



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**TRAVAYDA VE DOĞUM SÜRECİNDE
VERİLEN BAKIM VE UYGULAMALARIN
ANNENİN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ**

Buse KÜÇÜK ÇELİK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Prof. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

TRABZON-2025

BEYAN

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

24/10/2025

Buse KÜÇÜK ÇELİK

İthaf

Bu yüksek lisans tezimi, benim bu günlere gelmem için hiçbir fedakârlıktan kaçınmayan ve her zaman yanımda olan başta sevgili anne babam olmak üzere değerli aileme ve attığım her adımda yanımda hissettiğim, hayatıma anlam katan sevgili eşim Alperen ile canım oğluma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim sürecinde desteğini, ilgisini ve bilgilerini benden esirgemeyen, disiplinli çalışması ve sabrını örnek aldığım pek kıymetli tez danışman hocam Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK’a,

Ders dönemimden itibaren ilgi, destek ve hoşgörüsünü benden esirgemeyen Sayın Öğr. Gör. Dr. Reyhan ERKAYA hocama,

Tez sürecimde katkı, destek ve engin bilgilerinden yararlandığım tez izleme komitesi ve tez jüri üyelerim Sayın Doç. Dr. Hacer KOBYA BULUT ve Sayın Prof. Dr. Özlem KARABULUTLU hocalarıma,

Tez verilerimi toplamam için izin veren Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğine ve tezime katılmaya gönüllü olan değerli annelere sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunuyorum.

Buse KÜÇÜK ÇELİK

İÇİNDEKİLER

Sayfa

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY

BEYAN

İthaf

TEŞEKKÜR

İÇİNDEKİLER

vi

TABLolar DİZİNİ

x

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

xi

ÖZET

xiii

ABSTRACT

xiv

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1

1.1. Araştırmanın Soruları

2

2. GENEL BİLGİLER

3

2.1. Doğum Eylemi

3

2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri

3

2.2. Travay ve Doğum Eylemi Süresince Verilen Bakım ve Yapılan Uygulamalar

4

2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Verilen Bakım

4

2.2.1.1. Ebe ve Hekim Yönetimindeki Doğumlar

4

2.2.1.2. Doğum Eyleminde Hastaneye Başvurunun Geciktirilmesi

5

2.2.1.3. Ev Ortamına Benzer Doğum Odaları

5

2.2.1.4. Doğum Eyleminde Sürekli Destek

6

2.2.1.5. Ağrı Yönetiminde Manuel ve Gevşeme Teknikleri

7

2.2.1.6. Verilen Sıvı ve İlaçların Kaydedilmesi ve İzlenmesi

7

2.2.1.7. Fetal Kalp Atımının Aralıklı Dinlenmesi

7

2.2.1.8. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı

8

2.2.1.9. Leopold Manevrası

8

2.2.1.10. Kontraksiyon Takibi

8

2.2.1.11. Dilatasyon ve Efasman Takibi

8

2.2.1.12. Oksitosin Uygulaması ve İndüksiyon Takibi

9

2.2.1.13. Travay ve Doğum Eyleminin Partograf ile Takibi	9
2.2.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar	10
2.2.2.1. Rutin Vajinal Muayene	10
2.2.2.2 Vajinal Temizlik	10
2.2.2.3. Doğum Eylemi Boyunca Oral Sıvı ve Besin Alımı	10
2.2.2.4. Doğum Eyleminde İntravenöz Sıvılar	11
2.2.2.5. Doğumda Lavman Uygulaması	11
2.2.2.6. Doğumun Birinci Evresinde Mobilizasyon ve Pozisyon	12
2.2.2.7. Ağrı Yönetiminde Analjezi ve Anestezi Uygulamaları	12
2.2.2.8. İntrapartum Fetal Monitorizasyon	13
2.2.2.9. Rutin Perine Tıraşlanması	14
2.2.2.10. Ultrasonografi Kullanımı	14
2.2.2.11. Doğum İndüksiyonu	14
2.2.2.12. Amniyotomi	15
2.2.2.13. Antispazmolitik Ajan Kullanımı	15
2.2.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Verilen Bakım	15
2.2.3.1. Doğumun İkinci Evresinde Pozisyon	15
2.2.3.2. Perineal Travmayı Önlemeye Yönelik Yöntemler	16
2.2.3.3. İkinma Zamanı ve Teknikleri	16
2.2.3.4. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı	17
2.2.3.5. Perine Temizliği	17
2.2.4. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Yapılan Uygulamalar	17
2.2.4.1. Epizyotomi	17
2.2.4.2. Fundal Basınç	18
2.2.4.3. Vakum ve Forseps Uygulamaları	18
2.2.5. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Verilen Bakım	18
2.2.5.1. Ten Tene Temas	18
2.2.5.2. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı	19
2.2.5.3. Yenidoğanın Anne Sütü ile Beslenmeye Teşvik Edilmesi	19
2.2.6. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Yapılan Uygulamalar	19
2.2.6.1. Uterotoniklerin Kullanımı ve Zamanlaması	19
2.2.6.2. Plasentanın Çıkarılması	20
2.2.6.3. Umbilikal Kordun Klemplenmesi ve Kesilmesi	21

2.2.7. Erken Postpartum Dönemde Verilen Bakım	21
2.2.7.1. Uterus Masajı	21
2.2.7.2. Doğum Sonu Rutin Maternal Değerlendirme	22
2.2.7.3. Vajinal Kanama Takibi	22
2.2.7.4. Abdominal Uterin Tonus Değerlendirmesi	22
2.2.7.5. Fundal Yükseklik Kontrolü	23
2.2.7.6. Yaşam Bulguları Takibi	23
2.2.7.7. Postpartum Dönemde Annenin Konforunun Sağlanması	23
2.2.7.8. Postpartum Dönemde Bilgilendirme	23
2.2.8. Erken Postpartum Dönemde Yapılan Uygulamalar	24
2.2.8.1. Analjezi Kullanımı	24
2.2.8.2. Antibiyotik Profilaksisi Kullanımı	24
2.3. Doğum Deneyiminde Anne Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler	25
2.4. Doğum Deneyiminde Verilen Bakım ve Yapılan Uygulamalar ile Anne Memnuniyetinin Sağlanmasında Hemşirelerin Rolü	27
3. GEREÇ ve YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri	30
3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	30
3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	30
3.5. Veri Toplama Araçları	31
3.5.1. Gebe Tanılama Formu	31
3.5.2. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu	31
3.5.3. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği	32
3.6. Verilerin toplanması	32
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	33
3.9. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri	34
3.10. Araştırmanın Değişkenleri	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	55

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	60
7. KAYNAKLAR	63
EKLER	75
EK 1. Veri Toplama Formları	76
EK 2. Etik Kurul İzni	82
EK 3. Kurum İzni	85
EK 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	86
EK 5. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu (DMÖ-K) Kullanım İzni	87
EK 6. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği (DUAÖ) Kullanım İzni	88
ÖZGEÇMİŞ	89



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo No	Sayfa
Tablo 1. Gebelere ait sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin dağılımı	36
Tablo 2. Doğum süreci ile ilgili klinik ve obstetrik özelliklerin dağılımı	37
Tablo 3. Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evreleri ile erken postpartum evrede sunulan bakım uygulamalarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu karşılaştırılmasının dağılımı	39
Tablo 4. Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evreleri ile erken postpartum dönemde uygulanan girişimlere göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı	45
Tablo 5. Yenidoğan özellikleri, yenidoğan bakım ve uygulamalarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu Puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı	50
Tablo 6. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu, Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı	51
Tablo 7. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu ve Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi	52
Tablo 8. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puanına etki eden sürekli değişkenlere ilişkin doğrusal regresyon analizi sonuçları	53

KISALTMALAR, SİMGELER ve FORMÜLLER DİZİNİ

Kısaltmalar

ACNM	Amerikan Ebe-Hemşire Koleji (American College of Nurse Midwives)
ACOG	Amerikan Jinekoloji ve Obstetrik Derneği (American College of Obstetricians and Gynecologists)
ANOVA	Tek Yönlü Varyans Analizi
CCT	Kontrollü Kord Traksiyonu
DMÖ-K	Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
DUAÖ	Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği
EAH	Eğitim ve Araştırma Hastanesi
EFM	Elektronik Fetal Monitörizasyon
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (International Federation of Gynaecology and Obstetrics)
FKH	Fetal Kalp Hızı
IM	İntramüsküler Uygulama
IV	İntravenöz Uygulama
NICE	Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence)
NSAİİ	Non Steroidal Antienflamatuar İlaçlar
RIA	Rahim İçi Araç
SBÜ	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
SKH	Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri
SPSS	Sosyal Bilimler İstatistik Paketi (Statistical Package for Social Sciences)
TDL	Travay-Doğum-Lohusa
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund)
USG	Ultrasonografi
vb.	ve benzeri

Simgeler

B	Regresyon katsayısı (eğim)
cm	Santimetre
dk	Dakika
G.A.	Güven aralığı
max	Maksimum
mcg	Mikrogram
mg	Miligram
min	Minimum
n	Örneklem sayısı
OR	Odd's Ratio
Ort	Ortanca
p	Anlamlılık düzeyi
r	Korelasyon katsayısı
SH	Standart hata
ss	Standart sapma
%	Yüzde
<	Küçük
>	Büyük

ÖZET

Travayda ve Doğum Sürecinde Verilen Bakım ve Uygulamaların Annenin Memnuniyet Düzeyine Etkisi

Bu çalışma, travay ve doğum sürecinde sunulan bakım ve uygulamaların annelerin doğum memnuniyet düzeyine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tanımlayıcı ve ilişkisel tarama deseni ile yürütülen araştırma, Şubat–Temmuz 2024 tarihleri arasında Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kanuni Eğitim Araştırma Hastanesi (EAH) Numune Kampüsü doğumhane biriminde, 340 anne ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, Gebe Tanılama Formu, Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu (DMÖ-K) ve Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği (DUAÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizi için tanımlayıcı istatistiklere ek olarak bağımsız gruplarda t testi, Mann–Whitney U, ANOVA, Kruskal–Wallis, uygun post-hoc testler ile Pearson ve Spearman korelasyon analizleri uygulanmıştır. Bulgulara göre, annelerin %73.8’inin doğum memnuniyet düzeyinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. DUAÖ toplam puanı ile DMÖ-K toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı, negatif yönlü ve düşük düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Oksitosin indüksiyonu, antispazmolitik uygulama, ultrasonografi, epizyotomi ile sık vajinal muayene gibi müdahalelerin, annelerin doğum memnuniyet düzeyini anlamlı biçimde azalttığı görülmüştür ($p<0.05$). Buna karşılık, spontan ıkınmanın desteklenmesi ve bebeğin doğumdan hemen sonra emzirilmesi uygulamalarının memnuniyet düzeyini artırdığı belirlenmiştir ($p<0.05$). Doğum süreci hakkında bilgilendirme, duygusal destek sağlanması ve onam süreçlerine özen gösterilmesi gibi standart bakım uygulamalarının tüm katılımcılara sunulduğu için memnuniyet düzeyinde belirgin bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, doğumda refakatçi varlığı, annenin tercih ettiği pozisyonda ıkınmasına destek verilmesi, uygulamalı emzirme desteği, uterotonik kullanımı, plasenta doğumuna müdahale, uterus masajı, postpartum komplikasyonlar, yenidoğanın tıbbi durumu ve uygulanan rutin bakım prosedürleri ile doğum memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak, travay ve doğum sürecinde uygulanan bazı müdahale ve bakım biçimlerinin annelerin memnuniyet düzeyini anlamlı biçimde etkilediği belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Anneler, Doğum süreci, Gebe kadınlar, Hasta memnuniyeti, Hemşirelik bakımı, Obstetrik girişimler

ABSTRACT

The Impact of Care and Interventions During Labor and Delivery on Maternal Satisfaction

This study aimed to examine the effect of care and interventions provided during labor and delivery on maternal satisfaction. Employing a descriptive and correlational design, the research was conducted between February and July 2024 in the delivery unit of Trabzon Kanuni Training and Research Hospital (Numune Campus), with a sample of 340 postpartum women. Data were collected using the Pregnancy Identification Form, the Short-Form Birth Satisfaction Scale (T-BSS-R), and the Perception of Birth Practices Scale (BPPS). In addition to descriptive statistics, independent samples t-test, Mann–Whitney U test, one-way ANOVA, Kruskal–Wallis test, appropriate post-hoc tests, as well as Pearson and Spearman correlation analyses were employed. Findings revealed that 73.8% of participants reported a moderate level of birth satisfaction. A statistically significant, negative, and weak correlation was found between the total scores of T-BSS-R and BPPS ($p<0.05$). Interventions such as oxytocin induction, administration of antispasmodics, ultrasonography, episiotomy and frequent vaginal examinations were significantly associated with lower maternal satisfaction ($p<0.05$). In contrast, support for spontaneous pushing and immediate breastfeeding after birth were found to enhance satisfaction ($p<0.05$). Birth-related information, emotional support, and informed consent were uniformly provided to all participants and, therefore, did not have a significant effect on satisfaction. Moreover, no significant associations were found between maternal satisfaction and factors such as the presence of a birth companion, preferred pushing position, breastfeeding support, uterotonic use, management of placental delivery, uterine massage, postpartum complications, the newborn's clinical status, or routine care procedures ($p>0.05$). In conclusion, it was determined that certain clinical interventions and care practices during labor and delivery can significantly affect maternal satisfaction.

Key words: Mothers, Nursing care, Obstetric procedures, Parturition, Patient satisfaction, Pregnant women

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Doğum, anne için hayatında birkaç kez, belki de bir kere yaşayabileceği benzersiz bir deneyimdir (1). Doğumun kendiliğinden ve en az müdahale ile gerçekleşmesi beklenirken, günümüzde birçok anne gereksiz tıbbi uygulamalara maruz kalmaktadır. Bu durum, annenin doğum deneyimi ve memnuniyetini olumsuz etkileyebilmektedir. Anne memnuniyeti; bilgilendirilme düzeyi, önceki doğum deneyimleri, istenmeyen tıbbi müdahaleler gibi çeşitli faktörlerden etkilenmekte ve verilen bakımın niteliği ile doğrudan ilişkilendirilmektedir (2).

Doğum sürecinde anneye sağlanan bakım ve yapılan uygulamalar, hem fiziksel hem de duygusal iyilik halini destekleyen önemli unsurlardır. Masaj, sıcak/soğuk uygulama, uygun pozisyon verme, aktif hareketin teşvik edilmesi, nefes egzersizleri, duygusal destek ve mahremiyetin sağlanması gibi bakım uygulamaları anne için olumlu bir doğum deneyimi sağlarken; sık ve rutin vajinal muayene, lavman, perine tıraşı, sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM), amniyotomi, doğum indüksiyonu, mobilizasyon kısıtlaması, fundal bası ve epizyotomi gibi müdahaleler gereksiz yere uygulandığında olumsuz etkiler yaratabilmektedir (3–5).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) ve Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE), düşük riskli gebelerde doğumun doğal akışına müdahale edilmemesi gerektiğini vurgulamaktadır (6–8). Türkiye’de de 2015 yılında uygulanmaya başlanan *Anne Dostu Hastane Programı*, gereksiz tıbbi müdahalelerin en aza indirgenmesini ve doğum sürecinde anneye fiziksel ve duygusal destek sağlanmasını teşvik etmektedir (9). Ancak literatürde, endikasyon olmaksızın uygulanan tıbbi girişimlerin yaygın olduğu ve bu durumun anne memnuniyetini olumsuz etkileyebildiği belirtilmektedir (1, 2, 4, 5, 10). Bu tür müdahalelerin anne-bebek bağlanmasını geciktirdiği (1, 11, 12), emzirme güçlükleri (1, 11–13), doğum sonu depresyon (11, 12), ve travma sonrası stres bozukluğu gelişimine yol açtığı (11–13), doğum deneyimi nedeniyle gelecekte sezaryen doğumu tercih etme eğilimini artırdığı (1, 4, 11, 12) ve genel doğum memnuniyetini azalttığı bildirilmektedir (1, 4, 12).

Öte yandan, travay ve doğum sürecinde verilen destekleyici bakım uygulamalarının (dokunma, masaj, nefes egzersizleri, mahremiyetin korunması, emosyonel destek, farmakolojik olmayan ağrı kontrolü vb.), annenin doğum deneyimini olumlu yönde etkilediği gösterilmektedir (3, 14–17). Araştırmalar, anneye sağlanan uygun bakımın

travay süresini kısalttığını, doğum korkusunu azalttığını, gereksiz obstetrik müdahaleleri engellediğini ve doğum memnuniyetini artırdığını göstermektedir (3, 15).

Kanıtı dayalı bakım uygulamalarının benimsenmesi, sağlıklı doğum süreçlerini destekleyerek *Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri* (SKH) kapsamında anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır (18). Bu bağlamda, doğum sırasında gereksiz müdahalelerin önlenmesi ve anne dostu uygulamaların yaygınlaştırılması, kadın sağlığını güçlendirmeye yönelik stratejik hedeflere ulaşılmasına da hizmet edecektir (19).

Bu çalışmada, *anne dostu bir hastanede verilen bakım ve uygulamaların anne memnuniyeti üzerindeki etkisi* değerlendirilecektir. Literatürde, travay ve doğum sürecinde uygulanan bakım ve müdahalelerin ayrı ayrı ele alındığı çalışmalar bulunsa da, bu süreçlerin tamamının anne memnuniyeti üzerindeki etkisini bütüncül olarak inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu eksikliği gidermek amacıyla, bu araştırmada hem travay hem de doğum sürecindeki bakım ve müdahalelerin anne memnuniyetine etkisi değerlendirilecektir.

1.1. Araştırmanın Soruları

1. Travay ve doğum süresince verilen bakımın annenin memnuniyet düzeyine etkisi var mıdır?
2. Travay ve doğum süresince yapılan uygulamaların annenin memnuniyet düzeyine etkisi var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Doğum eylemi, serviksin efasman ve dilatasyonuna neden olan düzenli uterus kasılmalarını takiben fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atılması sürecidir (20). Normal doğum eylemi, fetüsün dış ortamda yaşayabileceği olgunluğa erişmesi ve uterusda daha fazla büyüemeyeceği bir döneme ulaşmasıyla başlar. Vajinal doğumun, termde, tek ve canlı fetüs varlığında, vertex pozisyonunda, baş-pelvis uyumu sağlanarak ve herhangi bir komplikasyon gelişmeden kendiliğinden gerçekleşmesi beklenir (20, 21).

Doğum eyleminde rol oynayan çeşitli faktörler bulunmaktadır. Doğum kanalı, pelvis ve yumuşak dokulardan oluşur ve normal doğumun gerçekleşebilmesi için kemik pelvisin yapısının uygun olması, yumuşak doğum kanalının esnekliği ve fetüsle doğum kanalının uyumlu olması gerekmektedir (20). Fetüsün duruşu, pozisyonu, prezentasyonu ve annenin pelvisi ile olan ilişkisi doğum eylemini doğrudan etkilemektedir. Doğum eylemini gerçekleştiren güçler, birincil ve ikincil olmak üzere ikiye ayrılır. Birincil güç, uterus kontraksiyonları olup, sıklığı, süresi, frekansı ve şiddeti doğum ilerledikçe artar ve servikal efasman, dilatasyon ile fetüsün inişini sağlar. İkincil güç, annenin abdominal ve diyafragmatik kaslarını kullanarak bebeği itmek için oluşturduğu kuvvettir. Annenin psikolojik durumu, doğum eylemine bedensel ve ruhsal olarak hazır olması, önceki doğum deneyimleri, doğuma dair algıları, gebeliğin planlı olup olmaması, doğum sürecinde aldığı destek ve duygusal durumu doğum eylemini etkileyen önemli faktörlerdendir(20, 21).

2.1.1. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi dört evreden oluşmaktadır. Birinci evre (travay evresi), düzenli kontraksiyonların başlaması ile serviksin tam dilatasyona (10 cm) ulaşması arasındaki süreci kapsar (22). Bu evre, primiparlarda 12-16 saat, multiparlarda ise 6-7 saat sürmekte olup, doğumun en uzun süren evresidir. Latent faz, düzenli uterus kontraksiyonlarının hissedilmeye başlamasıyla başlar ve servikal dilatasyon 5 cm'e ulaştığında sona erer. Başlangıçta 10-20 dakikada bir gelen kontraksiyonlar giderek sıklaşarak 5-7 dakikada bir aralığa iner ve süresi 30-40 saniyeye kadar uzar. Latent faz, primiparlarda ortalama 9 saat, multiparlarda ise ortalama 6 saat sürmektedir. Aktif faz, 6 cm'den başlayarak 10 cm'ye kadar devam eder ve bu süreçte kontraksiyonlar 2-5 dakikada bir sıklıkla ve artan şiddetle gerçekleşir. Primiparlarda 12 saati, multiparlarda ise 10 saati geçmemesi beklenmektedir (20, 21).

İkinci evre, servikal dilatasyonun tamamlanmasıyla başlayıp fetüsün doğumuna kadar geçen süreyi kapsar. Bu evre primiparlarda ortalama 3 saat, multiparlarda ise yaklaşık 30 dakika sürmektedir (20, 21, 23).

Üçüncü evre (plasental evre), bebeğin doğumuyla başlayıp plasentanın çıkarılmasıyla sona erer. Bu evre nullipar ve multiparlarda benzer sürelerde olup, yaklaşık 5-30 dakika sürmektedir (20, 21, 24).

Erken postpartum dönem, plasentanın doğumunu takiben ilk 1 saati içerir. Bu evrede anne ve bebeğin vücudunda anatomik, fizyolojik ve duygusal değişiklikler meydana gelir. Emzirmeye başlama, ten tene temas sağlanması ve aile ile ilk bağın kurulması açısından kritik bir süreçtir (20, 21).

2.2. Travay ve Doğum Eylemi Süresince Verilen Bakım ve Yapılan Uygulamalar

Travay ve doğum eylemi süresince anneye verilen bakım ve uygulamalar, doğum deneyimini doğrudan etkileyen önemli faktörlerdendir (4, 5, 15). Bu süreçte sağlanan bakım, annenin fiziksel ve psikolojik iyiliğini destekleyerek doğum deneyimini olumlu yönde şekillendirmektedir (3, 15, 25). Doğum, anne için benzersiz bir deneyim olup, doğal seyrinde ve minimal müdahale ile gerçekleşmesi beklenirken, günümüzde birçok anne gereksiz müdahalelere maruz kalabilmektedir (4, 5). Kanıta dayalı uygulamalarla desteklenen doğum süreçleri, annenin doğumdan duyduğu memnuniyeti artırarak, sağlık sonuçlarını iyileştirmekte ve doğum sonrası dönemde anne-bebek bağını güçlendirmektedir. Bu nedenle, doğum eylemi boyunca annenin gereksiz girişimlerden korunması, saygılı ve destekleyici bakım alması, doğum sürecine aktif katılımının teşvik edilmesi büyük önem taşımaktadır.

2.2.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Verilen Bakım

2.2.1.1. Ebe ve Hekim Yönetimindeki Doğumlar

Literatürde, düşük riskli gebelerde ebe liderliğindeki doğumların, hekim yönetimindeki doğumlar kadar güvenli olduğu ve müdahaleli doğum ihtimalinin daha düşük olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca, ebe yönetiminde gerçekleşen doğumların memnuniyet düzeyini artırdığı belirtilmektedir (26). DSÖ, pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım rehberinde, bilinen ebelerden oluşan küçük bir grup tarafından yönetilen bakım modellerinin tercih edilmesini önermektedir (6). Benzer şekilde NICE, doğum sürecinde gebenin yalnız bırakılmaması ve bire bir bakım sağlanmasını

desteklemektedir (8). Ebe ve hekim liderliğindeki doğum süreçlerinin karşılaştırıldığı Cochrane sistematik incelemesine göre, toplam 18.533 kadını kapsayan 17 araştırmada, ebe yönetimindeki doğumların, sezaryen doğum oranları, müdahaleli vajinal doğum, epizyotomi, 24 haftadan önce gerçekleşen fetal kayıpları azalttığı görülmüştür. Buna karşılık, spontan vajinal doğum oranı ve doğum memnuniyeti düzeyi artmıştır. Ebe bakım sürekliliği modeli ile bakım alan kadınların genellikle hamilelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde daha olumlu deneyimler bildirdiği belirtilmektedir (27).

Tüm bu bulgular doğrultusunda, düşük riskli gebelerde ebe liderliğinde bakım güçlü bir şekilde önerilmektedir (26).

2.2.1.2. Doğum Eyleminde Hastaneye Başvurunun Geciktirilmesi

Gebenin doğumhaneye kabulü için servikal efasmanın tamamlanması, servikal dilatasyonun en az 3 cm olması, düzenli uterus kontraksiyonlarının (her 15 dakikada en az iki kontraksiyon) başlaması ve spontan membran rüptürünün gerçekleşmesi gerekmektedir (21, 26). DSÖ, normal şartlarda doğumun aktif fazına kadar hastaneye kabulün geciktirilmesini yalnızca araştırma bağlamında önermektedir (6). NICE, düşük riskli gebelerde, düzenli kasılmaların başlaması ve servikal dilatasyonun 4 cm'e ulaşmasına kadar hastaneye başvurunun ertelenmesini desteklemektedir (8).

Doğumhaneye erken ve geç kabulü karşılaştıran, toplam 209 kadını kapsayan Cochrane sistematik incelemesine göre, doğuma geç kabul edilen gebelerde intrapartum oksitosin ve analjezi kullanımı daha düşük, doğum sırasında kontrol hissi ise daha yüksek bulunmuştur. Ancak, sezaryen oranı ile anne ve yenidoğan sonuçlarına etkisi konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır (26). Özetle, düzenli kasılmaların başlaması ve servikal dilatasyonun 3 cm veya üzeri olması durumunda, mümkün ve güvenli ise hastaneye başvurulması önerilmektedir (zayıf tavsiye) (26).

2.2.1.3. Ev Ortamına Benzer Doğum Odaları

Doğum sürecinde gebenin ve refakatçilerinin ihtiyaçlarına uygun bir ortam sağlanması, hem komplikasyon riskini azaltmakta hem de doğum memnuniyetini artırmaktadır (21). NICE, komplikasyon riski düşük gebelerin doğum ortamını kendi tercihleri doğrultusunda seçebilmelerini önermektedir (8).

Türkiye'de uygulanan Anne Dostu Hastane Programı, doğum sürecinin tamamını kapsayacak şekilde tasarlanan tek kişilik odalar ile anneye mahremiyet, hareket özgürlüğü

ve refakatçi desteği sağlayan bir model sunmaktadır. Bu odalar, annenin tüm ihtiyaçlarını karşılayarak, anne-bebek bağına güçlendirmekte ve erken emzirmeyi teşvik etmektedir (9).

Geleneksel doğum odaları ile ev ortamına benzer doğum odalarının karşılaştırıldığı, 11.795 kadını kapsayan 10 araştırmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, ev ortamına benzer doğum odalarında epidural analjezi, intrapartum analjezi/anestezi, epizyotomi ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının daha düşük olduğu; buna karşılık spontan vajinal doğum, erken emzirmeye başlama ve doğum memnuniyet oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (26). Sonuç olarak, ev ortamına benzer doğum odaları, daha az tıbbi müdahale ve daha yüksek memnuniyet oranlarıyla ilişkilendirilmektedir (26).

2.2.1.4. Doğum Eyleminde Sürekli Destek

Ebenin temel görevlerinden biri olan fiziksel ve duygusal destek ile bilgilendirme, doğum sürecinde anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkileyerek müdahalelerin azalmasına katkı sağlamaktadır (26, 28). DSÖ, doğum sürecinde gebeye kesintisiz destek sağlanmasını önerirken (6), ACOG bu desteğin müdahalesiz ve güvenli bir doğum için kilit bir rol oynadığını belirtmektedir (7). NICE, tüm gebelere doğum boyunca birebir ve sürekli bakım sağlanmasını desteklemektedir (8).

Türkiye’de uygulanan Anne Dostu Hastane Programı, doğum sürecinde gebelerin birebir ve kesintisiz duygusal ve fiziksel desteğe kolayca ulaşabilmesini öngörmektedir (9).

Ebe bakım sürekliliği modeli ile diğer bakım modellerinin karşılaştırıldığı, 18.533 kadını kapsayan 17 çalışmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, ebe bakım sürekliliği modeli alan gebelerde spontan vajinal doğum oranının arttığı, müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen oranlarının azaldığı, epizyotomi sıklığının düştüğü belirlenmiştir. Ancak, preterm doğum, 24 haftalık gebelikten sonra fetal kayıp, neonatal ölüm, bölgesel analjezi, doğum sonrası kanama, yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı ve emzirmeye başlama zamanı gibi faktörler üzerinde belirgin bir fark saptanmamıştır. Ayrıca, bu modelin doğum öncesi ve sırasındaki maliyetleri azaltıcı etkisi olduğu tespit edilmiştir (27). Sonuç olarak, doğum sürecinde ebe veya hemşire gibi bir sağlık profesyoneli tarafından kesintisiz destek sağlanması güçlü bir şekilde önerilmektedir (26).

2.2.1.5. Ağrı Yönetiminde Manuel ve Gevşeme Teknikleri

Doğum ağrısıyla baş etmek için birçok kadın, farmakolojik yöntemlerin kendisi ve bebeği üzerinde olası olumsuz etkileri nedeniyle nonfarmakolojik yöntemleri tercih etmektedir (21). DSÖ, doğum sürecinde sağlıklı gebelerin nefes alma, kas gevşetme, müzik dinleme, dikkati başka yöne çekme, hayal kurma gibi gevşeme teknikleri ile masaj ve sıcak uygulama gibi manuel teknikleri kullanabileceğini önermektedir (6). NICE, annelerin tercihi doğrultusunda nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri, müzik dinleme, masaj ve duş alma gibi yöntemleri desteklemektedir (8). Türkiye’de uygulanan Anne Dostu Hastane Programı da gevşeme teknikleri, masaj ve suya girme gibi ilaçsız baş etme yöntemlerinin kullanımını teşvik etmektedir (9).

Doğumda gevşeme tekniklerinin anne ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerini inceleyen, 1731 kadını kapsayan 15 çalışmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, rahatlama, yoga ve müzik dinlemenin doğum ağrısını azaltmada etkili olabileceği belirtilmiş, ancak yenidoğan sağlığına etkileri konusunda yeterli kanıt bulunmamıştır. Bu nedenle, gevşeme yöntemlerine yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (29).

2.2.1.6. Verilen Sıvı ve İlaçların Kaydedilmesi ve İzlenmesi

Travay sürecinde anneye uygulanan intravenöz (IV) sıvılar ve ilaçların kaydının tutulması gereklidir (21). NICE, sıvı dengesinin izlenmesini ve susuz kalma, hipotansiyon gibi klinik belirtiler olmadan intravenöz sıvı başlanmamasını önermektedir (8).

2.2.1.7. Fetal Kalp Atımının Aralıklı Dinlenmesi

DSÖ, sağlıklı gebelerde fetal kalp atım hızının oskültasyon ile aralıklı olarak dinlenmesini ve doğumun birinci evresinin aktif fazında her 15-30 dakikada bir, ikinci evrede ise her 5 dakikada bir doppler ultrason veya pinard stetoskop kullanılarak değerlendirilmesini önermektedir (6). NICE, benzer şekilde, birinci evrede en az 15 dakikada bir, ikinci evrede ise en az 5 dakikada bir oskültasyon yapılmasını tavsiye etmektedir (8).

Pinard stetoskop ile aralıklı elektronik fetal izlemenin (EFM) karşılaştırıldığı, 6241 bebek ve kadını kapsayan 3 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, 5. dakikada Apgar skorunun <7 olması ve perinatal mortalite açısından fark bulunmazken, EFM grubunda neonatal nöbetlerin azaldığı, ancak fetal distres nedeniyle sezaryen

oranın daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Pinard stetoskop ile doppler ultrasonun karşılaştırıldığı çalışmada, Apgar skoru, perinatal mortalite ve neonatal nöbetler açısından fark olmadığı, ancak doppler ultrason grubunda fetal distres nedeniyle sezaryen oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Yoğun pinard ve rutin pinard karşılaştırıldığında, yenidoğan Apgar skoru, perinatal mortalite, neonatal nöbetler ve sezaryen oranları açısından belirgin bir fark saptanmamıştır (30).

Bu bulgular, fetal izleme için kullanılan yöntemlerin doğum sonuçları üzerindeki etkilerinin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

2.2.1.8. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı

Doğum eylemi sırasında yaşam bulgularının protokole uygun şekilde izlenmesi, anne ve fetus sağlığının korunması açısından önemlidir. Travayın latent fazında, kan basıncı ve vücut ısısının 4 saat aralıklarla, nabız ve solunumun ise saatlik olarak takip edilmesi gerekmektedir. Aktif fazda ise, kan basıncı, nabız ve solunum saatlik, vücut ısısı 4 saat aralıklarla değerlendirilmelidir (21). NICE, nabızın saatlik, sıcaklık, kan basıncı ve solunum hızının 4 saatte bir ölçülmesini önermektedir (8).

2.2.1.9. Leopold Manevrası

Dört aşamadan oluşan Leopold manevraları, fetusun uterustaki duruşunu ve pozisyonunu belirlemeye yardımcı olmaktadır.

- Birinci manevra: Fundus yüksekliği ve fundusta yer alan fetal kısım belirlenir.
- İkinci manevra: Fetusun anne karnındaki duruşu değerlendirilir.
- Üçüncü manevra: Fetal prezentasyon saptanır.
- Dördüncü manevra: Bebeğin pelvis girimine angajmanı değerlendirilir (21).

2.2.1.10. Kontraksiyon Takibi

Travayın her iki fazında da kontraksiyonların 30 dakikada bir takip edilmesi gerekmektedir (21). NICE, doğumun birinci evresinde kontraksiyonların yarım saatte bir değerlendirilmesini önermektedir (8).

2.2.1.11. Dilatasyon ve Efasman Takibi

Latent fazda 4 saatte bir, aktif fazda ise 2 saatte bir servikal dilatasyon ve efasmanın takip edilmesi önerilmektedir. Doğumun ilerleyişinde bir sorun tespit edilmesi durumunda ise daha sık değerlendirme yapılmalıdır (21). NICE, doğumun birinci evresinde ilerleme

konusunda endişe yoksa dilatasyon ve efasmanın 4 saatte bir değerlendirilmesini tavsiye etmektedir (8).

2.2.1.12. Oksitosin Uygulaması ve İndüksiyon Takibi

Oksitosin başlandığında, IV katater takılması, fetal kalp hızı (FKH) ve kontraksiyonların düzenli olarak takip edilmesi gerekmektedir. Sıvı dengesi izlenmeli ve kontraksiyon sıklığı 10 dakikada 4-5'in üzerine çıkarsa doz azaltılmalıdır. Hiperkontraksiyon gelişmesi durumunda indüksiyon derhal durdurulmalı, gebe sol yatar pozisyona alınmalı ve hekime haber verilmelidir. Ayrıca, dilatasyon ve efasman takibi yapılmalı ve oksitosinin olası yan etkileri (bulantı, kusma, aritmi, hipotansiyon vb.) dikkatlice izlenmelidir (21). NICE, oksitosinin ilk evrede dikkatli kullanılması gerektiğini, doz artışının 30 dakikadan önce yapılmamasını, 10 dakikada 3-4 kasılma oluşana kadar artırılmasını, ancak daha sık kasılmalar geliştiğinde dozun azaltılması veya tamamen durdurulmasını önermektedir. Kardiyotokografi patolojik hale geldiğinde ise oksitosin uygulamasının derhal sonlandırılması gerektiği belirtilmektedir (8).

2.2.1.13. Travay ve Doğum Eyleminin Partograf ile Takibi

Partograf, doğum sürecinin ilerleyişini izlemek ve anne ile fetüsün iyilik durumunu değerlendirmek amacıyla kullanılan grafiksel bir kayıt sistemidir (22). DSÖ, önceki partograf modelini gözden geçirerek Doğum Bakım Rehberi adı verilen yeni bir tasarım oluşturmuş ve normal dışı durumların erken tespitini sağlamayı amaçlamıştır (31). NICE, doğum sürecinde partograf kullanımını önermektedir (8).

Türkiye'de, 2015 yılında yayımlanan Partograf Genelgesi ve Partograf Kullanma Kılavuzu, doğumun aktif fazının izlenmesi için partograf kullanımını düzenlemektedir. Ayrıca, "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi", doğum eyleminin tüm gebelerde partograf ile takip edilmesini tavsiye etmektedir (32).

Partograf kullanımının maternal ve perinatal sonuçlar üzerindeki etkilerini inceleyen, 9475 kadını kapsayan 11 çalışmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, partograf kullanımı sezaryen oranlarını ve 5. dakikada Apgar skorunun <7 olma riskini azaltmaktadır. Ancak, doğumun birinci evresinin süresi ve annenin doğum deneyimi üzerindeki etkileri konusunda kanıtların yetersiz olduğu belirtilmiştir (33).

2.2.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Yapılan Uygulamalar

2.2.2.1. Rutin Vajinal Muayene

Doğumun ilerleyişini değerlendirmek amacıyla sıkça kullanılan bir yöntemdir (10). DSÖ, vajinal muayenenin doğumun birinci evresinde 4 saatte bir, mümkünse aynı kişi tarafından ve yalnızca gerekli görülen durumlarda yapılmasını, uzun süren amniyotik membran rüptürü olan vakalarda ise muayenenin sınırlandırılmasını önermektedir (6). NICE de benzer şekilde, vajinal muayenenin 4 saatte bir ve yalnızca gerektiğinde yapılmasını tavsiye etmektedir (8). Türkiye’de Anne Dostu Hastane Programı, sık vajinal muayenenin uygulanmaması gerektiğini vurgulamaktadır (9).

Vajinal muayene ile diğer doğum ilerleyiş değerlendirme yöntemlerini karşılaştıran, 744 kadını kapsayan 4 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, yaygın bir uygulama olmasına rağmen, vajinal muayenenin doğum sürecinin değerlendirilmesindeki etkinliği konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır (34). Başka bir çalışmada ise, vajinal muayenenin kadınlarda korku, utanç ve ağrıya neden olduğu ve sadece zorunlu hallerde aynı sağlık personeli tarafından uygulanması gerektiği belirtilmiştir (10).

2.2.2.2. Vajinal Temizlik

DSÖ, enfeksiyon önleme amacıyla rutin klorheksidin ile vajinal temizlik yapılmasını önermemektedir (6). NICE, vajinal muayene öncesinde temizlik yapılması gerekiyorsa sadece musluk suyu kullanılması gerektiğini belirtmektedir (8).

Doğumun erken evresinde klorheksidin, vajinal mendil veya irrigasyon yöntemiyle yapılan vajinal temizliğin uygulanmaması ile karşılaştırıldığı çalışmalarda, maternal ve neonatal enfeksiyon oranlarında belirgin bir fark bulunmamıştır (22).

2.2.2.3. Doğum Eylemi Boyunca Oral Sıvı ve Besin Alımı

Amerikan Ebe-Hemşire Koleji (ACNM), pulmoner aspirasyon riski düşük olan gebelerin doğum sırasında oral beslenebileceğini belirtmektedir (35). ACOG, komplikasyon riski olmayan gebelerin doğum sürecinde berrak ve tanesiz sıvıları tüketebileceğini, sezaryen planlanan gebelerin ise anestezi öncesinde en fazla iki saat öncesine kadar berrak sıvı alabileceğini önermektedir (7). DSÖ, düşük riskli gebelerin travay sürecinde oral sıvı ve besin tüketimini desteklemektedir (6). NICE, gebelerin doğum boyunca su içebileceğini, opioid kullanmayan ve sezaryen doğum riski taşımayan gebelerin ise beslenebileceğini önermektedir (8).

Türkiye’deki Anne Dostu Hastane Programı kriterleri, gebelerin aç bırakılmaması ve sıvı alımının kısıtlanmaması gerektiğini vurgulamaktadır (9).

Doğumun birinci evresinde oral sıvı ve besin alımı kısıtlanmasının etkilerinin incelendiği 3130 kadını kapsayan 5 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, müdahaleli vajinal doğum, sezaryen oranları ve 5. dakikada Apgar skoru <7 olan yenidoğan oranları açısından fark saptanmamıştır. Bu nedenle, riski düşük gebelerde oral sıvı ve besin alımının kısıtlanmasına gerek duyulmadığı belirtilmektedir (22). Özetle, doğumun birinci evresinde oral sıvı ve besin alımının kısıtlanması önerilmemektedir (güçlü öneri) (22).

2.2.2.4. Doğum Eyleminde İntravenöz Sıvılar

DSÖ, doğum süresini kısaltmak amacıyla rutin intravenöz (IV) sıvı kullanımını önermemektedir (6). Rutin IV sıvı uygulamasına ilişkin sıvı tipi ve dozu konusunda uluslararası düzeyde ortak bir görüş bulunmamakla birlikte, kanıtlar IV sıvıların doğum süresini kısaltabildiğini ancak dekstroz içeren solüsyonların anne ve yenidoğanda hiponatremiye yol açabileceğini göstermektedir (21). ACOG, spontan doğum yapan gebelerin sürekli IV sıvı infüzyonuna ihtiyaç duymayacağını ve bunun hareket kısıtlılığına neden olabileceğini belirtmektedir (7).

IV sıvıların doğum süreci, anne ve yenidoğan üzerine etkilerinin incelendiği 1781 kadını kapsayan 9 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, IV Ringer Laktat (250 ml/saat) alan kadınlarda, yalnızca oral sıvı alan kadınlara kıyasla doğum süresi ortalama 28.86 dakika kısalmış, ancak sezaryen oranlarında fark bulunmamıştır. Saatte 250 ml IV sıvı alan kadınlarda, oral sıvı alımı kısıtlı olan kadınlara göre doğum süresi ortalama 105.61 dakika daha kısa olduğu ve sezaryen oranlarının azaldığı, %5 Dekstroz içeren solüsyon alan kadınlarda, serum fizyolojik alanlara kıyasla doğum süresi ortalama 12 dakika kısaldığı ancak hiponatremi riskinin arttığı belirlenmiştir (22).

Özetle, oral sıvı alımı mümkün olan gebelerde su ve berrak sıvılar önerilmekte; oral alımın kısıtlandığı durumlarda 250 ml/saat hızında dekstroz içeren IV sıvılar dikkatli şekilde uygulanabilmektedir (güçlü öneri) (22).

2.2.2.5. Doğumda Lavman Uygulaması

Doğumun latent fazında, bağırsakları boşaltmak, enfeksiyon riskini azaltmak, doğum süresini kısaltmak ve doğum alanında kontaminasyonu önlemek amacıyla lavman

rutin olarak uygulanmaktadır (36). DSÖ ve Türkiye'de uygulanan Anne Dostu Hastane Programı, rutin lavman uygulamasını önermemektedir (6, 9).

Doğumun birinci evresinde lavman uygulamasının maternal ve neonatal sonuçlara etkisini inceleyen, 1197 kadını kapsayan 4 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, lavman uygulanan ve uygulanmayan kadınlar arasında, yenidoğan ve perianal enfeksiyon oranları, doğum süresi ve anne memnuniyeti açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (37). Özetle, rutin lavman uygulaması, yenidoğan ve anne sağlığı açısından belirgin bir fayda sağlamadığı için önerilmemektedir (6, 36, 37).

2.2.2.6. Doğumun Birinci Evresinde Mobilizasyon ve Pozisyon

Günümüzde doğum sırasında düşme riskini azaltmak, yaşam bulgularını takip etmek ve sağlık ekibinin rahat çalışmasını sağlamak amacıyla gebelerin yatar pozisyonunda kalması teşvik edilmektedir (38). Ancak, DSÖ, ACOG ve NICE, doğumun birinci evresinde gebelere hareket kısıtlaması getirilmemesi, sürekli yatar pozisyonunda tutulmamaları ve dik, rahat ettikleri pozisyonlarda doğum yapmalarına olanak tanınması gerektiğini önermektedir (6–8). Türkiye’de Anne Dostu Hastane Programı da doğum sırasında yürüme ve hareket özgürlüğünün sağlanmasını desteklemektedir (9). Maternal pozisyonlar ve mobilite sonuçlarının incelendiği 5218 kadını kapsayan 25 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, dik pozisyonlar yatay pozisyonlara kıyasla doğum süresini kısaltmış, sezaryen ve epidural anestezi ihtiyacını azaltmıştır. Ancak, doğumun ikinci evresinin süresi ve anne-bebek sağlığı üzerindeki etkileri açısından anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (22). Özetle, bölgesel anestezi almayan gebelerde doğumun birinci evresinde hareket özgürlüğü sağlanmalı ve pozisyon kısıtlamasından kaçınılmalıdır (güçlü öneri) (6–8, 22).

2.2.2.7. Ağrı Yönetiminde Analjezi ve Anestezi Uygulamaları

Doğum ağrısını azaltmada en yaygın kullanılan yöntemlerden biri epidural anestezidir. Epidural anestezi, annenin doğum eylemine katılımını artırarak konfor sağlaması nedeniyle tercih edilmekte olup, anesteziik maddenin epidural aralığa uygulanmasını içerir. Spinal anestezi, anesteziik maddenin subaraknoid aralığa verilmesiyle alt vücut duyularının tamamen kaybolmasını sağlar. Sistemik analjezikler arasında en sık opioidler (meperidin, fentanil, sufentanil, butorfanol vb.) kullanılmakta olup, ağrının hafifletilmesine yardımcı olmaktadır (21). DSÖ, sağlıklı gebelerde tercihe bağlı olarak epidural analjezi veya opioidlerin (fentanil, diamorfin vb.) kullanılabileceğini önermektedir

(7). NICE, analjezi talep eden gebelerin, farklı analjezi türlerinin yararları, riskleri ve ağrı üzerindeki etkileri konusunda bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (8).

Epidural analjezinin etkilerini inceleyen, 11.000 kadını kapsayan 40 çalışmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, epidural analjezinin ağrıyı azaltmada ve annenin doğum memnuniyetini artırmada diğer yöntemlere göre daha etkili olduğu saptanmıştır. Ancak sezaryen oranları ve uzun süreli sırt ağrısı açısından gruplar arasında fark bulunmamış, epidural analjezi alan kadınlarda hipotansiyon, ateş ve idrar retansiyonunun daha sık görüldüğü, doğum süresinin daha uzun olduğu ve oksitosin ihtiyacının arttığı belirlenmiştir. Buna karşın, epidural alan kadınlarda opioid kullanımına bağlı mide bulantısı, kusma ve oksijen gerektiren solunum depresyonu riskinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, neonatal yoğun bakım ihtiyacı ve 5. dakikada Apgar skorunun <7 olması açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (39).

2.2.2.8. İntrapartum Fetal Monitorizasyon

İntrapartum fetal monitorizasyon, fetal hipoksi ve asidemiye zamanında tespit ederek gerekli müdahalelerin uygulanmasını sağlamak amacıyla kullanılan bir yöntemdir. Bu süreçte, aralıklı oskültasyon, sürekli EFM, fetal elektrokardiyografi ve fetal pulse-oksimetri gibi çeşitli teknikler uygulanmaktadır (21). DSÖ, düşük riskli gebelerde sürekli EFM kullanımını önermemekte, bunun yerine aralıklı oskültasyonun tercih edilmesini tavsiye etmektedir (6). ACOG, düşük riskli gebeler için sürekli EFM yerine aralıklı oskültasyonu uygun görmekte, yüksek riskli gebelerde ise fetal monitorizasyonun birinci evrede 15 dakikada bir, ikinci evrede ise 5 dakikada bir değerlendirilmesini önermektedir (7). NICE, düşük riskli gebelerde aralıklı oskültasyonun her kontraksiyondan hemen sonra en az 1 dakika süreyle yapılmasını tavsiye etmektedir (40). Sürekli EFM ile aralıklı oskültasyon yöntemlerinin karşılaştırıldığı 37.000 kadını kapsayan 13 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, sürekli EFM yapılan kadınlarda sezaryen ve müdahaleli doğum oranları daha yüksek bulunmuş, ancak yenidoğan nöbet oranlarında azalma saptanmıştır. Bununla birlikte, perinatal ölüm ve serebral palsi oranları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada ayrıca, konuyla ilgili daha fazla yüksek düzeyde kanıt sağlayan araştırmalara ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (41).

2.2.2.9. Rutin Perine Tıraşlanması

Rutin perine tıraşı, spontan perine yırtıkları veya epizyotomi varlığında enfeksiyon riskini azaltma amacıyla uygulanmaktadır (21). DSÖ ve Türkiye'deki Anne Dostu Hastane Programı, rutin perine tıraşını önermemektedir (6, 9).

Doğum eyleminde rutin perine tıraşı uygulanan 1039 kadını kapsayan 3 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre; kadınların uygulama sırasında utanç ve rahatsızlık hissettikleri, bölgesel tahriş, yanma ve kızarıklık gibi yan etkiler yaşandığı tespit edilmiştir. Maternal ateş ve yara enfeksiyonu oranları açısından fark bulunmamıştır (42).

2.2.2.10. Ultrasonografi Kullanımı

Ultrasonografi (USG), doğum eylemi sırasında fetal ağırlık tahmini ve amniyotik sıvı ölçümü amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır (21). DSÖ, doğumhaneye kabul sırasında fetal sağlığın doppler ultrason cihazı ile değerlendirilmesini önermektedir (6). Doğum eylemi öncesinde USG ile amniyotik sıvı ölçümünün yapıldığı ve yapılmadığı durumların karşılaştırıldığı 883 kadını kapsayan 1 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, USG'nin fetal distrese neden olarak sezaryen ve oksitosin indüksiyonu oranlarını artırdığı belirlenmiştir. Ancak, Apgar skorunun 5. dakikada <7 olması ve neonatal yoğun bakım ihtiyacı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmada ayrıca, USG'nin doğum sürecindeki etkisini değerlendiren daha fazla yüksek düzeyde kanıtı ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir (43).

2.2.2.11. Doğum İndüksiyonu

Doğum eylemini başlatmak veya hızlandırmak amacıyla sentetik oksitosin uygulanmaktadır (21, 22). DSÖ, oksitosinin rutin kullanımını önermemekte (6), NICE ise bu kararın gebeyle birlikte alınması gerektiğini vurgulamaktadır (8). Türkiye'deki Anne Dostu Hastane Programı da rutin indüksiyon uygulamasını önermemektedir (10). Oksitosin indüksiyonunun erken, geç veya hiç uygulanmadığı durumların karşılaştırıldığı, 1338 düşük riskli kadını kapsayan 8 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, gruplar arası neonatal ve maternal sonuçlar açısından anlamlı bir fark bulunmamış, sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının da benzer olduğu görülmüştür. Ancak, yavaş ilerleyen doğumlarda oksitosin kullanıldığında doğum süresini ortalama 2 saat kısalttığı ve normal doğum oranlarını artırmadığı belirlenmiştir (22). Özetle, doğum eyleminin yavaş ilerlediği durumlarda oksitosin ile erken müdahale önerilmektedir (güçlü öneri) (22).

2.2.2.12. Amniyotomi

Amniyotomi, amniyotik membranların müdahale ile açılması işlemidir (21). ACOG, DSÖ ve NICE, normal ilerleyen doğumda gereksiz yere amniyotomi uygulanmasını önermemektedir (6–8). Türkiye’deki Anne Dostu Hastane Programı kriterlerinde de erken amniyotominin yapılmaması gerektiği belirtilmektedir (9).

Amniyotomi yapılan ve yapılmayan doğumları karşılaştıran, 5583 kadını kapsayan 15 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, 5. dakikada Apgar skorunun <7 olması, sezaryen doğum oranları, doğumun birinci evresinin süresi ve doğum memnuniyeti açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır (22). Özetle, rutin amniyotomi önerilmemekte, ancak disfonksiyonel doğumun önlenmesi ve tedavisi amacıyla uygulanabilmektedir (güçlü öneri) (6, 7, 22).

2.2.2.13. Antispazmolitik Ajan Kullanımı

Antispazmolitikler, rahim kasılmalarını azaltarak rahim ağzının genişlemesini desteklemek amacıyla kullanılmaktadır (21). DSÖ, travay evresindeki gecikmeyi önlemek için antispazmolitik ajanların kullanılmasını önermemektedir (6).

Antispazmolitik ajanların doğum üzerindeki etkilerini inceleyen, 2617 kadını kapsayan 17 çalışmadan oluşan Cochrane sistematik incelemesine göre, doğumun birinci evresinin süresini kısalttığına veya servikal dilatasyonu hızlandırdığına dair yeterli kanıt bulunamamıştır. Konu hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır (22). Özetle, antispazmolitik ajanların doğum eyleminde rutin kullanımı önerilmemektedir (zayıf öneri) (22).

2.2.3. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Verilen Bakım

2.2.3.1. Doğumun İkinci Evresinde Pozisyon

Günümüzde birçok gebe, sağlık personelinin yönlendirmesiyle sırtüstü veya yatay pozisyonunda doğum yapmaktadır. Ancak bu pozisyonlar, yerçekiminden daha az yararlanılmasına, aortokaval basınca bağlı dolaşım değişikliklerine ve pelvik çıkışların daralmasına neden olabilmektedir (21). DSÖ ve NICE, doğumun ikinci evresinde gebelerin tercih ettikleri pozisyonunda olmalarını önermektedir (6, 8).

Doğumun ikinci evresinde epidural aneljezi uygulanan kadınlarda maternal pozisyonların değerlendirildiği 4464 kadını kapsayan 8 çalışmanın Cochrane sistematik

incelemesine göre, dik pozisyonun sezaryen ve müdahaleli doğum oranları üzerine etkisinin belirsiz olduğu, doğum süresi, doğum kanalı travması ve doğum sonrası kanama açısından anlamlı bir fark yaratmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, dik pozisyonu tercih eden gebelerin doğum memnuniyetinin daha düşük olduğu ve bebeklerinin kordon pH seviyesinin (<7.1) daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (44). Özetle, epidural anestezi almayan gebelerin en rahat ettikleri dik pozisyonda doğum yapmaları, epidural anestezi alan gebelerin ise tercihlerine uygun bir pozisyonda desteklenmeleri önerilmektedir (23).

2.2.3.2. Perineal Travmayı Önlemeye Yönelik Yöntemler

Perineal travma, doğum sırasında kendiliğinden gelişen yırtıklar veya epizyotomiye bağlı olarak oluşabilmekte ve kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (45). Bu travmayı önlemek amacıyla perine masajı, ıkınma teknikleri, sıcak kompres ve perinenin manuel olarak korunması gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (21, 45). DSÖ ve NICE, gebelerin tercihlerine göre perineal masaj, sıcak kompres ve perinenin korunması tekniklerini önermektedir (6, 8). Doğumun ikinci evresinde perineal tekniklerin etkilerinin değerlendirildiği 15.181 kadını kapsayan 20 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, hands-off (elle müdahale edilmemesi) yöntemi, hands-on (elle koruma) yöntemiyle karşılaştırıldığında epizyotomi oranlarını azaltmasına rağmen, perine bütünlüğü ve 3. ve 4. derece yırtık oranları açısından anlamlı bir fark yaratmamaktadır. Perineye sıcak uygulamanın 3. ve 4. derece yırtıkları azalttığı ancak sağlam perine üzerindeki etkisinin belirsiz olduğu, perine masajının epizyotomi oranlarını azalttığı ancak dikiş gerektiren yırtıklar ve birinci derece yırtıklar açısından fark yaratmadığı belirlenmiştir. Ritgen manevrasının ise birinci derece yırtık olasılığını azaltırken, ikinci derece yırtık riskini artırdığı ancak genel perine bütünlüğü açısından anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (46). Özetle, perine sıcak kompres uygulaması önerilmekte, doğum sırasında hands-off yöntemi tercih edilmekte ve ritgen manevrasının rutin kullanımının önerilmediği belirtilmektedir (güçlü öneri) (23).

2.2.3.3. ıkınma Zamanı ve Teknikleri

Doğumun ikinci evresinde fetüsün doğum kanalında ilerlemesini desteklemek için spontan ıkınma (açık glottis) ve valsalva manevrası (kapalı glottis) olmak üzere iki teknik kullanılmaktadır (21). DSÖ ve NICE, gebelerin kendi doğal ıkınma içgüdülerine göre hareket etmelerini desteklemektedir (6, 8).

Doğumun ikinci evresinde analjezi alan 5445 kadını kapsayan bir meta-analiz çalışmasına göre; spontan vajinal doğum, müdahaleli doğum ve sezaryen oranları açısından iki teknik arasında fark bulunmamıştır. Valsalva manevrası ile ıkınan kadınlarda itme süresi daha kısa, ancak doğumun ikinci evresinin daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (47).

2.2.3.4. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı

Doğum eyleminin ikinci evresinde;

- Kan basıncı, nabız ve solunumun 15 dakikada bir,
- Vücut ısısının ise 4 saatte bir değerlendirilmesi gerekmektedir (21).

NICE, doğumun ikinci evresinde de birinci evrede olduğu gibi saatlik nabız ve 4 saatte bir sıcaklık, kan basıncı ve solunum hızının takibini önermektedir (8).

2.2.3.5. Perine Temizliği

Perineden dışarı yöne doğru abdomen, iç bacak kısmı, en son vulva ve anüs olacak şekilde antiseptik solüsyon yardımıyla temizlenmelidir (21).

2.2.4. Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Yapılan Uygulamalar

2.2.4.1. Epizyotomi

Epizyotomi, perine tonusunu korumak ve kontrolsüz yırtıkları önlemek amacıyla uygulanan cerrahi bir kesi işlemidir (21). DSÖ, epizyotominin rutin olarak değil, yalnızca tıbbi olarak gerekli durumlarda uygulanmasını önermektedir (6). NICE ise, spontan doğumlarda epizyotomi yapılmaması gerektiğini belirtmektedir (8).

Epizyotominin etkilerini değerlendiren, 6177 kadını kapsayan 12 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, seçici epizyotomi uygulamasının şiddetli perineal travma riskini azalttığı gösterilmiştir. Ancak, doğum sonrası kanama, perineal enfeksiyon ve Apgar skorunun 5. dakikada <7 olması açısından etkisinin belirsiz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, doğum sonrası 3. gün perine ağrısı, uzun vadeli disparoni (ağrılı cinsel ilişki) ve idrar kaçırma açısından epizyotomi uygulanan ve uygulanmayan gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (48). Özetle, epizyotominin rutin olarak uygulanması yerine, yalnızca gerekli görülen durumlarda uygulanması önerilmektedir (6, 23, 48).

2.2.4.2. Fundal Basınç

Fundal basınç, doğumun ikinci evresini hızlandırmak veya evrenin süresini kısaltmak amacıyla uterusun fundus bölgesine basınç uygulanmasıdır (21, 23). DSÖ, fundal basınç uygulamasını önermemektedir (6).

Fundal basıncın etkilerini inceleyen, 3057 kadını kapsayan 5 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, fundal basınç, doğumun ikinci evresini kısaltmış, ancak sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Fundal basıncın güvenli olduğunu belirlemek için kanıtların yetersiz olduğu ve daha fazla çalışma yapılması gerektiği vurgulanmıştır (49). Özetle, doğumun ikinci evresinde fundal basınç uygulaması önerilmemektedir (güçlü öneri) (23).

2.2.4.3. Vakum ve Forseps Uygulamaları

Vakum, fetal başın çıkışını basınç yardımıyla kolaylaştırırken; forseps, annenin itme gücünün yetersiz olduğu durumlarda fetal başın kontrollü inişine yardımcı olur (21). NICE, doğumun ikinci evresi uzadığında veya fetüsün iyilik hali risk altında olduğunda vakum veya forseps kullanımını önermektedir (8).

Vakum ve forseps kullanımını değerlendiren, 5754 kadını kapsayan 31 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, forseps kullanımı, vakuma kıyasla daha yüksek vajinal doğum başarısı sağlarken, perineal travma ve ağrı oranlarını artırmaktadır. Sert vakum kaplarının, yumuşak vakum kaplarına göre vajinal doğum oranlarını artırdığı ancak fetal travma riskini yükselttiği bulunmuştur (50).

2.2.5. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Verilen Bakım

2.2.5.1. Ten Tene Temas

Ten tene temas, yenidoğanın annenin çıplak göğsüne yatırılması ve sıcak bir battaniye ile örtülmesiyle uygulanan bir yöntem olup, bebeğin sakinleşmesini, vücut sıcaklığının dengelenmesini ve erken emzirmeyi desteklemektir (21). DSÖ, komplikasyon riski bulunmayan anneler ve yenidoğanlarda, doğumdan sonraki ilk saat boyunca ten tene temasın sağlanmasını önermektedir (6). NICE, annenin ve bebeğin doğum sonrası en kısa sürede ten tene temas etmesini tavsiye etmektedir (8).

Ten tene temasın değerlendirildiği 3472 anne ve bebeğini kapsayan 38 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, doğum sonrası 6 hafta ile 6 ay arasında yalnızca

emzirme oranlarını ve ilk beslenmede başarılı emzirme oranlarını artırdığı belirlenmiştir. Ayrıca, bebeklerin kalp ve solunum fonksiyonları üzerinde olumlu etkiler yarattığı ve kan glikoz seviyelerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (51). Özetle, doğum sonrası ten tene temasın sağlanması güçlü bir şekilde önerilmektedir (24, 51).

2.2.5.2. Yaşam Bulgularının Takip Sıklığı

Eylemin 3. evresinde her 15 dakikada bir kan basıncı, solunum, nabız takip edilmelidir (21).

2.2.5.3. Yenidoğanın Anne Sütü ile Beslenmeye Teşvik Edilmesi

Anne sütü, yenidoğan ile anne arasındaki bağı güçlendiren ve bağışıklık sistemini destekleyen antikorlar içeren en önemli besin kaynağıdır (52). DSÖ, doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmasını ve ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü ile beslenmenin sağlanmasını önermektedir (6). NICE, doğumdan en geç bir saat içinde emzirmenin başlatılmasını tavsiye etmektedir (8). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası annenin en kısa sürede emzirmeye teşvik edilmesini önermektedir (53). Emzirmeye teşvik programlarının etkisini inceleyen, 107.362 kadını kapsayan 28 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, emzirme eğitimi ve desteği alan kadınların doğum sonrası emzirmeye başlama oranlarının arttığı belirlenmiştir (54).

2.2.6. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Yapılan Uygulamalar

2.2.6.1. Uterotoniklerin Kullanımı ve Zamanlaması

Postpartum hemoraji, anne ölümlerinin en sık görülen nedenlerinden biri olup, uygun yönetim ve uterotonik ajanların kullanımı ile önlenabilmektedir (21, 24). DSÖ, postpartum kanamanın önlenmesi amacıyla 10 IU oksitosin (IM/IV) kullanımını öncelikli olarak önermekte, oksitosin bulunamadığında ise ergometrin/methyletergometrin, oksitosin ve ergometrin kombinasyonu veya oral misoprostol (600 mcg) gibi alternatif ajanların kullanılmasını tavsiye etmektedir (6). NICE, doğumdan hemen sonra kordon klemplenmeden önce 10 IU oksitosinin intramüsküler (IM) olarak uygulanmasını önermektedir (8). FIGO, postpartum hemorajinin önlenmesi için oksitosinin (10 IU-IM/IV) öncelikli olarak kullanılmasını, bulunamadığında ise ergometrin (0.2 mg IM/IV), metiletergometrin (200 mcg IM/IV), oral misoprostol (400-600 mcg) veya karbetosin (100 mcg IM/IV) kullanımını tavsiye etmektedir (55). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan doğum sonu bakım yönetim rehberinde, 10 ünite oksitosinin IM/IV

olarak 3-5 dk'da verilmesi önerilmektedir. Aynı rehberde, uterus kontrakte olana kadar 10-15 dk, 10 ünite oksitosin IV 500 cc %0.9'luk NaCl ya da 500 cc Ringer Laktat solüsyonu ile 10 cc/dk şeklinde, devamında ise 2 cc/dk şeklinde infüzyon olarak verilebileceği belirtilmektedir (53).

Farklı yöntemlerle uygulanan oksitosinin etkilerinin karşılaştırıldığı 7817 kadını kapsayan 7 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, IV oksitosin uygulaması, postpartum kanama riskini azaltmada IM uygulamaya göre daha etkili bulunmuş, ancak anne morbiditesi açısından iki yöntem arasında belirgin bir fark tespit edilmemiştir. Ayrıca, ek uterotonik ilaç kullanım ihtiyacı açısından IV ve IM uygulamalar arasında anlamlı bir fark olmadığı ve her iki yöntemin de güvenli olduğu belirlenmiştir (56). Özetle, vajinal doğum sonrası postpartum hemoraji riskini önlemek amacıyla 10 IU oksitosin (IM/IV) uygulanması önerilmektedir (güçlü öneri) (24).

2.2.6.2. Plasentanın Çıkarılması

Plasentanın çıkarılması, doğumun üçüncü evresinde uygulanan önemli bir yönetim sürecidir ve bu amaçla kontrollü kord traksiyonu (CCT) veya fundal basınç uygulanabilmektedir (21, 24). NICE, plasentanın kendiliğinden ve annenin çabasıyla çıkarılması gerektiğini, ancak kontrollü kord traksiyonunun yalnızca plasentanın ayrılma belirtileri görüldüğünde uygulanmasını önermektedir (8). DSÖ, eğitimli sağlık profesyonellerinin bulunduğu doğum ortamlarında, doğumun üçüncü evresini kısaltmak ve kan kaybını azaltmak amacıyla kontrollü kord traksiyonunun uygulanmasını desteklemektedir (6). FIGO tarafından ise nitelikli sağlık personelinin doğum ortamında bulunmaması halinde kontrollü kordon traksiyonunun yapılmamasını önermektedir (55).

Kontrollü kord traksiyonunun değerlendirildiği 199, 4058 ve 23.616 kadını kapsayan 3 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, kontrollü kord traksiyonu uygulanan grupta doğumun üçüncü evresinin süresi daha kısa bulunmuş, ancak kan kaybı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca, ek uterotonik kullanımı, kan transfüzyonu ihtiyacı, anne morbiditesi veya memnuniyeti açısından da belirgin bir fark saptanmamıştır (57).

Özetle, kontrollü kord traksiyonu uygulanması önerilmekte olup, bu uygulamanın eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından ve uygun klinik koşullarda gerçekleştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (güçlü öneri) (24).

2.2.6.3. Umbilikal Kordun Klemplenmesi ve Kesilmesi

Umbikal kordun klemplenmesi ve kesilmesi için DSÖ bir dakikanın altına düşmeyecek şekilde gecikmeli klempleme, ACOG term bebeklerde hemoglobin düzeyini yükseltmek ve bebeğin ilk aylarında demir depolarını iyileştirmek amaçlı en az 30-60 sn gecikmeli klempleme önermektedir (6, 7). NICE ise termde doğum yapan kadınlar için kordonun 1 ila 5. dakika arasında klemplenmesini fakat gebe bu sürenin geciktirilmesini talep ediyorsa desteklenmesini önermektedir (8).

Kordonun erken klemplenmesinin geç klemplenmesine göre karşılaştırıldığı, anne ve yenidoğan üzerindeki sonuçlarının incelendiği 3911 kadını kapsayan 15 çalışmanın dahil edildiği Cochrane sistematik incelemesine göre, gruplar arasında doğum sonu kanama ve doğumdan sonra 24 ve 72. saatlerde ölçülen anne hemoglobin değerleri ve maternal/fetal motilite açısından farklılık olmadığı, ortalama doğum ağırlığının geç kordon klemplenilen bebeklerde daha fazla olduğu, kordonu erken klemplenilen bebeklerde sarılık için daha az fototerapiye ihtiyaç duyulduğu fakat bu gruptaki bebeklerde 3-6 ay sonraki demir eksikliklerinin iki kat fazla olduğu, yine kordonu erken klemplenilen bebeklerin doğum sonrası 24-48. saatlerdeki hemoglobin değerlerinin daha düşük olduğu ancak sonraki değerlendirmelerde bu farkın ortadan kalktığı belirtilmiştir (24).

Özetle, maternal, fetal veya neonatal açıdan komplikasyon riski yoksa ve oluşabilecek sarılığın yönetimi mümkün olduğu sürece term yenidoğanlarda 60 saniye gecikmeli klempleme önerilmektedir (güçlü öneri) (24).

2.2.7. Erken Postpartum Dönemde Verilen Bakım

2.2.7.1. Uterus Masajı

Uterus masajı, postpartum kanama riskini azaltmak amacıyla uterusu uyarak yapılan, abdominal palpasyonla gerçekleştirilen sıkma ve ovma hareketlerinden oluşan bir uygulamadır (24, 58). DSÖ, eğer anne profilaktik oksitosin indüksiyonu aldıysa sürekli uterus masajını önermemekte, ancak uterin atoninin erken teşhisi için abdominal palpasyonla kontrol edilmesini tavsiye etmektedir (6). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (FIGO), doğum sonrası kanamanın önlenmesi için uterus masajını desteklemekte, ancak profilaktik oksitosin alan annelerde sürekli masajın gerekli olmadığını belirtmektedir (55). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı ise doğum sonrası uterusun kontrakte olmaması halinde fundal masaj uygulanmasını önermektedir (53).

Plasentanın doğumundan önce veya sonra başlanan uterus masajının etkisini değerlendiren, 200 kadını kapsayan 2 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, doğumdan sonra uygulanan uterus masajının ek uterotonik ilaç ihtiyacını ve kan kaybını azalttığı belirlenmiştir (59).

2.2.7.2. Doğum Sonu Rutin Maternal Değerlendirme

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası dönemde annenin düzenli olarak yaşam bulguları (kan basıncı, vücut ısısı, nabız, solunum), idrar çıkışı, ağrı durumu, perine değerlendirmesi (ödem, hematoma, lacerasyon, epizyotomi), uterus involüsyonu, loşia izlenmesi ve intravenöz sıvı takibi açısından değerlendirilmesini önermektedir (53). DSÖ ise doğum sonrası ilk 24 saat içinde vajinal kanama, uterus kontraksiyonları, fundus yüksekliği, ateş, nabız, tansiyon ve ilk 6 saatlik idrar çıkışı gibi parametrelerin düzenli olarak izlenmesini tavsiye etmektedir (6).

2.2.7.3. Vajinal Kanama Takibi

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası vajinal kanamanın izlenmesi kapsamında 20-30 dakika içinde 2-3’ten fazla pedi kirleten kanama, sürekli ve açık kırmızı renkte kanama ile büyük pıhtıların varlığının dikkatle takip edilmesini önermektedir (53). DSÖ ise doğum sonrası ilk 24 saat boyunca vajinal kanamanın düzenli olarak izlenmesini tavsiye etmektedir (6). Vajinal doğum sonrası kan kaybını tahmin etmek için kullanılan yöntemleri karşılaştıran, 26.000’den fazla kadını kapsayan 3 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, dolaylı tahmin yöntemi (gözlem ve hesaplama) ile doğrudan yöntem (kanı ve materyalleri tartma) arasında belirgin bir üstünlük saptanmamış ve konuya ilişkin daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (60).

2.2.7.4. Abdominal Uterin Tonus Değerlendirmesi

Uterus tonusunun değerlendirilmesi, postpartum kanamanın önlenmesi açısından önemlidir (21). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası ilk yarım saat içinde 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saat 15 dakikada bir, ilk 2 saat dolana kadar ise yarım saatte bir uterus tonusunun değerlendirilmesini önermektedir (53). DSÖ ve FIGO, doğumdan sonraki ilk 24 saat boyunca düzenli uterus tonus kontrolü yapılmasını önermektedir (6, 55).

2.2.7.5. Fundal Yükseklik Kontrolü

Doğumdan hemen sonra fundus, umblikus altında yer almakta ve plasentanın ayrılmasıyla umblikus hizasına yükselmektedir. Postpartum dönemde ise her gün yaklaşık 1 cm küçülerek, 14. gün sonunda pelvik kemiğin içine inerek palpe edilemez hale gelmektedir (21). DSÖ, doğum sonrası ilk 24 saat boyunca fundal yüksekliğin düzenli olarak takip edilmesini önermektedir (6). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, ilk yarım saat içinde 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saat 15 dakikada bir ve ilk 2 saat dolana kadar yarım saatte bir fundus yüksekliğinin değerlendirilmesini tavsiye etmektedir (53).

2.2.7.6. Yaşam Bulguları Takibi

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası ilk 2 saat boyunca her 15 dakikada bir, 2-4. saatler arasında ise her 30 dakikada bir vital bulguların değerlendirilmesini önermektedir (53).

2.2.7.7. Postpartum Dönemde Annenin Konforunun Sağlanması

Postpartum erken dönemde annenin fiziksel ve duygusal rahatlığının sağlanması, iyileşme sürecini destekleyerek genel sağlık durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Bu süreçte, anne-bebek bağının güçlendirilmesi amacıyla bebeğin kucağa alınması ve ten tene temasın teşvik edilmesi, annenin giyinme, dinlenme ve mobilizasyon konusunda desteklenmesi, perine temizliği ve hijyen gereksinimlerinin karşılanması, dikiş ve epizyotomi bölgesinin düzenli olarak kontrol edilmesi ve kabızlığın önlenmesine yönelik bilgilendirme yapılması önerilmektedir (61, 62). Doğum sonrası kabızlığın önlenmesine yönelik müdahaleleri değerlendiren, 1208 kadını kapsayan 5 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, dışkı yumuşatıcı ilaçların kullanımının dışkı kaçırmaya olasılığı artırabileceği, müshil kullanımının doğum sonrası bağırsak hareketlerini hızlandırdığı ancak bazı yan etkilere yol açabileceği tespit edilmiştir. Ayrıca, müshil kullanımının bebeklerde ishal riskini artırmadığı ancak konu hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (63).

2.2.7.8. Postpartum Dönemde Bilgilendirme

Türkiye Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi, doğum sonrası dönemde annelere yönelik kapsamlı bilgilendirme yapılmasını önermektedir. Bu bilgilendirme kapsamında; bebek bakımı, perine hijyeni ve meme başı bakımı, fiziksel aktivite ve pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri, aile planlaması ve doğum kontrol

yöntemleri, doğum sonrası emosyonel değişiklikler ve ruh sağlığı, doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecek tehlike belirtileri gibi konular yer almaktadır (53).

Doğum kontrolü için implant ve rahim içi araçların (RİA) etkinliğini değerlendiren, 2609 kadını kapsayan 16 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, doğum sonrası ilk birkaç gün içinde yerleştirilen doğum kontrol implantlarının, gecikmeli yerleştirmeye göre %48 daha fazla tercih edildiği bulunmuştur. Doğum sonrası erken dönemde yerleştirilen RİA'ların, gecikmeli takılanlara göre %27 daha fazla tercih edildiği ancak doğumdan 6 ay sonra RİA kullanımında rahimden atılma riskinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. İstenmeyen gebelik oranları açısından doğum sonrası 6. ve 12. aylarda gruplar arasında fark saptanmamıştır (64).

2.2.8. Erken Postpartum Dönemde Yapılan Uygulamalar

2.2.8.1. Analjezi Kullanımı

Doğum sonrası ağrı genellikle uterus kasılmaları ve perineal bölgedeki yaralanmalardan kaynaklanmaktadır (21). Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası annenin ağrı hissetmesi durumunda oral analjezik kullanılabileceğini belirtmektedir (53).

Vajinal doğum sonrası ağrı yönetiminde farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemleri değerlendiren, 2749 kadını kapsayan 28 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre; Non steroid al antienflamatuar ilaçların (NSAİİ) plasebolardan ve büyük olasılıkla opioidlerden daha etkili olduğu, opioidlerin de plasebolardan daha etkili olduğu tespit edilmiştir (65).

Doğum sırasındaki perineal travmaya bağlı ağrıyı hafifletmek amacıyla uygulanan lokal soğutma tedavilerinin (buz torbası, soğuk jel) etkinliğini inceleyen, 1233 kadını kapsayan 10 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, lokal soğutma yöntemlerinin yaygın olarak kullanıldığı ve hem sağlık çalışanları hem de anneler tarafından olumlu karşılandığı, ancak bu yöntemlerin doğum sonrası perineal ağrıyı azaltmada etkili olduğuna dair kanıtların düşük kalitede olduğu ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir (66).

2.2.8.2. Antibiyotik Profilaksisi Kullanımı

DSÖ, komplikasyonsuz doğum yapan veya epizyotomi uygulanan anneler için rutin antibiyotik profilaksisi önermemektedir (6).

Operatif vajinal doğumda antibiyotik profilaksisinin etkinliğini değerlendiren, 3813 kadını kapsayan 2 çalışmanın Cochrane sistematik incelemesine göre, antibiyotiklerin enfekte epizyotomi veya laserasyon insidansını yarıya düşürdüğü, enfeksiyon komplikasyonlarını ve perineal ağrı oranlarını azalttığı, hastaneye tekrar yatış oranlarını düşürdüğü ve maliyetleri azaltabileceği, ancak emzirme sırasında ağrıyı hafifletmede belirgin bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Sonuçların doğrulanması için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (67).

2.3. Doğum Deneyiminde Anne Memnuniyeti ve Etkileyen Faktörler

Doğum memnuniyeti, annenin doğum süreciyle ilgili beklentilerinin ne ölçüde karşılandığını belirleyen önemli bir sağlık göstergesidir (68). Anne memnuniyeti, doğumda alınan bakımın değerlendirilmesine yönelik bir ölçüt olup, sağlık hizmetlerinin kalitesini belirleme açısından kritik bir rol oynamaktadır (29, 68–73).

DSÖ, olumlu doğum deneyimini, gebeye klinik ve psikolojik açıdan güvenli bir ortamda, teknik açıdan yetkin sağlık profesyonelleri tarafından bakım sağlanması ve sağlıklı bir bebeğin dünyaya getirilmesi olarak tanımlamaktadır. Bu sürecin başarılı bir şekilde gerçekleşebilmesi için, gebenin fiziksel ve duygusal açıdan sürekli desteklenmesi, doğum sürecinin yakından izlenmesi ve sağlık çalışanlarının yeterli donanıma sahip olması gerekmektedir. DSÖ, tüm gebelerin kişisel ve sosyokültürel inanç ve beklentilerini karşılayan bir doğum deneyimi yaşama hakkına sahip olduğunu vurgulamaktadır (6). NICE ise, doğum sürecinde alınan bakımın değerlendirilmesinin obstetrik hizmetlerin kalitesini artırmada, sorunları belirlemede ve çözüm üretmede önemli bir araç olduğunu belirtmektedir (74).

Anne memnuniyetinin sağlanması, hem anne hem de bebek sağlığı üzerinde olumlu etkiler yaratmaktadır (1, 4, 75, 76). Memnuniyet düzeyi yüksek annelerde, özgüvenin artması, doğum sürecine daha olumlu bakış açısı geliştirilmesi ve bebekle güçlü bir bağ kurulması gözlemlenmektedir (2, 70–72). Bununla birlikte, travay süresinin kısalması, doğum korkusunun azalması, gereksiz obstetrik müdahalelerin önlenmesi, epizyotomi ve oksitosin kullanımında azalma, hastanede yatış süresi ve enfeksiyon oranlarının düşmesi gibi birçok olumlu sonuçla ilişkilendirilmektedir (25, 28, 76).

Anne memnuniyeti üzerine yapılan çok değişkenli analizlerde, gebelik sürecinde kişiselleştirilmiş bakımın sunulması, memnuniyetsizliğe neden olabilecek faktörlerin (ailevi, iş veya çevresel stres faktörleri) azaltılması ve doğum ortamının iyileştirilmesi ile

memnuniyet seviyelerinin artırılabilirliği gösterilmiştir. Sağlık çalışanlarına güven, etkili iletişim, mahremiyetin korunması ve doğum sırasında eşin varlığının desteklenmesi, memnuniyetin yükselmesine katkı sağlarken; kesintisiz bakım sunulmasının, analjezi ihtiyacını, epizyotomi oranlarını, doğum öncesi hastaneye yatışları ve aletli doğumları azalttığı tespit edilmiştir (77) .

Olumsuz doğum deneyimleri, anne-bebek bağlanmasında gecikmeye, emzirme güçlüklerine, doğum sonrası depresyona ve travma sonrası stres bozukluğuna neden olabilir (1, 4, 72, 75, 76, 78). Negatif deneyimler yaşayan annelerin bir sonraki gebeliklerinde sezaryen doğumu tercih etme olasılıkları artarken, cinsel disfonksiyon, kürtaj oranında artış, bebek ihmal ve istismarı gibi olumsuz sonuçlar da ortaya çıkabilmektedir. Doğum sürecindeki beklentiler ile gerçek deneyimler arasındaki uyumsuzluğun, doğum memnuniyetini doğrudan etkilediği tespit edilmiştir (75).

Doğum memnuniyetini etkileyen faktörler geniş bir yelpazeye yayılmaktadır (73, 76, 79). Hizmet alan gebelere ait faktörler arasında yaş, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, doğum beklentileri, alınan destek, doğum öncesi eğitim, doğum üzerindeki kontrol algısı ve doğum sonrası bebekle kurulan ilişki yer almaktadır (73, 75, 77, 79, 80). Sağlık çalışanlarına ait faktörler, sağlık profesyonellerinin destekleyici, ilgili, hoşgörülü ve bilgilendirici olması, mahremiyetin korunması ve bakımın sürekliliğinin sağlanması olarak tanımlanmıştır (73, 75, 79, 80). Çevresel ve kurumsal faktörler, doğum ortamının fiziksel koşulları, refakatçi desteği, hijyen ve mahremiyet, gereksiz obstetrik müdahalelerden kaçınılması (örneğin, epizyotomi, lavman, sık vajinal muayene, hareket kısıtlaması gibi), doğum sonrası bebeğin sağlığının korunması ve izlenmesi şeklinde sıralanmaktadır (73, 78–80).

Sonuç olarak, doğum sürecinin anne açısından olumlu bir deneyim haline getirilmesi, hem anne hem de bebek sağlığını doğrudan etkileyen kritik bir faktördür. Doğum sürecinde etkili bir destek sağlanması, bireyselleştirilmiş bakım sunulması, fiziksel ve duygusal ihtiyaçların gözetilmesi ve doğum ortamının uygun hale getirilmesi, memnuniyetin artırılması açısından önemli stratejiler olarak öne çıkmaktadır. Bu unsurların göz önünde bulundurulması, anne ve bebek sağlığını güçlendirerek doğum deneyiminin olumlu bir süreç haline gelmesine katkıda bulunacaktır.

2.4. Doğum Deneyiminde Verilen Bakım ve Yapılan Uygulamalar ile Anne Memnuniyetinin Sağlanmasında Hemşirelerin Rolü

Doğum ve kadın hastalıkları hemşiresi, kadının yaşamı boyunca sağlığını koruma ve geliştirme sürecinde etkin bir role sahiptir. Gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde anne ve bebeği risklerden koruma, tedavi sürecinde destek olma, rehabilitasyon sağlama ve yaşam kalitesini yükseltme görevlerini üstlenir (81). Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği kapsamında kadın sağlığı ve hastalıkları hemşiresinin sorumlulukları arasında, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık, gebelik izlemleri, riskli durumların erken tanısı, doğum sürecinde annenin yönlendirilmesi, yenidoğan ve lohusalık bakımının sağlanması ve üreme sağlığı konularında danışmanlık verilmesi yer almaktadır (82).

Doğum sürecinde hemşireler, annenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını karşılayarak doğum deneyimini olumlu yönde etkileyen bir bakım sunmaktadır (15). Anneye verilen desteğin, doğum ağrılarıyla baş etmesini kolaylaştırdığı, müdahaleleri azalttığı ve doğum sürecini daha sorunsuz hale getirdiği belirtilmektedir (2, 15, 83). Bu nedenle, hemşirelerin bilimsel kanıtlara dayalı uygulamaları benimsemesi ve doğum memnuniyetini artırmaya yönelik stratejileri hayata geçirmesi önem taşımaktadır (70, 83, 84).

DSÖ, doğum sürecinde tüm kadınlar için saygı, mahremiyet ve gizliliğin korunduğu, bilinçli tercih yapmalarına imkân tanıyan ve sürekli destek sunan saygılı bakım modelini önermektedir (6, 85). Travay ve doğum sürecinde, sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan destekleyici bakımın, gebenin fizyolojik doğum sürecini anlamasına, doğum yeteneğine güven duymasına ve kontrol hissini artırmasına katkı sağlayarak, obstetrik müdahalelerin azaltılmasına ve doğum deneyiminin iyileştirilmesine yardımcı olduğu vurgulanmaktadır (6, 85).

Türkiye’de güvenli ve kaliteli doğum hizmetlerinin sunulmasını amaçlayan Anne Dostu Hastane Programı, doğumun kendiliğinden başlamasını, annenin hareket özgürlüğünün sağlanmasını, kesintisiz fiziksel ve duygusal destek verilmesini ve gereksiz müdahalelerden kaçınılmasını esas almaktadır. Bu çerçevede hemşirelerin, anne dostu doğum politikalarının geliştirilmesinde aktif rol alması, anne dostu olmayan hastanelerde görev yapan sağlık profesyonellerinin ise ilgili eğitimleri alarak bu konuda desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (9).

Anne memnuniyetinin sağlanmasına yönelik hemşirelerin doğum sürecinde dikkat etmesi gereken temel unsurlar şunlardır:

- Travay ve doğum sürecinde anneye bütüncül bir bakım sunulmalı, bilimsel kanıtlara dayalı, eşit ve saygılı bir hizmet verilmelidir.
- Anne ve ailesine, süreç boyunca ihtiyaç duydukları bilgiler, açık, öz ve anlaşılır bir şekilde aktarılmalıdır.
- Annenin duygusal ihtiyaçlarını ifade etmesi teşvik edilmeli, aktif dinleme ile desteklenerek memnuniyetinin artırılması sağlanmalıdır.
- Yapılacak prosedürler hakkında anne ve ailesine bilgilendirme yapılmalı, gerektiğinde sözlü veya yazılı onam alınmalıdır.
- Mahremiyet ve gizlilik ilkelerine uyulmalı, annenin rahat hissetmesi sağlanmalıdır.
- Doğum sürecinde annenin hareket özgürlüğü desteklenmeli, ağrıyla baş etmesi için nonfarmakolojik yöntemler teşvik edilmelidir.
- Bilimsel olarak kanıtlanmamış rutin uygulamalardan kaçınılmalı, yalnızca tıbbi gereklilik halinde müdahaleye başvurulmalıdır.
- Anne ve bebeğin izlem ve takipleri, protokole uygun şekilde sürdürülmelidir.
- Doğum sonrası ilk yarım saat içinde anne ve bebeğin ten tene teması sağlanmalı, emzirmeye erken başlanmalıdır.
- Anneye, doğum sürecinde yanında bir refakatçi bulundurma hakkı tanınmalıdır.
- Hemşireler, güncel kanıta dayalı uygulamaları takip etmeli ve araştırmalara katkı sunmalıdır (2, 6, 53, 86).

Sonuç olarak, doğum sürecinde hemşireler, kadın sağlığını koruyarak ve anne memnuniyetini artırmaya yönelik bakım modellerini benimseyerek doğum deneyiminin olumlu hale getirilmesinde kilit bir rol oynamaktadır. Saygılı bakım ilkelerinin benimsenmesi, müdahalelerin en aza indirilmesi ve kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaştırılması, hemşirelerin doğum hizmetlerindeki etkinliğini artırarak, anne ve bebek sağlığına katkı sağlayacaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Travayda ve doğum süresince verilen bakım ve uygulamaların annenin memnuniyet düzeyine etkisini tespit etmek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH) Numune Kampüsü’nde Şubat-Temmuz 2024 tarihleri arasında vajinal doğum yapmak için doğumhane birimine yatışı yapılan gebeler ile yapılmıştır. Trabzon SBÜ Kanuni EAH, Kaşüstü ve Numune olmak üzere iki kampüste hizmet vermektedir. Araştırmanın gerçekleştirildiği Numune Kampüsü; kadın sağlığı, doğum ve çocuk sağlığı alanlarında hizmet vermekte olup 2014 yılında “Bebek Dostu Hastane”, 2019 yılında ise “Anne Dostu Hastane” unvanı almıştır (87).

Doğumhane biriminde 14 kadın doğum uzmanı, 16 ebe, 4 yardımcı personel ve 1 sekreter görev yapmakta olup doğumlar tek kişilik travay-doğum-lohusa (TDL) odalarında gerçekleştirilmektedir. Birimde tamamı tek kişilik 8 TDL odası bulunmakta olup gebeler sancı, doğum ve doğum sonrası erken dönem süreçlerini aynı odada geçirmektedir. TDL odalarında banyo, tuvalet, refakatçi koltuğu ve televizyonun yanı sıra gebelerin hareket özgürlüğünü destekleyen ve doğumu kolaylaştırıcı egzersiz alanları bulunmaktadır. TDL odalarında yenidoğanın bakımı için radyant ısıtıcı bulunmakta olup bebeğin stabilizasyonu ve resusitasyonu için gerekli donanım sağlanmaktadır. Uygun olan gebeler için ise refakatçi kabulü imkânı sağlanmaktadır (87).

Çalışma kapsamında Trabzon SBÜ Kanuni EAH’nin seçilme nedeni, Trabzon’un merkezi konumunda bulunması, ulaşım kolaylığı sağlaması ve “Anne Dostu” ile “Bebek Dostu Hastane” politikalarını etkin biçimde uyguluyor olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 01 Ocak 2022–31 Aralık 2022 tarihleri arasında Trabzon SBÜ Kanuni EAH Numune Kampüsü Kadın Doğum Kliniği’nde gerçekleşen tüm vajinal doğumlar oluşturmuştur. Hastane kayıtlarına göre, belirtilen dönemde vajinal doğum yapan kadın sayısı 1494 olarak belirlenmiştir.

Örneklem büyüklüğü hesaplanırken evreni belli örnekleme yöntemi kullanılmıştır. 2022 yılına ait vajinal doğum sayısı ($n=1494$) ve öngörülen sapma değeri ($d=0.05$) esas alınarak yapılan hesaplama sonucunda gerekli örneklem büyüklüğü 306 olarak bulunmuştur. Çalışma sürecinde olası veri kayıplarını önlemek amacıyla %10 oranında ekleme yapılmış ve toplam 340 kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Örneklem Seçim Kriterleri

3.4.1. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri (2, 4, 86)

- Türkçe konuşabilen ve iletişim sorunu olmayan,
- En az ilkokul mezunu,
- On dokuz yaş ve üzeri olan,
- Vajinal doğum yapan,
- Verteks pozisyonunda tek bir fetüsü bulunan,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden anneler araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri (2, 4, 86)

- On dokuz yaş altı olan,
- Sezaryen doğum yapan,
- Vajinal doğum sürecinden sezaryen doğum sürecine dönen,
- Riskli gebeliği (çoğul gebelik, epilepsi, diyabetes mellitus, pulmoner hipertansiyon vb. gibi) bulunan,
- İşitme, görme, ortopedik gibi bir engeli bulunan,
- Verilen rutin hizmetin dışında bakım ve uygulama yapılan anneler (farklı deneysel bir çalışmada yer alan ya da doğum koçu yardımı gibi uygulamalar yapılan),
- Çalışmaya katılmayı reddeden anneler araştırmadan dışlanmıştır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan (4, 6, 21, 86) “Gebe Tanılama Formu” ve annelerin doğum memnuniyetini değerlendirmek için “Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu” (11) ve doğum uygulamalarının anne

tarafından nasıl algılandığının anlaşılması için “Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği” (88) ile toplanmıştır.

3.5.1. Gebe Tanılama Formu

Araştırmada veri toplamak amacıyla, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen “Gebe Tanılama Formu” kullanılmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde, gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 7 madde (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile tipi, yaşanılan yer ve sosyal güvence durumu) ile obstetrik özelliklerine ilişkin 7 madde (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük veya küretaj öyküsü, gebeliğin planlanma durumu, düzenli doktor kontrolü, gebelikte eğitim alma durumu ve eğitim kaynağı) yer almaktadır.

İkinci bölüm, doğum sürecine ilişkin 4 sorudan oluşmakta olup; gebelik haftası, hastaneye başvuru anındaki doğum evresi, doğumun gerçekleşme saati ve doğumun toplam süresi değerlendirilmektedir.

Üçüncü bölüm ise, doğum bakımı ve uygulamalarına yönelik toplam 91 maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde;

- Doğum eyleminin birinci evresine ilişkin 33 madde,
- İkinci evresine ilişkin 16 madde,
- Üçüncü evresine ilişkin 10 madde,
- Erken postpartum döneme ilişkin 15 madde,
- Yenidoğanın özellikleri, bakımı ve uygulamalarına ilişkin 17 madde bulunmaktadır.

3.5.2. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu (DMÖ-K)

Araştırmada annelerin doğum memnuniyetini değerlendirmek amacıyla Doğum Memnuniyeti Ölçeği Kısa Formu (Birth Satisfaction Scale–Revised Indicator, BSS-RI) kullanılmıştır. Ölçek, Martin ve Martin tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Göncü ve Karahan (2015) tarafından gerçekleştirilmiştir (11).

Likert tipi bu ölçek 10 maddeden oluşmakta olup, katılımcı yanıtları “*Kesinlikle Katılıyorum (4 puan)*” ile “*Kesinlikle Katılmıyorum (0 puan)*” arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasında değişmekte,

puan arttıkça memnuniyet düzeyi yükselmektedir. Ölçeğin 2., 4., 7. ve 8. maddeleri ters puanlanmaktadır (11).

Toplam puanın üç eşit aralığa bölünmesiyle belirlenen kesme noktalarına göre:

- Düşük memnuniyet düzeyi: <13 puan
- Orta memnuniyet düzeyi: 14–27 puan
- Yüksek memnuniyet düzeyi: ≥ 28 puan olarak değerlendirilmiştir.

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Göncü ve Karahan (2015) çalışmasında 0.71, bu çalışmada ise 0.726 olarak bulunmuştur.

3.5.3. Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği (DUAÖ)

Araştırmada, annelerin doğum sürecindeki uygulamaları nasıl algıladıklarını belirlemek amacıyla Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek, Barol tarafından geliştirilmiş olup 21 maddeden oluşmaktadır (88).

Likert tipi bu ölçek, “*Kesinlikle Katılmıyorum (1 puan)*” ile “*Kesinlikle Katılıyorum (5 puan)*” arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 21 ile 105 arasında değişmektedir. Ölçeğin 13., 14., 15., 16., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddeleri ters puanlanmaktadır (88).

Ölçek müdahaleler ve ekip yaklaşımı olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam ve alt boyut puanlarının yükselmesi, doğum uygulamalarına ilişkin algının daha negatif yönde arttığını göstermektedir (88).

Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı Barol’un çalışmasında 0.69, bu çalışmada ise 0.827 olarak bulunmuştur.

3.6. Verilerin toplanması

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından Gebe Tanılama Formu, Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu ve Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği kullanılarak Şubat-Temmuz 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama formunun uygulanabilirliğini tespit etmek amacı ile 10 gebe ile görüşülmüş ve pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışma ardından veri toplama formunun anlaşılabilir olduğu saptanmış ve elde edilen veriler çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan ve vajinal doğum yapmak için doğumhaneye başvuru yapan gebeler ile tanışılmış ve yapılacak olan çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmayı

katılmayı kabul eden gebelerden sözlü onam alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler ile çalışma iki aşamada yürütülmüş, veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur.

İlk aşama olarak doğum yapacak olan gebeler ile doğum yapmak için geldikleri doğum ünitesinde kendi odasında görüşülmüş ve “Gebe Tanılama Formu” uygulanmıştır. Veri toplama formunun birinci bölümü yüz yüze görüşme yöntemiyle ikinci ve üçüncü bölümü ise hasta dosyasından veri elde edilerek ve yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak kontrol edilmiş ve doldurulmuştur.

İkinci aşama olarak ise doğum yapmış annelere, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi dikkate alınarak 3. izlemde 6.-24. saatler aralığında, lohusa servisinde kendi odasında “Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu” ve “Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği” aynı zamanda uygulanmıştır. Her bir anneyle yapılan yüz yüze veri toplama süreci yaklaşık 15–20 dakika sürmüştür. Gözlem süreleri ise, her annenin doğum süresinin uzunluğuna göre değişiklik göstermiştir.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi (SPSS) for Windows 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler kapsamında sayı, yüzde, minimum ve maksimum değerler ile ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır. Verilerin analizinde aşağıda belirtilen istatistiksel testlerden yararlanılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu, çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) katsayılarının ± 2 sınırları içinde yer alması ölçütüyle değerlendirilmiştir. İkili grupların karşılaştırılmasında, normal dağılım gösteren değişkenler için Bağımsız Gruplarda t Testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için ise Mann–Whitney U Testi uygulanmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında, normal dağılım gösteren veriler için Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmış; varyansların homojen olduğu durumlarda ileri analiz olarak LSD testi, homojen olmadığı durumlarda ise Dunnett C testi tercih edilmiştir. Normal dağılım göstermeyen verilerde ise Kruskal–Wallis Testi uygulanmış, anlamlı fark saptanan durumlarda ileri analiz olarak Mann–Whitney U Testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, normal dağılım gösteren verilerde Pearson Korelasyon Analizi, normal dağılım göstermeyen verilerde ise Spearman Korelasyon Analizi yapılmıştır. Uygulanan ölçeklerin iç tutarlılık güvenirliği Cronbach's α katsayısı ile değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik uygunluğunu sağlamak amacıyla, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 14.11.2023 tarihli, E-13562490-050.01.04-444505 sayılı kararla etik kurul onayı alınmıştır (Ek 2). Ayrıca, araştırmanın yürütüldüğü kurum olan Trabzon SBÜ Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi için Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü'nden 05.02.2024 tarihli, E-23618724-604.01-2358231301 sayılı yazıyla kurumsal izin alınmıştır (Ek 3).

Araştırma sürecinde, Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirgesi'nde belirtilen “Gönüllüler Üzerinde Yapılan Tıbbi Araştırmalarda Etik İlkeler” dikkate alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın adı, amacı, kapsamı, katılım süreci ve veri kullanımı hakkında açık ve anlaşılır bilgi verilmiş; araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayandığı, diledikleri zaman herhangi bir gerekçe göstermeksizin çalışmadan çekilebilecekleri ifade edilmiştir. Katılımcılardan kimlik bilgileri talep edilmemiş, elde edilen verilerin yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacağı ve kişisel bilgilerin gizli tutulacağı belirtilmiştir.

Bilgilendirme sürecinin ardından, katılımcıların onayı “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu” (Ek 4) doğrultusunda alınmış ve sözlü onam kayıt altına alınmıştır. Araştırma boyunca “Bilgilendirilmiş Onam İlkesi”, “Gönüllülük İlkesi” ve “Gizliliğin Korunması İlkesi” başta olmak üzere bireysel hakların korunmasına yönelik temel etik kurallar titizlikle uygulanmıştır.

3.9. Araştırmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bu çalışmanın en güçlü yönlerinden biri, doğum sürecinde verilen bakım ve uygulamaların anne memnuniyeti üzerindeki etkisini kapsamlı bir şekilde ele almasıdır. Çalışmada doğumun tüm evreleri ayrı ayrı değerlendirilmiş, ulusal ve uluslararası rehberler ile karşılaştırmalar yapılarak bilimsel temele dayalı bir analiz sunulmuştur. Regresyon ve korelasyon analizleri ile memnuniyetin belirleyicileri detaylandırılmış, bulgular literatürdeki diğer çalışmalarla ilişkilendirilerek yorumlanmıştır. Bununla birlikte, çalışmanın tek merkezde yürütülmesi, sonuçların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Ayrıca, anne memnuniyeti öznel bir kavram olduğundan, bireysel algı ve beklentilere bağlı olarak yanıtların değişebilme olasılığı dikkate alınmalıdır. Çalışma doğum sonrası kısa vadeli memnuniyeti incelemiş, ancak uzun vadede anne-bebek bağlanması ve psikolojik etkiler gibi faktörler değerlendirilmemiştir. Bazı bakım ve uygulamaların eksiksiz olarak sağlanması nedeniyle ileri analiz yapılamamış, bu durum bazı değişkenlerin etkisini

ayrıntılı incelemeyi zorlaştırmıştır. Gelecekte farklı sosyoekonomik grupları kapsayan çok merkezli araştırmalarla bulguların desteklenmesi, doğum memnuniyetini etkileyen faktörlerin daha kapsamlı şekilde ortaya konmasına katkı sağlayacaktır.

3.10. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Anne memnuniyeti

Bağımsız değişkenler: Travayda ve doğum sürecinde verilen bakım ve uygulamalar



4. BULGULAR

Travayda ve doğum süresince verilen bakım ve uygulamaların annenin memnuniyet düzeyine etkisini bulmaya yönelik yapılan çalışmada aşağıdaki bulgular elde edildi. Çalışmaya katılan anne sayısı toplam 340 kişidir.

Tablo 1. Gebelere ait sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerin dağılımı (n=340)

Özellikler		n	%
Yaş	19-29	197	57.9
	30-39	135	39.7
	40+	8	2.4
Eğitim durumu	İlkokul mezunu	31	9.1
	Ortaokul mezunu	72	21.2
	Lise mezunu	124	36.5
	Üniversite ve üzeri	113	33.2
Çalışma durumu	Çalışıyorum	64	18.8
	Çalışmıyorum (ev hanımı)	276	81.2
Gelir durumu algısı	Gelir giderden az	17	5.0
	Gelir giderine denk	226	66.5
	Gelir giderden fazla	97	28.5
Aile tipi	Geniş aile	18	5.3
	Çekirdek aile	322	94.7
Yaşanılan yer	İl merkezi	138	40.6
	İlçe merkezi	188	55.3
	Köy-kasaba	14	4.1
Sosyal güvence varlığı	Evet	294	86.5
	Hayır	46	13.5
Gebelik sayısı	Primigravida	119	35.0
	Multigravida	221	65.0
Doğum sayısı	Yok	134	39.4
	1+	206	60.6
Düşük/küretaj sayısı	Yok	263	77.4
	1+	77	22.6
İstemli gebe kalma durumu	Evet	288	84.7
	Hayır	52	15.3
Gebelik kontrollerine düzenli katılma durumu	Evet	325	95.6
	Hayır	15	4.4
Gebelik döneminde eğitim alma durumu	Evet	267	78.5
	Hayır	73	21.5
Eğitim kaynağı*	Sosyal medya/internet	255	75.0
	Ebe/hemşire	24	7.1
	Doktor	1	0.3
	Kitap, dergi vb	74	21.8
	Okul	46	13.5
	Akraba/arkadaş	177	52.1

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 1’de gebelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin dağılımlar yer almaktadır. Bulgular incelendiğinde, gebelerin %57.9’unun 19-29 yaş

aralığında olduğu, %36.5'inin lise mezunu olduğu ve %81.2'sinin çalışmadığı (ev hanımı olduğu) belirlenmiştir. Katılımcıların %66.5'inin geliri giderine denk olup, %94.7'sinin çekirdek aile yapısında yaşadığı tespit edilmiştir.

Gebelerin %55.3'ünün ilçe merkezinde ikamet ettiği, %86.5'inin sosyal güvencesinin bulunduğu, %65'inin multipar olduğu ve %60.6'sının en az bir doğum yapmış olduğu görülmüştür. Ayrıca, %77.4'ünün düşük veya küretaj öyküsünün bulunmadığı belirlenmiştir.

Gebelikle ilgili özellikler incelendiğinde, %84.7'sinin gebeliğinin planlı olduğu, %95.6'sının gebelik kontrollerine düzenli olarak katıldığı ve %78.5'inin gebelik sürecinde eğitim aldığı tespit edilmiştir. Eğitim alan gebelerin %75'inin temel bilgi kaynağı olarak sosyal medya ve interneti tercih ettiği saptanmıştır.

Tablo 2. Doğum süreci ile ilgili klinik ve obstetrik özelliklerin dağılımı (n = 340)

Özellikler	n		%		
Gebelik haftası	38-40 haftalık		313	92.1	
	41-42 haftalık		27	7.9	
Hastaneye gelindiğinde evre	Latent		293	86.2	
	Aktif		47	13.8	
Sayısal değişkenler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Hastaneye gelindiğinde dilatasyon (cm)	340	0	6.00	2.29	1.59
Doğumun latent evresinin süresi (dk)	340	0	1680.00	214.91	272.68
Doğumun aktif evresinin süresi (dk)	340	30.00	1140.00	207.62	157.66
Doğumun gerçekleşme saati	-	-	-	-	-
Toplam doğum süresi (dk)	340	30.00	2220.00	421.21	356.07

Tablo 2'de gebelerin doğum süreci ile ilgili klinik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bulgular incelendiğinde, gebelerin %92.1'inin 38-40. gebelik haftasında doğum yaptığı, %86.2'sinin latent evrede hastaneye başvurduğu belirlenmiştir. Hastaneye kabul anında gebelerin servikal dilatasyon ortalamasının 2.29±1.59 cm olduğu tespit edilmiştir.

Doğum evrelerine ilişkin süreler incelendiğinde, latent evrenin ortalama süresinin 214.91 ± 272.68 dakika, aktif evrenin ortalama süresinin 207.62 ± 157.66 dakika olduğu ve toplam doğum süresinin 421.21 ± 356.07 dakika olarak hesaplandığı görülmüştür.



Tablo 3. Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evreleri ile erken postpartum dönemde sunulan bakım uygulamalarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı (n=340)

Doğum Eyleminin 1. Evresinde Verilen Bakımlar		n (%)	Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu			
			Ort.	SS.	Test	p
Refakatçi Eşlik Etme Durumu	Evet	336 (98.8)	23.57	5.55	t=-0.117	0.907
	Hayır	4 (1.2)	23.25	2.75		
Ebe/ Kadın Doğum Hemşiresinin Servisi Tanıtma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	0*	-	-		
Kişisel Bilgilerin ve Anamnezin Alınması Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	0*	-	-		
Doğum Eyleminin 1. Evresi Hakkında Bilgilendirilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	0*	-	-		
Ebe/Kadın Doğum Hemşiresi Tarafından Desteklenme Durumu**	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	0*	-	-		
Ağrı İçin Manuel ya da Gevşeme Teknikleri Uygulanma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	0*	-	-		
Kullanılan Teknik***						
Nefes alma	Evet	339 (99.7)	23.60	5.49	-	-
	Hayır	1 (0.3)	12.00	-		
Kas gevşetme	Evet	339 (99.7)	23.57	5.53	-	-
	Hayır	1 (0.3)	24.00	-		
Müzik dinleme	Evet	3 (0.9)	20.33	6.81	-	-
	Hayır	337(99.1)	25.60	5.52		
Dikkati başka yere çekme	Evet	35 (10.3)	24.54	6.15	-	-
	Hayır	305 (90.7)	23.46	5.45		
Yüzeysel sıcak uygulama	Evet	1 (0.3)	20.00	-	-	-
	Hayır	339 (99.7)	23.58	5.53		
Yüzeysel soğuk uygulama	Evet	169 (49.7)	23.14	5.57	-	-
	Hayır	171 (50.3)	23.99	5.47		
Aromaterapi	Evet	4 (1.8)	25.00	4.24	-	-
	Hayır	336 (98.8)	23.55	5.54		
Hidroterapi	Evet	10 (2.9)	22.30	4.76	-	-
	Hayır	330 (97.1)	23.61	5.55		
Dokunma	Evet	134 (39.4)	23.51	5.52	-	-
	Hayır	206 (60.6)	23.61	5.36		

Tablo 3. (Devamı)

Verilen Sıvı ve İlaçların Kaydedilmesi/İzlenmesi Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Fetal Kalp Atımının Aralıklı Dinlenme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Yaşam Bulguları Takip Sıklığının Protokole Uygun Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Leopold Manevrası Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	-	-	-
Kontraksiyon Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Dilatasyon ve Efesman Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Oksitosin Uygulanıyor İse İndüksiyon Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	175 (51.5) 165 (48.5)	22.96 24.22	5.60 5.35	t=2.109	0.036
Uygun/Seçilen Pozisyon Verilmesi ve Dolaşma İçin Teşvik Edilmesi Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Travay ve Doğum Eyleminin Partografla Takip Edilme Durumu****	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Doğum Eyleminin 2. Evresinde Verilen Bakımlar						
Refakatçi Eşlik Etme Durumu	Evet Hayır	13 (3.8) 327 (96.2)	23.69 23.57	4.55 5.57	t=0.081	0.936
Doğum Eyleminin 2. Evresi Hakkında Bilgilendirilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ebe/Kadın Doğum Hemşiresi Tarafından Desteklenme Durumu*****	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Perianal Travmanın Önlenmesi İçin Teknik Kullanma Durumu	Perianal masaj	105 (30.9)	22.63	5.76	F=4.983	0.007
	İkınmanın geç başlaması	148 (43.5)	22.34	5.20		
	Spontan ıkınma için destek	87 (25.6)	25.08	5.51		

Tablo 3. (Devamı)

Perinenin Elle Korunması Durumu	Hands on Hands off	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Yaşam Bulguları Takip Sıklığının Protokole Uygun Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Kanama Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
İstenilen/Rahat Edilen Pozisyonda İkinma İçin Desteklenme Durumu	Açık glottis ıkınma İkinma için desteklenme	254 (74.9) 86 (25.1)	23.25 24.39	5.47 5.30	t=-1.661	0.098
Gerekli İse Perine ve Anüs Bölgesinin Hijyeninin Sağlanma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Konforun/Rahatın Sağlanması Durumu (Pozisyon Verme, Masaj vb.)	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Doğum Eyleminin 3. Evresinde Verilen Bakımlar						
Doğum Eyleminin 3. Evresi Hakkında Bilgilendirilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ten Tene Temasin Sağlanması Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ten Tene Temasin Sağlandığı Zaman	Erken (ilk 1 saat) Geç (1+ saat)	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Yaşam Bulguları Takip Sıklığının Protokole Uygun Yapılması Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Kanama Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Yenidoğanın Plasenta Ayrılana Kadar Anne Sütü İle Beslenmesine Teşvik Edilmesi Durumu	Evet Hayır	70 (20.6) 270 (79.4)	24.47 23.34	5.35 5.56	t=1.534	0.126
Verilen Bakım İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-

Tablo 3. (Devamı)

Verilen Bakım İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Erken Postpartum Dönemde Verilen Bakımlar						
Yaşam Bulguları Takip Sıklığının Protokole Uygun Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Annenin İdrar Çıkışının Değerlendirilmesi Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Abdominal Uterin Tonüs Değerlendirilmesi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Vajinal Kanama Takibi Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Uterin Tonus Yeterli Olmadığında Uterus Masajı Yapılma Durumu	Evet Hayır	88 (25.9) 252 (74.1)	23.45 23.61	5.47 5.55	t=-0.229	0.819
Postpartum Dönem ile İlgili Bilgilendirilme Durumu (Laktasyon, Aile Planlaması, Meme Bakımı vb.) *****	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ebe/Kadın Doğum Hemşiresi Tarafından Yenidoğanın Anne Sütü İle Beslenmesine Teşvik Edilmesi ve Desteklenmesi Durumu	Evet Hayır	325 (95.6) 15 (4.4)	23.63 22.33	5.53 5.54	t=0.887	0.376
Konforun/Rahatın Sağlanması Durumu (Annenin Giydirilmesi, Üşüyorsa Isıtılması, Beslenilmesi Vb.) *****	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-
Verilen Bakım İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) _*	23.57 -	5.52 -	-	-

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

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

**Sürekli ve birebir verilen destek.

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

****Travay ve doğum eylemi sırasında partograf takibi saatlik aralıklarla yapılmakta olup son hali ve eksiklikler doğum sonu dönemde tamamlanmaktadır.

*****Sürekli ve birebir verilen destek, terinin silinmesi, pozisyon desteği verilmesi vb.

***** laktasyon, aile planlaması, meme bakımı vb.,

***** annenin giydirilmesi, üşüyorsa ısıtılması, beslenilmesi vb.

Tablo 3'te doğumun tüm evreleri ve erken postpartum dönem boyunca sunulan bakım uygulamalarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Birinci evre bulguları incelendiğinde, oksitosin uygulanan olgularda indüksiyon sürecinin izlenip izlenmemesi, doğum memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmıştır ($p<0.05$). Özellikle, indüksiyon takibi yapılmayan olgularda memnuniyet puanlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulgu, müdahale edilen doğumlarda sürecin etkin izlenmesinin memnuniyetin sürdürülebilirliği açısından kritik olduğunu göstermektedir. Öte yandan, doğum süresince refakatçi eşliğinin varlığı ile doğum memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Birinci evrede yer alan birçok bakım uygulamasının (örneğin servisin tanıtılması, anamnez alınması, bilgilendirme, sürekli destek sağlanması, ağrı yönetimi tekniklerinin kullanımı, fetal kalp atımı ve yaşam bulgularının takibi, partograf kullanımı, mahremiyete saygı ve sözlü onam alınması gibi) tüm doğum yapan kadınlara eksiksiz sunulmuş olması nedeniyle bu değişkenlerde gruplararası karşılaştırma mümkün olmamıştır.

İkinci evredeki analiz sonuçlarına göre, perianal travmanın önlenmesine yönelik uygulanan teknikler ile doğum memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.007$). Özellikle, spontan ıkınmanın desteklendiği olgularda memnuniyet düzeylerinin, perianal masaj ya da ıkınmanın geciktirilmesi gibi yöntemlerin uygulandığı gruplara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, doğumun fizyolojik sürecine müdahale edilmeden ilerlemesine olanak tanınmasının, kadınların doğum deneyimini olumlu yönde etkilediğini göstermektedir. Buna karşılık, ikinci evrede refakatçi varlığı ya da kadının tercih ettiği pozisyonda ıkınma desteği sunulması ile memnuniyet arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Üçüncü evre analizinde, uygulamalı emzirme desteği ve yenidoğanın anne sütü ile beslenmeye teşvik edilmesi gibi müdahalelerin doğum memnuniyeti üzerine anlamlı bir etkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu bulgu, her ne kadar bu uygulamalar doğrudan memnuniyeti artırmasa da, annenin doğum sonrası bakımına yönelik bu desteklerin uzun vadeli anne-bebek sağlığı ve bağlanma açısından değerli olduğunu göstermektedir.

Erken postpartum döneme ilişkin bulgular, uterus tonusunun yetersiz olduğu durumlarda yapılan uterus masajı ve yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik gibi müdahalelerin de doğum memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark

yaratmadığını ortaya koymuştur ($p>0.05$). Ancak, annenin bu dönemde bilgilendirilmesi, konforunun sağlanması ve bireysel ihtiyaçlarının gözetilmesi gibi nitelikli bakım unsurlarının, genel memnuniyet algısına daha güçlü katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Bu evrede yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılması, annenin idrar çıkışının değerlendirilmesi, abdominal uterin tonüs değerlendirilmesi, vajinal kanama takibi, postpartum dönem ile ilgili bilgilendirilme, konforun/rahatın sağlanması, verilen bakım için mahremiyete özen gösterilmesi, verilen bakım için sözlü onam alınması gibi bakım uygulamaları gebelere uygulandığı için bu değişkenlere ilişkin karşılaştırmalı analiz yapılamamıştır.

Bu bulgular genel olarak, doğumun her evresinde kadına sunulan bakımın sadece klinik müdahalelerle değil; aynı zamanda kadın merkezli, saygılı, bireyselleştirilmiş ve fizyolojik sürece duyarlı bir yaklaşımla yürütülmesinin doğum memnuniyetini artırmada belirleyici olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evreleri ile erken postpartum dönemde uygulanan girişimlere göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı (n=340)

Doğum Doğum Eyleminin 1. Evresinde Yapılan Uygulamalar		n (%)	Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu			
			Ort.	SS.	Test	P
Damar Yolu Açılması ve IV Sıvı Verilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Dilatasyon 4 Cm'e Ulaşmadan Tıbbi Müdahale Yapılma Durumu	Evet Hayır	75 (22.1) 265 (77.9)	22.72 23.81	5.65 5.48	t=1.513	0.131
Yapılan Müdahale	Oksitosin Prostoglandin Amniyotomi	55 (73.3) 18 (24.0) 2 (2.7)	22.56 23.61 19.50	5.82 5.45 0.70	F=0.560	0.574
Perine Tıraşı Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.24 -	-	-
Lavman Uygulaması Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Mesane Kateterizasyonu Uygulanma Durumu	Evet Hayır	156 (45.9) 184 (54.1)	23.33 23.78	5.52 5.53	t=0.748	0.455
Vajinal Temizlik Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Vajinal Tuşe Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Sürekli/Aralıklı Fetal Kalp Atım Hızı Oskültasyonu Yapılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ağrı İçin Analjezi/Anestezi Uygulanma Durumu	Evet Hayır	4 (1.2) 336 (98.8)	22.25 23.59	4.43 5.54	t=0.480	0.631
Oral Sıvı ve Yiyecek Sınırlandırma Durumu	Evet Hayır	319 (93.8) 21 (6.2)	23.73 21.14	5.37 7.25	t=2.089	0.037
Pozisyon ve Hareket Sınırlandırma Durumu	Evet Hayır	30 (8.8) 310 (91.2)	23.57 23.57	4.22 5.64	t=-0.004	0.997
Amniyotomi Yapılma Durumu	Evet Hayır	98 (28.8) 242 (71.2)	24.14 23.34	5.70 5.45	t=1.216	0.225
Oksitosin İndüksiyonu Yapılma Durumu	Evet Hayır	175 (51.5) 165 (48.5)	22.90 24.28	5.60 5.37	t=-2.330	0.020
Antispazmolitik Ajan Uygulanma Durumu	Evet Hayır	36 (10.6) 304 (89.4)	21.47 23.82	5.63 5.47	t=-2.427	0.016

Tablo 4. (Devamı)

USG Yapılma Durumu	Evet	287 (84.4)	23.20	5.51	t=-2.949	0.003
	Hayır	53 (15.6)	25.60	5.22		
Yapılan Uygulamalar İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Yapılan Uygulamalar İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Doğum Eyleminin 2. Evresinde Yapılan Uygulamalar						
Pozisyon ve Hareket Sınırlandırma Durumu	Evet	328 (96.5)	23.66	5.48	t=1.538	0.125
	Hayır	12 (3.5)	21.17	6.45		
Epizyotomi Uygulanma Durumu	Evet	281 (82.6)	23.27	5.47	t=-2.198	0.029
	Hayır	59 (17.4)	25.00	5.61		
Fundal Basınç Uygulanma Durumu	Evet	63 (18.5)	22.40	5.14	t=-1.875	0.062
	Hayır	277 (81.5)	23.84	5.58		
Vakum/Forseps Uygulanma Durumu	Evet	_*	-	-	-	-
	Hayır	340 (100)	23.57	5.52		
Yapılan Uygulamalar İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Yapılan Uygulamalar İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Doğum Eyleminin 3. Evresinde Yapılan Uygulamalar						
Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi İçin Uterotonik Kullanılma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Uterotonik* *	Metarjin	300 (88.3)	23.49	5.54	-	-
	Synpitan	335 (98.5)	23.61	5.49		
Umbilikal Kordun Klemplenme Zamanı	Erken	_*	-	-	-	-
	Geç	340 (100)	23.57	5.52		
Plasenta Doğumuna Müdahale Edilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		
Yapılan Müdahale	Kontrollü kord traksiyonu	20 (5.9)	23.95	4.12	F=0.063	0.939
	Fundal basınç	48 (14.1)	23.67	5.62		
	Spontan	272 (80.0)	23.53	5.61		
Yapılan Uygulamalar İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	_*	-	-		

Tablo 4. (Devamı)

Yapılan Uygulamalar İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Erken Postpartum Dönemde Yapılan Uygulamalar						
Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi İçin Ek Uterotonik Kullanılma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Ağrı İçin Aneljezi Uygulanma Durumu	Evet Hayır	-* 340 (100)	- 23.57	- 5.52	-	-
Rutin Antibiyotik Profilaksisi Uygulanma Durumu	Evet Hayır	-* 340 (100)	- 23.57	- 5.52	-	-
Epizyotomi, Vakum, Forseps Yapıldıysa Antibiyotik Profilaksisi Uygulanma Durumu	Evet Hayır	-* 340 (100)	- 23.57	- 5.52	-	-
Komplikasyon Gelişme Durumu	Evet Hayır	10 (2.9) 330 (97.1)	25.80 23.50	4.78 5.54	t=1.297	0.196
Gelişen Komplikasyon	Atoni Plesenta retansiyonu Yumuşak doku laserasyonu	6 (60.0) 1 (10.0) 3 (30.0)	26.00 28.00 24.67	5.73 - 4.04	F=0.159	0.856
Yapılan Uygulamalar İçin Mahremiyete Özen Gösterilme Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-
Yapılan Uygulamalar İçin Sözlü Onam Alınma Durumu	Evet Hayır	340 (100) -*	23.57 -	5.52 -	-	-

t: Bağımsız gruplarda t testi. F: Varyans analizi.

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

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4'te, doğum eyleminin birinci, ikinci ve üçüncü evreleri ile erken postpartum dönemde gerçekleştirilen klinik girişimlere göre kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu'ndan aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Doğum eyleminin birinci evresinde yapılan uygulamalara göre yapılan analizlerde; oksitosin indüksiyonu uygulanması, antispazmolitik ajan verilmesi ve ultrasonografi yapılması durumlarında doğum memnuniyeti puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bu bulgular, oksitosin ve antispazmolitik uygulanmayan ve USG yapılmayan kadınların doğum memnuniyetinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Oral sıvı ve besin alımına izin verilmemesi ise ilginç bir şekilde memnuniyet üzerinde olumlu bir etki yaratmıştır ($p<0.05$).

Buna karşın, dilatasyon 4 cm'ye ulaşmadan yapılan tıbbi müdahaleler, perine tıraşı, lavman uygulaması, mesane kateterizasyonu, vajinal temizlik, fetal kalp atım hızı oskültasyonu (sürekli/aralıklı), analjezi/anestezi uygulanması, pozisyon ve hareket kısıtlaması ve amniyotomi gibi girişimlerin doğum memnuniyeti üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Doğum eyleminin ikinci evresinde yapılan uygulamalara ilişkin analizlerde, epizyotomi uygulanması ile doğum memnuniyeti arasında anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Epizyotomi uygulanmayan kadınların memnuniyet düzeyleri, epizyotomi yapılanlara göre daha yüksektir. Bu bulgu, epizyotominin doğum deneyimi üzerindeki olumsuz etkisini göstermekte ve bu müdahalenin yalnızca gerekli durumlarda seçici şekilde uygulanması gerektiğine işaret etmektedir.

Diğer yandan, pozisyon ve hareket kısıtlaması, fundal basınç uygulanması ve vakum/forseps kullanımı ile doğum memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuçlar, doğumun ikinci evresinde yapılan bazı müdahalelerin memnuniyet düzeyini doğrudan etkilemediğini, ancak epizyotomi gibi yaygın uygulamaların dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Doğumun üçüncü evresinde, uterotonik kullanımı ve plasenta doğumuna müdahale edilmesi ile doğum memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca, müdahale türlerine göre (spontan, fundal basınç, kontrollü kord traksiyonu) yapılan karşılaştırmalarda da anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p<0.05$).

Erken postpartum dönemde, komplikasyon gelişen gebelerde memnuniyet düzeyinin komplikasyon gelişmeyenlere göre daha yüksek olduğu görülmekle birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Ort.=25.80±4.78; p=0.196). Gelişen komplikasyon türlerine göre yapılan varyans analizinde de anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0.856).

Bu evrede doğum sonu kanamanın önlenmesi için ek uterotonik kullanılması, ağrı için aneljezi uygulanması, rutin antibiyotik profilaksisi uygulanması gibi birçok girişim tüm gebelere uygulandığı için bu değişkenlere ilişkin karşılaştırmalı analiz yapılamamıştır.

Bu bulgular, bazı tıbbi müdahalelerin (özellikle oksitosin, antispazmolitik ve epizyotomi) doğum memnuniyetini olumsuz etkileyebileceğini; buna karşın, birçok rutin uygulamanın memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, kadınların doğum sürecinde daha az müdahaleye maruz kalmalarının doğum deneyimlerini olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Tablo 5. Yenidoğan özellikleri, yenidoğan bakım ve uygulamalarına göre Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu Puan ortalamalarının karşılaştırılmasının dağılımı (n=340)

Özellikler		n (%)	Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu			
			Ort.	SS.	Test	p
Bebğin Cinsiyeti	Kız	188 (55.3)	23.48	5.38	t=-0.321	0.749
	Erkek	152 (44.7)	23.68	5.71		
Bebek Boyu	<48	38 (11.2)	23.61	6.03	F=0.004	0.996
	49-54	299 (87.9)	23.57	5.49		
	55+	3 (0.9)	23.33	4.04		
Bebek Kilosu	<3200	146 (42.9)	23.81	5.59	F=0.261	0.853
	3200-3499	106 (31.2)	23.45	5.20		
	3500-4000	78 (22.9)	23.21	6.10		
	>4000	10 (2.9)	24.20	3.08		
Baş Çevresi	<32	46 (13.5)	23.89	6.39	F=0.159	0.853
	33-35.5	289 (85.0)	23.54	5.40		
	36>	5 (1.5)	22.60	5.03		
APGAR Değerlendirmesi Uygulanma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-	-	-		
Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Olma Durumu	Evet	12 (3.5)	22.58	7.72	t=-0.455	0.657
	Hayır	328 (96.5)	23.61	5.44		
Bebğin Makrozomik (> 4 kg) Olması Durumu	Evet	10 (2.9)	22.60	4.50	t=-0.563	0.574
	Hayır	330 (97.1)	23.60	5.56		
Bebğin YDYBÜ'ne Gönderilme Durumu	Evet	26 (7.6)	23.31	5.50	t=-0.252	0.801
	Hayır	314 (92.4)	23.59	5.53		
Bebğinizin Resüsitasyon İhtiyacı Olma Durumu	Evet	20 (5.9)	23.90	5.79	t=0.274	0.784
	Hayır	320 (94.1)	23.55	5.52		
Bebekle İlgili Annenin Bilgilendirilme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-*	-	-		
Doğumdan Sonra Bebgın Silinme Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-*	-	-		
Doğumdan Sonra Bebgın Oda Sıcaklığına Uygun Giydirilmesi Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-*	-	-		
Nazal veya Oral Aspirasyon Yapılma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-*	-	-		
1 mg K Vitamini Uygulanma Durumu	Evet	337 (99.1)	23.60	5.54	t=0.914	0.361
	Hayır	3 (0.9) **	20.67	3.21		
Hepatit B Aşısı Uygulanma Durumu	Evet	337 (99.1)	23.60	5.54	t=0.914	0.361
	Hayır	3 (0.9) **	20.67	3.21		
Göz Damlası Uygulanma Durumu	Evet	340 (100)	23.57	5.52	-	-
	Hayır	-*	-	-		

t: Bağımsız gruplarda t testi, F: Varyans analizi.

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

**Hepatit B ve K vitamini uygulamasını reddeden annelere gerekli bilgilendirme yapılmış, aydınlatılmış onam ilkesi doğrultusunda red formu imzalatılmıştır.

Tablo 5’te, yenidoğana ait bazı demografik özellikler ile doğum sonrası uygulanan yenidoğan bakım girişimlerine göre annelerin Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Yapılan analizler sonucunda, bebeğin cinsiyeti, boyu, doğum kilosuna, baş çevresi, düşük doğum ağırlığına sahip olma, makrozomik olma (>4000 g), yenidoğanın yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YDYBÜ) sevk, resüsitasyon ihtiyacı, K vitamini uygulaması ve Hepatit B aşısı uygulanması gibi değişkenlerle annelerin doğum memnuniyeti düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Ayrıca, Apgar değerlendirmesi, annenin yenidoğan hakkında bilgilendirilmesi, doğumdan sonra bebeğin silinmesi, oda sıcaklığına uygun şekilde giydirilmesi, nazal/oral aspirasyon yapılması ve göz damlası uygulanması gibi birçok bakım uygulamasının tüm bebeklere yapılmış olması nedeniyle bu değişkenlere ilişkin istatistiksel karşılaştırma gerçekleştirilememiştir.

Bu bulgular, yenidoğanın klinik durumu ya da uygulanan rutin tıbbi bakım prosedürlerinin doğum memnuniyeti üzerinde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Anne memnuniyetinin daha çok doğum sürecindeki destekleyici uygulamalar, bakımın niteliği ve annenin kendisine yönelik yaklaşımlar doğrultusunda şekillendiği söylenebilir. Dolayısıyla, memnuniyetin artırılmasına yönelik girişimlerin, doğrudan bebeğe yönelik değil, kadının doğum deneyimini iyileştirmeye odaklanan uygulamalar aracılığıyla yürütülmesi önem arz etmektedir.

Tablo 6. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu, Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği	340	25.00	96.00	51.58	11.03
Müdahaleler	340	12.00	53.00	32.80	6.95
Ekip yaklaşımı	340	9.00	45.00	18.79	7.57
Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu	340	4.00	38.00	23.57	5.52
Ölçek Kesme Noktalarına Göre	n	%	-	-	-
Düşük memnuniyet düzeyi	14	4.1	-	-	-
Orta memnuniyet düzeyi	251	73.8	-	-	-
Yüksek memnuniyet düzeyi	75	22.1	-	-	-

Tablo 6’da Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu, Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı yer almaktadır. Kadınların Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği toplam puan ortalaması 51.58 ± 11.03 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin alt boyutlarından “Müdahaleler” alt boyutuna ilişkin ortalama puan 32.80 ± 6.95 , “Ekip Yaklaşımı” alt boyutuna ilişkin ortalama puan ise 18.79 ± 7.57 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlar, kadınların doğum sırasında uygulanan müdahalelere ve sağlık ekibi ile olan etkileşimlerine ilişkin algılarının orta düzeyde olduğunu göstermektedir.

Kadınların Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu’ndan aldıkları puan ortalaması ise 23.57 ± 5.52 olarak saptanmıştır. Ölçeğin minimum ve maksimum puan aralığı 4 ile 38 arasında değişmekte olup, kadınların genel olarak orta düzeyde memnuniyet bildirdikleri görülmektedir.

Ölçeğin kesme noktalarına göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %4.1’inin düşük, %73.8’inin orta ve %22.1’inin yüksek düzeyde doğum memnuniyeti bildirdiği belirlenmiştir. Bu bulgular, çalışmaya katılan kadınların çoğunluğunun doğum deneyiminden kısmen memnun olduğunu, ancak yüksek düzeyde memnuniyet bildiren kadın oranının sınırlı kaldığını ortaya koymaktadır.

Tablo 7. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu ve Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesi

Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu		
Müdahaleler	r	-0.534
	p	0.000
	n	340
Ekip yaklaşımı	r	-0.396
	p	0.000
	n	340
Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği	r	-0.608
	p	0.000
	n	340

Tablo 7’de Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu ve Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği arasındaki ilişkinin analizi yer almaktadır.

Yapılan korelasyon analizine göre, Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puanı ile Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.608$; $p<0.001$). Bu bulgu, doğum uygulamalarının daha olumsuz algılanmasının, doğum memnuniyet düzeyinin azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Alt boyutlara göre değerlendirildiğinde, Doğum Memnuniyet Ölçeği ile “Müdahaleler” alt boyutu arasında negatif yönlü ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0.534$; $p<0.001$). Bu durum, doğum sırasında uygulanan müdahalelerin sıklıkla olumsuz algılanmasının, doğum memnuniyetini azalttığını göstermektedir.

Ayrıca, “Ekip yaklaşımı” alt boyutu ile Doğum Memnuniyet Ölçeği arasında da negatif yönlü ve düşük düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0.396$; $p<0.001$). Bu sonuç, sağlık ekibi ile kurulan iletişim ve bakım sürecine dair algının kötüleşmesinin de memnuniyet düzeyini olumsuz etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Genel olarak bu bulgular, kadınların doğum sürecinde algıladıkları müdahale düzeyi arttıkça ve ekip yaklaşımını olumsuz değerlendirdikçe, doğumdan duydukları memnuniyetin azaldığını göstermektedir. Bu bağlamda, doğum uygulamalarında kadın merkezli yaklaşımın benimsenmesi, gereksiz müdahalelerden kaçınılması ve etkili iletişime dayalı ekip yaklaşımının güçlendirilmesi, doğum memnuniyetini artırmada önemli bir rol oynayabilir.

Tablo 8. Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puanına etki eden sürekli değişkenlere ilişkin doğrusal regresyon analizi sonuçları

	Beta	Standart Hata	Standart Beta	t	p	%95 Güven Aralığı	
Sabit katsayı	25.813	.617	-	41.833	.000	24.599	27.026
Vajinal tuşe sayısı	-.398	.096	-.219	-4.128	.000	-.587	-.208
Sabit katsayı	24.774	.449	-	55.124	.000	23.890	25.658
Doğumdan sonra bebeğin ilk emzirilme zamanı	-.047	.013	-.189	-3.546	.000	-.073	-.021

Tablo 8’de Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu puanına etki eden sürekli değişkenlere ilişkin doğrusal (lineer) regresyon analizi sonuçları yer almaktadır.

Doğrusal regresyon analizine göre ise;

- Vajinal tuşe sayısındaki artış ($\beta=-0.219$; $p<.001$) ve
- Doğumdan sonra ilk emzirmenin gecikmesi ($\beta=-0.189$; $p<.001$) memnuniyeti negatif yönde etkilemekte, yani memnuniyet puanını anlamlı düzeyde azaltmaktadır.

Bu sonuçlar, doğum sonrası bakımın (özellikle emzirmenin başlatılma zamanı) ve doğum sırasında yapılan sık vajinal muayenelerin, doğum deneyimi üzerinde önemli bir etkisi olduğunu göstermektedir. Klinik müdahale sayısı ve süresinin azaltılması, doğum sonrası emzirmenin erken başlatılması gibi uygulamalar doğum memnuniyetini artırıcı yönde etki gösterebilir.

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, travay ve doğum süresince sunulan bakımın niteliği ile uygulanan müdahalelerin, annelerin doğum memnuniyetine etkisini kapsamlı biçimde değerlendirmiştir. Bulgular, memnuniyetin yalnızca doğumun klinik sonuçlarıyla değil, aynı zamanda bakımın algılanma biçimi, yapılan müdahaleler ve doğum sonrası uygulamalarla da doğrudan ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu sonuçlar, DSÖ'nün pozitif doğum deneyimine yönelik önerileri (6, 31) ve NICE intrapartum bakım kılavuzlarıyla uyum göstermektedir (8, 74). Bu tezin tartışma kısmı araştırma soruları kapsamında yazılmıştır.

Travay ve Doğum Süresince Verilen Bakımın Annenin Memnuniyetine Etkisi

Çalışmada kadınların çoğunluğunun latent evrede (servikal dilatasyon ort.: 2.29 ± 1.59 cm) hastaneye başvurduğu ve doğumun ortalama 421.2 ± 356.1 dakika sürdüğü belirlenmiştir. Bu durum, kadınların doğum sürecinde sağlık profesyonelleriyle daha uzun süre temas ettiği ve bakım kalitesine daha fazla maruz kaldığı anlamına gelmektedir. Literatür, erken başvuruların doğum deneyimini uzatabildiğini, ancak bu süreçte verilen bakımın niteliğinin memnuniyetin belirleyici unsuru olduğunu vurgulamaktadır (13, 26). Uzun travay süreleri annelerde yorgunluk ve kaygı yaratabilir; ancak bu süreçte verilen bakımın kalitesi memnuniyetin belirleyicisidir (13, 89). Nitekim Cochrane derlemesi, sürekli destek sağlanan kadınlarda travayın daha kısa sürdüğünü ve doğum deneyiminin daha olumlu olduğunu göstermektedir (17).

Kadınların memnuniyet düzeylerinin genel olarak orta seviyede (Ort.= 23.57 ± 5.52) olması ve yalnızca %22.1'inin yüksek memnuniyet bildirmesi, bakımın insancıl boyutlarının (empatik iletişim, bilgilendirme, mahremiyetin korunması) yeterince güçlü deneyimlenemediğini göstermektedir. Bu sonuç, Türkiye'de ve uluslararası literatürde bildirilen bulgularla uyumludur (4, 90). DSÖ'nün (2018) intrapartum bakım kılavuzu da memnuniyetin klinik çıktılar kadar bakımın insancıl boyutlarına bağlı olduğunu vurgular (6).

Çalışmada, doğumun birinci evresinde tüm kadınlara standart protokoller doğrultusunda benzer bakım sunulmuştur. Ancak tablo 3 sonuçları, kadınların memnuniyet puanlarının farklı alt boyutlarda değişkenlik gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bu bulgu, bakımın yalnızca teknik uygulamalarla değil, iletişim, empati ve bireysel ihtiyaçların karşılanma düzeyiyle şekillendiğini göstermektedir. Literatür de kadınların bakım

algılarındaki farklılıkların, özellikle iletişim ve emosyonel destek boyutlarıyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadır (16, 17, 91).

Çalışmada, doğumun birinci evresinde tüm kadınlara standart protokoller doğrultusunda benzer bakım sunulmuştur. Servisin tanıtılması, anamnez alınması, bilgilendirme, ağrı yönetimi, fetal kalp atımlarının ve kontraksiyonların takibi, partograf kullanımı, mahremiyetin sağlanması ve sözlü onam alınması bu sürecin temel unsurlarını oluşturmuştur. Katılımcıların bu evrede homojen düzeyde benzer bakım alması, memnuniyet düzeylerinde anlamlı bir farkın ortaya çıkmamasını açıklamaktadır (Tablo 3).

Bakım kavramı yalnızca klinik müdahalelerin teknik doğruluğunu değil, kadının fiziksel, duygusal ve bilgilendirilme ihtiyaçlarının karşılanma düzeyini de kapsamaktadır. Kadın merkezli bakım modeli, bilgilendirme, karar süreçlerine katılım ve emosyonel destek unsurlarını içermekte olup memnuniyetin artırılmasında kritik rol oynamaktadır (6, 17). Çalışmanın yürütüldüğü kurumun anne-bebek dostu statüsünde olması, bu standartların uygulanmasını gerektirse de bulgular, uygulamada iletişim ve bireyselleştirilmiş bakımın her temas noktasında eşit düzeyde sağlanamadığını düşündürmektedir (12, 16, 91).

Bu bağlamda bakım, salt prosedürlerin teknik doğruluğu değil; gebelikten postpartum döneme uzanan süreklilik, fizyolojiye saygı, bilgilendirilmiş onam, karar paylaşımı, etkin iletişim ve empatiyi içeren bir yaklaşım bütünüdür. Uluslararası literatür, süreklilik, iletişim, bilgi paylaşımı ve saygılı yaklaşımın kadınların olumlu doğum deneyimleri için kritik olduğunu ortaya koymaktadır (6, 8, 14, 16, 80, 92). Donabedian'ın yapı-süreç-sonuç modeli de bu noktada aydınlatıcıdır: iyi yapı (nitelikli ekip, uygun ortam) iyi süreç (saygılı iletişim, minimal müdahale) üreterek iyi sonuç (yüksek memnuniyet, olumlu deneyim) doğurur (1-3, 25).

Bulgularda ekip yaklaşımı alt boyutunun orta düzeyde olduğu ($Ort.=18.79\pm7.57$) ve memnuniyet ile negatif yönlü, düşük düzeyde anlamlı bir ilişki ($r=-0.396$; $p<0.001$) (Tablo 7) gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgu, sağlık ekibinin iletişim, empati ve bilgi paylaşımı niteliği düştükçe memnuniyetin de azaldığını göstermektedir. Literatürde de saygılı bakım, mahremiyetin korunması, bilgilendirme, sürekli destek ve etkin iletişim unsurlarının memnuniyetin en güçlü belirleyicileri arasında olduğu vurgulanmaktadır (6, 75). Türkiye'de yapılan araştırmalar da, ebelik bakımını olumlu algılayan kadınların

memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğunu; iletişim ve destek eksikliğinin memnuniyeti azalttığını göstermektedir (25, 68, 86, 93).

Regresyon analizinde, vajinal tuşe sayısındaki artışın memnuniyet üzerinde olumsuz etkisi ($\beta=-0.219$; $p<.001$) (Tablo 8), bakımın yalnızca teknik değil, mahremiyet ve konfor boyutlarını da kapsaması gerektiğini göstermektedir. DSÖ (2018), vajinal muayenelerin yalnızca tıbbi gereklilik halinde ve kadının rızası alınarak yapılmasını önermektedir (6). Ayrıca doğum sonrası ilk emzirmenin gecikmesi de memnuniyeti azaltan bir diğer faktör olarak belirlenmiştir ($\beta=-0.189$; $p<.001$) (Tablo 8). Literatür, erken ten tene temas ve ilk saat içinde emzirmenin başlatılmasının anne-bebek bağlanmasını ve memnuniyet düzeyini artırdığını ortaya koymaktadır (6, 51).

Özetle, bakımın anne memnuniyetine etkisi yalnızca “ne yapıldığı”yla değil, “nasıl, ne sıklıkla ve hangi düzeyde katılımla yapıldığıyla” belirlenmektedir. Sürekliliğin sağlanması, karar paylaşımı, empati, mahremiyetin korunması ve erken emzirme uygulamalarının optimize edilmesi memnuniyetin artışında temel unsurlardır (14, 83).

Travay ve Doğum Süresince Yapılan Uygulamaların Annenin Memnuniyetine Etkisi

Çalışmada kadınların çoğunlukla latent evrede başvurmuş olması, doğum sürecinde daha fazla müdahale maruziyeti ile sonuçlanmıştır. Literatür de latent fazda başvuruların indüksiyon, amniyotomi, sürekli elektronik fetal monitörizasyon ve tekrarlayan vajinal muayenelerle daha sık ilişkilendirildiğini göstermektedir (5, 6, 79). Bu tür gereksiz veya rutin müdahaleler, kadınların doğum deneyimini olumsuz etkileyerek memnuniyet düzeyini azaltabilmektedir (4, 12).

Çalışmada Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği toplam puanı 51.58 ± 11.03 olarak bulunmuş; özellikle “Müdahaleler” alt boyutunda ortalama puan 32.80 ± 6.95 olup, kadınların müdahaleleri orta düzeyde olumsuz algıladıkları belirlenmiştir. Ayrıca, müdahaleler ile doğum memnuniyeti arasında negatif ve orta düzeyde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0.534$; $p<0.001$) (Tablo 7). Bu bulgu, müdahalelerin sıklıkla olumsuz algılandığını ve memnuniyet düzeyini azalttığını göstermektedir. Özellikle oksitosin indüksiyonu ($p=0.020$) (Tablo 4), antispazmolitik ajan uygulaması ($p=0.016$) (Tablo 4), USG yapılması ($p=0.003$) (Tablo 4) ve oksitosin uygulananlarda indüksiyon takibi ($p=0.036$) (Tablo 3) anlamlı düzeyde memnuniyet düşüşü ile ilişkili bulunmuştur. Literatürde de oksitosin kullanımının ağrı şiddetini artırması, hareket kısıtlılığı ve sürekli fetal monitörizasyon gerekliliği nedeniyle memnuniyet üzerinde olumsuz etkiler yarattığı

belirtilmektedir (89). Antispazmolitik ajanlar, doğumun fizyolojik akışına müdahale edilmesi algısı yaratabilir (94). Benzer şekilde sık USG uygulamaları da “gereksiz teknoloji” hissini güçlendirerek kadının bedenine güvenini zayıflatabilmektedir (95). Bulgular, müdahale yoğunluğunun memnuniyet düşüklüğüyle ilişkili olduğunu bildiren önceki çalışmalarla uyumludur (5, 96, 97).

Literatür, gereksiz ve rutin müdahalelerin (sık vajinal muayene, sürekli elektronik fetal monitörizasyon, rutin epizyotomi, oksitosin kullanımı) kadınların deneyimlerini olumsuz etkilediğini, buna karşın hareket özgürlüğü, doğum pozisyonu seçme, hidroterapi ve sürekli desteğin memnuniyeti artırdığını göstermektedir (10, 89, 96–99). DSÖ (2018) kılavuzu da gereksiz müdahalelerden kaçınılmasını ve kadın merkezli uygulamaların önceliklendirilmesini önermektedir (6).

Regresyon analizinde, vajinal tuşe sayısındaki artışın memnuniyeti azalttığı ($\beta=-0.219$; $p<.001$) (Tablo 8) belirlenmiştir. Bu durum, sık muayenelerin rahatsızlık ve mahremiyet ihlali algısını artırarak deneyimi olumsuz etkilediğini desteklemektedir (10, 100–102). Ayrıca doğum sonrası ilk emzirmenin gecikmesi de memnuniyeti azaltan bir faktör olarak saptanmıştır ($\beta=-0.189$; $p<.001$) (Tablo 8). Erken ten-tene temas ve emzirmenin anne-bebek bağlanmasını ve memnuniyeti artırdığı güçlü biçimde kanıtlanmıştır (6, 51, 74, 103).

Çalışmada perine korumaya yönelik uygulamalarda, spontan ıkınma için destek verilen kadınlarda memnuniyetin en yüksek olduğu bulunmuştur (Ort.=25.08). Bu bulgu, doğumda kontrol hissini artıran yaklaşımların memnuniyet üzerinde olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (46, 47). Ayrıca, oral sıvı–yiyecek kısıtlaması yapılan grupta memnuniyetin daha yüksek çıkması ($p=0.037$) (Tablo 4), literatürdeki genel eğilimle (kısıtlamaların memnuniyeti azaltabileceği) çelişmektedir. Bu bağlamsal sonuç, kısıtlamanın güvenlik algısıyla özdeşleşmesi veya kültürel beklentilerle ilişkili olabilir.

Çalışmada ilginç bir bağlamsal bulgu, oral sıvı ve yiyecek kısıtlama yapılan grupta memnuniyetin daha yüksek çıkması ($p=0.037$) (Tablo 4), mevcut kılavuzların (6, 35, 104) “gereksiz kısıtlamaları azaltma” önerileriyle çelişmektedir. Bu bulgu, kısıtlamanın kadınlar tarafından “güvenlik” ve “bakımın ciddiyeti” ile özdeşleştirilmiş olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla, kadınların kültürel beklentileri ve kurumsal rutinler ile uluslararası standartlar arasında bir farklılık söz konusudur. Bu durum, bakımın yalnızca kanıta dayalı rehberler çerçevesinde değil, aynı zamanda bağlamsal faktörler ve algılar

dikkate alınarak yeniden değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Ayrıca bu farkın, kurum içi iletişim ve danışmanlık süreçlerinde kısıtlamaların gerekçelerinin nasıl aktarıldığı ile de ilişkili olabileceği öne sürülebilir.

Çalışmanın yürütüldüğü kurumun anne dostu statüsüne sahip olması, teorik olarak minimal müdahaleyi ve kadın merkezli yaklaşımı gerektirir. Ancak bulgular, vajinal muayene sıklığının yüksekliği ve müdahalelerin memnuniyeti azaltıcı etkilerini ortaya koymuştur. Bu durum, “anne dostu” unvanının her zaman kadınların deneyimine yansımadığını, yani standartlar ile gerçek yaşam uygulamaları arasında bir “beklenti–yaşantı uyumsuzluğu” olduğunu göstermektedir. Bu uyumsuzluk, kadınlarda hayal kırıklığı ve memnuniyetsizlik yaratabilmektedir (2, 91).

Özetle, bulgular müdahalelerin memnuniyet üzerindeki etkisinin çift boyutlu olduğunu göstermektedir: (i) içerik ve yoğunluk (sıklık, gereklilik, zamanlama), (ii) iletişim ve karar paylaşımı. Gereksiz uygulamaların azaltılması, her müdahalenin gerekçesinin açıkça paylaşılması ve kadının bilgilendirilmiş onamının alınması, doğum memnuniyetini artırmada temel stratejilerdir (6–8, 74, 91, 105).

Türkiye bağlamında, anne dostu hastane programı (9) gereksiz müdahalelerin azaltılmasını ve saygılı bakımın yaygınlaştırılmasını hedeflemektedir. Ancak ulusal veriler, müdahale oranlarının hâlâ yüksek olduğunu ve iletişim boyutunun zayıf kaldığını göstermektedir (1, 86, 99). Çalışmanın bulguları, klinik uygulamaların politika hedefleriyle uyumlu hale getirilmesi, kadın merkezli ve saygılı bakımın güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu çalışma, doğumun farklı evrelerinde sunulan bakım hizmetleri ve uygulamaların, annelerin doğum memnuniyeti üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla yürütülmüştür. Bulgular, doğum sürecinde uygulanan bazı müdahalelerin ve bakım pratiklerinin doğum memnuniyetini anlamlı şekilde etkileyebileceğini ortaya koymaktadır.

Doğum eyleminin birinci evresi değerlendirildiğinde; vajinal muayene sıklığı arttıkça memnuniyet düzeyinin azaldığı, oksitosin indüksiyonu, antispazmolitik uygulama ve gereksiz ultrasonografi gibi müdahalelerin memnuniyet düzeyini düşürdüğü saptanmıştır. Oral sıvı ve besin alımına izin verilmemesi ise ilginç bir şekilde memnuniyet üzerinde olumlu bir etki yaratmıştır. Buna karşın, servisin tanıtılması, doğum süreci hakkında bilgilendirme, destek sağlanması, ağrı yönetimi, pozisyon değişikliği, mahremiyet ve onam süreçlerine özen gösterilmesi gibi standart bakım uygulamalarının tüm katılımcılara sağlandığı ve bu uygulamaların memnuniyet üzerinde belirgin bir fark yaratmadığı görülmüştür.

Doğum eyleminin ikinci evresinde, spontan ıkınmanın desteklenmesi, doğum memnuniyetini olumlu etkileyen önemli bir faktör olarak belirlenmiştir. Epizyotomi uygulanmayan kadınların memnuniyet düzeyleri daha yüksek saptanmıştır. Buna karşın, doğumda refakatçi varlığı ve kadının tercih ettiği pozisyonda ıkınmasına destek verilmesinin memnuniyet düzeyine anlamlı etkisi olmadığı gözlenmiştir.

Üçüncü evre ve erken postpartum döneme ilişkin bulgulara göre, uygulamalı emzirme desteği, uterotonik kullanımı, plasenta doğumuna müdahale, uterus masajı ve postpartum komplikasyonlar ile doğum memnuniyeti arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu bulgular, bu dönemlerde uygulanan bazı standart prosedürlerin memnuniyet üzerinde doğrudan belirleyici olmadığını göstermektedir.

Yenidoğan bakımına ilişkin olarak da, bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, boy, baş çevresi, resüsitasyon ihtiyacı, yoğun bakım gereksinimi ve uygulanan profilaktik işlemler ile doğum memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu da annenin memnuniyet düzeyinin daha çok kendi doğum deneyimiyle ilişkili olduğunu göstermektedir.

Bu araştırmanın sonuçları temel alınarak aşağıdaki öneriler sunulmuştur;

1. Oksitosin indüksiyonu, antispazmotik uygulama gibi müdahaleler, doğum memnuniyetini olumsuz etkilediğinden, yalnızca tıbbi gereklilik durumlarında uygulanmalı; doğumun fizyolojik ilerleyişi mümkün olduğunca desteklenmelidir.
2. Vajinal muayene sıklığının artması doğum memnuniyetini düşürdüğü için, vajinal tuşe yalnızca klinik gereklilik durumlarında, minimal sıklıkla ve annenin onamı alınarak yapılmalıdır.
3. Spontan ıkınma davranışının desteklenmesi, doğum memnuniyetini artırdığından, kadınların fizyolojik itme reflekslerine göre hareket etmeleri teşvik edilmeli; valsalva manevrasına zorlanmaktan kaçınılmalıdır.
4. Epizyotomi uygulamasının doğum memnuniyetini düşürdüğü bulgusuna dayanarak, rutin epizyotomi uygulamalarından kaçınılmalı; koruyucu perine teknikleri ve doğumda kontrollü baş çıkımı desteklenmelidir.
5. Refakatçi desteği ve tercih edilen doğum pozisyonlarının, memnuniyet üzerinde anlamlı etkisi bulunmasa da kadınların bireysel tercihlerine saygı gösterilmeli, doğum sürecinde hareket serbestisi sağlanmalı ve refakatçi desteği mümkün kılınmalıdır.
6. Doğum sonrası uygulamalı emzirme desteği, uterus masajı ve uterotonik kullanımı gibi uygulamaların memnuniyet üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamakla birlikte, bu bakım hizmetleri iletişim temelli ve bireyselleştirilmiş şekilde verilerek annenin doğum deneyimi bütüncül olarak desteklenmelidir.
7. Yenidoğan uygulamalarının (K vitamini, Hepatit B, resüsitasyon, vb.) doğrudan memnuniyetle ilişkisi olmamakla birlikte, bu uygulamalar öncesinde annelere yeterli bilgilendirme yapılmalı, sürece aktif katılımları sağlanmalıdır.
8. Kadın doğum hemşireleri ve ebelerin kanıta dayalı uygulamalar konusunda düzenli hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, hem doğum kalitesini artıracak hem de memnuniyet düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlayacaktır.
9. Anne dostu hastane standartlarının aktif biçimde uygulanması ve izlenmesi, doğumda müdahalesiz, destekleyici ve saygılı bakım ortamının sürdürülmesi açısından önem taşımaktadır.

10. Gelecek araştırmalarda, doğum memnuniyetini etkileyen faktörler daha derinlemesine incelenmeli; özellikle doğumda psikososyal destek, doğum algısı ve travma sonrası memnuniyet değişimleri üzerine niteliksel çalışmalar yapılmalıdır.



7. KAYNAKLAR

1. Öter EG, Bozkurt ÖD, Hadımlı A, Yorulmaz A, Daştı D (2022). Factors affecting birth satisfaction of women in Turkey: A cross-sectional study. *Midwifery* 115: 1–8.
2. Bilgin Z (2022). Anne dostu hastane modeli ve annelerin doğum memnuniyetleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 15: 279–288.
3. Boz İ, Akgün M, Uçan H, Duman F, Göksu M, Çoşkun G, Hayta G (2019). Gebelerin doğum eyleminde algıladıkları destekleyici bakım ile doğum algıları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 16: 187–190.
4. Çalık KY, Karabulutlu Ö, Yavuz C (2018). First do no harm- Interventions during labor and maternal satisfaction: A descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 18: 2–10.
5. Akyıldız D, Çoban A, Uslu FG, Taşpınar A (2021). Doğumhanede yapılan müdahalelerin doğum süreci ve yenidoğan sağlığına etkisi. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 29: 9–21.
6. WHO (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. [Accessed: 24 June 2023].
7. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2019). ACOG committee opinion no. 766: Approaches to limit intervention during labor and birth. *Obstetrics and Gynecology* 133: 164–173.
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2023). Intrapartum care. Available at: www.nice.org.uk/guidance/ng235. [Accessed: 5 November 2023].
9. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Anne dostu hastane katılımcı rehberi. Available at: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33216/0/anne-dostu-hastaneek0cc18120-edd3-42f7-8f22-db740acb5f8b---kopyapdf.pdf>. [Accessed: 1 August 2023].
10. Küçük E, Çalık KY (2021). Women's experiences and frequency of vaginal examination during labor. *Clinical and Experimental Health Sciences* 11: 426–431.
11. Serhatlıoğlu SG, Karahan N, Hollins Martin CJ, Martin CR (2018). Construct and content validity of the Turkish Birth Satisfaction Scale–Revised (T-BSS-R). *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 36: 235–245.
12. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Jafari N, Sarafraz N (2018). Creating a positive perception of childbirth experience: Systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reproductive Health* 15: 2–13.
13. Viirman F, Hess Engström A, Sjömark J, Hesselman S, Sundström Poromaa I, Ljungman L, Skoog Svanberg A, Wikman A (2023). Negative childbirth experience in relation to mode of birth and events during labour: A mixed methods study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 282: 146–154.

14. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, Biro MA, Farrell T, Gold L, Flood M, Shafiei T, Waldenström U (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: Results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16: 2–13.
15. Yılmaz E, Nazik F (2018). Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology* 15: 52–56.
16. Perriman N, Davis DL, Ferguson S (2018). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery* 62: 220–229.
17. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–134. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub6.
18. Birleşmiş Milletler Türkiye (2023). Sürdürülebilir kalkınma hedefleri. Available at: <https://turkiye.un.org/tr/sdgs>. [Accessed: 6 August 2023].
19. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2018). Kadının güçlenmesi strateji belgesi ve eylem planı 2018-2023 Ankara. Available at: <https://www.aile.gov.tr/ksgm/ulusal-eylem-planlari/kadinin-guclenmesi-strateji-belgesi-ve-eylem-planı-2018-2023/>. [Accessed: 10 September 2023].
20. Nazik E (Ed.) (2022). Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ankara: Akademisyen Kitabevi.
21. Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F (Eds.) (2021). Normal Doğum ve Sonrası Dönem, 1st ed. Normal Doğum ve Sonrası Dönem Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
22. Alhafez L, Berghella V (2020). Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *American Journal of Obstetrics and Gynecology MFM* 2: 1–9.
23. Gimovsky AC, Berghella V (2021). Evidence-based labor management: second stage of labor (part 4). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 4: 1–9.
24. Angarita AM, Berghella V (2022). Evidence-based labor management: third stage of labor (part 5). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 4: 1–12.
25. Oveysi M, Ejder Apay S (2021). Doğumda algılanan destekleyici bakım ve memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Genel Tıp Dergisi* 31: 232–238.
26. Berghella V, Di Mascio D (2020). Evidence-based labor management: before labor (Part 1). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM* 2: 1–6.
27. Sandall J, Fernandez Turienzo C, Devane D, Soltani H, Gillespie P, Gates S, Jones L V, Shennan AH, Rayment-Jones H (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024.

28. Bayrı Bingöl F, Demirgöz Bal M, Yılmaz Esencan T, Karakoç A, Küçükoğlu S, Çiftçi R, Mutlu E, Arı Z (2020). Doğum sürecinde gebelere verilen fiziksel desteğin doğum sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi. *Journal of Academic Research in Nursing* 6: 506–513.
29. Smith CA, Levett KM, Collins CT, Armour M, Dahlen HG, Suganuma M (2018). Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–80. doi:10.1002/14651858.CD009514.pub2.
30. Martis R, Emilia O, Nurdianti DS, Brown J (2017). Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–52. doi:10.1002/14651858.CD008680.pub2.
31. World Health Organization (2021). DSÖ doğum bakımı kılavuzu: kullanım kılavuzu. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>. [Accessed: 5 November 2023].
32. T.C Sağlık Bakanlığı (2010). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi. Available at: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11152/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberi---2010--42.html>. [Accessed: 15 October 2023].
33. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM (2018). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–90. doi:10.1002/14651858.CD005461.PUB5.
34. Moncrieff G, Gyte GM, Dahlen HG, Thomson G, Singata-Madliki M, Clegg A, Downe S (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–133. doi:10.1002/14651858.CD010088.PUB3.
35. American College of Nurse-Midwives (2016). Providing oral nutrition to women in labor. *Journal of Midwifery and Women's Health* 61: 528–534.
36. Karaçam Z, Arslan Kurnaz D, Güneş Öztürk G (2020). Doğum eyleminde lavman uygulamasının anne-bebek sağlığına etkisi: randomize kontrollü bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 36: 23–33.
37. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG (2013). Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–18. doi:10.1002/14651858.CD000330.pub3.
38. Akın B, Soğukpınar N, Akman L, Yavuzşen HT (2017). Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun doğum şekli ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 6: 33–41.
39. Anim Somuah M, Smyth RM, Cyna AM, Cuthbert A (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–153. doi:10.1002/14651858.CD000331.pub4.

40. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2022). Fetal monitoring in labour. Available at: www.nice.org.uk/guidance/ng229. [Accessed: 10 August 2023].
41. Alfrevic Z, Devane D, Gyte GM, Cuthbert A (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–113. doi:10.1002/14651858.CD006066.PUB3.
42. Basevi V, Lavender T (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–25. doi:10.1002/14651858.CD001236.pub2.
43. Khunpradit S, Lumbiganon P, Laopaiboon M (2011). Admission tests other than cardiotocography for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–15. doi:10.1002/14651858.CD008410.PUB2.
44. Walker KF, Kibuka M, Thornton JG, Jones NW (2018). Maternal position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–55. doi:10.1002/14651858.CD008070.pub4.
45. Aktuna EN, Ateş NA, Kocatürk AA (2019). Vajinal doğum eyleminde perianal travmanın önlenmesinde yaklaşımlar. *SAUHSD* 2: 38–45.
46. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M (2017). Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–88. doi:10.1002/14651858.CD006672.PUB3.
47. Di Mascio D, Saccone G, Bellussi F, Al-Kouatly HB, Brunelli R, Benedetti Panici P, Liberati M, D’Antonio F, Berghella V (2020). Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor in women with neuraxial analgesia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 223: 189–203.
48. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–63. doi:10.1002/14651858.CD000081.PUB3.
49. Hofmeyr GJ, Vogel JP, Cuthbert A, Singata M (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–59. doi:10.1002/14651858.CD006067.pub3.
50. Verma GL, Spalding JJ, Wilkinson MD, Hofmeyr GJ, Vannevel V, O’Mahony F (2021). Instruments for assisted vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–157. doi:10.1002/14651858.CD005455.pub3.
51. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N (2016). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–125. doi:10.1002/14651858.CD003519.PUB4.

52. Güngör Satılmış İ, Aktaş S (2023). Dünyada doğumda uygulanan girişimlerde iki uç durum: “çok az-çok geç” ve “çok fazla-çok erken” yapılan uygulamalar. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 6: 205–216.
53. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi. Available at: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42925/dogum-sonu-bakim-yonetim-rehberi.html>. [Accessed: 21 September 2023].
54. Balogun OO, O’sullivan EJ, Mcfadden A, Ota E, Gavine A, Garner CD, Renfrew MJ, Macgillivray S (2016). Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–79. doi:10.1002/14651858.CD001688.pub3.
55. Escobar MF, Nassar AH, Theron G, Barnea ER, Nicholson W, Ramasauskaite D, Lloyd I, Chandharan E, Miller S, Burke T, et al. (2022). FIGO recommendations on the management of postpartum hemorrhage 2022. International Journal of Gynecology and Obstetrics 157: 3–50.
56. Oladapo OT, Okusanya BO, Abalos E, Gallos ID, Papadopoulou A (2020). Intravenous versus intramuscular prophylactic oxytocin for reducing blood loss in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–56. doi:10.1002/14651858.CD009332.PUB4.
57. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–34. doi:10.1002/14651858.CD008020.pub2.
58. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalik KY (2021). Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery. Health Care for Women International 1–17. doi:10.1080/07399332.2021.1940184.
59. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–28. doi:10.1002/14651858.CD006431.PUB3.
60. Diaz V, Abalos E, Carroli G (2018). Methods for blood loss estimation after vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–33. doi:10.1002/14651858.CD010980.pub2.
61. Ulaş Karaahmetoğlu G, Durmuş A (2023). Lohusaların doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 7: 65–73.
62. Karabulutlu Ö, Yavuz C (2019). Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Caucasian Journal of Science 6: 182–199.
63. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC (2020). Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Database of Systematic Reviews 1–44. doi:10.1002/14651858.CD011625.pub3.

64. Sothornwit J, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Pattanittum P, Averbach SH (2022). Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant and IUD for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–75. doi:10.1002/14651858.CD011913.pub3.
65. Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F, Grzeskowiak LE (2020). Relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–130. doi:10.1002/14651858.CD004908.pub3.
66. East CE, Dorward ED, Whale RE, Liu J (2020). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–107. doi:10.1002/14651858.CD006304.pub4.
67. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM (2020, March 26). Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD004455.pub5.
68. Sarıboğa Y, Zeyneloğlu S (2021). Vajinal doğum yapan kadınların doğumu ve hemşirelik bakımını algılayışının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 3: 127–134.
69. Panth A, Kafle P (2018). Maternal satisfaction on delivery service among postnatal mothers in a government hospital, Mid-Western Nepal. *Obstetrics and Gynecology International* 2018: 1–11.
70. Ayyacı HK, Bağcı H, Paparacı İS, Demirtaş HM, Bay F, Karakoç H (2022). Doğumda anne memnuniyeti ve erken ebeveynlik davranışı arasındaki ilişki. *Journal of General Health Sciences (JGEHES), Necmettin Erbakan University* 4: 226–234.
71. Bal Z, Gökbulut N, Uçar T (2022). Doğum öncesi bakım memnuniyetinin doğum memnuniyetiyle ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 10: 798–808.
72. Fumagalli S, Colciago E, Antolini L, Riva A, Nespoli A, Locatelli A (2021). Variables related to maternal satisfaction with intrapartum care in Northern Italy. *Women and Birth* 34: 154–161.
73. Babil DA, Dashti S (2021). Maternal Satisfaction about Delivery and its Influencing Factors in Iranian Population: A Systematic Review of Mixed Methods. *Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences* 17: 296–305.
74. National Institute for Health and Care Excellence (2022). Intrapartum care for healthy women and babies. Available at: www.nice.org.uk/guidance/cg190. [Accessed: 25 May 2023].
75. Webb R, Ayers S, Bogaerts A, Jeličić L, Pawlicka P, Van Haeken S, Uddin N, Xuereb RB, Kolesnikova N, Soares I, et al. (2021). When birth is not as expected: a systematic review of the impact of a mismatch between expectations and experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21: 2–14.

76. Aktaş Reyhan F, Dağlı E (2023). Determination of Satisfaction Levels and Related Factors Regarding Women's Positive Birth Experience: A Sectional Study. *Middle Black Sea Journal of Health Science* 9: 467–479.
77. Macpherson I, Roqué-Sánchez M V, Legget BFO, Fuertes F, Segarra I (2016). A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction. *Midwifery* 41: 68–78.
78. Ramos TM, Carmona EV, Balamint T, Sanfelice CF de O (2022). Assessment of women's satisfaction with labor and childbirth at a teaching hospital. *Revista Gaucha de Enfermagem* 43: 1–13.
79. Bishaw KA, Temesgen H, Amha H, Desta M, Bazezew Y, Ayenew T, Eshete T, Bewket B, Mulugeta H, Tiruneh GA (2022). A systematic review and meta-analysis of women's satisfaction with skilled delivery care and the associated factors in Ethiopia. *SAGE Open Medicine* 10: 1–13.
80. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, Bonet M, Gülmezoglu AM (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE* 13: 1–17.
81. Karakurt Ş, Kabalcıoğlu Bucak F (2021). Türkiye’de ve Dünyada Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Gevher Nesibe Journal IESDR* 6: 46–51.
82. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü (n.d.). Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Available at: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>. [Accessed: 15 January 2024].
83. Mukamurigo JU, Berg M, Ntaganira J, Nyirazinyoye L, Dencker A (2017). Associations between perceptions of care and women's childbirth experience: A population-based cross-sectional study in Rwanda. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17: 2–7.
84. Hodnett ED, Downe S, Walsh D (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–39. doi:10.1002/14651858.CD000012.PUB4.
85. Yeşilçiçek Çalık K, Daştan Yılmaz A, Günel NT (2023). Dünya sağlık örgütünün pozitif bir gebelik deneyimi için antenatal bakıma yönelik önerileri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 12: 99–113.
86. Bahar S (2021). Anne dostu olan ve olmayan hastane uygulamalarının obstetrik sonuçları Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
87. T.C. Sağlık Bakanlığı Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü SBÜ Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2022). Numune kampüsü. Available at: <https://trabzonkanunieah.saglik.gov.tr/TR-98553/numune-kampusu.html>. [Accessed: 6 August 2023].

88. Barol Z (2021). Doğum uygulamaları algılama ölçeğinin geliştirilmesi Doktora Tezi, Aydın: İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
89. Kempe P, Vikström-Bolin M (2020). Women's satisfaction with the birthing experience in relation to duration of labour, obstetric interventions and mode of birth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 246: 156–159.
90. Maskálová E, Mazúchová L, Kelčíková S, Samselyová J, Kukuciarová L (2021). Satisfacion of women with childbirth. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* 12: 537–544.
91. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, Partridge S, McRae L, Martin RE, Jolicoeur G (2019). Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Education and Counseling* 102: 586–594.
92. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1–95. doi:10.1002/14651858.CD004667.PUB5.
93. Gökçek Aİ, Yazıcı S (2024). Doğum Sürecinde Aile Desteğinin Doğum Memnuniyeti ve Konfor ile İlişkisi. *Atlas Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 4: 15–23.
94. Gaudernack LC, Einarsen AES, Sørbye IK, Lukasse M, Gunnes N, Michelsen TM (2024). The effect of intravenous hyoscine butylbromide on slow progress in labor (BUSCLAB): A double-blind randomized placebo-controlled trial. *PLoS Medicine* 21: 1–24.
95. Nassr AA, Berghella V, Hessami K, Bibbo C, Bellussi F, Robinson JN, Marsoosi V, Tabrizi R, Safari-Faramani R, Tolcher MC, et al. (2022, February 1). Intrapartum ultrasound measurement of angle of progression at the onset of the second stage of labor for prediction of spontaneous vaginal delivery in term singleton pregnancies: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 226.
96. Kayın Arıcı G, Çoban A (2024). Doğum Müdahalelerinin Karşılanmış Doğum Beklentisi ve Memnuniyete Etkisi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 11: 66–74.
97. Girgin Ş, Tezcan H, Hamlacı Başkaya Y (2024). Doğumda Medikalizasyonun Doğum Memnuniyeti Ve Doğum Sonu Konfor Düzeyine Etkisi. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 5: 108–120.
98. Liu Y, Li T, Guo N, Jiang H, Li Y, Xu C, Yao X (2021). Women's experience and satisfaction with midwife-led maternity care: a cross-sectional survey in China. *BMC Pregnancy and Childbirth* 21: 2–10.
99. Kuyulu Akman A, Gölbaşı Z (2025). Vajinal Doğum Yapan Kadınların Doğum Eyleminden Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde Değer* 15: 211–221.

100. de Klerk HW, Boere E, van Lunsen RH, Bakker JJH (2018). Women's experiences with vaginal examinations during labor in the Netherlands. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 39: 1–6.
101. Tan T, Çaltekin SG, Hamlacı Başkaya Y (2022). Kadınların Doğum Sürecinde Vajinal Muayene ve Elektronik Fetal Monitorizasyona Yönelik Deneyimleri. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 5: 289–300.
102. Tandoğan Ö, Kaya T, Hotun Şahin N (2024). Doğum Eyleminde Kadınların Vajinal Muayene Deneyimleri. *Fenerbahçe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 4: 24–37.
103. Amanak K, Demirkol İ, Ünay V (2020). Doğum Memnuniyetinin Postpartum Erken Dönem Emzirme Öz-Yeterliliğine Etkisi. (TFSD) *Turkish Journal Of Science and Health* 1: 50–57.
104. Nadal J, Pierre F, Fernandez A, Boussac E, Loupec T, Desseauve D (2022). Drinking during low-risk labor: monocentric randomized clinical trial on patients' satisfaction, and maternal and neonatal outcomes. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* 35: 5697–5702.
105. Dağlı E, Aktaş Reyhan F, Uncu B (2025). Women's Lives and Birth Experiences Are Important! Evaluation of Women's Perceptions of Respectful Maternal Care: The Mother-Friendly Hospital Difference. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 31: 1–9.



EKLER

Ek 1. Veri Toplama Formları

Gebe Tanılama Formu

TRAVAYDA VE DOĞUM SÜRESİNCE VERİLEN BAKIM VE UYGULAMALARIN ANNENİN MEMNUNİYET DÜZEYİNE ETKİSİ

Sayın katılımcı;

Bu araştırmanın amacı, travayda ve doğum süresince verilen bakım ve uygulamaların annenin memnuniyet düzeyine etkisinin belirlenmesidir. Araştırmadan elde edilecek tüm veriler bilimsel amaç için kullanılacak ve saklı tutulacaktır. Katkılarınız ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Doç. Dr. Kıymet Yeşilçiçek Çalık

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim/Bilim Dalı Başkanı

Buse Küçük Çelik

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Dr. Öğr. Üyesi Kübra Baki Erin

Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Hekimi

1) ANNEYE AİT SOSYO-DEMOGRAFİK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız:

2.Eğitim durumunuz nedir?

() İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu

() Ön Lisans mezunu () Lisans mezunu () Lisansüstü

3.Çalışıyor musunuz?

() Çalışmıyorum (ev hanımı) () İşçi () Memur

() Serbest meslek

() Diğer.....(belirtiniz)

4.Gelir durumunuz nedir?

() Gelir giderden az () Gelir giderine denk () Gelir giderden fazla

5.Aile tipiniz nedir?

() Geniş aile (büyükanne, büyük baba, eş, çocuk vb.) () Çekirdek aile (eş, çocuk)

Ek 1. Devam

6.Yaşadığınız yer?

() İl merkezi () İlçe merkezi () Köy-kasaba

7.Sosyal güvence varlığınız?

() Evet () Hayır

8.Gebelik sayınız:.....

9.Doğum sayınız:.....

10.Düşük/küretaj sayınız:.....

11. İsteyerek mi gebe kaldınız?

()Evet ()Hayır

12. Gebelik kontrollerinize düzenli gittiniz mi?

()Evet ()Hayır

13.Gebelik döneminizde eğitim aldınız mı?

()Evet ()Hayır

14.Cevabınız evet ise eğitim kaynağınız nedir?

() Sosyal medya/internet () Ebe/hemşire () Doktor () Kitap, dergi vb.

() Okul () Akraba/arkadaş () Diğer.....(belirtiniz)

2) DOĞUM SÜRECİNE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Gebelik haftası:

2. Hastaneye geldiğinizde doğumun hangi evresindeydiniz?

() Latent evre () Aktif evre

Hastaneye gelindiğindeki dilatasyon cm'si:

Doğumun latent evresinin süresi (0-4 cm):

Doğumun aktif evresinin süresi (4-10 cm):

3. Doğumun gerçekleşme saati:

4. Doğumun sürdüğü toplam saat: (Gebenin doğumhaneye kabulünden bebeğin doğumuna kadar geçen süre).....

Ek 1. (Devam)

DOĞUM EYLEMİNİN 1. EVRESİNDE YAPILAN BAKIMLAR:		
1. Refakatçi eşlik etme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
2. Ebe/ Kadın doğum hemşiresinin servisi tanıtırma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
3. Kişisel bilgilerin ve anamnezin alınması durumu	☐ Evet	☐ Hayır
4. Doğum eyleminin 1. evresi hakkında bilgilendirilme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
5. Ebe/Kadın doğum hemşiresi tarafından desteklenme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
6. Ağrı için manuel yada gevşeme teknikleri uygulanma durumu	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise; ☐ nefes alma ☐ kas gevşetme ☐ müzik dinleme ☐ dikkati başka yere çekme ☐ yüzeysel sıcak uygulama ☐ yüzeysel soğuk uygulama ☐ aroma terapi ☐ hidroterapi-banyo ☐ dokunma-masaj ☐ akupunktur ☐ akupressör ☐ diğer	
7. Verilen sıvı ve ilaçların kaydedilmesi/izlenmesi durumu	☐ Evet	☐ Hayır
8. Fetal kalp atımının aralıklı dinlenme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
9. Yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
10. Leopold manevrası yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
11. Kontraksiyon takibi yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
12. Dilatasyon ve efesman takibi yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
13. Oksitosin uygulanıyor ise indüksiyon takibi yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
14. Konforun/rahatın sağlanması durumu (terinin silinmesi, perine bakımı, hijyen ihtiyacının giderilmesi vb.)	☐ Evet	☐ Hayır
15. Uygun/seçilen pozisyon verilmesi ve dolaşma için teşvik edilmesi durumu	☐ Evet	☐ Hayır
16. Travay ve doğum eyleminin partografla takip edilme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
17. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için mahremiyete özen gösterilme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
18. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için sözlü onam alınma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
DOĞUM EYLEMİNİN 1. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR:		
19. Damar yolu açılması ve IV sıvı verilme durumu	☐ Evet	☐ Hayır
20. Dilatasyon 4 cm'e ulaşmadan tıbbi müdahale yapılma durumu	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise; ☐ oksitosin ☐ antispazmolitik ☐ prostoglandin ☐ amniotomi	
21. Perine tıraşı yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
22. Lavman uygulaması yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
23. Mesane kateterizasyonu uygulanma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
24. Vajinal temizlik yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
25. Vajinal tuşe yapılma durumu	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise kaç kez:.....	
26. Sürekli/aralıklı fetal kalp atım hızı oskültasyonu yapılma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
27. Ağrı için analjezi/anestezi uygulanma durumu	☐ Evet ☐ Hayır Evet ise; ☐ Epidural ☐ Spinal ☐ Opioid ☐ Diğer	
28. Oral sıvı ve yiyecek sınırlandırma durumu	☐ Evet	☐ Hayır
29. Pozisyon ve hareket sınırlandırma durumu	☐ Evet	☐ Hayır

Ek 1. (Devam)

30. Amniyotomi yapılma durumu	()Evet ()Hayır
31. Oksitosin indüksiyonu yapılma durumu	()Evet ()Hayır
32. Antispazmolitik ajan uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
33. USG yapılma durumu	()Evet ()Hayır
DOĞUM EYLEMİNİN 2. EVRESİNDE YAPILAN BAKIMLAR:	
34. Refakatçi eşlik etme durumu	()Evet ()Hayır
35. Doğum eyleminin 2. evresi hakkında bilgilendirilme durumu	()Evet ()Hayır
36. Ebe/Kadın doğum hemşiresi tarafından desteklenme durumu	()Evet ()Hayır
37. Perianal travmanın önlenmesi için teknik kullanma durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; Perianal masaj () Sıcak uygulama () Soğuk uygulama () kegel egzersizi () ıkmının geç başlatılması () spontan ıkmına için destek ()
38. Perinenin elle korunması durumu	() hands on () hands off
39. Yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılma durumu	()Evet ()Hayır
40. Kanama takibi yapılma durumu	()Evet ()Hayır
41. İstenilen/rahat edilen pozisyonda ıkmına için desteklenme	()Evet ()Hayır Evet ise; Kapalı glottis ıkmına () Açık glottis ıkmına () İkmına için desteklenme ()
42. Gerekli ise perine ve anüs bölgesinin hijyeninin sağlanma durumu	()Evet ()Hayır
43. Konforun/rahatın sağlanması durumu (pozisyon verme, masaj vb.)	()Evet ()Hayır
44. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için mahremiyete özen gösterilme durumu	()Evet ()Hayır
45. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için sözlü onam alınma durumu	()Evet ()Hayır
DOĞUM EYLEMİNİN 2. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR:	
46. Pozisyon ve hareket sınırlandırma durumu	()Evet ()Hayır
47. Epizyotomi uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
48. Fundal basınç uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
49. Vakum/forseps uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
DOĞUM EYLEMİNİN 3. EVRESİNDE YAPILAN BAKIMLAR:	
50. Doğum eyleminin 3. evresi hakkında bilgilendirilme durumu	()Evet ()Hayır
51. Ten tene temasın sağlanma durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; Kaçınıcı dk:.....
52. Yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılması durumu	()Evet ()Hayır
53. Kanama takibi yapılma durumu	()Evet ()Hayır
54. Yenidoğanın plasenta ayrılana kadar anne sütü ile beslenmesine teşvik edilmesi durumu	()Evet ()Hayır
55. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için mahremiyete özen gösterilme durumu	()Evet ()Hayır
56. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için mahremiyete özen gösterilme durumu	()Evet ()Hayır
DOĞUM EYLEMİNİN 3. EVRESİNDE UYGULAMALAR:	
57. Doğum sonu kanamanın önlenmesi için uterotonik kullanılma durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; () metarjin () synpitan...
58. Umbilikal kordun klemplenme zamanı	()Erken: 0-1 dk içinde ()Geç: 1-3 dk içinde

Ek 1. (Devam)

59. Plasenta doğumuna müdahale edilme durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; () Kontrollü kord traksiyonu () Fundal basınç () Spontan
ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE YAPILAN BAKIMLAR:	
60. Yaşam bulguları takip sıklığının protokole uygun yapılma durumu	()Evet ()Hayır
61. Annenin idrar çıkışının değerlendirilmesi durumu	()Evet ()Hayır
62. Abdominal uterin tonü değerlendirilmesi yapılma durumu	()Evet ()Hayır
63. Vajinal kanama takibi yapılma durumu	()Evet ()Hayır
64. Uterin tonus yeterli olmadığında uterus masajı yapılma durumu	()Evet ()Hayır
65. Postpartum dönem ile ilgili bilgilendirilme durumu (laktasyon, aile planlaması, meme bakımı vb. gibi)	()Evet ()Hayır
66. Ebe/kadın doğum hemşiresi tarafından yenidoğanın anne sütü ile beslenmesine teşvik edilmesi ve desteklenmesi durumu	()Evet ()Hayır
67. Konforun/rahatın sağlanması durumu (annenin giydirilmesi, üşüyorsa ısıtılması, beslenilmesi vb.)	()Evet ()Hayır
68. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için mahremiyete özen gösterilme durumu	()Evet ()Hayır
69. Verilen bakım/yapılan uygulamalar için sözlü onam alınma durumu	()Evet ()Hayır
ERKEN POSTPARTUM DÖNEMDE YAPILAN UYGULAMALAR:	
70. Doğum sonu kanamanın önlenmesi için ek uterotonik kullanılma durumu	()Evet ()Hayır
71. Ağrı için aneljezi uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
72. Rutin antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
73. Epizyotomi, vakum, forseps yapıldıysa antibiyotik profilaksisi uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
74. Komplikasyon gelişme durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; () Atoni () Plesenta retansiyonu () Yumuşak doku lacerasyonu () DIC () Diğer (enfeksiyon, hematom)
YENİDOĞAN ÖZELLİKLERİ, BAKIMLAR VE UYGULAMALAR:	
75. Bebeğin cinsiyeti	()Kız ()Erkek
76. Bebeğin boyu	
77. Kilosu	
78. Baş çevresi	
79. Apgar değerlendirmesi uygulanma durumu	()Evet ()Hayır Evet ise; 1.dk..... 5.dk.....
80. Bebeğin düşük doğum ağırlığına sahip (<2.5 kg) olması durumu	()Evet ()Hayır
81. Bebeğin makrozomik (> 4 kg) bir bebek olması durumu	()Evet ()Hayır
82. Bebeğin YDYBÜ'ne gönderilme durumu	()Evet ()Hayır
83. Bebeğinizin resüsitasyon ihtiyacı olma durumu	()Evet ()Hayır
84. Bebeğe ilgili annenin bilgilendirilme durumu	()Evet ()Hayır
85. Doğumdan sonra bebeğin silinme durumu	()Evet ()Hayır
86. Doğumdan sonra bebeğin oda sıcaklığına uygun giydirilmesi durumu	()Evet ()Hayır
87. Doğumdan sonra bebeğin ilk emzirilme zamanı	dksaat
88. Nazal veya oral aspirasyon yapılma durumu	()Evet ()Hayır
89. 1 mg K vitamini uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
90. Hepatit B aşısı uygulanma durumu	()Evet ()Hayır
91. Göz damlası uygulanma durumu	()Evet ()Hayır

Ek 1. (Devam)

Doğum Memnuniyet Ölçeği Kısa Formu (DMÖ-K)

DOĞUM MEMNUNİYETİ ÖLÇEĞİ	Kesinlikle katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum	Görüşleriniz
1.Doğumu neredeyse hiç zarar görmeden geçirdim						
2.Doğum sancılarımın aşırı uzun olduğunu düşündüm						
3.Doğumhane personeli doğum sürecinde kararlara katılmam konusunda beni cesaretlendirdi						
4.Doğum sancıları sırasında ve doğum anında çok endişelendim						
5.Doğum sancıları sırasında ve doğum anında, doğumhane personeli tarafından iyi desteklendiğimi hissettim						
6.Doğum sancıları sırasında doğumhane personeli benimle iyi iletişim kurdu						
7.Doğum yapmanın sıkıntı verici bir deneyim olduğunu düşündüm						
8.Doğum sırasında kontrolü kaybettiğimi hissettim						
9.Doğum sancıları sırasında, hiç sıkıntıya girmedim						
10.Doğum odası temiz ve hijyenikti.						

Ek 1. (Devam)

Doğum Uygulamaları Algılama Ölçeği (DUAÖ)

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Doğum sırasında beni izleyenlerin olması rahatsız ediciydi					
2. Doğum yaptığım pozisyonda ıkmakta zorlandım					
3. Doğum masasına yatarken kendimi savunmasız hissettim					
4. Bebeğin kalp atışlarını dinlemek için bağlanan cihaz (NST) beni rahatsız etti					
5. Doğum süresince alttan sık sık muayene yapılması beni rahatsız etti					
6. Doğum sırasında ıkmam için yapılan uyarılardan rahatsız oldum					
7. Doğum süresince yanımda bir yakınım olmadığı için kendimi çaresiz hissettim					
8. Doğum eylemi süresince çok susadığımı hissettim					
9. Doğumhaneye kabul edildiğimde ortamı bilmediğim için tedirgindim					
10. Doğumda ağrılarım olduğunda yatmak zorunda kalmak rahatsız ediciydi					
11. Doğum süresince yapılan tıbbi girişimler (serum/sonda/lavman yapılması) beni rahatsız etti					
12. Doğum eylemi süresince çok aç kaldığımı hissettim					
13. Doğum ekibinin beni karşılama şeklinden memnun kaldım					
14. Ağrıyla baş etmem konusunda doğum ekibi bana yeterince destek oldu					
15. Doğum ekibi bedenime dokunmak için izin istedi					
16. Doğum ekibine istediğim soruyu sorabildim					
17. Doğum ekibi tedavi ve bakım ile ilgili kararlara katılmamı sağladı					
18. Doğum ekibi doğum süresince bana özenli, saygılı ve nazik davrandı					
19. Doğum ekibi benimle anlaşılır bir dil ile konuştu					
20. Doğum ekibi ilaç kullanmadan ağrımı azaltmak için elinden geleni yaptı					
21. Doğum süresince yapılan uygulamalar sırasında mahremiyetime dikkat edildi					

Ek 2. (Devam)



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Travayda ve Doğum Süresince Verilen Bakım ve Uygulamaların Annenin Memnuniyet Düzeyine Etkisi
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2023/106
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRMACILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Buse KÜÇÜK
	DESTEKLEYİCİ	Yok
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	Yok
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒ DOKTORA TEZİ ☐ BİLİMSEL ARAŞTIRMA/PROJE ☐ BAP PROJESİ ☐ TÜBİTAK PROJESİ ☐ KURUMSAL ARAŞTIRMA ☐ BİTİRME PROJESİ ☐ DİĞER (LÜTFEN BELİRTİNİZ) ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	DİĞER	☐		

Ek 4. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Sizi Doç. Dr. Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK tarafından yürütülen “*Travayda ve Doğum Süresince Verilen Bakım ve Uygulamaların Annenin Memnuniyet Düzeyine Etkisi*” başlıklı ankete dayalı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen anket formlarındaki soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu

KTÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim/Bilim Dalı Başkanı

Kıymet YEŞİLÇİÇEK ÇALIK

Araştırmacı

KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Buse KÜÇÜK

Araştırmacı

Dr. Öğr. Üyesi Kübra BAKİ ERİN

Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü) Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği Hekimi

Araştırmanın Amacı: Bu araştırma travayda ve doğum süresince verilen bakım ve uygulamaların annenin memnuniyet düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yürütülmektedir.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Araştırma sosyo-demografik ve obstetrik özelliklere ilişkin 14 soru, doğum sürecine ilişkin 4 soru, doğum bakım ve uygulamalarına ilişkin 92 sorudan ve 10 ve 21 maddelik iki ölçekten oluşmaktadır. Vajinal doğum yapmak için doğumhane birimine yatırılan gebeler tarafından doldurulması gerekmektedir. Araştırmacı sizinle yüz yüze olarak bu anket formunu tamamlayacaktır. Soruların yanıtlanma süresinin 10-15 dk. süreceği tahmin edilmektedir.

Araştırmanın Süresi: Bu araştırmanın süresi 6 aydır.

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: Katılması beklenen gönüllü sayısı 340'dır.

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Araştırma Trabzon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Numune Kampüsü)'nde yapılacaktır.

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Araştırmaya KTÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Buse Küçük Çelik katılmaktadır.

I. Gönüllü (birden fazla gönüllü bu formu okuyup imzalayabilir.)

Ad Soyad İmza

ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Buse KÜÇÜK ÇELİK
Uyruğu : Türkiye Cumhuriyeti
Doğum Tarihi :
Telefon (İş) :
E-Posta :
Yazışma Adresi (İş) :

EĞİTİM BİLGİLERİ

Derece	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2021
Lise	Atatürk Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	2017

AKADEMİK/MESLEKİ DENEYİMİ

Görevi	Kurum	Süre (Yıl -Yıl)
1. Hemşire	Trabzon Fatih Devlet Hastanesi	2022-2025
2. Hemşire	Ordu Üniversitesi Eğitim Araştırma Ek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	2025-

YABANCI DİL

İngilizce

UZMANLIK ALANI

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği