

DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNDE İKINMA VE İKINMA SÜRECİNDE EBENİN SORUMLULUKLARI*

PUSHING IN SECOND STAGE OF LABOUR AND RESPONSIBILITIES OF MIDWIFERY IN PROCESS PUSHING

Songül AKTAŞ**, Ruveyde AYDIN***

**Doç. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon/Türkiye



0000-0001-8506-4844

***Arş. Gör. Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Trabzon/Türkiye



0000-0003-4604-4570

Yazma Adresi:

Songül AKTAŞ

e-posta: saktas@ktu.edu.tr

ÖZ

Fetüsün prezente olan kısmının pelvik tabandaki sinir plexuslarına yaptığı baskı sonucu oluşan içsel dürtüye ıkınma adı verilir. İkınma dürtüsü genellikle doğumun 2. evresinde ortaya çıkar. Doğumda ıkınma; fetüsün pelvisten iniş süreci ile doğumda ikinci evrenin kısaltmasını ve doğumu kolaylaştırmayı sağlamaktadır. Valsalva (kapalı glottis) ve spontan (açık glottis) olmak üzere iki tip ıkınma mevcuttur. Valsalva tipi ıkınma, gebenin nefesi tutarak gerçekleştirdiği ıkınma tipidir. Bu ıkınma, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından direktifli (yönlendirilmiş) ıkınma kapsamında değerlendirilmektedir. Kadının ne zaman ve nasıl ıkınacağı konusunda sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmektedirler. Spontan ıkınma, gebenin ses çıkararak ve nefes vererek yaptığı ıkınma tipidir. Gebe ıkınmayı spontan olarak gerçekleştirmektedir ve ıkınma kontraksiyonunun şiddetiyle uyumludur. Dünya Sağlık Örgütü, pozitif doğum deneyimi için anne ve fetüs sağlığını koruyan spontan ıkınmanın cesaretlendirilmesini, uzun süreli nefes tutularak yapılan valsalva ıkınmanın engellenmesini önermektedir. Anne adayının ıkınma etkililiğini ebe; fetüsün angajman seviyesi, servikal dilatasyon durumu, fetal prezantasyon ve uterus kontraksiyonunun şiddetini değerlendirerek yapmalıdır. Ebenin ıkınma süresince; spontan ıkınmayı destekleme, ideal ıkınma ortamı yaratma (pozisyon verme, mahremiyeti sağlama vb.), bire bir doğum desteği sağlama, empatik iletişimde bulunma gibi sorumlulukları vardır. Bu derlemenin amacı; doğumda ıkınma tipleri, ıkınmanın maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri ve ıkınma sürecinde ebenin rol ve sorumluluklarını ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Doğumun ikinci evresi; ebelik bakımı; ıkınma; ıkınma tipleri, maternal ve fetal sağlık.

Gönderim Tarihi: 1 Aralık 2020

Kabul Tarihi: 31 Mart 2021

*Bu derlemenin konusu, kısmi olarak 14-17 Şubat 2019 tarihinde Bolu ilinde yapılan 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık kongresinde yazarlardan Aktaş S. tarafından davetli konuşmacı kapsamında sözlü olarak sunulmuştur.

ABSTRACT

The internal impulse created by the pressure exerted by the presenting part of the fetus on the nerve plexuses in the pelvic floor is called pushing. Pushing in birth provides shortening of the second stage at birth and facilitating delivery by the process of descent of the fetus from the pelvis. There are two types of pushing, valsalva (closed glottis) and spontaneous (open glottis). Valsalva type pushing: It is the type of pushing performed by the pregnant woman by holding her breath. This pushing is generally considered as directed (directed) pushing by health professionals. Health professionals are guided by how and when a woman should bother. Spontaneous pushing: It is the type of pushing that the pregnant woman makes by making sounds and breathing. The pregnant pushing spontaneously and the pushing is compatible with the severity of the contraction. The World Health Organization recommends encouraging spontaneous pushing that protects the health of the mother and fetus for a positive delivery experience and preventing valsalva pushing by holding the breath for a long time. The midwife examines the pushing effect of the expectant mother; by evaluating fetal engagement level, cervical dilatation status, fetal presentation, and severity of uterine contraction. The midwife has responsibilities such as supporting spontaneous pushing, creating an ideal pushing environment (positioning, providing privacy, etc.), providing one-on-one birth support, and empathic communication. The purpose of this review is to reveal the types of pushing at birth, the effects of pushing on maternal and fetal health, and the roles and responsibilities of the midwife in the pushing process.

Keywords: Maternal and fetal health; midwifery care; pushing; pushing types; second stage of labour.

Atıf için (How to cite): Aktaş S, Aydın R. Doğumun İkinci Evresinde İkınma ve İkınma Sürecinde Ebenin Sorumlulukları. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):159-166.

GİRİŞ

Doğum eylemi, düzenli ve sancılı uterus kasılmaları sonucu serviksin efesmanı ve dilatasyonu ile fetüs ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı fizyolojik bir süreçtir (Taşkın 2018). Bu süreçte fetüsün prezente olan kısmının, pelvik tabandaki sinir pleksuslarına yaptığı baskı sonucu oluşan içsel dürtüye “ıkınma” adı verilir (Cooke 2010). İkınma dürtüsü büyük çoğunlukla doğumun 2. evresinde ortaya çıkar. Bilindiği gibi doğumun ikinci evresi, servikal açıklık tamamlandıktan sonra başlayıp, bebeğin doğumuna kadar olan süreyi kapsamaktadır (Petersen ve Besuner 1997). Bu evrenin süresi; kadının primipar ya da multipar oluşu, doğumda epidural aneztesi kullanma durumu gibi birçok faktöre bağlı olarak birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir (Downe 2009; Yılmaz 2017). Literatürde doğumun ikinci evresinin erken ve geç olmak üzere iki safhası olduğu belirtilmektedir. Erken evre, servikal dilatasyon tamamlandıktan spontan ıkınma dürtüsü gelene kadar ki evreyken, geç evre spontan ıkınma dürtüsünden itibaren başlayıp, bebeğin doğumunun gerçekleştiği ana dek geçen zaman dilimidir. İkınma dürtüsü genellikle geç evrede gerçekleşmektedir (Petersen ve Besuner 1997; Downe 2009). Doğumun ikinci evresinde ıkınma; fetüsün pelvisten iniş ile ikinci evrenin süresini kısaltmayı ve doğumu kolaylaştırmayı sağlamaktadır (Barasinski et al. 2020).

Literatürde annelerin doğum sürecinde ıkınma konusunda yetersiz bilgiye sahip oldukları, ıkınma esnasında güçlük yaşadıkları ve bu nedenle doğumu olumsuz algıladıkları (Aktaş ve Aydın 2019), doğuma yardım eden ebelerden ıkınma konusunda cesaretlendirici, yol gösterici ve empatik yaklaşımda beklentilerinin olduğu belirtilmektedir (Roberts ve ark. 2007; Macfarlane ve ark. 2014; Aktaş ve Pasinlioğlu 2017). Bu derlemede amaç; doğumda ıkınma tipleri, ıkınmanın maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri ve ıkınma sürecinde ebeğin rol ve sorumluluklarını ortaya koymaktır.

IKINMA TİPLERİ

Valsalva (kapalı glotis) ve spontan (açık glotis) olmak üzere iki ıkınma tipi bulunmaktadır. Bu ıkınma tipleri tanımı ve uygulanma şekli aşağıda açıklanmıştır (Yılmaz 2017; Rathfisch ve Aşçı, 2017; Turan ve Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020).

Valsalva Tipi İkınma (Kapalı Glotis): Gebenin nefesini tutarak gerçekleştirdiği ıkınma

tipidir. Bu ıkınma, genellikle sağlık profesyonelleri tarafından direktifli (yönlendirilmiş) ıkınma kapsamında değerlendirilmektedir (Downe 2009; Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020). Kadının ne zaman ve nasıl ıkınacağı sağlık profesyonelleri tarafından yönlendirilmektedirler. Kadınlar klasik olarak “derin nefes al, nefesini 10’a kadar tut ve ıkın, sonra hızlı bir nefes al ve aynısını yeniden yap” şeklinde yönlendirilir. Kadının nefesini uzun süre tutarak, kontraksiyonlarla birlikte çok güçlü ıkınmasının fetüsün doğum kanalından inişini kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Yıldırım ve Beji 2008; Yılmaz 2017; Lee et al. 2019). Bu ıkınma tipinde, gebelerden spontan ıkınma isteklerini yok saymaları bunun yerine sağlık personelinin yönergelerine uymaları istenir. Günümüzde valsalva tipi ıkınmanın, kadında olumsuz hemo-dinamik etkileri olduğunu gösteren çalışmaların sayısı artmıştır (Kopas 2014; Koyucu ve Demirci 2017; Başar ve ark. 2018). Dünya Sağlık Örgütü tarafından (2018) pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri kapsamında, valsalva tipi ıkınma önerilmemektedir (WHO recommendations 2018).

Spontan İkınma (Açık Glotis): Gebenin ses çıkararak ve nefes vererek yaptığı ıkınma tipidir. Gebe ıkınmayı spontan olarak gerçekleştirmektedir ve ıkınma kontraksiyonun şiddetiyle uyumludur (Yıldırım ve Beji 2008; Prins et al. 2011; Lemos et al. 2017). Gebeden kontraksiyon başladığında, ıkınma hissi oluşuna kadar normal nefes alıp vermesi istenir. İkınma hissi oluştuğunda, öncelikle normal nefes alıp vermesi sağlanır. Ardından nefes alarak uterus içerisindeki karın kaslarını içeri çekmesi ve sonrası dereceli olarak dudaklarını büzerek ıkınmaya başlaması desteklenir (Koyucu ve Demirci 2016; Yılmaz 2017; Antsaklis et al. 2020). Nefes verirken yaklaşık 4-5 saniye ıkınması, nefesi tutmayıp tekrar nefes alması ve bu işlemi kontraksiyon boyunca tekrarlaması önerilir. Kontraksiyon süresince ortalama 3-4 kez ve 4-5 saniye spontan ıkınılmaktadır. Kontraksiyon azalınca normal nefes alıp vermeye devam edilir (Yılmaz 2017; Turan ve Yılmaz 2019). Dünya Sağlık Örgütü (2018) pozitif doğum deneyimi için, intrapartum bakım önerileri kapsamında “ıkınmaya” yönelik önerileri spontan ıkınmayı destekler özelliktedir. Bu öneriler şöyledir (WHO Recommendations 2018):

- ✓ Spontan maternal ıkınma girişimlerinin cesaretlendirilmesi,

- ✓ Annenin uzun süreli nefesini tutarak ıkmamasının engellenmesi,
- ✓ Annenin istemli olarak ıkmama zamanı belirlenirken, fetüsün duruş ve pozisyonunun değerlendirilmesi
- ✓ Kadının istemsiz ıkmama çabalarının desteklenmesi

Spontan ıkmama konusuna değinilmiş iken, “erken ıkmama dürtüsüne” kısaca değinmekte fayda vardır. Erken ıkmama dürtüsü, karşı konulamaz, spontan bir dürtüdür Genellikle servikal dilatasyon 10 cm olmadan evvel 8-9 cm’lik servikal açıklıkta iken ortaya çıkar ve görülme sıklığı %7.6’dır (Borrelli et al. 2013). Spontan erken ıkmamanın; servikal ödem, perineal travmalara ve maternal yorgunluğa neden olabileceği akılda tutulmalıdır (Downe 2009; Borrelli et al. 2013).

IKINMA TIPLERİNİN MATERNAL VE FETAL SAĞLIK ÜZERİNE ETKİLERİ

Spontan ve valsalva tipi ıkmamanın; doğumun ikinci evresinin süresi, doğumda memnuniyet, fetal oksijenasyon, yenidoğanda apkar skoru gibi maternal ve fetal sağlık üzerine etkileri bulunmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008; Ratier et al. 2015; Ahmadi et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Araujo et al. 2020).

Valsalva tipi (kapalı glotis) ıkmamada; kadının nefesini uzun süre tutmasına bağlı intratorasik basınç artar, buna bağlı maternal kardiyak out putta azalma meydana gelmektedir. Bu değişimlerin sonucunda utero-pleantal dolaşımda yetersizlik ve fetal hipoksi gelişir (Başar ve Hürata 2018; Barasinski et al. 2020). Ayrıca bu ıkmama tipinde, annede postpartum erken dönemde daha fazla yorgunluk ve tükenme görülebilmektedir (Chang et al. 2011). Doğumun ikinci evresinin hemen başlarında kadınların kuvvetlice ıkmamaları konusunda yönlendirilmesi, epizyotomi ve tamir gerektiren perineal yırtıkların oranında artışa neden olabilmektedir (Borrelli et al. 2013; Er Baba ve Pınar 2016; Di Mascio ve ark. 2020). Macfarlane et al. (2014) Londra’da yaptığı çalışmada; kadınların çoğunun spontan ıkmamayı, yönlendirilmiş (direktifli) ıkmamaya göre daha fazla tercih ettikleri ve ıkmama sürecinde kadınların yorgunluk, stres, ağrı ve korku yaşadığı belirtilmektedir. Doğumun ikinci evresinde, kadının “spontan ıkmama” dürtüsünü beklemek maternal enerjinin optimal kullanımıyla sonuçlanmaktadır (Cooke 2010; Ahmadi et al. 2017; Lee et al. 2019). Spontan

ıkmamada uterus kan akışı engellenmediğinden; fetal kalp atımı, fetal oksijenasyon ve yenidoğanın apkar skoru iyi düzeydedir (Yıldırım ve Beji 2008; Lemos et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Lee et al. 2019). Fieldler et al. (2020) epidural analjezi almış nulliparla yaptığı çalışmasında; valsalva tipi ıkmamanın kadınların postpartum kanamaya eğilimini artırdığı belirtilmektedir.

Literatürde iki ıkmama tipinin maternal ve neonatal sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008; Lemos et al. 2017; Başar ve Hürata 2018; Lee et al. 2019; Araujo et al. 2020; Di Mascio et al. 2020). Lewos et al. (2015) tarafından 7 randomize kontrollü çalışmanın dâhil edildiği 815 kadının değerlendirildiği meta-analiz çalışmasında; spontan ıkmama ile valsalva ıkmama karşılaştırıldığında doğumun ikinci evresinin süresi, perineal laserasyon ve epizyotomi açısından gruplararası fark bulunmamıştır. Aynı çalışmada itme /ıkmama süresi, spontan ıkmama grubta 5 dakika daha az bulunmuştur. Di Mascio et al. (2020) doğumda analjezi almış 5445 kadının spontan ıkmama ve valsalva ıkmama tipi kullanımının doğum süreci üzerine etkisini incelediği meta-analiz çalışmasında; iki ıkmama tipi arasında spontan vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum ve sezeryan oranı açısından bir farklılık olmadığı, ancak valsalva tipi ıkmama yapan kadınlarda doğumun ikinci evresinin toplam süresinin daha uzun, ıkmamada itme süresinin ise daha kısa olduğu saptanmıştır. Ratier et al. (2015) çalışmasında spontan ıkmama kadınlarda, valsalva tipi ıkmamaya göre epizyotomi ve ikinci ya da üçüncü derece perine yırtıklarının daha az görüldüğü saptanmıştır. Lee et al. (2019) çalışmasında yönlendirilmiş ıkmamanın, spontan ıkmamaya göre neonatal resüstasyon riskini artırdığı saptanmıştır. ıkmama tipi kadının anksiyete düzeyini de etkilemektedir. Araujo et al. (2020)’nın çalışmasında doğumda maternal anksiyete düzeyinin valsalva tipi ıkmama kadınlarda, spontan ıkmamaya göre daha yüksek saptanmıştır.

Doğumda ıkmama tipleri, kadının ürogenital sisteminde de değişikliklere neden olabilmektedir. Prins et al. (2011) randomize kontrollü çalışmalardan oluşturduğu sistematik derleme çalışmasında; valsalva tipi ıkmama kadınlarda, spontan ıkmamaya göre doğumun ikinci evresi süresinin daha fazla kısaldığını, neonatal sonuçlarda ise iki ıkmama tipi arasında fark olmadığını belirtmektedir. Aynı çalışmada doğumdan üç ay sonra kadınların üro-dinamik bazı faktörleri değerlendirildiğinde; valsalva tipi

ıknanlarda spontan ıknanlara göre idrarını tutma süresinde ve mesane kapasitesinde azalma olduğu saptanmıştır.

Türkiye’de de doğumda ıknıma ile ilgili yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Yıldırım ve Beji’nin (2008) yaptığı çalışmada spontan ıknan kadınlarda, valsalva tipi ıknanlara göre; doğumun ikinci evresinin süresinin kısaldığı, daha az fundal bası uygulandığı, yenidoğanın umbilikal arter kan oksijen düzeyinin ve apkar skoru daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Başar et al. (2018) çalışmasında ise spontan ıknan grupta, valsalva tipi ıknan gruba göre istatistiksel fark olmamakla birlikte; fetal distres, oksijen kullanımı, doğumda tıbbi girişimlerin uygulanması, perinal lasrasyon ve postpartum kanamanın daha az görüldüğü belirtilmiştir. Koyucu ve Demirci’nin (2017) randomize kontrollü çalışmasında valsalva tipi ıknımda, spontan ıknıma göre doğumun ikinci evresini daha kısa sürdüğü ancak üretral mobilitenin arttığı, postpartum hemogloblin düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Bu araştırmaların sonuçları bize, valsalva tipi ıknmanın kadının hem doğum sonrası hem de ileri yaşantısında bazı olumsuz sonuçlara yol açtığını göstermektedir. Yapılan bu araştırmalar ve DSÖ’nün önerileri doğrultusunda, spontan ıknmanın valsalva tipi ıknıma kıyasla anne, fetus ve kadın sağlığı için daha güvenli olduğunu söylemek mümkündür (WHO Recommendations 2018).

IKINMA SÜRECİNDE EBENİN SORUMLULUKLARI

Literatürde ıknıma esnasında ebe tarafından cesaretlendirilen ve desteklenen kadınların, ıknıma başarısının arttığı belirtilmektedir. Ebe, doğumun ikinci evresi başlamadan kadınlara ıknımayı öğretmeli ve ıknıma sürecinde cesaretlendirici sözlerle kadını desteklemelidir. Ebenin kullanabileceği destekleyici sözcüklere, aşağıdaki örnekleri vermek mümkündür (Roberts et al. 2007; Macfarlane et al. 2014)

- ✓ Çok iyi gidiyorsun, ıknıma hissin geldiğinde bebeğini dışarı it!
- ✓ Nefes almayı unutma, güçlü ve kararlı ol!
- ✓ Kasılma ve ıknıma hissin yoksa dinlen ve ıknıma hissin geldiğinde tekrar ıkn!

Ebe, doğumdaki kadının ıknıma öyküsü ve dürtüsünü iyi değerlendirmelidir. Kadında ıknıma dürtüsünün oluşabilmesi için şu üç

özellik ebe tarafından dikkatlice değerlendirilmelidir (Downe 2009):

- ✓ Fetusün angajmanı en az +1 seviyesinde olmalı,
- ✓ Servikal dilatasyonun 10 cm’ye yakın veya 10 cm olması ve
- ✓ Uterus kontraksiyonlarının şiddetinin güçlü olmasıdır.

Anneye epidural analjezi uygulanmış ise, kadında ıknıma dürtüsünün baskılanabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Downe 2009; Di Mascio et al. 2020). Bu nedenle; doğumda ıknıma eyleminde hem kadının tercihi hem de klinik durumu göz önünde bulundurulmalıdır (Kopas 2014). Kadının ıknımasını baskılamak ya da istemediği zamanda ıknıma zorlamak, doğumu olumsuz deneyimlemesine neden olabilmektedir (Barasinski et al. 2020).

Doğumda kadının ıknımda zorluk yaşaması, nasıl ıknacağını bilmemesi ve bu konuda cesaretlendirilmemesi; doğumda anne memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir. Aktaş ve Aydın (2019) tarafından yapılan nitel bir çalışmada; bazı anneler ıknınamamaya, ıknımayı bilmemeye bağlı doğumunda güçlük yaşadığını ve doğumlarını olumsuz deneyimlediklerini belirtmiştir. Ebe, doğumda spontan ıknımayı desteklemelidir. Direktifli (yönlendirilmiş) valsalva ıknıma tipinden kaçınılmalıdır (Downe 2009; Yılmaz 2017). Aksi durumda valsalva ıknıma tipine bağlı kadında oluşabilecek maternal yorgunluk, bitkinlik ve yorucu ıknımlarla ilişkilendirilmiş olumsuz obstetrik sonuçlara neden olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Chang et al. 2011).

Ebe, ıknıma esnasında annenin mahremiyetini sağlamalıdır (Bekmezci ve Özkan, 2015). Bu süreçte bazı kadınlar yanında bir yakını, bir sağlık profesyonelinin ister iken; bazı kadınlar yalnız olmak isteyebilmektedir. Ebe, kadının tercihine saygılı olmalıdır (Barasinski et al. 2020). Ina May Gaskin (2018); bazı kadınların ıknıma esnasında cinsel yaşantılarının olumsuz etkilenebilme endişesiyle eşlerinin yanlarında bulunmasını istemediklerini belirtmektedir (Güler ve Aktaş 2018). ıknıma sürecinde ebe, annenin istediği doğum ortamını sağlayarak (bazen anneler bu süreçte refakatçisinin, klinikteki öğrencinin vb. yanında olmasını tercih etmeyebilir) mahremiyete duyarlı bakım sunmalıdır (Downe 2009; Borrelli 2013; Bekmezci ve Özkan 2015). Aktaş ve Pasinlioğlu’nun çalışmasında (2017); intrapartum dönemde ebelerin gebelere; ıknıma, doğum ağrısı ile baş etme ve bilgilendirme gibi konularda

empatik yaklaşımının kadınlarda hem doğum hem de ebe memnuniyetini artırdığı ortaya koyulmuştur.

Ebenin hizmet verdiği doğum ünitelerinin alt yapısı; annelerin istediği tarzda ıkınmalarını destekleyecek ve teşvik edecek özellikte olmalıdır. Doğum masaları portatif özellikte olmalı ve ıkınma esnasında çömelme, oturma gibi gebenin pozisyon alabilmesine uygun özellikte olmalıdır (Toker ve Aktaş 2010; Aktaş ve Can 2019). Örneğin McGill üniversitesi doğum merkezindeki doğum masaları; kadının çömelerek ıkınabileceği ve ıkınma esnasında aniden bebeğin doğup zarar görme riskine yönelik yenidoğanın güvenliğini sağlayan teknik özelliklere sahiptir. Başka bir örnek; sadece ebelerin çalıştığı Kanada'nın Toronto Doğum Merkezinin doğum odalarında yerden sabit monteli askılıklar bulunmaktadır. Bu askılıklara asılı olan bez parçalarına gebe kadın tutunarak, çömelme pozisyonunda ıkınabilmektedir (Aktaş ve Can 2019). Ülkemizde Moraloğlu ve ark. (2017) çalışmasında, ebe yardımıyla çömelme pozisyonu verilerek ıkınan annelerde doğumun ikinci evresinin daha kısa sürdüğü ve ağrı skorunun daha düşük olduğu saptanmıştır.

Literatürde kadınların ıkınma esnasında ayak bileğinin desteklenmesinin, ıkınma başarısını artırmada etkin olduğu belirtilmektedir. Ayak bileği desteği; vücudun dengesini sağlamada ve ayak bileği kaslarına ağırlık binmesini önlemede katkı sağlamaktadır (Dokmak ve ark. 2020). Yu-Ching et al. (2018) çalışmasında; doğumda kadınların ergonomik tasarımı ayak bileği destekleri ile çömelmesinin; ıkınma süresini azalttığı ve kadınların daha fazla pozitif ıkınma deneyimi yaşamalarına katkı sağladığı belirtilmektedir (Şekil 1). Öte yandan ebeler; annelerin ıkınma başarısını ve doğum konforunu artıran bu uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu uygulamaları doğum kliniğine entegre edebilmelidir.

Doğum süresince annelerin etkin ıkınmadığı bazı durumlarda, doğumun ikinci evresini kısaltmak amacıyla sağlık profesyonelleri veya sağlık profesyonelleri dışındaki kişilerce annenin abdomenine fundal bası uygulanmaktadır (Uzel 2018). Fundal bası uygulaması kanıt temelli bir uygulama değildir (WHO Recommendations 2018). Annenin ruhsal ve fiziksel sağlığını bozabilen bu uygulamadan, ebenin şiddetle kaçınması ve annelere ıkınma eğitimi vermesi gerekmektedir (Aktaş ve Aydın 2018). Ek olarak ebeler, doğuma hazırlık eğitimlerinde gebelere ıkınma konusunda daha

detaylı eğitim verilmelidir (Barasinski et al. 2020). Bu eğitimlerde kadınlara öğretilmiş ıkınma yöntemleri yerine, içgüdülerine güvenerek spontan ıkınma eylemini gerçekleştirmeleri önerilmelidir.



Şekil 1. ıkınmada ayak bileği desteği ile çömelme pozisyonu

Kaynak: Yu-Ching LIN et al. Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Research* 2018;26(6), 376-84.

Tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs-19 (COVID-19) pandemisi, doğumdaki kadınların ıkınmaları esnasında soluk alıp verme ile bu virüsü damlacık yoluyla sağlık personeline, doğum sürecinde yenidoğana bulaştırma riskini artırmaktadır (Juan et al. 2020). Bu riski azaltmak için, doğum masası siperliği (doğum masası kalkanı) kullanılmaktadır. Ülkemizde doğum masası siperliği, Sağlık Bakanlığımıza bağlı Ankara Şehir Hastanelerinden Kadın Doğum Hastanesinde kullanılmaya başlanmıştır (Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, 2020). Ebe doğumdaki kadınlara bu alternatifini sunarak, doğumda hem gebe/ailenin, hem de doğum ekibinin güvenliğini sağlamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Annelerin doğumda yaşadığı önemli güçlüklerden biri, ıkınmadır (Aktaş ve Aydın, 2019). Ebe annelerin ıkınma süresinde; bireyselleşmiş, doğumun fizyolojisini koruyan, mahremiyete özenli, empatik iletişimi esas alan kültüre duyarlı bireyselleşmiş bakım sunmalı ve spontan ıkınmayı desteklemelidir (Macfarlane 2014; Ahmadi et al. 2017). Türkiye'de özellikle anne dostu hastane uygulaması kapsamında anne dostu unvanı alan hastanelerde; doğum odalarının tek kişilik olması, oda duvarlarında demir tutaçların olması, ebe ile sürekli doğum desteğinin sağlanması gibi uygulamalar annelerin

istediği gibi ıkınmalarını destekleyici özelliktedir.

Literatürde annelerin ıkınma deneyimlerini inceleyen çalışmalar çok az sayıdadır. Klinikteki ebeler, ebelik bölümü akademisyenleri ve öğrencileri tarafından annelerin ıkınma deneyimlerini ve ıkınma esnasındaki beklentilerini ortaya koyan (özellikle nitel araştırma tipinde) bilimsel çalışmaların planlanması önerilmektedir. Bu araştırmalara dayalı, kadınların beklentisi doğrultusunda sunulan ebelik bakımı, hem kadınların pozitif

doğum deneyimlerinin hem de doğumda ebe memnuniyetinin artmasına katkı sağlayacaktır.

ÇIKAR İLİŞKİSİ

Herhangi bir kişi ya da kurum arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYİ

SA: Planlama, SA, RA: Literatür tarama, SA, RA: Derlemenin yazımı SA, RA: Kritik okuma

KAYNAKLAR

Ahmadi Z et al. Effect of Breathing Technique of Blowing on the Extent of Damage to the Perineum at the Momeno Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing And Midwifery Research* 2017;22(1):62.

Aktaş S, Aydın R. Fundal Bası Uygulamasının Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkisi Ve Bu Uygulamada Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(3): 86-92.

Aktaş S, Aydın, R. The Analysis of Negative Birth Experiences of Mothers: A Qualitative Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2019;37(2):176-92.

Aktaş S, Can HÖ. Doğum Merkezleri: Kanada İzlenimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(4): 474-80.

Aktaş S, Pasinlioğlu T. Ebeler Verilen Empati Eğitiminin Postpartum Dönemdeki Annelerin Beklentilerini Karşılama, Doğumu ve Ebeyi Algılama Düzeyine Etkisi. *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017;14(2):60-5.

Antsaklis P et al. Natural Methods to Assist Delivery during the Second Stage of Labour: Part II: Timing and Type of Pushing. *HJOG* 2020;19(1):11-26.

Araujo AE et al. Efficacy of Spontaneous Pushing with Pursed Lips Breathing Compared with Directed Pushing in Maternal and Neonatal Outcomes: A Clinical Trial. *Authorea Preprints* 2020; 9(15):1-11.

Barasinski C et al. Is Directed Open-Glottis Pushing More Effective Than Directed Closed-Glottis Pushing During The Second Stage of Labor? A Pragmatic Randomized Trial—The EOLE Study. *Midwifery* 2020;91: 1028-43.

Barasinski C, Vendittelli F. Effect of the Type of Maternal Pushing During The Second Stage Of Labour on Obstetric and Neonatal Outcome: A Multicentre Randomised Trial—The EOLE Study Protocol. *BMJ Open* 2016;6(12):55-63.

Başar F, Hürata SŞ. The Effect of Pushing Techniques on Duration of The Second Labor Stage, Mother And Fetus: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Health Services Research and Policy.* 2018;3(3): 123-34.

Bekmezci H, Özkan H. Ebelik Uygulamalarında Mahremiyetin Önemi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2015;2(1):113-24.

Borrelli SE et al. Early Pushing Urge in Labour and Midwifery Practice: A Prospective Observational Study at an Italian Maternity Hospital. *Midwifery* 2013;29(8): 871-5.

Chang SC et al. Effects of a Pushing Intervention on Pain, Fatigue And Birthing Experiences Among Taiwanese Women During The Second Stage of Labour. *Midwifery* 2011;27(6): 825–31.

Cooke A. When ill We Change Practice and Stop Directing Pushing in Labour? *British Journal of Midwifery* 2010;18(2): 76-81.

Di Mascio D et al. Delayed Versus Immediate Pushing in The Second Stage of Labor in Women with Neuraxial Analgesia: A Systematic Review and Meta-Analysis Of Randomized Controlled trials. *American Journal of Obstetric Gynecology* 2020;223(2):189-203.

Downe S. Care in the second stage of labour. *Fraser D, Cooper MA, eds. Myles Text Book For Midwives.* 15thed. London: Elsevier; 2009. p.492-506.

Dokmak F et al. Squatting position in the second stage of labor: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2020; 254(2020):147-52

Erbaba H, Pınar G. Postpartum Perineal Travmanın Önlenmesi ve Yönetimine İlişkin Güncel Yaklaşımlar. *Koç Üniversitesi HEAD* 2016; 13(3):272-81.

Fiedler A et al. Adverse Effect of Delayed Pushing on Postpartum Blood Loss in Nulliparous Women with Epidural Analgesia. *International Journal of Gynaecology and Obstetry* 2020;150(1): 92-7.

Güler H, Aktaş S. Bir Baba Adayı Ne Yapmalı? Ina May Gaskin: Ina May'ın Doğum Meselesi (bir ebeinin manifestosu): Çeviri Editörü. Sayın FD Yardımcı Editör: Demirel G. 1. Baskı. Ankara. Akademisyen Yayıncılık; 2018.s s.167-180.

Juan J et al. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on Maternal, Perinatal and Neonatal

Outcome: Systematic Review. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2020; 56(1):15-27.

Koyucu RG, Demirci N. Effects of Pushing Techniques During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. Taiwan Journal of Obstetry and Gynecology 2017;56(5): 606-12.

Kopas ML. A review of evidence-based practices for management of the second stage of labor. Journal of Midwifery & Women's Health 2014; 59(3):264-76.

Koyuncu RG, Demirci N. Doğumun İkinci Evresinde Kullanılan İkinma Tipleri: Literatür gözden Geçirme Çalışması. JAREN 2016;2(1):33-9.

Lee N et al. Maternal and Neonatal Outcomes From a Comparison of Spontaneous and Directed Pushing in Second Stage. Women Birth 2019; 32(4): e433-e40.

Lemos A et al. Pushing/Bearing Down Methods for the Second Stage of Labour. Database of Systematic Reviews, 2015;10.

Lemos A et al. Pushing/Bearing Down Methods for The Second Stage of Labour. Cochrane 2017(5),(3):120-30

Macfarlane AJ et al. Survey of Women' s Experiences of Care in a New Freestanding Midwifery Unit in An Inner City Area of London, England: 2. Specific Aspects Of Care. Midwifery 2014;30(9):1009-20.

Macfarlane A et al. Survey of women' s Experiences of Care in A New Freestanding Midwifery Unit in An inner City Area of London, England: 2. Specific aspects of care. Midwifery 2020; 30(9):1009-20.

Moraloglu O et al. The influence of different Maternal Pushing Positions on Birth Outcomes at The Second Stage of Labor İn Nulliparous Women. The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 2017;30(2): 245-9.

Petersen L, Besuner P. Pushing Techniques During Labor: Issues and Controversies. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing 1997; 26(6):719-26.

Prins M et al. Effect of Spontaneous Pushing Versus Valsalva Pushing in The Second Stage of Labour on Mother and Fetus: A Systematic Review of Randomised Trials. Int J Gynaecol Obstet 2011;118(6):662-70.

Ratier N et al. Methods of Pushing at Vaginal Delivery and Pelvi-Perineal Consequences. Review. Progres En Urologie: Journal De

l'Association Francaise D'urologie Et De La Societe Francaise D'urologie 2015; 25(4):180-7.

Rathfisch G, Aşçı Ö. Doğum Eyleminde Bakım. Beji NK, editör. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2017. p.397-409.

Roberts JM et al. Why do supportive birth attendants become directive of maternal bearing-down efforts in second-stage labor?. Journal of Midwifery & Women's Health 2007;52(2), 134-141.

Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, <https://www.trthaber.com/haber/saglik/ankara-sehir-hastanesinden-dogum-masasi-siperligi-477685.htm> Erişim 20.02.2021

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş. 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2018. p. 301-3.

Toker E, Aktaş S. İngiltere'de ebelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010;2(3):89-97.

Thomson AM. Pushing Techniques in the Second Stage of Labour. JAN 1993; 18(2):171-7.

Turan A, Yılmaz T. Doğumun İkinci Evresinin Süresi, Uzaması ve Yönetimi. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2019;1(2):102-19.

Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum Dönemde Kanıtla Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018; 11(1):26-34.

Yılmaz SD. Doğum (Ebelere Yönelik Kapsamlı). Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi. Editörler: Bal MD, Yılmaz SD. 1. Baskı. Ankara. Akademisyen Kitabevi; 2017. p. 117-37.

Yıldırım G, Beji NK. Effects of Pushing Techniques in Birth on Mother And Fetus: A Randomized Study. Birth 2008;35(1): 25-30.

Yu-Ching LIN et al. Efficacy of an Ergonomic Ankle Support Aid for Squatting Position in Improving Pushing Skills and Birth Outcomes During The Second Stage of Labor: A Randomized Controlled Trial. Journal of Nursing Research 2018;26(6):376-84.

WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience <https://www.who.int/reproductivehealth/intrapartum-care/en/> Available: 24.03.2021.

EXTENDED ABSTRACT

The internal impulse created by the pressure exerted by the presenting part of the fetus on the nerve plexuses in the pelvic floor is called pushing. The urge to push mostly occurs in the second stage of labor. As it is known, the second stage of birth covers the period starting after the cervical opening is completed until the birth of the baby. The duration of this phase can last from a few minutes to a few hours depending on many factors such as whether the woman is primiparous or multiparous, and the use of epidural anesthesia at birth. Pushing in birth provides shortening of the second stage at birth and facilitating delivery by the process of descent of the fetus from the pelvis.

There are two types of pushing, valsalva (closed glottis) and spontaneous (open glottis). Valsalva type pushing: It is the type of pushing performed by the pregnant woman by holding her breath. This pushing is generally considered as directed (directed) pushing by health professionals. Health professionals are guided by how and when a woman should bother. Women are traditionally guided as "breathe deeply, hold your breath up to 10 and breathe, then take a quick breath and do the same again." It is thought that the woman holding her breath for a long time and pushing very strongly with contractions would facilitate the descent of the fetus from the birth canal. In this type of pushing, pregnant women are asked to ignore their spontaneous straining request and instead follow the instructions of the healthcare personnel. Nowadays, the number of studies showing that valsalva type pushing has negative hemodynamic effects on women has increased. In valsalva type pushing, the intrathoracic pressure increases due to the woman holding her breath for a long time, resulting in a decrease in maternal cardiac output. As a result of these changes, insufficiency in utero-placental circulation and fetal hypoxia develop. In addition, in this type of pushing, more fatigue and exhaustion can be seen in the early postpartum period in the mother.

Spontaneous pushing: It is the type of pushing that the pregnant woman makes by making sounds and breathing. When the contraction starts, the pregnant woman is asked to breathe normally until the feeling of pushing occurs. When the sensation of pushing develops, normal breathing is provided first. It is then supported to breathe in the abdominal muscles in the uterus and then gradually contract the lips and start pushing. It is recommended to pushing for about 4-5 seconds while exhaling, to breathe again without holding the breath, and to repeat this process throughout the contraction. During the contraction, spontaneous pushing is on average 3-4 times and 4-5 seconds. When the contraction decreases, normal breathing continues. The pregnant pushing spontaneously and the pushing is compatible with the severity of the contraction. The World Health Organization recommends encouraging spontaneous pushing that protects the health of the mother and fetus for a positive delivery experience and preventing valsalva pushing by holding the breath for a long time.

In the literature, it is stated that supporting the ankle of women during pushing is effective in increasing the success of straining. Ankle support contributes to maintain the balance of the body and to prevent weight on the ankle muscles. It has been reported that squatting with ergonomically designed ankle supports decreases the pushing time and women experience more positive pushing.

Midwives should be informed about these practices that increase the pushing success and birth comfort of mothers and should be able to integrate these practices into the maternity clinic. The midwife examines the pushing effect of the expectant mother; by evaluating fetal engagement level, cervical dilatation status, fetal presentation, and severity of uterine contraction. The midwife has responsibilities such as supporting spontaneous pushing, creating an ideal pushing environment (positioning, providing privacy, etc.), providing one-on-one birth support, and empathic communication. There are few studies in the literature examining the straining experiences of mothers. Planning scientific studies by midwives in the clinic, midwifery department academicians, and students to reveal the pushing experiences of mothers and their expectations during pushing will contribute to the increase of intrapartum midwifery care and positive experience of the birth of mothers.