinde epidural analjezi alan kadınlar için tam dilatasyondan sonra bir saatten iki saate kadar ıkınmanın geciktirilmesi ya da mevcut durumun ve perinatal hipoksinin değerlendirilerek ıkınma isteğinin geri gelinceye kadar kadının bekletilmesi önerilmektedir.	İçeriğe özel öneri
Perinal travmayı önleme teknikleri	38. Doğumun ikinci evresindeki kadınlar için, kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklerine bağlı olarak perineal travmayı azaltma ve spontan doğumu (perine masajı, sıcak kompres ve “dokunarak” perinenin korunması dahil) kolaylaştırma teknikleri önerilir.	Önerilir
Epizyotomi Politikası	39. Spontan vajinal doğum yapan kadınlar için epizyotominin rutin veya serbest kullanımı önerilmemektedir.	Önerilmez
Fundal Bası	40. Doğum eyleminin ikinci evresinde doğumun kolaylaştırılması için manuel fundal bası uygulanması önerilmez.	Önerilmez

<sup>a</sup> Doğum yönetimi için DSÖ önerilerinden entegre edilmiştir.

Bakım seçeneği	Öneri	Öneri Kategorisi
<b>Doğumun üçüncü evresi</b>		
Profilaktik uterotonikler	41. Uterotonik ilaçların doğumun üçüncü evresinde postpartum kanamanın (PPK) önlenmesi için tüm doğumlarda kullanılması önerilir. <sup>a</sup> 42. Oksitosin (10 IU, IM / IV), postpartum kanamanın (PPK) önlenmesi için önerilen uterotonik ilaçtır. <sup>a</sup> 43. Oksitosinin bulunmadığı ortamlarda, diğer enjekte edilebilir uterotoniklerin (uygunsa ergometrin / metilgerometrin veya oksitosin ve ergometrin ilaç kombinasyonu) veya oral misoprostol (600 µg) kullanılması önerilir. <sup>a</sup>	Önerilir Önerilir Önerilir
Göbek kordonunu geç klemlenme	44. Göbek kordonunu geç klemlenme (doğumdan sonra 1 dakikadan daha erken değil) anne ve bebek sağlığı ve beslenme ile ilgili sonuçların iyileştirilmesi için önerilmektedir. <sup>b</sup>	Önerilir
Kontrollü kordon traksiyonu (KKT)	45. Nitelikli doğum görevlilerinin bulunduğu ortamlarda, eğer bakım sağlayıcısı ve kadın kan kaybında küçük bir azalmayı ve doğumun üçüncü evresinde küçük bir kısalmayı önemli görüyorsa, vajinal doğumlarda kontrollü kordon traksiyonu (KKT) önerilir. <sup>a</sup>	Önerilir
Uterus Masajı	46. Profilaktik oksitosin alan kadınlarda postpartum kanamayı (PPK) önlemeye yönelik bir müdahale olarak sürekli uterus masajı, önerilmemektedir. <sup>a</sup>	Önerilmez
<b>Yenidoğan Bakımı</b>		
Rutin burun veya ağız aspirasyonu	47. Doğumdan sonra spontan nefes almaya başlayan, berrak amniyon sıvısı ile doğan yenidoğanlarda burun ve ağız aspirasyonu yapılmamalıdır. <sup>c</sup>	Önerilmez.
Ten tene temas	48. Komplikasyon olmayan yenidoğanlar, hipotermiyi önlemek ve emzirmeyi desteklemek amacıyla doğumdan sonraki ilk bir saat boyunca anneleri ile ten tene temasta (TTT) tutulmalıdır. <sup>d</sup>	Önerilir
Emzirme	49. Tüm yenidoğanlar, emzirilebilen düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler dahil, doğumdan sonra anne ve bebek klinik olarak stabil ve hazır olduğunda en kısa sürede memeye konmalıdır. <sup>e</sup>	Önerilir
K vitamini kullanarak hemorajik hastalık profilaksisi	50. Tüm yenidoğanlara doğumdan sonra intramüsküler olarak 1 mg K vitamini uygulanmalıdır (yani, emzirmenin başlatılması ve bebeğin anne ile ten tene temas etmesi gereken ilk saatten sonra ). <sup>d</sup>	Önerilir
Yenidoğanın doğum sonrası banyo ve diğer bakımı	51. Banyo doğumdan 24 saat sonrasına ertelenmelidir. Kültürel nedenlerden dolayı bu mümkün değilse, banyo en az altı saat ertelenmelidir. Bebeğin ortamın ısısına uygun şekilde giydirilmesi önerilmektedir. Bu, yetişkinlere göre bir ila iki kat daha fazla giysi ve şapka kullanımı anlamına gelmektedir. Anne ve bebek birbirinden ayrılmamalı ve 24 saat boyunca aynı odada kalmalıdır. <sup>f</sup>	Önerilir

<sup>a</sup> Postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi için DSÖ önerilerinden entegre edilmiştir.

<sup>b</sup> DSÖ Klavuzundan entegre edilmiştir: anne ve bebek sağlığı ve beslenme sonuçlarının iyileştirilmesi için kordonun geç klemlenmesi.

<sup>c</sup> Temel yenidoğan resüsitasyonuna ilişkin DSÖ Klavuzundan entegre edilmiştir.

<sup>d</sup> Yaygın çocukluk hastalıklarının önlenmesine yönelik DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir: cep kitabı önerilerinin teknik güncellemesine ilişkin kanıtlar.

<sup>e</sup> Yenidoğan sağlığına ilişkin DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir.

<sup>f</sup> Anne ve yenidoğanın doğum sonrası bakımına ilişkin DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir.

Bakım seçeneği	Öneri	Öneri Kategorisi
<b>Doğum sonrası kadının bakımı</b>		
Uterus tonusunun değerlendirmesi	52. Tüm kadınlarda uterin atoninin erken teğhisi için postpartum abdominal uterus tonusu değerlendirmesi önerilmektedir. <sup>a</sup>	Önerilir
Komplike olmayan vajinal doğum için antibiyotikler	53. Komplike olmayan vajinal doğum yapan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez. <sup>b</sup>	Önerilmez
Epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi	54. Epizyotomi uygulanan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez. <sup>b</sup>	Önerilmez
Postpartum rutin maternal değerlendirme	55. Postpartum dönemde tüm kadınların doğumdan sonraki ilk saatten itibaren ilk 24 saat boyunca düzenli olarak vajinal kanama durumu, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş ve nabzının düzenli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tansiyon doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmelidir. Eğer normal ise, ikinci kan basıncı ölçümü altı saat içinde yapılmalıdır. İdrar çıkışı altı saat süresince takip edilmelidir. <sup>c</sup>	Önerilir
Komplikasyonsuz vajinal doğum sonrası taburculuk	56. Bir sağlık kuruluşunda, komplikasyonsuz vajinal doğum sonrası, sağlıklı anneler ve yenidoğanları, doğumdan sonra en az 24 saat boyunca sağlık kuruluşunda bakım almalıdır. <sup>c,d</sup>	Önerilir

<sup>a</sup> Postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisine yönelik DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir.

<sup>b</sup> Maternal peripartum enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisine yönelik DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir.

<sup>c</sup> Anne ve yenidoğanın doğum sonrası bakımına ilişkin DSÖ Önerilerinden entegre edilmiştir.

<sup>d</sup> Bu madde, yenidoğanlar için doğumda acil bir değerlendirmeyi, doğumdan yaklaşık bir saat sonra ve taburcu edilmeden önce tam bir klinik muayeneyi içerir.

# 1. Arka Plan

Küresel olarak her yıl yaklaşık 140 milyon doğum gerçekleşmektedir (1). Bunların çoğu, doğum başlangıcında kendileri veya bebekleri için herhangi bir komplikasyon için tanımlanmış risk faktörü bulunmayan gebe kadınlar arasındaki vajinal doğumlardır (2,3). Bununla birlikte, doğum sırasında komplikasyonların ortaya çıktığı durumlarda, hem kadın hem de bebek için ciddi morbidite ve ölüm riski artar. Anne ölümlerinin üçte birinden fazlası ve gebelikle ilişkili yaşamı tehdit eden durumların önemli bir kısmı, genellikle kanama, ilerlemeyen travay veya sepsisin sonucu olarak travay, doğum veya hemen postpartum dönemde ortaya çıkan komplikasyonlara bağlanmaktadır (4,5). Benzer şekilde, tüm ölü doğumların yaklaşık yarısı ve yenidoğan ölümlerin dörtte biri travay ve doğum sırasındaki komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (6). Anne ve perinatal ölümlerin oranı, düşük ve orta gelirli ülkelerde (Low- and Middle Income Countries-LMIC) (GDODÜ), yüksek gelirli ülkelere (High-income Countries-HIC) (GDYÜ) kıyasla daha yüksektir. Bu nedenle, özellikle de GDODÜ'lerde doğum sırasında bakım kalitesinin iyileştirilmesi, doğum öncesi veya doğum sonrası bakım stratejilerine kıyasla ölü doğumları, anne ve yenidoğan ölümlerini azaltmak için etkili strateji olarak tanımlanmıştır (7).

Son yirmi yıl içinde, kadınların nitelikli sağlık profesyonellerine erişim sağlamak için sağlık kuruluşlarında doğum yapmaları ve ek bakım ihtiyacı ortaya çıktığında zamanında sevk edilmeleri teşvik edilmiştir. Bununla birlikte, sağlık kuruluşlarında travay ve doğum hizmetlerine erişim, kaliteli bakımı garanti etmeyebilir. Saygısız ve haysiyetsiz bakım, küresel olarak birçok ortamda, özellikle de dezavantajlı nüfuslu toplumlarda yaygındır ve bu sadece insan haklarını ihlal etmekle kalmaz, intrapartum bakım hizmetlerine erişim için de önemli engeldir (8). Buna ek olarak, dünyanın birçok yerinde, sağlık hizmeti sağlayıcısının doğum sürecini kontrol etmesini sağlayan yaygın intrapartum bakım modeli, görünüşte sağlıklı gebe kadınları, fizyolojik doğum sürecine müdahale eden gereksiz tıbbi müdahalelere maruz bırakabilir.

Çalışmalar, sağlıklı gebe kadınların önemli bir kısmının doğum eylemi ve doğum sırasında doğum eylemi indüksiyonu, oksitosin uygulaması, sezaryen, operatif vajinal doğum veya epizyotomi gibi en az bir klinik müdahaleye maruz kaldığını göstermiştir (9,10). Ayrıca doğum yapan kadınlar, perineal traş, lavman, amniyotomi, intravenöz sıvılar, antispazmodikler ve komplike olmayan vajinal doğumlar için antibiyotikler gibi etkisiz ve

potansiyel olarak zararlı rutin müdahalelere maruz kalmaya devam etmektedir (11). Bu müdahaleci yaklaşım kadının (ve ailesinin) kişisel ihtiyaçlarına, değerlerine ve tercihlerine yeterince duyarlı değildir ve doğum sırasında kendi kapasitesini zayıflatabilir ve doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyebilir (11). Ayrıca, yüksek kaynaklı ortamlarda teknolojilerin şüpheli kullanımının klinik faydaları belirsiz olsa bile, dezavantajlı popülasyonlardaki gebe kadınlar ve yenidoğanlar için eşitlik açığını daha da arttırmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) doğum sırasında gebe kadınların bakım kalitesini artırmaya yönelik çerçevede vurguladığı gibi, bakım deneyimi, birey merkezli sonuçların elde edilmesinde istenen klinik bakımın sağlanması kadar önemlidir (12). Bununla birlikte, emosyonel desteğin sağlanmasında doğum refakatçısı, etkili iletişim ve saygılı bakım gibi uygulanması oldukça ucuz olabilecek klinik olmayan intrapartum uygulamalar, birçok ortamda öncelik olarak görülmemektedir. Benzer şekilde, doğumun birinci ve ikinci evrelerinde kadınların değerlerine saygı duyan ve seçimi teşvik eden doğum seçenekleri sürekli olarak sağlanmamaktadır. Travay ve doğum bakımının klinik olmayan yönleri, kadın ve ailesine sunulan bakım kalitesini optimize etmek için gerekli klinik müdahaleleri tamamlanması gereken bakım deneyiminin temel bileşenleridir.

Düşük kaynaklı ortamlarda nitelikli sağlık profesyonellerinin yetersizliği bağlamında, normal doğumun tıbbileştirilmesi, doğum öncesi sağlık çalışanlarına aşırı yük getirebilir ve sonuç olarak, intrapartum bakım kalitesinin düşük olması ve doğum sonuçlarının kötü olması ile sonuçlanabilir. Bu nedenle, intrapartum klinik müdahalelerin, ancak sonuçları iyileştirebileceğine ve potansiyel zararları en aza indirebileceğine dair kanıtlar olduğunda uygulanması önemlidir (13).

Herhangi bir ortamda travay ve doğumu güvenli bir şekilde izlemek için, normal travay başlangıcını ve ilerlemeyi neyin oluşturduğunun net bir şekilde anlaşılması önemlidir. Bununla birlikte, 'normal' doğumun farklı evrelerinin başlangıcı ve süresinin tanımları konusunda fikir birliği yoktur (14). Partografin rutin kullanımı DSÖ tarafından yaygın bir şekilde desteklenmiştir, ancak en önemli bileşenlerin geçerliliği servikografinin, uyarı ve müdahale çizgilerinin son on yılda sorgulanması nedeniyle, çeşitli çalışmaların bulguları, doğumun gerçekten bu çizgilerin 1950'lerde (15-18) önerilen sınırlardan daha yavaş olabileceğini düşündürmektedir. Olumsuz sonuçlar alma riski taşıyan sağlıklı travaydaki

kadınları mevcut servikograf tasarımının güvenli ve kesin olarak tanımlayıp tanımlamayacağı sorusu, intrapartum bakım ile ilgili klinik rehberlik için kritik hale gelmiştir ve kullanımı destekleyen kanıtların dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlıklı gebe kadınlar ve bebekleri için intrapartum bakım hakkındaki bu güncel, kapsamlı ve birleştirilmiş rehber, bir bakım paketi olarak verildiğinde, tüm ülkede kaliteli ve kanıta dayalı bakımı sağlayacak yeni ve mevcut DSÖ önerilerini bir araya getirmektedir. Rehber, olumlu bir doğum deneyimini destekleyen temel klinik ve klinik olmayan uygulamaların yanı sıra, kadınların doğuştan gelen doğum yeteneklerini, atık kaynaklarını ve eşitliği azaltan gereksiz, kanıta dayalı olmayan ve potansiyel olarak zararlı intrapartum bakım uygulamalarını vurgulamaktadır.

## 1.1 Hedef Kitle

Bu rehberin birincil hedef kitle, ulusal ve yerel sağlık protokollerini geliştirmekten sorumlu olan ve tüm ortamlarda gebe kadınlara, yenidoğanlarına doğrudan bakım sağlayan sağlık uzmanlarıdır. Buna ebeler, hemşireler, genel tıp pratisyenleri, doğum uzmanları ve anne, çocuk sağlığı programlarının yöneticileri de dahildir. Rehber aynı zamanda gebe kadınların bakımı ile ilgilenen profesyonel toplulukları, kadın merkezli doğum hizmetlerinin tanıtımını yapan sivil toplum kuruluşlarını (STK'lar) ve anne, çocuk sağlığı programları uygulayıcılarını da ilgilendirecektir.

## 1.2 Rehberin Kapsamı

Bu rehber, tüm sağlıklı gebe kadınların ve bebeklerin travay ve doğum sırasında herhangi bir sağlık ortamında bakımına odaklanmaktadır. Tüm kadınların yüksek kaliteli intrapartum bakımı hak ettikleri önermesine dayanarak, risk durumlarından bağımsız olarak tüm gebe kadınların bakımı için gerekli uygulamaları içerir. Bu rehberin amaçları doğrultusunda, 'sağlıklı gebe kadınlar' terimi, kendileri veya bebekleri için tanımlanmış bir risk faktörü olmayan ve aksi halde sağlıklı görünen gebe kadınları ve adolesan kızları tanımlamak için kullanılır. Doğum komplikasyonları gelişmiş ve uzmanlaşmış intrapartum bakım gerektiren yüksek riskli gebelikler bu rehberin kapsamı dışındadır. Bu nedenle, bu rehber DSÖ'nün *Gebelik ve doğum komplikasyonları yönetme hakkındaki mevcut rehberi: ebeler ve doktorlar için rehber* tamamlayıcı niteliktedir (19).

Bu rehber için kanıt sentezini ve karar vermeyi yönlendiren öncelikli sorular ve sonuçlar Ek 1'de listelenmiştir. Bunlar, travay ve doğum boyunca sağlanması gereken temel bakımı ve doğumun birinci ve ikinci evrelerine özgü müdahaleleri kapsar. DSÖ önerileri için öncelikli sorular ve sonuçlar, doğumun üçüncü evresi ve doğumdan sonra kadının ve yenidoğanın bakımı ile ilgili olanlar da dahil olmak üzere, bu rehber entegre edilen mevcut ilgili rehberlerde bulunabilir.

## 2. Yöntemler

Bu belge DSÖ'nün tüm ülkelerde kanıta dayalı politikalar ve uygulamaları kullanma konusundaki normatif desteğini temsil etmektedir. Bu belge, *DSÖ'nün rehber geliştirme el kitabı* kullanılarak geliştirilmiştir (20). Özetle, süreç şunları içeriyordu: (i) öncelikle soruları ve sonuçları belirlemek; (ii) kanıtların alınması; (iii) kanıtların değerlendirilmesi ve sentezi; (iv) önerilerin formülasyonu; ve (v) rehberin yaygınlaştırılması, uygulanması, etki değerlendirmesi ve güncellenmesi için planlama yapılması.

### 2.1 DSÖ Yönlendirme Grubu

DSÖ Üreme Sağlığı ve Araştırma (Reproductive Health and Research -RHR) ve DSÖ Aile, Yenidoğan, Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi (WHO Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health -MCA), Aile, Kadın ve Çocuk Sağlığı (Women's and Children's Health- FWC) grubu personelinin içeren WHO Yönlendirme Grubu, rehber geliştirme sürecini denetledi. Grup, rehberin ilk kapsamını hazırladı, öncelikli soruları ve sonuçları belirledi, rehber planlama teklifini hazırladı ve sistematik inceleme ekipleri, rehber metodologlar ve Rehber Geliştirme Grubu (Guideline Development Group- GDG) (RGG) üyelerini belirledi. Ayrıca, Yönlendirme Grubu kanıtların geri alınması, değerlendirilmesi ve sentezini denetledi, RGG toplantılarını (teknik konsültanlar) düzenledi, RGG'nun gözden geçirmesi için taslak öneriler hazırladı, nihai rehber dokümanı hazırladı ve yayını ile yayılmasını yönetti. Yönlendirme Grubu üyeleri Ek 2'de listelenmiştir.

### 2.2 Rehber Geliştirme Grubu

DSÖ Yönlendirme Grubu, RGG'nu oluşturmak için altı DSÖ Bölgesi'nden 18 dış uzman ve paydaş belirledi. Bu, iki hasta/tüketici temsilcisinin yanı sıra, intrapartum bakım uygulamaları ve hizmet sunumu ile ilgili araştırma, klinik uygulama, politika ve programlar ve rehber geliştirme yöntemlerinde uzmanlığa sahip çeşitli gruplardan biriydi. Üyeler coğrafi temsili ve cinsiyet dengesini sağlayacak şekilde tanımlanmış ve önemli çıkar çatışmaları bulunmamıştır (bkz. Bölüm 2.13). RGG üyelerinin kısa bir biyografisi, ilk RGG toplantısından önce kamuoyunun incelemesi ve yorumlaması için DSÖ, RHR departmanı web sitesinde yayınlandı.

Bu grubun seçilen üyeleri, Nisan 2016'da yapılan bir kapsam belirleme toplantısına katılmış ve kanıt incelemesine rehberlik eden öncelikli soruların ve sonuçların nihai versiyonuna girdi sağlamıştır. RGG,

delilleri inceleyerek yorumladı ve Mayıs ile Eylül 2017'de yapılan iki yüz yüze toplantıda nihai önerileri formüle etti. Grup ayrıca nihai rehber dokümanı da gözden geçirdi ve onayladı. RGG üyelerinin listesi Ek 2'de bulunabilir.

### 2.3 Dış İnceleme Grubu

Bu gruba, kanıta dayalı intrapartum bakımın sağlanmasıyla ilgilenen paydaşlar ve beş teknik uzman dahil edilmiştir. Grup coğrafi olarak temsilci ve cinsiyet bakımında dengeliydi ve üyelerin önemli çıkar çatışmaları yoktu (bkz. Bölüm 2.13). Dış İnceleme Grubu (DİG), herhangi bir olgusal hatayı tanımlamak ve dilin açıklığı, bağlamsal sorunlar ve uygulama için etkileri hakkında yorum yapmak için nihai rehber belgeyi gözden geçirdi. DİG, rehberde karar verme süreçlerinin gebe kadınlar ve ergen kızlar, sağlık profesyonelleri ve politika yapanlar dahil olmak üzere önerilerden etkilenen kişilerin bağlamsal değerlerini ve tercihlerini dikkate almasını ve içermesini sağlamıştır. RGG tarafından formüle edilen önerileri değiştirmek bu grubun görev alanı içinde değildi. DİG üyeleri Ek 2'de listelenmiştir.

### 2.4 Teknik Çalışma Grubu

Teknik Çalışma Grubu (TÇG) rehber metodologlar ve sistematik inceleme ekiplerinden oluşuyordu. Birleşik Krallık, Bath'daki Kanıta Dayalı Tıp Danışmanlığı'ndan bağımsız bir danışman ve Arjantin, Rosario'daki Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP) 'ten teknik uzmanlar, rehber metodolog olarak hizmet vermiştir. Farklı öncelikli müdahalelerin etkileri üzerine nicel kanıtlarla ilgili olarak, Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu (Pregnancy and Childbirth Group -PCG), rehber öncelik sorularının kapsamına girdi sağladı ve Cochrane İşbirliği'nin standart süreçlerini takiben ilgili sistematik gözden geçirmelerin güncellenmesini denetledi. CREP'den metodologlar, Önerilerin Değerlendirilmesi, Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesi (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation-GRADE) metodolojisini kullanarak bu sistematik gözden geçirmelerin kanıtlarını değerlendirdiler (21).

Öncelikli sorular ve GRADE kanıtı-karar (EtD) çerçevelerinin alanlarıyla ilgili diğer hususlar için uygun sistematik incelemelerin (Cochrane veya Cochrane olmayan) olmadığı durumlarda, DSÖ Yönlendirme Grubu ile işbirliği içinde, CREP, Arjantin ve Central Lancashire Üniversitesi ve Birleşik Krallık King College, Londra uzmanları tarafından nicel veya



nitel çalışmaların yeni sistematik incelemeleri yapıldı.

Yönlendirme Grubu, kanıtları gözden geçirmek ve GRADE EtD çerçevelerini hazırlamak için TÇG üyeleriyle yakın bir şekilde çalıştı. TÇG üyeleri Ek 2'de listelenmiştir.

## 2.5 Dış Ortaklar ve Gözlemciler

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics-FIGO), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives-ICM), Kraliyet Obstetri ve Jinekoloji Koleji (Royal College of Obstetricians and Gynaecology-RCOG), Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA) ve Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı (United States Agency for International Development- USAID) Eylül 2017'de son yüz yüze GDG toplantısına gözlemci olarak davet edildi (Bkz. Ek 2). Bu kuruluşlar, rehberin yaygınlaştırılması ve uygulanmasında DSÖ (RHR) ve MCA bölümleri ile işbirliği geçmişine sahip rehberin potansiyel uygulayıcılarıdır.

## 2.6 Öncelikli Soruları ve Sonuçları Belirleme

DSÖ Yönlendirme Grubu, sistematik inceleme ekipleri, rehber metodologlar ve RGG'nun üyeleri ile istişare ederek, bu rehber için öncelikli sorular hazırlamıştır. Bu soruları geliştirmek için, intrapartum bakımla ilgili klinik uygulamaları, müdahaleleri ve sağlık sonuçlarını tanımlamak ve haritalamak için titiz bir kapsam belirleme çalışması Ocak 2016'da başlamıştır. İlk olarak, rehber için ilgili popülasyonu tanımlamak ve klinik uygulamada "normal" travay ve doğumu neyin oluşturduğunu araştırmak için PubMed ve Latin Amerika ve Karayipler Sağlık Bilimleri Literatürü (LILACS) veritabanlarının araştırılmasına dayalı olarak kapsamlı literatür taraması yapıldı. Daha sonra, aşağıdaki kaynaklar kullanılarak mevcut klinik rehberlerin ve intrapartum müdahaleler hakkındaki anahtar sistematik incelemelerin ön literatür taraması yapıldı: Cochrane Sistematik İncelemeler, LILACS, Ulusal Yönergeler Takas Merkezi, PubMed ve profesyonel toplumların web sayfaları (FIGO, Avrupa Kurulu ve Obstetri ve Jinekoloji Koleji [European Board & College of Obstetrics and Gynaecology-EBCOG], Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji [American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG], RCOG, Kraliyet Avustralya ve Yeni Zelanda Obstetrisyenler ve Jinekologlar Koleji [Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists-RANZCOG] ve ICM ve sağlık kuruluşları (Birleşik Krallık Ulusal Sağlık ve Bakım

Mükemmelliği Enstitüsü [United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence-NICE], ABD. Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı [Agency for Healthcare Research & Quality-AHRQ] ve Amerika Birleşik Devletleri merkezli Klinik Sistemleri Geliştirme Enstitüsü [Institute for Clinical Systems Improvement-ICSI].

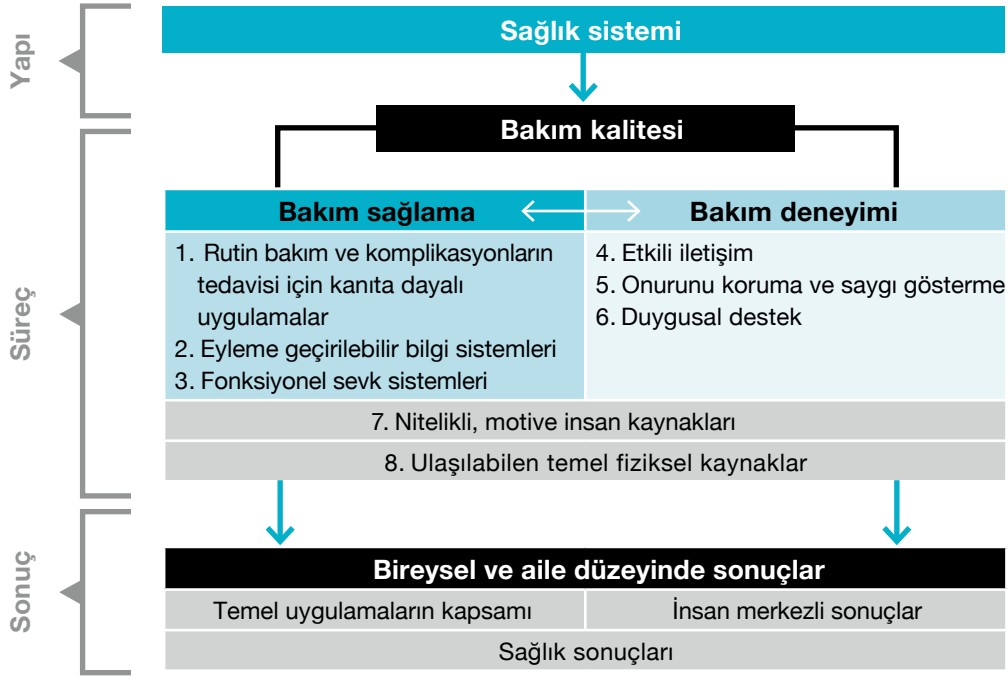
Bu çalışma, travayın başlangıcından başlayarak hemen postpartum döneme kadar, intrapartum dönemde uygulanabilecek yaklaşık 140 potansiyel müdahaleyi ortaya çıkarmıştır. Müdahaleler daha sonra DSÖ'nün anne ve yenidoğan sağlığı için kalite çerçevesine göre bundan sonraki önerilerin hem hizmet sunumu hem de deneyim açısından intrapartum bakım kalitesi alanlarına cevap vermesini sağlamak için sınıflandırılmıştır (Şekil 2.1) (12).

Kapsam belirleme çalışması ayrıca, özellikle intrapartum bakım müdahaleleri ile ilgili Cochrane sistematik incelemelerinde kullanılan sonuçların gözden geçirilmesi yoluyla, rehber için potansiyel sonuçların seçimi konusunda da bilgi sağlamıştır. Sonuçlara öncelik vermek için, daha sonra rehber kapsam belirleme toplantısına katılanlar da dahil olmak üzere, anne ve çocuk sağlığı alanındaki toplam 44 uluslararası uzman ve paydaş, elektronik bir anket kullanarak yukarıdaki alıştırma da belirlenen potansiyel sonuçları sıralamaya davet edilmiştir. Ankete katılanlar, sonuçların göreceli önemini 1 puandan (önemsiz) 9'a (kritik) kadar 9 puanlık bir ölçekte sıraladılar. Tüm yanıtları kullanarak, öneriler hakkında kararlar vermek için, her bir sonuç için medyan puan, "kritik" (medyan puan  $\geq 7$ ) ve "önemli fakat kritik olmayan" (medyan puan 4-6) olan bir dizi sonucu belirlemek için hesaplanmıştır.

Bu ilk adımlara dayanarak, DSÖ Yönlendirme Grubu Nisan 2016'da Cenevre'de düzenlenen ve amacı rehber öncelik vermek olan rehberin odak noktasını tartışmak için rehberin öncelikli soruları ve rehberin odak noktası, ilgilenilen nüfus, müdahaleler ve sonuçlar açısından tanımlayan bir çerçeve geliştirdi. Bu toplantıda, bu rehberin kapsamının düşük, orta ve yüksek gelirli ortamlarda uygulanabilecek ve doğumun başlangıcında risk durumlarına bakılmaksızın tüm gebe kadınlar için geçerli olacak temel müdahalelere öncelik vermesi gerektiğine karar verilmiştir ("düşük" veya "yüksek"). Doğum distosisi, fetal distres ve mekonyum gelmesi gibi komplikasyonların yönetimi için son derece uzmanlaşmış çalışma müdahaleleri bu rehberin kapsamı dışındadır.

Temel intrapartum bakım için ana tematik alanlar, hali hazırda mevcut DSÖ rehberlerinde yer alan müdahaleler ışığında tartışılmıştır. Grup, mevcut kaynakları göz önünde bulundurarak, öncelikli

**Şekil 2.1 DSÖ anne ve yenidoğan sağlığı için bakım kalitesi çerçevesi**



soruların kapsamını halihazırda mevcut DSÖ rehberlerinde de ele alınmamış olanlarla sınırlamayı kabul etti; şu uyarıyla: Mevcut öneriler (DSÖ standart prosedürlerine göre geliştirilen) rehberin son haline entegre edilecektir. Bununla birlikte, bunun istisnası, travay ve doğum sırasında refakatçi ile ilgili sorunun önceliklendirilmesi ve bunun için destekleyici Cochrane derlemesinin yayınlanmasının ardından birkaç yeni çalışma tespit edilmiştir (22).

Rehber odağını belirlerken, kapsam belirleme sürecinde, kadın merkezli müdahale ve sonuçların intrapartum bakım için belirlenmesi ihtiyacını vurgulamıştır. Sonunda, kadınların doğum sırasında istekleri, ihtiyaçları ve değerlerini anlamak için nitel bir sistematik inceleme yapılmıştır (23). Bu

derlemenin bulguları, doğum yapan tüm gebe kadınlar için birincil sonucun “pozitif doğum deneyimi” olduğunu göstermiştir (Kutu 2.1’de tanımlandığı gibi).

Yukarıda açıklanan sonuç önceliklendirme uygulamasına ve kapsam belirleme toplantısında yapılan tartışmalara dayanarak, kadınlar (ve aileleri) için kritik ve önemli kabul edilen bir dizi sonuca intrapartum dönemde öncelik verilmiştir. Bununla birlikte, öncelikli müdahalelerin türleri ile potansiyel sonuçların çeşitliliği arasındaki önemli farklılıklar nedeniyle ve doğum yapan gebe kadınlar için neyin önemli olduğuna dikkat edilerek, bu sonuçlara bireysel sorular için ayrı öncelik verilmiştir. Kadınların görüşlerinin nitel olarak gözden geçirilmesi ile bildirilen sonuçların listesi, “anne doğum deneyimi” (anne ile bakım memnuniyeti, kadınların zihinsel ve psikolojik sağlık değerlendirilmesi, doğum deneyimi ve kontrol duygusu dâhil ) sonuçları ile tamamlanmıştır. Öncelikli olarak yapılan tüm müdahaleler için kadınların bakım kalitesi algısını yansıtır. 1 cm/saat servikal dilatasyon eşliğinin fazları ve aşamalarının tanımları ile süresi ve tanısız performansı ile ilgili sorular için, sonuçlar sırasıyla doğum eyleminin karakteristik özelliklerini, süresini ve test eşiklerinin duyarlılığını ve özgüllüğünü içerir.

### KUTU 2.1

#### Olumlu Doğum Deneyimi

Kadınlar, önceki kişisel ve sosyokültürel inançlarını ve beklentilerini karşılayan veya aşan olumlu bir doğum deneyimi istiyorlar. Bu, klinik ve psikolojik olarak güvenli bir ortamda, doğum refakatçilerinin ve kibar, teknik açıdan yetkin klinik personelin pratik ve duygusal desteğinin sürekliliği ile sağlıklı bir bebeğin doğmasını içerir. Çoğu kadın fizyolojik bir doğum sancısı ile doğum ister ve tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyulduğunda veya istendiğinde bile karar verme sürecine dahil olarak kişisel başarı ve kontrol hissine sahip olmak ister.



**Tablo 2.1 DSÖ İntrapartum bakım rehberi iş akışları**

İş Akışları	Metodoloji	Kanıt Değerlendirmesi
Doğumun birinci ve ikinci aşamalarının tanımları ve süresi; normal doğum ilerleyiş kalıpları	Gözlemsel çalışmaların sistematik incelenmesi	Değiştirilmiş GRADE
1 cm/saat servikal dilatasyon eşiğinin tanı testi doğruluğu (TTD)	TTD incelemeleri	GRADE
Travaydan doğuma kadar klinik ve klinik olmayan uygulamalar için bireysel müdahalelerin etkileri	Etkililik çalışmalarının sistematik incelenmesi	GRADE
Değerler, kabul edilebilirlik, uygulama uygulamalarının uygulanabilirliği ve intrapartum bakım ile ilgili eşitlik konuları için kadın ve doğum personeli merkezli alanlar	Nitel kanıt sentezi; karma yöntem incelemeleri	GRADE –CERQual; GRADE
Bireysel müdahaleler için kaynak etkileri	Sistematik incelemeler ve tek çalışmalar	Uygulanabilir

CERQual: Nitel araştırmaların incelenmesinden kaynaklanan kanıtlara güven (25); GRADE: Önerilerin Değerlendirilmesi, Değerlendirme, Geliştirme ve Değerlendirme (21)

Özetle, bu kapsam belirleme ve konsültasyon süreci, sağlıklı bir anne ve sağlıklı bir bebek içeren pozitif bir doğum deneyimi elde etmeyi amaçlayan klinik ve klinik olmayan uygulamaların etkinliği ile ilgili öncelikli soruların ve sonuçların belirlenmesine yol açmıştır. Bu sorular ve sonuçlar Ek 1’de listelenmiştir.

## 2.7 Yayınlanmış DSÖ rehberlerinden gelen önerilerin entegrasyonu

Sağlıklı gebe kadınların ve yeni doğmuş bebeklerinin bakımı ile ilgili tüm önerileri tek bir belgede uyumlu hale getirmek ve birleştirmek için, gerekli intrapartum bakım kapsamındaki mevcut DSÖ önerileri belirlenmiş ve bu rehberde entegre edilmiştir. Yalnızca 2012’den itibaren Rehber İnceleme Komitesi (Guidelines Review Committee-GRC) (RIK) tarafından onaylanan diğer DSÖ yönergelerinde yayınlanan öneriler dahil edilmiştir. Bu entegre öneriler, sorulara öncelik verilmeyen diğer intrapartum bakım bileşenlerini kapsar. Bunlar doğumun üçüncü evresini, doğumdan hemen sonra yenidoğanın bakımını ve doğumdan sonra kadının bakımını içerir. Öneriler ve bunlara ilişkin açıklamalar, bu öneriler güncel olarak kabul edildiğinden, ana kurallarda herhangi bir değişiklik yapılmaksızın birleştirilmiştir.

## 2.8 Odaklanma ve yaklaşım

Bu rehberin odak noktası, tüm gebe kadınların ve adolesan kızların olumlu bir doğum deneyimini kolaylaştırmak için alması gereken temel intrapartum bakım uygulamalarıdır. Karar vericilerin, değerlendirilen her müdahale veya seçenekte ilgili bir dizi faktörü göz önünde bulundurmasına yardımcı olmak için, aşağıdaki alanları içeren GRADE EtD çerçeve aracı kullanılmıştır: etkiler (faydalar ve zararlar), değerler, kaynaklar, eşitlik,

kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik (24). Rehber için hazırlık çalışmaları, EtD çerçeve alanlarında kanıtları sentezlemek ve incelemek için beş iş akışı şeklinde düzenlenmiştir (Tablo 2.1).

## 2.9 Kanıt belirleme ve erişim

Bu rehberi destekleyecek kanıtlar, DSÖ Yönlendirme Grubu ile işbirliği içinde çalışan sistematik inceleme ekipleri ve metodologlar tarafından bir dizi kaynaktan elde edilmiştir. Etkilerle ilgili kanıtlar, esas olarak randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ) Cochrane sistematik incelemelerinden elde edilmiştir. Yönlendirme Grubu, Cochrane PCG ve CREP’den metodologlarla işbirliği içinde, öncelikle öncelikli soruları ele alan tüm ilgili Cochrane sistematik incelemelerini tanımlamıştır. Cochrane sistematik incelemeleri, Cochrane PCG Deneme Kayıtları<sup>1</sup> araştırmasından tespit edilen çalışmalara dayanmaktadır. Tanımlanan Cochrane incelemelerinin güncel olmadığı durumlarda, inceleme yazarları Cochrane PCG’nin standart sürecine ve Cochrane PCG personelinin desteğine göre Cochrane incelemelerini güncellemeye davet edilmiştir.

Öncelikli bir soru için sistematik bir gözden geçirmenin tespit edilmediği durumlarda, dış

<sup>1</sup> Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu (CGDG) Deneme Kayıtları Cochrane GDG’ları tarafından kaydedilir. Deneme Arama Koordinatörü ve aşağıdakilerden tanımlanan denemeleri içerir: Cochrane Kontrollü Denemelerin Merkezi Kayıtlarının (CENTRAL) aylık aramaları; haftalık MEDLINE aramaları; haftalık Embase aramaları; 30 derginin elle aranması ve büyük konferansların takibi; 44 dergi için haftalık “güncel farkındalık” uyarıları; ve aylık BioMed Central e-posta uyarıları. Daha fazla bilgi için bkz. <http://pregnancy.cochrane.org/pregnancy-andchild-birth-groups-trials-register>

uzmanlardan yeni bir sistematik inceleme başlatılmıştır. Bu durumda, dış uzmanlardan incelemeye başlamadan önce aşağıdakileri içeren standart bir protokol hazırlamaları istenmiştir: açık bir PUKO (popülasyon, uygulama, karşılaştırmalı, sonuç) sorusu; farklı bibliyografik veri tabanları için arama stratejileri de dahil olmak üzere çalışmaların belirlenmesi için kriterler; önyargı riskini değerlendirme yöntemleri; ve bir veri analiz planı. Protokol, Yönlendirme Grubu ve RGG üyeleri arasından seçilen içerik uzmanları tarafından incelenmiş ve onaylanmıştır. Tüm sistematik inceleme süreci, zorlukları tartışmak ve çözümler üzerinde anlaşmak için Yönlendirme Grubu ile sürekli iletişim halinde olan metodologlar ile tekrarlanmıştır.

Nitel incelemeler şu konulara odaklanmıştır: intrapartum bakım dönemi açısından kadınlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için önemli olan; sağlık profesyonellerinin, intrapartum bakım müdahalelerinin alınması ve uygulanması konusundaki engeller ve kolaylaştırıcılar hakkındaki görüşleri; kadınlara ve sağlık çalışanlarına göre uygulamaların kabul edilebilirliği; müdahalelerin uygulanmasının uygulanabilirliği; bir müdahaleden etkilenen sonuçların kadınlar ve diğer paydaşlar tarafından nasıl değerlendirildiği; ve önceliklendirilen müdahalelerle ilgili eşitlik ile ilgili genel veya özel algılamalar (26). Ayrıca, doğum refakatçisi ve saygılı maternal bakım (SMB) (Respectful Maternity Care-RMC) ile ilgili kalitatif kanıtlar, özellikle bu sorunları ele alan iki kalitatif sistematik derlemeden elde edilmiştir (27,28). Sağlık hizmeti sağlayıcılarının etkili iletişimi ile ilgili soruya bilgi sağlamak için, bir başka karma yöntem incelemesi yapılmıştır. Bu incelemeler için kanıt tanımlama ve erişim için arama stratejileri ilgili yayınlarda bulunabilir.

Maliyet etkinliği ile ilgili kanıtlar, 1 Ocak 1996 – 20 Şubat 2017 tarihleri arasında MEDLINE elektronik veritabanı kullanılarak literatürün sistematik olarak gözden geçirilmesiyle belirlenmiştir. Genel olarak intrapartum bakımın maliyetleri ve maliyet etkinliği ve fetal izleme, klinik pelvimetri, iletişim, destek (refakat), doğum pozisyonları, epizyotomi ve ağrı kesici yöntemler de dahil olmak üzere spesifik intrapartum müdahalelerin maliyet etkinliği hakkında kanıtlar alınmıştır. Konuyla ilgili ek çalışmaları tanımlamak için PubMed'in "ilgili makaleler" özelliği kullanılmıştır.

## 2.10 Kalite değerlendirmesi ve kanıtların derecelendirilmesi

### İncelemelere dahil edilen birincil çalışmaların kalite değerlendirmesi

Cochrane incelemelerine dahil edilen bireysel çalışmaların kalitesinin değerlendirilmesi, *müdahalelerin sistematik incelemeleri için Cochrane*

*el kitabında* belirtilen altı standart kriter kullanılarak bir risk-bias değerlendirmesi ve spesifik bir yöntemi takip eder (29). Dahil edilen her çalışma, sekans oluşturma, dağıtım gizliliği, çalışma personelinin ve katılımcıların körlüğü, yıpranma, seçici raporlama ve yayın yanlılığı gibi diğer önyargı kaynakları açısından düşük, yüksek veya belirsiz önyargı riski altında olarak gözden geçirenler tarafından değerlendirilir ve derecelendirilir. Bu alanlar boyunca yapılan değerlendirme, dahil edilen her bir çalışma için, yanlılığın olası büyüklüğünü, yönünü ve inceleme bulgularını nasıl etkilediğini gösteren genel bir yanlılık riski sağlar. DSÖ Yönlendirme Grubu tarafından devreye alınan müdahalelerin etkililiği üzerine yeni sistematik incelemeler için, dahil edilen her çalışma Cochrane inceleme yöntemine göre yanlılık riski açısından değerlendirilmiştir.

Nitel gözden geçirmeler için belirlenen çalışmalar, 11 önceden tanımlanmış kritere göre çalışmaları derecelendiren ve daha sonra A'dan D'ye kadar bir puan tahsis eden onaylanmış bir araç kullanılarak basit bir kalite değerlendirme sistemine tabi tutulmuştur ve çalışmanın güvenilirliğini, aktarılabirliğini, güvenirliliğini ve/veya onaylanabilirliğini etkilediği için D, çok muhtemel olan önemli kusurların varlığına işaret etmiştir. D puanı alan çalışmalar düşük kaliteli gerekçelerle çalışma dışı bırakılmıştır (30).

### İnceleme kanıtının kalite değerlendirmesi

PUKO sorularında tanımlanan tüm kritik sonuçlar için kantitatif kanıtların (21) kalitesini değerlendirmek için GRADE yaklaşımı kullanılmış ve her bir öncelikli soru için, her bir kantitatif sonuç için bir GRADE kanıt profili hazırlanmıştır. Buna göre, her bir sonuç için kanıt kesinliği bir dizi kritere dayanarak "yüksek", "orta", "düşük" veya "çok düşük" olarak derecelendirilmiştir. Varsayılan olarak, RKÇ'lerin yüksek kesinlikli kanıt sağladığı düşünülürken, randomize olmayan çalışmalar ve gözlemsel çalışmalar düşük kesinlikli kanıt sağlar. Bu temel kalite değerlendirmesi daha sonra çalışma tasarımı sınırlamaları (yanlılık riski), tutarsızlık, dolaylılık ve yayın yanlılığı dikkate alınarak düşürülmüştür. Gözlemsel çalışmalar için, etkinin büyüklüğü gibi diğer hususlar, daha eskiye dönüştürmeye ihtiyaç olduğunu gösteren herhangi bir sınırlama yoksa derecelendirmenin yükseltilmesine yol açabilir. CREP'den sistematik inceleme ekipleri ve metodologlar kantitatif inceleme kanıtlarını WHO Yönlendirme Grubu tarafından onaylanan standart çalışma prosedürlerine göre derecelendirdiler.

Nitel incelemelerin bulguları, GRADE – CERQual [Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research] (Nitel Araştırma İncelemelerinden Elde Edilen Kanıta Güven) aracı kullanılarak kalite açısından değerlendirilmiştir (25).

Kavramsal olarak diğer GRADE araçlarına benzer bir yaklaşım kullanan GRADE – CERQual aracı, nitel araştırma incelemelerinden elde edilen kanıtlara verilebilecek güven düzeyini değerlendirmek ve işaret etmek için şeffaf bir yöntem sunmaktadır. Sistematik inceleme ekibi, nitel inceleme bulgularına olan güveni değerlendirmek için GRADE-CERQual aracını kullandı –değerler, kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik üzerine kanıt alanlarına bir güven düzeyi dört bileşene göre atandı: bireysel çalışmaların metodolojik sınırlamaları; verinin yeterliliği; tutarlılık ve gözden geçirme bulgularına katkıda bulunan bireysel çalışmaların gözden geçirme sorusunun önemi.

## 2.11 Önerilerin formülasyonu

DSÖ Yönlendirme Grubu, GRADE EtD çerçevesini kullanarak TÇG ile işbirliği içinde kanıt profillerinin ve kanıt özetlerinin hazırlanmasını denetlemiş ve sonuçlandırmıştır. EtD aracı, belirtilen alanlar açısından öncelikli müdahalelere ilişkin kanıtların açık ve sistematik bir şekilde değerlendirilmesini içerir: etkiler, değerler, kaynaklar, eşitlik, kabul edilebilirlik ve uygulanabilirlik. Her öncelikli soru için, karar verme sürecini bilgilendirmek ve yönlendirmek amacıyla müdahalenin her bir alan üzerindeki etkisi hakkında yargıda bulunulmuştur. EtD çerçeve şablonunu kullanarak, Yönlendirme Grubu ve TÇG, aşağıda açıklandığı gibi, her bir alandaki kanıtları kapsayan her öncelikli soru için özet belgeler oluşturdu.

**Etkiler:** Kritik sonuçlar hakkındaki kanıtlar, bu alanda şu sorulara cevap vermek için özetlendi : “Müdahale /seçeneğin arzu edilen ve istenmeyen etkileri nelerdir?” ve “Etkiler hakkındaki kanıtların kesinliği nedir?” Gebe kadınlar tarafından çok değerli olan sonuçları yararların zararlarından açıkça daha ağır bastığı durumlarda, sırasıyla müdahale lehine veya aleyhine açık bir yargılama olasılığı daha yüksektir. Net yarar veya zararlar konusundaki belirsizlik ve küçük net yararlar genellikle müdahaleyi veya karşılaştırmacı desteklemeyen bir karara yol açmıştır. Sonuçlar arasında yarar kanıtının kesinliği ne kadar yüksek olursa, müdahalenin lehine bir karar verme olasılığı da o kadar yüksek olur. Yarar kanıtı bulunmadığında, potansiyel zararın kanıtı seçeneğe karşı bir öneriye yol açmıştır. Aynı zamanda önemli yarar kanıtına sahip olduğu tespit edilen müdahaleler için potansiyel zarar kanıtının bulunduğu durumlarda, zararın kesinliğine ve muhtemel etkisine bağlı olarak, bu tür potansiyel zarar kanıtlarının müdahale içeriğine özgü bir öneriyle sonuçlanması daha olasıdır. (ve bağlam, öneri içinde açıkça belirtilmiştir).

**Değerler:** Bu ilişkiler, etkilenenlerin müdahalesinin sonuçlarına verilen göreceli önemin ortamlar içinde ve ortamlar arasında nasıl değiştiği ve bu önemin herhangi bir belirsizlikle çevrili olup olmadığı ile ilgilidir. Sorulan soru şuydu: ‘Müdahale/seçenekle ilişkili ana sonuçlara kadınların ne kadar değer verdiğine dair önemli bir belirsizlik veya değişkenlik var mı? Çoğu kadının ortamlardan bağımsız olarak sürekli değer verdiği sonuçlarla sonuçlanan müdahalelerin, müdahale lehine bir yargıda bulunma olasılığı daha yüksektir. Bu etki alanı, «etkiler» alanı (yukarıya bakın) ile birlikte, “etki dengesi” kararını bildirmiştir.

**Kaynaklar:** Bu baskınalanı şu soruları ele aldı: “Müdahale/seçenekle ilişkili kaynaklar nelerdir?” ve “Müdahale/seçenek maliyeti etkin mi?”. Gözden geçirilen intrapartum bakım müdahalelerini uygulamak için gerekli kaynaklar temel olarak malzeme, eğitim, ekipman ve nitelikli insan kaynakları sağlama maliyetlerini içerir. Müdahalenin lehine veya aleyhine bir karar, kaynak sonuçlarının sırasıyla avantajlı veya dezavantajlı olduğu durumlarda ortaya çıkmıştır. Maliyet değerlendirmesi, kanıt elde etme sürecinde elde edilen, rapor edilmiş tahminlere dayanmaktadır; *One Health Modeli: müdahale tedavisi varsayımları raporu (31)*; DSÖ düşük kaynak ortamları için yenilikçi sağlık teknolojileri özeti (32); RGG üyelerinin deneyimleri ve görüşleri. Mümkün olan yerlerde, maliyet – etkinliğin sistematik gözden geçirilmesinden elde edilen doğrudan kanıtlar bu alanı oluşturmuştur.

**Kabul edilebilirlik:** Bu alan şu soruyu ele aldı: “Müdahale/seçenek kadınlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları için kabul edilebilir mi?” Kadınların ve sağlayıcıların sistematik incelemelerden elde edilen nitel kanıtlarla ilgili görüşleri ve farklı doğum uygulamaları hakkındaki deneyimleri bu alandaki kararları bildirmiştir. Kabul edilebilirlik ne kadar düşük olursa, müdahale lehine bir karar verme olasılığı o kadar düşük olur. Düşük kabul edilebilirlik ile ilişkili bir müdahalenin önerilmesi gerekli görülürse, bu öneri, uygulama sırasında kabul edilebilirlik konusundaki endişeleri ele alan bir strateji ile birlikte sunulmaktadır.

**Uygulanabilirlik:** Bir müdahalenin uygulanmasının uygunluğu, kaynaklar, altyapı ve eğitim gereksinimleri gibi faktörlere bağlıdır. Bu alan şu soruyu ele aldı: “İlgili paydaşların müdahale/seçenek uygulaması mümkün müdür?” Kadın ve sağlayıcıların farklı işgücü uygulamaları arasındaki görüş ve deneyimleri hakkındaki sistematik incelemelerden elde edilen nitel kanıtlar, bu alan hakkındaki kararları bilgilendirmek için kullanılmıştır. Engeller tespit

edildiğinde, müdahale lehine bir karar verilmesi daha az olasıdır.

**Eşitlik:** Bu alan, müdahalenin sağlık eşitsizliklerini azaltıp azaltmayacağına dair kanıtları veya hususları kapsar. Bu nedenle, bu alan şu soruyu ele aldı: “Müdahalenin /seçeneğin eşitlik üzerindeki beklenen etkisi nedir?”. 2015 DSÖ üreme, anne, yenidoğan ve çocuk sağlığındaki eşitsizlikler raporu (33) ve doğumun kolaylaştırıcı temelli engelleri ve kolaylaştırıcıları (8) ile RGG üyelerinin deneyimleri ve görüşleri hakkında bir inceleme, kadınların ve hizmet sağlayıcıların görüş ve deneyimlerine ilişkin nitel sistematik incelemelerin bulguları bu alan adını bilgilendirmek için kullanılmıştır. Farklı kadınlar ve onların aile grupları arasındaki sağlık eşitsizliklerinin, kanıtlanmış (veya beklenen) etkisi azalır (veya azaltabilir) bir müdahale önerilmesi muhtemeldir.

Yukarıdaki alanların her biri için, potansiyel zararlar veya istenmeyen sonuçlara ilişkin ek kanıtlar “ek hususlar” alt bölümlerinde açıklanmaktadır. Bu tür düşünceler, doğrudan öncelikli soruyu ele almamış olabilecek, ancak doğrudan kanıtın bulunmadığı durumlarda ilgili bilgi sağlayan çalışmalardan elde edilmiştir. Bunlar tek çalışmalardan, sistematik gözden geçirmelerden veya diğer ilgili kaynaklardan alınmıştır.

DSÖ Yürütme Grubu, kanıt özetleri, GRADE kanıt profilleri ve her bir öneri ile ilgili diğer dökümanları içeren EtD çerçevelerini, belgeler hazırlanır hazırlanmaz ve yüz yüze toplantıdan birkaç hafta önce RGG üyelerine sunmuştur. RGG üyelerinden RGG toplantılarından önce belgeleri incelemeleri ve elektronik olarak yorum yapmaları istenmiştir. Mayıs ve Eylül 2017’de İsviçre’nin Cenevre kentindeki DSÖ merkezindeki yüz yüze görüşmeler sırasında, her toplantı için RGG başkanının önderliğinde RGG üyeleri çerçeveleri, taslak önerileri ve ön değerlendirme yoluyla alınan yorumları toplu olarak gözden geçirmiştir. Toplantıların amacı, RGG üyelerinin kararının ve her bir EtD çerçevesinde sunulan kanıt aralığının ve açık bir şekilde değerlendirilmesine dayanarak, yönü ve bazı durumlarda özel bağlam dahil olmak üzere her öneri üzerinde fikir birliğine varmaktır. RGG, EtD çerçevelerini kullanan son zamanda yayınlanan DSÖ rehber ilkeleri doğrultusunda (34-36), her bir öneriyi aşağıda tanımlanan kategorilerden birine ayırmıştır.

- **Önerilir:** Bu kategori müdahalenin veya seçeneğin uygulanması gerektiğini belirtir.

- **Önerilmez:** Bu kategori müdahalenin veya seçeneğin uygulanmaması gerektiğini belirtir.
- **Yalnızca belirli bağlamlarda önerilir:** Bu kategori müdahalenin veya seçeneğin yalnızca öneride belirtilen koşul, ortam veya nüfus için geçerli olduğunu ve yalnızca bu bağlamlarda uygulanması gerektiğini belirtir.
- **Yalnızca titiz araştırma bağlamında önerilir:** Bu kategori, müdahale veya seçenek hakkında önemli belirsizlikler olduğunu gösterir. Bu gibi durumlarda, hem müdahalenin veya seçeneğin etkinliği, hem de kabul edilebilirliği ve uygunluğu ile ilgili cevaplanmamış soru ve belirsizlikleri ele alabilecek bir araştırma biçimini almak şartıyla büyük ölçekte ele alınmalıdır.

Mevcut rehberlerden entegre edilen öneriler için, kaynak rehber belgesindeki kanıtların gücü ve kalitesi ile ilgili bilgiler ekteki açıklamalarda sunulmuştur. Tutarlılık için, entegre edilen öneriler de yukarıda açıklanan tipolojiye göre kategorize edilmiştir.

## 2.12 RGG Toplantılarında Karar Alma

RGG toplantılarına aşağıdaki protokol rehberlik etmiştir: toplantılar, katılımcıların destekleyici kanıtları ve DSÖ Yönlendirme Grubu tarafından hazırlanan önerilerin her birinin tartışılmasına ve revizyondan sonra her bir önerinin son ifadesi üzerinde bir fikir birliğine varmasına olanak sağlamak için tasarlanmıştır. Uzlaşma, RGG’nun dörtte üçü veya daha fazlası tarafından yapılan anlaşma olarak tanımlandı, ancak aynı fikirde olmayanlar konularıyla ilgili pek bir şey hissetmediler. Rehberde bu şekilde güçlü anlaşmazlıklar kaydedilmiş olurdu (RGG toplantılarının hiçbirinde böyle bir anlaşmazlık kaydedilmemiştir). Gerektiğinde RGG, farklı bağlamlardaki müdahalelerin etkileri (yararları ve zararları) hakkında kanıt dengesine ilişkin tartışmalara dayanarak, aynı konsensüs süreciyle önerilerin içeriğini belirlemiştir.

Katılımcılar arasında fikir birliğine varılamazsa, tartışmalı öneri veya başka bir karar almaya sunulacaktır. Oylama, RGG üyeleri arasında el kaldırma yoluyla yapılmıştır. Anlaşmazlık bir güvenlik endişesi ile ilgili değilse, RGG’nin üçte ikisinden fazlası bunu desteklemek için oy kullandıysa bir öneri veya karar geçerli olacaktır, bu durumda DSÖ Sekreterliği bu konuda bir öneri vermemeyi seçebilir. Toplantılarda DSÖ personeli, kanıtların toplanması ve derecelendirilmesinde görev alan dış teknik uzmanlar ve gözlemciler oy kullanmaya uygun

değildir. Oylanacak konu, akademik çıkar çatışması bildiren katılımcılardan herhangi biri tarafından birincil araştırma veya sistematik incelemeleri içeriyorsa, bu kişilerin tartışmaya katılmasına izin verilmiş, ancak söz konusu konuda oy kullanmasına izin verilmemiştir.

### 2.13 Dış katılımcılar tarafından çıkar bildirimi

*DSÖ'nün rehberlik geliştirme el kitabına (20)* uygun olarak, tüm RGG, TÇG ve DİG üyelerinden ve dış işbirlikçilerden, rehber geliştirme sürecine katılma daveti sırasında herhangi bir çıkar bildirimini (akademik, finansal veya diğer) yazılı olarak beyan etmeleri istenmiştir. Çıkar beyanı için (Declaration of interests- DOI) standart DSÖ formu her uzman tarafından doldurulmuş ve imzalanmış ve elektronik olarak sorumlu teknik personele gönderilmiştir. DSÖ Yönlendirme Grubu, uzmanların katılım davetlerini sonuçlandırmadan önce tüm DOI formlarını gözden geçirmiştir. Tüm uzmanlar, işlem sırasında ilgili çıkar çatışmalarını gözden geçirme ve güncelleme için ilgili teknik konularda sorumlu teknik yetkiliyi bilgilendirmeleri istenmiştir. Ayrıca uzmanlardan, tamamlanmış DOI formu ile birlikte özgeçmişlerinin elektronik bir kopyasını sunmaları istenmiştir. Yönlendirme Grubu, imzalı DOI formlarını ve özgeçmişlerini derlemiş ve gözden geçirmiş ve çıkar çatışması olup olmadığını belirlemiştir. Herhangi bir çıkar çatışması bildirildiğinde, Yönlendirme Grubu, bireyin kanıt veya öneriler hakkında nesnel yargılama yapma yeteneğini etkilemenin yeterince ciddi olup olmadığını belirlemiştir. Tutarlılığı sağlamak için, Yürütme Grubu, *DSÖ'nün rehberlik geliştirme el kitabında* belirtildiği gibi bir çıkar çatışmasının şiddetini değerlendirmek için kriterleri uygulamıştır (20).

Alınan DOI bildirimlerinden elde edilen tüm bulgular, DSÖ DOI yönergelerine göre her vaka için ayrı ayrı yönetilmiştir. Çıkar çatışmasının rehber geliştirme süreci için herhangi bir risk oluşturacak veya güvenilirliğini azaltacak kadar önemli olmadığı durumlarda uzmanın sadece RGG toplantısında çıkar çatışmasını beyan etmesi gerekiyordu veya başka bir işlem yapılmamıştır. DSÖ personeli tarafından eylemi garanti eden çıkar çatışmaları, uzmanların herhangi bir rehber önerisiyle ilgili birincil araştırma veya sistematik bir inceleme gerçekleştirdiği durumlarda ortaya çıktı; bu gibi durumlarda, uzmanların tartışmalara katılmaları ve/veya çıkar çatışmaları alanı ile ilgili herhangi bir öneri formüle etmeleri

yasaklanmıştır. RGG yüz yüze toplantılarında, üyelerden herhangi bir çıkar çatışmasını tüm gruba açıkça bildirmeleri ve önceki DOI beyanlarının imzalı ve güncellenmiş bir versiyonunu sunmaları istenmiştir. DOI beyanlarının bir özeti ve çıkar çatışmalarının nasıl yönetildiğine ilişkin bilgiler EK 3'te verilmiştir.

### 2.14 Döküman hazırlama ve hakem değerlendirmesi

Son RGG toplantısının ardından, bağımsız bir danışman ve DSÖ Yönlendirme Grubu'ndan sorumlu teknik personel, RGG'nun tartışmalarını ve kararlarını doğru bir şekilde yansıtmak için tam rehber dökümanın bir taslağını hazırlamıştır. Yönlendirme Grubunun diğer üyeleri, RGG üyelerine daha fazla yorum için elektronik olarak gönderilmeden önce taslak rehber dökümanına ilişkin yorumlar sağlanmıştır. Döküman, RGG'dan alınan geri bildirimlere göre revize edilmiş ve akran değerlendirilmesi için DİG'na gönderilmiştir. DİG üyelerinden, gerçekteki hataları tespit etmek, dilin açıklığı hakkında yorum yapmak ve uygulama, uyarılma ve bağlamsal hususlarla ilgili sorunları gündeme getirmek için rehberin gözden geçirilmiş taslağını yeniden gözden geçirmeleri istenmiştir. Yönlendirme Grubu, nihai rehber dökümana dahil edilmek üzere akran değerlendiricilerin girdilerini dikkatle değerlendirmiş ve gerektiğinde taslak üzerinde daha fazla değişiklik yapmıştır. RGG toplantılarından ve dış akran değerlendirmesinden sonra, Yönlendirme Grubu tarafından rehberde yapılacak diğer değişiklikler, konu ile ilgili eksiklik hatalarını ve dildeki iyileştirmeler ile sınırlandırılmıştır. Gözden geçirilmiş son versiyon, onaylanması için elektronik olarak RGG'na iade edilmiştir.

### 2.15 Rehber içeriğinin Sunumu

Önerilerin bir özet listesi, bu rehberin yönetici özetinde sunulmaktadır. Her öneri için, iki RGG toplantısında gözden geçirilen etkiler, değerler, kaynaklar, eşitlik, kabul edilebilirlik, uygulanabilirlik ve diğer hususlara ilişkin kanıtların bir özeti "Kanıtlar ve öneriler" bölümünde (Bölüm 3) bulunabilir. Etkilere ilişkin kanıtları yorumlamak için kullanılan dil, Cochrane Etkili Uygulama ve Bakım Organizasyonu (Effective Practice and Organization of Care-EPOC) yaklaşımıyla tutarlıdır (37).

DSÖ Yönlendirme Grubu, bu rehberde diğer son DSÖ rehberlerinden rutin intrapartum bakımla ilgili mevcut DSÖ önerilerini entegre etmiştir. Her durumda, bu

öneriler ilgili kaynak rehberlerde yayınlananlarla aynıdır. Entegre bilgilerin eksiksiz olmasını sağlamak için, mevcut öneri için orijinal olarak yayınlanan öneri ve kanıtların kesinliği açıklamalar bölümüne

dahil edilmiştir. Bu tür öneriler, doğrudan rehberlik için direkt web adresinde yer almaktadır. Rehber kullanıcıları, bu entegre öneriler hakkında daha fazla ayrıntı için ilgili DSÖ kaynak yönergelerine yönlendirilmektedir.



## 3. Kanıtlar ve öneriler

Bu rehber, 2017 toplantılarında Rehber Geliştirme Grubu (RGG) tarafından benimsenen 26 yeni öneri ve daha önce yayınlanan DSÖ rehberlerinden entegre edilen intrapartum bakımla ilgili mevcut 30 öneri olmak üzere intrapartum bakım hakkında kanıta dayalı 56 öneri içermektedir. 3.1–3.6 bölümleri, doğumun başlamasından hemen doğum sonrası döneme kadar değişen uygulama zamanlamasına göre gruplandırılmış ve sunulan anlatı özetleri ve karşılık gelen önerileri ana hatlarıyla vermektedir.

Öneriler için karşılık gelen GRADE tablolarına bu bölümde “kanıta dayalı” (KD) tabloları denir ve atıfta buldukları belirli önerilere göre numaralandırılır. Bu tablolar, bu belgenin Web ekinde ayrı olarak sunulmaktadır. Tüm alanlara ilişkin kanıtlar ve değerlendirmelerle ilgili RGG kararlarına sahip kanıt-karar (EtD) tabloları, her öneri için “Kanıt ve değerlendirmelerin özeti”nin alt bölümlerinde sunulmaktadır.

### 3.1 Travay ve doğum boyunca bakım

#### 3.1.1 Saygılı annelik bakımı

##### ÖNERİ 1

**Saygılı annelik bakımı, tüm kadınların onurunu, mahremiyetlerini ve gizliliğini koruyacak, zarar ve kötü muameleye karşı özgürlüğünü koruyacak ve travay ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli desteğe olanak verecek şekilde düzenlenmiş bakım önerilir. (Önerilir)**

##### Görüşler

- Saygılı annelik bakımının sağlanması (Respectful Maternity Care -RMC) (SAB), anne morbidite ve mortalitesini azaltmak için insan hakları temelli bir yaklaşıma uygundur. SAB, kadınların travay ve doğum deneyimini geliştirebilir ve sağlık eşitsizliklerini giderebilir.
- SAB teşvik etmek veya kadınların travay ve doğum sırasında kötü muamelesini azaltmak için müdahalelerin etkinliği konusunda sınırlı kanıt bulunmaktadır. Kurum temelli doğum sırasında kötü muamelenin karmaşık itici güçleri göz önüne alındığında, kötü muamelenin azaltılması ve kadınların bakım deneyimlerinin iyileştirilmesi, bir kadın ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında ve aynı zamanda sağlık sistemi ve sağlık hizmetleri tesisi düzeyinde kişilerarası düzeyde müdahaleler gerektirir.
- Sağlık hizmetleri sağlayıcıları, sağlık hizmeti yöneticileri, kadınlar ve kadın temsilcileri ve kadın hakları hareketleri arasındaki etkili iletişim ve katılım, bakımın tüm bağlamlarda ve ortamlarda kadınların ihtiyaçlarına ve tercihlerine duyarlı olmasını sağlamak için gereklidir.
- Müdahaleler, bakım verenlere saygılı ve onurlu bir çalışma ortamı sağlamayı amaçlamalıdır ve personelin işyerinde ve/veya evde veya toplumda şiddete ve tacize maruz kalabileceğini kabul etmelidir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.1.1)

SAB müdahalelerinin doğum sonuçları üzerindeki etkilerine dair kanıtlar, Afrika’da (Kenya, Güney Afrika [2 çalışma], Sudan ve Tanzania Birleşik Cumhuriyeti) yapılan beş çalışmanın sistematik bir incelemesinden elde edilmiştir (38). İncelemede yüksek gelirli ülkelerden (GDYÜ) hiçbir çalışma bulunamamıştır. Çalışmaya dahil edilen araştırmalardan ikisi küme randomize kontrollü çalışma (iki tane atıf sadece 1 cRCT ve diğeri 10 atıfta) ve üçü de önce-sonra

çalışmalardır. Kontrol (veya ön müdahale) örnek büyüklüğü, çalışmalarda 120 ila 2000 katılımcı arasında ve müdahale sonrası örnekler 105 ila 1680 katılımcı arasında değişmektedir. Müdahalelerin çoğu, SAB’nı artırmak, saygısızlığı ve kötü muameleyi azaltmak için personel üzerindeki değişikliklerin yanı sıra topluluk katılımına da vurgu yapan birden fazla bileşen içeriyordu. SAB, müdahalelerine dahil edilen bileşenlerin türleri: değerler ve

<sup>1</sup> Available at: [www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html)

tutumları dönüştürme eğitimi; kişilerarası iletişim becerileri eğitimi; kalite iyileştirme ekipleri kurmak; saygısızlık ve kötü muamelenin izlenmesi; personel mentörlüğü; ünitelerdeki mahremiyetin iyileştirilmesi (örneğin yataklar arasında perdeler veya bölümler ile); personel koşullarının iyileştirilmesi (örneğin vardiyada olanlar için çay sağlama); doğum ile ilgili halka açık günler; topluluk çalışmaları; arabuluculuk/ anlaşmazlıklarda alternatif çözüm; saygısızlık ve kötü muamele yaşayan topluluk üyelerine danışmanlık; şikayetleri iletmek için yöntem sunmak ve kadınları hakları konusunda eğitmek. Bir müdahale, SAB'na vurgu yaparak travayda refakate odaklanmış ve biri de personel ile iletişim kurma paketine odaklanmış. Bu çalışmaların hiçbirinde "olağan uygulama" nın doğası bildirilmemiştir.

Tüm çalışmalar saygısızlık veya saygılı bakımı temel alınarak kadınların kendi raporlarına dayandırılmıştır. İki çalışmada, kendi kendine bildirilen bu verilere araştırmacıların gözleme dayalı verileri eşlik etmiştir. Bir çalışma epizyotomi hakkında veri sunmuştur ancak diğer çalışmaların hiçbirinde klinik sonuçlardan çıkarım yapıp önceden belirlenebilen öneri niteliğinde veri sağlanamadı. Veriler, çalışma tasarımı ve sonuçların raporlanması ve tanımlanmasında ve karşılaştırmalı çalışmalardaki heterojenlik nedeniyle havuzda toplanmadı. Veriler nispeten seyrek ve çalışmaların tümü belirsiz veya yüksek yanlılık riski altındaydı. Bu nedenle, kanıtların kesinlik düzeyi tüm sonuçlar için yanlılık riski nedeniyle düşürülmüştür.

### **Karşılaştırma: SAB müdahalesi ile genel uygulama karşılaştırılması (SAB müdahalesi yok)**

#### **Anneye ait sonuçlar**

##### **Doğum deneyimi**

*Saygılı bakım:* saygılı bakım deneyimi hakkında üç çalışma ( cRCT ve 2 önce-sonra çalışmaları) bildirilmiştir. Orta düzeyde olan kanıtlar, kadınların büyük olasılıkla muhtemelen SAB müdahaleleri ile SAB müdahalesi olmadan yapılan bakıma göre daha saygılı bakımı deneyimlediğini öne sürüyor (1 cRCT, yaklaşık 3000 katılımcı, düzeltilmiş olasılık oranı [aOR] 3.44, %95 CI 2.45-4.84). Bu bulgu gözlemsel çalışmalarla desteklendi: Bir önce-sonra çalışmadan sonra, doğum sonrası izlemde katılımcıların %22.8'e karşı %0'ı, saygılı bakımı "mükemmel" olarak değerlendirdi ve bir diğer raporda saygılı bakım, müdahale öncesi ve müdahale sonrası gruplarda sırasıyla % 89.7'ye % 94,7 olarak deneyimlendiği belirtildi.

*Anne memnuniyeti:* Bir cRCT'den türetilen düşük düzeyde kanıtlar SAB müdahalesi yapıp yapmamanın kadın için bakım sırasındaki memnuniyetine çok az etki ettiği veya hiç etki etmediği ileri sürülmekte (aOR 0.98,% 95 CI 0.91-1.06).

*Bakım kalitesi:* Bir cRCT'den elde edilen, kesinliği orta düzeyde olan kanıt, SAB 'nın muhtemelen genel olarak kaliteli bakım konusunda daha sık deneyimlere yol açtığını göstermektedir (yaklaşık 3000 katılımcı, aOR 6.19,% 95 CI 4.29-8.94). Gözlemsel veriler de bu kanıtla tutarlıdır.

#### **Kötü muamele deneyimi**

*Saygısız veya kötü davranışlı bakım deneyimi:*

Bir cRCT ve iki önce-sonra çalışması bu sonucu bildirmiştir. Orta kesinlikli kanıtlar, SAB'nın saygısız veya kötü davranışlı bakım deneyimlerini muhtemelen üçte iki oranında azalttığını göstermektedir (1 cRCT, yaklaşık 3000 katılımcı, aOR 0.34,% 95 CI 0.21-0.57). Gözlemsel veriler cRCT ile tutarlıdır ki bir çalışmada saygısız veya kötü davranışlı bakımda yaklaşık olarak %40 azalma, bir diğer çalışmada ise %52 azalma görülmüştür.

*Mahremiyet eksikliği:* Bir cRCT ve iki önce- sonra çalışması sonucunda bu çıktı raporlandırılmıştır; bir dizi farklı ölçüm ve tutarsız bulgular rapor edildiğinden dolayı kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

*Fiziksel istismar:* Orta kesinlikli dört çalışmadan elde edilen kanıtlar (2 cRCT ve 2 önce-sonra çalışmaları), SAB müdahalelerinin fiziksel istismarı muhtemelen azalttığını göstermektedir. Bir cRCT'de fiziksel istismardan izlenen müdahale grubunda ortalama %2 ile %1 azalma ve kontrol grubunda ortalama %3 ile %4 oranında artış bildirilmiştir. Diğer cRCT'de (yaklaşık 3000 katılımcı) 0.22'lik bir aOR bildirilmiştir (% 95 CI 0.05-0.97). Bir önce - sonra araştırmasında, SAB müdahalesinden önce %3,5'de (677 katılımcı) olan fiziksel istismarın daha sonra %0,4'e (523 katılımcı) azaldığını gözlemlenmiştir, bir diğerinde ise fundus basıncında %3,4'ten (208 katılımcı) %0.2'ye kadar (459 katılımcı) aynı şekilde "anestezi olmadan epizyotomi"de de %4.3'den % 0'a kadar azalma gözlenmiştir.

*Sözlü taciz:* Üç çalışmaya (1 cRCT ve 2 önce-sonra çalışması) dayanan düşük kesinlikli kanıtlar, sözlü tacizde çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmayacağını, üçüncü çalışmada sözlü tacizde %49 mutlak bir azalma gösterirken, iki çalışmada (1 cRCT ve 1 öncesi-sonrası çalışması) sözlü tacizde artış olasılığının olduğunu göstermiştir.



**İhmal/terketme:** Dört çalışmaya dayanan (2 cRCT ve 2 önce-sonra çalışmaları) kesinliği düşük kanıtlar SAB müdahalelerinin ihmal ve terki azalabileceğini öne sürüyor. Bir cRCT bulgusu %64 azalma (yaklaşık 3000 katılımcı; aOR 0.36, % 95 CI 0.19-0.71) ve bir diğer cRCT bulgusunda %12'den %16'ya yükselme bildirmiştir. Gözlemsel çalışmalarda net bir fark bulunamıştır..

**Onurlu olmayan bakım:** Kesinliği düşük bir cRCT kanıtında SAB'nın onursuz bakımı azaltabileceğini düşündürmektedir (Yaklaşık 3000 kadın, aOR 0.58, % 95 CI 0.30-1.12). Bu kanıt, araştırmacıların bakımın çeşitli yönlerinde büyük düşüşler buldukları önce-sonra bir çalışma ile desteklenmektedir (örneğin, kadına kendini tanıtmayan hizmet sağlayıcı, kadın için temiz bir yatak temin edememesi ve kadının doğumdan sonra temizlenmesi gibi).

**Onay alınmayan bakım ve geçikme:** Bunlara ilişkin sonuçların kanıtları çok düşük kesinliktedir, bunun nedeni kısmen bu çalışmaların tasarım kısıtlatmalı önce-sonra çalışmaları olmasıdır.

### **Perineal / vajinal travma**

**Epizyotomi:** Küçük bir çalışmanın bulguları SAB müdahaleleriyle epizyotominin azalabileceğini desteklemiştir (düşük kesinlikli kanıt). Epizyotomi oranı, bu çalışmanın SAB grubunda ortalama %13 (%34'ten %21'e) oranında azalırken, kontrol grubunda ortalama %1 (% 40'ten % 39'a) oranında azalmıştır.

### **Doğum şekli, travay süresi, ağrı kesici kullanımı**

İncelemede bu sonuçlar hakkında herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

### **Fetal ve neonatal sonuçlar**

**Perinatal hipoksi-iskemi:** İncelemede bu sonuç hakkında hiçbir kanıt bulunamamıştır.

### **Ek hususlar**

SAB ile ilgili sistematik inceleme kanıtı, yalnızca Afrika'da yürütülen çalışmalardan elde edilmiştir ve diğer bölgeler için genelleştirilemeyebilir.

### **Değerler**

SAB hakkında yapılan nitel incelemede (28) Sahra altı Afrika (6 ülkeler), Asya (7), Okyanusya (1), Avrupa (8), Orta Doğu ve Kuzey Afrika (5), Kuzey Amerika (2) ve Latin Amerika (3)'ü kapsayan 32 ülkede yürütülen 67 nitel araştırma yer almaktadır. Çalışmalar kadınların, aile üyelerinin ve çok sayıda sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve yöneticilerinin yaşadığı deneyimlerden oluşmaktadır. İncelemede, kadınların SAB'na yüksek değer verdiği ve bu bulguların farklı ortamlarda ve ülkelerde tutarlılık gösterdiği görüldü (güvenilirliği yüksek kanıtlar).

Bulgular, kadınların sürekli olarak SAB'nı takdir edip değer verdiği ve sağlık hizmeti sağlayıcıların güvenli ve kaliteli bakım sağlamada SAB kritik bir bileşen olarak algılandığını göstermektedir (güvenilirliği yüksek kanıtlar). Küresel olarak, kadınların ve hizmet sunanların SAB'nı neyin oluşturduğu konusundaki bakış açıları oldukça tutarlıdır. Bu paydaşlar, SAB'nin anahtar birleşenleri şu şekilde tanımlamaktadır: kötü muamele ve zarar görmekten uzak; mahremiyet ve gizliliğe sahip olma; onurlu bakım; aydınlatılmış onam sürecinde bilgi alınması ve desteklenmesi; aile ve toplum desteğine sürekli erişim; yüksek kaliteli fiziksel çevre ve kaynaklar; adaletli annelik bakımı; etkili iletişim; seçeneklere sahip olmak ve karar verme fırsatı; yetkin ve motive insan kaynaklarına erişim ve verimli, etkili ve sürekli bakım almak.

Kanıtlar, bazı bakış açıları için SAB'nın öneminde değişkenliklerin olduğunu gösteriyor. Örneğin, GDYÜ ülkelerde yaşayan kadınlar doğum deneyimlerinde karar verme ve aktif katılım haklarına önem verilir (güvenilirliği orta düzey kanıtlar). Nispeten, daha düşük gelirli ülkelerde yaşayan kadınlar için doğum sürecinde kişisel seçme hakkı ve karar vermeyi talep etme olasılığı daha düşüktür (güvenilirliği orta düzey kanıtlar).

### **Kaynaklar**

SAB'nın maliyetleri veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunamamıştır.

### **Ek hususlar**

SAB'nın birden çok çalışma alanına yönelik ihtiyaçlarını, bireysel olarak kadınların ve sağlık bakım sağlayıcılarının kendi arasında, hem de sağlık kademelerindeki etkileşimleri açısından destekleyen bir politika sağlık sistemi düzeyinde geliştirilmelidir. Sistem kademelerinde kaliteyi iyileştirmekte, personelin davranış değişikliğinin sürdürülebilirliği için kaynak gerekmesi muhtemeldir. Bu ebeler, hemşireler ve hekimler için klinik eğitim müfredatında yeniden yapılandırmayı, sağlık bakım personeli sayısının artmasını, ücretlerin iyileştirilmesini ve personele saygılı olunmasını ve fiziksel ortamın gelişmesini içerebilir. Doğum servisinin tasarımı, birçok ortamda SAB'nın bazı bileşenlerine (örneğin doğum refakati) kilit bir engel oluşturabilir. Ancak, SAB'nın çeşitli yönleri, özellikle kişilerarası düzeyde olanları (örneğin iletişimi geliştirme, travayda ve doğum anında kadınların tercihlerine saygı duymak, fiziksel ve sözlü tacizi azaltma, mahremiyeti geliştirme ve sürdürme), ele almak için nispeten daha az kaynak gerekir.

**Tablo 3.1. Saygılı annelik bakımı (SAB) için ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yeterli sayıda yetkin, eğitilmiş, denetimli ve karşılığının ödendiği yeterince başarılı doğuma katılmış, uygun beceriye sahip, çok disiplinli ekiplerde görev almış, tüm kadınlara onurlu ve sürekli bakım sağladığını kanıtlamış yetenekli doğum görevlileri</li></ul>
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Sağlık hizmetleri kurum yönetimi: duyarlı ve SAB'na adapte olan, ve SAB politikaları geliştirmede ve uygulamada eğitilmiş</li><li>Personel: Kadınların sosyal, kültürel ve dilsel ihtiyaçlarını karşılayan SAB hizmetlerinde etkili olmalarını sağlamak için (kültürel yeterlilik) SAB hizmetiyle ilgili düzenli uygulama tabanlı eğitim; hizmet öncesi eğitim ve yeni personelin adapte edilmesi</li><li>Sosyal yardım personeli: Etkili toplumsal katılım için özellikle kadınların seslerini duyurmak ve hizmet yönetimi ve personelle toplumsal etkileşim fırsatları yaratmaya odaklanmak üzere eğitilmiş, örn: kurumun açık günleri</li><li>Diğer: hizmet kullanıcıları ve refakatçiler için oryantasyon oturumları</li></ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>SAB için açık hedefleri operasyonel planları ve izleme mekanizmalarını belirleyen, güncel standartlar ve kriterlerde yazılar,</li><li>Doğum servisindeki personel için erzaklar, örneğin ikramlar</li><li>Erişilebilir yazılı veya resimsel biçimde ve sağlık kuruluşunun hizmet verdiği toplumların dillerindeki sağlık eğitimi materyalleri,</li><li>Standart bilgilendirme onay formu,</li><li>Kadın ve refakatçisi için bilgilendirme (yazılı veya resimli, örneğin broşür olarak)</li><li>Travay ve doğum bakımı için gereken ilaçların doğum sırasında ve doğum alanlarında yeterli miktarda mevcut olması</li></ul>
<b>Ekipmanlar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Travayda ve doğum anında gerekli temel ve yeterli nitelikte ekipmanın her zaman doğum alanında bulunması</li></ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Gelişmiş fiziksel ortam:<ul style="list-style-type: none"><li>Kadınların ve bebeklerinin bir arada kalmasına izin vermek için aynı odaya alma</li><li>Mahremiyete izin veren ve yeterli donanıma ve bakıma sahip temiz, uygun şekilde aydınlatılmış, iyi havalandırılmış travay, doğum ve yenidoğan alanları</li><li>Travay, doğum ve yenidoğan alanlarında sürekli enerji temini</li><li>Doğum yapan kadınların kullanımı için temiz ve erişilebilir banyolar</li><li>Güvenli içme suyu ve sabun veya alkol bazlı el dezenfektanları ile el hijyeni alanları</li><li>Perdeler, paravanlar, bölmeler ve yeterli yatak kapasitesi</li><li>Kadın ve refakatçisi için fiziksel özel alan dahil olmak üzere doğum refakatçileri için olanaklar</li></ul></li><li>Yerinde eczane ve eğitilmiş bir eczacı veya dağıtıcı tarafından yönetilen bir ilaç ve malzeme stok yönetim sistemi</li></ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Doğum servisi/tesis yöneticisi tarafından düzenli destekleyici denetim</li><li>SAB uygulamalarını gözden geçirmek için personel toplantıları</li><li>Hizmet kullanıcıları ve sağlayıcıların şikayetlerini yönetime iletmeleri için kolay erişilebilir mekanizma (örneğin bir kutu)</li><li>Kötü muamele veya ihlal durumunda tazmin için hesap verebilirlik mekanizmalarının oluşturulması</li><li>Bilgilendirilmiş onam prosedürlerinin oluşturulması</li></ul>

## Eşitlik

Eşitlik kavramına ilişkin doğrudan etkisi olmayan bir kanıt bulunmuştur. Fakat, kurum bazlı doğumların kolaylaştırıcıları ve engellerine ilişkin nitel bir incelemenin dolaylı kanıtları (8), sağlık çalışanlarının kötü muamelesi ve istismarının, düşük ve orta gelirli ülkelerde (GDODÜ) kurum bazlı doğum hizmetlerinin kullanımına karşı önemli bir engel olduğunu göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu kötü muamelenin kurum bazlı doğum hizmetlerinin kullanımı ile ilgili sağlık eşitsizliklerine katkıda bulunduğunu göstermektedir.

SAB nitel incelemesinden başka, dolaylı kanıtlar (28) kadınların ve yerel toplulukların kültürüne, değerlerine ve inançlarına saygı duymanın kadınlar için önemli olduğunu göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Kanıtlar, aynı zamanda, yaş, etnik köken, ırk, cinsellik, din, sosyoekonomik durum, HIV durumu, dil veya diğer özelliklerden bağımsız olarak herkes için aynı doğum bakımı standartlarını sağlamanın kadınlar için önemli olduğunu göstermektedir (orta düzey güvenilirlikte kanıt).

Eşitsizlik, sağlık bakım çalışanlarından yargılayıcı bakım alınmasından kaynaklanabilir ve kadınlara yönelik yargılayıcı olmayan bakımın sağlanması eşitliğin iyileştirilmesi açısından önemli olabilir (düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

SAB politikası, İnsan Hakları Konseyi'nin 2012 genel ilkelerine uygundur. *Önlenabilir maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için politika ve programların uygulanmasında insan hakları temelli bir yaklaşımın uygulanmasına ilişkin teknik rehberlik* (39) Kutu 3.1'de, sunulmuştur.

### Kabul edilebilirlik

Nitel bir incelemeden elde edilen bulgular (28) kadınların ülkeler ve ortamlar genelinde SAB'nı takdir ettiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Paydaşlar (kadınlar, hizmet sağlayıcılar ve yöneticiler dahil) tüm kadınlar için SAB'nın temin edilmesi ve sağlanmasının teorik önemini vurgulamıştır. İnceleme bulguları, ayrıca SAB'nı ele alma veya geliştirme çabalarının sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kabul edilebilir olduğunu düşündürmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bununla birlikte, kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda sağlık hizmeti sağlayıcıları, SAB'nın iş yükünü artırabileceğine ve tüm kadınlara kaliteli bakım sağlama yeteneklerini azaltabileceğine inanmaktadır. Örneğin, SAB'nın bireysel olarak kadınlarla daha fazla zaman harcanmasını gerektirebileceğini, bu da gözetimsiz bırakılan diğer kadınların bakımını tehlikeye atabileceğini düşünüyorlar. Bu nedenle, sağlık hizmeti sağlayıcıları

## KUTU 3.1.

### BM İnsan Hakları Konseyi'nden SAB'na desteğini gösteren seçilmiş açıklamalar

- İnsan haklarına dayalı bir yaklaşım, sağlıkla ve izole patolojilerle ilgili değildir; kadınlara, sadece anne ölümlerinden veya hastalıklarından kaçınmakla kalmayıp, haklarını talep etme yetkisi verilmesi üzerine kuruludur.
- Medeni, siyasi, ekonomik, sosyal ve kültürel hakların kullanılmasını etkileyen kadın sağlığının sosyal belirleyicilerini ele almak için önlemler alınması gerekmektedir. [Buna cinsiyet ayrımcılığı ve etnik köken, ırk, kast, ulusal köken ve diğer gerekçelere dayalı marjinalleştirme dâhildir.]
- İnsan hakları "savunmasız veya marjinal gruplara özellikle dikkat" gerektirir.
- Maternal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında hak temelli bir yaklaşımın uygulanması, adil ve etkili bir sağlık sistemine bağlıdır.
- Sağlık sisteminin bileşenlerinin tasarımı, organizasyonu ve koordinasyonu, ayrımcılık yapmama/eşitlik, şeffaflık, katılım ve hesap verebilirlik gibi temel insan hakları ilkeleri tarafından yönlendirilmelidir.
- Kadınların cinsel ve üreme sağlığı haklarının sağlanması, sağlık kurumları, malları ve hizmetleriyle ilgili standartların karşılanmasını gerektirir.
- Devletlerin ekonomik, sosyal ve kültürel hakların aşamalı olarak gerçekleştirilmesi için "ulaşılabilir maksimum kaynaklar" kullanmaları gerekmektedir; eğer kaynak kısıtlamaları, Devletin kadınların cinsel ve üreme sağlığı haklarını yerine getirmesini imkânsız kılarsa, Devlet, öncelikli olarak bunu yapmak için elindeki tüm kaynakları kullandığını göstermelidir

Kaynak: Birleşmiş Milletler, 2012 (39).

arasında kabul edilebilirlik, mevcut zamana ve özel SAB müdahalesine bağlı olarak değişebilir. İnceleme, uygulanan SAB müdahalelerinin kabul edilebilirliğine dair çok az kanıt bulmuştur.

### Ek hususlar

Doğum sırasında kadınlara kötü muamele genellikle mevcut sosyal normlardan ve bazı ortamlardan kaynaklanmaktadır ve bazı ortamlarda sağlık hizmeti sağlayıcıları ve diğer paydaşlar tarafından kabul edilebilir olarak değerlendirilebilir (40-42).

## Uygulanabilirlik

Nitel bir gözden geçirmeden elde edilen kanıt (28) çoğu sağlık hizmeti sağlayıcısının saygılı, onurlu ve kadın merkezli bakım sağlamak istediğini, ancak kaynak kısıtlamaları nedeniyle bunu yapamayabileceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). SAB'nın bazı yönlerinin yerine getirilmesi, fiziksel çevrenin iyileştirilmesi ve yeterli sayıda eğitimli personelin sağlanması gibi, büyük olasılıkla ciddi kaynak gerektirecektir ve bu nedenle bunların uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği az kaynaklara sahip kurumlarda sınırlı olabilir. Dolayısıyla, SAB politikalarının uygulanmasının, kaynakların yeterli olduğu ortamlarda mümkün olması muhtemeldir. Bununla birlikte, aslında, SAB

politikalarının (38) etkisini gösteren beş çalışmanın hepsinin düşük kaynak ortamında gerçekleştirilmesi, sağlık sisteminde artan SAB'nın sağlık gündemine öncelik verildiği durumlarda uygulanabilir oldukları anlamına gelmektedir.

## Ek hususlar

SAB genel anlamda paydaşlar tarafından olumlu bir şekilde görülse de; sağlık kuruluşlarında kültürel normlar ve yerleşik davranışların değiştirilmesi, özellikle de doğum sırasında kadınlara kötü muamelenin sosyal olarak kabul edilebilir olduğu düşünülen ortamlarda genellikle zordur (40-42).

**Tablo 3.2 Kararların Özeti: Saygılı annelik bakım (SAB) müdahalelerinin SAB müdahaleleri olmayanlarla karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	- Orta	✓ Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Klasik bakıma desterler	- Muhtemelen SAB müdahalelerine uygun değil	- SAB müdahalelerine uygun değil ya da SAB müdahaleleri olmayan	- Muhtemelen SAB'yi destekler	✓ SAB 'yi destekler
Gerekli Kaynaklar	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil Edilen Çalışma Yok	-	-	- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Klasik bakıma uygun	- Muhtemelen SAB müdahalelerine uygun değil	- SAB müdahalelerine uygun değil ya da SAB müdahaleleri olmayan	- Muhtemelen SAB 'ye uygun	- SAB'a uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen Azaltılmış	- Muhtemelen Hiçbir Etkisi Olmaz	✓ Muhtemelen Artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.1.2. Etkili iletişim

#### ÖNERİ 2

**Basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak doğumda kadın ve annelik hizmeti sunucuları arasında etkili iletişim önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- "Etkili iletişimin" standart bir tanımının bulunmaması nedeniyle RGG, doğum bakım personeli ile kadınlar arasında travay ve doğum sırasında etkili iletişimin asgari olarak aşağıdakileri içermesi gerektiği konusunda hemfikiridir.
  - Kendilerini kadına ve refakatçisine tanıtmak ve kadına ismi ile hitap etmek;
  - Kadına ve ailesine ihtiyaç duydukları bilgileri açık ve öz bir şekilde (kadın ve ailesi tarafından konuşulan dilde) tıbbi dilden kaçınarak, süreçleri veya prosedürleri iletmek için gerektiğinde resimsel ve grafik materyalleri kullanmak;
  - Kadının ihtiyaçlarına, tercihlerine ve sorularına olumlu bir tavırla saygı göstermek ve bunlara yanıt vermek;
  - Empati ve şefkat ile kadının cesaret, övgü, güvence ve aktif dinleme yoluyla duygusal ihtiyaçlarını desteklemek;
  - Kadını bir seçeneği olduğunu anlaması için desteklemek ve seçimlerinin desteklenmesini sağlamak;
  - Kadına yönelik prosedürlerin açıklanması, sözlü ve uygun olduğu takdirde, pelvik muayene için yazılı bilgilendirilmiş onam almak ve kadının diğer prosedürlere alınmasını sağlamak;
  - Kadını ihtiyaç ve tercihlerini ifade etmek için cesaretlendirmek ve ona ve ailesine ne olup bittiğine dair düzenli olarak güncel bilgi vermek ve herhangi bir sorusu olup olmadığını sormak;
  - Mahremiyet ve gizliliğin her zaman korunmasını sağlamak;
  - Kadının şikayetlerini ele almak için mevcut mekanizmalarından haberdar olmasını sağlamak;
  - Kadının travay ve doğum sırasında nasıl desteklenebileceğine dair net açıklamalar sağlamak için kadının seçtiği refakatçisiyle birlikte çalışmak.
- Sağlık sistemleri, annelik bakım personelinin, kişilerarası iletişim ve danışmanlık becerileri konusunda ulusal standartlara göre eğitilmesini sağlamalıdır.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalenin etkileri (KD Tablo 3.1.2)

Etkili iletişimin, doğum sonuçları üzerindeki etkisine dair kanıtlar, karma yöntemlerin sistematik incelemesinden elde edilmiştir (43).

Derlemenin yazarları, doğum personeli ile kadınlar arasındaki iletişimi iyileştirmek için - sağlık eğitimi materyallerinin kullanımı, doğum yardımcıları, sağlık personellerinin kişilerarası iletişim ve danışmanlık eğitimi almaları - bu rehberin sorusu için önceden belirlenen doğum sonuçları üzerindeki etkileri açısından müdahaleleri değerlendirmişlerdir. İki RCT dahil edildi: Suriye Arap Cumhuriyeti'nden (44) cRCT (kademeli blok küme RCT) ve Birleşik Krallık'tan (45) bir RCT alt analizi (45). Suriye Arap Cumhuriyeti'nden yapılan çalışmada, doktorların iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerin, kadınların travay

ve doğum sırasında doktorların iletişim ve kişilerarası becerilerinin memnuniyet üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir. İngiltere'den yapılan çalışma, eğitimin, simüle edilmiş acil obstetrik durumlarda doktor ve ebelerin hasta-aktör bakım algıları üzerindeki etkisini değerlendirmişlerdir.

Suriye Arap Cumhuriyeti'nde yapılan çalışma, dört hastanede (137 doktor) tüm kadrolu doktorlara sağlanan özel olarak tasarlanmış bir iletişim becerileri eğitim paketi ile, etkili iletişimin önündeki engelleri nasıl aşacağını, etkili iletişimin özelliklerini ve ilkelerini kapsayan ve hastalarla etkileşimin nasıl geliştirileceğini değerlendirmiştir. Etklilik, canlı bir bebek dünyaya getiren 2000 kadın arasında değerlendirilmiştir. Birincil sonuç, kadınların doğumdan sonraki iki haftada, Tıbbi Görüşme Memnuniyet Ölçeği'nin (MISS-21) modifiye edilmiş versiyonu kullanılarak travay ve doğum sırasında

doktorların kişilerarası ve iletişim becerilerinden memnuniyetidir. İkincil sonuçlar, gözlemsel kontrol listeleri kullanılarak belgelenen ve eğitim paketinin uygulanmasından iki ila üç hafta sonra ölçülen doktorların iletişimsel davranışlarını içermiştir.

Birleşik Krallık çalışması, 140 ebe ve doktor, dört acil obstetrik durum eğitim müdahalesinden birine randomize edilmiştir: yerel bir hastanede bir günlük kurs, bir simülasyon merkezinde bir günlük kurs, yerel bir hastanede ekip çalışması eğitimi bir grup ile iki günlük kurs, veya yerel bir simülasyon merkezinde ekip çalışması eğitimi bir grup ile iki günlük bir kurs. Eğitim içeriği; dersleri, video klipleri ve ekip çalışmasının bileşenlerini gösteren etkinlikleri içeriyordu. Eğitim öncesi ve sonrası katılımcılar kendi hastanelerindeki bir doğum odasında üç (eklampsi, postpartum kanama [PPK] ve omuz distosisi) standartlaştırılmış simüle edilmiş acil obstetrik durumu yönetmişlerdir. Eğitimden üç hafta sonra değerlendirilen sonuçlar, simüle edilmiş üç acil durumda iletişim, güvenlik ve saygı ile ilgili bakım kalitesini içermektedir. "Etkili iletişim nedeniyle kendimi bilgilendirilmiş hissettim" gibi ifadelerde hasta-aktör yanıtları için beşli likert ölçeği kullanılmıştır. Bu çalışmadaki hasta-aktörler grup tahsisini bilmeyen deneyimli ebelerden körleme olarak belirlenmiştir.

### **Karşılaştırma: Alışılmış uygulamalarla karşılaştırıldığında sağlık personelinin etkili iletişimi**

İlk çalışma (44), Suriye Arap Cumhuriyeti'nde yapılmış, kadınların memnuniyet puanlarında çok az veya hiç fark olmadığını göstermiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Kadınların doğum sırasında doktorlarının kendileriyle iletişiminin belirli yönleri hakkındaki görüşleri ile ilgili bulgular (örneğin, Doktor tıbbi muayeneden önce kendini tanıttı mı? Doktor onları selamladı mı? Doktor onlarla konuşurken onlara baktı mı?) deney grupları arasında benzerdir. Ayrıca, gözlemsel kontrol listesi puanlarının (klinikyenlerin müdahale öncesi ve sonrası iletişimsel davranışlarını karşılaştırarak) alıştırma müdahalesi öncesinde ve sonrasında benzer olduğuna dair çok düşük güvenilirlikte kanıt vardır.

İkinci çalışma (45), Birleşik Krallık'ta yapılmış olup; bir multidisipliner ekip ya da bir birey tarafından bakılan hasta olup olmadığına bakılmaksızın, üç obstetrik acil durumların yönetimi ile ilgili klinikyen eğitimi sonrasında hasta-aktörlerin bakım algılarında iyileşme ve yerel hastanedeki ekiplerin eğitimi, merkezi bir simülasyon merkezindeki eğitim ile karşılaştırıldığında; hasta aktörler arasında güvenlik ve iletişim ile ilgili bakım algılarının iyileştirilmesine sebep olabilen PPK senaryosu için çok düşük güvenilirlikte kanıtlar bulmuştur. Eklampsi senaryosu için; hasta-aktörlerin

iletişimle ilgili bakım puanlarına ilişkin algılarında çok az veya hiç fark olmadığına ait çok düşük güvenilirlikte kanıtlar önerilmiştir. Omuz distosisi için; klinikyenlerin bakım puanlarına dair yerel hastane temelli eğitimden sonra hasta-aktörlerin iletişim algılarında bir iyileşme olmadığını gösteren çok düşük güvenilirlikte kanıtlar önerilmiştir.

Aynı çalışmada üç simüle edilmiş obstetrik acil senaryoda, iletişimle ilgili bakım algılarının (hasta-aktörlerin kullanımı yoluyla) klinik eğitime ekip çalışması eğitiminin eklenmesinden etkilenip etkilenmediği değerlendirilmiştir. Ekip çalışması eğitimi, farklı meslek gruplarına ait bireyler arasında etkili iletişimin önemini vurgulayan dersler, video klipler ve klinik dışı aktivitelerden oluşan bir günlük bir kurstan oluşuyordu. Klinik eğitime ekip çalışması eklendiğinde simüle edilmiş obstetrik acil durum senaryolarından herhangi biri için iletişimle ilgili bakım algılarında çok az veya hiç fark olmadığı çok düşük güvenilirlikte kanıtlar göstermiştir.

### **Ek hususlar**

İncelemede, bu rehber sorusu için önceden belirlenmiş herhangi bir maternal veya fetal/neonatal sonuç için kanıt bulunamamıştır.

### **Değerler**

Doğum eyleminin bakımı sırasında, kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların incelenmesinin bulguları (23); çoğu kadının, özellikle ilk kez doğum yapanlar, travay ve doğum hakkında, doğumun olumsuz sonuçları ve bazı tıbbi müdahaleler konusunda endişeli olduklarını ve ihtiyaçlarına duyarlı sağlık profesyonellerinin desteğine ve güvencesine değer verdiğini belirtmektedir (Yüksek güvenilirlikte kanıt). Müdahalelerin gerekli olduğu yerlerde, çoğu kadın teknik açıdan yetkin sağlık personellerinden anlayabilecekleri şekilde ilgili bilgileri almak ister (Yüksek güvenilirlikte kanıt). SAB'na odaklanan başka bir nitel kanıt sentezinin bulguları (28), kadınların SAB'nın temel bileşenlerinden biri olarak etkili iletişimi tutarlı bir şekilde takdir ettiğini ve buna değer verdiğini göstermektedir (Yüksek güvenilirlikte kanıt).

### **Kaynaklar**

İletişim müdahalelerinin maliyeti veya maliyet etkinliğine ilişkin hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

### **Ek hususlar**

İletişim müdahaleleri, doğum bakımının kalitesini artırırsa, tıbbi müdahaleleri azaltırsa ve doğum sonuçlarını iyileştirirse, düşük maliyetli olabilir; ancak, etkileri hakkında doğrudan kanıtlar azdır. Hem hizmet



**Tablo 3.3 Etkili iletişim için ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Yeterli sayıda yetenekli ve doğuma katılabilecek, uygun becerilere sahip, disiplinli, takımlarda çalışan ve eğitilmiş görevliler.</li></ul>
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Kadınların sosyal, kültürel ve dilsel ihtiyaçlarını yansıtan, travay ve doğumla ilgili yerlerde iletişimi geliştirmeyi içeren, hizmet öncesi ve hizmet sırasında temel eğitim müfredatı.</li><li>Travay ve doğum bakımının sağlanması sırasında doğum personelinin iletişim becerilerini geliştirmek, sürdürmek ve değerlendirmek için eğitim stratejilerinin geliştirilmesi veya uyarlanması.</li><li>Travay ve doğum sırasında iletişim konusunda düzenli hizmet içi eğitim.</li></ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Travay ve doğum sırasında doğum eyleminin ilerlemesini (örn. Servikal dilatasyon 0-10 cm resim şeması) kadına ve ona eşlik edenlere tercihlerini haber vermelerini sağlayacak sağlık eğitimi materyalleri veya araçları</li></ul>
<b>Ekipman</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Özel ekipman gerekmez</li><li>Bazı karar destek araçları yardımcı olabilir (örn. Elektronik ekran tabanlı araçlar)</li><li>Değişken, eğitimin türüne ve içeriğine bağlı olarak.</li></ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Etkili iletişimde beceri ve yeterliliklerin gelişimini destekleyen eğitim olanakları</li></ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>İletişim eğitimine katılmak için doğum yapan kadınlara bakım sağlayan tüm klinik personele destek</li><li>Olumlu klinisyen desteği ile doğum ünitesi sorumlusu tarafından düzenli ve destekleyici denetim ve inceleme</li><li>Travay ve doğum sırasında kadınların iletişim yaklaşımlarını tartışmak ve gözden geçirmek için düzenli çok disiplinli toplantılar</li></ul>

öncesi hem de hizmet sırasında travay, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlarla ilgilenen sağlık personelinin eğitimi, iletişim müdahaleleri temel maliyet ile ilişkilidir. Bu durum kaynak gerektirecektir, çünkü sağlık personelleri arasında davranış değişikliğini sağlamak ve sürdürmek için dersler, çalıştaylar ve bire bir eğitim seansları da dahil olmak üzere çeşitli yaklaşımlar gerektirecektir. Klinik eğitimin sürdürülmesi de sürekli uygulama geliştirmeyi sağlamak için kaynaklar gerektirir. Kadınların ve ailelerinin bakış açısından, etkili iletişim müdahaleleriyle ilgili kaynak gereksinimlerinin ihmal edilebilir olması muhtemeldir.

### Eşitlik

İletişim müdahalelerinin eşitlik üzerindeki etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır. Servise dayalı doğum hizmetlerinin alınmasına yönelik engellerin ve kolaylaştırıcıların nitel bir incelemesi sonucu dolaylı kanıtlar, algılanan düşük bakım kalitesinin muhtemelen GDODÜ'lerde kadınlar tarafından bu hizmet alımında önemli bir engel olduğunu göstermektedir (Yüksek güvenilirlikte kanıt) (8). Sağlık personelinin zayıf veya kötü iletişimi, sonraki gebeliklerde nerede doğum yapacağına ilişkin kararları etkileyebilir (8) ve eğer marjinal kadınları, bir sağlık kuruluşunda, özellikle GDODÜ'lerde doğum yapma konusunda hayal kırıklığına uğrattırsa, bu durum eşitliği daha da zayıflatabilir.

Sağlık personeli tarafından kadınlarla ve aileleriyle işbirliği içinde gerçekleşen etkili iletişim, kadınların bilgilendirilmiş hissetmelerine yardımcı olabilir ve dezavantajlı kadınların aldıkları bakım hakkında konuşmalarını sağlayabilir.

### Kabul edilebilirlik

Karma yöntemli sistematik derlemede (43), doğumdaki kadınlarla olan iletişim müdahalelerinin uygunluğu hakkında doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Fakat, kadınların görüşlerini ve intrapartum bakım deneyimlerini inceleyen nitel sistematik incelemeden (26) elde edilen bulgular, kadınların kaygıyı hafifletmek için olumlu güvence, kadınların seçimlerini ve endişelerini karşılamak için aktif dinleme becerileri ve güven ve anlayışı oluşturmada empati dahil olmak üzere birçok şekilde iletişimi takdir ettiklerini belirtmiştir (Yüksek güvenilirlikte kanıt).

Suriye Arap Cumhuriyeti'nden karma yöntem incelemesinde yer alan çalışmalardan birinden (44) sağlık hizmeti sağlayıcısının görüşleri hakkındaki bulgular, iletişimde yetkinlikleri ve becerileri geliştirmek için eğitime katılımın sağlık çalışanları tarafından kabul edilebilir olduğunu ve onlar tarafından olumlu bir şekilde algılanabileceğini göstermiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

## Uygulanabilirlik

Yine, karma yöntemli bir incelemede yer alan bir çalışmadan (44) elde edilen bulgular, zaman baskısı, iş yükü baskıları ve hastane rutinleri dahil olmak üzere sağlık personellerinin eğitim çalışmaları için iletişim müdahaleleri uygulamalarına katılımını zorlaştırabilecek bazı engeller olabileceğini göstermektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Kadınların düşük sosyal statüsü, sağlık kuruluşu türü ve personelin kadınlara karşı kültürel tutumları uygulamanın uygulanabilirliğini de etkileyebilir (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Sağlık personellerinin intrapartum bakım sunma konusundaki görüş ve deneyimlerini araştıran nitel sistematik bir derlemeden (26) kanıtlar, zaman baskısı ve iş yükü hususlarının bazen kadınların istediği hassas ve ilgi çekici bir şekilde kadınlarla iletişim kurma kapasitelerini sınırladığını göstermektedir (Yüksek güvenilirlikte kanıt).

## Ek hususlar

Karma yöntemli incelemede (43), her iki çalışma da eğitim müdahalelerini nispeten kısa bir sürede (yaklaşık üç hafta) uygulamış ve değerlendirmiştir ve kuruluşların, iletişim sonuçlarını geliştirmek için eğitim müdahalelerinin etkilerini nasıl hazırladıkları, izledikleri ve sürdürdükleri üzerinde daha fazla dikkat gösterilmesi gerekmekte ve bu değişimlerin pratikte “yerleşmesi” için ne kadar zamana ihtiyaçları vardır. Bulgular, gerekli sistem değişikliği olmaksızın - özellikle yüksek hasta hacmine, zayıf işgücü kaynaklarına ve ekip çalışması eksikliğine sahip ortamlarda - travay ve doğum sırasında iletişim müdahalelerinin uygulanmasının uzun vadede mümkün olmayabileceğini göstermektedir.

Kadınlara, özellikle marjinal kadınlara yönelik kültürel tutumların, iletişim müdahalelerinin desteklenip desteklenmediği üzerinde önemli bir etkisi olması muhtemeldir.

**Tablo 3.4 Kararların Özeti: İletişim müdahaleleriyle iletişim müdahaleleri olmayanı karşılaştırması**

İstenen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	- Orta	✓ Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Ufak
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	✓ Çok düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olan Belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- İletişim müdahalelerine uygun değil	- Muhtemelen iletişim müdahalelerine uygun değil	✓ İletişim müdahalelerine uygun değil ya da iletişim müdahaleleri olmayan	- Muhtemelen iletişim müdahalelerine uygun	- İletişim müdahalelerine uygun
Gerekli Kaynaklar	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- İletişim müdahalelerine uygun değil	- Muhtemelen iletişim müdahalelerine uygun değil	- İletişim müdahalelerine uygun değil ya da iletişim müdahaleleri olmayan	- Muhtemelen iletişim müdahalelerine uygun	- İletişim müdahalelerine uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet



### 3.1.3 Travay ve doğum sırasında refakatçi

#### ÖNERİ 3

**Travay ve doğum süresince tüm kadınlar için kendi seçtiği bir refakatçi önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu bağlamda refakatçi, travay ve doğum sırasında sürekli destek sağlamak için kadın tarafından seçilen herhangi bir kişi olabilir. Bu refakatçi eşi/ partneri, bir kadın arkadaşı veya akrabası, bir topluluk üyesinin (kadın topluluk lideri, sağlık çalışanı veya geleneksel doğum görevlisi gibi) ya da bir doula (yani, travay desteğinde eğitilmiş ancak sağlık bakım kuruluşunun profesyonel personelinin bir parçası olmayan bir kadın) gibi kadının ailesinden veya sosyal çevresinden biri olabilir.
- RGG, bu müdahaleyi gerçekleştirmenin önünde genellikle engel oluşturan mahremiyet, kültürel tercihler ve kaynak kullanımı konularını ele almış ve kadın akrabaların doğum sırasında kadınlara eşlik etmesine izin verecek basit önlemlerin, bu endişeleri gidermek için maliyet-etkin ve kültürel açıdan hassas yollar olarak kullanılabilceğini kabul etmiştir. Eğer oda başına birden fazla yatağa sahip olduğu yerlerde travayda refakatçi uygulanırsa, tüm kadınların mahremiyet ve gizliliğinin korunmasında özen gösterilmiş olur. (örneğin bölüm ayırıcıların/perdelerin sürekli kullanımıyla).
- RGG, uzun yıllardır uygulama özel kurumlarda rutin olarak uygulanmış olsa bile, ülkelerin ve politika yapıcılarının destekleyici kanıtlara rağmen bu müdahaleyi klinik uygulamada kullanmak konusunda isteksiz olduklarını belirtmiştir. Grup, bu müdahaleyi uygulamak için çeşitli sağlık hizmeti sunum düzeylerinde potansiyel uygulayıcıları teşvik etmek için fazladan çaba gösterilmesi gerektiğine karar vermiştir.
- Bir refakatçiye sahip olmayı tercih etmeyenler de dahil olmak üzere, kadınların isteklerine saygı gösterilmesi önemlidir.
- Travay sırasında kadını desteklemek için kadının seçtiği bir refakatçi bulmak marjinal veya savunmasız kadınlar için ya da kadınlar sağlık kuruluşlarından uzakta yaşıyorsa ya da refakatçi ödemeyi gerektiriyorsa kolay olmayabilir. Sağlık kurumları bunu dikkate almalı ve travay sırasında tüm kadınlar için her zaman mevcut olmasını sağlamak için gerekli adımları göz önünde bulundurmalıdır.
- DSÖ önerileri de dahil olmak üzere, DSÖ rehberlerinin bir kısmı doğum eylemi ve doğum sırasında sürekli refakatçiliği önermektedir: *Görev değişimleri yoluyla anne ve yenidoğan sağlığı müdahalelerine erişimi iyileştirmek için sağlık görevlilerinin rollerini optimize etmek (34), DSÖ, travayı yönetim önerileri (46), anne ve yenidoğan sağlığı için sağlığın teşviki ve geliştirilmesi müdahaleleri ile ilgili DSÖ önerileri (47).*

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalenin etkileri (KD Tablo 3.1.3)

Bu öneri için kanıtlar 26 çalışma veri setinden 15858 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesinden alınmıştır (22). Çalışmalar Avustralya, Belçika, Botsvana, Brezilya, Kanada, Şili, Finlandiya, Fransa, Yunanistan, Guatemala, İran, Meksika, Nijerya, Güney Afrika, İsveç, Tayland, Türkiye ve ABD’de gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların çoğunda (20) doğum için hastaneye başvuran kadınlar alınmıştır. Çalışmaların 15’inde, servis ortamı genellikle kadınların doğumda yanlarında birisinin olmasına izin vermezken, 11 çalışmada, serviste kadınlara bir eş veya aile üyesinin eşlik etmesine izin verilmiştir. Doğum desteği müdahaleleri -rahatlatıcı dokunuş, övgü ve cesaret de dahil olmak üzere- araştırmalar arasında çok benzerdir ve genellikle

doğum sırasında sürekli sağlanmıştır. Epidural analjezi, 14 çalışmada kadınlar için mevcuttu, sekiz çalışmada mevcut değildi ve dört çalışmada kullanılabilirliği bilinmiyordu.

#### Karşılaştırma: Normal uygulamalara kıyasla travay ve doğum sırasındaki refakatçi

##### Anneye ait sonuçlar

**Doğum şekli:** Düşük güvenirlikte kanıtlar göstermiştir ki; doğum ve doğum sırasında refakatçinin spontan vajinal doğumu artırabilir (21 çalışma, 14369 kadın, RR 1.08, %95 CI 1.04-1.12; mutlak etkisi: her 1000 de 54’den fazla [27 den 81 ve fazlasına]) ve sezaryen doğumu azaltabilir (24 çalışma, 15347 kadın, RR 0.75,%95 CI 0.64-0.88, mutlak etkisi: her 1000 de 36’dan azı [17’den 52 ve azı]). Destek kişinin türüne göre bir alt grup analizi,

“hastane personeli olmayan ve kadın tarafından seçilmeyen” destek personelinin en büyük etkiye sahip olabileceğini göstermiştir (spontan vajinal doğum: RR 1.15,% 95 CI 1.05-1.26; ve sezaryen: RR 0.61,% 95 CI 0.45–0.83).

Düşük güvenilirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin müdahaleli vajinal doğumu azaltabileceğini göstermektedir (19 çalışma, 14 118 kadın, RR 0.90, 95% CI 0.85–0.96; mutlak etkisi: her 1000 de 20’den az [8’den 30 ve azı]). İnceleme, bu sonuç için destekleyici kişinin türüne göre alt grup analizi yapmamıştır.

**Perineal travma:** Orta-güvenirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen perineal travmada çok az fark yarattığını veya hiçbir fark yaratmadığını göstermektedir (epizyotomi veya perineal yırtıklar) (4 çalışma, 8120 kadın, RR 0.97,% 95 CI 0.92-1.01).

**Doğum süresi:** Orta-güvenirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen doğum süresini kısalttığını göstermektedir (13 çalışma, 5429 kadın, ortalama fark [MD] 0.69 saat daha kısa,% 95 CI 0.34-1.04 saat daha kısa).

**Ağrı kesici kullanımı:** Düşük kesinlikli kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin her türlü ağrı kesici kullanımını azaltabileceğini düşündürmektedir (15 çalışma, 12 433 kadın, RR 0.90, %95 CI 0.84–0.96; mutlak etkisi: her 1000’de 75’ten azı [30’dan 120 ve azı]). Alt grup bulguları bu sonuç için destek kişinin türü arasında çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir. Düşük kesinlikli kanıtlar ayrıca travay ve doğum sırasında refakatçinin kullanıldığı ortamlarda epidural analjezi kullanımını azaltabileceğini düşündürmektedir (9 çalışma, 11444 kadın, RR 0.93,% 95 CI 0.88-0.99; mutlak etki: 1000’de 48 daha az [7’den 83’e daha az]).

**Travayın yönetimi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin, travayın sentetik oksitosin ile yönetimi üzerinde çok az etkisi olabileceğini veya hiç etkisi olmayabileceğini düşündürmektedir (17 çalışma, 12 833 kadın, RR 0.97,% 95 CI 0.91-1.03). Alt grup bulguları, bu etkinin destek kişinin türüne göre değişmeyebileceğini düşündürmektedir.

**Doğum deneyimi:** Orta-güvenirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen olumsuz doğum deneyimi oranlarını azalttığını göstermektedir (11 çalışma, 11133 kadın, RR 0.69,% 95 CI 0.59-0.79; mutlak etki: 1000’de 55 daha az [37’den 73’e daha az]). Alt grup farklılıkları kişinin kadın tarafından seçilip seçilmediğine bakılmaksızın destekleyici kişinin hastane personelinin bir üyesi olmadığında bu etkinin en yüksek olduğunu göstermektedir.

Orta-güvenirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında

refakatçinin muhtemelen şiddetli doğum ağrısı olan kadınların doğum sonrası raporunda çok az fark yarattığını veya hiçbir fark yaratmadığını göstermektedir (4 çalışma, 2456 kadın, RR 1.00,% 95 CI 0.83-1.21).

Düşük güvenilirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin, destek kişinin bir hastane personeli olmadığında ve kadın tarafından seçilmediğinde doğum sonrası depresyonu azaltabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 159 kadın, RR 0.17,% 95 CI 0.09-0.33). Bununla birlikte, orta-güvenirlikte kanıtlar, destek kişisi hastane personeli olduğunda, travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen bu sonuç üzerinde çok az veya hiç etkisi olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 5571 kadın, RR 0.86,% 95 CI 0.73-1.02). Doğum sonrası depresyona ilişkin veriler, veriye katkıda bulunan iki çalışma arasındaki yüksek tutarsızlık nedeniyle toplanmamıştır.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Orta-güvenirlikte kanıtlar, travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen 5 dakikada düşük Apgar skorlarını azalttığını göstermektedir (14 çalışma, 12 615 bebek, RR 0.62,% 95 CI 0.46-0.85; mutlak etki: 1000 başına 6 daha az düşük puan [2’den 9’a daha az]).

**Uzun dönem anne-bebek sonuçları:** Düşük güvenilirlikte kanıt, travay ve doğum sırasında refakatçinin sadece anne sütü verme veya emzirmede çok az fark yaratabileceğini veya hiç fark edemeyeceğini göstermektedir (4 çalışma, 5584 bebek, RR 1.05,% 95 CI 0.96-1.16). Bununla birlikte, destekleyen kişiler hastane personeli olmadığında ve kadın tarafından seçilmediğinde, alt grup bulguları travay ve doğum sırasında refakatçinin muhtemelen sadece anne sütü verme veya emzirmeyi artırdığını göstermektedir (3 çalışma, 1025 kadın, RR 1.11,% 95 CI 0.98-1.26).

### Ek hususlar

İncelemede diğer alt grup bulgularındaki görüşler göstermektedir ki; refakatçinin çeşitli doğum sonuçları üzerindeki yararlı etkileri, sezaryen doğumlarında azalma ve “negatif doğum deneyimi” dahil, GDYÜ’lere kıyasla orta gelirli ülkelerde daha fazla olabilir ve rutin kardiyotokografinin (CTG) yapılmadığı, epiduralin bulunmadığı ortamlarda ve kadınların daha önce travay sırasında refakatçiye izin verilmediği yerlerde olduğunu düşündürmektedir.

Her ne kadar doğum servisine kabul edildikten sonra dahil edilen çalışmaların çoğunda doğum refakatçisi olsa da, erken doğumda (örneğin evde veya doğum servisine kabul edilmeden önce) başlayan refakatçilik muhtemelen daha etkili olabilir, çünkü

bu durum birçok kadının kasılmalarla nasıl başa çıkacağı, hastaneye ne zaman gidileceği ve diğer pratik konular hakkında endişe duyduğu zamandır.

### Değerler

Doğum refakatçiliğinin algılarını ve deneyimlerini araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular, hem GDYÜ hem de GDODÜ ortamlarından gelen kadınların, rahatlatıcı bir dokunuş (el ele tutuşma, masaj ve ters basınç), nefes alma ve rahatlama teknikleri de dahil olmak üzere refakatçilerin yardımcı olduğu nonfarmakolojik ağrı kesici önlemlere değer verdiğini göstermektedir. Refakatçiler ayrıca kadınların çömelme, topun üzerinde oturma ve yürüme gibi ağrıyı hafifletmek için alternatif pozisyonları kullanmasına yardımcı olur. Bazı kadınlar, arkadaşları kutsal metinleri okuduklarında veya dua ettiklerinde (yüksek güvenilirlikte kanıt) manevi destek konusunda rahatlık bulurlar (27).

Bu inceleme, ayrıca hem GDYÜ hem de GDODÜ ortamlarından kadınların travay sırasında kontrol hissine değer verdiğini ve doğum yapma yeteneklerine güvendiklerini bulmuşlardır. Bulgular, refakatçilerin kadınların kendine güvenmelerine ve kadınların çabalarını kabul ettiklerinde ve güçlendiklerinde özsaygılarını arttırıp, kontrolü nasıl koruyacağı konusunda teşvik ve talimatlar verdikleri ve kadınların seçimlerinin farkında olmalarını sağlamada yardımcı olduğunu göstermektedir (orta derece güvenilirlikte kanıt) (27).

### Kaynaklar

GDODÜ'lerde refakatçi müdahalelerinin maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir kanıt bulunamamıştır. Doğum refakatçisi (doula) hizmetlerinin geri ödemesinin yapıldığı yüksek gelirli ortamlarda (ABD), bir maliyet-etkinlik çalışması, doulaya doğum başına ortalama 986 ABD doları ücret ödenmesi ve erken doğum ve sezaryen oranlarına dayalı olarak, doula giderlerinden potansiyel maliyet tasarrufunun olabileceğini rapor etmiştir. Buna karşılık, Birleşik Krallık'ta dezavantajlı çocuk sahibi kadınlar için gönüllü refakatçi desteğinin 2015 maliyet-etkinlik analizi doğum başına önemli ölçüde daha yüksek maliyetler bildirmiştir (£1862) (48), çünkü sezaryen ve epidural kullanımında destekçi kullanımı daha az orandaydı. Birleşik Krallık'taki programa atfedilen en yüksek maliyetler, hizmet alımı (maaşlar/ücretler, tesisler, ekipman ve sarf malzemeleri dahil), gönüllülerin işe alımı, eğitimi (materyaller, yiyecek içecek, çocuk bakımı) ve seyahat masrafları gibi diğer maliyetlerdi. Yazarlar, Birleşik Krallık'taki gönüllü refakatçi ödemesi için ulusal asgari ücretinin dikkate alınabileceğini önerdiler (saatte yaklaşık 8 pound).

ABD'deki öğrenci hemşireleri ve toplum üyeleri

arasında gönüllü bir refakatçi programının kurulması üzerine yapılan bir araştırma, programları yürütmenin maliyetinin "asgari" olduğunu bildirmiştir (49). 2015'te program, gönüllülere eğitim kursu başına 35 US\$ ücret; bu ücrete bir el kitabı, doğum topu, yoga blokları ve losyon ve sakız gibi çeşitli tek kullanımlık konfor ürünleri içeren bir "doula çantası" da dahildir.

### Ek hususlar

İncelemelerin üzerindeki kanıtlar, GDYÜ'lerde gönüllü bir refakatçi hizmeti sunmanın maliyeti ve maliyet etkinliği ana maliyetin hizmet sunumuyla ilişkili olmasıyla önemli ölçüde değişebilir. Meslekten olmayan refakatçilerin (aile üyeleri veya kadın arkadaşlar) kullanımı, genellikle hizmet veya ulaşım için ücret maliyeti olmadığından, kurum açısından nispeten düşük maliyetli olabilir; ancak kullanıcı (refakatçi) maliyetleri (refakatçi taşıma maliyetleri ve/veya refakatçinin gelirinin diğer faaliyetlerden kaybı) bu hizmeti sağlamanın önünde bir engel olabilir. Hizmet sağlayıcının bakış açısından, oryantasyonla ilişkili maliyetler olacaktır/hem refakatçileri hem de doulaları eğitmek ve altyapının onları desteklemesi için yeterli olmasını sağlamalıdır (bakınız Tablo 3.5).

Doğum refakatçiliğinin etkinliği üzerine nicel kanıt, doğum refakatçiliğinin sezaryen doğumunu %25, müdahaleli vajinal doğumunu %10 ve ağrı kesici kullanımını %10 azaltabileceğini önermektedir. Bu düşüşler makul bir şekilde önemli maliyet tasarruflarına yol açabilir.

### Eşitlik

Travay döneminde refakatçilik ile ilgili algı ve deneyimler üzerine yapılan nitel sistematik incelemesinden elde edilen kanıtlar, azınlık gruplardan kadınların, travay dönemi refakatçiliği nasıl deneyimlediklerini araştırmıştır. GDYÜ'lerde göçmen, mülteci ve yabancı doğumlu kadınlar, doğum öncesi refakatçilik için eğitilmiş, kendi etnik/dini/kültürel topluluklarından refakatçilerin kendileri için kültürel açıdan yetkin bakım almaları açısından önemli olduğunu vurgulamışlar. Bu refakatçiler, kadınlara soru sorma, kendi fikirlerinin savunucusu olmak ve kendi gelenek ve göreneklerine saygı gösterilmesini sağlama konusunda güç vermiş. Kadınlar bu tür bir bakım aldıklarında, doğum yapmak için kendilerine daha fazla güvenmişler ve yeni toplumlarında daha az "dışlanmış" hissetmişler (düşük güvenilirlikte kanıt) (27).

Mekan-bazlı doğumun engelleri ve kolaylaştırıcılarını inceleyen bir çalışmadan elde edilen kanıtlar, mekanlara (hastane) destekleyici katılımın eksikliği GDODÜ'lerdeki kadınların mekana-dayalı doğum almasının önündeki önemli bir engel olduğunu göstermektedir (orta düzey güvenilirlikte kanıt) (8). Bu incelemede, aile üyelerinin ve geleneksel

**Tablo 3.5 Doğumdaki refakatçilik için gerekli ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel maaşları	<ul style="list-style-type: none"><li>Refakatçilere oryantasyon desteği sağlamak ve refakatçilik hizmetini desteklemek veya yönetmek</li></ul>
Refakatçilerin eğitimi	<ul style="list-style-type: none"><li>Travaya eşlik etme tekniklerini destekleyici oryantasyon oturumu (örneğin, bir aile üyesi veya arkadaş için ikişer saatlik iki oturum) (50)veya eğitilmiş gönüllüler/ doğum danışmanı için 1 veya 2 günlük veya daha uzun bir kurs (49)</li><li>Yenileme kursları</li><li>Katılımcılar için ulaşım maliyetleri ve mekan kiralama dahil olmak üzere diğer eğitim maliyetleri</li></ul>
Malzemeler	<ul style="list-style-type: none"><li>Destekleyici teknikler hakkında bilgi, eğitim ve iletişim materyalleri</li><li>Teşvik</li><li>Bölmeler/perdeler de dahil olmak üzere gizlilik ve gizliliği destekleyen önlemler</li></ul>
Altyapı	<ul style="list-style-type: none"><li>Bir sandalye, giysi değiştirmek için alan, bir tuvalete erişim de dâhil olmak üzere refakatçiler için temel konaklama ihtiyaçları</li><li>Doğum sırasında kadın ve refakatçisi için özel fiziksel alan</li></ul>
Zaman	<ul style="list-style-type: none"><li>Eğitim için refakatçinin zamanı ve travay sürecini desteklemek (örneğin 8-12 saatlik vardiyalar) (49), ücretli veya ücretsiz)</li></ul>
Danışmanlık ve izleme	<ul style="list-style-type: none"><li>Sağlık sisteminde gönüllü ve ücretli refakatçilerin (aile üyesi veya arkadaş olmayanlar) kaydedilmesi, entegre edilmesi, koordine edilmesi ve desteklenmesi sisteminin kurulması</li></ul>

doğum katılımcılarının katılımını sınırlayan kurum politikalarının, birçok kadında kaygıya sebep olduğu belirlenmiştir. Bu inceleme ayrıca, kurumlarda ki önceki negatif doğum deneyimlerinin GDODÜ'lerde birçok kadının bu kurumlarda tekrar doğum yapmaktan vazgeçtiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8).

#### Ek hususlar

Doğum yapan kadınlar için desteğin artırılması ve bir kadının doğum refakatçisi ile ilgili seçim yapmasının kolaylaştırılması, saygılı annelik bakımının (SAB) önemli bir bileşenidir ve insan hakları temelli bir yaklaşıma uygundur (28, 39).

Doğumdaki refakatçilik ile ilgili algı ve deneyimler üzerine yapılan nitel sistematik incelemesinin bulguları (27), GDODÜ'lerde ki kurumlar, aile üyeleri, arkadaşlar veya toplum temelli doğum danışmanı ile doğum yapan kadınlar için refakatçilik sağlayan kurumların, güçlendirme ve savunuculuk yoluyla direk olarak ve kurum-tabanlı doğum yapan kadınların daha fazla alım yoluyla dolaylı olarak eşitliği artırdığını öne sürmektedir. Kaynakların fazla olduğu yerlerde, eğer refakatçiler doğum sırasında medikalizasyonu (örneğin sezaryen, enstrümantal vajinal doğum, epidural kullanım) azaltırlarsa, kadınlar arasında ki eşitlik daha da artırılabilir.

Birçok ülkede, özellikle GDYÜ'lerde, doula isteyen kadınlar kendileri için özel olarak (cepten) ödeme yapar (51). Bu kurumlarda/mekarlarda imkanları kısıtlı kadınlara refakatçi seçme seçeneklerinin artırılması eşitliği artıracaktır.

#### Kabul edilebilirlik

Doğumdaki refakatçilik ile ilgili algı ve deneyimler üzerine yapılan nitel sistematik incelemesi, kadınların doğumdaki refakatçilik tercihlerini araştırmıştır. Doğum için refakatçi isteyen kadınlar, bu kişinin şefkatli, merhametli ve güvenilir olması gerektiğini ifade etmişler. Kadınların ayrıca kendilerine eşlik etmeleri için farklı tercihleri de olmuştur, örneğin, eşleri veya erkek partnerleri, kız kardeşleri, anneleri, kayınvalide, doğum danışmanı veya farklı insanlardan oluşan bir grup. GDYÜ ve GDODÜ kurumlarındaki popülasyonlar arasında ve içinde kadınlar arasındaki bu farklılıklar, kadınlara, kendilerine kimin eşlik etmek istedikleri seçiminin verilmesinin önemini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (27).

#### Uygulanabilirlik

Doğumdaki refakatçilik ile ilgili algı ve deneyimler üzerine yapılan nitel sistematik incelemesi, farklı ortamlarda/kurumlarda doğumdaki refakatçiliğin uygulanmasına yönelik engelleri ve kolaylaştırıcıları araştırmıştır. Sağlık hizmeti sunucuları, kadınlar ve erkek partnerler, özellikle de GDODÜ ortamlarında/kurumlarında, doğum servislerinin fiziksel alan kısıtlamalarını, mahremiyetin korunamayacağı ve hizmetlerin aşırı kalabalık olacağı algılanması nedeniyle, doğum refakatçiliğini uygulamada temel engel olarak vurgulamışlar. Kadın doğum servislerinin genellikle açık kat planları vardır, muhtemelen yatakları ayırmak için sadece bir perde vardır. Bazı durumlarda, kadınlara, servisteki diğer kadınların mahremiyetini korumak için sadece bir kadın arkadaşının yanlarında olmalarına izin verildi ve böylece seçimleri kısıtlandı (yüksek güvenilirlikte kanıt)(27).

Dahası, doğumdaki refakatçiliğin uygulandığı yerlerde, personeller genellikle bu kişinin (refakatçi) kadının destek ekibine nasıl entegre edileceği konusunda eğitilmemiştir. Bu durum, personel,

refakatçi ve/veya kadın arasında çatışmaya veya refakatçinin/doğum danışmanının “engellenen” olduğu hissine yol açabilir (orta düzey güvenilirlikte kanıt) (27).

**Tablo 3.6 Kararların özeti: Doğumdaki refakatçiliğin normal uygulama ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	- Orta	✓ Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma Yok			- Çok düşük	- Düşük	✓ Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya Değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	-- Klasik uygulamaya uygun	- Muhtemelen normal uygulamaya uygun	- Normal uygulamaya veya doğum refakatçiliğine uygun değil	- Muhtemelen doğum refakatçiliğine uygun	✓ Doğum refakatçiliğine uygun
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma Yok			- Çok düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Klasik uygulamaya uygun	- Muhtemelen normal uygulamaya uygun	- Normal uygulamaya veya doğum refakatçiliği uygun değil	- Muhtemelen doğum refakatçiliğine uygun	- Doğum refakatçiliğine uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	✓ Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.1.4 Bakımın Sürekliliği

#### ÖNERİ 4

**Seçtiği (bildiği) bir ebe veya küçük bir ebe grubunun doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçleri boyunca kadını desteklediği ebe liderliğindeki bakım süreçleri (Midwife-led-continuity of care) modelleri, gebe kadınlar için iyi işleyen ebelik programlarına sahip ortamlar önerilmektedir. (İçeriğe özel öneri)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün pozitif gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerileri ile* birleştirilmiştir (35).
- Bilinen ve güvenilir bir ebenin (vaka-sorumlu ebesi) ya da bilinen ebelerin (takım ebesi) küçük bir grubunun, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası boyunca kadını desteklediği bakım modeli olan Ebe liderliğinde bakımın sürekliliği (Midwife-led continuity-of-care-MLCC) sağlıklı bir gebelik ve doğum ve sağlıklı ebeveynlik uygulamalarını kolaylaştırmak için bakım modelidir.
- MLCC modelleri karmaşık müdahalelerdir ve bu olumlu sonuçları yaratabilecek etki yolunun bakımın sürekliliği, ebelik bakımı felsefesi veya her ikisi de olup olmadığı belirsizdir. MLCC modellerinin doğasında bulunan ebelik felsefesi, diğer bakım modellerinde standart ebe uygulamalarında geçerli olabilir veya olmayabilir. İyi işleyen bir ebelik programlarının olmadığı ortamlarda politika yapıcılar, bu modeli ancak pratisyen ebelerin sayısını başarılı bir şekilde artırdıktan (ve kaliteyi iyileştirdikten) sonra uygulamayı düşünmelidir. Ayrıca, paydaşlar ebeler dışındaki bakım vericiler aracılığıyla sürekli bakım sağlama yollarını değerlendirmek isteyebilirler, çünkü kadınlar bakımın sürekliliğine değer verir.
- Panel, bu bakım modeliyle, kaynakların kullanımının ve bakım sağlayıcıların tükenmişlik ve iş yükünün izlenmesi, bakım modellerinin bireysel düzenlenmesinin daha sürdürülebilir olup olmadığını belirlemek için tek başına ya da ekibin önemli olduğunu belirtmiştir.
- MLCC, iyi eğitilmiş ebelerin, her kadına gebeliği boyunca ve doğum sırasında küçük bir grup ebe veya bir ebenin ulaşabilmesi için yeterli sayıda ebenin bulunmasını gerektirir. Dolayısıyla bu model, sağlık sisteminin makul vaka yükleriyle yeterli sayıda ebeye erişimini sağlamak için kaynaklarda bir değişiklik gerektirebilir.
- MLCC'nin tanıtımı, ebelerin ve doğum öncesi ve doğum sonrası bakımdan daha önce sorumlu olan diğer sağlık profesyonellerinin rol ve sorumluluklarında bir değişime yol açabilir. Durum böyle olduğunda, ilgili tüm paydaşlara danışılır ve insan kaynakları departmanları dahil edilirse uygulamanın daha etkili olması muhtemeldir. Bazı ortamlarda, profesyonel kuruluşlarla hükümet düzeyinde danışma da uygulama sürecine yardımcı olabilir.
- İlave bir kerelik veya sürekli eğitim ve öğretim ihtiyacı değerlendirilmeli ve gerekli eğitim sağlanmalıdır.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar, aşağıdaki adreste bulunan kaynak rehberde bulunabilir. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf>



## 3.2 Doğumun birinci evresi

### 3.2.1 Doğumun birinci evresinde latent ve aktif fazın tanımları

#### ÖNERİ 5

Uygulamada doğumun birinci evresinin latent ve aktif faz için aşağıdaki tanımlarının kullanılması önerilir.

- Birinci evrenin latent fazı, ilk ve sonraki doğumlar için, ağırlı uterus kasılmaları ve 5 cm'ye kadar yavaş ilerleyen dilatasyon ve efasman ile birlikte ortaya çıkan servikal değişiklikler ile karakterize edilen bir süredir. (Önerilir)
- Birinci evrenin aktif fazı, ilk ve sonraki doğumlar için, düzenli ağırlı uterus kasılmaları, önemli derecede servikal efasman ve 5 cm'den tam dilatasyona kadar daha hızlı ilerleyen servikal dilatasyon ile karakterize edilen bir süredir. (Önerilir)

#### Görüşler

- RGG, "latent birinci evre" (veya "latent faz") bazen "erken" veya "pasif" ilk evre olarak tanımlandığını kabul etti. Bununla birlikte, bu grup en eski ve en tanınmış terminoloji olduğu için "latent birinci evre" (ya da "latent faz") kullanmaya devam etmekten yanadır ve yeni bir terimin tanıtılması ek bir eğitim gerektirmektedir. Benzer şekilde, birinci evre sırasında doğumun ilerleyici dönemini tanımlamak için "aktif birinci evre" (veya aktif faz) kullanılması "yerleşmiş" doğum gibi diğer terimlere tercih edilir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının tanımları

Doğumun birinci evresinin farklı fazlarının tanımlarının kullanımına dayanan doğumun sonuçlarını spesifik olarak araştıran hiçbir çalışma tespit edilmemiştir. Doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının başlangıcına ilişkin kanıtlar üç sistematik derlemeden elde edilmiştir: (i) doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının başlamasını ve özelliklerini inceleyen sistematik bir derleme incelemesi, araştırma bağlamında ve klinik uygulamada tanımlanan, sağlıklı gebe kadınların doğumunu kendiliğinden başlaması ve bu tanımların temelini oluşturan bilimsel gerekçe (14); (ii) doğum süresini inceleyen sistematik bir inceleme, ki bu çalışma ayrıca doğum fazlarının tanımlarını da değerlendirmiştir (52) ve (iii) servikal dilatasyonun hızlı ilerlemesinin başlangıcında belirtildiği gibi aktif fazın başlangıcı için dilatasyon eşiğine dair kanıt sağlayan servikal dilatasyon paternlerinin sistematik olarak inceleyen bir çalışma (53).

İlk review (14) 62 çalışmayı içermektedir. Bunlarda 24'ü gelişmemiş-gelişmekte olan ülkelerde- diğerleri gelişmiş ülkelerde yapılmıştır: Avustralya (1 çalışma), Avusturya (1), Bahreyn (1), Kanada (1), Fransa (1), Almanya (6), Hindistan (1), İran (3), İrlanda (1), İsrail (2), İtalya (4), Ürdün (1), Kuveyt (1), Yeni Zelanda (1), Nijerya (4), Norveç (3), Pakistan (1), Filipinler (1), Suudi Arabistan (1), Güney Afrika (2), Kore Cumhuriyeti (2), İsveç (1) ve ABD (22). Çalışmaların çoğu 2005-

2013 yılları arasında yayınlanmıştır. Bu çalışmalar, retrospektif kohort çalışmaları (29), prospektif kohort çalışmaları (18) ve rastgele seçilmiş kontrollü araştırma (RCT) (7), geri kalan çalışmalar sırasında (8) bir dizi nitel, vaka kontrol, karma yöntem veya diğer araştırma metodları kullanmıştır.

İkinci sistematik inceleme (52) 37 çalışma içermekte olup bunlardan 17'si gelişmemiş-gelişmekte ve gelişmiş ülkelerde yapılmıştır (Çin, Kolombiya, Hırvatistan, Mısır, Finlandiya, Almanya, İsrail, Japonya, Kore Cumhuriyeti, Myanmar, Nijerya, Norveç, Tayvan [Çin], Uganda, Birleşik Krallık, ABD ve Zambiya) ve farklı etnik kökenlere ve sosyo-ekonomik statüye sahip 200.000'den fazla kadını kapsamaktadır. Bu çalışmalar öncelikle spontan doğum ile başvuran ve komplikasyon gelişme riskinin düşük olduğu düşünülen kadınlar arasında doğumun faz ve evrelerinin süresini değerlendirmiş ve ikincil olarak, dahil edilen çalışmalarda izlenen, doğum evrelerinin fazlarının tanımlarını değerlendirmişlerdir.

Üçüncü sistematik inceleme (53) Çin (2 çalışma), Japonya (1 çalışma), Nijerya ve Uganda (her iki ülkede 1 çalışma) ve ABD'de (3 çalışma) yapılan yedi gözlemsel çalışmayı içermektedir. Çalışmalar, spontan doğum başlangıcı, vajinal doğum ve olumsuz perinatal sonuçları olmayan 99712 "düşük riskli" kadın için veri rapor etmiş ve servikal dilatasyonun doğumun birinci evre boyunca santimetre santimetre ilerlemesi için gereken süreyi ve ilgili bir servikal dilatasyon seviyesinden diğerine değişim hızını (eğim) değerlendirmiştir.

## Bulgular

**Latent faz başlangıcı ve özellikleri:** İlk reviewde doğumun birinci evresinin latent fazını tanımlayan 13 çalışmanın tamamı düzenli ağırlı uterus kasılmalarının varlığını, 11 tanesinde tanımında servikal dilatasyonu içermiştir. Üç çalışma (%23) latent fazın başlangıcında 8-10 dakikada bir en az bir ağırlı uterus kasılması olması gerektiğini ve bir çalışmada 10 dakikada bir en az iki ağırlı kasılma olması gerektiğini belirtmiştir; bu çalışmaların hiçbirinin tanımında her bir kasılmanın süresi belirtilmemiştir. Latent faz başlangıcı sıklıkla, 4 cm'den küçük servikal dilatasyon olarak tanımlanmıştır (7 çalışma); ancak, üç çalışmada ve bir çalışmada sırasıyla 3 cm'den küçük ve 2 cm'ye eşit veya daha küçük olarak tanımlandı. Bir çalışma, pariteye göre latent fazın sonu tanımlanmıştır, bu da 3 cm'lik bir servikal dilatasyonun nullipar (hiç doğum yapmamış) kadınlar için latent fazın sonunu ve doğum yapmış kadınlar için 4 cm olduğunu göstermiştir. Az sayıda çalışmanın tanımlarında fizyolojik belirtileri (örneğin "kanlı nişane" ve amniyotik sıvı sızıntısı) içermektedir.

İkinci reviewde altı çalışma, latent fazı, 2.5 cm'den az, 3 cm'den az veya 4 cm'den az olmak üzere tutarsız servikal dilatasyon ölçümleri kullanarak tanımlamışlardır. Bir çalışma, latent fazı "hastaneye başvurudan önce doğumun süresi" olarak tanımlarken, bir diğerinde "düzenli kasılmaların başlangıcından muayene zamanına kadar geçen süre, yani servikal dilatasyonun eğiminin >1.2 cm/saat olduğu ana kadardır".

Üçüncü reviewde, latent fazın tanımı ile ilgili ek bilgi vermemektedir.

**Aktif faz başlangıcı ve özellikleri:** İlk reviewde, doğumun birinci evresinin aktif fazını tanımlayan 33 çalışmanın 20'si (%60) düzenli ağırlı uterus kasılmalarının varlığını içerirken, 27 (%82) çalışma servikal dilatasyonu içermiştir. Tanımın bir parçası olarak kasılmalar da dahil olmak üzere ağırlı uterus kasılmalarının sıklığı çalışmalar arasında büyük ölçüde belirtilmemiştir, ancak altı çalışmada 10 dakikada en az 2-3 kasılma olarak tanımlanmıştır. Bir çalışma, aktif doğum başlangıcının 20-25 saniye uzunluğunda kasılmalar ile karakterize edildiğini, iki çalışma da aktif fazdaki kasılmaların 40 saniyeden uzun olması gerektiğini belirtmiştir.

Aktif fazın başlangıcı, sıklıkla, 4 cm veya daha fazla servikal dilatasyon olarak tanımlanmıştır (14 çalışma); bununla birlikte, sırasıyla 2 ve 10 çalışmada 2 cm veya daha fazla ve 3-4 cm tanımları kullanılmıştır. Dört çalışma, aktif fazın başlangıcını serviksın saatte 1 cm'den fazla genişlemeye başladığı nokta olarak karakterize etmiştir. Altı çalışma, aktif doğumun başlamasının tanımında, servikal silinme yer almış

ve bunun en az %75 ila %100 olduğunu göstermiştir. İki çalışma, aktif fazın başlangıcındaki tanımlarında fizyolojik bulguları (örn. "nişanenin görülmesi" ve amniyotik sıvı akıntısı) içermiştir.

İkinci reviewde 11 çalışma; 1.5 cm (1 çalışma), 2.5 cm (1 çalışma), 3 cm (1 çalışma), 4 cm (6 çalışma) veya 5 cm (1 çalışma) servikal dilatasyon eşiklerine dayanarak aktif fazın başlangıcı tanımlaması hakkındaki bilgiler birbirinden tutarsızdır. Bir çalışmada aktif faz, hastaneye varış zamanından itibaren tam servikal dilatasyona ulaşmak için harcanan zaman olarak tanımlanmıştır. Tüm çalışmalar tutarlı olarak aktif fazın sonunu 10 cm olarak tanımlamıştır.

Üçüncü reviewde, nullipar (hiç doğum yapmamış) kadınlarda servikal dilatasyonun 1 cm kadar ilerlemesi için karma medyan süre, medyan dilatasyon hızı 1.09 cm/saat olduğunda 5 cm'lik bir dilatasyona ulaşılan kadar 1 saatten daha uzundur (6 çalışma, 42648 kadın). Daha hızlı servikal dilatasyon ilerlemesine geçiş 5 ila 6 cm arasında başlamıştır, daha sonra medyan dilatasyon oranı iki katına çıkmıştır. Benzer şekilde, doğum yapmış kadınlarda (parite  $\geq$  1) servikal dilatasyonun 1 cm kadar ilerlemesi için karma medyan süre, medyan dilatasyon oranı 1.49 cm/saat olduğunda 5 cm'lik bir dilatasyona ulaşılan kadar 1 saatten daha uzundur (3 çalışma, 56 823 kadın).

### Ek hususlar

Latent fazın herhangi bir tanımının temelini veya etkisinin doğum sonuçları üzerindeki etkisini destekleyen hiçbir kanıt yoktur. Fakat en az 5 cm'lik servikal dilatasyon eşiği ile tanımlanan aktif fazın başlangıcı, spontan doğum ve normal perinatal sonuçları olan kadınları içeren bir review çalışmasına dayanıyordu (53).

### Değerler

İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların incelenmesinden elde edilen bulgular (23) çoğu kadının, anne ve bebek için iyi sonuçlarla sonuçlanacak normal bir doğum istediklerini göstermektedir.

### Ek hususlar

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların doğumun fazlarını tanıma olasılığının sağlık personellerine göre daha az olduğunu göstermektedir (54) ve başa çıkma yetenekleri, yaşanan ağrı düzeyi, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyi de dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksektir (55).



**Tablo 3.7 Doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının yeni tanımlarının benimsenmesi için ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Sağlık hizmeti sunucuları (sağlık personelleri) için, doğumun birinci evresinin latent fazı hakkında hastane içi ve servislerde destek tedavisi hakkındaki bilgilerini arttırmak için uygulamaya dayalı eğitim</li></ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet öncesi eğitimde olanlar için revize edilmiş eğitim rehberleri ve klinik protokoller</li><li>■ Kadınlar için, latent ve aktif fazların başlangıcını ve değerlendirme için bir sağlık kuruluşuna ne zaman gitmeleri gerektiğini içeren eğitim materyalleri</li><li>■ Aktif fazın başlangıç noktasını gösteren gözden geçirilmiş kağıt partografi</li></ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Tüm kadınların doğum evresine bakılmaksızın doğrudan hastaneye kabul edildiği durumlarda, 5 cm'lik servikal dilatasyona ulaşmadan önce kadınlara gerekli destekleyici bakımın (örneğin ağrıyı azaltıcı) sağlanabileceği doğum/doğum öncesi servisinde yeterli yatak sağlanması</li></ul>
<b>Danışmanlık ve İzleme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Aktif fazın yeni tanımının uygulanmasına ilişkin sonuçların düzenli olarak denetlenmesi ve sonuçlarının gözden geçirilmesi ile sürekli denetim ve izleme</li></ul>

### Kaynaklar

Doğumun birinci evresinin fazlarının tanımları hakkında doğrudan ilişkili olarak kaynak gereksinimleri hakkında review kanıtı yok.

### Ek hususlar

5 cm'lik servikal dilatasyon eşliğinin, doğumun birinci evresinin aktif fazının başlangıcı için bir ölçüt olarak uygulanması, uygun maliyetli olabilir, çünkü doğum ve doğumu hızlandırmak için müdahalelerin kullanımını (sezaryen, oksitosin artırılması) ve buna bağlı müdahaleleri (örn. kardiyotokografi, ağrı kesici, antibiyotikler) azaltma potansiyeline sahiptir. Bu durum, doğumun aktif fazında (4 cm veya daha az bir eşığe dayanarak) kabul edilen kadınlarda latent faz ile karşılaştırıldığında, maternal veya perinatal morbiditeyi arttırmadan doğum müdahaleleri daha az olduğunu gösteren gözlemsel çalışmalardan elde edilen kanıtlarla desteklenmektedir. Aktif fazın başlaması için yeni 5 cm'lik eşik, müdahale olasılığını daha da azaltabilirken, doğum servisinin altyapısının yeniden düzenlenmesi, doğum servisinin kabul politikalarının revizyonu ve yeni tanımın pratikte uygulayabilmeleri için sağlık personellerine yapılacak eğitimler nedeni ile sağlık bakım maliyetlerini de artırabilir.

### Eşitlik

Eşitlik üzerindeki etkisine dair bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek hususlar

Aktif birinci evre için standart bakım, kadın 5 cm servikal dilatasyon eşğine ulaştıktan sonra uygulanırsa, sezaryen ve doğum eyleminin oksitosin ile yönetimi, azaltılabilir ve oldukça gereksiz müdahalelerdir.

### Kabul edilebilirlik

Doğumun birinci evresinin herhangi bir tanımının paydaşlar -kadın ve sağlık personelleri -için kabul edilebilirliğine dair doğrudan kanıt yok.

### Ek hususlar

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, doğumun fazlarının tanımlanması ve zaman kısıtlaması, konusunda kadınlar, sağlık personellerinden daha az tanımakta olduğunu göstermektedir (54) ve başa çıkma yetenekleri, yaşanan ağrı düzeyi, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyi de dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksektir (55). Servikal dilatasyonun 4 cm. olması yaygın olarak benimsenmiş ve doğumun birinci evresinin latent fazının sınırı olarak uygulamada yıllardır kullanıldığı göz önüne alındığında, klinisyenler tarafından yeni bir tanımın kabulünün hızlı olması beklenmemektedir.

### Uygulanabilirlik

Bu tanımları, doğum servisi protokollerinde benimseme veya uygulanabilirliği hakkında doğrudan bir kanıt yok.

### Ek hususlar

Doğum protokollerinde aktif birinci evrenin başlangıcını tanımak için yeni bir eşik uygulanması, doğumun birinci evresinin herhangi bir fazında tüm kadınların kabul edildiği servislerde nispeten daha rahat olabilir. Fakat, bunun, kadınların sadece aktif birinci evrede kabul edildiği servislerde, bakımın yeniden yapılanma ihtiyacı nedeniyle, bazı zorlukların yaşanması muhtemeldir.

**Tablo 3.8 Kararların özeti: Doğumun birinci evresi için mevcut tanımlarla karşılaştırıldığında yeni tanımların benimsenmesi**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Mevcut sınırları destekler	- Muhtemelen mevcut tanımları destekler	- Ne yeni ne de mevcut tanımları destekler	✓ Muhtemelen yeni tanımları destekler	- Sınırların arttırılmasına destekler
Gerekli Kaynaklar	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Mevcut sınırları uygun	- Muhtemelen mevcut tanımlara uygun	- Ne yeni ne de mevcut tanımlara uygun	- Muhtemelen yeni tanımlara uygun	- Sınırların arttırılmasına uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.2 Doğumun Birinci evresi süresi

#### ÖNERİ 6

**Kadınlar, birinci evrenin latent fazının süresinin belli olmadığı konusunda ve bunun büyük ölçüde bir kadından diğerine göre farklılık gösterebileceği hakkında bilgilendirilmelidir. Bununla birlikte, aktif fazın süresi (5 cm'den tam servikal dilatasyona kadar) genellikle ilk doğumlarda 12 saatten fazla ve sonraki doğumlarda da 10 saatten fazla sürmez. (Önerilir)**

#### Görüşler

- RGG, travay sürecinin gerçek başlangıç anını tespit etmedeki zorluktan ötürü, doğum eyleminin birinci evresinin latent fazının süresi hakkındaki kanıtların çok düşük olduğu gerçeğini kabul etmiştir. Ve travay sürecinde latent faz için standart bir süre belirlememe kararını vermişlerdir.
- Doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazı için öngörülen süre, eylemin başlangıcında kullanılan eşik kaynağına bağlıdır. Aktif faz için belirlenen sürenin sınırları, servikal dilatasyonun 5 cm'den 10 cm'e kadar ilerleme süresine ilişkin verilere %95 oranında dayanarak belirlenmiştir.
- Başlangıç noktası 5 cm. servikal dilatasyon referans olarak alındığında, aktif fazın medyan süresi ilk doğumlarda 4 saat, ikinci ve sonraki doğumlarda da 3 saattir.
- RGG, doğumun birinci evresi uzadığında müdahale etme kararının yalnızca süreye dayandırılmaması gerektiğini vurgulamaktadır.
- Sağlık bakım uzmanları, her kadının doğal üreme sürecine göre doğum yaşamaları için spontan doğum eylemi olan gebeleri, ilerleyen servikal dilatasyon olması ve beklenen travay sürecinin öngörülen sınırlarda olması koşulu ile anne ve bebeğin durumunu güvence altına alarak, doğum süresini kısaltmak için müdahalelerde bulunmadan desteklemelidir.
- Sağlık bakım uzmanları, sağlıklı gebe kadınlara doğum süresinin oldukça değişken olduğunu ve bireysel fizyolojik süreçlerine ve gebelik özelliklerine bağlı olduğunu bildirmelidir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Doğum eyleminin birinci evresinin süresi

Kanıtlar, komplikasyon riski olmayan kadınlarda spontan doğum süresini değerlendiren 37 çalışmanın sistematik bir incelemesinden elde edilmiştir (52). Çalışmalar 1960 ile 2016 yılları arasında farklı etnik kökenlerden ve sosyo-ekonomik statüden 200.000'den fazla kadını içeren 17 düşük, orta ve yüksek gelirli ülkede (Çin, Kolombiya, Hırvatistan, Mısır, Finlandiya, Almanya, İsrail, Japonya, Kore, Myanmar, Nijerya, Norveç, Tayvan, Uganda, Birleşik Krallık, ABD ve Zambiya) yayınlanmıştır. Dahil edilen çalışmaların çoğu (34) üçüncü basamak hastanelerde gerçekleştirilmiştir. Araştırmalarda amniyotomi, oksitosin augmentasyonu, epidural analjezi ve hem nullipar hem de multipar kadınlarda enstrümantal vajinal doğum gibi doğum eyleminde yapılan girişimler geniş çapta farklılıklar göstermiştir. Ayrıca, ilk evrede sezaryen oranının %1'den az olduğu çalışmaların da, araştırmaya dahil edilmesine dikkat edilmiştir. Çalışmalar, araştırma evreninin özelliği, doğum eyleminde ki müdahalelerin ve

doğum eyleminin farklı evrelerinin başlangıcına ilişkin tanımlamaların çeşitliliğinden dolayı birleştirilmemiştir.

##### Bulgular

**Nulliplarlarda latent faz:** Tablo 3.9'da gösterildiği gibi, iki çalışmadan elde edilen çok düşük kesinlikte kanıtlar, herhangi bir yüzdelik dağılım göstergesi olmadan, doğum eyleminin birinci evresinin latent fazının medyan süresinin 6.0-7.5 saat olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmalardan biri latent fazı, düzenli kasılmaların başlangıcından doğum eyleminin ilerleyişinin saatte 1.2 cm'den fazla olduğunun kaydedildiği süreç olarak tanımlarken, diğer çalışma latent fazı 'doğum eyleminin prezentasyondan önceki süresi' olarak tanımlamıştır. (Hastanede)

Latent fazın süresini ortalama ve standart sapmalarla sunan iki çalışmadan elde edilen çok düşük kesinlikte kanıtlar, sırasıyla 10.3 ve 11.5 saat tahmini istatistiksel olarak ("en yüksek") üst sınırlarla, 5.1 ve 7.1 saat ortalama süreleri belirtmiştir. Bu iki çalışmadan biri latent fazı hastaneye yatıştan 4 cm servikal

**Tablo 3.9 Nullipar ve multipar kadınlarda doğum eyleminin birinci evresinin latent fazının süresi**

NULLİPAR KADINLAR						
Çalışma	N	Kabul edilen servikal dilatasyon medyanı (cm)	Tanımlanan refereans noktalar	Medyan süre (h)	%5'lik dilim (h)	%95'lik dilim (h)
Peisner 1985 (56)	1544	0.5	Bildirilen kasılmaların başlangıcından doğum eyleminin eğiminin kaydedildiği sürece kadar > 1.2 cm/h	7.5	RE	RE
Ijaiya 2009 (57)	75	5.0	Doğum eyleminin prezentasyondan önceki süresi	6.0	RE	RE
		Kabul edilen servikal dilatasyon medyanı (cm)	Tanımlanan refereans noktalar	Ortalama Süre (h)	SD	+2 SD (h)
Juntunen1994(58)	42	RE	Tanımlanmamış	5.1	3.2	11.5
Velasco 1985 (59)	74	RE	Başlangıçtan 4cm'e kadar	7.1	1.6	10.3
MULTİPAR KADINLAR						
Çalışma	N	Kabul edilen servikal dilatasyon medyanı (cm)	Tanımlanan referans noktalar	Medyan süre (saat)	%5'lik dilim (h)	%95'lik dilim (h)
Peisner 1985 (P = 1) (56)	720	4.5	Bildirilen kasılmaların başlangıcından doğum eyleminin eğiminin kaydedildiği sürece kadar > 1.5 cm/h	5.5	RE	RE
Peisner 1985(P≥1) (56)	581	4.5	Bildirilen kasılmaların başlangıcından doğum eyleminin eğiminin kaydedildiği sürece kadar > 1.5 cm/h	4.5	RE	RE
Ijaiya 2009 (57)	163	6.0	Doğum eyleminin prezentasyondan önceki süresi	5.0	RE	RE
Çalışma	N	Kabul edilen servikal dilatasyon medyanı (cm)	Tanımlanan refereans noktalar	Ortalama Süre(h)	SD	+2 SD (h)
Juntunen 1994 (P=2/3) (58)	42	RE	Tanımlanmamış	3.2	2.3	7.8 <sup>a</sup>
Juntunen 1994 (GM) (58)	42	RE	Tanımlanmamış	2.2	1.6	5.4 <sup>a</sup>
Velasco 1985 (59)	37	RE	Başlangıçtan 4cm'e kadar	5.7	1.5	8.7 <sup>a</sup>

GM: grand multiparite; h:saat; RE: rapor edilmemiş; P:parite; SD:standart sapma; <sup>a</sup>Sistemik derleme yazarları tarafından değerlendirilen veri

Kaynak: Abalos ve ark., 2018 (52).

dilatasyona kadar olan süreç olarak bildirirken diğeri herhangi bir referans noktası belirtmemiştir.

**Multiparlarda latent faz:** Rapor edilen veri, çok düşük kesinlikte kanıt içeren iki çalışma, latent fazın medyan sürelerini 4.5 ve 5.5 saat olarak raporlamışlardır (Tablo 3.9). Bununla birlikte yüzdeler dağılımlar bildirilmemiştir. Bu çalışmalardan biri latent fazı, düzenli kasılmaların başlangıcından doğum eyleminin eğiminin saatte 1.2 cm'den fazla olduğunun kaydedildiği süreç olarak tanımlarken, diğer çalışma latent fazı 'doğum eyleminin prezentasyondan önceki süresi' olarak tanımlamıştır. (Hastanede)

Latent fazın süresini ortalama ve standart sapmalarla sunan iki çalışmadan elde edilen çok düşük

kesinlikte kanıtlar, 2.2 ila 5.7 saat arasında değiştiğini ve istatistiksel ("en yüksek") üst sınırlarla, 5.4 ve 8.7 saat olarak tahmin edildiğini belirtmiştir. Bu çalışmalardan biri latent fazı, hastaneye yatıştan 4 cm. dilatasyona kadar geçen süre olarak tanımlamıştır.

**Nulliparlarda aktif faz:** Tablo 3.10a, doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazının başlaması ve tamamlanmasında kullanılan referans noktalarına göre medyan doğum süresini göstermektedir. İki çalışmada yapılan orta düzeyde kesinliğe sahip kanıtlar, başlangıç referans noktası 4 cm. iken aktif fazın medyan süresinin 3,7-5,9 saat olduğunu göstermektedir (% 95'lik eşik değeri 14.5-16.7 saat).

**Tablo 3.10a Aktif birinci evrenin süresi: Nullipar kadınlarda**

Çalışma	N	Doğum eyleminde girişimler		Epidural (%)	Referans Nokta (cm)	Medyan Süre (saat)	%5'lik dilim (saat)	%95'lik dilim (saat)
		Amniyotomi (%)	Oksitosin (%)					
Zhang 2010 (17)	8690	RE	20	8	4–10	3.7	RE	16.7
Zhang 2010 (16)	5 550	RE	47 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	4 (veya 4.5)–10	5.3	RE	16.4
Oladapo 2018 (62)	715	RE	40 <sup>a</sup>	0.0	4–10	5.9	2.4	14.5
Zhang 2010 (16)	2 764	RE	47 <sup>a</sup>	84 <sup>a</sup>	5 (veya 5.5)–10	3.8	RE	12.7
Oladapo 2018 (62)	316	RE	40 <sup>a</sup>	0.0	5–10	4.3	1.6	11.3
Oladapo 2018 (62)	322	RE	40 <sup>a</sup>	0.0	6–10	2.9	0.9	9.3
						<b>Ortalama süre (h)</b>	<b>SD (h)</b>	<b>+2SD (h)</b>
Albers 1996 (63)	347	RE	0.0	RE	4–10	7.7	5.9	19.4
Albers 1999 (64)	806	0.0	0.0	RE	4–10	7.7	4.9	17.5
Jones 2003 (65)	120	RE	0.0	0.0	4–10	6.2	3.6	13.4
Juntunen 1994 (58)	42	57.1	0.0	42.9	4–10	3.1	1.5	6.1 <sup>b</sup>
Velasco 1985 (59)	74	0.0	0.0	0.0	4–10	3.9	1.6	7.1 <sup>b</sup>
Schiff 1998 (66)	69	RE	NR	RE	4–10	4.7	2.6	9.9 <sup>b</sup>
Kilpatrick 1989 (67)	2 032	RE	0.0	0.0	RE	8.1	4.3	16.7 <sup>b</sup>
Lee 2007 (68)	66	RE	NR	0.0	RE	3.6	1.9	7.4 <sup>b</sup>
Schorn 1993 (69)	18	RE	18.0	RE	RE	15.4	6.6	28.6

RE: Rapor edilmemiş; SD: standart sapma; aAraştırma örnekleme alınan grup; bSistemik inceleme yazarlarının değerlendirdiği değerler

Kaynak: Abalos ve ark., 2018 (52).

Başlangıç referans noktası 5 cm. olduğunda ise medyan süre 3,8–4,3 saat olarak belirlenmiştir (Yüzde 95lik eşik değeri 11.3-12.7 saat). Başlangıç referans noktasını 6 cm. olarak bildiren tek çalışma, aktif fazın medyan süresini 2,9 saat ve 95. yüzdelik süreyi 9,5 saat olarak bildirmiştir.

Orta düzeyde kesinliğe sahip kanıtlar, dilatasyonun 3.1-8.1 saat arasında olduğunu, 7.1-19.4 saatlik istatistiksel üst sınırlarla 4 cm'den 10 cm. dilatasyona kadar ilerlediğini raporlama çalışmalarında bildirmiştir. Bir çalışma, 3 cm'lik başlangıç referans noktasıyla aktif faz için ortalama süreyi 4.7 saat ve 9.9 saatlik istatistiksel olarak üst limitleri bildirmiştir.

Ancak, incelemeye başlangıç referans noktası 5 veya 6 cm. olan aktif fazın ortalama süresini bildiren hiçbir çalışma dahil edilmemiştir.

**Multiparlarda aktif faz:** Tablo 3.10b'ye göre, iki çalışmadan elde edilen orta düzeyde kesinliğe sahip kanıtlar, bir ve birden fazla doğum yapan kadınlarda başlangıcı 4 cm. olarak belirlenen aktif fazın medyan süresini %95'lik eşik değeri 13.0-14.2 saat aralıklarda olmak üzere 2.2-4.7 saat olarak belirtmektedir. Referans noktaları 5 cm'den başlayan aktif faz ile, bir ve birden fazla doğum yapan kadınlar için ayrı ayrı veri sunan bir çalışma, sırasıyla 3.4 ve 3.1 saat süren medyan süreleri ve yüzde 95 lik eşik değerleri 10.1 ve

**Tablo 3.10a Aktif birinci evrenin süresi: Nullipar kadınlarda**

Çalışma	N	Doğum eyleminde girişimler		Epidural (%)	Referans Nokta (cm)	Medyan Süre (saat)	%5'lik dilim (saat)	%95'lik dilim (saat)
		Amniyotomi (%)	Oksitosin (%)					
Zhang 2010 (P = 1) (17)	6 373	NR	20.0	11	4-10	2.4	NR	13.8
Zhang 2010 (P = 2+) (17)	11 765	NR	12.0	8	4-10	2.2	NR	14.2
Oladapo 2018 (P = 1) (62)	491	NR	29.8a	0.1	4-10	4.6	1.7	13.0
Oladapo 2018 (P = 2+) (62)	626	NR	26.7a	0.0	4-10	4.7	1.7	13.0
Oladapo 2018 (P = 1) (62)	292	NR	29.8a	0.1	5-10	3.4	1.2	10.1
Oladapo 2018 (P = 2+) (62)	385	NR	26.7a	0.0	5-10	3.1	0.9	10.8
Oladapo 2018 (P = 1) (62)	320	NR	29.8a	0.1	6-10	2.2	0.6	7.5
Oladapo 2018 (P = 2+) (62)	414	NR	26.7a	0.0	6-10	2.4	0.8	7.4
						<b>Ortalama süre (h)</b>	<b>SD (h)</b>	<b>+2SD (h)</b>
Albers 1996 (63)	602	NR	NR	NR	4-10	5.7	4.0	13.7
Albers 1999 (64)	1 705	0.0	0.0	0.0	4-10	5.6	4.1	13.8
Jones 2003 (65)	120	NR	0.0	0.0	4-10	4.4	3.4	11.6
Juntunen 1994 (P = 2/3) (58)	42	69.0	0.0	2.4	4-10	2.7	1.4	5.5b
Juntunen 1994 (GM) (58)	42	71.4	0.0	9.5	4-10	2.8	1.5	5.8b
Velasco 1985 (59)	37	0.0	0.0	0.0	4-10	2.1	1.4	4.9b
Schiff 1998 (66)	94	NR	NR	NR	NR	3.3	1.9	7.1b
Kilpatrick 1989 (67)	3 767	NR	NR	0.0	NR	5.7	3.4	12.5
Schorn 1993 (69)	30	NR	18.0	NR	Not defined	13.2	5.3	23.9

RE: Rapor edilmemiş; SD: standart sapma; aAraştırma örnekleme alınan grup; bSistemik inceleme yazarlarının değerlendirdiği değerler

Kaynak: Abalos ve ark., 2018 (52).

10.8 saat olarak bildirmiştir. Aynı çalışma, aktif faz için başlangıç referans noktası 6 cm. olduğunda sırasıyla 2.2 ve 2.4 saatlik medyan süreleri ve yüzde 95 lik eşik değerlerini 7.5 ve 7.4 saat olarak bildirmiştir.

Orta kesinlik düzeyinde kanıt sunan araştırmalarda aktif fazın referans başlama noktası 4 cm. olarak alındığında, doğum eyleminin ortalama süresinin 4,9-13,8 saat arasındaki istatistiksel olarak üst sınırlarla 2,1-5,7 saat olduğu belirtilmektedir. Bu kategorideki diğer iki çalışma aktif faz için başlangıç noktalarını belirtmemiştir.

Herhangi bir müdahalenin (augmentasyon, enstrümantal vajinal doğum ve ikinci evre sezaryen)

yapıldığı çalışmaların alınmadığı duyarlılık analizleri, 4 cm'den başlayan aktif faz için benzer ortalama süreleri göstermektedir. Bu duyarlılık analizleri medyan doğum süresini bildiren çalışmaları içermemektedir.

#### Ek hususlar

Doğum eyleminin birinci evresinin latent fazının ortalama ve medyan sürelerinin raporlandığı araştırmalar değerlendirildiğinde, latent fazın başlangıcına ilişkin tanımlamaların çok değişken olduğu görülmektedir. Nullipar ve multipar kadınlarda latent fazın süresine ilişkin kanıtların çok

düşük kesinliğine rağmen, elde edilen veriler bu araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan Friedman'ın "normal" doğum süresi (60, 61) konusundaki öncü çalışmasındaki gözlemlerle olumlu bir şekilde benzetilmektedir. Friedman, nullipar kadınlarda latent fazın süresini ortalama 8.6 saat, medyan 7.5 saat ve istatistiksel olarak en yüksek 20.6 saat olarak bildirmiştir; ve multipar kadınlarda ortalama 5.3 saat, medyan 4.5 saat ve istatistiksel olarak en yüksek 13.6 saat olarak belirtmiştir.

Hiç doğum yapmamış ve yapmış kadınlarda, 4 ve 5 cm'den başlayan referans noktaları ile doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazı için elde edilen veriler de Friedman tarafından bildirilen ortalama ve medyan sürelerle ilişkili olsa da, Friedman tarafından bildirilen istatistiksel olarak en yüksek süreler, bu sistematik derlemede sunulan raporlardaki üst sınırlardan oldukça daha kısadır (53-60-61). Friedman'ın daha önceki çalışmaları ile incelemede sunulanlar arasındaki üst sınırlardaki bu önemli fark, "deselerasyon evresi" nin Friedman tarafından bildirilen aktif faz süresine dahil edilmemesi nedeniyle açıklanamamaktadır.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran niteliksel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçların elde edildiği normal bir doğum yapmak istediğini, ancak bazen tıbbi müdahalenin gerekli olabileceğini kabul etmektedir.

### Ek hususlar

Kadınlar genellikle doğum eyleminin toplam süresine büyük önem verir ancak, doğum eyleminin nasıl kısa ya da nasıl uzun olduğunun görece önemi, koşullara bağlı olabilmektedir. Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların sağlık hizmet sağlayıcılarına

göre, doğum eyleminin tanımlanmış zamana bağlı evrelerini tanıma olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir (54) ve onların başa çıkma becerileri, yaşanan ağrının seviyesi, ortamın doğası ve algılanan destek düzeyini içeren birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksektir (55).

### Kaynaklar

Doğum eyleminin süresine ilişkin, kaynak gereksinimleri üzerine herhangi bir inceleme kanıtı bulunmamıştır.

### Ek hususlar

Yüzde 95'lik eşik değerleri kıyaslanarak elde edilen doğum eyleminin süresinin üst sınırlarını kullanmak, doğum eyleminin birinci evresinin gereksiz uzamasını belirlemek için bir ölçüt olarak kullanmak, doğum eylemine ivme kazandırmak ve doğumu hızlandırmak için girişimlerin (sezaryen, oksitosin augmentasyonu) kullanımını azaltma potansiyeline sahip olduğu için maliyetli olabilir. Bununla birlikte, ağrı kesici ve doğum refakatçısı gibi destekleyici bakımla ilişkili maliyetler artabilir. Hekimlerin tüm kadınların doğumlarına katıldığı durumlarda, doğumu yönetmek için %95'lik eşiklere dayanan çalışma süresi sınırlarının kullanılması, daha uzun doğumları olan kadınların, daha yüksek maaşlı profesyonellerce yönetilmesi maliyetlerin artmasına neden olabilir.

Üst sınırların kullanılmasının kolaylaştırılması, vajinal doğum yapan kadınlar için daha uzun doğum gözetiminde kalmaları nedeniyle, yatak maliyetlerinin artmasına yol açacaktır. Bir servis yatağının günlük tahmini maliyeti, WHO-CHOICE örnek tahminlerinde (2007-2008) (70) gösterildiği gibi, bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Daha uzun doğumlarla ilişkili yatak maliyetlerindeki artışlar, yatak maliyetlerinin doğum hizmetleri için maliyetlerin daha büyük bir kısmını oluşturduğu GDYÜ nazaran, GDODÜ sağlık bakım maliyetleri

**Tablo 3.11 Doğum eylemi sürecinin en yüksek sınırlarının belirlenmesi için ana kaynak koşulları**

Kaynak	Tanımlama
Eğitim	■ Sağlık bakım sağlayıcıları için uygulama temelli eğitim
Malzemeler	■ Sağlık bakım sağlayıcıları için güncellenmiş eğitim el kitapları ve klinik protokoller kullanılması ve tüm bunların hizmet öncesi uygulanması ■ Doğum eyleminin gerçekleşmesinin beklendiği zaman, doğum süreci ve normal doğum bileşenleri ile ilgili kadınlar için eğitim materyalleri ■ Güncellenmiş partograf formu
Altyapı	■ İçinde bulunduğu popülasyondan daha uzun sürede doğum yapan kadına destek amacıyla doğum yaptığı alanda yeterli yataklar
Danışmanlık ve izleme	■ Fetal ve maternal koşulları güven verici olduğunda, uzun süren doğumların tanısı için en üst sınırların genişletilmesine ilişkin sonuçların düzenli olarak denetlenmesi ve gözden geçirilmesiyle birlikte sürekli denetim ve izlem yapılması



üzerinde daha az etkiye sahip olabilir. Öte yandan, oksitosin augmentasyonu kullanımı azaltılırsa ve doğum süresinin güvenli üst sınırlarının uzatılması sonucunda daha az sezaryen yapılırsa, daha kısa süreli doğum nedeniyle doğum sonrası toplam yatak maliyetleri ve sağlık kaynağı kullanımı azaltılabilir.

### Eşitlik

Eşitlik üzerindeki etkiye dair bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek hususlar

Uzun süren doğumda primer sezaryenin başlıca endikasyonlarından biri, doğum eyleminin birinci evresinin aktif fazının (bilindiği üzere 4 cm'den başlayan) 12 saatten fazla sürmemeli beklentisinden kaynaklanmaktadır (71). Bununla birlikte sezaryen, kaynak sorunu olan bölgelerde yaşayan dezavantajlı kadınlar tarafından hemen kabullenilmiş hoş olmayan haksız bir müdahaledir. Doğum eyleminde tüm kadınların en üst güvenlik seviyesinde yönetilebilmesi için uygulama, çocuk sahibi olma sürecinde aşırı medikalizasyon ile ilişkili eşitsizliklerin azaltılması ile olasıdır.

### Kabul edilebilirlik

İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu gebe kadının daha kısa süren bir doğumu tercih ettiğini göstermektedir (kanıtlara düşük düzeyde güven). Bununla birlikte, doğumdan sonra sorulduğunda,

kadınların, standartlaştırılmış zaman sınırlamalarına bakılmaksızın, optimal doğum süresi uzunluğunun bireye göre uyarlandığı, "akışına bırak" tıkları durumlarda, olumlu bir doğum deneyimi bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (orta düzey güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Kadınların hem çok kısa hem de çok uzun süren bir doğumu olumsuz terimlerle bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösteren kanıtlar vardır (26, 72, 73).

### Uygulanabilirlik

Doğum eylemi süresince bakım verenlerin deneyimlerine ve sağlayıcıların görüşlerine bakılarak elde edilen nitel kanıtlarda (26), personel sıkıntısının ve yönetimin zaman baskısının kısıtlanarak daha uzun süren doğumlara uyum sağlama kapasitesinin uyarlanabildiği görülmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Yerel protokoller ve resmi olmayan kurallar, sağlık personelinin kişiselleştirilmiş bakım sağlama yeteneğini de sınırlayabilmektedir (26).

### Ek hususlar

Gereğinden daha uzun süren bir doğum eylemine izin vermek, sağlık hizmeti verilen birimlerde daha uzun süreli kalmaya veya personelin iş yükünün artmasına neden olabilmektedir, gereksiz obstetrik müdahalelerin (hastanede kalış süresini uzatan uygulamalar) azaltılması üzerinde durulmalıdır.

**Tablo 3.12 Kararların özeti: Doğum eylemi süresi için belirli en yüksek sınırlara en üst sınırların uyumlandırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Mevcut sınırları uygun	- Muhtemelen mevcut tanımlar uygun	- Ne yeni ne de mevcut tanımlara uygun	✓ Muhtemelen yeni en üst sınırlara uyumlamaya uygun	- Sınırların artırılmasına uygun
Gerekli Kaynaklar	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok	-	-	✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek

Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Mevcut sınırları uygun	- Muhtemelen mevcut tanımlars uygun	- Ne yeni ne de mevcut tanımlara uygun	- Muhtemelen yeni en üst sınırlara uyumlamaya uygun	- Sınırların artırılmasına uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.3 Doğum eyleminin birinci evresinin ilerlemesi

#### ÖNERİ 7

**Spontan doğum eylemi başlayan gebe kadınlar için, aktif fazda (partograf uyarı hattında gösterildiği gibi) 1 cm/saat servikal dilatasyon hızı eşiği, olumsuz doğum sonuçları riski altında olan kadınları tanımlamak için uygun değildir ve dolayısıyla bunun için öneride bulunulmaz (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Olumsuz doğum sonucu riski altında olan kadınları tespit etmek için uyarı çizgisinin sınırlandırıcı olarak kullanımını destekleyen kanıtlar yetersizdir.
- RGG, hastane ortamlarında uyarı çizgisinin kullanımının ve 1 cm/saat servikal dilatasyon ilerlemesini koruma girişimlerinin, doğum ilerlemesinin patolojik olarak yavaş olduğu algısı nedeniyle gereksiz müdahalelere yol açtığını kabul etmiştir.
- RGG, tatmin edici servikal dilatasyon ilerlemesini değerlendirmek için 1 cm / saat eşiğini ve uyarı çizgisini kullanmamanızı önerir iken, doğum ilerlemesini izlemek için uygun bir aracın (özellikle servikal dilatasyon paternleri) geliştirilmesi ve seçilmesini araştırma önceliği olarak belirlemiştir.
- Doğumun yavaş ilerlemesinden şüphelenilen kadınlar, gelişmekte olan komplikasyonları (örneğin sefalopelvik uyumsuzluk) ekarte etmek ve doğumdaki duygusal, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için dikkatle değerlendirilmelidir.
- Servikografideki önceden ayarlanmış çizgiler, mevcut DSÖ partografının yalnızca bir ögesidir. Sağlık uzmanları, kadının ve bebeğin iyiliğini görüntülemek ve olumsuz doğum çıktıları risklerini tanımlamak için, diğer partograf parametrelerinin (fetal kalp hızı, caput succedaneum, molding, amniyotik sıvının durumu, fetal iniş, anne vücut ısısı, kan basıncı ve idrar çıkışı dahil) yanı sıra, servikografide zamana karşı servikal dilatasyonunun da grafiğini çizmeye devam etmelidir. Augmentasyon ve sezaryen gibi müdahalelerin yapılamadığı ve uzman kişilere sevk olması gerekirken buna ulaşmanın zor olduğu sağlık kuruluşlarında, uyarı çizgisi ek bakım gerektirebilecek kadınların triyajı için kullanılabilir. Bu durumda, grafik çoğu kadın için doğumun aktif fazının başlangıcını gösteren 5 cm'lik bir servikal dilatasyondan başlamalıdır.
- Bu öneri DSÖ'nün doğum augmentasyonu önerilerinde dört saatlik bir eylem çizgisine sahip aktif faz partograf önerisi için geçerli değildir (46).

## Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

### a.Saatte 1 cm servikal dilatasyon eşik hızının tanı testi doğruluğu (Tablo 3.13)

Olumsuz doğum sonuçları (ODS) riskini tanılamak için saatte 1 cm. servikal dilatasyon eşik hızını kullanmanın tanısız test doğruluğuna (TTD) dair kanıtlar, Brezilya, Ekvador, Hindistan, Endonezya, İran, Malezya, Mali, Nijerya, Senegal, Güney Afrika, Tayland ve Uganda'da yapılan 17.000'den fazla kadını içeren 11 gözlemsel çalışmayı içeren sistematik bir derlemeden elde edilmiştir. Tüm çalışmalar ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir.

ODS'ler için referans standartları şu çalışmalarda çeşitli şekilde tanımlanmıştır: Apgar skoru 1 dakikada 7'den az, Apgar skoru 5 dakikada 7'den az, doğum asfiksisi ve doğum sırasında ölü doğumlar dahil olmak üzere bileşik olumsuz sonuçlar ve yenidoğan resüsitasyonu, doğum sırasında ölü doğumlar ve 1 dakikada Apgar skoru 7 veya daha az, ölü doğumlar ve Apgar skoru 5 dakikada 7'den az, ölü doğumlar ve doğum asfiksisi ve şiddetli ODS (ikincisi aşağıdakilerden herhangi birinin meydana gelmesi olarak tanımlanmıştır: ölü doğum, erken neonatal ölüm, antikonvülsanın neonatal kullanımı, neonatal kardiyopulmoner resüsitasyon, Apgar skoru 5 dakikada 6'dan az, anne ölümü veya doğum distosisi veya uterus rüptürü ile ilişkili organ disfonksiyonu). Risk faktörleri olan kadınlar bu çalışmaların hiçbirine dahil edilmemiştir. Sonuç tanımları, en az görülme sıklığı ve bulgular ile ilgili çalışmalar arasındaki tutarsızlıklar, sonuçların meta-analizini engellemiş ve kanıtların düşük kesinlikte olarak değerlendirilmesine yol açmıştır.

**Tanı testi doğruluğu (TTD) bulguları:** Tablo 3.13 bireysel çalışmaların TTD sonuçlarını göstermektedir. Bulgular, uygulanan referans standarda bağlı olarak saatte 1 cm. servikal dilatasyon eşik hızının (uyarı çizgisi) duyarlılığı %28,8 ile %100,0 arasında ve özgüllüğü %22,8 ile %93,1 arasında değiştiğini göstermektedir. ODS oranı %2,3, duyarlılık ve özgüllük sırasıyla %56,7 (%95 CI %49,7-63,5) ve %51,1 (%95 CI %50,1-52,2) ile en büyük çalışmadan (n=8489 kadın) elde edilen bulgular Tablo 3.14'teki farklı ODS yaygınlık seviyelerindeki test sonuçlarının etkilerini göstermek için kullanılmıştır.

Tablo 3.14, saatte 1 cm. dilatasyon oranı eşiğini kullanmanın ODS'li popülasyon prevalansı %1 (1000 doğumda 10) olduğunda ODS'li 10 kadından 6'sını veya ODS'lerin popülasyon prevalansı %5 olduğunda (1000 kadında 50) (düşük kesinlikte kanıt) ODS'li 50 kadından 28'ini doğru olarak tanımlayabildiğini göstermektedir (gerçek pozitif). Tablo ayrıca, bu test stratejisinin ODS'lerin

popülasyon prevalansı %1 olduğunda ODS'li 10 kadından 4'ünü (yanlış negatif) veya ODS'lerin popülasyon prevalansı %5 olduğunda 50 kadından 22'sini eksik göstermektedir (düşük kesinlikte kanıt).

Buna ek olarak, analiz yöntemi, ODS'leri olmayan 990 kadından 484'ünü, ODS'lerin popülasyon prevalansı %1 olduğunda risk altında (yanlış pozitif) olarak tanımlayabilir ya da ODS'lerin popülasyon prevalansı %5 olduğunda 950 kadından 465'ini yanlışlıkla risk altında olarak tanımlayabilir (düşük kesinlikte kanıtlar). Bu tür eksik sınıflandırmaların bir sonucu olarak, gerçek bir ODS riski taşımayan kadınların büyük bir kısmına, uygun olmayan, gereksiz ve muhtemel zararlı doğum girişimleri önerilebilir.

**TTD'ye dair kanıtların kesinliği:** TTD'ye ilişkin kanıtların kesinliği genel olarak düşüktür, çünkü kanıtlar gözlemsel çalışmalardan elde edilmiştir ve TTA bulguları, kısmen farklı çalışmalarda kullanılan ODS'lerin tanımlarındaki heterojenlik nedeniyle, dahil edilen çalışmalarda tutarsızdır.

**Analiz stratejisinin etkilerine ilişkin kanıtların kesinliği:** Analiz yöntemini kullanmayla ilişkili doğrudan fayda veya riskler hakkında herhangi bir inceleme kanıtı yoktur. Analiz yöntemi tek başına, doğumdaki kadına doğrudan zarar verme riski taşımamaktadır, çünkü kadının servikal dilatasyon çizimlerinin partografta önceden ayarlanmış bir uyarı çizgisiyle kıyaslanmasını gerektirir. Bununla birlikte, rehber geliştirme grubu bu karşılaştırmayı yapma gereksiniminin kadın için hoş olmayan ve ek peripartum enfeksiyonu riski taşıyan ek vajinal muayeneleri gerektirebileceğini varsaymıştır.

**Yönetimin etkilerine ilişkin kanıtların kesinliği:** Doğum sırasında ODS riski taşıyan kadınları tanımlamak için 1 cm/saat çizgisini kullanma ile ilişkili yönetimin etkileri hakkında doğrudan bir inceleme kanıtı yoktur.

Dolaylı kanıtlar, doğum eyleminin uzaması tedavisinde, rutin bakım ile amniyotomi ve oksitosin augmentasyonu kullanımına ilişkin bir Cochrane derlemesinin karşılaştırılmasından elde edilmiştir (3 çalışma, 280 kadın) (75). Bu derleme, amniyotomi ve oksitosinin, sezaryanı azaltabilen çok düşük kesinlikte kanıtlar bulmuştur, bununla birlikte ODS'leri azaltıklarına dair kanıt bulunmadığını da göstermektedir.

**Süreç yönetiminin ve analiz bulgularının kanıt kesinliği:** Bulguların analizi ile sonraki sürecin yönetiminin kararları arasındaki bağlantı hakkında doğrudan bir inceleme kanıtı yoktur; diğer bir deyişle, belirli bir analiz sonucuna sahip kadınların (geçiş çizgisini geçip geçmediği) bu sonuca ve bu bağlantı hakkındaki kesinliklere göre yönetilip yönetilmeyeceği hakkında da kesin bir kanıt bulunmamaktadır.

**Tablo 3.13 Saatte 1 cm servikal dilatasyon eşik hızının tanı testi doğruluğunu (uyarı çizgisi) olumsuz doğum sonuçlarının (ODS) riskini belirlemek için kullanımını içeren 11 çalışma**

Kaynak ülke (yayın yılı) [ODS araştırma içinde belirtilmiştir]	Uyarı çizgisi geçme durumu	ODS		Uyarı çizgisini geçme %	ODS sıklığı	Duyarlılık (95% CI)	Seçicilik (95% CI)	Pozitif Olasılık oranı (95% CI)	Negatif olasılık oranı (95% CI)	Tanılayıcı Risk Oranı (95%CI)	J İstatistik (95% CI)
		Var	Yok								
<b>Senegal (1992) (78)</b> [Doğum anında ölü doğum ve doğumda yenidoğan resüsitasyonu]	Geçmiş	19	62	8.4%	6.8%	28.8% (19.3–40.6)	93.1% (91.3–94.6)	4.18 (2.67–6.56)	0.76 (0.66–0.89)	5.47 (3.03–9.89)	21.9% (10.9–33.0)
	Geçmemiş	47	839								
<b>Endonezya, Malezya ve Tayland (1994) (79)</b> [Doğum anında ölü doğum ve 1.dakika Apgar skoru ≤7]	Geçmiş	65	585	16.6%	3.8%	44.2% (36.4–52.3)	84.4% (83.2–85.6)	2.84 (2.34–3.46)	0.66 (0.57–0.76)	4.30 (3.07–6.03)	28.7% (20.5–36.8)
	Geçmemiş	82	3175								
<b>Güney Afrika2006 (80)</b> [Doğum anında ölü doğum ve ve 5.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	30	433	75.9%	8.0%	61.2% (47.3–73.6)	22.8% (19.5–26.5)	0.79 (63.2–99.6)	1.70 (1.16–2.49)	0.47 (0.25–0.86)	-16.0% (-30.0–1.9)
	Geçmemiş	19	128								
<b>Ekvator 2008 (81)</b> [5.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	3	289	58.4%	0.6%	100.0% (43.9–100.0)	41.9% (37.6–46.2)	1.72 (1.60–1.85)	NA	NA	41.9% (37.6–46.2)
	Geçmemiş	0	208								
<b>Nijerya (2008) (82)</b> [Doğum anında ölü doğum doğum asfiksisi]	Geçmiş	27	186	46.0%	11.2%	51.9% (38.7–64.9)	54.7% (49.9–59.5)	1.15 (0.87–1.52)	0.88 (0.65–1.18)	1.31 (0.73–2.33)	6.7% (-7.7–21.1)
	Geçmemiş	25	225								
<b>Brezilya (2009) (83)</b> [5.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	441	107	36.0%	90.4%	32.0% (29.64–34.56)	26.7% (20.2–34.42)	0.44 (0.39–0.50)	2.54 (1.94–3.34)	0.17 (0.12–0.25)	-41.2% (-48.8–33.6)
	Geçmemiş	935	39								
<b>Mali (84)</b> [1.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	2	98	42.9%	1.3%	66.7% (20.8–93.9)	57.4% (50.9–63.6)	1.56 (0.69–3.53)	0.58 (0.12–2.89)	2.69 (0.24–30.13)	24.1% (-29.7–77.8)
	Geçmemiş	1	132								

Kaynak ülke (yayın yılı) [ODS araştırma içinde belirtilmiştir]	Uyarı çizgisi geçme durumu	ODS		Uyarı çizgisini geçme %	ODS sıklığı	Duyarlılık (95% CI)	Seçicilik (95% CI)	Pozitif Olasılık oranı (95% CI)	Negatif olasılık oranı (95% CI)	Tanılayıcı Risk Oranı (95%CI)	J istatistik (95% CI)
		Var	Yok								
<b>Hindistan (2014)</b> (85) [5.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	43	53	19.2%	17.2%	50.0% (39.7–60.3)	87.2% (83.6–90.0)	3.91 (2.81–5.42)	0.57 (0.46–0.71)	6.81 (4.08–11.36)	37.2% (26.2–48.2%)
	Geçmemiş	43	361								
<b>İran (2006)</b> (86) [1.dakika Apgar skoru < 7]	Geçmiş	10	30	29.4%	9.6%	76.9% (49.7–91.8)	75.6% (67.3–82.4)	3.15 (2.05–4.85)	0.31 (0.11–0.83)	10.33 (2.67–40.0)	52.5% (28.4–76.7)
	Geçmemiş	3	93								
<b>Hindistan (2016)</b> (87) [Doğum asfiksisi]	Geçmiş	7	106	56.5%	4.5%	77.8% (45.3–93.7)	44.5% (37.6–51.6)	1.4 (0.97–2.03)	0.5 (0.15–1.71)	2.8 (0.57–13.86)	22.3% (–5.8%–50.3%)
	Geçmemiş	2	85								
<b>Nijerya ve Uganda (2018)</b> (88) [Doğum anında ölü doğum ve ve 5.dakika Apgar skoru < 7 yada hastanede kaldığı süre içinde yenidoğan resüsitasyonu]	Geçmiş	152	4011	49.0%	3.0%	59.8% (53.7–65.7)	51.3% (50.2–52.4)	1.23 (1.11–1.36)	0.78 (0.67–0.91)	1.57 (1.22–2.02)	11.1% (5.0–17.3)
	Geçmemiş	102	4224								
<b>Nijerya ve Uganda (2018)</b> (88) [Şiddetli ODS] <sup>a</sup>	Geçmiş	110	4053	49.0%	2.3%	56.7% (49.7–63.5)	51.1% (50.1–52.2)	1.16 (1.02–1.32)	0.85 (0.72–1.00)	1.37 (1.03–1.83)	7.8% (0.80–14.9%)
	Geçmemiş	84	4242								

<sup>a</sup> Ciddi ODS takip eden durumların herhangi birinin ortaya çıkmasıyla tanımlanmaktadır: ölü doğum, erken neonatal ölüm, neonatal antikonvüzan kullanımı, neonatal kardiyopulmoner resüsitasyon, 5. dakika apgar skorunun 6'dan düşük olması, zor doğum eylemine bağlı organ disfonksiyonu ya da maternal ölüm ya da uterus rüptürü

Kaynak: Bonnet ve ark., 2018 (74).

**Tablo 3.14 En büyük çalışmanın tanısal test doğruluğuna dayalı olarak olumsuz doğum sonuçlarının (ODS) farklı yaygınlık seviyelerinde açıklayıcı analiz sonuçları**

Duyarlılık: 56.7% (95% CI 49.7–63.5%)

Seçicilik: 51.1% (95% CI 50.1–52.2%)

Test Sonucu (uyarı çizgisini geçme)	Yok. ODS sıklığına göre her 1000 kadın için bulgular (95%CI)		
	ODS sıklığı %1	ODS sıklığı %2.5	ODS sıklığı %5
<b>Gerçek pozitiflik</b> (kadınlar doğru bir şekilde ODS'ye sahip olarak tanımlanmıştır)	10 kadında 6 (5–6)	25 kadında 14 (12–16)	50 kadında 28 (25–32)
<b>Yalancı negatiflik</b> (kadınlar yanlış bir şekilde ODS'si yok olarak sınıflandırıldı)	10 kadında 4 (4–5)	25 kadında 11 (9–13)	50 kadında 22 (18–25)
<b>Gerçek negatiflik</b> (kadınlar doğru bir şekilde ODS'si olmadığı tespit edildi)	990 kadında 506 (496–517)	975 kadında 498 (488–509)	950 kadında 485 (476–496)
<b>Yalancı pozitiflik</b> (kadınlar yanlış bir şekilde ODS'ye sahip olarak sınıflandırıldı)	990 kadında 484 (473–494)	975 kadında 477 (466–487)	950 kadında 465 (454–474)

Kaynak: Souza ve ark., 2018 (88).

Çalışma için ayarlanmış durumlar dışında, bir kadının doğum sırasında 1 cm/saat eşiğini geçip geçmediğine göre belirli bir yönetim protokolünün zamanında uygulanması standartların altındadır. Kesitsel ve nitel çalışmalardan elde edilen kanıtlar, partografin birçok ortamda yanlış uygulandığını ve doğru kullanıldığında bile sağlık hizmeti sağlayıcılarının kaynak yetersizliği nedeniyle gerekli eylemleri başlatma konusunda zorluklarla karşılaştığını göstermektedir (76,77).

### Değerler

Doğum eylemi süresince kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen veriler (23), çoğu kadının, anne ve bebek için olumlu sonuçlar veren normal bir doğum gerçekleştirmek istediğini ve güvenilir bir muayene olsa da ek vajinal muayeneler de dahil olmak üzere gereksiz tıbbi müdahaleleri onaylamadıklarını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Çoğu kadın, özellikle ilk kez doğum yapanlar, doğum, normal doğum ve sezaryen (yüksek güvenilirlikte kanıtlar) gibi belirli tıbbi müdahaleler hakkında endişelidir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Kaynaklar

Kaynak kullanımı veya 1 cm/saat eşiğini kullanmanın maliyet etkinliği hakkında doğrudan inceleme kanıtı bulunmamıştır.

### Ek hususlar

1 cm/saat eşiğinin kullanılması, yanlış bir şekilde ODS riski altında olarak tanımlanan kadınların yüksek oranı (yüksek yanlış pozitif oranı) nedeniyle

büyük maliyet etkilerine sahip olabilir (ve uygun maliyetli olmayabilir), yoğun izleme, doğum ve doğumu hızlandıracak müdahaleler (özellikle augmentasyon ve sezaryen) ve buna bağlı iyatrojenik komplikasyonlara tabi tutulmalıdır.

Doğum maliyetleri incelemesi, GDYÜ'lerde sezaryen doğum maliyetlerinin 3909€ ile 7354€ arasında değiştiğini, vajinal doğum maliyetleri ile kıyaslandığında ise vajinal doğum maliyetlerinin 1274€ ile 5343€ arasında değiştiğini göstermektedir (89). İncelemeye dahil edilen düşük gelirli bir ülkedeki bir çalışmadan elde edilen veriler, sezaryen hastane maliyetlerinin (162 ABD Doları) vajinal doğum maliyetlerinden (40 ABD Doları) dört kat daha yüksek olduğunu ve kullanıcı maliyetlerinin vajinal doğum yapanlara (79 ABD Doları) kıyasla sezaryen geçiren kadınlar için (204 ABD doları) (90) üç kat daha yüksek olduğunu bildirmiştir.

Yüksek yanlış pozitif oranlarının bir sonucu olarak, alt düzeyden sevk düzeyi sağlık tesislerine artan sevk iş yükü, hem sevk kaynağında hem de sevk düzeyindeki tesislerde önemli sağlık hizmetleri kaynakları gerektirecektir.

### Eşitlik

Analiz yönteminin eşitlik üzerindeki etkisi hakkında herhangi bir inceleme kanıtı bulunmamıştır.

### Ek hususlar

Doğum eylemi ve primer sezaryen doğumda oksitosin ve agumentasyonun en yaygın endikasyonu "doğum eyleminin ilerlememesi" dir (71). Bununla birlikte, doğumun ve sezaryenin gereksiz şekilde augmentasyonu, dezavantajlı kadınlar



tarafından hemen kabullenilmiş hoş olmayan son derece haksız bir müdahaledir.

### Kabul edilebilirlik

Sağlık profesyonellerinin intrapartum bakım görüşlerini araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinde, personelin partografa yönelik tutumlarını araştıran ayrı bir alt analizle (26), temel olarak GDODÜ yapılan bu çalışmalar, sağlık profesyonellerinin genel olarak (özellikle sevk için bir gösterge olarak) doğum ilerlemesini izlemenin yararlı bir yolu olduğunu kabul etmiş, ancak bu yararlılığın klinik uygulamaya yeteri kadar aktarılmadığı saptanmıştır.

### Ek hususlar

Yukarıdaki bulgular, GDODÜ personel arasında partograf kullanımının önündeki engeller ve teşvikler ile ilgili inceleme ile uyumludur (77) ve aynı zamanda çeşitli ortamlarda partograf kullanımı ile ilişki son zamanlarda yapılan gerçekçi incelemelerle de tutarlıdır (76).

### Uygulanabilirlik

Doğum eylemi süresince bakım hizmeti verme deneyimi olanlar ve sağlık bakım profesyonellerinin

nitel olarak kanıtların incelendiği gözden geçirmede (26), personelin partograf kullanımına yönelik tutumlarının alt analizinden elde edilen bulgular, yetersiz eğitim, partografı kimin kaydettiğine ilişkin karışıklık ve kaynakların yetersiz olmasından dolayı kaynak kısıtlamasına bağlı endişe (başlangıçta ve devamındaki maliyetler) vurgulamaktadır. Çalışanlar partograf kullanma konusunda yeterli eğitim almadıklarını hissetmiş ve bu yüzden partograf kullanma konusunda güvenleri kırılmıştır. Kullanımı zor bulmuşlardır ve iş yükü yoğunluğundan dolayı özellikle kadınlar ileri doğum evresine geldiğinde, geriye dönük tamamlamaya ve/veya tutarsız kayıtlara yol açmıştır. Bazı durumlarda, personel olası dava korkusunu hafifletmek için partografı tamamlamak zorunda kalmıştır.

### Ek hususlar

Sınırlı kaynaklarla önemli bulguların elde edildiği, partograf kullanımının gerçek değerlendirmesini ortaya koyan incelemede, partograf kullanımının önündeki potansiyel engeller olarak yetersiz kullanılabilirlik, yetersiz personel sayıları, kullanımla ilgili açık politika eksikliği, sınırlı bilgi ve yetersiz eğitim vurgulanmaktadır (76).

**Tablo 3.15 Kararların özeti: Saatte 1 cm servikal dilatasyon ilerleme eşik hızının doğruluk analizinin tanılanması**

Test doğruluğu	– Bilinmiyor	– Değişken	– Çok hatalı	✓ Hatalı	– Doğru	– Çok doğru
Beklenen etkiler	– Bilinmiyor	– Değişken	✓ Önemsiz	– Küçük	– Orta	– Geniş
Beklenmeyen etkiler	– Bilinmiyor	– Değişken	✓ Geniş	– Orta	– Küçük	– Önemsiz
Test doğruluğunun kesinliği	– Araştırmalarda yer almıyor	–	– Çok düşük	✓ Düşük	– Orta	– Yüksek
Test yöntemlerinin etkilerinin kanıt kesinliği	✓ Araştırmalarda yer almıyor	–	– Çok düşük	– Düşük	– Orta	– Yüksek
Yünetimsel etkilerin kanıt kesinliği	– Araştırmalarda yer almıyor	–	✓ Çok düşük	– Düşük	– Orta	– Yüksek
Test sonucu/yönetiminin kanıt kesinliği	✓ Araştırmalarda yer almıyor	–	– Çok düşük	– Düşük	– Orta	– Yüksek
Etkinin kapsayıcı kesinliği	– Araştırmalarda yer almıyor	–	– Çok düşük	✓ Düşük	– Orta	– Yüksek
Değişken	–	–	– Önemi belirsizlik ya da değişkenlik	– Olasılıklı önemli belirsizlik ya da değişkenlik	✓ Olasılıklı önemsiz belirsizlik ya da değişkenlik	– Önemsiz belirsizlik ya da değişkenlik



Etki dengesi	– Bilinmiyor	– Değişken		✓ Test yöntemleri yönünde değil	– Olasılıklı test yöntemleri yönünde değil	– Olasılıklı test yöntemleri yönünde	– Test yöntemleri yönünde
Başvurulan kaynaklar	– Bilinmiyor	– Değişken	✓ Geniş maliyet	– Orta düzey maliyet	– İhmal edilebilir maliyet ya da tutar	– Orta tutar	– Geniş tutar
Başvurulan kaynakların kanıt kesinliği	✓ Araştırmalarda yer almıyor			– Çok düşük	– Düşük	– Orta	– Yüksek
Maliyet- etkinlik	– Bilinmiyor	– Değişken		– Test yöntemleri yönünde değil	✓ Olasılıklı test yöntemleri yönünde değil	– Olasılıklı test yöntemleri yönünde	– Test yöntemleri yönünde
Eşitlik	– Bilinmiyor	– Değişken	– Azaltılmış	✓ Olasılıklı azaltılmış	– Olasılıklı etki yok	– Olasılıklı artırılmış	– Arttırılmış
Kabul edilebilirlik	– Bilinmiyor	✓ Değişken		– Hayır	– Olasılıklı hayır	– Olasılıklı evet	– Evet
Uygulanabilirlik	– Bilinmiyor	– Değişken		✓ Hayır	– Olasılıklı hayır	– Olasılıklı evet	– Evet

### ÖNERİ 8

**Doğumun aktif fazı boyunca en düşük 1 cm/saat'lik bir servikal dilatasyon oranı bazı kadınlar için olağanüstü bir şekilde hızlıdır ve bu nedenle normal doğumun ilerlemesi için önerilmez. Sadece 1 cm/saatten daha yavaş servikal dilatasyon hızı obstetrik müdahale için bir gösterge olmamalıdır. (Önerilmez)**

### ÖNERİ 9

**Doğum, 5 cm'lik bir servikal dilatasyon eşiğine ulaşılan kadar doğal olarak hızlanmayabilir. Bu nedenle, fetal ve maternal koşulların güven verici olması koşuluyla bu eşikten önce doğum ve doğumun hızlanması için tıbbi müdahalelerin kullanılması (oksitosin augmentasyonu veya sezaryen gibi), önerilmez. (Önerilmez)**

### Görüşler

- Bu öneriler, gereksiz tıbbi müdahaleleri en aza indirerek nedeni bilinmeyen olumsuz maternal ve perinatal sonuçları önlemeyi ve anne-doğum deneyimini iyileştirmeyi amaçlamaktadır.
- Kanıtlar, komplikasyonlar için risk faktörü olmayan kadınlar arasında servikal dilatasyon bileşenlerinin dağılımında önemli farklılıklar göstermektedir, birçok kadın doğumlarının çoğu için 1 cm/saatten daha yavaş ilerleme yaşamakta ve yine de normal doğum sonuçları ile vajinal doğum elde etmektedir.
- Her ne kadar bu rehber sağlık profesyonellerine doğumdaki kadınları değerlendirmek için bir kriter sunsa da, bu duruma göre kolaylaştırılan doğumun olumsuz sonuçlara yol açamayacağı anlamına gelmez. Bilinen ve bilinmeyen diğer değişkenler olumsuz sonuçlara katkıda bulunabilir.
- Herhangi bir tıbbi müdahaleyi düşünmeden önce, gelişebilecek olan komplikasyonları (örneğin sefalopelvik orantısızlık) dışlamak ve doğumdaki duygusal, psikolojik ve fiziksel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmadığını belirlemek için doğumun ilerlemesinde gecikme olduğundan şüphelenilen kadınlar dikkatle değerlendirilmelidir.

## Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

### b. Normal perinatal sonuçları olan kadınlarda servikal dilatasyon paternleri (KD Tablo 3.2.3)

Kanıtlar, ABD (3 çalışma), Çin, Japonya, Nijerya ve Uganda'dan (her biri 1 çalışma) yedi gözlemsel çalışmayı içeren, hepsi 2002-2017 yılları arasında yayınlanan sistematik bir derlemeden elde edilmiştir (53). Çalışma verisi, doğumun ilk evresini tamamlayan ve olumsuz perinatal sonuçları olmadan doğum yapan toplam 99 971 "düşük riskli" spontan doğum başlangıcı olan kadınlar için rapor edilmiştir. Çalışmalar ikinci veya üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gerçekleştirilmiştir. Çalışma örneklem grubunu, çalışmaların yapıldığı yerde yaşayan yerliler ve ABD çalışmaları için ise çok ırklı genellikle Beyaz, Afro-Amerikan, İspanyol ve Asyalı kadınlar oluşturmuştur. Tüm çalışmalar nullipar kadınlardan (n = 43 148), üç çalışma da multipar kadınlardan (n = 56 823) elde edilmiştir.

Doğum eylemi sırasında kadınlardan edinilen temel gözlemler, nullipar kadınlar için, değişken derecelerde efasman ile birlikte iyi bir şekilde serviks efasmanı olan kadınlar için medyan servikal dilatasyonun, 3 cm ile 4 cm arasında olduğunu ve multipar kadınlar için silinmesi iyi olan bir serviksi olan kadınların önemli bir kısmı için 3,5 cm. ile 5 cm. arasında olduğunu göstermiştir. Doğum eylemi süresince yapılan müdahalelere bakıldığında, oksitosin augmentasyonu nullipar kadınlar için %0 (Çin çalışmasında) ile %50 (ABD çalışmasında) arasında ve multipar kadınlar için %12 ile %45 (iki ABD çalışmasında) arasında saptanmıştır. Her iki parite grubu için epidural analjezi kullanımı büyük ölçüde ABD çalışmalarıyla sınırlandırılmıştır.

Nullipar kadınları inceleyen yedi çalışmanın dördünün düşük yan tutma riski, iki tanesinin orta risk ve bir tanesinin yüksek yan tutma riski olduğu düşünülmektedir. Multipar kadınları inceleyen her üç çalışmanın da düşük eğilim riski altında olduğu değerlendirilmiştir. Altı çalışma medyan ve 5. ve/

veya 95. persentiller açısından veri bildirirken, diğer çalışma ortalama ve standart sapma açısından veri bildirmiştir.

#### Bulgular

**Nullipar kadınlarda 1 cm. ilerleme süresi (geçiş süresi) (KT Tablo 3.2.3 [i]):** Altı çalışmadan toplam medyan süreler, nullipar kadınların 2 cm. servikal dilatasyondan tam dilatasyona ilerlemelerinin ne kadar sürdüğünü göstermektedir (Tablo 3.16). Ayrıca, toplam medyanlara katkıda bulunan çalışmaların ilgili 95. persentillerinin aralığını da gösterir. Bu kanıtlar, 2 cm'den 3 cm'ye ilerlemek için ortalama sürenin 5.28 saat olduğunu, 3 cm'den 4 cm'ye 2.00 saat olduğunu ve 4 cm'den 5 cm'ye 1.46 saat olduğunu, daha sonra, bir servikal dilatasyon seviyesi ile bir sonraki seviyenin arasındaki zaman aralığının 9 cm'den 10 cm'ye ilerlemek için yarım saate kadar hızla azaldığını göstermektedir. Bununla birlikte, çalışmaların 95. persentil dağılımı, bazı kadınların doğumun ilk evresinde daha da yavaş ilerlediğini ve yine de tam dilatasyona ulaştığını göstermektedir. Bireysel çalışmalarla bildirilen zamanların 95. persentilleri, bazı kadınların 2 cm'den 3 cm'ye ilerlemesinin 7 saat kadar, 3cm'den 4 cm'ye 4 saat, 4 cm'den 5 cm'ye 4 saat ve 9 cm'den 10 cm'ye ilerlemesi için en az 1 saat sürmesinin sık olmadığını göstermektedir. 2 cm ile 3 cm dilatasyon dışında, bu geçiş süreleri için kanıt kesinliği tüm vakalarda yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Ortalama (medyan yerine) 1 cm. ilerleme zamanını bildiren bir çalışma, rapor edilen medyanlarla benzerlikler göstermiştir.

**Nullipar kadınlarda santimetre santimetre değişim(eğim) oranı:** Yukarıda tarif edilen toplanmış medyan süreler göre, servikal dilatasyon hızı 5 cm'ye ulaşılan kadar 1 cm/saatten az, bu noktada oran 1.09 cm/saat olmuştur. Daha hızlı ilerlemeye geçiş 5 cm ile 6 cm arasında başlarken, dilatasyon oranının iki katına çıkması ancak 6 cm. sonra gerçekleşmiştir. Çalışmalarda 95. persentil veri

**Tablo 3.16 Nullipar kadınlarda santimetre santimetre değişim oranı**

Servikal Dilatasyon	Çalışma numarası	Toplanmış medyan değişim süresi (saatler)	%95 (aralık, saatler)	Dilatasyon hızının medyanı (cm/saat)	Kanıt kesinliği
2 – 3 cm	3	5.28	7.20–15.00	0.19	Düşük
3 – 4 cm	6	2.00	4.20–17.70	0.50	Yüksek
4 – 5 cm	6	1.46	4.00–15.70	0.68	Yüksek
5 – 6 cm	6	0.92	2.50–10.70	1.09	Yüksek
6 – 7 cm	6	0.70	1.80–9.30	1.43	Yüksek
7 – 8 cm	6	0.55	1.40–6.80	1.82	Yüksek
8 – 9 cm	5	0.52	1.30–4.40	1.92	Yüksek
9 – 10 cm	5	0.49	1.00–2.60	2.04	Yüksek

aralığının en düşüklerine dayanarak, her zaman dilatasyon oranı 9 cm. dilatasyona ulaşana kadar 1 cm/saat eşiğine ulaşmayan kadınlar bulunmaktadır. Veriler, doğumlarının daha büyük bir bölümü için 1 cm/saatten daha düşük olan oranlarına rağmen kadınların tam servikal dilatasyona ulaşmasının anormal olmadığını göstermektedir. Düşük olarak değerlendirilen 2 cm ile 3 cm arasındaki oranın kanıtının kesinliği haricinde, bütün kanıtların kesinliği yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Ortalama 1 cm ilerleme süresi bildiren tek çalışma, bir servikal dilatasyon seviyesinden çalışmalardaki medyanları bildiren bir sonrakine benzer değişim oranları göstermiştir.

**Multipar kadınlarda (parite=1+) 1 cm ilerleme süresi (geçiş süresi) (KT Tablo 3.2.3 [ii]):** Üç çalışmadan toplanan medyan süreler, multipar kadınların 3 cm. servikal dilatasyondan tam dilatasyona ilerlemelerinin ne kadar sürdüğünü göstermektedir (Tablo 3.17). Bu kanıtlar, 3 cm'den 4 cm'ye ilerlemek için medyan sürenin 2.38 saat, 4 cm'den 5 cm'ye 1.17 saat olduğunu ve bunu takiben servikal dilatasyon 10 cm'ye doğru ilerledikçe aralığın hızla azaldığını göstermektedir. Nullipar kadınlara benzer şekilde, çalışmaların 95. persentil dağılımı, bazı kadınların doğumun ilk evresinde çok daha yavaş ilerlediğini ve ancak tam dilatasyona ulaştığını göstermektedir. Bireysel çalışmalarla bildirilen zamanların 95. persentilleri, bazı kadınların 3 cm'den 4 cm'ye ilerlemesinin 14 saat, 4 cm'den 5 cm'ye ilerlemesinin 3 saat sürmesinin yaygın olmadığını ve sadece 8 cm'den sonra 1 cm. ilerleme zamanının daima 1 saatten az olduğunu göstermektedir. 3 cm'den 4 cm dilatasyona ilerleme süresi dışında, bu geçiş sürelerinin her biri için kanıtların tamamının kesinliği yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Multipar kadınlarda (parite=1+) santimetre santimetre değişim hızı (eğim): Yukarıda tarif edilen bir araya toplanan medyan süreler göre, servikal dilatasyon hızı, 5 cm'ye ulaşılana kadar, 1 cm/saatten kısıydı, bu noktada oran 1.49 cm /saat oldu. 4 cm. ve 5 cm.

arasındaki dilatasyon oranına kıyasla, oran keskin bir şekilde arttı ve 5 cm. ve 6 cm. arasında neredeyse iki katına çıktı ve daha sonra dilatasyon 10 cm'ye doğru ilerledikçe hızla arttı. Çalışmalarda 95. persentil veri aralığının en düşüklerine dayanarak, 7 cm. dilatasyona ulaşana kadar, dilatasyon oranı 1 cm/saat eşiğine ulaşmayan kadınlar hep bulunmaktaydı. Düşük olarak değerlendirilen 3 cm ile 4 cm arasındaki kanıtın kesinliği haricinde, kanıtların toplamı yüksek olarak değerlendirildi.

### Ek hususlar

İnceleme bulgularına dayanarak, nullipar ve multipar kadınlarda doğumun hızlanmaya başladığı geçiş noktası ("aktif faz" ın başlangıcı ile ilişkili olarak) 5 cm. olarak düşünülebilir. En hızlı dilatasyon oranları hem nullipar hem de multipar kadınlar için 7 cm. ile 10 cm. arasında gerçekleşmiştir, ancak multipar kadınlarda daha hızlıdır (yani daha dik eğim). Geçiş noktasından önceki servikal dilatasyon bileşenleri, nullipar ve multipar kadınlar için bireysel ve oldukça değişken görünmektedir. Doğum ilerlemesi, geleneksel aktif fazın başlangıcında daha yavaş ve ileri ilk aşamada daha hızlı olan doğrusal bir eğri yerine hiperbolik bir eğilim gösterir.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran niteliksel çalışmaların incelenmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediklerini, bununla beraber tıbbi müdahalenin gerekirse uygulanması gerektiğini kabul etmektedir. Çoğu kadın, özellikle ilk kez doğum yapanlar, doğum ve belli bazı müdahaleler konusunda endişelidir (yüksek güvenilirlikte kanıt), ancak belirli bağlamlarda ve/veya durumlarda kadınlar, doğum süresini kısaltmak için tıbbi müdahaleleri kabul edebilmektedirler ( düşük güvenilirlikte kanıt).

**Tablo 3.17 Multipar kadınlarda santimetre santimetre değişim hızı**

Servikal Dilatasyon	Çalışma numarası	Toplanmış medyan değişim süresi (saatler)	%95 (aralık, saatler)	Dilatasyon hızının medyanı (cm/saat)	Kanıt kesinliği
3 – 4 cm	1	2.38	14.18–17.85	0.42	Düşük
4 – 5 cm	3	1.17	3.30–8.05	0.85	Yüksek
5 – 6 cm	3	0.67	1.60–6.24	1.49	Yüksek
6 – 7 cm	3	0.44	1.20–3.67	2.27	Yüksek
7 – 8 cm	3	0.35	0.70–2.69	2.86	Yüksek
8 – 9 cm	2	0.28	0.60–1.00	3.57	Yüksek
9 – 10 cm	2	0.27	0.50–0.90	3.70	Yüksek

**Tablo 3.18 Yavaş -ama-normal servikal dilatasyon bileşenlerini kolaylaştırmak için ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Eğitim</b>	Sağlık bakım sağlayıcıları için uygulama tabanlı eğitim
<b>Malzemeler</b>	Sağlık bakım sağlayıcıları ve hizmet öncesi eğitimde olanlar için gözden geçirilmiş eğitim rehberleri ve klinik protokoller Kadınlar için “normal” doğumun ne olduğu ve değerlendirme için bir kuruma ne zaman gidileceğine dair tanıtım materyalleri Revize edilmiş partograf
<b>Altyapı</b>	Uzun doğum eylemini destekleyen yeterli yatak
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	Doğum eyleminin yönetimi için daha yavaş dilatasyon modellerinin uygulanmasına ilişkin sonuçların düzenli olarak denetlenmesi ve sonuçlarının gözden geçirilmesiyle sürekli denetim ve izleme

#### **Ek Hususlar**

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların sağlık hizmet sağlayıcılarına göre, tanımlanmış, zamana bağlı doğum evrelerini tanıma olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir (54) ve onların başa çıkma yetenekleri, yaşanan acı düzeyi, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyini içeren birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksektir (55).

#### **Kaynaklar**

Kaynak gereksinimlerine ilişkin herhangi bir inceleme kanıtı bulunamamıştır.

#### **Ek Hususlar**

Doğum eylemi ve travay sürecinin hızlandırılması için kullanılan müdahalelerin (sezaryen, oksitosin augmentasyonu gibi) ve ilişkili müdahalelerin (sürekli kardiyotokografi, ağrı kesici, antibiyotik gibi) kullanımını azaltma potansiyeline sahip olduğu için yavaş-ama-normal servikal dilatasyonun, doğumun birinci evresini yönetmek için bir ölçüt olarak uygulanması maliyet-etkin olabilir.

Tüm kadınların doğumlarında rol aldığı bazı orta ve yüksek gelirli ülkelerdeki çalışmalarda, hekimlerin, doğumu yönetmek için yavaş-ama-normal dilatasyona ilişkin bileşenlerin kullanılmasının, sağlık bakım kaynaklarının kullanımının artışında etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yavaş-ama-normal doğumların kolaylaştırılmasının, kadınların daha uzun süre doğumhanede kalmaları nedeniyle vajinal doğumlar için yatak maliyetlerinin artmasına neden olması muhtemeldir. Bir hastane yatağının günlük tahmini maliyeti, WHO-CHOICE örnek tahminlerinde (2007-2008) (70) gösterildiği gibi, bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Daha uzun doğumlarla ilişkili yatak maliyetlerindeki artışlar, yatak maliyetlerinin doğum hizmetleri için maliyetlerin daha büyük bir kısmını oluşturduğu GDYÜ nazaran, GDODÜ sağlık bakım maliyetleri üzerinde daha az etkiye sahip olabilir.

Öte yandan, oksitosin augmentasyonu kullanımı azaltılırsa ve doğum süresinin güvenli üst sınırlarının uzatılması sonucunda daha az sezaryen yapılırsa, daha kısa süreli doğum nedeniyle doğum sonrası toplam yatak maliyetleri ve sağlık kaynağı kullanımı azaltılabilir.

#### **Eşitlik**

Eşitlik üzerindeki etkisine dair bir kanıt bulunamamıştır.

#### **Ek Hususlar**

Oksitosin augmentasyonu ve primer sezaryen için en yaygın endikasyon, geleneksel 4 cm'den başlayan aktif faz sırasında normal doğum ilerlemesinin en az 1 cm/saat olduğu beklentisine dayanarak “doğumun ilerlemesinde başarısızlıktır” (71). Bununla birlikte, doğumun gereksiz augmentasyonu ve sezaryen, dezavantajlı kadınlar tarafından endike bile olsa hemen alınmaları mümkün olmadığından oldukça yüksek müdahaleleridir. Yavaş-ama-normal dilatasyona ilişkin bileşenlerin tüm kadınlar için doğum yönetimine uygulanması, doğumun aşırı medikalizasyon ile ilişkili eşitsizliği azaltma potansiyeline sahiptir.

#### **Kabul edilebilirlik**

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu gebe kadının daha kısa bir doğum tercih edeceğini göstermektedir (düşük güven). Bununla birlikte, doğumdan sonra sorulduğunda, kadınların, standartlaştırılmış zaman sınırlarına bakılmaksızın, optimal doğum süresi uzunluğunun bireye göre uyarlandığı, “akışına bırak” tıkları durumlarda, olumlu bir doğum deneyimi bildirme olasılıkları daha yüksektir (orta düzey güvenilirlikte kanıt).

#### **Ek Hususlar**

Kadınların hem çok kısa hem de çok uzun bir doğumu olumsuz terimlerle bildirme olasılıklarının daha yüksek olduğunu gösteren kanıtlar vardır (26, 72, 73, 91).

## Uygulanabilirlik

Sağlayıcıların intrapartum bakım deneyimlerine bakarak nitel kanıtların gözlemlerinde (26), daha uzun süren doğumlara uyum sağlama kapasitesi personel sıkıntısı ve örgütsel zaman baskısı ile kısıtlanabilir (yüksek düzey güvenirlilikte kanıt). Yerel protokoller ve resmi olmayan kurallar, sağlık personelinin kişiselleştirilmiş bakım sağlama yeteneğini de sınırlayabilir (26).

## Ek Hususlar

Sınırlı kaynaklarla önemli bulguların elde edildiği, partograf kullanımının gerçek değerlendirmesini ortaya koyan inceleme, ekipmanın yetersiz kullanılabilirliğini, yetersiz personel sayılarını ve kullanım konusunda açık bir politikanın bulunmamasını, sınırlı bilgi ve yetersiz eğitimi vurgulamaktadır (76).

**Tablo 3.19 Kararların özeti: Doğum eyleminin yönetiminde yavaş-ama-normal servikal dilatasyon bileşenleri uygulamaları**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			- Çok Düşük	- Düşük	✓ Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olan belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Alternatif seçenekler uygun	- Muhtemelen alternatif seçenekler uygun	- Ne yavaş – ama- normal ne de alternatif seçeneği uygun	✓ Muhtemelen yavaş-ama-normal	- Yavaş-ama-normal uygun
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Alternatif seçenekler uygun	- Muhtemelen alternatif seçenekler uygun	- Ne yavaş – ama- normal ne de alternatif seçeneği uygun	- Muhtemelen yavaş-ama-normal	- Yavaş-ama-normal uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.4 Doğumhaneye kabul politikası

#### ÖNERİ 10

**Spontan doğumda başvuran sağlıklı gebe kadınlar için, sadece yoğun araştırma bağlamında, birinci evrenin aktif fazına kadar doğum odasına başvuruyu erteleme politikası önerilmektedir. (Araştırma bağlamı önerisi).**

#### Görüşler

- Daha fazla kanıt elde edilinceye kadar, doğum merkezine başvuran bir kadın, tercihen aktif fazı evde beklemek istemediği sürece, erken doğumda bile uygun şekilde kabul edilmeli ve desteklenmelidir.
- Latent fazda doğum odasına kabul edilen kadınlar için, eğer anne ve fetus sağlık ve güven veriyorsa, doğum ve doğum hızını artırmak için tıbbi müdahalelerden kaçınılmalıdır.
- RGG bunu "araştırma bağlamı" önerisi yaptı çünkü etkilere ilişkin sınırlı kanıt, bu rehberde önerildiği gibi, 4 cm veya daha az servikal dilatasyonla tanımlanan başlangıcın aktif doğum evresi için geçerli olduğundan ve 5 cm veya daha fazla servikal dilatasyonla tanımlanan başlangıcın ise aktif faz için geçerli olmadığından bahsediyordu. Grup bunu bir araştırma önceliği olarak belirtti.
- Bu önerinin doğum odasına (yani doğumhaneye) kabulün ertelenmesi, doğum için erken başvuran kadınların aktif doğumu beklediği doğum alanlarına kabulün ertelenmemesine veya sağlık tesisine kabulün gecikmesine atıfta bulunduğu açık olmalıdır. Buna ek olarak, doğum odasına kabulü geciktirmek, bir sağlık hizmeti sağlayıcısı ile ilk teması geciktirme veya kabul konusunda gecikmiş değerlendirme anlamına gelmez. Teşhis edilmemiş veya gelişmekte olan komplikasyonların hariç tutulmasını sağlamak için bir sağlık uzmanı tarafından bir tesiste sunum esnasında kapsamlı bir şekilde anne ve fetus değerlendirmesi esastır.
- Halihazırda, doğum odasına kabulü erteleme politikasını uygulayan tesisler, aktif doğum başlangıcının gözden geçirilmiş tanımı ışığında bu araştırma-bağlam önerisini uygulamayı düşünmelidir.
- Anne ve fetus sağlığını değerlendirmek için rutin gözlemler, doğum odasına kabul edilmeyi bekleyen tüm kadınlarda gerektiği şekilde yapılmalıdır.
- Doğum planlarının, kadının ihtiyaçlarına ve tercihlerine göre kişiselleştirilmesi gerekir.
- Latent fazdaki kadınlar ve refakatçileri için, yürüyüş yapılabilecek alanlara, temiz ve konforlu tuvaletlere, yiyecek ve içme suyuna kolay erişim sağlanmalıdır.
- Ebe liderliğindeki doğum birimleri (OMBU'lar) ve ebelik birimleri (AMU'lar) gibi tesisleri yeniden düzenleme stratejilerinin, doğum eylemi kabulünü geciktirme politikası yerine, kadınların doğumun erken aşamalarında ihtiyaçlarını karşıladığı düşünülebilir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.4)

Kanıt, erken doğumda risk faktörü olmayan gebe kadınları içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden türetilmiştir (92). Kanada'da, 209 nullipar gebe kadını içeren sadece bir çalışma doğrudan bu rehber soru ile ilgiliydi; bu çalışmadan elde edilen kanıtlar aşağıda açıklanmıştır (93). Bu çalışmada, kadınların aktif doğumda (çalışmada düzenli, ağrılı kasılmalar ve 3 cm'den büyük servikal dilatasyon varlığı olarak tanımlanmıştır) olmadığını

tespit ettikten sonra, doğum daha aktif hale gelinceye kadar, müdahale grubundaki kadınlara destek, motivasyon ve öneri ile, hastaneye ne zaman döneceğine dair talimatlarla birlikte, dışarıda dolaşması veya eve dönmesi bilgisi verilmiştir. Müdahale grubundaki bir kadının aktif doğumda olup olmadığı belli değilse, yeniden değerlendirilene kadar kendisinin ve partnerinin birkaç saat boyunca koltuklar ve dergilerin bulunduğu alanında kalması istenmiştir. Müdahale grubu, ilk değerlendirmeden sonra doğrudan çalışma odasına kabul edilen bir kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır.



## Karşılaştırma: doğuma doğrudan kabul ile kabulün geciktirilmesi karşılaştırılması

### Anne ile ilgili sonuçlar

**Doğum şekli:** Sezaryen ve enstrümantal vajinal doğumda doğum servisine doğrudan kabul edilmenin geciktirilmesinin etkisine dair kanıtlar, özellikle küçük örneklem büyüklüğü ve az sayıda vaka nedeniyle çok düşük kesinliktedir.

**Doğum süresi:** Düşük kesinlikli kanıtlar, hastaneye yatış açısından doğum süresinin, yatışın ertelendiği gruptaki kadınlar için daha kısa olabileceğini düşündürmektedir (1 deneme, 209 kadın; MD -5.20 saat [daha kısa], %95 CI -7.06 -3.34 saat daha kısa).

### Ağrı algısının azaltılması için seçeneklerinin

**kullanımı:** Düşük kesinlikli kanıtlar, kabulü geciktirme politikası ile epidural analjezi kullanımında bir azalma olabileceğini düşündürmektedir (1 deneme, 209 kadın, RR 0,87,% 95 CI 0,78–0,98). Bu çalışmada, kontrol grubunda epidural oranı yaklaşık % 90 olan epiduraldaki mutlak farkın, kabulü geciktirme politikasıyla 1000 de 118 daha az epidural (18 ila 199 daha az) olduğu tahmin edilmektedir.

**Doğum augmentasyonu:** Düşük kesinlikli kanıtlar, doğumu ertelemenin doğrudan kabul ile karşılaştırıldığı; oksitosin augmentasyonunu azaltabileceğini düşündürmektedir (1 çalışma, 209 kadın, RR 0.57,% 95 GA 0.37-0.86). Bu çalışmada, kontrol grubundaki % 40'lık bir oksitosin augmentasyonu oranıyla, oksitosin augmentasyonundaki mutlak farkın, kabulü geciktirme politikası ile 1000 de 174 daha az (57'den 271'e daha az) olduğu tahmin edilmektedir.

**Doğum deneyimi:** Düşük kesinlikli kanıtlar, kabulü geciktirme politikası memnuniyet puanlarının doğrudan kabulden daha yüksek olabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 201 kadın, MD 16 puan daha yüksek,% 95 CI 7.53- 24.47 daha yüksek).

### Fetüs ve yenidoğan ile ilgili sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Apgar skorlarında 5. dakikada 7'den az kanıt, özellikle küçük örneklem büyüklüğü ve az sayıda vaka nedeniyle çok düşük kesinliktedir.

**Doğum merkezine ulaşmadan gerçekleşen doğum:** Doğum merkezine ulaşmadan gerçekleşen doğumlar olmadığından kanıtlar çok belirsizdir.

**Perinatal mortalite:** Çalışma bu sonucu bildirmemiştir.

Bu çalışmada başka perinatal sonuç bildirilmemiştir.

### Ek Hususlar

Diğer ilgili sonuçlar çalışmada (93) rapor edilmiş ancak, Cochrane incelemesinde (92) rapor edilmemiştir.

Doğumun ikinci evresinin süresi: Bu, doğrudan kabul grubuna kıyasla, doğumun ertelendiği gruptaki kadınlar için daha kısadır (76.8 vs 95 dakika; P = 0.045);

Amniyotomi: Her iki grupta da benzer sıklıkta meydana gelmiştir (49/105'e karşı 56/104; P = 0.368).

Cochrane sistematik derlemesinde sunulduğu üzere, doğumhaneye kabulü ertelemenin etkileri, sağlıklı gebe kadınlar için intrapartum bakımın sağlık sistemi modeline bağlıdır ve bu hastane tabanlı intrapartum bakımdan daha az tıbbi tedavi sunma eğiliminde olan klinikler ve ebe liderliğindeki doğum birimleri (OMBU'lar) gibi, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, karmaşık olmayan doğumların gerçekleştiği ülkeler için geçerli olmayabilir (94).

Örnek büyüklüğü 120 ile 6121 arasında değişen gözlemsel çalışmalar, başvuru sırasında servikal dilatasyon ile sezaryen ve doğum augmentasyonu dahil olmak üzere daha sonraki tıbbi müdahaleler arasındaki ilişkiyi değerlendirmiştir (95-99). Bu çalışmalardaki bulgular tutarlıdır. Doğumun latent fazında kabul edilen kadınların sezaryen geçirme olasılığının daha yüksek olduğunu, bu çalışmaların latent ve aktif faz kabul gruplarında sezaryen oranlarının % 6,2'ye karşı %14,2 (n = 6121 kadın) (96),% 18'e karşılık % 4 (n = 1202 kadın) (97), % 34,8'e karşı %18,6 (n = 354 kadın) (98), %15,8'e karşı %6,9 (n = 216 kadın) (95) ve %10,3'e karşı % 4.2 (n = 3220 kadın) olduğunu bildirmişlerdir (99). Bu gözlemsel çalışmalar aynı zamanda, aktif doğuma kabul edilenlere kıyasla, doğum servisine erken kabul edilen kadınlar arasında, sürekli olarak daha yüksek oksitosin augmentasyonu ve diğer çeşitli tıbbi müdahalelerin (örn. kafa derisi pH'ı, fetal kafa derisi elektrodu, fetal kalp atış hızının izlenmesi, amniyotomi, epidural) oranlarını göstermiştir.

Cochrane sistematik incelemesi (92) aynı zamanda doğumda erken bulguları olan kadınlar için telefon triyajına (bir kadının ve bir sağlık uzmanı arasında bir kadının doğum servisine kabul edilmesine gerek olup olmadığını belirlemek için bir telefon görüşmesi) karşın "ev değerlendirmesi ve desteği" değerlendirmiştir. Birleşik Krallık ve Kanada'da yapılan üç deneme (6096 katılımcı) bu karşılaştırmaya veri katmıştır. Ev değerlendirme gruplarındaki kadınlara, bir ebe veya diğer eğitimli sağlık hizmetleri uzmanları tarafından evlerinde ağrı yönetimi teknikleri ve hastaneye ne zaman başvurulması gerektiği konusunda destek ve öneri verildi. Telefon triyaj grubundaki kadınlar, bir hemşire veya başka bir sağlık uzmanı ile telefon görüşmelerine dayanarak hastaneye gitmeye kendileri karar verdiler. İnceleme, sezaryen, enstrümantal vajinal doğum, oksitosin augmentasyonu, epidural analjezi, ciddi maternal



morbidite, 7 dakikadan az Apgar skorları ve perinatal ölüm de dahil olmak üzere bu müdahalelerin doğum sonuçları üzerinde çok az etkisi olduğunu veya hiç etkisi olmadığını gösteren kanıtlar buldu (çoğunlukla düşük kesinlik olarak derecelendirildi). Bununla birlikte, incelemelerden elde edilen düşük kesinlikli kanıtlar, ev değerlendirmesi ve destek müdahalesi ile anne memnuniyetinin artırılabilirliğini düşündürmektedir.

### Değerler

Postpartum bakımı sırasında kadınlara neyin önemli olduğuna dair yapılan nitel bir incelemeden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının, özellikle ilk kez doğum yapanların, doğum ve belirli müdahaleler (yüksek güvenilirlikte kanıt) konusunda endişeli olduğunu göstermektedir.

İnceleme ayrıca, çoğu kadın normal bir doğum istemesine rağmen, sağlıklı bir bebeğin doğumunu kolaylaştırmak için bazen tıbbi müdahalenin gerekli olduğunu anladığını gösterdi (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ek olarak, bazı bağlamlarda ve/veya durumlarda, kadınlar doğumu kısaltmak veya ağrıdan kurtulmak için müdahaleleri memnuniyetle karşılayabilirler (düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Yukarıdakiler göz önüne alındığında, doğum yapmaktan endişe duyan kadınlar, kabulün gecikme süresinin doğumda bekleme süresi üzerindeki etkisine değer vermeyebilir ve özellikle kesin doğumu beklemek için eve gönderilmek bir alternatifse, doğuma doğrudan kabulü tercih edebilir. Kadınların, doğumhaneye kabulü ertelemeyle ilişkili düşük epidural ve doğum augmentasyonu oranlarını takdir edebilecekleri de olasıdır.

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, tanımlanmış, zamana bağlı doğum aşamalarını tanıma olasılığının kadınların sağlık hizmet sağlayıcılarından daha düşük olduğunu göstermektedir (54) ve başa çıkma yeteneklerinin, yaşanan ağrı düzeyi, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyini içeren birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksektir (55).

### Kaynaklar

ABD'den yapılan 2015 maliyet-etkinlik analizi, latent fazda kabul ile karşılaştırıldığında, hastaneye yatışın ertelenmesinin, GDYÜ yıllık 694 milyon ABD doları maliyet tasarrufu ile sonuçlanabileceğini göstermektedir (100). Bu bulgular, 672 000 daha az epidural, 67 232 daha az sezaryen doğum ve 9,6 daha az anne ölümünün aktif doğuma kadar hastaneye yatışını erteleme politikasıyla ilişkili tahminlere dayanmaktadır.

### Ek Hususlar

GDODÜ doğuma doğrudan kabul edilmeye karşı kabulün geciktirilmesinin maliyet etkinliği hakkında bir kanıt yoktur. Maliyet etkinliği, intrapartum bakımın sağlık sistemi modeline bağlı olacaktır. GDODÜ çalışmalarda, hastane tabanlı modellere göre daha uygun maliyetli olduğundan, birinci basamak bakım modelleri sıklıkla kullanılır (94). Birinci basamak modelleri, hastane tabanlı modellere göre daha az medikal intrapartum bakım sunma eğilimindedir (örn. Epidural yok).

Doğumun erken aşamasında kadınlar aktif doğumu beklemek için eve gönderilirse, kabulü erteleme politikası tüm ortamlarda kadınlar için daha yüksek ulaşım maliyetleri ile ilişkilendirilebilir.

**Tablo 3.20 Aktif birinci faza kadar uzamış doğum eylemi için hastaneye kabul ana kaynak koşulları**

Kaynak	Tanımlama
Personel	Mevcut personelin bir veya daha fazla personelin görevlendirilmesi ile yeniden düzenlenmesi, bekleme odasına "kabulü geciktirme"
Eğitim	Yeni servis protokolünü uygulamak, kabulü geciktirmek amacıyla gerekli desteği sağlamak için hizmet içi eğitim
Malzemeler	Daha az vajinal muayene (eldiven) ve daha az agumentasyon (oksitosin, serum seti, i.v. mayi) kullanımı nedeniyle, direkt kabule nazaran kabulü geciktirme politikası ile daha az materyal gereksinimi oluşur.
Ekipman	Koltuklar ve radyo, müzik, televizyon ünitesi, dergi gibi kadının beklediği dönemde konforunu sağlayıcı destekleyici kaynaklar Kan basıncı ölçme monitorü gibi tıbbi malzemeler için farklılık yok
Altyapı	Kadın ve yakınları için temiz, konforlu bekleme odası ile birlikte kadının yürüyebileceği alan Tuvaletlere ve içme suyuna kolayca ulaşılabilirliği
Danışmanlık ve izleme	Tıbbi denetlemeye ulaşımın iyi olması Doğum odasına gelmeden önce doğan bebeklerin denetimi ve gözden geçirilmesi ve diğer önemli sonuçlar

## Eşitlik

Kabulü ertelemeenin eşitlik üzerindeki etkisi hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

### Ek Hususlar

GDYÜ ve daha avantajlı kadınlarda, sezaryen ve oksitosin augmentasyonu da dahil olmak üzere doğumun hızlandırılmasına yönelik gereksiz obstetrik müdahaleler çok yaygındır. Bu nedenle, kabulü geciktirmenin etkisi, ABD'deki maliyet-etkinlik analizi (100) tarafından önerildiği gibi bu gereksiz ve maliyetli müdahaleler azaltırsa, eşitliği makul bir şekilde artırabilir.

GDODÜ, dezavantajlı kadınlar genellikle sağlık tesislerine geç başvururlar veya ulaşmadan önce doğum yaparlar veya ulaşım ve mali engeller nedeniyle planlanmamış bir şekilde evde doğum yaparlar; bu nedenle, bu ortamlarda kabulü ertelemek eşitliği azaltabilir.

Sağlık kuruluşlarına ulaşım maliyetleri, tüm ortamlardaki dezavantajlı kadınlar için önemli bir husustur (102, 105, 106). Kadınların kesin doğumu beklemeleri için eve dönmeleri gerekiyorsa, dezavantajlı kadınlara bu fonla eşitliği sağlamak için ulaşım fonları sağlanması gerekecektir.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerinin nitel olarak gözden geçirilmesinin bir parçası olarak (26), yazarlar kadınların hastaneye kabul uygulamaları hakkındaki görüşlerinin bir alt analizini yapmıştır. Sadece GDYÜ'den elde edilen bulgular, kadınların evde kalma mesajını mümkün olduğunca uzun süredir iyi bildiklerini ve genellikle kabul ettiklerini göstermektedir, ancak kadınların netlik ve güvence almak için telefonla veya ziyaretle sağlık profesyonelleri ile iletişim kurmalarına yönlendiren doğumun erken deneyimleri genellikle beklenenden daha yoğundur (özellikle nullipar kadınlar için) (yüksek güvenilirlikte kanıt). Kadınlar, tıbbi desteğin, güvenlikleri için önemli olduğuna inanmaya yönlendirildiklerinde, evde kalmanın en iyi şey olduğunu kabul etmekte zorlanmaktadırlar (Yüksek güvenilirlikte kanıt). Kadınlar hastaneyi güvenli bir yer olarak görme eğilimindedir ve "aktif" doğumda olmadıkları takdirde eve gönderilebileceklerinin bilincindedirler. "Zamanlamayı doğru yapmak" zorunda kalmanın baskısı, kadınlara ek bir yük getirir ve onları endişeli ve savunmasız hissetmelerine neden olabilir (Yüksek güvenilirlikte kanıt). Bir hastaneye veya doğum kuruluşuna gitme kararı, klinik bir değerlendirmeden ziyade yaşanarak edinilmiş doğum deneyimleri (genellikle ağrı düzeyiyle ilişkili) tarafından belirlenir ve değerlendirme sırasında eve dönmeleri söylenirse

hayal kırıklığına uğramış, cesareti kırılmış, hayal kırıklığına uğramış ve utanmış hissedebilirler.

Hizmet sunucuların kabul uygulamalarına ilişkin deneyimlerinin benzer bir alt analizi, sağlık profesyonellerinin kadınların netlik ve güvence gereksinimlerinin farkında olduklarını ve telefonda veya bizzat kadın merkezli bir yaklaşımı korumaya çalıştıklarını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bununla birlikte, kurumsal baskılar ve zaman kısıtlamaları, genellikle, onları doğumhaneye adeta kapı bekçileri gibi hareket etmelerine yol açmaktadır ve bu da, doğumhaneye kabul edilmelerinde tutarsız bir yaklaşıma yol açabilir (orta güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Yukarıdaki kanıtların tümü GDYÜ'de yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. GDODÜ'den elde edilen bazı kanıtlar, bu ortamlardaki kadınların kesin doğumda sağlık tesislerine ulaşma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (107).

### Uygulanabilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerinin nitel olarak gözden geçirilmesinin bir parçası olarak (26), yazarlar kadınların hastaneye kabul uygulamaları hakkındaki görüşlerinin bir alt analizini yapmıştır. Yalnızca yüksek gelirli ülkelerden elde edilen bulgular, "evde kal" mesajının genellikle iyi bilindiğini gösterir. Bununla birlikte, güvenlik ve güvence nedeniyle, birçok kadın, klinik değerlendirme ne olursa olsun (kanıtlara yüksek güven), yaşanarak edinilmiş doğum tecrübeleri başladığında, doğumhanede ya da yakınında olmayı tercih eder. Sağlık uzmanları tarafından, kadınların eve dönmeleri istendiği durumlarda, hangi belirti ve semptomların beklenmesi ve doğumhaneye ne zaman dönmeleri gerektiği konusunda açık öneri ve talimatlar istiyorlar (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Sağlayıcıların kabul uygulamalarına ilişkin deneyimlerinin benzer bir alt analizi, personelin doğumhaneye kabulü erteleme yaklaşımını destekleme eğilimi göstereceğini işaret etmektedir, çünkü bu onlara yatak alanı ve insan kaynakları ile ilgili kurumsal baskıları yönetme esnekliği vermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bununla birlikte, bulgular aynı zamanda sağlık profesyonellerinin bu yaklaşım benimsenirse sunmak istedikleri (kadınların değer verdiği) kadın merkezli bakımı sunmak için mücadele edebileceklerini göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Yukarıdaki kanıtların tümü yüksek gelirli ülkelerde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir.

**Tablo 3.21 Kararların özeti: Doğumhaneye direkt kabul ile doğumhaneye geç kabul ilkelerinin karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			✓ Çok Düşük	-Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Direkt kabulü uygun	- Muhtemelen direkt kabulü uygun	- Direkt kabul ya da ertelenmiş kabul uygun değil	✓ Muhtemelen ertelenmiş kabulü uygun	- Ertelenmiş kabulü uygun
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	✓ Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Direkt kabulü uygun	- Muhtemelen direkt kabulü uygun	- Direkt kabul ya da ertelenmiş kabul uygun değil	✓ Muhtemelen ertelenmiş kabulü uygun	- Ertelenmiş kabulü uygun
Eşitlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.5 Başvuruda klinik pelvik muayene

#### ÖNERİ 11

**Sağlıklı gebe kadınlar için doğumda rutin klinik pelvik muayene önerilmez.(Önerilmez).**

#### Görüşler

- X-ışını pelvimetri çalışmalarından elde edilen dolaylı kanıtlar, doğumda sağlıklı gebe kadınlarda rutin pelvik muayenenin doğum sonuçları için net bir yarar sağlamayacak şekilde sezaryen oranını arttırabileceğini düşündürmektedir.
- Klinik pelvik muayene, internal pelvik muayene ile vajinal doğum için maternal pelvisin (girim, orta pelvis ve çıkım) şekil ve büyüklüğünün yeterliliğinin değerlendirilmesidir ve travaya kabulde serviks, amniyotik sıvı, fetal duruş ve pozisyonunun klinik değerlendirilmesi için gerekli olan standart bir pelvik muayene ile karıştırılmamalıdır.
- Klinik pelvik muayene, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan ve yüksek riskli sefalo-pelvik uyumsuzluğu olan kadınların triyajında bir role sahip olabilir; ancak, bu uygulamanın sonuçları iyileştirdiğine dair kanıt halen yoktur.
- Travaya kabul edilen sağlıklı gebe kadınlara klinik pelvik muayenenin rutin olarak uygulandığı yerlerde, sağlık bakımı verenler bu uygulamayı desteklemek için yeterli kanıt bulunmadığının farkında olmalıdır.
- Bir kuruma başvuran travaydaki tüm kadınlar, önerilen klinik uygulamalara göre kadının rızasıyla vajinal muayene yapma, travayın durumunu (başlangıç ve süreç) belirleme doğum bakımını veren kişi tarafından değerlendirilmelidir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.5)

Kanıtlar, beş randomize kontrollü deneyi içeren bir Cochrane sistematik derlemeden elde edilmiştir (108). Derlemenin yazarları pelvik muayeneyi değerlendiren herhangi bir çalışma bulmamıştır; bu nedenle X-ray pelvimetrinin doğum sonuçları üzerine etkisine dair indirekt kanıtlar bu öneride belirtilmiştir. Üç deneysel çalışma Güney Afrika, İspanya ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yürütülmüş ve miadında, baş geliş, tekil gebeliği olan 769 kadın dahil edilmiştir. Bu çalışmalardan biri, travayda olan 305 kadının dahil edildiği 1962 yılındaki deneysel bir çalışmadır; diğer iki çalışmaya ise doğumu hızlandırılan ya da indüksiyon uygulanan 464 nullipar kadın dahil edilmiştir. Her üç deneysel çalışma, radyolojik pelvimetri (özellikle X-ray) uygulananlar ile uygulanmayanları karşılaştırarak değerlendirmiştir. Kalan iki çalışma, bir önceki doğumu sezaryen olan kadınlarla yürütülmüştür; çalışmaların kanıtları bu rehberde alınmamıştır.

##### Karşılaştırma: Rutin pelvik muayene uygulananlarla uygulanmayanların karşılaştırılması

İndirekt kanıtlar nedeniyle kanıt derecesi düşürülmüştür, veriler x-ray pelvimetri çalışmalarından elde edilmiştir.

#### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Düşük düzeyde kesinlik içeren kanıtlar pelvik muayene uygulananlarda pelvik muayene uygulanmayanlara göre sezaryenin daha sık olabildiğini göstermektedir (3 çalışma, 769 kadın, RR 1.34,% 95 CI 1.19-1.52). Pelvimetrinin mutlak etkisi her 1000 sezaryanda 73'den fazla olabilir (6-157 arası).

**Maternal morbidite:** Dahil edilen üç çalışma maternal morbidite ile ilgili kanıt sağlamamıştır.

**Travayın süresi:** Bu sonuç, araştırmada sunulmadı.

**Doğum deneyimi:** Pelvik muayene uygulananların anne memnuniyeti ve diğer deneyimsel bakış açıları araştırmada değerlendirilmemiştir.

#### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksik -iskemi:** Pelvik muayenenin "perinatal asfiksi" üzerindeki etkisine ilişkin kanıtlar, çalışmanın tasarımı ve dolaylılığı konusunda sınırlılığı olan ve birkaç vaka içeren bir çalışmadan türetildiği için çok belirsizdir. İlgili çalışmalarda diğer fetal ve neonatal morbidite sonuçları (Apgar skoru 5. dakikada <7) bildirilmemiştir.

**Perinatal mortalite:** Bu sonuç için kanıt, az sayıda vaka, çalışma sınırlılıkları ve dolaylılığı nedeniyle çok düşük bir kesinliktedir.

#### Ek hususlar

Pelvik muayene, kemik pelvisin iç yönünün vajinal olarak incelenmesini içerir; bu muayenenin özellikle doğum ağrıları varken yapılması kadın için çok rahatsız edici olabilir (108). Ancak, araştırma bu yöntemle ilgili herhangi bir maternal deneyimi değerlendirmemiştir.

Diğer sonuçlar üzerinde yararlılığına dair kanıt olmadığından yüksek sezaryen oranı, potansiyel ek morbidite ve sezaryen ile ilgili sağlık bakım maliyetlerinin artması nedeniyle kabul edilemez.

Pelvik muayenenin tanınal doğruluğu belirsizdir; bununla birlikte, bazı gözlemsel çalışmalardan elde edilen bulgular, sezaryana erişimin sınırlı olduğu bazı düşük kaynaklı yerlerde ve ihtiyaç durumunda daha ileri düzey bir sağlık kuruluşuna zamanında yönlendirme için nullipar kadınlarda baş pelvis uygunsuzluğunu önceden belirlemede pelvik muayenenin yardımcı olabileceğini öne sürmektedir (109, 110).

#### Değerler

İntrapartum bakım sırasında kadın için neyin önemli olduğunu inceleyen nitel çalışmaların gözden geçirildiği bir derlemeden elde edilen bulgular (23), kadınların çoğunun anne ve bebek için iyi sonuçları olan normal bir doğum istediğini, ancak tıbbi müdahalenin bazen gerekli olabileceğini kabul ettiğini göstermektedir. Çoğu kadın, özellikle ilk kez doğum yapanlar, doğum (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve bazı müdahaleler konusunda endişelidir. Müdahalelerin sunulduğu yerlerde; kadınlar, onların ihtiyaçlarına duyarlı olan ve teknik olarak yetkin sağlık bakımı verenlerden konu ile ilgili bilgi almak ister (yüksek güvenilirlikte kanıt).

#### Ek hususlar

Yukarıda sunulan çalışmanın bulgularına dayanarak, eğer medikal girişimler doğum sonuçlarını iyileştirmeden sezaryen olasılığını artırır, kadınların bunu takdir etmesi pek mümkün olmayabilir.

#### Kaynaklar

Kaynak gereksinimleri veya maliyet etkinliği hakkında araştırma kanıtı bulunamadı.

#### Ek hususlar

Bu müdahalenin asıl maliyeti; personelin zamanıdır, prosedür sadece birkaç dakika sürebilirken, vajinal muayenenin neden yapıldığına dair kadına danışmanlık yapmak, onay almak ve muayeneden sonra bulguları açıklamak için de zaman gerekir. Müdahale, önemli perinatal sonuçları iyileştirmeden sezaryen riskinin artmasına yol açabileceğinden, maliyetin uygun olma olasılığı düşüktür.

#### Eşitlik

Pelvik muayenenin özkaynak üzerindeki etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bununla birlikte, kurumlarda doğumdaki engellerin ve kolaylaştırıcıların incelendiği bir derlemeden elde edilen dolaylı kanıtlar, sağlık çalışanları tarafından yapılan vajinal muayenelerin kadınların rahatsız edici ve insanlıktan çıkarıcı olarak algılandığı, kurum temelli doğum hizmetlerinin alınmasında önemli bir engel olduğunu göstermektedir (yüksek güvenilirlik kanıt) (8).

#### Ek hususlar

Yukarıdaki dolaylı kanıtlara dayanarak, pelvik muayene doğum sürecinin değerlendirilmesi için standart bir muayeneden daha rahatsız edici olabilir, dezavantajlı kadınlar kurumda doğum yapmaktan vazgeçebilir ve özkaynak daha da azalır. Ek olarak, pelvik muayenenin kontrakte pelvise sahip olduğu değerlendirilen ayrıcalıklı kadınlarda sezaryeni artırabileceği düşünüldüğünde, benzer bulguları olan dezavantajlı kadınlar ise tıbbi olarak endikasyonu olsa bile aynı düzeyde bakım alamayabilirler.

#### Kabul edilebilirlik

Kadınların ve bakım verenlerin doğum deneyimleri ile ilgili nitel sistematik derlemelerde pelvik muayene ile ilgili belirli bir kanıt yoktur.

**Tablo 3.22 Klinik pelvimetri için ana kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Eğitim	Pelvik muayenenin nasıl yapılacağına dair uygulamaya dayalı eğitim
Malzemeler	Standart pelvik muayene için sarf malzemeleri
Ekipman	Yok
Personelin zamanı	Kadınlara danışmanlık yapma, rızalarını alma ve prosedürü uygulama
Danışmanlık ve izleme	Düzenli bakım kalitesi denetiminin/incelemesinin bir parçası olarak doğumhane/ klinik/tesis yöneticisi tarafından izleme

Bununla birlikte, kadınların deneyimlerine dair genel bulgular bebek risk altında olmadıkça (yüksek güvenilirlikte kanıt) tıbbi müdahalelerden kaçınmayı önermektedir (26). Buna ek olarak, müdahale gerektiğinde kadınlar prosedür hakkında bilgilendirilmeli, hassas, kibar ve teknik olarak donanımlı personel tarafından muayene yapılmalıdır (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Kadınlar, vajinal olarak doğum şansları hakkında güvence veren bakım verenler tarafından yapılan pelvik muayeneyi kabul edebilirler. Bununla birlikte, eğer bulguların bir doğum girişimini engellemesi veya doğum sırasındaki olumsuz olay korkusunu arttırması muhtemel ise, kadınlar pelvik muayeneyi kolayca kabul etmeyebilirler.

### Uygulanabilirlik

Pelvik muayene hakkında, kadın ve bakım verenlerin intrapartum bakım deneyimleri üzerine yapılan

kalitatif sistematik derlemeden elde edilen belirli bir kanıt yoktur (26). Bununla birlikte, hizmet sağlayıcıların deneyimleri hakkındaki genel bulgular, belirli koşullarda hizmet sağlayıcıların (özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde), doğum eyleminde bulunan tüm kadınlar için pelvik muayeneyi rutin uygulamak için zaman, eğitim ve/veya kaynaklardan yoksun olabileceğini düşündürmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Doğum sırasında baş-pelvis uygunsuzluk olasılığını değerlendirmek ve maternal pelvisin iç çaplarını fetal başın büyüklüğü ile ilişkili olarak yüksek bir kesinlikte incelemek amacıyla yapılan pelvik muayene özel deneyim ve uzmanlık gerektirir. Bu uzmanlık genellikle daha üst düzey hastaneler, deneyimli ebeler ve doğum uzmanları ile sınırlıdır ve alt düzey hastanelerde, kaynakların sınırlı olduğu ortamlarda kolayca bulunmayabilir.

**Tablo 3.23 Kararların özeti: Pelvik muayene yapılanlarla yapılmayanların karşılaştırılması**

İstenen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişir	- Pelvik muayene yapmamayı destekler	✓ Muhtemelen pelvik muayene yapmamayı destekler	- Pelvik muayene yapmayı desteklemez veya pelvik muayeneyi içermez	- Muhtemelen pelvik muayene yapmayı destekler	- Pelvik muayene yapmayı destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişir	- Pelvik muayene yapmamayı destekler	✓ Muhtemelen pelvik muayene yapmamayı destekler	- Pelvik muayene yapmayı desteklemez veya pelvik muayeneyi içermez	- Muhtemelen pelvik muayene yapmayı destekler	- Pelvik muayene yapmayı destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet



## ÖNERİ 12

Rutin kardiyotokografi, spontan doğum eylemi başlamış sağlıklı gebe kadınların hastaneye kabulünde, fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için önerilmez (Önerilmez).

## ÖNERİ 13

Doğuma kabulünde fetal sağlığın değerlendirilmesi için bir Doppler ultrason cihazı veya Pinard "fetal" stetoskop kullanılarak oskültasyon önerilir (Önerilir).

## Görüşler

- Kanıtlar, doğum eyleminde uygulanan kardiyotokografinin (KTG) doğum sonuçlarını iyileştirmeden sezaryen oranlarını arttırdığını göstermektedir. Buna ek olarak, KTG bir kadının ve bebeğinin bir dizi başka girişimlere maruz kalma ihtimalini arttırmaktadır, sürekli KTG ve fetal kan örneğinin alınmasını içeren girişimler doğum maliyetini artırır ve kadının doğum deneyimini olumsuz yönde etkileyebilir.
- Tüm paydaşlar, doğum eylemi süresinde düzenli olarak fetal kalp hızının dinleyerek fetal durumun değerlendirilmesinin kaliteli intrapartum bakım sağlamanın hayati ve ayrılmaz bir parçası olduğunun farkında olmalıdır. Doğumun aktif birinci evrede, genellikle 15-30 dakikada bir, ikinci evrede 5 dakikada bir fetal kalp sesi dinlenir.
- RGG, KTG'nin riskli bebekleri tanımlamak için fetal kalp seslerini dinlemekten daha iyi olduğunu düşünen bazı klinisyenlerin görüşleri nedeniyle hastaneye yatışlarda KTG'nin uygulanmaması hakkında klinik ve yasal kuruluşlar farkında olmalıdır. Ancak RGG, bu görüşü destekleyecek hiçbir kanıt bulunmadığından emindir ve klinisyenlerin klinik uygulamaları savunmada, KTG takiplerini kabul etmeye dayanmak yerine, fetal kalp seslerini dinlediğine dair bulgularını açıkça gösteren iyi tıbbi notlar ve kayıtlar tutarak davalardan daha iyi korunabileceği fikrindedir.

## Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.6)

Kanıt, Birleşik Krallık (3 deneysel çalışma) ve İrlanda'da (1 deneysel çalışma) yürütülen dört RKG içeren bir Cochrane sistematik derlemeden elde edildi (111). Doğum eyleminde düşük komplikasyon riski altında olduğu düşünülen 13.000'den fazla kadın, KTG (sürekli 15 dakika [1 deneysel çalışma] veya 20 dakika [3 deneysel çalışma] süren) ve fetal kalp seslerini dinleyerek genel izlem için randomize edildi. Fetal kalp seslerini dinleyerek yapılan genel izlem, çalışmaların birinde doppler ultrason cihazı kullanılarak, diğer çalışmalarda ise ya fetal stetoskop ya da doppleri kullanılarak yapılmıştır; iki çalışmada dinlemek için kullanılan teknik açıkça belirtilmemiştir. Tüm deneysel çalışmalarda düşük yanlılık riski olabileceği düşünülmüştür.

**Karşılaştırma: Doğum izleminde Kardiyotokografinin (KTG) dinleme ile karşılaştırılması**

### Maternal Sonuçlar

**Doğum Şekli:** Kanıt düzeyi orta düzey olan dört çalışma (11338 kadın), KTG'nin muhtemelen

sezaryenda artışla (RR 1.20, 95% CI 1.00–1.44) ilişkili olduğunu göstermektedir, fakat müdahaleli vajinal doğumu (RR 1.10, 95% CI 0.95–1.27) arttırmamıştır. Sezaryenda mutlak farklılığın, 1000 KTG'de 7'den fazla olduğu tahmin edilmektedir (0 ile 16 arası).

**Doğum deneyimi:** Çalışmalar, kadınların girişimlerden memnuniyeti veya doğum deneyiminin diğer ölçümlerini sunmamıştır.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksik-iskemi:** Orta derecede kesin kanıtlar, düşük Apgar skorları (5. dakikada <7) (4 çalışma, 11 324 bebek, RR 1.00, % 95 CI 0.54-1.85) ya da yenidoğan konvülsiyon oranında (1 çalışma, 8056 bebek, RR 0.72, % 95 CI 0.32-1.61) muhtemelen çok az fark yarattığını veya hiçbir fark yaratmadığını göstermektedir. Düşük düzey kanıtlar, hipoksik-iskemik ensefalopati için çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını düşündürmektedir (1 çalışma, 2367 bebek, RR 1.19, 95% CI 0.37-3.90). Yüksek kesinlikte kanıtlar, hastaneye kabul edilenlerde KTG uygulananlar fetal kalp sesleri dinlenenlerle karşılaştırıldığında fetal kan örneği alımının arttığını göstermektedir (3 çalışma, 10757 kadın, RR 1.28, % 95 CI 1.13-1.45). Sonuçtaki mutlak fark, fetal kan örneği



alınan 1000 bebekte 21 tahmin edilmektedir (10'dan 34'e kadar).

**Fetal distres:** Çalışmada bu sonuçlar bildirilmemiştir.

**Perinatal mortalite:** Orta düzey kesinlikte kanıtlar, başvuranlarda KTG'nin perinatal mortaliteyi muhtemelen azalttığı ya da fark olmadığını göstermektedir (4 çalışma, 11 339 bebek, RR 1.01, 95% CI 0.30–3.47).

**Uzun süreli infant sonuçları:** Çalışmaların hiçbiri ciddi nörogelişimsel yetersizlikler hakkında veri bildirmemiştir.

### Ek hususlar

Çalışma, uygulanan KTG'nin diğer tıbbi müdahalelerin oranları üzerindeki etkilerini de sunmuştur. Yüksek-kesin kanıtlar, başvuru sırasındaki KTG'nin amniyotomi (2 çalışma, 2694 kadın, RR 1.04,%95 CI 0.97-1.12), doğum eyleminde oksitosin takviyesi (2 çalışma, 11 324 kadın, RR 1.05, 95 % CI 0.95-1.17) ya da epidural analjezi kullanımı (3 çalışma, 10 757 kadın, RR 1.11,%95 CI 0.87 ila 1.41) üzerinde çok az etkisi olduğunu veya hiç etkisi olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, orta dereceli kanıtlar başvuru sırasında uygulanan KTG'nin muhtemelen doğum eylemi süresince sürekli KTG ile izlem olasılığını arttırdığını göstermektedir (3 çalışma, 10 753 kadın, RR 1.30,%95 CI 1.14 ila 1.48). Sonuçlardaki kesin fark, her 1000 kadından 125'inin sürekli KTG ile izlendiği tahmini yönündedir (58'den 200'e kadar değişmektedir).

Tüm çalışma kanıtları GDYÜ belirlenmiştir, GDODÜ için uygun değildir.

### Değerler

İnapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel bir incelemeden elde edilen bulgular (23) çoğu kadının normal doğum istediğini göstermektedir, ancak sağlıklı bir bebeğin doğumunu kolaylaştırmak için bazen tıbbi müdahalenin gerekli olabileceğini kabul etmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıtlar). Bazı durum ve/veya şartlarda doğum eyleminin süresini kısaltmak veya ağrıdan kurtulmak için kadınlar müdahaleleri memnuniyetle kabul etseler bile (düşük güvenilirlikte kanıt), çoğu kadın, özellikle ilk kez doğum yapacak olanlar doğum (yüksek güvenilirlikte kanıtlar) ve belirli müdahaleler konusunda endişelidir. Müdahalelerin sunulduğu yerlerde, kadınlar ihtiyaçlarına duyarlı ve teknik açıdan yetkin sağlık çalışanlardan konu ile ilgili bilgi almak istemektedir. Bulgular, ayrıca kadınların doğum süreçlerini kontrol altında tutmak istediklerini ve müdahalelerin kullanımı konusunda karar vermeye dahil olmak istediklerini göstermiştir (yüksek güvenilirlikte kanıtlar).

### Kaynaklar

KTG, fetal kalp seslerini dinlemeyle karşılaştırıldığında göreceli maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

### Ek hususlar

Hasta kabullerinde KTG'nin ekstra sağlık yararı yoksa, fetal kalp seslerini fetoskop ya da fetal doppler ile dinlemek muhtemelen daha düşük maliyet etkili olacaktır (KTG'nin yüksek ekipman ve tedarik maliyetlerinin yanı sıra sezaryen aşırı kullanımı ve diğer müdahalelerin artması nedeniyle). Sezaryen gibi bazı müdahalelerin hem kurumlar hem de bunlara maruz kalan kadınlar için önemli kaynak etkileri vardır. Doğum eyleminde KTG'nin kullanılmaması önerilerinde net bir sağlık maliyeti tasarrufu bulunmaktadır.

### Eşitlik

Başvuru sırasında KTG'nin (veya genel olarak KTG'nin) eşitlik üzerindeki etkisine dair doğrudan bir kanıt bulunmamıştır.

### Ek Hususlar

Başvuru sırasındaki KTG'nin doğum sonuçlarını iyileştirmede dair orta derecede kesin kanıt, sadece gelir düzeyi yüksek ülkelerden sağlanmıştır; marjinalize kadınların sadece düşük kaliteli doğum öncesi bakım alabildiği ve doğum başvurusunda temel fetal mortalite riskinin daha yüksek olduğu yerler için bu geçerli olmayabilir. Rutin yatışlarda KTG'nin sunulması, yalnızca daha avantajlı ve iyi kaynaklara sahip ortamlara erişilebilen kadınlarda gereksiz müdahalelere yol açıyorsa eşitliği azaltabilir. Yüksek perinatal mortalite oranlarına sahip ortamlarda KTG uygulama, hipoksik fetüsü saptayarak iyileştirmek (sezaryende makul bir artış ile), dezavantajlı kadınlara daha fazla fayda sağlayarak eşitliği artırmak amaçlanır.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların ve bakım verenlerin travay ve doğum deneyimlerini araştıran nitel çalışmaların incelendiği bir derlemede, sonuçlar bazı kadınların KTG kullanımını güven verici bulduklarını ancak ekipman tarafından kısıtlandığını ve daha pratik, kadın merkezli bir bakımı tercih ettiklerini göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt) (26).

İncelemenin bir alt çalışmasından elde edilen bulgular (26), çalışanların KTG'nin aşırı kullanıldığını hissettiği, bunun gereksiz müdahalelere yol açtığını ve ebelik açısından geleneksel kadın odaklı becerilere (yüksek güvenilirlikte kanıt) zarar verdiğini

**Tablo 3.24 Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için ana kaynak gereksinimleri: Kardiyotokografi (KTG), Doppler ultrason cihazı ( fetal doppler) ve Pinard fetal stetoskop (fetoskop)**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personelin eğitimi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: Bulguların nasıl uygulanacağı ve yorumlanacağı konusunda uygulamaya dayalı eğitim (112)</li> <li>Doppler: Eğitim olmaksızın kullanımı kolay (32).</li> <li>Fetoskop: Uygulamaya dayalı eğitim: yeterli olmak için deneyim gerekebilir (113).</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: ultrason jeli, termal kağıt, elektrik sigortası (112)</li> <li>Doppler: ultrason jeli, bazıları değiştirilebilir piller gerektirir(1.5V AA) (112)</li> <li>Fetoskop: yok</li> </ul>
<b>Ekipman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: makinanın maliyeti US\$ 1457.16 (112)</li> <li>Doppler: cihazın maliyeti 95 ile 350 ABD Doları arasında olabilir (32, 112)</li> <li>KTG ve Doppler: bakım maliyetleri</li> <li>Fetoskop: US\$ 0.94 (112)</li> </ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: güç için bir duvar fişi gerektirir.</li> <li>Doppler: Pille çalışır (pillerin şarj edilmesi veya değiştirilmesi gerekir)</li> <li>Fetoskop: hiçbir şey gerektirmez.</li> </ul>
<b>Personelin zamanı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: Test kurulum süresi artı KTG'yi eğitilmiş personel tarafından yorumlama süresi</li> <li>Doppler: minimum 60 saniye</li> <li>Fetoskop: değişken, personelin deneyimine bağlı olarak</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: Güven vermeyen bir sistemin tüm parametrelerini doğru bir şekilde tanımlamak için denetim gereklidir.</li> <li>KTG izi</li> </ul>

<sup>a</sup>Elektrokardiyograf (EKG) kâğıdının kullanım başına maliyetinin 0,03 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (112). Kardiyotokografi (KTG) kâğıdının maliyeti değişir, ancak 15-30 cm uzunluğunda (1 cm / dakika kağıt hızı olduğu varsayılarak) bu tahmine benzer olabilir.

göstermiştir. Çalışanların bazıları KTG kullanımının güven verdiğine inanırken, birçoğu teknolojiye güvenmemekte ve örgütsel dava korkularını yumuşatmak için savunmacı şekilde KTG'yi kullanma baskısı hissetmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Buna ek olarak, bazı sağlık profesyonelleri KTG'yi yorumlamak için kendilerini yeterli eğitilmiş hissetmediğini, anlama ve yorumlamanın tutarsız olabileceğini bildirmiştir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Bulgular ayrıca, sağlık profesyonellerinin mümkün olduğu kadar aralıklı dinleme yöntemini kullanmayı tercih ettiklerini, çünkü daha fazla esneklik sunduğuna ve daha iyi sonuçlara yol açtığına inandıklarını göstermektedir (KTG'ye kıyasla) (düşük güvenilirlikte kanıt).

#### **Ek hususlar**

Nitel araştırma bulguları yalnızca gelir düzeyi yüksek ülkelerden alınmıştır.

#### **Uygulanabilirlik**

Sağlık profesyonellerinin görüşlerini araştıran nitel sistematik bir derlemede (26), KTG ve fetal izleme hakkındaki görüşlere ilişkin bir alt analiz çalışanların KTG'nin aşırı kullanıldığına ve bunun gereksiz müdahalelere yol açabileceğine inanma eğiliminde olduğunu göstermiştir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bunun, kaynakların düşük olduğu yerlerde bulgulara yanıt vermenin uygulanabilirliğini azaltacak maliyet etkilerinin olması muhtemeldir. Çalışanlar ayrıca KTG kullanmanın daha ucuz olduğuna (alternatiflerle karşılaştırıldığında) inanmaktadır, ancak finansal kısıtlamalar genellikle yetersiz bakım ve sınırlı yedek parçaların bulunabilirliğine neden olmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt).

#### **Ek hususlar**

Nitel araştırma bulguları yalnızca GDYÜ alınmıştır. Düşük kaynakların olduğu yerlerde, daha öncelikli diğer sağlık kaynağı ihtiyaçları nedeniyle KTG makinelerinin tedarikine yatırım yapılmasını ve sağlık personelinin bunları kullanması için eğitilmesini engelleyecektir.

**Tablo 3.25 Kararların özeti: Rutin kardiyotokografi (KTG), Doppler ultrason cihazı (fetal doppler) veya Pinard fetal stetoskop (fetoskop) ile fetal kalbin oskültasyonu karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	✓ Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pinard fetoskop/ Doppler desteklenir	✓ Muhtemelen Pinard fetoskop/ Doppler desteklenir	- CTG kullanımı veya Pinard Fetoskop/ Dopplerdesteklenmez	- Muhtemelen CTG kullanımını destekler	- CTG kullanımı destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	✓ Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pinard fetoskop/ Doppler desteklenir	✓ Muhtemelen Pinard fetoskop/ Doppler desteklenir	- CTGkullanımı veya Pinard Fetoskop/ Dopplerdesteklenmez	- Muhtemelen CTG kullanımını destekler	- CTG kullanımı destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	-✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.7 Perineal/pubik tıraş

#### ÖNERİ 14

**Vajinal doğumdan önce rutin perineal / pubik tıraş tavsiye edilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün maternal peripartum enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi için önerilerinden entegre edilmiştir (114)*, RGG bunu çok düşük kaliteli kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirledi.
- Bu öneri, vajinal doğum durumunda kadın dış genital bölgesi çevresindeki tüm tıraşlar için geçerlidir. Sezaryen için hazırlanan kadınlara uygulanmaz.
- Perineal/pubik tıraşına ilişkin karar, sağlık hizmeti sağlayıcısına değil, kadına bırakılmalıdır. Bir kadının doğumdan önce perineal/pubik tıraşı istediği durumlarda, kendisinin en rahat olduğu yerde ve kişi tarafından tıraş edilmesi önerilir (örneğin, doğumda ve doğumdan kısa bir süre önce evde gibi).
- Bu önerileri destekleyen kanıtlara rehber dökümandan ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf)

### 3.2.8 Doğuma kabulde lavman

#### ÖNERİ 15

**Doğum indüksiyonu kullanımını azaltmak için lavmanın uygulanması tavsiye edilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün doğumun indüksiyonu için önerilerinden entegre edilmiştir (46)*; RGG, bunun çok düşük kaliteli kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, rutin lavman kullanımının ne doğum süresini azalttığını ne de başka herhangi bir klinik yarar sağladığını kaydetmiştir. Lavman invaziv olarak kabul edilir ve kadınlar için rahatsızlık ile ilişkilidir.
- RGG, bu önerinin uygulanmasının yararlılığına, sağlık hizmeti kaynak kullanımındaki azalmaya ve sağlık bakımı verenler ile kadınlar arasında kabul edilebilirliğe vurgu yapmıştır, bu nedenle lavman girişime karşı güçlü bir öneride bulunmuştur.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlara, kaynak rehber dökümandan ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf) adresinde bulunan kaynak rehberde bulunabilir.

### 3.2.9 Dijital Vajinal Muayene

#### ÖNERİ 16

**Dijital vajinal muayene, düşük riskli kadınlarda doğumun birinci evre aktif fazında dört saatlik aralıklarla rutin değerlendirilmesi için önerilir (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün maternal peripartum enfeksiyonların tedavisi ve önlenmesi için önerilerinden* entegre edilmiştir (114); RGG, bunun çok düşük kaliteli kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- Anne ve bebekte enfeksiyon hastalıklarını önlemek için en uygun vajinal muayene sıklığı konusunda halen direkt kanıt yoktur; bu nedenle, öneri RGG'un ulaştığı fikir birliğine dayanmaktadır ve 2014 yılındaki DSÖ'nün doğum indüksiyonuna için önerilerindeki benzer bir öneriyle de uyumludur (46).
- Vajinal muayenelerin sıklığı ve sayısının kısıtlanmasına öncelik verilmelidir. Bu, özellikle enfeksiyon için başka risk faktörlerinin olduğu durumlarda önemlidir (örn. Amniyotik membranların uzun süreli rüptürü ve uzamış doğum eylemi).
- RGG vajinal muayene sıklığını, bakımın durumuna ve doğumun sürecine bağlı olduğunu kabul etti. Grup, bu önerisinde belirtilenden daha sık aralıklarla yapılan vajinal muayenelerin anne veya bebeğin durumuna göre izin verilebileceğini kabul etti.
- Birden fazla bakım veren tarafından bir kadının aynı zamanda veya farklı zamanlarda vajinal muayene yapmasından kaçınılmalıdır. Grup, bu uygulamanın çok sayıda çalışanın (veya öğrencinin) öğrenme amacıyla vajinal muayene yaptığı öğretim ortamlarında yaygın olduğunu belirtmiştir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlara, kaynak rehber dökümandan ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf)

### 3.2.10 Travay boyunca sürekli kardiyotokografi (KTG)

#### ÖNERİ 17

**Spontan doğumda sağlıklı kadınlarda fetal sağlığın değerlendirilmesi için sürekli kardiyotografi önerilmez (Önerilmez)**

#### Görüşler

- RGG bu öneride bulunurken, sürekli KTG'nin maliyet etkinliği, değişen geçerlilik ve uygulanabilirliği olmaksızın sezaryen ve diğer tıbbi müdahaleleri arttıran kanıtlara vurgu yapmıştır. RGG, neonatal nöbetlerinde (1000'de 1'den az) az düzeyde azalmaya daha az vurgu yapmıştır; daha ileri sağlık sonuçları olabilir veya olmayabilir.
- Destekleyici ve kadın merkezli intrapartum bakımın yerine sürekli KTG kullanılmamalıdır.
- Sürekli KTG, doğum eylemi süresince doğum ve doğum pozisyonları seçimi ve serbestçe dolaşabilme gibi diğer yararlı müdahaleleri kısıtlayabilir ve kadınlar için stresli olabilir. RGG, mobil sürekli KTG'nin kullanışlı olduğunu kabul etse de, bu yeni teknolojinin etkileri hakkındaki kanıtlar bilinmediği görüşünde hemfikiridir.
- Perinatal mortalitesi yüksek olan ülkelerdeki ilgili taraflar, aralıklı oskültasyonun (AO) kapsamı ve dökümantasyonunun nasıl geliştirilebileceğini dikkate almalıdır.
- Sürekli KTG'nin davalara karşı korunmak için savunma amaçlı kullandığı yerlerde ve ülkelerde, tüm ilgili taraflar bu uygulamanın kanıta dayalı olmadığını ve doğum sonuçlarını iyileştirmedeğini bilmelidir. Klinisyenler, klinik uygulamanın savunmasında sürekli KTG'ye güvenmektense AO bulgularını açıkça gösteren iyi tıbbi notlar ve kayıtlar tutarak daha iyi korunabilirler.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.10)

Kanıtlar, doğum sırasında fetal iyiliğin değerlendirilmesi için sürekli KTG ile aralıklı oskültasyonu (AO) karşılaştıran bir Cochrane sistematik derlemesinden türetilmiştir (115). Bu rehberin amaçları doğrultusunda, derlemenin sadece düşük riskli alt grubundan elde edilen kanıtları dahil edilmiştir. Bu düşük riskli alt grup verileri, Avustralya (989 kadın), İrlanda (10 053 kadın), Birleşik Krallık (504 kadın) ve ABD'de (14 618 kadın) yapılan ve 1978 ile 1986 arasında bulgularını bildiren dört araştırmadan elde edilmiştir. İrlanda'da yapılan çalışma, yüksek riskli gebeliği olan kadınları da içermektedir, ancak bu veriler analiz dışı bırakılmıştır. Üç deneysel çalışma, özgün Randomize Kontrollü çalışmalardır (RKÇ) ve bu çalışmalardan biri, her ay için müdahaleleri değiştiren yarı-RKÇ'dir (ABD çalışması). Diğer bir çalışmanın, yüksek yanlılık riski altında olduğu değerlendirildi. AO yönteminden, Pinard fetal stetoskop ve/veya fetal doppler cihazı kullanılarak yapılan deneysel araştırmalara kadar çeşitlilik göstermektedir.

#### Karşılaştırma: Sürekli kardiyotokografi (KTG) aralıklı oskültasyonla (AÖ) karşılaştırılması

##### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** İki araştırmadan elde edilen düşük kesinlikteki kanıtlar (1431 kadın), sürekli KTG'nin, AO'la karşılaştırıldığında, sezaryen doğumu arttırdığını göstermiştir (RR 2.06,% 95 CI 1.24-3.45). Sonuçlardaki mutlak fark, 1000 kadında 30 sezaryen oranındadır (7'den 70'e kadar). Bu çalışmalardan enstrümental vajinal doğum ile ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Ağrıyı hafifletme ihtiyacı:** Orta derecedeki kesin kanıt, bu fetal izleme yöntemleri arasında maternal analjezik gereksinimlerinde muhtemelen çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 504 kadın, RR 0.92,% 95 CI 0.79-1.07).

**Doğum deneyimi:** Tercih edilen doğum pozisyonunun benimsenmemesi, bakımdan memnuniyetsizlik ve doğum sırasında algılanan kontrol kaybını içeren doğum deneyimi ile ilgili kanıtlar araştırmada rapor edilmemiştir.

## Fetal ve Neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksik-iskemi:** Orta kesinlikte kanıtlar, sürekli KTG'nin büyük olasılıkla AO'na göre neonatal nöbetleri azalttığını göstermektedir (3 çalışma, 25 175 babies, RR 0.36, 95% CI 0.16–0.79).

**Perinatal mortalite:** Bu kanıt, çalışma tasarımı sınırlılığı ve çok az olgu nedeniyle çok düşük kesinliktedir.

**Uzun süreli infant sonuçları:** Düşük riskli gebeliği olan kadınlarla yapılan çalışmalar, serebralpalsi veya diğer uzun süreli infant sonuçlarını bildirmemiştir.

### Ek hususlar

Düşük riskli alt gruba ilişkin kanıtlar, yüksek riskli ve karışık risk alt gruplara ilişkin kanıtlarla tutarlıdır. Yüksek, düşük ve karışık risk alt grupları içeren tüm çalışma analizlerindeki özet tahminler aşağıda belirtilenlerin üzerinde müdahaleler arasında bir fark olduğunu göstermektedir:

- neonatal nöbetleri - sürekli KTG ile azalmıştır (9 çalışma, 32386 bebek, RR 0.50,% 95 CI 0.31-0.80);
- sezaryen - sürekli KTG ile artmıştır (11 çalışma, 18861 kadın, RR 1.63,% 95 CI 1.29-2.07);
- enstrümantal vajinal doğum - sürekli KTG ile artmıştır (10 çalışma, 18 615 kadın, RR 1.15,% 95 CI 1.01-1.33); ve
- fetal kan örneği alma - sürekli KTG ile artmıştır (2 çalışma, 13 929 bebek, RR 1.24,% 95 CI 1.05-1.47).

Özet tahminler, perinatal mortalite, serebral palsi, kord kan asidozu, hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE), oksitosin indikasyonu ve epidural analjezi üzerinde çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir.

Çalışmalarda klinik olarak anlamlı çok az sayıda neonatal sonuçlar tutarlı olarak bildirilmiştir (115). Ek olarak, uzun dönem takip yapılmadığı için, bildirilen neonatal nöbetlerinin uzun dönem etkileri bilinmemektedir.

Çalışmalar, nullipar ve multipar kadınları veya spontan ya da indüklenmiş doğumları ayırmamıştır. Ayrıca, çalışmalar kısmen eskidir ve kullanılan klinik uygulamalar güncel uygulamadan farklı olabilir; örneğin, bir çalışmada, tüm kadınlara bir saat içinde rutin amniyotomi uygulanmıştır.

İsveç'te düşük komplikasyon riski olan 4044 katılımcı arasında yapılan bir randomize kontrollü çalışmada (RKÇ) aralıklı KTG ile karşılaştırılan sürekli KTG, değerlendirilmiştir (116). Aralıklı grupta, doğumun

ilk evresinde her 2-2.5 saatte bir 10-30 dakika KTG ve KTG periyotları arasındaki her 15-20 dakikada bir stetoskop oskültasyonu (fetoskoplara dinleme) uygulandı. Tüm kadınlar doğumun ikinci evresinde sürekli olarak izlendi. Çalışmanın yazarları sezaryen, fetal stres (sırasıyla % 1.2 ve % 1.0) ya da diğer doğum sonuçları açısından anlamlı bir fark bulamamış ve aralıklı KTG'i ile izlemin sürekli KTG kadar güvenli olduğu sonucuna varmıştır.

### Değerler

Postpartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel bir incelemeden elde edilen bulgular (23) çoğu kadının normal doğum istediğini göstermektedir, ancak sağlıklı bir bebeğin doğumunu kolaylaştırmak için bazen tıbbi müdahalenin gerekli olabileceğini kabul etmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Müdahalelerin yapıldığı yerlerde, kadınlar ihtiyaçlarına duyarlı, teknik açıdan yetkin sağlık profesyonellerinden konu ile ilgili bilgi almak istemektedir.

Bulgular, kadınların doğum süreçlerini kontrol altında tutmak istediklerini ve müdahalelerin kullanımı konusunda karar vermeye katılmak istediklerini göstermiştir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Aynı nitel derlemeden elde edilen kanıtlar, kadınların doğumunu olağandışı hale getiren ve doğum sürecinin kontrolünü geçersiz kılan ek müdahaleler (sezaryen, enstrümantal doğum ve fetal kan örnekleme gibi) riskinden, kendileri ve bebekleri için sonuçları iyileştirmek zorunluluğu olmadıkça, kaçınmaya daha fazla değer verdiğini göstermektedir (23).

Ek olarak; doğumda sürekli KTG, kadının rahatsızlık derecesini artırarak, ağrıyı azaltma seçenekleri ve doğumda hareket özgürlüğünü azaltarak doğum sürecinde otonomi hissini olumsuz etkileyebilir.

### Kaynaklar

AO ile karşılaştırıldığında, KTG'nin göreceli maliyetleri veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

### Ek hususlar

Pinard fetal stetoskop (Fetoskop) ile oskültasyon en ucuz fetal izleme yöntemidir.



**Tablo 3.26 Doğum sırasında fetal iyilik halinin değerlendirilmesi için ana kaynak gereksinimleri: kardiyotokografi (KTG), Doppler ultrason cihazı ve Pinard fetal stetoskop**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personelin eğitimi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: ekipmanın nasıl uygulanacağı ve bulguların nasıl yorumlanacağı konusunda uygulamaya dayalı eğitim (112)</li> <li>Doppler: ek eğitim olmadan kullanımı kolay (32)</li> <li>Pinard: uygulamaya dayalı eğitim; yeterli olmak için deneyim gerekebilir (113)</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: ultrason jeli, termal kağıt, bir elektrik sigortası (112)</li> <li>Doppler: ultrason jeli, bazıları değiştirilebilir piller gerektirir (1.5V AA) (112)</li> <li>Pinard: yok</li> </ul>
<b>Ekipman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: bir makinenin maliyeti 1457,16 ABD dolarıdır (112); izleme süresi boyunca kadın başına bir makine ve bir yatak</li> <li>Doppler: cihaz 95 ila 350 ABD dolarına mal olabilir (32, 112)</li> <li>Pinard: US \$ 0.94 (112)</li> <li>Bakım maliyetleri: KTG için en yüksek; Pinard için yok</li> </ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: güç için bir duvar fişi ve sabit bir elektrik kaynağı gerektirir</li> <li>Doppler: pille çalışır (pillerin şarj edilmesi veya değiştirilmesi gerekir)</li> <li>Pinard: gerekli değil</li> </ul>
<b>Personelin zamanı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KTG: eğitilmiş personel tarafından düzenli olarak izleme ve yorumlama gerektirir</li> <li>Doppler: 15 dakikada bir minimum 60 saniye</li> <li>Pinard: bakım verenin deneyimine bağlı olarak değişir</li> </ul>

<sup>a</sup>Elektrokardiyograf (EKG) kâğıdının kullanım başına 0,03 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (112). Kardiyotokografi (KTG) kâğıdının maliyeti değişir, ancak 15 ila 30 cm uzunluğunda olduğunda (1 cm/dakika kağıt hızı olduğu varsayılarak) bu tahmine makul şekilde benzer olabilir. Bu tahmine dayanarak, kâğıt 8 saat süren bir doğum eylemi için 0,48 ABD dolarına mal olabilir (0,03 ABD Doları 16).

Sürekli KTG'nin faydalı etkileri hakkındaki kanıtlar, AO karşılaştırıldığında maliyet etkinliği olmadığını göstermektedir, çünkü tek net fayda neonatal nöbetlerinde küçük bir mutlak azalmadır (1000'den 1'den daha az bir oranda) ve uzun vadeli etkiler belirsizdir. KTG kullanımı sezaryen, enstrümantal vajinal doğum ve fetal kan örneği alma gibi maliyetli doğum eylemlerinde orta derecede artışlara yol açabileceği dikkate alındığında anne ve bebek için ek morbidite riskleri ile ilişkili olabilir, KTG kullanımından kaçınmak önemli ölçüde maliyet tasarrufu sağlayabilir. Doğum salonu için KTG ekipmanının temini, ilgili bakım masrafları ya da pH izleme gibi yardımcı kaynakların kullanımıyla ilgili sağlık bakım maliyetleri, diğer temel olanaklara erişim sağlamak için kullanılabilir. Örneğin, Hollanda'da bir çalışmada tahmin edilen dahili KTG izleme maliyeti doğum başına 1316 €'dur (117).

#### Eşitlik

KTG'nin özkaynak üzerindeki etkisi hakkında hiçbir kanıt bulunmamıştır.

#### Ek hususlar

Sürekli KTG'nin AO ile karşılaştırıldığı çalışmalar gelir düzeyi yüksek ülkelerde gerçekleştirilmiştir ve etki tahminleri yüksek perinatal mortalite oranlarına sahip

gelir düzeyi düşük ve orta olan ülkelere doğrudan uygulanamayabilir. Bununla birlikte, sürekli KTG'nin bu etkileri, gereksiz müdahalelerin artmasına yol açarsa eşitliği azaltabileceğini düşündürmüştür.

*DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu*; yoksul, en az derecede eğitimi olan, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan kadınların avantajlı kadınlara göre kapsamlı sağlık müdahalelerine erişiminin daha düşük olduğunu göstermektedir (33). Bu ortamlarda, temel kaynakların eksikliği ve değişen bakım kalitesi nedeni ile herhangi bir tür elektronik fetal kalp hızı (FKH) izleminin son derece eşitsiz olması mümkündür. Çalışmalar, bu tür ortamlarda doğum sürecinin yeterli şekilde izleminin genellikle eksik olduğunu ve FKH'nin sadece nadiren dinlenebildiğini bildirmektedir (118-120). Bu ortamlarda sürekli KTG'nin uygulanması, eşitliği daha fazla olumsuz yönde etkileyebilir.

#### Kabul edilebilirlik

Kadınların ve bakım verenlerin travay ve doğum deneyimlerinin araştırıldığı nitel çalışmaları inceleyen bir derlemede; sonuçlar, bazı kadınların KTG kullanımını güven verici bulduklarını ancak ekipman tarafından kısıtlandığını, daha pratik ve kadın merkezli bir yaklaşımı tercih ettiklerini göstermektedir (düşük güvenilikte kanıt) (26). Ek

olarak, intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel bir derlemeden elde edilen bulgular, kadınların doğum sırasında yalnız kalmaktan hoşlanmadığını ve hassas, yetkin bir sağlık profesyonelinin yanlarında olmasını tercih ettiklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) ( 23).

Travay ve doğum deneyimlerinin incelendiği çalışmanın bulguları, bazı sağlık profesyonellerinin KTG'nin aşırı kullanıldığını hissettiği, bunun gereksiz müdahalelere yol açtığını ve ebelik bakış açısıyla geleneksel, kadın odaklı becerileri zayıflattığını göstermiştir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (26). Çalışanların bazıları KTG kullanımının güven verdiğine inanırken, birçoğu teknolojiye güvenmemekte ve kurumsal dava korkularını yumuşatmak için savunmacı şekilde KTG'yi kullanma baskısı hissetmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Buna ek olarak, bazı sağlık profesyonelleri KTG'yi yorumlamak için kendilerini yeterli eğitilmiş hissetmediğini, anlama ve yorumlamanın tutarsız olabileceğini bildirmiştir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca, sağlık profesyonellerinin mümkün olduğu kadar aralıklı dinleme yöntemini kullanmayı tercih ettiklerini, çünkü daha fazla esneklik sunduğuna ve daha iyi sonuçlara yol açtığına inandıklarını göstermektedir (KTG'yekiyasla) (düşük güvenilirlikte kanıt).

#### Ek hususlar

Kalitatif bulgular sadece GDYÜ elde edilmiştir (26). Ebelerin aralıklı fetal izlemenin kullanımına yönelik tutumlarını araştıran ABD merkezli bir çalışmanın bulguları, 145 ebeğin %72,4'ünün aralıklı fetal izlemin standart bakım olması gerektiğini kabul ettiğini ve %87,0'sının bunu sağlamak isteyeceğini göstermiştir. Bununla birlikte, ebelerin % 53,9'u hemşire hasta oranlarının bu hizmeti sağlamada bir sorun olduğunu belirtmiştir (121). Açık klinik yarar göstermeyen

kanıtlara rağmen, bazı klinisyenler KTG'nin riskli bebekleri tanımlamakta AO'dan daha iyi olduğu; bunun, doğum komplikasyonu için belirgin risk faktörü olmayan kadınlar için bile yapılan girişimin ek riskini haklı çıkardığı görüşündedir. Bununla birlikte; KTG'nin, doğumun doğal ve tıbbi olmayan bir deneyim olması gerektiğine inanan kadınlar ve diğer sağlık profesyonelleri için özellikle kabul edilemez olması muhtemeldir.

#### Uygulanabilirlik

Kadınların ve sağlık hizmeti verenlerin travay ve doğum deneyimlerinin incelendiği nitel sistematik bir derlemeden elde edilen bulgular, kadınların KTG'yi, hareketlerini kısıtlaması nedeniyle rahatsız edici bulunduğunu göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt) (26). Review bulguları; çalışanların, KTG'nin aşırı kullanıma eğilimi olduğu ve bunun gereksiz müdahalelere (yüksek güvenilirlikte kanıt) yol açabileceğine inandığını göstermektedir. Ayrıca, kullanımının daha ucuz olduğuna (diğer fetal izleme tekniklerine göre), ancak finansal kısıtlamaların, yetersiz bakım ve yedek parçaların sınırlı bulunmasına neden olabileceğine inanmaktadırlar. Buna ek olarak; bazı sağlık profesyonelleri, iş yükü baskısının az personel sayısı ile birleştiğinde, KTG'nin kadın merkezli bakımın yetersiz bir alternatifi ve bir "bebek bakıcısı" olarak kullanılmaya (sürekli) yol açtığına inanmaktadır.

#### Ek hususlar

Kalitatif bulgular sadece GDYÜ alınmıştır. Bununla birlikte; sonuçlar, kadınların görüşlerinin travay bakım ortamlarında KTG kullanımını engelleyebileceğini, sağlık uzmanlarının karışık görüşlerinin içeriğe bağlı olarak uygulamayı farklı şekilde etkileyebileceğini göstermiştir (26).

**Tablo 3.27 Kararların özeti: Doğum sırasında fetal izlem için sürekli kardiyotokografi (KTG) aralıklı oskültasyon (AO) ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Aralıklı oskültasyon destekler	✓ Muhtemelen aralıklı oskültasyon destekler	- Sürekli KTG ya da aralıklı oskültasyon desteklenmez	- Muhtemelen sürekli KTG destekler	- Sürekli KTG destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	✓ Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar

Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Aralıklı oskültasyon destekler	✓ Muhtemelen aralıklı oskültasyon destekler	- Sürekli KTG ya da aralıklı oskültasyon desteklenmez	- Muhtemelen sürekli KTG destekler	- Sürekli KTG destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.11 Travay süresince fetal kalp hızının aralıklı oskültasyonu

#### ÖNERİ 18

**Travayda sağlıklı gebe kadınlar için fetal kalp hızını dinlemede Doppler ultrason cihazı veya Pinard fetal stetoskop ile aralıklı oskültasyon önerilir (Önerilir)**

#### Görüşler

- El tipi bir Doppler ultrason cihazı, kardiyotokografi (KTG) veya sık izlenen Pinard fetal stetoskopla aralıklı oskültasyonun fetal kalp hızı (FHR) anormalliklerinin tespitini artırabileceği ve bunun da hipoksikiskemiye azaltabileceğini gösteren bazı kanıtlar vardır. Bununla birlikte, diğer önemli erken ve uzun dönem infant sonuçları üzerindeki etki belirsizdir.
- RGG, kullanılan cihaza bakılmaksızın klinik protokollere sıkı sıkıya bağlı olarak, doğum sırasında FKH'nın aralıklı oskültasyonun intrapartum bakım için zorunlu olduğunu vurguladı. Grup, doğum sırasında FKH'nın izlenmesinin birçok gelir düzeyi orta ve düşük ülkelerde (GDODÜ) yetersiz olduğunu ve bu sorunun bu yerlerdeki kalite iyileştirme girişimleriyle güçlü bir şekilde ele alınması gerektiğini belirtti.
- RGG, farklı AO protokollerinin karşılaştırmalı faydalarının ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu yerlerde protokollerdeki farklılıklarla ilgili kanıtlarının yetersiz olduğunu kabul etti. Bununla birlikte; grup, protokolün standartlaştırılmasının sağlık hizmetlerinin planlanması ve mediko-yasal amaçlar için önemli olduğu konusunda anlaşmış ve bu nedenle aşağıdaki protokolü kabul etmiştir (113).
  - Aralık: Doğumun aktif birinci evresinde her 15-30 dakikada bir ve doğumun ikinci evresinde her 5 dakikada bir oskültasyon.
  - Süre: Her oskültasyon en az 1 dakika sürmelidir; FKH her zaman normal aralıktadır değilse (yani 110-160 atım/dakika), oskültasyon en az üç uterus kontraksiyonu kapsayacak şekilde uzatılmalıdır. Zamanlama: Uterus kontraksiyonları sırasında oskültasyon ve kontraksiyondan sonra en az 30 saniye devam eder.
  - Kayıt: bazal FKH'nın (dakikadaki atım sayısında ilk sayılan rakam olarak), akselerasyonların ve deselerasyonların varlığını veya yokluğunu kaydedin.
- Kullanılan yöntem bakılmaksızın, kadına tekniğin ve amacın net bir açıklaması yapılmalıdır. Karar vermeye katılımı sağlamak için oskültasyon bulguları ve eylemin sonraki sürecinde yapılanlar kadına açıklanmalıdır.
- RGG, bazı düşük kaynaklı ortamlarda arızalı ekipmanın, birden fazla ekipman türünün (farklı gelişmiş ortaklarından başış yapılması veya yakındaki ülkelerden temin edilmesi nedeni ile), pil ve diğer sarf malzemelerinin eksiklerinin yaygın olduğunu belirtti. Elektrik gerektiren ekipmanın kullanımı, düşük gelirli ülke ortamlarındaki elektrik kesintilerinden olumsuz etkilenebilir. Bu nedenle, Pinard fetal stetoskoptan Doppler cihazına geçmeden önce, uygulamayı sürdürmek için uygun kaynakların mevcut olduğundan emin olmak önemlidir.

## Değerlendirmelerin ve kanıtların özeti

### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.11)

Kanıtlar, Uganda, Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti ve Zimbabve’de travayda olan 6241 kadının dahil olduğu üç randomize kontrollü çalışmayı (RKÇ) içeren bir Cochrane sistematik derlemeden sağlanmıştır; ancak, metaanalize sadece iki çalışma dahil edilmiştir (Tanzanya Birleşik Cumhuriyeti’nden bir çalışma dışlanmıştır) (122). Uganda’daki çalışma (risk faktörleri olmayan 1987 kadın), Fetal Doppler cihazı kullanılarak aralıklı izlem ile Fetoskop kullanılarak aralıklı izlemi karşılaştırmıştır. Her iki yöntem de bir kontraksiyondan hemen sonra 1 dakika boyunca, doğumun birinci evresinde 30 dakikada bir, ikinci evresinde ıkınma hissi başlamadan önce 15 dakikada bir, ıkınma hissi başladığında her 5 dakikada bir uygulanmıştır.

Zimbabve çalışması (633 kadın), aralıklı kardiyotokografi (KTG), Doppler ve fetoskop ile FKH’nı iki farklı yöntemle izlemi (sıkı ve rutin uygulama) karşılaştıran dört kollu bir çalışmadır. KTG kolunda, eksternal transüder FKH’nı izlemek için her yarım saatte bir 10 dakika uygulandı; kontraksiyon probunun sürekli olarak ne kadar uygulandığı belirsizdir. Doppler ve “sıkı” fetoskop yöntemleri, her yarım saatin son 10 dakikasında, kontraksiyon sırasında ve hemen sonrasında 1 dakika boyunca FKH’nı dinleyen bir araştırmacı ebeyi içerirken, görevli ebeler “rutin uygulama” kolunda dinlemeyi gerçekleştirdi. Bu çalışmadaki kadınların obstetrik veya tıbbi risk faktörleri vardı (plasenta dekolmanı ya da eklampsisi olan kadınlar hariç) ve doğum için sevk edilecek bir hastanede yer ayrıldı ya da transferi gerçekleşti. Bu çalışmadan elde edilen veriler meta analizlere dahil edildiğinde, kanıtların kalitesi dolaylılık nedeniyle bozulmuştur.

Her iki çalışmaya katılanların; sefalik prezentasyona sahip tekil gebelikler, hastaneye habul edildiğinde 7 cm ya da 7 cm’den az servikal dilatasyonu ve dakikada 120-160 atımlık FKH’ı vardı.

### Fetal ve neonatal sonuçlar1: Fetal Doppler Ultrason ile aralıklı izlemenin Pinard fetoskop ile karşılaştırılması

İki çalışma (Uganda ve Zimbabve) bu karşılaştırmaya veri katkısı sağlamıştır.

### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Bu yöntemlerin genel olarak sezaryen (herhangi bir endikasyon) üzerindeki etkisine dair kanıtlar çok düşük kesinliktedir. Komplikasyonlar için risk faktörleri olan kadınları içeren çalışmadan

sağlanan orta dereceli kanıtlar, aralıklı Doppler’in muhtemelen fetal distres nedeniyle sezaryeni arttırdığını göstermektedir (1 çalışma, 627 kadın, RR 2.71,% 95 CI 1.64-4.48); ancak enstrümantal vajinal doğum farkı muhtemelen çok azdır veya hiç yoktur (1 çalışma, 627 kadın, RR 1.35,% 95 CI 0.78-2.32).

**Doğum deneyimi:** Memnuniyet, doğum sırasında tercih edilen pozisyonun benimsenememesi veya doğum sırasında algılanan kontrol kaybı da dahil olmak üzere, bu çalışmalardan elde edilen anne doğum deneyimi hakkında herhangi bir kanıt yoktur.

### Fetal ve yenidoğan sonuçları

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük kesinlikli kanıtlar, aralıklı Doppler’in hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE) (1 çalışma, 627 bebek, RR 0.10,% 95 CI 0.01-0.78) ve neonatal nöbetlerini (RR 0.05,% 95 CI 0.00-0.91) azaltabileceğini düşündürmektedir. GDYÜ mutlak farkın 1000’de 29 daha az olduğu tahmin edilmektedir (7’den 31’e daha az). Apgar skorlarına ilişkin kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Fetal distres:** Düşük kesinlikli kanıtlar, Doppler ile FKH’daki anormalliğin fetoskopa göre (2 çalışma, 2598 bebek, RR 2.40,% 95 CI 1.09-5.29) daha sık tespit edilebileceğini, erken ve geç deselerasyonların muhtemelen daha sıkça tanımlandığını göstermektedir (1 çalışma, 627 bebek, RR 2.72,% 95 CI 1.73-4.28) (orta derece kesinlikte kanıt).

**Perinatal mortalite:** Bu sonucun kanıtı çok düşük kesinliktedir.

**Uzun süreli infant sonuçları:** Çalışmalarda bildirilmemiştir.

### Ek hususlar

Çoğu sonuca ilişkin kanıtlar, kadınlar arasında “yüksek riskli” gebelikler olarak tanımlanan bir araştırmanın verilerine dayanmaktadır. Kanıtlardan, erken ve geç deselerasyonların tanımlanmasında artış ve fetal distres için sezaryen artışının erken ve uzun dönem bebek sonuçlarının iyileşmesine dönüşüp dönüşmediği belirsizdir.

### Değerler

İnatpartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediğini, ancak bazen müdahalelerin gerekli olabileceğini kabul etmektedir. Müdahaleler göz önüne alındığında, kadınlar müdahalelerin içeriği hakkında bilgilendirilmeyi ve mümkün olduğunca

bir seçenek sunulmasını istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, gereksinimlerine duyarlı, teknik olarak yetkin sağlık bakımı sağlayıcılarından dikkat ve ilgi görmeye değer verirler (yüksek güvenilirlikte kanıt).

#### Ek Hususlar

Uygulamaya ilişkin kanıtlar, GDODÜ Doppler'in FKH anormalliklerinin tespitini artırabileceğini, muhtemelen fetal distressin ardından sezaryanın artabileceği ve perinatal hipoksi-iskemi azaltabileceğini düşündürmektedir. Küresel olarak, kadınlar perinatal hipoksi-iskemi ve neonatal nöbetleri gibi ciddi yenidoğan morbiditesinden kaçınmaya büyük önem vermektedir ve artan sezaryen morbiditesine rağmen sağlıklı bir bebek sahibi olmak isteyeceklerdir.

#### Kaynaklar

Fetoskop ile karşılaştırıldığında, Doppler'in göreceli maliyetleri veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

#### Ek hususlar

Fetoskop, mevcut olan en ucuz aralıklı oskültasyon yöntemidir.

#### Eşitlik

Farklı fetal izlem türlerinin eşitlik üzerindeki etkisine dair bir kanıt bulunmamıştır.

#### Ek Hususlar

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu; yoksul, en az derecede eğitimi olan, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan kadınların daha avantajlı kadınlara göre kapsamlı sağlık müdahalelerine erişiminin daha düşük olduğunu göstermektedir (33). Bu ortamlarda,

temel kaynakların eksikliği ve değişen bakım kalitesi nedeniyle herhangi bir tür elektronik FKH izleminin son derece eşitsiz olması mümkündür. Çalışmalar, bu tür ortamlarda doğum sürecinin yeterli şekilde izleminin genellikle eksik olduğunu ve FKH'nın sadece nadiren dinlenebildiğini bildirmektedir (118-120). Dopler ile fetal izlem daha kolay olsa da, sağlık kaynağı ihtiyaçları ile mücadelenin bir sonucu olarak kırsal ve uzak sağlık kurumlarında az bulunur. Doppler izleminin klinik uygulamaya sokulması ek maliyetler getirebilir ve bu nedenle, dopplerin daha avantajlı kadınlara bakım sağlayan kurumlarda kullanımı daha olasıdır.

#### Kabul edilebilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerini araştıran nitel çalışmaların incelendiği bir derlemede; sonuçlar, kadınların daha uygulamalı, kadın merkezli bir yaklaşımı tercih ettiklerini ve buna izin veren herhangi bir tekniği tercih edebileceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt)(26). Aynı derlemede, sağlık profesyonellerinin travay ve doğum deneyimleri sonuçları, çalışanların bir Doppler cihazı kullanmaktan hoşlandığını göstermektedir (26), çünkü güven vermektedir ve potansiyel olarak kadınlar için daha iyi sonuçlara yol açmaktadır (KTG ile karşılaştırıldığında) (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı ortamlarda, sağlık profesyonelleri fetoskop kullanmayı tercih ederler, çünkü bu bakım için daha kadın merkezli bir yaklaşımı kolaylaştırmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt).

#### Ek hususlar

Sağlık profesyonellerinden elde edilen nitel bulgular sadece yüksek gelirli yerlerden elde edilmiştir. Doppler ayrıca bir kadının fetal kalp atışını duymasına izin verir, bu da güven verir ve fetoskop ile izlemeye göre çekiciliğini artırabilir.

**Tablo 3.28 Aralıklı oskültasyon için ana kaynak gereksinimleri: Doppler ve Fetoskop (karşılaştırma 1)**

Kaynak	Tanımlama
Personelin eğitimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppler: ek eğitim almadan kullanımı oldukça kolay (32)</li> <li>Fetoskop: uygulamaya dayalı eğitim; uzman olmak için biraz deneyim gereklidir (113)</li> </ul>
Malzemeler	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppler: ultrason jeli; bazıları değiştirilebilir piller gerektirir (1,5V AA) (112)</li> <li>Fetoskop: yok</li> </ul>
Ekipman	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppler: cihaz 95 ila 350 ABD dolarına mal olabilir (32, 112)</li> <li>Fetoskop: ABD Doları 0.94 (112)</li> </ul>
Altyapı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppler: pille çalışır (pillerin şarj edilmesi veya değiştirilmesi gerekir)</li> <li>Fetoskop: gerekli değil</li> </ul>
Personelin zamanı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doppler: sağlık hizmeti verenin deneyimine bağlı olarak değişkenlik (dakika)</li> <li>Fetoskop: sağlık hizmeti verenin deneyimine bağlı olarak değişkenlik (dakika)</li> </ul>

## Uygulanabilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel sistematik bir delemeye göre, Doppler'in kullanımı ile ilgili herhangi bir uygulanabilirlik endişesi bulunmamıştır (26).

Aynı çalışma, sağlık profesyonellerinin görüşlerini de araştırmış ve çalışanların, Doppler'in fetal izlemeye daha esnek bir yaklaşım sunduğuna ve benzer izlem ekipmanlarına kıyasla daha az pahalı olduğuna inandığını buldu (düşük güvenilirlikte kanıt) (26). Bununla birlikte, bulgular ayrıca bazı düşük geliri

yerlerde Doppler kullanımı ile ilişkili kaynakların-ilk satın alma maliyetleri, eğitim ve devam eden bakım açısından - kısıtlayıcı olabileceğini da göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

## Ek hususlar

Fetoskop en ucuz seçenektir; bununla birlikte, Doppler'in kullanımı muhtemelen daha kolaydır ve bu nedenle, eğer cihaz mevcutsa ve ekipman bakımı ve sürekli bir pil kaynağı sağlanıyorsa, ebenin az bulunduğu yerlerde daha uygun olabilir.

**Tablo 3.29 Kararların özeti: Doppler kullanılarak yapılan aralıklı oskültasyon ile Fetoskop karşılaştırılması (karşılaştırma 1)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pınard fetoskop destekler	- Muhtemelen Pınard fetoskopdestekler	- Doppler ya da Pınard fetoskop desteklenmez	✓ Muhtemelen Doppleri destekler	- Doppleri Destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	✓ Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pınard fetoskop destekler	✓ Muhtemelen Pınard fetoskopdestekler	- Doppler ya da Pınard fetoskop desteklenmez	- Muhtemelen Doppleri destekler	- Doppleri Destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet



## Fetal ve neonatal sonuçlar 2: Aralıklı KTG ile rutin Pinard fetoskop karşılaştırılması

Kanıtlar, Zimbabwe’de yürütülen dört kollu çalışmadan elde edildi, bu karşılaştırma 633 kadın ve bebeği kapsamaktadır. “Rutin uygulama” fetoskop grubu, görevli ebelerden “her zamanki bakımı” aldı. Yukarıda belirtildiği gibi, bu çalışmaya katılanlar komplikasyon riski taşıyan kadınlardır; bu nedenle, kanıtın kalitesi dolaylılık nedeniyle düşürülmüştür.

### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Orta derecede kesinlik gösteren kanıtlar, aralıklı KTG’nin özellikle rutin Pinard fetoskop izlemine (RR 1.92, %95 CI 1.39-2.64) kıyasla sezaryen ameliyatı arttırdığını göstermektedir (RR 2.92, %95 CI 1.78-4.80). Düşük kesinlikteki kanıtlar, enstrümental vajinal doğumda muhtemelen çok az fark olduğunu veya hiçbir fark olmadığını göstermektedir (RR 1.46, %95 CI 0.86-2.49).

**Doğum deneyimi:** Memnuniyet, doğum sırasında tercih edilen pozisyonun benimsenmemesi veya doğum sırasında algılanan kontrol kaybı dahil olmak üzere, bu çalışmadaki anne doğum deneyiminin herhangi bir unsuru hakkında bir kanıt yoktur.

### Fetal ve yenidoğan sonuçları

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük kesinlikli kanıtlar, aralıklı KTG’nin hipoksik-iskemik ensefalopatiyi (HIE) (RR 0.20, % 95 CI 0.04-0.90) ve neonatal nöbetleri (RR 0.05, % 95 CI 0.00-0.89) azaltabileceğini düşündürmektedir. Bu sınırlı verilere dayalı olarak HIE’deki mutlak farkın 1000’de 25’den daha az (3’ten 30’a kadar daha az) olduğu tahmin edilmektedir. Apgar skorlarının 5 dakikada 7’den az olduğuna dair kanıtlar çok düşük kesinliktedir. Bu çalışmada kordon kanı asidozu bildirilmemiştir.

**Fetal distres:** Orta derecede kesinlikli kanıtlar, aralıklı KTG’nin muhtemelen erken ve geç FKH’ı deselerasyonları da (RR 2.84, %95 CI 1.82-4.45) dahil olmak üzere bir FKH anormalliği (RR 6.08, %95 CI 4.21-8.79) tanısını arttırdığını göstermektedir. Bu sınırlı veri kümesine dayanarak erken ve geç deselerasyonların tespitindeki mutlak farkın 1000’de 134’den daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (60’dan 252’ye kadar daha fazla).

**Perinatal mortalite:** Bu sonuçla ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem bebek sonuçları:** Bu çalışmada bildirilmemiştir.

### Ek hususlar

Bu karşılaştırmanın kanıtı, “yüksek riskli” gebelikler olarak tanımlanan kadınlar arasında yapılan tek bir çalışmadan elde edilen verilere dayanmaktadır; bu nedenle, yararlı etkiler fazla tahmin edilebilir. Kanıtlardan, erken ve geç deselerasyonların tanımlanmasının artmasının ve fetal distres için sezaryen doğumunun artmasının erken ve uzun vadeli bebek sonuçlarını iyileştirip çevirmediği belirsizdir.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların incelendiği bir derlemeden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediğini, ancak bazen müdahalelerin gerekli olabileceğini kabul ettiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Sonuçlara ilişkin kanıtlar, GDODÜ aralıklı KTG’nin FKH anormalliklerinin tespitini artırabileceğini ve fetal distresi takiben sezaryen pahasına perinatal hipoksik iskemi azaltabileceğini düşündürmektedir. Küresel olarak, kadınlar perinatal hipoksik-iskemi gibi ciddi yenidoğan morbiditesinden kaçınmaya büyük önem vermektedir ve sezaryenin morbiditesi pahasına sağlıklı bir bebek sahibi olmak için sezeryana istekli olabilir.

### Kaynaklar

Farklı AO tiplerinin, göreceli maliyetleri veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunmamıştır.

### Eşitlik

Özkaynak üzerindeki etkisine dair herhangi bir kanıt bulunmamıştır.

### Ek Hususlar

DSÖ’nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu yoksul, en az derecede eğitimi olan, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan kadınların daha avantajlı kadınlara göre kapsamlı sağlık müdahalelerine erişiminin daha düşük olduğunu göstermektedir (33). Çalışmalar, genellikle bu tür ortamlarda travay sürecinin yeterli şekilde izleniminin eksik olduğunu ve FKH’nın nadiren oskulte edilebildiğini bildirmektedir (118-120). Elektronik fetal monitörler, diğer yoğun sağlık kaynak ihtiyaçlarının bir sonucu olarak kırsal ve uzak sağlık tesislerde nadir bulunur. KTG’ye yapılacak bir yatırım, muhtemelen kadınlar ve kurumlar için ek maliyet getirecektir ve bu nedenle KTG muhtemelen



**Tablo 3.30 Aralıklı oskültasyon için ana kaynak gereksinimleri: Kardiyotokografi (KTG) ve Fetoskop (karşılaştırma 2)**

Kaynak	Tanımlama
Personelin eğitimi	<ul style="list-style-type: none"><li>KTG: ekipmanın nasıl uygulanacağı ve bulguların nasıl yorumlanacağı konusunda uygulamaya dayalı eğitim (112)</li><li>Fetoskop: uygulamaya dayalı eğitim; uzman olmak için daha az deneyim gerektirir (113)</li></ul>
Malzemeler	<ul style="list-style-type: none"><li>KTG: ultrason jeli, termal kağıt, bir elektrik sigortası (112)</li><li>Fetoskop: yok</li></ul>
Ekipman	<ul style="list-style-type: none"><li>KTG: bir makinenin maliyeti 1457,16 ABD dolarıdır (112); izleme süresi boyunca kadın başına bir makine ve bir yatak</li><li>Fetoskop: US \$ 0.94 (112)</li><li>Bakım maliyetleri: KTG (Pinard için yok)</li></ul>
Altyapı	<ul style="list-style-type: none"><li>KTG: güç için bir duvar fişi gerektirir</li><li>Fetoskop: gerekli değil</li></ul>
Personelin zamanı	<ul style="list-style-type: none"><li>KTG: Takip, eğitilmiş personel tarafından düzenli izlemeyi ve yorumlamayı gerektirir</li><li>Fetoskop:sağlık çalışanının deneyimine bağlı olarak değişir</li></ul>

<sup>a</sup>Elektrokardiyograf (EKG) kâğıdının kullanım başına 0,03 ABD doları olduğu tahmin edilmektedir (112). Kardiyotokografi (KTG) kâğıdının maliyeti değişir, ancak 15 ila 30 cm uzunluğunda olduğunda (1 cm/dakika kağıt hızı olduğu varsayılarak) bu tahmine makul şekilde benzer olabilir. Bu tahmine dayanarak, kağıt 8 saat süren bir doğum eylemi için 0,48 ABD dolarına mal olabilir (0,03 ABD Doları 16).

daha avantajlı kadınlara bakım sağlayan kurumlarda kullanılmaktadır. KTG, iyi kaynaklara sahip ortamlarda olan ve sadece daha avantajlı kadınlar tarafından karşılanabilen bir dizi müdahaleye yol açarsa özkaynağı azaltabilir.

### Kabul edilebilirlik

Kadın ve sağlık bakım hizmeti sunanların travay ve doğum deneyimlerini inceleyen nitel çalışmaların gözden geçirilmesinde, sonuçlar bazı kadınların KTG kullanımını güven verici bulduklarını ancak ekipman tarafından kısıtlandığını ve daha pratik, kadın merkezli bir yaklaşımı tercih edeceğini göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt) (26).

Aynı incelemede (26), bulgular personelin KTG'nin aşırı kullanıldığını hissettiği ve gereksiz müdahalelere yol açabildiğini göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Ebelik açısından bakıldığında, KTG'nin geleneksel, kadın odaklı becerileri (kanıtlara orta düzeyde güven) baltalandığına ve personel sayısı az olduğunda "bebek bakıcılığı" için kullanılabilmesine inanılmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı çalışanlar KTG kullanımının güven verdiğine inanırken, birçoğu teknolojiye güvenmiyor ve örgütsel dava korkularını yumuşatmak için savunmacı bir şekilde kullanma baskısı hissediyor (yüksek güvenilirlikte kanıt). Buna ek olarak, bazı sağlık profesyonelleri KTG'yi yorumlamak için yeterli eğitimlerinin olmadığını hissetmekte, anlama ve yorumlamanın tutarsız olabildiğini kabullenmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Nitel bulgular sadece GDYÜ elde edildi. Yeni kablosuz KTG yöntemleri, kadınların doğum sırasında hareket halinde kalmasına izin verdikleri için mevcut KTG'den daha fazla kabul edilebilir olabilir; bu yöntemler GDODÜ kullanılmak üzere değerlendirilmektedir (123).

### Uygulanabilirlik

Kadınların travay ve doğum ile ilgili görüş ve deneyimlerinin incelendiği nitel sistematik bir derlemeden elde edilen bulgular, KTG'nin kadınların hareketini kısıtlayabildiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (26).

Aynı derleme sağlık profesyonellerinin travay ve doğum hakkındaki görüş ve deneyimlerini araştırdı; bulgular, birçok sağlık profesyonelinin KTG'nin aşırı kullanıldığını ve gereksiz müdahalelere yol açabileceğine (orta güvenilirlikte kanıt) inandığını göstermektedir. Bunun maliyet etkileri olabilir. Bulgular; sağlık bakım profesyonellerinin, daha fazla esnekliğe izin vermesi ve daha iyi sonuçlar sağladıklarına inanmaları (KTG ile karşılaştırıldığında) nedeniyle mümkün olduğunca Doppler kullanımını tercih ettiklerini göstermektedir. Buna ek olarak, sağlık profesyonelleri KTG kullanımının daha ucuz olduğuna inansa da (diğer yüksek teknoloji alternatifleri ile karşılaştırıldığında), mali kısıtlamaların bazı koşullarda yetersiz bakıma ve yedek parçaların sınırlı bulunmasına yol açabildiğinin farkındadır.

Bu nitel bulgular, sadece GDYÜ elde edilmiştir. Fetoskop, kaynakların az olduğu yerlerde muhtemelen en ucuz seçenek olacaktır. KTG ile

sürekli bakım ve malzeme ihtiyacı, GDODÜ KTG'nin yararlılığını azaltmaktadır.

**Tablo 3.31 Kararların özeti: Aralıklı kardiyotokografi (KTG) ile Pinard Fetoskop karşılaştırması (karşılaştırma 2)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstemeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pinard fetoskop destekler	- Muhtemelen Pinard fetoskop destekler	✓ Aralıklı KTG ya da Pinard fetoskop desteklenmez	- Muhtemelen aralıklı KTG destekler	- Aralıklı KTG destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	✓ Büyük maliyetler	Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Pinard fetoskop destekler	✓ Muhtemelen Pinard fetoskop destekler	Aralıklı KTG ya da Pinard fetoskop desteklenmez	- Muhtemelen aralıklı KTG destekler	- Aralıklı KTG destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	✓ Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### Fetal ve neonatal sonuçlar3: Pinard Fetoskop ile “rutin” izlem, “sık” (veya yoğun) izlem ile karşılaştırılması

Bu karşılaştırmanın kanıtı, komplikasyon risk faktörleri olan kadınları içeren Zimbabve çalışmasından (1 çalışma, 625 kadın ve bebek) sağlanmıştır; bu nedenle kanıtın kalitesi dolaylılık nedeniyle düşürülmüştür.

#### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikli kanıtlar, fetal distres (RR 0.70,%95 CI 0.35-1.38) ve herhangi bir endikasyon (RR 0.71,%95 CI 0.46-1.08) nedeniyle sezaryen, enstrümantal vajinal doğum açısından (RR 1.21,%95 CI 0.69– 2.11) Pinard stetoskopla yoğun ve

rutin izlem arasında çok az fark olduğu veya hiç fark bulunmadığını göstermektedir.

**Doğum deneyimi:** Bu çalışmada, anne doğum deneyimi hakkında memnuniyet, doğum sırasında tercih edilen pozisyonun benimsenmemesi veya doğum sırasında algılanan kontrol kaybını içeren hiçbir kanıt yoktur.

#### Fetal ve yenidoğan sonuçları

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Apgar puanı 5 dakikada 7'den az, neonatal nöbetler ve hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE) ile ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Fetal distress:** Orta derece kesinlikte kanıt, fetoskopla yoğun izlemin olası bir FKH anormalliğinin

(RR 1.71,%95 CI 1.10-2.65) teşhisini artırdığını, ancak erken ve geç FKH'ndaki deselerasyonların teşhis edilemeyeceğini (RR 1.33,%95 CI 0.79-2.23) göstermektedir (kanıt kesinliği düşük).

**Perinatal mortalite:** Bu sonuçla ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem bebek sonuçları:** Bu çalışmada bildirilmemiştir.

### **Ek hususlar**

Kanıtlarda, bir FKH anormalliğinin tanımlanmasındaki artışın, doğum ve uzun vadeli bebek sonuçlarında iyileşme sağlayıp sağlamadığı belirsizdir.

### **Değerler**

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediğini, ancak tıbbi müdahale veya değerlendirmenin bazen gerekli olabileceğini kabul etmektedir. Durum böyle olduğunda; kadınlar, ihtiyaçlarına duyarlı olan, teknik olarak yetkin sağlık hizmeti sağlayıcılarından bilgi almak istemektedirler (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### **Kaynaklar**

Kaynaklar hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunamadı.

### **Ek Hususlar**

Zimbabve çalışmasındaki iki çalışma kolu, tipik günlük (daha az titiz) uygulamaya karşı araştırma bağlamı (titiz) uygulamayı yansıtmaktadır. Daha titiz fetal izlemin, çalışanların zamanı açısından daha fazla yoğun uğraş gerektirmesi mantıklıdır.

**Ana kaynak gereksinimleri:** Karşılaştırma 2'deki kaynak gereksinimlerine bakın (Tablo 3.30).

### **Eşitlik**

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu yoksul, en az derecede eğitimi olan, kırsal ve uzak bölgelerde yaşayan kadınların daha avantajlı kadınlara göre kapsamlı sağlık müdahalelerine erişiminin daha düşük olduğunu göstermektedir (33).Bu ortamlarda,

kaynak eksikliği ve bakım kalitesinin düşük olması nedeniyle FKH'ı izleminin daha az titizlikte olması muhtemeldir. Çalışmalar, doğum sürecinin yeterli şekilde izleminin genellikle bu tür ortamlarda eksik olduğunu ve FKH'nın nadiren oskulte edilebildiğini bildirmektedir (118-120). Bu temel bakım kalitesi sorununu uygun eğitim, gözetim ve izlem ile ele almak, aralıklı oskültasyon yöntemine bakılmaksızın eşitlik üzerinde etkili olabilir.

### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların ve hizmet sağlayıcıların doğum ve doğum deneyimlerinin nitel olarak sistematik olarak gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (26), kadınların bu sıkı veya yoğun izlem yaklaşımını sağlayan sağlık bakım profesyonelleri ile daha yakın ilişkiyi, ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, yetkin bir personel tarafından uygulamaların yürütülmesi şartıyla, takdir edeceğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). İncelemenin bulguları ayrıca sağlık profesyonellerinin, bu yaklaşımın daha yoğun işgücü doğasını (yüksek güvenilirlikte kanıt) kapsayacak yeterli kaynak (personel) olması koşuluyla, kadın merkezli bakımı sunmaktan hoşlandıklarını göstermektedir.

### **Ek Hususlar**

Yukarıdaki nitel kanıtlar, eğer fetal izleme yapılacaksa, kadınların yetkili personelin bunu, kötü sonuçları önlemek için zaman içinde fetalhipoksiyi tespit edecek şekilde yapmasını tercih edeceğini göstermektedir (26). Kadınlar, sağlık bakımı verenlerin bebeklerinin iyilik halini sıkı bir şekilde izlediğinde, daha iyi bakıldıklarını hissedebilirler.

### **Uygulanabilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerinin nitel olarak sistematik bir incelemesi, fetoskopun yoğun kullanımı ile ilgili herhangi bir uygulanabilirlik endişesi bulamadı. Aynı inceleme, sağlık profesyonellerinin intrapartum bakım sağlama deneyimlerini de araştırdı ve personelin bazen bu yaklaşımı kullanarak izlem yapmak için zamanının olmadığı ve doğru izlemin beceri ve deneyim gerektirdiğini hissettiği, zaman baskısının olduğu durumlarda bunu başarmanın bazen zor olduğu bulunmuştur (düşük güvenilirlikte kanıt) (26).

**Tablo 3.32 Kararların özeti: Pinard fetoskop ile rutin izlem ve sıkı izlem karşılaştırılması (karşılaştırma 3)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil Edilen Çalışma Yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Rutin izlemi destekler	- Muhtemelen rutin izlemi destekler	✓ Sıkı ya da rutin izlem desteklenmez	- Muhtemelen sıkı izlemi destekler	- Sıkı izlemi destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Rutin izlemi destekler	- Muhtemelen rutin izlemi destekler	✓ Sıkı ya da rutin izlem desteklenmez	- Muhtemelen sıkı izlemi destekler	- Sıkı izlemi destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.12 Ağrıyı azaltmak için epidural analjezi

#### ÖNERİ 19

**Epidural analjezi, kadının tercihine bağlı olarak, travay sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebeler için önerilir (Önerilir)**

#### Görüşler

- RGG, travay sırasında ağrının azaltılmasında epidural analjezinin uygulanmayanlara kıyasla epidural analjezinin uygulanmasının etkisi hakkında sınırlı düzeyde kanıt olmasına rağmen, abdominal cerrahi de dahil; cerrahi ile ilişkili ağrıların giderilmesinde epidural analjezinin kanıtlanmış bir yöntem olduğunu kabul etti ve bir ağrı kesici seçenek olarak epidural analjeziyi önermiştir.
- Sağlık çalışanları, doğum eyleminin spontan olup olmamasına bakılmaksızın, kadınların epidural analjezi isteklerinin antenatal ve intrapartum bakım aldıkları klinik durum ile yönetilebileceğinin ve ağrının yönetilmesinde alınacak diğer pek çok önlem ile ilgili kadınların bilgileri ve erişimlerinin farkında olmalıdır.
- Bakımın içeriği, bakım hizmetinin türü ve bakımı uygulayan kişi, ağrının giderilmesi ihtiyacı ve bu ihtiyaç ile ilişkili kadının yapacağı seçimler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olması ile muhtemeldir.
- Travay sırasında ağrının giderilmesinde yaygın bir şekilde kullanılan farmakolojik seçeneklerin - epidural ve opioid analjezik seçenekleri - her ikisinin de avantajları ve dezavantajları vardır. Epidural analjezi daha etkili bir ağrı kesici seçenek olarak görülse de opioid analjeziye kıyasla, epidural analjezinin uygulanması ve daha sık görülen yan etkilerin yönetilmesi için daha fazla olanak gereklidir.
- Komplikasyonları önlemek ve mümkün olduğunca motor fonksiyonu korumak için epidural analjezi uygulandığında mümkün olan en düşük etkili lokal anestezi konsantrasyonu kullanılmalıdır (124).-
- Doğumun ikinci evresinde epidural analjezi uygulanan kadınlar için, dik doğum pozisyonu da dahil olmak üzere, kadının bireysel olarak bir doğum pozisyonunu seçmesi önerilmektedir. Doğumun ikinci evresinde epidural analjezi uygulanan kadınlar için, dilatasyon tamamlandıktan sonra bir ila iki saat boyunca veya kadın duyuşal dürtüsünü geri kazanana kadar ıkınmanın geciktirilmesi önerilir.

#### Değerlendirmelerin ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.12)

Bu kanıt, 43 çalışmanın veri sağladığı bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir(125).

##### Karşılaştırma 1: Herhangi bir epidural analjezi Plasebo veya epidural analjezinin uygulanmadığı durum ile karşılaştırılması

Sekiz yüz doksan yedi kadını içeren yedi çalışmada epidural analjezi ile epidural analjezinin uygulanmadığı durum karşılaştırmıştır. Çalışmalar, Çin'de (3 çalışma) ve Brezilya, Hindistan, Meksika ve Türkiye'de (her birinde 1 çalışma) hastane ortamlarında gerçekleştirildi. Çalışmaların örneklem büyüklüğü 100'ün altı ile 300'ün üzerinde kadını kapsamaktadır. Bir çalışma 1990 ve 2000 yılları arasında, üç çalışma 2010 ve sonrasında gerçekleştirilmiş olup diğer üç çalışmada tarih belirtilmemiştir.

Tüm çalışmalarda epidural analjezi için bupivakain veya ropivakain kullanıldı. Bir çalışmada ropivakain ile sufentanil kombinasyonu; bir çalışmada bupivakain ile fentanil kombinasyonu, bir diğerinde bupivakain ile tramadol kombinasyonu uygulanmıştır. İki çalışmada hasta kontrollü

epidural analjezi kullanıldı. Üç çalışmada kombine spinal-epidural tekniği kullanıldı. Kontrol grupları: analjezi uygulanmayan (4 çalışma, 637 kadın), epidural analjezi uygulanmayan fakat diğer analjezi (belirtilmemiş) verilen (2 çalışma, 190 kadın) ve her iki grupta non-farmakolojik analjezi ile sürekli desteklenmiş (1 çalışma, 70 kadın) çalışmaları içermektedir.

##### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Analjezi uygulanmayan durumlar ile kıyaslandığında epidural analjezinin travay sırasında ağrı skoru, ağrı yoğunluğu veya ek analjezi ihtiyacını azaltıp azaltmadığı kesin değildir. Çünkü bütün bu sonuçlar için kanıt düzeyi oldukça düşüktür.

**Doğum şekli:** Analjezi uygulanmayan durumlar ile kıyaslandığında orta düzeyli kanıtlar, epidural analjezinin muhtemelen daha az kadının sezaryen ile doğum yapmasına neden olduğunu göstermektedir (5 çalışma, 578 kadın, RR 0.46, %95 güven aralığı 0.23-0.90). Kanıt düzeyi oldukça düşük olduğu için epiduralin enstrümental doğum üzerinde etkisi olup olmadığı kesin değildir

**Travayın süresi:** Kanıtların kesinlik düzeyi oldukça düşük olduğu için epidural analjezinin plaseboya

kıyasla travayın birinci ve ikinci evrelerinin süresinde herhangi bir fark oluşturma durumu net değildir.

**Doğum eyleminin augmentasyonu:** Düşük düzeyli kanıtlar, epidural analjezinin doğum eyleminin augmentasyonu için oksitosin alıp almama üzerinde hiç ya da çok az etki oluşturabileceğini göstermektedir (3 çalışma, 415 kadın, RR 0.89, %95 güven aralığı 0.63-1.24).

**Doğum deneyimi:** Tek bir çalışmadan elde edilen düşük düzeyli kanıt, epidural analjezinin travayda ağrının giderilmesinden memnun veya çok memnun olduklarını bildiren kadınların oranını artırabileceğini göstermektedir (70 kadın, RR 1.32, %95 güven aralığı 1.05-1.65). Analjezi uygulanmayan durumlar ile kıyaslandığında, kanıt düzeyi çok düşük olduğu için epidural analjezinin doğum eyleminde kadınların algılanan düşük kontrol hislerini etkisi oldukça belirsizdir.

**Yan etkiler:** Plasebo veya herhangi bir müdahalenin olmadığı duruma kıyasla epiduralin hipotansiyon, kusma, ateş, uyuşukluk veya idrar retansiyonu üzerindeki etkisi ile ilgili gözden geçirilmiş kanıtlar oldukça belirsizdir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Kanıtların kesinlik düzeyi oldukça düşük olduğu için epidural analjezinin 5. dakika Apgar skoru 7'den daha düşük olan bebeklerin sayısını etkileyip etkilemediği kesin değildir.

**Uzun dönem sonuçları:** Dahil edilen çalışmalarda uzun dönem sonuçları bildirilmemiştir.

**Anne-bebek etkileşimi ve emzirme:** Dahil edilen çalışmaların hiçbirinde anne-bebek etkileşimi ve emzirme bildirilmemiştir.

### Değerler

Doğum sonrası bakım sırasında kadınlarda neyin önemli olduğuna dair kalitatif çalışmaların gözden geçirilmesi (23), bulgular özellikle ilk kez doğum yapan çoğu kadının doğum hakkında kaygılı olduğunu (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve belirli koşullar ve/veya durumlarda ağrıyı hafifletmeye yönelik müdahaleleri memnuniyetle karşılayabileceklerini (düşük güvenilirlikte kanıt) göstermektedir. Müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar müdahalelerin özellikleri hakkında bilgilendirilmek ve mümkün olduğunda bir seçenek sunulmasını istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Kadınların ağrı kesici talep ettiklerinde epidural analjezi kullanımı ile ilgili deneyimlerini ele alan kalitatif çalışmaların gözden geçirilmesinde (sadece GDYÜ) kadınların epidural analjezinin doğum ağrısını etkili bir şekilde hafifletmesini istediklerini ve önemsediklerini ayrıca epidural analjezinin doğumda

kontrolü yeniden sağlamalarına olanak sunmasını önemsediklerini vurgular (orta güvenilirlikte kanıt) (126). Bununla birlikte bazı kadınlar ağrı yaşama olasılığı ve epidural analjezinin komplikasyonlarından dolayı ayrıca ağrı kesici uygulanmasının kadınların deneyimlerinde gerçekten etkili veya etkisiz olduğuna yönelik karışık görüşlerden dolayı epidural enjeksiyon almaktan korkmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar epidural analjezinin pozitif bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olduğunu düşünmektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Kadınlar bu ağrı kesici yöntem hakkında bir seçim yapma fırsatı sunulmasını ve ağrı kesici alma kararları için sağlık çalışanları ve aile bireylerinin destek vermelerini önemsemektedir.

### Ek hususlar

Epidural analjezi kullanımı ile ilgili ele alınan tüm kalitatif çalışmalar yüksek gelirli ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların altısı ABD'de gerçekleştirildi. Ele alınan çalışmalarda doğum eyleminin indüksiyonu ve augmentasyonu veya diğer müdahaleler söz konusu olduğunda bu tür bir ağrı kesiciye yönelik farklı yanıtlar verme durumlarını belirlemek mümkün değildi.

Bazı kültürlerde, kadınlar doğum ağrısını doğumun ayrılmaz bir parçası olarak görebilir ve ağrının veya rahatsızlığın ifade edilmesini bir zayıflık işareti olarak görebilir. Ek olarak, bazı kadınlar epidural analjezi kullanımını travay ve doğum sırasında kontrol duygularını olumsuz yönde etkileyen bir müdahale olarak görebilir.

### Kaynaklar

Maliyet ve maliyet etkinliği açısından yeni bir derleme (review) bulunamamıştır. Bununla birlikte opioid analjezi ile karşılaştırıldığında epiduralin maliyet etkinliğine ilişkin bir 2002 ABD derlemesi doğum ağrısının giderilmesinde epidural analjezinin kullanılmasının opioid analjeziden daha maliyetli olduğunu göstermektedir (127). Derlemede, hastanede gerçekleştirilen vajinal doğumun ortalama maliyeti 3117 ABD dolarıydı ve özellikle sağlık çalışanlarının istihdamı için daha yüksek maliyet gerekmesi (tahmini olarak 238 ABD doları) ve komplikasyonlara bağlı artan maliyetler (tahmini olarak 120 ABD doları)'den dolayı epidural analjezi uygulanmasının maliyeti 338 ABD doları (1998 değerleri) arttırması beklenmektedir. Opioid analjezinin daha az yaygın komplikasyon oranına ek olarak epidural analjezi ile kıyaslandığında enstrümental vajinal doğum (%14'e kıyasla %10), ateş (%24'e kıyasla %6), oksitosin augmentasyonu (%45'e kıyasla %35), idrar retansiyonu (%2.7'ye kıyasla %0.13), postdural ponksiyon başağrısı (%1.5'e kıyasla %0), tedavi gerektiren hipotansiyon (%30'a kıyasla %0) ve daha uzun süren travay (birinci evrenin 7 saate kıyasla 6 saat ve ikinci evrenin 1.75 saate kıyasla 1.5 saat) daha düşüktür. Opioid analjezi



**Tablo 3.33 Epidural analjezi için temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Epidural uygulanması ve yönetimi ile ilgili eğitim almış bir anestezi uzmanı veya diğer sağlık bakım uzmanı</li> <li>■ Enstrümantal doğum yapma eğitimi almış bir kadın doğum uzmanı veya diğer sağlık bakım uzmanı</li> </ul>
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Özel tıbbi eğitim gereklidir</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ İnfüzyon çözültisi, steril paket (eldiven, önlük, bone, maske, steril örtüler dahil), yerleştirme kiti, intavenöz katater, resüsitasyon için uygun ilaçlar, oksijen</li> </ul>
<b>Ekipman ve altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Serum askısı, infüzyon pompası, tam resüsitasyon ekipmanı</li> </ul>
<b>Süre/Zaman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Epidural analjeziyi uygulamak için zaman</li> <li>■ Travay sırasında ve doğumdan sonra kadın ve bebeği yan etkiler açısından izlemek için zaman</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Özel gözlem ve takip</li> <li>■ Epidural ile ilişkili komplikasyonlar, bir anestezi uzmanı ve doğum uzmanı tarafından özel gözetim ve yönetimi gerektirir (eğer yardımcı enstrümantal doğum gerekiyorsa)</li> </ul>

maliyetleri, opioid alan kadınlar arasında daha yüksek solunum depresyonu insidansı (%14'e karşı %2), solunum depresyonu nedeniyle daha yüksek bir neonatal resüsitasyon insidansı (%4,5'e karşı %0,5) ve daha fazla kaşıntı (%14'e karşı %12) varsayıyordu. Epidural ve opioid analjezi için aynı oranda sezaryen (%20) olduğu varsayılmıştır.

#### Ek hususlar

Diğer çalışmalardan elde edilen bulgular, epidural analjezi uygulandığında doğum başına düşen maliyetlerin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (128,129). Örneğin, Avustralya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, yalnızca epidural analjezi kullanımının, sağlık kuruluşunun türüne bağlı olarak ortalama doğum maliyetini %36'ya kadar artırdığı gösterilmiştir (129). Bir kamu sağlık kuruluşunda doğum yapan nullipar kadınlar için epidural analjezi doğum maliyetlerini %20 oranında artırdı ve doğumun augmentasyonu ile birlikte uygulandığında maliyetlerde %24 ek bir artış (yani toplamda %44 artış) görülmesi dikkat çekti. İstenildiği zaman yapılan epidural ile rutin epidural uygulamasını karşılaştıran Hollanda'da gerçekleştirilen bir çalışmada elde edilen bulgular, ilaç maliyetlerinin daha yüksek olması, hastanede kalma süresinin uzaması ve daha fazla sezaryen doğum ve enstrümantal doğuma neden olduğu için rutin epidural analjezi uygulandığında doğum maliyetleri yaklaşık olarak 322 € (60 € - 355 €) daha yüksek olduğunu göstermektedir (130).

Epidural analjeziyi uygulamak ve takip etmek ve enstrümantal doğumu gerçekleştirmek için gerekli sağlık çalışanları muhtemelen bu müdahalenin temel maliyet bileşenidir. Hollanda çalışmasında işlemin prosedürüne atfedilen maliyet yönünden opioid analjezi (15 €) ile kıyaslandığında epidural analjezide (122 €) çok daha yüksekti.

Birçok ortamda, epidural analjezi uygulanan kadınlar

ebe öncülüğündeki doğum birimlerinde yönetilemez, fakat daha ziyade daha yüksek bir bakım ile (yani obstetri birimlerinde) yönetilir, bu durumda yatak masraflarının daha yüksek olması muhtemeldir. Travay ve postpartum takip süresinin daha uzun olma olasılığından dolayı epidural varlığında travay odalarında kalma süresi de muhtemelen daha uzun olacaktır.

#### Eşitlik

Epidural analjezi ile ağrının giderilmesinin eşitlik üzerine etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır. Sağlık kuruluşu odaklı doğumlardaki olanaklar ve engellerin bir derlemesinden elde edilen dolaylı kanıt(8) "bakım almadaki ihmal ve gecikmeler" in sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için muhtemelen bir engel olarak rol alacağını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bu ihmal ve gecikmeler doğum ağrılarının yönetilmesi için uygulanabilir olabilir.

Buna ek olarak, derleme ayrıca düşük ve orta gelirli ülkelerde pek çok kadının "aşına olmadıkları ve istenmeyen" doğum uygulamalarından korktuklarını ki bu uygulamaların sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için bir engel olduğunu vurgulamaktadır (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8). Bazı kadınlar epidural enjeksiyonları ve diğer enjeksiyon türlerini aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulamalar olarak algılayabilir.

#### Ek hususlar

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu, doğumda yetkin kişilerin katılımı konusunda hala büyük boşluklar olduğu sonucuna varmıştır (33). Ağrıyı azaltmak için epidural analjezi kullanımı, GDYÜ ve GDODÜ daha avantajlı kadınlar arasında yaygındır. Kaynakların yüksek olması nedeniyle, ülkelerdeki kullanılabilirliği genellikle kurumlar arasında farklılık göstermektedir ve örneğin, kadınların maliyeti



karşılayamadığı ve uzmanlığın eksik olduğu kırsal alanlarda genellikle mevcut değildir (127). Bir ABD çalışmasından elde edilen sınırlı bulgular, farklı sosyodemografik özelliklere sahip kadınların epidural analjeziye farklı bir düzeyde erişebileceğini ve/veya epidural kullanımla ilgili karar verme sürecine farklı bir düzeyde katılım sağlayabileceğini göstermektedir (131).

Dezavantajlı kadınların etkili ve zamanında doğum ağrılarının rahatlatılmasını sağlamak, intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin doğrudan azaltılmasına yardımcı olabilir. Yukarıdaki kanıtlara dayanarak, daha dezavantajlı kadınları sağlık kuruluşu odaklı bakıma erişmeye teşvik ederek eşitliği dolaylı olarak da etkileyebilir. Bununla birlikte, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerin birimlerinde, epidural analjezi bazı kadınlar tarafından aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulama olarak algılanabilir ve özellikle travay ve doğumun müdahale gerektirmeyen doğal süreçler olduğuna inanan ve ağrının yönetilmesinde geleneksel uygulamaları tercih eden kadınlar için sağlık kuruluşu odaklı doğumlara bir engel teşkil edebilir.

Sağlık profesyonellerinin ve kadınların doğum ağrısına yönelik tutumlarının değişmesinin ve travay esnasındaki huzursuzluğun medikalizasyonun azaltılmasının, kadınların doğuştan gelen doğum yeteneklerini yeniden keşfetmelerini sağlayabileceği (132) ve bu durumun yüksek kaynaklı birimlerde epidural analjezi kullanımını azaltarak eşitliği pozitif yönde etkileyebileceği savunulmaktadır.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların epidural analjezi kullanımı ile ilgili deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126), karışık görüşler vardı. Görüşler; epidural analjezinin yararlılığı ve diğerlerinin açıklamalarından etkilenmiştir (orta güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar ağrı korkusunu hafifletmek ve/veya travay sırasında kontrol altında kalmak amacıyla ağrısız bir travaya yardımcı olacak epidural analjeziyi öncelikli isteği olarak ifade etti (orta güvenilirlikte kanıt). Oysaki diğerleri ağrının şiddeti ve/veya travaydaki kontrol algısının karşı konulamaz ve kontrol edilemez olduğu durumda son çare olarak epidural istemiştir. (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezinin, kadınların rahatlamalarına, enerji seviyelerinin iyileştirmelerine/yenilemelerine ve bir kontrol duygusuna sahip olmalarına yardımcı olarak pozitif bir travay ve doğum deneyimini kolaylaştırmaya yardımcı olabileceğine dair kanıtlar vardı (orta güvenilirlikte kanıt). Bununla birlikte, bazı kadınlar epidural analjezi kullanma kararlarında sağlık profesyonelleri tarafından desteklendiğini hissetse de, diğerleri baskı altında veya bunu yapmaya ikna edildiklerini hissettiler (sağlık profesyonelleri tarafından, doğum öncesi eğitim veya aile üyelerinden

alınan mesajlarla) (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezi almaya karar veren bazı kadınlar, prosedür ve kendileri ve/veya bebekleri için olası risklerden korkmaktaydı (düşük güvenilirlikte kanıt). Ağrı ve iğne yerleştirilmesiyle ilişkili diğer komplikasyonlar da dahil olmak üzere negatif fizyolojik etkiler deneyimlediler (düşük güvenilirlikte kanıt). Kimileri ayrıca bebekleri ile bağlantılarının kesildiğini hissetti ve çatışma, suçluluk, hayal kırıklığı ve başarısızlık hissi gibi pek çok negatif duygular yaşadı (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar epidural analjezi uygulamasını takiben hareket kısıtlılığı yaşadıklarını bildirmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezi tarafından sağlanan ağrı kesicinin bazıları için etkili olduğu düşünülüyordu, ancak hepsi için değil (düşük güvenilirlikte kanıt). Etkinlik eksikliği algısı ağrının devam etmesi, ani sancı ve/veya uygulama zamanlaması ile ilişkilendirilmiştir (Örn. etkili olması için çok geç uygulandığında).

Kadınların ve sağlık profesyonellerinin travay ve doğum deneyimleri ile ilgili gerçekleştirilmiş olan başka bir nitel sistematik derleme, sağlık profesyonellerinin epidural analjezi hakkındaki görüşlerini içermektedir (26). Ancak kanıtlar oldukça düşük güvenilirlikteydi. Kanıtlar, bazı ebelerin epidural analjezinin ebelik felsefesi ile uyumsuz olduğunu ve epiduralle ilişkili yan etkilerin, annenin bebeği ile bağlantısının kesilmesine ve daha fazla müdahale potansiyeli ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Kanıtlar ayrıca bazı sağlık profesyonellerinin bunu kullandıkları takdirde nullipar kadınlar veya anormal doğum eylemi olanlar için daha uygun olabileceğine inandıklarını göstermektedir.

### Ek hususlar

Epidural analjezi ile ilgili nitel derleme bulguları (26, 126), epidural kullanımın yaygın olduğu GDYÜ ortamlarında yapılan çalışmalardan alınmıştır.

### Uygulanabilirlik

Kadınların ve uygulayıcıların travay ve doğum deneyimlerini inceleyen nitel bir sistematik derlemeden elde edilen bulgular (26,) GDYÜ bazı sağlık profesyonellerinin yoğun iş yükleri ve destekleyici seçenekler sunmak adına zaman eksikliği yaşamaları nedeniyle epidural analjezi kullanımı konusunda kadınları cesaretlendirebileceğini göstermektedir (oldukça düşük güvenilirlikte kanıt).

Başka bir nitel sistematik derlemede (126) ele alınan bazı çalışmalarda kadınlar tarafından bildirilen epidural analjezi kullanımının etkililiğinin yetersiz olduğu algısı, kısmen geç uygulanmasına atfedilmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Bu da ağrının giderilmesinde kullanılan bu yöntemin uygulanmasında lojistik sorunların olabileceğini düşündürmektedir.

### Ek hususlar

Kalitatif derlemelerdeki (26, 126) epidural analjezi ile ilgili tüm bulgular epidural analjezinin yaygın bir şekilde var olduğu GDYÜ elde edilmiştir. Çok

yaygın olarak kullanılmayan düşük gelirli birimlerde, bu müdahalenin uygulanabilirliğini olumsuz etkileyebilecek ek eğitim gerekliliklerinin yanı sıra finansal gerekliliklerde muhtemeldir.

**Tablo 3.34 Kararların özeti: Epidural analjezi ile plasebo veya epidural analjezi olmadan karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioidleri veya epidural olmamasını destekler	- Muhtemelen opioidleri veya epidural analjezi olmamasını destekler	- Epidural analjezi veya analjezi olmamasını desteklemez	✓ Olasılıkla epidural analjeziyi destekler	- Epidural analjeziyi destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	✓ Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioidleri veya epidural olmamasını destekler	✓ Muhtemelen opioidleri veya epidural analjezi olmamasını destekler	- Epidural analjezi veya analjezi olmamasını desteklemez	- Olasılıkla epidural analjeziyi destekler	- Epidural analjeziyi destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### Karşılaştırma 2: Parenteral opioid analjezi ile epidural analjezinin karşılaştırılması

On bin 835 kadını içeren 35 çalışma epidural analjezi ile opioidleri karşılaştırmıştır (125). Çalışmalar Kanada (3 çalışma), Çin (2), Mısır (2), Finlandiya (2), Hindistan (2), İsrail (2), Hollanda (3), Birleşik Krallık'ta (2), ABD (10) ve Danimarka, Fransa, İran, Kuveyt, Malezya, Norveç ve İsveç'te her birinde bir çalışma hastane ortamında gerçekleştirildi. Çalışmaların örneklem büyüklüğü 50'den daha az ila 1000'den fazla kadın olmak üzere önemli ölçüde değişmektedir. 1990-2000 yılları arasında on bir, 2000-2010 arasında altı, 2010-2013 arasında üç çalışma

yapıldı ve 14 çalışmada tarihler belirtilmemiştir. Bildirilen çalışmaların çoğunda epidural analjezi için bupivakain veya levobupivakain kullanılmıştır. Çalışmaların 10'unda bupivakain fentanil ile bir çalışmada tramadol ile kombine edilmiştir. Bir çalışmada levobupivakain fentanil ile kombine edilmiştir. Çalışmaların sadece dördünde kombine spinal-epidural tekniği kullanılmıştır. Üç çalışmada travayın ikinci evresinde epidural kullanım kesilmiştir. Karşılaştırılan opioidler arasında petidin (17 çalışma, 6889 kadın), butorfanol (1 çalışma, 100 kadın), fentanil (3 çalışma, 447 kadın) ve remifentanil (9 çalışma, 3462 kadın), geri kalan çalışmalarda diğer opioidler kullanılmıştır. Opioidler 19 çalışmada intravenöz

analjezi, 10 çalışmada intravenöz enjeksiyon ve 5 çalışmada intramüsküler enjeksiyon hasta-kontrollü olarak uygulandı (1 çalışmada uygulanma yolu bilinmemektedir).

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük güvenilirlikte kanıt, parenteral opioid analjeziye kıyasla epidural analjezinin travay esnasında ağrı skorlarını azaltabileceğini göstermektedir (5 çalışma, 1133 kadın, standatlaştırılmış ortalama farkı -2.64, %95 güven aralığı -4.56 ila -0.73; bu 10 puanlık bir ölçekte yaklaşık olarak 3 puan daha düşük bir farka eşittir. Düşük güvenilirlikte kanıt, opioid analjezi alanlara kıyasla epidural analjezi alan kadınların mükemmel veya çok iyi şeklinde ağrı derecelendirme oranlarının daha yüksek olabileceği olasılığını göstermektedir (7 çalışma, 1911 kadın, RR 1.47, %95 güven aralığı 1.03-2.08). Düşük güvenilirlikte kanıt, epiduralin herhangi bir ilave analjezi ihtiyacını azaltabileceğini göstermektedir (16 çalışma, 5099 kadın, RR 0.10, %95 güven aralığı 0.04-0.25).

**Doğum şekli:** Düşük güvenilirlikte kanıt epiduralin enstrümantal vajinal doğumu artırabileceğini düşündürmektedir, epidural analjezi grubunda enstrümantal vajinal doğum %13.2, parenteral opioid grubunda % 9.6'dır (31 çalışma, 10 343 kadın, RR 1.43, % 95 güven aralığı 1.29-1.59).Orta güvenilirlikte kanıt, epidural analjezinin sezaryen doğum yapan kadın sayısında muhtemelen çok az etkilediğini veya etkisi olmadığını göstermektedir (34 çalışma, 10 745 kadın, RR 1.07, %95 güven aralığı 0.97-1.19).

**Travayın süresi:** Orta güvenilirlikte kanıt, parenteral opioid analjezi alanlara kıyasla epidural analjezi alan kadınlarda travayın birinci evresinin muhtemelen yaklaşık 30 dakika daha uzamış olduğunu göstermektedir (10 çalışma, 2654 kadın, ortalama farkı 29.79 dakika, %95 güven aralığı 12.79-46.79) ve düşük güvenilirlikte kanıt ikinci evrenin yaklaşık olarak 15 dakika arttırılabileceğini göstermektedir (Ortalama farkı 14.96, %95 güven aralığı 8.96-20.96).

**Doğum eyleminin augmentasyonu:** Düşük güvenilirlikte kanıt parenteral opioidlere kıyasla epidural analjezi varlığında doğum eyleminin oksitosin ile augmentasyonunun artmış olabileceğini göstermektedir (20 çalışma, 8746 kadın, RR 1.11, %95 güven aralığı 1.01-1.22).

**Doğum deneyimi:** Tek bir çalışmadan elde edilen düşük güvenilirlikte kanıt, epidural analjezinin doğumda kadınların düşük kontrol algısına (334 kadın, RR 1.17, %95 güven aralığı 0.62-2.21) ya da doğum deneyimlerinden tatmin olmuş veya daha çok tatmin olma sayısına (332 kadın, RR 0.95, %95 güven aralığı 0.87-1.03) az etki edebileceğini veya değişiklik yapmayacağını göstermektedir.

**Yan etkiler:** Epidural analjezi varlığında hipotansiyon olduğu bildirilen kadın sayısı yönünden çalışmalar arasında önemli bir tutarsızlık olmasına rağmen, düşük

güvenirlikte kanıt epidural analjezinin hipotansiyon olasılığını arttırabileceğini göstermektedir (10 çalışma, 4212 kadın, RR 11.34, %95 güven aralığı 1.89-67.95). Orta güvenilirlikte kanıt, opioid analjezilere kıyasla epidural analjezinin oksijen gerektiren solunum depresyonu riskinde muhtemelen bir azalma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (5 çalışma, 2031 bebek, RR 0.23, %95 güven aralığı 0.05-0.97). Opioid analjezi ile karşılaştırıldığında, epidural analjezinin bulantı ve kusmayı veya maternal uyusukluğu azaltıp azaltmadığı açık değildir, çünkü kanıtların kesinliği çok düşüktür. Düşük güvenilirlikte kanıt ateşin (sıcaklık > 38°C) epidural analjezi ile artabileceğini göstermektedir (10 çalışma, 4671 kadın, RR 2.60, %95 güven aralığı 1.82-3.73).Orta güvenilirlikte kanıt opioid analjeziler ile karşılaştırıldığında idrar retansiyonu riskinin epidural analjezi varlığında artmış olduğunu göstermektedir (4 çalışma, 343 kadın, RR 9.20, %95 güven aralığı 2.28-37.11).

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Apgar skorlarında 5. dakikada 7'den daha düşük olmasında az veya hiç fark olmadığını düşük güvenilirlikte kanıt, göstermektedir (23 çalışma, 9147 bebek, RR 0.80, %95 güven aralığı 0.58-1.1).Orta güvenilirlikte kanıt kord arteriyel pH'ı 7.2'den daha az olan bebeklerin sayısının opioid analjezi alanlara kıyasla epidural analjezi alanlarda daha az olduğunu (8 çalışma, 4783 bebek, RR 0.81, %95 güven aralığı 0.69-0.94) göstermektedir. Fakat düşük güvenilirlikte kanıt kord arteriyel kan pH'ının 7.15'ten daha az olduğu yönünden gruplararası az veya hiç fark olmadığını göstermektedir (3 çalışma, 480 bebek, RR 1.17, %95 güven aralığı 0.64-2.14). Orta güvenilirlikte kanıt, parenteral opioidlerden ziyade epidural analjezi alan kadınların bebeklerinde nalokson uygulama ihtiyacının muhtemelen daha az olduğunu göstermektedir (10 çalışma, 2645 bebek, RR 0.15, %95 güven aralığı 0.10-0.23).

**Uzun dönem yenidoğan sonuçları:** Dahil edilen çalışmalarda uzun dönem sonuçları bildirilmemiştir.

**Anne-bebek etkileşimi ve emzirme:** Dahil edilen çalışmaların hiçbirinde anne-bebek etkileşimi ve emzirme bildirilmemiştir.

### Değerler

Doğum sonrası bakım sırasında kadınlarda neyin önemli olduğuna dair kalitatif çalışmaların gözden geçirilmesinde (23), bulgular özellikle ilk kez doğum yapan çoğu kadının doğum hakkında kaygılı olduğunu (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve belirli koşullar ve/veya durumlarda ağrıyı hafifletmeye yönelik müdahaleleri memnuniyetle karşılayabileceklerini (düşük güvenilirlikte kanıt) göstermektedir. Müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar müdahalelerin özellikleri hakkında bilgilendirilmek ve mümkün olduğunda bir seçenek sunulmasını istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Kadınların ağrı kesici talep ettiklerinde epidural analjezi kullanımı ile ilgili deneyimlerini ele alan kalitatif çalışmaların gözden geçirilmesinde (GDYÜ) epidural analjezinin doğum ağrısını etkili bir şekilde hafifletmesini istediklerini ve önemsediklerini, ayrıca epidural analjezinin doğumda kontrolü yeniden sağlamalarına olanak sunmasını önemsediklerini vurgular (orta güvenilirlikte kanıt) (26). Bununla birlikte bazı kadınlar ağrı yaşama olasılığı ve epidural analjezinin komplikasyonlarından dolayı ayrıca ağrı kesici uygulanmasının kadınların deneyimlerinde gerçekten etkili veya etkisiz olduğuna yönelik karışık görüşlerden dolayı epidural enjeksiyon almaktan korkmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar epidural analjezinin pozitif bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olduğunu düşünmektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Kadınlar, bu ağrı kesici yöntem hakkında bir seçim yapma fırsatı sunulmasını ve ağrı kesici alma kararları için sağlık çalışanları ve aile bireylerinin destek vermelerini önemsemektedir.

Kadınlar, bu ağrı kesici yöntem hakkında bir seçim yapma fırsatı sunulmasını ve ağrı kesici alma kararları için sağlık çalışanları ve aile bireylerinin destek vermelerini önemsemektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Ek hususlar

Epidural analjezi kullanımı ile ilgili ele alınan tüm kalitatif çalışmalar yüksek gelirli ortamlarda gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaların altısı ABD'de gerçekleştirildi. Ele alınan çalışmalarda doğum eyleminin indüksiyonu ve augmentasyonu veya diğer müdahaleler söz konusu olduğunda bu tür bir ağrı kesiciye yönelik farklı yanıtlar verme durumlarını belirlemek mümkün değildi.

Bazı kültürlerde, kadınlar doğum ağrısını doğumun ayrılmaz bir parçası olarak görebilir ve ağrının veya rahatsızlığın ifade edilmesini bir zayıflık işareti olarak görebilir. Ek olarak, bazı kadınlar epidural analjezi kullanımını travay ve doğum sırasında kontrol duygularını olumsuz yönde etkileyen bir müdahale olarak görebilir.

### Kaynaklar

Maliyet ve maliyet etkinliği açısından yeni bir derleme bulunamamıştır. Bununla birlikte opioid analjezi ile karşılaştırıldığında epiduralin maliyet etkinliğine ilişkin bir 2002 ABD derlemesi doğum ağrısının giderilmesinde epidural analjezinin kullanılmasının opioid analjeziden daha maliyetli olduğunu göstermektedir (127). Derlemede, hastanede gerçekleştirilen vajinal doğumun ortalama maliyeti 3117 ABD dolarıydı ve özellikle sağlık çalışanlarının istihdamı için daha yüksek maliyet gerekmesi (tahmini olarak 238 ABD doları) ve komplikasyonlara bağlı artan maliyetler (tahmini olarak 120 ABD doları)'den dolayı epidural analjezi uygulanmasının maliyeti 338 ABD doları (1998 değerleri) arttırması beklenmektedir. Opioid analjezinin daha az yaygın komplikasyon oranına ek olarak epidural analjezi ile kıyaslandığında enstrümental vajinal doğum (%14'e kıyasla %10), ateş (%24'e kıyasla %6), oksitosin augmentasyonu (%45'e kıyasla %35), idrar retansiyonu (%2.7'ye kıyasla %0.13), postdural ponksiyon başağrısı (%1.5'e kıyasla %0), tedavi gerektiren hipotansiyon (%30'a kıyasla %0) ve daha uzun süren travay (birinci evrenin 7 saate kıyasla 6 saat ve ikinci evrenin 1.75 saate kıyasla 1.5 saat) daha düşüktür. Opioid analjezi maliyetleri, opioid alan kadınlar arasında solunum

**Tablo 3.35 Epidural ve opioid analjezi için temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidural analjezi: Epidural uygulanması ve yönetimi ile ilgili eğitim almış bir anestezi uzmanı veya diğer sağlık bakım uzmanı; diğer eğitimli personel, örn. epidural analjezi uygulanmış kadınları takip etme konusunda eğitimli hemşire</li> <li>Opioid: opioidleri reçete etmek için genellikle bir doktora ihtiyaç vardır (bu ülkeler ve ortamlar arasında değişir); ancak ebe veya hemşire gibi diğer personel opioidleri yönetebilir</li> </ul>
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidural analjezi: Özel tıbbi eğitim gereklidir</li> <li>Opioid: Yönetimi oldukça kolaydır</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidural analjezi: İnfüzyon çözeltisi, steril paket (eldiven, önlük, bone, maske, steril örtüler dahil), yerleştirme kiti, intravenöz kateter, resüsitasyon için uygun ilaçlar, oksijen</li> <li>Opioid: İlaç (örn. Petidin), iğne, enjektör, intravenöz kateter (isteğe bağlı), cilt temizleme solüsyonu, oksijen, resüsitasyon için uygun ilaçlar</li> </ul>
<b>Ekipman ve altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidural analjezi: Serum askısı, infüzyon pompası, oksijen ve tam resüsitasyon ekipmanı</li> <li>Opioid: Oksijen ve tam resüsitasyon ekipmanı</li> </ul>
<b>Zaman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidural analjezi uygulama ve izleme süresi, opioid kullanımını yönetme ve izleme süresinden önemli ölçüde daha uzundur</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hem epidural analjezi hemde opioidler özel gözlem ve takip gerektirir</li> <li>Epidural ile ilişkili komplikasyonlar, genellikle bir anestezi uzmanı tarafından özel gözetim ve yönetimi gerektirir (eğer yardımcı enstrümental doğum gerekiyorsa)</li> </ul>

depresyonu insidansının daha yüksek olduğunu (%14'e karşı %2), solunum depresyonu (%4.5'e karşı %0.5) ve daha fazla kaşıntı (%14 e karşı %12) nedeniyle yenidoğan resüsitasyonunun daha yüksek bir insidansı olduğunu varsaymıştır. Sezaryen doğum, epidural ve opioid analjezi için aynı oranda (%20) olduğu varsayıldı.

### **Ek hususlar**

Diğer çalışmalardan elde edilen bulgular, epidural analjezi uygulandığında doğum başına düşen maliyetlerin önemli ölçüde daha yüksek olduğunu göstermektedir (128,129). Örneğin, Avustralya'da gerçekleştirilen bir çalışmada, yalnızca epidural analjezi kullanımının, sağlık kuruluşunun türüne bağlı olarak ortalama doğum maliyetini %36'ya kadar artırdığı gösterilmiştir (129). Bir kamu sağlık kuruluşunda doğum yapan nullipar kadınlar için epidural analjezi doğum maliyetlerini %20 oranında arttırdı ve doğumun augmentasyonu ile birlikte uygulandığında maliyetlerde %24 ek bir artış (yani toplamda %44 artış) görülmesi dikkat çekti. İstenildiği zaman yapılan epidural ile rutin epidural uygulamasını karşılaştıran Hollanda'da gerçekleştirilen bir çalışmada; elde edilen bulgular ilaç maliyetlerinin daha yüksek olması, hastanede kalma süresinin uzaması ve daha fazla sezaryen doğum ve enstrümental doğuma neden olduğu için rutin epidural analjezi uygulandığında doğum maliyetleri yaklaşık olarak 322 € (60 € - 355 €) daha yüksek olduğunu göstermektedir (130).

Epidural analjeziyi uygulamak ve takip etmek ve enstrümental doğumu gerçekleştirmek için gerekli sağlık çalışanları muhtemelen bu müdahalenin temel maliyet bileşenidir. Hollanda çalışmasında işlemin prosedürüne atfedilen maliyet yönünden opioid analjezi (15 €) ile kıyaslandığında epidural analjezide (122 €) çok daha yüksekti.

Birçok ortamda, epidural analjezi uygulanan kadınlar ebe öncülüğündeki doğum birimlerinde yönetilemez, fakat daha ziyade daha yüksek bir bakım ile (yani obstetri birimlerinde) yönetilir, bu durumda yatak masraflarının daha yüksek olması muhtemeldir. Travay ve postpartum takip süresinin daha uzun olma olasılığından dolayı epidural varlığında travay odalarında kalma süresi de muhtemelen daha uzun olacaktır.

### **Eşitlik**

Epidural analjezi ile ağrının giderilmesinin eşitlik üzerine etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır.

Sağlık kuruluşu odaklı doğumlardaki olanaklar ve engellerin bir incelemesinden elde edilen dolaylı kanıt(8) "bakım almadaki ihmal ve gecikmeler" in sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için muhtemelen bir engel olarak rol alacağını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bu ihmal ve gecikmeler doğum ağrılarının yönetilmesi için uygulanabilir olabilir.

Buna ek olarak, derlemede ayrıca düşük gelirli

ülkelerde pek çok kadının "aşına olmadıkları ve istenmeyen" doğum uygulamalarından korktuklarını ki bu uygulamaların sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için bir engel olduğunu vurgulamaktadır (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8). Bazı kadınlar epidural enjeksiyonları ve diğer enjeksiyon türlerini aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulamalar olarak algılayabilir.

### **Ek hususlar**

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu, doğumda yetkin kişilerin katılımı konusunda hala büyük boşluklar olduğu sonucuna varmıştır (33). Ağrıyı azaltmak için epidural analjezi kullanımı, GDYÜ sıklıkla kullanıldı ve GDODÜ daha avantajlı kadınlar arasında yaygındır. Yüksek kaynak sonuçları nedeniyle, ülkelerdeki kullanılabilirliği genellikle kurumlar arasında farklılık göstermektedir ve örneğin, kadınların maliyeti karşılayamadığı ve uzmanlığı eksik olduğu kırsal alanlarda genellikle mevcut değildir (127). Bir ABD çalışmasından elde edilen sınırlı bulgular, farklı sosyodemografik özelliklere sahip kadınların epidural analjeziye farklı bir düzeyde erişebileceğini ve/veya epidural kullanımla ilgili karar verme sürecine farklı bir düzeyde katılım sağlayabileceğini göstermektedir (131).

Dezavantajlı kadınların etkili ve zamanında doğum ağrılarının rahatlatılmasını sağlamak, intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin doğrudan azaltılmasına yardımcı olabilir. Yukarıdaki kanıtlara dayanarak, daha dezavantajlı kadınları sağlık kuruluşu odaklı bakıma erişmeye teşvik ederek, eşitliği dolaylı olarak da etkileyebilir. Bununla birlikte, özellikle düşük gelirli ülkelerde epidural analjezi bazı kadınlar tarafından aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulama olarak algılanabilir ve özellikle travay ve doğumun müdahale gerektirmeyen doğal süreçler olduğuna inanan ve ağrının yönetilmesinde geleneksel uygulamaları tercih eden kadınlar için sağlık kuruluşu odaklı doğumlara bir engel teşkil edebilir.

Sağlık profesyonellerinin ve kadınların doğum ağrısına yönelik tutumlarının değişmesinin ve travay esnasındaki huzursuzluğun medikalizasyonun azaltılmasının, kadınların doğuştan gelen doğum yeteneklerini yeniden keşfetmelerini sağlayabileceği (132) ve bu durumun yüksek kaynaklı birimlerde epidural analjezi kullanımını azaltarak eşitliği pozitif yönde etkileyebileceği savunulmaktadır.

### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126) epidural analjezi kullanımı ile ilgili deneyimlerini karışık görüşler vardı. Görüşler epidural analjezinin yararlılığı ve diğerlerinin açıklamalarından etkilenmiştir (orta güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar ağrı korkusunu hafifletmek ve/veya travay sırasında kontrol altında kalmak amacıyla ağrısız bir travaya yardımcı olacak epidural analjeziyi bir öncelik isteği olarak ifade etti (orta güvenilirlikte kanıt). Oysaki diğerleri ağrının şiddeti ve/veya



travaydaki kontrol algısının karşı konulamaz ve kontrol edilemez olduğu durumda son çare olarak epidural istedi (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezinin, kadınların rahatlamalarına, enerji seviyelerinin iyileştirmelerine/yenilemelerine ve kontrol duygusuna sahip olmalarına yardımcı olarak pozitif bir travay ve doğum deneyimini kolaylaştırmaya yardımcı olabileceğine dair kanıtlar vardı (orta güvenilirlikte kanıt). Bununla birlikte, bazı kadınlar epidural analjezi kullanma kararlarında sağlık profesyonelleri tarafından desteklendiğini hissetse de, diğerleri baskı altında veya bunu yapmaya ikna edildiklerini hissettiler (sağlık profesyonelleri tarafından, doğum öncesi eğitim veya aile üyelerinden alınan mesajlarla) (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezi almaya karar veren bazı kadınlar, prosedürün kendileri ve/veya bebekleri için olası risklerden korkmaktaydı (düşük güvenilirlikte kanıt). Ağrı ve iğne yerleştirilmesiyle ilişkili diğer komplikasyonlar da dahil olmak üzere negatif fizyolojik etkiler deneyimlediler (düşük güvenilirlikte kanıt). Kimileri ayrıca bebekleri ile bağlantılarının kesildiğini hissetti ve çatışma, suçluluk, hayal kırıklığı ve başarısızlık hissi gibi pek çok negatif duygular yaşadı (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı kadınlar epidural analjezi uygulamasını takiben hareket kısıtlılığı yaşadıklarını bildirmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epidural analjezi tarafından sağlanan ağrı kesicinin bazıları için etkili olduğu düşünülüyordu, ancak hepsi için değil (düşük güvenilirlikte kanıt). Etkinlik eksikliği algısı ağrının devam etmesi, ani sancı ve/veya uygulama zamanlaması ile ilişkilendirilmiştir (Örn. etkili olması için çok geç uygulandığında).

Kadınların ve sağlık profesyonellerinin travay ve doğum deneyimleri ile ilgili gerçekleştirilmiş olan başka bir nitel sistematik derleme, sağlık profesyonellerinin epidural analjezi hakkındaki görüşlerini içermektedir (26). Ancak kanıtlar oldukça düşük güvenilirliktedir. Kanıtlar, bazı ebelerin epidural

analjezinin ebelik felsefesi ile uyumsuz olduğunu ve epiduralle ilişkili yan etkilerin, annenin bebeği ile bağlantısının kesilmesine ve daha fazla müdahale potansiyeli ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Kanıtlar, ayrıca bazı sağlık profesyonellerinin bunu kullandıkları takdirde nullipar kadınlar veya anormal doğum eylemi olanlar için daha uygun olabileceğine inandıklarını göstermektedir.

### **Ek hususlar**

Epidural analjezi ile ilgili nitel derleme bulguları (26,126), epidural kullanımın yaygın olduğu GDYÜ ortamlarında yapılan çalışmalardan alınmıştır.

### **Uygulanabilirlik**

Kadınların ve uygulayıcıların travay ve doğum deneyimlerini inceleyen nitel bir sistematik derlemeden elde edilen bulgular (26) GDYÜ bazı sağlık profesyonellerinin yoğun iş yükleri ve destekleyici seçenekler sunmak adına zaman eksikliği yaşamaları nedeniyle epidural analjezi kullanımı konusunda kadınları cesaretlendirebileceğini göstermektedir (oldukça düşük güvenilirlikte kanıt).

Başka bir nitel sistematik derlemede (126) ele alınan bazı çalışmalarda kadınlar tarafından bildirilen epidural analjezi kullanımının etkililiğinin yetersiz olduğu algısı, kısmen geç uygulanmasına atfedilmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Bu da ağrının giderilmesinde kullanılan bu yöntemin uygulanmasında lojistik sorunların olabileceğini düşündürmektedir.

### **Ek hususlar**

Kalitatif derlemelerdeki (26, 126) epidural analjezi ile ilgili tüm bulgular epidural analjezinin yaygın bir şekilde var olduğu GDYÜ ortamlardan elde edilmiştir. Çok yaygın olarak kullanılmayan düşük gelirli ülkelerde, bu müdahalenin uygulanabilirliğini olumsuz etkileyebilecek ek eğitim gerekliliklerinin yanı sıra finansal gerekliliklerde muhtemeldir.

**Tablo 3.36 Kararların özeti: Opioid analjezi ile epidural analjezi karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	✓ Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioid analjeziyi destekler	- Muhtemelen opioid analjezi destekler	✓ Epidural analjezi veya opioid analjeziyi desteklemez	- Muhtemelen epidural analjeziyi destekler	- Epidural analjeziyi destekler
Gerekli Kaynaklar	Bilinmiyor	- Değişken	✓ Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioid analjeziyi destekler	✓ Muhtemelen opioid analjezi destekler	- Epidural analjezi veya opioid analjeziyi desteklemez	- Muhtemelen epidural analjeziyi destekler	- Epidural analjeziyi destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet



### 3.2.13 Ağrıyı azaltmak için opioid analjezi

#### ÖNERİ 20

**Fentanil, diamorfin ve petidin gibi parenteral opioidler, kadının tercihine bağlı olarak, travay sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebeler için önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Birçok kadın travayda bazı ağrı kesici seçeneklerini değerlendirir ve bir seçme şansı olsun ister. Kanıtlar, opioidlerin uyuşukluk, bulantı ve kusma gibi istenmeyen yan etkilere rağmen travay sırasında ağrı yönünden olasılıkla biraz rahatlama sağladığını göstermektedir.
- Kısa etkili opioidlerin daha az istenmeyen yan etkilere sahip olma eğiliminde olduğu için, yaygın olarak mevcut olmasına ve kullanılmasına rağmen petidin tercih edilen opioid seçeneği değildir.
- Kullanmadan önce, sağlık profesyonelleri kadınlara maternal uyuşukluk, bulantı ve kusma ve yenidoğan solunum depresyonu dahil olmak üzere opioidlerin olası yan etkileri ve mevcut alternatif ağrı kesici seçenekler hakkında danışmanlık yapmalıdır.
- Opioid doz aşımı ciddi sonuçlara yol açabileceğinden, sağlık hizmeti sunucularının doğru dozun uygulanmasını sağlamaya dikkat etmesi önemlidir.
- Paydaşlar, bakımın içeriğinin ve bakımın sağlanmasının ve bakım sağlayıcının türünün, doğum ağrısının giderilmesi ihtiyacı ve kadınların bu ihtiyaçla ilgili olarak yaptıkları seçimler üzerinde güçlü bir etkisi olabileceğinin farkında olmalıdır.
- RGG, mevcut veya önceki opioid bağımlılığından muzdarip kadınlar için opioid olmayan ağrı kesici yöntemlerin tercih edilmesini kabul etmektedir.
- Sağlık hizmeti sunucuları ortaya çıkabilecek yan etkileri yönetebilmeleri konusunda eğitilmeli ve kötüye kullanım riskini azaltmak için opioid ilacının dağıtımında kayıt tutulması ile güvenli bir şekilde saklanması gerektiğinin farkında olmalıdır.

#### Değerlendirmelerin ve Kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.13)

Bu kanıt, 8000'in üzerinde kadının yer aldığı 61 çalışmanın veri sağladığı bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (133). Çalışmalar 21 ülkede hastane ortamında gerçekleştirildi: Arjantin, Avusturya, Kanada, Çin, Danimarka, Mısır, Almanya, Hong Kong Özel Yönetim Bölgesi, Hindistan, İran, Hollanda, Nijerya, Norveç, Pakistan, Singapur, Güney Afrika, İsveç, Tayland, Türkiye, İngiltere ve ABD. Çalışmalar 1958 ve 2017 yılları arasında yayınlanmıştır. Derlemede travayın süresi belirtilmemiştir.

##### Karşılaştırma 1: Plasebo veya opioidlerin uygulanmadığı durum ile parenteral opioidlerin karşılaştırılması

RKÇ'larda plasebo veya hiç analjezi uygulanmaması ile karşılaştırıldığında opioidler arasında petidin, pentazosin, tramadol ve fentanil bulunur.

##### Karşılaştırma 1.a. Petidin (intramüsküler [IM]) ile plasebonun karşılaştırılması

Dört yüz altı kadını içeren dört çalışma IM petidini salin plasebo ile karşılaştırmıştır. Çalışmalar, Hong Kong Özel Yönetim Bölgesi, İran (2) ve Güney Afrika'da hastane ortamında gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklükleri 50 ila 150 arasında değişmektedir. Çalışmalar 1970-2014 yılları arasında yayınlanmıştır. İki çalışmada 50 mg ve iki çalışmada 100 mg petidin dozları IM kullanılmıştır. Sonraki dozların kullanımı tam olarak ifade edilmemiştir. Hepsi plasebo olarak IM saline kullanmıştır.

##### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar IM petidin'in uygulanmasından 30 dakika sonra ağrı skorlarını azaltabileceğini göstermektedir ((100 mm'lik bir ölçekte 40 mm azalma) (1 çalışma, 50 kadın, RR 25.00, %95 güven aralığı 1.56-400.54). Benzer şekilde, düşük kesinlikte kanıtlar, plaseboya kıyasla petidin alan kadınların, uygulamadan 1 saat sonra ağrının hafiflemesini "iyi" veya "orta" olarak derecelendirme olasılığının daha yüksek olabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 116 kadın, RR

1.75, %95 güven aralığı 1.24-2.47). Düşük kesinlikte kanıtlar IM petidinin diğer analjezilerin kullanımını azaltabileceğini düşündürse de (1 çalışma, 50 kadın, RR 0.71, %95 güven aralığı 0.54-0.94) epidural kullanım üzerindeki etkisine ilişkin kanıtlar çok düşük kesinliktedir. Kanıtların kesinliği çok düşük olduğundan, IM petidin ile ağrının giderilmesinden duyulan memnuniyet durumu belirsizdir.

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IM petidinin sezaryen oranlarında çok az fark yaratabileceğini veya hiçbir fark yaratmayabileceğini düşündürmektedir (2 çalışma, 380 kadın, RR 0.79, %95 güven aralığı 0.50-1.26). Enstrümantal vajinal doğum üzerindeki herhangi bir etkiye dair kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IM petidin'in travay sırasında maternal uyusukluğu artırabileceğini düşündürmektedir (2 çalışma, 166 kadın, RR 4.67, %95 güven aralığı 2.43–8.95). Orta kesinlikte kanıtlar, IM petidin'in plaseboya kıyasla bulantı ve kusmayı arttırdığını göstermektedir (3 çalışma, 406 kadın, RR 1.90, %95 güven aralığı 1.06-3.34).

**Doğum deneyimi, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** Bunlar dahil edilen çalışmaların hiçbirinde bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi (Apgar skoru < 7):** Kanıt çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar dahil edilen çalışmaların hiçbirinde bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 1.b. Petidin (intravenöz [IV]) ile plasebonun karşılaştırılması

Mısır'da 240 kadınla yapılan bir çalışma, IV petidin ile plaseboyu karşılaştırmıştır.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IV petidin'in ağrı skorlarını düşürebileceğini göstermektedir (1 çalışma, 240 kadın, MD -4.1, %95 güven aralığı -3.64 ila -4.56).

**Doğum şekli:** Enstrümantal vajinal doğum ve sezaryen üzerine herhangi bir etkisinin kanıtı çok düşük kesinliktedir.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IV petidin alan kadınlar için bulantı ve kusmanın artabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 240 kadın, RR 2.43, %95 güven aralığı 1.05-5.64). Başka herhangi bir yan etki bildirilmemiştir.

**Doğum deneyimi, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** Bunlar dahil edilen çalışmada bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Dahil edilen çalışmada bildirilmemiştir.

**Uzun dönem yenidoğan sonuçları:** Bunlar dahil edilen çalışmada bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 1.c. Pentazosin (IM) ile plasebonun karşılaştırılması

Pakistan'da 150 kadını kapsayan üç kollu bir çalışma pentazosini (IM, 30 mg) salin plasebo ile karşılaştırmıştır. Çalışma 2016 yılında yayınlanmıştır.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IM pentazosin'in plasebo ile karşılaştırıldığında ağrı skorlarında çok az fark yaratabileceğini veya hiçbir değişiklik yapmayacağını göstermektedir (1 çalışma, 89 kadın, MD -3.6, %95 güven aralığı -9.91 ila 2.71).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıtlar, IM pentazosin'in sezaryen veya enstrümantal vajinal doğum şekline çok az etki etkileyebileceğini veya hiç etkilemeyeceğini düşündürmektedir (sırasıyla; 1 çalışma, 89 kadın, RR 0.89, %95 güven aralığı 0.24–3.25 ve RR 0.60, %95 güven aralığı 0.10–3.39).

**Yan etkiler:** Bu çalışmadaki kadınların hiçbiri kusma bildirmemiştir. Diğer yan etkiler bildirilmemiştir.

**Doğum deneyimi, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** Bunlar dahil edilen çalışmalarda bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

Bu çalışmada fetal veya neonatal sonuç bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 1.d. Tramadol (IM) ile analjezi almayanlarla karşılaştırılması

Altmış kadını içeren bir çalışma Tramadol (IM, 100 mg) alan kadınları analjezi almayan bir gruba karşılaştırmıştır. Çalışma Çin'de bir hastanede gerçekleştirildi ve 1994 yılında yayınlanmıştır. Tramadol'un doğum ağrısının giderilmesi ve diğer sonuçlar üzerindeki etkilerinin kanıtı çok belirsizdir.

### Karşılaştırma 1.e. Fentanil (IV) ile analjezi almayanlarla karşılaştırılması

Yetmiş kadını içeren bir çalışma, Fentanil'i (IV, 2 doz 25 mcg, bir saat arayla) analjezi almayan bir kontrol grubu ile karşılaştırmıştır. Çalışma İran'da bir hastane ortamında yapıldı ve 2016 yılında yayınlandı. Fentanil'in doğum ağrısının giderilmesi ve diğer sonuçlar üzerindeki etkilerinin kanıtı çok belirsizdir.

## Karşılaştırma 1 için temel bulguların özeti

Kanıtlar, petidin'in doğum ağrılarında rahatlama sağlayabileceğini, ancak plaseboya kıyasla daha fazla yan etki ile (bulantı, kusma ve uyuşukluk hali) ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Pentazosin ağrı skorlarında çok az fark gösterebilir. Tramadol ve fentanil'in doğumda ve diğer sonuçlarda ağrıyı hafifletme üzerindeki etkilerine dair kanıtlar kesinlik düzeyi çok düşüktür.

### Ek hususlar

Cochrane sistematik derlemesi (133), farklı opioidler arasında ve opioidler ve diğer analjezi (inhale analjezi, transkutanöz elektriksel sinir stimülasyonu [TENS] ve tamamlayıcı yöntemler) arasında bu çerçevede sunulmayan diğer karşılaştırmaları da içermiştir; bu seçeneklere ilişkin kanıtlar ağırlıklı olarak tek çalışmalardan alınmış ve incelemede düşük veya çok düşük kesinlikte olarak değerlendirilmiştir.

Epidural analjezinin başka bir Cochrane sistematik derlemesinden (125) elde edilen kanıt, epidural analjezinin opioidlerle karşılaştırılmasını içermektedir (35 çalışma, 10835 kadın). Bulgular, epiduralin doğum sırasında ağrıyı azaltmak için parenteral opioidlere göre daha etkili olabileceğini göstermektedir. Parenteral opioid analjeziye kıyasla epidural analjezi ile travay sırasında kadınlarda ağrı skorları azaltılabilir, ağrıyı mükemmel veya çok iyi şekilde derecelendirme olasılıkları daha fazla olabilir ve herhangi bir ek analjezi ihtiyacı azalabilir (hepsi düşük kesinlikte kanıtlar). Bununla birlikte, epidural analjezinin travayın süresini arttırması söz konusu olabilir (orta kesinlikte kanıt) ve travay esnasında müdahale ihtiyacını (örn. eylemin augmentasyonu, enstrümental vajinal doğum) arttırabilir (düşük kesinlikte kanıt). İki ağrı kesici seçenek arasında düşük Apgar skorları yönünden (düşük kesinlikte kanıt) muhtemelen çok az fark vardır veya hiç yoktur.

Opioid analjeziklerin tekrar tekrar kullanımı, psikolojik ve fiziksel bağımlılığın gelişmesi ile ilişkilidir. Dünya genelinde uyuşturucu bağımlılığı sorunları ve ilişkili olumsuz olaylar göz önünde bulundurulduğunda, akut ve kronik ağrının giderilmesinde opioidlerin reçete edilmesiyle ilgili son zamanlarda duyulan endişeler dile getirilmiştir (134). Bu endişeler doğumda ağrıyı azaltmada opioidlerin kullanımı muhtemelen daha az göz önünde bulundurulabilir (135,136); bununla birlikte opioid analjezinin kadınlar ve çocukları üzerindeki uzun vadeli etkileri bilinmemektedir.

### Değerler

İntrapartum bakım esnasında kadınlarda neyin önemli olduğunu ele alan nitel çalışmaların bir derlemesinden (23) elde edilen bulgular, çoğu kadının, özellikle ilk kez doğum yapanların doğum

hakkında endişeli olduklarını (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve belirli durum ve/veya koşullarda ağrıyı hafifleten müdahaleleri memnuniyetle karşılayabildiklerini (düşük güvenilirlikte kanıt) göstermektedir. Müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar müdahalelerin özellikleri hakkında bilgilendirilmek ve mümkün olduğunda bir seçenek sunulmasını istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Kadınların travay sırasında opioid kullanımı ile ilgili deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derleme, yalnızca çok düşük güvenilirlikte kanıtlarını belirleyebilir (126). Bulgular, bazı kadınların yoğun ve yönetilemez doğum ağrılarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için opioidleri önemseydiğini göstermektedir. Ağrının giderilmesinin etkili veya etkili olmadığı, travay ve doğum deneyimini pozitif veya negatif yönde etkileyip etkilemediği ile ilgili karışık yanıtlar tanımlandı.

Bu nitel gözden geçirme için mevcut veriler çok sınırlıydı: ikisi yüksek gelirli ülkelerde ve biri üst-orta gelirli bir ülkede olmak üzere sadece üç çalışma. Bir çalışma, incelemeyi bilgilendirmek için minimal düzeyde veri içeriyordu ve bir çalışma farklı opioid rejimlerini değerlendiren bir RKC'da dahil olan kadınlarla kalitatif görüşmeleri içermekteydi. Tüm katılımcılar ağrının giderilmesini talep eden kadınlardan oluşmaktaydı.

Ele alınan çalışmalarda doğum eyleminin indüksiyonu ve augmentasyonu veya diğer müdahaleler söz konusu olduğunda bu tür bir ağrı kesiciye yönelik farklı yanıtlar verme durumlarını belirlemek mümkün değildi.

### Kaynaklar

Farklı opioid analjeziklerin nispi maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir kanıt bulunmamıştır. Bununla birlikte, epidural analjezinin maliyet etkinliğinin opioid analjezi ile karşılaştıran bir ABD review çalışması, epiduralin uygulanması ile ilişkili sağlık profesyonellerinin daha yüksek maliyet gerektirmesinin yanı sıra komplikasyonları yönetmek ile ilişkili daha yüksek maliyetler gerektirmesi nedeniyle opioid analjezinin epidural analjeziden daha uygun maliyetli olduğunu bulmuştur (127).

2016 yılında yayınlanan bir Hollanda çalışmasında opioid yönetimi, prosedür başına (personel maliyetleri dahil) tahmini birim fiyatının €15 (yaklaşık 18 ABD Doları) ile ilişkilendirilmiştir (130).

### Ek hususlar

Bazı yüksek gelirli ortamlarda parenteral opioid ilaçların nispeten ucuz olduğu düşünülürken, bu ilaçlara tüm ortamlarda erişilemeyebilir ve bazı GDODÜ satın alınması mümkün olmayabilir (136,137). Bir petidin veya fentanil dozunun maliyeti 1 ABD dolarından daha düşük olabilir; tramadol

**Tablo 3.37 Opioid analjezi için temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Personel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Opioidleri reçete etmek için genellikle bir doktora ihtiyaç vardır (bu tüm ülkelerde böyle değildir; bazı ortamlarda ebeler opioidleri de reçete edebilir)</li> <li>■ Ebe veya hemşire gibi diğer personel opioidleri yönetebilir</li> </ul>
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ İlaçları uygulamak için klasik sağlık hizmeti verenlerin eğitimi; opioidlerin intravenöz (IV) veya intramüsküler (IM) enjeksiyon olarak uygulanması oldukça kolaydır.</li> <li>■ Yan etkileri ve komplikasyonları takip etme ve yönetme eğitimi</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Opioid (örn. Petidin), iğne, enjektör, intravenöz kateter (isteğe bağlı), cilt temizleme solüsyonu</li> <li>■ Bulantı/kusmayı önlemek veya tedavi etmek için antiemetikler</li> <li>■ Gerekirse solunum depresyonunu tersine çevirmek için nalokson</li> </ul>
<b>Ekipman ve altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Oksijen satürasyonu monitörü</li> </ul>
<b>Zaman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Temin etmek, hazırlamak ve yönetmek için yaklaşık olarak 2-10 dakika</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Yan etkiler için yönetim ve izlemin denetimi</li> <li>■ Kötüye kullanımı önlemek için güvenli opioid saklama ve opioid kullanımını kaydetme yöntemi</li> </ul>

yaklaşık 1,30 ABD dolarına mal olabilir; diamorfin ve meptazinol doz başına yaklaşık 3 ABD dolarına mal olabilir ve remifentanil doz başına yaklaşık olarak 6,50 ABD dolarına mal olabilir. Nalokson (solunum depresyonunu tersine çevirmek için) doz başına yaklaşık maliyeti 6 ABD dolarıdır.<sup>1</sup>

### Eşitlik

Parenteral opioidler ile ağrının giderilmesinin eşitlik üzerine etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır. Sağlık kuruluşu odaklı doğumlardaki olanaklar ve engellerin bir incelemesinden elde edilen dolaylı kanıt (8) "bakım almadaki ihmal ve gecikmeler" in sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için muhtemelen bir engel olarak rol alacağını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bu ihmal ve gecikmeler doğum ağrılarının yönetilmesi için uygulanabilir olabilir.

Buna ek olarak, reviewde, ayrıca GDODÜ pek çok kadının "aşına olmadıkları ve istenmeyen" doğum uygulamalarından korktuklarını ki bu uygulamaların sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için bir engel olduğunu vurgulamaktadır (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8). Bazı kadınların enjeksiyonları aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulamalar olarak algılamaları mümkündür.

### Ek hususlar

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durumu Raporu, doğumda yetkin kişilerin katılımı konusunda hala büyük boşluklar olduğu sonucuna varmıştır (33). Dezavantajlı kadınların doğum ağrılarının etkili ve zamanında rahatlatılmasını sağlamak, intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin doğrudan azaltılmasına yardımcı olabilir.

Yukarıdaki sınırlı kanıtlara dayanarak, bu birde daha dezavantajlı kadınları sağlık kuruluşu odaklı bakıma erişmeye teşvik ederek dolaylı olarak eşitliği de etkileyebilir. Bununla birlikte, düşük gelirli ülkelerde, bazı kadınlar, özellikle travay ve doğumun müdahale gerektirmeyen doğal süreçler olduğuna inanan ve ağrının yönetilmesinde geleneksel uygulamaları tercih eden kadınlar için medikal ağrı kesici seçenekleri aşına olmadıkları ve istenmeyen olarak algılayabilir ki bu durum sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için bir engel teşkil edebilir.

Ağrı kesici isteyen kadınlara farmakolojik ve farmakolojik olmayan (geleneksel ve kültürel tercihler dahil) seçenekler sunulması, intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin giderilmesine yardımcı olabilir.

Ağrı kesici isteyen kadınlar, ilgili farmakolojik seçeneklerin etkileri (istenilen ve istenmeyen) konusunda bilgilendirilmeli ve ağrı yönetimi de dahil olmak üzere travay ve doğumla ilgili karar verme süreçlerine katılma yetkisine sahip olmalıdır.

Sağlık profesyonellerinin ve kadınların doğum ağrısına yönelik tutumlarının değişmesinin ve travay esnasındaki huzursuzluğun medikalizasyonun azaltılmasının, kadınların doğuştan gelen doğum yeteneklerini yeniden keşfetmelerini sağlayabileceği (132) ve bu durumun daha avantajlı kadınlar arasında doğumun medikalizasyonunu azaltarak eşitliği pozitif yönde etkileyebileceği savunulmaktadır.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların travay sırasında ağrı kesici olarak opioid kullanımı ile ilgili deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126) karışık görüşler vardı.

<sup>1</sup> British National Formulary website: <https://bnf.nice.org.uk/>

Bazı kadınlar yoğun ve baş edilemeyen doğum ağrıları nedeniyle opioidler istemiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Opioidlerin etkili (çok düşük güvenilirlikte kanıt) ya da etkisiz bir ağrı kesici form (çok düşük güvenilirlikte kanıt) olduğu bildirilmiştir. Kadınlar ağrıyı azaltma yönteminin etkisiz olması, çok geç verilmesi veya ağrının çok erken azalması (çok düşük güvenilirlikte kanıt) nedeniyle ağrı yaşamaya devam etmiştir.

Bazı kadınlar negatif fizyolojik (örneğin hastalık, bozulmuş bilişsel süreçler, fizyolojik doğum yapamama) ve psikolojik (örneğin hayal kırıklığı) etkiler (çok düşük güvenilirlikte kanıt) yaşamıştır. Bununla birlikte, diğer review bulguları, opioidlerin kadınların memnuniyetini artırdığını, kontraksiyonların yoğunluğunu kısalttığını ve azalttığını ve fizyolojik bir doğum yapmalarına (çok düşük güvenilirlikte kanıt) yardımcı olduğunu vurgulamaktadır.

Opioid kullanımını takiben, bazı kadınlar, ilacı uygulayan personele aşırı güvenmesi ve bakım veren desteği eksikliği nedeniyle hayal kırıklığına uğramıştır (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Kadınlar ayrıca uygulanma yolu veya opioid kullanım risklerinin her zaman tam olarak farkında değildi (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin deneyimlerinin içeren başka bir reviewde (26), sağlık çalışanlarının travay ve doğum sırasında kadınlarda opioid kullanımına ilişkin görüşleri ile ilgili nitel açıklama tespit edilmemiştir.

### Ek hususlar

Genel olarak, kadınların ağrı kesici seçeneklerle ilgili deneyimleri (126) incelendiğinde, yüksek kaliteli

niteliksel kanıtların olmadığı vurgulanmaktadır. Kanıtların güvenilirlik düzeyi çok düşük olmakla birlikte, olumsuz yorumların çoğunluğu IM petidin kullanımına yönelik olarak ifade edilirken, burun içi ve deri altı fentanil hakkındaki görüşler genellikle çok daha olumluydu.

Ele alınan çalışmalarda, doğum eyleminin indüksiyonu ve augmentasyonu veya diğer müdahaleler söz konusu olduğunda opioidlere yönelik farklı yanıtlar verme durumlarını belirlemek mümkün değildi.

Diğer çalışmalar bakımın içeriği, bakım hizmetinin türü ve bakımı uygulayan kişinin, ağrının giderilmesi ihtiyacı ve bu ihtiyaç ile ilişkili kadının yapacağı seçimler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (138,139).

### Uygulanabilirlik

Kadınların doğum sırasında opioid kullanımına yönelik deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126), ağrının azaltılmasında opioidlerin etkinliğinin yetersiz oluşu geç uygulanmasına atfedilmiştir (oldukça düşük güvenilirlikte kanıt), ki bu durum ağrının giderilmesinde bu yöntemin kullanılmasında daha fazla zamana ve hassas olunmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

### Ek hususlar

Opioidlerin çok yaygın olarak bulunmadığı ve kullanılmadığı gelir düzeyi düşük birimlerde opioidlerin uygulanması ve olası maternal-neonatal yan etkilerin yönetilmesi için ek eğitim gerekliliğinin yanı sıra finansal gerekliliği de söz konusudur.

**Tablo 3.38 Kararların özeti: Opioid analjezi ile opioid analjezi almayan karşılaştırması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	✓ Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioid olmamasını destekler	- Muhtemelen opioid olmamasını destekler	✓ Opioid veya opioid olmamasını desteklemez	- Olasılıkla opioidi destekler	- Opioidi destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	✓ Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar



Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Opioid olmamasını destekler	✓ Muhtemelen opioid olmamasını destekler	- Opioid veya opioid olmamasını desteklemez	- Olasılıkla opioidi destekler	- Opioidi destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

## Karşılaştırma 2: Parenteral opioidler (çeşitli türleri) ile petidin karşılaştırması

### Karşılaştırma 2.a. Meptazinol (IM) ile petidin (IM) karşılaştırması

İki bin 222 kadını kapsayan sekiz çalışma IM meptazinol ile IM petidin'i karşılaştırmıştır. Çalışmalar Danimarka (2 çalışma), Güney Afrika (2 çalışma) ve Birleşik Krallık'ta (6 çalışma) hastane ortamlarında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaların örneklem büyüklüğü 46 ila 1100 arasında değişmektedir. Çalışmalar 1981 ve 1988 yılları arasında yayınlanmıştır.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Petidin ile karşılaştırıldığında, IM meptazinol'ün ağrı skorlarında ya da ek analjezi veya epidural kullanımında herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı açık değildir, çünkü kanıt çok düşük kesinliktedir. Düşük kesinlikte kanıtlar, "iyi" şeklinde ağrı derecelendirme oranları yönünden gruplar arasında çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 801 kadın, RR 1.01, %95 güven aralığı 0.91-1.12).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıt, müdahaleli vajinal doğumda çok az veya hiç fark olmadığını gösterirken (3 çalışma, 1266 kadın, RR 1.00, %95 güven aralığı 0.81-1.22), kanıtın kesinlik düzeyi çok düşük olduğu için sezaryen doğum yönünden meptazinol ve petidin arasında bir fark olup olmadığı net değildir.

**Yan etkiler:** Orta kesinlikte kanıt, kusmanın meptazinol ile arttığını gösterirken (3 çalışma, 1589 kadın, RR 1.25, %95 güven aralığı 1.06-1.47), düşük kesinlikte kanıt maternal uyuşukluk yönünden gruplar arasında çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir (3 çalışma, 1590 kadın, RR 0.55, %95 güven aralığı 0.28-1.07).

**Emzirme:** Kanıtın kesinlik düzeyi oldukça düşük olduğu için meptazinol'ün emzirmeyi etkileme durumu net değildir.

Araştırmaya dahil edilen çalışmalarda diğer maternal sonuçlar bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Kanıtın kesinlik düzeyi çok düşük olduğundan, meptazinol'ün FKH değişikliklerine veya Apgar skorlarının 5. dakikada 7'den fazla olması ile ilgili değişiklik yapılıp yapılmadığı açık değildir.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıt, meptazinol'ün nalokson uygulamasında (1 çalışma, 975 bebek, RR 0.89, %95 güven aralığı 0.77-1.02) veya 36. gebelik haftasında doğan bebeklerde neonatal resüsitasyon gereksiniminde (2 çalışma, 1333 bebek, RR 1.0, %95 güven aralığı 0.95-1.05) çok az etki edebileceğini veya hiç etki etmeyeceğini göstermektedir.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar dahil edilen çalışmalarda bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.b. Tramadol (IM) ile petidin (IM) karşılaştırması

Dört yüz seksen üç kadını içeren altı çalışma, IM tramadol ile IM petidin'i karşılaştırmıştır. Çalışmalar, Avusturya, Almanya, İran, Tayland, Türkiye ve Birleşik Krallık'taki hastane ortamlarında gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklüğü 45 ila 160 arasında değişmektedir. Çalışmalar 1980-2009 yılları arasında yayınlanmıştır.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıt, petidin ile karşılaştırıldığında tramadol'ün ağrısını hafiflediğini bildiren kadınların sayısını artırabileceğini göstermektedir (%38.8'e kıyasla %25.4) (4 çalışma, 243 kadın, RR 1.56, %95 güven aralığı 1.10-2.21). Petidin ile karşılaştırıldığında, IM tramadol'ün kadınların ek analjezi ihtiyacı yönünden herhangi bir fark meydana getirip getirmediği açık değildir, çünkü kanıtların kesinliği çok düşüktür.

**Doğum şekli:** Petidin ile karşılaştırıldığında tramadol'ün sezaryen doğum veya müdahaleli doğuma etkisi ile ilgili kanıt çok düşük kesinliktedir.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıt, maternal uyku halinin tramadol ile azaltılabileceğini (5 çalışma, 409 kadın, RR 0.57, %95 güven aralığı 0.33-0.97), fakat

kanitların kesinlik düzeyi oldukça düşük olduğu için kusma açısından opioidlerin herhangi bir fark oluşturup oluşturmayacağı belirsizdir.

Çalışmalarda diğer maternal sonuçlar bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Petidin ile karşılaştırıldığında, her iki grupta da herhangi bir vaka bildirilmediğinden tramadol'un 5. Dakikada düşük Apgar skorlarında herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı açık değildir.

**Yan etkiler:** Tramadol'un neonatal distress sendromunda herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı belirsizdir, çünkü kanitların kesinliği çok düşüktür. Tramadol'un petidin ile karşılaştırıldığı çalışmalarda neonatal resüsitasyon vakası yoktu.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmalarda bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.c. Tramadol (IM) ile triflupromazinim petidin (IM) ile triflupromazinin karşılaştırılması

Almanya'da 1992 yılında yayınlanan 40 kadın ile yapılan tek bir çalışma, IM tramadol ile IM petidin'i karşılaştırdı; her iki gruba da triflupromazin (ara sıra anti-emetik olarak kullanılan bir antipsikotik) verildi.

### Maternal sonuçlar

**Yan etkiler:** Kanitların kesinlik düzeyi çok düşük olduğu için, kusma veya uyku hali yönünden gruplar arasında herhangi bir fark olup olmadığı açık değildir.

Çalışmada diğer maternal sonuçlar bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

Çalışmada fetal/neonatal sonuçlar bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.d. Petidin (IM) ile morfin veya diamorfin (IM) karşılaştırılması

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** İngiltere'de 2014 yılında yayınlanan 484 kadını içeren bir çalışma IM diamorfini petidin ile karşılaştırmıştır. Yüksek kaliteli kanitlar, petidine kıyasla diamorfin'in maternal ağrı skorlarında 30-60 dakika hafifçe düşürdüğünü (10 puanlık bir ölçekte sırasıyla; MD -0.8, %95 güven aralığı -1.24 ila -0.36 ve MD -0.8, %95 güven aralığı -1.26 ila 0.34)ve ağrının hafifletilmesinden memnun olan kadınların sayısını

hafifçe arttırdığını (RR 1.13, %95 güven aralığı 1.02-1.26) göstermektedir. Tayland'da 1986'da 135 kadının katıldığı bir başka denemeden, IM morfinin petidine kıyasla ağrı hafifletmede herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı belirsizdir.

Orta kesinlikte kanitlar, petidine kıyasla morfin veya diamorfin arasında ek analjezi ihtiyacı yönünden çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir (2 çalışma, 574 kadın, RR 1.00, %95 güven aralığı 0.92-1.10).

**Yan etkiler:** morfin ie petidini karşılaştıran Tayland'da 135 kadın ile gerçekleştirilmiş çalışmadan kusma ve uyuşukluk hali ile ilgili kanıtın kesinlik düzeyi oldukça düşüktür. İngiltere'de 1999 yılında yayınlanmış 161 kadınla (133'ü analiz edilmiş) gerçekleştirilmiş diğer bir çalışma diamorfin ve petidini incelemiştir (her iki çalışmada anti-emetik prokloroperazin almıştır). Düşük kesinlikte kanit, petidine ek olarak prokloroperazin'e kıyasla IM diamorfin ek olarak prokloroperazin'in kusmayı azaltabileceğini göstermektedir (RR 0.39, %95 güven aralığı 0.17-0.86).

**Doğum şekli:** Orta kesinlikte kanit, sezaryen doğum yönünden gruplar arasında çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (RR 0.94, %95 güven aralığı 0.66-1.35).

Çalışmalarda diğer maternal sonuçlar bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Orta kesinlikte kanit, neonatal resüsitasyon yönünden petidin ile karşılaştırıldığında diamorfin veya morfin arasında çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (2 çalışma, 574 bebek, RR 0.96, %95 güven aralığı 0.66-1.41).

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar bildirilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.e. Petidin (IM) ile dihidrokodein (IM) karşılaştırılması

Güney Afrika'da 1970 yılında yayınlanan 196 kadınla yapılan bir çalışma bu karşılaştırmaya dahil edilmiştir.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Bu kanıtın kesinlik düzeyi çok düşüktür.

**Yan etkiler:** Kusma ve uyku hali ile ilgili kanıtın kesinlik düzeyi çok düşüktür.

Çalışmada diğer maternal sonuçlar bildirilmemiştir.



## Fetal ve neonatal sonuçlar

Çalışmada fetal/neonatal sonuçlar bildirilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.f. Petidin (IM) ile pentazosin (IM) karşılaştırılması

Altı çalışma petidin (IM) ile pentazosini karşılaştırmıştır; bir çalışma dışındaki diğer tüm çalışmalar 40 yaşın üzerindedir-en güncel çalışma 1980 yılında yayınlanmıştır. Bildirilen sonuçlardan biri dışındaki diğer tüm sonuçlarda kanıtların kesinlik düzeyi oldukça düşüktür.

## Maternal sonuçlar

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar bulantının pentazosin ile daha düşük olabileceğini göstermektedir (3 çalışma, 391 kadın, RR 0.46, %95 güven aralığı 0.24-0.90).

Diğer maternal sonuçlar çalışmalarda bildirilmemiştir.

## Fetal ve neonatal sonuçlar

Fetal/neonatal sonuçlar çalışmalarda bildirilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.g. Petidin (IM) ile nalbufin (IM) karşılaştırılması

Bu karşılaştırmaya Arjantin, Almanya ve Birleşik Krallık'ta yürütülen ve 1986-1999 yılları arasında yayınlanmış 430 kadınla gerçekleştirilen üç çalışma dahil edilmiştir. Bildirilen sonuçların çoğu için kanıtların kesinlik düzeyi çok düşüktür.

## Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Yetmiş iki kadınla yapılan tek bir çalışmadan elde edilen düşük kesinlikte kanıt, ağrının kesilmesinden duyulan maternal memnuniyetin nalbufin ile azalabileceğini göstermektedir (RR 0.73, %95 güven aralığı 0.55-0.96). Düşük kesinlikte kanıt, nalbufin'in ek analjezi olarak epiduralin kullanımında çok az fark yarattığını veya hiçbir fark yaratmadığını göstermektedir (1 çalışma, 307 kadın, RR 1.65, %95 güven aralığı 0.55-4.94).

**Yan etkiler:** Orta kesinlikte kanıt, bulantı ve kusmanın nalbufin ile daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir (1 çalışma, 72 kadın, RR 0.41, %95 güven aralığı 0.18-0.94).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıt, sezaryen doğum yönünden gruplar arasında çok az fark olduğunu veya hiçbir fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 310 kadın, RR 0.45, %95 güven aralığı 0.12-1.69).

## Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Yetmiş iki bebekle yapılmış bir çalışma, doğumdan 2-4 saat sonra yenidoğan davranış skorlarını karşılaştırılmıştır ve düşük

kesinlikte kanıt; skorların nalbufin alan annelerin bebeklerinde daha düşük (daha kötü) olduğunu göstermektedir (MD -3.7, %95 güven aralığı -1.26 ila -6.14).

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmalarda belirtilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.h. Petidin (IM) ile fenazosin (IM) karşılaştırılması

Birleşik Krallık'ta yürütülen ve 1970 yılında yayınlanan 212 kadınla gerçekleştirilen tek bir çalışma IM fenazosini ve pethidini karşılaştırmıştır.

## Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Ek müdahale olarak epidural analjezi kullanımı için kanıtın kesinlik düzeyi çok düşüktür.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, kusmanın fenazosin ile daha az sıklıkta olabileceğini göstermektedir (RR 0.39, %95 güven aralığı 0.20-0.78).

Diğer maternal sonuçlar çalışmada bildirilmemiştir.

## Fetal ve neonatal sonuçlar

Fetal/neonatal sonuçlar çalışmada bildirilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.i. Petidin (IM) ile butorfanol (IM) karşılaştırılması

Bu karşılaştırmaya Almanya'da yürütülen ve 1978'de yayınlanan 80 kadın ile yapılan tek bir çalışma dahil edilmiştir. Rapor edilen tüm sonuçlar için kanıtların kesinliği çok düşük olduğundan, ilaçların sonuçlar üzerinde herhangi bir farklı etkisi olup olmadığı açık değildir.

## Karşılaştırma 2.j. Petidin (IV) ile fentanil (IV) karşılaştırılması

ABD'de yürütülen ve 1989'da yayınlanan 105 kadınla yapılan tek bir çalışma bu karşılaştırmaya dahil edilmiştir. Bildirilen çoğu sonuç için kanıtların kesinliği çok düşüktür.

## Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, fentanil alan kadınların ilacın daha fazla dozuna ihtiyaç duyabileceğini (MD 0.4 daha yüksek, %95 güven aralığı 0.14-0.66 daha yüksek), fakat petidine kıyasla uygulamadan 1 saat sonra maternal ağrı skorlarının biraz daha düşük olarak bildirildiğini göstermektedir (MD 0.20 daha düşük, %95 güven aralığı 0.34-0.06 daha düşük).

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, maternal sedasyonun fentanil ile biraz daha az olabileceğini göstermektedir (RR 0.05, %95 güven aralığı 0.00-0.82).

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük kesinlikte kanıtlar, annelerin petidin yerine fentanil aldığı doğumdan 1-2 saat sonra yenidoğan nörodavranışsal skorlarının daha yüksek olabileceğini göstermektedir (MD 1.30, %95 güven aralığı 0.15-2.45 daha yüksek).

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmada belirtilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.k. Petidin (IV) ile nalbufin (IV) karşılaştırılması

ABD’de yürütülen ve 1995 yılında yayınlanan 28 kadınla yapılan tek bir çalışma bu karşılaştırmayı incelemiştir.

### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Sezaryenle doğum için kanıtların kesinlik düzeyi çok düşüktür.

Bu çalışmada başka bir maternal sonuç bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:**5. dakikada Apgar skoru düşük bebek yoktu.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmada belirtilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.i. Petidin (IV) ile fenazosin (IV) karşılaştırılması

ABD’de yürütülen ve 1964’te yayınlanan 194 kadınla yapılan tek bir çalışma bu karşılaştırmayı incelemiştir. Bildirilen tüm sonuçlar için kanıtların kesinliği çok düşüktür veya herhangi bir olay tespit edilmemiştir. Çoğu sonuç bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal ölüm:** Hiçbiri bildirilmemiştir (düşük kesinlikte kanıt).

### Karşılaştırma 2.m. Petidin (IV) ile butorfanol (IV) karşılaştırılması

ABD’de yürütülen ve 1979 ile 2005 yılları arasında yayınlanan 330 kadınla yapılan üç çalışma, IV butorfanol ile IV pethidin’i karşılaştırmıştır.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıt, butorfanol grubundaki kadınlar için ağrı skorlarının biraz daha düşük ve ağrı hafiflemesinin biraz daha yüksek olabileceğini göstermektedir (1 çalışma, sırasıyla; 80 kadın, MD -0.6, %95 güven aralığı -1.02 ila -0.18 ve MD 0.67, %95 güven aralığı 0.25 ila 1.09). Epidural analjezi veya ek analjezi ihtiyacı için kanıtların

kesinliği çok düşüktür.

**Doğum şekli:** Müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen için kanıtların kesinliği çok düşüktür.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, butorfanol ile kusmanın azaltılabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 200 kadın, RR 0.04, %95 güven aralığı 0.00-0.67).

Bu çalışmalarda başka bir ilgili maternal sonuç bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:**5.dakikada Apgar skoru düşük bebek için kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmalarda belirtilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.n. Morfin ile Petidin (IV) karşılaştırılması

İsveç (1996) ve ABD’de (1961) 163 kadınla yapılan iki çalışma bu karşılaştırma için veri sağlamıştır.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, kadınların morfinle ağrının hafiflemesi yönünden memnun kalma durumlarının biraz daha az olabileceğini (1 çalışma, 141 kadın, RR 0.87, %95 güven aralığı 0.78-0.98) ve ek dozlarda analjezi gerektirme olasılığının daha yüksek olabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 143 kadın, RR 3.41, %95 güven aralığı 1.90-6.12).

**Doğum şekli:** Yirmi kadınla yapılan bir çalışmada, hiçbir kadın için sezaryen gerekli olmamıştır.

Bu çalışmalarda başka hiçbir rehber sonuçları bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar2.o. Alfaprodin (IV) ile Petidin (IV) ile karşılaştırılması

1958’de 395 kadına ait verilerle yayınlanan tek bir ABD çalışması, IV alfaprodin ile IV pethidin ile karşılaştırmıştır.

### Maternal sonuçlar

**Yan etkiler:** Orta kesinlikte kanıtlar, kusmanın alfaprodin ile daha az sıklıkta olduğunu göstermektedir (RR 0.38, %95 güven aralığı 0.22-0.66).

Bu çalışmalarda başka bir ilgili maternal sonuç bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Yenidoğan resüsitasyonuna ilişkin kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmada belirtilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.p. Hasta-kontrollü analjezik (HKA) petidine ile HKA pentazosin karşılaştırılması

Güney Afrika'da 29 kadınla yapılan tek bir çalışma bu karşılaştırmayı incelemiştir. Bildirilen tüm sonuçlar için kanıtların kesinliği çok düşüktür.

## Karşılaştırma 2.q. HKA petidine ile HKA remifentanil karşılaştırılması

2001 ve 2010 yılları arasında Birleşik Krallık (2 çalışma) ve Hollanda'da (1 çalışma) 237 kadınla gerçekleştirilmiş üç çalışma bu karşılaştırmaya dahil edilmiştir.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, travayda maternal ağrı skorları açısından gruplar arasında çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (2 çalışma, 122 kadın, MD -8.59,%95 güven aralığı -27.61 ila 10.44). Orta kesinlikte kanıt, epidural analjezi kullanımının remifentanil ile daha düşük olduğunu göstermektedir (2 çalışma, 122 kadın, RR 0.42,%95 güven aralığı 0.20-0.89).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıtlar, müdahaleli vajinal veya sezaryen doğumlar için çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (2 çalışma, 97 kadın, RR 0.96, %95 güven aralığı 0.46-2.00 ve RR 1.81, %95 güven aralığı 0.60-5.46, sırasıyla).

**Doğum deneyimi:** Orta kesinlikte kanıt, doğum deneyiminden memnuniyetin remifentanil ile biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir (1 çalışma, 68 kadın, MD 1.1,% 95 CI 0.46-1.74).

**Yan etkiler:** Yüz beş kadınla yapılan tek bir çalışmadan alınan orta kesinlikte kanıt, remifentanil ile uyku halinin hafifçe arttığını göstermektedir (MD 0.4, %95 güven aralığı 0.14-0.66). Düşük kesinlikte kanıtlar, bulantı ve kusma yönünden gruplar arasında çok az farklılık olabileceğini veya hiç olmayabileceğini göstermektedir (2 çalışma, 119 kadın, RR 0.95, %95 güven aralığı 0.61-1.49)

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük kesinlikte kanıtlar, Apgar skorlarında 5. dakikada çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 17 bebek, RR 0.13, %95 güven aralığı 0.01-2.16). Nalokson uygulaması için kanıtların kesinliği çok düşüktür. Düşük kesinlikte kanıtlar, 2 saat sonra bebeklerde nörodavranışsal skorlarda çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 56 bebek, MD 0.6, %95 güven aralığı -0.66 ila 1.86).

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:**Bunlar çalışmalarda belirtilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.r. HKA nalbufin ile HKA petidin ile karşılaştırılması

Bu karşılaştırma, 1987'de yayınlanan İngiltere'de 60 kadınla gerçekleştirilen tek bir çalışmada incelenmiştir.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, doğumdaki maternal ağrı skorlarının HKA nalbufin ile HKA petidin karşılaştırıldığında; hafifçe azaltılabileceğini göstermektedir (MD -0.51, %95 güven aralığı -1.02 ila 0). Kanıtların kesinliği bildirilen tüm sonuçlar için çok düşük olduğundan, müdahalelerin göreceli etkileri belirsizdir.

Bu çalışmada başka bir ilgili maternal sonuç bildirilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Bu sonuçlar çalışmada bildirilmemiştir.

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bunlar çalışmada belirtilmemiştir.

## Karşılaştırma 2.s. HKAfentanil ile HKA petidin ile karşılaştırılması

Bu karşılaştırmaya 120 kadın için veri sağlayan tek bir çalışma dahil edilmiştir. Çalışma Hollanda'da yapılmış ve 2010 yılında yayınlanmıştır.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük kesinlikte kanıtlar, maternal ağrı skorları için yapılan müdahaleler arasında çok az farklılık olabileceğini veya hiç olmayabileceğini göstermektedir (MD -0.65, %95 güven aralığı -1.56 ila 0.26).Orta kesinlikte kanıtlar, HKA fentanil alan kadınlarda epidural analjezi kullanımının daha düşük olduğunu göstermektedir (RR 0.44, %95 güven aralığı 0.21-0.92).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikte kanıtlar, müdahaleli vajinal doğum girişimleri (RR 0.57, %95 güven aralığı 0.22-1.49) veya sezaryen doğum (RR 0.25, %95 güven aralığı 0.03-2.34) arasında çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir.

**Yan etkiler:** Düşük kesinlikte kanıtlar, maternal uyku hali skorlarında (MD -0.16, %95 güven aralığı -0.25 ila 0.13) veya kusmada (RR 0.87, %95 güven aralığı 0.55-1.37) çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük kesinlikte kanıtlar, doğumdan 2 saat sonra bebek nörodavranışsal skorlarında çok az veya hiç fark olmadığını göstermektedir (MD 0.5, %95 güven aralığı -1.95 ila 0.95).

**Uzun dönem olumsuz yenidoğan sonuçları:** Bu sonuçlar çalışmada belirtilmemiştir.

### Karşılaştırma 2.t. HKA petidine kıyasla ile karşılaştırıldığında HKA meptazinol

Bu karşılaştırma, Birleşik Krallık'ta 10 kadının yer aldığı tek bir çalışmada incelenmiştir. Bildirilen tüm sonuçların kesinliği çok düşüktür.

### Karşılaştırma 2 için temel bulguların özeti

Diamorfin, petidine kıyasla daha iyi ağrı kesici ile ilişkilendirilmektedir ve daha az bulantı ve kusma ile ilişkilendirilebilir. Fentanil, petidine göre biraz daha iyi ağrı kesici, daha az maternal sedasyon, daha az epidural kullanımı ve doğumdan sonra biraz daha iyi yenidoğan nörodavranışsal skorları ile ilişkili olabilir. Remifentanil muhtemelen epidural analjezinin daha az kullanılması ile ilişkilendirilebilir, ancak petidinden daha fazla uyuşukluk hali ile ilişkilidir; doğum deneyimi puanlarından daha yüksek memnuniyet sağlayabilir. Nalbufin, doğumdan sonra ağrı kesici yönünden daha az maternal memnuniyet ve daha düşük yenidoğan davranış skorlarına neden olabilir. Bununla birlikte, muhtemelen petidinden daha az bulantı ve kusmaya neden olur. Petidin ile karşılaştırıldığında diğer opioidlerle ilgili kanıtların çoğu çok düşük kesinliktedir.

### Değerler

Intrapartum bakım esnasında kadınlarda neyin önemli olduğunu ele alan nitel çalışmaların derlemesinden (23) elde edilen bulgular, çoğu kadının, özellikle ilk kez doğum yapanların doğum hakkında endişeli olduklarını (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve belirli durum ve/veya koşullarda ağrıyı hafifleten müdahaleleri memnuniyetle karşılayabildiklerini (düşük güvenilirlikte kanıt) göstermektedir. Müdahaleler göz önünde bulundurulduğunda, kadınlar müdahalelerin özellikleri hakkında bilgilendirilmek ve mümkün olduğunda bir seçenek sunulmasını istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Kadınların travay sırasında opioid kullanımı ile ilgili deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derleme, yalnızca çok düşük güvenilirlikte kanıtlarını belirleyebilir (126). Bulgular, bazı kadınların yoğun ve yönetilemez doğum ağrılarıyla başa çıkmalarına yardımcı olmak için opioidleri önemseydiğini göstermektedir. Ağrının giderilmesinin etkili veya etkili olmadığı, travay ve doğum deneyimini pozitif veya negatif yönde etkileyip etkilemediği ile ilgili karışık yanıtlar tanımlandı.

### Ek hususlar

Kadınların travay sırasında opioid kullanımı deneyimleri ile ilgili nitel incelemeye ilişkin veriler

çok sınırlıdır - sadece üç çalışmadan elde edilmiştir (yüksek gelirli ülkelerde iki ve üst orta gelirli ülkede bir) (126). Bu çalışmalardan biri, sonuçları bildirmek için minimal veriler içeriyordu ve bir tanesi, farklı opioid rejimlerinin bir RKC'sında yer alan kadınlarla nitel görüşmeler içermektedir. Tüm katılımcılar ağrının giderilmesini talep eden kadınlardan oluşmaktaydı.

Ele alınan çalışmalarda, doğum eyleminin indüksiyonu ve augmentasyonu veya diğer müdahaleler söz konusu olduğunda opioidlere yönelik farklı yanıtlar verme durumlarını belirlemek mümkün değildi.

### Kaynaklar

Farklı opioid analjeziklerin nispi maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında hiçbir kanıt bulunmamıştır. Bununla birlikte, epidural analjezinin maliyet etkinliğinin opioid analjezi ile karşılaştıran bir ABD derlemesi, epiduralin uygulanması ile ilişkili sağlık profesyonellerinin daha yüksek maliyet gerektirmesinin yanı sıra komplikasyonları yönetmek ile ilişkili de daha yüksek maliyetler gerektirmesi nedeniyle opioid analjezinin epidural analjeziden daha uygun maliyetli olduğunu bulmuştur (127).

2016 yılında yayınlanan bir Hollanda çalışmasında opioid yönetimi, prosedür başına (personel maliyetleri dahil) tahmini birim fiyatının € 15 (yaklaşık 18 ABD Doları) ile ilişkilendirilmiştir (130).

### Ek hususlar

Bazı yüksek gelirli ülkelerde parenteral opioid ilaçların nispeten ucuz olduğu düşünülürken, bu ilaçlara tüm ortamlarda erişilemeyebilir ve bazı GDODÜ satın alınması mümkün olmayabilir (136, 137).

Bir petidin veya fentanil dozunun maliyeti 1 ABD dolarından daha düşük olabilir; tramadol yaklaşık 1,30 ABD dolarına mal olabilir; diamorfin ve meptazinol doz başına yaklaşık 3 ABD dolarına mal olabilir ve remifentanil doz başına yaklaşık olarak 6,50 ABD dolarına mal olabilir. Nalokson (solunum depresyonunu tersine çevirmek için) doz başına yaklaşık maliyeti 6 ABD dolarıdır.<sup>1</sup>

### Eşitlik

Parenteral opioidler ile ağrının giderilmesinin eşitlik üzerine etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır.

Sağlık kuruluşu odaklı doğumlardaki olanaklar ve engellerin bir derlemesinden elde edilen dolaylı kanıt (8) "bakım almada ihmal ve gecikmeler" in sağlık

<sup>1</sup> British National Formulary website: <https://bnf.nice.org.uk/>

**Tablo 3.39 Opioid analjezi için temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Opioidleri reçete etmek için genellikle bir doktora ihtiyaç vardır (bu tüm ülkelerde böyle değildir; bazı ortamlarda ebeler opioidleri de reçete edebilir)</li><li>■ Ebe veya hemşire gibi diğer personel opioidleri yönetebilir</li></ul>
Eğitim	<ul style="list-style-type: none"><li>■ İlaçları uygulamak için klasik sağlık hizmeti verenlerin eğitimi; opioidlerin intravenöz (IV) veya intramüsküler (IM) enjeksiyon olarak uygulanması oldukça kolaydır.</li><li>■ Yan etkileri ve komplikasyonları takip etme ve yönetme eğitimi</li></ul>
Malzemeler	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Opioid (örn. Petidin), iğne, enjektör, intravenöz kateter (isteğe bağlı)</li><li>■ Bulantı/kusmayı önlemek veya tedavi etmek için antiemetikler</li><li>■ Gerekirse solunum depresyonunu tersine çevirmek için nalokson</li><li>■ Oksijen</li></ul>
Ekipman ve altyapı	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Resüsitasyon ekipmanı</li></ul>
Zaman	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Temin etmek, hazırlamak ve yönetmek için yaklaşık olarak 2-10 dakika</li></ul>
Danışmanlık ve izleme	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Yan etkiler için yönetim ve izlemin denetimi</li><li>■ Kötüye kullanımı önlemek için güvenli opioid saklama ve opioid kullanımını kaydetme yöntemi</li></ul>

kuruluşu odaklı doğumlar için muhtemelen bir engel olarak rol alacağını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt). Bu ihmal ve gecikmeler doğum ağrılarının yönetilmesi için uygulanabilir olabilir.

Buna ek olarak, derleme ayrıca düşük gelirli ülkelerde pek çok kadının “aşına olmadıkları ve istenmeyen” doğum uygulamalarından korktuklarını ki; bu uygulamaların sağlık kuruluşu odaklı doğumlar için bir engel olduğunu vurgulamaktadır (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8). Bazı kadınların enjeksiyonları aşına olmadıkları ve istenmeyen uygulamalar olarak algılamaları mümkündür.

#### **Ek hususlar**

Ağrı kesici isteyen kadınlara farmakolojik ve farmakolojik olmayan (geleneksel ve kültürel tercihler dahil) yöntemler hakkında bilgi verilmesi ve seçenekler sunulması, doğum deneyimlerinde daha fazla kontrol sağlayarak intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin giderilmesine yardımcı olunabilir.

Ağrı kesici isteyen kadınlar, ilgili farmakolojik seçeneklerin etkileri (istenilen ve istenmeyen) konusunda bilgilendirilmeli ve ağrı yönetimi de dahil olmak üzere travay ve doğumla ilgili karar verme süreçlerine katılma yetkisine sahip olmalıdır.

Pahalı opioid alternatiflerinin kullanılması, tercihen yüksek kaynak ortamlarında ve daha avantajlı nüfuslarda kullanılıyorsa eşitlik üzerinde olumsuz bir etki yaratabilir.

Sağlık profesyonellerinin ve kadınların doğum ağrısına yönelik tutumlarının değişmesinin ve travay esnasındaki huzursuzluğun medikalizasyonun azaltılmasının, kadınların doğuştan gelen doğum

yeteneklerini yeniden keşfetmelerini sağlayabileceği (132) ve bu durumun yüksek kaynaklı birimlerde epidural analjezi kullanımını azaltarak eşitliği pozitif yönde etkileyebileceği savunulmaktadır.

#### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların travay sırasında ağrı kesici olarak opioid kullanımı ile ilgili deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126) karışık görüşler vardı.

Bazı kadınlar yoğun ve başedilemeyen doğum ağrıları nedeniyle opioidler istemiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Opioidlerin etkili (çok düşük güvenilirlikte kanıt) ya da etkisiz bir ağrı kesici form (çok düşük güvenilirlikte kanıt) olduğu bildirilmiştir. Kadınlar, ağrıyı azaltma yönteminin etkisiz olması, çok geç verilmesi veya ağrının çok erken azalması (çok düşük güvenilirlikte kanıt) nedeniyle ağrı yaşamaya devam etmiştir.

Bazı kadınlar negatif fizyolojik (örneğin hastalık, bozulmuş bilişsel süreçler, fizyolojik doğum yapamama) ve psikolojik (örneğin hayal kırıklığı) etkiler (çok düşük güvenilirlikte kanıt) yaşamıştır. Bununla birlikte, diğer gözden geçirilen bulguları, opioidlerin kadınların memnuniyetini artırdığını, kontraksiyonların yoğunluğunu kısalttığını ve azalttığını ve fizyolojik bir doğum yapmalarına (çok düşük güvenilirlikte kanıt) yardımcı olduğunu vurgulamaktadır.

Opioid kullanımını takiben, bazı kadınlar, ilacı uygulayan personele aşırı güvenmesi ve bakım veren desteği eksikliği nedeniyle hayal kırıklığına uğramıştır (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Kadınlar ayrıca uygulanma yolu veya opioid kullanım risklerinin



her zaman tam olarak farkında değildi (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

Sağlık hizmeti sunan profesyonellerin deneyimlerinin içeren başka bir derlemede (26), sağlık çalışanlarının travay ve doğum sırasında kadınlarda opioid kullanımına ilişkin görüşleri ile ilgili nitel açıklama tespit edilmemiştir.

#### Ek hususlar

Genel olarak, kadınların ağrı kesici seçeneklerle ilgili deneyimleri (126) incelendiğinde, yüksek kaliteli niteliksel kanıtların olmadığı vurgulanmaktadır. Kanıtların güvenilirlik düzeyi çok düşük olmakla birlikte, olumsuz yorumların çoğunluğu IM petidin kullanımına yönelik olarak ifade edilirken, burun içi ve deri altı fentanil hakkındaki görüşler genellikle çok daha olumluydu.

Diğer çalışmalar bakımın içeriği, bakım hizmetinin türü ve bakımı uygulayan kişinin, ağrının giderilmesi ihtiyacı ve bu ihtiyaç ile ilişkili kadının yapacağı

seçimler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (138,139).

#### Uygulanabilirlik

Kadınların doğum sırasında opioid kullanımına yönelik deneyimlerini araştıran nitel bir sistematik derlemede (126), ağrının azaltılmasında opioidlerin etkinliğinin yetersiz oluşu geç uygulanmasına atfedilmiştir (oldukça düşük güvenilirlikte kanıt), ki bu durum ağrının giderilmesinde bu yöntemin kullanılmasında daha fazla zamana ve hassas olunmasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

#### Ek hususlar

Opiodlerin çok yaygın olarak bulunmadığı ve kullanılmadığı gelir düzeyi düşük birimlerde opioidlerin uygulanması ve olası maternal-neonatal yan etkilerin yönetilmesi için ek eğitim gerekliliğinin yanı sıra finansal gerekliliği de söz konusudur.

Farklı ortamlarda ve ülkelerde kullanılan opioid tipinin ilacın maliyetinden etkilenmesi muhtemeldir.

**Tablo 3.40 Kararların özeti: Petidin ile farklı opioidlerin karşılaştırması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Petidini destekler	- Muhtemelen petidini destekler	- Başka opioidi veya petidini desteklemez	- Muhtemelen başka opioidi destekler	- Başka opioidi destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Petidini destekler	- Muhtemelen petidini destekler	- Başka opioidi veya petidini desteklemez	- Muhtemelen başka opioidi destekler	- Başka opioidi destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet



### 3.2.14 Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri

#### ÖNERİ 21

**Progresif kas gevşemesi, nefes alma, müzik, dikkati başka yöne çekme ve diğer teknikleri içeren gevşeme teknikleri, kadının tercihlerine bağlı olarak, doğum sırasında ağrı kesici isteyen sağlıklı gebe kadınlar için önerilir (Önerilir).**

#### Görüşler

- Çoğu kadın doğum sırasında bir çeşit ağrı kesici istemektedir ve nitel kanıtlar gevşeme tekniklerinin ağrıyı azalttığını, doğum eylemindeki rahatsızlığı azaltabildiğini ve annenin doğum deneyiminin kalitesini artırdığını göstermektedir.
- Sağlık profesyonelleri, bakım bağlamının ve bakım sunumunun ve bakım sağlayıcısının türünün, doğum ağrısının hafifletilmesi ihtiyacı ve kadınların bu ihtiyaçla ilgili olarak yaptıkları seçim türleri üzerinde güçlü bir etkiye sahip olabileceğinin farkında olmalıdır.
- Farmakolojik olmayan ağrı giderme seçenekleri, ortamlar ve bu ortamlar içinde ve arasında büyük farklılıklar gösterebilir; bu da, bu rehberde yer verilmeyen suda doğum, hipnoz ile doğum, akupunktur ve kültürel ve geleneksel uygulamalar gibi diğer teknikler, kadınları rahatlatılabilir.
- Bakım sağlayıcılar, rahatlatma tekniklerinin zararlı etkileri olmazken faydalı etkilerinin de düşük oranda olduğu konusunda kadınları bilgilendirmelidir.

#### Değerlendirmeler ve Kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KD Tablo 3.2.14)

Doğumda ağrının azaltılması için gevşeme teknikleri ile ilgili kanıt, Cochrane’de yer alan, 2248 kadının verilerini içeren 15 araştırmanın gözden geçirilmesi ile yapılmış bir sistematik reviewden elde edilmiştir (140). Deneysel çalışmalar 10 ülkede yapılmıştır: Brezilya (2 çalışma), İran (2 çalışma), İtalya (2 çalışma), Norveç, İsveç, Tayvan [Çin], Tayland (2 çalışma), Türkiye (2 çalışma), İngiltere ve ABD. Değerlendirilen gevşeme teknikleri (örn: progresif kas gevşeme, solunum teknikleri), müzik, yoga, ses analjezisi (örn: doğum sırasında dalgalar gibi sakinleştirici sesleri dinleme) ve mindfulness (farkındalık) gibi genel gevşeme tekniklerini içerir.

##### Karşılaştırma 1: Genel gevşeme tekniklerinin klasik bakım ile karşılaştırılması (gevşeme teknikleri kullanılmayan)

Karşılaştırmada 1382 kadını içeren sekiz çalışma değerlendirilmiştir. Çalışmalar Brezilya ve İtalya (her birinde 2 çalışma), İran, İsveç, Türkiye ve Birleşik Krallık’taki (her birinde 1 çalışma) hastanelerde yürütülmüştür. Çalışmalarda örneklem büyüklüğü 40 ile 1087 arasında değişmektedir. Çalışmalar 2000 ile 2017 yılları arasında yayınlanmıştır. Girişimler solunum teknikleri, ilerleyici kas gevşemesi ve kombine solunum ve kas gevşeme tekniklerini içermektedir. Çalışmaların çoğunda klasik bakım açıkça tanımlanmamıştır.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Kesinliği düşük kanıtlar, gevşemenin, doğum eyleminin latent fazında ağrı yoğunluğunu azaltabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 40 kadın, MD:1.25, %95 CL:0.53-1.97; ağrı 5 puanlık bir ölçekte ölçülmüştür.). Doğumun aktif fazında gevşeme tekniklerinin ağrı yoğunluğunu azaltıp azaltmadığı net değildir. Çünkü kanıtların kesinliği çok düşüktür (4 çalışma 273 kadın). Orta düzeyde kanıtlar gevşemenin doğum sürecinde kadınların ağrı algılarında çok az bir fark yaratabileceğini veya hiç fark yaratmadığını göstermektedir (1 çalışma, 977 kadın, MD: 0.0, %95,CL:0.23- 0.23). Kesinliği düşük düzeyde kanıtlar farmakolojik ağrı kesici kullanımına ek olarak gevşemenin çok az bir fark yaratabileceğini veya hiç fark yaratmadığını göstermektedir (2 çalışma, 1036 kadın, RO:0.99, %95,CL:0.88- 1.11). Gevşemenin, kadınların ağrıyı azaltma ile ilgili memnuniyetlerini etkileyip etkilemediği açık değildir, çünkü kanıtların kesinliği çok düşüktür.

**Doğum şekli:** Gevşeme tekniklerinin müdahaleli veya sezaryen doğum üzerinde herhangi bir etkisinin olup olmadığı açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğum süresi:** Gevşemenin doğum süresinde herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğumun hızlandırılması:** Gevşemenin doğumun hızlanmasında herhangi bir fark yaratıp yaratmadığı

açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğum deneyimi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, gevşeme tekniklerinin kadınların doğum deneyiminden memnun olmaları (3 çalışma, 1176 kadın, SMD:0.03, %95, CL:0.37-0.31) veya anksiyete puanları (1 çalışma, 140 kadın, MD: 0.3, %95,CL:4.15-4.75) üzerinde çok az bir değişiklik yapabileceğini veya hiçbir şey yapamayacağını göstermektedir. Maternal kontrol duygusu ile ilgili çalışma bildirilmemiştir.

**Yan etkiler, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** İncelenen çalışmaların hiçbirinde yan etkiler, anne-bebek etkileşimi ve emzirme rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi ve özel bakıma kabulü:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Uzun dönem bebek sonuçları:** Bu sonuçlar çalışmalarda rapor edilmemiştir.

### Karşılaştırma 2: Yoga tekniklerinin kontrol (yoga teknikleri kullanılmayan) ile karşılaştırılması

Tayland'da 149 kadın ile yapılan iki çalışmada, yoga teknikleri kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Çalışmalar 2007 ve 2008'de yayınlanmıştır. Bir çalışmada nefes, ilahi söyleme, eğitim ve duruşlar kullanılmış diğerinde ise yalnızca yoga duruşları kullanılmıştır. Kontrol gruplarındaki kadınlara bir çalışmada klasik bakım verilirken diğer çalışmada doğumda yatar pozisyonda kalmaları desteklenmiştir.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, yoganın kadınların ağrı puanlarını çok az düşürebileceğini (1 çalışma, 66 kadın, MD:6.12,95, %95, CL:0.47-11.7) ve ağrıyı hafiflemesine yönelik memnuniyeti çok az arttıracaklarını ileri sürmektedir (1 çalışma, 66 kadın, MD: 7.88, %95,CL: 1.51-14.25). Yoganın farmakolojik ağrı kesici kullanımı üzerinde bir etkisi olup olmadığı açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğum Şekli:** İncelenen çalışmalarda doğum şekli rapor edilmemiştir.

**Doğum süresi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, yoganın doğum süresini azaltabileceğini ileri sürmektedir (1 çalışma, 66 kadın, MD:139.9, %95,CL:27.32-252.50).

**Doğumun hızlandırılması:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Doğum deneyimi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, yoganın kadınların genel doğum memnuniyet puanlarında çok az bir iyileşme yapabileceğini ileri sürmektedir. (1 çalışma, 66 kadın, MD:6.34, %95,CL:0.26- 12.42).

**Yan etkiler, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** İncelenen çalışmaların hiçbirinde yan etkiler, anne-bebek etkileşimi ve emzirme rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Özel bakıma kabulü ve uzun dönem bebek sonuçları:** Bu sonuçlar çalışmalarda rapor edilmemiştir.

### Karşılaştırma 3: Müziğin klasik bakım (müzik kullanılmayan) ile karşılaştırılması

İkiyüzdükkırkbir kadını içeren üç çalışmada müzik grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Çalışmalar İtalya, Tayvan [Çin] ve Türkiye'de hastane ortamında gerçekleştirilmiştir. Örneklem büyüklükleri 58 ile 161 arasında değişmektedir. Çalışmalar 2010 ile 2014 yılları arasında yayınlanmıştır. Her üç çalışmada da doğum için müzik seçimi sunulmuştur; bu çalışmalardan birisi doğum öncesi dönem için hazırlık kitapçığı içermektedir. Kontrol grubu klasik bakım almıştır.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici, doğumun şekli, doğum deneyimi:** Ağrı azaltmaya (ağrı yoğunluğu, epidural analjezi kullanımı), doğum şekline (müdahaleli vajinal doğum, sezaryen) ve doğum deneyimine (anne kaygısı) ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Anne memnuniyeti ve kontrol duygusu:** İncelenen çalışmalarda bu sonuçlar rapor edilmemiştir.

**Doğum süresi, doğumun hızlandırılması, yan etkiler, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** İncelenen çalışmalarda bu sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Özel bakıma kabulü:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Perinatal hipoksi-iskemi ve uzun dönemde bebek sonuçları:** İncelenen çalışmalarda bu sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Karşılaştırma 4: Ses-Analjezisinin kontrolle karşılaştırılması

Yirmibeş kadın ile yapılan bir çalışmada sesli analjezi grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Çalışma 1965 yılında Birleşik Krallıkta yürütülmüştür. Doğum eyleminde müdahale grubuna 120 desibel "deniz sesi" dinletilirken kontrol grubuna aynı ses 90 desibel olarak dinletilmiştir.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Doğum eylemi sırasında dalga seslerini dinlemenin ağrıyı azaltmaya yönelik memnuniyeti etkileyip etkilemediği açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

İncelenen çalışmalarda diğer maternal sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

İncelenen çalışmalarda fetal veya neonatal sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Karşılaştırma 5: Mindfulness (Farkındalık) eğitiminin kontrol (farkındalık eğitimi kullanılmayan) ile karşılaştırılması

30 kadını içeren bir çalışmada mindfulness eğitimi grubu ile kontrol grubu karşılaştırılmıştır. Bu çalışma ABD’de yürütülmüş ve 2017 yılında yayınlanmıştır. Müdahale grubu doğum öncesi dönemde dokuz haftalık farkındalık temelli doğum ve ebeveynlik kursu almıştır. Kontrol grubu, farkındalık bileşeni olmadan dokuz haftalık bir doğum öncesi kursu almıştır.

### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Farkındalık eğitiminin farmakolojik ağrı kesici kullanımı üzerinde bir etkisi olup olmadığı açık değildir, çünkü kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğum Şekli:** Müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen doğuma ilişkin kanıtların düzeyi çok düşüktür.

**Doğum deneyimi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, kadınların doğumdaki kontrol algısını farkındalık eğitimi ile geliştirilebileceğini göstermektedir (1 çalışma, 26 kadın, MD: 31.3, %95,CL: 1.61–60.99); fakat memnuniyet puanlarına ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir. Bu çalışmada anksiyete rapor edilmemiştir.

**Doğum süresi, doğumun hızlandırılması, yan etkiler, anne-bebek etkileşimi, emzirme:** İncelenen çalışmada bu sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

İncelenen çalışmada fetal ve neonatal sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Değerler

İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu değerlendiren nitel çalışmaların incelenmesinden elde edilen bulgular (23), kadınların çoğunluğunun, özellikle ilk kez doğum yapanların, doğum konusunda endişeli olduğunu (yüksek

güvenirlikte kanıt) ve bazı durumlarda ve/veya şartlarda, ağrıdan kurtulma sağlayan müdahaleleri memnuniyetle karşılayabileceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Müdahaleler göz önüne alındığında, kadınlar müdahalelerin niteliği ve mümkün olan durumlarda ise seçim yapabileceği konusunda bilgilendirilmek istiyorlar (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Doğum ağrısıyla başa çıkma teknikleri ile ilgili kalitatif çalışmaların incelendiği bir derlemede (126), kadınların gevşeme teknikleri ile sağlanan rahatlamaya değer verdikleri belirtilmiştir (orta güvenilirlikte kanıt). Doğum sürecinde rahatlatma ve kontrol tekniklerini kullanan kadınlar doğum ağrıları ile etkili bir şekilde baş edebiliyor, pozitif bir doğum ve doğum deneyimine sahip olabiliyorlar (düşük güvenilirlikte kanıt). Ayrıca bu metodların doğum sonrası iyi oluş üzerine pozitif etkisi vardır (orta güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Ağrıyı azaltma ile ilgili nitel çalışmaları inceleyen derlemede bulgular tutarlı olmasına rağmen, kadınların nitel incelemeleri için yalnızca sekiz, hiçbir GDODÜ’de bulunmayan bakım sağlayıcılar için yalnızca üç çalışma bulunmuştur. Dahil edilen çalışmalarda, doğum indüksiyonu veya diğer müdahale biçimlerinin ağrıyı hafifletme ile ilişkili sonuçları etkileyip etkilemediğinin belirlenmesi mümkün değildir.

Bakım şartları, bakım koşulları ve bakım sağlayıcıları doğumda ağrıyı hafifletmek için gereken güçlü etkiye sahip olması ve kadınların bu tür ihtiyaçları için bir seçenek olmaları muhtemeldir (138, 139). Örneğin, gevşeme teknikleri ile ilgili bulguların bazıları, sağlık uzmanları ve/veya doğum refakatçisi ile kurulan olumlu ilişkilerin etkili olabileceğini desteklemektedir.

### Kaynaklar

Bu müdahalelerin maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında herhangi bir araştırma kanıtı bulunamadı.

### Ek Hususlar

Gevşeme tekniklerinin çoğu öğrenildikten sonra kadının kendisi tarafından ya da bir arkadaşının desteğiyle gerçekleştirilebildiği için düşük maliyetli müdahaleler iken, diğerleri personel için az da olsa zaman ve çaba gerektirir (örneğin müzik müdahaleleri). Eğitim maliyetleri, bazı rahatlatma tekniklerinin (örneğin: kas gevşetme ve solunum teknikleri) ana maliyet bileşenidir ve bu eğitimler mevcut olan doğum öncesi sınıflarına veya doğum refakatçi eğitimlerine entegre edilebilir.

**Tablo 3.41 Ağrı azaltmak için kullanılan gevşeme tekniklerinin temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebe veya diğer bakım vericiler (klasik bakıma uygun)
Eğitim	■ Gevşeme teknikleri eğitimi (örneğin, bakım verici eğitimi, doğum refakatçisi eğitimi ve / veya doğum öncesi sınıfları)
Malzemeler	■ Yok
Ekipman ve altyapı	■ Müdahaleye bağlı olarak değişir: müzik müdahaleleri müzik dinletmeyi gerektirir (örneğin, telefon, CD çalar, MP3 çalar, hoparlörler); yoga için, yoga matını yaymak için yeterli alanın olması vb.
Zaman	■ Eğitim zamanı: müdahaleye bağlı olarak değişir ■ Gerçekleştirme zamanı: müdahaleye bağlı olarak değişir ■ Bu müdahalelerin bazıları kadının kendisi tarafından gerçekleştirilebilir veya çok az personel zaman/çaba gerektirebilir (örneğin müzik müdahaleleri), diğerleri ise doğum öncesi ve boyunca sürekli destek / koçluk gerektirebilir.
Danışmanlık ve izleme	■ Gerekli değil

Farmakolojik olmayan teknikler farmakolojik tekniklerin kullanımını azaltırsa, maliyet etkin olabilirler; ancak, bu etkinin kanıtı eksiktir.

### Eşitlik

Kadınların ve bakım vericilerin deneyimlerini inceleyen nitel bir çalışmada (26), GDYÜ'lerde bakım sağlayıcılar, tamamlayıcı tedavilerin verilmesinde eşitliğin, kaynak eksikliği (fonlar ve ebelerin zamanı) nedeniyle tehlikeye girdiğini belirtmektedir, (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Bu çalışmada GDODÜ'lerde gevşeme teknikleri ve eşitliği konusunda kanıt yoktur.

### Ek Hususlar

Eğer ağrıyı azaltmayı talep eden kadınlara geleneksel ve kültürel tercihlerine göre farmakolojik ve farmakolojik olmayan seçenekler sunulursa, bu intrapartum bakımdaki eşitsizliklerin giderilmesine yardımcı olabilir.

### Kabul Edilebilirlik

Kadınların doğum ağrısını azaltma tercihlerine ilişkin görüşlerini araştıran nitel çalışmaların bir sistematik reviewinde (126), GDYÜ'lerde gevşeme tekniklerinin ağrı azaltıcı olarak kabul edilebilir ve etkili bir yöntem olduğu bildirilmektedir, (orta güvenilirlikte kanıt). Gevşeme teknikleri huzurlu doğum ortamı oluşturma, pozitif doğum ve doğum deneyimine katkı sağlama ve güvenlik, güç, kontrol ve ilişki gibi duyguları arttırmaktadır (orta güvenilirlikte kanıt). Ayrıca bazı kadınlar gevşeme tekniklerini doğumdan sonra, iyilik halini arttırmak için de kullanılmaktalar (örneğin bebeği rahatlatma veya emzirmeyi kolaylaştırma teknikleri).

Review bulguları kadınların doğumda ve doğum sürecinde değişen ihtiyaçlarına göre uyarlanabilecek çeşitli öğretim tekniklerine (antenatal dönem süresince) sahip olduklarını ileri sürmektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Ayrıca kadınlar bu teknikleri partnerlerinin ve bakım vericilerinin katılımını arttırmamanın bir aracı olarak değerlendirmektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Bir başka derlemeye göre, sağlık bakımı sağlayıcılarının ağrı azaltmayı sağladığına dair görüşlerine ilişkin kanıtlar (26) çok az güven vericidir. Fakat bazı sağlık bakımı sağlayıcılarının gevşeme tekniklerinin kadınların vücutlarına güvenme ve olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarını artırdığına inandığını belirtmektedir. Ebe katılımcılardan elde edilen kanıtlar, ebelerin kadın merkezli ebelik felsefesi ile uyumlu olarak tamamlayıcı tedavileri göz önünde bulundurabileceklerini öne sürmektedir.

### Ek Hususlar

Kadınların ağrı azaltma seçenekleri ile ilgili deneyimlerinin kalitatif incelendiği sadece sekiz çalışma (126), bakım sağlayıcılar ile ilgili üç çalışma (26) bulunmaktadır ve bu çalışmaların hiçbiri GDODÜ yapılmamıştır.

Gevşeme tekniklerinin kabul edilebilirliği ile ilgili bulguların gevşeme teknikleri nedeniyle değil, pozitif ilişkiler ve doğum refakatçisi ile ilgili olabileceği söylenebilir. İki çalışma, bakım şartlarının, bakım koşullarının ve bakım sağlayıcılarının, doğum ağrısının azaltılmasına ilişkin duyulan ihtiyaçlar ve kadınların bu ihtiyaçlarla ilgili yaptıkları seçimler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (138,139).

## Uygulanabilirlik

Sağlık profesyonellerinin ağrıyı azaltma konusundaki görüşlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir reviewde (26), gevşeme tekniklerinin sağlanmasında, personel, bürokrasi, profesyoneller arasında fikir birliği eksikliği, veri tabanının olmaması, tamamlayıcı terapi uygulayıcılarının düzenleme ve eğitim eksikliği olmak üzere bir dizi engel belirlenmiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

## Ek Hususlar

Doğum refakatçisi veya kadının kendisi tarafından uygulanabilen gevşeme tekniklerinin, annenin ve doğum refakatçisinin eğitimini/hazırlığını kolaylaştırmak için zaten hazır olan doğum öncesi sınıflarda öğretilmesi daha uygundur.

**Tablo 3.42 Kararların özeti: Klasik bakımın (gevşeme teknikleri kullanılmayan) gevşeme teknikleri ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Klasik bakıma desterler	- Muhtemelen klasik bakımı destekler	- Klasik bakım veya gevşeme tekniklerini desteklemez	✓ Muhtemelen gevşeme tekniklerini destekler	- Gevşeme tekniklerini destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözüldü edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Klasik bakımı desterler	- Muhtemelen klasik bakımı destekler	- Klasik bakım veya gevşeme tekniklerini desteklemez	- Muhtemelen gevşeme tekniklerini destekler	- Gevşeme tekniklerini destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

### 3.2.15 Ağrı yönetiminde manuel teknikler

#### ÖNERİ 22

**Masaj veya sıcak paket uygulaması gibi manuel teknikler, doğum sırasında ağrı kesici talep eden sağlıklı gebeler için önerilir (Önerilir).**

#### Görüşler

- Çoğu kadın doğum sırasında bir tür farmakolojik veya farmakolojik olmayan ağrı kesici istemektedir ve nitel kanıtlar masajın doğum rahatsızlığını azaltabileceğini, ağrıyı hafifletebileceğini ve annenin doğum deneyiminin kalitesini artırabileceğini göstermektedir.
- Nicel ve nitel kanıtlar büyük ölçüde masaja ilgili olsa da sıcak paketlerin zararlı olması muhtemel değildir ve bazı kadınlar bunları yatıştırıcı bulabilir.
- Sağlık profesyonelleri, bakım vermenin ve bakım sağlama türünün ve bakım verenin, doğum ağrısının hafifletilmesi ihtiyacı ve kadınların bu ihtiyaçla ilgili olarak yaptıkları seçimler üzerinde güçlü bir etkisi olabileceğinin farkında olmalıdır.
- Suda batırma, hypnobirthing, akupunktur ve kadınların rahatlatıcı bulabileceği kültürel ve geleneksel uygulamalar gibi, bu rehberde dikkate alınmayan diğer teknikleri destekleyen ortam ve şartlara göre farmakolojik olmayan ağrı kesici seçenekleri geniş ölçüde değişebilir.
- Sağlık profesyonelleri, kadınlara doğum merkezlerinde bulunan ağrı azaltıcı mevcut seçenekleri anlatmalı ve doğum öncesi bakımın bir parçası olarak bu seçeneklerin avantajlarını ve dezavantajlarını tartışmalıdır.
- Bakım verenler, kadınlara ağrıyı yönetmeye yönelik manuel tekniklerin zararlı olma ihtimalinin düşük olduğunu bildirirken, yararlı etkilere ait kanıtlarında çok düşük düzeyde olduğunu bildirmelidir.

#### Değerlendirme ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.2.15)

Bu kanıt, 1024 kadını içeren 12 çalışmayı kapsayan bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (141). Çalışmalar Avustralya, Brezilya, Kanada, İran (6 çalışma), Tayvan [Çin], Birleşik Krallık ve ABD’de yapılmıştır. Çalışma raporları 2002 ve 2016 yılları arasında yayınlanmıştır.

##### Karşılaştırma 1: Masaj tekniklerinin klasik bakım (masaj teknikleri kullanılmayan) ile karşılaştırılması

Altı yüz yetmiş bir kadını içeren sekiz çalışmada masaj ile klasik bakım karşılaştırılmıştır. Çalışmalar Avustralya, Brezilya, Kanada, İran (3 çalışma), Tayvan ve Birleşik Krallık’ta doğum öncesi kliniklerinde veya hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Bireysel çalışmaların örneklem büyüklüğü 46 ile 176 arasında değişmekte olup; yedi çalışmada örneklem 100 veya daha az kadını içermektedir. Üç çalışmada doğum partnerleri masaj uygulamış (326 kadın); bunlardan iki çalışmada doğum partnerlerine doğum öncesi eğitim verilmiştir. Üç çalışmada masaj konusunda eğitilmiş profesyoneller (185 kadın), bir çalışmada öğrenci ebe (100 kadın) masaj yapmıştır ve bir çalışmada masajı kimin yaptığı (60 kadın) açıkça belirtilmemiştir. Klasik bakım tam rapor edilmemiştir.

#### Maternal sonuçlar

**Ağrı kesici:** Orta güvenilirlikte kanıtlar, masaj ile klasik bakım karşılaştırıldığında; doğum eyleminin birinci evresindeki ağrı skorlarının muhtemelen azaldığını göstermektedir (6 çalışma, 362 kadın, SMD: -0.81, %95,CL: -1.06 ile -0.56). Doğum eyleminin ikinci evresindeki ağrı skorlarına ve farmakolojik ağrı kesici kullanımına ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Doğum Şekli:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, masajın müdahaleli vajinal doğum (4 çalışma, 368 kadın, MD: 0.71, %95,CL: 0.44–1.13) ve sezaryen (6 çalışma, 514 kadın, MD: 0.75, %95,CL: 0.51–1.09) arasında çok az fark yaratabileceğini veya hiç fark etmeyeceğini göstermektedir (6 çalışma, 514 kadın, RR: 0.75, 95%, CL: 0.51–1.09).

**Doğum süresi:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Doğumun hızlandırılması:** Bu sonuçlara ilişkin kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Doğum deneyimi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, daha fazla kadının masaj yapıldığında doğum deneyiminden memnuniyet duyduğunu göstermektedir (1 çalışma, 60 kadın, MD: 1.90, %95, CL: 1.07–3.38). Memnuniyet puanlarına dair kanıtlar çok düşük düzeydedir. Farklı ölçümler kullanan iki çalışmada: Bir çalışmada orta güvenilirlikte kanıt, masaj yapılan kadınların kontrol algısı puanlarının



artmış olduğunu (1 çalışma, 124 kadın, MD: 14.05, 95%, CI: 3.77–24.33); diğer çalışmada düşük güvenilirlikte kanıt, kontrol algısı puanlarının masaj grubu için biraz daha iyi olabileceğini bildirmiştir (1 çalışma, 56 kadın, MD: -6.10, 95%, CI: -11.68 ile -0.52). Düşük güvenilirlikte kanıtlar, masaj yapılan kadınlarda kaygı puanlarının azaltılabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 60 kadın, MD: -16.27, 95%, CI: -27.03 ile -5.51).

**Emzirme:** Çalışmalarda rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, masajın ilk 5 dakikadaki düşük Apgar skorlarında (<7) çok az bir fark yaratabileceğini veya hiç fark etmeyebileceğini göstermektedir (2 çalışma, 215 bebek, RR: 0.72, 95%, CI: 0.17–3.14).

**Yan etkiler:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, annesi masaj alan çok az sayıda bebeğe resüsitasyon gerekebileceğini göstermektedir (2 çalışma, 231 bebek, RR: 0.43, 95%, CI: 0.23–0.79). Düşük güvenilirlikte kanıtlar, masajın yenidoğan yoğun bakım ünitesine giriş riskinde çok az bir değişiklik yapabileceğini veya hiçbir şey yapamayacağını göstermektedir (2 çalışma, 231 bebek, RR: 0.71, 95%, CI: 0.31–1.62).

**Uzun dönem bebek sonuçları:** Bu sonuçlar çalışmalarda rapor edilmemiştir.

### Karşılaştırma 2: Sıcak paketlerin Klasik bakım (Sıcak paket kullanılmayan) ile karşılaştırılması

İkiyizelli iki kadını içeren üç çalışmada sıcak paket uygulaması ile klasik bakım uygulaması karşılaştırılmıştır.

Her üç çalışmada İran'daki hastanelerde 2009-2013 yılları arasında yapılmıştır. İki çalışmada (192 kadın), sıcak paketler doğumunun birinci evresinde kadınların alt sırt ve karın bölgesine ve ikinci evresinde ise perineye uygulanmıştır. Diğer bir çalışmada sıcak paketler sakral ve perineal alanlara en az 30 dakika uygulanmış; Müdahalenin hangi evrede yapıldığı belirtilmemiştir.

### Maternal sonuçlar

#### Doğum sürecinde ağrıyı azaltma, doğumun süresi:

Bu sonuçlarda ılık havlu veya paket kullanımına ilişkin kanıtlar, çok düşük düzeydedir.

İncelenen çalışmalarda diğer maternal sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

İncelenen çalışmalarda fetal veya neonatal sonuçlar rapor edilmemiştir.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu inceleyen nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının, özellikle ilk kez doğum yapanların, doğum hakkında endişeli olduklarını (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve bazı şartlar ve/veya durumlarda, ağrıyı azaltmayı sağlayan müdahaleleri memnuniyetle karşılayabileceklerini (düşük güvenilirlikte kanıtlar) göstermektedir.

Doğum ağrısı ile baş etme teknikleri ile ilgili nitel çalışmaların ayrı ayrı gözden geçirildiği bir derlemede (126), bu teknikler ile rahatlamalarını ve sakin hissetmelerini ve doğum üzerindeki kontrolü korumalarını sağladığı için kadınlar masaj tekniklerini ağrı kesici olarak değerlendirmektedir (düşük güvenilirlikte kanıtlar). Kadınların kendilerini güvende, rahatlamış ve daha az endişeli hissetmeleri gibi genel iyilik haline faydaları da bildirilmektedir (düşük güvenilirlikte kanıtlar). Ancak bazı kadınlar masajın doğum ağrısında etkili olduğunu (düşük güvenilirlikte kanıtlar), bazıları ise etkisiz olduğunu ifade etmiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıtlar).

### Ek Hususlar

Nitel çalışmaların incelendiği derlemede çalışmalar arasında bulgular tutarlıdır, sadece dört çalışma bulunmuştur ancak hiçbiri GDODÜ yapılmamıştır (126).

Dâhil edilen çalışmaların içinde, kadınların bu ağrı azaltıcı yöntemle ilişkili sonuçları değerlendirmelerini etkileyebilecek, doğum induksiyonu veya diğer müdahale biçimleri olup olmadığı tanımlanmamıştır.

### Kaynaklar

Doğum ağrısına yönelik bu müdahalelerin maliyeti veya maliyet etkinliği hakkında araştırma kanıtı bulunmamıştır. Bununla birlikte, dolaylı kanıtlar diğer durumlar için tamamlayıcı tedavilerin (gebelikle ilgili olmayan) maliyet etkinliği, bir dizi terapide ve klinik popülasyonda maliyet etkinliği ve olası maliyet tasarrufları hakkında yeni kanıtlar bulunmuştur (142). Bu derlemeye dahil edilen çalışmaların çoğu sırt ağrısının tedavisi için manipülatif veya vücut temelli uygulamaların kullanımı ile ilgilidir.

### Ek Hususlar

Manuel teknikler, bir doğum refakatçisi tarafından gerçekleştirildiğinde nispeten düşük maliyetli müdahaleler olabilir. Eğitim maliyetleri doğum öncesi

**Tablo 3.43 Ağrı azaltmak için kullanılan manuel tekniklerinin temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebe veya diğer bakım vericiler (klasik bakıma uygun)
Eğitim	■ Sağlık hizmeti sağlayıcısı veya doğum refakatçisinin manuel tekniklerde eğitimi (doğum refakatçisi doğum öncesi sınıflara dahil edilebilir)
Malzemeler	■ Losyon, masaj yağı, temiz havlular
Ekipman ve altyapı	■ Ilık suya erişim
Zaman	■ Eğitim süresi: müdahaleye bağlı olarak değişir ■ Gerçekleştirme zamanı: doğum boyunca periyodik olarak sağlanır
Danışmanlık ve izleme	■ Gerekli değil

sınıflara veya doula/doğum refakatçi eğitimine entegre edilebilirse o zaman ana maliyet bileşenidir. Fakat profesyonel masaj terapistleri tarafından sağlanan masajın maliyeti, konuma ve ortama bağlı olarak daha yüksek olabilir. Farmakolojik olmayan teknikler, farmakolojik tekniklerin kullanımını azaltırsa, maliyet etkin olabilir; ancak, bu etkinin kanıtı yoktur.

### Eşitlik

Sağlık bakımı sağlayıcılarının farklı ağrı kesici seçeneklerle ilgili görüşlerini içeren nitel bir sistematik gözden geçirmede (26), GDYÜ bakım sağlayıcılar, tamamlayıcı tedavilerin verilmesinde eşitliğin, kaynak eksikliği nedeniyle tehlikeye atıldığını belirtmektedir (fonlar ve ebelerin zamanı) (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Manuel teknikler ve eşitlik hakkında GDODÜ'ler de elde edilen hiçbir kanıt bulunamamıştır.

### Ek Hususlar

Ağrı kesici isteyen kadınlara geleneksel ve kültürel tercihleri de içine alan farmakolojik ve farmakolojik olmayan seçenekler sunulursa, intrapartum bakımdaki eşitliklerin ele alınmasına yardımcı olabilir.

### Kabul Edilebilirlik

Kadınların doğumda ağrıyı azaltma deneyimlerini nitelik olarak değerlendiren sistematik bir çalışmada, masaj teknikleri eğitiminin kadınların doğum refakatçilerinin katılımını artırdığını (düşük güvenilirlikte kanıt), ebe tarafından yapılan masajın ise anne-ebe ilişkisini ve kadınların bakım hissini artırdığını bulmuştur (düşük güvenilirlikte kanıt) (126).

Sağlık profesyonellerinin ağrıyı gidermeye yönelik görüşlerini içeren diğer bir sistematik nitel çalışmada, kanıtlar bazı sağlık uzmanlarının masaj tekniklerinin

pozitif doğum deneyimini artırdığına inandığını göstermektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt) (26). Ebe katılımcılar, tamamlayıcı tedavilerin farmakolojik ağrı kesici için değerli bir alternatif olduğunu ve her kadının kendi doğumuna ve doğum sürecine aktif katılımını değerli kılan ve kolaylaştıran ebenin kadın merkezli felsefesine uygun olduğunu belirtmiştir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Kadın ve bakım sağlayıcıların görüşleri hakkındaki nitel inceleme bulgularının tümü GDYÜ yapılan çalışmalardan alınmıştır (26,126).

Masajın bulgularının kabul edilebilirliği, masaj ile ilgili değil, pozitif ilişkiler ve doğum refakatçisi ile ilişkili olabilir. İki çalışma, bakım şartlarının, bakım türünün ve bakım sağlayıcının, doğum ağrısının giderilmesi ihtiyacı ve kadınların bu ihtiyaçları ile ilgili olarak yaptıkları seçimler üzerinde güçlü bir etkiye sahip olduğunu ileri sürmektedir (138,139).

### Uygulanabilirlik

Sağlık bakımı sağlayıcılarının ağrı kesici sağlamaya ilişkin görüşlerini araştıran nitel sistematik derlemede (26) personeller, masaj veya diğer manuel tekniklerin sağlanmasındaki engeller arasında, bürokrasi, profesyoneller arasında fikir birliği eksikliği, kanıt eksikliği ve tamamlayıcı terapi uygulayıcıları için düzenleme ve eğitim eksikliğinin yer aldığını belirtmektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Doğum refakatçileri tarafından uygulanabilecek manuel teknikler, anne eğitimi/hazırlığı ve doğum refakatçi eğitimleri doğum öncesi sınıfların olduğu yerlerde kolay bir şekilde uygulanabilir.

**Tablo 3.44 Kararların özeti: Klasik bakımın (manuel teknikler kullanılmayan) manuel teknikler<sup>1</sup> ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	✓ Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Klasik bakım destekler	- Muhtemelen klasik bakım destekler	- Klasik bakım veya manuel teknikleri desteklemez	✓ Muhtemelen manuel tekniklerini destekler	- Manuel tekniklerini destekler
Gerekli kaynaklar	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	✓ Değişken	- Klasik bakım destekler	- Muhtemelen klasik bakım destekler	- Klasik bakım veya manuel teknikleri desteklemez	- Muhtemelen manuel tekniklerini destekler	- Manuel tekniklerini destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen Hayır	- Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.2.16 Doğum gecikmesini önlemek için ağrıyı azaltmak

#### ÖNERİ 23

**Doğumda gecikmeyi önlemek ve kullanılan agumentasyonun azaltılması için ağrı kesici önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, herhangi bir ağrı azaltma uygulamasının doğum süresinin azalması veya doğumun hızlandırılması ile ilişkili olduğunu gösteren açık bir kanıt olmadığını belirtmiştir.
- RGG, ağrının azaltılmasının doğumu hızlandırma için mutlaka gerekli olmadığını ancak onu iyi intrapartum bakımın temel bileşeni yapan diğer önemli faydaları olduğunu kabul etti.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

<sup>1</sup>Sıcak paket uygulamaları değerlendirildi, ancak nicel ve nitel kanıtların çoğu masajla ilgilidir.

### 3.2.17 Oral sıvı ve gıda

#### ÖNERİ 24

**Düşük risk altındaki kadınlar için, doğum sırasında oral sıvı ve gıda alımı önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan bir öneri olduğu belirlemiştir.
- Oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanmasının önemli klinik sonuçlar ve doğumun hızlandırılması üzerinde hiçbir yararlı etkisi olmadığı ancak RGG kadının isteklerine saygı gösterilmesini vurgulamaktadır ve bu nedenle olumlu bir tavsiyede olduğunu düşünmektedir.
- RGG, sistematik derlemede yer alan çalışmalara katılan 3000'den fazla kadında Mendelson Sendromu vakası (yiyecek ve içeceklerin genel anestezi sırasında mideden akciğerlere solunması- doğum sırasında oral alımı sınırlayan en önemli güvenlik endişesi) bildirilmediğini kaydetti.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.2.18 Anne hareketliliği ve pozisyonu

#### ÖNERİ 25

**Düşük risk altındaki kadınlarda doğum sırasında hareketliliğin ve dik bir pozisyonun benimsenmesinin teşvik edilmesi önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- Kanıtlar, hareketlilik ve dik konumun doğumu hızlandırmak için oksitazin kullanımını azaltmamasına rağmen RGG, sezaryen tedavisinin azaltılması açısından klinik faydalara vurgu yapmıştır.
- RGG, birçok ortamda, kadınların hareketlilik ve dik pozisyonun faydaları hakkında bilgi sahibi olmasını sağlamak yerine doğum yapan tüm kadınlar için geleneksel olarak yatak istirahatini uygulamalarının yaygın olduğunu belirtmektedir. RGG, kadınlara faydalı, ucuz ve uygulaması kolay bir müdahale seçeneği sunmaya önem verir ve bu nedenle bu müdahale için güçlü bir öneri yapar.
- Bu öneri, doğumunun birinci evresinde hangi pozisyonun benimseneceği konusunda kadınların seçimleri bilinmeli ve desteklemelidir.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.2.19 Vajinal temizlik

#### ÖNERİ 26

**Enfeksiyöz hastalıkların önlenmesi amacıyla doğum sırasında klorheksidin ile rutin vajinal temizlik önerilmemektedir. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ, maternal peripartum enfeksiyonlarının önlenmesi ve tedavisi için önerilerinden* entegre edilmiştir (114); bu rehberi hazırlayan RGG orta güvenilirlikte kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- Bu öneri, müdahalenin B grubu Streptokok (GBS) ile ilişkili maternal enfeksiyöz morbidite üzerindeki potansiyel etkisine değil, yenidoğan için klinik fayda eksikliğine dayanıyordu.
- RGG, gebe kadınlarda GBS kolonizasyonu taramasına ilişkin politikalardaki önemli farklılıkları kabul etmiştir. Bu nedenle grup, bu önerinin GBS kolonizasyonu taramasında yerel politika ve rehberlik şartlarında uygulanması gerektiğine karar vermiştir.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf)

### 3.2.20 Doğumun aktif yönetimi

#### ÖNERİ 27

**Doğumda gecikmenin önlenmesi için doğumun aktif yönetimi ile ilgili bir bakım paketi önerilmemektedir. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, bu müdahale paketinin doğum süresini ve olası sezaryen doğum oranını azaltma açısından potansiyel faydaları olduğunu kabul etmektedir. Fakat grup, yaklaşımın son derece kuralcı ve girişimsel olduğu ve kadınların haklarını, seçimlerini ve özerkliğini alt üst edebileceği düşüncesiyle tavsiye edilmemektedir. Buna ek olarak, müdahalenin, birçok ortamda uygulanamayacağı ve sağlık kaynaklarına yönelik önemli taleplerde bulunan karmaşık bir paket olduğu düşünülmektedir. RGG paketi önermemeyi seçmiştir, çünkü bildirilen klinik faydalar diğer hususlardan açıkça daha ağır basmamaktadır.
- RGG ayrıca sürekli birebir bakımın faydalı olduğu gösterilmiş ve muhtemelen pakete atfedilen faydalardan sorumlu tek bileşeni olduğunu belirtmektedir. Ayrı bir müdahale olarak doğum sırasında sürekli destek *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinde* bulunmaktadır.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.1.21 Rutin amniyotomi

#### ÖNERİ 28

**Doğumda gecikmenin önlenmesi için tek başına amniyotomi kullanılması önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, klinik uygulamada doğum gecikmesinin önlenmesi için yaygın amniyotomi kullanımına rağmen, potansiyel yararların potansiyel zararlardan daha fazla olduğuna dair açık bir kanıt bulunmadığını kaydetmiştir.
- Erken amniyotomi perinatal HIV bulaşma riskini artırabileceğinden, HIV enfeksiyonunun yaygın olduğu ve kadınların HIV durumu bilinmediği doğumlarda bu öneri güçlendirilebilir.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.2.22 Erken amniyotomi ve oksitosin

#### ÖNERİ 29

**Doğumda gecikmenin önlenmesi için erken oksitosin verilmesi ile erken amniyotomi kullanılması önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, doğumunun birinci evresinin süresindeki değişken azalmanın diğer önemli klinik sonuçlarda anlamlı fark bulunmadığı göz önüne alındığında müdahaleyi haklı göstermediğini kaydetmektedir.
- RGG, bu müdahale ile doğumun aktif yönetiminin diğer bileşenleri arasındaki önemli örtüşmeyi not etmiş ve bunu eşit derecede kuralcı ve müdahaleci olarak değerlendirmiştir. RGG, doğumun aktif yönetimi paketi gibi, bakımın alıcıları olarak kadınların haklarını, seçimlerini ve özerkliğini zayıflatma potansiyeline büyük önem vermektedir ve bu nedenle müdahaleyi önermemektedir. Buna ek olarak, müdahalenin uygulanması için önemli sağlık kaynakları gerektiğinden, pek çok ortamda müdahale mümkün görülmemektedir.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)



### 3.2.23. Epidural analjezi olan kadınlar için oksitosin

#### ÖNERİ 30

**Epidural analjezi alan kadınlarda doğumda gecikmenin önlenmesi için oksitosin kullanılması önerilmez.** (Önerilmez)

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun ilerlemesinde belirlenen gecikmenin tedavisi olarak oksitosin ile hızlandırma yapılmalıdır.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.2.24. Antispazmolitik ajanlar

#### ÖNERİ 31

**Doğumda gecikmenin önlenmesi için antispazmolitik ajanların kullanılması önerilmez.** (Önerilmez)

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG mevcut verilerin, katılımcıların ve sonuçların geniş çapta uygulanmasına izin verecek müdahalelere göre çok heterojen olduğunu kaydetmiştir. Doğumunun birinci evresinin bir saat kısalması diğer kritik anne veya bebek sonuçlarında düzelme yaratmadığı için klinik olarak önemsiz kabul edilmiştir. RGG, yetersiz rapor edilen güvenlik konularına büyük değer verdiği için en az riskli klinik yararlar gösteren yeni bilgiler elde edilinceye kadar uygulamayı önermemeyi seçmiştir.
- RGG, doğum gecikmesinin tedavisinde antispazmolitik ajanların kullanımının etkinliğini bir araştırma önceliği olarak görmektedir.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.2.25. Doğum gecikmesini önlemek için intravenöz sıvılar

#### ÖNERİ 32

**Doğum süresini kısaltmak amacıyla intravenöz sıvıların kullanılması önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün doğumun hızlandırılması için önerilerinden* entegre edilmiştir (46), bu rehberi hazırlayan RGG, çok düşük güvenilirlikte kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlemiştir.
- RGG, bu müdahalenin faydalarına ilişkin net bir kanıt bulunmadığı için önermemiştir. RGG, özellikle doğum sırasında oksitosin infüzyonu endike olduğunda anneye aşırı sıvı yüklenmesi riskinin olduğunu belirtmektedir.
- RGG, düşük riskli kadınların doğum sırasında sıvı içmeye teşvik edilmeleri gerektiğine karar vermiştir.
- RGG, intravenöz (IV) sıvının diğer endikasyonlar ve düşük riskli kadınlar için bile doğumda destekleyici bakım için gerekli olabileceğini kabul etmektedir.
- RGG, doğum yapan tüm kadınlar için IV sıvıların rutin uygulanmasının yaygın ve gereksiz kullanımının, maliyeti artırdığına, düşük, orta ve yüksek gelirli ortamlardaki birçok sağlık tesisinin kaynak kullanımını önemli ölçüde etkilediğine ve kadınların hareketliliğini azalttığına vurgu yapmış ve bu nedenle bu müdahaleye karşı güçlü bir öneride bulunmuştur.
- Bu öneriyi destekleyen kanıtlar kaynak rehber belgesinde bulunabilir, ulaşılabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf)

### 3.3. Doğumun ikinci evresi

#### 3.3.1. Doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi

##### ÖNERİ 33

Uygulamada doğumun ikinci evresi için aşağıdaki tanımın ve sürenin kullanılması önerilmektedir.

- Doğumun ikinci evresi, tam servikal dilatasyon ile bebeğin doğumu arasındaki süredir. Bu süre boyunca kadında uterus kasılmalarının sonucu olarak istemsiz ıkınma isteği vardır. (Önerilir)
- Kadınlar, doğumun ikinci evresinin süresinin her kadında değişiklik gösterebileceği konusunda bilgilendirilmelidir. İlk doğumda, evre genellikle 3 saatte tamamlanırken, sonraki doğumlarda bu süre 2 saat kadardır (Önerilir)

##### Görüşler

- Araştırmalara dayalı ikinci evrenin başlangıcının tanımı yanlış bilinmektedir ve klinik uygulamada ikinci evrenin başlangıcı, genellikle tam olarak bilinmemektedir. Kadında dilatasyonun tamamlanmasından önce ıkınma isteği olabilir veya dilatasyonun tam olduğu belirlenene kadar olmayabilir. Eğer vajinal muayenede dilatasyonun tamamlandığı belirlenirse, bu durumun ne kadar sürdüğü belirsizliğini korur.
- Doğumun ikinci evresinin başlangıcında doğum odasından, özel doğum odasına geçiş kadın için hoş olmayabilir ve doğum normal ilerliyorsa gerekli değildir.
- Doğum görevlileri, kadının servikal dilatasyonun 10 cm'den daha erken dönemlerinde de ıkınma isteğinin olabileceğini bilmelidir.
- Doğumun ikinci evresini kısıtlama kararı, maternal ve fetal duruma ve doğumun ilerlemesine dayanmalıdır. Anne ve fetüsün durumu iyi ise, fetal başın inişinde ilerleme olduğuna dair kanıtlar mevcutsa, müdahale için hiçbir neden yok demektir. Ancak, ikinci evrede belirtilmiş olan bu standartları aştığında, fetüsün makul bir süre içinde spontan doğma şansı azalır ve bu durumda doğumu hızlandırmak için müdahale düşünülmelidir.

#### Değerlendirme ve kanıtların özeti

##### Doğumun ikinci evresinin süresi

Kanıtlar, normal perinatal sonuçları olan düşük riskli kadınlarda doğum süresini değerlendiren 37 çalışmanın sistematik bir derlemesinden elde edilmiştir (52). Aynı derleme, doğumun birinci evresinin süresi için de kanıt sağlamıştır. Çalışmaya dahil edilen 17 düşük-orta-ve yüksek gelirli ülkede (Çin, Kolombiya, Hırvatistan, Mısır, Finlandiya, Almanya, İsrail, Japonya, Kore Cumhuriyeti, Myanmar, Nijerya, Norveç, Tayvan [Çin], Uganda, Birleşik Krallık, ABD ve Zambiya), farklı etnik kökenlere ve sosyo-ekonomik statüye sahip 200.000'den fazla kadını kapsamaktadır. Dahil edilen çalışmaların yirmi biri nulliparlar için doğumun ikinci evresinin süresi hakkında ve 17 rapor doğum yapan kadınlar için veri bildirmiştir. İkinci evrenin süresini etkileyebilecek epidural analjezi ve müdahaleli vajinal doğum gibi doğum müdahaleleri, çalışmalar arasında büyük farklılıklar göstermektedir.

Nullipar kadınlar için veri bildiren çalışmaların 13'ünde epidural analjezi kullanılmamıştır; beş çalışmada epidural kullanım bildirilmemiştir. Bir çalışma, nullipar popülasyonu epidural kullanıma (%0 ve %100 epidural kullanıma sahip gruplar) göre ayırırken, diğer üç çalışma; çalışma popülasyonlarında %4.1, %4.2 ve %48.0 epidural kullanımını rapor etmiştir. Çalışmaların onbir tanesi ikinci evre için başlangıç referans noktasını açıkça tanımlamazken, diğerleri bunu 10 cm'lik servikal dilatasyondan başlayarak tanımlamıştır. İki çalışma, referans başlangıç noktasını 10 cm'lik servikal dilatasyon veya ıkınma isteği olarak tanımlamıştır. Bu çalışmalar, doğumun ikinci evresinin başlangıcına ilişkin nüfus özellikleri, müdahaleler ve tanımlardaki heterojenlik nedeniyle bir araya getirilmemiştir.

**Nullipar ikinci evre:** Tablo 3.45'te gösterildiği gibi, dört çalışmadan elde edilen orta kesinlikte kanıtlar, ikinci evrenin ortalama süresinin 14-66 dakika (0,2-1,1 saat) olduğunu ve %95 percenti sunur ile 65-138 dakika (1,1-2,3 saat) olduğunu ve göstermektedir. Bu grupta

%48 ve %100 epidural kullanımla yapılan iki çalışmada daha uzun süreler bildirilmiştir (ortalanca 53-66 dakika [0.9-1.1 saat] ve %95 güven aralığı ile 138-216 dakika (2.3-3.6 saat)).

İkinci evrenin süresini ortalama ve standart sapmalar olarak sunan 17 çalışmadan elde edilen düşük kesinlikte kanıtlar, ortalama 20-116 dakikalık süreleri bildirmiş (0,3-1,9 saat) ve tahmini istatistiksel sınırı 78-216 dakika (1.3-3.6 saat) olarak belirtmiştir. İki çalışmada epidural kullanım bildirilmiştir. Epidural kullanımı %42.9 olan biri için ortalama süre 20 dakika (0.3 saat) ve %95 percentil 60 dakika olarak bildirilmiştir (1 saat). Epidural kullanımı % 4.1 olan diğer çalışma, istatistiki sınırlar belirtmeden ortalama süreyi 40 dakika (0.7 saat) olarak bildirmiştir.

**Multipar ikinci evre:** 1 parite ve 1'den fazla parite için veri sunan iki çalışmadan elde edilen düşük kesinlikli kanıtlar, 58-76 dakikalık 95. persentil ile 6-12 dakikalık (0.1-0.2 saat) ikinci evrenin ortalama süresini bildirmiştir (1.0-1.3 saat) (Tablo 3.45). Alt popülasyonda %100 epidural kullanımı olan kadınların olduğu bir çalışmada, daha uzun ortalama süre (18-24 dakika [0.3-0.4 saat]) ve %95 percentil (96-120 dakika [1.6-2.0 saat]) yer almıştır.

Verileri ortalama olarak bildiren 15 çalışmadan elde edilen düşük kesinlikli kanıtlar, doğumun ikinci evresinin ortalama süresinin 6 ile 30 dakika (0.1-0.5 saat) arasında değiştiğini ve istatistiksel ("maksimum") sınırların 16-78 dakika olarak tahmin edildiğini göstermektedir (0.3-1.3 saat). Çalışmaların sekizinde epidural kullanılmamış, altı çalışmada rapor edilmemiş ve üç çalışmada kadınların % 2.4,% 4.3 ve% 9.5'inde epidural kullanımı bildirilmiştir. Bu çalışmaların sadece dördü ikinci evre için başlangıç referans noktasını açıkça rapor etmiştir.

İkinci evre müdahaleleri hariç duyarlılık analizi de benzer bir değer aralığı ortaya koymaktadır. Bu nullipar kadınların 20-78 dakika içinde ikinci evreyi başarıyla tamamlayabildiğini ve istatistiksel sınırların 60 ile 174 dakika (1.0-2.5 saat) arasında değiştiğini göstermektedir. Multipar kadınlar için, ikinci evrenin süresi 6 ile 30 dakika (0.1 – 0.5 saat), üst tahminler değişmekle birlikte 16 ile 78 dakika (0.3 ile 1.3 saat) daha kısadır.

### Değerler

Doğum sırasında kadınlarda neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlarla normal bir doğum istediklerini, ancak tıbbi müdahalenin bazen gerekli olabileceğini kabul etmektedir.

### Ek hususlar

Doğumun ne kadar sürdüğü veya ne kadar kısa olduğunun önemi duruma bağlı olsa da, kadınlar toplam doğum süresine genellikle daha fazla değer verir. Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların (sağlık bakımı sağlayıcılarına göre) doğumun tanımlanmış, zamana bağlı aşamalarını tanıma olasılıklarının daha düşük olduğunu (54) ve başa çıkma yeteneklerinin, yaşanan ağrı düzeyi, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyleri de dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığının daha yüksek (55) olduğunu göstermektedir.

### Kaynaklar

Doğumun ikinci evresinin süresine ilişkin kaynak gereksinimine ilişkin araştırma kanıtı bulunamamıştır.

### Ek hususlar

İlgili %95 percentil, sınır değerleri tarafından ikinci evrenin süresi için bildirilen sınırların, doğumun ikinci evresinin uzadığını tanımlamak için bir ölçüt olarak uygulanması, özellikle de müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen olmak üzere doğumu hızlandırmak için müdahalelerin kullanımını azaltma potansiyeline sahip olduğu için uygun maliyetli olabilir. Bununla birlikte, daha uzun destekleyici bakım ile ilişkili maliyetleri artırabilir.

Hekimlerin doğum yapan tüm kadınlara baktığı bazı orta ve yüksek gelirli ülke ortamlarında, doğumu yönetmek için %95 percentil sınırına dayanan doğumun ikinci evresi için sınırların kullanılması, sağlık hizmeti kaynak kullanımında artışa neden olabilir.

### Eşitlik

Eşitlik üzerindeki etkisine dair bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek Hususlar

İkinci evre sezaryen için önemli bir göstergedir, ikinci evrenin 1 saatten uzun sürmemesi gerektiği beklentisine dayanılarak uzatılmalıdır. Bununla birlikte, sezaryen, kaynak yetersizliği olan ortamlarda dezavantajlı kadınların acilen alınma olasılığı düşük olduğundan (özellikle açık bir tıbbi endikasyon olmadan kullanıldığında) oldukça adaletsiz bir müdahaledir. Tüm kadınlara üst düzeyde güvenliğin uygulanması, doğumun aşırı medikalizasyonu ile ilişkili eşitsizliği azaltma potansiyeline sahiptir.

### Kabul edilebilirlik

Doğum ve doğum sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel çalışmaların gözden

**Tablo 3.45 Nullipar ve multipar kadınlarda doğumun ikinci evresinin süresi**

NULLİPAR KADINLAR						
Çalışma	N	Epidural analjezi (%)	Referans noktalar	Ortanca süre (dakika)	5. persentil (dakika)	95. persentil (dakika)
Paterson 1992 (143)	8 270	0.0	10 cm veya ıkınma isteği	45	RE	RE
Oladapo 2018 (62)	2 166	0.0	Doğum için 10 cm	14	3.0	65
Zhang 2002 (18)	1 162	48	Doğum için 10 cm	53	18	138 <sup>a</sup>
Zhang 2010 (16)	21 524	100	Doğum için 10 cm	66	RE	216
Zhang 2010 (16)	4 100	0.0	Doğum için 10 cm	36	RE	18
				Ortalama süre (dakika)	SD (dakika)	+2SD (dakika)
Abdel-Aleem 1991 (144)	175	0.0	Belirsiz	43	24	91*
Albers 1996 (63)	347	RE	Doğum için 10 cm	53	47	147
Albers 1999 (64)	806	0.0	Doğum için 10 cm	54	46	146
Chen 1986 (145)	500	0.0	Belirsiz	43	RE	RE
Diegmann 2000 (Afrikan-Amerikan kadınlar) (146)	373	0.0	Doğum için 10 cm	32	23	78 <sup>a</sup>
Diegmann 2000 (Porto-Rikolu kadınlar) (146)	157	0.0	Doğum için 10 cm	44	33	110 <sup>a</sup>
Dior 2013 (147)	12 631	RE	Belirsiz	78	RE	RE
Duignan 1975 (148)	437	0.0	10 cm veya ıkınma isteği	42	RE	RE
Jones 2003 (65)	120	0.0	Belirsiz	54	43	140 <sup>a</sup>
Juntunen 1994 (58)	42	42.9	Belirsiz	20	20	60 <sup>a*</sup>
Kilpatrick 1989 (67)	2 032	0.0	Doğum için 10 cm	54	39	132 <sup>a</sup>
Lee 2007 (68)	66	0.0	Belirsiz	54	34	122 <sup>a</sup>
Schiff 1998 (66)	69	RE	Doğum için 10 cm	66	36	138 <sup>a</sup>
Schorn 1993 (69)	18	RE	Belirsiz	66	54	174
Shi 2016 (149)	1 091	RE	Belirsiz	116	50	216
Studd 1973 (150)	176	0.0	Belirsiz	46	RE	RE
Studd 1975 (151)	194	4.1	Belirsiz	40	RE	RE
Wusteman 2003 (152)	66	0.0	Belirsiz	36	5	46
MULTİPAR KADINLAR						
Çalışma	N	Epidural analjezi (%)	Referans noktalar	Ortanca süre (dakika)	5. persentil (dakika)	95. persentil (dakika)
Oladapo 2018 (P = 1) (62)	1 488	0.1	Doğum için 10 cm	11	2	65
Oladapo 2018 (P = 2+) (62)	1 952	0.0	Doğum için 10 cm	11	2	58
Zhang 2010 (P = 1) (16)	12 649	100	Doğum için 10 cm	24	RE	120
Zhang 2010 (P = 1) (16)	4 106	0	Doğum için 10 cm	12	RE	76
Zhang 2010 (P = 2+) (16)	12 218	100	Doğum için 10 cm	18	RE	96
Zhang 2010 (P = 2+) (16)	4 001	0	Doğum için 10 cm	6	RE	66

				Ortalama süre (dakika)	SD (dakika)	+2SD (dakika)
Abdel-Aleem 1991 (144)	372	0.0	Belirsiz	29	16	61 <sup>a</sup>
Albers 1996 (63)	602	RE	Doğum için 10 cm	17	20	57 <sup>a</sup>
Albers 1999 (64)	1705	0.0	Doğum için 10 cm	18	23	64 <sup>a</sup>
Dior 2013 (P=1 to 4) (147)	27 252	RE	Belirsiz	21	RE	RE
Dior 2013 (P=5+) (147)	4 112	RE	Belirsiz	16	RE	RE
Duignan 1975 (148)	869	0.0	10 cm veya ıkınma isteği	17	RE	RE
Gibb 1982 (153)	749	RE	Belirsiz	17	RE	RE
Jones 2003 (65)	120	0.0	Belirsiz	22	28	78 <sup>a</sup>
Juntunen 1994 (P = 2/3) (58)	42	2.4	Belirsiz	8.7	5.5	RE
Juntunen 1994 (GM) (58)	42	9.5	Belirsiz	6	5	16 <sup>a</sup>
Kilpatrick 1989 (67)	3 767	0.0	Doğum için 10 cm	19	21	61 <sup>a</sup>
Paterson 1992 (143)	13 159	0.0	Belirsiz	19	21	61
Schiff 1998 (66)	94	RE	Belirsiz	30	24	78 <sup>a</sup>
Schorn 1993 (69)	30	RE	Belirsiz	24	24	72
Studd 1973 (150)	264	0.0	Belirsiz	22	RE	RE
Studd 1975 (151)	322	4.3	Belirsiz	19	RE	RE
Wusteman 2003 (152)	71	0.0	Belirsiz	16	21	58 <sup>a</sup>

GM: grandmultiparite; RE: rapor edilmeyen; P: parite; SD: standard sapma; <sup>a</sup> Sistematik derleme yazarları tarafından tahmin edilen değerler Kaynak: Abalos et al., 2018 (52).

**Tablo 3.46 95. Doğumun ikinci evresinin üst limitleri olarak 95. Persentil sınır değerlerini kullanmak için başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık bakım sağlayıcıları için uygulamaya dayalı eğitim</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık bakım sağlayıcıları ve hizmet öncesi eğitimdekiler için gözden geçirilmiş eğitim rehberleri ve klinik protokoller</li> <li>İkinci evrenin süresi ve doğumun gerçekleşmesinin beklendiği zaman konusunda kadınlar için "normal" doğumu içeren eğitim materyalleri</li> <li>İkinci evreyi içerecek şekilde revize edilmiş partograf</li> </ul>
<b>Altyapı</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İkinci evre süresinin, benzer popülasyona göre daha yavaş olabilecek kadınların desteklenmesi için doğum servisinde yeterli yatak</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maternal ve fetal koşulların güven verdiği durumlarda, ikinci evrenin uzadığının teşhisi için üst sınırların uzatılmasına ilişkin sonuçların düzenli olarak denetlenerek ve gözden geçirilerek, sürekli denetim ve izleme</li> </ul>



geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu gebe kadının daha kısa süren doğumu (düşük güvenilirlikte kanıt) tercih edeceğini göstermektedir. Ancak, doğumdan sonra sorulduğunda, kadınların, standartlaştırılmış zaman sınırlarına (Orta düzey güvenilirlikte kanıt) bakmaksızın, ideal doğum süresinin uzunluğunun kişiye göre ayarlandığı “akışına bırak” şeklinde devam edilebilirse, olumlu bir doğum deneyimi bildirme olasılıkları daha yüksektir.

#### Ek hususlar

Kadınların hem çok kısa hem de çok uzun doğumu olumsuz olarak rapor etmelerinin daha olası olduğunu gösteren kanıtlar vardır (72, 73, 91).

#### Uygulanabilirlik

Bakım verenlerin, intrapartum bakım sağlama deneyimlerine bakarak nitel kanıtların gözden

geçirilmesinde (26), daha uzun doğumlara uyum sağlama kapasitesi personel sıkıntısı ve zaman baskısı (yüksek güvenilirlikte kanıt) ile kısıtlanabilir. Yerel protokoller ve resmi olmayan kurallar, sağlık personelinin kişiselleştirilmiş bakım sağlama yeteneğini de sınırlandırabilir (26).

#### Ek hususlar

Özellikle sezaryen gibi gereksiz obstetrik müdahalelerden (daha uzun hastanede kalış sürelerine yol açabilecek) kaçınılabiliyorsa, kadınları parite grupları için 95. persentil sınırları içinde desteklemenin hastanede kalış sürelerini artırması veya personel iş yükünü önemli ölçüde artırması olası değildir.

**Tablo 3.47 Kararların özeti: 95. persentil sınırının, doğumun ikinci evresi boyunca üst sınırlar olarak kullanılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Ortalama limitleri destekler	- Muhtemelen ortalama limitleri destekler	- Üst limitleri (95. Persentil) veya ortalama limitleri desteklemez	✓ Muhtemelen üst limitleri (95. Persentil) destekler	- Üst limitleri (95. Persentil) destekler
Gerekli Kaynaklar	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Ortalama limitleri destekler	- Muhtemelen ortalama limitleri destekler	- Üst limitleri (95. Persentil) veya ortalama limitleri desteklemez	- Muhtemelen üst limitleri (95. Persentil) destekler	- Üst limitleri (95. Persentil) destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen Hayır	✓ Muhtemelen Evet	- Evet

### 3.3.2. Epidural analjezi almayan kadınlar için doğum pozisyonu

#### ÖNERİ 34

**Epidural analjezi almayan kadınlar için, dik pozisyonları da içeren doğum pozisyonlarını seçmeye kadının teşvik edilmesi önerilmektedir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Kanıtlar, doğumun ikinci evresi sırasında dik doğum pozisyonlarının epizyotomi ve müdahaleli vajinal doğumları azaltabilirken, postpartum kanama (PPK) ve ikinci derece yırtıklarda da artış olabileceğini göstermektedir. Ancak, çoğu kanıt düşük kesinliktedir ve RGG, dik ve yatar pozisyonlar arasındaki yarar ve zararlar arasındaki farkın klinik olarak belirgin olmayabileceğini kabul etmiştir.
- Kadın belirli bir pozisyon için zorlanmamalı, kendisi için en rahat pozisyonu bulması ve benimsemesi konusunda teşvik edilmesi ve desteklenmesi önemlidir.
- Sağlık bakım profesyoneli, annenin seçtiği pozisyonda fetüsü gözlemlemelidir. Fetal izlemi sağlayabilmek için pozisyon değişikliği gerektiğinde nedeni kadına açıkça anlatılmalıdır.
- İkinci evrede dik pozisyon tercih eden kadınlar için, perine yırtıklarını, müdahaleli doğumu önlemek ve kan kaybını azaltmak açısından fetüsün doğmasından hemen önce kadının yarı oturur pozisyon veya diz-dirsek pozisyonu için desteklenmesi pratik bir yaklaşım olabilir.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.2)

Kanıtlar, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkelerde yürütülen 32 bireysel RKC'yi içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (154). Dokuz bin on beş kadını içeren otuz çalışma, yatay pozisyonlara kıyasla dik pozisyonlar için veriler sağlamıştır. Çalışmaya katılan gebeleri, önceki gebelikleri içeren iki çalışma dışında, 36. haftadan uzun süredir komplikasyonsuz ve tekil gebelikleri olan nullipar ve/veya multipar kadınlar oluşturmuştur. On çalışma doğum/çömelleme taburesi, dokuz çalışma doğum sandalyesi ve üç çalışma doğum minderini yatay pozisyonlar ile karşılaştırmıştır.

##### Karşılaştırma: Doğumun ikinci evresinde yatay pozisyona kıyasla dikey pozisyon

##### Maternal sonuçlar

**Doğumun süresi:** On dokuz çalışmadan (5811 kadın) elde edilen doğum süresine ilişkin kanıtlar, araştırma tasarımına ait kısıtlamalar ve meta-analizdeki çalışmalarda yüksek tutarsızlık nedeniyle çok düşük kesinliktedir. Bununla birlikte, yüksek yanlılık riski taşıyan çalışmaların hariç tutulduğu duyarlılık analizinde, düşük kesinlikli kanıtlar, dikey doğum pozisyonunun dakikalar içinde doğumun ikinci evresinin süresinde çok az fark ortaya koyabileceğini veya hiç fark etmeyebileceğini göstermektedir (10 çalışma, 2499 kadın, MD 4.34 dakikadan daha az, %95 CI 0.32-9.00).

**Doğum şekli:** Düşük kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonun müdahaleli vajinal doğumu azaltabileceğini (21 çalışma, 6481 kadın, RR 0.75, %95 CI 0.66-0.86; mutlak risk farkı: 1000'de 32 daha az [18-44]), ancak sezaryen ile çok az fark yaratabileceğini veya hiç fark yaratmayabileceğini göstermektedir (16 çalışma, 5439 kadın, RR 1.22, %95 CI 0.81-1.81). Yüksek yanlılık riski taşıyan çalışmaların hariç tutulduğu duyarlılık analizinde, müdahaleli vajinal doğumda azalmanın kanıtının kesinliği artmış (10 çalışma, 2534 kadın, RR 0.71, %95 CI 0.56-0.90) ve sezaryen üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığına dair kanıtların kesinliği orta düzeye gelmiştir (9 çalışma, 2544 kadın, RR 1.47, 95% CI 0.88-2.46).

**Perineal/Vajinal Travma:** Düşük kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonun epizyotomiye (17 çalışma, 6148 kadın, RR 0.75, %95 CI 0.61-0.92; mutlak risk farkı: 101'den daha az [32-158]) ve ikinci derece perine yırtığını azaltabileceğini göstermektedir (18 çalışma, 6715 kadın, RR 1.20, %95 CI 1.00-1.44; mutlak risk farkı: her 1000'de 25'den fazla [0-56]). Yüksek yanlılık riski taşıyan çalışmaların hariç tutulduğu duyarlılık analizinde, ikinci derece perine yırtığında artış olduğuna dair kanıtların kesinliği arttı (9 çalışma, 2967 kadın, RR 1.35, %95 CI 1.10-1.67). Üçüncü

1 Üçüncü derece bir yırtık, anal sfinkter kompleksinin yaranmasını içerir ve dördüncü derece bir yırtık, anal epiteli içerecek şekilde anal sfinkter kompleksi boyunca uzanır. Üçüncü derece bir yırtık, anal sfinkter kompleksinin yaranmasını içerir ve dördüncü derece bir yırtık, anal epiteli içerecek şekilde anal sfinkter kompleksi boyunca uzanır.

veya dördüncü derece perineal yırtıklarla ilgili kanıtlar genel olarak çok düşük kesinliktedir, ancak duyarlılık analizinde düşük kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonların üçüncü veya dördüncü derece perine yırtıkları üzerinde çok az etkisi olabileceğini veya hiç olmayabileceğini göstermektedir (3 çalışma, 872 kadın, RR 1.46, % 95CI 0.44–4.79).

**Maternal morbidite:** Düşük kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonun tahmini kan kaybını 500 mL'den fazla artırabileceğini göstermektedir (15 çalışma, 5615 kadın, RR 1.48, %95 CI 1.10–1.98; mutlak risk farkı: her 1000'de 21'den fazla [4 den 43]). Duyarlılık analizinde, bu kanıtların kesinliği orta dereceye yükselmiştir.

**Ağrı şiddeti:** Maternal ağrı ile ilgili düşük kesinliğe sahip kanıtlar, doğumun ikinci evresinde uygulanan dikey pozisyon ile ağrının, görsel analog skala (1 çalışma, 155 kadın, MD 0.32'den yüksek, %95 CI 0.16-0.8) veya postpartum ağrı (1 çalışma, 155 kadın, MD 0.48'den az, %95 CI 1.28-0.32) ile ölçüldüğünde çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını öne sürmektedir. Bir çalışmada (90 kadın) ölçülen ağrı şiddeti ile ilgili ileri kanıtlar çok düşük kesinliktedir. Düşük kesinlikli kanıtlar, ikinci evrede analjezi gereksinimlerinde çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (7 çalışma, 3093 kadın, RR 0.97, %95 CI 0.93–1.02).

**Doğum deneyimi:** Bu derleme doğum deneyimi sonuçları hakkında rapor vermemiştir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Bu derlemede 5. dakikada 7'den az Apgar skoru, kordon kanı asidozu veya hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE) sonuçları bildirilmemiştir.

**Fetal distres:** Orta-kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonların muhtemelen daha az anormal FHR paterni ile ilişkili olduğunu göstermektedir (2 çalışma, 617 bebek, RR 0.46, %95 CI 0.22–0.93).

**Perinatal mortalite:** Düşük kesinlikli kanıtlar, dikey pozisyonlarda perinatal mortalitede çok az fark olabileceğini veya hiç fark olmadığını göstermektedir (4 çalışma, 982 bebek, RR 0.79, % 95CI 0.51–1.21) (155).

### Ek hususlar

İsveç'te 113 000 kadın ile yürütülen, doğum pozisyonu ile obstetrik anal sfinkter yaralanması (OASI)'nın ele alındığı nüfus tabanlı bir çalışmada, nullipar ve multipar kadınlarda litotomi pozisyonu ile artmış OASI riski bulunurken, nullipar kadınlarda lateral doğum pozisyonu ile azalmış OASI riski ve sırtüstü, çömelme, ayakta durma veya diz-dirsek pozisyonları arasında risk açısından fark saptanmamıştır. Çömelme pozisyonu ve doğum sandalyeleri, multipar kadınlarda artan OASI riski ile ilişkili, ancak nullipar kadınlarda

ilişkili bulunmamıştır. Genel olarak, bu çalışmada nullipar kadınların %57'si ve multipar kadınların %26'sı epidural analjezi almış ve bulguları analjezi kullanımına göre ayrı ayrı rapor edilmemiştir.

Bir 2013 Cochrane sistematik incelemesi, doğum eyleminde dikey pozisyon ve mobilizasyon ile yatay pozisyonu ve yatakta verilen bakıma kıyasla, doğumun birinci evresinin yaklaşık 1 saat 22 dakika daha kısa olduğunu bulmuştur (15 çalışma, 2503 kadın ortalama MD -1.36 saat, %95 CI-2.22 ile-0.51 arası) (155). Bulgular ayrıca birinci evrede dikey pozisyonların olası sezaryen (14 çalışma, 2682 kadın, RR 0.71, %95 CI 0.54–0.94) ve epidural kullanımını (9 çalışma, 2107 kadın, RR 0.81, %95 CI 0.66–0.99) azalttığını göstermektedir. Bu etkiler epidural analjezi alan kadınların karşılaştırılmasında meydana gelmemiştir.

### Değerler

İnapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca kadınların doğum eyleminin ve doğumun öngörülemezliğinin farkında olduklarını ve potansiyel travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ile anne ve fetal morbiditeleri dahil) korktuklarını, bu nedenle bu tür sonuçlara maruz kalmayı azaltan herhangi bir teknığe değer vereceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca kadınların travayın ve doğumun ağrılı olmasını beklediklerini, ancak ihtiyaçlarına duyarlı, nazik ve özenli personelin desteğiyle doğum sürecinin kontrollerinde olmasını istediklerini göstermektedir. Ayrıca kadınlar, hareket etme özgürlüğünü içerebilecek güvenli, destekleyici bir ortamda doğum yapmak istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Kaynaklar

Kaynaklar hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunamamıştır.

### Ek hususlar

Etkilere dair kanıtlar, dikey doğum pozisyonlarının müdahaleli vajinal doğumları ve epizyotomiye azaltabileceğini, ancak ikinci derece perineal yırtıkları ve PPK'yı artırabileceğini göstermektedir, bu nedenle maliyet etkinliği belirsizdir. Kadınların yatay pozisyonlarında doğum yapmasını desteklemeye alışkın olan sağlık profesyonellerinin, dikey pozisyonda doğumu nasıl destekleyecekleri konusunda eğitim almaları gerekmektedir. Dikey pozisyonlar mutlaka ek destek gerektirmez (ör. doğum minderleri).

**Tablo 3.48 Dikey doğum pozisyonları için başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebeler/hemşireler/doktorlar: yatay doğum pozisyonlarındaki ile aynı
Eğitim	■ Dikey doğum pozisyonlarını desteklemek için hizmet içi eğitim
Malzemeler	■ Genel malzemeler
Ekipman	■ Yatak: yatay doğum pozisyonlarındaki ile aynı ■ Doğum minderi veya dikey doğumu destekleyen diğer seçenekler (isteğe bağlı)
Altyapı	■ Doğum taburesini yerleştirmek için yeri olan doğum odası (isteğe bağlı)
Danışmanlık ve izleme	■ Tıbbi denetim için iyi erişim: yatay doğum pozisyonları ile aynı

### Eşitlik

Farklı doğum pozisyonlarının eşitlik üzerindeki etkisi hakkında doğrudan bir kanıt bulunmamıştır. Bununla birlikte, sağlık kuruluşu odaklı doğumdaki engellerin ve kolaylaştırıcıların gözden geçirilmesi ile elde edilen dolaylı kanıtlar, birçok kadının sağlık çalışanları tarafından “kesilme korkusu” olduğunu (örn.epizyotomi ve sezaryen) ve bunun muhtemelen GDODÜ’lerde dezavantajlı kadınların sağlık kuruluşu odaklı doğum hizmeti alımında önemli bir engel olduğunu göstermektedir (orta düzey güvenilirlikte kanıt) (8). Bu nedenle, bu tıbbi müdahaleleri azaltan doğum uygulamaları eşitliği artırabilir.

### Ek hususlar

Kabuledilebilir olan yerel gelenekleri ve normları içeren doğum seçenekleri sunmak, alternatif doğum seçeneklerinin olmaması nedeniyle kadınların genellikle hastane doğumundan kaçındığı ortamlarda sağlık kuruluşu odaklı doğumları artırarak eşitliği olumlu yönde etkileyebilir. Buna ek olarak, iyi kaynaklara sahip ortamlarda travayın dikey pozisyonla geçirilmesine ve dikey doğum pozisyonlarına teşvik etmek, daha avantajlı kadınlar arasında gereksiz tıbbi müdahaleleri ve buna bağlı kaynak kullanımını azaltarak eşitlik üzerinde olumlu bir etki yaratabilir.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerini inceleyen nitel çalışmalardan elde edilen bir sistematik derlemede (26), kadınların doğumun ikinci evresinde çeşitli pozisyonları benimseme özgürlüğü istediklerini bildirmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Çoğu durumda, sırtüstü olmayan bir pozisyonun daha güçlendirici ve daha az acı verici olduğu ve daha kolay bir doğumu kolaylaştırdığı algılandı, ancak sırtüstü pozisyon (yatakta) hala doğum yapmak için daha geleneksel bir yaklaşım olarak görülmüştür (düşük güvenilirlikte kanıt). Bu derleme ayrıca, sağlık profesyonellerinin deneyimleri hakkındaki bulguları da bildirmiştir (26), bu da personelin kadınların ihtiyaçlarına karşı duyarlı

olduklarını, ancak takip, tıbbi müdahale ve doğum sürecini yönetmelerini kolaylaştırdığı için sırtüstü pozisyondan yana olma eğiliminde olduklarını göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Afrika’da (Malavi ve Nijerya) yürütülen kesitsel araştırmalardan elde edilen veriler, kadınların %90’ından fazlasının travay ve doğum için sırtüstü ya da yarı oturur pozisyonları bildiklerini, ancak %5’inden azının alternatif pozisyonların farkında olduğunu göstermektedir (örn. çömelme, diz çökme, diz-dirsek). Nijerya’daki çalışmadan elde edilen veriler, eğer bir sağlık profesyoneli tarafından önerilmiş olsaydı, kadınların sadece %18,9’unun alternatif doğum pozisyonunu benimsemeye hazır olacağını göstermektedir (157, 158).

### Uygulanabilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerini araştırarak nitel çalışmaların sistematik derlemesinde (26) kadınların bazen supin olmayan pozisyonlardan habersiz olduklarını ve doğum öncesi bakım sırasında doğum pozisyonları için farklı seçeneklerin vurgulanması gerektiğini belirtmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Aynı sistematik derlemedeki sağlık profesyonellerinin deneyimleri hakkındaki bulgular, bakım sağlayıcıların sırtüstü pozisyonların kullanımından genellikle habersiz veya deneyimsiz olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık personeli kadınların “yataktan” kalkmasıyla ilgili güvenlik endişelerini dile getirmiş ve bazı durumlarda (GDODÜ), doğum odalarındaki aşırı kalabalığın kadınların dikey pozisyon almasını engellediğini hissetmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Dikey pozisyonların benimsenmesi, birçok doktor ve ebeinin bu yöntemle aşına olmamasından dolayı ek eğitim ve uygulama gerektirecektir. Genç nesil doktorların ve ebelerin bulunduğu kurumlarda, deneyimli personel bulunmayabilir, bu durum da dikey doğum seçenekleri sunma politikası uygulanırsa

bile uygulamayı yavaşlatabilir. Doğumun ikinci evresinde ekspulsiyon aşamasında bebeğin yere düşme ihtimaline ilişkin güvenlik endişelerinin,

uygun eğitim ve kurum desteğinin sağlanmasıyla ele alınması gerekir.

**Tablo 3.49 Kararların özeti: Epidural analjezi olmayan kadınlar için dikey doğum pozisyonunun yatay doğum pozisyonunu ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	✓ Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Yatay pozisyonu destekler	- Muhtemelen yatay pozisyonu destekler	✓ Yatay ve dik pozisyonu desteklemez	- Muhtemelen dik pozisyonu destekler	- Dik pozisyonu destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Yatay pozisyonu destekler	- Muhtemelen yatay pozisyonu destekler	✓ Yatay ve dik pozisyonu desteklemez	- Muhtemelen dik pozisyonu destekler	- Dik pozisyonu destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet

### 3.3.3. Epidural analjezi alan kadınlar için doğum pozisyonu

#### ÖNERİ 35

**Epidural analjezi alan kadınlar için, kadının, dik pozisyonları da içeren doğum pozisyonlarını seçmeye teşvik edilmesi önerilmektedir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Kanıtlar, epidural analjezi alan kadınlarda doğum pozisyonlarına göre doğum sonuçlarının çoğunda çok az fark olduğunu ya da hiç fark olmadığını göstermektedir. Doğumun ikinci evresi sırasında doğum pozisyonlarının seçilmesi, annenin doğum deneyimini olumlu yönde etkileyebilir ve eşitliği artırabilir.
- Yoğun nöroaksiyel blok sağlayan geleneksel epidural analjezi ile dik pozisyonlar mümkün olmayabilir. Ancak, günümüzde uygulanan çoğu epidural analjezi, doğum pozisyonlarının seçilmesini mümkün kılan “düşük doz” ve “mobil” epidural analjezilerdir.
- Kadın, belirli bir pozisyon için zorlanmaması, kendisi için en rahat pozisyonu bulması ve benimsemesi konusunda teşvik edilmesi ve desteklenmesi önemlidir.
- Sağlık bakım profesyoneli, annenin seçtiği pozisyonda fetüsün durumunu iyi gözlemlemelidir. Fetal izlemi sağlayabilmek için pozisyon değişikliği gerektiğinde nedeni kadına açıklanmalıdır.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.3)

Kanıtlar, Birleşik Krallık'ta (4 çalışma) ve Fransa'da 879 kadını kapsayan beş ayrı RKC'yı içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (159). Katılımcılar, doğumda ağrıyı azaltmak için epidural analjezi alan, tekil gebeliği olan nullipar ve multipar kadınlardan oluşmuştur. Üç çalışmada mobil epidural analjezi, bir çalışmada geleneksel epidural analjezi kullanılmıştır ve diğer çalışmada kullanılan epidural tipi belirtilmemiştir. İki çalışma, spontan ve indüklenmiş doğum yapan kadınların dâhil edildiğini bildirmiştir; bununla birlikte, diğer çalışmaların indüklenmiş doğum eylemi olan kadınları içerip içermediği belirsizdir. Çalışma gruplarının pozisyonları çalışmalar arasında değişmekle birlikte, tüm çalışmaları gözden geçirme amacıyla dik veya yatay pozisyonu olarak sınıflandırılabilir iki gruba ayrılmıştır. Dik pozisyonlar arasında oturma (yatay veya 45°'den fazla eğimli bir yatak üzerinde), çömelme (yardımsız veya çömelme çubukları veya doğum minderi kullanarak), yarı yatış (gövdenin ana eksenini yataydan 45° veya daha fazla) ve diz çökme (dik, yatağın başına yaslanmış veya bir yardımcı tarafından desteklenmiş) yer almaktadır. Yatay pozisyonlar; litotomi pozisyonu, lateral pozisyon (sağ ya da sol), Trendelenburg pozisyonu (baş pelvisten daha aşağıda); diz-dirsek pozisyonu (dört ayak) ve yarı yatış (vücutun ana eksenini yataydan 45°'den az) pozisyonlarını içermektedir.

**Karşılaştırma: Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun ikinci evresinde uygulanan dik pozisyon ile yatay pozisyonun karşılaştırılması**

##### Maternal sonuçlar

**Doğum süresi:** Düşük düzeyli kanıtlar, ikinci evrenin ortalama süresinde dik pozisyonlarda yatay pozisyonlara göre çok az fark olduğunu ya da hiç fark olmadığını göstermektedir (2 çalışma, 322 kadın, MD 22.98 dakika daha az, %95 CI 99.09 daha düşük, 53.13 daha yüksek). Üçbin doksan üç kadına ait verilerle yapılan bir çalışmada, ikinci evrede ortalama yedi dakikalık bir azalma olduğu bildirilmiştir (Çeyrekler Açıklığı [IQR] 0–13 dakika).

**Doğum şekli:** Altı çalışmanın (3967 kadın) düşük düzeyli kanıtı, spontan vajinal doğumda çok az fark olduğunu ya da hiç fark olmadığını göstermektedir ve aynı çalışmalardan elde edilen orta düzeyde kanıtlar, operatif doğumda (sezaryen doğum ve müdahaleli vajinal doğum) (RR 1.04, %95 CI 0.89–1.20) veya müdahaleli vajinal doğum (RR 1.05, %95 CI 0.94–1.18) yine çok az fark olduğunu ya da hiç fark olmadığını göstermektedir. Düşük düzeyli kanıtlar sezaryen doğumda çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (6 çalışma, 3967 kadın, RR 1.05, %95 CI 0.71–1.55).

**Perineal/Vajinal Travma:** Orta düzeyde kanıtlar, süturun gerekli olduğu perineal/vajinal travmada çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını



göstermektedir (3 çalışma, 3266 kadın, RR 1.01, %95 CI 0.89–1.14).

**Maternal morbidite:** Bir çalışma (3093 kadın) transfüzyon gerektiren kan kaybı olan kadın sayısını bildirirse de hiçbir çalışma postpartum kanama (PPK) veya diğer morbidite sonuçları bildirmemiştir. Düşük düzeyde kanıtlar, bu sonuç için gruplar arasında çok az fark olduğunu ya da hiç olmadığını göstermektedir (RR 1.20, %95 CI 0.83–1.72).

**Doğum deneyimi:** Bir çalışma (3093 kadın), genel doğum deneyimlerinden memnun olduklarını ifade eden kadın sayısını rapor etmiştir; orta kesinlikte kanıt, gruplar arasında muhtemelen çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (RR 0.98, %95 CI 0.93–1.03).

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** İki çalışmanın (3200 bebek) düşük düzeyli kanıtı, 5 dakikada 7'nin altındaki Apgar skorlarında çok az fark olabileceğini ya da hiç olmayabileceğini göstermektedir (RR 0.66, %95 CI 0.11–3.94). Orta düzeyde kanıtlar, düşük kord pH<sup>1</sup>'inin dik bir pozisyonla azalabildiğini göstermektedir (2 çalışma, 3159 yenidoğan, RR 0.43, %95 CI 0.20–0.90; mutlak fark: 9 daha az 1000 [2'den 13'e kadar]). Düşük düzeyli kanıtlar, neonatal resüsitasyon oranlarında çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 3093 yenidoğan, RR 1.00, %95 CI 0.75–1.32).

**Fetal distres:** Müdahale gerektiren anormal Fetal Kalp Hızı (FKH) bulguları hakkındaki kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Perinatal mortalite:** Bir çalışmaya ait düşük düzeyde kanıtı, perinatal mortalitede çok az fark olduğunu ya da hiç farkın olmadığını göstermektedir (sadece 1 vaka, 3093 yenidoğan, RR 2.96, %95 CI 0.12–72.69).

### Ek Hususlar

İsveç'te obstetrik anal sfinkter yaralanması (OASI) ve doğum pozisyonu ile ilgili 113.000 kadın ile yürütülen nüfus tabanlı bir çalışmada, nullipar ve multipar kadınlarda litotomi pozisyonu ile yapılan doğumlarda, OASI riskinin arttığı, nullipar kadınlarda lateral doğum pozisyonu ile OASI riskinin azaldığı ve sırtüstü, çömelme, ayakta duruş veya diz-dirsek pozisyonlarında belirgin bir risk farkının olmadığı bildirilmiştir (156). Çömelme ve doğum tabureleri, multipar kadınlarda artmış OASI riski ile ilişkili iken, nullipar kadınlarda değildir. Genel olarak, nullipar kadınların %57'si ve multipar kadınların %26'sı bu çalışmada epidural analjezi almış ve çalışma bulguları

epidural analjezi kullanımına göre ayrı olarak rapor edilmemiştir.

### Değerler

İnatpartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlarla normal bir doğum istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bulgular kadınların doğum eyleminin ve doğumun öngörülemezliğinin farkında olduklarını ve potansiyel travmatik olaylardan korktuklarını, bu nedenle bu tür sonuçlara maruz kalma potansiyelini azaltan herhangi bir tekniği önemseyeceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Ayrıca, bulgular kadınların travayın ve doğumun ağrılı olmasını beklediklerini, ancak ihtiyaçlarına duyarlı, nazik ve özenli personelin desteğiyle doğum sürecinin kontrollerinde olmasını istediklerini göstermektedir. Kadınlar, hareket etme özgürlüğünü içerebilecek güvenli, destekleyici bir ortamda doğum yapmak istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Epidural ile gerçekleşen doğumlarda, doğum pozisyonlarının etkisine dair kanıtlar sınırlı olsa da, doğum pozisyonunun epidural olan kadınlar için sonuçlar üzerinde çok az etkisi olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, yukarıdaki nitel kanıtlara dayanarak, epidural alan kadınlar, kendilerine veya bebeklerine zarar vermiyorsa, dik doğum pozisyonu seçeneğinden birini tercih edebilirler.

### Kaynaklar

Doğum pozisyonları ile ilişkili maliyetler hakkında hiçbir araştırma kanıtı bulunamamıştır.

### Ek Hususlar

Etkilere dair kanıtlar, doğumun ikinci evresinin süresi ve diğer doğum sonuçları açısından epidural analjezi alan kadınlar için doğum pozisyonu seçiminin, personel için zaman ve yatak açısından çok az etkisinin olabileceğini veya hiç etkisi olmayabileceğini ileri sürmektedir. Epidural analjezi alan kadınları yatay pozisyonlarda doğum yapmaları için desteklemeye alışkın olan sağlık profesyonelleri, dik pozisyonda doğum yapmaları için nasıl desteklenecekleri konusunda ek/güncelleme eğitimi gerekebilir.

<sup>1</sup> Low cord pH was defined as a pH of < 7.05 in one study (n = 3093) and a pH < 7.20 in the other study (n = 66).



## Eşitlik

Eşitlik konusunda herhangi bir araştırma kanıtı bulunamamıştır.

### *Ek hususlar*

Doğum pozisyonu seçimi, epidural analjezi kullanan daha avantajlı kadınlar arasındaki gereksiz tıbbi müdahaleleri azaltırsa eşitlik üzerinde olumlu bir etkisi olabilir.

## Kabul edilebilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerini inceleyen nitel çalışmaların sistematik derlemesinde (26), kadınların doğumun ikinci evresinde çeşitli pozisyonları benimseme özgürlüğü istediklerini bildirilmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Çoğu durumda, sırtüstü pozisyonun daha güçlendirici ve daha az acı verici olduğu ve daha kolay bir doğum için olanak tanıdığı düşünülmüş, ancak sırtüstü pozisyon (yatakta) doğum yapmaya daha geleneksel bir yaklaşım olarak görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin aynı incelemeden elde ettikleri deneyimlere ilişkin bulgular, personelin kadınların ihtiyaçlarına cevap vermeye çalıştığını, ancak izleme, tıbbi müdahale ve doğum sürecini yönetmeleri daha kolay olduğu için sırtüstü pozisyondan yana olma eğiliminde olduğunu göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt).

### *Ek Hususlar*

Afrika'da (Malavi ve Nijerya) yürütülen kesitsel araştırmalardan elde edilen veriler, kadınların %90'ından fazlasının travay ve doğum için sırtüstü ya da yarı oturur pozisyonları bildiklerini, ancak %5'inden azının alternatif pozisyonlarının farkında olduğunu göstermektedir (örn. çömelleme, diz çökme, diz-dirsek). Ayrıca, Nijerya'daki çalışmadan elde

edilen veriler, eğer bir sağlık profesyoneli tarafından önerilmiş olsaydı, kadınların sadece %18.9'unun alternatif doğum pozisyonunu benimsemeye hazır olacağını göstermektedir (157, 158).

## Uygulanabilirlik

Kadınların intrapartum bakım deneyimlerini araştıran nitel çalışmaların sistematik derlemesinde (26) kadınların bazen supin olmayan pozisyonlardan habersiz olduklarını ve doğum öncesi bakım sırasında doğum pozisyonları için farklı seçeneklerin vurgulanması gerektiğini belirtmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt). Aynı sistematik derlemedeki sağlık profesyonellerinin deneyimleri hakkındaki bulgular, bakım sağlayıcıların sırtüstü pozisyonların kullanımından genellikle habersiz veya deneyimsiz olduğunu göstermektedir. Ayrıca sağlık personeli kadınların "yataktan" kalkmasıyla ilgili güvenlik endişelerini dile getirmiş ve bazı durumlarda (GDODÜ), doğum odalarındaki aşırı kalabalığın kadınların dikey pozisyon almasını engellediğini hissetmiştir (düşük güvenilirlikte kanıt).

### *Ek hususlar*

"Yürüyen" epidurallerinin bulunduğu ortamlarda dik doğum pozisyonlarının uygulanması daha uygun olabilir, çünkü bunlar geleneksel epidurallardan daha az kısıtlayıcıdır. Birçok doktor ve ebe yönetime aşına olmayabileceği için, dik pozisyonların benimsenmesi ek eğitim ve uygulama gerektirebilir. Genç nesil doktorların ve ebelerin bulunduğu kurumlarda, deneyimli personel bulunmayabilir, bu durum da dikey doğum seçenekleri sunma politikası uygulanırsa bile uygulamayı yavaşlatabilir. Doğumun ikinci evresinde ekspulsiyon aşamasında bebeğin yere düşme ihtimaline ilişkin güvenlik endişelerinin, uygun eğitim ve kurum desteğinin sağlanmasıyla ele alınması gerekir.

**Tablo 3.50 Kararların özeti: Epidural analjezi alan kadınlarda dik doğum pozisyonlarına kıyasla yatay doğum pozisyonları**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Karşılaştırmayı destekler	- Muhtemelen yatay pozisyonu destekler	✓ Yatay ve dik pozisyonu desteklemez	- Muhtemelen dik pozisyonunu destekler	- Dik pozisyonu destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	Değişken	- Büyük maliyetler	Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği <sup>a</sup>	- Bilinmiyor	- Değişken	- Karşılaştırmayı destekler	- Muhtemelen yatay pozisyonu destekler	- Yatay ve dik pozisyonu desteklemez	- Muhtemelen dik pozisyonunu destekler	- Dik pozisyonu destekler
Eşitlik	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen -artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet

<sup>a</sup> Müdahalenin istenilen etkileri önemsiz olduğu için maliyet-etkinlik alanı değerlendirilmemiştir.

### 3.3.4. İkinma yöntemi

#### ÖNERİ 36

**Doğumun ikinci evresinin ıkinma safhasında kadınlar, kendi ıkinma dürtülerini takip etmeleri için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- *İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğuna dair nitel kanıtlar, kadınların, ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, güven veren personelin desteğiyle doğum süreçlerini kontrol altında hissetmek istediklerini göstermektedir (23).*
- Bu tekniğin yararlı olduğuna dair kanıt olmadığı için, sağlık bakımı sağlayıcılar doğumun ikinci evresinde kadınları ıkinmaya zorlamaktan kaçınmalıdır.

### Değerlendirme ve kanıtların özeti

#### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.4)

Bu kanıt, ıkinma teknikleri üzerine bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (160). Sekizyüz seksendört kadını içeren sekiz RKÇ, spontan ıkinmayı yönlendirilmiş ıkinma ile karşılaştırmıştır. Hong Kong Özel İdare Bölgesi, İran, Türkiye, Birleşik Krallık (her biri 1 çalışma) ve ABD’de (3 çalışma) yapılan bu çalışmalara katılanların çoğu, termde, komplikasyonsuz tekil verteks gebelikleri olan nullipar kadınlardır. Örneklem büyüklüğü 32 ile 320 katılımcı arasında değişmektedir. Aynı zamanda bir çalışmada (258 kadın) multipar, diğerinde epidural analjezi olan kadınlara ait oranlar vardır. Çalışmalarda katılımcıların doğum pozisyonları tutarlı değildir, bir çalışmada (72 kadın) yönlendirilmiş ıkinma grubu sırtüstü pozisyonda yönetilirken, spontan gruptaki kadınlar dik pozisyonda ıkinmıştır. Tekniklerin diğer yönleri çalışmalar arasında biraz farklılık göstermektedir, ancak genel olarak, spontan gruptaki kadınlara nasıl ıkinması gerektiği konusunda özel talimatlar verilmemiştir ve bunun yerine doğal olanı yapmaları için teşvik edilmiştir.

#### Karşılaştırma: Spontan ıkinma ile yönlendirilmiş ıkinmanın karşılaştırılması

##### Maternal sonuçlar

**Doğumun süresi:** Doğumun ikinci evresinin süresi ve ıkinma süresi hakkındaki kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Doğum şekli:** Yüksek düzeyde kanıtlar, spontan ıkinmanın spontan vajinal doğum açısından (5 çalışma, 688 kadın, RR 1.01, % 95CI 0.97–1.05) ve müdahaleli doğum açısından (2 çalışma, 393 kadın, RR 0.56, %95 CI 0.06–5.10) çok az fark olduğunu

veya hiç fark olmadığını göstermektedir. Sezaryen ile ilgili kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Perineal/vajinal travma:** Orta-kesinlikli kanıtlar perineal laserasyonlar açısından spontan ve yönlendirilmiş ıkinma arasında çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 320 kadın, RR 0.87, %95 CI 0.45–1.66). Epizyotomi ile ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun vadeli morbidite:** Düşük güvenilirlikte kanıtlar, spontan ve yönlendirilmiş ıkinma arasında üriner inkontinans açısından çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 128 kadın, RR 0.77, %95 CI 0.29–1.69). Perineal ağrı, disparoni veya pelvik taban prolapsusunu bildiren çalışma yoktur.

**Doğum deneyimi:** Spontan ve yönlendirilmiş ıkinma arasında visuel analog skala ile ölçülen maternal memnuniyet açısından çok az fark olduğu veya hiç farkın olmadığı bildirilse de kanıtlar düşük düzeydedir (1 çalışma, 31 kadın, MD 0.91’den yüksek memnuniyet puanı [1.3-3.12]). Doğumdan sonra anne yorgunluğuna dair kanıtlar çok düşük kesinliktedir ve doğumun ikinci evresine ait ağrı ile ilgili herhangi bir çalışma bildirilmemiştir.

##### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi ve iskemi:** 5. dakikadaki Apgar skoru 7’den daha düşük (1 çalışma, RR 0.35, %95 CI 0.01–8.43), umbilikal kord arter PH’ı 7.2’den daha düşük (1 çalışma, 320 kadın, RR 0.74, %95 CI 0.24–2.29) ve neonatal resüstasyon (2 çalışma, 352 bebek, RR 0.83, %95 CI 0.40–1.75) olduğu bildirilmiştir. Spontan ıkinma yönlendirilmiş ıkinma ile karşılaştırıldığında, çok az fark olduğu veya hiç fark olmadığını göstermektedir.

**Fetal distres:** Sonuç rapor edilmemiştir.

**Perinatal mortalite:** Sonuç rapor edilmemiştir.

### **Ek Hususlar**

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların (sağlık bakımı sağlayıcılardan) tanımlanmış, zamana bağlı doğum evrelerini tanıma olasılığının daha düşük (54) ve başa çıkma yeteneklerinin, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyi, yaşanan ağrı seviyesi de dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığı daha yüksek olduğunu göstermektedir (55).

### **Değerler**

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlarla normal bir doğum istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Uzun süren doğumun tıbbi müdahale gerektirme olasılığının daha yüksek olduğu algısından dolayı, bazı kadınlar da nispeten hızlı bir doğum yapma beklentisinde olmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt). Bulgular, ayrıca kadınların doğum eyleminin ve doğumun öngörülemesizliğinin farkında olduklarını ve potansiyel travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ile anne ve fetal morbiditeleri dahil) korktuklarını, bu nedenle bu tür sonuçlara maruz kalmayı azaltan herhangi bir tekniğe değer vereceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca, kadınların kendi fizyolojik işaretlerinin (ıkınma dürtüsü dahil) farkında olarak ve bu işaretlere güvenerek, ihtiyaçlarına duyarlı, güven verici personel tarafından desteklenerek, “akışına bırakmak” istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### **Ek hususlar**

Diğer çalışmalardan elde edilen kanıtlar, kadınların tanımlanmış, zamana bağlı doğum evrelerini tanıma olasılığı (sağlık bakım sağlayıcılarından) daha düşük (54) ve başa çıkma yetenekleri, çevrenin doğası ve algılanan destek düzeyi, yaşanan ağrı seviyesi de dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili çeşitli faktörlere bağlı olma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (55).

### **Kaynaklar**

Bu iki ıkınma tekniği ile ilişkili maliyetler hakkında kanıt yoktur.

### **Ek Hususlar**

Eğer bir ıkınma tekniği ikinci evrenin süresinin uzamasına ve/veya daha fazla müdahaleye yol açarsa, personel zamanı ve diğer maliyetler açısından maliyet etkileri olacaktır. Bununla birlikte, bu derlemeye göre,

doğumun süresi ve diğer doğum sonuçları üzerinde etkisinin çok az olduğunu veya hiç etkisi olmayan spontan ve yönlendirilmiş ıkınma tekniklerinde durum böyle görünmemektedir. Bu nedenle, genel olarak düşük kesinlikteki kanıtlara dayanmakla birlikte, bulgular farklı tekniklerle maliyet sonuçlarının göz ardı edilebileceğini göstermektedir.

### **Eşitlik**

Araştırma kanıtı yoktur.

### **Ek hususlar**

Kadınları ikinci evrede kendi doğal, fizyolojik yöntemlerini kullanmaya teşvik etmek, kadınların doğum deneyimlerinin kendi kontrollerinde olduğunu hissetmelerine ve üreme haklarından yararlanmalarına yardımcı olabilir.

### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden alınan dolaylı kanıtlar, bazı GDODÜ ortamlarında, sağlık profesyonelleri travay ve doğum konusunda direktif bir yaklaşım benimsediğinde kadınların saygısız veya kötü davranışlı bir bakım deneyimlemelerinin daha olası olduğunu göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca kadınların doğumun ilerlemesini “kontrollerinde” hissetmeyi sevdiğini, ancak uygun, tutarlı ve algılanan fizyolojik ve psikolojik durumlarına uygun olması koşuluyla, sağlık profesyonellerinden güven veren destek ve tavsiyeleri memnuniyetle karşıladıklarını göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Nitel çalışmalardan elde edilen sistematik derlemede, sağlık bakımı sağlayıcılarının ıkınma ile ilgili görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### **Ek hususlar**

Bir derleme ve vaka çalışmasından elde edilen kanıtlar, kadınların tutarsız iç ve dış mesajları sevmediğini, sağlık profesyonellerinin söyleyip söylememesi ile değil, kendi içsel istekleriyle ıkınmayı istediklerini göstermektedir (161).

### **Uygulanabilirlik**

Nitel çalışmalardan elde edilen bir sistematik derlemede, sağlık bakımı sağlayıcılarının ıkınma ile ilgili görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, zaman

ve mekanla ilgili kurumsal baskıların, sağlık profesyonellerini, doğumu kısalttığı algısına dayanarak belirli ortamlarda yönlendirilmiş ıkmayı tercih etmeye teşvik edebileceğini göstermektedir (kanıtlara çok düşük güven).

### Ek hususlar

Kadınlara, sağlık profesyonelleri tarafından, ıkmaya duygusunu hissettiklerinde kendi içgüdülerine uymalarını öğretmek, kadınlara Valsalva manevrasını yapmalarını öğretmekten daha uygundur.

**Tablo 3.51 Kararların özeti: Spontan ıkmaya ile yönlendirilmiş ıkmaya karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Karşılaştırmayı destekler	- Muhtemelen yönlendirilmiş ıkmaya destekler	✓ Spontan ve yönlendirilmiş ıkmaya desteklemez	- Muhtemelen spontan ıkmaya destekler	- Spontan ıkmaya destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği <sup>a</sup>	- Bilinmiyor	- Değişken	- Karşılaştırmayı destekler	- Muhtemelen yönlendirilmiş ıkmaya destekler	- Spontan ve yönlendirilmiş ıkmaya desteklemez	- Muhtemelen spontan ıkmaya destekler	- Spontan ıkmaya destekler
Eşitlik	✓ Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

<sup>a</sup> Müdahalenin istenilen etkileri önemsiz olduğu için maliyet-etkinlik alanı değerlendirilmemiştir.

### 3.3.5. Epidural analjezi alan kadınlar için ıkmınma yöntemi

#### ÖNERİ 37

**Doğum eyleminin ikinci evresinde epidural analjezi alan kadınlar için dilatasyonun tam olmasından sonra bir saatten iki saate kadar ıkmınmanın geciktirilmesi ya da mevcut durumun ve perinatal hipoksinin değerlendirilerek ıkmınma isteğinin geri gelinceye kadar kadının bekletilmesi önerilmektedir.** (İçeriğe özel öneri)

#### Görüşler

- Etkilere dair kanıtlar, ıkmınmanın geciktirilmesinin, biraz daha uzamış doğumun ardından spontan vajinal doğum olasılığını artırdığını göstermektedir. İlerlemenin geciktirilmesinin düşük umbilikal kord pH'ı riskini artırdığına dair kanıt düşüktür ve RGG bu sınırlı kanıtın klinik öneminin çok belirsiz olduğuna karar vermiştir.
- Sağlık bakım sağlayıcıları, doğumun ikinci evresinde kadınları ıkmındırmaktan kaçınmalıdırlar; çünkü ıkmındırmanın herhangi bir yararı olduğuna dair kanıt yoktur ve uygulama daha fazla tıbbi müdahaleye yol açabilir.

#### Değerlendirme ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.5)

Kanıtlar, ıkmınma teknikleri ile ilgili olan Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (160). On iki bireysel RKG, doğumun ikinci evresinde epidural analjezi alan 2879 kadında geç ıkmındırmayı, hemen ıkmındırma ile karşılaştırmıştır. Çoğunlukla GDYÜ'lerde (Kanada, İrlanda, İsviçre, Birleşik Krallık [2 çalışma] ve ABD [8 çalışma]) ve bir orta gelirli ülkede (Malezya) yapılan bu çalışmaların örneklem sayıları 37 ile 1862 katılımcı arasında değişmektedir. Katılımcıların çoğu, termde komplikasyonsuz tekil verteks gebelikleri olan nullipar kadınlardan oluşmaktayken, iki çalışmada multipar kadınlar yer almıştır. Tüm katılımcılar epidural analjezi almıştır, doz planlamaları ve çalışmalar arasında epidural analjezi türleri (örn. Geleneksel veya yürüme/mobil) değişiklik göstermektedir. Yalnızca beş çalışmada katılımcıların pozisyonu bildirilmiştir ve çalışmaların çoğunda kadınların kapalı glotis mi yoksa spontan ıkmınma tekniği mi kullanmaya teşvik edildikleri bildirilmemiştir.

Genel olarak, hemen ıkmınma grubu kadınlar tam servikal dilatasyon tespit edilir edilmez ıkmınmaya başlarken, diğer grupta, ıkmınma başlangıcı, kadınlar bireysel çalışma protokollerine bağlı olarak dayanılmaz bir ıkmınma isteği duyana kadar veya 1, 2 veya 3 saat geciktirmiştir. Bin sekizyüz atmış iki kadının yer aldığı en büyük çalışmada, kadın dayanılmaz bir dürtü olmadan, fetal baş perineden görünmedikçe veya doğum süresinin kısalması için tıbbi bir endikasyon yoksa müdahale grubunda ıkmınma 2 saat ertelenmiştir.

#### Karşılaştırma: Epidural analjezi alan kadınlarda ıkmındırmanın geciktirilmesi ile hemen ıkmındırmanın karşılaştırılması

##### Maternal sonuçlar

**Doğum süresi:** Düşük düzeyde kanıtlar, doğum süresinin, geç ıkmındırma ile yaklaşık bir saat daha uzun olabileceğini (11 çalışma, 3049 kadın, MD 56.4 dakika daha uzun, %95 CI 42–71 dakika daha uzun), ancak ıkmınma süresinin daha kısa olabileceğini göstermektedir (11 çalışma, 2932 kadın, MD 19 dakika daha kısa, %95 CI 6–32 dakika daha kısa).

**Doğum şekli:** Orta düzeydeki kanıtlar geç ıkmındırma ile vajinal doğum olma olasılığının arttığını (12 çalışma, 3114 kadın, RR 1.07, %95 CI 1.02–1.11) ve bu olasılığın her 1000 doğum için 50 kat olduğunu göstermektedir (14'ten 78 kata kadar).

Orta düzeydeki kanıtlar geç ıkmındırmanın, sezaryen doğum (9 çalışma, 2783 kadın, RR 0.83, %95 CI 0.65–1.05; orta düzeyde kanıt), müdahaleli doğum (10 çalışma, 3007 kadın, RR 0.89, % 95CI 0.74–1.07) ve forseps kullanımının (5 çalışma, 2151 kadın, RR 0.82, %95 CI 0.61–1.14) sonuçlarıyla karşılaştırıldığında çok az farkının olabileceğini ya da hiç farkının olmadığını göstermektedir.

**Perineal /vajinal travma:** Orta düzeydeki kanıtlar geç ıkmındırma ile perineal laserayonlar (7 çalışma, 2775 kadın, RR 0.94, %95 CI 0.78–1.14) ve epizyotomi (5 çalışma, 2320 kadın, RR 0.95, %95 CI 0.87–1.04) arasında çok az farkın olabileceğini ya da hiç farkının olmadığını göstermektedir.



**Uzun vadeli morbidite:** Düşük düzeyde kanıtlar, geç ıkmının postpartum disparoni (1 çalışma, 162 kadın, RR 1.15, %95 CI 0.63–2.10) veya fekal inkontinans (1 çalışma, 178 kadın, RR 1.47, %95 CI 0.94–2.29) üzerinde çok az etkisinin olduğunu veya hiç olmadığını göstermektedir.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük düzeyde kanıtlar, geç ıkmının, düşük umbilikal kord pH'ı oranlarını artırabileceğini göstermektedir (araştırma yazarları tarafından tanımlanan arteriyel ve/veya venöz pH) (4 çalışma, 2145 bebek, RR 2.24, %95 CI 1.37–3.68). Mutlak risk farkı, geç ıknma ile her 1000 doğumda yaklaşık 25 doğum olabilir (7'den 53'e). 5. dakikadaki 7'den az Apgar skoru için olan kanıtlar çok düşük düzeydedir. Hipoksik-iskemik ensefalopati (HIE) bildirilmemiştir.

**Fetal distres:** Rapor edilen sonuç yoktur.

**Perinatal mortalite:** Rapor edilen sonuç yoktur.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlarla normal bir doğum istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular, ayrıca kadınların doğum eyleminin ve doğumun öngörülemezliğinin farkında olduklarını ve potansiyel travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ile anne ve fetal morbiditeleri dahil) korktuklarını, bu nedenle kadınların bu tür sonuçlara maruz kalmayı azaltan herhangi bir tekniğe değer vereceklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Uzun doğumun tıbbi müdahale gerektirme olasılığının daha yüksek olduğu algısından dolayı, bazı kadınlar da nispeten hızlı bir doğum yapma beklentisinde olmaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt).

Bulgular ayrıca, kadınların kendi fizyolojik sinyallerinin (ıknma isteği de dahil olmak üzere) farkında olarak ve onlara güvenerek, ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, güven verici personel tarafından desteklenerek "akışana bırakmak" istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Yukarıdaki nitel kanıtlar, kadınların ıknmayı geciktirerek artmış spontan doğum şansına değer verebileceğini, ancak bu durum kötü doğum sonuçlarına dönüşürse kordon pH'ındaki artış konusunda endişeleneceklerini göstermektedir.

### Kaynaklar

Cochrane sistematik derlemesi (160), maliyetlere dair kanıtlar içeren büyük bir çalışma (1862 kadın) ile bu sonucu bildirmiştir (162). Gecikmeli ıknma, özel bir sağlık kurumunda toplam hastane maliyetlerinde yaklaşık 80 Kanada doları (Can \$) (yaklaşık 60 ABD doları) artışla ilişkili bulunmuştur; bu, çoğunlukla gecikmeli ıknma grubu için intrapartum bakım maliyetindeki artışla ilişkilendirilebilir (MD 68.22 Can \$, %95 CI 55.37–81.07 Can \$).

### Eşitlik

Eşitlik konusunda araştırmaya dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek Hususlar

Epidural analjezi, sağlıklı gebelerde esas olarak kaynakların iyi ortamlarda ve GDYÜ'lerde kullanılan ağrı kesici bir tekniktir. Epidural analjezi uygulanan kadınlar, doğumun ikinci evresinde gecikmeli ıknmayı sağlamak için ek kaynaklara ihtiyaç duyuyorsa, geç ıknma tekniğiyle ilişkili daha yüksek maliyetler, eşitliği daha da azaltabilir.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıknma ile ilişkili doğrudan kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden elde edilen dolaylı kanıtlar, kadınların doğum eyleminin ilerlemesini kontrol altında hissetmekten hoşlandıklarını, ancak uygun, tutarlı ve algılanan fizyolojik ve psikolojik durumlarına uyumlu olması koşuluyla, güven verici bir sağlık profesyonelinin destek ve tavsiyelerini memnuniyetle karşıladıklarını göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Aynı incelemede sağlık bakımı sağlayıcılarının ıknma ile ilgili görüşlerine ilişkin doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### Uygulanabilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede, kadınların ıknma ile ilgili görüşlerine ilişkin doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, uygulanabilirlik konusunda herhangi bir endişenin bulunmadığını göstermektedir.

Nitel çalışmalardan elde edilen sistematik derlemede, sağlık bakımı sağlayıcılarının da ıkmına ile ilgili görüşlerine ilişkin doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, belirli bağlamlarda eğitim eksikliğini uygulama üzerinde bir etkisi olabileceğini göstermektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Eğer ıkmınmayı geciktirmek, doğumun süresinin uzamasına yol açarsa, kısıtlı kaynakların bulunduğu ortamlarda daha az uygulanabilir.

**Tablo 3.52 Kararların özeti: Epidural analjezi alan kadınlarda geciktirilmiş ıkmınmaya kıyasla hemen ıkmındırmak**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	✓ Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Hemen ıkmınmayı destekler	- Muhtemelen hemen ıkmınmayı destekler	- Hemen ve geciktirilmiş ıkmınmayı desteklemez	✓ Muhtemelen geciktirilmiş ıkmınmayı destekler	- Geciktirilmiş ıkmınmayı destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	✓ Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	✓ Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Hemen ıkmınmayı destekler	- Muhtemelen hemen ıkmınmayı destekler	- Hemen ve geciktirilmiş ıkmınmayı desteklemez	✓ Muhtemelen geciktirilmiş ıkmınmayı destekler	- Geciktirilmiş ıkmınmayı destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

### 3.3.6. Perine travmasını önlemek için teknikler

#### ÖNERİ 38

**Doğumun ikinci evresindeki kadınlar için, kadının tercihlerine ve mevcut seçeneklerine bağlı olarak perineal travmayı azaltma ve spontan doğumu (perine masajı, sıcak kompres ve "dokunarak (hands-on)" perinenin korunması dahil) kolaylaştırma teknikleri önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Kanıtlar, perine masajının perineyi sağlam tutma şansını artırabileceğini ve ciddi perine yırtığı riskini azaltabileceğini, sıcak kompreslerin üçüncü ve dördüncü derece perine yırtıklarını azaltabileceğini ve hands-on bir yaklaşımın (perineyi elle koruma), birinci dereceden perine yırtıklarını azaltabileceğini göstermektedir. Çoğu kadın bu düşük maliyetli önleyici perineal teknikleri kabul eder ve sonuçlarına değer verir.
- Ritgen's manevrasına (bir el maternal anüs ve koksiks arasında fetusun çenesini çekmek için ve diğer el doğum hızını kontrol etmek için fetal oksiput üzerine yerleştirilir) dair kanıtlar belirsizdir; bu nedenle, bu teknik önerilmez.

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.6)

Kanıt, 22 ayrı RKÇ içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (163). On beş bin yüzseksen bir kadının katıldığı yirmi çalışma veriye katkı sağlamıştır. Çalışmalar Avustralya (2 çalışma), Avusturya (1 çalışma), Brezilya (2 çalışma), Danimarka (1 çalışma), İran (8 çalışma), İsrail (1 çalışma), İspanya (1 çalışma), İsveç (2 çalışma), Birleşik Krallık (1 çalışma) ve ABD (1 çalışma)'de yapılmıştır. Bu çerçevede yer alan doğum eyleminin ikinci evresinde kullanılan perineal teknikler şunlardır:

- Perine masajına kıyasla, "dokunmadan (hands-off)" yaklaşımı veya olağan bakım;
- "dokunmadan" yaklaşımına kıyasla, "dokunarak (hands-on)" yaklaşımı;
- "dokunmadan" yaklaşımına kıyasla, sıcak kompres uygulama veya sıcak kompres uygulamama; ve
- Olağan uygulamalara kıyasla, Ritgen manevrası.

Derlemede değerlendirilen ve çok sınırlı kanıtlarla ilişkilendirilen diğer müdahaleler arasında, soğuk kompres, ön omuza kıyasla önce arka omuzun doğurtulması, petrol jölesi uygulaması, zenginleştirilmiş yağa kıyasla sıvı balmumu ve perine koruma aleti yer almaktadır. Bu müdahaleler bu çerçevede değerlendirilmemiştir.

##### Karşılaştırma 1: Perineal masajın kontrol ("hands-off" veya olağan bakım) ile karşılaştırılması

Avustralya, İran ve ABD'den yedi çalışma (2684 katılımcı) bu karşılaştırmaya veri katmıştır. Bu

çalışmalarda, doğumun ikinci evresinde uygulanan perine masajı bir kayganlaştırıcı ile yapılmıştır. Genellikle ebe işlemi iki parmağını vajinaya yerleştirerek, vajinaya ve rektuma doğru hafif, aşağı doğru baskı uygularken, parmakları sabit darbelerle bir yandan diğer yana hareket ettirerek gerçekleştirmiş. Bazı çalışmalarda masaj sadece ikinci evrede kontraksiyonlar sırasında yapılmış, bazılarında ise ıkınma sırasında ve ıkınma arasında da devam etmiştir.

##### Maternal sonuçlar

**Perineal/vajinal travma:** Düşük düzeyde kanıtlar, perine masajının doğumu takiben sağlam bir perineye sahip olma olasılığını artırabileceğini göstermektedir (6 çalışma, 2618 kadın, RR 1.74, %95 CI 1.11– 2.73). Kesin etki, 1000 kişi için sağlam perineye sahip 168 kadın olarak tahmin edilmektedir (25 den -393 'e).

Yüksek düzeyde kanıtlar perine masajının üçüncü veya dördüncü derece perine yırtıklarını azalttığını göstermektedir (5 çalışma, 2477 kadın, RR 0.49,%95 GA 0.25-0.94). Kesin etkinin 1000'de 5 den daha az olduğu tahmin edilmektedir (2'den-22'ye). Birinci ve ikinci derece yırtıklar, epizyotomi ve perineyi onarma ihtiyacı hakkındaki kanıtlar çok düşük düzeydedir.

**Uzun vadeli morbidite:** Rapor edilen sonuç yoktur.

**Doğum deneyimi:** Anne memnuniyeti ve diğer doğum deneyimi ile ilgili rapor edilen sonuç yoktur.

##### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** 5. dakikada 7'den az Apgar skoru bildiren çalışma yoktur.

**Doğum travması:** Rapor edilen sonuç yoktur.

**Tablo 3.53 Perine masajının başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebeler/hemşireler/doktorlar
Eğitim	■ Bu perineal tekniğin nasıl uygulanacağı konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim
Malzemeler	■ Eldiven: Olağan bakıma benzer ■ Kayganlaştırıcı, örn. vazelin: isteğe bağlı
Ekipman	■ Yok
Zaman	■ Gerçekleştirilen zaman ikinci evrede, olağan bakım ile aynıdır
Danışmanlık ve izleme	■ Olağan bakım ile aynı.

### Değerler

İnatpartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların derlenmesi ile elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlarla normal bir doğum istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bulgular kadınların travay ve doğumun öngörülemezliğinin bilincinde olduklarını ve doğum süreci sırasında ortaya çıkabilecek olası travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler, anne ve fetal morbiditeler dahil) korktuğunu göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu nedenle, kadınların perineal travmayı sınırlandırabilecek herhangi bir tekniğe, özellikle de ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, yetkin sağlık profesyonelleri tarafından sunulması halinde değer vermesi muhtemeldir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Nitel kanıtlar, müdahaleler göz önüne alındığında, kadınların müdahalelerin yapısı hakkında bilgilendirme ve mümkünse bir seçenek verilmesini istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (23).

### Ek Hususlar

Kadınların perineal travma deneyimlerinin meta-analizinden elde edilen bulgular, kadınların doğumdan sonra perinenin zarar görmesi durumunda değer kaybettiğini, reddedildiğini, depresyona girebildiğini ve başarısızlık hissettiğini göstermektedir (164).

### Kaynaklar

Kanıt bulunamamıştır.

### Ek hususlar

Perineal teknikler, ana maliyet hizmet içi eğitimin olacağı düşük maliyetli bir müdahaledir. Perineal masaj, doğumdan sonra sağlam perineye sahip kadınların oranını artırır, üçüncü ve dördüncü derece perineal yırtıkları azaltırsa, sütur malzemeleri

(örn. sütur malzemeleri, lokal anestezipler, spanç) ve sağlık bakım profesyonelinin zamanı ile ilgili maliyetleri azaltarak mantıksal bakımdan daha uygun maliyetli olacaktır. Arjantin’de 2002 yılında yapılan bir araştırma, epizyotomi politikasında daha az epizyotomi yapılmasına ve dikiş ihtiyacının azalmasına yol açan bir değişiklikte doğum başına ortalama 20,21 ABD doları maliyet tasarrufu bildirmiştir (165), bu da azalmış üçüncü ve dördüncü derece yırtıklar ve sağlam perinede artış ile doğum başına oluşabilecek olası maliyet tasarruflarının dolaylı bir göstergesini verir.

### Eşitlik

Perineal teknikler ve eşitlik hakkında bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek Hususlar

Sağlık profesyonelleri, basit perineal tekniklerle doğumun ikinci evresinde perine bütünlüğünün korunmasına katkıda bulunabilirlerse, GDODÜ’lerde kadınlar eşitlik üzerinde olumlu bir etkisi olabilecek sağlık kuruluşu odaklı hizmetlerini kullanmaya daha eğilimli olabilirler.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden alınan dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda, bazı kadınların, nazik ve hassas sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması koşuluyla, perineal travmayı sınırlandıran tekniklere değer verebileceğini göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Diğer durumlarda, kadınlar bu teknikleri acı verici, rahatsız edici veya utanç verici bulabilirler (çok düşük güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bu nitel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki

görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### Ek hususlar

Kanadalı kadınların prenatal perineal masaj hakkındaki görüşleri ile ilgili yapılan bir araştırmada (n=684), yazarlar kadınların tekniğin olumlu görüşlerini benimsediklerini ve bunu sonraki gebeliklerinde tekrar kullanacaklarını bulmuşlardır (166). Hasar görmüş bir perinenin potansiyel uzun vadeli sonuçlarından (disparoni, cinsel işlev bozukluğu, idrar veya dışkı inkontinansı) herhangi birine yardımcı olabileceğini veya sınırlayabileceğini gösteren kanıtlar varsa, kadınların perineal tekniklerden herhangi birini beğenmeleri muhtemeldir.

### Uygulanabilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların ıkınma ile ilişkili görüşlerin doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden elde edilen

dolaylı kanıtlar, uygulanabilirlik konusunda herhangi bir endişenin bulunmadığını göstermektedir. Ayrıca, nitel araştırmalardan elde edilen sistematik derlemede sağlık profesyonellerinin perineal tekniklerle ilgili görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda sağlık profesyonellerinin, açıklanan perineal tekniklerin bir kısmını veya tamamını kullanma eğitimi ve/veya deneyiminden yoksun olabileceğini düşündürmektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Doğum sırasında perineal masaj yapan 54 Avustralyalı ebeinin katıldığı küçük bir RKC'da (167), araştırmacılar ebelerin şu nedenlerden dolayı müdahaleyi her zaman uygulamadığını bulmuştur: (i) kadınlar uygulamayı rahatsız bulması, (ii) doğumun çok hızlı ilerlemesi, (iii) fetal distres gerçekleşmesi, (iv) zamanlarının olmaması ve (v) ebelerin müdahaleci olduğunu hissetmeleri. Çalışmadan sonra tekniğin "kesinlikle faydalı" olduğunu düşünen ebelerin sayısı 8'den 15'e yükselmiştir.

**Tablo 3.54 Kararların özeti: Perine masajının olağan bakım (perine masajı yok) ile karşılaştırması (karşılaştırma 1)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan bakımı destekler	- Muhtemelen olağan bakımı destekler	- Perine masajı ve olağan bakımı desteklemez	- Muhtemelen perine masajını destekler	✓ Perine masajını destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta düzeyde tutar	- Büyük tutar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan bakımı destekler	- Muhtemelen olağan bakımı destekler	- Perine masajı ve olağan bakımı desteklemez	✓ Muhtemelen perine masajını destekler	- Perine masajını destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

## Karşılaştırma 2: Sıcak perineal kompresin kontrol ("hands-off" veya olağan bakım) ile karşılaştırılması

Avustralya, İnan, İspanya ve ABD'de yapılan dört çalışma bu karşılaştırmaya veri sağlamıştır. Bir çalışmada (717 katılımcı), sıcak steril suya (45° ile 59° C arasında ısıtılan) batırılmış pedler ile perineyi, kontraksiyonlar sırasında bebeğin başı perineyi kabarttığına sıcak kompres uygulanmıştır. Isıyı korumak için ped kontraksiyonlar arasında yeniden ısıtılmıştır. Bir başka çalışmada (808 katılımcı), ikinci evrede kontraksiyonlar sırasında ve arasında sürekli olarak sıcak kompresler uygulanmıştır. Diğer iki çalışmada uygulanan sıcak kompresler, çalışmada ayrıntılı bir şekilde anlatılmamıştır.

### Maternal sonuçlar

**Perineal/vajinal travma:** Yüksek kesinlikli kanıtlar, sıcak kompreslerin doğumdan sonra sağlam bir perineye sahip olmak için çok az fark yarattığını veya hiçbir fark yaratmadığını göstermektedir (4 çalışma, 1799 kadın, RR 1.02, %95 CI 0.85–1.21). Yüksek kesinlikli kanıtlar, sıcak kompreslerin üçüncü veya dördüncü derece perine yırtığı insidansını azalttığını göstermektedir (4 çalışma, 1799 kadın, RR 0.46, %95 CI 0.27–0.79). Üçüncü veya dördüncü derece yırtıklar üzerindeki mutlak etkinin 1000'de 24'den daha az olduğu tahmin edilmektedir (9'dan fazla, 33'ten az). Orta kesinlikli kanıtlar, sıcak kompreslerin epizyotomide muhtemelen çok az fark yarattığını veya hiç fark yaratmadığını göstermektedir (4 çalışma, 1799 kadın, RR 0.86, %95 CI 0.60–1.23). Birinci ve ikinci derece yırtıklarla ilgili kanıtlar ve perineal sütür ihtiyacı çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem morbidite:** Derlemede, uzun vadeli sonuçlara dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

**Doğum deneyimi:** Derlemede anne memnuniyeti ya da doğum deneyimi ile ilişkili diğer sonuçlara ait kanıt bulunamamıştır.

### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Derlemede 5. dakikada

7'den düşük Apgar skoru bildirilmemiştir.

**Doğum travması:** Derleme, doğum travmasını içermemektedir.

### Ek hususlar

Ayrıca derleme, ortaya çıkan kanıtların büyük ölçüde çok belirsiz olduğu değerlendirilen bir kontrol grubu ile (1 çalışma, 64 kadın) soğuk kompreslerin ayrı bir analizinin karşılaştırmasını da içermektedir.

### Değerler

İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bulgular kadınların travma ve doğumun öngörülemesizliğinin bilincinde olduklarını ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek olası travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ve anne ve fetal morbiditeler dahil) korktuklarını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu nedenle, kadınların perineal travmayı sınırlandırabilecek herhangi bir tekniğe, özellikle de ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, yetkin sağlık profesyonelleri tarafından sunulması halinde değer vermesi muhtemeldir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Nitel kanıtlar, müdahaleler göz önüne alındığında, kadınların müdahaleler hakkında bilgilendirme ve mümkünse bir seçenek verilmesini istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Kadınların perineal travma deneyimlerinin meta-analizinden elde edilen bulgular, kadınların doğumdan sonra perinenin zarar görmesi durumunda kendilerini değersiz, dışlanmış, depresif hissedebileceklerini ve başarısızlık hissine sahip olabileceklerini göstermektedir (164).

### Kaynaklar

Kanıt bulunamamıştır.

**Tablo 3.55 Sıcak perineal kompreslerin başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebeler /hemşireler/doktorlar
Eğitim	■ Bu perineal tekniğin nasıl uygulanacağı konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim
Malzemeler	■ Ped ve sıcak su
Ekipman ve altyapı	■ Kullanıma hazır temiz sıcak su
Zaman	■ Gerçekleştirilen zaman ikinci evrede, olağan bakım ile aynıdır
Danışmanlık ve izleme	■ Olağan bakım ile aynı.



### **Ek hususlar**

Sıcak kompresler, ped/bohça temininin ve hizmet içi eğitimin ana maliyet olacağı, düşük maliyetli bir müdahaledir. Ayrıca, çalışmalardan en az biri steril su kullanımını içermektedir ve bunun ek maliyetli sonuçları olacaktır.

Sağlık bakım sağlayıcıları, imkanların sınırlı olduğu bazı ortamlarda temiz sıcak suya ulaşması gerekebilir. Sıcak kompresler üçüncü ve dördüncü derece yırtığı azalttığından, sütür için gerekli malzemeleri (örn. sütür malzemeleri, lokal anestezipler, spanç) ve sağlık profesyonelinin zamanı ile ilgili maliyetler, olağan bakımdan daha uygun maliyetli olmalıdır.

Arjantin'de 2002 yılında yapılan bir araştırma, epizyotomi politikasında daha az epizyotomi yapılmasına ve dikiş ihtiyacının azalmasına yol açan bir değişiklik ile doğum başına ortalama 20,21 ABD doları maliyet tasarrufu bildirmiştir (165), bu da azalmış üçüncü ve dördüncü derece yırtıklar ve sağlam perinede artış ile doğum başına oluşabilecek olası maliyet tasarruflarının dolaylı bir göstergesini verir.

### **Eşitlik**

Perineal teknikler ve eşitlik hakkında bir kanıt bulunamamıştır.

### **Ek hususlar**

Sağlık profesyonelleri, basit perineal tekniklerle doğumun ikinci evresinde perine bütünlüğünün korunmasına katkıda bulunabilirlerse, GDODÜ'lerde kadınlar eşitlik üzerinde olumlu bir etkisi olabilecek sağlık kuruluşu odaklı hizmetlerini kullanmaya daha eğilimli olabilirler.

### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden alınan dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda, bazı

kadınların, nazik ve hassas sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması koşuluyla, perineal travmayı sınırlayan tekniklere değer verebileceğini göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Diğer durumlarda, kadınlar bu teknikleri acı verici, rahatsız edici veya utanç verici bulabilirler (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

Ayrıca, bu niteliksel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### **Ek hususlar**

Hasar görmüş bir perinenin potansiyel uzun vadeli sonuçlarından (disparoni, cinsel işlev bozukluğu, idrar veya dışkı inkontinansı) herhangi birine yardımcı olabileceğini veya sınırlayabileceğini gösteren kanıtlar varsa, kadınların perineal tekniklerden herhangi birini beğenmeleri muhtemeldir.

Kadınlar sıcak kompresleri, perineal masajdan daha az rahatsız edici ve daha az utanç verici olarak algılayabilirler, ancak bununla ilgili herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

### **Uygulanabilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden elde edilen dolaylı kanıtlar, uygulanabilirlik konusunda herhangi bir endişenin bulunmadığını göstermektedir.

Ayrıca, bu niteliksel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### **Ek hususlar**

Düşük maliyetli bir müdahale olmasına rağmen, özellikle doğum salonlarında sıcak akan musluk suyu yoksa imkanların sınırlı olduğu ortamlarda sıcak kompreslerin uygulanması daha az uygun olabilir.

**Tablo 3.56 Kararların özeti: Sıcak perineal kompres ile sıcak olmayan kompresin karşılaştırılması (karşılaştırma 2)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan bakımı destekler	- Muhtemelen olağan bakımı destekler	- Sıcak perine kompresini ve olağan bakımı desteklemez	- Muhtemelen sıcak perine kompresini destekler	✓ Sıcak perine kompresini destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan bakımı destekler	- Muhtemelen olağan bakımı destekler	- Sıcak perine kompresini ve olağan bakımı desteklemez	✓ Muhtemelen sıcak perine kompresini destekler	- Sıcak perine kompresini destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

### Karşılaştırma 3: "Hands-on" perine yaklaşımı ile "hands-off" perine yaklaşımının karşılaştırılması

Avusturya, Brezilya, İran ve Birleşik Krallık'tan beş çalışma (7317 katılımcı) veri sağlamıştır. Hands-off (veya durma) yaklaşımı, bebeğin hızlı atılma durumunda başa hafif ölçüde basınç uygulama, başa veya perineye dokunmadan ve kendiliğinden omuzun doğmasına izin verme şeklinde genel olarak bekleme ve gözleme dayalı bir yaklaşımdır. Hands-on yaklaşımı (veya koruma), fetal başın fleksiyonunu, kontrolünü ve doğmasını sürdürmek için ebeğin ön ve arka perineyi her iki eliyle destekleyerek perineyi koruması/tutmasını içermektedir.

#### Maternal sonuçlar

**Perineal / vajinal travma:** Orta-kesinlikli kanıtlar, hands-on yaklaşımı ile hands-off yaklaşımının kullanımı karşılaştırıldığında, doğumdan sonra perinenin sağlam olma olasılığında çok az fark olduğunu veya hiç fark olmadığını göstermektedir

(2 çalışma, 6547 kadın, RR 1.03, %95 CI 0.95–1.12). Düşük kesinlikli kanıtlar, hands-off yaklaşımının hand-on yaklaşımına kıyasla birinci derece yırtıkları artırabileceğini göstermektedir (2 çalışma, 700 katılımcı, RR 1.32, %95 CI 0.99–1.77), ancak etki tahmini hiçbir fark olasılığını içermemektedir. Mutlak etkinin 1000'de 58 daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (2'den az, 139'dan fazla). Üçüncü ve dördüncü derece yırtık, ikinci derece yırtık ve epizyotomi ile ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem morbidite:** Derlemede, uzun vadeli sonuçlara dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

**Doğum deneyimi:** Derlemede anne memnuniyeti ya da doğum deneyimi ile ilişkili diğer sonuçlara ait kanıt bulunamamıştır.

#### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Derlemede 5. dakikada 7'den düşük Apgar skoru bildirilmemiştir.

**Tablo 3.57 “Hands-off” ve “hands-on” perine yaklaşımlarının başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebeler /hemşireler/doktorlar
Eğitim	■ Bu perineal tekniğin nasıl uygulanacağı konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim
Malzemeler	■ Olağan bakım ile aynı.
Ekipman	■ Yok
Zaman	■ İkinci evrede gerçekleştirilir, bu nedenle zaman olağan bakımla aynıdır
Danışmanlık ve izleme	■ Olağan bakım ile aynı.

**Doğum travması:** Derleme doğum travmasını içermemektedir.

### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bulgular kadınların travmaye ve doğumun öngörülemesizliğinin bilincinde olduklarını ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek olası travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ve anne ve fetal morbiditeler dahil) korktuklarını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu nedenle, kadınların perineal travmayı sınırlandırabilecek herhangi bir tekniğe, özellikle de ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, yetkin sağlık profesyonelleri tarafından sunulması halinde değer vermesi muhtemeldir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Nitel kanıtlar, müdahaleler göz önüne alındığında, kadınların müdahalelerin hakkında bilgilendirme ve mümkünse bir seçenek verilmesini istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Kadınların perineal travma deneyimlerinin meta-analizinden elde edilen bulgular, kadınların doğumdan sonra perinenin zarar görmesi durumunda değer kaybettiğini, reddedildiğini, depresyona girebildiğini ve başarısızlık hissettiğini göstermektedir (164).

Nitel kanıtlar, bu yaklaşımlar arasında çok az fark olabileceğini göstermektedir; ancak, hands-off yaklaşımı ile daha fazla birinci derece yırtılma olasılığı, bazı kadınları hands-on yaklaşımını tercih etmeye yönleltebilir.

### Kaynaklar

Kanıt bulunamadı.

### Ek hususlar

Perineal teknikler, ana maliyetin hizmet içi eğitim olacağı, düşük maliyetli müdahalelerdir. Kanıtlar, hands-off yaklaşımının birinci derece perineal yırtıkları artırabileceğini gösterebilir, bunlar genellikle sütür gerektirmez ve diğer kötü sonuçlarla ilişkili değildir, bu nedenle maliyet sonuçları olmayabilir.

### Eşitlik

Perineal teknikler ve eşitlik hakkında bir kanıt bulunamamıştır.

### Ek hususlar

Sağlık profesyonelleri, basit perineal tekniklerle doğumun ikinci evresinde perine bütünlüğünün korunmasına katkıda bulunabilirlerse, GDODÜ'lerde kadınlar eşitlik üzerinde olumlu bir etkisi olabilecek sağlık kuruluşu odaklı hizmetlerini kullanmaya daha eğilimli olabilirler. Ancak, bu perineal tekniklerin perineal travmayı azaltıp azaltmadığına dair etkiler hakkındaki kanıtlar açık değildir.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların travmaye ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden alınan dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda, bazı kadınların, nazik ve hassas sağlık profesyonelleri tarafından uygulanması koşulu ile perineal travmayı sınırlayan tekniklere değer verebileceğini göstermektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Diğer durumlarda, kadınlar bu teknikleri acı verici, rahatsız edici veya utanç verici bulabilirler (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

Ayrıca, nitel çalışmalardan elde edilen sistematik derlemede sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal tekniklerle ilgili görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

### Ek hususlar

Hasar görmüş bir perinenin potansiyel uzun vadeli sonuçlarından (disparoni, cinsel işlev bozukluğu, idrar veya dışkı inkontinansı) herhangi birine yardımcı olabileceğini veya sınırlayabileceğini gösteren kanıtlar varsa, kadınların perineal tekniklerden herhangi birini beğenmeleri muhtemeldir.

### Uygulanabilirlik

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden

elde edilen dolaylı kanıtlar, uygulanabilirlik konusunda herhangi bir endişenin bulunmadığını göstermektedir.

Ayrıca, bu niteliksel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda sağlık profesyonellerinin, açıklanan perineal tekniklerin bir kısmını veya tamamını kullanma eğitimi ve/veya deneyiminden yoksun olabileceğini göstermektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

**Tablo 3.58 Kararların özeti: "Hands-off" yaklaşımının "hands-on" yaklaşımı ile karşılaştırılması (karşılaştırma 3)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	✓ Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Hands-on yaklaşımını destekler	✓ Muhtemelen hands-on yaklaşımını destekler	- Hands-on veya hands-off yaklaşımını desteklemez	- Muhtemelen hands-off yaklaşımını destekler	- Hands-off yaklaşımını destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Hands-on yaklaşımını destekler	- Muhtemelen hands-on yaklaşımını destekler	✓ Hands-on veya hands-off yaklaşımını desteklemez	- Muhtemelen hands-off yaklaşımını destekler	- Hands-off yaklaşımını destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azaltılmış	✓ Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

#### Karşılaştırma 4: Ritgen manevrası ile olağan uygulamaların ("hand-on" yaklaşımı) karşılaştırılması

Bu karşılaştırmaya, İran ve İsveç'te yapılan iki çalışma (1489 katılımcı) veri sağlamıştır. En büyük çalışmada doğumun ikinci evresinde modifiye edilmiş Ritgen manevrası uygulanmıştır (1423 katılımcı). Manevra, "bir elin maternal anüs ve koksiks arasında, fetusun çenesini çekmek için kullanılması, diğerinin (elin yerleştirilmesi) fetal oksiputun doğum hızını kontrol etmek için kullanılması" nı içermektedir. Bu çalışmada, manevranın kontraksiyon sırasında uygulamak yerine kontraksiyonlar arasında uygulanmasından dolayı modifiye edildiği düşünülmüştür. "Standart uygulama" bir elin fetal başın doğmasını sağlamak ve diğer elin perineyi kontrol etmek için kullanılmasıdır. Standart uygulama, derlemede açıklanmayan bazı endikasyonlar için seçici epizyotominin kullanılmasını da içermektedir.

#### Maternal Sonuçlar

**Perineal/vajinal travma:** Düşük kesinlikli kanıtlar, Ritgen manevrasının üçüncü ve dördüncü derece perine yırtığı (1 çalışma, 1423 katılımcı, RR 1.24, %95 CI 0.78–1.96) ve epizyotomi (2 çalışma, 1489 katılımcı, RR 0.81, % 95CI 0.63–1.03) üzerinde çok az etkisi olabileceğini veya hiç olmayabileceğini göstermektedir. Sağlam bir perine ve diğer perineal sonuçlara sahip olma olasılığına dair kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Uzun dönem morbidite:** Derlemede, uzun dönem sonuçlara dair herhangi bir kanıt bulunamamıştır.

**Doğum deneyimi:** Derlemede anne memnuniyeti veya doğum deneyimi ile ilişkili diğer sonuçlara ait kanıt bulunamamıştır.

#### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Apgar skoru:** Derlemede 5. dakikada 7'den düşük Apgar skoru bildirilmemiştir.

**Doğum travması:** Derleme doğum travmasını içermemektedir.

#### Ek hususlar

Derleme ayrıca başka bir rehberlik prosedürünün karşılaştırmasını da içermektedir: derleme sonuçlarına ilişkin veriler sınırlı ve ortaya çıkan kanıtlar çok düşük kesinlikte olmasına rağmen, önce arka omuzun doğurtulmasının, önce ön omuzun doğurtulması ile karşılaştırmasını içermektedir.

#### Değerler

Intrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgular (23), çoğu kadının anne ve bebek için iyi sonuçlar veren normal bir doğum istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ayrıca, bulgular kadınların travay ve doğumun öngörülemezliğinin bilincinde olduklarını ve doğum sırasında ortaya çıkabilecek olası travmatik olaylardan (tıbbi müdahaleler ve anne ve fetal morbiditeler dahil) korktuklarını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu nedenle, kadınların perineal travmayı sınırlandırabilecek herhangi bir tekniğe, özellikle de ihtiyaçlarına duyarlı, nazik, yetkin sağlık profesyonelleri tarafından sunulması halinde değer vermesi muhtemeldir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

Nitel kanıtlar, müdahaleler göz önüne alındığında, kadınların müdahalelerin yapısı hakkında bilgilendirme ve mümkünse bir seçenek verilmesini istediğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

#### Kaynaklar

Kanıt bulunamamıştır.

#### Ek Hususlar

Perineal teknikler, ana maliyet hizmet içi eğitim olacağı için düşük maliyetli bir müdahaledir.

#### Eşitlik

Perineal teknikler ve eşitlik hakkında bir kanıt bulunamamıştır.

Tablo 3.59 Ritgen manevrasının başlıca kaynak gereksinimleri

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Ebeler/hemşireler/doktorlar
Eğitim	■ Bu perineal tekniğin nasıl uygulanacağı konusunda hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim
Malzemeler	■ Standart uygulama ile benzer
Ekipman	■ Yok
Zaman	■ İkinci evrede gerçekleştirilir, bu nedenle zaman olağan bakım ile aynıdır
Danışmanlık ve izleme	■ Tekniğe uyumu sağlamak ve olası olumsuz sonuçları gözlemlemek, muhtemelen standart uygulamaya göre daha fazla.

**Ek hususlar**

Sağlık profesyonelleri, basit perineal tekniklerle doğumun ikinci evresinde perine bütünlüğünün korunmasına katkıda bulunabilirlerse, GDODÜ'lerde kadınlar eşitlik üzerinde olumlu bir etkisi olabilecek sağlık kuruluşu odaklı hizmetlerini kullanmaya daha eğilimli olabilirler.

**Kabul edilebilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait ıkınma ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bu derlemeden elde edilen dolaylı kanıtlar, uygulanabilirlik konusunda herhangi bir endişenin bulunmadığını göstermektedir. Diğer durumlarda, kadınlar bu teknikleri acı verici, rahatsız edici veya utanç verici bulabilirler (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

Ayrıca, bu niteliksel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26).

**Ek hususlar**

Hasar görmüş bir perinenin olası uzun vadeli sonuçlarından (disparoni, cinsel işlev bozukluğu,

idrar veya dışkı inkontinansı) yardımcı olabileceklerini veya sınırlandırabileceklerini gösteren kanıtlar varsa, kadınların perineal tekniklerden herhangi birini beğenmesi muhtemeldir.

Ritgen manevrası, kadınlar için sıcak kompresler gibi diğer perineal tekniklerden daha az konforlu olabilir.

**Uygulanabilirlik**

Kadınların travay ve doğum deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınların görüşlerine ait perineal teknikler ile ilişkili doğrudan bir kanıt bulunamamıştır.

Ayrıca, bu niteliksel sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin perineal travmayı önlemek için perineal teknikler hakkındaki görüşlerine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır (26). Dolaylı kanıtlar, bazı durumlarda sağlık profesyonellerinin, açıklanan perineal tekniklerin bir kısmını veya tamamını kullanma eğitimi ve/veya deneyiminden yoksun olabileceğini göstermektedir (çok düşük güvenilirlikte kanıt).

**Ek hususlar**

Tekniğin uygun şekilde uygulanması, fetal başın anatomisini anlamak için makul düzeyde ebelik veya obstetrik uzmanlık gerektirir.



**Tablo 3.60 Kararların özeti: Ritgen manevrası ile olağan uygulamanın (“hands-on”) karşılaştırılması (karşılaştırma 4)**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		✓ Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	- Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan yaklaşımı destekler	- Muhtemelen olağan yaklaşımı destekler	✓ Olağan yaklaşımı veya Ritgen Manevrası'nı desteklemez	- Muhtemelen Ritgen Manevrası'nı destekler	- Ritgen Manevrası'nı destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği <sup>a</sup>	- Bilinmiyor	- Değişken	- Olağan yaklaşımı destekler	- Muhtemelen olağan yaklaşımı destekler	- Olağan yaklaşımı veya Ritgen Manevrası'nı desteklemez	- Muhtemelen Ritgen Manevrası'nı destekler	- Ritgen Manevrası'nı destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	- Muhtemelen azalmış	✓ Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	✓ Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet

<sup>a</sup> Müdahalenin istenilen etkileri önemsiz olduğu için maliyet-etkinlik alanı değerlendirilmemiştir.

### 3.3.7. Epizyotomi politikası

#### ÖNERİ 39

**Spontan vajinal doğum yapan kadınlar için epizyotominin rutin veya serbest kullanımı önerilmemektedir. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Epizyotomi politikalarının etkilerinin karşılaştırılmasına ilişkin kanıtlar gözden geçirildiğinde, seçici/kısıtlayıcı, rutin/serbest epizyotomi kullanımı olarak sunulmuşsa da, rutin/serbest epizyotomi ile selektif/kısıtlayıcı epizyotominin etkileri karşılaştırıldığında; genel olarak epizyotominin etkinliği hakkında kanıt olmaması ve tüm ortamlarda rutin epizyotominin fazla kullanımını engelleme gereği duyan RGG, epizyotominin seçici/kısıtlayıcı kullanımını önermek yerine, rutin/serbest epizyotominin “önerilmemesi” gerektiğini vurgulamanın önemli olduğunu düşünmüştür.
- RGG, günümüzde, rutin epizyotomiye ihtiyaç olduğunu kanıtlayan bir kanıt olmadığını ve “kabul edilebilir” bir epizyotomi oranı belirlenmesinin zor olduğunu kabul etmiştir. Müdahaleli vajinal doğum gerektiren fetal distress gibi obstetrik acil durumlarda epizyotominin rolü henüz belirlenmemiştir.
- Eğer epizyotomi yapılacaksa, lokal anestezi ve kadının bilgilendirilmiş onamı gereklidir. Tercih edilen teknik bir medio-lateral insizyondur, çünkü orta hat insizyonları daha yüksek kompleks obstetrik anal sfinkter yaralanma riski ile ilişkilidir (OASI). Kesiğe dikiş atmak için kontinü sütür tekniği tercih edilmektedir (168).
- Epizyotomi, profilaktik antibiyotiklerin rutin kullanımını gerektirmez, çünkü genel enfeksiyon kontrol önlemlerine her zaman uyulmalıdır (114).

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.3.7)

Kanıt, 12 RKÇ içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (168). Onbir çalışmada, katılımcılar vajinal doğum beklenen kadınlardan oluşmuştur. Bir çalışmada müdahaleli vajinal doğum yapan kadınları içermektedir; bu çalışmadan elde edilen veriler ayrı ayrı analiz edilmiştir ve öneri için dikkate alınmamıştır. Bu öneriyle ilgili 11 çalışma, Arjantin (2 çalışma), Kanada, Kolombiya, Almanya, İrlanda, Malezya, Pakistan, Suudi Arabistan, İspanya ve Birleşik Krallık'ta (her biri 1 çalışma) gerçekleştirilmiştir. Yedi çalışma sadece nullipar kadınları, dört çalışma da nullipar ve multipar kadınları içermiştir. Çalışmalarda, gruplar arasında epizyotomi oranlarındaki farklılıklar %21 ile %91 arasında değişmekte olup, üç çalışma %30'dan daha az fark olduğunu bildirmiştir. Seçici epizyotomi gruplarında epizyotomi oranları %8 ile %59 arasında (ortanca %32), rutin veya serbest epizyotomi gruplarında %51 ile %100 (ortanca %83) arasında değişmektedir.

#### Karşılaştırma: Epizyotominin rutin veya serbest kullanımı ile seçici/kısıtlayıcı kullanımının karşılaştırılması

##### Maternal sonuçlar

**Kısa dönem morbidite:** Düşük kesinlikli kanıtlar, seçici/kısıtlayıcı bir epizyotomi politikasının, rutin veya serbest epizyotomiye kıyasla ciddi perineal/vajinal travmayı (çoğu üçüncü ve dördüncü derece yırtık) azaltabileceğini göstermektedir (11 çalışma, 6177 kadın, RR 0.70, %95 CI 0.52–0.94). Etki, sadece çalışma grupları arasında epizyotomi oranında %30'dan daha fazla fark olan çalışmalar dahil edildiğinde artmıştır (8 çalışma, 4877 kadın, RR 0.55, %95 CI 0.38–0.81; orta kesinlikte kanıt). Pariteye göre yapılan alt grup analizi, epizyotomi politikasının multigravida kadınlarda perineal/vajinal travmada bir fark yaratmayabileceğini, ancak kanıtların çok belirsiz olduğunu göstermektedir. Seçici/kısıtlayıcı bir epizyotomi politikası, perineal sütür ihtiyacını azaltabilir (epizyotomi onarımı hariç) (6 çalışma, 4333 kadın, RR 0.68, %95 GA 0,58-0,78); ancak bazı araştırmalardaki veriler epizyotomi onarımını içermiş olabilir ve bu da kanıtları belirsiz hale getirir.

Kesinliği düşük kanıtlar seçici/kısıtlayıcı epizyotominin perineal enfeksiyon üzerindeki etkisinin çok az olduğunu veya hiç olmayabileceğini göstermektedir (3 çalışma, 1467 kadın, RR 0.90, 95% CI 0.45–1.82). Doğumda rölatif kan kaybına dair kanıtlar çok belirsizdir.

**Uzun dönem morbidite:** Doğumdan sonraki 6 ay veya daha uzun süreçteki morbidite için, kesinliği düşük kanıtlar (kanıt değeri düşük çalışmalar), seçici/kısıtlayıcı epizyotominin rutin veya serbest epizyotomiye göre disparoni (ilişki sırasında ağrı) üzerinde çok az etkisinin olduğunu veya etkisinin olmadığını göstermektedir (3 çalışma, 1107 kadın, 1.14 RR, % 95 CI 0.84-1.53).

Uzun vadede görülen diğer morbidite oranları ile ilgili kanıtlar çok az, kuşkulu (idrar inkontinans, genital prolapsus) veya eksiktir (dışkı inkontinansı, cinsel işlev bozukluğu).

**Doğumun ikinci evresinin süresi:** Derleme bu sonucu rapor etmemiştir.

**Ağrı kesici seçeneklerin kullanımı:** Derlemede ağrı kesici seçeneklerinin kullanımı bildirilmemiştir, ancak kesinliği düşük kanıtlar seçici/kısıtlayıcı ve rutin ya da serbest epizyotomi arasında, doğumdan 10 gün sonraki perineal ağrı açısından çok az bir fark olabileceğini ya da hiç fark olmadığını göstermektedir. (1 çalışma, 2587 kadın, RR 1.00, %95 CI 0.78-1.27).

**Doğum deneyimi:** Derlemeye göre, çalışmalarda maternal memnuniyet gibi annenin doğum deneyimiyle ilgili sonuçlara yer verilmemiştir.

### Fetüs ve yenidoğana ait sonuçlar

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük Apgar skorlarına ilişkin kanıtlar (<7 değeri 5. dakikada), özellikle de örneklem büyüklüğü küçük olduğundan (2 çalışma, 511 bebek) ve her iki karşılaştırma grubunda da hipoksi-iskemi vakası görülmediğinden dolayı kesinliği çok düşüktür.

**Doğum travması:** Derlemede, doğum travması rapor edilmemiştir.

### Ek Hususlar

Şiddetli perineal/vajinal travma ile ilgili kanıtlar temel olarak mediolateral insizyon tekniği kullanılan çalışmalardan alınmıştır. Binyüzkırk üç kadını kapsayan iki çalışmada, medline epizyotomi insizyonu kullanılmıştır ve derlemede kullanılan istatistiksel testler, bu alt çalışma grubu için perineal/vajinal travma üzerindeki genel etkinin medio-lateral insizyonlardan farklı olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte, bireysel yapılan medline insizyon çalışmalarında tutarsız sonuçlar elde edilmiştir. Ek olarak, medline insizyonların incelendiği çalışmalarda ciddi perineal/vajinal travmalar, medio-lateral insizyon çalışmalarında olduğundan daha sık görülmüştür (sırasıyla 106/1143 [%9] ve 58/4834 [%1]), bu durum medio-lateral

insizyonların medline insizyonlardan daha güvenli olduğunu göstermektedir.

Derleme, insizyon tipine göre diğer sonuçları değerlendirmemiştir.

Günümüzde hiçbir durumda epizyotominin bir gereksinim olduğunu doğrulayan bir kanıt yoktur. Küçük bir klinik çalışma (237 kadın), epizyotomi açılmaması ile seçici/kısıtlayıcı epizyotominin etkilerinin karşılaştırılmasıyla ilgili bulguları yayınlamış ve iki durum arasında maternal ve perinatal sonuç açısından herhangi bir farklılık bulunmamıştır (169). Hedef örneklem büyüklüğü 6006 olan ve halen devam eden, seçici/kısıtlayıcı epizyotomi ile epizyotomisiz doğumu karşılaştıran bir epizyotomi çalışması bulunmaktadır.

### Değerler

İnatpartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu araştıran nitel çalışmaların incelenmesinden elde edilen bulgulara göre, kadınların çoğu anne ve bebek için iyi sonuçları olan normal bir doğum istemekte ancak tıbbi müdahalenin bazen gerekli olabileceğini de kabul etmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (23).

Kadınlar epizyotomi gibi müdahalelerden korkmaktadırlar (yüksek güvenilirlikte kanıt), bu yüzden epizyotomi ile ilgili bilgilendirildiklerinde kendilerini daha endişeli hissedeceklerdir. Bununla birlikte, epizyotominin genel olarak uygulandığı bazı ülkelerde (örneğin Brezilya), epizyotomi kullanımının doğumu kolaylaştıracağı konusunda bir beklenti olabilmektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Epizyotominin gerekli olduğu durumlarda, kadınlar konuyla ilgili bilgi almak ve epizyotominin kendi ihtiyaçlarına duyarlı ve teknik olarak çok yetkin sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilmesini istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek hususlar

Seçici / kısıtlayıcı bir epizyotomi kullanım politikasının, epizyotominin serbest kullanımına oranla daha az maternal morbidite ile ilişkili olduğu gözönüne alındığında; kadınların çoğunun ciddi perineal veya vajinal travmayla karşı karşıya kalmayı tercih etmemelerinden dolayı epizyotomi politikaları ile ilgili sonuçlara ne kadar değer verdiğine dair ciddi anlamda şüphe duymaları ya da kararsız olmaları olası bir durum değildir.

### Kaynaklar

Bu politikaların göreceli maliyet ve maliyet etkinliği hakkında derlemede kanıt bulunamamıştır. Bununla birlikte, Arjantin'de 2002'de yapılan çalışmada, Arjantin'deki iki ilde, düşük riskli vajinal doğumların her birinin maliyetinde 20.21 ABD Doları ve 11.63 ABD Doları bir azalma olduğu tespit edilmiştir (170). Bu durum maternal morbiditenin azalması ve daha az

**Tablo 3.61 Epizyotomi için başlıca kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
<b>Eğitim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kısıtlayıcı epizyotomi politikasının nasıl uygulanacağı ve epizyotomi onarımının nasıl yapılacağı ile ilgili 1-2 hafta pratik uygulama</li> </ul>
<b>Malzemeler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sütür materyali (epizyotomi başına 1–3 paket emilebilir poliglolikol, boyuta ve tekniğe bağlı olarak [171]) = Epizyotomi başına 2,25 ABD doları</li> <li>■ Lidokain = 0,34 ABD doları (31)</li> <li>■ Enjektör /iğne / swablar = 0,08 ABD doları (31)</li> </ul>
<b>Ekipman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uygun aydınlatma, sterilizatörler, aletler (forsepsler, portegüler, makaslar)</li> <li>■ Ekipman bakımı</li> </ul>
<b>Zaman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ İhtiyaç duyulan ortalama süre, sütür tekniği (sırasıyla sürekli/continue veya aralıklı/ interrupted sütür) (171) ve epizyotomi derecesi, profesyonelin tecrübesi/becerileri sarf malzemeleri vb. gibi diğer faktörlere bağlı olarak her epizyotomi tamiri için 21-25 dakikadır.</li> </ul>
<b>Danışmanlık ve izleme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Koşu/ klinik/kurum sorumlusu tarafından düzenli denetim ve inceleme</li> </ul>

prosedür uygulanmasının etkilerini gösteren kanıtlar temel alındığında makul görünmektedir.

#### Ek hususlar

Daha az prosedür, epizyotomi onarımı ile ilişkili daha az zaman harcanması anlamına gelmektedir. Bu durum önemli bir maliyet tasarrufu sağlayabilir. Farklı epizyotomi onarım tekniklerini değerlendiren bir Cochrane çalışmasından elde edilen bulgular, epizyotominin continue veya aralıklı süturlarla dikilmesi için gereken ortalama sürenin sırasıyla 21 ve 25 dakika olduğunu göstermektedir (171). Seçici/ kısıtlayıcı epizyotomide diğer maliyetler (Tıbbi malzemeler, sütür materyalleri, anestezi ajanları, analjezikler vb.) ve epizyotomi onarımı ekipmanları ve yara komplikasyonları ile ilişkili maliyetler rutin veya serbest epizyotomi politikalarına kıyasla mantıklı olarak daha düşük olacaktır.

Ek doğum masrafinin alındığı ortamlarda, epizyotomi uygulanan doğumlar için kadınların ödemiş olduğu ücretler, seçici/kısıtlayıcı epizyotomide rutin veya serbest epizyotomiye göre daha düşük olabilir (172).

Epizyotominin rutin veya serbest kullanımı, uygulayıcılar için finansal kazanç sağlanmasına dayanan aşırı tıbbi müdahale ile ilişkili olabilmektedir.

#### Eşitlik

Farklı epizyotomi politikalarının eşitlik üzerindeki etkisinin doğrudan kanıtı bulunamamıştır. Bununla birlikte, hastanede doğum yapmadaki engellerin ve kolaylaştırıcıların gözden geçirilmesinden elde edilen dolaylı kanıtlar, pek çok kadının sağlık çalışanları tarafından “kesilme korkusu” (sezaryen ve epizyotomi) olduğunu ve bunun GDODÜ’lerde dezavantajlı kadınlar tarafından muhtemelen hastanede doğum için önemli bir engel teşkil ettiğini göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt) (8).

#### Ek Hususlar

DSÖ’nün 2015 Eşitsizlik Durum Raporu, yoksul, düşük eğitilmiş ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların, avantajlı kadınlara göre daha düşük oranda sağlık sigortasına ve daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olduğunu göstermektedir (33). Bu nedenle, seçici/ kısıtlayıcı epizyotomi politikasına müdahale edilip “kesilme korkusu” nun azaltılmasıyla, dezavantajlı kadınlar arasında kurum temelli/hastane doğum oranları artırılarak sağlık eşitliği üzerinde olumlu bir etki sağlanabilir.

Kanıt dayalı uygulamalardan elde edilen bir derleme, en yüksek epizyotomi oranlarının bazılarının orta gelirli ülkelerde görüldüğünü belirtmektedir (173). Bu aşırı kullanım, medikalize etme ve doğumda dönüşüm evresine geçilmesi sonucu artan müdahaleli doğum uygulamaları ile, obstetrik dönüşümün<sup>1</sup> bir belirtisi olabilir (174,175). Ayrıca epizyotomi kapsamında ülke içi önemli farklılıklar da mevcuttur (176). Örneğin, Brezilya’da, kamu sağlık kurumlarının, özel sektöre kıyasla aşırı epizyotomi kullandığı rapor edilmiştir (177). Bu nedenle, bu ortamlarda kısıtlayıcı bir epizyotomi politikası kullanılması, dezavantajlı kadınların doğum deneyimlerini, avantajlı kadınlara göre eşitliğin sağlanması yönünde olumlu etkileyerek farklı bir şekilde iyileştirebilir.

GDODÜ’lerdeki kadınlar genellikle müdahalelerin riskleri ve nedenleri hakkında bilgilendirilmez ve sıklıkla bilgilendirilmiş onam vermeleri istenmez (173,178-181). Onaysız, invazif prosedürler GDODÜ’lerde ve dünyadaki dezavantajlı gebelerin

<sup>1</sup> Obstetrik geçiş, doğrudan obstetrik ölüm nedenlerindeki azalmalar yoluyla yüksek anne ölüm modellerinden düşük anne ölüm modellerine geçiş yapan ülkelerin seküler bir eğilimi kavramıdır.

tedavisinde yaygındır. Bu nedenle, epizyotomi konusunda klinik protokoller ve uygulayıcı eğitimlerinde kadınların insan haklarına saygı gösterilmesini sağlamak için bilgilendirilmiş onamın önemi vurgulanmalıdır.

### Kabul edilebilirlik

Kadınların ve bakım verenlerin intrapartum bakım görüşlerine ve deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemede (26), kadınlar epizyotomi uygulamasının nedenleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ve nadiren izinlerinin alındığını belirtmişlerdir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Derleme bulguları, kadınların epizyotomi kesisinden ve dikişten kaynaklanan ağrı düzeyini ve epizyotomi sonrası yaşanan rahatsızlık düzeylerini en aza indirmeyi tercih ettiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Ek olarak, işlemle ilişkili ağrıya veya olası kısa ve uzun vadeli sonuçlarına (perineal rahatsızlık, normal günlük aktiviteleri gerçekleştirme zorluğu, estetik deformiteler, cinsel yaşam üzerindeki etki) hazırlıksız olabilirler (düşük güvenilirlikte kanıt). Bazı durumlarda, kadınlar endişelerinin kaba ve duyarsız olduğunu düşündükleri personel tarafından göz ardı edildiğini veya ciddiye alınmadığını hissetmişlerdir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Derleme bulguları, bazı ülkelerde (örn. Brezilya'da) kadınların, epizyotominin daha yumuşak bir doğum (daha kısa doğum, daha az ağrı) sağladığı inancına sahip olduğunu iddia etmektedir (düşük güvenilirlikte kanıt). Bu durum büyük ölçüde sağlık bakımı sağlayıcıları/politikacılar tarafından oluşturulan prosedürün kültürel olarak kabul edilmesine dayanabilmektedir (düşük güvenilirlikte kanıt).

Derleme bulguları ayrıca, personelin epizyotominin seçici/kısıtlayıcı kullanımıyla ilgili önerilerin genel olarak farkında olduğunu, ancak bazı bölgelerde (Güney Amerika, Orta Doğu, Güney Doğu Asya), özellikle primiparlarda yerleşmiş olan epizyotominin rutin olarak uygulanması davranışını değiştirmek konusunda isteksiz olduklarını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bu şartları sağlayan primipar kadınlar için personel, epizyotomi açılmasının daha güvenli olduğunu, epizyotomi kesisinin kontrolsüz yırtıklara oranla daha kolay yönetildiğini ve "daha kolay" doğum yaptırıldığını hissettiğini belirtmektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Ek Hususlar

Bazı ortamlarda yerleşmiş davranış değişikliği konusunda isteksizlik, finansal motivasyondan kaynaklanabilir: Kamboçya'da bir sağlık profesyonelinin uygulamaları ile ilgili yapılan bir araştırma, sağlık profesyonellerinin daha yüksek ücret almak için epizyotomi uyguladıklarını tespit etmiştir (172). Yukarıdaki kanıtlara göre, çoğu kadının selektif/kısıtlayıcı epizyotomiye, rutin epizyotomiden daha kabul edilebilir bulduğunu görülmektedir.

Sağlık profesyonelleri arasında epizyotominin kabul edilebilirliği, rutin epizyotomi uygulanan GDODÜ bölgelerinde değişkenlik gösterebilmektedir.

### Uygulanabilirlik

Kadınların ve bakım verenlerin intrapartum bakım görüşlerine ve deneyimlerine ilişkin nitel çalışmalardan elde edilen sistematik bir derlemeden elde edilen bulgular, seçici/kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasının, özellikle kaynakların sınırlı olabileceği ortamlarda uygulanmasının daha kolay olacağını göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (26). Bununla birlikte, bazı durumlarda, personelin mevcut araştırma kanıtlarına (kaynak kısıtlamaları nedeniyle) sınırlı erişimi olabilir ve daha sonra bu alanda uygulamaya rehberlik edecek net politika veya protokollere sahip olmayabilir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Sonuç olarak, klinik uygulama prosedürü, daha önceden belirlenmiş, hiyerarşik, yazılı olmayan "kurallar" ve/veya personelin bu kuralları yerine getirme yeterliliğine dayanmaktadır (kanıt değeri yüksek).

### Ek hususlar

Meksika ve Tayland'da yapılan DSÖ'nün Üreme Sağlığı Kütüphanesi'nin (ÜSK) obstetrik uygulamalar üzerinde kullanımını teşvik etmek için çok yönlü eğitim stratejisine ilişkin ve seçici/kısıtlayıcı epizyotomiye teşvik etmeyi içeren bir küme randomize kontrollü çalışmadan elde edilen bulgular, Tayland'da seçici/kısıtlayıcı epizyotomi uygulamasının uygulanabilir olduğunu ve epizyotomi oranlarında düşüşe yol açtığını göstermektedir (182).

Rutin ya da serbest uygulanan epizyotominin seçici/kısıtlayıcı kullanımına geçmek, organizasyon kültüründe, eğitimde, takipte ve sürekli klinik uygulama denetiminde değişiklik yapılmasını gerektirecektir.

**Tablo 3.62 Kararların özeti: Epizyotominin rutin/serbest kullanımına kıyasla seçici/kısıtlayıcı epizyotomi politikasının karşılaştırılması**

İstenen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Önemsiz	- Küçük	✓ Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Büyük	- Orta	- Küçük	✓ Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler	-	-	-	- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Rutin epizyotomi destekler	- Muhtemelen rutin/serbest epizyotomi politikasını destekler	- Seçici/ kısıtlayıcı veya rutin/serbest epizyotimi politikasını desteklemez	✓ Muhtemelen Seçici/ kısıtlayıcı epizyotimi politikasını destekler	- Seçici/ kısıtlayıcı epizyotimi politikasını destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	- Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	✓ Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok	-	-	- Çok Düşük	✓ Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Rutin epizyotomi destekler	- Muhtemelen rutin/serbest epizyotomi politikasını destekler	- Seçici/ kısıtlayıcı veya rutin/serbest epizyotimi politikasını desteklemez	✓ Muhtemelen Seçici/ kısıtlayıcı epizyotimi politikasını destekler	- Seçici/ kısıtlayıcı epizyotimi politikasını destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azalmış	- Muhtemelen azalmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	✓ Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	✓ Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken	-	- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet



### 3.3.8 Fundal Bası

#### ÖNERİ 40

**Doğum eyleminin ikinci evresinde doğumun kolaylaştırılması için manuel fundal bası uygulanması önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- RGG'nin uygulanan bu işlemin anne ve bebeğe zarar verme potansiyeli konusunda ciddi endişeleri vardı.
- Panel, belirli bir protokole göre fundal basınç uygulamasının etkileri hakkında önemli kanıtlar sağlamaya yardımcı olabilecek devam eden bir çalışma olan Gentle Assisted Pushing (GAP) (Nazik Yardımla İtme) çalışması (183) konusunda bilgi sahibidir

#### Değerlendirmeler ve kanıtların özeti

##### Müdahalelerin etkileri (KB Tablo 3.8.8)

Kanıtlar, 3948 kadını içeren dokuz çalışmayı içeren bir Cochrane sistematik derlemesinden elde edilmiştir (184). Hindistan, İran, Güney Afrika ve Türkiye'de (2 çalışma) yapılan beş çalışmada (3057 kadın), düşük riskli gebeliğe sahip kadınlarda manuel fundal bası ile fundal bası yapılmayanlar karşılaştırılmıştır. İtalya, Kore Cumhuriyeti (2 çalışma) ve Birleşik Krallık'ta yapılan dört çalışmada (891 kadın), şişirilebilir bir kemer ile ölçülen fundal bası ile fundal bası yapılmayanlar karşılaştırılmıştır. Bu rehberin amaçları doğrultusunda, şişirilebilir kemer cihazlarının kullanımı araştırma ortamlarının ötesine geçmediğinden, yalnızca manuel fundal basınçla ilgili kanıtlar dikkate alınmıştır.

Dört çalışmada Kristeller manevrasına uygun olarak ve bir çalışmada küçük bir grup (120 kadın) ile "nazik yardımcı itme" (Ek hususlara bakınız) şeklinde manuel fundal bası uygulanmış ve çalışmalardan ikisi sadece primiparlar ile yapılmıştır. Bir çalışma fundal bası uygulanmasını üç girişim ile sınırlamıştır. Dahil edilen çalışmaların çoğunun tasarım kısıtlamaları vardır.

##### Karşılaştırma: Manuel fundal bası ile fundal bası yapılmayanların karşılaştırılması

##### Maternal sonuçlar

**Doğum şekli:** Sezaryen ve enstrümantal doğum oranları üzerindeki göreceli etkilere ilişkin kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Doğumun ikinci evresinin süresi:** Doğumun ikinci evresinin süresine dair kanıt çok düşük kesinliktedir. Kadınların, araştırmacı tarafından belirlenen bir zaman dilimi içerisinde kendiliğinden doğum yapamamasına dair düşük kesinlikteki kanıtlar, manuel fundal bası ile fundal bası yapılmaması arasında çok az bir fark olabileceğini veya hiç olmadığını göstermektedir (1 çalışma, 110 kadın, RR 0.96, 95% CI 0.71–1.28)

**Mortalite:** Bu sonuç çalışmalarda değerlendirilmemiştir.

**Morbidite:** Düşük kesinlikte kanıtlar, fundal bası ile fundal bası yapılmamasını karşılaştırıldığında, postpartum kanama üzerinde çok az etkisi olabileceğini veya hiçbir etkisi olmayabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 110 kadın, RR 1.87, 95% CI 0.58–6.06). Fundal basının yumuşak doku hasarı (vajina, perine veya uterus) üzerindeki etkisine ilişkin kanıtlar, özellikle verilerin az olmasından dolayı çok belirsizdir. Düşük kesinlikte kanıtlar, fundal bası uygulamasının, epizyotomi oranlarında fundal bası yapılmaması ile karşılaştırıldığında çok az bir fark yaratacağını veya hiç bir fark yaratmayacağını göstermektedir (1 çalışma, 317 kadın, RR 1.18, 95% CI 0.92-1.50). Çalışmaların hiçbirinde "ciddi maternal morbidite veya ölüm" sonucu rapor edilmemiştir.

**Doğum deneyimi:** Araştırmalarda anne memnuniyeti rapor edilmemiştir; ancak, kesinliği düşük kanıtlar, manuel fundal bası uygulanan kadınların, doğumdan sonra (analjezik gereksinimler açısından değerlendirilen) fundal bası almayanlara göre daha fazla ağrı yaşayabileceğini göstermektedir (1 çalışma, 209 kadın, RR 4.54, % 95 CI 2.21–9.34).

##### Fetal ve neonatal sonuçlar

**Doğum travması:** Kırık ve hematomlar da dahil olmak üzere doğum travmasına ilişkin kanıtlar, verilerin çok az olmasına bağlı olarak çok düşük kesinliktedir (küçük örnek, olay yok).

**Perinatal hipoksi-iskemi:** Düşük arteriyel kord pH'sı ve Apgar skoru 5. dakikada 7'den az olarak bulunduğu çalışmalarda kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

**Perinatal mortalite:** Karşılaştırma gruplarında (2 çalışma, 2445 yenidoğan) neonatal ölüm olmamıştır, bu nedenle neonatal ölümle ilgili kanıtlar çok düşük kesinliktedir.

##### Ek hususlar

Fundal bası uygulamasına ilişkin endişeler, annede veya bebekte aşırı kontrolsüz güç uygulamasından



kaynaklanan (185,186), uterus ve diğer organların rüptürü ve maternal ve perinatal ölüm dahil ciddi zarar görmesi ihtimalinden kaynaklanmaktadır; ancak bu olaylar literatürde sıklıkla bildirilmemektedir.

Dahil edilen çalışmalarda fundal bası, doğum görevlisinin elleriyle uygulanmıştır (yani önkol veya dirsek değil); bu nedenle kanıt, diğer fundal bası tekniklerinin uygulandığı ortamlar için geçerli değildir.

Bu derleme ayrıca şişirilebilir kemerle ilgili çalışmaları da içermektedir. Elde edilen orta-kesinlikteki kanıtlar, şişirilebilir bir kemerle yapılabilen fundal basının, fundal bası yapılmaması ile karşılaştırıldığında anal sfinkter hasarını (üçüncü derece yırtılma) muhtemelen arttırdığını göstermektedir (1 çalışma, 500 kadın, RR 15.69, 95% CI 2.10–117.02). Şişirilebilir kemer cihazları araştırma aşamasının ötesine geçmemiştir.

Halen Güney Afrika'da, gebeye dik pozisyonda uygulanan yeni bir fundal basınç tekniğini değerlendirmek amacıyla çok merkezli bir çalışma yürütülmektedir (183). Tekniğe "nazik yardımcı itme" denmektedir, sağlık profesyoneli, ellerinin avuçlarıyla, leğen kemiği yönünde, sadece ön kollarının gücünü kullanmaya özen göstererek ve vücut ağırlığı ile ek uygulama yapmamaya özen göstererek, "sağlam sert fundal bası" uygulamaktadır. Sağlık profesyonellerinin her kasılma süresince veya 30 saniye boyunca (hangisi daha kısaysa) basıncı sürdürmesi gerekmektedir. Bin yüz kırkbeş kadını kapsayan bu çalışmada, araştırmacılar daha yumuşak bir fundal bası biçiminin doğum sonuçlarını iyileştirip iyileştirmeyeceğini belirlemeyi amaçlıyorlar.

### Değerler

İntrapartum bakım sırasında kadınlar için neyin önemli olduğunu belirleyen nitel çalışmaların gözden geçirilmesinden elde edilen bulgulara göre (23), kadınların çoğu anne ve bebek için iyi sonuçları olan normal bir doğum istemekte ancak tıbbi müdahalenin bazen gerekli olabileceğini kabul etmektedir. Kadınların çoğu, özellikle ilk kez doğum yapanlar, doğum konusunda endişelidir (yüksek güvenilirlikte kanıt) ve bazı tıbbi müdahalelerden her

ne kadar korkuyor olsalar da, bazı bağlamlar ve/veya durumlarda, doğum eylemini kısaltmak veya ağrıyı hafifletmek için uygulanan müdahaleleri hoş karşılamaktadır (düşük güvenilirlikte kanıt). Müdahaleler yapıldığında, kadınlar kendi ihtiyaçlarına duyarlı, teknik olarak yetkin sağlık profesyonellerinden müdahale ile ilgili bilgi almak istemektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Bulgular ayrıca kadınların doğum süreçlerinin kontrolünü elinde tutmak istediklerini ve müdahalelerin kullanımı konusunda karar alma sürecine dahil olmak istediklerini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### Kaynaklar

Bu uygulamanın maliyetine veya maliyet etkinliğine dair kanıt yoktur.

### Eşitlik

Fundal basının eşitlik üzerindeki etkisine dair doğrudan bir kanıt bulunamamıştır. Bununla birlikte, kurum temelli/hastanede yapılan doğumda engellerin ve kolaylaştırıcıların gözden geçirilmesinden elde edilen dolaylı kanıtlar; kurumlardaki/hastanelerdeki sağlık bakımı sağlayıcılarının tanıdık olmayan doğum pozisyonları, kadınların bilmediği ve istemediği doğum uygulamalarını kullanmasının, GDODÜ'lerde dezavantajlı kadınların hastanede doğum yapmasının önündeki önemli bir engel olduğunu göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt) (8).

### Ek hususlar

DSÖ'nün 2015 Eşitsizlik Durum Raporu, yoksul, az eğitilmiş ve kırsal alanlarda yaşayan kadınların, daha avantajlı kadınlara göre sağlık sigorta kapsamlarının daha dar olduğunu ve daha kötü sağlık sonuçlarına sahip olduğunu göstermektedir (33). Yukarıdaki araştırma kanıtlarına dayanarak, dezavantajlı kadınların fundal basıyı yabancı ve istenmeyen bir uygulama olarak görmesi durumunda, bu müdahale, dezavantajlı kadınların sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmasına neden olarak eşitlik üzerinde olumsuz bir etki yaratabilmektedir. Ancak, fundal

**Tablo 3.63 Fundal bası uygulaması için temel kaynak gereksinimleri**

Kaynak	Tanımlama
Personel	■ Personel, fundal basının nasıl güvenle uygulanacağı konusunda eğitilmeli
Eğitim	■ Fundal basının güvenli bir şekilde nasıl uygulanacağı konusunda uygulama tabanlı eğitim
Malzemesi	■ Gerekli değil
Ekipman	■ Gerekli değil
Zaman	■ Uzman bir doğum görevlisi için ek süre gereklidir ve prosedürün süresine bağlı olarak değişebilir.
Danışmanlık ve izleme	■ Uyumun sağlanması için koğuş/klinik/kurum yöneticisi tarafından fundal bası protokolünü temel almak ve güvenli bir şekilde uygulanıp uygulanmadığını takip etmek için düzenli denetim ve inceleme

basıya dair belirli bir kanıt bulunmadığından, tam tersi bir görüş de doğru olabilir. Hindistan'da kırsal popülasyonda yapılan bir araştırmanın bulguları, fundal basının bazı geleneksel doğum uygulamalarının arzulan bir parçası olabileceğini göstermektedir (187).

Fundal basının kullanıldığı birçok yerde, kadınlara işleyiş hakkında yeterli bilgi verilmemekte ve rızası istenmemektedir. Onay verilmemişse veya ayırım gözetmeden ve aşırı güç uygulayarak uygulanmışsa, fundal bası uygulamak bir kadının insan haklarının kötüye kullanılması olarak düşünülebilir.

### **Kabul edilebilirlik**

Kadınların ve bakım verenlerin intrapartum bakıma yönelik görüş ve deneyimleri üzerine yapılmış nitel çalışmaların gözden geçirildiği bir sistematik derlemede fundal bası uygulamasını kabul etme ya da uygulamalarına ilişkin belirli bir kanıt yoktur (26). Ancak, bu derlemedeki genel bulgular, kadınların risk altında olmadıkça, bu tür prosedürlerden kaçınmayı tercih ettiğini göstermektedir (yüksek güvenilirlikte kanıt). Kadınlar yetkili, yetenekli ve hassas sağlık profesyonelleri (yüksek güvenilirlikte kanıt) tarafından bakılmak ve hızlı bir doğum (düşük güvenilirlikte kanıt) yapmayı tercih etseler bile, mümkün olduğunda travay ve doğum süreçlerinin kontrolünü ellerinde tutmak istemektedirler (yüksek güvenilirlikte kanıt).

### **Ek hususlar**

Kadınlara travay ve doğum sırasında nasıl davranıldığını inceleyen küresel bir girişimin bir parçası olarak, Gine'de yapılan nitel bir çalışmanın yazarları, sağlık profesyonellerinin fundusa

bastırırken aşırı güç kullandıklarını tespit etmişlerdir (41). Kadınlar bunu rahatsız edici, acı verici ve fiziksel istismara eş değer bir durum olarak bulmuştur.

Hindistan'ın kırsal bölgesinde yapılan bir çalışmada (187), yazarlar, fundal basının rutin olarak kullanıldığını, serbestlikle doğumun erken evrelerinde başladığını ve uygulamanın çoğu zaman uygulayan kişilerin kendisini tükenmiş hissetmelerine neden olduğunu bulmuştur. Yazarlar, kadınların deneyimlerini tartışmamış, ancak uygulama sonucunda bebeklerin bazen travmaya uğradığını belirtmiştir.

### **Uygulanabilirlik**

Kadınların ve sağlık profesyonellerinin intrapartum bakım görüş ve deneyimlerine dair nitel bir sistematik derlemede, fundal basıya dair kesin bir kanıt yoktur (26). Bununla birlikte, derlemeden elde edilen bulgular, personelin bazı durumlarda, yeterli ve hassas bir şekilde fundal basıyı kullanmak için zaman, eğitim veya kaynaklardan yoksun olabileceğini göstermektedir (orta güvenilirlikte kanıt).

### **Ek hususlar**

Kontrolsüz bir şekilde fundal bası uygulamasının kullanımı çeşitli ortamlarda yaygın olarak görülmektedir (118, 173, 184-190) ve sağlık profesyonellerinin tutarlı, standart ve kontrollü bir şekilde fundal bası uygulamasını sağlamak mümkün olmayabilir. Doğum görevlisinin bu prosedürü gerçekleştirmesi için başka bir sağlık uzmanından yardım alması gerekmektedir.

**Tablo 3.64 Kararların Özeti: Fundal bası uygulamasının fundal bası yapılmayanların ile karşılaştırılması**

İstenen etkiler	✓ Bilinmiyor	- Değişken		- Önemsiz	- Küçük	- Orta	- Büyük
İstenmeyen etkiler	- Bilinmiyor	- Değişken		- Büyük	✓ Orta	- Küçük	- Önemsiz
Kanıt kesinliği	- Dahil edilen çalışma yok			✓ Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Değerler				- Önemli belirsizlik veya değişebilirlik	✓ Muhtemelen önemli belirsizlik veya değişebilirlik	- Muhtemelen önemli olmayan belirsizlik veya değişebilirlik	- Önemsiz belirsizlik veya değişebilirlik
Etki dengesi	- Bilinmiyor	- Değişken	- Fundal bası yapılmamasını destekler	✓ Muhtemelen fundal bası yapılmamasını destekler	- Fundal bası yapılmasını veya yapılmamasını desteklemez	- Muhtemelen fundal bası yapılmasını destekler	- Fundal bası yapılmasını destekler
Gerekli Kaynaklar	- Bilinmiyor	- Değişken	- Büyük maliyetler	- Orta dereceli maliyetler	✓ Gözardı edilebilir maliyetler ya da tasarruflar	- Orta dereceli tasarruflar	- Büyük tasarruflar
Gerekli kaynakların kanıt kesinliği	✓ Dahil edilen çalışma yok			- Çok Düşük	- Düşük	- Orta	- Yüksek
Maliyet etkinliği	- Bilinmiyor	- Değişken	- Fundal bası yapılmamasını destekler	✓ Muhtemelen fundal bası yapılmamasını destekler	- Fundal bası yapılmasını veya yapılmamasını desteklemez	- Muhtemelen fundal bası yapılmasını destekler	- Fundal bası yapılmasını destekler
Eşitlik	- Bilinmiyor	- Değişken	- Azaltılmış	✓ Muhtemelen azaltılmış	- Muhtemelen hiçbir etkisi olmaz	- Muhtemelen artmış	- Artmış
Kabul edilebilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	✓ Muhtemelen hayır	- Muhtemelen evet	- Evet
Uygulanabilirlik	- Bilinmiyor	- Değişken		- Hayır	- Muhtemelen hayır	✓ Muhtemelen evet	- Evet

## 3.4 Doğumun üçüncü evresi

### 3.4.1 Profilaktik uterotonik

#### ÖNERİ 41

**Doğumun üçüncü evresinde postpartum kanamanın (PPK) önlenmesi için uterotonik kullanımı tüm doğumlar için önerilir. (Önerilir)**

#### ÖNERİ 42

**Oksitosin (10 IU, IM / IV), postpartum kanamanın (PPK) önlenmesi için önerilen uterotonik ilaçtır. (Önerilir)**

#### ÖNERİ 43

**Oksitosinin kullanılmadığı ortamlarda, diğer enjekte edilebilir uterotoniklerin (uygunsa ergometrin/ metilergometrin veya ergometrin ve oksitosin karışımı ilaç kombinasyonu) veya oral misoprostol (600 µg) kullanılması önerilir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneriler, bu rehberin RGG'nun orta kalitedeki kanıtlara dayanan güçlü tavsiyeler olarak belirledikleri, DSÖ'nün postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi konusundaki önerileri (191) birleştirilerek elde edilmiştir.
- Mevcut karşılaştırmalar sınırlıdır, ancak oksitosin ve ergometrin yararları arasında önemli bir fark bulunmamaktadır. Bu öneriler postpartum kanamanın önlenmesinde oksitosin ve ergometrin kullanımının benzer yararları olduğunun varsayılması ve ergometrinin yan etkilerinden kaçınma hususunda yüksek bir öneme sahiptir.
- Bu ilaçlar, hipertansif bozukluğu olan kadınlarda kontrendike olduğundan, postpartum kanamanın önlenmesi için ergot türevlerini seçerken dikkatli olunmalıdır. Bu nedenle, sağlık taramasından geçirilmemiş popülasyonlarda ergot türevlerinin kullanılmasından kaçınmak muhtemelen daha güvenlidir.
- Oral misoprostol (600 µg) RGG tarafından postpartum kanamanın önlenmesinde etkili bir ilaç olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte, RGG oksitosinin kan kaybını önlemede misoprostol ile karşılaştırıldığında; göreceli yararlarının yanı sıra misoprostolün oksitosine kıyasla olumsuz etkilerini de dikkate almıştır. RGG, 600-µg misoprostol dozunun 400-µg dozdan daha fazla yararı olduğuna dair kanıt bulunmadığını bildirmiştir. Düşük dozlarda düşük yan etki profili bulunmaktadır ancak düşük dozda misoprostol kullanımının etkinliği değerlendirilmemiştir.
- Uterotoniklerin yerine geçebilecek ilaçlar hakkındaki öneriler, oksitosinin mümkün olduğunca geniş ölçüde erişilebilir hale getirilmesi hedefinden uzaklaşmamalıdır.
- Misoprostolün toplumda eşit bir şekilde dağılımı ve doğumdan önce uygulanmasının olası ciddi sonuçları ile ilgili geçmiş etik kaygılar ışığında RGG, misoprostol kullanan kişileri eğitmeye ve uygulanan müdahalelerin toplumdaki dağılımını bilimsel olarak sağlam yöntemler ve uygun göstergelerle izlemeye önem vermektedir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste belirtilen kaynak rehber belgesinde bulunabilir:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf)

### 3.4.4 Göbek kordonunu geç klempleme

#### ÖNERİ 44

**Göbek kordonunu geç klempleme (doğumdan sonra 1 dakikadan daha erken değil) anne ve bebek sağlığı ve beslenme ile ilgili sonuçların iyileştirilmesi için önerilmektedir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ rehberinden* alınmıştır: iyileştirilmiş anne ve bebek sağlığı ve beslenme ile ilgili sonuçlar için kordonun geç klemplenmesi (192), bu rehberin RGG'nin orta dereceli kanıtlara dayanan güçlü bir önerisidir.
- Geç kordon klempleme temel yenidoğan bakımının sağlanması sırasında yapılmalıdır.
- HIV prevalansının yüksek olduğu bölgelerde çalışan bazı sağlık profesyonelleri, doğumun üçüncü evresinin yönetiminin bir parçası olarak geç kordon klempleme konusundaki endişelerini dile getirmişlerdir. Bu profesyoneller plasenta ayrılması sırasında kısmen ayrılan plasentanın maternal kana maruz kalabileceğinden ve maternal kanın bebeğe mikro transfüzyonuna neden olabileceğinden endişe duymaktadır. Anneden çocuğa HIV bulaşması potansiyelinin zaman içinde üç farklı noktada olabileceği gösterilmiştir: gebelik sırasında maternal kanın fetusa mikro transfüzyonları (intrauterin HIV bulaşması), vajinal doğumlarda fetusun doğum kanalından geçtiğinde maternal kan ve vajinal salgılara maruz kalma (intrapartum iletim) ve emzirme döneminde (doğum sonrası enfeksiyon). Bu nedenle, anneden çocuğa geçişi azaltmak için yapılan ana müdahale, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde, antiretroviral ilaçların kullanılması yoluyla maternal viral yükün azaltılmasıdır. Göbek kordonunu geç klemplemenin, anneden yenidoğana HIV bulaşması olasılığını arttırdığına dair bir kanıt yoktur. Maternal kan gebelik boyunca plasental intervillöz boşluktan süzülür ve doğumdan önce maternal-fetal geçiş riski düşüktür. Plasenta ayrılmasının maternal kana maruz kalmayı arttırması ve fetal plasental dolaşımı bozması muhtemel değildir (yani, plasenta ayrılması sırasında yenidoğan dolaşımının maternal kana maruz kalması pek olası değildir). Bu nedenle, kordonu klemplerken 1-3 dakikalık bir gecikmenin kanıtlanmış faydaları, en azından teorik ve kanıtlanmamış zararlardan ağır basmaktadır. HIV ile yaşayan veya bilinmeyen HIV statüsündeki kadınlar arasında bile gecikmeli kordon klempleme önerilir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste bulunan kaynak rehber belgesinde bulunabilir:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf)

### 3.4.6 Kontrollü kord traksiyonu (KKT)

#### ÖNERİ 45

**Nitelikli doğum görevlilerinin bulunduğu ortamlarda, eğer bakım sağlayıcısı ve kadın için kan kaybında küçük bir azalma ve doğumun üçüncü evresinde küçük bir azalma önemli olarak sayılıyorsa, vajinal doğumlarda kontrollü kord traksiyonu (KKT) önerilir.(Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi önerilerinden* entegre edilmiştir, bu rehberin RGG, orta güvenilirlikte kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlediği önerilerinden (191) alınmıştır.
- Bu öneri, tüm katılımcılarda doğum sonrası kanamanın önlenmesinde 10 IU oksitosinin kullanıldığı geniş randomize kontrollü bir çalışmaya dayanmaktadır. Bu kanıtlara dayanarak, KKT uzman doğum görevlileri tarafından uygulandığında, kan kaybı (kan kaybında ortalama 11 ml azalma) ve doğum eyleminin üçüncü evresi süresince küçük yararlı etkiler sağladığı için güvenli olarak kabul edilmiştir (ortalama 6 dakikalık azalma). Sağlık görevlisi, kadın ile profilaktik uterotonik ilaç kapsamında KKT uygulama kararını tartışmalıdır.
- PPK önlenmesinde ergot alkaloidleri kullanılıyorsa plasenta retansiyonunu en aza indirmek için KKT uygulanması gerekmektedir.
- KKT'nın Misoprostol ile birlikte kullanıldığında yararlarını veya risklerini belirlemek için yeterli kanıt yoktur.
- KKT, plasentanın ayrılmasının tedavisinde uygulanan ilk müdahaledir; bu nedenle, tıp ve ebelik müfredatında KKT'nın öğretilmesi gerekmektedir.
- En yeni kanıtlara dayanarak, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminin her bir bileşenin katkısı hakkında bir anlayış ortaya çıkmıştır. RGG, bu paket proramın birincil bir müdahaleye sahip olduğunu düşünmüştür: uterotonik kullanımı. Oksitosin kullanımı bağlamında, KKT küçük bir fayda sağlayabilmekteyken; uterus masajı postpartum kanamanın önlenmesi için bir fayda sağlamamaktadır. Kordonun erken klemplenmesi genellikle kontrendikedir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf)



### 3.4.7 Uterus masajı

#### ÖNERİ 46

**Sürekli uterus masajı, profilaktik oksitosin alan kadınlarda postpartum kanamayı (PPK) önlemeye yönelik bir müdahale olarak önerilmemektedir (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, DSÖ'nün postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi konusundaki önerilerinden (191) entegre edilmiş, bu rehberin RGG düşük kaliteli kanıtlara dayanan koşullu bir öneri olarak kabul ettiği önerilerden alınmıştır.
- Uterotonik ilaçlar kullanılmadığında veya oksitosin dışındaki bir uterotonik ilaç kullanıldığında uterus masajının postpartum kanamanın önlenmesindeki rolü konusunda kanıt bulunmamaktadır.
- Her ne kadar RGG küçük bir çalışmada sürekli uterus masajı ve kan pıhtılarının dışarıya çıkarılmasının ek uterotonik kullanımının azaltılması ile ilişkili olduğunu bildirmiş olmasına rağmen, diğer yararlarını destekleyen sağlam kanıtlar bulunmamaktadır. Bununla birlikte, RGG rutin olarak ve sık sık uterus tonusunun değerlendirmesinin, özellikle postpartum kanamanın erken dönemde tanısının optimizasyonu için, postpartum bakımın önemli bir parçası olduğunu düşünmektedir.
- En yeni kanıtlara dayanarak, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminin her bir bileşeninin katkısı hakkındaki bir anlayış ortaya çıkmıştır. RGG bu paketin birincil bir müdahaleye sahip olduğunu düşünmüştür: uterotonik kullanımı. Oksitosin kullanımı bağlamında, KKT küçük bir fayda sağlayabiliyorken, uterus masajı postpartum kanamanın önlenmesi açısından fayda sağlayamamaktadır. Kordonun erken klemplenmesi genellikle kontrendikedir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf)

## 3.5 Yenidoğan bakımı

### 3.5.1 Rutin nazal veya oral aspirasyonu

#### ÖNERİ 47

**Doğumdan sonra spontan nefes almaya başlayan berrak amniyon sıvısı ile doğan yenidoğanlarda burun ve ağız aspirasyon işlemi yapılmamalıdır. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, RGG'nun yüksek kalitede kanıtlara dayanan güçlü bir öneri rehberi olduğunu belirlediği temel DSÖ Temel yenidoğan resüsitasyonuna ilişkin Kılavuzları (193) alınmıştır.
- Başka bir uyarı yapılmamıştır.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf)

### 3.5.2 Ten tene temas

#### ÖNERİ 48

**Komplikasyon olmayan yenidoğanlar, hipotermiyi önlemek ve emzirmeyi desteklemek amacıyla doğumdan sonraki ilk bir saat boyunca anneleri ile ten tene temasta (TTT) tutulmalıdır. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün sık görülen çocukluk durumlarının yönetimi için tavsiyeleri*: RGG'nun düşük kalitede kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlediği *cep kitabı önerilerinin teknik güncellemesi için* kanıtlara ait tavsiyelerden alınmıştır (194).
- Başka bir uyarı yapılmamıştır.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf)

### 3.5.3 Emzirme

#### ÖNERİ 49

**Tüm yenidoğanlar, emzirilebilen düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler dahil, doğumdan sonra anne ve bebek klinik olarak stabil ve hazır olduğunda en kısa sürede memeye konmalıdır. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri *DSÖ'nün yenidoğan sağlığı önerilerinden (195)* alınmıştır. Bu öneriyi destekleyen kanıtlar, DSÖ'nün düşük ve orta gelirli ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebekler için optimal bebek beslenmesi hakkındaki rehberinde bulunabilir (196). Bu öneri, düşük kaliteli kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olarak belirlenmiştir.
- Başka bir uyarı yapılmamıştır.
- Bu öneriyi destekleyen kaynak ve kanıtlar aşağıda belirtilen rehber belgelerinde sırasıyla bulunabilir: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf> and [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241548366.pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366.pdf)

### 3.5.4 K vitamini kullanarak hemorajik hastalık profilaksisi

#### ÖNERİ 50

**Tüm yenidoğanlara doğumdan sonra intramüsküler olarak 1 mg K vitamini uygulanmalıdır (yani, emzirmenin başlatılması ve bebeğin anne ile ten tene temas etmesi gereken ilk saatten sonra).** (Önerilir)

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün sık görülen çocukluk durumlarının yönetimi için tavsiyeleri*: RGG'nun orta kalitede kanıtlara dayanan güçlü bir öneri olduğunu belirlediği *cep kitabı önerilerinin teknik güncellemesi için* kanıtlara ait tavsiyelerden alınmıştır (194).
- Başka bir uyarı yapılmadı.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf)

### 3.5.5 Yenidoğanın doğum sonrası banyo ve diğer bakımı

#### ÖNERİ 51

**Banyo doğumdan 24 saat sonrasına ertelenmelidir. Kültürel nedenlerden dolayı bu mümkün değilse, banyo en az altı saat ertelenmelidir. Bebeğin ortamın ısısına uygun şekilde giydirilmesi önerilmektedir. Bu, yetişkinlere göre bir ila iki kat daha fazla giysi ve şapka kullanımı anlamına gelmektedir. Anne ve bebek birbirinden ayrılmamalı ve 24 saat boyunca aynı odada kalmalıdır.** (Önerilir)

#### Görüşler

- Bu öneri, RGG'nun fikir birliğine dayalı güçlü durumsal öneriler olduğunu belirlediği RGG rehberi ve *DSÖ'nün doğum sonrası anne ve yenidoğan bakımı konusundaki önerileri* (197) birleştirilerek oluşturulmuştur.
- Başka bir uyarı yapılmamıştır.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf)

## 3.6 Doğum sonrası kadının bakımı

### 3.6.1 Uterus tonusunun değerlendirilmesi

#### ÖNERİ 52

**Tüm kadınlarda uterin atoninin erken teşhisi için postpartum abdominal uterus tonusu değerlendirmesi önerilmektedir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, RGG'nun çok düşük kaliteli kanıtlara dayanan güçlü önerilerin yer aldığı rehberin içinde bulunmaktadır ve *DSÖ'nün postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisi konusundaki önerileri (191)* bir araya getirilerek oluşturulmuştur.
- RGG rutin ve sık aralıklarla uterus tonusunun değerlendirilmesinin, özellikle erken PPK'nın erken dönemde tanımlanmasının optimizasyonu için doğum sonrası acil bakımın önemli bir parçası olmaya devam ettiğini düşünmektedir.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf)

### 3.6.2 Komplike olmayan vajinal doğum için antibiyotikler

#### ÖNERİ 53

**Komplike olmayan vajinal doğum yapan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün maternal peripartum enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi konusundaki önerileriyle (114)*, RGG'nun rehberindeki çok düşük kaliteli kanıtlara dayanan kuvvetli bir öneri olduğunu belirlediği öneriler birleştirilerek oluşturulmuştur.
- RGG bazı ortamlarda spesifik risk faktörleri olmadan vajinal doğum sonrası yüksek oranda rutin antibiyotik kullanımının halk sağlığı üzerindeki olası etkileri konusunda endişe etmektedir. Grup, bu tür rutin kullanımın antimikrobiyal direnci önlemeye yönelik küresel çabalar üzerindeki olumsuz etkilerine vurgu yapmaktadır ve bu nedenle rutin profilaktik antibiyotik kullanımına karşı güçlü bir öneride bulunmuştur.
- Bu bağlamda “komplike olmayan vajinal doğum”, herhangi bir spesifik risk faktörü veya klinik periferik enfeksiyon belirtileri olmayan vajinal doğum anlamına gelmektedir.
- Tüm kadınların doğumdan sonra dikkatli bir şekilde izlenmesi, herhangi bir endometrit belirtisini derhal tanımlamak ve uygun antibiyotik tedavisini başlatmak için gereklidir.
- Sık görülen intrapartum durumlar veya enfeksiyon riskinin artmasıyla ilgili endişeleri sıklıkla ortaya çıkaran müdahaleler sonrası antibiyotik kullanımı üzerine öneriler, DSÖ'nün orijinal rehberinde mevcuttur.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf)

### 3.6.3 Epizyotomi için rutin antibiyotik profilaksisi

#### ÖNERİ 54

**Epizyotomi uygulanan kadınlarda rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez. (Önerilmez)**

#### Görüşler

- Bu öneri, RGG rehberinde RGG'nun fikir birliğine dayanan güçlü bir öneri olarak belirlenen öneriler ve DSÖ'nün *maternal peripartum enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi konusundaki önerileri (197)* birleştirilerek oluşturulmuştur.
- Bu öneri halk sağlığı açısından klinik faydanın yokluğunda, yüksek epizyotomi oranı ve antibiyotiklerin potansiyel etkileri konusunda RGG fikir birliğine dayanıyordu. RGG, küresel düzeyde ortaya çıkmakta olan antimikrobiyal dirençten kaçınılmasına önem vermektedir ve bu nedenle güçlü bir öneride bulunmuştur.
- Bu öneri, vajinal doğum sonrası epizyotomi onarımı öncesi veya hemen sonrasında antibiyotik kullanımı için geçerlidir. Antibiyotikler yalnızca epizyotomi bölgesinde enfeksiyonunun klinik belirtileri olduğunda uygulanmalıdır.
- RGG, sağlık sistemlerinin potansiyel komplikasyonlarını azaltmak için rutin epizyotomi ve epizyotominin tedavisi için ek kaynakların kullanılması yerine kısıtlayıcı bir epizyotomi politikasının benimsemesi gerektiğini vurgulamıştır.
- İkinci derece perineal yırtıklar anatomik olarak epizyotomi ile benzerdir ve profilaktik antibiyotik kullanımını mazur göstermez.
- Epizyotomi yarasının üçüncü veya dördüncü derece perine yırtığı haline geldiği bir durumda, kaynak rehber belgesinde önerildiği gibi profilaktik antibiyotikler uygulanmalıdır (114).
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf)

### 3.6.4 Rutin postpartum maternal değerlendirme

#### ÖNERİ 55

**Postpartum dönemde tüm kadınların doğumdan sonraki ilk saatten itibaren ilk 24 saat boyunca düzenli olarak vajinal kanama durumu, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, vücut ısısı ve nabzının düzenli olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Tansiyon doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmelidir. Eğer normal ise, ikinci kan basıncı ölçümü altı saat içinde yapılmalıdır. İdrar çıkışı altı saat süresince takip edilmeli/kaydedilmelidir. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, bu rehber için RGG'nun, mevcut DSÖ rehberlerine dayanarak fikir birliğine vardığı *DSÖ'nün anne ve yenidoğanın doğum sonrası bakımına ilişkin tavsiyelerinden (197)* entegre edilmiştir.
- Başka bir uyarı yapılmamıştır.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf)

### 3.6.5 Komplikasyonsuz vajinal doğum sonrası postpartum taburculuk

#### ÖNERİ 56

**Bir sağlık kuruluşunda, komplikasyonsuz vajinal doğumdan sonrası, sağlıklı anneler ve yenidoğanları, postpartum dönemde en az 24 saat boyunca sağlık kuruluşunda bakım almalıdır. (Önerilir)**

#### Görüşler

- Bu öneri, *DSÖ'nün anne ve yenidoğanın doğum sonrası bakım rehberini*, bu rehberin RGG'nun düşük kaliteli kanıtlara dayanan koşullu olarak belirlediği önerilerden alınmıştır.
- Sağlık kuruluşlarında anneler ve yenidoğanlara, mevcut diğer DSÖ kurallarına uygun olarak standart bir bakım verilmelidir. Yenidoğana verilen bakım doğumda acil bir değerlendirme ile doğumdan yaklaşık bir saat sonra ve taburcu olmadan önce tam bir klinik muayeneyi içerir.
- “Sağlıklı anne ve yenidoğan” terimi taburcu olurken anneleri ve yenidoğanları değerlendirmek için kullanılan güvenli doğum kontrol listesinde tanımlanmaktadır (198).
- Taburcu olmadan önce, annenin kanaması kontrol edilmeli, anne ve bebekte enfeksiyon belirtileri olmamalı ve bebek iyi bir şekilde emiyor olmalıdır.
- Bu önerileri destekleyen kanıtlar aşağıdaki adreste yer alan kaynak rehber belgesinde bulunabilir:[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf)

## 4. Bu rehberin uygulanması: DSÖ intrapartum bakım modelinin tanıtılması

Bu rehberin amacı maternal, fetal ve yenidoğana ait sonuçları iyileştirme hedefi ile birlikte temel intrapartum bakım kalitesini arttırmaktır. Önerilen uygulamaların, farklı ülkelere, bölgesel şartlara ve kadınların kişisel özelliklerine göre uyarlanabilecek uygun bir bakım modelinde sunulması gerekir. Rehber Geliştirme Grubu (RGG) üyelerinin katkılarıyla, DSÖ, bu rehberde önerilen uygulamaların çeşitliliğini tam olarak dikkate alarak (Bölüm 3) ve insan hakları objektifinden bakarak mevcut intrapartum bakım sağlama modellerini yeniden değerlendirmiştir.

İlk olarak, RGG, tüm ortamlarda travay ve doğumla ilgili bakım kalitesini iyileştirmeye acil olarak ihtiyaç duyulduğunu vurgulamıştır. Çağdaş uygulamada travay ve doğum bakımı organizasyonunu ve sağlığı yönlendiren felsefelerde var olan önemli farklılıkları ve kadın ve bebeğine yönelik klinik sonuçların ve bakım deneyiminin büyük ölçüde geçerli bakım modeline göre belirlendiğini kabul ederek, RGG, sağlıklı gebeler için intrapartum bakımın, içeriğine bakılmaksızın tüm kadınlar tarafından alınması gereken ortak noktada birbiriyle ilişkili klinik ve klinik olmayan müdahaleler açısından nasıl verilmesi gerektiğini gözden geçirmiştir. Intrapartum bakım kalitesinde ihtiyaç duyulan iyileştirmeleri sağlamak için, RGG, intrapartum bakımın dünya çapında verildiği uygulamalarda önemli bir değişiklik yapılması gerektiğini kabul etmiştir. Bu önemli değişiklik, sağlık sistemleri ve ülkelerde varolabilecek serbest politikaların etkisine bakılmaksızın, kadın ve bebeği için mümkün olan en iyi fiziksel, duygusal ve psikolojik sonuçlara ulaşılmasının önemi ile bildirilmektedir. Grup, bu sonuçlara ulaşmak için, sağlık profesyonelleri tarafından kadın ve ailesi için hem klinik olarak ilgili sonuçlara hem de doğum deneyiminin iyileştirmesinde etkili olduğu gösterilen kritik bileşenlerin uygulanmasına öncelik verdiği bir bakım modeli kullanılması gerektiğini kabul etmiştir.

Bu amaçla, DSÖ anne ve yenidoğan sağlığı için bakım kalitesi çerçevesinin tüm uzmanlık alanlarına katkıda bulunan (12) ve kadını ve bebeğini bakımın merkezine yerleştiren küresel bir intrapartum

bakım modeli önermektedir (Şekil 4.1). Doğum sırasındaki bakımın ancak birbirine bağlı (sinerjik) kanıta dayalı bileşenler parçalanmayıp biraraya getirildiğinde, kadına gereksiz müdahaleler olmadan bebeğinin doğumunu tecrübe etme özgürlüğü verildiğinde, aynı zamanda ortaya çıkabilecek komplikasyonların zamanında ve uygun bir şekilde tanımlanması ve yönetilmesi sağlandığında doğum yapma yeteneğinin desteklenebileceği önermesine dayanmaktadır. Model, mevcut bakım modelleri bakımından ortamlar arasındaki farklılıkları kabul etmektedir ve mevcut bakım organizasyonunun kesintiye uğratılmadan benimsemesi için yeterince esneklerdir.

DSÖ intrapartum bakım modeli, bu rehberde yer alan 56 kanıta dayalı öneriye dayanmaktadır. Yeni modelin potansiyelini optimize etmek ve tüm kadınların sağlık kurumlarında kanıta dayalı, adil ve kaliteli intrapartum bakım almasını sağlamak için, bu öneriler bir bakım paketi olarak tüm kurum bazında, nazik, yetkili ve temel fiziksel kaynaklara erişimi olan motive sağlık profesyonellerince uygulanmalıdır. Sağlık sistemleri, insan hakları temelli bir yaklaşıma uygun olarak tüm kadınların istedikleri ve ihtiyaç duydukları ve bu bakım için sağlam bir temel oluşturması için bireyselleştirilmiş bakım türlerine erişmelerini sağlayan bu modeli uygulamayı amaçlamalıdır. DSÖ modeli için uygulama ile ilgili hususlar aşağıda yer alan Kutu 4.1'de bulunabilir.

DSÖ intrapartum bakım modeli, dünyadaki kadınların, ailelerin ve toplulukların yaşamlarını olumlu bir şekilde değiştirme potansiyeline sahiptir. Tüm ülke koşullarında yalnızca hayatta kalmayı amaçlamanın ötesinde ancak sürekli gelişen bir düzeyde hedefler belirler. DSÖ intrapartum bakım modelinin uygulanması, gereksiz tıbbi müdahalelerin azaltılması maliyet tasarrufuna yol açmalı ve bunun sonucunda dezavantajlı toplumlar için eşit bir şekilde ilerleme sağlamalıdır. Bu nedenle, tecrübeli doğum profesyoneli açığını gidermek ve kanıta dayalı bu intrapartum bakım modelini başarılı bir şekilde uygulamak amacıyla gereken altyapının iyileştirilmesi tüm paydaşlar için en büyük öncelik olmalıdır.



Şekil 4.1 DSÖ intrapartum bakım modelinin şematik gösterimi



#### KUTU 4.1

#### DSÖ intrapartum bakım modelinin uygulanması için dikkat edilmesi gerekenler

##### Sağlık politikasında önemli noktalar

- Sosyal, ekonomik, etnik, ırksal veya diğer faktörlerden bağımsız olarak, sağlık kurumlarında doğum yapan tüm gebeler için annelik bakımının kapsamını arttırmaya yönelik sağlam bir hükümet güvencesine ihtiyaç vardır. Sadece belirli bileşenler için değil, tüm öneri paketi için ulusal destek sağlanmalıdır.
- Politika gündemini belirlemek, geniş çapta sağlama almak ve politika oluşturma ve karar almada ilerleme sağlamak için, eğitim kurumlarının ve meslek örgütlerinin temsilcileri, her aşamada katılımcı süreçlere dahil edilmelidir.
- Görüşmeleri ve planlamayı kolaylaştırmak için, yeni intrapartum bakım modelinin hizmet kullanıcıları, sağlayıcıları ve maliyetleri üzerindeki beklenen etkisi hakkındaki duruma özel bilgiler derlenmeli ve topluma sunulmalıdır.
- Evrensel sağlık kapsamı bağlamında, tüm kadınların kaliteli annelik hizmetlerine yeterince erişebilmesini sağlamak için sağlık hizmetinin kamu finansmanını artırma stratejilerinin gözden geçirilmesi gerekecektir. Düşük gelirli ülkelerde bağıışçılar, uygulamayı yaygınlaştırmada önemli bir rol oynayabilir.

##### Örgütsel veya sağlık sistemi düzeyinde önemli noktalar

- Nitelikli ebe eksikliğini gidermek, kurum altyapısını ve sevk yollarını iyileştirmek ve kaliteli doğum hizmetlerini güçlendirmek ve sürdürmek için kaynak üretimi ve bütçe tahsisi için uzun vadeli planlamaya ihtiyaç vardır.
- Modelin tanıtımı, eğitim kurumlarını ve meslek kuruluşlarını içermelidir, böylece hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim müfredatı mümkün olduğu kadar çabuk ve sorunsuz bir şekilde güncellenebilir.
- Tüm sağlık bakımı sağlayıcılarının (i) normal ve anormal doğum eylemi/ travay ve doğum süreci ile ilgili temel kavramları ve gereken uygun desteği anlamasını sağlamak için revize edilmiş bir partograf da dahil olmak üzere standartlaştırılmış doğum izleme araçlarının geliştirilmesi ve (ii) standartlaştırılmış araçları uygulanması gerekecektir.

- Ulusal Temel İlaçlar Listesinin güncellenmesi gerekecektir (örneğin, travay sırasında ağrı kesilmesi için hazır olacak ilaçlar dahil).
- DSÖ intrapartum bakım modeline dayanan ulusal rehberlerin ve/veya kurum tabanlı protokollerin geliştirilmesi veya gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sezaryen olanaklarının bulunmadığı sağlık tesisleri için, eğer intrapartum komplikasyonlar gelişirse daha üst basamak bakım seviyesine zamanında ve uygun sevk ve transferi sağlamak için bağlama-özel veya duruma-özel rehberliğin (örneğin, üst basamaktaki tesise seyahat süresi dikkate alınarak) geliştirilmesi gerekecektir.
- Sevk yollarının güvenli olmasını sağlamak için birincil ve üst basamak tesisler arasında iyi kalitede denetim, iletişim ve ulaşım bağlantıları kurulmalıdır.
- Tedarik zinciri yönetimini, tedarik stoğunun elde edilmesi ve sürdürülmesi için protokollerin geliştirilmesi gibi yerel gereksinimlere göre iyileştirmek için stratejilerin geliştirilmesi gerekecektir.
- DSÖ intrapartum bakım modelini kolaylaştırmak ve sağlıklı gebelerin üst düzey kurumlarda yaygın olan gereksiz müdahalelere maruz kalmasını azaltmak için alternatif annelik bakım kurmlarında (örn. ebe liderliğindeki doğum birimleri) bakım almasına önem verilmelidir.
- Kanıta dayalı olmayan intrapartum bakım uygulamalarının kemikleştirildiği ortamlarda sağlık bakımı sağlayıcılarına ve diğer paydaşlara yönelik davranış değişikliği stratejileri gerekebilir.
- Başarılı uygulama stratejileri belgelenmeli ve diğer uygulayıcılar için en iyi uygulama örnekleri olarak paylaşılmalıdır.

#### **Kullanıcı düzeyinde önemli noktalar**

- Şu konular hakkında bilgi yaymak için topluluk düzeyinde duyarlılık faaliyetleri yapılmalıdır:
  - kurumlarda gebelere ve bebeklere temel insan hakkı olarak saygılı annelik bakımı (SAB);
  - kadınların doğum deneyiminde ilerlemeye yol açan kurum temelli uygulamalar (örneğin, SAB (saygılı annelik bakımı), travay ve doğum refakati, etkili iletişim, doğum pozisyonu seçimi, ağrı kesici yöntem seçimi); ve
  - sağlıklı gebeler için önerilmeyen ve artık kurumlarda uygulanmayan gereksiz doğum uygulamaları (örneğin, epizyotomun serbest/liberal kullanımı, fundal bası, rutin amniyotomi).

## 5. Araştırma sonuçları

Rehber geliştirme sürecinde, Rehber Geliştirme Grubu (RGG), öncelikli olarak araştırma yoluyla ele alınması gereken önemli bilgi eksikliklerini belirlemiştir. Mevcut kanıtların kesinliğinin “düşük” veya “çok düşük” olarak derecelendirildiği durumlarda, RGG bu tür bir araştırmanın kadınların doğum deneyimindeki iyileşmelere katkıda bulunup bulunmamasına, eşitliği teşvik etmesinin muhtemel olup olmadığına ve uygulanmasının uygun olup olmamasına bağlı olarak daha fazla araştırmaya öncelik verilmesi gerekip gerekmediğini değerlendirmiştir. RGG'nun öncelikli belirlediği eksik araştırma konuları aşağıda listelenmiştir.

### Travay ve doğum boyunca bakım

#### Saygılı annelik bakımı (SAB)

- SAB politikasının, önemli maternal ve perinatal sonuçlar ve uzun vadeli sağlık ve iyilik hali üzerindeki etkileri nelerdir?
- Hangi bileşenler/bileşen setleri en etkilidir ve hangi bağlamlarda etkilidir?
- Geçerlilik ve cevap verme açısından klinik ortamlarda en iyi SAB göstergeleri nelerdir?
- SAB'nı farklı GDODÜ ve GDYÜ ortamlarında uygulamak için etkili stratejiler nelerdir?
- SAB'nı kalite geliştirme girişimlerine entegre etmek için daha fazla geliştirilmesi ve test edilmesi gereken yenilikçi yaklaşımlar nelerdir?

#### Etkili iletişim

- İletişim becerileri eğitiminin kadın ve bakım veren kişilerin kurum temelli doğum deneyimleri üzerindeki etkileri nelerdir?
- İletişimin hangi düzeyi, türü ve diğer özellikleri kaygının azaltılmasında ve kadınları doğum süreçlerini kontrol altına alma konusunda güçlendirmede etkilidir?
- İletişimin hangi düzeyi, türü ve diğer özellikleri doğum reaktörlerinin/arkadaşlarının/eşlerinin doğru bilgilendirilmesinde etkilidir?
- Etkili iletişimin sağlanması için en uygun nitelikli doğum görevlisi-kadın oranı nedir?

#### Travay ve doğum sırasında refakat

- Farklı ortamlarda ve kültürlerde kadınlara refakat edilmesini sağlayacak en iyi sağlık sistemi modelleri nelerdir? Etkili olabilecek başka refakat modelleri var mı (örn. bir doğum doula aynı anda

birden fazla kadını destekliyorsa)?

- Doğum sonuçlarını iyileştirecek doula / refakat eğitimi için en iyi model hangisidir?
- Personel tarafından sağlanan doğum bakımını olumsuz etkilemeden doğum sırasında refakatçileri en iyi şekilde ağırlamak için doğum hizmeti veren sağlık kurumlarında ne tür doğum alanlarına ve diğer kurumlara ihtiyaç vardır?
- Farklı refakat modelleri ile ilişkili eğitim ve altyapı ile ilgili maliyetler nelerdir?

### Doğumun birinci evresi

#### Doğum Süreci

- Gereksiz müdahaleleri azaltmak ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için doğumun izlenmesi ve karar vermede rehberlikte kullanılabilecek ideal kağıt tabanlı veya dijital ideal araç nedir?
- İyileştirilmiş doğum sonuçları açısından, periferik ortamlardan üst basamak kurumlara sevk edilmeye kadınlara öncelik sırasına koymaya yönelik bir araç olarak bir referans çizgisinin (“uyarı çizgisi” gibi) etkinliği nedir?
- Uzun süren travayın kolaylaştırılmasının sağlık sonuçları ve sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisi nedir?

#### Doğum servisine kabul politikası

- Travayın erken evrelerindeki sağlıklı gebelerin doğrudan doğum servisine kabul edilmesi ile karşılaştırıldığında doğum servisine geç kabul doğum sonuçlarını iyileştirir mi?

#### Kliniğe yatış sırasındaki klinik pelvimetri

- Sezaryen olanağı olmayan uzak veya kırsal tesislerde, travay/doğum sırasında rutin klinik pelvimetri, sefalo pelvik uyumsuzluk riski taşıyan kadınları ayırma için yararlı bir değerlendirme midir?

#### Kliniğe /yatış sırasında rutin kardiyotokografi (KTG)

- GDODÜ'lerde düşük riskli olarak sınıflandırılan kadınlar ve doğum öncesi bakım hizmetinin yetersiz olduğu herhangi bir ortam için, doğumhaneye başvuruda rutin kardiyotokografi doğum sonuçlarını iyileştirebilir mi?

#### Doğum sırasında sürekli KTG

- Mobil sürekli KTG risk faktörü olmayan kadınların doğum sonuçları üzerindeki etkileri nelerdir?

- Bu müdahale uygun maliyetli, eşitlikçi, kabul edilebilir ve uygulanabilir mi?
- Yüksek kaliteli annelik bakımına sahip ortamlarda doğum yapan kadınlar, gelişmiş KTG teknolojilerinden yararlanabilir mi?

#### Doğum sırasında aralıklı oskültasyon (AO) yöntemi

- GDODÜ'lerde doğum yapan sağlıklı kadınlarda, Doppler ultrason cihazı ile yapılan aralıklı oskültasyon (AO) ile KTG ile yapılan aralıklı oskültasyonun (AO) (evrak kaydı olan ve olmayan) karşılaştırıldığında doğum sonuçları üzerindeki etkileri nelerdir?
- GDODÜ'lerde aralıklı KTG uygulanabilir ve uygun maliyetli midir?
- Aralıklı oskültasyonun farklı protokollerinin (süre, aralık ve zamanlama) doğum sonuçları açısından karşılaştırmalı etkileri (yararları ve zararları) nelerdir?

#### Opioid analjezi

- Kadınların, doğum ağrısının giderilmesinde opioidin önemi ve kullanımı ile ilgili deneyimleri nelerdir?
- İntrapartum opioid kullanımı ile ileri dönemlerde çocuklarda görülen opioid bağımlılığı arasında bir ilişki var mı?

#### Doğum İkinci evresi

##### Epizyotomi politikası

- Doğum eyleminin ikinci evresindeki gebeler için epizyotomi açmama ile açıkça tanımlanmış klinik endikasyonlara dayanan sınırlı epizyotomi karşılaştırıldığında doğum sonuçlarını iyileştirir mi?

#### Fundal Bası

- Fundal bası uygulamasının kullanımının azaltılmasında hangi uygulama stratejileri etkilidir?

## 6. Yaygınlaştırma

Bu rehber çevrimiçi olarak indirilebilir ve aynı zamanda basılı olarak yayınlanmıştır. Çevrimiçi versiyonlara, DSÖ Üreme Sağlığı ve Araştırma Bölümleri (Departments of Reproductive Health and Research [RHR]) ve Anne, Yenidoğan, Çocuk ve Ergen Sağlığı (Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health [MCA],) web siteleri ve DSÖ Üreme Sağlığı Kütüphanesi (Reproductive Health Library [RHL]) aracılığıyla erişilebilir.<sup>1</sup> Basılı versiyonlar doğum öncesi bakım rehberi için geliştirilen aynı dağıtım listesini kullanarak DSÖ bölge ve ülke ofislerine, sağlık bakanlıklarına, DSÖ işbirliği merkezlerine, STK ortaklarına ve meslek birliklerine dağıtılacaktır: *DSÖ pozitif bir gebelik deneyimi için doğum öncesi bakım önerileri (35)*. Bu rehber AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) (Araştırma ve Değerlendirme Rehberinin Değerlendirilmesi) belgesine dayanan bağımsız bir eleştirel değerlendirme eşlik edecektir (199). Politika ve programın uygulanmasından sorumlu ekiplerle yeni DSÖ intrapartum bakım modelinin uygulanmasına yönelik pratik bir el kitabını içerecek olan öneri ve türev ürünlerin paylaşılması için WHO RHR ve MCA Bölümlerinde teknik toplantılar yapılacaktır.

İki kanıt özeti geliştirilecektir: biri politika yapıcılar ve program yöneticileri için, diğeri sağlık profesyonelleri için. Önerileri ve uygulama ile ilgili bağlamsal konuları vurgulayacak olan bu kanıt özetleri, USAID, FIGO ve ICM ile işbirliği içinde geliştirilecek ve yaygınlaştırılacaktır.

Bu yayının genişletilmiş özeti ve önerileri, DSÖ bölge ve ülke ofisleri aracılığıyla ve WHO RHR ve MCA Departmanlarının personeli tarafından düzenlenen veya bu personelin katıldığı toplantılar sırasında yayılması amacıyla altı BM diline çevrilecektir.

Bu rehberin çevrimiçi ve basılı sürümlerine ek olarak, Infografikleri (bilgilendirme grafikleri) konusunda uzmanlaşmış profesyonel bir içerik, iletişim ve tasarım firması tarafından geliştirilecek etkileşimli bir web tabanlı sürüm de planlanmaktadır. Bu sürüm, rehber önerilerinin çevrimiçi ortamda kullanıcı dostu bir biçimde sunulmasını sağlayarak, yayılmasını ve alınmasını kolaylaştıracak ve önerilerin güncel ve kapsamlı olması için çapraz referansla ilişkilendirilen önerilerin sürekli olarak güncellenmesini veya eklenmesini sağlayacaktır. Ayrıca, odaklanmış faaliyetlerin ve ürünlerin geliştirilmesine olanak sağlayacaktır.

İngilizce, Fransızca, Portekizce ve İspanyolca (daha sonra

DSÖ Bölge Ofisi ile işbirliği içinde Amerika/ Pan Amerikan Sağlık Örgütü [PAHO]) web tabanlı sürümleri planlanmıştır ve için bütçe ayrılmıştır. Rehber ayrıca, DSÖ Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı web sitesinde, aylık RHR Haberlerinin bir parçası olarak yayınlanacaktır. Bu site şu anda dünyanın her yerinden klinisyenler, program yöneticileri, politikacılar ve sağlık hizmeti kullanıcıları dahil olmak üzere 4500'ün üzerinde aboneye sahiptir. Ek olarak, DSÖ'nün açık erişim ve telif hakkı politikalarına uygun olarak, önerileri ve anahtar uygulama hususlarını sunan birkaç makale yayınlanacaktır. Anne, Yenidoğan ve Çocuk Sağlığı Ortaklığı (PMNCH) gibi ilgili DSÖ dizileri, departmanları ve ortaklıkları da bu yayıma sürecinin bir parçası olacaktır.

DSÖ rehberlerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve haklarıyla ilgili kısmının yayılmasını artırmak amacıyla, DSÖ rehber ilkeleri ve önerileri veri tabanında arama yapabilen bir arama fonksiyonu oluşturulmuştur ve son zamanlarda Üreme Sağlığı ve Araştırma Dairesi tarafından başlatılmıştır. Intrapartum bakım rehberi önerilerinin bu arama fonksiyonu aracılığıyla kullanılabilir olması sağlanacaktır.

Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı'nın Anne ve Perinatal Sağlık ve Güvenli Olmayan Kürtaj Önleme (The Maternal and Perinatal Health and Preventing Unsafe Abortion) ekibi, MCA Departmanı ve diğer ortaklarla iş birliği içinde, rehberin uyarlanması ve uygulanması için ulusal ve alt çalışma gruplarını destekleyecektir. Bu süreç, DSÖ rehberine uygun olarak mevcut ulusal rehberlerin veya protokollerin geliştirilmesini veya gözden geçirilmesini içerecektir. GREAT Ağı (Guideline-driven, Research priorities, Evidence synthesis, Application of evidence, and Transfer of knowledge) (Rehberlere dayalı, Araştırma öncelikleri, Kanıt sentezi, Kanıtların uygulanması ve Bilgi Aktarımı), rehberin uygulanmasına yönelik, öncelikleri, engelleri ve kolaylaştırıcıları belirlemek ve değerlendirmek için ilgili paydaşları bir araya getirmek ve paydaşların yerel koşullara uyarlanmış uyarlamalar ve rehber uygulama stratejileri geliştirme çabalarını desteklemek için kullanılacaktır (200). Bu ağ, paydaş toplantılarına katılımın yanı sıra, yerel rehber uygulayıcıların eğitim rehberlerinin geliştirilmesinde teknik desteği, akış çizelgelerini ve kalite göstergelerini içerir.

<sup>1</sup>RHL is available at: <http://apps.who.int/rhl/en/>

<sup>2</sup>This can be accessed at: [search.optimizemnh.org](http://search.optimizemnh.org)

## 7. Uygulanabilirlik sorunları

### 7.1 Rehberin intrapartum bakımın organizasyonu üzerindeki beklenen etkisi

Bu rehberdeki önerilerin etkili bir şekilde uygulanması, bakımın yeniden düzenlenmesi ve sağlık kaynaklarının yeniden dağıtılmasını gerektirebilir. Uygulamaya olası engeller şunlardır:

- Önerilen uygulamaları yerine getirmek, denetlemek ve desteklemek için gerekli uzmanlık ve becerilere sahip insan kaynakları eksikliği;
- sağlık bakımı sağlayıcıları ve sistem yöneticileri arasında yeni önerilen müdahalelerin değerini anlama eksikliği;
- sağlık bakımı sağlayıcılarının kanıta dayalı olmayan uygulamalardan kanıta dayalı uygulamalara geçme konusundaki direnci;
- müdahaleleri destekleyecek altyapı eksikliği (örn. erken doğum eyleminde kadınlar için rahat doğum bekleme odaları, ılık perineal kompresler için ılık su, doğum refakatçileri için tuvalet);
- Bazı farmakolojik olmayan ağrı yönetim yöntemleri için fiziksel alan eksikliği (örn. travay için kalacak yer)
- temel ekipman, gereç ve ilaç eksikliği (örn. Doppler ultrason cihazı ve Pinard fetal stetoskop);
- Ek bakıma ihtiyaç duyduğu tespit edilen kadınlar için etkili sevk mekanizmalarının ve bakım yollarının eksikliği; ve

- Önerilen uygulamaları belgelemek ve izlemek için tasarlanmış sağlık bilgi yönetim sistemlerinin eksikliği (örn. hasta kayıtları, kayıtlar).

Bu engellerin aşılması ve uygulanmasının kolaylaştırılması için çeşitli stratejiler, Bölüm 4 ve Ek 4'teki uygulama hususları listelerinde verilmiştir.

### 7.2 Rehberin etkisinin izlenmesi ve değerlendirilmesi

Bu önerilerin uygulanması ve etkisi, sağlık hizmeti, bölge ve ülke düzeyinde izlenecektir. *DSÖ'nün yayını, sağlık kurumlarında anne ve yenidoğan bakımının kalitesini iyileştirmeye yönelik standartları (201)*, yerel olarak kabul görmüş hedeflere sahip bakım kriterlerini ve göstergelerini tanımlamak için kullanılabilir öncelikli girdi, çıktı ve sonuç önlemlerinin bir listesini sunmaktadır. DSÖ Üreme Sağlığı ve Araştırma Bölümleri (RHR) ve Anne, Yenidoğan, Çocuk ve Ergen Sağlığı (MCA) bölümlerinin izleme ve değerlendirme ekipleriyle iş birliği içinde, önerilerin ülke ve bölgesel düzeyde uygulanmasına ilişkin veriler, kısa ve orta vadede bireysel DSÖ Üye Devletlerinin ulusal politikaları üzerindeki etkilerini değerlendirmek için toplanacak ve değerlendirilecektir. Kesintili zaman serileri, klinik denetimler veya kriter temelli denetimler bu rehberde yer alan uygulamalarla ilgili verileri elde etmek için kullanılabilir.

## 8. Rehberin güncellenmesi

DSÖ anne ve perinatal sağlık rehberlerin güncellenmesi sürecine uygun olarak, rehberin uygulanmasından sonra kanıt eksikliklerinin belirlenmesi ve eksiklerin yerine köprü kurulması için sistematik ve sürekli bir süreç kullanılacaktır. Anne ve perinatal sağlığa yönelik önerileri düzenleyen Rehber Yönlendirme/Yönetim Grubu (RYG), DSÖ'nün mevcut anne ve perinatal sağlık önerileri portföyünü gözden geçirmek ve önerileri geliştirmek ve güncellemek için yeni ve mevcut sorunları önceliklendirmek üzere her yıl toplanacaktır. Buna göre, bu rehberde yer alan tavsiyeler RYG yönetiminin ihtiyaç duyduğu şekilde düzenli olarak gözden geçirilecek ve önceliklendirilecektir. Yeni kanıtların (potansiyel olarak önerilerden herhangi birinin mevcut kanıt tabanını etkileyebilecek kanıtlar) tanımlanması durumunda, öneri güncellenecektir. Belirli bir öneri için yeni bir rapor sunulmadıysa

veya bilgi tanımlanmadıysa önerinin geçerlilik süresi uzatılacaktır.

DSÖ Yönlendirme/Yönetim Grubu, yeni önerilerin veya yayınlanan önerilerde bir değişikliğin garanti altına alınabileceği intrapartum bakım alanındaki araştırma gelişmelerini, özellikle kanıt bulunamayan ve düşük kaliteli kanıtlarla desteklenenler sorular/ sorunlar için izlemeye devam edecektir. Rehber için herhangi bir önerinin geçerliliği ile ilgili endişeler, derhal web sitesi aracılığıyla iletilecek ve önerinin gerektiği gibi güncellenmesi için planlar yapılacaktır.<sup>1</sup> DSÖ, bu rehberin gelecekteki güncellemelerine dahil edilmek üzere ek sorularla ilgili önerileri memnuniyetle karşılayacaktır; öneriler, DSÖ Üreme Sağlığı ve Araştırma Dairesi'ne e-posta ile gönderilebilir (reproductivehealth@who.int).

<sup>1</sup> Available at: [www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/index.html)



## 9. Kaynaklar<sup>1</sup>

1. The state of the world's children 2016: a fair chance for every child. New York (NY): United Nations Children's Fund; 2016 ([https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf), accessed 20 October 2017).
2. Danilack VA, Nunes AP, Phipps MG. Unexpected complications of low-risk pregnancies in the United States. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(6):809.e1-6.
3. Intrapartum care for healthy women and babies. NICE clinical guideline 190. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2014 ([http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE\\_clinical\\_guideline\\_190\\_dec2014.pdf](http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec2014.pdf), accessed 20 October 2017).
4. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2014;384(9947):980–1004.
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2014;2(6):e323–33.
6. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 2016;387(10018):587–603.
7. Bhutta ZA, Das JK, Bahl R, Lawn JE, Salam RA, Paul VK, et al. Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet.* 2014;384(9940):347–70.
8. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health.* 2014;11(1):71.
9. Coulm B, Le Ray C, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France: do maternity unit characteristics make a difference? *Birth.* 2012;39(3):183–91.
10. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. European Perinatal Health Report. Euro-Peristat Project; 2013 (<http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>, accessed 12 December 2017).
11. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129–45.
12. Tunçalp Ö, Were WM, MacLennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. *BJOG.* 2015;122(8):1045–9.
13. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(1):103–15.
14. Hanley GE, Munro S, Greyson D, Gross MM, Hundley V, Spiby H, et al. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:71.
15. Neal JL, Lowe NK, Patrick TE, Cabbage LA, Corwin EJ. What is the slowest-yet-normal cervical dilation rate among nulliparous women with spontaneous labor onset? *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2010;39(4):361–9.
16. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281–7.
17. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. *Obstet Gynecol.* 2010;115(4):705–10.
18. Zhang J, Troendle JF, Yancey MK. Reassessing the labor curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187(4):824–8.
19. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors, second edition. Geneva: World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/), accessed 7 December 2017).
20. WHO handbook for guideline development. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://www.who.int/publications/guidelines/handbook\\_2nd\\_ed.pdf](http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf), accessed 10 October 2017).
21. The GRADE working group; 2017 (<http://gradeworkinggroup.org/>, accessed 12 December 2017).
22. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(7):CD003766.
23. Downe S, Finlayson K, Oladapo OT, Bonet M, Gülmezoglu AM. What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. *PLoS One.* 2018;13(4):e0194906.
24. DECIDE (2011–2015). In: DECIDE [website]. DECIDE; 2017 (<http://www.decide-collaboration.eu>, accessed 12 December 2017).
25. The GRADE-CERQual Project Group. In: GRADE-CERQual [website]; 2016 (<http://www.cerqual.org/>, accessed 26 January 2018).

<sup>1</sup> “+” ek açıklamasıyla başlayan alıntılara sahip Cochrane incelemeleri, bu rehberin amacı doğrultusunda güncellendi veya tamamlandı.

26. Downe S, Finlayson K, Thomson G, Hall-Moran V, Feeley C, Oladapo OT. WHO recommendations for interventions during labour and birth: qualitative evidence synthesis of the views and experiences of service users and providers. 2018 (unpublished).
27. 'Bohren MA, Munthe-Kaas H, Berger BO, Allanson EE, Tunçalp Ö. Perceptions and experiences of labour companionship: a qualitative evidence synthesis (Protocol). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(12):CD012449.
28. Shakibazadeh E, Namadian M, Bohren MA, Vogel JP, Rashidian A, Pileggi VN, et al. Respectful care during childbirth in health facilities globally: a qualitative evidence synthesis. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.15015.
29. Higgins JPT, Green S, editors. *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*, version 5.1.0. The Cochrane Collaboration; 2011 (<http://handbook-5-1.cochrane.org/>, accessed 12 December 2017).
30. Walsh D, Downe S. Appraising the quality of qualitative research. *Midwifery*. 2006;22(2):108–19.
31. OneHealth Model: intervention treatment assumptions. Geneva and Glastonbury (CT): United Nations InterAgency Working Group on Costing and the Futures Institute; 2013 (<http://avenirhealth.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf>, accessed 18 December 2017).
32. WHO compendium of innovative health technologies for low-resource settings. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/medical\\_devices/innovation/compendium/en/](http://www.who.int/medical_devices/innovation/compendium/en/), accessed 18 December 2017).
33. State of inequality: reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/state-of-inequality/en/>, accessed 18 December 2017).
34. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf), accessed 17 January 2018).
35. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/), accessed 10 October 2017).
36. Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. Geneva: WHO; 2015 ([http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/abortion-task-shifting/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/en/), accessed 19 October 2017).
37. EPOC resources for review authors. In: *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC)* [website]. The Cochrane Collaboration; 2018 (<http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>, accessed 22 January 2018).
38. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum care services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018; 15:23.
39. United Nations Human Rights Council. Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality. United Nations; 2012 (A/HRC/21/22; [http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf), accessed 17 January 2018).
40. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640–55.
41. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, Soumah AM, Vogel JP, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. *Reprod Health*. 2017;14:3.
42. Balde MD, Bangoura A, Diallo BA, Sall O, Balde H, Niakate AS, et al. A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reprod Health*. 2017;14(1):4.
43. Chang YS, Coxon K, Portela AG, Furuta M, Bick D. Interventions to support effective communication between maternity care staff and women in labour: a mixed methods systematic review. *Midwifery*. 2017;59:4–16.
44. Bashour H, Kanaan M, Kharouf M, Abdulsalam A, Tabbaa M, Cheika S. The effect of training doctors in communications skills on women's satisfaction with doctor–woman relationship during labour and delivery: a stepped wedge cluster randomized controlled trial in Damascus. *BMJ Open*. 2013;3(8):1–11.
45. Crofts J, Barlett C, Ellis D, Winter C, Donald F, Hunt L, et al. Patient-actor perception of care: a comparison of obstetric emergency training using manikins and patient-actors. *Qual Saf Health Care*. 2008;17:20–4.
46. WHO recommendations for augmentation of labour. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf), accessed 17 January 2018).
47. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742\\_report\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf), accessed 17 January 2018).
48. Spiby H, Green JM, Darwin Z, Willmot H, Knox D, McLeish J, et al. Multisite implementation of trained volunteer doula support for disadvantaged childbearing women: a mixed-methods evaluation. *Health Services and Delivery Research*. 2015;3:8.

49. Munoz EG, Collins M. Establishing a volunteer doula program within a nurse-midwifery education program: a winning situation for both clients and students. *J Midwifery Womens Health*. 2015;60:274–7.
50. Campbell DA, Lake MF, Falk M, Backstrand JR. A randomized control trial of continuous support in labor by a lay doula. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35:456–64.
51. Darwin Z, Green J, McLeish J, Willmot H, Spiby H. Evaluation of trained volunteer doula services for disadvantaged women in five areas in England: women's experiences. *Health Soc Care Community*. 2017;25(2):466–77.
52. Abalos E, Oladapo OT, Chamillard M, Díaz V, Pasquale J, Bonet M, et al. Duration of spontaneous labour in "low-risk" women with "normal" perinatal outcomes: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018;223:123–32.
53. Oladapo OT, Diaz V, Bonet M, Abalos E, Thwin SS, Souza H, et al. Cervical dilatation patterns of "low-risk" women with spontaneous labour and normal perinatal outcomes: a systematic review. *BJOG*. 2017. doi:10.1111/1471-0528.14930.
54. Dixon L, Skinner J, Foureur M. Women's perspectives of the stages and phases of labour. *Midwifery*. 2013;29:10–7.
55. Eri T, Bondas T, Mechtilid M, Janssen P, Green J. A balancing act in an unknown territory: a meta-synthesis of mothers' first time experiences in early labour. *Midwifery*. 2015;31(3):e58–e67.
56. Peisner DB, Rosen MG. Latent phase of labor in normal patients: a reassessment. *Obstet Gynecol*. 1985;66(5):644–8.
57. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Fakeye OO, Balogun OR, Nwachukwu DC, Abiodun MO. Pattern of cervical dilatation among parturients in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med*. 2009;8(3):181–4.
58. Juntunen K, Kirkinen P. Partogram of a grand multipara: different descent slope compared with an ordinary parturient. *J Perinat Med*. 1994;22(3):213–8.
59. Velasco A, Franco A, Reyes F. Nomograma de la dilatación del cervix en el parto [Nomogram of the dilatation of the cervix in childbirth]. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 1985;36(5):323–7.
60. Friedman E. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1955;6(6):567–89.
61. Friedman E. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol*. 1956;8(6):691–703.
62. Oladapo OT, Souza JP, Fawole B, Mugerwa K, Perdoná G, Alves D, et al. Progression of the first stage of spontaneous labour: a prospective cohort study in two sub-Saharan African countries. *PLoS Med*. 2018;15(1):e1002492.
63. Albers LL, Schiff M, Gorwoda JG. The length of active labor in normal pregnancies. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):355–9.
64. Albers LL. The duration of labor in healthy women. *J Perinatol*. 1999;19(2):114–9.
65. Jones M, Larson E. Length of normal labor in women of Hispanic origin. *J Midwifery Womens Health*. 2003;48(1):2–9.
66. Schiff E, Cohen SB, Dulitzky M, Novikov I, Friedman SA, Mashiach S, et al. Progression of labor in twin versus singleton gestations. *Am J Obstet Gynecol*. 1998;179(5):1181–5.
67. Kilpatrick SJ, Laros RK, Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol*. 1989;74(1):85–7.
68. Lee SW, Yang JH, Cho HJ, Hong DS, Kim MY, Ryu HM, et al. The effects of epidural analgesia on labor progress and perinatal outcomes. *Korean J Obstet Gynecol*. 2007;50(10):1330–5.
69. Schorn MN, McAllister JL, Blanco JD. Water immersion and the effect on labor. *J Nurse Midwifery*. 1993;38(6):336–42.
70. WHO-CHOICE unit cost estimates for service delivery – estimation file. World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/inputs/health\\_service/en/](http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/inputs/health_service/en/), accessed 29 March 2017).
71. Lowe NK. A review of factors associated with dystocia and cesarean section in nulliparous women. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):216–28.
72. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. The negative birth experience of prolonged labour: a case-referent study. *J Clin Nurs*. 2005;14(5):579–86.
73. Nystedt A, Högberg U, Lundman B. Some Swedish women's experiences of prolonged labour. *Midwifery*. 2006;22:56–65.
74. Bonet M, Oladapo OT, Souza JP, Gülmezoglu AM. Diagnostic accuracy of the partograph alert line: a systematic review. 2018 (unpublished).
75. Wei S, Wo BL, Qi H-P, Xu H, Luo Z-C, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006794.
76. Bedwell C, Levin K, Pett C, Lavender DT. A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):31.
77. Ollerhead E, Osrin D. Barriers to and incentives for achieving partograph use in obstetric practice in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:281.
78. Dujardin B, De Schamphelreire I, Sene H, Ndiaye F. Value of the alert and action lines on the partogram. *Lancet*. 1992;339(8805):1336–8.
79. World Health Organization (WHO), Maternal Health and Safe Motherhood Programme. The partograph: the application of the WHO partograph in the management of labour. Report of a WHO multicentre study 1990–1991. Geneva: WHO; 1994 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO\\_FHE\\_MSM\\_94.4.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/58589/1/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf), accessed 17 January 2018).
80. Van Bogaert L. The partogram's result and neonatal outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2006;26(4):321–4.

81. López C AF. Estudio comparativo entre el partograma del clap y el partograma de la oms en embarazadas del hospital Vicente Corral Moscoso de Cuenca, Ecuador [Comparative study between the CLAP partogram and the WHO partogram in pregnant women of the Vicente Corral Moscoso hospital in Cuenca, Ecuador][thesis]. University of Cuenca; 2008.
82. Orji E. Evaluating progress of labor in nulliparas and multiparas using the modified WHO partograph. *Int J Gynecol Obstet.* 2008;102(3):249–52.
83. Rocha IM, de Oliveira SM, Schneck CA, Riesco ML, da Costa AS. The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):880–8.
84. Diarra I, Camara S, Maiga M. Evaluation de l'utilisation du partogramme à la maternité du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako [Assessment of the use of partogram at the district maternity hospital of commune V in Bamako area]. *Mali Med.* 2009;24(2):10–3.
85. Sanyal U, Goswami S, Mukhopadhyay P. The role of partograph in the outcome of spontaneous labor. *NJOG.* 2014;17(1):52–7.
86. Bolbol-Haghighi N, Ebrahimi N, Delvarian Zade M, Hasani MR. Evaluation of WHO's partogram alert line for prediction of the APGAR score at the first minute after birth. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2006;8(1):50–7.
87. Rani U, Laxmi B. Effect of partographic monitoring on outcomes for women in spontaneous labour at term. *IAIM.* 2016;3(7):314–20.
88. Souza J, Oladapo OT, Fawole B, Mugerwa K, Reis R, Barbosa-Junior F, et al. Cervical dilatation over time is a poor predictor of severe adverse birth outcomes: a diagnostic accuracy study. *BJOG.* 2018. doi: 10.1111/1471-0528.
89. Fahy M, Doyle O, Denny K, McAuliffe FM, Robson M. Economics of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2013;92(5):508–16.
90. Khan A, Zaman S. Costs of vaginal delivery and caesarean section at a tertiary level public hospital in Islamabad, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2010;10:2.
91. Armstrong N, Kenyon S. When choice becomes limited: women's experiences of delay in labour. *Health (London).* 2017;21(2):223–38.
92. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(4):CD011516.
93. McNiven PS, Williams JI, Hodnett E, Kaufman K, Hannah ME. An early labor assessment program: a randomized, controlled trial. *Birth.* 1998;25(1):5–10.
94. Hofmeyr GJ, Mancotywa T, Silwana-Kwadjo N, Mgudlwa B, Lawrie TA, Gülmezoglu AM. Audit of a new model of birth care for women with low risk pregnancies in South Africa: the primary care onsite midwife-led birth unit (OMBU). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:417.
95. Neal JL, Lamp JM, Buck JS, Lowe NK, Gillespie SL, Ryan SL. Outcomes of nulliparous women with spontaneous labor onset admitted to hospitals in preactive versus active labor. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59(1):28–34.
96. Bailit JL, Dierker L, Blanchard MH, Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):77–9.
97. Mikolajczyk RT, Zhang J, Grewal J, Chan LC, Petersen A, Gross MM. Early versus late admission to labor affects labor progression and risk of cesarean section in nulliparous women. *Front Med.* 2016;3:26.
98. Chuma C, Kihunrwa A, Matovelo D, Mahendeka M. Labour management and obstetric outcomes among pregnant women admitted in latent phase compared to active phase of labour at Bugando Medical Centre in Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14:68.
99. Holmes P, Oppenheimer LW, Wen SW. The relationship between cervical dilatation at initial presentation in labour and subsequent intervention. *BJOG.* 2001;108(11):1120–4.
100. Tilden EL, Lee VR, Allen AJ, Griffin EE, Caughey AB. Cost-effectiveness analysis of latent versus active labor hospital admission for medically low-risk, term women. *Birth.* 2015;42(3):219–26.
101. Mekonnen MG, Yalew KN, Umer JY, Melese M. Determinants of delivery practices among Afar pastoralists of Ethiopia. *Pan Afr Med J.* 2012;13(suppl 1):17.
102. Dhakal S, van Teijlingen E, Raja EA, Dhakal KB. Skilled care at birth among rural women in Nepal: practice and challenges. *J Health, Popul Nutr.* 2011;29(4):371–8.
103. Kumbani L, Bjune G, Chirwa E, Malata A, Odland JO. Why some women fail to give birth at health facilities: a qualitative study of women's perceptions of perinatal care from rural southern Malawi. *Reprod Health.* 2013;10:9.
104. Atuoye KN, Dixon J, Rishworth A, Galaa SZ, Boamah SA, Luginaah I. Can she make it? Transportation barriers to accessing maternal and child health care services in rural Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:333.
105. Kowalewski M, Mujinja P, Jahn A. Can mothers afford maternal health care costs? User costs of maternity services in rural Tanzania. *Afr J Reprod Health.* 2002;6(1):65–73.
106. Choulagai B, Onta S, Subedi N, Mehata S, Bhandari GP, Poudyal A, et al. Barriers to using skilled birth attendants' services in mid- and far-western Nepal: a cross-sectional study. *BMC Int Health Hum Rights.* 2013;13:49.
107. Chandhiok N, Shrotri A, Joglekar N, Chaudhury N, Chaudhury P, Singh S. Feasibility of using partograph by practitioners of Indian system of medicine (AYUSH): an exploratory observation. *Midwifery.* 2015;31:702–7.



108. Pattinson R, Cuthbert A, Vanneval V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD000161.
109. Rozenholc AT, Ako SN, Leke RJ, Boulvain M. The diagnostic accuracy of external pelvimetry and maternal height to predict dystocia in nulliparous women: a study in Cameroon. *BJOG.* 2007;114:630–5.
110. Liselele HB, Boulvain M, Tshibangu KC, Meuris S. Maternal height and external pelvimetry to predict cephalopelvic disproportion in nulliparous African women: a cohort study. *BJOG.* 2000;107:947–52.
111. Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(1):CD005122.
112. Supply catalogue [website]. United Nations Children's Fund (UNICEF); 2017 (<https://supply.unicef.org/>, accessed 10 October 2017).
113. Lewis D, Downe S, FIGO Intrapartum Fetal Monitoring Expert Consensus Panel. FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Intermittent auscultation. *Int J Gynecol Obstet.* 2015;131(1):9–12.
114. WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peri-partum infections. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186171/1/9789241549363_eng.pdf), accessed 17 January 2018).
115. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD006066.
116. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *BJOG.* 1994;101(8):663–8.
117. Vijgen SM, Westerhuis ME, Opmeer C, Visser GH, Moons KG, Porath MM, et al. Cost-effectiveness of cardiotocography plus ST analysis of the fetal electrocardiogram compared with cardiotocography only. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011;90:772–8.
118. Chaturvedi S, De Costa A, Raven J. Does the Janani Suraksha Yojana cash transfer programme to promote facility births in India ensure skilled birth attendance? A qualitative study of intrapartum care in Madhya Pradesh. *Glob Health Action.* 2015;8:27427.
119. Maimbolwa MC, Ransjo-Arvidson AB, Ng'andu N, Sikazwe N, Diwan VK. Routine care of women experiencing normal deliveries in Zambian maternity wards: a pilot study. *Midwifery.* 1997;13(3):125–31.
120. Delvaux T, Ake-Tano O, Gohou-Kouassi V, Bosso P, Collin S, Ronsmans C. Quality of normal delivery care in Côte d'Ivoire. *Afr J Reprod Health.* 2007;11(1):22–32.
121. Walker DS, Shunkwiler S, Supanich J, Willamsen J, Yensch A. Labour and delivery nurses attitudes towards intermittent fetal monitoring. *J Midwifery Womens Health.* 2001;46(6):374–80.
122. Martis R, Emilia O, Nurdianti DS, Brown J. Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD008680.
123. Mugenyi GR, Atukunda EC, Ngonzi J, Boatin A, Wylie BJ, Haberer JE. Functionality and acceptability of a wireless fetal heart rate monitoring device in term pregnant women in rural southwestern Uganda. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:178.
124. Best practice in the management of epidural analgesia in the hospital setting. London: Faculty of Pain Medicine of the Royal College of Anaesthetists; 2010 ([https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural\\_analgesia\\_2011.pdf](https://www.aagbi.org/sites/default/files/epidural_analgesia_2011.pdf), accessed 17 January 2018).
125. Anim-Somuah M, Smyth RM, Jones L. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(12):CD000331.
126. Thomson G, Feeley C, Hall Moran V, Downe S, Oladapo OT. Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for childbirth: a review and qualitative comparative analysis. 2018 (unpublished).
127. Huang C, Macario A. Economic considerations related to providing adequate pain relief for women in labour: comparison of epidural and intravenous analgesia. *Pharmacoconomics.* 2002;20(5):305–18.
128. Bernitz S, Aas E, Øian P. Economic evaluation of birth care in low-risk women. A comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Norway. A randomised controlled trial. *Midwifery.* 2012;28(5):591–9.
129. Tracy SK, Tracy MB. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. *BJOG.* 2003;110(8):717–24.
130. Bonouvrie K, van den Bosch A, Roumen FJ, van Kuijk SM, Nijhuis JG, Evers SM, et al. Epidural analgesia during labour, routinely or on request: a cost-effectiveness analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;207:23–31.
131. Dillaway H, Brubaker SJ. Intersectionality and childbirth: how women from different social locations discuss epidural use. *Race Gender Class.* 2006;13(3–4):16–41.
132. Sanders R. Functional discomfort and a shift in midwifery paradigm. *Women Birth.* 2015;28:e87–e91.
133. Ullman R, Smith LA, Burns E, Mori R, Dowswell T. Parenteral opioids for maternal pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD007396.
134. Lamvu G, Feranec J, Blanton E. Perioperative pain management: an update for obstetrician-gynecologists. *Am J Obstet Gynecol.* 2017. pii: S0002-9378(17)30790-1.

135. Dyer O. Ontario plans to stop funding high dose opioids. *BMJ*. 2016;354:i4300.
136. Linge-Dahl L, Vranken M, Juenger S, North K, Scholten W, Payne S, et al. Identification of challenges to the availability and accessibility of opioids in twelve European countries: conclusions from two ATOME six-country workshops. *J Palliat Med*. 2015;18(12):1033–9.
137. De Lima L, Pastrana T, Radbruch L, Wenk R. Cross-sectional pilot study to monitor the availability, dispensed prices, and affordability of opioids around the globe. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(4):649–59e1.
138. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008;6:7.
139. Gibson E. Women's expectations and experiences with labour pain in medical and midwifery models of birth in the United States. *Women Birth*. 2014;27(3):185–9.
140. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD009514.
141. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Sukanuma M. Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;(3):CD009290.
142. Herman P, Poindexter B, Witt C, Eisenberg D. Are complementary therapies and integrative care cost-effective? A systematic review of economic evaluations. *BMJ Open*. 2012;2:e001046.
143. Paterson CM, Saunders NS, Wadsworth J. The characteristics of the second stage of labour in 25,069 singleton deliveries in the North West Thames Health Region, 1988. *Br J Obstet Gynaecol*. 1992;99(5):377–80.
144. Abdel Aleem H. Nomograms of cervical dilatation and characteristics of normal labor in Upper Egypt. *Assiut Med J*. 1991;15(4):19–30.
145. Chen HF, Chu KK. Double-lined nomogram of cervical dilatation in Chinese primigravidas. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1986;65(6):573–5.
146. Diegmann EK, Andrews CM, Niemczura CA. The length of the second stage of labor in uncomplicated, nulliparous African American and Puerto Rican women. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45(1):67–71.
147. Dior U, Kogan L, Ezra Y, Calderon-Margalit R. Population based labor curves. *Am J Obstet Gynecol*. 2013;208(1):S150.
148. Duignan NM, Studd JW, Hughes AO. Characteristics of normal labour in different racial groups. *Br J Obstet Gynaecol*. 1975;82(8):593–601.
149. Shi Q, Tan XQ, Liu XR, Tian XB, Qi HB. Labour patterns in Chinese women in Chongqing. *BJOG*. 2016;123(suppl 3):57–63.
150. Studd J. Partograms and nomograms of cervical dilatation in management of primigravid labour. *Br Med J*. 1973;4(5890):451–5.
151. Studd J, Clegg DR, Sanders RR, Hughes AO. Identification of high risk labours by labour nomogram. *Br Med J*. 1975;2(5970):545–7.
152. Wüstemann M, Gremm B, Scharf A, Sohn C. Influence of the "walking epidural" on duration of labour in primi- and multiparae with vaginal delivery and comparison of vaginal operative delivery rates. *Gynakologische Praxis*. 2003;27(3):433–9.
153. Gibb DM, Cardozo LD, Studd JW, Magos AL, Cooper DJ. Outcome of spontaneous labour in multigravidae. *Br J Obstet Gynaecol*. 1982;89(9):708–11.
154. Gupta J, Sood A, Hofmeyr G, Vogel J. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(5):CD002006.
155. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(10):CD003934.
156. Elvander C, Ahlberg M, Thies-Lagergren L, Cnattingius S, Stephansson O. Birth position and obstetric anal sphincter injury: a population-based study of 113 000 spontaneous births. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:252.
157. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KK, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: a cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*. 2017;30(1):e1–e8.
158. Okonta P. Birthing positions: awareness and preferences of pregnant women in a developing country. *Internet J Gynecol Obstet*. 2012;16(1).
159. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(2):CD008070.
160. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(3):CD009124.
161. Bergstrom L, Seidel L, Skillman-Hull L, Roberts J. "I gotta push. Please let me push!" Social interactions during the change from first to second stage labor. *Birth*. 1997;24(3):173–80.
162. Fraser W, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M, et al. Multicenter randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. *Am J Gynecol Obstet*. 2000;182(5):1165–72.
163. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;(6):CD006672.
164. Priddis H, Schmied V, Dahlen H. Women's experiences following severe perineal trauma: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14(1):32.
165. Borghi J, Bastus S, Belizan M, Carroli G, Hutton G, Fox-Rushby J. Costs of publicly provided maternity services in Rosario, Argentina. *Salud Publica Mex*. 2003;45(1):27–34.

166. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Women's views on the practice of prenatal perineal massage. *Brit J Obstet Gynaecol.* 2001;108:499–504.
167. Stamp G, Kruzins GS. A survey of midwives who participated in a randomised trial of perineal massage in labour. *Austral J Midwifery.* 2001;14(1):15–21.
168. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(2):CD000081.
169. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2017;14:55.
170. Borghi J, Fox-Rushby J, Bergel E, Abalos E, Hutton G, Carroli G. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(2):221–8.
171. Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(11):CD000947.
172. Ith P, Dawson A, Homer CS, Klinken Whelan A. Practices of skilled birth attendants during labour, birth and the immediate postpartum period in Cambodia. *Midwifery.* 2013;29(4):300–7.
173. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comande D, et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet.* 2016;388(10056):2176–92.
174. Chaves Sda C, Cecatti JG, Carroli G, Lumbiganon P, Hogue CJ, Mori R, et al. Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4–5):203–10.
175. Souza JP, Tunçalp Ö, Vogel JP, Bohren M, Widmer M, Oladapo OT, et al. Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG.* 2014;121(suppl 1):1–4.
176. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005;32(3):219–23.
177. Diniz SG, d'Oliveira AF, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reprod Health Matters.* 2012;20(40):94–101.
178. Okafor I, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;128(2):110–3.
179. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. Mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria: a qualitative study on perceptions and experiences of women and healthcare providers. *Reprod Health.* 2017;14:9.
180. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med.* 2015;12(6):e1001847.
181. Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M, et al. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016;16:236.
182. Gülmezoglu AM, Langer A, Piaggio G, Lumbiganon P, Villar J, Grimshaw J. Cluster randomised trial of an active, multifaceted educational intervention based on the WHO Reproductive Health Library to improve obstetric practices. *BJOG.* 2007;114(1):16–23.
183. Hofmeyr GJ, Singata M, Lawrie TA, Vogel JP, Landoulsi S, Seuc AH, et al. A multicentre randomized controlled trial of gentle assisted pushing in the upright posture (GAP) or upright posture alone compared with routine practice to reduce prolonged second stage of labour (the Gentle Assisted Pushing study): study protocol. *Reprod Health.* 2015;12:114.
184. Hofmeyr G, Vogel J, Cuthbert A. Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;(3):CD006067.
185. Habek D, Vuković Bobić M, Hrgović Z. Possible fetomaternal clinical risk of the Kristeller's expression. *Cent Eur J Med.* 2008;3(2):183–6.
186. Zanconato G, Cavaliere E, Cherubini G, Bortolami O, Mantovani E, Iacovella C, et al. Fundal pressure (Kristeller maneuver) during labor in current obstetric practice: assessment of prevalence and fetomaternal effects. *Minerva Ginecol.* 2014;66(2):239–41.
187. Iyengar SD, Iyengar K, Martines JC, Dashora K, Deora KK. Childbirth practices in rural Rajasthan, India: implications for neonatal health and survival. *J Perinatol.* 2008;28(suppl 2):S23–30.
188. De Leeuw JW, Vierhout ME, Struijk PC, Hop WC, Wallenburg HC. Anal sphincter damage after vaginal delivery: functional outcome and risk factors for fecal incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80(9):830–4.
189. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the Second National U.S. Survey of Women's Childbearing Experiences: conducted January–February 2006 for Childbirth Connection by Harris Interactive® in partnership with Lamaze International. *J Perinat Educ.* 2007;16(4):15–7.
190. Goldman N, Gleit DA. Evaluation of midwifery care: results from a survey in rural Guatemala. *Soc Sci Med.* 2003;56(4):685–700.
191. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf), accessed 12 December 2017).
192. Guideline: delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148793/1/9789241508209_eng.pdf), accessed 12 December 2017).



193. Guidelines on basic newborn resuscitation. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75157/1/9789241503693_eng.pdf), accessed 12 December 2017).
194. Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocketbook recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care. Geneva: World Health Organization; 2012 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44774/1/9789241502825_eng.pdf), accessed 12 December 2017).
195. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259269/1/WHO-MCA-17.07-eng.pdf>, accessed 17 January 2018).
196. Guidelines on optimal feeding of low birth-weight infants in low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2011 ([http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/9789241548366pdf](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241548366pdf), accessed 17 January 2018).
197. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn 2013. Geneva: World Health Organization; 2014 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf), accessed 12 December 2017).
198. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO Safe Childbirth Checklist program. *PLoS One*. 2012;7(5):e35151.
199. Brouwers M, Kho M, Browman G, Burgers J, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in healthcare. *CMAJ*. 2010;182(18):E839–42.
200. GREAT Network [website]. The Guideline-driven Research Priorities Evidence Synthesis Application of Evidence Transfer of Knowledge (GREAT) Network; 2016 (<http://greatnetworkglobal.org/>, accessed 19 October 2017).
201. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf>, accessed 12 December 2017).

## Ek 1. Rehberdeki öncelikli sorular ve sonuçları

Rehberdeki öncelikli sorular	Öncelikli sonuçlar
Populasyon (P), Uygulama (U), Karşılaştırmacı (K), Sonuç (O) Doğum eylemindeki kadınlar için (P), saygınlığı arttıran, kadın merkezli değerli, maternal uygulamaların olduğu (U), standart uygulama ile karşılaştırıldığında (K) doğum sonuçlarını iyileştiren bir politika (S) var mı?	Maternal doğum deneyimi Doğum şekli Travayın süresi Ağrıyı azaltan yöntemlerin kullanımı Perineal/vajinal travma Perinatal hipoksi-iskemi
Travaydaki kadınlar (P) için, sağlık bakım personeli tarafından (U) standart uygulama (K) ile karşılaştırıldığında etkin iletişim doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Maternal doğum deneyimi Doğum şekli Travayın süresi Ağrıyı azaltan yöntemlerin kullanımı Perineal/vajinal travma Perinatal hipoksi-iskemi
Travaydaki kadınlar (P) için, kesintisiz travay desteği ve refakat (U) standart uygulama ile karşılaştırıldığında (K), doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi? Doğum sonuçlarını iyileştirmek için belirli bir tür sürekli destek sağlayıcısı (örn. bir doğum refakatçısı, aile üyesi veya hastane personeli) diğerinden daha etkili ve daha güvenli (S) midir?	Doğum şekli Perineal / vajinal travma Travayın süresi Travayın yönetimi Ağrı kesici kullanımı Maternal doğum deneyimi Perinatal hipoksi-iskemi Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
İyi doğum sonuçlarıyla ilişkili olan spontan travayın birinci (latent ve aktif faz) ve ikinci evrelerinin uygun tanımları nedir?	Latent fazın süresi Aktif fazın süresi I. evrenin süresi Latent faz başlangıcının tanımlanması Aktif faz başlangıcının tanımlanması II. evrenin süresi
Travayı spontan olarak başlamış sağlıklı gebeler arasında olumsuz doğum sonuçları yaşama riski olan kadınları tanımlamak için servikal dilatasyon hızının saatte 1 cm'lik eşik değeri (partograf uyarı hattında gösterildiği gibi) kullanılmalı mıdır?	Gerçek pozitif (GP) Gerçek negatif (GN) Yanlış pozitif (YP) Yanlış negatif (YN) Duyarlılık Özgünlük
Spontan doğumun başlangıcında risk faktörü olmayan gebeler için normal doğum sonuçlarıyla ilişkili servikal dilatasyon göstergeleri nelerdir?	Servikal dilatasyonun her 1 cm açılması için geçen zaman Bir servikal dilatasyon seviyesinden diğerine değişim oranı
Termde spontan doğum yapan sağlıklı gebeler (P) için, aktif faza kadar geciktirilmiş doğumhane kabul politikası (U) doğrudan doğumhane kabulü politikasına (K) kıyasla doğum sonuçlarını (S) iyileştirir mi?	Doğum şekli Travayın süresi Travayın hızlandırılması Ağrı kesici kullanımı Maternal morbidite Maternal doğum deneyimi Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü Sağlık kuruluşuna ulaşmadan önce doğum

Rehberdeki öncelikli sorular Populasyon (P), Uygulama (U), Karşılaştırmacı (K), Sonuç (O)	Öncelikli sonuçlar
Travaydaki sağlıklı gebeler (P) için, klinik olmayan pelvimetri (K) ile klinik kabulde rutin olarak uygulanan pelvimetri (U) karşılaştırıldığında doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Doğum şekli Maternal morbidite Perineal / vajinal travma Maternal doğum deneyimi Doğum travması Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü
Spontan travay ile başvuran sağlıklı gebeler (P) için, aralıklı oskültasyon ile karşılaştırıldığında (K), travaya kabulde fetal sağlığın değerlendirilmesi amacıyla yapılan rutin kardiyotokografi (U) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Doğum şekli Maternal doğum deneyimi Fetaldistres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal/yenidoğan ölümü Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Travaydaki sağlıklı gebeler (P) için, aralıklı oskültasyon ile karşılaştırıldığında (K), fetal sağlığın değerlendirilmesi amacıyla yapılan sürekli kardiyotokografi (U) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Doğum şekli Ağrı kesici kullanımı Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal/yenidoğan ölümü Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Travaydaki sağlıklı gebeler (P) için, diğer aralıklı oskültasyon izlemi ile karşılaştırıldığında (K), fetal kalp hızının izlenmesi amacıyla belirli aralıklarla oskültasyon yönteminin kullanılması (U), doğum sonuçlarını iyileştirmek için daha etkili ve güvenilir (S) midir?	Doğum şekli Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal /yenidoğan ölümü Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Travayda iken ağrıyla gidermek isteyen sağlıklı gebeler (P) için ağrı kesicinin ya da diğer ağrıyla hafifleten yöntemlerin kullanılmaması (K) ile epidural analjezi (U) karşılaştırıldığında, doğum ağrısını hafifletmek ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için önerilmeli (S) midir?	Doğum şekli Ağrının hafiflemesi Maternal doğum deneyimi Travayın hızlandırılması Travayın süresi Yan etkiler Perinatal hipoksi-iskemi Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Travayda iken ağrının giderilmesini talep eden sağlıklı gebeler (P) için, ağrı kesicinin ya da diğer ağrıyla hafifleten yöntemlerin kullanılmaması (K) ile ağrı yönetimi amacıyla gevşeme teknikleri (U) karşılaştırıldığında, doğum ağrısını hafifletmek ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için önerilmeli (S) midir?	Doğum şekli Ağrının hafiflemesi Maternal doğum deneyimi Travayın hızlandırılması Travayın süresi Yan etkiler Perinatal hipoksi-iskemi Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Travayda iken ağrının giderilmesini talep eden sağlıklı gebeler (P) için, ağrı kesicinin ya da diğer ağrıyla hafifleten yöntemlerin kullanılmaması (K) ile parenteral opioid(ler) (U) karşılaştırıldığında, doğum ağrısını hafifletmek ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için uygulanmalı (S) midir? Eğer uygulanacak ise, uygun kadınlara hangi parenteral opioid(ler) önerilmelidir?	Doğum şekli Ağrının hafiflemesi Maternal doğum deneyimi Travayın hızlandırılması Travayın süresi Yan etkiler Perinatal hipoksi-iskemi Yenidoğanın uzun dönem sonuçları

Rehberdeki öncelikli sorular Populasyon (P), Uygulama (U), Karşılaştırmacı (K), Sonuç (O)	Öncelikli sonuçlar
Travayda iken ağrının giderilmesini talep eden sağlıklı gebeler (P) için, ağrı kesicinin ya da diğer ağrıyı hafifleten yöntemlerin kullanılmaması (K) ile ağrı yönetimi amacıyla masaj ve diğer manuel teknikler (U) karşılaştırıldığında doğum ağrısını hafifletmek ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için önerilmeli (S) midir?	Doğum şekli Ağrının hafiflemesi Maternal doğum deneyimi Travayın hızlandırılması Travayın süresi Yan etkiler Perinatal hipoksi-iskemi Yenidoğanın uzun dönem sonuçları
Doğumun ikinci evresinde epidural analjezi yapılmamış kadınlar (P) için, rekümbent pozisyonla karşılaştırıldığında (K) dik bir doğum pozisyonunun (örneğin, oturma, ayakta durma veya çömelme) benimsenmesi (U) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Travayın süresi Doğum şekli Ağrının hafiflemesi /yoğunluğu Perineal /vajinal travma Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal/yenidoğan ölümü
Doğumun ikinci evresinde epidural analjezi yapılmış kadınlar (P) için, rekümbent pozisyonla karşılaştırıldığında (K) dik bir doğum pozisyonunun (örneğin, oturma, ayakta durma veya çömelme) kabulü/benimsenmesi (U) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Travayın süresi Doğum şekli Ağrının hafiflemesi/yoğunluğu Perineal / vajinal travma Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü
Travayın ikinci evresindeki kadınlar (P) için spontan ıkınma (U), direktifli ıkınma (örneğin Valsalva / kapalı glottis) ile karşılaştırıldığında (K) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Travayın süresi Doğum şekli Perineal / vajinal travma Uzun süreli maternal morbidite Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü
Doğumun ikinci evresindeki epidural analjezili kadınlar (P) için ertelenmiş ıkınma (U), servikal dilatasyonun tamamlanmasından hemen sonraki ıkınma ile karşılaştırıldığında (K) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Travayın süresi Doğum şekli Perineal / vajinal travma Uzun süreli maternal morbidite Maternal doğum deneyimi Fetal distres Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü
Travayın ikinci evresindeki kadınlarda (P), perineal travmayı önlemek (U) için kullanılan herhangi bir perineal teknik (örneğin masaj, ılık kompres veya rehberlik genel uygulama ve perineal teknik kullanılmaması ile karşılaştırıldığında (K) doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Perineal / vajinal travma Uzun süreli maternal morbidite Maternal doğum deneyimi Doğum travması Perinatal hipoksi-iskemi

Rehberdeki öncelikli sorular	
Populasyon (P), Uygulama (U), Karşılaştırmacı (K), Sonuç (O)	Öncelikli sonuçlar
Travayın ikinci evresindeki kadınlarda (P), epizyotominin seçici / kısıtlayıcı kullanım politikası (U), rutin veya serbest kullanım politikası ile karşılaştırıldığında (K), doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Travayın süresi Maternal morbitite Uzun süreli maternal morbidite Perineal / vajinal travma Ağrı kesici kullanımı Maternal doğum deneyimi Doğum travması Perinatal hipoksi-iskemi
Travayın ikinci evresindeki kadınlarda (P) fundal basınç uygulaması (U), fundal basınç yapılmaması ile karşılaştırıldığında (K), doğum sonuçlarını iyileştirir (S) mi?	Doğum şekli Travayın süresi Maternal morbitite Ciddi maternal morbitite Perineal / vajinal travma Maternal doğum deneyimi Doğum travması Perinatal hipoksi-iskemi Perinatal / yenidoğan ölümü

## Ek 2. Bu rehberin hazırlanmasında yer alan dış uzmanlar ve DSÖ personeli

### DSÖ Yönlendirme Grubu (Cenevre, İsviçre)

#### A. Metin Gülmezoglu

Coordinator  
Department of Reproductive Health and Research

#### Ana Pilar Betrán

Medical Officer  
Department of Reproductive Health and Research

#### Mercedes Bonet

Medical Officer  
Department of Reproductive Health and Research

#### Maurice Bucagu

Medical Officer  
Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health

#### Olufemi Oladapo

Medical Officer  
Department of Reproductive Health and Research

#### Anayda Portela

Technical Officer  
Department of Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health

#### João Paulo Souza

Medical Officer  
Department of Reproductive Health and Research

#### Joshua Vogel

Technical Officer  
Department of Reproductive Health and Research

### Rehber Geliştirme Grubu (RGG)

#### Hany Abdel-Aleem

Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology Women's Health Hospital  
Assiut University Hospital  
Assiut  
Egypt

#### Fernando Althabe

Director  
Department of Mother and Child Health Research  
Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy (IECS)  
Buenos Aires  
Argentina

#### Melania Maria Ramos de Amorim

Senior Researcher  
Instituto Paraibano de Pesquisa Professor Joaquim Amorim Neto  
Campina Grande  
Brazil  
and  
Professor  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira  
Recife  
Brazil

#### Michael Boulvain

Professor  
Department of Obstetrics and Gynaecology  
Geneva University Hospital  
Geneva  
Switzerland

#### Aparajita Gogoi

Executive Director  
Centre for Catalyzing Change (formerly CEDPA  
India)  
New Delhi  
India

#### Tina Lavender

Professor  
University of Manchester  
School of Nursing, Midwifery & Social Work  
Manchester  
United Kingdom of Great Britain and Northern  
Ireland (United Kingdom)

#### Pisake Lumbiganon (Chair, September 2017 consultation)

Dean and Professor of Obstetrics and Gynecology  
Convenor, Thai Cochrane Network  
Faculty of Medicine  
Khon Kaen University  
Khon Kaen  
Thailand

#### Silke Mader

Chairwoman of the Executive Board  
European Foundation for the Care of Newborn  
Infants (EFCNI)  
Munich  
Germany

**Suellen Miller**

Director, Safe Motherhood Program  
Department of Obstetrics, Gynecology and  
Reproductive Sciences  
Bixby Center for Global Reproductive Health and  
Policy  
University of California, San Francisco  
San Francisco, California

**Rintaro Mori**

Director  
Department of Health Policy  
National Research Institute for Child Health and  
Development  
Tokyo  
Japan

**James Neilson** (Chair, May 2017 consultation)

Coordinating Editor  
Cochrane Pregnancy and Childbirth Group  
and  
Professor  
University of Liverpool  
Liverpool  
United Kingdom

**Hiromi Obara**

Health Policy Advisor  
Japan International Cooperation Agency (JICA)  
Vientiane  
Lao People's Democratic Republic

**Oladapo Olayemi**

Professor and Head of Department  
Department of Obstetrics and Gynaecology  
College of Medicine  
University of Ibadan  
Ibadan  
Nigeria

**Robert Pattinson**

Professor and Director  
South African Medical Research Council/University  
of Pretoria (SAMRC/UP) Maternal and Infant Health  
Care Strategies Unit  
Kalafong Hospital  
Pretoria, Gauteng  
South Africa

**Harshad Sanghvi**

Chief Medical Officer  
Jhpiego, an affiliate of Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland  
USA

**Mandisa Singata-Madliki**

Deputy Director  
Effective Care Research Unit  
East London Hospital Complex  
University of Fort Hare  
East London  
South Africa

**Jorge E. Tolosa**

Professor of Obstetrics and Gynecology  
Coordinator Global Network for Perinatal &  
Reproductive Health (GNPRH) (FUNDAREDMATERNA  
– Colombia)  
Division of Maternal Fetal Medicine  
Oregon Health & Science University  
Portland, Oregon  
USA  
and  
Departamento de Ginecología y Obstetricia  
Centro Nacer, Salud Sexual y Reproductiva  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia  
Medellín  
Colombia

**Hayfaa Wahabi**

Professor and Chair  
Evidence-based Healthcare and Knowledge  
Translation  
College of Medicine, King Saud University  
Riyadh  
Saudi Arabia

**Dış İnceleme Grubu****Blami Dao**

Technical Director, Western and Central Africa  
Jhpiego, an affiliate of Johns Hopkins University  
Baltimore, Maryland  
USA

**G. Justus Hofmeyr**

Professor  
Effective Care Research Unit  
Universities of Witwatersrand and Fort Hare  
and  
Eastern Cape Department of Health  
East London  
South Africa

**Caroline Homer**

Professor and Director  
Centre for Midwifery, Child and Family Health  
Faculty of Health  
University of Technology Sydney  
Sydney  
Australia



**Vanora Hundley**

Professor  
Centre for Midwifery, Maternal and Perinatal Health  
Bournemouth University  
Bournemouth  
United Kingdom

**Barbara Levy**

Vice President Health Policy  
American College of Obstetricians and  
Gynecologists  
Washington DC  
USA

**Ashraf Nabhan**

Professor  
Department of Obstetrics and Gynecology  
Ain Shams University  
Heliopolis, Cairo  
Egypt

**Teknik Çalışma Grubu****Edgardo Abalos**

Vice Director  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales  
Moreno, Rosario  
Argentina

**Debra Bick**

Professor of Evidence Based Midwifery Practice  
Florence Nightingale Faculty of Nursing and  
Midwifery  
Division of Women's Health  
King's College London  
London  
United Kingdom

**Meghan Bohren**

Consultant  
Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
Geneva  
Switzerland

**Monica Chamillard**

Medical Doctor  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales  
Moreno, Rosario  
Argentina

**Virginia Diaz**

Medical Doctor  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales  
Moreno, Rosario  
Argentina

**Soo Downe**

Professor  
Midwifery Studies  
University of Central Lancashire  
Preston, Lancashire  
United Kingdom

**Therese Dowswell**

Research Associate  
Cochrane Pregnancy and Childbirth  
Department of Women's and Children's Health  
University of Liverpool  
Liverpool Women's NHS Foundation Trust  
Liverpool  
United Kingdom

**Kenneth Finlayson**

Senior Research Assistant  
Midwifery Studies  
University of Central Lancashire  
Preston, Lancashire  
United Kingdom

**Frances Kellie**

Managing Editor  
Cochrane Pregnancy and Childbirth  
Department of Women's and Children's Health  
University of Liverpool  
Liverpool Women's NHS Foundation Trust  
Liverpool  
United Kingdom

**Theresa Lawrie**

Consultant  
Evidence-Based Medicine Consultancy Ltd  
Bath  
United Kingdom

**Julia Pasquale**

Medical Doctor  
Centro Rosarino de Estudios Perinatales  
Moreno, Rosario  
Argentina

**Elham Shakibazadeh**

Associate Professor  
Department of Health Education and Promotion  
School of Public Health  
Tehran University of Medical Sciences  
Tehran  
Iran

**Gill Thomson**

Associate Professor  
Maternal and Infant Nutrition & Nurture Unit  
School of Community Health & Midwifery  
University of Central Lancashire  
Preston, Lancashire  
United Kingdom

## Dış ortaklar ve toplantı gözlemcileri

### **Diogo Ayres-de-Campos**

Member, FIGO Committee for Safe Motherhood and Newborn Health (2015–2018)  
International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)  
London  
United Kingdom

### **Petra ten Hoop-Bender**

Technical Advisor, Sexual and Reproductive Health  
United Nations Population Fund (UNFPA)  
Geneva  
Switzerland

### **Mechthild M. Gross**

Head of Midwifery Research and Education Unit  
Hannover Medical School  
Hannover  
Germany  
and  
Representative  
International Confederation of Midwives (ICM)  
The Hague  
The Netherlands

### **Mary Ellen Stanton**

Senior Reproductive Health Advisor  
Center for Population, Health and Nutrition  
United States Agency for International Development  
Washington, DC  
USA

### **Alison Wright**

Vice President for UK and Global Membership  
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists  
London  
United Kingdom

## DSÖ Bölge Ofisi temsilcileri

### **Afrika Bölge Ofisi**

#### **Léopold Ouedraogo**

Regional Advisor  
Research and Program Development  
Reproductive Health  
Health Promotion Cluster

### **Amerika/Pan Amerikan Sağlık Örgütü (PAHO) Bölge Ofisi**

#### **Bremen De Mucio**

Regional Advisor  
Sexual and Reproductive Health  
Latin American Center for Perinatology

### **Doğu Akdeniz Bölge Ofisi**

#### **Karima Gholbzouri**

Medical Officer  
Reproductive and Maternal Health

### **Avrupa Bölge Ofisi**

#### **Mavjuda Babamuradova**

Medical Officer  
Sexual and Reproductive Health  
Noncommunicable Diseases and Life-Course

### **Batı Pasifik Bölge Ofisi**

#### **Mari Nagai**

Technical Officer  
Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health  
Division of Noncommunicable Diseases and Health through the Life-Course

## Ek 3. Rehber Geliştirme Grubu ve Teknik Çalışma Grubu üyelerinden gelen ilgi beyanlarının özeti ve bunların nasıl yönetildiği

Rehberin geliştirilmesine katkıda bulunulan uzmanlık	Beyan edilen ilgi alan/ları	Çıkar çatışması/larının yönetimi
<b>Rehber Geliştirme Grubu (RGG)</b>		
<b>Professor Hany Abdel-Aleem</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Fernando Althabe</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Melania Maria Ramos de Amorim</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Michel Boulvain</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr AparajitaGogoi</b> Uzmanlık: Kadın temsilcisi	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Tina Lavender</b> Uzmanlık: Ebe, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Pisake Lumbiganon</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Ms Silke Mader</b> Uzmanlık: Kadın temsilcisi	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Suellen Miller</b> Uzmanlık: Ebe, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Pnömatik olmayan anti-şok giysisinin LifeWrap markasını üreten BlueFuzion için danışmanlık. 2600 ABD Doları ve atölye çalışmaları ve eğitim yapmak için seyahat kapsamına aldı.	Bu ilan edilen çıkar çatışması, rehber geliştirme süreci için herhangi bir risk oluşturacak veya güvenilirliğini azaltacak kadar önemli görülmedi. Rehber geliştirme süreci doğum sonrası kanama veya pnömatik olmayan anti-şok giysileri ile ilgili yeni sorular içermedi.
<b>Dr Rintaro Mori</b> Uzmanlık: Neonatolog, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor James Neilson</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Hiromi Obara</b> Uzmanlık: Anne ve Çocuk sağlığı, içerik uzmanı ve uygulayıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Oladapo Olayemi</b> Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Robert Pattinson</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok

Rehberin geliştirilmesine katkıda bulunulan uzmanlık	Beyan edilen ilgi alan/ları	Çıkar çatışması/larının yönetimi
<b>Dr Harshad Sanghvi</b> Uzmanlık: Anne sağlığı, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Mandisa Singata-Madliki</b> Uzmanlık: Ebe, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Jorge E. Tolosa</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Hayfaa Wahabi</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı ve son kullanıcı	Beyan edilmedi	Yok
<b>Teknik Çalışma Grubu (TÇG)</b>		
Dr Edgardo Abalos Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı, sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Debra Bick</b> Uzmanlık: Kanıt temelli ebeler, içerik uzmanı ve sistematik inceleme	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Meghan Bohren</b> Uzmanlık: Sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Monica Chamillard</b> Uzmanlık: Sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Virginia Diaz</b> Uzmanlık: Obstetri, içerik uzmanı, sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Professor Soo Downe</b> Uzmanlık: Ebe, içerik uzmanı, sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (NIHR) ve Birleşik Krallık'taki Kraliyet Ebeler Koleji'nden doğum ağrısı için kendi kendine hipnoz ve normal doğuma müdahaleler üzerine anket üzerine araştırma yapmak için araştırma hibeleri (sırasıyla 2013 ve 2014'te tamamlandı); ve Avrupa Birliği'nin (AB) Sağlık Yoluyla Doğum İçin Araştırma (BIRTH) Oluşturma Konusunda Bilim ve Teknoloji alanında Avrupa İşbirliği (COST) Eylemi hibesi, 2014-2018.	Beyan edilen akademik çıkar çatışması, Profesör Downe'un TÇG üyesi olarak katılımı için önemli bir risk oluşturacak kadar önemli görülmedi ve yönettiği sistematik incelemelerin güvenilirliğini de azaltmıyor.

Rehberin geliştirilmesine katkıda bulunan uzmanlık	Beyan edilen ilgi alan/ları	Çıkar çatışması/larının yönetimi
<b>Ms Therese Dowswell</b> Uzmanlık:Sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Cochrane Gebelik ve Doğum Grubu (GDG) Araştırma Görevlisi olarak Liverpool Üniversitesi çalışanı. Cochrane GDG, Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü (Liverpool Üniversitesi aracılığıyla) altyapı ve program hibe fonu alır. Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü, Cochrane incelemelerinin finansmanını veya sonuçlarını etkilemez.	Beyan edilen çıkar çatışması, TÇG'na katılımı etkileyecek kadar önemli görülmedi. Cochrane GDG, anne ve perinatal sağlıkla ilgili DSÖ yönergeleri için kanıt tabanı hazırlanmasında önemli bir ortak olmuştur.
<b>Mr Kenneth Finlayson</b> Uzmanlık:Ebe, içerik uzmanı, sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Ms Frances Kellie</b> Uzmanlık:Sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Cochrane RGG'nun Genel Yayın Yönetmeni olarak Liverpool Üniversitesi çalışanı. Cochrane RGG, Ulusal Sağlık Araştırmaları Enstitüsü'nden (Liverpool Üniversitesi aracılığıyla) altyapı ve program hibe fonu alır. NIHR, Cochrane incelemelerinin finansmanını veya sonuçlarını etkilemez.	Beyan edilen çıkar çatışması, TÇG'nun katılımı etkileyecek kadar önemli görülmedi. Cochrane RGG, anne ve perinatal sağlıkla ilgili DSÖ yönergeleri için kanıt tabanı hazırlanmasında önemli bir ortak olmuştur.
<b>Dr Theresa Lawrie</b> Uzmanlık:Obstetri, içerik uzmanı, sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Julia Pasquale</b> Uzmanlık:Sistematik inceleme ve rehber metodoloji	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Elham Shakibazadeh</b> Uzmanlık:sağlık eğitimi ve sistematik inceleme	Beyan edilmedi	Yok
<b>Dr Gill Thomson</b> Uzmanlık:Perinatal sağlık,içerik uzmanı, sistematik inceleme	Beyan edilmedi	Yok

## Ek 4. Bireysel Önerilere özgü uygulama konularına

3.1 TRAVAY VE DOĞUM BOYUNCA BAKIM	
<b>3.1.1</b> <b>Saygılı annelik bakımı (SAB)</b>	■ Çok yönlü SAB müdahalelerinin etkili olma olasılığı yüksektir ve politika yapıcılar, kurum yöneticileri, eğitim kurumları, profesyonel topluluklar, sağlayıcılar ve topluluklar dahil olmak üzere kilit paydaşların SAB programlarına katılmasını sağlamalıdır; bu ortak sorumluluğu sağlayacaktır.
	■ Kötü muamele ve istismarın türleri ve itici güçleri ortamlar arasında farklılık göstereceğinden, her bir farklı ortamda kadınlar ve kadın gruplarıyla iletişim yoluyla bu faktörlerin açıkça tanımlanmasını paydaşlar sağlamalıdır. Daha sonra SAB müdahaleleri, uygulamayı ve etkiyi optimize etmek için bu faktörleri ele alacak şekilde uyarlanmalıdır.
	■ Uygulayıcılar, hedefleri, operasyonel planları ve izleme mekanizmalarını açıkça tanımlayan SAB için güncel, yazılı standartların ve kıyaslamaların geliştirilmesini ve entegrasyonunu sağlamalıdır.
	■ SAB protokolleri, kötü muamele veya ihmal durumunda telafi için hesap verebilirlik mekanizmaları ve bilgilendirilmiş onam prosedürleri sürekli olarak gözden geçirilmelidir.
	■ Tüm kadınların ve özellikle dezavantajlı geçmişlerden gelenlerin (i) SAB hakkında haberdar olmalarını ve (ii) şikayetlerin iletilmesi ve ele alınması için bir mekanizmanın varlığını (örneğin, kadınların şikayetlerini alan ve yanıtların verilmesini sağlayan bir denetim ve geri bildirim mekanizması) sağlamak için mekanizmalar devreye sokulmalıdır.
	■ Özellikle kötü muamele riski altındaki kadınların alt grupları ve özel ihtiyaçları olanların (örneğin haklarının farkındalığı zayıf olanlar, dil zorlukları) SAB almayı teşvik etmek için daha yoğun çabalar hedeflenmektedir, özellikle de bu alt gruplar arasındaki doğum, bakım deneyimlerinin çok zayıf olduğu durumlarda.
	■ Uygulayıcılar, sağlık sistemi altyapısındaki eksikliklerin (örneğin personelin yeniden düzenlenmesi, iş yükünün artırılması) uygulamayı aksatabileceğinin farkında olmalıdır; bu nedenle, SAB uygulamalarının fizibilitesini ve sürdürülebilirliğini sağlamak ve değerlendirmek için herhangi bir altyapı değişikliği yakın izlemeye ihtiyaç duyar.
	■ Uygulayıcılar, SAB'nın başarılı bir şekilde uygulanması ve sürdürülebilirliği için gerekli fiziksel ve personel kaynaklarını sağlama ve personelin refahını/moralini destekleme taahhüdünün gerekli olduğunun farkında olmalıdır. Ayrıca, kararlı kurum liderliği, yönetim desteği ve personel katılımı ile görünür, sürekli ve katılımcı bir müdahale sürecinin sağlanması önemlidir. <sup>b</sup>
■ Uygulayıcılar, önlenebilir anne morbiditesini ve mortalitesini azaltmaya yönelik politika ve programların uygulanmasında insan haklarına dayalı bir yaklaşımın uygulanması konusunda İnsan Hakları Konseyi'nin Teknik rehberliğinin genel ilkelerinin farkında olmalıdır. <sup>c</sup>	

<sup>a</sup>Bu ek, yalnızca yeni öneriler için uygulama hususlarına atıfta bulunur. Entegre önerilerle ilgili uygulama hususları, orijinal rehber belgelerinde bulunabilir ve ilgili "açıklamalar" bölümlerinde verilen bağlantılardan erişilebilir.

<sup>b</sup>Ratcliffe HL, Sando D, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, Langer A, McDonald KP. Applying a participatory approach to the promotion of a culture of respect during childbirth. 2016;13:80.

<sup>c</sup>Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konseyi. Önlenebilir anne hastalık ve ölümlerini azaltmak için politika ve programların uygulanmasına yönelik insan hakları temelli bir yaklaşımın uygulanmasına ilişkin teknik rehberlik. New York, NY: Birleşmiş Milletler; 2012.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Başarılı SAB programları, farklı ortamlarda daha kaliteli doğum bakımı için rehberlerin ve protokollerin geliştirilmesini bilgilendirmek için belgelenmelidir.</li> <li>■ Politika yapımcılar, sağlık hizmetleri ortamlarındaki ayrımcılığın sona erdirilmesine ilişkin 2017 Ortak WHO/Birleşmiş Milletler bildirisine uyumu sağlamalıdır.<sup>d</sup></li> </ul>
<b>3.1.2</b> <b>Etkili iletişim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Tüm hizmet öncesi ve hizmet içi profesyonel eğitim müdahalelerinde rutin olarak etkili iletişim eğitiminin dahil edilmesi, etkili iletişim müdahalelerinin uygulanmasının en uygun yolu olabilir.</li> <li>■ Sağlık personelinin kişilerarası iletişim ve danışmanlık becerilerini teşvik etmek için net hedefleri, operasyonel planları ve izleme mekanizmalarını özetleyen güncel, yazılı bir politika olmasını sağlık tesisleri sağlamalıdır.</li> <li>■ Birey, sağlık tesisi ve sağlık sistemi düzeylerinde uygulamanın önündeki potansiyel engellerin tespit edilmesi ve ele alınması gerekecektir. Bazı engeller (örneğin yüksek iş yükü) kurumlar arasında yaygın olabilirken, diğer engeller (örneğin dezavantajlı kadınlara yönelik kültürel tutumlar) kuruma özgü olabilir</li> <li>■ Sistem altyapısında yapılan değişiklikler (örneğin artan personel, kadrolaşmanın yeniden düzenlenmesi, beceri karması, iş yükü kapasitesi, multidisipliner ekip çalışmasının teşviki, klinik liderlik) etkili iletişim müdahalelerini kolaylaştırabilir ve daha sürdürülebilir hale getirebilir.</li> <li>■ Kolayca anlaşılabilen sağlık eğitimi materyalleri, erişilebilir bir yazılı veya resimsel formatta, sağlık tesisinin hizmet verdiği toplulukların dillerinde kullanıma sunulmalıdır.</li> <li>■ Tüm kadınların ve özellikle dezavantajlı geçmişlerden gelenlerin (i) etkili iletişim hakkından haberdar olmalarını ve (ii) doğum bakımları ile ilgili şikayetlerin yükseltilmesi ve ele alınması için bir mekanizmanın varlığını sağlamak için kültürel açıdan uygun mekanizmalar yerleştirilmelidir.</li> </ul>
<b>3.1.3</b> <b>Travay ve doğum sırasında refakatçi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Politika yapımcılar, nüfusun ihtiyaçlarını karşılayan doğum ve doğum sırasında kadınlara refakat hizmetinin nasıl sağlanacağını düşünmelidir. Bir yaklaşım, kadınları mümkün olan her yerde kendi refakatçilerini getirmeye teşvik etmek olabilir, ancak bir kadının bir refakatçisi yoksa/yanında bir refakatçisi yoksa, sağlık hizmeti onu destekleyecek birini sağlamayı teklif eder.</li> <li>■ Kadınların doğum ve doğum sırasında refakatçi kavramına veya yararlarına aşina olmadığı ortamlarda, toplum temelli gönüllü arkadaş gruplarının, antenatal bakım eğitim ve danışma gruplarının, kadın gruplarının, hastane açık günlerinin ve diğer tanıtım faaliyetlerinin organizasyonu, refakatçi talebinin ve kullanımının teşvik etmesine yardımcı olabilir.</li> <li>■ Politika yapımcılar, refakatçiler için kültürel açıdan hassas eğitim programları geliştirmeli ve bunları kaydetmenin, elde tutmanın ve teşvik etmenin yollarını düşünmelidir.</li> <li>■ Uygulamadan önce, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında değişime karşı direnci azaltmak için, uygulayıcılar, sağlık hizmeti sağlayıcılarını doğum ve doğum sırasında refakatçiliğin yararları ve refakatçilerin kadının destek ekibine nasıl entegre edilebileceği konusunda eğitmeyi düşünmek isteyebilirler.</li> <li>■ Varlıklarının hem kadına hem de sağlık kuruluşlarına faydalı olmasını sağlamak ve “yolda” olma riskini azaltmak için doğum refakatçilerinin açıkça belirlenmiş rolleri ve sorumlulukları olmalıdır.</li> <li>■ Refakatçiler için sanitasyona erişim, hijyen önlemleri ve gerektiğinde koruyucu giysiler gibi enfeksiyon kontrol önlemleri göz önünde bulundurulmalıdır.</li> </ul>

<sup>d</sup>Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings. Joint WHO/UNstatement. 27 June 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>).



	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Meslekten olmayan refakatçi (erkek partnerler/kocalar ve kadın akrabalar dahil) doğum öncesi bakım ziyaretlerine, doğum eğitimi sınıflarına vb. entegrasyonu ile refakatçileri doğum süreci hakkında bilgi, sağlık tesisi yapısına aşinalık ve beceri ve güven konusunda ve kadını daha iyi desteklemek, ayrıca kadının kendisine doğum ve doğum boyunca refakatçinin onu nasıl destekleyebileceği hakkında bilgi vermek güçlendirebilir.</li> </ul>
<b>3.2 DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİ</b>	
<b>3.2.1 Doğumun birinci evresinin latent ve aktif fazlarının tanımları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sezaryen olmadan sağlık tesisleri için bağlam ve duruma özgü rehberlik ve protokollerin geliştirilmesi gerekecektir.</li> <li>■ Bu yeni tanım ve kavramların tanıtılması, hizmet öncesi eğitim kurumlarını ve profesyonel organları içermelidir, böylece intrapartum bakım için eğitim müfredatı mümkün olduğunca hızlı ve sorunsuz bir şekilde güncellenebilir.</li> </ul>
<b>3.2.2 Doğumun birinci evresinin süresi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Yeni yaklaşımı kolaylaştırmak için iş gücü izleme araçlarının güncellenmesi ve/veya geliştirilmesi gerekecektir.</li> <li>■ Uygulama rehberlerinin ve çalışma odası protokollerinin güncellenmesi ve yayılması gerekecektir.</li> </ul>
<b>3.2.3 Doğumun eyleminin birinci evresinin ilerlemesi</b>	
<b>3.2.4 Doğumhaneye kabul politikası</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bu öneri, yeterli sayıda eğitilmiş sağlık uzmanına sahip iyi işleyen bir sağlık sistemi gerektirir.</li> <li>■ Sağlık profesyonelleri, latent fazda doğuma kadınların kabulü geciktirme nedenini açıkça iletmeleri ve onlara rahatsız edici kasılmaların nasıl yönetileceği, aktif doğumun nasıl tanıyacakları ve bir kadın eve gitmeyi seçerse hastaneye ne zaman dönecekleri konusunda teşvik, destek ve tavsiye sağlamaları önemlidir.</li> </ul>
<b>3.2.5 Başvuruda klinik pelvik muayene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Klinik pelvik muayenenin doğuma kabul edilen sağlıklı gebe kadınlar arasında rutin olarak uygulandığı ortamlarda, sağlık hizmeti sağlayıcılarının bu uygulamayı desteklemek için yeterli kanıt olmadığının farkında olmaları gerekir.</li> </ul>
<b>3.2.6 Doğuma kabulde fetal sağlığın rutin değerlendirilmesi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kardiyotokografinin (KTG) olumsuz sonuçları için hiçbir risk faktörü olmayan, doğum için gelen kadınlar için kliniğe kabulde rutin olarak yapıldığı ortamlarda, sağlık profesyonellerine ve diğer paydaşlara bu uygulamanın kanıta dayalı olmadığı ve gereksiz tıbbi müdahale riskini artırdığı konusunda bilgi vermek önemlidir.</li> <li>■ Politika yapıcılar ve ilgili paydaşlar, bu amaç için kabul KTG'sine güvenmek yerine, olası dava iddialarına karşı savunmada kullanılmak üzere oskültasyon kayıtlarının nasıl doğrulanabileceğini düşünmelidir.</li> </ul>
<b>3.2.10 Travay boyunca sürekli kardiyotokografi (KTG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ RGG paneli, bazı ülkelerde ve ortamlarda, davalardan korunmak için sürekli KTG kullanıldığının farkındadır. Bu tür ortamlarda, sağlık uzmanlarına ve kadınlara bu uygulamanın kanıta dayalı olmadığı ve daha iyi sonuçlara yol açmadığı tavsiye edilmelidir. Klinisyenler, aralıklı oskültasyon (AO) bulgularını açıkça gösteren iyi tıbbi notlar ve kayıtlar tutarak, sürekli KTG izlemelerine güvenmekten daha iyi bir şekilde davalara karşı daha iyi korunabilirler.</li> </ul>

<p><b>3.2.11</b> <b>Travay süresince fetal kalp hızının aralıklı oskültasyonu</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Politika yapıcılar malzemelerinde en uygun yöntemin/yöntemlerin ne olduğunu göz önünde bulundurmalıdır. Düşük kaynak araçlarından, Pinard fetal stetoskop, sarf malzemeleri ve ekipman bakımı ile ilgili devam eden maliyetlerle ilişkili olmadığı ve altyapı gereksinimleri (örneğin güç kaynağı) olmadığı için aralıklı oskültasyon (AO) için en uygun yöntem olacaktır.</li> <li>■ Düşük kaynaklı kurumlarda pratik bir yaklaşım, öncelikle Pinard fetal stetoskop ile AO yürütmek için sağlık hizmeti sunanların yaygın kullanılabilirliğini ve yetkinliğini sağlamak olabilir. Daha sonra, kaynaklar kullanılabilir hale geldikçe, Doppler ultrason cihazı uygun hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim ile tanıtılabilir.</li> <li>■ Yasal davaların yaygınlığının yüksek olduğu ortamlarda, politika yapıcıların ve ilgili paydaşların, elektronik olmayan fetal izlemeden (ve genel olarak AO'dan) gelen kayıtların potansiyel dava taleplerine karşı savunmada geçerli olup olmayacağını düşünmeleri gerekir.</li> </ul>
<p><b>3.2.12</b> <b>Ağrıyı azaltmak için epidural analjezi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Politika yapıcıların, ortamlarında ağrı azaltmak için hangi önlemlerin en uygun ve kabul edilebilir olduğunu belirlemeleri gerekir.</li> <li>■ Epidural analjezi sunan tesislerin, anne ve bebeğin güvenliğini sağlamak için doğum sırasında ve sonrasında prosedürün istenmeyen etkilerini izlemek, tespit etmek ve yönetmek için uygun uzman becerilere (anestezistler, kadın doğum uzmanları) sahip personele ve gerekli ekipman ve sistemlere sahip olması gerekir. Epidural analjezi, bu kaynakların sürekli olarak bulunmadığı ortamlarda kullanılmamalıdır.</li> <li>■ Doğru ilaçlar, dozlar, teknikler, personel seviyeleri ve diğer kaynak gereksinimleri de dahil olmak üzere epidural analjezi için standartlaştırılmış protokollere uyulmasını sağlamak için sistemler uygulanmalıdır.</li> <li>■ Epidural analjezi kullanmış kadınların bakım verildiği doğum ve doğum sonrası odalarında oksijen, canlandırma ekipmanları ve canlandırma için uygun ilaçlar hazır bulunmalıdır.</li> <li>■ Sağlıkçılar ve kadınlar epidural analjezinin ciddi komplikasyonlara yol açabilecek önemli bir işlem olduğunun farkında olmalıdır. Epidural analjezi ile ilişkili yararları ve riskleri, bu ağrı kesici yöntem göz önünde bulundurularak kadınlara açıkça açıklanmalıdır.</li> <li>■ Epidural analjezi uygulanan tüm kadınlar için imzalı bilgilendirilmiş onay gereklidir.</li> <li>■ Klinik yönetime rehberlik etmek, kadınların karar vermelerini desteklemek ve ağrı kesicinin güvenli ve eşitlikçi bir şekilde sağlanmasını sağlamak için bir kadının ağrı kesici ihtiyacını değerlendirmek ve bir dizi farmakolojik olmayan seçenek sunmak için özel protokoller geliştirilmelidir.</li> <li>■ Sağlık profesyonelleri, antenatal bakım eğitimi ve danışmanlığının bir parçası olarak, tesislerinde doğum ve doğum için mevcut ağrı kesici seçenekleri kadınlarla iletmeli ve bu seçeneklerin avantaj ve dezavantajlarını tartışmalıdır. Bir kadının doğum sırasında ağrı kesici seçmesi, eğer ağrı kesici gerekiyorsa, doğuma kabulde onaylanmalıdır. Buna ek olarak, bunu yapma ihtiyacı hissederse, istediği ağrı kesici türü hakkında fikrini değiştirmekte özgür olmalıdır.</li> <li>■ Epidural analjezi de dahil olmak üzere ağrı kesici için farmakolojik seçenekler sunan sağlık kurumları, ortaya çıkmaları durumunda yeterli eğitilmiş personele, net protokollere ve komplikasyonları yönetmek için gerekli ekipmana sahip olduklarından emin olmalıdır.</li> <li>■ Gerekli ilaçların stokta tutulmasını ve gerektiğinde dağıtılabilesini sağlamak için farmakolojik ağrı kesici seçenekleri sunan kurumlarda gerekli işlemler uygulanmalıdır.</li> <li>■ Doğum sırasında epidural analjezi sunan sağlık kurumları, klinik protokollere uyulmasını sağlamak ve komplikasyonları izlemek için düzenli denetim ve geri bildirim prosedürleri yapmalıdır.</li> </ul>

<p><b>3.2.13</b> <b>Ağrıyı azaltmak için opioid analjezi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Politika yapıcılar, sağlık uzmanlarına ve sağlık kurumlarını kullanan kadınlara danışarak, kliniklerinde hangi ağrı kesici önlemlerin en uygun (uygulanabilir ve kabul edilebilir) olduğunu belirlemeleri gerekir</li> <li>■ Opioid analjezi, personel sıkıntısı nedeniyle kadın ve bebeklerin yeterince izlenemediği veya canlandırma becerileri, ekipmanları ve malzemelerinin (oksijen, uygun ilaçlar) eksik olduğu ortamlarda uygun değildir</li> <li>■ Klinik yönetime rehberlik etmek, kadınların karar vermelerini desteklemek ve ağrı kesicinin güvenli ve eşitlikçi bir şekilde temin edilmesini sağlamak için bir kadının ağrı kesici ihtiyacını değerlendirmek ve bir dizi farmakolojik olmayan seçenek sunmak için özel protokoller geliştirilmelidir</li> <li>■ Opioid analjezi sağlayan sağlık kurumları, resusütasyon yapma konusunda yetenekli personelin her zaman görevli personel arasında yer almasından emin olmalıdır</li> <li>■ Sağlık kuruluşları, iyatrojenik sonuçları azaltmak için opioid kullanımına (özellikle anne ve yenidoğan solunum depresyonu) ilişkin klinik protokollere ve komplikasyonlara bağlılığı izlemelidir</li> <li>■ Sağlık profesyonelleri, antenatal bakım eğitimi ve danışmanlığının bir parçası olarak, kurumlarında bulunan doğum ve doğum için ağrı kesici seçenekleri kadınlara iletmeli ve bu seçeneklerin avantajlarını ve dezavantajlarını tartışmalıdır</li> <li>■ Opioid analjezi de dahil olmak üzere ağrı kesici için farmakolojik seçenekler sunan sağlık kurumları, ortaya çıkmaları durumunda yeterli eğitilmiş personele, net protokollere ve komplikasyonları yönetmek için gerekli ekipmana sahip olduklarından emin olmalıdır</li> <li>■ Gerekli ilaçların stokta tutulmasını ve gerektiğinde dağıtılabilesini sağlamak için farmakolojik ağrı kesici seçenekleri sunan kurumlarda gerekli işlemler uygulanmalıdır.</li> <li>■ Opioid ilacının güvenli bir şekilde saklanması ve kötüye kullanım riskini azaltmak için dağıtımında kayıt tutulması gerekir.</li> </ul>
<p><b>3.2.14</b> <b>Ağrı yönetimi için gevşeme teknikleri</b></p> <p><b>3.2.15</b> <b>Ağrı yönetiminde manuel teknikler</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sağlık profesyonelleri, tesislerinde bulunan doğum ve doğum için ağrı kesici seçenekleri kadınlara iletmeli ve bu seçeneklerin doğumda mümkün olduğunca erken ve ideal olarak antenatal bakım eğitimi ve danışmanlığının bir parçası olarak avantajlarını ve dezavantajlarını tartışmalıdır.</li> <li>■ Eğitim kurumları, sağlık profesyonellerinin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitimlerinde bu teknikleri kapsayabilir. Meslekten olmayanlar için, antenatal dönemde bu tekniklerde temel eğitim kolaylaştırılabilir.</li> </ul>
<p><b>3.3 DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİ</b></p>	
<p><b>3.3.1</b> <b>Doğumun ikinci evresinin tanımı ve süresi</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 3.2.1–3.2.3 için dikkat edilmesi gereken hususlarla aynıdır.</li> </ul>
<p><b>3.3.2</b> <b>Doğum pozisyonu (Epidural analjezi almayan kadınlar için )</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kadınların genellikle recumbent pozisyonlarında doğum yaptığı ortamlarda, politika yapıcılar (i) sağlık profesyonellerinin kadınların dik pozisyonlarda doğum yapmalarına nasıl destek olacakları konusunda hizmet içi eğitim almalarını sağlamalı ve (ii) kadınlar için alternatif dik pozisyonları desteklemek için kullanılacak gerekli olanaklar sağlanmalıdır.</li> <li>■ Sağlık profesyonelleri, kadınlara doğum pozisyonlarının seçimi ile ilgili seçenekleri hakkında tavsiyelerde bulunmalıdır; bu antenatal eğitim ve danışmanlığın bir parçası olarak antenatal bakım temasları sırasında yapılmalıdır.</li> </ul>

<b>3.3.3</b> <b>Doğum pozisyonu</b> <b>(epidural analjezi</b> <b>alan kadınlar için)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Madde 3.3.2 (önceki satır) ile aynı uygulama konuları.</li> </ul>
<b>3.3.4</b> <b>İkınma yöntemi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sağlık profesyonellerinin yönlendirilmiş ıkınma tekniklerini kullanmaya alışkın olduğu ortamlarda, klinik protokoller, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim içeriği kendiliğinden ıkınmayı destekleyecek şekilde güncellenmelidir.</li> </ul>
<b>3.3.5</b> <b>İkınma yöntemi</b> <b>(epidural analjezi</b> <b>alan kadınlar için )</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Epidural analjezisi olan kadınlar için doğumun ikinci evresinde gecikmeli ıkınmayı destekleyecek şekilde klinik protokoller, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim içeriği güncellenmelidir.</li> </ul>
<b>3.3.6</b> <b>Perine travmasını</b> <b>önlemek için</b> <b>teknikler</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Politika yapıcılar, sağlık profesyonellerinin hizmet öncesi eğitimlerinin perinede travmayı önleme teknikleri konusunda eğitim almalarını sağlamak için profesyonel kurumlar, toplumlar ve eğitim kurumlarıyla iletişim kurmalıdır.</li> <li>■ Profesyonel organlar, toplumlar ve sağlık kuruluşları, doğumun ikinci aşamasında kadınları destekleme konusundaki eğitimlerini ve rehberliklerini, perine travmayı önlemek için farklı seçenekleri içerecek şekilde güncellemelidir: perine masajı, sıcak kompresler ve “hand on” bir koruma yaklaşımı.</li> <li>■ Paydaşlar, kendi ortamlarında hangi tekniklerin en uygun olduğunu düşünebilirler.</li> <li>■ Sağlık profesyonelleri, perinede travmayı önlemek için mevcut farklı seçenekleri kadınlara iletmelidir; bu, Doğuma Hazırlık ve Komplikasyona Hazırlık (BPCR- Birth Preparedness and Complication Readiness ) danışmanlığının bir parçası olarak antenatal bakım temasları sırasında yapılmalı ve doğumun ikinci aşamasında kadının bakımına yönelik tercihlerine dikkat edilmelidir.</li> </ul>
<b>3.3.7</b> <b>Epizyotomi</b> <b>politikası</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Geniş destek sağlamak ve sağlık çalışanlarının uygun eğitim ve destek almasını sağlamak için, politika yapıcılar eğitim tesislerinin ve meslek organlarının temsilcilerini katılımcı süreçlerine dahil etmelidir.</li> <li>■ Profesyonel toplumların yönergeleri ve sağlık kurumu protokolleri, epizyotominin özgürce (liberal) kullanılmaması ve epizyotomi için sadece seçici kullanımın izin verilmesi önerisini yansıtacak şekilde güncellenmelidir.</li> <li>■ Epizyotomi kullanımının rutin veya liberal olarak kullanıldığı ortamlarda ve doğum için sağlık kurumlarının az kullanıldığı ortamlarda, kadınlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları epizyotomi kullanımının artık kısıtlandığı konusunda bilgilendirilmelidir.</li> <li>■ Tüm paydaşlar, bir kadının epizyotomi için bilinçli onay vermesi gerektiğinin farkında olmalıdır.</li> <li>■ Epizyotomi endikasyonları ve protokolleri doğum tesislerinde net bir şekilde gösterilmelidir.</li> <li>■ Hem kamu hem de özel sağlık tesisleri için politika yapıcılar, sağlık hizmetleri yöneticileri ve yöneticiler, epizyotomi yapmak için her türlü mali ve diğer teşviklerin kaldırılmasını sağlamalıdır.</li> </ul>
<b>3.3.8</b> <b>Fundal Bası</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Sağlıkçılar, bu uygulamanın önerilmediğini ve olumsuz doğum sonuçlarına yol açabileceğinin farkında olmalıdır.</li> <li>■ Paydaşlar, ortamlarında gereksiz doğum uygulamalarını en iyi şekilde nasıl azaltacaklarını belirlemek için uygulama araştırması yapmayı düşünebilirler.</li> </ul>













