



**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2013-0002**

**NORMAL DOĞUM EYLEMİNDE
DİKEY POZİSYONLARIN KULLANILMASI KONUSUNDA
EBELERİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI**

NURTEN KIRCAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA**

AYDIN-2013

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HDK-YL-2013-0002

NORMAL DOĞUM EYLEMİNDE
DİKEY POZİSYONLARIN KULLANILMASI KONUSUNDA
EBELERİN GÖRÜŞ VE UYGULAMALARI

NURTEN KIRCAN

DANIŞMAN
Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

AYDIN-2013

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE
AYDIN

Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurten KIRCAN tarafından hazırlanan “**Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamaları**” başlıklı tez, 31.01.2013 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Unvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

İmzası:

1. Prof. Dr. Ümran SEVİL

Ege Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi



2. Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA

ADÜ, Aydın
Sağlık Yüksekokulu



3. Yrd. Doç. Dr. Hale UYAR HAZAR

ADÜ, Aydın
Sağlık Yüksekokulu



Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulununsayılı kararıyla.....tarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Doğum eyleminde annenin pozisyonu, anne ve fetus ile doğumun ilerleyişi açısından önemli sonuçlara neden olan bir faktördür. Bilimsel çalışmalar, normal doğum eyleminde kadınların dikey pozisyonlarda bulunmasının doğum süresini kısalttığını, kontraksiyonlar sırasında daha az acı yaşadıklarını ve %95'inin kontraksiyonlar sırasında acı olsa bile daha konforlu olduklarını göstermektedir. Ayrıca, anne ve bebeğin sağlığını olumlu etkileyerek doğum eylemi üzerinde olumlu etkilere neden olmaktadır. Buna karşın, çalışmalar yatar pozisyonların birçok olumsuz etkilerinin olduğunu ortaya koymaktadır.

Günümüzde kadınlar doğumlarını müdahale olmaksızın başarılı şekilde yapamamaktadır. Doğum salonları; doğum süresince kadınların hareket özgürlüğünü ve hareket özgürlüğünü destekleyecek uygun malzeme, ortamların olmadığı ve en üzücü tarafı da doğumların sadece jinekolojik doğum masalarında gerçekleştirildiği elverişsiz ortamlardır. Bu süreç içinde gebe kadınlar doğum sürecinde ne ile karşılaşacağını ve ne yapacağını bilmeyen, korku içinde, yatağa bağımlı ve hareket etmesine izin verilmeyen ve tamamen diğer kişilere bağımlı kılınan bir pozisyon ile karşı karşıya kalmaktadırlar. Araştırma doğumun gerçekleştirilmesinde primer görevli kişiler olan ebelerin, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma sonuçlarının; gebelere, doğumlarında hareket özgürlüğü sağlayacak, doğumda gebeyi pasif durumda bırakan yaklaşımlardan çıkararak aktif duruma getiren yaklaşımların benimsenmesinde yararlı olmasını umuyorum. Normal risksiz doğumlarda dikey pozisyonların kullanımı konusunda gebe ve ailesi ile, sağlık personeli eğitimlerinin yaygınlaştırılması, doğum salonlarının şartlarının uygun hale getirilmesi ve gebelere doğum süresince hareket özgürlüğünün sağlanması en önemli dileğimizdir. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların, normal doğum eyleminde anne bebek sağlığının kalitesini arttırmak için Sağlık Bakanlığı'nın "anne dostu hastane projesi" oluşumuna veri ve literatüre katkı sağlayacağı ve bu alanda rol oynayan ebe ve hemşirelere yararlı olacağı düşünülmektedir. Coşkulu, güzel anılarla anlatılan doğumların artması umuduyla...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
KABUL VE ONAY.....	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
RESİMLER DİZİNİ.....	xi
EKLER DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Genel Bilgiler.....	5
1.3.1. Doğum Eylemi.....	5
1.3.1.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi.....	7
1.3.1.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi.....	8
1.3.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü evresi.....	8
1.3.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi.....	9
1.3.2. Kanıta Dayalı Sağlıklı Doğum Uygulamaları.....	9
1.3.3. Doğum Eyleminde Kullanılan Pozisyonların Tarihçesi.....	10
1.3.4. Normal Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar	17
1.3.4.1. Dinlenme Pozisyonları	19
1.3.4.1.1. Yan Yatma (Lateral) Pozisyonu	19
1.3.4.1.2. Yarı Oturma Pozisyonu.....	20
1.3.4.1.3. Dik Oturma Pozisyonu.....	21
1.3.4.1.4. Ritmik Sallanma Pozisyonu.....	21
1.3.4.1.5. Doğum Topu.....	21
1.3.4.1.6. Yavaş Dans Etme Pozisyonu.....	23
1.3.4.1.7. Ayakta Durma.....	23
1.3.4.2. Etkinlik Pozisyonları.....	24
1.3.4.2.1. Yanlara Doğru Germe Hamleleri.....	24

1.3.4.2.2. Yürüme.....	24
1.3.4.3. Bel Ağrısı, Düzensiz Kasılmalar veya Yavaş İlerleme İçin Pozisyonlar	25
1.3.4.3.1. Oturma ve Destekle Öne Eğilme Pozisyonu..	25
1.3.4.3.2. Ayaktayken Destekte Bulunan Bir Kişiye, Yatağa veya Doğum Topuna Dayanarak Öne Doğru Eğilme Pozisyonu	26
1.3.4.3.3. El-Diz Pozisyonları.....	26
1.3.5. Normal Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar.....	28
1.3.5.1.Standart Pozisyonlar.....	30
1.3.5.1.1. Yarı Yatar Pozisyon.....	30
1.3.5.1.2. Yan Yatış Pozisyonu.....	31
1.3.5.1.3. Çömelme Pozisyonları.....	32
1.3.5.1.4. El-Diz, Diz-Göğüs Pozisyonları.....	35
1.3.6. Normal Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonların Etkileri.....	36
1.3.7. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Yatay Pozisyonlar	38
1.3.7.1. Sırtüstü (Litotomi) Pozisyonlar.....	39
1.3.7.2. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Yatay (Sırtüstü) Pozisyonların Etkileri	40
1.3.8. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Dikey ve Yatay Pozisyonların Etkilerinin Karşılaştırılması	42
1.3.9. Doğum Eyleminde Mobilizasyon ve Pozisyon Değişikliğinin Önemi ve Ebe/Hemşirenin Rolü.....	44
1.3.10. Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanımında Ebelik/Hemşirelik Uygulamaları.....	47
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	51
2.1. Araştırmanın Şekli.....	51
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	51
2.3. Araştırmanın Zamanı.....	53
2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	53
2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	54

2.6.	Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması.....	54
2.6.1.	Veri Toplama Araçları.....	54
2.6.1.1.	Soru Formu.....	54
2.6.1.2.	Soru Formunun Ön Uygulaması.....	55
2.6.2.	Verilerin Toplanması.....	55
2.7.	Verilerin Değerlendirilmesi.....	55
2.7.1.	Bağımlı değişkenler.....	56
2.7.2.	Bağımsız değişkenler.....	56
2.8.	Araştırmanın Güçlükleri.....	56
2.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları.....	56
2.10.	Araştırmada Etik.....	57
3.	BULGULAR.....	58
3.1.	Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri	58
3.2.	Ebelerin Mesleki Özellikleri	59
3.3.	Ebelerin Çalıştıkları Birimde Gerçekleştirilen Doğumlara İlişkin Uygulamalar	60
3.4.	Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları	61
3.4.1.	Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgileri	61
3.4.2.	Gebelerin Normal Doğum Eyleminde Sıklıkla Kullandıkları Pozisyonlara İlişkin Ebelerin Gözlemleri	63
3.4.3.	Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Uygulamaları	67
3.4.4.	Normal Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonların Uygun Bulunmasını ve Kullanılmasını Etkileyen Faktörler.....	75
4.	TARTIŞMA	82
4.1.	Ebelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri	82
4.2.	Ebelerin Çalıştıkları Birimde Gerçekleştirilen Doğumlara İlişkin Uygulamalar.....	83
4.3.	Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları	85
4.3.1.	Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların	

Kullanılmasına İlişkin Bilgileri	85
4.3.2. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Görüşleri	87
4.3.3. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Uygulamaları	91
4.3.4. Normal Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonların Uygun Bulunmasını ve Kullanılmasını Etkileyen Faktörler	99
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	102
5.1. Sonuç	102
5.2. Öneriler	106
ÖZET	109
SUMMARY	111
KAYNAKLAR	113
ÖZGEÇMİŞ	122
TEŞEKKÜRLER	123
EKLER	124
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	124
Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Metni	125
Ek 3. Soru Formu	127
Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Etik Kurul Onay Formu	134
Ek 5. Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu	135

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
CIMS:	Coalition For Improving Maternity Services
EFM:	Elektronik Fetal Monitör
FKA:	Fetal Kalp Atımı
MFCI	Mother Friendly Childbirth Initiative
MIDIRS:	Midwives Info & Resource Service
NICE:	The National Institute for Health and Clinical Excellence
NST:	Non Stress Test
OP	Oksiput Posterior
RCM	The Royal Collage of Midwives
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
WHO	World Health Organization

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa No
Çizelge 1.3.1.1. Doğum eylemi evrelerinin normal sınırları.....	7
Çizelge 1.3.8.1. Dikey ve yatay pozisyonların I. ve II. evredeki etkileri.....	43
Çizelge 2.3.1. Araştırma zamanı.....	53
Çizelge 2.4.1. Muğla İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı il ve ilçe merkezlerindeki doğum salonlarında çalışan ebe sayıları	54
Çizelge 3.1.1 Ebelerin tanıtıcı özellikleri	58
Çizelge 3.2.1. Ebelerin mesleki özellikleri ve çalışma koşulları	59
Çizelge 3.3.1. Ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin uygulamalar	60
Çizelge 3.3.2. Ebelerin doğum salonundaki uygulamalarında yararlandıkları bilgi kaynakları.....	60
Çizelge 3.3.3. Ebelerin doğuma hazırlık ve doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim alma ve isteme durumları.....	61
Çizelge 3.4.1.1. Ebelerin normal doğum eyleminin I. ve II. evresinde kullanılan dikey pozisyonları bilme durumları	62
Çizelge 3.4.1.2. Ebelerin gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi verme durumu.	62
Çizelge 3.4.1.3. Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasının etkilerine yönelik bilgileri	63
Çizelge 3.4.2.1. Ebelerin normal doğum eyleminde gebelerin sıklıkla kullandıkları pozisyonlara ilişkin gözlemleri	64
Çizelge 3.4.2.2. Gebelerin dikey pozisyonları tercih etme nedenlerine ilişkin ebelerin gözlemleri	65
Çizelge 3.4.2.3. Ebelerin normal doğum eyleminde gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesine ilişkin gözlemleri.....	65
Çizelge 3.4.2.4. Ebelerin, gebelere doğumda serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme zamanı ve izin vermeme nedenlerine ilişkin görüşleri.....	66
Çizelge 3.4.2.5. Ebelerin doğumun I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik görüşleri.....	67
Çizelge 3.4.3.1. Ebelerin doğumun I. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları	68

Çizelge 3.4.3.2.	Ebelerin doğumun I. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar	69
Çizelge 3.4.3.3.	Ebelerin doğumun II. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları.....	69
Çizelge 3.4.3.4.	Ebelerin doğumun II. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar.....	70
Çizelge 3.4.3.5.	Ebelerin doğum eyleminde dikey pozisyonları kullanmalarını engelleyen nedenler.....	71
Çizelge 3.4.3.6.	Ebelerin, doğumda kullandıkları dikey pozisyonların gebe-fetüs sağlığı, doğumun ilerleyişi ve doğum eylemine etkisi ile ilgili düşünceleri	71
Çizelge 3.4.3.7.	Ebelerin normal doğum eyleminde kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin belirttikleri olumlu etkiler.....	72
Çizelge 3.4.3.8.	Ebelerin normal doğumda kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin belirttikleri olumsuz etkiler.....	73
Çizelge 3.4.3.9.	Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı için doğum salonlarını uygun bulma ve dikey pozisyonların kullanımını destekleme durumları.....	73
Çizelge 3.4.3.10.	Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını destekleme koşulları.....	74
Çizelge 3.4.3.11.	Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını isteme durumları.....	74
Çizelge 3.4.3.12.	Ebelerin doğumda dikey pozisyonların kullanılması için önerileri...	75
Çizelge 3.4.4.1.	Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları uygun bulma durumları.....	77
Çizelge 3.4.4.2.	Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanma durumları	78

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil 1.3.7.2.1. Sırtüstü pozisyonun olası elverişsiz sonuçları.....	42

RESİMLER DİZİNİ

		Sayfa No
Resim 1.3.3.1.	İlkel insanlarda doğum eylemi.....	11
Resim 1.3.3.2.	Çatalhöyükteki kazılarda bulunan Hitit figürü.....	11
Resim 1.3.3.3.	Doğum Sandalyesi.....	12
Resim 1.3.3.4.	Engelmann'ın etkilendiği Firavun zamanındaki doğum pozisyonu.....	14
Resim 1.3.3.5.	Dik oturma pozisyonları	17
Resim 1.3.4.1.	Eylemin birinci evresi süresince uygulanan değişik pozisyonlar.....	19
Resim 1.3.4.1.1.1.	Yan yatma pozisyonu	20
Resim 1.3.4.1.2.1.	Yarı oturma pozisyonu	20
Resim 1.3.4.1.3.1.	Sandalyede dik oturma pozisyonu	21
Resim 1.3.4.1.4.1.	Sandalyede sallanma pozisyonu	21
Resim 1.3.4.1.5.1.	Doğum Topunun Kullanımı.....	22
Resim 1.3.4.1.6.1.	Yavaş dans etme pozisyonu.....	23
Resim 1.3.4.1.7.1.	Ayakta durma pozisyonu.....	24
Resim 1.3.4.2.1.1.	Yanlara doğru germe hamleleri.....	24
Resim 1.3.4.2.1.2.	Doğum eyleminde yürüme pozisyonu.....	25
Resim 1.3.4.3.1.1.	Oturma ve destekle öne eğilme pozisyonu.....	26
Resim 1.3.4.3.2.1.	Ayakta ve öne partnere doğru eğilme pozisyonu.....	26
Resim 1.3.4.3.3.1.	El-diz pozisyonları.....	27
Resim 1.3.5.1.	Eylemin ikinci evresi süresince uygulanan değişik pozisyonlar.....	30
Resim 1.3.5.1.1.1.	Yarı yatar pozisyon.....	31
Resim 1.3.5.1.2.1.	Yatakta yan yatış pozisyonu.....	32
Resim 1.3.5.1.3.1.	Çömelme pozisyonları.....	33
Resim 1.3.5.1.4.1.	El-diz, diz-göğüs pozisyonları.....	36
Resim 1.3.6.1.	Dik duran bir gebenin, bebeğinin pelvis bölgesindeki hareketi ve yerçekiminin etkisi	37
Resim 1.3.7.1.1.	Litotomi pozisyonu.....	40

EKLER DİZİNİ

	Sayfa No
EK 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	124
EK 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Metni	125
EK 3. Soru Formu.....	127
EK 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Etik Kurul Onay Formu	134
EK 5. Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu	135

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Doğum eyleminde annenin pozisyonu, anne ve fetus açısından önemli sonuçlara neden olan ve anne-fetus/bebek sağlığını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Annenin doğumdaki pozisyonu; uterin kontraksiyonların süre ve şiddetini, doğum süresini, fetusun inişini, perineal fonksiyonu, anatomik ve fizyolojik adaptasyonu, güçsüzlüğün azalmasını, annenin rahatının artmasını ve dolaşımın düzenlenmesi ile anne memnuniyetini etkiler (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum eylemindeki en önemli unsur, seçilen doğum pozisyonunda gebenin kendisini ne kadar rahat hissettiği ve bebeğin çıkışına en iyi nasıl yardım edebileceği konusunda neler hissettiğidir (Mongan 2012). Dilatasyon evresinin erken dönemlerinde yatay pozisyona oranla dikey pozisyonda anneler kendilerini daha rahat hissederler (Yıldırım 2001). Gebelerin doğumun ilk evresini yatakta değil ayakta ya da yürüyerek geçirmeyi tercih ettikleri belirtilmektedir (Souza ve ark 2006, Akın 2011). Bu yüzden gebelere doğumda istedikleri kadar özgürce yürümelerine ve pozisyon değiştirmelerine izin verilmesi önerilmektedir (Rathfisch ve Güngör 2009).

Tarih boyunca farklı kültürlerdeki kadınlar doğum ağrısı döneminde yürümeyi, hareketi ve pozisyon değişikliklerini kendiliğinden rahatlamak için kullanmışlardır (Kömürcü ve Ergin 2008). Gebe, doğum eylemi sürecinde yürüme, ayakta durma, çömelme, diz üstü çökme gibi çeşitli dikey pozisyonları seçebilmesine rağmen (Mayberry 1994), günümüzde çoğu doğum ortamında kadınların dengesini kaybederek düşmesi ve doğumun hızla ilerleyerek bebeğin yere düşürülmesi olasılıklarını azaltması, vajinal muayene, yaşam bulguları ve fetal kalp seslerinin takibi gibi rutin işlemlerde kolaylık sağlaması gibi nedenlerle gebelerin hareket özgürlüğü kısıtlanmakta, ayağa kalkmalarına ve istedikleri pozisyonu seçmelerine izin verilmemekte (Güvenç 2004, Lugina ve ark 2004, Akın 2011, Roberts 2002) ve doğum litotomi pozisyonunda gerçekleştirilmektedir. Doğum için yatay pozisyon asepsi, görsellik ve annenin konforunu artırmak için genellikle savunulmuş ve bu nedenlerle litotomi pozisyonu doğumda kullanılan majör pozisyon olmuştur. Sırtüstü pozisyon çoğunlukla plasental kan akışında ve uterin kontraksiyonların etkinliğinde azalmaya neden olmasına rağmen, sağlık bakımı verenlere kolaylık sağladığı için yaygın şekilde kullanılmaktadır (Hofmeyr 2005, Güngör ve Rathfisch 2009). Ancak, litotomi pozisyonu alternatif doğum merkezlerinde uzun süreli seçilen bir pozisyon olmaktan çıkmıştır (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum eyleminin I. evresinde gebelerin mobilize edilmesi ve kendilerine hareket özgürlüğü

sağlanması hem doğum süreci, hem de fetus ve yenidoğan üzerinde olumlu etkileri olduğu kanıtlanmıştır (Molina ve ark 1997, Lugina ve ark 2004, Souza ve ark 2006, Romano ve Lothian 2008, Lawrence ve ark 2009, Akın 2011). Doğumun ilk evresinde yürüme ve dik pozisyonların doğum süresini kısalttığı, anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemediği saptanmıştır (Lawrence ve ark 2009). Kadınların uzanır pozisyonda daha rahat oldukları varsayımı da mevcut araştırmalarla tutarlı değildir. Shermer ve Raines (1997)'ın bildirdiğine göre Caldeyro-Barcia (1979b) doğum sırasında pozisyon seçiminde serbest bırakılan kadınların %95'inin dik bir pozisyon seçtiğini ve doğumun dikey bir pozisyonda daha konforlu olduğunu, yatay pozisyonlarla ilgili olan kan akımındaki azalma sonucu kasılmalar sırasında uterus kasındaki oksijen yetmezliğinin acı algısını artırabileceğini belirtmişlerdir. Bu nedenlerle ilk evrede kadına istediği herhangi bir pozisyonu yatakta ya da yatak dışında alma fırsatı verilmeli, kadın yatağa, özellikle de sırtüstü pozisyona sınırlandırılmamalıdır (Shermer ve Raines 1997).

Fetal başın prezentasyonunu, yerleşmesini, inişini kolaylaştıracak ve ağrıyı azaltacak pozisyonlar tanımlanmıştır (Güvenç 2004). Doğum evresinde, gerçekten doğum kanalının genişlemesini artıracak ve doğumun bu evresini kısaltacak pek çok dikey pozisyon vardır (Mongan 2012). Etkili dikey pozisyonlar ayakta durmak, yürümek, yatakta sandalyede ya da doğum sandalyesinde oturmak, diz üstü pozisyon ve çömelme. Yerçekimi kuvveti bütün dikey pozisyonlarda etkili olur ve fetal inişi kolaylaştırarak fetüsün pelvise daha iyi girmesini ve inişini sağlar (Burroughs 1997, DiFranco ve ark 2007, Kömürcü ve Ergin 2008). Dik pozisyonlar, yerçekiminin etkisiyle pelvis açıklığını genişletir ve uterus kontraksiyonlarını güçlendirir. Dik pozisyonda fetüs başının yaptığı baskı doğrudan ve düzenli bir şekilde uterus boynuna uygulanır ve bu da uterus boynunun kısılmasına ve açılmasına yardımcı olur. Dik duran gebeler daha kolay, daha hızlı ve daha az ağrı çekerek doğum yaparlar. Doğum eyleminde en fazla ıkınma hissi veren duruşu buluncaya kadar değişik pozisyonlar denenmelidir (England ve Horowitz 2011). Doğum eyleminin ikinci evresinde dikey pozisyonlar ile diğer pozisyonların karşılaştırıldığı toplam 6135 kadını içeren randomize kontrollü 20 çalışmada; doğum aralığında dört dakikalık kısılma, daha az ağrı, daha az fetal distres insidansı ve buna bağlı operatif vajinal doğum insidansında azalma, ancak doğumda kaybedilen kan miktarında artış (500 ml'nin üstünde) bulunmuştur (Gupta ve ark 2009). Dikey pozisyonların, genel olarak yorucu olabilmesi ve elektronik fetal monitör (EFM) uygulamasının zor olması dışında önemli bir dezavantajı bulunmamaktadır. World Health Organization (WHO) tarafından gebelik ve doğum komplikasyonlarını azaltmak amacıyla ebe

ve doktorlar için hazırlanmış olan rehberlerde, normal doğumda pozisyon değişikliklerinin uygulanması tavsiye edilmektedir (WHO 2003).

Doğumun ilk evresinde kadınların dikey pozisyonları kullanmaları yönünde cesaretlendirilmeye gereksinimleri vardır (Souza ve ark 2006). Gebe kadının haklarından birisi de kadının yeterince bilgilendirildikten sonra kendisi ve bebeği için en az stresli olan doğum pozisyonunu seçme hakkına sahip olması gerektiğidir (Takak 1992, Phillips 1996). Bir kadının doğum eylemi sırasında isteğine bağlı olarak yataktan çıkmasına, hareket etmesine ve doğum yapmak için rahat bir pozisyon seçmesine izin verilmelidir (Rooks 1999). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) "Kadınları Dinlemek" adlı doğum deneyimlerinin incelendiği bir araştırmada, hastaneye kabulü takiben kadınların çoğunun (%71) yürümedikleri belirtilmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum için mobilitenin ve dik duruşların yararlarına ilişkin kararsızlık ebelik uygulamalarında da görülmektedir. Ebelerden duyulan yaygın bir savunma, bir seçim yapma hakkı verildiğinde kadınların yatakta yarı yatar pozisyonda olmayı seçmeleridir (Walsh 2000). Walsh (2000)'ın bildirdiğine göre Flint (1986) çalışmasında, doğum eyleminde ebe bakımını derinlemesine ele almış ve ebelere uyan kadınlardan ziyade kadınlara uyan ebeler hakkında yazmıştır. Flint, fetal izlem ve vajinal muayeneler gibi tüm yaygın prosedürlerin kadından “yatağa yatmasını” istemeden yapılabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca, pozisyon ve duruş değişikliklerinin kolaylaştırılması için armut koltukları ve doğum topları gibi desteklerin nasıl benimseneceğini açıklamıştır (Walsh 2000).

Doğumun gerçekleştirildiği çevre tek başına doğuma fizyolojik ve psikolojik etki gösterebileceğinden, doğum ortamının dizaynı ve çevresinin göz önünde bulundurulması önemlidir (Priddis ve ark 2011). Kolaylaştırıcı bir doğum ortamının sağlanması için ülke çapındaki doğumhanelerde bir devrime ihtiyaç duyulmakta ve tüm yatakların adaptasyonu ve/veya kaldırılması önemli olacaktır (Walsh 2000). Kadınlar, ebeler, kadın doğum uzmanları ve belki de tüm toplumun eğitilmesi, uzanma pozisyonu alternatiflerinin tüm kadınlar için mantıklı bir seçenek yapılması için gereklidir. Ayrıca, kadınların doğum sancısı sırasında seçim yapmaya teşvik edilmesi, pozisyon seçeneklerini daha yaygın bir şekilde kullanışlı hale getirebilir. Ebeler ve kadın doğum uzmanları kadınlara kendileri için en rahat pozisyonu bulma konusunda yardım etmede önemli rol oynarlar (De Jonge ve ark 2009). Anne ve fetüs sağlığını korumak ve onların maksimum rahatını sağlamak amacıyla çeşitli pozisyonların kullanılabilmesi bir fırsattır (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum eyleminin güvenliğinin sağlanmasında gebelik ve doğum sırasında

verilecek bakım çok önemlidir (Atasay ve Arslan 2001). Doğum eylemi sürecinde, gebelerin olumlu bir doğum deneyimi yaşayabilmeleri için ebelerin yanında hemşirelere de önemli sorumluluklar düşmektedir (Phillips 1996, Dağlar 1998). 19 Nisan 2011 tarihli Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeli'ğe göre hemşireler; çiftlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık verir, kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemelerini yapar, doğumun uygun koşullarda yapılması için gebeyi yönlendirir ve doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir (T.C. Resmi Gazete 2011).

Sağlık hizmetlerinin amacı, mevcut kaynakları en etkin biçimde kullanarak, toplumun ve dolayısıyla bireyin optimum fiziksel, çevresel ve psikososyal sağlığını sağlamaktır (Serçekuş ve İşbir 2012). Doğuma yardımcı olan sağlık profesyonelleri, öncelikle de ebeler, kadınların kendi vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenip, kadının bunu fark etmesine yardımcı olacak ortamları hazırlamalı ve bu bilgelikle her doğumun kendine özgülüğü içinde değer görmesini sağlamalıdır. Bu anlamda doğum yapacak kadınlar sağlık profesyonelleri tarafından bilinçlendirilmeli, tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanmaya başladığı sağlık politikalarına dayanan ülkemiz sağlık sisteminde daralan ebelik ve hemşirelik rolleri genişletilmelidir (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Doğum pozisyonunun faydaları ve dezavantajları tartışılmakla birlikte, doğumda çeşitli pozisyonları benimseyen, kadınları destekleyen veya engelleyen, mevcut sağlık sistemindeki faktörler ve uygulamalarla ilgili yeteri kadar araştırma yoktur. Fizyolojik doğum pozisyonlarına hizmet sağlayan ve engelleyenleri, doğum ortamları ile ebe ve kadınların fizyolojik doğum pozisyonunu nasıl algıladıklarını anlamak için araştırma yapılması gereklidir (Priddis ve ark 2011).

1.2. Araştırmanın Amacı

Yatay pozisyon birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de geleneksel olarak halen kullanılmaya devam edilmektedir. Dikey pozisyonlar, yerçekiminin etkisiyle fetal inişi kolaylaştırmak, doğumun II. evresini kısaltmak, perineal travma riskini azaltmak, ülkemizde yüksek olan müdahaleli doğumları ve sezaryen oranlarını, şiddetli doğum ağrısı ve korkusunu, olumsuz doğum hikayelerini azaltmak ve olumlu doğum ortamları oluşturmak açısından önemlidir. Ancak ülkemizde normal doğum eyleminde ebenin dikey pozisyonların kullanımının desteklenmesi konusunda yeterli sayıda araştırma bulunmadığı gözlenmektedir.

Çalışmanın, ebelerin normal doğumlarda dikey pozisyonların kullanımına yönelik görüş ve davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalıklarının artırılması, böylece gebelerin

doğumlarında hareket özgürlüğü sağlayacak dikey pozisyonlara yönlendirilmesi, doğuma ilişkin memnuniyetlerinin artırılması ve doğumda kadını pasif duruma sokan yaklaşımlardan çıkarak aktif duruma getiren yaklaşımların benimsenmesi açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışma sonucunda elde edilen bulgular, normal doğum eyleminde anne, bebek sağlığının kalitesini artırmak için Sağlık Bakanlığı'nın "anne dostu hastane projesi" oluşumuna veri sağlayacak ve literatüre katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Hipotez: Normal doğum eyleminde dikey pozisyonlar kullanılmalıdır

1.3. Genel Bilgiler

1.3.1. Doğum Eylemi

Can veren ve genellikle yoğun emek harcanan bir olay olan doğum, Mısır hiyeroglifisinde çömelme anlamına gelmektedir (Balaskas 1992). Fizyolojik bir süreç olan doğum çok özel bir olgu olup, kadın ve ailesi için yaşamlarındaki en önemli, en güzel ve en mucizevi bir deneyim ve üreme sürecinin en heyecanlı bölümüdür. Doğum, kadının hayatındaki en önemli olaylarından biridir (Dundes 1987, Sayiner ve Özerdoğan 2009, Ulutaş 2011). Ancak, günümüzde doğum gelişen teknolojinin baskısıyla gereksiz müdahalelerin yapıldığı, gebenin etkin rol oynamadığı ve kötü anımsanan bir süreç haline gelmiştir (Başgöl ve Oskay 2012).

Uluslararası Lamaze International, 21. yüzyılda doğumun normal, doğal, fizyolojik sürecinin ortaya çıkmasına izin vermek yerine "rahatsızlığı öngören" tıbbi rutinlerle başlatılan, sürdürülen ve bitirilen müdahalelerle karakterize edildiğini belirtmektedir. Doğumun tıbbi rutinlerle yönetimi sonucu ilk kez doğum yapan düşük risk grubu kadınların %24'ü, tüm kadınların %30'undan fazlası sezaryenle doğum yapmışlardır. Doğuma tıbbi müdahale yüksek sezaryen oranlarının yanında anne ve bebeğin yaralanma olasılığını da artırmaktadır. ABD'de 2005 yılında doğum yapan kadınlarla gerçekleştirilen "Anneleri Dinlemek II Anketi", annelerin %41'inin kontraksiyonların başlatılması ve %47'sinin kontraksiyonların daha hızlı ilerlemesi için oksitosin aldığını ortaya çıkarmıştır. Ankete cevap veren kadınların 3/4'den daha fazlasına doğum eylemi sırasında epidural anestezi kullanılmış ve bu kadınların %7'si müdahaleli vajinal doğum yapmıştır. Bu istatistikler endişe vericidir. Çünkü doğumun tıbbi yönetiminin normal fizyolojiye saygı duymak ve onu kolaylaştırmaktan daha güvenli olduğunu gösteren hiçbir araştırma yoktur. Dahası, giderek artan sayıda araştırma doğumun tıbbi yönetiminin anne ve bebek için riskleri artırdığını göstermektedir.

Risklerinin kanıtlanmasına rağmen, tıbbi yönetimli doğum normdur. Normal doğumların rahatsızlığı öngörerek değil, normal, doğal, fizyolojik sürecine saygı duyarak ve bu süreci kolaylaştırarak artırılacağı belirtilmektedir (Lamaze International 2012). WHO (1996), normal doğumlarda doğumun doğal sürecine müdahale için geçerli bir neden olması gerektiğini vurgulamaktadır. Geleneksel ortamlarla karşılaştırıldığında, hastane temelli alternatif doğum ortamları daha çok doğal vajinal doğum, daha az tıbbi müdahale ve daha çok anne memnuniyetiyle ilişkilendirilmektedir (Hodnett ve ark 2010).

WHO (1996), normal doğumu 37-42 haftalar arasında, spontan, fetüsün vertex pozisyonunda olduğu, anne ve bebeğin iyi izlenmesiyle iyilik hallerinin doruğa yükseldiği bir durum olarak tanımlar. T.C. Sağlık Bakanlığı'na göre doğum eylemi, uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla atılması olarak tanımlanır. Doğum ise fetüs ve plasentanın atılmasıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009).

Normal doğum eylemin başlangıcının nasıl olduğuna ilişkin çok az şey bilinmektedir. Ancak, endokrin ve fiziksel değişikliklerin bir ya da birkaçından etkilendiği düşünülmektedir. Doğum eylemi, ilerleyici servikal silinme ve dilatasyona, yenidoğan ve plasentanın aşağı doğru inmesine ve doğumuna neden olan etkili, koordineli, istemsiz kontraksiyonlardan meydana gelmektedir. Kadınlar gebelikteki çeşitli fizyolojik değişkenler altında doğum ve anneliğe hazırlanırlar. Travay ve doğumu, yol (doğum kanalı), yolcu (fetüs ve plasenta), güçler (kontraksiyonlar), annenin pozisyonu ve psikolojik adaptasyonu etkilemektedir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum eylemi dört evrede gerçekleşir (Taşkın 2012, Cohen ve Friedman 2011).

- Birinci evre; gerçek doğum ağrıları ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanmasıyla sonlanır. Bu evrenin sonuna doğru fetal iniş başlar.
- İkinci evre; servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile başlar, bebeğin doğumu ile sonlanır.
- Üçüncü evre; bebeğin doğumu ile başlar, plasentanın doğumu ile sonlanır.
- Dördüncü evre; plasentanın doğumundan sonraki ilk bir ya da iki saatlik süreyi içerir. Bu süre bazen dört saate kadar uzayabilir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır. Bu evrede uterus tonüsü ile kanama kontrol altına alınır ve anne-bebek bağlanması gerçekleşir.

Doğum eylemi evrelerinin normal sınırları Çizelge 1.3.1.1' de verilmiştir (Cohen

ve Friedman 2011).

Çizelge 1.3.1.1. Doğum eylemi evrelerinin normal sınırları

	<u>Nullipar</u>	<u>Multipar</u>
Latent faz:	20 saat (maksimum)	14 saat (maksimum)
Aktif faz:	1.2 cm/saat (minimum)	1.5 cm/saat (minimum)
	5 cm/saat (maksimum)	10cm/saat (maksimum)
Deselerasyon fazı:	3 saat (maksimum)	1 saat (maksimum)
İniş:	1 cm/saat (minimum)	2cm/saat (minimum)
	3 cm/saat (maksimum)	10 m/saat (maksimum)

1.3.1.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğumun I. evresi yeterli sıklıkta, yoğunlukta ve sürede düzenli uterin kontraksiyonlar ile başlar ve servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona erer (Balaskas 1992, Lowdermilk ve ark 1997, Simpson and Creehan 2001, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Al-Azzawi 2007, Taşkın 2012, Cohen ve Friedman 2011). Her gebeye göre büyük değişiklikler göstermekle beraber, I. evre doğumun en uzun evresidir ve bu evrenin süresi kişisel farklılık gösterebilmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008, Cohen ve Friedman 2011).

Doğum eyleminin I. evresi de kendi içinde üç faza ayrılır (Balaskas 1992, Gilbert ve Harmon 2002, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Taşkın 2012, Cohen ve Friedman 2011):

a) Latent faz: Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar, silinme tamamlandığında ve dilatasyon 4 cm olduğunda sonlanır. Uterin kontraksiyonlar 5-30 (5-15 dakika) dakika arayla gelip 10-30 saniye sürer.

b) Aktif faz: Servikal açıklık 5 cm olduğunda başlar, 8 cm'ye ulaştığında biter. Kontraksiyonlar sıklaşmış ve süresi uzamıştır (30-60 sn).

c) Geçiş fazı: Birinci evrenin en son aşamasıdır. Geçiş fazında kontraksiyonlar çok sık ve oldukça güçlüdür, servikal dilatasyon 10 cm olduğunda faz tamamlanır. Fetüs hızla aşağıya iner. En kısa fazdır. Bu dönemde kontraksiyonlar 1-2 dakikada (2-3 dakikada) bir gelip 60-90 sn süren şiddetli karakterdedir. Anne, bu dönemde hissettiği ağrı nedeniyle sık sık pozisyonu değiştirebilir. Gebe için doğum eyleminin en güç dönemidir.

Eylemin başında servikal dilatasyon nulliplarlarda yaklaşık 1-1.5 cm, multiparlarda ise 3 cm kadar olur. Genellikle servikal dilatasyon, 4 ya da 5 cm (nulliplarlarda bile) olabilir. Servikal silinme, nulliplarlarda sıklıkla eylem başlamadan önce tamamlanır ya da

tamamlanmak üzeredir, bazen günler ya da haftalar (doğuma 2 ya da 3 hafta kala) önce olur. Bazen latent fazın sonunda belirgin şekilde tamamlanır. Buna karşın, multiparlarda çoğunlukla I. evrenin sonunda tamamlanır. Eylemin normallliğini gösteren ana komponentler servikal dilatasyon ve iniştir. Eylemin ilerleyişinin tanımlanmasında silinmenin klinik değeri daha azdır. Fetal iniş sırasında fetus ciddi pozisyon değişiklikleri yapar, doğum kanalına uyum sağlayarak angaje olur (kardinal hareketler) ve ilerleyerek fetusun doğumu gerçekleşir (Cohen ve Friedman 2011).

1.3.1.2. Doğum Eyleminin İkinci Evresi

Doğum eyleminin II. evresine geçiş çoğunlukla dilatasyon kanamasında artış, defekasyon yapma isteği, ıkınma isteğinde artış, ıkınırken ses çıkarma, perineal bölgede kabarma gibi belirtilerle tanımlanır. Doğum eyleminin bu evresi güçlü kontraksiyonların görüldüğü anda başlar. Annenin ıkınmasıyla fetusün prezente olan kısmı rotasyona uğrar, pelvis içine doğru ilerler ve servikal dilatasyon gerçekleşir (Yıldırım 2006). Literatürde doğumun II. evresi genel olarak servikal dilatasyon ve silinmenin tamamlanmasından fetusün doğumuna kadar geçen süre olarak tanımlanmaktadır (Lowdermilk ve ark 1997, T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Taşkın 2012, Cohen ve Friedman 2011).

Kontraksiyon evresi yerçekiminin etkisi ile yükselir ve fetal iniş kolaylaşarak servikse bası artar. Serviks yukarı doğru çekilir, dilatasyon ve silinme kolaylaşır. Servikste ki impuls uyarımı ile hipofizer uyarımın artması, oksitosin sekresyonunun daha fazla sentezlenmesine neden olur ve kontraksiyonlar şiddetlenir. Özellikle fetusün aşağıya basısı daha güçlüdür (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum eyleminin II. evresinin sınırları kesin olmamakla birlikte, fetus annenin pelvis kanalından aşağıya doğru iner ve annenin itici güçleri de eyleme katılır. Annenin enerjisini iyi kullanarak itici güçlere yardımcı olması eylemi kolaylaştırır (Ergöl 2009). Doğum eyleminin II. evresinde kontraksiyonlar her 2-3 dakikada ya da 1-2 dakikada bir gelir, ortalama 60-90 saniye sürer. İkinci evre serviksin dilate olmasından sonra primiparlarda 30 dakika ile 2 saat, multiparlarda 5 ile 30 dakika kadar sürer (T.C. Sağlık Bakanlığı 2009, Taşkın 2012, Cohen ve Friedman 2011). Doğum ile birlikte gebelik sona erer ve yenidoğan için ekstrauterin yaşam dönemi başlar (Lowdermilk ve ark 1997, Simpson ve Creehan 2001, Cohen ve Friedman 2011).

1.3.1.3. Doğum Eyleminin Üçüncü Evresi

Eylemin III. evresindeki kontraksiyonlar plasentanın ayrılmasını ve doğmasını sağlar. Bu evrede gebeler kontraksiyonları düzenli olarak her birkaç dakikada bir ve oldukça güçlü

olarak hissederler. Plasenta doğumu birkaç dakika ile 30 dakika arasında gerçekleşir (Cohen ve Friedman 2011).

1.3.1.4. Doğum Eyleminin Dördüncü Evresi

Plasenta doğduktan sonra kanamayı azaltmak için uterus güçlü bir şekilde kontrakte olur. Bu kontraksiyonlar ilk 30-60 dakika için bazen oldukça ağrılı olabilir. Bu evrede annenin yenidoğanla iletişimi, bağlanma ve emzirmenin erkenden sağlanması ve annenin desteklenerek yardım edilmesi çok önemlidir (Cohen ve Friedman 2011).

1.3.2. Kanıta Dayalı Sağlıklı Doğum Uygulamaları

WHO ve Uluslararası Lamaze Organizasyonu normal doğumun desteklenmesi, korunması ve iyileştirilmesinde sağlık profesyonellerine rehber olması için bakıma ilişkin kanıta dayalı uygulamaları yayınlamıştır. Rehberde sağlıklı anne ve bebek için mümkün olan en az girişim ile güvenli bir şekilde doğum eyleminin gerçekleşebileceği ifade edilmiştir (WHO 1996, Lamaze International 2012). Altı ana başlıkta toplanan bu kanıta dayalı sağlıklı doğum uygulamaları Lamaze felsefesinin temelini oluşturmaktadır. Bu felsefe Cochrane ve Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) (doğum servislerini geliştirme koalisyonu) tarafından da desteklenmektedir. Bu felsefe ayrıca Mother Friendly Childbirth Initiative (MFCI) (Anne dostu doğum girişi)'in de normal doğum standartlarını oluşturmaktadır. Bu altı madde aşağıda sıralanmıştır (Romano ve Lothian 2008, Lamaze International 2012):

1. Doğumun kendiliğinden başlamasına izin verme (Tıbbi olarak gerekmedikçe indüksiyon uygulamasının yapılmaması, annenin bedenine ve bebeğine saygılı olunması).
2. Doğum süresince yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme (Yürüme, hareket etme ve pozisyon değiştirme doğumun daha kolay ve güvenli olmasını sağlar. Uluslararası Lamaze Organizasyonu doğum eylemi süresince hareket etme konusunda bir plan yapılmasını ve anne adayını, bu konuda destekleyecek bir doktor ve hastane seçilmesini önermektedir).
3. Doğumda anne adayına destek olacak sevdiği birinin (arkadaş, eş, doğum koçu) yanında olmasını sağlama (Doğuma ilişkin negatif duyguları azaltması ve güven duygusunu artırarak süreci kolaylaştırması, dolayısıyla doğumda destek olmasını önermektedir).

4. Tıbbi olarak gerekmedikçe müdahale etmeme (Doğum sırasında yeme/içmenin kısıtlanması, lavman, forseps, vakum, epizyotomi, epidural anestezi ve sürekli (EFM) gibi uygulamaların tıbbi olarak gerekli olmadıkça uygulanmamasını önermektedir).
5. Sırtüstü doğum yapmaktan kaçınma ve ıkmada bedenini izleme (Annenin kendisi ve bebeği için en güvenli doğumu, yani bedenine güvenerek doğum yapmasıdır. Uluslararası Lamaze Organizasyonu doğumda çömelme, yarı oturma, diz üzerinde durma, dört ayak gibi pozisyonları önermektedir. İkınma hissi doğal olarak geldiğinde, aşağı doğru itmenin her anlamda daha faydalı olduğuna inanmaktadır).
6. Doğumdan sonra anne-bebek bağlanmasını sağlama ve emzirmenin desteklenmesi için anne ve bebeği bir arada tutma (rooming in).

Belirtilen altı önerinin ikisi doğum sürecinde hareket özgürlüğü olması ve doğumda sırtüstü yerine diğer pozisyonların desteklenmesiyle ilgilidir. Gebeye sağlanan eğitim ve destekle kanıta dayalı uygulamaların rehber alınması, gebeye uygulanan gereksiz girişimlerin azaltılması ve ana-çocuk sağlığının korunması, geliştirilmesi amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesi, sezaryen oranlarının azaltılması sağlanacaktır. Bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için; Amerika’da başlatılan ve Türkiye’de uygulamaya geçilmesi planlanan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırmak esasına dayanan “anne dostu hastane” kavramı tartışılmaktadır (Başgöl ve Oskay 2012).

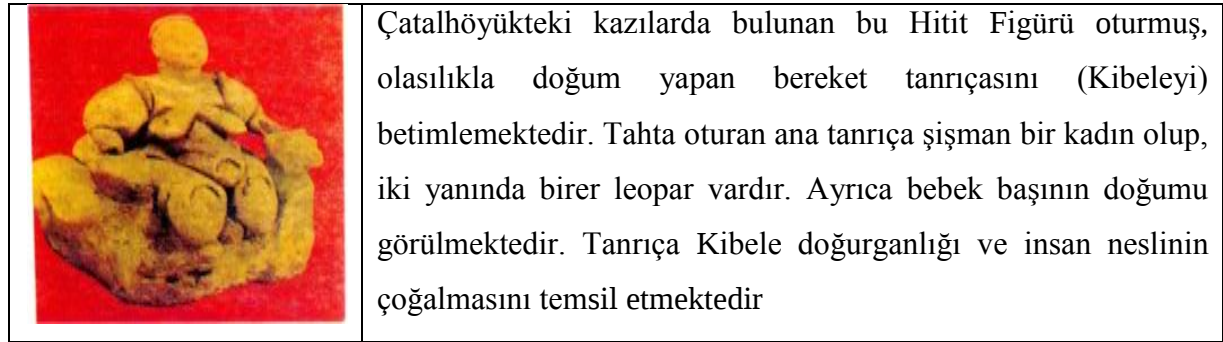
1.3.3. Doğum Eyleminde Kullanılan Pozisyonların Tarihçesi

Gebenin doğum pozisyonu ile ilgili uygulamalar tarihin çeşitli zamanlarında ve uygarlıklarında farklılık göstermektedir. İlk insanların yaptığı eşyalar ve ilk yazılar, dik doğum duruşlarının binlerce yıl öncesine dayanan bir tarihe sahip olduğunu göstermektedir (Walsh 2000). Doğum pozisyonlarına yönelik eski kayıtlar genellikle çömelme veya diz çökmüş dikey pozisyonları göstermektedir (Kohnen 1986, Dundes 1987). Kömürcü ve Gençalp (2002)’in bildirdiğine göre, Mezopotamya, Hitit, Yunan ve uzak doğu uygarlıklarında kadınların doğum yaparken dikey pozisyonları (oturma/çömelme/ayakta durma) tercih ettikleri görülmektedir. Resim 1.3.3.2, Çatalhöyükteki kazılarda bulunan Hitit Figürü’nü göstermektedir (Kömürcü ve Ergin 2008). Denizci ve ark (2012)’na göre doğum uygulamaları kültürel ve tarihsel olarak incelendiğinde, kadınların doğumda isteklerine göre hareketli, bağımsız pozisyonları tercih ettikleri dikkat çekmektedir. Resim 1.3.3.1, ilkel insanlarda doğum eylemini göstermektedir (Kohnen 1986).



Resim 1.3.3.1. İlkel insanlarda doğum eylemi

Binlerce yıl doğum alanında bedensel pek çok pozisyon denenmiştir. Bugünkü Doğu Arkansas’da bir kadının uyluk üzerinde elleriyle çömelme pozisyonu, antik Çin ve Japonya’da alışıldık bir saman paspas üzerinde diz çökmüş kadınlar ve Yunan kabartmasında da iki görevli tarafından desteklenen tabure üzerinde bir kadının doğumuna ilişkin kayıtlar vardır (Balaskas 1992).

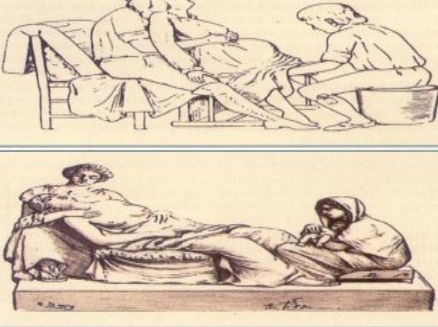


Resim 1.3.3.2. Çatalhöyükteki kazılarda bulunan Hitit figürü (Kömürcü ve Ergin 2008).

Milattan önce (M.Ö) 2500’de hamile Mısırlı kadınlar doğum sancısındaki kadınların doğum taburelerine oturduğu ya da sıcak taşların üzerine çömeldiği doğum evlerine gönderilirlerdi. Doğum sandalyesinin ilk destekçilerinden biri, bir ebenin oğlu olan Hipokrat’tır. Ortaçağ kadınları, kadının dik duruşunu sabitlemek üzere tasarlanan doğum sandalyelerine otururlardı (Shermer ve Raines 1997). Doğum sandalyelerinin kullanımı, Babil kültürünün M.Ö. 2000’li yıllarını gösterirken (Dundes 1987, Keskin 2011), daha sonra dünyanın pek çok yerine yayılmıştır (Dundes 1987).

İlkçağda eski Çin uygarlığında akupunktur ve masaja dayalı tedaviler, Roma’da doğum sandalyesi, eski Hint felsefesinde bedeni ruha köle etme tekniği olan yoga ve ayrıca Hintliler’de hipnoz uygulanmıştır (Kömürcü ve Ergin 2008). Ortaçağda ve 1500’lerin sonuna kadar ebeler, nal biçiminde özel taburelerde çömelmiş veya oturarak doğum yapan kadınlara

yardımlar etmişlerdir. Daha zengin kadınlar ise dik veya oturmuş pozisyonda, geniş yastıklarla desteklenmiş olarak doğum yapmışlardır. Doğum sancısı sırasında kadının yürütmesi ve evde veya tarlada çalışması doğum olayının başlangıcına kadar normaldir (Keskin 2011).

	M.Ö. 5000 yıllarından kalma resimlerde çömelmiş, ıkınan gebeler ve arkadan ona destek olan kadınlar görülmektedir. Üçüncü Amenophis'in eşi Tyi, altından yapılmış bir koltuğa oturarak doğum yapınca, doğum sandalyeleri moda olmuştur.
	Ohio'da öncü doğum. Anne dik pozisyonda hafif oturmuş ve eşi kucaklamış, önceden tasarlanmadan hazırlanan doğum sandalyesi. Eski Yunan'da doğum sahnesi Anne dik pozisyonda hafif oturmuş, eşi kucaklamış, iki kişi yardım ediyor ve evde özenle hazırlanmış doğum sandalyesi.
 Obstetrik Doğum Sandalyesi	Engelmann'ın eğimli pozisyonlar listesinde Rönesans'ta kullanılan obstetrik doğum sandalyesinin, kucak pozisyonunun farklı, mekanik bir şekli olduğuna dair düşüncesi görülmektedir.

Resim 1.3.3.3. Doğum sandalyesi (Kömürcü ve Ergin 2008).

Onbeşinci yüzyılda İtalya'da üçgen şeklinde bir iskemlede yarı oturur vaziyette bir doğum şekli resmedilmiştir. Doğum sandalyeleri ya da taburelerinin bin yıldan beri kullanıldığı Mısır papirüslerinden ve eski belgelerden anlaşılmaktadır (Resim 1.3.3.3) (Kömürcü ve Ergin 2008, Ergin ve Kömürcü 2010). Onaltıncı yüzyılda gebe kadınların doğum sandalyesinde oturdukları, üç kişinin doğuma yardım ettiği, sandalyenin önünde de ebenin doğumu yaptırdığı eski tarihsel resimlerde görülmektedir (Kömürcü ve Ergin

2008). Eski İtalya'da bulunan bir heykelde diz çökmüş bir kadının bir yandan bebeğini emzirirken diğer eliyle vulvasını araladığı, böylece doğumu kolaylaştırmaya çalıştığı dikkati çekmektedir. İtalya'da da ağaca tutunarak ve çömelerek doğum yapan kadın heykelleri bulunmuştur. Antik çağlarda ilkel toplumlarda, uzak doğuda, Arap dünyasında, Moğollarda, Amerika yerlilerinde doğumun oturarak, çömelerek ya da ayakta yapıldığı belirtilmektedir. Toprak üstünde yapılan bu doğumlarda kutsal toprak ana ile bütünleşme söz konusudur (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Bir berber ve cerrah olan Guiliemeau, doğumu kolaylaştırmak ve büyük komplikasyonlar ve zorlu ağrılar içindeki kadını rahatlatmak için 1598'de "doğum yatağını" bulmuştur. 50 yıl sonra doğum yatağının kullanılması ve sırtüstü pozisyon, hem normal hem de zorlu doğumlar için yaygın bir uygulama haline gelmiş, 12. yüzyılın sonundan itibaren doğum yatağı köyler hariç her yerde kullanılmaya başlanmıştır (Keskin 2011). On yedinci yüzyıla gelindiğinde Fransız Mauriceau tarafından geleneksel doğum şekli olarak dorsal pozisyon kullanılmaya başlanmış ve ABD'de Dewess de supine doğumu desteklemiş, böylelikle yavaş yavaş supine pozisyon daha tercih edilir hale gelmiştir (De Jong ve ark 1997, Gupta ve Nikodem 2000).

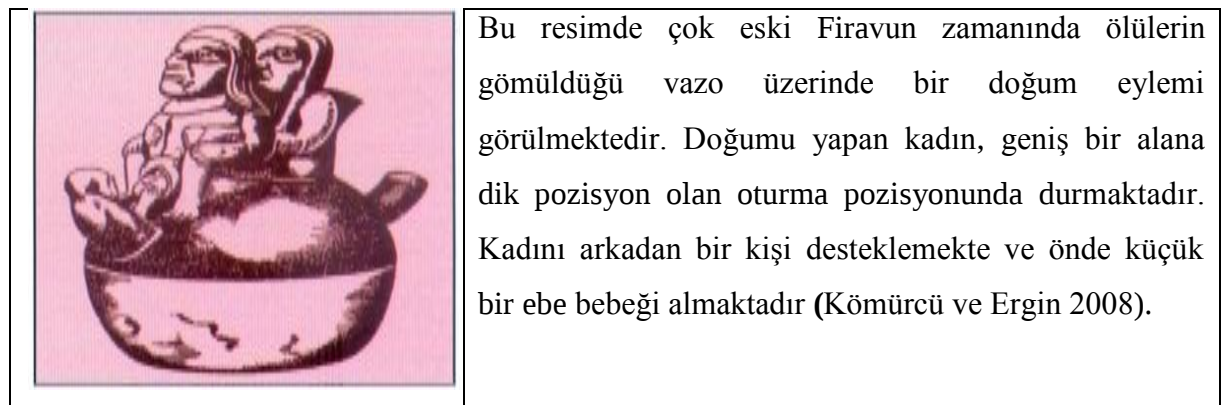
Doğum masasına sırtüstü yatarak doğum yapma uygulaması, yaygın olarak uygulanan doğum sandalyesine bir alternatif olarak 1738 yılında Fransa Kraliçesi'ne doktoru François Mauriceau tarafından önerilmiş ve yaygınlaştırılmıştır. Moriceau bu şekilde doğum yapma konusunda kadınları teşvik etmiştir. Bunun nedeni bu şekilde doğum yapmanın kadınların işini kolaylaştırması değil, sorunlu doğumlarda denetimin kendisinde olmasını sağlaması ve forseps kullanmasına izin vermektir (Shermer ve Raines 1997, England ve Horowitz 2011). Mauriceau bunun standart bir uygulama olmasını beklemiyordu, çünkü doğum sancısı sırasında fetüsün ağırlığının uterus boynunu genişletmeye yardımcı olması için yürümeyi de desteklediği belirtilmektedir (Shermer ve Raines 1997).

Fransa'da 16. yüzyılda Ambroise Pare, modern obstetrik uygulamaları ve çevirme, yatakta doğum ve epizyotomiye uygulamaya başlamıştır (Kömürcü ve Ergin 2008, Ergin ve Kömürcü 2010). Ortaçağda Almanya'da 1723 yılında Roederer, iskemlede doğum yöntemini kaldırarak, yatakta doğum yaptırmış ve yeni bir çığır açmıştır. Amerikalı doktor William Dewees, gebelerin ayaklarını yukarı kaldırıp üzerine koymaları için 1826 yılında üzengileri kullanıma soktuğunda, gebelerin hareketlerinin kısıtlanması bir adım daha ileri gitmiştir. Üzengi, kadınların bacaklarının alabildiğince açılıp üzerine konularak bağlandıkları metal desteklerdir (ve bu konum litotomi pozisyonu olarak adlandırılır). Batı kültürlerindeki

teknolojik gelişmeler de kadınların sırtüstü yatarak doğum yapmalarının kural haline gelmesine katkıda bulunmuştur (England ve Horowitz 2011).

Eski çağlardan 18. yüzyılın ortalarına kadar kadınlar bedensel içgüdülerini izlemekte özgürdüler ve çoğu olguda doğum anı ve sonrasında dik durmaya ve aktif olmaya teşvik edilmişlerdir. Hristiyanlık öncesi çağda, kadınlar çocuklarını dik bir şekilde ve çömelerek ya da büzülerek doğurmuşlardır (Shermer ve Raines 1997). Stetoskopun 1850'ler civarında icat edilmesiyle, normal doğumlar esnasında bile fetüsün kalp atışlarının dinlenilmesi önem kazanmıştır. Çünkü, fetüsün kalp atışları en iyi gebe sırtüstü yatarken duyulabiliyordu ve bu pozisyonda gerektiğinde kolayca müdahale edebilme olanağı vardı. Sonuç olarak, teknolojinin gelişmesiyle birlikte sorunsuz giden bir doğum esnasında bile kadınlar sırtüstü yatırıldılar (England ve Horowitz 2011). Doğum için sırtüstü yatma pozisyonu 19. yüzyılda Amerika'da ortaya çıkmış ve kadın doğum uzmanları tarafından sağlanan tıbbi yardımın ilerleyişiyle kesinleşmiştir. Bu pozisyon o dönemde Avrupa ülkelerinin çoğunda kullanılan pozisyonlardan (yarı uzanma, yan yatma ya da dik oturma) büyük farklılık göstermektedir (Shermer ve Raines 1997).

Doğum pozisyonları konusundaki tarihsel ilk belge, 1882 yılında George J. Engelmann tarafından doğum pozisyonlarıyla ilgili yazılmış olan küçük bir kitaptır (Gupta ve Nikodem 2000, Kömürcü ve Ergin 2008, Ergin ve Kömürcü 2010). Bu kitap, primitif (ilkel) toplumlarda doğumu 56 resimle göstermektedir. Engelmann'ın doğum postürü ile ilgilenmesinin en büyük nedeni resim 1.3.3.4.'da görülen doğum şeklidir (Kömürcü ve Ergin 2008).



Resim 1.3.3.4. Engelmann'ın etkilendiği Firavun zamanındaki doğum pozisyonu
(Kömürcü ve Ergin 2008).

Engelmann'ın zamanında Amerika'daki kadınların çoğu yatakta sırtüstü yatarak doğum yapmışlardır. O ise, kadınların doğumda doğallığının sağlanması için dikey

pozisyonların kullanılması gerektiğine inanmıştır (Resim 1.3.3.5). Engelmann ilkel toplumları inceleyerek dorsal pozisyonlardan sakınılması gerektiğine ilişkin çaba harcamış ve pozisyon değişiminin kadının isteğine göre olabileceğini belirtmiştir (Kömürcü ve Ergin 2008). Her toplumda, doğumun kolaylaştırıldığına inanılan bazı özel pozisyonların uygulandığı görülmüştür. Bu pozisyonlar rastgele değil, ırkın beden ve kemik yapısına bağlı olarak ortaya çıkmıştır. Kültürel birikim ve geçmişin de doğum pozisyonlarını etkilediği tahmin edilmektedir. Batı kültüründe obstetrisyenler düz yatış pozisyonlarını eylem takibinde kolaylık sağladığı için halen tercih etmektedirler (Ergin ve Kömürcü 2010).

Türk tarihinde doğumla ilgili yayınlara, araştırmalara nadiren rastlanmaktadır. İstanbul Üniversitesi kütüphanesinde el yazmaları arasında bulunan Fazıl Enederuni'nin "Hübabname ve Zennenname"sindeki minyatür resim, gebe bir kadını ve ona yardım eden sekiz kadını göstermektedir (Hotun 1990). Sınırlı olan bilgilere göre ülkemizde de doğuma yardımda çeşitli pozisyonlar uygulanmıştır. Örneğin; Güney Anadolu yörelerinde gebe kadın yere serilen döşeğin üzerine konulan bir leğene oturtularak, Sivas'ta gebe ebenin kucağına oturtularak, Adana'da gebe ağzı aşağıya gelecek şekilde yerleştirilen ısıtılmış bir tencerenin üzerine oturtularak doğum yapması sağlanır, Elazığ'da gebe yere serilmiş bir çuval üzerine çömelir, bir ebe arkada ıkmamasına yardımcı olurken gebe öndeki ebeye tutunarak, Kahramanmaraş'ta gebe ısıtılmış toprak serili bir yatağa yatırılarak, Bayburt'ta gebe iplere elleriyle asılarak doğum yaptırılır (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Tıp tarihi, doğum sırasında kadının duruş pozisyonu ile doğum sonuçlarına olan etkisi arasındaki ilişkiyi kurma açısından net bilgiler verememektedir. Bu alandaki bulgular, kadının doğum sırasındaki duruş pozisyonu tercihlerinin doğum sonuçları yönünden getirebileceği avantajların veya oluşabilecek risklerin ne olabileceği konusunda yeterli değildir (Shorten ve ark 2002). Doğum sürecindeki uygulamalar kadın sağlığı ve gebelik sonuçları açısından oldukça önemlidir (Dundes 1987, Ergin ve Kömürcü 2010). Doğum sürecinde, kadın için doğum deneyiminin olumlu sonuçlanması ve daha aile merkezli yaklaşım önem kazanmıştır. Bu nedenle doğum sürecindeki kadının bakımının odağı yalnızca anne ve bebek için güvenli bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir. Olumlu bir doğum deneyimi başarılı ve güçlü aile ilişkilerinin kurulmasına da yardım edecektir (Kızılkaya 1997).

Modern dünya yakın zamana kadar doğum olayını tıbbi değil, cerrahi bir işlem olarak tanımlamış ve normal uygulama olarak hastanelerde sırtüstü yatarak doğumlar gerçekleştirilmiştir. Kadınların sırtüstü yatarak doğum yapmaları konusunda ısrarcı olmaları

da bu duruma büyük ölçüde katkı sağlamaktadır. Bu bir kısır döngü olarak ortaya çıkmaktadır. En kısa sürede doğal süreçlerle bu işlem gerçekleştirilmeye başlanmalıdır (Balaskas 1992). Gebe kadının gereksinimlerine farklı doğum pratiklerinin uygulanması, ancak cerrahların bu konudaki radikal tavırlarını terk etmelerinden sonra olmuştur. Ancak, çoğu uzman hala bu tür isteklere karşı öğretileni tercih etmektedir (Keskin 2011).

Tarih boyunca ve kültürler arasında görüldüğü gibi, doğum ağrısı dönemindeki kadınlar rahatlamak için her zaman yürümeyi, hareketi ve pozisyon değişikliklerini kendiliğinden kullanmışlardır. Fakat günümüzde çoğu doğum ortamında kadınların yürümeleri ve serbestçe hareket etmeleri kısıtlanır. Bunun sebebi tehlikeli olması değil, obstetrik yönetimin bunu neredeyse imkansız kılmasıdır (Simkin ve Bolding 2004, Kömürçü ve Ergin 2008). Doğum anında uzanarak yatma pozisyonunun nispeten daha modern bir uygulama olduğu da belirtilmektedir. Sosyal bakım modelinden cerrahi bakım modeline geçişte batı kültürü kadınlarının yarı uzanarak doğum yaptığı ortaya çıkmıştır (Priddis ve ark 2011).

Kadınlar genellikle pozisyon seçeneklerinin ve bunların avantajları ve dezavantajlarının farkında değildirler ve bu onların uzanma dışı pozisyon seçme yetisini kısıtlamaktadır. Pozisyon seçme yetisinin kadının kişisel özelliklerine bağlı olduğuna ilişkin kanıtlar sınırlıdır. Ebelerin belirli pozisyonları kullanma eğilimi klinik faktörler ve çalışma ortamı tarafından etkilenir. Yüksek miktarda bağımsızlığa sahip oldukları ortamlarda çalışan ebeler dikey pozisyonları kullanmaya daha eğilimlidirler. Bağımsız ebelerin daha yenilikçi olduğu ve kadınları doğumlarında aktif bir şekilde yer almaya teşvik ettikleri savunulmuştur. Kadınları bu bakımdan cesaretlendirmek, sıklıkla dikey pozisyonların desteklenmesiyle eşit tutulur (De Jonge ve ark 2009).

Batılı ülkelerde 17. yüzyıldan önce dikey pozisyonda doğum yaygındı. Doğum pensi gibi ebelik aletlerinin ortaya çıkmasıyla uzanma pozisyonu popüler olmuş ve bugün batı kültüründe doğumun II. evresi için norm haline gelmiştir. Bu pozisyon sağlık çalışanları için uygundur, ancak kadınlar için her zaman faydalı değildir. Üçüncü evrede giderek artan kan kaybı dikey pozisyonun tek dezavantajıdır. Bu durum ayakta doğum pozisyonu ile ilgili olarak artmış olan perineal ödemden kaynaklanabilir (De Jonge ve ark 2009).

 Çömelve pozisyonu	Engelmann, çömelve pozisyonunun dışkılama sırasında doğal olarak kullanılan pozisyona benzediğini belirtmiştir. Kitabında "hassas bir durumda olan kadın için bebeğin abdominal veya pelvik vissera'dan çıkarılmasının kesinlikle en doğal yoludur ve birçok durumda doğum ağrısını kolaylaştıracaktır" şeklinde yazmıştır.
 Siyu Kızılderili kadınlar tarafından kullanılan dik oturma pozisyonu	Bu pozisyonda kadının çocuk çıkarılıncaya kadar, özellikle de ağrılar sırasında yaklaşık 40 dakika kolları göğüs üzerinde birleşmiş, baş ve vücut öne eğik, yerde bağdaş kurmuş pozisyonda kalmaktadır.
 Oturma pozisyonu	Engelmann, doğum ağrısı için en avantajlı pozisyonun oturma pozisyonu olduğunu bildirmiştir. Güney Amerika Kızılderilileri oturma ve yatma için hamağı kullanmışlardır.

Resim 1.3.3.5. Dik oturma pozisyonları (Kömürcü ve Ergin 2008).

Batılı olmayan kültürlerin birçoğunda 20. yüzyılın sonlarında doğum sancıları evde geçirilmekte ve kadınlar doğum sancısı ve doğum sırasında dik durmaktadırlar. Örneğin; Güneydoğu Asyalı ve Meksika-Amerikalı kadınlar doğum sancıları sırasında yürümeyi tercih etmektedirler. Maya kültüründe, bir kadın doğum sancılarını ve doğum anını evlilik hamaklarında çaprazlama uzanarak geçirmektedir. Doğum anı için Vietnamlı kadınlar evde ve hastanede yatağın yanına çömelmeyi tercih ederler (Shermer ve Raines 1997).

1.3.4. Normal Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar

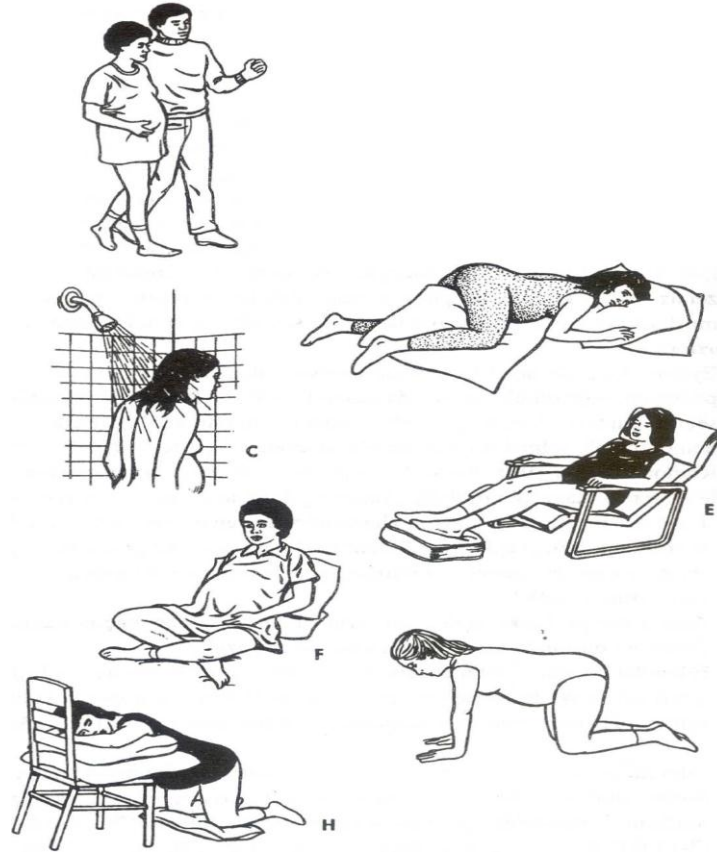
Doğumun daha yüksek bir başarı ve daha az hasarla gerçekleştirilebilmesi için vücudun duruş pozisyonunun önemi çok fazladır (Shorten ve ark 2002). DSÖ, doğum eyleminin I. evresinde gebenin serbestçe dolaşması ve eylem süresince rahat ettiği pozisyonu alması konusunda desteklenmesi gerektiğini savunmaktadır (WHO 1996). Normal doğum eyleminin I. evresinde rahat bir pozisyonda olmak, kadının gevşemesini sağlayacaktır. Doğum eylemi süresince, kadın ihtiyaç duydukça hareket etmeye teşvik edilmelidir

(Rathfisch 2012). Doğumun I. evresinde kadının mutlaka yatakta olması gerekmez. Rahat bir sandalyeye oturabilir veya rahat ettiği bir pozisyonda yatabilir, mobilize edilebilir (Kömürcü ve Ergin 2008). Sıcak bir duş almak, kasılmalar ve normal aktiviteler için iyi olacaktır. Kasılmalar arasında dinlenme önemlidir (Balaskas 1992).

Doğumun I. evresinde uygulanan non-farmakolojik metodlarda relaksasyon tekniği olarak hareket, pozisyon değişimi ve ayağa kalkma belirtilmektedir. Ayakta doğum pozisyonu bir zamanlar yaygın olarak kullanılan bir uygulamaydı (Priddis ve ark. 2011). Asırlarca insanoğlu kendi oluşumunun devamlılığını sağlayan doğum olayını dikkatle takip ederek deneme-yanılma ve deneme-öğrenme yöntemi ile edinilen bilgilerini gelecek kuşaklara aktarmıştır (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum sancısının ilk evresi sırasındaki duruşla ilgili baş etme stratejilerinin kullanımı, bir miktar ağrı giderimi sağlamak ve kadına acıyla baş etmesi için yardım etmekle ilişkilidir (Simkin ve Bolding 2004). Özellikle bu evrede yatar pozisyonda olmak, kadın için süreci yavaşlatacak bir pozisyon sayılabilir. Oysa dikey pozisyonlar ya da ayakta dolaşmak yerçekiminden de yararlanmayı sağlar ve böylece süreci kolaylaştırır (Ayla 2008).

Doğum ağrılarını hafifletmede etkili olan girişimlerden biri uygun pozisyon değişikliğinin yapılmasıdır. Yapılan araştırmalarda, kadınların doğum eyleminde ayakta ya da oturur pozisyondayken (vertikal), düz ya da yan yatış pozisyonuna (horizontal) oranla daha az sırt ve karın ağrısı hissettikleri belirlenmiştir. Dilatasyon evresinin erken dönemlerinde anneler dik pozisyonda yatay pozisyona oranla kendilerini daha rahat hissetmektedirler. Buna karşın dilatasyon evresinin ilerleyen dönemlerinde horizontal pozisyonu vertikal pozisyona tercih etmektedirler (Yıldırım ve Şahin 2003). Yıldırım ve Şahin (2003)'in bildirdiğine göre Flynn ve ark çalışmasında, doğum eyleminin ilk evresinde annelerin %54'ünün gezindiğini, ikinci evre başlamadan ise yatmayı tercih ettiklerini belirlemişlerdir. İlk evredeki dikey pozisyonlar düz yatmaktan kaçınmaya bağlıdır ve yürüyerek gezinmeyi içerebilir (MIDIRS 2005). Doğumun ilk evresinde kadınların aldığı pozisyonlar rekümbent (semi rekumbent, yan yatış) ve dik pozisyonlar (oturma, ayakta durma, yürüme, diz çökme, çömelme ve el-diz pozisyonu) olarak gruplandırılmaktadır (Güngör ve Rathfisch 2009). Bu pozisyonlar Resim 1.3.4.1'de görülmektedir.



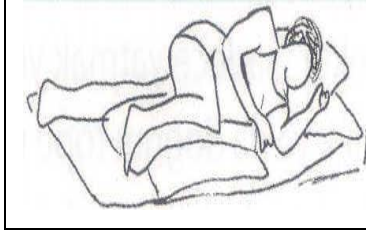
Resim 1.3.4.1. Eylemin birinci evresi süresince uygulanan değişik pozisyonlar
(Gilbert ve Harmon 2002)

1.3.4.1. Dinlenme Pozisyonları

1.3.4.1.1. Yan Yatma (Lateral) Pozisyonu

Yan yatma pozisyonu, pek çok gebenin gevşeme seanslarında da tercih ettiği bir pozisyonudur. Yan yatma pozisyonu, pozisyon değiştirmek zorunda kalmadan, açılma evresinde bebeğin doğrudan nefesle doğum kanalından aşağıya geçmesini sağlar (Mongan 2012). Kadınlar sağa ya da sola yatış pozisyonunu daha fazla tercih ederler (Resim 1.3.4.1.1.1). Sırtüstü pozisyona göre kontraksiyonlar daha seyrek, fakat kuvvetlidir. Kontraksiyonlar arasında dinlenmeyi kolaylaştırır. Yerçekimi nötrdür. Abdomene ve sırtta destek daha kolay yapılır. Feto-plesantal dolaşımı kolaylaştırır ve sırtüstü yatmaya bağlı hipotansiyonu düzeltir (Kömürcü ve Ergin 2008). Koksiks daha rahat olduğundan, bu pozisyon doğum için kullanışlı bir pozisyonudur. Bazen doğum için en yararlı konumlardan biri de olabilir (Balaskas 1992). Doğum sırasında yan pozisyonu kullanmanın perineyi koruduğu belirtilmektedir (Shorten ve ark 2002). Yan yatış pozisyonunda kadının üstte kalan kol ve bacağının altına yastıklar yerleştirilir. Yastıkların dizi ve ayak parmaklarını destekleyecek kadar uzun ve dizi kalça düzeyine getirecek kadar da yüksek olmasına dikkat

edilmelidir. Arkada kalan omuz ve kol yatak üzerine yerleştirilmeli ve yastık üstüne konulmamalıdır. Eğer alta yastık konulursa omuzlar fazla zorlanacaktır. Bu dengelenmiş bir pozisyonudur, basınç ve gerilimden kaçınmak için geliştirilmiştir. Yatağın çok yumuşak olması konforlu olmayacaktır. Çünkü beden gerektiği kadar desteklenmeyecektir (Rathfisch 2012).



Çok iyi dinlenme pozisyonudur, sırt ağrısını hafifletir, yürüme ile dönüşümlü kullanıldığında doğumun ilerlemesine yardımcı olur. Çok hızlı ilerleyen ikinci evrenin yavaşlatılmasına yardımcıdır. (Kömürcü ve Ergin 2008, Rathfisch 2012).

Resim 1.3.4.1.1. Yan yatma pozisyonu (Rathfisch 2012).

Dezavantajları; alternatif yürüme pozisyonlarına göre doğum süreci uzayabilir. Diğer pozisyonlar ile dönüşümlü olarak uygulanırsa daha etkilidir. Üstteki bacağı bir kişinin desteklemesi gerekebilir (Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.1.2. Yarı Oturma Pozisyonu

Yarı oturma pozisyonunda sadece sakrum kemiğinin üzerinde oturulur (Mongan 2012) (Resim 1.3.4.1.2.1). Ancak, yatağın yaptığı baskı nedeniyle pelvis kemiklerinin yassılaşması, genellikle hareketli olan sakrumu hareketsiz kılar ve pelvis boşluğu içine doğru iterek kalça eklemlerine çekme kuvveti uygulanmadığı için bacaklar arasındaki açının çapını küçültür. Sırtüstü yatma pozisyonu yer çekimine karşı çalışmasına, bebeğe giden oksijen miktarının azalmasına ve kontraksiyonların şiddetini artırabilmesine rağmen yarı oturur pozisyondan daha iyidir. Sırtüstü yatarken en azından sakrum bükülmüş değildir ve vücudun üst kısmı pelvis arasındaki açıklığı artıracak şekilde bükülmüştür (England ve Horowitz 2011). Bir bacak yukarıda oturma pozisyonunda olan asimetrik pozisyonlar ise pelvisin bir tarafını genişleterek ve şeklini değiştirerek bebeğin en iyi pozisyonu bulmasına yardımcı olurlar (Sönmez 2009).

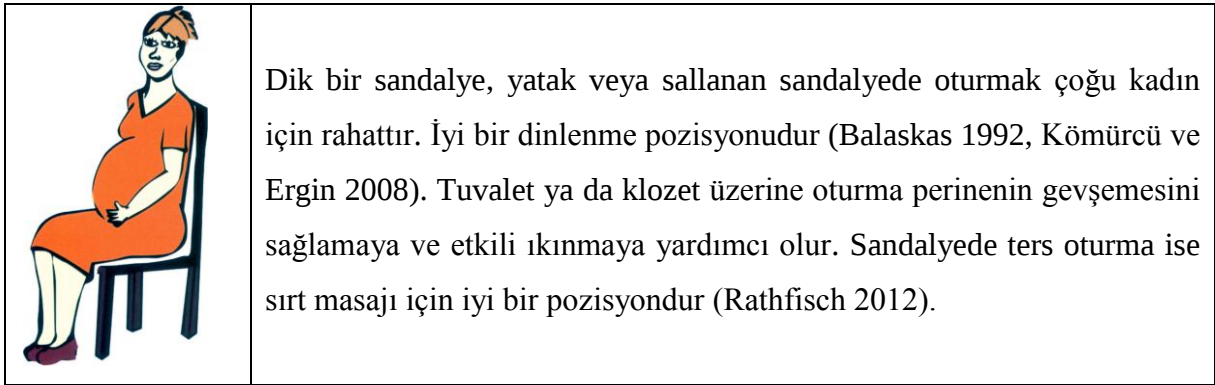


Ölçümler ve EFM için elverişli bir pozisyonudur. Bu pozisyonunda yatak 30-45° açı ile kaldırılırsa yerçekimi etkisine biraz izin verilir. Oturmaya benzer dikey pozisyonudur, sallama hareketi vena kavaya baskıyı önler ve doğumun hızlı olmasını sağlayabilir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Resim 1.3.4.1.2.1. Yarı oturma pozisyonu (Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.1.3. Dik Oturma Pozisyonu

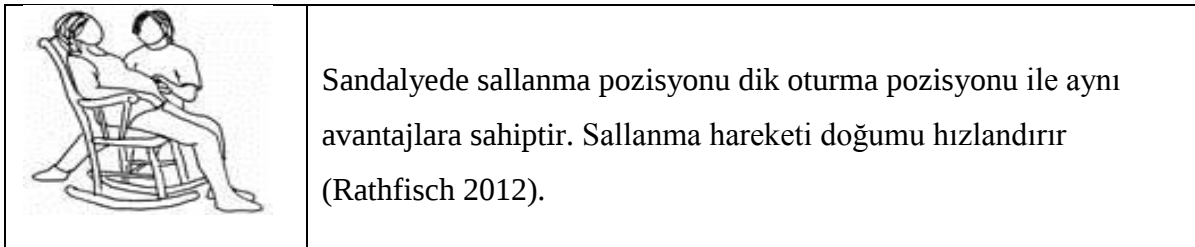
Oturma sandalyede (Resim 1.3.4.1.3.1), yatakta, yerde olabilir. Kontraksiyonlar çömelmede olduğu kadar yoğun değildir, ancak yerçekiminin yardımı hissedilir. Pilates topu üzerinde hafif dairesel veya öne arkaya hareketler yapılabilir. Çoğu kadın bu pozisyonu ilk evrenin son bölümünde en konforlu pozisyon olarak belirtmektedir. Bu pozisyon annelerde bel ağrısı problemine neden olan oksiput posterior (OP) bebekler içinde iyidir. Kalçaların şişkinliği bebeğin dönmesini destekler. Pozisyon sandalyede ters oturularak, puf koltuğa, yastıklar yığınınına veya pilates topuna oturularak yapılabilir (Balaskas 2010).



Resim 1.3.4.1.3.1. Sandalyede dik oturma pozisyonu (Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.1.4. Ritmik Sallanma Pozisyonu

Bazı özel ritmik hareketler kadınların kontraksiyon ağrılarını tolere etmelerinde etkili olabilir. Araştırmalarda kadınların çömelme pozisyonunda ileri geri hareket etme ve sallanma gibi bir takım ritmik hareketler yaparak rahatladıkları bildirilmiştir (Gençalp 1998, Yıldırım ve Şahin 2003). Pozisyon, sandalyede (Resim 1.3.4.1.4.1) ya da pilates topuna oturularak yapılabilir (Sönmez 2009).

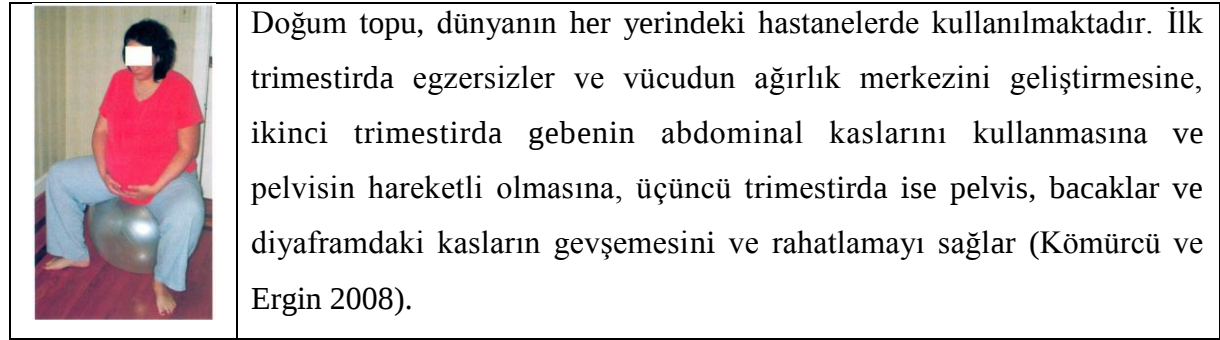


Resim 1.3.4.1.4.1. Sandalyede sallanma pozisyonu (Sönmez 2009).

1.3.4.1.5. Doğum Topu

Fiziksel terapide sinirsel tedavi için kullanılan toplar 1980'li yıllardan itibaren doğum topları şeklinde kadın doğum alanında da kullanılmaya başlanmıştır. Bu yumuşak top

(Resim 1.3.4.1.5.1), bazı insanlar için imgedir, donanımın pahalı olmayan bir parçasıdır ve obstetrik uygulamaları ev programı gibi birleştirir. Dairesel şekil bazı insanların limitsiz, sonsuz ve geniş düşüncelerini sağlar. Perinatal hemşirelerinin oy birliğiyle, anne topun üstünde otururken yanında sürekli birinin bulunması gerektiği ortaya çıkmıştır. Top gebelikte annenin kendi bedenini kontrol etme ile doğum hakkında pozitif davranışlar geliştirmesine yardım eder ve doğum toplarını kullanmak eğlencelidir. Doğum topları vücut güvenliğini oluşturur. Gebelik ve doğum esnasında konforlu, dinamik, destek sağlar ve sadece doğum için psikolojik pozisyonu kolaylaştırmak değil, aynı zamanda doğum esnasındaki kadınlar için gerekli konforu da sağlar. Doğum topu, doğum esnasındaki bir kadın için değerli bir eşyadır. Aktif doğumdaki kadının doğum sürecini kısaltmaya yarar (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum yapan kadın çok mobil bir pelvise sahiptir. Onun kalça kemiğini sakrumuna bağlayan ligamentler çok esnektir. Bir top üzerinde oturmak veya tırmanış merdiveni gibi aktiviteler pelvik açıları ve iç boyutlarını değiştirir (Sutton ve Scott 1994).



Resim 1.3.4.1.5.1. Doğum topunun kullanımı (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğumda doğum toplarının kullanılmasının nedenleri (Kömürcü ve Ergin 2008):

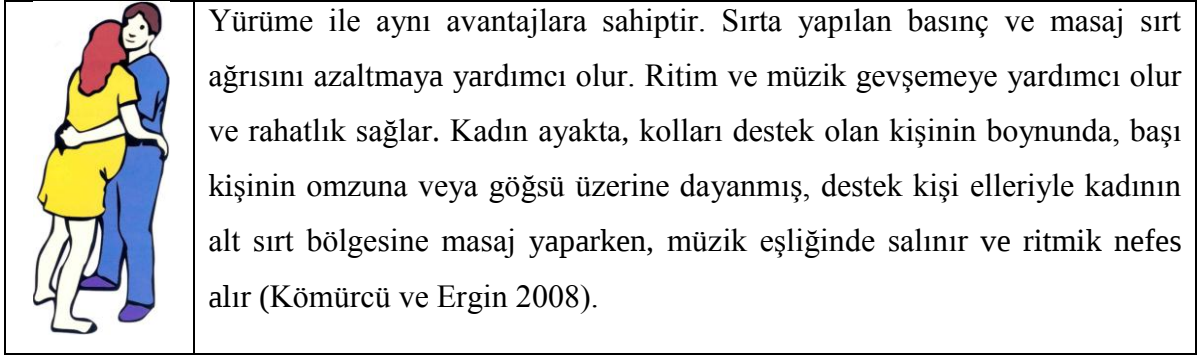
- Fetal inişe yardımcı olur, doğumu hızlandırabilir,
- Posterior pozisyonda bebeğin dönüşüne ve inişine yardımcı olur.
- Basınç olmadan perineal destek sağlar. Pelvisin sallanmasına ve vücut hareketlerine izin verir.
- Ritmik hareketlere teşvik eder ve sırt ağrılarını azaltır.
- Çömelme esnasında top bir destek olarak kullanılabilir. Çömelirken pelvis boyutlarını maksimuma çıkacak kadar genişletir.
- Otururken yatak ve sandalyenin eksternal basıncını ayırır.
- Kasılmaların daha az ağrılı ve daha çok verimli olmasını sağlar.

Taavoni ve ark (2011), doğum topu kullanımındaki ortalama ağrı skorlarının düşük

olduğunu bulmuşlardır. Bu tamamlayıcı uygulamanın doğum sancılarının aktif aşamasında ağrının şiddetini azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir (Taavoni ve ark 2011).

1.3.4.1.6. Yavaş Dans Etme Pozisyonu

Doğumun I. evresi için iyi bir dinlenme pozisyonudur (Resim 1.3.4.1.6.1). Gebe, doğum ağrılarını çekerken nefesle birlikte ritmik şekilde sallanırsa kendisini daha iyi hisseder. Eşler birlikte sallanabilir (Sönmez 2009). Partnerin kolu annenin gövdesini sarar, parmaklarını sırtın altına kilitler. Bu sallanma müzik ve solunumla aynı ritimdedir. Hareket nedeniyle pelvik eklemlerin değişimi, rotasyon ve iniş sağlanır. Sevgi ile sarılmak duygusal olarak kadının daha iyi olmasını sağlar (Kömürcü ve Ergin 2008).



Resim 1.3.4.1.6.1. Yavaş dans etme pozisyonu (Rathfisch 2012, Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.1.7. Ayakta Durma

Ayakta durmak pelvis kemiklerinin açılmasına olanak verir, sırt ağrılarını azaltır, esnemeye veya etrafta dolaşmaya izin verir, aynı zamanda yerçekiminin de etkisiyle her ıkmada aşağı doğru hareketi sağlayarak doğumu kolaylaştırır (England ve Horowitz 2011, Mongan 2012).

Afrika kabilelerinde en yaygın olarak kullanılan pozisyon ayakta durmadır. Kontraksiyonlar daha az ağrılı ve daha güçlüdür. Yatış pozisyonuna göre daha hızlı doğum olur (Kömürcü ve Ergin 2008). Kontraksiyonlar arasında ayakta yerçekimi desteklendiği için (Balaskas 1992, Kömürcü ve Ergin 2008), bebeğin hızlı inişini optimum hale getiren en etkili pozisyonudur (Balaskas 1992). İlk evrenin erken döneminde kontraksiyonlar sırasında hafif öne eğilerek gezinmek yararlıdır. Ayakta dururken destek için duvardan veya eşten yardım alınabilir (Balaskas 2010).

	Kontraksiyonlar daha güçlü olmasına rağmen, daha az ağrılı hissedilir. Kontraksiyonlar arasında yerçekiminden yararlanmayı artırır. Bebeğin doğum kanalının (pelvis kemiğinin) açısıyla uyumlu pozisyonu almasına yardımcı olur. Doğumun ikinci evresinde ıkınma hissinin artmasına yardımcı olur (Rathfisch 2012).
---	--

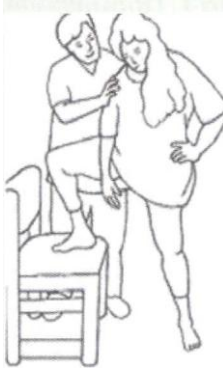
Resim 1.3.4.1.7.1. Ayakta durma pozisyonu (Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.2. Etkinlik Pozisyonları

Etkinlik pozisyonları, bebeğin aşağı inmesine ve doğum pozisyonu için dönmesine yardımcı olan pozisyonlardır (Sönmez 2009).

1.3.4.2.1. Yanlara Doğru Germe Hamleleri

Travay sırasında kullanabilecek bir pozisyonudur. Bir ayak sandalye veya tabure üzerinde yapılan öne doğru esneme ve eğilme hareketidir (Şenyurt 2012) (Resim 1.3.4.2.1.1). Fetüsün aşağı inmesini ve doğum pozisyonu için OP rotasyonunu destekler (Kömürcü ve Ergin 2008, Sönmez 2009, Rathfisch 2012). Gövde öne doğru eğildiğinde sakrum kendi ekseninde döner ve pelvis kemiğini arkadan açarak pelvis açıklığını genişletir (DiFranco ve ark 2007, England ve Horowitz 2011).

	Ayakta düz bir sandalye karşısında bir ayak yerde, bir ayak sandalyenin oturma yeri üzerinde diz ve ayak dışa doğru dönük iken, kasılma sırasında yüksekteki diz ve kalça yanlara doğru hareketlerle eğilerek gerilir. Her hamlede beş saniye boyunca durulur ve hareket tekrarlanır. Bu esnada partner, sandalyeyi tutarak dengeye yardımcı olur. Hareket pelvis alanını tek bir yönde (gerilen yönde) genişletir (Kömürcü ve Ergin 2008, Rathfisch 2012).
---	--

Resim 1.3.4.2.1.1. Yanlara doğru germe hamleleri (Rathfisch 2012).

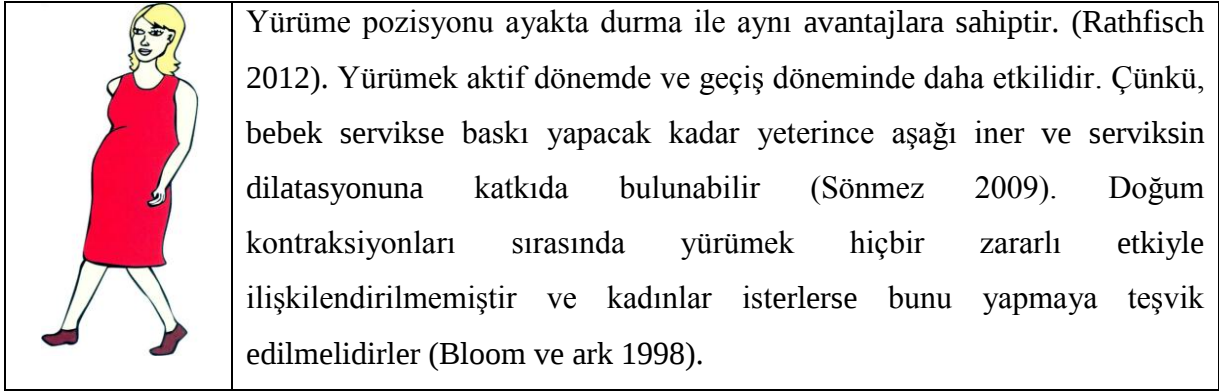
1.3.4.2.2. Yürüme

Yürümek, doğum eyleminin ve kasılmaların verimliliğini artırır. İlk aşamada kasılma için öne eğilerek yürüme denenebilir, ancak kasılmalar sırasında yürümek daralma oluşturabilir (Balaskas 1992).

İngiltere’de Birmingham Kadın Doğum Hastanesi’nde 1977’de yapılan bir çalışmada,

yürüyen kadınların doğum eyleminin süresinin önemli ölçüde daha kısa olduğu ve uterus kasılmalarında daha az ağrı yaşadıkları belirtilmiştir. Yürüyüş ve dik duruş pozisyonu bebeğin ve annenin rahatlığı için en doğru yöntemdir (Resim 1.3.4.2.1.2). Güçlü, düzenli ve sık olan kontraksiyonlar nedeniyle serviks daha iyi açılmaktadır. Kadınlar, kasılmalar sırasında kendilerini daha güvende hissederler (Balaskas 1992).

Yürüme, yerçekiminden yararlanarak prezente olan kısmın pelvise inmesini ve birçok kadının rahatsızlık düzeyinin azalmasını sağlar, travay süresini kısaltır, fetal kalp hızındaki yavaşlamaları azaltır ve sırt ağrısını hafifletir (Gilbert ve Harmon 2002).



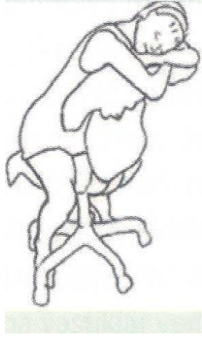
Resim 1.3.4.2.1.2. Doğum eyleminde yürüme pozisyonu (Kömürcü ve Ergin 2008)

Genellikle doğum eyleminin I. evresinde kadınlar daha çok ayakta durmayı ya da yürümeyi tercih etmektedirler. Horizontal pozisyonda olma servikal dilatasyonu 5 cm olana kadar yaşanan bel ve sırt ağrılarını hafifletmektedir (Molina ve ark 1997, Akın 2011). Doğumun ilk evresinde yürüme ve dik pozisyonların, anne ve bebeğin sağlığını negatif etkilemediği belirtilmektedir (Lawrence ve ark 2009).

1.3.4.3. Bel Ağrısı, Düzensiz Kasılmalar veya Yavaş İlerleme İçin Pozisyonlar

1.3.4.3.1. Oturma ve Destekle Öne Eğilme Pozisyonu

Öne doğru desteğe dayanarak oturma pozisyonu ile yerçekimi etkisinden yararlanılır (Resim 1.3.4.3.1.1). Böylece pelvik harekete izin verilir, gelen kısmın servikse prezante olması sağlanır, fetüs pelvis ile aynı hizaya yerleşir, fetüsün posteriordan anterior pozisyona dönmesi ve inişi kolaylaşır, kontraksiyonların etkinliği artar. Travay süresini kısaltabilir. Ayrıca, bilek ve ellerde yaşanan gerginliği azaltır (Kömürcü ve Ergin 2008).

	Dik öne doğru bükülme pozisyonu müdahaleli doğumlar ile fetal kalp hızı anormalliklerini azaltır ve doğum eyleminin II. evresinin süresini kısaltır. Ayrıca, stres hormonlarının salınımını azaltarak ağrının algılanmasını azaltır (Kömürcü ve Ergin 2008). Fetüs öne doğru hareket ettiği için sırt ağrısını azaltır. Masaj yapmak ve sakruma basınç uygulamak için de uygun bir dikey pozisyonudur (Kömürcü ve Ergin 2008, Rathfisch 2012).
---	---

Resim 1.3.4.3.1.1. Oturma ve destekle öne eğilme pozisyonu (Rathfisch 2012).

1.3.4.3.2. Ayaktayken Destekte Bulunan Bir Kişiye, Yatağa veya Doğum Topuna Dayanarak Öne Doğru Eğilme Pozisyonu

Bir yere asılmak veya başka bir kişinin omzunu kullanmak yararlıdır. Yardımcı olacak kişinin kasılmalar sırasında sabit olarak çok iyi tutunması gerekmektedir (Balaskas 1992). (Resim 1.3.4.3.2.1) Yerçekiminden yararlanarak prezente olan kısmın pelvise ilerlemesini sağlar. Fetüs pelvis ile aynı hizaya gelir, inişi kolaylaşır. Kontraksiyonların etkinliğini artırır ve ağrıyı azaltır. Travay süresini kısaltabilir (Kömürcü ve Ergin 2008).

	Fetüs öne doğru hareket ettiği için sırt ağrısı azalır. Sırt masajı için uygun bir pozisyonudur. Ayakta durma ile aynı avantajlara sahiptir. Ayakta durmaktan daha rahat ve dinlendiricidir. Bebeğin kalp atışlarının izlendiği EFM ile birlikte kullanılabilir (Rathfisch 2012, Kömürcü ve Ergin 2008).
---	---

Resim 1.3.4.3.2.1. Ayakta ve öne partnere doğru eğilme pozisyonu (Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.4.3.3. El-Diz Pozisyonları

Birçok kadın, serviksin açılma evresinde ve ıkınma sürecinde doğal olarak herhangi bir öneri ve müdahale olmadan el-diz pozisyonunu alırlar (Resim 1.3.4.3.3.1) ve bu pozisyonu çok rahatlatıcı bulurlar. El-diz pozisyonu beli, omuzları ve bacakları uterus ve bebeğin ağırlığından korur. Ayrıca, bu pozisyon bebeğin inişine bağlı koksiks üzerindeki basınç hissini azaltır. Ancak, kadınlar bu pozisyonu daha az sıklıkta kullanır. Bu pozisyon uygulanırken daha fazla yere ihtiyaç olacağından, doğumun yapılacağı ortamda buna göre mobilya yerlerinin değişikliği gerekebilir (Rathfisch 2012).



Resim 1.3.4.3.3.1. El-diz pozisyonları (Kömürcü ve Ergin 2008).

Bu duruş kalçaları her yöne hareket ettirebilme olanağı sağlar. Kontraksiyonlar esnasında sallanmak rahatlatıcı olabilir. Eller ve dizler üzerinde durarak doğum yapmak özellikle *sırt ağrısı* durumlarında yararlıdır. Bebek OP pozisyonda durduğu zaman sırt ağrısı hissedilir. Bu durumda bebeğin başının arkası annenin koksiksine baskı yapar. Bu *posterior kısılma* adı verilen ve uzmanların pitosin, epidural, forseps veya sezaryen kullanarak çözümlmeye çalıştıkları sorunun nedenlerinden biridir. Eğer anne elleri ve dizleri üzerinde durursa, bebeğin gövdesi ve başı aşağıya, annenin karnına doğru ağırlık yapacak ve doğumun

daha kolay olmasına yardımcı olacaktır (England ve Horowitz 2011, Rathfish 2012). Bazı Amerikan Kızılderili kabileleri arasında diz-el ve diz-dirsek pozisyonunun zor doğumlarda kullanıldığı, geçmişten bu yana özellikle *yapılı* kadınlar için önerildiği belirtilmiştir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Kadınların en çok tercih ettikleri pozisyon diz çökmüş konumudur. Kasılmalar sırasında minder ya da kısa bacaklı iskemlelerin de yardımıyla diz çökmek faydalıdır ve çoğu kadında doğum eylemini hızlandırır. Bu nedenle birçok kadın diz çökme eylemini sever. Bazen diz çöktüğünde pelvis ritmik olarak döner ve sallanır. Bebek içeride yan bir pozisyonda duruyorsa diz çökmek bebeğin hareket etmesini kolaylaştıracaktır. Yarı diz çökme ve yarı çömelme pozisyonlarının ikisi de iyi bir kombinasyondur. Bacakları her kasılda ve kasılmalar arasında ileriye ve geriye doğru değiştirmek açılmanın hızlanmasını sağladığı gibi sırt ağrısını da hafifletecektir (Balaskas 1992).

1.3.5. Normal Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonlar

Doğumda önemli olan faktör, kadının kendisini rahat hissettiği pozisyonu tercih etmesidir. Doğum eyleminin II. evresinde doğum kanalını genişletecek ve doğumun bu evresinin süresini kısaltacak çok farklı pozisyonlar bulunmaktadır (Rathfish 2012).

Doğum eyleminin II. evresinde hangi anne pozisyonunun daha uygun olduğu konusu tartışmalıdır (Ganapathy ve Gopal 2011). Farklı dik pozisyonlar için geçmişte kazıklar, hamaklar, halatın üzerini tutan mobilyalar, düğüm yapılmış kumaşlar, kadının diz çökmesi, çömelmesi ya da çömelmeye yardımcı tuğlalar, taşlar, kum yığınları ve doğum tabureleri gibi yardımcı araçlar kullanılmıştır (Gupta ve Nikodem 2000, Ganapathy ve Gopal 2011, Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğumun II. evresi sırasındaki pozisyon seçiminde uygulayıcı ve hasta dinamiği hakkında da bilgi yetersizliği vardır. Doğum pozisyonu kullanımını etkileyen faktörleri belirlemek önemlidir. Bu bilgi, kadınların kendileri için en konforlu pozisyonu almalarını sağlayan stratejilerin tasarlanmasına yardımcı olabilir. Tıbbi girişimler ve kısıtlayıcı klinik çevrelerin etkisini en aza indirmek için doğum pozisyonlarını etkileyen faktörler üzerine yapılan bir çalışmada, dikey pozisyonların ebelerin en iyi bağımsız uygulayıcılar olduğu ortamlarda ve düşük risk grubundaki kadınlar arasında uygulandığı saptanmıştır. Hollanda'da bağımsız primer bakım ebeleri sadece düşük risk grubundaki kadınlarla ilgilenmektedir (De Jonge ve ark 2009). Gebe kendi doğal kaynaklarını, doğal akışını ve doğal konforunu kombine ederek kendi doğal yöntemini oluşturmalıdır. Eğer gebe kendisine doğumunu

eğlenceli bulma özgürlüğü verirse, kendi doğal akışının kontrolünü ele alacaktır. Hareket etmek doğumun ritmik doğasına katkıda bulunur. Kontraksiyonlar sırasında kadınlar sıklıkla yürürler veya kalçalarını hareket ettirirler ya da pozisyon değiştirirler. Vücudun mesajının alınması önemlidir (Mallak 2009).

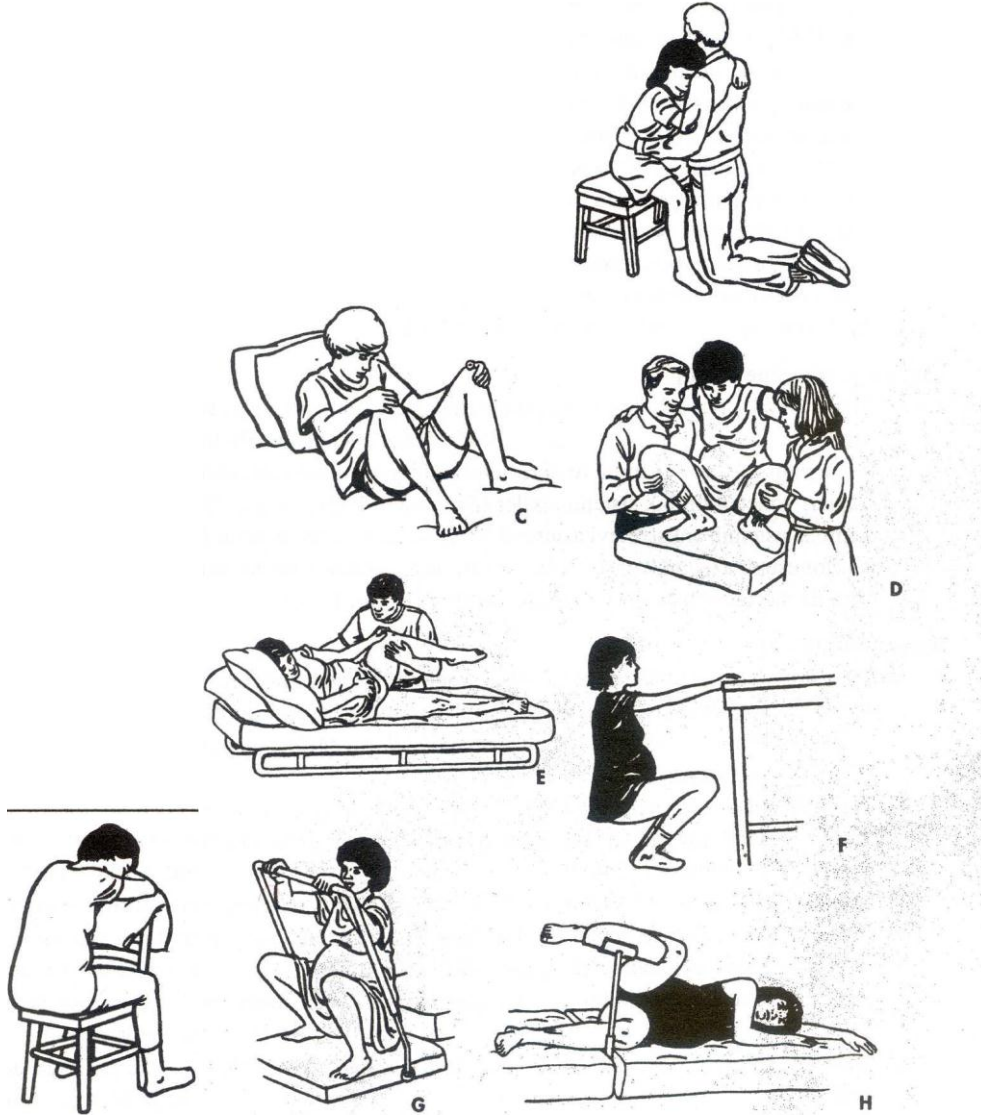
Carr, 1983'de doğumun II. evresi için “*doğal ritm*” tanımını yapmıştır. Bu doğal ritm yatakta rekümbent pozisyonda yatıldığında kaybolur. Birçok toplumda ağrı ve doğum eylemi aynı odada yaşanmaktadır. Dolayısıyla başka bir odaya geçme ve doğum masasında litotomi pozisyonu ile bu ritmin bozulması kaçınılmazdır (Kömürcü ve Ergin 2008).

Kadınlar kontraksiyonlar süresince en konforlu buldukları pozisyonlara geçmeye ve öyle kalmaya teşvik ve yardım edilmelidirler (NICE 2007). Bir kadının doğumu sırasında bazı pozisyonlar kabul edilebilir. Doğum eyleminin II. evresinde serviks tam dilate olduğunda ve itme fazında, kadın pozisyonunu tercih edip üstlenmesi için teşvik edilmelidir (WHO 2007). Bebeği dışarı itme sürecinde kadın doğru yönlendirilmemişse, genellikle sadece ayakları üzerine çömelir veya dikey pozisyonda iterler. Kadınlar bazen asimetrik pozisyonlar seçerler ve bu dışarıdan izleyen birine çok garip ve rahatsız edici bir pozisyon gibi görünebilir. Oysa, gebe kendini rahatlatan bir pozisyonu çoktan bulmuştur (Keskin 2011). Doğum eyleminin II. evresi çoğunlukla rahatsızlık vericidir ve bu evrede hiçbir pozisyonun kadını rahatlatmayacağı düşünülmektedir. Ancak, kısa aralıklarla hareket etmek rahatlatıcı olabilmektedir. Ayrıca hareket etme (pozisyon değişikliği, pelvik sallama vb.) II. evrede daha etkili uterus kontraksiyonlarının oluşmasında yardımcı olabilir. Yürüyüş yapmak ya da düş almak için yataktan çıkmak bile fetal başın rotasyonunu, inişini kolaylaştırabilir ve ıkınma dürtüsünü uyabilir. Yıldırım (2006)'ın bildirdiğine göre, doğum eyleminin II. evresinde farklı pozisyonların kullanıldığı ve bu kadınların birçoğunun tek bir pozisyonda kalmayı tercih ettiği belirtilmektedir (Yıldırım 2006).

Kadınlar doğumda mobil ve dik olmayı tercih etmektedirler (Walsh 2000). Fetüs ilerledikçe karın kaslarının itici güçleri ile birlikte diyafragma kasları da önem kazanır. Anne ıkınarak itici güçleri kuvvetlendirir. Annenin bütün gücünü kontraksiyon sırasında aşağıya doğru vererek ıkınması önemlidir. Bu sırada fetüsün başı rektuma baskı yaptığından ıkınma hissi kendiliğinden de gelişir (Taşkın 2012). Pelvisi sallama ve yandan abdomeni sıkıştırma fetal başın rotasyonunu daha da kolaylaştırabilir. Kadın, dinlenme periyodunda bebeğin dönmesini sağlayan yana doğru uzanma pozisyonuna geçmesi konusunda cesaretlendirilmelidir (Gilbert ve Harmon 2002).

II. evredeki dik pozisyonlardan bazıları oturmak (yataydan 45 derece daha fazla),

çömelme ya da diz çökmek ve eller ya da dizler üzerinde olmaktır (Resim 1.3.4.1). Yaslanma pozisyonlarının arasında sırtüstü uzanma, yan yatma ve litotomi vardır (MIDIRS 2005). Doğum uzmanları doğum için hem annenin rahatlığı hem de doğumun kalitesi açısından özellikle yan yatma, diz çökme, oturma ve çömelme pozisyonlarının daha uygun olacağını belirtmektedirler. Kadınların geleneksel toplumlarda içgüdüleri aracılığıyla doğuma kendilerini hazırlamak için kullandıkları 40 adet pozisyon kaydedilmiştir (Balaskas 1992).



Resim 1.3.5.1. Eylemin ikinci evresi süresince uygulanan değişik pozisyonlar
(Gilbert ve Harmon 2002)

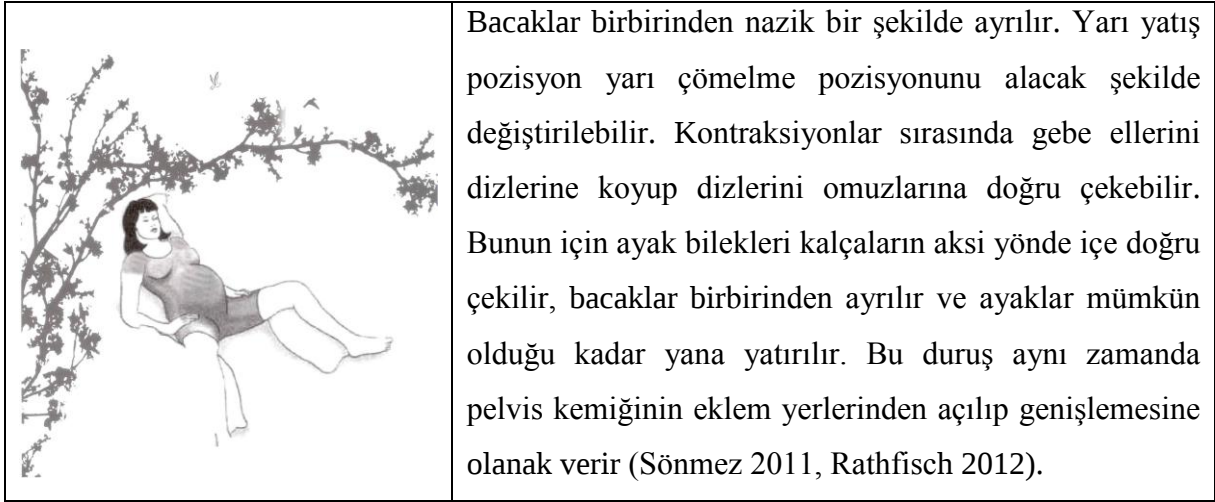
1.3.5.1. Standart Pozisyonlar

Standart pozisyonlar herkes tarafından yapılabilir ve bunlar (yarı yatış, yan yatış, çömelme, el-diz, diz-göğüs pozisyonları) çoğu kadın doğum uzmanının doğum sırasında

kullandıkları pozisyonlardır (Sönmez 2011).

1.3.5.1.1. Yarı Yatar Pozisyon

Bu pozisyon, daha sıklıkla bebeğin rahat ve kolay bir şekilde ilerlediği zamanlarda kullanılmaktadır. Yarı yataş pozisyonu, bebek aşağıya doğru ilerlerken yapılan nefes alıp vermeler ile derin gevşemenin sürdürülmesine yardımcı olur. Bu pozisyonunu almak için kuyruk sokumunun hemen üstüne oturacak şekilde yatağa uzanılır, baş, bel, omuzlar, kollar ve her bir dizin altına yastıklar yerleştirilir. Yatağın baş tarafı 45 derecelik açı oluşturacak şekilde yükseltilir (Rathfisch 2012) (Resim 1.3.5.1.1.1).



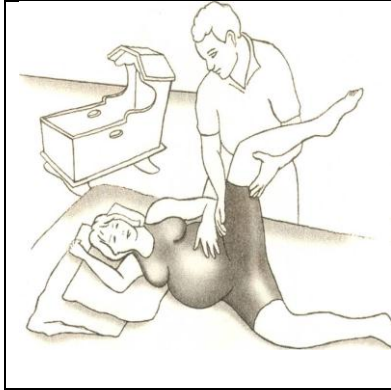
Resim 1.3.5.1.1.1. Yarı yatar pozisyon (Mongan 2012, Rathfisch 2012).

Bu pozisyon en sık hastanede kullanılır. Gebe ve fetus için bir miktar yerçekimi yardımıyla fetüsün aşağıya inmesini sağlar. Gebe sırtüstü pozisyona göre kendisini daha kontrollü hisseder. Bakım verenler için perine rahatça görülebilir ve ulaşılabilir olduğundan yararlıdır (Sönmez 2011).

1.3.5.1.2. Yan Yataş Pozisyonu

Yan yataş pozisyonu kadınların çoğunlukla alışık oldukları bir pozisyonudur. Özellikle gebelik döneminde kadınlar çoğunlukla yan yataş pozisyonunda uyumayı tercih ederler. Bu, aynı zamanda kadınların gevşeme ve meditasyon uygulamalarında da çoğunlukla tercih ettikleri bir pozisyonudur. Yan yataş pozisyonunda doğum yapmak, özellikle doğumun I. evresinden sorunsuz ve rahat bir şekilde bebeğin doğumunun gerçekleştiği II. evreye geçişe kolaylık sağladığı ve bu nedenle pozisyon değişikliğine ihtiyaç duyulmadığı için sıklıkla tercih edilmektedir (Rathfisch 2012). Yan yataş pozisyonu, özellikle sol yana uzanma, doğum eyleminin ilerleyen evrelerinde istenen pozisyon şeklidir (Resim 1.3.5.1.2.1). Bu pozisyonda

utero plasental dolaşım daha kolay sağlanır. Bu pozisyon tercih edilecekse sırtın her iki yan tarafı yastıklarla desteklenmelidir (Gençalp 1998, Yıldırım ve Şahin 2003).



Bebeğin doğumu için, öncelikle rahim ağzı açıklığının gerçekleştiği süreç içinde, yan yatar pozisyonda iki bacak arasında yer alan yastık kaldırılır. Üstte yer alan bacak bebeğin vajinadan çıkışını engellemeyecek şekilde hafifçe ve nazik olarak yukarıya kaldırılır. Kadın isterse bebeğin aşağıya inişi tamamlanana kadar bacaklarını yastıklar üzerinde uzatıp öylece kalabilir (Rathfisch 2012).

Resim 1.3.5.1.2.1. Yatakta yan yatış pozisyonu (Mongan 2012, Rathfisch 2012).

Yatakta yan yatma pozisyonunda bel bükülür, üstteki bacak eş/ebe tarafından desteklenir. Yerçekiminin olumlu ya da olumsuz bir etkisi yoktur. Bu pozisyon hızlı II. evre için iyidir. Gebe için rahat bir pozisyon olabilir (Sönmez 2011). Annenin kan basıncını düşürmeye yardım eder, OP olan fetüsün iç rotasyonuna yardımcı olur ve medikasyon kullanılacaksa güvenle kullanılabilir. Yavaş kullanıldığında II. evrede çok hızlanma görülür. Çünkü, gevşeme ile itme egzersizlerini kullanmak kolaydır. İkinci evrede posterior sakral hareketi sağlar (Kömürcü ve Ergin 2008). Ayrıca, çok hızla ilerleyen bir doğumu yavaşlatmak için de yardımcı olabilir (DiFranco ve ark 2007, Kömürcü ve Ergin 2008).

1.3.5.1.3. Çömelme Pozisyonları

Doğum için çömelme ve benzeri hareketler doğa kanunlarına en yakın pozisyonlardır ve fizyolojik doğum pozisyonları olarak bilinirler. Bunlar tam ve yarı çömelme ile diz üstü pozisyonları içerir (Resim 1.3.5.1.3.1). Bu pozisyonların ıkınma esnasında etkili itme refleksi için daha güçlü kasılma, optimal fetal oksijenizasyon, minimal gerginlik ve kas gücü, optimal iniş açısı, bebeğin inişi, dönüşü ve çıkışı için maksimum pelvik alan ve optimal perine gevşekliği gibi avantajları vardır. Çömelme gibi doğum için dikey pozisyonların kullanıldığı yerlerde kendiliğinden ilerleyen fizyolojik doğum sayılarının arttığı belirtilmektedir (Balaskas 2011). Bu pozisyon, yerçekiminden yararlanmayı sağlayarak çömelme sırasında vajinayı ve pelvis kemiğinin dış açısını 0,5-1 cm kadar genişletir, doğum yolunu kısaltır, bedenin alt kısmının herhangi bir şekilde basınç altında kalmasını engeller, pelvis kemiğinin alt kısmını yukarıda tutarak vücudun diğer kısımlarının bir basıncı olmaksızın bebeğin doğmasına yardımcı olur. Çömelme esnasında kapı kolu, yatak kenarları ya da destek kişiden destek alındığında, kasılmalar süresince çömelme pozisyonunda kalınabilir. Çömelme, ayrıca

bebeğin gelişinin görülmesine olanak sağlaması açısından da avantajlıdır. Tam çömelme yerine bazen oturarak çömelme pozisyonu da tercih edilebilmektedir (Rathfisch 2012).

 Çömelme pozisyonu	Kolların dışarıya yerleştirildiği çömelme pozisyonunda kadın ayak ucu üzerinde çömelirken, kollar da bacakların iç ya da dış kısmında yere konur ve ellerle beden dengelenir. Kollar dışarıda hafifçe arkada ve kalçaların yanına yerleştirildiği zaman bacaklar yanlara doğru çok kolay açılacak ve doğum kanalı daha fazla genişleyecektir.
 Destekle çömelme pozisyonu	Destekle çömelme pozisyonunda fetüs kolaylıkla doğum kanalından ve perineden çıkacaktır. Kadın çömelme pozisyonunu alırken kollarını dirsekten bükerek, arkada alçak bir sandalye, koltuk ya da yatak kenarına oturan ve destek olan kişinin bacaklarına uzatarak destek alır. Bu pozisyon uterus kasılmaları arasında arkaya destek olan kişiye doğru uzanmayı ve yeni bir kasılma geldiğinde ise tekrar pozisyon almayı kolaylaştırır. Kolları kullanarak bedeni desteklemek yerine, kollar rahat ve serbest bırakılarak doğumda bulunan kişiden destek alınır.
 Tuvalet üstünde, doğum sandalyesi ya da taburesine oturma pozisyonu	Birçok kadın özellikle serviksin açılması evresinde ve ıkınarak bebeği aşağıya doğru itme sürecinde tuvalet üzerinde oturmayı çok rahatlatıcı bulmaktadır. Beden doğal olarak bu pozisyonda, tuvalet sürecindeki gibi gevşemeye ve serbest bırakmaya şartlanmaktadır. Bu alışılmış bir pozisyonudur ve tuvalet üzerinde otururken ve bağırsaklar hareket ederken kadınlar daha kolay ve daha etkili ıkınmakta ve bebeğin aşağıya inişi daha başarılı olmaktadır. Bu pozisyon doğum kanalındaki kemik kısımların eklem yerlerinden nazikçe ayrılmasına, vajinanın açılmasına, yerçekiminden yararlanılmasına ve bacakları desteklediği için ıkınma sırasında oluşan yorgunluğun azalmasına yardımcı olur. Tam bebeğin başı perineden görünmeye başladığında doğumun daha güvenli yapılabilmesi için diğer doğum pozisyonlarından biri tercih edilebilir.

 Destekle ayakta çömelme pozisyonu	Destekle ayakta çömelme pozisyonu yerçekiminin etkilerinden daha fazla yararlanmayı sağlar ve doğum kanalından bebeğin aşağıya doru hareketine yardımcı olur. Bu pozisyonda, kadına destek olacak kişi bir duvara sırtını dayayarak ayakta durur ve ön tarafında da kadın sırtını destek olan kişiye dayar. Kadın öne doğru ıkınırken, destek olan kişi kadını koltuk altından destekleyerek kendisine doğru çeker. ıkınma anında kadın bacaklarını hafifçe açarak dizlerden bükerek (Rathfisch 2012).
--	---

Resim 1.3.5.1.3.1. Çömelme pozisyonları (Mongan 2012, Rathfisch 2012).

Bu pozisyonun kullanımı kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Günlük yaşamında uzun süreli çömelme pozisyonunu kullanamayan annelerin doğum eyleminin II. evresinde çömelme pozisyonunda durmalarının çok zor olduğu bildirilmektedir. Bu pozisyon bacaklarda yorgunluğa neden olabilir. Gebelikleri süresince çömelme pozisyonu ile ilgili egzersizler yapan, çömelme pozisyonunu yaygın olarak kullanan kadınların doğumda bu pozisyonlara adaptasyonları daha kolay olmaktadır (Shermer ve Raines 1997, Kömürcü ve Ergin 2008, Rathfisch 2012). Son yıllarda kadınların doğumun II. evresinde çömelme pozisyonunu istedikleri belirtilmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Çömelme eyleminde kontraksiyonlar yoğun olarak bulunmaktadır, ancak bunlar genellikle daha yönetilebilir durumdadır. Çömelmenin anneyi yormaması için kontraksiyonlar arasında yumuşak bir yatak, yastık, sallanan sandalyede veya kişi desteği alınarak dinlenmesi sağlanmalıdır (Balaskas 1992, Balaskas 2010, Mongan 2012). Çömelerek yapılan doğumda kalça ve bel omurgası daha rahat hareket eder. Karından ıkınma daha kuvvetlidir, nefes alıp verme daha iyidir ve iskelet kasları daha etkili kullanılır. Bu nedenlerden dolayı da doğum sırasındaki sancı ve sıkıntı daha az hissedilir (Ersatzkasse 2012).

Çömelme doğum eylemi ve doğum psikolojisi için en verimli konumdur. Özellikle eylemin hızlandırılması için oldukça kullanışlıdır. Kasılmalar sırasında kadının kendisini daha güçlü hissedebileceği pozisyonudur. Pelvik taban rahatladığı için bebeğin başı rahatlıkla geçebilir, böylelikle yırtılma ya da herhangi bir deformasyon engellenmiş olur (Balaskas 1992, Güvenç 2004).

Doğum yapmış ve yapmamış 35 kadınla manyetik rezonans görüntüleme tekniği kullanılarak yapılan bir çalışmaya göre, pelvis boyutu vücut pozisyonuna göre değişiklik

göstermektedir. İleriye yaslanarak yapılan çömelme ve diz çökme, hem orta pelvis hem de pelvis çıkımındaki ön-arka ve transvers çapları yatay pozisyona göre artırmıştır. Spinalar arası çap çömelmede $8\pm 7\text{mm}$, diz çökmede $6\pm 7\text{mm}$ artmıştır. Çömelmede ise intertuberöz çap artmış ($3\pm 7\text{mm}$, $p=0.01$) ve obstetrik konjugata çapı azalmıştır ($2\pm 4\text{mm}$, $p=0.01$). Bu çalışmada not edilen değişikliklerin eklem hareketine daha fazla sahip kadınlarda önemli oranda artması beklenebilir (Gilbert ve Harmon 2002, Kömürcü ve Ergin 2008).

Birçok kadın çömelmeye doğum eyleminin çok erken evresinde başladıklarından hata yaparlar. İkinci evre yorucu olacağından, ilk evrede yorulmamak ve mümkün olduğunca dinlenmek gerekir (Balaskas 1992). Angajmandan önce uygulanırsa inişe engel olabilir, rahatsızlık verici ve can sıkıcı olabilir, Aşağıya doğru kuvvetli baskı uterus prolapsusu riskini artırabilir, perineal ve servikal ödem ya da yırtılmaya neden olabilir ve kan kaybını artırabilir (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum sırasında doğum sandalyesi kullanarak uzun süre çömelmenin perine bölgesinde ödeme neden olarak 3. ve 4. derece yırtıklar için yatkınlaştırıcı bir etmen olduğu bildirilmekte ve doğum sırasında kan kaybı riskini artırdığı tartışılmaktadır (Shermer ve Raines 1997, Jander ve Lyrenas 2001).

1.3.5.1.4. El-Diz, Diz-Göğüs Pozisyonları

Bu pozisyonlar (Resim 1.3.5.1.4.1) çıkımı mümkün olduğunca genişletir. Doktor veya ebe tam doğumdan önce belirli bir pozisyon almayı da önerebilir. Diz üstü pozisyonları uygulayabilmek için yardıma ihtiyaç vardır. Pozisyon aldıktan sonra dengede sabit kalmayı sağlamak için gebenin her iki yanında birisi olmalıdır (Sönmez 2009). Bu duruş kalçaların her yöne hareketine olanak sağlar, kontraksiyonlar esnasında sallanmak rahatlatıcı olabilir. Eller ve dizler üzerinde durarak doğum yapmak özellikle sırt ağrısında yararlıdır. Sırt ağrısı, adını ani kontraksiyonlar sırasında ağrının uterus boynundan ziyade belin alt kısımlarında hissedilmesinden alır. Eğer anne elleri ve dizleri üzerinde duruyorsa, bebeğin gövdesi ve başı aşağıya doğru, gebenin karnına doğru ağırlık yapacak ve doğumun daha kolay olmasına yardımcı olacaktır (England ve Horowitz 2011).

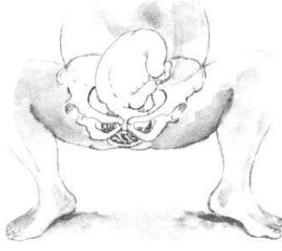
 El-diz pozisyonu	Bu pozisyona dört ayak duruşu da denilmektedir. Eller ve dizler üzerinde karın aşağıya, yerçekimine doğru serbestçe bırakılırken, baş, omuz ve kalçalar hafif yukarı ve öne doğru hareket ettirilir. Bu pozisyon bebeğin doğum kanalına en uygun pozisyonda yerleşmesine yardımcı olur. Doğum topu üzerine uzanarak el-diz pozisyonunun farklı şekilleri de denenebilir. Ellerin ve dizlerin altına yastıklar yerleştirmek rahatlatıcı olacaktır (Rathfisch 2012). Doğum için en rahat pozisyon olabilir (Sönmez 2009).
 Diz göğüs pozisyonu	Bu pozisyon doğum pozisyonu değildir, ancak bebek doğum kanalına uygun pozisyonda yerleşmediği zamanlarda bebeğin doğru pozisyonu almasına yardımcı olur. El-diz pozisyonundan kolaylıkla diz-göğüs pozisyonuna geçilebilir. Ön kollar yere çapraz yerleştirilir ve baş ellerin üstüne doğru uzatılır. Bebeğin, kemik kısımlardan oluşan alt pelvik bölgeden geriye doğru hareket ederek uygun pozisyonda doğum kanalına girebilmesi için dönüş yapmasına olanak sağlar (Rathfisch 2012).

Resim 1.3.5.1.4.1. El-diz, diz-göğüs pozisyonları (Mongan 2012).

1.3.6. Normal Doğum Eyleminin Birinci ve İkinci Evresinde Kullanılan Dikey Pozisyonların Etkileri

Doğum eylemi için annenin pozisyonu anne ve fetus açısından önemli sonuçlara neden olan bir faktördür (Güvenç 2004). Dik bir pozisyon doğum kanalının boylamasına aksını düzleştirir ve fetal inişi kolaylaştırır (Resim 1.3.6.1). Dik bir pozisyonda fundus, doğum kanalının boy eksenini düzleştirerek ve fetusun kafasını pelvis girişine yönelterek öne doğru iner. Gebelik ilerledikçe kadının denge noktasının ve vücut şeklinin değişmesi sonucunda gelişen lomber lordoz, bir pelvis eğikliğiyle sonuçlanır ve fetusu karından pelvise geçişte ileri doğru iter. Dik bir pozisyonda pelvisin açısı, uzanma pozisyonlarındaki 30 derecelik akut pelvis açısıyla karşılaştırıldığında, 90 ile 120 derece arasında olmaktadır (Shermer ve Raines 1997). Anne ve bebekten alınan verilere göre, farklı doğum pozisyonlarının faydalarına göre kanıt çeşitlilik gösterir. Araştırmacılar, bebeğin inişine ve dölyatağı problemlerine yardımcı olan ve fetusun yeterli oksijen almasını sağlayan, aşağı ana toplardamar üzerindeki gebe uterusun ağırlığını azaltan, yerçekiminin kullanımını kapsayan intrapartum dönemdeki hareketlilik ve ayakta doğum pozisyonunun potansiyel yararlarını tanımlamışlardır. Diz

çökme ve çömelme gibi belli pozisyonlarda artmış bir pelvis çapı gösterilmiştir (Priddis ve ark 2011).



Resim 1.3.6.1. Dik duran bir gebenin, bebeğinin pelvis bölgesindeki hareketi ve yerçekiminin etkisi (England ve Horowitz 2011).

Doğum sırasında dikey pozisyonunda olmanın önemli birçok fizyolojik yararları vardır. Bunlardan bazıları yer çekimi, aorta-kaval basınç riskinin azalması, fetüsün daha iyi hizalanması, daha etkin kasılmalar ve çömelme ve diz çökme pozisyonlarında pelvis kemiğinin daha fazla açılmasıdır (MIDIRS 2005). Dikey pozisyonların doğum sırasında bebek başının pelvis girimine uyumunu ve fleksiyon habitusunu kolaylaştırdığı, pelvis giriminin ön arka çapını 1.5-5 cm kadar artırdığı, uterus kontraksiyonlarını güçlendirdiği ve plasantanın bebekten daha yüksekte olması nedeniyle bebeğe doğru kan akımını artırdığı belirtilmektedir (Kömürcü ve Gençalp 2002, Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum pozisyonları, psikolojik sonuçları da etkiler. En rahat pozisyonları seçebilmek kadınların kontrollü olma deneyimini artırabilir. Kontrollü olma duygusu, olumlu bir doğum deneyimi ve doğum sonrası iyi hale katkıda bulunan önemli bir faktördür. Bu psikolojik sonuçlar giderek artan bir biçimde bakım kalitesinin önemli tarafları olarak tanımlanmaktadır (De Jonge ve ark 2009).

Doğumun ilk evresinde profesyonel ve becerikli yönetim sağlandığında doğum sonuçları olumlu olacaktır. Bu kadınların kontrol duygusunun korunmasına yardım eder, doğumuna katılmasını sağlar ve özgüveni ve memnuniyetini artırır (Lowdermilk ve ark 1997). Doğum esnasında ayakta doğum pozisyonlarını kullanan kadınlarda yarı uzanmış ve sırtüstü pozisyonu kullananlara göre doğumun I. ve II. evresinde kısılma, daha az tıbbi müdahale, daha az acı duyma ve çocuklarını doğururken duygusal açıdan daha fazla tatmin olma bildirilmektedir (Priddis ve ark 2011). Destekli oturma pozisyonu supine-litotomi pozisyonu ile karşılaştırıldığında, doğumun I. ve II. evresinde kısılma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Doğum eyleminin I evresinin ayakta ya da oturur pozisyonda olan gebelerde yan yatış pozisyonunda olan gebelere oranla ortalama bir saat daha kısa sürdüğü

belirtilmektedir (Lawrence ve ark 2009, Akın 2011). Ganapathy ve Gopal (2011), doğumun II. evresinin anlamlı olarak 11 dakika daha kısaldığını saptamışlardır. Anne adayına serbestçe hareket etme ve eylem sırasında ayakta durma, yürüme, diz üstü durma, oturma veya çömelme gibi konforlu, desteklenen, dik pozisyonları kullanmasına izin verilmesi durumunda doğumun tüm evreleri daha rahat ve az ağrılı gerçekleşir (Balaskas 2010). Kadınların çömelerek, oturarak, diz çökerek veya ayakta doğum yapması ile ıkınma kuvveti ve uterus kas sisteminin baskısı daha güçlü olur, kontraksiyonlar daha etkilidir ve bebek ileriye doğru daha hızlı itilir. Dik bir doğum pozisyonu nefes alıp vermeyi, uterusun ve plasentanın kan dolaşımını kolaylaştırır (Ersatzkasse 2012).

Doğumun II evresinde fetüsün iri olması nedeniyle eylem ilerlemiyorsa, çömelme pozisyonu pelvis ölçüsünü 0.5-2 cm artırabilir. Bu yüzden eylemin II. evresi kısılır, oksitosin gereksinimi, doğuma mekanik yardım ve epizyotomi gereksinimi azalır (Gilbert ve Harmon 2002). İkinci evrede pozisyonların uygun bir şekilde kullanılması ile perinenin fazla gerilmesi engellenip epizyotomi ihtiyacı da azaltılacaktır (Rathfisch 2012, Taşkın 2012). Doğumun II. evresinde pozisyonları inceleyen sistematik 18 randomize kontrollü çalışmanın sonuçları yatay ya da litotomi ile karşılaştırıldığında, dikey ya da lateral pozisyonun daha kısa II. evre, müdahaleli doğumlarda bir miktar azalma, daha az epizyotomi, daha az şiddetli acı ve daha az anormal fetal kalp atımları olduğunu, ancak II. derece yırtıklarda biraz artış ve kan kaybı riskinde artma (> 500 ml) görülmektedir (Gupta ve Nikodem 2000, Walsh 2000, DiFranco ve ark 2007). Fizyolojik olarak, yatay pozisyona karşı dikey pozisyonun avantajı yerçekimi ile daha verimli uterus kasılması, daha az aortakaval sıkışma iken, dezavantajı perineal konjesyon ve ödem, artan kan kaybı ve üçüncü derece yırtıktır (Soong ve Barnes 2005).

1.3.7. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Yatay Pozisyonlar

Yatakta doğum miti kendi çıkarları için profesyoneller tarafından üretilmiştir ve doğum için mobilitenin ve dik duruşların avantajlarını çok iyi bilen atalara sahip kadın nesillerini mahrum bırakmıştır (Walsh 2000). Aristo, doğumda yatay pozisyonun öncüsüdür (Balaskas 1992). Modern doğum masalarının ilk şekli 1676'da Hollanda'da geliştirilmiştir. İlk kez 11. yüzyılda bir Arap cerrahı Ebul Kasım, gebe kadını arkası yastıklarla yükseltile bir yatağa ayaklarını sarkıtarak yatırmış, vücudunu hiperekstansiyonda geriye atarak doğum yaptırmıştır. Doğum kanalının kapasitesini artırdığı bu pozisyon günümüze “*Walcher Manevrası*” olarak gelmiştir (Kömürcü ve Gençalp 2002).

Yirminci yüzyılda ise anestezi ilaçlarının kullanılmaya başlanmasıyla kadının doğumdaki bağımsızlığı ve hareketi giderek kısıtlanmıştır. Yatış pozisyonlarının şimdiki yüzyılda obstetrisyenler tarafından tercih edilmesinin nedeni, rutin EFM ve diğer operasyonel doğum tekniklerinin kullanılmasıdır. Bu teknikler diğer pozisyonları gölgede bırakmıştır (Kömürcü ve Ergin 2008). Ayrıca, gebelerin travay süresince yatay pozisyonda olmaları, doğumu gerçekleştiren ebeler ve kadın doğum uzmanlarının çalışmaları açısından daha elverişli bir ortam sağlamaktadır (Lawrence ve ark 2009, Akın 2011).

Batı dünyasında, lisanslı ebeler ve doktorlar doğum sandalyesinden yatağa geçişi önermişlerdir. Shorten ve ark (2002), yan yatış pozisyonunu kullanmanın potansiyel faydalarına dikkat çekmiştir. Bu da en az zararla bir doğumun gerçekleşme ihtimalini artıracak gibi görünmektedir. Günümüzde birçok kadın hastanelerde sağlık personelinin tercihi üzerine sırtüstü veya yarı yatar pozisyonda doğum yapmaktadır. Bu durum, doğumda aktif rol oynayacak olan kadını pasif hale getirmesi açısından önemlidir (Shorten ve ark 2002).

Doğum için sırtüstü yatma konusundaki yaygın eğilim, deneysel olarak asla test edilmemiştir. Daha da kötüsü, forseps doğumları ve anestezi verilmesi gibi teknik müdahalelerin gerçekleştirilmesinde doğum pratisyenlerine yardımcı olmak amacıyla yaygın olarak kullanılmıştır. Bu, *yatakta doğum miti*'ne inanıldığı sürece ebeler ve kadın doğum uzmanları tarafından üstü kapalı olarak uygun bulunmaya devam edecektir (Walsh 2000).

1.3.7.1. Sırtüstü (Litotomi) Pozisyonlar

Sırtüstü pozisyonlar, teknik uygulamalar ve aletlerin kullanıma kolaylığı açısından sağlık elemanlarının doğum için yıllarca kullandıkları rahat, kullanışlı ve yaygın bir pozisyon olmuştur (Kömürcü ve Ergin 2008, Mongan 2012). Hastanede doğuma yardımcı olan sağlık ekibi için doğum eyleminde, özellikle de doğumun II. evresinde sırtüstü pozisyon daha çok tercih edilmektedir. Çünkü bu pozisyonda doğuma katılım ve müdahale daha kolay olmaktadır. Kadınlar litotomi pozisyonunda sırtüstü yatmakta ve bacaklar açılarak dizlerden katlanmakta ya da hafifçe yukarı doğru yükseltilmektedir (Resim 1.3.6.1.1). Sağlık çalışanları yatakta ya da doğum masalarında doğum yaptırmayı tercih ederler, çünkü doğum alanını iyi görmek için çömelmek ya da eğilmek durumunda değildirler. Aletler tepsi üzerinde steril kalabilir. Doğum anı yaklaştıkça doktor ya da ebe daha sık olarak rahim ağzı açıklığını ve bebeğin inişini kontrol etmek ister. Bunun için de kadını çoğunlukla sırtüstü pozisyonda yatırır (Rathfisch 2012). Ancak, sırtüstü pozisyon doğum anında etkisi çok az olan bir pozisyonudur ve perine bölgesinde basınca neden olarak epizyotomili doğum olasılığını

artırmaktadır (Al-Azzawi 2007, Keskin 2011, Mongan 2012, Rathfisch 2012,).

Amerika’da litotomi ve diğer sırtüstü pozisyonu türevleri gibi yatay pozisyonlar, hastanede doğum yapan kadınlar için norm haline gelmiştir. Litotomi, bacakların stapesler ya da ayaklıklarla desteklendiği ve vücut seviyesinin üzerine kaldırıldığı sırtüstü uzanılan gevşek bir pozisyonudur. Litotomi pozisyonlarının çeşitlemeleri, vücudun üst kısmının kaldırıldığı ve bacakların kalçaların üzerinde desteklendiği ve göğüse doğru esnetildiği semi-fowler pozisyonunu içerir. Daha az kullanılan yatay bir pozisyon, bacağın üst kısmının kaldırıldığı ve desteklendiği arkaya yaslanan yan-sims pozisyonudur. Bu yatay pozisyonlar, doğurmak üzere olan kişide bir bağımlılık ve pasiflik hissi uyandırır (Shermer ve Raines 1997).



Doğum eyleminde gebenin ayakları yukarı kaldırılarak bacakları alabildiğine açılıp üzengilere konulduğunda, ağırlı kramplara, uyuşmaya ve bacaklarda kan pıhtısı oluşumuna neden olabilir. Üstelik bazı kadınlar bu şekilde yatmayı aşağılanma, savunmasızlık ve güçsüzlük olarak algılamaktadırlar (England ve Horowitz 2011).

Resim 1.3.7.1.1. Litotomi pozisyonu (England ve Horowitz 2011).

Kadına göre sırtüstü uzanmak bir ilerleme sağlamamaktadır. Bunun anlamı kadının ve bebeğin yerçekimine karşı çalışmaları, kadının ıkınırken çok önemli olan kas gücünü kullanamaması ve pelvis kemiğinin daha az açılmasıdır. Bugünlerde birçok sağlık çalışanı doğum eyleminde kadının kendi doğum yönetimine, rehberliğine saygı duymakta ve kadının kendini en rahat hissettiği pozisyonu almasına önem vermektedir (Rathfisch 2012).

Alternatif yöntemler, dorsal supine pozisyonla ilgili birçok problemi önler. Buradaki esas unsur, yerçekimi yardımının kaybolmasıdır. Bu doğum için daha da kritiktir, çünkü kadın supine pozisyonda olduğunda, kıvrımlı doğum kanalı aşağı değil, yukarıya doğru eğimle sonlanır. Eylem sırasında düz supine pozisyonun diğer bir dezavantajı vena kava’nın olası kompresyonudur (Reid ve Haris 1988).

1.3.7.2. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Yatay (Sırtüstü) Pozisyonların Etkileri

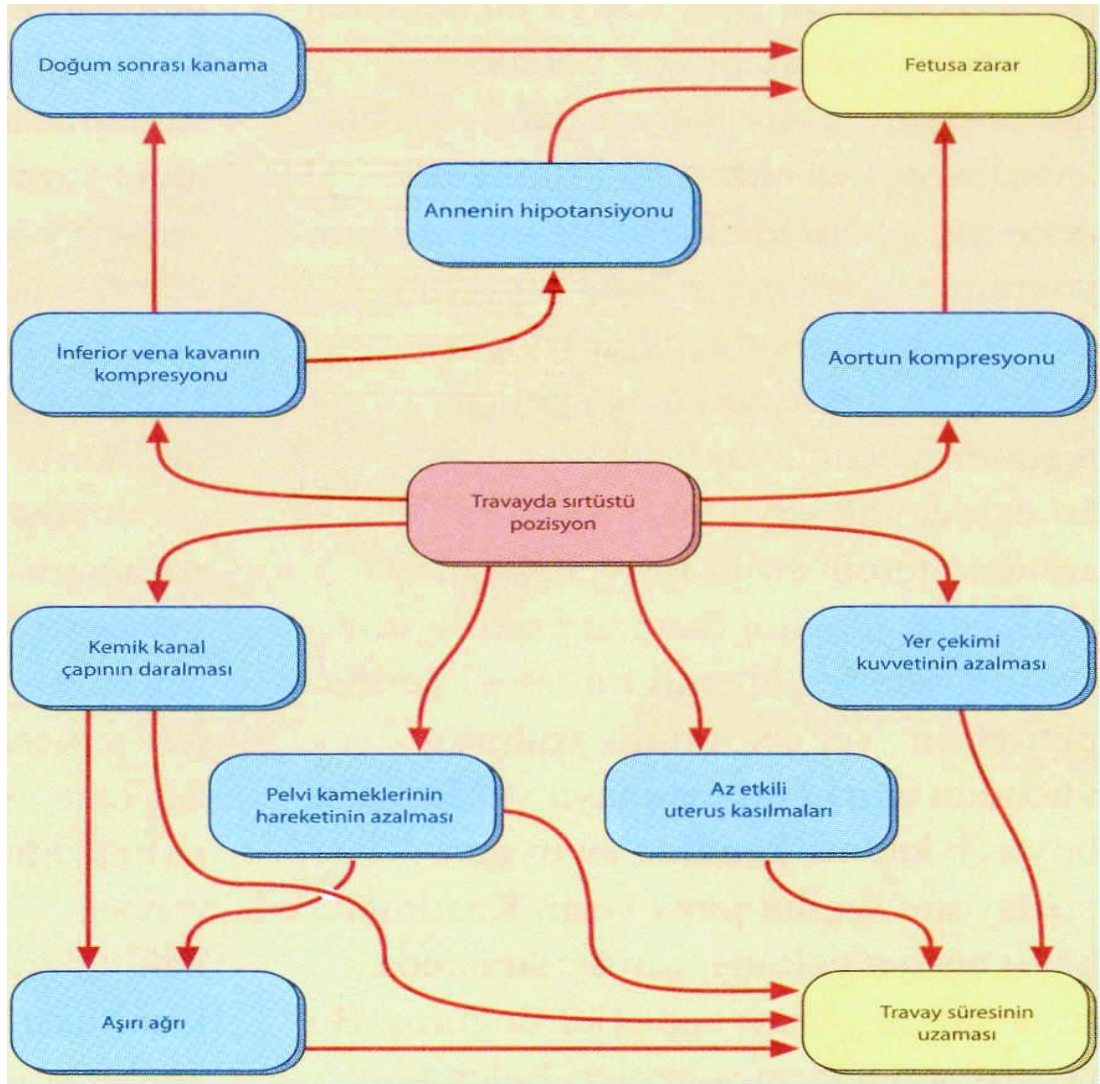
Yarı yatar veya yatar pozisyonların birçok olumsuz etkileri vardır. Bir cisim için yere dikine düşmek, yere paralel hareketten çok daha kolaydır. Yatay pozisyonlarda uterus yerçekimine karşı çalışmak zorundadır. Bu enerji kaybına neden olur (Balaskas 2011).

Bu pozisyonda azalan uterus kontraksiyonları servikal dilatasyonun düzenli gelişimini engelleyebilir. Yani, dilatasyon süreci boyunca sırtüstü pozisyonu teşvik etmek için gerekli nedenlerin olduğu söylenemez (Keskin 2011). Vena kava'ya baskı nedeniyle sırtüstü pozisyonundan kaçınılmalıdır. Çünkü annenin kardiyak outputu düşer ve plasantal perfüzyon azalır. Böylece fetüse giden O₂ miktarı azalır ve hipoksiye neden olabilir. Kadınların yaklaşık %10'unun kan basıncında %30 oranında bir azalma olur (Kömürcü ve Ergin 2008, England ve Horowitz 2011, Keskin 2011, Walsh 2000).

Uterus kontraksiyonlarının sıklığı, şiddeti ve etkinliği azdır, daha ağırlıdır ve doğum süresi uzar. Litotomi pozisyonu perinenin mekanik olarak gerilmesine neden olarak spontan laserasyon oluşma olasılığını ve epizyotomi uygulama ve müdahale gereksinimini artırır. Bir saatten fazla litotomi pozisyonunda bacakların yükseğe kaldırılması, şiddetli pelvik konjesyona yol açarak alt ekstremitelere kan akışını engeller ve basınç oluşturduğu için damar ve sinirlere zarar verebilir ve doğum sonu dönemde tromboflebit gelişme olasılığını artırır. Bu durumlar doğum sonrası ağır kanama risklerinde artışın da nedenidir (Kömürcü ve Ergin 2008, England ve Horowitz 2011, Balaskas 2011, Gilbert ve Harmon 2002).

Litotomi pozisyonu fetüsün pelvik kavite içindeki inişini yavaşlatır. Anne yatar pozisyonda iken vücut ağırlığı sakrum ve koksiks bölgesine basınç yaparak pelvis hareketliliğini ve çapını azaltır, pelvis girimi açılmaz ve fetal iniş ve rotasyon engellenir. Bebeğin doğum kanalı içinde ilerlerken sakrum ve koksiks esnetmesini ve kendine yer açarak ilerlemesini yavaşlatır. Pubis ile sakrum arasındaki açıklığın çapını %30'a varan bir oranda (2.5 cm) daraltır. Böylelikle doğumun II. evresi uzayabilir (Kömürcü ve Ergin 2008, England ve Horowitz 2011, Balaskas 2011, Walsh 2000, Gilbert ve Harmon 2002).

Kadının tek bir pozisyonda uzun süre bekletilmesi, onun kendisini kötü hissetmesine ve üzülmesine neden olur. Litotomi pozisyonunda mide içeriğini aspire etme riski vardır. Uterusa olan kan akımının azalması uterus kasında hipoksi gelişmesine neden olarak annenin algıladığı ağrının şiddetini artırır. Kadınlarda uterusun diyaframaya basısı nedeniyle solunum güçlüğü ortaya çıkabilir, baş dönmesi ve bulantı semptomları deneyimlenebilir. Uterusun eksenini pelvis girimi yerine simfizis pubise yönelir. İkınma için yerçekiminin etkisinden yararlanılmaz, itme yeteneği azalır. Doğum sürecine annenin katılımı azalır (Kömürcü ve Ergin 2008, England ve Horowitz 2011, Balaskas 2011, Walsh 2000). Pek çok anne bu şekilde durmayı daha acı verici bulmakta ve sanki bebeklerini yokuş yukarı itiyorlarmış gibi hissetmektedirler (England ve Horowitz 2011).



Şekil 1.3.7.2.1. Sırtüstü pozisyonun olası elverişsiz sonuçları (Keskin 2011).

Doğum sırasında koksiks üzerinde oturmak, doğum sonrasında bile acı vermeye devam eder (Balaskas 1992). Şekil 1.3.7.2.1'deki oklar sırtüstü pozisyonun neden sonuç ilişkisini değil, bir sonra gelişebilecek olayı göstermektedir (Keskin 2011).

1.3.8. Normal Doğum Eyleminde Kullanılan Dikey ve Yatay Pozisyonların Etkilerinin Karşılaştırılması

Aşağıdaki çizelgede (1.3.7.1) dikey ve yatay pozisyonların I. ve II. evredeki etkileri karşılaştırmalı olarak özetlenmiştir (Balaskas 2010).

Çizelge 1.3.8.1. Dikey ve yatay pozisyonların I. ve II. evredeki etkileri

(Birinci Evre-Açılma)	
Dikey pozisyonlar Çömelle, ayakta durma, diz çökme, oturma ve öne eğilme	Yatay pozisyonlar Sırtüstü yatar veya yarı yatar pozisyonlar
Yer çekimi etkin kullanılır. Bebeğin başı ve gövdesinin ağırlığı, serviks üzerindeki baskısı daha hızlı açılma sağlar.	Yer çekimi etkisi azalır. Bebeğin ağırlığının baskısı olmaz. Düzensiz basınç servikste yavaş açılmaya sebep olur ve daha çok ön dudak açılır.
Uterus kasılmalarında öne doğru hareket eder Anne öne eğilirse bu hareket dirençle karşılaşmaz ve kasılmalar daha az ağrıyla daha etkili olur.	Uterus yer çekimine karşı çalışır. Bu pozisyon yerçekimini yenmeye çalışır. Bu direnç daha fazla ağrı ile daha etkisiz kasılmalara neden olur.
Ana damarlar üzerinde ağırlık olmaz. Öne eğilme bebek ve plasenta için daha iyi kan akımı sağlar. Daha iyi oksijenlenme ile daha az fetal distres görülür.	Uterus ağırlığıyla ana damarlara baskı yapar. Uterusa giden kan akımı azalarak fetal distrese neden olur.
Sakrum oynaktır. Pelvik kanal açılabilir ve bebeğin aşağı inen başının şeklini alabilir. Pelvik eklemler genişleyebilir.	Sakrum oynak değildir. Annenin tüm ağırlığı sakrum üzerinde olduğundan pelvis çıkımı da daralmıştır.
Pelvik eklemler genişleyebilir. Eklem ve sinirlere daha az baskı sonucu daha az ağrı olur (özellikle sırt ağrısı). Pelvis iç çapları genişlediğinden bebeğin başının iniş ve rotasyonu için daha fazla yer olur.	Pelvis daha az hareket eder. Sinirler üzerindeki baskı ağrı algısını artırır. Pelvis iç çapları daraldığından bebek için daha az boşluk kalır.
(İkinci Evre - Doğum)	
Pelvis dik Dik ve öne eğildiğinde kontrol kadındadır. Bedenini daha fazla kontrol edebilir, daha fazla özgürlük ve mahremiyet hisseder.	Pelvis yatay Sırtüstü veya yatar pozisyonda kadın teslimiyet hisseder. Tüm genital bölge açıktır. Gözlemlendiğini hisseder, kırılgandır ve kontrolü kaybetmiştir.
Bebeğin iniş açısı kolaydır-aşağı ve dışarıdır. Rahim maksimum güçte daha etkili çalışır. İkinci evre kısalmır.	Bebeğin iniş açısı daha zordur-yokuş yukarıdır. Aşağıya itme gücü azalmıştır. İkinci evre uzar.
Perine rahat açılır Yırtık riski azalır.	Perine rahat açılmaz. Bebek başı doğrudan perine üzerine baskı yapar. Yırtık riski artar.
Aktif doğumda bebek en iyi koşuldadır. Daha az analjezi ihtiyacı olur, müdahaleler ve yan etkilerini azaltır. Anne güç, gurur ve tatmin hisseder.	Pasif doğumda bebek baskı altındadır Analjezi ihtiyacı ve müdahalelerin muhtemel yan etkileri artar.

1.3.9. Doğum Eyleminde Mobilizasyon ve Pozisyon Değişikliğinin Önemi ve Ebe/Hemşirenin Rolü

Mobilizasyon, eklemlerin hareketli olma durumudur. Temel olarak mobilizasyon çeşitleri şunlardır (Genç 2007, Akın 2011):

- Yatak içi egzersizler (pasif, aktif-yardımlı ve aktif eklem hareketleri).
- Yatak içinde pozisyon değiştirme (dik oturma pozisyonu ve sağa-sola yan yatış vb).
- Sırtüstü yatış pozisyonundan oturma pozisyonuna geçme.
- Yatak kenarında oturma.
- Oturma pozisyonundan ayağa kalkma.
- Yatak kenarında oturma pozisyonundan ayağa kalkma ve sandalyeye geçme.
- Yürüme.

Mobilizasyonun olumsuz etkisini gösteren kanıt olmadığı için kadınların yürüme ve pozisyon değişikliği rutin olarak kısıtlandırılmamalıdır. Sadece supine pozisyonun uterin kontraksiyonları ve plasental perfüzyonu olumsuz etkilediğine ilişkin fizyolojik kanıtlar bulunduğu için bu pozisyonundan kaçınılmalıdır (Hofmeyr 2005).

Annenin pozisyon değişiklikleri ile bazı doğum komplikasyonları düzeltilebilir. Örneğin; pelvisi genişleten çömelme ve diz çökme gibi pozisyonlar kadınlar için güvenli kabul edilebilir (Romano ve Lothian 2008). Yürüme, merdiven çıkma, hamle yapma ve öne arkaya sallanma hareketleri özellikle önemlidir (Sönmez 2009). Doğumda hareket kısıtlaması ve mobilizasyonun etkilerini karşılaştıran birçok çalışmada özellikle doğumun ilk evresinin süresi üzerinde durulmuştur. Gebelere hareket özgürlüğünün sağlanması, doğumun I. evresini kısaltmaktadır (Molina ve ark 1997, Akın 2011). Toplamda geniş bir örneklem oluşturan randomize çalışmaların sistematik incelemeleri sonucunda; doğumda yürüme veya dik pozisyonları almanın anne ve bebek açısından güvenli olduğu, ancak doğumun ilk evresinin uzunluğunu azalttığını gösteren yeterli kanıt bulunmadığı bildirilmektedir (Souza ve ark 2006). Doğum eyleminin I. evresi süresince maternal mobilizasyonun etkilerinin incelendiği çalışmada; maternal mobilizasyonun doğum eyleminin II. evresinin uzunluğunu ve doğum şeklini etkilemediği sonucuna da ulaşılmıştır (Lawrence ve ark 2009). Doğum eyleminde pozisyon değişikliklerinin uterus kasılmalarının etkin hale gelmesi, doğum eyleminin ilerlemesi ve doğum ağrısının azalmasında yardımcı olduğuna inanılmaktadır (Molina ve ark 1997, Akın 2011, Kömürcü ve Ergin 2008, Sönmez 2009, Rathfisch 2012). Bütün pozisyonlarda pelvisin temel ölçüleri aynı kalmasına rağmen, doğum yapan kadın aktif

olduğunda pelvik açıları ve iç boyutları oldukça çarpıcı bir biçimde değişebilir (Sutton ve Scoot 1994).

Doğum yavaş ilerliyorsa yapılacak bazı hareketler ile birlikte doğum tekrar hızlandırılabilir. Kadın, bedenini dinlediğinde zaten pozisyon değişikliğini kendisi gerçekleştirecektir. Sadece yatmak yerine, yürümek, el diz pozisyonunu almak, dizlerinden öne eğilmek ya da doğum topu üzerindeki hareketler gibi dik pozisyonlar doğumda çoğu kadında daha fazla kontrol duygusunu geliştirmektedir (Rathfisch 2012). Doğum ağrıları ve doğum sırasında pozisyon değiştirme ve etrafta dolaşma annede; konfor artışı/ağrıda azalma, dikkati başka yöne çekme, artmış kontrol hissi sağlar ve sadece bir şeyler yapmak bile kadının kendisini tükenmiş ve kontrolden çıkmış hissetmesini önler (Sönmez 2009).

Hareket etmek ve pozisyon değiştirmek, pozisyon doğru olsa bile tek bir pozisyonda kalmaktan çok daha önemlidir. Bir doğum pozisyonunun etkili olması için kan damarları üzerinde basınç yaratmaması, hareketin kısıtlanmaması, pelvisin tam olarak mobil olması ve bedenin yerçekim ile uyumlu çalışması gerekir (Balaskas 2011). Kontraksiyon esnasında hareket etmek ya da kontraksiyon arasında sık sık pozisyon değiştirmek rahatı devam ettirir, doğum gelişimini ilerletir ve düzenler. Yürüme, doğum topu üzerinde sallanma gibi diğer ritmik hareketler kontraksiyonları desteklemek için eylemin bir parçasıdır (Simkin 2007). Mobilitiyi sağlamak, kadını doğum ve doğum eylemi sırasında serbest hareket ve pozisyon değişimi için teşvik edeceğinden bu konuda desteklenmesi önemlidir (WHO 2007). Doğum eylemi süresinde her 30 dakikada bir pozisyon değişikliği yapılır ve gebe pozisyon değişikliği konusunda cesaretlendirilir. Pozisyon değişikliği seçimi annenin tercihi, güvenliği, rahatı, eylemin etkili ilerlemesi ve hemodinamik bilgisi üzerine temellenmelidir (Gilbert ve Harmon 2002).

Doğum ve travay gerçekleşirken, kadın ihtiyaç duyabileceği çevreyi kendisi düzenleyebilir. Bu düzenleme ile kadın kendi doğum eyleminin yönetiminde etkin rol almış olur (Kadayıfçı 2005, Sayiner ve Özerdoğan 2009). Müdahalesiz her doğumda göze çarpan belirgin hareketler vardır; kadın yürür, çömelir, ayağa kalkar, dizlerinin üstüne çöker, yatar ve en rahat, en doğru pozisyonu bulmak için bedenini özgürce hareket ettirir. Kadın doğum anında içindeki dürtülerini izlediğinde, doğal doğum sırasında sabit bir pozisyonda kalmaz. Doğum pasif bir mahkûmiyet değildir (Balaskas 2011). Doğum aktif bir eylem olduğu için pozisyon değiştirmeyi gerektirir (Keskin 2011).

Fizyolojik koşullar bakımından, fetüsü fırlatma refleksinin dayanılmaz son kasılmaları sırasında, kadın gözlemlendiğini veya yönlendirildiğini hissetmediği durumlarda, çoğunlukla

daha dik durmaya ani bir eğilim gösterdiği gözlenir. Bazı kadınlar doğum anında bir şeye ya da birine asılmak isterler. Bazıları çoğunlukla bir mobilya parçasına yaslanarak aniden ayağa kalkar. Diz çökmüş olan kadınlar da aniden vücutlarını kaldırma eğilimi gösterirler. Bu durum ani ve geçici adrenalin hücumuyla ilişkilidir. Önemli olan kadının içinden geldiği gibi rahat hareket etmesine olanak ve zaman sağlanmasıdır. Burada önemli olan hormon dengesidir. Müdahale edilmemiş bir doğum sürecinde kadının alacağı pozisyon hormonal dengeyle ilişkilidir (Rathfisch 2012).

İnsana önem verilen doğum merkezlerinde kontrol kadındadır. Eşit olarak birlikte uyum içinde çalışan ebe, hemşire ve doktorlar anneye odaklıdır ve kanıta dayalı hizmetleri önemserler (Wagner 2001, NICE 2007), aktif doğumla benzer şekilde, kadınların doğum boyunca en rahat ettiği pozisyonu almasına ve hareket etmesine yardımcı olunması ve cesaretlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Dik pozisyonlara ilgi giderek artmakta ve kadınlar daha az medikasyon istemekte, hareket ve pozisyon değişimi ile doğumdaki fizyolojik avantajların farkına varmaktadır (Kömürcü ve Ergin 2008). Kadınlar genellikle onlardan bekleneni yapmayı “seçerler”, ve en yaygın doğum sancısındaki kadın imajı “yatakta”dır. Oysa, tıbbi zorunluluğun olmadığı durumlarda gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlamak etik bir davranış da değildir. (Romano ve Lothian 2008, Akın 2011). Bu nedenle ebelerin doğum sancısı sırasında farklı pozisyonları gösterme ve teşvik etmede aktif olmaları gerekmektedir (Bloom ve ark 1998).

Fizyolojik doğum durumlarında ne çevrenin sterilizasyonu, ne de perinenin korunması gerekli değildir. Böylece kadının litotomi pozisyonunda doğum yapmasını zorlayan tüm nedenler ortadan kalkar (Keskin 2011). Doğum sancısının ilk aşamasının ilk yarısında kadınların sık sık pozisyon değiştirdiği gözlemlenmiştir (Walsh 2000). Vajinal doğumu tercih eden kadın doğumunun hastanede, doğum merkezinde ya da evde oluşuna göre bağımsız hareketler yapma, duş alma, banyo yapma gibi çeşitli yöntemler kullanabilir. Doğuma yardımcı olan sağlık profesyonelleri, öncelikle de ebeler kadınların kendi vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenip, kadının bunu fark etmesine yardımcı olacak ortamları hazırlamalı ve bu bilgelikle her doğumun kendine özgü olduğu içinde değer görmesini sağlamalıdır (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

1.3.10. Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanımında Ebelik/Hemşirelik Uygulamaları

Kökleri yüzyıllarca geriye giden standart kadın doğum uygulamalarının bir gecede değişmesi beklenemez. Bugün çoğu doğum uzmanı gebeyi sırtüstü yatırarak doğum yaptıracak şekilde eğitilmiştir. Dik konumların anne ve bebek için daha yararlı olduğuna inanan doktorlar bile, annenin sırtüstü yatmasında ısrar edebilirler. Bir doktor değişime karşı gösterilen bu gönülsüzlüğü "*annenin sırtüstü yattığı durumların haricinde ellerimi nereye koyacağımı hakikaten bilemiyorum*" diyerek açıklamıştır (England ve Horowitz 2011). Doğum eyleminde mobilitenin ve dik duruşların getirileri üzerindeki kararsızlık ebeler uygulamalarında da görülmektedir. Seçim yapma hakkı verildiğinde, ebeler kadınların yatak üzerinde yarı yatar pozisyonda olmayı seçtiklerini savunmaktadırlar. Bir doğumhanenin bir yatak odası olduğu varsayımı, bir önceki doğumda kadının doğum pozisyonu, dik bir duruşta doğuma yardımcı olma konusunda ebeğin güveni ve deneyimi ve doğumun tıbbileştirilmesi bunun nedenleri arasındadır (Kömürcü ve Ergin 2008). Ebe ve kadın sağlığı hemşireleri kanıt temelli uygulamaları gerek bilmedikleri, gerekse kurum politikaları izin vermediği için doğum eylemi sürecinde geleneksel yaklaşımlara devam etmekte, anne ve fetus sağlığını riske atabilecek uygulamalarda bulunabilmektedirler (Alan ve Aslan 2012).

Doğum eyleminde çoğu kadın, kasılmalar sırasında dik pozisyonda kaldıklarında ve hareket ettiklerinde doğum ağrısını daha fazla kontrol edilebildiklerini keşfeder. Doğum eyleminde kullanılabilecek birçok pozisyonun sadece bir tanesinin, dik pozisyonda kalmanın kadının deneyimlerine pozitif yönde katkısı olabilir (Rathfisch 2012). Walsh (2000), kadınlara pozisyonlar üzerinde seçim yapma hakkının verilmesini ve bu seçimin dik duruşların avantajları ve yatık duruşların dezavantajları hakkındaki bilgiyi içermesi gerektiğini belirtmektedir. Bu nedenle ebe ve hemşireler doğum eyleminde kadınlara pozisyon değişimini teşvik etmelidirler. Bunun için yapılacak eğitim antenatal dönemde başlatılmalı ve gebe kadınlara yürüme ve hafif aerobik gibi düşük etkili egzersiz programlarından yararlanma konusunda bilgi verilmelidir (Kömürcü ve Ergin 2008).

Doğum eylemindeki bakımın amacı güvenli ve mümkün olduğunca en az müdahale ile sağlıklı anne ve bebek elde etmek, anneyi aktif kılmak, annenin gereksinimlerinin karşılandığı doğum deneyimi edinmesini sağlamak, bilgi gereksinimini karşılamak ve anne ve bebeği değerlendirmektir (Miltner 2000). Bu doğrultuda ebe ve hemşirelerin en önemi görevleri, doğum eyleminde gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısı ile baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak

doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır (Yıldırım 2001). Ebe ve hemşire tarafından doğumun fizyolojik ve psikolojik etkilerinin bilinmesi ve yapılacak uygulamaların dikkatli bir şekilde planlanması, eylemin gebe ve fetus için rahat, güvenli ve sağlıklı bir hale gelmesini sağlayacaktır (Ulutaş 2011). Ebe/hemşirelerin kadınların doğuma ilişkin korkularını ve anksiyetelerini azaltarak, onları doğum eylemine hazırlamada ve olumlu doğum deneyimi edinmelerini sağlamada önemli sorumlulukları bulunmaktadır (Karaçam ve Akyüz 2011). Doğum çevresinin etkisini, bakım modellerini, bireysel bakış açısını veya ayakta doğum pozisyonunu kullanan ebelerin uygulamalarını anlamak önemlidir. İntrapartum dönemde çeşitli doğum pozisyonlarını benimseyen kadınlara yardımcı ve engelleyici faktörler ile doğum pozisyonlarının anne ve yenidoğanın sağlığına etkisinin farkında olmak ebeler için önemlidir (Priddis ve ark 2011).

Doğumun olumlu koşullarda geçirilmesi, gebe ve ailenin gereksinimlerinin karşılaması için ekip yaklaşımı, bilgi ve beceri gereklidir. Doğum eylemindeki gebelerin ebelik bakımının odağı yalnızca anne ve bebek için güvenilir bir doğum sağlamak değil, aynı zamanda olumlu ve memnun edici bir doğum yapma deneyimi oluşturmaya yönelmiştir. Annelerin doğum deneyimlerini olumlu ya da olumsuz değerlendirmeleri kişisel ve kurumsal birçok faktöre ve bekledikleri desteğin sağlanmasına bağlıdır (Ulutaş 2011).

Doğumun II. evresinin yönetiminde AWHONN tarafından geliştirilen uygulama protokolü ile klinik uygulamalar ve araştırma temelli bilgilerin uygulanması amaçlanmaktadır. Doğumun II. evresinde düz yatış pozisyonlarından ziyade dik pozisyonların uygulanmasının teşvik edilmesi gerektiği belirtilmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum sürecinde şunların yapılması önemlidir (Walsh 2000, Kömürcü ve Ergin 2008, Serçekuş ve İşbir 2012):

- Bütün gebe kadınlar perinatal dönemde doğum eyleminin II. evresinde farklı dikey pozisyon uygulamaları tanıtılarak teşvik edilmeli ve dik duruşların avantajları ve sırtüstü duruşların dezavantajları hakkında bilgilendirilmelidir.
- Gebe doğum eyleminin II. evresinde litotomi gibi sırtüstü pozisyon seçiminden vazgeçirilmeli, pelvis çıkımını genişlettiği için çömelme, yarı oturma, ayakta durma ve diğer el-diz pozisyonları teşvik edilmelidir. Kanıta dayalı çalışma ve rehberlerin önerileri dikkate alındığında, önerilen dik pozisyonlar ile doğumda pozisyon değişikliğinin yararlı olduğu görülmektedir.
- EFM, intravenöz infüzyonlar ve farklı analjezi metodlarının kullanımı kadının

mobilizasyonunu ve doğum boyunca pozisyon değişikliğini etkileyebilir. Doğumda mobilitenin teşvik edilmesi farmakolojik analjezi ihtiyacını ve sezaryen doğumları azaltmaktadır. Sağlık personeli kadını bunların kullanımına yönelik seçenekleri olduğu konusunda bilgilendirmelidir.

- Konvansiyonel yataklar ve doğum yatakları normal doğumhanelerden kaldırılarak koltuk yataklar/divanlar ile değiştirilmelidir. Dik duruşların kolaylaştırılması için destekler sağlanmalı ve ebeler kadınlara uymalıdır. Çevre hareket özgürlüğünde önemli olduğundan, gebe adayının bulunduğu doğum odası uygun hale getirilmelidir.
- Sağlık personeli kadınları kontraksiyonlar boyunca yatar veya yarı yatar pozisyon yerine kadına en rahat ettiği pozisyon değişikliği konusunda yardımcı olmalı ve kadını cesaretlendirmelidir. Kendilerine seçenek verildiğinde, kadınlar doğum sırasında ortalama 7-8 defa pozisyon değiştirmektedirler.

Bedenimizin en doğal işlevlerinden olan doğum hakkında bilgi almak ve hazırlanmak en temel sağlık haklarından biridir. Doğum hastaneleri, üniteleri kadar gebe bilgi ve danışma merkezlerine ve hazırlık programlarına da ihtiyaç vardır (Ayla 2008). Sağlık kurumlarında normal doğum için ayrılan bölümlerin mimari planlamasının da özenle yapılması ve medikalizasyondan kaçınılması önem taşıyabilir. Ne yazık ki günümüzde Türkiye’de girişinde “*Sancti Odası*” levhası bulunan ve “*Doğumhane*” olarak adlandırılan hastane kısımları mevcuttur (Sezik 2011). Hastane odaları genellikle yatak içinde yatan hastalara göre dizayn edilmiş, doğum odaları, kadının sırtüstü uzanabileceği şekilde ve sağlık çalışanlarının da yatağın etrafında ve ayak ucunda durabilecekleri şekilde tasarlanmış, ıkınma sürecinde dikey pozisyonların kullanılmasına olanak verecek şekilde düzenlenmemiştir. Kadınlar odanın ortasında yer alan büyük yatağa, özellikle doğum eyleminin sonlarına doğru tırmanmada zorluk yaşamaktadırlar. Çok az oda sadece yürümek ve çömelmek için uygundur. Maalesef birçok hastanede ve doğum merkezinde yatak odanın büyük bir bölümünü kapsamaktadır. Hastanede doğal doğum yapabilmek için önceden dikey pozisyonlar hakkında eğitim almış sağlık ekibiyle pozisyonlar hakkında konuşulmalı ve doğum odasının farklı pozisyonların kullanılmasına olanak verecek şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. Örneğin; çoğu kadınlar için el-diz pozisyonunda ıkınmak ve doğum yapmak çok rahatlatıcıyken, bu durum doğumda daha önceden bu pozisyonu kullanmamış olan sağlık ekibi için çok şaşırtıcı olabilir (Rathfish 2012). Gebelik süresince doğum eyleminde kullanılabilecek en az beş tane pozisyon belirlenmeli ve doğumda destek için bulunacak kişilerle denenmelidir. Seçilen özel pozisyon için nasıl bir desteğin gerekeceği tespit edilmelidir. Doğumun gerçekleşmesi planlanan yerde “*seçilen doğum pozisyonu için doğum topuna, ekstra yastığa, geriye doğru yaslanabilecek düz*

bir sandalyeye ihtiyaç var mı?” gibi durumlara yönelik değerlendirmeler yapılarak ortamın doğum için uygunluğu ve yapılacak düzenlemelere ayrıca önem verilmelidir (Rathfisch 2012). Doğum, eylemdeki gebe kendini rahat hissedebileceği bir ortamda izlenmelidir. Doğum salonu mümkünse konforlu sandalye ve koltuklar, radyo/kaset çalar, CD çalar ve televizyon içermelidir. Annenin ayrı olarak dinlenebileceği bir doğum odası da bulunmalıdır (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğumhane kavramı ve fiziki mekanının günümüz obstetrik yaklaşımında da yeri olmamalıdır. Bu konuda Sağlık Bakanlığı’nın kısıtlı içerikte olmakla beraber “Anne Dostu Hastane Programı” çalışmasını yürütüyor olması sevindiricidir (Sezik 2011). Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında doğum üniteleri için yayınlanan genelgeye göre, yeni yapılacak hastanelerde doğum odalarının sancı-doğum-loğusa odası olarak tek bir oda şeklinde planlanacağı belirtilmektedir (Sezer ve ark 2012). Anne dostu hastane kriterinde, gebe kendini rahat, ev ortamında hissedebilmeli, travay sırasında pozisyon kısıtlaması olmamalı, istediği pozisyonda yatabilmeli, odada rahatça yürüyebilmeli, hareket edebilmelidir ifadesidir (Sokullu 2012).

Sağlık bilimlerinde bilimsel bilginin her gün biraz daha artması, teknoloji ve tedavi yöntemlerindeki gelişmelerle tedavi seçeneklerini de artırmaktadır. Yeni tedavi yaklaşımları, sağlık bakım profesyoneli olarak hemşire/ebeleri gelişen tedavi uygulamalarında hastaların yaşadıkları sorunların giderilmesi ya da azaltılmasına yönelik girişimleri geliştirmeye ve desteklemeye yöneltmektedir. Bu bağlamda hemşire/ebelerin doğum eylemi ile ilgili geliştirilen protokolleri araştırıp geliştirme, doğumdaki kadının ve ailenin ihtiyacını değerlendirip onlara özgü kanıta dayalı bakım uygulama ve memnuniyeti en üst düzeyde sağlama sorumlulukları vardır (Kömürcü ve Ergin 2008). Doğum evresinde dikey doğum pozisyonlarını benimseyen kadınlara yardımcı olacak mevcut sağlık sistemindeki faktörler ve uygulamalar yetersizdir (Priddis ve ark 2011). Sağlık Bakanlığı’nın normal doğumu desteklemesi, bunu medya ve diğer kanallarla halka duyurması, ayrıca ebe/hemşirelerin de düzenlenen eğitim programlarıyla bu konudaki görev, yetki ve sorumlulukları konusunda farkındalıklarının artırılması son zamanlarda çiftlerin doğuma hazırlık sınıflarına katılma isteğinde etkili olmuş, katılımlarını artırmış ve devletin de bu konuda politikasını sürdürmesine katkı sağlayarak doğuma hazırlık sınıflarının kurumsallaşmasını hızlandırmıştır. Artık anne adayları doğumun merkezinde olmayı, doğumu güzel bir deneyim olarak eşi ve sevdikleriyle birlikte yaşamayı ve kendi bedenlerine güvenerek girişimsiz doğumlar yapmayı istemektedirler (Coşar ve Demirci 2012).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinde yapılmıştır (Fethiye, Dalaman, Ortaca, Marmaris, Muğla, Yatağan, 75. Yıl Milas ve Bodrum Devlet Hastanesi). Araştırmanın amacına uygun olarak, Muğla il merkezi ve ilçelerinde bulunan devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebeler araştırmaya dahil edilmiştir. Muğla iline bağlı ilçelerden olan Kavaklıdere ve Datça devlet hastanesinde doğum salonu, Ula'da ise devlet hastanesi bulunmadığından bu ilçelerdeki hastaneler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Bodrum devlet hastanesi'nde ayrı bir doğum salonu vardır. Doğum salonunda dokuz ebe görev almaktadır. Doğum salonunda iki adet jinekolojik doğum masası, travay odasında ise üç adet yatak bulunmaktadır. Gündüz iki, gece bir ebe, hafta içi sekiz ya da 16, hafta sonu ise 24 saat çalışılmaktadır. Aylık ortalama 70-75 doğum gerçekleşmekte ve bu sayısının yarıya yakını (35) sezaryen, diğer yarısı da normal doğumdur. Normal doğumları ebeler yaptırmaktadır. Riskli durumlarda; doğumları hekimler desteklemektedir.

Dalaman Devlet Hastanesi'nde ayrı bir doğum salonu bulunmakta ve 13 ebe çalışmaktadır. Doğum salonunda iki adet jinekolojik doğum masası ve travay odasında bir adet yatak bulunmaktadır. Ebeler hem doğum salonu hem de servisteki nöbette çalışmaktadırlar. Gündüz iki, gece iki ebe çalışmakta ve 24 saat nöbet tutmaktadırlar. Aylık ortalama normal doğum sayısı 25-30, sezaryen sayıları ise 10-15'dir. Normal doğumları ebeler yaptırırken, herhangi bir problemde doktor destekli normal doğumlar gerçekleştirilmektedir.

Fethiye Devlet Hastanesi'nde doğum salonu ebe sayısı toplam 10'dur. Ayrı bir doğum salonu vardır. Doğum salonunda üç adet jinekolojik doğum masası, iki tane olan travay odasında ise gebe izlemi için kullanılan üçer adet yatak bulunmaktadır. Ebeler gündüz üç, gece de iki kişi olacak şekilde 24 saat çalışmaktadırlar. Aylık ortalama doğum sayısı 80-90 olup, doğumların yaklaşık %45'i sezaryen, %55'ise normal doğum ile sonuçlanmaktadır.

Normal doğumları ebeler yaptırmaktadır. Hekimler ise sadece riskli doğumlarda destek vermektedirler.

Köyceğiz Devlet Hastanesi doğum salonunda altı ebe çalışmaktadır. Ebeler kadın doğum servisi ile doğum salonuna birlikte bakmaktadırlar. Doğum salonu ameliyathane içindedir. Doğum salonunda bir adet jinekolojik doğum masası ve travay odasında iki adet yatak bulunmaktadır. Ebeler 24 saat nöbet tutarak çalışmaktadırlar. Gündüz iki, gece ise bir olmak üzere toplam üç ebe çalışmaktadır. Aylık normal doğum sayısı 10-15 iken, sezaryen sayısı 20-25'e çıkmaktadır. Normal doğumları ebeler yaptırmakta, herhangi bir problem durumunda ise hekimler yardımcı olmaktadır.

Marmaris Devlet Hastanesi doğum salonunda dokuz ebe çalışmaktadır ve sadece doğum salonunda görev yapmaktadırlar. Doğum salonunda iki ayrı oda ve her odada bir adet jinekolojik doğum masası ve travay odasında üç adet yatak bulunmaktadır. Hafta içi 16 saat, hafta sonu ise 24 saat çalışmaktadırlar. Gündüz beş, gece bir ebe bulunmaktadır. Aylık ortalama normal doğum sayıları 50-60, sezaryen sayıları da 30-40 arasındadır. Normal doğumlardan ebeler sorumludur. Riskli bir durumda ise hekimler yaptırmaktadır.

Milas Devlet Hastanesi doğum salonunda dokuz ebe bulunmakta olup, servis ve doğum salonu birliktedir. Ebeler hem doğum salonu hem de servisteki nöbette çalışmaktadırlar. Doğum salonunda üç adet jinekolojik doğum masası, travay odasında ise iki adet yatak bulunmaktadır. Doğum salonunda iki ebe 24 saat süre ile çalışmaktadır. Aylık ortalama doğum sayısı 50 olan merkezde 25 normal, 25 sezaryen doğum gerçekleşmektedir. Normal doğumları ebeler yaptırmaktadır, herhangi bir doğum komplikasyonu varlığında normal doğumlar hekim desteğinde gerçekleştirilmektedir.

Muğla Merkez Devlet Hastanesi'nde ayrı bir doğum salonu vardır ve 13 ebe çalışmaktadır. Doğum salonunda iki adet jinekolojik doğum masası ve travay odasında iki adet yatak bulunmaktadır. Doğum salonunda gündüz dört-beş, gece iki ebe çalışmaktadır. Ebeler gündüz sekiz, gece 16 saat çalışmakta ve nöbet öncesi ve sonrası izin kullanmaktadırlar. Aylık ortalama doğumların %35-40'ı normal doğum, geri kalanıda genellikle sezaryen olmaktadır. Normal doğumları ebeler yaptırmakta, risk olduğunda hekimler devreye girmektedir.

Ortaca Devlet Hastanesi doğum salonunda sekiz ebe çalışmaktadır. Doğum salonunda bir adet jinekolojik doğum masası ve travay odasında iki adet yatak bulunmaktadır. Kadın doğum servisi ile doğum salonu iç içe olduğundan, ebeler hafta sonu 24 saat, hafta içi gündüz

sekiz saat, gece 16 saat çalışmaktadırlar. Gündüz üç gece iki ebe çalışmaktadır, Aylık ortalama normal doğum sayısı 25-30, sezaryen sayısı da 10-15 dir.. Normal doğumları ebeler yaptırmakta, herhangi bir problem ortaya çıktığında ise hekimler müdahale etmektedirler.

Yatağan Devlet Hastanesi doğum salonunda 12 ebe bulunmaktadır. Ebeler hem servis hem de doğum salonunda çalışmaktadırlar. Doğum salonu servisle iç içedir. Doğum salonunda iki adet jinekolojik doğum masası, travay odasında ise üç adet yatak bulunmaktadır. Ebeler hafta sonu 24 saat, hafta içi gündüz sekiz, gece 16 saat çalışmaktadır. Gündüz dört veya beş, gece iki ebe çalışmaktadır. Aylık ortalama yatışı yapılan gebe sayıları tek hekim olarak çalışıldığı dönemde toplam 28’dir ve bunların 17’si normal doğum, 11’i sezaryen doğum ile gerçekleşmektedir. Çift hekim olarak çalışılan 2011 yılında aylık 48 doğumun 17 tanesi normal doğum iken, 31 tanesi sezaryen olmuştur. Normal doğumları ebeler, risk gelişen normal doğumları ise hekimler yaptırmaktadır.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı il ve ilçe merkezlerindeki devlet hastanelerinde gerçekleştirilen araştırmayla ilgili işlemler ve zamanı Çizelge 2.3.1 de gösterilmiştir.

Çizelge 2.3.1. Araştırma zamanı

İşlemler	Tarih
Araştırma konusun seçimi	22.03.2010-31.03.2010
Tez önerisinin hazırlanması	04.04.2011-17.06.2011
Soru formunun ön uygulaması	18.06.2011-08.07.2011
Adnan Menderes Üniversitesi etik kurul onayının alınması	12.08.2011
Muğla İl Sağlık Müdürlüğü izninin alınması	05.09.2011
Araştırma verilerinin toplanması	06.09.2011-26.11.2011
Verilerin bilgisayar ortamına kaydedilmesi	01.12.2011-28.02.2012
Araştırma verilerinin analizi	01.03.2012- 30.05.2012
Araştırma raporunun yazılması	01.06.2012-31.12.2013

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Muğla İl Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan tüm ebeler (89 ebe) oluşturmaktadır. Araştırmada doğum salonlarında çalışan ebelerin tümüne ulaşılması amaçlandığından, örneklem seçme yöntemine

gidilmemiş, evrenin tamamı örnekleme dahil edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ebe bulunmamaktadır. Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı il ve ilçe merkezlerindeki devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebe sayıları Çizelge 2.4.1 de görülmektedir. Araştırma kapsamındaki ebelerin %14.6'sı Dalaman, %13.5'i Muğla Merkez ve Yatağan, %12.4'ü Fethiye, %10.1'i Bodrum, Marmaris ve Milas, %9'u Ortaca ve %6.7'si Köyceğiz devlet hastanesi doğum salonlarında çalışmaktadırlar.

Çizelge 2.4.1. Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı il ve ilçe merkezlerindeki doğum salonlarında çalışan ebe sayıları (N=89)

Çalışılan Kurum ve Birim	n	%
Dalaman devlet hastanesi doğum salonu	13	14,6
Muğla merkez devlet hastanesi doğum salonu	12	13,5
Yatağan devlet hastanesi doğum salonu	12	13,5
Fethiye devlet hastanesi doğum salonu	11	12,4
Bodrum devlet hastanesi doğum salonu	9	10,1
Marmaris devlet hastanesi doğum salonu	9	10,1
Milas devlet hastanesi doğum salonu	9	10,1
Ortaca devlet hastanesi doğum salonu	8	9,0
Köyceğiz devlet hastanesi doğum salonu	6	6,7

2.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Muğla il Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan tüm ebeler dahil edilmiştir. Doğum salonu dışında çalışan ebeler araştırmaya alınmamıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

2.6.1. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen soru formu (Ek 1) ile toplanmıştır.

2.6.1.1. Soru Formu

Soru formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde ebelerin tanıtıcı ve mesleki özelliklerine ilişkin sorular, ikinci bölümde ise normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamalarını içeren sorular bulunmaktadır.

Birinci bölümde ebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin beş soru ile ebelerin çalışma süreleri, doğum salonundaki pozisyonları, travayda ortalama gebe sayıları, aylık

doğum sayısı, uygulanan doğum şekilli, doğumla ilgili uygulamalarda yararlanılan kaynaklar, doğuma hazırlık ve normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasına ilişkin alınan eğitimlere yönelik 12 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise normal doğum eyleminin I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik ebelerin bilgi, görüş ve uygulamalarını içeren 29 soru bulunmaktadır. Soru formu toplam 46 sorudan oluşmaktadır.

2.6.1.2. Soru Formunun Ön Uygulaması

Hazırlanan veri toplama formu anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği alanından iki profesör, üç doçent ve altı yardımcı doçent olmak üzere 11 öğretim üyesi, halk sağlığı alanından bir öğretim üyesi ve doğal doğum alanında çalışan bir kadın doğum hekiminin önerileri doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Düzenlenen veri toplama formunun ön uygulaması, Aydın il merkezindeki Aydın Devlet Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Kliniği doğum salonunda çalışan 16 ebe ile görüşülerek yapılmıştır. Ön uygulama sonrası formda gerekli düzeltmeler yapılmış ve veri toplama formu olarak kullanılmıştır.

2.6.2. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından, ebelerin çalıştıkları hastanelerin doğum salonları ziyaret edilerek toplanmıştır. İlk ziyarette ulaşılamayan, izinli veya raporlu olan ebelerle görüşmek için yedi-on gün içinde, ikinci ve üçüncü ziyaretler yapılmıştır. Ulaşılan ebelere öncelikle araştırma hakkında açıklama yapılmış, kabul edenlerden yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Soru formu, ebelerin öz bildirimlerine dayalı olarak araştırmacının gözlemi altında uygulanmış ve gerekli durumlarda ebelerin anlamadığı noktalar açıklanmıştır.

Veri toplama formunun doldurulması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Araştırma verileri 6 Eylül–26 Kasım 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Science (SPSS) paket programında veri tabanı oluşturularak kaydedilmiş ve analiz edilmiştir. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler; yüzdelik, ki-kare, Fisher Kesin Ki-Kare ve Kruskal Wallis analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistik önemlilik düzeyi olarak 0.05 alınmıştır.

2.7.1. Bağımlı Değişkenler

Araştırmada ebelerin I. ve II. evrede dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları bağımlı değişkenleri oluşturmuştur.

2.7.2. Bağımsız Değişkenler

Araştırmada; yaş grupları, eğitim durumu, medeni durum, doğum salonunda çalışma süresi, doğum salonundaki pozisyonu, aynı anda izlediği gebe sayısı, doğum şekline karar veren, uygulanan doğum şekli, normal doğumu yaptıran, bilgi kaynağı, doğuma hazırlık eğitimi alma durumu, dikey pozisyonlar hakkında eğitim alma isteği, I. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu, II. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu, I. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli, II evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli, I. evrede serbest pozisyona izin verme, II. evrede serbest pozisyona izin verme durumları bağımsız değişkenleri oluşturmuştur.

2.8. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın veri toplama aşamasında bazı güçlükler yaşanmıştır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

- Araştırma kapsamına alınan devlet hastanelerinin birbirlerinden uzak olması sebebi ile ulaşım zor olmuştur.
- Devlet hastanelerinin birbirinden uzak olması, çalışma zamanında ebelerin nöbet izni, senelik izin veya raporlu olmalarından dolayı aynı hastanenin birden fazla ziyaret edilmesi veri toplama sürecinin uzamasına neden olmuştur.
- Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmasına rağmen, ebelerin çoğu kendilerine çok sayıda anket verildiği gerekçesi ile isteksiz olmuşlar, bu çalışmanın kendilerine bir avantaj sağlamayacağı ve değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle araştırma konusunda daha az destekleyici davranmışlardır. Bu nedenle soru formu uygulanmadan önce ebelerin bu konudaki sıkıntıları dinlenmiş ve kendilerine konuyla ilgili açıklamalar yapıldıktan sonra onamları alınarak uygulanmıştır.

2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma bulguları, araştırmanın yapıldığı örneklem grubu için geçerlidir. Araştırmada soru formu, ebelerin öz bildirimlerine göre doldurulmuştur. Bu nedenle sonuçları, sağlık çalışanları tarafından gözlemlenen sonuçlardan farklı olabilir. Bunun yanında

ebelerin çoğu çok sayıda anket verildiği gerekçesi ve çalışmanın bir avantaj sağlamayacağı, değişen hiçbir şey olmayacağı düşüncesiyle başlangıçta isteksiz davranmışlardır. Bu nedenle verilerin güvenilirliği, görüşmecilerin verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

2.10. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Etik Kurulu tarafından 12.08.2011 tarihinde etik onay alınmıştır (EK 4). Araştırmanın Muğla il Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinde uygulanabilmesi için Türkiye Cumhuriyeti Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden 07.09.2011 tarihinde resmi izin alınmıştır (EK 5). Araştırma kapsamına alınan ebelere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve tüm ebelerin hem sözel hem de yazılı olarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Ebelere soru formu uygulandıktan sonra, araştırmacı tarafından dikey pozisyonlarla ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır.

3. BULGULAR

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda görüş ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları dört bölümde sunulmuştur.

- Birinci bölümde: Ebelerin tanıtıcı özellikleri
- İkinci bölümde: Ebelerin mesleki özellikleri
- Üçüncü bölümde: Ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin uygulamalar
- Dördüncü bölümde: Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasına ilişkin bilgi, görüş ve uygulamaları.

3.1. Ebelerin Tanıtıcı Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan ebelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımları Çizelge 3.1.1'de gösterilmiştir.

Çizelge 3.1.1. Ebelerin tanıtıcı özellikleri (N=89)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
22-31	8	9,0
32-41	63	70,8
42-53	18	20,2
Öğrenim düzeyi		
Sağlık Meslek Lisesi	12	13,5
Ön lisans	60	67,4
Lisans-yüksek lisans	17	19,1
Medeni durum		
Evli	74	83,1
Bekar	15	16,9
Çocuk sayısı		
0-1	25	28,1
2-3	64	71,9
Tanıtıcı Özellikler	n	%
Doğum şekli		
1. Çocuk (n=79)		
Normal vajinal doğum	42	53,2
Sezaryen	37	46,8
2. Çocuk (n=64)		
Normal vajinal doğum	25	39,1
Sezaryen	39	60,9
3. Çocuk (n=6)		
Normal vajinal doğum	-	-
Sezaryen	6	100,0

Ebelerin yaş ortalaması 37,9 ±5,074'tir. Araştırmaya katılan ebelerin %70,8'inin 32-41 yaş, %20,2'inin 42 yaş ve üzerinde; %67,4'ünün ön lisans, %19,1'inin lisans ve yüksek lisans mezunu olduğu; %83,1'inin evli olduğu saptanmıştır. Ebelerin %71,9'unun 2-3 çocuğu vardır. Ebelerin doğum şekillerinin dağılımına bakıldığında 1. çocuklarının %53,2'sini normal vajinal doğum, %46,8'ini sezaryen doğum; 2. çocuklarının %39,1'ini normal vajinal doğum, %60,9'unu sezaryen doğum; 3. çocuklarının ise tamamını sezaryen doğumla gerçekleştirdikleri tespit edilmiştir.

3.2. Ebelerin Mesleki Özellikleri

Katılımcıların %56,2'si 11-20 yıl, %36'sı 21-30 yıl, %7,8'i 1-10 yıldır ebe olarak çalışmaktadırlar. Ebelerin %60,7'si 1-10 yıl, %23,6'sı 11-20 yıl, %15,7'si de 1 yıldan az süredir doğum salonunda çalıştıkları ve %94,4'ünün ebe, %5,6'sının ise sorumlu ebe pozisyonunda çalıştıkları belirlenmiştir. Ebelerin travayda aynı anda izledikleri gebe sayılarının dağılımı incelendiğinde, %58,4'ünün 1-2 gebe, %38,2'sinin 3-4 gebe, %3,4'ünün 5-6 gebe izledikleri; %52,8'inin aylık ortalama 1-20 , %25,8'inin 21-40, %16,9'unun 41-60, %4,5'inin ise ayda 61 ve üzerinde doğum gerçekleştirdikleri saptanmıştır (Çizelge 3.2.1).

Çizelge 3.2.1. Ebelerin mesleki özellikleri ve çalışma koşulları (N=89)

Mesleki Özellikler ve Çalışma Koşulları	n	%
Meslekte çalışma süresi		
1-10 yıl	7	7,8
11-20 yıl	50	56,2
21- 30 yıl	32	36,0
Doğum salonunda çalışma süresi		
1 yıldan az	14	15,7
1-10 yıl	54	60,7
11-20 yıl	21	23,6
Doğum salonundaki pozisyonu		
Ebe	84	94,4
Sorumlu ebe	5	5,6
Travayda aynı anda izledikleri gebe sayısı		
1-2	52	58,4
3-4	34	38,2
5-6	3	3,4
aylık yaptırdıkları normal doğum sayısı		
1-20	47	52,8
21-40	23	25,8
41-60	15	16,9
61-80	4	4,5

3.3. Ebelerin Çalıştıkları Birimde Gerçekleştirilen Doğumlara İlişkin Uygulamalar

Çizelge 3.3.1’de ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin uygulamalar verilmiştir. Ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğum şekline anne ve/veya eşleri %3,4, ebeler %16,8, doktorlar ise %79,8 oranında karar vermektedir. Ebelerin çalıştıkları birimdeki doğumların %53,9’u normal spontan vajinal doğum, %33,7’si sezaryen doğum ile gerçekleşmektedir. Bu doğumların %88,8’ini ebeler, %11,2’sini de doktorlar yaptırmaktadır.

Çizelge 3.3.1. Ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin uygulamalar (N=89)

Birimdeki Doğumlara İlişkin Uygulamalar	n	%
Doğum şekline karar veren		
Doktor	71	79,8
Ebe	15	16,8
Anne/eş	3	3,4
Uygulanan doğum şekli		
Normal spontan vajinal doğum	48	53,9
Sezaryen	30	33,7
Müdahaleli, vajinal doğum	11	12,4
Normal doğumu yaptıran kişi		
Ebe	79	88,8
Doktor	10	11,2

Çizelge 3.3.2’de ebelerin doğum salonundaki uygulamalarında yararlandıkları bilgi kaynaklarının dağılımı verilmiştir. Ebelerin (%78,7)’i doğum salonundaki uygulamalarında hekim tavsiyelerinden yararlanırken, %77,5’inin okulda alınan eğitimden, %74,2’sinin klinik deneyimlerinden, %56,2’sinin ebe meslektaşlarından, %41,6’sının mesleki kitaplar, araştırma sonuçları, bilimsel kongre ve konferanslardan ve %34,8’inin hizmet içi eğitimlerden yararlandıkları saptanmıştır.

Çizelge 3.3.2. Ebelerin doğum salonundaki uygulamalarında yararlandıkları bilgi kaynakları (N=89)

Yararlanılan Bilgi Kaynakları	n*	%
Hekim tavsiyeleri	70	78,7
Okulda alınan eğitim	69	77,5
Klinik deneyimler	66	74,2
Ebe meslektaşlar	50	56,2
Mesleki kitap, araştırma, bilimsel kongre ve konferanslar	37	41,6
Hizmet içi eğitim	31	34,8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir ve yüzdelere “N=89” üzerinden alınmıştır.

Çizelge 3.3.3’de ebelerin doğuma hazırlık ve doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim alma ve isteme durumlarının dağılımları gösterilmiştir. Ebelerin %82’si doğuma hazırlık ve %96,6’sı normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların %71,9’u normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim almak istemektedirler.

Çizelge 3.3.3. Ebelerin doğuma hazırlık ve doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim alma ve isteme durumları (N=89)

Doğuma Hazırlık ve Dikey Pozisyonların Kullanımı Konusunda Eğitim Alma ve İsteme Durumu	n	%
Doğuma hazırlık konusunda eğitim/kurs alma durumu		
Hayır	73	82,0
Evet	16	18,0
Doğuma hazırlık ile ilgili alınan eğitim/kurslar		
Hizmet içi eğitim kursları	12	75,0
Doğuma hazırlık eğitimi/kursu	2	12,5
Doğuma hazırlıkta ebenin rolü eğitimi	1	6,25
Doğum sonu psikolojik bakım eğitimi	1	6,25
Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim alma durumu		
Hayır	86	96,6
Evet	3	3,4
Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim alma isteği		
Hayır	25	28,1
Evet	64	71,9

3.4. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları

3.4.1. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgileri

Ebelerin normaldoğum eyleminde kullanılan dikey pozisyonlara ilişkin bilgileri çizelge 3.4.1.1’de gösterilmiştir. Ebelerin %40,4’ünün doğum eyleminin I. evresinde, %14,6’sının II. evresinde dikey pozisyonları bildikleri belirlenmiştir. Bilinen dikey pozisyonlara ilişkin olarak; I. evrede ebelerin %67,5’i yürüme, ayakta durma, %30,6’sı yatağa, duvara, sandalyeye veya masaya doğru öne eğilme; II. evrede ise %33,3’ü diz-göğüs ve %22,2’si çömelme pozisyonlarını bildiklerini belirtmişlerdir. Ebelere dikey pozisyonların kanıt düzeyini bilme durumunu sorulduğunda 88 ebe (% 98,9) bilmediğini, sadece bir ebe (%1,1) kanıt düzeyini A olarak bildiğini ifade etmiştir.

Çizelge 3.4.1.1. Ebelerin normal doğum eyleminin I. ve II. evresinde kullanılan dikey pozisyonları bilme durumları (N=89)

Dikey Pozisyonları Bilme Durumu	I. Evre		II. Evre	
	n	%	n	%
Dikey pozisyonları bilme durumu				
Hayır	53	59,6	76	85,4
Evet	36	40,4	13	14,6
Bilinen dikey pozisyonlar*	(n=36)		(n=9)	
Yürüme, ayakta durma	25	67,5	1	11,1
Diz-göğüs	6	16,2	3	33,3
Öne eğilme (yatağa, duvara, sandalyeye, masaya)	11	30,6	1	11,1
Sol yana yatma	9	24,3	-	-
Çömelme	6	16,2	2	22,2
Yarı oturma, yatakta sırtüstü yatma	1	2,8	-	-

* Birden fazla seçenek işaretlemiştir. Cevap verenler değerlendirmeye alınmıştır.

Ebelerin, gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi verme durumu ve bilgi verilen pozisyonlar Çizelge 3.4.1.2’de gösterilmiştir. Ebelerin %72,2’si doğum eyleminin I., %69,2’si II. evresinde gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi vermişlerdir. Ebelerin I. evrede bilgi verdikleri pozisyonlar sırayla yürüme, ayakta durma (%80,0), sağ-sol yana yatma (%68), eğilme (%20) ve çömelme (%20) pozisyonudur. İkinci evrede ise ebelerin yarıdan fazlasının (%66,7) el-diz, diz-göğüs pozisyonu hakkında bilgi verdikleri belirlenmiştir. Bunu sağ-sol yana yatma (%16,7) ve yarı oturma (%16,7) pozisyonları izlemektedir.

Çizelge 3.4.1.2. Ebelerin gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi verme durumu (N=89)

Dikey Pozisyonlara İlişkin Bilgi Verme	I. Evre (n= 36)		II. Evre (n= 13)	
	n	%	n	%
Dikey pozisyonlar hakkında bilgi verme durumu				
Hayır	10	27,8	4	30,8
Evet/bazen	26	72,2	9	69,2
Bilgi verilen pozisyonlar	(n=25)*		(n=6)*	
Yürüme/ ayakta durma	20	80,0	-	-
Sağ-sol yana yatma	17	68,0	1	16,7
Eğilme	5	20,0	-	-
Çömelme	5	20,0	-	-
Yarı oturma	4	16,0	1	16,7
El-Diz, diz göğüs	4	16,0	4	66,7

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Ebelerin doğumda dikey pozisyonların kullanılmasının etkilerine yönelik bilgileri Çizelge 3.4.1.3’de gösterilmiştir. Ebeler doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasının olumsuz etkisine yönelik herhangi bir görüş belirtmemişlerdir. Ebelerin

tamamına yakını (%97,2) doğum eyleminin I. büyük çoğunluğu (%84,6) ise II. evresinde dikey pozisyonların doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu ifade etmişlerdir.

Doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonların olumlu etkilerine yönelik bilgilerinin neler olduğu sorulmuştur. Olumlu etkiler olarak; ebelerin %70'i *doğumda rahat olma ve ağrıların az hissedilmesini*, %35'i *silinme-dilatasyonun kolay olması ve yatağa bağımlılığı azaltıp hareketi sağlamasını* ve %35'i *dikkati ağrıdan uzaklaştırması, kontraksiyonları arttırarak doğum eylemini kolaylaştırması* şeklinde açıklamalarda bulunmuşlardır. II. evrede bildikleri olumlu etkileri olarak da %90,9 oranında *yerçekimi etkisiyle baş baskısını arttırarak bebeğin ilerleyişi ile doğum ve dilatasyonu kolaylaştırması* ve %54,5 oranında *gebenin rahat doğum yapması* belirtilmiştir.

Çizelge 3.4.1.3. Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasının etkilerine yönelik bilgileri

Dikey Pozisyonların Doğum Eylemine Etkisi	n	%
I. evre (n=36)		
Olumlu	35	97,2
Olumsuz	1	2,8
II. evre (n=13)		
Olumlu	11	84,6
Olumsuz	2	15,4
Olumlu Etkileri		
I. evre (n= 20)*		
Doğumda rahat olunur ve ağrılar az hissedilir	14	70,0
Silinme-dilatasyon kolay olur	7	35,0
Hareketi sağlayarak dikkati ağrıdan uzaklaştırır ve kontraksiyonları arttırarak doğumu kolaylaştırır	7	35,0
Başın yerleşmesine yardım ederek inişi hızlandırır	5	25,0
Anne ve bebek sağlığını korur	1	5,0
II. evre (n= 11)*		
Yerçekimi etkisiyle baş baskısını arttırarak bebeğin ilerleyişi ile doğum ve dilatasyonu kolaylaştırır	10	90,9
Gebenin rahat doğum yapmasını sağlar	6	54,5
Kontraksiyonları düzenleyerek ağrıya bağlı rahatsızlığı azaltır	2	18,2
Perine yırtıklarını engeller	1	9,1

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

3.4.2. Gebelerin Normal Doğum Eyleminde Sıklıkla Kullandıkları Pozisyonlara İlişkin Ebelerin Gözlemleri

Ebelerin normal doğum eyleminde gebelerin sıklıkla kullandıkları pozisyonlara ilişkin gözlemleri Çizelge 3.4.2.1'de gösterilmiştir. Ebeler, doğum eyleminin I. evresinde gebelerin

%71,5'inin serbest şekilde sağı veya sola yan yatma, %48,1'inin yürüme, %27,3'ünün yarı oturma veya sırtüstü yatma, %5,2'sinin duvara, masaya veya yatağı doğru eğilme ve sadece %3,9'unun çömelme pozisyonunu kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Ebeler, doğum eyleminin II. evresinde gebelerin %41,5'inin dorsal rekümbent, %15,7'sinin sırtüstü yatakta yatma, %10'unun diz çökme, el-diz, diz-göğüs, %7,2'sinin yarı oturma, %5,7'sinin ise ayakta bir yere tutunma, eğilme ve sol yana yatma pozisyonlarını tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.1).

Çizelge 3.4.2.1. Ebelerin normal doğum eyleminde gebelerin sıklıkla kullandıkları pozisyonlara ilişkin gözlemleri

Gebelerin Kullandıkları Pozisyonlara İlişkin Ebelerin Gözlemleri	n	%
I. evre (n=77)		
Serbest şekilde sağı veya sola yan yatma	55	71,5
Yürüme	37	48,1
Yarı oturma veya sırtüstü yatma	21	27,3
Duvara, masaya veya yatağı doğru eğilme	4	5,2
Çömelme	3	3,9
II. evre (n= 70)		
Dorsal rekümbent	29	41,5
Sırtüstü yatakta yatma	11	15,7
Diz çökme, el-diz, diz-göğüs	7	10,0
Yarı oturma	5	7,2
Ayakta bir yere tutunma/eğilme	4	5,7
Sol yana yatma	4	5,7

Gebelerin pozisyonları tercih etme nedenlerine ilişkin ebelerin görüşleri incelendiğinde, ebelerin %40'ı *kontraksiyon aralarında dinlenmek ve rahatlamak*, %29,3'ü *doğuma yardım eden kişinin (doktor ve ebe istediğı için) müdahalesini kolaylaştırmak*, %15,4'ü *hissettikleri ağrıyı azaltmak*, %13,9'u *açılmayı kolaylaştırmak, doğumu hızlandırmak, bebeğın baş baskısını ve rotasyonunu sağlamak*, %3,1'i *hastane şartları gerektirdiğı ve rutin uygulama olduğı*, %1,5'i de II. evrede ayakta durmak doğum için uygun olmadığından dolayı gebelerin bu pozisyonları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.4.2.2).

Çizelge 3.4.2.2. Gebelerin dikey pozisyonları tercih etme nedenlerine ilişkin ebelerin gözlemleri (N=65)

Gebelerin Pozisyonları Tercih Nedenlerine İlişkin Ebelerin Görüşleri*	n	%
Kontraksiyon aralarında dinlenmek ve rahatlamak için	26	40,0
Doktor ve ebenin doğuma müdahalesini kolaylaştırmak için	19	29,3
Hissettikleri ağrıyı azaltmak için	10	15,4
Bebeğin baş baskısı ile açılmayı ve fetusun rotasyonunu sağlayarak doğumu hızlandırmak için	9	13,9
Hastane şartları gerektirdiği ve rutin uygulama olduğu için	2	3,1
2. evrede ayakta durmak doğuma uygun olmadığı için	1	1,5

* 24 ebe cevap vermiştir.

Normal doğum eyleminin I. evresinde ebelerin %85,4'ü gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesi gerektiğini, %75,3'ü serbest pozisyona izin verdiğini ve %67,5'i serbest pozisyonun doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. II. evrede ebelerin %71,9'u gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmemesi gerektiğini veya bilmediğini, %86,5'i ise serbest pozisyona izin vermediklerini belirtmişlerdir. Ebeler, doğum eyleminin II. evresinde serbest pozisyonun doğum eylemine etkisine yönelik herhangi bir görüş bildirmemişlerdir (Çizelge 3.4.2.3)

Çizelge 3.4.2.3. Ebelerin normal doğum eyleminde gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesine ilişkin gözlemleri (N=89)

Ebelerin Serbest Pozisyonlara İlişkin Gözlemleri	I. Evre		II. Evre	
	n	%	n	%
Serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli				
Hayır/bilmiyorum	13	14,6	64	71,9
Evet	76	85,4	25	28,1
Serbest pozisyona izin verme durumu				
Hayır	22	24,7	77	86,5
Evet/bazen	67	75,3	12	13,5
Serbest pozisyonun doğum eylemine etkisi				
Olumsuz	27	30,3	-	-
Olumlu	60	67,5	-	-
Etkilemez	2	2,2	-	-

Ebelerin gebelere doğumda serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme zamanları incelendiğinde (Çizelge 3.4.2.4); ebelerin yarısının (%50,8) doğumun I. evresinin başından sonuna kadar, %25,4'ü ise 1-4 cm açıklığın olduğu latent fazda serbest pozisyonunda kalmalarına izin verdiklerini ifade etmektedirler. Gebelere serbest pozisyonunda kalmalarına izin vermeme nedenleri sorulduğunda, I. evre için ebelerin yarıya yakını (%46,7) *her an bir*

sorun gelişir endişesi (kol-kordon sarkması, başın yerleşmesi, suyun gelmesi), %26,6'sı sancıdan dolayı düşme ve travmaya maruz kalma riskinin olması, %20'si uygun ortamın olmaması, ağrıyı değerlendirme ve muayenenin güç olması, ilaç, infüzyon, non stress test (NST) ve elektro fetal monitarizasyon (EFM) takibinin yapılması ve %20'si de bebek sıkıntıda ise bebeğe zarar verilmemesi nedeniyle izin vermediklerini belirtmişlerdir. II. evrede ise ebelerin yarıya yakını (%42,1) doğumun rahat ve bebeğin sağlıklı olması (anne ve bebeği korumak), %15,8'i doğumun hızlı ilerleme riski, %13,2'si de anne ve bebeğin zarar görme riski (ayakta doğum riski, kol-kordon-el-ayak sarkması, fetal distres, doğum zor olur/iniş engellenir endişesi) ve yine %13,2'si ağrıdan dolayı gebelerin yorgun olması ve sağlıklı düşünemeyip kontrollerini kaybetme endişesi nedeniyle serbest pozisyonunda kalmalarına izin vermediklerini belirtmişlerdir.

Çizelge 3.4.2.4. Ebelerin, gebelere doğumda serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme zamanı ve izin vermeme nedenlerine ilişkin görüşleri (N=67)

Serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme zamanları	n	%
Birinci evrenin başından sonuna kadar (1-10 cm arası)	34	50,8
Latent fazda (1-4 cm arası)	17	25,4
Aktif fazda (5-8 cm arası)	12	17,9
Birinci ve II. evre boyunca (1-10 cm arası ve bebek doğana kadar)	3	4,5
İkinci evrede (10 cm açıklıktan bebek doğana kadar)	1	1,5
Serbest pozisyonunda kalmalarına izin vermeme nedenleri		
I. evre (n=15)*		
Her an bir sorun gelişir endişesi (kol-kordon sarkması, başın yerleşmesi, suyun gelmesi)	7	46,7
Ağrıdan dolayı düşme ve travmaya maruz kalma riski	4	26,6
Uygun ortamın olmaması, ağrıyı değerlendirme ve muayenenin güç olması	3	20,0
İlaç, infüzyon, NST ve EFM takibinin yapılması	3	20,0
Bebek sıkıntıda ise bebeğe zarar verilmemesi	3	20,0
Gebeye hakim olmakta zorlanması	2	13,3
II. evre (n=38)*		
Doğumun rahat ve bebeğin sağlıklı olması (anne ve bebeği korumak)	16	42,1
Doğumun hızlı ilerleme riski	6	15,8
Anne ve bebeğin zarar görme riski (ayakta doğum riski, kol-kordon-el-ayak sarkması, fetal distres ve doğum zor olur, iniş engellenir endişesi)	5	13,2
Ağrıdan dolayı yorgun olmaları ve sağlıklı düşünememeleri (kontrollerini kaybetmeleri)	5	13,2
Doğumun ilerleyişinin takip edilmesi	4	10,5
Doğum eyleminin yaklaşması	4	10,5
Doğumların jinekolojik masada yaptırılması	2	5,3

* Birinci evrede yedi, ikinci evrede 39 kişi cevap vermemiştir.

Çizelge 3.4.2.5.'da ebelerin genel olarak doğumun I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik görüşleri belirtilmiştir. Buna göre, ebelerin yarısından fazlası (%63,6) doğumun I. evresinde için dikey pozisyonlar gerekli ve kullanılmalı, %25,4'ü de ağrıya toleransı arttırarak gebeyi rahatlattığı ve gebeyi II. evreye hazırlayacağı görüşündedirler. Doğumun II. evresinde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ise ebelerin %40'ı doğumu kolaylaştırdığı için uygun ve gerekli olduğu, %25,7'si ise dikey pozisyonu kullanmanın hastane ortamında uygun olmadığı, bebek ve annenin güvenliği açısından tehlikeli olduğu görüşündedirler.

Çizelge 3.4.2.5. Ebelerin doğumun I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik görüşleri

Görüşler	n	%
I. evre (n=47)		
Gerekli ve kullanılmalı	30	63,6
Ağrıya toleransı artırarak gebeyi rahatlatır ve II. evreye hazırlar	12	25,4
Yerçekiminin etkisi ile doğum kolay olur	7	14,8
Kullanılmalı, ancak riskler nedeniyle gebenin yatması gerekebilir	5	10,6
Doğum salonu koşulları uygun hale getirilmeli	5	10,6
Gebe doğumda kontrolün kendisinde olduğunu ve özgürce hareket edeceğini düşünür	4	8,5
II. evre (n=35)		
Uygun ve gerekli, çünkü doğumu kolaylaştırır	14	40,0
Hastane ortamında uygun değil, bebek-anne güvenliği açısından tehlikeli	9	25,7
Doğum salonu koşullarına uygun ise kullanılabilir	7	20,0
Denenen bir yöntem olmadığı için tereddütüm var, bilmiyorum	3	8,6
Dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim verilmeli	2	5,7
Doğum masasının olmaması nonsteril ortam oluşturur	2	5,7
Doğum masası uygun değil, epizyosuz olmuyor	1	2,9

3.4.3. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Uygulamaları

Ebelerin doğumun I. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları Çizelge 3.4.3.1'de gösterilmiştir. Ebelerin tamamının (%100) normal doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonları uygun bulduğu ve kullandığı tespit edilmiştir.

Çizelge 3.4.3.1. Ebelerin doğumun I. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları (N=89)

Dikey Pozisyonlar	1. Evre	
	n*	%
Uygun bulma durumu		
Uygun	89	100,0
Hiç Uygun Değil	-	-
Kullanma durumu		
Kullanan	89	100,0
Hiç Kullanmayan	-	-

* Dikey pozisyonlardan herhangi birini ya da birkaçını uygun bulan ve kullananlar dikkate alınmıştır.

Ebelerin doğumun 1. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar Çizelge 3.4.3.2’de görülmektedir. Buna göre doğumun I. evresinde ebeler dinlenme pozisyonlarından yatakta sol yana yatma (%95,4) ve yatakta, kanapede yarı oturma (%79,8); etkinlik, hamle pozisyonlarından yürüme (%97,8) ve ellerle yukarıya uzanma (%60,7); bel ağrısı, düzensiz kasılmalara yardımcı ve yavaş ilerlemeyi önleyici pozisyonlardan duvara, eşe ya da masa üzerine eğilme (%77,5), doğum topuna yaslanarak diz çökme (%76,4) ve diz-göğüs pozisyonunda durma (%76,4); sallanma ve ritmik hareketleri içeren pozisyonlardan ise sandalyede sallanma (%43,8) pozisyonunu uygun bulmaktadırlar. Buna karşın ebeler ilk üç sırada en çok etkinlik, hamle pozisyonu olan yürüme (%96,6), dinlenme pozisyonu olan yatakta sol yana yatma (%74) ve bel ağrısı, düzensiz kasılmalara yardımcı ve yavaş ilerlemeyi önleyici pozisyonlardan duvar, eş ya da masa üzerine eğilme (%60,7) pozisyonunu kullanmaktadırlar. Ebelerin tamamına yakınının sallanma ve ritmik hareketlerle ilgili pozisyonları neredeyse kullanmamaktadırlar.

Çizelge 3.4.3.2. Ebelerin doğumun I. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar (N=89)*

Pozisyonlar	I. Evre							
	Uygun Bulunan Pozisyonlar				Kullanılan Pozisyonlar			
	Uygun		Uygun Değil		Kullanılan		Kullanılmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dinlenme pozisyonları								
Yatakta sol yan	85	95,4	4	4,5	66	74,0	23	25,8
Yatakta, kanepede yarı oturma	71	79,8	18	20,2	37	41,6	52	58,4
Bir bacak yukarıda oturma	49	55,1	40	44,9	2	2,2	87	97,8
Sallanma, ritmik hareketler								
Sandalyede sallanma	39	43,8	50	56,2	1	1,1	88	99,8
Doğum topu üzerinde sallanma	35	39,3	54	60,7	2	2,2	87	97,8
Yavaş dans etme	33	37,1	56	62,9	6	6,7	84	94,4
Etkinlik/hamle								
Bir ayağı sandalye üzerine koyma	18	20,2	71	79,8	2	2,2	87	97,8
Merdiven çıkma	18	20,2	71	79,8	2	2,2	87	97,8
Yürüme	87	97,8	2	2,2	86	96,6	3	3,4
Ellerle yukarıya uzanma	54	60,7	35	39,3	2	2,2	87	97,8
Bel ağrısı, düzensiz kasılmalar ve yavaş ilerleme için pozisyonlar								
Sandalyeye ters oturarak öne yaslama	42	47,2	47	52,8	10	11,2	79	88,8
Duvara, eşe veya masa üzerine eğilme	69	77,5	20	22,5	54	60,7	35	39,3
Baş ve kolları yatağın üst kısmına koyarak diz çökme	59	66,3	31	34,8	25	28,1	65	73,0
Eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma	55	61,8	34	38,2	13	14,6	76	85,4
Doğum topuna yaslanarak diz çökme	68	76,4	21	23,6	4	4,5	85	95,5
Diz-göğüs pozisyonunda durma	68	76,4	21	23,6	19	21,3	70	78,7
Düş alma	85	95,5	4	4,5	10	11,2	79	88,8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çizelge 3.4.3.3’de ebelerin doğumun II. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları verilmiştir. Ebelerin %95,5’i dikey pozisyonları uygun bulmakta ve %82’si kullanmakta, %18’i de hiç kullanmamaktadır. Ancak; ebelerin tamamı doğum eyleminin II. evresi başladıktan hemen sonra gebeleri jinekolojik doğum masasına alarak litotomi pozisyonunda doğum yaptırdıklarını ve doğum için bu pozisyonu uygun bulduklarını belirtmişlerdir.

Çizelge 3.4.3.3. Ebelerin doğumun II. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumları (N=89)

Dikey Pozisyonları	2. Evre	
	n*	%
Uygun bulma durumu		
Uygun	85	95,5
Uygun Değil	4	4,5
Kullanma durumu		
Kullanan	73	82,0
Hiç Kullanmayan	16	18,0

* Dikey pozisyonlardan herhangi birini ya da birkaçını uygun bulan ve kullananlar dikkate alınmıştır.

Ebelerin doğumun II. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar Çizelge 3.4.3.4’da görülmektedir. Doğum eyleminin II. evresinde ebeler en çok standart pozisyonları uygun bulmaktadırlar. Bu pozisyonlarından yarı oturma (%93,3) ve yatakta sol yana yatma (%69,7) uygun bulunmaktadır. İkinci sırada diz üstü pozisyonlar uygun bulunmakta ve bunlardan baş ve kolları sandalye üzerine ya da yatağın üst kısmına koyarak diz çökme (%52,8) ile çömelme, destekli çömelme (%48,3) ile eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma (%39,3) uygun bulunmaktadır. Dik pozisyonlar/çömelme ise en az oranda uygun bulunan pozisyonlardır. Ebelerin II. evrede kullandıkları pozisyonlar ve oranları önemli ölçüde azalmaktadır. Ebeler en çok standart pozisyonlar olan yarı oturma (%67,4) ve yatakta sol yana yatma (%31,5) pozisyonunu kullanmaktadırlar. Daha az oranda kullandıkları diz üstü pozisyonlar baş ve kolları sandalye üzerine ya da yatağın üst kısmına koyarak diz çökme (%21,3) ve çömelme, destekli çömelme (%20,2)’dir. Ebelerden sadece iki ile dördünün dik pozisyon/çömelme pozisyonları olan koltuk altından tutarak sarkma ve oturmayı (klozet, doğum topu, eşin kucığı) tercih ettikleri saptanmıştır.

Çizelge 3.4.3.4. Ebelerin doğumun II. evresinde uygun bulduğu ve kullandığı pozisyonlar *

Pozisyonlar	II. Evre							
	Uygun Bulunan Pozisyonlar				Kullanılan Pozisyonlar			
	Uygun		Uygun Değil		Kullanılan		Kullanılmayan	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Standart pozisyonlar								
Yarı oturma	83	93,3	6	6,7	60	67,4	29	32,6
Yatakta sol yan yatma	62	69,7	27	30,3	28	31,5	61	68,5
Diz üstü pozisyonlar								
Baş ve kolları sandalye üzerine/yatağın üst kısmına koyarak diz çökme	47	52,8	42	47,2	19	21,3	70	78,7
Çömelme/destekli çömelme	43	48,3	46	51,7	18	20,2	71	71,9
Eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma	35	39,3	54	60,7	12	13,5	77	86,5
Bir diz kıvrık, diğer diz yukarıda olacak şekilde oturma	20	22,5	69	77,5	10	11,2	79	88,8
Dik pozisyonlar/çömelme								
Koltuk altından tutarak sarkma	23	25,8	66	74,2	4	4,5	85	95,5
Oturma (klozet, doğum topu, eşin kucığı)	9	10,1	80	89,9	2	2,2	87	97,8

* Birden fazla cevap verildiği için yüzdelere “N=89” üzerinden alınmıştır.

Doğum eyleminin I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasını engelleyen nedenler Çizelge 3.4.3.5’de verilmiştir. Birinci evrede bu soruyu yanıtlayan 28 ebenin

%39,3'ü EFM ve NST takibi, %35,7'si indüksiyon uygulaması, %25'i doğumhane koşullarının uygun olmaması nedeniyle dikey pozisyonları kullanamadıklarını belirtmişlerdir. II. evrede nedenlere ilişkin 26 ebe yanıt vermiştir. Bu ebelerin %42,3'ü doğumhanede donanımın ve fiziksel koşulların elverişli olmaması ve jinekolojik doğum masasının kullanılması, %34,6'sı gebenin uyumsuz (ajite) ve eğitimsiz olması düşüncesi ile dikey pozisyonları kullanamadıklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 3.4.3.5. Ebelerin doğum eyleminde dikey pozisyonları kullanmalarını engelleyen nedenler

Nedenler	n*	%
I. evre (n=28)		
EFM ve NST takibinin olması	11	39,3
İndüksiyon uygulaması	10	35,7
Doğumhane koşullarının uygun olmaması	7	25,0
Gebenin doğum konusunda eğitim almaması	6	21,4
Travaydaki gebe ve fetusun riskli durumunun olması	5	17,9
Neden yok, uygulanabilir	3	10,7
II. evre (n=26)		
Doğumhane koşullarının uygun olmaması ve doğum masasının kullanılması	11	42,3
Gebenin uyumsuz (ajite) ve eğitimsiz olması	9	34,6
Doğum risklerinin olması ve müdahale etmede zorlanması	5	19,2
Ebelerin eğitimin olmaması	5	19,2
Dikey pozisyonların doğum için uygun olmaması	5	19,2

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Ebelere doğumun I. evresinde kullandıkları dikey pozisyonların etkisi sorulduğunda; tamamı (%100) gebe-fetüs sağlığına, tamamına yakını (%97,8)i doğumun ilerleyişine; II. evrede dikey pozisyonların doğum eylemine etkisi sorulduğunda ise ebelerin tamamına yakını (%91,3) doğuma olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.6).

Çizelge 3.4.3.6. Ebelerin, doğumda kullandıkları dikey pozisyonların gebe-fetüs sağlığı, doğumun ilerleyişi ve doğum eylemine etkisi ile ilgili düşünceleri

Evre	Dikey Pozisyonların Etkisi			
	Olumlu		Olumsuz	
	n	%	n	%
I. evre (n=89)				
Gebe-fetüs sağlığı	89	100,0	-	-
Doğumun ilerleyişi	87	97,8	2	2,2
II. evre (n=23)*				
Doğum eylemi	21	91,3	2	8,7

* Ebelerin 66 (%74,2)'sı II. evrede dikey pozisyonları kullanmadığını belirttiği için bu soruya cevap vermemişlerdir.

Ebelere doğumda kullandıkları dikey pozisyonların olumlu etkilerinin neler olduğu sorulmuştur. Verilen yanıtlar, doğum eyleminde I. ve II. evre olarak gruplandırılmıştır. Buna göre I. evrede 46 ebe'nin %69,6'sı "açılma hızlanır, doğum süresi kısalır, bebeğin ilerlemesine yardımcı olur", %37'si "gebe rahat atlatır, pozitif etkiler", %26,1'i "kontraksiyonlar düzenli olarak artar, ağrısını daha az hisseder", %23,9'u "servikse baş baskısı artar, başın yerleşmesi ve serviksin açılmasına yardım eder, fetal kalp atımı (FKA), solunum ve anne nabızı normal gelişir" şeklinde olumlu etkilerini açıklamışlardır. İkinci evre için bu soruyu yanıtlayan (15 ebe) ebelerin %66,6'sı "gebe kolay, rahat, sağlıklı doğum yapar ve doğumunu kendi yönetir, gebe istediğini yaptığı için psikolojik yönden rahatlar, stresi azalır, bebeğin oksijen alımı kolaylaşır, ağrıyı daha iyi tolere eder ve perine yırtığı azalır", %59,9'u "başın rotasyon ve yerleşimi daha rahat olur, açılmayı etkiler, bebek kolay ilerler, ıkınma daha rahat olur ve doğum hızlanır" şeklinde olumlu etkilerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.7).

Çizelge 3.4.3.7. Ebelerin normal doğum eyleminde kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin belirttikleri olumlu etkiler

Olumlu etkiler	n*	%
I. evre (n=46)		
Açılma hızlanır, doğum süresi kısalır, bebeğin ilerlemesine yardımcı olur	32	69,6
Gebe rahat atlatır, pozitif etkiler	17	37,0
Kontraksiyonlar düzenli olarak artar, ağrısını daha az hisseder	12	26,1
Servikse baş baskısı artar, başın yerleşmesi ve serviksin açılmasına yardım eder, FKA, solunum ve anne nabızı normal gelişir	11	23,9
Gebenin huzursuzluğu, yorgunluğu ve anksiyetesi azalır	7	14,2
II. evre (n=15)		
Gebe kolay, rahat ve sağlıklı doğum yapar	10	66,6
Gebe doğumunu kendi yönetir, gebe istediğini yaptığı için psikolojik yönden rahatlar, stresi azalır, bebeğin oksijen alımı kolaylaşır, ağrıyı daha iyi tolere eder ve perine yırtığı azalır	10	66,6
Başın rotasyon ve yerleşimi daha rahat olur	9	59,9
Açılmayı etkiler, bebek kolay ilerler, ıkınma daha rahat olur ve doğum hızlanır	9	59,9

* Birden fazla cevap verilmiştir.

Ebelere I. evrede normal doğum eyleminde kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin olumsuz etkilerin neler olduğu sorulduğunda; bu soruya cevap veren 32 ebe'nin %25'i "Membranların erken açılması ve hekimin sakıncalı bulması", %21,8'ü "Gebenin çok yorulması, silinme ve açılmanın yavaşlaması", %12,5'i de "Fetal kalp atımları takibinin zorlaşması, gebelerin rahat davranmasına bağlı ebelerin zorlanması" şeklinde belirtmişlerdir. II. evrede ise bu soruyu yanıtlayan 15 ebe'nin %46,6'sı "Gebenin uyumsuz ve ajite olması", %40'ı "Bebeğin başının kontrol edilemeyerek yere düşmesi", %33,3'ü "Dikey pozisyonların doğum için uygun olmaması ve doğum sürecinin uzaması", %13,3'ü

“Membranların erken açılması ve kordon sarkması” şeklinde olumsuz etkilerinin olabileceğini ifade etmişlerdir (Çizelge 3.4.3.8).

Çizelge 3.4.3.8. Ebelerin normal doğum eyleminde kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin belirttikleri olumsuz etkiler

Olumsuz Etkiler	n	%
I. evre (n=32)*		
Membranların erken açılması ve hekimin sakıncalı bulması	8	25,0
Gebenin çok yorulması, silinme ve açılmanın yavaşlaması	7	21,8
Fetal kalp atımları takibinin zorlaşması, gebelerin rahat davranmasına bağlı ebelerin zorlanması	4	12,5
Perine hasarının (düzensiz lacerasyonlar) olması	3	9,4
Yok	3	9,4
II. evre (n=15)*		
Gebenin uyumsuz ve ajite olması	7	46,6
Bebeğin başının kontrol edilemeyerek yere düşmesi	6	40,0
Dikey pozisyonların doğum için uygun olmaması ve doğum sürecinin uzaması	5	33,3
Membranların erken açılması ve kordon sarkması	2	13,3
Doğumun non-steril ortamlarda olması ile sorunların artması	3	9,4
Yok	3	9,4

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdelere bu soruya cevap veren ebeler üzerinden alınmıştır.

Doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonların kullanımı konusunda ebelerin %64'ü doğum salonlarını uygun bulurken, II. evrede %95,5'i uygun bulmamaktadır. Doğum eyleminin I. evresinde ebelerin %92,1'i dikey pozisyonların kullanımını desteklemekte, buna karşın II. evrede %70,8'i doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını desteklememektedir (Çizelge 3.4.3.9).

Çizelge 3.4.3.9. Ebelerin, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı için doğum salonlarını uygun bulma ve dikey pozisyonların kullanımını destekleme durumları (N=89)

Dikey Pozisyonların Kullanımı Konusunda Doğum Salonlarının Uygunluğu	I. Evre		II. Evre	
	n	%	n	%
Uygun	57	64,0	4	4,5
Uygun değil	32	36,0	85	95,5
Dikey Pozisyonların Kullanılmasını Destekleme Durumu				
Hayır	7	7,9	63	70,8
Evet	82	92,1	26	29,2

Çizelge 3.4.3.10 incelendiğinde, ebelerin %88,8'i doğum salonunun koşulları uygun, %81,9'u gebe doğuma hazırlık eğitimi almış, %79,5'i ebe dikey pozisyonlar konusunda bilgili, %62,7'si ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmış, %60,2'si gebe dikey pozisyonda

doğum yapmak istiyor, %57,8'i ebe sayısı yeterli, %51,8'i ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmak istiyor ve %50,6'sı doktor dikey pozisyonlar hakkında bilgili ise normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını destekleyeceklerini ifade etmişlerdir

Çizelge 3.4.3.10. Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını destekleme koşulları (N=83)

Dikey Pozisyonların Kullanımını Destekleme Koşulları	n*	%
Doğum salonunun koşulları uygunsa	74	88,8
Gebe doğuma hazırlık eğitimi almışsa	68	81,9
Ebe dikey pozisyonlar konusunda bilgili ise	66	79,5
Ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmışsa	52	62,7
Gebe dikey pozisyonda doğum yapmak istiyorsa	50	60,2
Ebe sayısı yeterli ise	48	57,8
Ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmak istiyorsa	43	51,8
Hekim dikey pozisyonlar hakkında bilgili ise	42	50,6

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Bu soruya altı ebe yanıt vermediği için yüzdelere "n=83" üzerinden alınmıştır.

Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını isteme durumları incelendiğinde; ebelerin %65,2'sinin sadece I. evrede, %19,1'in her iki evrede ve %2,2'sinin sadece II. evrede dikey pozisyonları kullanmak istedikleri, %7,9'unun kararsız olduğu ve %5,6'sının ise bu pozisyonları kullanmak istemedikleri tespit edilmiştir. Ebelerin doğumda dikey pozisyonların kullanımını istememe nedenleri incelendiğinde ise; bu soruya sadece dört ebe cevap vermiştir. Bunlardan ikisi bilgisi olmadığını, biri kontraksiyonda ayakta durmanın zor olduğunu ve gebenin halsiz kaldığını, biri de eğitim almadığı için fikrinin olmadığını belirtmiştir (Çizelge 3.4.3.11).

Çizelge 3.4.3.11. Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını isteme durumları (N=89)

Dikey Pozisyonların Kullanımını İsteme Durumu	n	%
Evet, sadece I. evrede	58	65,2
Evet, her iki evrede	17	19,1
Kararsızım	7	7,9
Hayır	5	5,6
Evet, sadece II. evrede	2	2,2
Dikey Pozisyonların Kullanımını İstememe Nedeni		
Bilgim yok	2	50,0
Kontraksiyonda ayakta durmak zor ve gebe yorulur	1	25,0
Eğitim almadım	1	25,0

Ebelerin, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması için önerileri Çizelge 3.4.3.12’de verilmiştir. Ebelerin %81,7’si doğum salonunun fiziksel koşullarının düzeltilerek doğum eylemi ve pozisyonlar için donanımlı ve olanaklarının uygun hale getirilmesi gerektiğini (tek yataklı, geniş doğum odaları, çalışma ortamının şartları düzenlenmeli, gebelere güven verecek ortam, yürüme yerleri, tutunacak yer, kaymayan zemin, duş imkanı, doğum topu gibi) belirtmişlerdir. Ebelerin %40’ı gebelerin doğuma hazırlık eğitimi/kursu alması, ebelerin doğuma katılımının sağlanması, %40’ı ebelerin dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi, %25’i doktorların dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi ve bu konuda ebeleri desteklemesi, %11,6’sı ebe sayısının yeterli olması ve destek personel sağlanması, %8,3’ü ekip uyumu/doktor ve ebe iletişiminin iyi olması ve %5’i doğum masalarının kaldırılması ya da, doğum masasının/yataklarının dikey pozisyona ayarlanması gerektiği şeklinde öneride bulunmuşlardır.

Çizelge 3.4.3.12. Ebelerin doğumda dikey pozisyonların kullanılması için önerileri (N=60)

Öneriler	n*	%
Doğum salonunun fiziksel koşulları düzeltilerek doğum eylemi ve pozisyonlar için donanımlı ve olanakları uygun hale getirilmeli	49	81,7
Gebeler doğuma hazırlık eğitimi hakkında eğitilmeli ve gebelerin doğuma katılımı sağlanmalı	24	40,0
Ebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi verilmeli, eğitilmeli/kurs almalı	24	40,0
Doktorlar dikey pozisyonlar hakkında eğitilmeli ve bu konuda ebeleri desteklemeli	15	25,0
Ebe sayısı yeterli olmalı ve destek personel sağlanmalı	7	11,6
Ekip uyumu, hekim ve ebe iletişimi iyi olmalı	5	8,3
Doğum masaları kaldırılmalı ya da doğum masası/yatakları dikey pozisyona ayarlanmalı	3	5,0
Tüm sağlık personeli yeniliklere açık olmalı, hastane yönetimi bu konuda destek vermeli	2	3,3
Gebe tek kişilik odada doğum yapmalı	2	3,3

* Birden fazla seçenek işaretlendiği için yüzdeler “n” üzerinden alınmıştır.

3.4.4. Normal Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonların Uygun Bulunmasını ve Kullanılmasını Etkileyen Faktörler

Ebelerin tamamı I. evrede dikey pozisyonları uygun bulmakta ve kullanmaktadırlar. Bu nedenle bu bölümde sadece normal doğum eyleminin II. evresinde, ebelerin bazı özellikleri ile dikey pozisyonları uygun bulma durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, Bodrum, Milas, Köyceğiz, Dalaman, Yatağan ve Muğla merkez devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebelerin tamamı, 21-32 yaş grubunda daha genç olan (sekiz ebe), Sağlık Meslek Lisesi mezunu olan (12 ebe), bekar olan (15 ebe), doğum şekline kendisinin karar

verdiğini ifade eden (sekiz ebe), uygulanan doğum şekline müdahaleli vajinal doğum diyen (11 ebe), normal doğumu doktorun yaptırdığını ifade eden (10 ebe), bilimsel bilgi kaynaklarından yararlanan (üç ebe), II. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olan (13 ebe) ebelerin tamamı; doğum salonunda 1-10 yıl arası çalışan, ebe pozisyonunda olan ve aynı anda üçten fazla gebe izleyen, doğuma hazırlık eğitimi almayan ve dikey pozisyon hakkında eğitim almak isteyen, I. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olan, 1. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli diyen, II. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmemeli/bilmiyorum diyen, I. ve II. evrede serbest pozisyona izin veren ebelerin ise tamamına yakını normal doğum eyleminin ikinci evresinde dikey pozisyonların kullanılmasını uygun bulmaktadırlar. Ancak, ebelerin bu özellikleri ile II. evrede dikey pozisyonları uygun bulma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Doğum şekline anne/eş karar verenler ($\chi^2= 6.531$, $p=0,038$) ile normal doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları uygun bulanlar arasında anlamlı bulunmuştur ($p=0,040$). Doğum şekline karar veren 15 ebenin tamamı, doktorların %95.8'i, anne/eşlerin de ikisi (%66.7) II. evrede dikey pozisyon kullanımını uygun bulmaktadırlar (Çizelge 3.4.4.1).

Çizelge 3.4.4.1. Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları uygun bulma durumları (N=89)

Kurumlar	Dikey Pozisyonu				Toplam		x²	P	
	Uygun Bulan		Uygun Bulmayan						
	n	%	n	%	n	%			
Bodrum	9	100,0	-	-	9	100,0	12,167	0,144	
Marmaris	8	88,9	1	11,1	9	100,0			
Milas	9	100,0	-	-	9	100,0			
Ortaca	6	75,0	2	25,0	8	100,0			
Köyceğiz	6	100,0	-	-	6	100,0			
Dalaman	13	100,0	-	-	13	100,0			
Yatağan	12	100,0	-	-	12	100,0			
Fethiye	10	90,9	1	9,1	11	100,0			
Muğla merkez	12	100,0	-	-	12	100,0			
Toplam	85	95,5	4	4,5	89	100,0			
Yaş grupları									
22-31	8	100,0	-	-	8	100,0	0,434	0,805	
32-41	60	95,2	3	4,8	63	100,0			
42 ve üzeri	17	94,4	1	5,6	18	100,0			
Eğitim durumu									
Sağlık Meslek Lisesi	12	100,0	-	-	12	100,0	2,847	0,241	
Ön lisans	58	96,7	2	3,3	60	100,0			
Lisans+yüksek lisans	15	88,2	2	11,8	17	100,0			
Medeni durum									
Evli	70	94,6	4	5,4	74	100,0	0,849	0,471	
Bekar	15	100,0	-	-	15	100,0			
Doğum salonunda çalışma süresi									
1 yıldan az	13	92,9	1	7,1	14	100,0	0,311	0,856	
1-10 yıl	52	96,3	2	3,7	54	100,0			
11-20 yıl	20	95,2	1	4,8	21	100,0			
Doğum salonundaki pozisyonu									
Sorumlu ebe	4	80,0	1	20,0	5	100,0	2,967	0,210	
Ebe	81	96,4	3	3,6	84	100,0			
Aynı anda izlediği gebe sayısı									
1-2	49	94,2	3	5,8	52	100,0	0,474	0,446	
3-6	36	97,3	1	2,7	37	100,0			
Doğum şekline karar veren									
Ebe	15	100,0	-	-	15	100,0	6,531 KW=0,040	0,038	
Doktor	68	95,8	3	4,2	71	100,0			
Anne/eş	2	66,7	1	33,3	3	100,0			
Uygulanan doğum şekli									
Spontan vajinal doğum	46	95,8	2	4,2	48	100,0	0,859	0,651	
Müdahaleli vajinal doğum	11	100,0	-	-	11	100,0			
Sezaryen	28	93,3	2	6,7	30	100,0			
Normal doğumu yaptıran									
Ebe	75	94,9	4	5,1	79	100,0	0,530	0,615	
Doktor	10	100,0	-	-	10	100,0			
Bilgi kaynağı									
Bilimsel kaynaklar ve deneyim	71	95,9	3	4,1	74	100,0	0,587	0,746	
Bilimsel kaynaklar	3	100,0	-	-	3	100,0			
Deneyim	11	91,7	1	8,3	12	100,0			
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu									
Hayır	70	95,9	3	4,1	73	100,0	0,140	0,554	
Evet	15	93,8	1	6,3	16	100,0			

Çizelge 3.4.4.1. **Devam.** Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları uygun bulma durumları (N=89)

Dikey pozisyonlar hakkında eğitim alma isteği								
Hayır	25	100,0	-	-	25	100,0	1,636	0,260
Evet	60	93,8	4	6,3	64	100,0		
I. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu								
Hayır	50	94,3	3	5,7	53	100,0	0,415	0,465
Evet	35	97,2	1	2,8	36	100,0		
II. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu								
Hayır	72	94,7	4	5,3	76	100,0	0,716	0,525
Evet	13	100,0	-	-	13	100,0		
I. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli								
Hayır+bilmiyorum	13	100,0	-	-	13	100,0	0,716	0,525
Evet	72	94,7	4	5,3	76	100,0		
II. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli								
Hayır+bilmiyorum	62	96,9	2	3,1	64	100,0	0,995	0,313
Evet	23	92,0	2	8,0	25	100,0		
I. evrede serbest pozisyona izin verme								
Hayır	22	100,0	-	-	22	100,0	1,375	0,314
Evet+bazen	63	94,0	4	6,0	67	100,0		
II. evrede serbest pozisyona izin verme								
Hayır	74	96,1	3	3,9	77	100,0	0,476	0,446
Evet+bazen	11	91,7	1	8,3	12	100,0		
Toplam	85	95,5	4	4,5	89	100,0		

Çizelge 3.4.4.2 Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanma durumları (N=89)

Kurumlar	Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonu				Toplam		x ²	P
	Kullanan		Kullanmayan					
	n	%	n	%	n	%		
Bodrum	8	88,9	1	11,1	9	100,0	3,829	0,872
Marmaris	8	88,9	1	11,1	9	100,0		
Milas	6	66,7	3	33,3	9	100,0		
Ortaca	7	87,5	1	12,5	8	100,0		
Köyceğiz	5	83,3	1	16,7	6	100,0		
Dalaman	10	76,9	3	23,1	13	100,0		
Yatağan	11	91,7	1	8,3	12	100,0		
Fethiye	8	72,7	3	27,3	11	100,0		
Muğla merkez	10	83,3	2	16,7	12	100,0		
Yaş grupları								
22-31	7	87,5	1	12,5	8	100,0	0,394	0,821
32-41	52	82,5	11	17,5	63	100,0		
42 ve üzeri	14	77,8	4	22,2	18	100,0		
Eğitim durumu								
Sağlık Meslek Lisesi	10	83,3	2	16,7	12	100,0	0,625	0,731
Ön Lisans	48	80,0	12	20,0	60	100,0		
Lisans+yüksek lisans	15	88,2	2	11,8	17	100,0		

Çizelge 3.4.4.2 **Devam.** Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanma durumları (N=89)

Medeni durum	Normal Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonu				Toplam		x ²	P	
	Kullanan		Kullanmayan						
	n	%	n	%	n	%			
Evli	61	82,4	13	17,6	74	100,0	0,050	0,536	
Bekar	12	80,0	3	20,0	15	100,0			
Doğum salonunda çalışma süresi								1,968	0,374
1 yıldan az	13	92,9	1	7,1	14	100,0			
1-10 yıl	42	77,8	12	22,2	54	100,0			
11-20 yıl	18	85,7	3	14,3	21	100,0			
Doğum salonundaki pozisyonu								1,742	0,219
Sorumlu ebe	3	60,0	2	40,0	5	100,0			
Ebe	70	83,3	14	16,7	84	100,0			
Aynı anda izlediği gebe sayısı								1,730	0,150
1-2	45	86,5	7	13,5	52	100,0			
3-6	28	75,7	9	24,3	37	100,0			
Doğum şekline karar veren								0,704	0,703
Ebe	13	86,7	2	13,3	15	100,0			
Doktor	58	81,7	13	18,3	71	100,0			
Anne veya eş	2	66,7	1	33,3	3	100,0			
Uygulanan doğum şekli								9,089 KW=0,011	0,011
Spontan vajinal doğum	34	70,8	14	29,2	48	100,0			
Müdahaleli vajinal doğum	11	100,0	-	-	11	100,0			
Sezaryen	28	93,3	2	6,7	30	100,0			
Normal doğumu yaptıran kişi								0,031	0,572
Ebe	65	82,3	14	17,7	79	100,0			
Doktor	8	80,0	2	20,0	10	100,0			
Bilgi kaynağı								1,067	0,586
Bilimsel ve Deneyim	61	82,4	13	17,6	74	100,0			
Bilimsel	3	100,0	-	-	3	100,0			
Deneyim	9	75,0	3	25,0	12	100,0			
Doğuma hazırlık eğitimi alma								0,008	0,587
Hayır	60	82,2	13	17,8	73	100,0			
Evet	13	81,3	3	18,8	16	100,0			
Dikey pozisyon hakkında eğitim alma isteği								2,368	0,111
Hayır	18	72,0	7	28,0	25	100,0			
Evet	55	85,9	9	14,1	64	100,0			
I.evre dikey pozisyon hakkında bilgi sahibi olma durumu								3,938 KW=0,048	0,045
Hayır	47	88,7	6	11,3	53	100,0			
Evet	26	72,2	10	27,8	36	100,0			
II. evre dikey pozisyon hakkında bilgi sahibi olma durumu								1,689	0,178
Hayır	64	84,2	12	15,8	76	100,0			
Evet	9	69,2	4	30,8	13	100,0			
I. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli								0,268	0,426
Hayır+bilmiyorum	10	76,9	3	23,1	13	100,0			
Evet	63	82,9	13	17,1	76	100,0			
II. evrede serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli								7,656 KW=0,006	0,009
Hayır+bilmiyorum	57	89,1	7	10,9	64	100,0			
Evet	16	64,0	9	36,0	25	100,0			

Çizelge 3.4.4.2. **Devam.** Ebelerin bazı özelliklerine göre doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanma durumları (N=89)

I. evrede serbest pozisyona izin verme durumu	Dikey Pozisyonu				Toplam		x²	P
	Kullanan		Kullanmayan					
	n	%	n	%	n	%		
Hayır	20	90,9	2	9,1	22	100,0	1,565	0,178
Evet+bazen	53	79,1	14	20,9	77	100,0		
II. evrede serbest pozisyona izin verme durumu								
Hayır	66	85,7	11	14,3	77	100,0	5,279	0,037
Evet+bazen	7	58,3	5	41,7	12	100,0		
Toplam	73	82,0	16	18,0	89	100,0	KW=0,022	

Çizelge 3.4.4.2’de ebelerin bazı özelliklerine göre normal doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanma durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre, Yatağan, Bodrum, Marmaris, Ortaca, Köyceğiz ve Muğla merkez devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan, 21-32 yaş grubunda olan, lisans mezunu, doğum salonunda çalışan; evli, bir yıldan daha az süredir çalışan, ebe pozisyonunda olan, aynı anda bir-iki gebe izleyen, doğum şekline kendisi karar veren ve normal doğumu kendilerinin yaptırdığını ifade eden, doğuma hazırlık eğitimi alan, dikey pozisyon hakkında eğitim almak isteyen, I. evre dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olan, I. ve II. evrede gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli diyen ebelerin tamamına yakını, bilimsel bilgi kaynaklarından yararlanan ebelerin ise tamamı normal doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanmaktadırlar, Ancak ebelerin bu özellikleri ile dikey pozisyonu kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Genellikle çalıştıkları birimde uygulanan doğum şekilleri açısından; müdahaleli vajinal doğum uygulayanların tamamının (%100,0), spontan vajinal doğum yaptıranların %70,8’inin ve sezaryen doğum yaptıranların %93,3’ünün normal doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullandıkları saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=9,089$, $p=0,011$, Çizelge 3.4.4.2). Bu farkın spontan vajinal doğumu kullananlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,011$).

Normal doğum eyleminin II. evresinde serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini istemeyen ya da bilmeyen ebelerin %89,1’inin, II. evrede serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini isteyen ebelerin ise %64’ünün II. evrede dikey pozisyonları kullandıkları saptanmıştır. Serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini isteme durumuna göre dikey pozisyonları kullananlarla kullanmayanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($x^2=7,656$, $p=0,009$, Çizelge 3.4.4.2). Bu farkın normal doğum

eyleminin II. evresinde gebelere serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesine evet diyenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p=0,006$).

Normal doğum eyleminin II. evresinde istedikleri serbest pozisyonunda kalmalarına izin vermeyen ebelerin büyük çoğunluğunun (%85,7), izin verenlerin ise %58,3'ünün normal doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullandıkları belirlenmiştir. Normal doğum eyleminin II. evresinde ebelerin istedikleri serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme durumu ile dikey pozisyonların kullanılması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=5,279$, $p=0,037$, Çizelge 3.4.4.2). Bu farkın normal doğum eyleminin II. evresinde gebelere istedikleri serbest pozisyonunda kalmalarına evet ve bazen diyenlerden kaynaklandığı belirlenmiştir ($p=0,022$).

Doğumun I. evresinde dikey pozisyonlar hakkında bilgisi olduğunu belirten ebelerin %88.7'si, bilgisi olmadığını belirten ebelerin de %72.2'si doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonu kullandıklarını belirtmişlerdir. Aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($\chi^2=3,938$, $p=0,045$, Çizelge 3.4.4.2). Bu fark I.evrede dikey pozisyonlarla ilgili bilgisi olduğunu bildirenlerden kaynaklanmaktadır ($p=0,048$).

4. TARTIŞMA

Tartışma üç bölümde gerçekleştirilmiştir. Birinci bölümde ebelerin tanıtıcı ve mesleki özellikleri, ikinci bölümde ebelerin çalıştıkları birimde gerçekleştirilen doğumlara ilişkin uygulamalar ve üçüncü bölümde ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasına ilişkin bilgi, görüş ve uygulamaları tartışılmıştır.

4.1. Ebelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri

Yaş ortalaması $37,9 \pm 5,074$ olan ebelerin %70,8'inin 32-41 yaş grubunda, %20,2'sinin 42 yaş ve üzerinde, %67,4'ünün ön lisans, %19,1'inin lisans ve yüksek lisans mezunu ve %83,1'inin de evli olduğu saptanmıştır (Çizelge 3.1.1). Beydağ ve Arslan (2008)'in çalışmasında ebe/hemşirelerin %40,6'sının lisans mezunu, %66'sının evli olduğu bulunmuştur. Türkiye'de evli kadın oranı %65 olup 15-49 yaş grubundaki kadınlar arasında "halen evli" kadınların oranı azalmaktadır (Ergöçmen ve Tuçkanat 2009).

Ebelerin %71,9'unun 2-3 çocuğu vardır. Ebelerin yarısı (%53,2) ilk doğumlarını normal spontan vajinal doğum ile yaparken (sezaryen %46,8), 2. doğumlarını daha çok sezaryen doğum (%60,9) ile gerçekleştirmişlerdir (normal spontan vajinal doğum %39,1). (Çizelge 4.1.1). Ebelerin tamamının beklenenin aksine 3. doğumlarını sezaryen ile gerçekleştirmeleri dikkati çeken bir bulgu olmuştur. Sezaryen ile doğum yapma olasılığı annenin yaşı ile birlikte artarken, çocuğun doğum sırasıyla azalmaktadır (Ergöçmen ve ark 2008). Annenin eğitim düzeyi ve ileri yaşta olmasının sezaryenle doğum oranını artırdığı belirtilmektedir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye genelinde doğumların %37'si, batı bölgesinde ise %46'sı sezaryen ile yapılmaktadır (Ergöçmen ve Tuçkanat 2009). Sağlık Bakanlığı (2011) verilerine göre, Türkiye'de sezaryen doğumların tüm doğumlar içindeki oranı %47, Ege bölgesinde %55, Avrupa da %22, Dünya'da ise %16'dır. Çalışmada normal doğumu gerçekleştiren ebelerin doğum sayısı arttıkça sezaryen oranlarının artması literatüre paralellik göstermektedir.

Ebelerin çok azı (%7,8) 1-10 yıldır, büyük çoğunluğu (%79,2) 11-30 yıldır ebe olarak çalışmaktadır. Ebelerin %15,7'si bir yıldan az süredir, yarıdan fazlası da (%60,7) 1-10 yıldır doğum salonunda çalışmaktadır. Doğum salonunda çalışan ebelerin tamamına yakını (%94,4) ebe, %5,6'sı ise sorumlu ebe pozisyonundadır (Çizelge 3.2.1). Beydağ ve Arslan (2008)'in çalışmasında ebe/hemşirelerin %59,7'sinin 6-10 yıldır kadın doğum alanında çalıştığı belirtilmiştir. Doğum salonunda çalışan ebelerin %58,4'ünün travayda aynı anda 1-2,

%38,2'sinin 3-4 gebe izledikleri, yarısının (%52,8) aylık 1-20, %42,7'sinin de 21-60 arasında doğum yaptırdıkları saptanmıştır (Çizelge 3.2.1). Bu bulgu, ebelerin doğumda izledikleri gebe sayısının fazla olduğunu göstermektedir.

4.2. Ebelerin Çalıştıkları Birimde Gerçekleştirilen Doğumlara İlişkin Uygulamalar

Araştırmada, doğumların %53,9'unun spontan vajinal doğum, %33,7'sinin sezaryen ile gerçekleştiği bulunmuştur (Çizelge 3.3.1). Türkiye'de sezaryen oranı oldukça yaygındır. Son beş yılda meydana gelen tüm doğumların %37'si sezaryen ile yapılmaktadır (Ergöçmen ve ark 2008). Araştırmada sezaryen oranının yüksek olması literatürle paralellik göstermektedir. Doğum şekline en çok doktorlar karar vermekte (%79,8) ve bunu %16,8 ile ebeler ve %3,4 ile anne ve/veya eşleri izlemektedir (Çizelge 3.3.1). Gözükara ve Eroğlu (2008)'nin çalışmasında, doğumların %57,6'sında doğum şekline kadının kendisinin karar verdiği ve kadınların kararlarının %35,1'ini annelerinin, %30,5'ini eşlerinin ve %12,1'ini ise doktorların etkilediği belirlenmiştir. Buna karşın, Gözükara ve Eroğlu'nun belirttiğinden farklı olarak, doğum şekline en çok hekimlerin karar vermesi doğum kararında kadınların pasif durumda olduğunu düşündürmektedir.

Spontan vajinal doğumları büyük oranda ebeler (%88,8), daha az oranda hekimler (%11,2) yaptırmaktadır (Çizelge 3.3.1). TNSA 2008'e göre doğumların %64'ünde doktorlar, %27'sinde ise ebe/hemşireler yardımcı olmaktadır (Ergöçmen ve Tunçkanat 2009). Çalışmada ebelerin normal doğum yaptırma oranı literatürde belirtilenden yüksektir. Bu durum olası bölgesel farklılıklar yanında, örneklemdeki ebelerin risk taşımayan doğumları kendilerinin yaptırmaları ve riskli durumlarda hekimden destek almaları ile ilişkili olabilir.

Ebe ve doktorlara eğitimleri süresince doğum sürecini öğrenirken anatomi ve fizyoloji ayrı ayrı verilir. Pelvis ve fetüsün her biri sabit bir varlık olarak incelenir. Kadının pelvisinin şeklini değiştirmek için kullanabileceği duruş veya hareketlerden nadiren bahsedilir, hatta hiç bahsedilmez (Sutton ve Scott 1994). Doğumda sırt üstü pozisyon tercihinin, öğrenciyken vajinal doğumların çoğunun kadının sırt üstü durumdayken gözlendiği ve alınan ebelik eğitimi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Aynı zamanda, doğum esnasında gebenin pozisyon ve hareketliliğinin desteklenmesinde ebenin bilgi ve eğitim seviyesi ile iş tecrübesinin etkili ve önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu da öğrencilikte ebelik uygulamalarıyla başlayarak, ebelerin becerilerini geliştirmeyi destekleyen klinik becerilerin önemini göstermektedir (Priddis ve ark 2011). Bu araştırmada ebeler doğum salonundaki uygulamalarında çoğunlukla

hekim tavsiyeleri (%78,7), okulda verilen eğitim (%77,5) ve kendi klinik deneyimleri (%74,2) ile ebe meslektaşlarından (%56,2), daha az oranda da meslekle ilgili kitaplar, araştırmalar ve bilimsel toplantılar (%41,6) ve hizmet içi eğitimlerden (%34,8) yararlanmışlardır (Çizelge 3.3.2). Ebelerin uygulamalarında yararlandıkları kaynaklar arasında ilk üç sırada hekim tavsiyesi, okul eğitimi ve klinik deneyimlerinin olması, daha çok ön lisans mezunu olmaları (Çizelge 3.1.1), doğum şekline hekimin karar vermesi (Çizelge 3.3.1), ve ebelerin meslekte uzun süredir çalışmalarına rağmen doğum salonundaki kısa çalışma süreleri (Çizelge 3.2.1) ile ilişkili olabilir. Bu bulgu aynı zamanda klinik ortamların da öğrenmede önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Buna karşın, kanıta dayalı uygulamaların sıkça tartışıldığı günümüzde ebelerin primer olarak sorumlu oldukları doğuma yönelik ebelik uygulamaları için mesleki ve bilimsel çalışmalar ile hizmet içi eğitimlerden düşük oranda yararlanmaları, genelde bilimsel ortamlardan uzak olduklarını düşündürmektedir ve ebelerin hizmet içi verilecek sürekli eğitimlerle desteklenmeleri gerektiğini ortaya koyması bakımından önemli bir bulgudur.

Doğumda genellikle ebelerin daha başarılı oldukları, ebeler tarafından kullanılan stratejilerin daha fazla bilinmesi ve tanımlanması durumunda doğumların daha yüksek bir başarı ile gerçekleştirilebileceği belirtilmektedir (Priddis ve ark. 2011). Ebeler kadınlara kendileri için en rahat pozisyonu bulma konusunda yardım etmede önemli rol oynadıklarından (De Jonge ve ark 2009), normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim gereksinimlerinin sağlanması önemlidir. Bu çalışmada ebelerin %82'sinin doğuma hazırlık ve %96,6'sının da normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almadıkları, buna karşın %71,9'unun normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almak istedikleri (Çizelge 3.3.3) saptanmıştır. Bu bulgu, ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik görüş/davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalıklarının artırılması, böylece doğumda gebeyi pasif durumdan çıkararak aktif duruma getiren yaklaşımların benimsenmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Son zamanlarda ülkemizde doğuma hazırlık kurs ve eğitimleri artmakta, doğal doğum ve dikey pozisyonlarda doğumların önemi vurgulanmaktadır. Çalışmada da eğitim almayan ve almak isteyen ebelerin yüksek olduğu düşünülürse, ebelerin eğitim gereksinimlerinin karşılanması ve desteklenmesi dikey pozisyonların kullanımının yaygınlaştırılması açısından özellikle önemli olacaktır.

4.3. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları

4.3.1. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgileri

Ebelerin farklı doğum pozisyonlarını gösterme ve teşvik etmede aktif olmaları gerektiği belirtilmektedir. Doğumda her şey hesaba katılırsa, gebelerin kendilerinden beklenen pozisyonu seçecekleri ve doğum ortamının gebelerin farklı pozisyonları denemeleri için önemli olduğu belirtilmektedir (Albers 2007, Mıdırs 2005). Souza ve ark (2006), doğumun ilk evresinde gebelerin dikey pozisyon almaya cesaretlendirilmesini önermektedir. Doğum pozisyonlarıyla ilgili olarak gebelerin rahat hareket etmelerini sağlama ve ebe için potansiyel olarak rahatsızlık verici olmasına rağmen, gebelerin doğum pozisyonunu seçmeleri konusunda ebelerin vereceği desteğin önemli olduğu belirtilmektedir. Genel olarak yan yatış pozisyonunun %66,6 gibi yüksek bir oranla uygunluk açısından en iyi, çömelme pozisyonunun ise özellikle ilk kez doğum yapacaklar için %42 gibi bir oran ile en az uygun olan bir pozisyon olduğu belirtilmektedir. Bulgular ve deneyimler, vücudun doğum sırasındaki duruş pozisyonunun doğum sürecinde olumlu ya da olumsuz durumların gelişmesine sebep olabildiğini göstermektedir (Priddis ve ark 2011). Doğumda yan yatma pozisyonunun perine bütünlüğü üzerinde koruyucu bir etkisi olduğu belirlenmiştir. Buna karşın çömelme pozisyonunun, özellikle ilk bebeğini doğuran kadınlarda perine bütünlüğünün korunmasında daha etkili olduğu belirtilmektedir. Yarı çömelmeyle karşılaştırıldığında, ayakta durma, diz çökme, el-diz pozisyonu gibi diğer doğum pozisyonları daha az faydalı bulunmuştur. Alçak bir doğum sandalyesi kullanarak yapılan çömelmenin üçüncü ve dördüncü derece yırtık riskini artırdığı görülmüştür (Jander ve Lyrenas 2001).

Bu çalışmada ebelerin %40,4'ünün doğum eyleminin I., %14,6'sının da doğum eyleminin II. evresindeki dikey pozisyonları bildikleri belirlenmiştir. Normal doğum eyleminin I. evresinde bilinen dikey pozisyonların en fazla yürüme, ayakta durma (%67,5) olduğu ve bunu yatağa, duvara, sandalyeye veya masaya doğru öne eğilme (%30,6) ve sol lateral pozisyonun (%24,3) izlediği saptanmıştır. İkinci evrede bilinen dikey pozisyonların ise diz-göğüs (%33,3) ve çömelme (%22,2) pozisyonları olduğu elde edilmiştir (Çizelge 3.4.1.1). Ebelerin %72,2'si doğum eyleminin I., %69,2'si de II. evrede gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi vermektedirler. Birinci evrede bilgi verilen pozisyonlar sırasıyla yürüme/ayakta durma (%80), sağ-sol yana yatma (%68), öne doğru eğilme (%20) ve çömelme (%20) pozisyonlarıdır. İkinci evrede bilgi verilen pozisyonlar ise en fazla el-diz, diz-göğüs

(%66,7), sağ-sol yana yatma (%16,7) ve yarı oturma (%16,7) pozisyonlarıdır (Çizelge 3.4.1.2). Ebeler, kadını doğum pozisyonlarıyla ilgili bilinçlendirmek için gebelik sırasında bilgi vermeli ve pozisyon tercihlerini tartışmalıdırlar (De jonge ve ark 2008). Ebelerin bazı dikey pozisyonları bilmeleri ve her iki evrede gebelere dikey pozisyonlar konusunda yüksek oranda bilgi vermeleri olumludur. Bu bulgu, dikey pozisyonları bilmeleri durumunda bilgilerini gebelere daha iyi aktarabileceklerini düşündürmektedir. Ebelerin doğumun I. ve II. evresindeki dikey pozisyonları bilme oranlarının ve bildikleri dikey pozisyonların özellikle II. evrede düşük olması ise günümüzde gebelerin genellikle doğuma kadar yatar pozisyonda izlenmeleri, doğumların yaygın olarak litotomi pozisyonunda yaptırılması, uygulamalarında bilimsel bilgidен yeterince yararlanmamaları ve hekime bağımlı çalışmaları ile açıklanabilir.

Doğumdaki anne pozisyonu uterus kontraksiyonlarının süresi ve şiddeti, doğum süresi, fetüsün inişı, annenin rahatı ve dolaşımın düzenlenmesi üzerinde olumlu etkiler yapar ve anne memnuniyetini artırır (Matson ve Smith 2000). Doğum pozisyonlarına yönelik yapılan çalışmalar, doğumda pozisyonların önemli olduğunu ve doğum sırasında dikey pozisyonda olmanın doğum süresini kısalttığını göstermektedir (Nichols ve Zwelling 1997, Ganapathy 2011, Priddis ve ark 2011). Lawrence ve ark (2009), doğumun ilk evresinde yürüme ve dikey pozisyonların doğum süresini kısalttığını ve bu uygulamanın anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkilemediğini saptamıştır. Epidural anestezinin kullanılmadığı kadınlarda, II. evrede dikey pozisyonda olmanın diğer pozisyonlara göre doğum süresinde dört dakikalık kısalma, daha az ağrı, fetal distress ve operatif vajinal doğum insidansı sağladığı, ancak 500 ml'nin üstünde kan kaybına neden olduğu bulunmuştur (Gupta ve ark 2009). Doğumda ayakta dikey pozisyonları (dik oturma, yan, el ve diz pozisyonu, çömelme) kullanan gebelerin daha az ağrı, daha az yorgunluk ve daha fazla duygusal tatmin yaşadığı ve daha az tıbbi müdahaleye maruz kaldığı görülmüştür. Etkin itme dikey pozisyonda çömelme ile elde edilebilir (Roberts 2003, Ragnar ve ark 2006). Sunulan kanıtta tanımlanan bir dezavantaj artan kanamadır ve bunun da temelde perineal travma ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Priddis ve ark 2011). Ancak Roberts (2003), II. evrenin süresi ve optimal doğum sonuçlarına ulaşmak için daha fazla araştırmanın yapılması gerektiğini ifade etmektedir.

Bu çalışmada dikey pozisyonları bildiğini belirten ebelerin çoğu, dikey pozisyonları kullanmanın doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu (I. evre %97,2, II. evre %84,6) belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.1.3). Ebelere doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonların olumlu etkilerine yönelik bilgilerinin neler olduğu sorulduğunda, çoğu (%70) doğumda rahat

olma ve ağrıların az hissedilmesi, daha azı silinme-dilatasyonun kolay olması (%35) ve yatağa bağımlılığı azaltıp hareketi sağlaması, dikkati ağrıdan uzaklaştırması, kontraksiyonları artırarak doğum eylemini kolaylaştırması (%35) olarak bildiklerini ifade etmişlerdir. Doğum eyleminin II. evresinde olumlu etkiler olarak; “yerçekimi etkisiyle baş baskısını artırarak bebeğin ilerleyişi, doğumu ve dilatasyonu kolaylaştırması (%90,9) ve gebenin sıkıntısız, rahat doğum yapması (%54,5)” belirtilmiştir (Çizelge 3.4.1.3). Çalışma bulgularının, literatürle benzer şekilde ebelerin doğumda dikey pozisyonların etkilerini olumlu olarak algıladıklarını ortaya koyması sevindiricidir.

4.3.2. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Görüşleri

Çalışmalarda gebelerin doğumun ilk evresini yatakta değil, ayakta ya da yürüyerek geçirmeyi tercih ettikleri belirtilmektedir (Souza ve ark 2006, Akın 2011). Kömürcü ve Ergin (2008)’e göre son yıllarda gebelerin doğumun I. evresinde daha az yatağa bağlı kalmak istedikleri, II. evresinde ise çömelme pozisyonunu tercih ettikleri belirtilmektedir. Doğum pozisyonları ile ilgili bir araştırmada, gebelerin çoğunun (%65,9) yarı-yatar (semi-rekumbent) %14,6’sının lateral, %9,9’unun el-diz, %4,1’inin ayakta durma, %1,4’ünün diz çökme, %1,3’ünün çömelme, %1,3’ünün sırt üstü (supine), %0,7’sinin litotomi pozisyonunda ve %0,8’inin de oturarak doğum yaptığı saptanmıştır (Soong ve Barnes 2005). Shorten ve ark (2002), doğum sırasında diz çökme ve ayakta durma gibi alternatif duruş pozisyonlarından iyi bir sonuç elde edememişlerdir. Yan yatış pozisyonuyla aynı veya benzer sonuçları olan yarı-sırt üstü uzanmış bir şekildeki doğumlarda her zaman başarı oranı diğerlerine göre daha yüksek olmuştur. Doğum için yan yatış en çok tercih edilen pozisyonudur, ancak diğer duruş pozisyonlarında da ebeler iyi sonuçlar elde etmişlerdir. Ragnar ve ark (2006), doğum eyleminin II. evresinin süresini kısaltma bakımından diz çökme (48.5 dakika $\pm$ 27.6 dakika) ve oturma (41 dakika $\pm$ 23.4 dakika) arasında anlamlı fark bulamamışlardır. Doğum eyleminin II. evresinde dik oturma pozisyonunun daha fazla doğum ağrısı, doğum süresinde uzama, konforda azalma ve savunmasızlık duygularının sıklaşmasına neden olduğu, ancak perine kaslarının yırtılma sıklığında anlamlı bir fark yaratmadığı görülmüştür. Doğum eyleminin II. evresinde diz çökme ve dik oturma doğum süresini etkilememiştir. Ancak, ilk kez doğum yapan gebelerde diz çökme pozisyonunun dik oturma pozisyonuna göre anneye daha elverişli bir deneyim sağladığı ve daha az acı verdiği tespit edilmiştir. Hunter ve ark (2009), gebeliğin son haftalarında günde iki kere 10 dakika eller ve dizler pozisyonunda beklemenin bebeğin doğum anındaki pozisyonuna ya da ölçülen diğer gebelik sonuçlarına

hiçbir etkisinin olmadığını belirlemişlerdir. Benzer şekilde, bebeğin OP pozisyonunda en az 30 dakika eller ve dizler pozisyonunda kalmanın, OP ya da oblik pozisyonları azaltmadığını, ancak sırt ağrısında anlamlı bir azalma yarattığını rapor etmişlerdir. Kömürcü ve Ergin (2008)'in Kocaeli'nde doğumun I. ve II. evresinde doğum pozisyonlarını karşılaştırdığı çalışmada, I. evrede dik pozisyonların dorsal rekümbent ve lateral yan pozisyonlara göre doğum süresini daha fazla kısalttığı ve özellikle 6 cm açıklıktan önceki dik pozisyonların annenin ağrı toleransını iyileştirdiği belirtilmektedir.

Çalışmada ebeler, doğum eyleminin I. evresinde gebelerin sıklıkla serbest şekilde sağa veya sola yan yatma (%71,5), yürüme (%48,1) ve yarı oturma veya sırt üstü yatma (%27,3), daha az oranda da duvara, masaya veya yatağa doğru eğilme (%5,2) ve çömelme (%3,9) pozisyonunu; eylemin II. evresinde ise dorsal rekümbent (%41,5), sırt üstü yatakta yatma (%15,7) ve el-diz, diz-göğüs pozisyonu ve diz çökme (%10), yarı oturma (%7,2), ayakta bir yere tutunma, eğilme ve sol yana yatma (%5,7) pozisyonlarını kullandıklarını belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.1). Pozisyonları tercih etme nedenlerine ilişkin görüşleri incelendiğinde, ebelerin %40'ı kontraksiyonlar arasında dinlenmek ve rahatlamak, %29,3'ü doğuma yardım eden kişinin (doktor ve ebe istediği için) müdahalesini kolaylaştırmak, %15,4'ü hissedilen ağrıyı azaltmak, %13,9'u açılmayı kolaylaştırmak, doğumu hızlandırmak, bebeğin baş baskısını ve rotasyonunu sağlamak, %3,1'i hastane şartlarının gereği ve rutin uygulama olduğu için ve %1,5'i de II. evrede ayakta durmak doğum için uygun olmadığından gebelerin bu pozisyonları tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.2). Bu çalışmanın örneklemini oluşturan ebelerin bildikleri bazı dikey pozisyonları kullanmaları ve tercih nedenlerinde dinlenme ve rahatlama, ağrıyı azaltma ve doğuma yardımcı olma gibi gerekçeleri bildirmeleri olumludur. Ancak, yatay pozisyonları daha çok kullanmaları araştırmanın yapıldığı kurumlarda doğum salonlarının normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılabilmesi için uygun olmadığını ve yatakta yatma ve litotomi pozisyonunda doğum yaptırılması gibi rutin uygulamaların etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Yatay pozisyonlarda kontraksiyonlar sırasında kan akımındaki azalma, uterus kasında oksijen yetmezliğine yol açarak acı algısını artırabilir. Doğum için yatay bir pozisyon asepsi, görsellik ve annenin konforunu artırmak için genellikle savunulmuştur. Kadınların uzanır pozisyonunda daha rahat oldukları varsayımı geçerliliğini yitirmektedir (Shermer ve Raines 1997). Birçok çalışmada doğum eyleminin I. evresinde gebelerin mobilize edilmesi ve kendilerine hareket özgürlüğü sağlanmasının doğum süreci ve fetüs ve yenidoğan üzerinde olumlu etkileri olduğu kanıtlanmıştır (Lugina ve ark 2004, Souza ve ark 2006, Romano ve

Lothian 2008, Lawrence ve ark 2009, Akın 2011). Shermer ve Raines (1997)'in çalışmasında, Caldeyro-Barcia (1979b), hareket etme yetisinin fizyolojik ve psikolojik yararlarının olduğunu; Mendez-Bauer ve ark (1975) ise gebelerin çoğunun dik bir pozisyonda olduğunda kontraksiyonlar sırasında daha az acı çektiğini ve %95'inin kasılmalar sırasında acı olsa bile daha konforlu olduklarını saptamışlardır (Shermer ve Raines 1997). Priddis ve ark (2011), duyguların kontrolü açısından kadının doğumda en rahat pozisyonu tercih edebilmesinin önemini vurgulamışlardır. Serçekuş ve İşbir (2012), NICE'in, kadınların doğum boyunca en rahat ettiği pozisyonu almasına ve hareket etmesine yardımcı olunması ve cesaretlendirilmesi gerektiğini, RCM'nin ise doğum boyunca hareket etmenin bilinen kanıtlanmış bir zararının olmadığını ve doğumda kadınların hareket etmeye cesaretlendirilmesinin önemini vurguladığını ifade etmektedirler. Bu çalışmada normal doğum eyleminin I. evresinde ebelerin büyük çoğunluğu (%85,4) gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesi gerektiğini, 3/4'ü (%75,3) serbest pozisyona izin verdiğini ve %67,5'i serbest pozisyonun doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu belirtirken, II. evrede ebelerin çoğunluğu (%71,9) gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmemesi gerektiğini veya bilmediğini, %86,5'i de serbest pozisyona izin vermediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.3). Gebelere doğumda serbest pozisyonda kalmalarına izin verme zamanları incelendiğinde (Çizelge 3.4.2.4), ebelerin yarısının (%50,8) gebelere doğumun I. evresinin başından sonuna kadar, %25,4'ünün ise 1-4 cm açıklığın olduğu latent fazda serbest pozisyonda kalmalarına izin verdikleri tespit edilmiştir. Ebeler doğum eyleminin II. evresinde serbest pozisyonun doğum eylemine etkisine yönelik bir görüş bildirmemişlerdir (Çizelge 3.4.2.3). Ebelerin I. evrede gebeleri serbest pozisyonda bırakılması gerektiğine ilişkin düşünceleri ve uygulamaları literatürle uyumludur, ancak II. evre için geçerli değildir. Bu bulgu, günümüzdeki alışlagelmiş pozisyonlardaki rutin doğum uygulamaları, doğum salonu koşullarının uygun olmaması, hekim merkezli çalışmaları ve buna bağlı doğumu kontrolleri altında tutma istekleri ile açıklanabilir.

Gebelere doğum sırasında pozisyon seçme hakkı verildiğinde, gebelerin %95'inin dikey bir pozisyon seçtiği, doğumun dikey bir pozisyonda daha konforlu olduğu, bu nedenle doğum pozisyonunu seçme ve değiştirme özgürlüğünün kontraksiyon sırasında ağrı yönetimi stratejilerinin ayrılmaz bir parçası olarak düşünülmesi gerektiği belirtilmektedir (Shermer ve Raines 1997). Doğum eyleminin I. evresinde mobilize olan gebelerde mobilize olmayan gebelere göre bu evrenin daha kısa sürdüğü, normal spontan doğum olayının daha fazla ve sezaryen ile doğum oranının ise daha az olduğu belirtilmektedir (Sarıcan ve Can 2011). Doğumda özgürce pozisyon değiştirmek fizyolojik ve psikolojik faydalarından dolayı hislerin

kontrolü ve doğumdaki kontraksiyonların idare edilmesi için vazgeçilmez olarak tanımlanır. Priddis ve ark (2011) tarafından bildirildiğine göre, duyguların kontrolü, doğum pozisyonunun seçiminde özgür olmayı ve destekleyici bir kişinin doğuma katılımını tartışan Gren ve ark (1990), kadının doğumda en rahat pozisyonu tercih edebilmesinin önemini vurgulamışlardır. Tatmin ve hislerin kontrolü gibi duygusal tecrübeler öznel ve kadının doğum tecrübelerini ölçmede zorluk yaratır. Bir kadının doğumda desteklenen duygularının acı-ağrı algısını değiştirebileceği, doğumda kadının içgüdüsel tepki vermesini sağlayacağı ve doğum sürecinde duygusal tatminin en üst seviyeye çıkmasına sebep olacağı bildirilmektedir (Priddis ve ark 2011). Bu araştırma gebelerin serbest pozisyonda kalmalarına izin vermeyen (I. evrede 15, II. evrede 38 ebe) ebeler, bunun nedenleri sorgulanmıştır. I. evrede izin vermeme nedeni olarak, kol-kordon sarkması, başın yerleşmesi, suyun gelmesi (her an her şey olabilir düşüncesi) (%46,7), sancıdan dolayı düşme ve kendine zarar verme riski (%26,6), uygun ortamın olmaması, kontraksiyonları değerlendirme ve muayenenin güç olması, ilaç, infüzyon, NST ve FKA takibinin yapılması (%20) ve bebek sıkıntıda ise bebeğe zarar verilmemesi (%20) gerekçe gösterilmiştir. İkinci evrede ise ebelerin yarıya yakını (%42,1) anne ve bebeği korumak, doğumun rahat ve bebeğin sağlıklı olması, %15,8'i doğumun hızlı ilerleme riski, %13,2'si de ayakta doğum riski, kol-kordon-el-ayak sarkması, fetal distress, doğum zor olur, iniş engellenir endişesi ve %13,2'si sancıdan dolayı gebelerin yorgun olmaları ve sağlıklı düşünemeyip kontrollerini kaybetme endişesi nedeniyle serbest pozisyonda kalmalarına izin vermediklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.4). Çalışma bulguları, ebelerin anne ve bebek sağlığını riske atmak istemediklerine ilişkin olumlu tutumlarını göstermekle birlikte, serbest pozisyonda kalmanın etkilerine yönelik bilgi açıklarının olduğunu da ortaya koymaktadır. Ayrıca, gebelerin travay süresince yatay pozisyonda olmalarının, doğumu gerçekleştiren ebeler ve kadın doğum uzmanlarının çalışmaları açısından daha elverişli bir ortam sağladığı (Lugina ve ark 2004, Lawrence ve ark 2009, Akın 2011) düşüncesinin de yaygın olduğunu, ebelerin bundan etkilendiğini ve doğumda kadınların pasif duruma sokulduğunu göstermektedir.

Doğum eyleminin II. evresinde herhangi bir dikey pozisyonda durma ya da yan yatma pozisyonu kullanımının sırt üstü uzanma ya da litotomi pozisyonlarıyla karşılaştırıldığı sistematik incelemelerde, kadınların dikey pozisyonda durmasının daha kısa bir II. evre, daha az destekli doğum ve epizyotomi, daha az aşırı ağrı bildirimi, daha kolay aşağı iniş ve daha az fetal kalp atışı anormallikleriyle sonuçlandığı bildirilmiştir (De Jonge ve ark 2004, Gupta ve ark 2009). Özellikle doğumun I. evresinde litotomi pozisyonunda olmak doğum sürecini

yavaşlatan bir pozisyon olarak değerlendirilmektedir. Litotomi pozisyonunda olmaya bağlı olarak doğumun II. evresi uzayabilmekte, epizyotomi ve müdahale ihtiyacı artmakta, ıkınma için yerçekiminin etkisinden yararlanılamadığından itme yeteneği azalmakta ve annenin doğum sürecine katılımı azalmaktadır. Oysa dikey pozisyonlar ya da ayakta dolaşma yerçekiminin de etkisiyle pelvik değişikliklere yol açar, böylece rotasyon sağlanır, fetüs aşağıya iner ve doğum kolaylaşır. Dikey pozisyonlarda kontraksiyonlar daha az ağrılı ve daha güçlü hissedilir (Kömürcü ve Ergin 2008). Bu araştırmada, ebelerin doğumun I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik görüşleri incelendiğinde (Çizelge 3.4.2.5), yarından fazlasının (%63,6) I. evre için dikey pozisyonların kullanılmasını olumlu, uygun ve gerekli gördüğü, %25,4'ünün de ağrının daha iyi tolere edilerek rahatlatacağı ve gücünü kaybetmeden gebeyi II. evreye hazırlayacağını düşündüğü saptanmıştır. Doğumun II. evresi için dikey pozisyonların kullanılması konusunda ise; ebelerin %40'ı gebeyi rahatlatıp, ıkınma ve doğumu kolaylaştıracağı ve fetal distres ve laserasyonları önleyeceği için uygun ve gerekli olduğunu düşünürken, %25,7'si de dikey pozisyonu kullanmanın hastane ortamında uygun olmadığı, bebek ve annenin güvenliği ve gebenin kontrolsüz bir şekilde fazla kalmaması için tehlikeli ve sakıncalı olduğu görüşüne sahiptir. Bulgular, ebelerin I. evre için dikey pozisyonu destekledikleri ve yararlı gördükleri yönündeki olumlu tutumlarını göstermesi bakımından önemlidir. Ancak, II. evrede dikey pozisyonları destekleyenlerin oranının düşük olması ve ebelerin 1/4'inin dikey pozisyon kullanımını hastane şartlarında uygun görmemeleri, ebelerin dikey pozisyonların kullanımına ilişkin desteklenmeleri ve hastanelerde buna yönelik düzenlemelerin yapılması gerektiğine işaret etmektedir.

4.3.3. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Uygulamaları

Alternatif doğum pozisyonları yürüme, ayakta durma, çömelme, diz çökme gibi dikey pozisyonlar ile sol yan yatma ve el-diz pozisyonlarıdır. Doğum yapan annelerin modern çağa kadar yürüme, ayakta durma, çömelme ve diz çökme doğum pozisyonlarını kullandıkları bilinmektedir. Kadınların doğum eylemi süresince serbest bırakıldıklarında farklı pozisyonları kullandıkları, pozisyon değiştirdikleri ve çoğunlukla doğum eyleminin latent döneminde yürümeyi tercih ettikleri bilinmektedir (Çalış 2009). Aktif doğum felsefesinde, doğum için en uygun pozisyonun kan damarları üzerine bası yapmayan, hareketi kısıtlamayan, pelvisin tam olarak mobil olduğu ve bedenin yerçekimi ile uyumlu çalışabildiği pozisyonlar olduğu vurgulanmaktadır. Aktif doğum yaklaşımında doğumun tüm süreçlerinde ayakta durma, yürüme, dizüstü durma, oturma veya çömelme gibi dik pozisyonlar önerilmektedir (Serçekuş

ve İşbir 2012). Doğum eyleminde kullanılabilecek birçok pozisyon vardır ve uygun pozisyon anne ve fetüsün durumuna, annenin rahatına, doğuma yardım eden sağlık personelinin çalışma şekline, doğum salonunun koşullarına ve kültürel faktörlere göre değişmektedir. Doğum eylemi sürecinde farklı yöntemlerin kullanılabileceği ve kullanılabilirliğinin genişletilmesi yönünde bir eğilim vardır (Sarıcan ve Can 2011). Sarıcan ve Can (2011), alternatif doğum yöntemleri ve pozisyonları dersi alan öğrencilerin yaptıkları rol-play ile ilgili görüşlerini incelemişlerdir. Gebe rolündeki öğrenci dikey pozisyonda travay sürecinde hareket etmenin güzel olduğunu, doğumun rahat gerçekleştiğini, ancak eylem uzarsa yorucu olabileceğini belirtmiştir. Sol yan pozisyonda olan öğrenci ise hazırladıkları senaryoda sol yan pozisyonu önermiş ve gebe rolündeki öğrenci de bu pozisyonda rahat olduğunu, ancak ayağın sürekli aynı pozisyonda kalmasının ağrıya neden olabileceğini, ebe pozisyonundaki öğrenci ise bu pozisyonda travay takibi yapmanın kolay olduğunu, buna karşın pozisyonun epizyotomiye uygun olmayacağını bildirmişlerdir. Ayrıca, litotomi pozisyonunda gebe rolündeki öğrenci kendini savunmasız hissettiğini, mahremiyete özen gösterilmesinin önemli olduğunu, ebe rolündeki öğrenci de doğum yaptırmanın rahat olduğunu belirtmiştir.

Ebeler, pozisyon değiştirmeyi ya da özellikle pelvik hareketliliğin sağlanması için diğer dikey pozisyonları tavsiye etmişlerdir (Kömürcü ve Ergin 2008). Gebelerin doğumda fizyolojik pozisyonları deneyimlemeleri ve kendi seçimleri sonucu ayakta doğum yapabilmelerinin fiziksel ve psikolojik faydaları vardır. Doğumun I. ve II. evresinde yarı yatar pozisyonları kullananlar batı kültüründe doğum yapan kadınlardır. Diğerleriyle karşılaştırıldığında, fizyolojik doğum pozisyonlarının normal doğum ortamlarında daha sık kullanıldığı görülmektedir (Priddis ve ark 2011). Kömürcü ve Ergin (2008), kadınların hastaneye kabulünü takiben çoğunun (%71) yürümediğini ifade etmektedir. En çok gösterilen neden %67 oranında *bir şeylere bağlı olmak* ve %28 oranında ise *yürümemesinin söylenmesi*'dir. Son iki yüzyıldır litotomi gibi sırt üstü pozisyonlar doğuma yardım eden kişilerin rollerinin genişlemesi ile birlikte yeni teknolojilerin kullanımına uygunluk sağladığı için kabul görmektedir (Çalış 2009). Günümüzde birçok kadın hastanelerde sağlık personelinin tercihi üzerine sırt üstü veya yarı yatar pozisyonda doğum yapmaktadır. Oysa bu durum doğumda aktif rol oynayacak olan kadını pasif hale getirmektedir (Serçekuş ve İşbir 2012). Sırt üstü pozisyon, çoğunlukla plasental kan akışında ve uterin kontraksiyonların etkinliğinde azalmaya neden olmakta, ancak sağlık bakımı verenlere kolaylık sağladığı için yaygın olarak kullanılmaktadır. Litotomi pozisyonunda doğum yapan kadının bakımında

ebe/hemşirenin amacı, bu pozisyonun anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak ve annenin rahatını sağlamaktır (Taşkın 2012).

Doğum eyleminin II. evresinde yatay pozisyonlarla dikey pozisyonların karşılaştırıldığı Cochrane incelemesinde, çömelme pozisyonu grubundaki kadınlar yatay pozisyonundaki kadınlara oranla daha az ağrı bildirmiş, dikey pozisyonların herhangi bir zararının olmadığı ve gebeleri bilgilendirmek kaydıyla doğum için kendi istedikleri pozisyonları seçmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır (Simkin ve Bolding 2004). Doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonda kalma kadının yerçekiminden daha çok yararlanmasına, daha az aortovagal basıncın oluşmasına, fetüsün daha kolay doğum pozisyonunu almasına ve pelvisin ön, arka ve transvers çaplarında daha fazla genişlemeye neden olmaktadır. Dik ya da yerçekiminden yararlanan doğal pozisyonlar ıkınma sırasında güvenlidir ve sırt üstü pozisyona göre daha konforludur (DiFranco ve ark 2007). Doğum eyleminin II. evresindeki alternatif pozisyonlarla ilgili randomize çalışmalar çoğunlukla iyi kalitede değildir (Hofmeyr 2005). Özerk ebelik uygulamalarıyla doğum pozisyonlarının kullanımına sosyodemografik ve doğum faktörlerinin etkisi ile ilgili Hollanda'da 2007' de yapılan bir araştırmada, kadınların sadece %60'ının doğumun II. evresinde yatarak doğum yaptığı tespit edilmiştir (Priddis ve ark 2011). Priddis ve ark (2011) litotomi pozisyonunun kullanımını desteklememektedir. Bu araştırmacılar, kadının fizyolojik doğum pozisyonlarını kullanma yeterliliğinin sınırlandırılmasının doğum üzerinde potansiyel olarak kötü etki bırakacağını belirtmekte ve tıbbi bir komplikasyondan dolayı sınırlama gerekmedikçe doğum anında kadının özgürce yürümesini, hareket etmesini ve doğum pozisyonunun değiştirilmesini desteklemektedirler.

Bu çalışmaya katılan ebelerin tamamının (%100) normal doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonları uygun buldukları ve kullandıkları tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.3.1). Doğumun I. evresinde ebelerin tamamına yakını yürüme (%97,8), yatakta sol yan (%95,4), %77,5'i duvara, eşe, masa üzerine eğilme ve %43,8'i de sandalyede sallanma pozisyonunu uygun bulmakta, buna karşın %96,6'sı yürüme, %74'ü yatakta sol yan ve %60,7'si duvara, eşe, masa üzerine eğilme pozisyonunu kullanmaktadırlar. Ebelerin tamamına yakınının sallanma ve ritmik hareketlerle ilgili pozisyonları kullanmadıkları tespit edilmiştir (Çizelge 3.4.3.2). Buna karşın, doğumun II. evresinde ebelerin %95,5'i dikey pozisyonları uygun bulmakta ve %82'si kullanmakta, %18'i de hiç kullanmamaktadır (Çizelge 3.4.3.3). Bu evrede ebelerin tamamına yakını (%93,3) yarı oturma, yarısı (%52,8) baş, kolları sandalye üzerine veya yatağın üst kısmına koyarak diz çökme, %48,3'ü çömelme

ve %39,3'ü eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durmayı uygun bulurken, sadece %67,4'ü yarı oturma pozisyonunu kullandıklarını belirtmişlerdir. Yarı oturma pozisyonu, sadece gebeleri jinekolojik doğum masasına almadan önceki kısa bir sürede kullanılmıştır. Dikkati çeken önemli bir bulgu da ebelerin büyük bir bölümü tarafından belli dikey pozisyonların hiç kullanılmaması olmuştur. Kullanılmayan bu pozisyonlar oturma (klozet, doğum topu, eşin kucağı) (%97,8), koltuk altından tutarak sarkma (%95,5), bir diz kıvrık, diğer diz yukarıda olacak şekilde oturma (%88,8) ve yatakta sol lateral pozisyonda yatma (%68,5) pozisyonlarıdır (Çizelge 3.4.3.4). Çalışmada ebelerin özellikle doğumun I. evresinde dikey pozisyonları daha çok uygun buldukları ve kullandıkları, buna karşın II. evrede bu oranların azaldığı ve sadece yarı oturma pozisyonunun tercih edildiği görülmüştür. Bu durum hastanelerde doğum eyleminde dikey pozisyon uygulamasının olmaması ve ebelerin dikey pozisyonları ve önemini yeterince bilmemelerinden kaynaklanabilir. Ayrıca, hastanelerde özellikle doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanmak için doğum ortamlarının uygun olmaması ve jinekolojik doğum masalarının kullanımına bağlı dikey pozisyonların kullanımının engellendiği düşünülmektedir. Ebelerin tamamı doğum eyleminin II. evresi başladıktan hemen sonra gebeleri jinekolojik doğum masasına alarak litotomi pozisyonunda doğum yaptırdıklarını ve doğum için bu pozisyonu uygun bulduklarını belirtmişlerdir. Bu, günümüzde geleneksel olarak litotomi pozisyonunda doğum yaptırma uygulamasının sürdürüldüğünü göstermesi bakımından önemli bir bulgudur. Bulgular, ebelerin doğumun II. evresindeki dikey pozisyonlarla ilgili bilgi ve uygulama yönünden desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir.

Priddis ve ark (2011)'na göre, doğum pozisyonu herhangi bir klinik, sosyal, kültürel uygulama veya doğum evreleri ve doğumda çeşitli doğum pozisyonlarını kullanan kadınlara hizmet sağlayan çevresel faktörler olarak tanımlanır ve sırt üstü doğum pozisyonlarına bağlı kalmayı minimize eder. Çevre tek başına doğuma fizyolojik ve psikolojik etki gösterebileceği için, doğum yerinin dizaynı ve çevresinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Fizyolojik doğum pozisyonuna hizmet sağlayanları ve engelleyicileri anlamının ve doğum ortamının etkisi ile ebelerin ve kadınların fizyolojik doğum pozisyonlarından ne anladıkları ve inançların nasıl pratiğe dönüştürüldüğünün araştırılmaya ihtiyacı vardır (Priddis ve ark 2011). Sağlık hizmetlerinin amacı mevcut kaynakları en etkin biçimde kullanarak toplumun ve dolayısıyla bireyin optimum fiziksel, çevresel ve psikososyal sağlığını sağlamaktır (Serçekuş, İşbir 2012). Kolaylaştırıcı bir doğum ortamının sağlanması için doğumevlerinde bir devrime ihtiyaç duyulmaktadır ve tüm yatakların adaptasyonu ve/veya kaldırılması basit, fakat sembolik bir ilk adım olacaktır (Walsh 2000). Uluslararası intrapartum bakım rehberleri,

doğumda kadınların hareket etmelerini doğru bulur ve doğumda böyle bir hareketliliği ve ayakta doğum pozisyonlarının uygulanmasına olanak sağlayan doğum birimlerinin düzenlenmesini önerir. Avustralya’da, ebe eşliğinde fizyolojik doğum pozisyonlarına olanak sağlayan doğum merkezlerinde ve evde doğum gibi farklı doğum ortamlarında doğum yapılabilmektedir (Priddis ve ark 2011). Sağlıklı kadınlar için aslında sürekli EFM için bilimsel kanıt olmamasına rağmen, genellikle doğum eylemine eşlik etmektedir (Roberts 2003). Hatem ve ark (2008), ebelik bakımının sürekliliği üzerine yaptığı Cochrane araştırmasında, doğum çevresinin faydalarının tek başına değil, ortamda sağlanan bakım modelleriyle de sağlanabileceği ve bu iş ortamı, doğum esnasında ebenin tercih ettiği doğum pozisyonuna karar vermesinde etkileyici bir faktör olarak tartışılmıştır.

Çalışmada, doğumun I. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasını engelleyen nedenlere yanıt veren 28 ebenin %39,3’ü monitör ve NST takibi, %35,7’si indüksiyon uygulaması, %25’i doğumevi koşullarının uygun olmaması nedeniyle dikey pozisyonları kullanamadıklarını, II. evrede ise cevap veren 26 ebenin %42,3’ü doğumevinde donanımın ve fiziksel koşulların elverişli olmaması ve doğum masasının olması, %34,6’sı gebelerin uyumsuz olması, gebeyi kontrol ve müdahale etmenin zor olması ve her gebeye dikey pozisyonların uygulanamayacağı düşüncesi ile dikey pozisyonları kullanamadıklarını bildirmişlerdir (Çizelge 3.4.3.5). Bulgular literatür doğrultusunda değerlendirildiğinde, bu çalışmada da ebelerin dikey pozisyonları kullanamamalarında EFM, indüksiyon gibi uygulamaların sık yapıldığına dikkat çekilmiş ve en çok doğum ortamı ile ilgili düzenlemelere olan gereksinim ortaya konmuştur. Ayrıca, gebelerin de doğumda dikey pozisyonları kullanmaları için hazır olmadıklarına ve ebelerin bu yöndeki algılarının önemli olduğuna işaret etmektedir.

Annenin doğum pozisyonunun yenidoğan üzerine etkisini inceleyen araştırmalar sınırlıdır. De Jonge ve ark (2004) tarafından yapılan bir araştırmada, II. evrede kullanılan dikey ve yatay pozisyonların Apgar skoru, anormal fetal kalp atışı ve yenidoğan canlandırması açısından bir farklılık göstermediği saptanmıştır. Buna karşın Priddis ve ark. (2011), ayakta doğum pozisyonunu kullanan kadınlarda doğum esnasında daha az anormal fetal kalp atışı olduğunu tespit etmişlerdir. Doğumun II. evresinde doğum pozisyonlarının etkisine yönelik sistematik incelemede, ayakta (oturarak, yarı oturarak, diz çökerek, çömelerek: tek başına, çömelme parmaklıkları veya doğum yastığı kullanarak) ve lateral (sırt üstü veya litotomi) doğum pozisyonları karşılaştırılmıştır. Primigravidalarda dikey pozisyonlarda doğumun II. evresinin süresinin kısaldığı, multigravidalarda ise süre açısından

önemli bir farklılık göstermediği saptanmıştır (Gupta ve ark 2009). Lawrence ve ark (2009) da ayakta (oturarak, dikilerek, yürüyerek, çömelerek) doğum pozisyonunu kullanan kadınlarda sırt üstü pozisyonunu kullanan kadınlara göre doğumun I. evresinde 1 saat kadar bir kısalma olduğunu ve epidural anestezi talep etme oranının da azaldığını belirlemişlerdir. Doğum pozisyonunun perine üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmada ise, eller ve dizler üzerinde durmanın yarı yatar doğum pozisyonuna göre daha az perine travmasına neden olduğu ve bu pozisyonun özellikle ilk vajinal doğumunu yapan ve yenidoğanın 3,5 kg'dan fazla olduğu durumlarda uygun olduğu saptanmıştır (Soong ve Barnes 2005). Shorten ve ark (2002) doğum pozisyonu ve perine sonuçları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Lateral pozisyonun en yüksek oranda zarar görmemiş perine (%66.6) ve en avantajlı perine sonuç profiline, çömelme pozisyonunun özellikle ilk kez doğum yapan kadınlar için en az avantajlı perine sonucuna (zarar görmemişlik oranı %42) ve çömelme pozisyonunun 3. derece yırtıkları kapsayacak şekilde en yüksek perine travmasına neden olduğu bulunmuştur.

Çalışmada, doğumun I. evresinde ebelerin tamamı, kullandıkları dikey pozisyonların gebe-fetüs sağlığını ve tamamına yakını (%97,8) doğumun ilerleyişini, II. evrede de tamamına yakını (%91,3) doğum eylemini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.6). Bu araştırmada da literatürle benzer şekilde, ebelerin kullandıkları dikey pozisyonların doğum ve gebe-fetüs sağlığına olumlu etkisini bildirmeleri ve doğumdan önce gerekli gördükleri durumlarda bazı dikey pozisyonları kullanmalar, bu pozisyonlara olumsuz bakmadıklarını göstermesi bakımından önemlidir. Örnekleme oluşturan ebelerin doğum eyleminde dikey pozisyon kullanımının olumlu etkilerine ilişkin açıklamaları da bunu desteklemektedir. Dikey pozisyonların olumlu etkileri ile ilgili olarak I. evrede 46 ebenin %69,6'sı “açılma hızlanır, doğum süresi kısalır, bebeğin ilerlemesine yardımcı olur”, %37'si “gebe rahat atlatır, pozitif etkiler”, %26,1'i “kontraksiyonlar düzenli olarak artar, ağrısını daha az hisseder”, %23,9'u “servikse baş baskısı artar, başın yerleşmesine ve serviksin dilatasyonuna yardım eder, FKA, solunum ve anne nabızı normal gelişir” açıklamalarında bulunmuşlardır. İkinci evrede ise yanıt veren 15 ebenin %66,6'sı “gebe kolay/rahat, sağlıklı doğum yapar ve doğumunu kendi yönetir, gebe istediğini yaptığı için psikolojik yönden rahatlar, stresi azalır, bebeğin oksijen alımı kolaylaşır, ağrıyı daha iyi tolere eder, perine yırtığı azalır”, %59,9'u “başın rotasyon ve yerleşimi daha rahat olur, açılmayı etkiler, bebek kolay ilerler, ıkınma daha rahat olur ve doğum hızlanır” şeklinde olumlu etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.7).

Ebeler, doğum eyleminde kullandıkları dikey pozisyonların olumsuz etkilerini daha düşük oranda bildirirken, %9,4 ü her iki evrede de olumsuz etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Olumsuz etkileri ile ilgili olarak I. evrede bu soruya yanıt veren 32 ebeğin %25'i "membranlar erken açılır, kordon sarkar, plasenta anomalileri bilinmiyorsa sıkıntılı olur, hekim membranları açılan gebenin yürütülmesini sakıncalı bulduğu için yürütülmez", %21,8'i "gebe çok yorulur ve daha çok korkar, gebeler rahat edemez, ağrıları zorlaşır, silinme ve açılma yavaşlar" ve %12,5'i de "bebeğin FKA takibini kontrol etmek zorlaşır, gebeler ağrı sırasında istedikleri gibi hareket ettikleri için ebeler sorun yaşayabilir" demişlerdir. İkinci evrede ise 15 ebeğin %46,6'sı "gebe kendine ve bebeğe zarar verecek şekilde uyumsuz, ajite olur ve bacaklarını kasar", %40'ı "bebeğin başını kontrol etmek zor, ani doğumlarda bebek zarar görür, bebek kontrol edilemeyebilir", %33,3'ü "ayakta dikilmek doğum için uygun pozisyon değil (bebek yere düşebilir), doğum süreci uzar", %13,3'ü FKA takibi zor olur, membranlar erken açılır, kordon sarkar ve %9,4'ü doğum nonsteril olur" açıklamalarında bulunmuşlardır (Çizelge 3.4.3.8). Priddis ve ark (2011), yatarak doğumu tercih eden ve kendi rahatını maksimuma çıkartmak isteyen ebeler doğum tecrübesini kendi kontrolleri altına alırken, ayakta doğumu tercih eden ebelerin ise annenin doğum tecrübesini kendi kontrolü altına alma isteklerini belirtmişlerdir. Çalışmada ebelerin, düşük oranda da olsa doğumda kullandıkları dikey pozisyonlara ilişkin bildirdikleri olumsuz etkilerin dikkate alınması gerekmektedir. Ebelerin bu ifadeleri, yıllardır kullandıkları geleneksel sırt üstü yatay pozisyonlarda anneyi ve bebeği kontrol altına alarak anne ve fetus sağlığını koruma ve doğumu kolay, sorunsuz yaptırma yönündeki yerleşmiş tutum ve davranışlarının da bulunduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada, doğum eyleminin I. evresinde ebelerin %92,1'inin ve II. evresinde %70,8'inin dikey pozisyonların kullanımını desteklemeleri, ebelerin %64'ünün I. evrede dikey pozisyonların kullanımı için doğum salonlarını uygun bulmaları, II. evrede ise %95,5'inin doğum salonlarını uygun bulmamaları ile doğrudan ilişkilidir (Çizelge 3.4.3.9). Çünkü, doğumda dikey pozisyonların kullanımı son zamanlarda konuşulmaya başlanmıştır ve doğumların yaptırıldığı sağlık kurumlarının koşulları yatarak yaptırılan doğumlar için düzenlenmiş durumdadır. Çalışmada ebelerin dikey pozisyon kullanımını destekleme durumu ve nedenlerine ilişkin belirttikleri açıklamaları da doğum salonlarının, doğumu yaptıran ebe ve hekimler ile gebelerin dikey pozisyonlar için hazırlanmaları gerektiğini ortaya koymuştur. Ebeler, doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını hangi durumlarda destekleyeceklerini şöyle belirtmişlerdir: "doğum salonlarının koşulları uygun (%88,8), gebe doğuma hazırlık eğitimi almış (%81,9), gebe dikey pozisyonda doğum yapmak istiyorsa (%60,2), ebe dikey pozisyonlar konusunda bilgili (%79,5), ebe dikey pozisyonda doğum

yaptırmış (%62,7), ebe sayısı yeterli ise (%57,8), ebe dikey pozisyonunda doğum yaptırmak istiyorsa (%51,8) ve hekim dikey pozisyonlar hakkında bilgiliyse (%50,6)” (Çizelge 3.4.3.10). Ebelerin belirttikleri bu koşullar doğumda dikey pozisyonların kullanımının artırılması yönündeki önemli engeller olarak değerlendirilebilir.

Priddis ve ark (2011), ayakta doğumu tercih eden ebelerin doğumun annelerin kontrolü altına alınmasını destekleyen ebeler olduğunu vurgulamaktadırlar. Bu açıdan çalışmada ebelerin %65,2’sinin I. evrede, %19,1’inin her iki evrede dikey pozisyonu kullanmayı istemeleri (Çizelge 3.4.3.11), ebelerin doğumda özellikle I. evrede annelerin dikey pozisyonları kullanarak aktif olmalarını istediklerini düşündürmektedir. Ancak, ebenin bağımsız rollerini gerçekleştirebileceği ve primer görevi olan normal doğumlarda dikey pozisyonu kullanmayı isteme oranının daha yüksek olması beklenir. Ebelerin sadece %2,2’sinin II. evrede dikey pozisyonların kullanımını istemesi, %7,9’unun kararsız olması ve %5,6’sının istememesi (Çizelge 3.4.3.11), bu konuda bilgi ve desteğe ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Dikey pozisyonların kullanımını istemeyen beş ebeden ikisi bilgisi olmadığını, biri kontraksiyonda ayakta durmanın zor olduğunu ve gebenin halsiz kaldığını, biri de eğitim almadığı için fikrinin olmadığını belirtmeleri de bunu desteklemektedir.

Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin çoğunun (%81,7) en önemli önerisi doğum salonlarının fiziksel koşullarının düzeltilerek doğum ve pozisyonlar için donanımlı ve olanaklarının uygun hale getirilmesi (tek yataklı, geniş doğum odaları, çalışma ortamı şartlarının düzenlenmesi, gebelere güven verecek ortam, yürüme yerleri, tutunacak yer, kaymayan zemin, duş imkanı, doğum topu gibi) olmuştur. Bunun dışında ebeler gebelerin doğuma hazırlık eğitimi/kursu alması, korkutulmaması, dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi/bilgi verilmesi, gebelerin doğuma katılımının sağlanması (%40), ebelerin dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi (%40), hekimlerin dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi ve bu konuda ebeleri desteklemeleri (%25), ebe sayısının yeterli olması ve destek personel sağlanması (%11,6), ekip uyumu/hekim ve ebe iletişiminin iyi olması (%8,3) ve doğum masalarının kaldırılarak, doğum masasının/yataklarının dikey pozisyona ayarlanması (%5) önerilerinde bulunmuşlardır (Çizelge 3.4.3.12). Ebelerin bu önerileri, doğum şekline genellikle hekimin karar vermesi (Çizelge 3.3.1), dikey pozisyonların kullanımını destekleme koşulları (Çizelge 3.4.3.10) ve rutin uygulamada doğum salonu şartları ve uygulamaları göz önüne alındığında, beklenen olağan önerilerdir ve dikey pozisyonların yaygınlaştırılması için önemlidir. Ancak, ebeler en azından I. evrede dikey pozisyonların kullanımı konusunda gebeleri yönlendirebilirler. Doğum ortamı hareket

özgürlüğünün anahtarıdır. Doğum odasında gebeleri farklı doğum pozisyonlarını denemeye teşvik eden çeşitli mobilya, donanım ve olanaklar (minder koltuklar, şilteler, sandalyeler ve doğum topları) mevcut olmalıdır (Albers 2007). Dikey doğumların malzemeleri ebenin işini daha fazla kolaylaştırıcı olmalıdır. Bu şekilde ebeler dikey pozisyonlardaki doğumlara yardımcı olmak konusunda deneyim kazanabilmelidirler (De jonge ve ark 2008). Böylece gebeler doğum eyleminin II. evresinde daha konforlu doğum pozisyonlarını seçmeye teşvik edilebilirler (Gupta ve ark 2009).

4.3.4. Normal Doğum Eyleminin II. Evresinde Dikey Pozisyonların Uygun Bulunmasını ve Kullanılmasını Etkileyen Faktörler

Normal doğum eyleminin I. evresinde ebelerin tamamı dikey pozisyon kullanımını uygun bulduğu ve kullandığını belirttiği için, bu bölümde sadece II. evrede ebelerin dikey pozisyonları uygun bulma ve kullanma durumlarını etkileyen değişkenler tartışılmıştır. Ebelerin dikey pozisyon kullanımını uygun bulma ve kullanma durumunu etkileyen değişkenlere yönelik yapılan bir çalışmaya ulaşılamadığından, bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar tartışılmıştır. Ebelerin çalıştıkları kurum, yaş, eğitim, medeni durum, doğum salonunda çalışma süresi ve pozisyonu, travayda aynı anda izlenen gebe sayısı, uygulanan doğum şekli, normal vajinal doğumu yaptıran kişi, bilgi kaynağı, doğuma hazırlık ve dikey pozisyon konusunda eğitim alma durumu, II. evrede kullanılabilecek dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu, I. evrede gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesine ilişkin düşünceleri ile I. ve II. evrede serbest pozisyonda kalmalarına izin verme durumlarının doğumun II. evresinde dikey pozisyonu uygun bulmalarını etkilememesi ($p>0,05$), ebelerin bu konuya duyarlı olduklarını düşündürmektedir.

Doğumun II. evresinde ebelerin dikey pozisyonu uygun bulma durumunu sadece doğum şekline kimin karar verdiği etkilemiştir ($\chi^2= 6,531$, $p=0,038$, Çizelge 3.4.4.1). Doğum şekline kendisinin karar verdiğini belirten 15 ebenin tamamı, hekimin olduğunu söyleyenlerin %95,8'i ve anne/eş olduğunu belirten üç ebenin ikisi (%66,7) II. evrede dikey pozisyon kullanımını uygun görmektedir. Doğum şekline karar veren ister ebe, isterse hekim olsun, normal spontan vajinal doğumları yaptırma sorumluluğu ebelerin görev, yetki ve sorumluluğundadır. Bu nedenle ebelerin II. evrede dikey pozisyonların kullanımını uygun bulmaları, bu konuda olumlu görüşe sahip olduklarını göstermektedir. Doğum şekline karar verenin anne/eş olması durumunda dikey pozisyonu uygun bulma oranının düşük olması ise dikkate değerdir. Ancak, bu konunun anne/eşlerin de alındığı daha büyük örneklem gruplarında incelenmesi gerekir.

Ebelerin çalıştıkları kurum, yaş, eğitim, medeni durum, doğum salonunda çalışma süresi ve pozisyonu, travayda aynı anda izlenen gebe sayısı, doğum şekline kimin karar verdiği, normal vajinal doğumu yaptıran kişi, bilgi kaynağı, doğuma hazırlık ve dikey pozisyon konusunda eğitim alma durumu ve II. evrede kullanılabilecek dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu, II. evrede gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesine ilişkin düşünceleri ile I. evrede serbest pozisyonunda kalmalarına izin verme durumları doğumun II. evresinde dikey pozisyonları kullanmalarını etkilememiştir ($p>0,05$). Çizelge 3.4.4.1). Bu bulgu, tüm ebelerin II. evrede dikey pozisyonu kullanma yönündeki eğilimlerine işaret etmektedir.

Birimlerinde uygulanan doğum şekline müdahaleli vajinal doğum diyen ebelerin tamamı ($\chi^2=9,089$, $p=0,011$), II. evrede gebelere serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini istemeyen ya da bilmeyenlerin (%89,1)'i ($\chi^2=7,656$, $p=0,009$), II. evrede gebelere istedikleri serbest pozisyonunda kalmalarına izin vermeyenlerin (%85,7)'si ($\chi^2=5,279$, $p=0,037$) ve normal doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonlar hakkında bilgisi olmayanların (%88,7) ($\chi^2=3,938$, $p=0,045$) çoğu doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonları kullanmaktadırlar (Çizelge 3.4.4.2). Genellikle çalıştıkları birimde müdahaleli vajinal doğum uygulayanların tamamı (%100) ve spontan vajinal doğum yaptıranların %70,8'i II. evrede dikey pozisyonları kullanmışlardır. Bu evrede dikey pozisyonları tercih edenlerin, normal doğum yaptıranlara göre müdahaleli doğum yaptıranlarda daha yüksek olması bu tercihin olası riskleri azaltmaya yönelik olabileceğini düşündürmektedir.

Doğumun I. evresinde dikey pozisyon hakkında bilgisi olanların %72,2'sinin, olmayanların daha fazlasının (%88,7), II. evrede kadınlara serbest hareket etme özgürlüğü verilmeli diyenlerin %64'ünün, hayır diyen ve bilmeyenlerin büyük bir bölümünün (%89,1), II. evrede gebelerin serbest pozisyonunda kalmalarına izin verenlerin %58,3'ünün, vermeyenlerin çoğunun (%85,7) II. evrede doğuma kadar olan süreçte dikey pozisyonları kullanmaları (Çizelge 3.4.4.2), ebelerin aslında farkında olmadan bazı dikey pozisyonları kullandıklarına ve dikey pozisyonlarla ilgili olarak yeterli bilgilerinin ve farkındalıklarının olmadığına işaret etmektedir.

Çalışmada çoğunlukla sağlık meslek lisesi mezunu ebeler dikey pozisyonların kullanımını uygun bulurken, dikey pozisyonları daha çok lisans mezunu ebelerin kullandıkları belirlenmiştir. Bu bulgu, eğitimin önemini göstermektedir. Bir çalışmada 36 yaş ve üzeri üniversite eğitimi almış kadınların doğumun II. evresinde daha az yatar pozisyonu kullandıkları görülmüştür (Priddis ve ark 2011). Yüksek eğitim seviyesine sahip ve yaşça

büyük olan gebeler dikey doğum pozisyonlarını kullanmaya daha eğilimli olduğu ve analık bakım sistemleri gebelere kendi doğum yerlerini seçme yetkisi verdiği halde, birçok gebe doğum pozisyonu seçimi yapmaya teşvik edilmeyebilir. Bu nedenle doğumu gerçekleştiren kişi olan doğum eylemindeki gebenin daha bağımsız hareketlerini destekleyen intrapartum bakım ortamlarının gelişmesi gibi eğitim, bakım ve tıbbi bilim dalları arasındaki işbirliğinin artırılması gereklidir (Shermer ve Raines 1997). Bu anlamda doğum yapacak kadınlar sağlık profesyonelleri tarafından bilinçlendirilmeli, tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanmaya başladığı sağlık politikalarına dayanan ülkemiz sağlık sisteminde daralan ebelik ve hemşirelik rolleri genişletilmelidir (Sayiner ve Özerdoğan 2009).

Gebelerin doğum eylemi sırasında doğum pozisyonunu seçmeye teşvik edilmesi, pozisyon seçeneklerini daha yaygın bir şekilde kullanışlı hale getirebilir. Ebe, hemşire ve kadın doğum uzmanları gebelere kendileri için en rahat pozisyonu bulma konusunda yardım etmede önemli bir rol oynarlar. Uzanma pozisyonu alternatiflerinin yaygınlaştırılması için gebelerin, ebelerin, kadın doğum uzmanlarının ve belki de tüm toplumun eğitilmesi gereklidir (De Jonge ve ark 2009). Gelecekteki çalışmaların, doğum pozisyonlarının kullanımı üzerinde rol oynayan ebe özelliklerini ve klinik faktörleri, kadınların pozisyon seçimini etkileyen faktörleri ve kadınları kendi pozisyonlarını seçmeye teşvik eden stratejileri saptaması gerekmektedir (De Jonge ve ark 2009). Ebe ve hemşirelerin gebenin aktivite ve pozisyon değişiminde aktif rol alması ve uygulamaları araştırarak kanıta dayalı şekilde uygulaması gereklidir (Kömürcü ve Ergin 2008).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sonuç

Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan tüm 89 ebe, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda görüş ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonuçları şunlardır:

I. Ebelerin Tanıtıcı ve Mesleki Özellikleri İle İlgili Sonuçlar

Araştırma kapsamına alınan ebelerin yaş ortalaması $37,9 \pm 5,074$ ve %70,8'i 32-41 yaş grubunda, %67,4'ü ön lisans mezunu, %83,1'i evli ve %71,9' u iki-üç çocuğa sahiptir. Ebelerin %53,2'si 1. çocuklarını normal spontan vajinal doğum, %60,9'u 2. çocuklarını ve %100'ü 3. çocuklarını sezaryen doğumla gerçekleştirmişlerdir (Çizelge 3.1.1)

Katılımcıların %56,2'si meslekte 11-20 yıldır çalışırken, %60,7'si 1-10 yıldır doğum salonunda ve %94,4'ü ebe pozisyonunda çalışmaktadır. Ebelerin %58,4'ü travayda aynı anda 1-2 gebe izlerken, %52,8'i ayda ortalama 1-20 arasında doğum gerçekleştirmektedir (Çizelge 3.2.1).

II. Ebelerin Çalıştıkları Birimde Gerçekleştirilen Doğumlara İlişkin Uygulamalarla İlgili Sonuçlar

Ebelerin %79,8'i çalıştıkları birimdeki doğum şekline doktorların karar verdiğini, %53,9'u uygulanan doğum şeklinin normal spontan vajinal doğum olduğunu ve %88,8'i normal doğumu kendilerinin (ebe) yaptırdığını belirtmişlerdir. (Çizelge 3.3.1).

Ebelerin %78,7'sinin doğum salonundaki uygulamaları için yararlandıkları bilgi kaynakları çoğunlukla hekim tavsiyesi (%78,7) ve okulda aldıkları eğitimler (%77,5) ile klinik deneyimleridir (%74,2) (Çizelge 3.3.2).

Ebelerin %82'si doğuma hazırlık ve %96,6'sı normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almamıştır ve %71,9'u normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim almak istemektedir (Çizelge 3.3.3).

III. Ebelerin Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılmasına İlişkin Bilgi, Görüş ve Uygulamaları İle İlgili Sonuçlar

Ebelerin Bilgileri İle İlgili Sonuçlar

Ebelerin %40,4'ü normal doğum eyleminin I. evresinde, %14,6'sı da doğum eyleminin II. evresinde kullanılan dikey pozisyonları bilmektedirler. Ebelerin doğum eyleminin I. evresinde bildikleri dikey pozisyonlar en çok (%67,5) yürüme ve ayakta durma

ile öne eğilme (yatak, duvar, sandalye ve masaya) (%30,6) iken, II. evrede bilinen dikey pozisyonların oranında azalma olduğu ve en fazla (%33,3) diz-göğüs pozisyonu ile çömelme (%22,2)'nin bilindiği saptanmıştır. I. evrede sallanma ve ritmik hareket pozisyonları daha az bilinirken, II. evrede ise dizüstü ile çömelme en az oranda bilinmektedir (Çizelge 3.4.1.1).

Ebelerin, %72,2'si doğum eyleminin I. evresinde, %69,2'si II. evrede gebelere dikey pozisyonlar hakkında bilgi vermektedirler. I. evrede en fazla (%80) yürüme ve ayakta durma ile yatakta sağ, sol yana yatma (%68), II. evrede ise en çok (%66,7) el-diz ve diz-göğüs pozisyonu hakkında bilgi vermektedirler (Çizelge 3.4.1.2).

Ebelerin %97,2'si doğum eyleminin I. evresinde, %84,6'sı ise doğum eyleminin II. evresinde dikey pozisyonların doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu belirtmişlerdir. Birinci evredeki olumlu etkisi %70 oranında “*doğumda rahat olma ve ağrıların az hissedilmesi*”, II. evredeki olumlu etkisi olarak da %90,9 oranında “*yerçekimi etkisiyle baş baskısını artırarak bebeğin ilerleyişi ile doğum ve dilatasyonu kolaylaştırması*” bildirilmiştir (Çizelge 3.4.1.3).

Ebelerin Görüşleri İle İlgili Sonuçlar

Ebelerin gözlemlerine göre, gebeler doğum eyleminin I. evresinde serbest şekilde sağa veya sola yan yatmakta (%71,5) ve yürümekte (%48,1), doğum eyleminin II. evresinde ise dorsal rekümbent pozisyonda (%41,5) yatmaktadırlar (Çizelge 3.4.2.1). Ebeler, gebelerin kontraksiyon aralarında dinlenmek ve rahatlamak (%40) ve hekim ve ebeinin doğuma müdahalesini kolaylaştırmak (%29,3) için bu pozisyonları tercih ettiklerini belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.2.2).

Ebelerin %85,4'ü normal doğum eyleminin I. evresinde gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesi gerektiğini, ancak %75,3'ü serbest pozisyona izin verdiğini ve %67,5'i serbest pozisyonun doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu belirtmiştir. İkinci evrede ise ebelerin %71,9'u gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmemesi gerektiğini veya bilmediğini ve %86,5'i de serbest pozisyona izin vermediklerini belirtmişlerdir. İkinci evrede serbest pozisyonun doğum eylemine olumlu ve olumsuz etkisine yönelik bir görüş bildirilmemiştir (Çizelge 3.4.2.3).

Ebelerin %50,8'i I. evrenin başından sonuna kadar gebelerin serbest pozisyonda kalmalarına izin vermektedir. Birinci evrede izin vermeyen 15 ebeinin %46,7'si her an bir sorun gelişir endişesi (kol-kordon sarkması, başın yerleşmesi, suyun gelmesi), II. evrede de 38 ebeinin %42,1'i de doğumun rahat ve bebeğin sağlıklı olması (anne ve bebeği korumak) gerekçesiyle gebelerin serbest pozisyonda kalmalarına izin vermemektedirler (Çizelge 3.4.2.4).

Ebelerin %63,6'sı doğumun I. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasını uygun ve gerekli bulurken, II. evrede daha azı (%40) doğumu kolaylaştırması açısından uygun ve gerekli bulmaktadırlar (Çizelge 3.4.2.5).

Ebelerin Uygulamaları ile İlgili Sonuçlar

Ebelerin %100'ü doğumun I. evresindeki dikey pozisyonları uygun bulmakta ve kullanmaktadırlar (Çizelge 3.4.3.1). Bu evrede uygun bulunan pozisyonlar etkinlik-hamle pozisyonu olan yürüme (%97,8), dinlenme pozisyonu olan yatakta sol yana yatma (%95,4), bel ağrısı, düzensiz kasılmalar ve yavaş ilerleme için kullanılan duvara, eşe veya masa üzerine eğilme (%77,5) ve sallanma ile ritmik hareketleri içeren sandalyede sallanma (%43,8) pozisyonlarıdır. Bu evrede kullanılan pozisyonlar ise sırayla yürüme (%96,6), yatakta sol yana yatma (%74) ve duvara, eşe veya masa üzerine eğilme (%60,7)'dir. Ebelerin tamamına yakını sallanma ve ritmik hareketlerle ilgili pozisyonları kullanmamaktadırlar (Çizelge 3.4.3.2).

Doğumun II. evresindeki dikey pozisyonları ebelerin %95,5'i uygun bulmakta, %18'i hiç kullanmamakta ve %82'si de en az birini kullanmaktadır. Ancak, ebelerin tamamı doğum eyleminin II. evresi başladıktan hemen sonra gebeleri jinekolojik doğum masasına alarak litotomi pozisyonunda doğum yaptırmakta ve doğum için bu pozisyonu uygun bulmaktadırlar (Çizelge 3.4.3.3). İkinci evrede uygun bulunan başlıca pozisyonlar sırasıyla standart pozisyon olan yarı oturma (%93,3), diz üstü pozisyonlardan baş ve kolları sandalye üzerine ya da yatağın üst kısmına koyarak diz çökme (%52,8), çömelme, destekli çömelme (%48,3) ve eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma (%39,3) pozisyonlarıdır. En az oranda uygun bulunan pozisyonlar ise dik pozisyonlar/çömelme'dir. Bu evrede ebeler en çok standart pozisyon olan yarı oturma (%67,4) pozisyonunu kullanmışlardır. Bunun dışındaki diğer diz üstü pozisyonları kullanma oranı yarıdan fazla azalırken, dik pozisyonlar/çömelmeyi kullananların oranı yok denecek kadar azdır (Çizelge 3.4.3.4).

Doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasını engelleyen nedenler “EFM ve NST takibi” (%39,3) ile “indüksiyon uygulaması” (%35,7) ve “doğumevi koşullarının uygun olmaması” (%25) iken, II. evrede saptanan nedenler “doğum salonlarında donanımın ve fiziksel koşulların elverişli olmaması ve jinekolojik doğum masasının bulunması” (%42,3) ve “gebelerin uyumsuz, ajite olması, gebeyi kontrol ve müdahale etmenin zor olması” (%34,6)'dır (Çizelge 3.4.3.5).

Ebelerin tamamı dikey pozisyonların doğum eyleminin I. evresinde gebe-fetüs sağlığına, %97,8'i doğumun ilerleyişine, II. evrede ise %91,3'ü doğum eylemine olumlu

etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.6). Birinci evredeki başlıca olumlu etkileri “açılma hızlanır, doğum süresi kısalır, bebeğin ilerlemesine yardımcı olur” (%69,6), “gebe rahat atlatır, pozitif etkiler (%37), “kontraksiyonlar düzenli olarak artar, ağrısını daha az hisseder” (%26,1) ve “servikse baş baskısı artar, başın yerleşmesine ve serviksin dilatasyonu yardım eder” (%23,9) olmuştur. İkinci evrede belirtilen olumlu etkileri ise “gebe kolay, rahat sağlıklı doğum yapar” (%66,6) ve “doğumunu kendi yönetir, gebe istediğini yaptığı için psikolojik yönden rahatlar, stresi azalır, bebeğin oksijen alımı kolaylaşır, ağrıyı daha iyi tolere eder, perine yırtığı azalır” (%66,6), “başın rotasyonu ve yerleşimi daha rahat olur” (%59,9), “açılmayı etkiler, bebek kolay ilerler, ıkınma daha rahat olur ve doğum hızlanır” (%59,9) olarak saptanmıştır (Çizelge 3.4.3.7).

Ebeler, az oranda dikey pozisyonların olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir. I. evrede 32 ebenin %25’i “membranların erken açılması, hekimin sakıncalı bulması”, %21,8’i “gebenin çok yorulması, silinme ve açılmanın yavaşlaması” II. evre için de 15 ebenin %46,6’sı “gebenin kendisine ve bebeğe zarar verecek şekilde uyumsuz, ajite olması”, %40’ı “bebeğin başının kontrol edilemeyerek yere düşmesi” ve %33,3’ü “dikey pozisyonların doğum için uygun olmaması ve doğum sürecinin uzaması” şeklinde olumsuz etkisi olduğunu belirtmişlerdir (Çizelge 3.4.3.8).

Ebelerin %64’ü doğum salonlarını doğum eyleminin I. evresi için uygun bulmakta ve %92,1’i dikey pozisyonların kullanımını desteklemekteyken, aksine II. evrede %95,5’i doğum salonlarını uygun bulmamakta ve %70,8’i dikey pozisyonların kullanımını desteklememektedir (Çizelge 3.4.3.9).

Ebelerin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımını desteklemelerinin en önemli koşulu “doğum salonu koşullarının uygun olması”dır (%88,8). Sağlanması gereken diğer koşullar ise sırayla gebenin doğuma hazırlık eğitimi alması (%81,9), ebenin dikey pozisyonlar konusunda bilgili olması (%79,5) ve dikey pozisyonda doğum yaptırması (%62,7), gebenin dikey pozisyonda doğum yapmak istemesi (%60,2) ve ebe sayısının yeterli olması (%57,8)’dir (Çizelge 3.4.3.10).

Ebeler dikey pozisyonları en fazla (%65,2) normal doğum eyleminin I. evresinde kullanmayı istemektedir (Çizelge 3.4.3.11).

Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin önemli önerisi “doğum salonunun fiziksel koşullarının düzeltilerek doğum eylemi ve pozisyonlar için donanımlı ve olanaklarının uygun hale getirilmesi” (%81,7) olmuştur. Bunu “gebelerin doğuma hazırlık eğitimi alması ve doğuma katılımlarının sağlanması (%40) ve

ebelerin dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi (%40) ve hekimlerin dikey pozisyonlar hakkında eğitilmesi ve ebeleri desteklemesi (%25) önerileri izlemiştir (Çizelge 3.4.3.12).

İkinci evrede dikey pozisyonların uygun bulunmasını sadece ebelerin çalıştıkları birimde doğum şekline karar veren kişi etkilemektedir ($\chi^2= 6,531$, $p=0,038$). İstatistiksel farklılık, az sayıda olan anne veya eşten (%66,7) kaynaklanmaktadır ($p=0,040$). (Çizelge 3.4.4.1). İkinci evrede dikey pozisyonların kullanılmasını ise; ebelerin çalıştıkları birimde uygulanan doğum şekli, ebelerin gebelere serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini istemeyen ya da bilmeyenler, gebelere istedikleri serbest pozisyonda kalmalarına izin vermeyenler ve normal doğum eyleminin I. evresinde dikey pozisyonlar hakkında bilgisi olmayanlar etkilemiştir ($p<0,05$). (Çizelge 3.4.4.2).

Araştırma sonucunda, ebelerin normal doğum eyleminin I. ve II. evresinde bazı dikey pozisyonları bildikleri, olumlu görüşe sahip oldukları, kullanımını uygun buldukları ve kullandıkları, ancak II. evrede doğum olana kadar çok sınırlı kullandıkları ve doğum salonlarının fiziki koşullarının uygun olmaması, gebe, hekim ve ebelerin eğitimsiz olması ve ebelerin desteklenmemesi nedeniyle tüm doğumların litotomi pozisyonunda gerçekleştirildiği ve uygun görüldüğü saptanmıştır.

5.2. Öneriler

Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamalarının incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlara yönelik olarak aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir.

- Örneklemi oluşturan ebelerin yarıdan fazlası travayda aynı anda bir-iki gebe izlediği, hem klinik hem de doğum salonlarında birlikte çalıştıkları ve doğumda dikey pozisyonların kullanılabilmesi için ebe sayısının yeterli olması ve destek personelin sağlanması önerisi getirildiğinden, gebelere yeterli zaman ayrılması ve düzenli takip edilmesi ve doğumda dikey pozisyonların kullanılması için doğum salonlarındaki ebe sayılarının standartlara uygun olarak artırılması,

- Ebelerin çalıştıkları birimde doğum şekline genellikle uzman doktorların karar vermesi ve ebelerin önemli bir kısmının doğum salonu uygulamalarında bilgi kaynağı olarak hekim tavsiyelerinden yararlanmaları nedeniyle, kurum yöneticilerinin ve hekimlerin ebelerin asıl görev, yetki ve sorumluluklarını yapmaları konusunda desteklemeleri, hekim ve ebelerin işbirliğini sağlayacak eğitim ortamlarının oluşturulması ve doğum salonu uygulamalarında ebelerin kanıta dayalı bilimsel bilgilerini artıracak farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi,

- Ebelerin büyük çoğunluğu doğuma hazırlık ve normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almamakla birlikte, 2/3'sine yakını normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim almak istemektedirler. Ayrıca I. evrede yarıdan fazlası, büyük çoğunluğu da II. evredeki dikey pozisyonları bilmemektedirler. Bu nedenlerle ebelerin doğuma hazırlık ve normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitilmeleri ve bu konuda Sağlık Bakanlığı tarafından ebe, hemşire ve hekimlere yönelik eğitici eğitimlerinin düzenlenmesi,

- Ebelerin çoğu I. evrede gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesi gerektiğini düşünmekte, serbest pozisyona izin vermekte ve yarıdan fazlası serbest pozisyonun doğum eylemine olumlu etkisi olduğunu belirtmektedir. Buna karşın II. evrede çoğunluğunun gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmemesi gerektiğini veya bilmediğini ifade etmesi ve yarısının da doğumun rahat ve bebeğin sağlıklı olması (anne ve bebeği korumak) nedeniyle serbest pozisyona izin vermemesi nedeniyle; ebelerin, doğum sürecinde, özellikle II. evrede gebeleri tek bir pozisyonda tutmamaları, rahat edebilecekleri ve etkin olabilecekleri pozisyonları seçmeleri ve kullanmaları için teşvik etmeleri yönünde tutum ve davranışlarını geliştirecek hizmet içi eğitimlerle desteklenmeleri,

- Ebelerin dikey pozisyonların gebe-fetüs sağlığı, doğumun ilerleyişi ve doğum eylemine etkisine yönelik olumlu görüş bildirmeleri, ancak dikey pozisyonları daha çok I. evre için uygun bulmaları ve kullanmaları, dikey pozisyonların kullanımını engelleyen çeşitli faktörleri (monitör ve NST takibi, indüksiyon uygulaması ve doğumevi koşullarının uygun olmaması ve jinekolojik doğum masalarının bulunması) belirtmeleri, ayrıca tüm doğumları II. evre başladıktan hemen sonra litotomi pozisyonunda yaptırmaları ve doğum için bu pozisyonu uygun bulmaları nedeniyle; risksiz doğum eyleminde gebenin istediği doğum pozisyonunu kullanabilmesi için ebelere ve hekimlere dikey pozisyonlar konusunda sürekli hizmet içi eğitimler verilmesi ve doğumda litotomi yerine dikey pozisyonların kullanımına yönelik doğum salonunun fiziki koşullarının düzeltilmesi için kurum yöneticileri, Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile işbirliği yapılarak ebeleri destekleyecek olanakların sağlanması,

- Ebelerin daha çok I. evrede dikey pozisyonların kullanımını istemeleri ve desteklemeleri nedeniyle, özellikle II. evrede dikey pozisyonların kullanımına yönelik farkındalıklarını artıracak eğitim (bilimsel kongre, toplantı, kurs, sürekli eğitim vb.) ve uygulama fırsatlarının yaratılması,

- Ebelerin dikey pozisyonların kullanımı konusunda doğum salonlarını özellikle II. evre için uygun bulmamaları, koşullar uygun olduğunda dikey pozisyon kullanımını

desteklemeleri ve çoğunun önerileri içinde yer alması, ayrıca kendileri yanında gebe ve doktorların eğitilmesi önerilerini getirmeleri nedeniyle; yöneticilerin doğum salonlarının fiziki koşullarının düzeltilmesine yönelik gerekli girişimlerde bulunmaları, ebe ve hekimlerin doğuma hazırlık eğitimleri almaları ve hekimlerin ebeleri desteklemeleri için işbirliğini artıracak şekilde eğitim ve uygulama olanaklarının sağlanması ve gebelerin eğitilmesi için kurumlarda doğuma hazırlık sınıflarının açılması ve yaygınlaştırılması, bunların yanında Sağlık Bakanlığı'nın başlattığı “*anne dostu hastaneler*” projesinin bir an önce hayata geçirilmesi ve bu doğrultuda ebelerin önerilerine de yer verilmesi, ebe, hemşire ve hekimlere yönelik eğitici eğitimlerinin başlatılarak dikey pozisyonların kullanımının yaygınlaştırılması,

- Dikey pozisyonların kullanımının benimsenmesi ve yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla normal doğum eyleminde dikey pozisyonların etkinliğini gösteren deneysel çalışmaların yapılması,

- Çalışma sadece Muğla İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebelerle gerçekleştirildiğinden, araştırmanın farklı özellikte olan örneklem grupları ile tekrarlanması,

- Doğumun I. ve II. evresinde doğum salonlarının ortamını dikey pozisyonların kullanılması için uyarlamak ve standart hale getirmek, gebelerin doğum pozisyonlarının kullanımı/seçimi üzerinde rol oynayan faktörleri araştırmak, gebelerin kendi pozisyonlarını seçmeye teşvik eden stratejileri belirlemek, hekimlerin ve kurum yöneticilerinin etkisini saptamak ve dikey pozisyonlarla ilgili ülke genelindeki durumu saptamak ve farkındalık sağlamak için daha geniş kapsamlı ve farklı örneklem gruplarında çalışmaların yapılması önemlidir.

ÖZET

Kırcan N, Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamalarının Belirlenmesi

Normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda ebelerin görüş ve uygulamalarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmaya, Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı dokuz devlet hastanesinin doğum salonunda çalışan ve evreni oluşturan 89 ebe dahil edilmiştir.

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu ile Eylül-Kasım 2011 tarihlerinde ebelerin öz bildirimlerine göre toplanmıştır. Veriler, Ki-Kare, Fisher Kesin Ki-Kare ve Kruskall Wallis-H analizleri ile değerlendirilmiştir.

Ebelerin yaş ortalaması $37,9 \pm 5,074$ tür ve %67,4'ü ön lisans mezunu, %83,1'i evli ve %60,7'si 1-10 yıldır doğum salonunda çalışmaktadır. Ebelerin %58,4'ü travayda aynı anda bir-iki gebe izlemekte ve normal doğumların %88,8'ini kendileri yaptırmakta, uygulamalarında sıklıkla hekim tavsiyelerinden (%78,7) yararlanmaktadırlar.

Ebelerin %40,4'ü doğum eyleminin I., %14,6'sı II. evresinde kullanılan dikey pozisyonları bilmektedir ve %96,6'sı dikey pozisyonların kullanımı konusunda eğitim almamıştır.

Ebelerin %85,4'ü I. evrede gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmesi gerektiğini, %75,3'ü serbest pozisyona izin verdiğini, %67,5'i olumlu etkisi olduğunu; II. evrede ise %71,9'u gebelere serbest hareket etme özgürlüğü verilmemesi gerektiğini veya bilmediğini ve %86,5'i serbest pozisyona izin vermediğini belirtmişlerdir.

Ebelerin tamamı I. evrede dikey pozisyonları uygun bulmakta ve kullanmakta, II. evrede ise %95,5'i uygun bulmakta ve %82'si kullanmaktadır. Ebelerin tümü doğumları litotomi pozisyonunda yaptırmakta ve uygun bulmaktadırlar.

Birinci evrede ebelerin %92,1'i dikey pozisyonların kullanımını desteklemekte, %64'ü doğum salonlarını uygun bulmakta, buna karşın II. evrede %70,8'i dikey pozisyonların kullanımını desteklememekte, %95,5'i doğum salonlarını uygun bulmamakta ve %81,7'si doğum salonlarının fiziki koşullarının düzeltilmesini istemektedir.

İkinci evrede dikey pozisyonların uygun bulunmasını doğum şekline karar veren kişi, kullanılmasını ise ebelerin çalıştıkları birimde uygulanan doğum şekli, ebelerin gebelere serbest hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmesini isteme ve izin verme durumu ile I. evrede dikey pozisyonlar hakkında bilgi sahibi olma durumu etkilemiştir ($p < 0,05$).

Sonuç olarak; doğumun I. ve II. evresinde kullanılan dikey pozisyonların bazılarını ebelerin bildikleri ve eğitim almak istedikleri, dikey pozisyonları II. evreden çok I. evre için uygun buldukları ve kullandıkları, tümünün doğumlar için litotomi pozisyonunu uygun bulduğu ve kullandığı, doğumda dikey pozisyonların kullanımı ile ilgili olumlu grğe sahip olmakla ve kullanımını desteklemekle birlikte, dikey pozisyonların kullanılması için doğum salonlarının koğullarını uygun bulmadıkları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler; Doğum eylemi, dikey pozisyonlar, ebe, grğ ve uygulamalar.

SUMMARY

Kircan N, Determination of the Thoughts and Practices of Midwives about the Usage of Upright Positions in Normal Spontaneous Vaginal Birth

In this study, carried out to determine the thoughts and practices of midwives about the usage of upright positions in normal spontaneous vaginal birth, all of 89 midwives working at the delivery rooms of nine State Hospitals of Muğla Health Directorate were considered.

Data were collected *via* a questionnaire prepared by the researcher during September-November 2011 by midwives' self-reports. Data were analyzed by Chi-Square, Fisher's Exact Chi-Square and Kruskal Wallis-H tests.

The mean age of the midwives was $37,9 \pm 5,074$ and 67,4% were had associate degree, 83,1% were married and 60,7% were working since 1-10 years in delivery rooms. Of midwives, 58,4% served 1-2 pregnant women at the same time during labor 88,8% led women giving birth and they often take advantages of the physicians' recommendations in their applications (%78,7).

Of midwives 96,6% were not educated about the usage of the upright positions, but 40,4% knew the upright positions used during the 1st stage of the labor and 14,6% knew the upright positions used during the 2nd stage of the labor.

Of midwives 85,4% knew that women should be given freedom to move freely during the 1st stage of labor, 75,3% told that they permit the usage of the free position, and 67,5% told the positive effects of such approaches; at the 2nd stage, however, 71,9% of midwives told that pregnant women should not be given freedom to move freely or they did not know it and 86,5% told that they do not permit the free position.

All midwives find the upright positions appropriate in the 1st stage and use them, however, in the 2nd stage 95,5% find appropriate and 82,0% use them. All midwives let women giving birth in the lithotomy position.

In the first stage, 92,1% of midwives support the usage of upright positions and 64,0% find the delivery rooms appropriate. In contrast, 70,8% of midwives do not support the usage of upright positions in the 2nd stage, 95,5% do not find the delivery rooms appropriate and 81,7% want the improvement of the physical conditions of delivery rooms.

In the 2nd stage, finding the upright positions appropriate was affected by the person who decides the mode of the delivery, and the usage of upright positions was influenced by

the mode of the delivery practiced at the units midwives working, the state of demand and allowance of midwives to give pregnant women freedom to move and walk freely and being knowledgeable with the upright positions in the 1st stage ($p<0,05$).

In conclusion, it was determined that midwives know some of the upright positions used at the 1st and 2nd stages of the delivery and they want to get education about the subject, they find appropriate and use upright positions for the 1st stage rather than for the 2nd stage, all of them find and use the lithotomy position appropriate for the delivery, and although they are open to and support the usage of the upright positions on delivery, they do not find the conditions of the delivery rooms appropriate for such practices.

Key words; labor, upright positions, midwife, thoughts and practices.

KAYNAKLAR

Akın B. Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Programı, İzmir, Türkiye, 2011.

Albers LL. The evidence for physiologic management of the active phase of the first stage of labor, *Journal of Midwifery & Women's Health* 2007; 52 (3): 207-215.

Alan H, Aslan F. Aktif doğum ve kanıta dayalı uygulamalar, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-23 Eylül 2012, İzmir; 2012, s:110

Al-Azzawi F. Doğum ve doğum teknikleri atlası, Çeviri Editörü: Arslan H, Bedray Basın Yayın Dağıtım Ticaret Ltd Şti, İstanbul, 2007, 21-42.

Atasay B, Arslan S. Anne ve yenidoğan hakları Barselona Deklerasyonu, *Sted* 2001, 20(12): 457-459.

Ayla F. *Kadın bedeninin en doğal işlevlerinden biri; doğum*, Kadın Sağlığı ve Sağlık Hakları Dergisi 2008; 4:62, Erişim: <http://zuhredergisi.org/?p=62>, Erişim tarihi: 1 Ocak.2011

Balaskas J. Active birth: the new approach to giving birth naturally, 1992; Thorsons UK; Harvard Common Press US.

Balaskas J. *Active birth*, 2010, Erişim: www.activebirthcentre.com, Erişim Tarihi: 17.04.2011.

Balaskas J. *Aktif doğum manifestosu*, 2011, Erişim: <http://www.damara-cocuk.com/pregnancy-and-birth/6-aktif-dogum-manifestosu>, Erişim Tarihi: 17 Nisan 2011.

Başgöl Ş, Oskay Ü. Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-23 Eylül 2012, İzmir 2012, s:24.

Beydağ KD, Arslan H, Kadın doğum kliniklerinde çalışan ebe ve hemşirelerin profesyonelliklerini etkileyen faktörler, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008, 3(7):75-87.

Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, Leveno KJ. Lack of effect of walking on labor and delivery. *The New England Journal of Medicine* 1998, 339 (2): 76-79.

Burroughs A. Maternity nursing, 7 th Edition, WB. Saunders Company 1997, s: 186-200.

Cohen WR, Friedman EA. Labor and delivery care a practical care. 1 st Edition, John Wiley & Sons, Ltd. 2011, s: 32-50.

Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimlere Enstitüsü Dergisi 2012, 3(1):18-30.

Çalış G. Kadınların evde doğum deneyimlerinin betimlenmesi: olgu bilim çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 2009

Dağlar GC. Doğum anında ebelerin annelere verdikleri bakımın değerlendirilmesi ve annelerin beklentilerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Türkiye, 1998.

De Jonge A, Rijnders MEB, Van Diem MTH, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM, Are there inequalities in choice of birthing position? Sociodemographic and labour factors associated with the supine position during the second stage of labour, Midwifery 2009;25:439-448.

De Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Supine position compared to other positions during the second stage of labor: A meta-analytic review, Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 2004;25:35-45.

De Jonge A, Teunissen TAM, Van Diem MTH, Scheepers PLH, Lagro-Janssen ALM, Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives, Journal Of Advanced Nursing 2008;63(4):347-356.

Denizci Z, Balçık M, Can HÖ. İçgüdüsel pozisyonların tarihçesi, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-23 Eylül 2012, İzmir, s:144.

DiFranco JT, Romano AM, Keen R. Care practice #5: spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions, The Journal of Perinatal Education 2007;16(3):35-38.

Dundes L. The evolution of maternal birthing position, Public Health Then and Now American Journal of Public Health, AJP 1987; 77 (5): 636-641.

England P, Horowitz R. İçgüdüsel doğum, Çeviri: Nuray Önoğlu, Kuraldışı Yayıncılık, İstanbul, 2011, 191-199.

Ergin AB, Kömürcü N. Geçmişten günümüze doğum pozisyonları, Sakarya Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi I. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi, Kongre Kitabı, 3-5 Haziran 2010, Sakarya, s: 232.

Ergöçmen BA, Tunçkanat FH, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008'in Sonuçları, Bölge Toplantısı-3, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, İstanbul, Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/tnsa_2008_sonuclar_istanbul.pdf. Erişim Tarihi: 07 Ocak 2013

Ergöl Ş. Eylemde ağızdan sıvı gıda desteğinin doğum eylemi süresine etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2009.

Ersatzkasse B. *Doğum pozisyonları*, 2012; Erişim: <http://www.coksesli.net/gebelik-hamilelik/2461-comelerek-dogum-video.html>, Erişim Tarihi 17 Nisan 2012.

Ganapathy T, Gopal K. Maternal position and outcome of labor, Rajiv Gandhi University of Health Sciences (RGUHS) Journal of Nursing Sciences 2011;1(1):9-14.

Genç A. Yoğun bakım hastalarında uygulanan mobilizasyon programlarının kardiyopulmoner sistem üzerine etkileri, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Türkiye, 2007.

Gençalp NS. Doğum eyleminde anneye verilen destekleyici hemşirelik bakımının doğum sürecine etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 1998.

Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. Ed: L Taşkın, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.

Gözükara F, Eroğlu K, İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008, 32-46

Gupta JK, Nikodem C. Maternal posture in labour. European Journal of Obstetrics &Gynecology and Reproductive Biology 2000, 92:273-277.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position for women during second stage of labour for women without epidural anaesthesia. The Cochrane Library 2009, Cochrane Database of Systematic Review, Issue 4.

Güvenç G. Doğum eylemi sürecinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının tanımlanması ve değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye, 2004.

Güngör İ, Rathfisch, GY. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;2:56-65.

Hodnett ED, Downe S, Walsh D, Weston J. Alternative versus conventional institutional settings for birth, Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Published by JohnWiley & Sons, Ltd, 2010.

Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, John Wiley & Sons; 2008.

Hunter S, Hofmeyr GJ, Kulier R. Hands and knees posture in late pregnancy or labour for fetal malposition (lateral or posterior), Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1, Published by JohnWiley & Sons, Ltd, 2009.

Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2005;19(1):103–115.

Hotun N. İstanbul ili halkalı yöresindeki kadınların gebelik ve doğuma ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 1990.

Jander C, Lyrenas S. Third and fourth degree perineal tears, predictor factors in a referral hospital, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica (2001); 80: 229-234.

Kadayıfçı O. Lamaze Yöntemi ile doğuma hazırlık ve doğum. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2005.

Karaçam Z, Akyüz EÖ. Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011,19 (1):45-53.

Keskin SP. Annelik akademisi, hamileyim, Boyut Yayıncılık ve Tic. AŞ, İstanbul, 2011;92-95.

Kızılkaya N. Kadınların doğum eylemindeki destekleyici hemşirelik davranışlarına ilişkin görüşleri, Perinatoloji Dergisi 1997;5(3):113-116.

Kömürcü N, Ergin AB. Doğum ağrısı ve yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık 2008; 2-22.

Kömürcü N, Gençalp NS. Geçmişten günümüze doğuma yardım, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(1):78-82.

Kohnen N. "Natural" childbirth among the kankanaly-ıgorot, Bull. N.Y. Acad. Med 1986;62(7): 768-777.

Lamaze International. *Lamaze institute for normal birth, the six care practices that support normal birth; position paper: promoting, supporting, and protecting normal births* 2012, Erişim: www.lamaze.org. Erişim Tarihi: 10 Haziran 2012

Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour, Cochrane Database Of Systematic Reviews 2009, Issue 2.

Lowdermilk DL, Perry T, Bobak I. Maternity & Women's Health Care: Normal Childbirth, 6 th Edition, Mosby, 1997.

Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobilitiy and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals, BMC Pregnancy and Childbirth 2004;4 (3):1-10.

Mallak J. Natural birth vs. birthing naturally, İnternational Journal of childbirth Education 2009; 24 (3):35-38.

Matson S, Smith J. Core curriculum for maternal-newborn nursing, AWHONN second Edition 2000, Chapter 13, WB.Saunders Company.

Mayberry L. Intrapartal nursing care, research into practice. JOGNN,1994; 23(2): 170-174.

MIDIRS, Midwives Info & Resource Service, *Positions in labour and delivery*. Informed choice for professionals leaflet Midirs Freepost 9 Elmdale Road Clifton Bristol BS8 1ZZ 2005; Erişim:www.midirs.org. Erişim Tarihi: 14 Temmuz 2012.

Miltner RS. Identifying labor support actions of intrapartum nurses, JOGNN 2000;29 (5): 491–499.

Molina FJ, Sola PA, Lopez E, Pires C. Pain in the first stage of labor: Relationship with the Patient's position, Journal of Pain and Symptom Management 1997;13 (2):98-103.

Mongan MF. Hypnobirthing Mongan yöntemi, Çeviri: Aslı Kalem Bakkal, Gün Yayıncılık, İstanbul, 2012.

NICE, The National Institute for Health and Clinical Excellence. *Intrapartum care; care of healthy women and their babies, Clinical guideline* 2007;55, Erişim <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>. Erişim Tarihi: 01.06.2012.

Nichols F, Zwelling E. Maternal-newborn nursing theory and practice WB. Company, 1997.

Phillips CR. Family-centered maternity and newborn care, WB Brown, 1996; 2 (11): 219-227.

Priddis H, Dahlen H, Schmied V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature, Women Birth WOMBI-189, 2011:7

Ragnar I, Altman D, Tyde'n T, Olsson SE. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial, BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2006; 113:165–170.

RCM, Royal Collage of Midwives. *Evidence-based guidelines for midwifery-led care in labour, positions for labour and birth*, The_Royal_Collage_of_Midwives 2008, Erişim: http://www.rcm.org.uk/college/policy_practice/guidelines/practice-guidelines/?locale=en. Erişim Tarihi: 01 Haziran 2012.

Rathfisch GY. Doğal doğum felsefesi, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2012. 54-66

Rathfisch GY, Güngör İ. Doğum eyleminin birinci evresinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;3:53-64.

Reid AJ, Harris NL. Alternative birth positions, Can Fam physician, 1988; 34:1993-1998.

Roberts JE. The push for evidence, management of the second stage, Journal of Midwifery&Womens Health 2002, 47(1):2-15.

Roberts JE. A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care, JOGNN, 2003, 32(6):794-801.

Romano A, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: a look at the evidence, Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing 2008; 37(1):94-105.

Rooks J. Kanıta dayalı uygulama ve bunun düşük riskli kadınlar için doğum bakımına uygulanması, J Nurse Midwifery 1999; 44(4): 355-69.

Sarıcan ES, Can HÖ. Alternatif doğum yöntemleri ve pozisyonları dersi alan öğrencilerin yaptıkları rol-play ile ilgili görüşleri, I.Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi, Kongre Kitabı, 13-16 Ekim 2011, Safranbolu, s:151.

Sayiner FD, Özerdoğan N. Doğal doğum, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009, 2 (3):143-148.

Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: moving back to basic, clinical issues, JOGNN 1997, 26 (6):727-734.

Serçekuş P, İşbir GG. Aktif doğum yaklaşımının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi, TAF Preventive Medicine Bulletin 2012; 11 (1): 97-102.

Sezik M, Hasta isteği ile sezaryen, Perinatoloji Dergisi 2011; 19 (1): 26-28.

Sezer M. Tuncer B, Alan S, Anne dostu uygulamalar, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongre Özet Kitabı, 21-23 Eylül 2012, İzmir, s:75.

Shorten A, Donsante J, Shorten B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth, Birth 2002; 29 (1):18-27.

Simpson KR, Creehan PA. Labor and birth, Perinatal Nursing, AWHONN 2001, Lippincott, New York.

Simkin P. *Comfort in labor: how you can help yourself to a normal satisfying childbirth* 2007, Erişim: www.childbirthconnection.org/pdf, Erişim Tarihi: 25 Nisan 2011.

Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacological approaches to relieve labor pain and prevent suffering, Journal of Midwifery Women's Health 2004;49 (6): 489-504.

Sokullu G. Anne dostu hastane programı, Uluslararası Katılımlı 1. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, Kongre Özet Kitabı, 21-23 Eylül 2012, İzmir, s:179.

Soong B, Barnes M. Maternal position at midwife-attended birth and perineal trauma: is there an association? Birth 2005; 32 (3): 164-169.

Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review, Reproductive Health 2006; 3 (10): 1-9.

Sönmez C. *Neden farklı pozisyonlar önemlidir* 2009, Erişim: http://www.canersonmez.com/gebelik/pozis_dogum.htm. Erişim tarihi: 18.Nisan 2011.

Sutton J, Scott P. Optimal fetal positioning, Midwives Info & Resource Service, Midwifery Digest, 1994, 4(3):283-286.

Şenyurt H, *Ağrı çekme pozisyonları* 2012, Erişim: <http://www.dr-hsenyurt.com/travay-pozisyon.html>, Erişim tarihi: 22.04.2012.

Taavoni S, Abdollahian S, Haghani H, Neysani L. *Effect of birth ball usage on pain in the active phase of labor: A Randomized Controlled Trial*, Journal of Midwifery & Women's Health, Original Research, by the American College of Nurse-Midwives 2011,56:2 Erişim: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1542-2011.2010.00013.x/full>, Erişim Tarihi: 12 Kasım 2011.

Takak G. Gebe kadının hakları, Türk Hemşireler Dergisi 1992, 42 (1): 20-21.

Taşkın L. Doğum eyleminin mekanizması, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı 2009, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık istatistikleri yılı 2011, Erişim: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-16345/saglik-istatistikleri-yilligi-2011.html>. Erişim Tarihi 10 Ocak 2013.

T.C. Resmi Gazete, *Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği, görev, yetki ve sorumluluklar* 2011, Sayı 27910, Erişim: <http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/hemsirelik-yonetmeliqi.aspx>, Erişim Tarihi: 17 Aralık 2012.

Ulutaş N. Ebelerin doğum eyleminde nonfarmakolojik ağrı kontrol yöntemlerine ilişkin uygulamaları ve uygulamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Türkiye, 2011.

Yıldırım G. Doğum eyleminde uygulanan solunum ve tensel uyarılma tekniklerinin gebenin doğum ağrısını algılamasına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye, 2001.

Yıldırım G, Şahin NH. Doğum ağrısının yaklaşımında hemşirelik yaklaşımı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2003; 7(1):14-20.

Yıldırım G. Doğum eyleminde uygulanan ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006, 10(2):49-56.

Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. International Journal of Gynecology & Obstetrics 2001; 75:25-37.

Walsh D. Part Five; why we should reject the “bed Birth” myth, Evidence-Based Care, British Journal of Midwifery 2000, 8(9): 554-558.

World Health Organization. *Care in Normal Birth: a practical guide*. Department of Reproductive Health and Research, 1996, WHO/FRH/MSM/96.24.

World Health Organization. Managing Complications In pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors, Geneva 2003.

World Health Organization. Integrated Management Of Pregnancy And Childbirth, Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors, Geneva 2007, s: C 58-59-71.

ÖZGEÇMİŞ

Nurten KIRCAN, 1976 yılında Muğla'nın Fethiye ilçesinde doğmuştur. Eşen, Boğaziçi İlkokulunu tamamladıktan sonra Kadıköy ortaokuluna devam etmiştir. Ticaret Lisesi'nin ikinci sınıfından ayrılmış ve 1994-1995 yılları arasında Muğla Sağlık Meslek Lisesini okuyarak hemşire ünvanı ile mezun olmuştur. Lisans eğitimini Dicle Üniversitesi Atatürk Sağlık Yüksekokulunda 1995-1999 yılları arasında tamamlayan araştırmacı, Özel Fethiye Lokman Hekim Esnaf Hastanesi'nde beş ay yenidoğan hemşiresi olarak çalışmıştır. Kırkan, 2000 yılında Muğla Üniversitesi Muğla Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak göreve başlamıştır. Halen Muğla Üniversitesi Fethiye Sağlık Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmakta olan araştırmacı, 2009-2013 yılları arasında Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. Nurten KIRCAN evli ve iki çocuk annesidir.

TEŞEKKÜRLER

Yüksek lisans eğitimim boyunca her konuda bana destek olan, özellikle tezimin planlanması, hazırlanması ve yazılması aşamalarında yardımını ve büyük desteğini gördüğüm değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile eğitim hayatıma katkıda bulunan tüm bölüm hocalarıma, araştırmaya maddi destek sağlayan Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine, araştırmaya katılmayı kabul eden ve verilerin toplanma aşamasında destekleyici tavırlarıyla yardımcı olan tüm ebelere, verilerin değerlendirilmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam Filiz ERGİN'e,

Yüksek lisans eğitimimin başından sonuna kadar ve tezimin yazım aşamasında manevi desteğini ve yardımlarını aldığım, bu süreçte canım kızım ve oğluma hem annelik hem babalık yapan, sabrıyla, desteğiyle ve sevgisiyle yanımda olan sevgili eşim Halil KIRCAN'a,

Yüksek lisans eğitimime başladığımda; henüz 23 aylık olan güzel kızım Elif Ceylin KIRCAN'a, sadece 4,5 aylık olan ve uzak kaldığım süreç içinde anne sütünden ve sevgisinden mahrum ettiğim canım oğlum Mehmet Akif KIRCAN'a, derslerim ve tez hazırlama çalışmaları nedeniyle kendilerine yeteri kadar zaman ayıramadığım canım aileme çok teşekkür ederim.

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

1. Aşağıda imzası olan ben “Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamaları” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul ediyorum
2. Bu çalışmayı yürüten Doç. Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA ve Nurten KIRCAN çalışmanın yapısı, amacı ve muhtemel süresi, ne yapmam istendiği ve ne yapmam gerektiği hakkında ayrıntılı sözlü ve yazılı bilgi verdi.
3. Nurten KIRCAN’a çalışmasıyla ilgili her soruyu sorma fırsatını buldum. Cevapları ve bana verilen bilgiyi anladım.
4. Çalışma boyunca tüm kurallara uyacağıma, sorulara istekli bir şekilde ve doğru yanıtlar vereceğimi kabul ediyorum.
5. Bu çalışmanın sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamayacağımı ve bilimsel olarak kullanılmasını kabul ediyorum.
6. Bu çalışmadan istediğim zaman çıkabileceğimi anladım.

OKUDUM VE ONAYLADIM.

Ebenin adı, soyadı:

Adresi:

İmza:

Tarih:

Araştırmacının adı, soyadı: Nurten KIRCAN

Adresi: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İmza:

Tarih:

Ek 2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Metni

Araştırmanın adı: Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamaları

Lütfen dikkatlice okuyunuz

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

Çalışmanın amacı nedir?

Bu çalışmanın amacı; Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında çalışan ebelerin, normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda görüş ve uygulamalarını belirlemektir.

Katılma Koşulları nedir?

Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için Muğla İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı devlet hastanelerinin doğum salonlarında ebe olarak çalışmanız gerekmektedir.

Nasıl bir uygulama yapılacaktır?

Başka birinden etkilenme olasılığını en aza indirmek için; araştırmacının rehberliğinde, soru formunu iş yoğunluğunun olmadığı uygun bir ortam ve saatte kendiniz cevaplayacaksınız. Soru formları uygulanmadan önce sizden yazılı/sözel izniniz alınacak ve daha sonra araştırmacı tarafından hazırlanan soru formu uygulanacaktır.

Sorumluluklarım nedir?

Araştırma ile ilgili olarak size verilecek olan soru formlarına tüm samimiyetiniz ile cevap vermeniz ve eksiksiz olarak doldurmanız sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırmacı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

Katılımcı sayısı nedir? Araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı tahmini 89'dur.

Katılımım ne kadar sürecektir? Bu araştırmada yer almak için dolduracağınız soru formu; en az 15 dakika, en çok 20 dakika sürecektir.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası yarar nedir?

Bu çalışmada sizin normal doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması konusunda görüş ve uygulamalarınız belirlenecektir. Elde edilecek sonuçlarla, sizin gereksinimlerinizi gidermek için Sağlık Bakanlığının ilgili birimlerine sunulmak üzere uygun öneriler ve düzenlemeler geliştirilecektir.

Çalışmaya katılma ile beklenen olası riskler nedir?

Bu bilgi toplama araştırmasıdır. O nedenle ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık riski yoktur.

Hangi koşullarda araştırma dışı bırakılabilirim?

Bu çalışmaya katılmanız tamamen sizin isteğiniz dahilinde olacaktır. Araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmadan ayrılmanız cezaya ya da sizin yararınıza engel olan bir duruma yol açmaz. Katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Araştırma süresince çıkabilecek sorunlar için kimi aramalıyım?

Araştırma hakkında ek bilgiler almak ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için ADÜ Sağlık Yüksek Okulu'na başvurabilirsiniz.

Çalışmayı destekleyen kurum var mıdır?

Bu çalışma için Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi Destek Fonu'ndan destek alınması planlanmaktadır

Çalışmaya katılmam nedeniyle herhangi bir ödeme yapılacak mıdır?

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmemem veya araştırmada ayrılmam durumunda ne yapmam gerekir?

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Katılmama ilişkin bilgiler konusunda gizlilik sağlanabilecek midir?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda araştırma ile ilgili bilgileri gösteren metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Gönüllünün Adı:

İmzası:

Tarih:

Adresi (telefon no, varsa faks no.):

Açıklamalar yapan araştırmacının Adı:

Nurten KIRCAN

İmzası:

Tarih:

Ek 3. Soru Formu

1. Yaşınız?
2. Eğitim durumunuz?
 1. Sağlık meslek lisesi 2. Ön lisans 3. Lisans 4. Yüksek lisans/doktora
3. Medeni durumunuz?
 1. Evli 2. Bekar 3. Diğer (Belirtiniz:.....)
4. Kaç çocuğunuz var?.....
5. Doğum şekliniz?
 1. çocuk:.....2 çocuk: 3. çocuk: 4. çocuk: 5. çocuk.....
6. Meslekte çalışma süreniz? ay.....yıl
7. Doğum salonunda çalışma süreniz? ay.....yıl
8. Doğum salonundaki pozisyonunuz?
 1. Sorumlu ebe 2. Ebe 3. Hemşire 4. Sorumlu hemşire
9. Travayda, aynı anda izlemi ve bakımından sorumlu olduğunuz ortalama gebe sayısı?
.....
10. Genellikle, doğum şekline kim karar verir?
 1. Ebe 2. Doktor 3. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)
11. Genellikle, uygulanan doğum şekli?
 1. Spontan, vajinal doğum 2. Müdahaleli, vajinal doğum 3. Sezaryen
12. Genellikle, normal doğumu kim yaptırır?
 1. Ebe 2. Doktor 3. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)
13. Aylık ortalama yaptırdığınız normal doğum sayısı?.....
14. Doğum salonundaki uygulamalarınızda hangi kaynaklardan yararlanıyorsunuz?
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).
 1. Mesleki kitaplar 2. Kinik deneyimler
 3. Ebe arkadaşlarımdan 4. Hekim tavsiyeleri
 5. Araştırma sonuçları 6. Bilimsel kongre-konferanslar
 7. Okulda aldığım eğitim 8. Hizmet içi eğitim
 9. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)

15. Şimdiye kadar doğuma hazırlık konusunda herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı?

1. Hayır

2. Evet, eğitim aldım

3. Evet, kurs aldım

Cevabınız evet ise,

Katıldığınız eğitim/kurslar?.....

Eğitimi veren personel?.....

Eğitim süresi ne kadardı?.....saat.....gün

Eğitimi ne zaman aldınız?.....

16. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımı konusunda herhangi bir eğitim/kurs aldınız mı?

1. Hayır (17. soruya geçiniz)

2. Evet, eğitim aldım

3. Evet, kurs aldım

Cevabınız evet ise,

Katıldığınız eğitim/kurslar?

Eğitimi veren personel?.....

Eğitim süresi ne kadardı?.....saat.....gün

Eğitimi ne zaman aldınız?.....

17. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanımına yönelik eğitim almak ister misiniz?

1. Hayır

2. Evet

Bu bölümdeki sorular sadece normal doğumları kapsamaktadır. Lütfen her bir soruyu, doğumun I. evresi (1-10 cm açıklık) ve II. evresini (10 cm açıklıktan bebek doğana kadar) dikkate alarak cevaplayınız.

18. Gebeleriniz, doğumda sıklıkla hangi pozisyonları kullanıyorlar?

I. evrede:.....

II. evrede:

19. Sizce gebeler, neden bu pozisyonları tercih ediyorlar?

.....

20. Gebelere doğumda serbestçe hareket etme, yürüme özgürlüğü verilmeli mi?

Hayır

Evet

Bilmiyorum

I. evrede:

()

()

()

II. evrede:

()

()

()

21. Gebelerin, doğumda istedikleri serbest bir pozisyonda kalmasına izin veriyor musunuz?

	Hayır (23. soruya geçiniz)	Evet (22. sorudan devam ediniz)	Bazen
I. evrede:	()	()	()
II. evrede:	()	()	()

22. (21. soruya cevabınız evet ise) Ne zamana kadar bu pozisyon/larda kalmalarına izin veriyorsunuz?

1. Aktif faza kadar (1-4 cm arası)
2. Geçiş fazına kadar (5-8 cm arası)
3. Birinci evrenin başından sonuna kadar (1-10 cm arası)
4. İkinci evrede (10 cm açıklıktan bebek doğana kadar)
5. Birinci ve ikinci evre boyunca (1-10 cm arası ve bebek doğana kadar)
6. Diğer (Lütfen belirtiniz:.....)

23. (21. soruya cevabınız hayır ise) İstedikleri bir pozisyonda kalmalarına izin vermeme nedeniniz?

I. evrede:.....

II. evrede:

24. Gebelerinizi, istedikleri serbest bir pozisyonda bırakmanız doğum eylemini nasıl etkiliyor?

1. Olumsuz
2. Olumlu
3. Etkilemiyor

25. Doğumun I ve II. evresinde kullanılan dikey pozisyonlar hakkında bilginiz var mı?

	<u>Hayır (33. soruya geçiniz)</u>	<u>Evet (26. sorudan devam ediniz)</u>
I. evrede	()	()
II. evrede	()	()

26. Doğum eyleminde kullanılan dikey pozisyonlar olarak hangilerini biliyorsunuz?

I. evrede:.....

II. evrede:

27. Doğum eyleminde kullanılan dikey pozisyonlar hangi kanıt düzeyinde bir uygulamadır?

1. Bilmiyorum
2. Biliyorum
- Kanıt düzeyi:

28. Gebelere, dikey pozisyonlar hakkında bilgi veriyor musunuz?

	<u>Hayır</u>	<u>Evet</u>	<u>Bazen</u>
I. evrede	()	()	()
II. evrede	()	()	()

29. Gebelere, hangi pozisyonlar hakkında bilgi veriyorsunuz?

I. evrede:.....

II. evrede:

30. Dikey pozisyonların kullanılması doğum eylemini nasıl etkiler?

	<u>Olumlu</u>	<u>Olumsuz</u>	<u>Bilmiyorum</u>
I. evrede:	()	()	()
II. evrede:	()	()	()

31. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasının olumlu etkileri nelerdir?

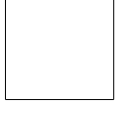
I. evrede:.....

II. evrede:

32. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasının olumsuz etkileri nelerdir?

I. evrede:.....

33. Normal, spontan bir doğum eyleminin gerçekleşmesi için I. evrede aşağıdaki pozisyonlardan hangisinin kullanılması uygundur? Siz bu pozisyonlardan hangisini kullanıyorsunuz? Lütfen, aşağıdaki tablo üzerinde işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

Pozisyonlar		I. evrede uygun bulduğunuz pozisyon?		I. evrede kullandığınız pozisyon?	
		Uygun	Uygun değil	Kullandım	Kullanmadım
Yatakta sol yan					
Yatakta, kanapede yarı oturma					
Bir bacak yukarıda oturma					
Sandalyede sallanma					
Doğum topu üzerinde öne arkaya, sağa sola sallanma					
Yavaşça dans etme					
Karnı kaldırarak dans etme					
Bir ayağı sandalye üzerine koyma					
Merdiven çıkma					

Yürüme					
Ellerle yukarıya uzanma					
Sandalyeye ters oturarak kolları ve başı öne yaslama					
Duvara, eşe veya masa üzerine eğilme					
Kolları ve başı yatağın üst kısmına koyarak diz çökme					
Eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma					
Baş ve kolları sandalye üzerine koyarak diz çökme					
Doğum topuna yaslanarak diz çökme					
Diz-göğüs (secde) pozisyonunda durma					
Düş alma					
Diğer (Lütfen belirtiniz:)					

34. Normal, spontan bir doğum eyleminin gerçekleşmesi için II. evrede aşağıdaki pozisyonlardan hangisinin kullanılması uygundur? Siz bu pozisyonlardan hangisini kullanıyorsunuz? Lütfen, aşağıdaki tablo üzerinde işaretleyiniz (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz).

Pozisyonlar		I. evrede uygun bulduğunuz pozisyon?		II. evrede kullandığımız pozisyon?	
		Uygun	Uygun değil	Kullandım	Kullanmadım
Yarı oturma					
Yatakta sağ ya da sol yan yatma					
Diz üstü durma (Kolları ve başı yatağın üst kısmına koyarak ve dizleri açarak)					
Bir diz kıvrık, diğer diz yukarıda olacak şekilde oturma					

Eller ve dizlerin üzerinde kedi pozisyonunda durma					
Oturma (klozet, doğum topu, eşin kucağına)					
Çömelme/destekli çömelme					
Koltuk altından tutarak sarkma					
Jinekolojik doğum masası (litotomi)					
Diğer (Lütfen belirtiniz:)					

Dikey pozisyonları kullanmadıysanız:

35. Doğum eyleminde dikey pozisyonları kullanmanızı engelleyen nedenler nelerdir?

I. evrede:

II. evrede:

Dikey pozisyonları kullandıysanız:

36. Birinci evrede dikey pozisyonları kullanmanız, gebe-fetüs sağlığını ve doğumun ilerleyişini nasıl etkiledi?

Olumlu etkiledi

Olumsuz etkiledi

Gebe-fetüs sağlığı:

()

()

Doğumun ilerleyişi:

()

()

37. İkinci evrede dikey pozisyonları kullanmanız, doğum eylemini nasıl etkiledi?

Olumlu etkiledi

Olumsuz etkiledi

Doğum eylemi

()

()

38. Birinci ve ikinci evrede dikey pozisyonları kullanmanızın ne gibi olumlu etkileri oldu, yazınız?

I. evrede:

II. evrede:

39. Birinci ve II. evrede dikey pozisyonları kullanmanızın ne gibi olumsuz etkileri oldu, yazınız?

I. evrede:

II. evrede:

40-46. soruları tüm ebeler cevaplayacaktır.

40. Genel olarak, doğumun I. ve II. evresinde dikey pozisyonların kullanılmasına yönelik düşünceleriniz nelerdir?

I. evrede:.....

II. evrede:

41. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılmasını destekliyor musunuz?

Hayır (43. soruya geçiniz)

Evet (42. sorudan devam ediniz)

I. evrede: ()

()

II. evrede: ()

()

42. Hangi durumlarda dikey pozisyonların kullanılmasını destekliyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. Gebe doğuma hazırlık eğitimi almışsa
2. Gebe dikey pozisyonda doğum yapmak istiyorsa
3. Ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmak istiyorsa
4. Ebe dikey pozisyonlar konusunda bilgili ise
5. Ebe dikey pozisyonda doğum yaptırmışsa
6. Doktor dikey pozisyonlar konusunda bilgili ise
7. Doğum salonunun koşulları uygun ise
8. Ebe sayısı yeterli ise
9. Diğer (Lütfen belirtiniz:)

43. Doğum eyleminde dikey pozisyonları kullanmayı düşünüyor musunuz?

1. Hayır
2. Evet, sadece I. evrede
3. Evet, sadece II. evrede
4. Evet, her iki evrede
5. Kararsızım

44. 43. soruya cevabınız hayır ise, nedeni?

.....

45. Doğum salonlarınız, doğum eyleminde dikey pozisyonları kullanmanız için uygun mu?

Uygun

Uygun değil

I. evrede: ()

()

II. evrede: ()

()

46. Doğum eyleminde dikey pozisyonların kullanılması için neler yapılmasını istersiniz?

.....

Ek 4. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Danışma Komisyonu Etik Kurul Onay Formu



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AYDIN



Sayı : B.30.2.ADÜ.0.01.00/ 050. 04-79
Konu :

12.8/2011...

Sayın, Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO Hemşirelik Bölümü
Doğum- Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 11.08.2011 tarihli toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 9 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Prof.Dr. M.Selim ÖZKÖK
Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

KARAR 9

Protokol No : 2011/043
Sorumlu Yürütücü : Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA
ASYO Hemşirelik Bölümü
Doğum- Kadın Sağ. ve Hast. Hem. AD

Aydın Sağlık Yüksekokulu Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr.Nevin AKDOLUN BALKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan "Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamalar" isimli klinik araştırmasının; klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak yapılan inceleme sonucunda;

Çalışmadaki Helsinki Bildirgesinin tüm araştırmacılar tarafından okuyup imzalanması.

Yukarıda belirtilen eksiklikler tamamlanıp, dilekçeyle ve CD'ye kaydedilip dosyaya konulmak üzere gönderilmesi şartıyla çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliğiyle karar verilmiştir.

Adres: Adnan Mend. Üniv. Tıp Fak. Dekanlığı 09100 AYDIN

Tel: 256- 225 31 66

internet adresi: <http://www.site.adu.edu.tr/akaet/>

Faks : 256- 212 31 69

e-posta: etik@adu.edu.tr

Ek 5. Muğla Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Onay Formu

36

T.C
MUĞLA VALİLİĞİ
Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.İSM.4.48.00.09-020/ 836-18340
Konu: Olur

02/09/2011

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ'NE

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nurten KIRCAN, "Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüşleri" konulu araştırma tez çalışmasını Müdürlüğümüze bağlı Devlet Hastanelerinde ve Doğum Kliniklerinde yapabilmeleri için alınan 05.09.2011 tarih ve 18302 sayılı Valilik Onayı, yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Dr. İskender GENCER
Sağlık Müdürü

Ek: 1 (Valilik onayı)

Dağıtım: Tüm TSM'ler

05/09/2011 Memur : F. İNCE A
05/09/2011 Eğtm.Şb.Md. : Uzm.F.SALIŞ M
05/09/2011 Sağ.Müd.Yrd. : Ü. KORKMAZ H