



Obstetrik Şiddet Perspektifinden İntrapartum Bakımda Kanıta Dayalı Uygulamalar

Evidence-Based Practices in Intrapartum Care from an Obstetric Violence Perspective

Hanife Nurseven ŞİMŞEK¹ Hülya DEMİRCİ²

ÖZET

Obstetrik şiddet kavramına dikkat çekmek, ebelerin doğum eylemindeki obstetrik şiddete yönelik farkındalığını arttırmak ve doğum eyleminde rutin olarak yapılan ve kanıta dayalı olmayan uygulamaları obstetrik şiddet perspektifinden ele almaktır. Bu derleme makale Cochrane Library, Google Scholar, Pubmed/Medline arama motorları kullanılarak güncel literatür doğrultusunda hazırlanmıştır. Obstetrik şiddetin yaygınlığı ülkeye, kullanılan araç ve yönteme, obstetrik şiddetin tanımına, tipine ve doğumun yapıldığı yere bağlı olarak %15-91 arasında değişmektedir. Maternal bakımda müdahaleler; rutin olarak, çok erken ve çok fazla uygulandığında ya da aşırı kullanıldığında zararlı olabilecek kullanımın yanı sıra kanıta dayalı olmayan gereksiz kullanıma yol açmaktadır. Obstetrik odaklı ortamlarda çalışan ebeler, risk değerlendirmesi ve risk yönetimine daha fazla odaklanmakta, bu durum düşük riskli olan kadınların; yüksek riskli olarak algılanmasına ve dolayısıyla bu kadınların daha fazla müdahaleye maruz kalmasına neden olmaktadır. Böylece maternal bakımın sağlayıcısı olan ebeler, hastane ortamında müdahaleleri giderek daha fazla normalleştirmektedirler. Doğumların medikalleşmesiyle rutin olarak yapılan tıbbi müdahale ve uygulamaların birçoğunu DSÖ önermemektedir. Düşük riskli gebelik ve doğumlarda, doğum eyleminin fizyolojisini korumak amacıyla müdahaleler en aza indirgenmeli, sadece gerektiğinde kullanılmalıdır. Ayrıca ebeler, yapılan birçok müdahale öncesinde, kadınları bilgilendirmeli ve bilgilendirilmiş onamlarını almalıdır. Bir kadın hakları savunucusu olan ebeler, tüm kadınlara doğru ve yeterli bakımı doğru zamanda vermeli, kanıta dayalı, eşit ve saygılı bakım almasını sağlamalıdır. Ebelerin rollerinin genişletilmesi ve fizyolojik doğumu teşvik eden ebelik uygulamalarının güçlendirilmesi, doğumların daha hümanistik olmasını sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik şiddet, Kanıta dayalı bakım, İntrapartum bakım, Doğum eylemi.

ABSTRACT

To draw attention to the concept of obstetric violence, to increase midwives' awareness of obstetric violence in labor, and to address routine and non-evidence-based practices in labor from the perspective of obstetric violence. This review article was prepared in line with the current literature by using the Cochrane Library, Google Scholar, Pubmed/Medline search engines. The prevalence of obstetric violence varies between 15 and 91%, depending on the country, the tool and method used, the definition and type of obstetric violence, and the place of delivery. Interventions in maternal care; routinely, it leads to use that can be harmful if applied too early and too much, or if overused, as well as unnecessary use that is not based on evidence. Midwives working in obstetrics-oriented settings focus more on risk assessment and risk management, which means that women with low risk; this causes women to be perceived as high risk and therefore exposed to more intervention. Thus, midwives, who are the providers of maternal care, are increasingly normalizing interventions in the hospital setting. WHO does not recommend most of the medical interventions and practices routinely performed with the medicalization of births. In low-risk pregnancies and deliveries, interventions should be minimized to protect the physiology of labor and used only when necessary. In addition, midwives should inform women and their informed consent should be obtained before many interventions. Midwives, who are women's rights advocates, should provide all women with the right and adequate care at the right time and ensure that they receive evidence-based, equal and respectful care. Expanding the roles of midwives and strengthening midwifery practices that promote physiological birth can make births more humanistic.

Keywords: Obstetric violence, evidence-based care, intrapartum care, labor.

¹Doktor Öğretim Üyesi, Manisa Celâl Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye. ORCID: 0000-0002-8307-6865

²Doktor Öğretim Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye. ORCID: 0000-0003-3712-6013

Sorumlu Yazar: Hanife Nurseven ŞİMŞEK Manisa Celâl Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Manisa, Türkiye. e-mail: hanife.ege.2006@hotmail.com



GİRİŞ

Doğum eylemi ve doğum, insanlığın devamı için doğal bir süreçtir. Ancak bu sürecin getirdiği birçok zorluk nedeniyle her kadın için farklı bir deneyimdir (Ferrão vd., 2022). Doğum olumlu ya da olumsuz etkileri nedeniyle kadınları güçlendiren ya da güçsüzleştiren deneyimlerden biri olabilir (Ferrão vd., 2022; Davis-Floyd vd., 2009). Bir kadının doğum yaptığı ortam, bu kişisel deneyim üzerinde belirleyici bir etkiye sahip olabilir. Normal fizyolojik bir süreç olan doğumların evlerden hastanelere taşınmasıyla, müdahale edilmesi ve yönetilmesi gereken patolojik bir süreç haline gelmiştir. Bununla birlikte, sağlık kuruluşlarında; sağlık profesyonelleri, kadınlarla ilişkilerinde doğum eyleminin teknolojik boyutlarına odaklanarak doğum eyleminin duygusal ve sosyal yönlerini ihmal etmişlerdir (Ferrão vd., 2022). Dünyada, doğum eylemi ve doğumun hormonal fizyolojisine saygı duyulduğu ve güvenildiği yerlerde kadınların istek ve arzuları için doğru seçimler sağlayan toplum ve sistem örnekleri vardır. Bu yerlerde, müdahaleler sadece gerçek ihtiyaç durumunda uygulanır, böylece potansiyel yanlış kullanımları zarar vermez (Davis-Floyd vd., 2009). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm kadınlara; onurlarını, mahremiyetlerini ve gizliliklerini koruyan, doğum eylemi ve doğum sırasında bilinçli seçim ve sürekli desteği yani kısaca saygılı maternal bakımı önermektedir (WHO, 2014).

DSÖ, kadınların yaşadığı saygısız ve kötü muameleyi önemli bir halk sağlığı ve insan hakları sorunu olarak tanımlamıştır (WHO, 2018). Bir insan hakları ihlali olan obstetrik şiddet; yapısal olarak sunulan, toplumsal cinsiyete dayalı, kadına yönelik şiddetin cinsiyete özgü biçimidir (Garcia, 2020; Mena-Tudela vd., 2020a). Obstetrik şiddetin en çok kabul gören tanımı, “Kadınların Şiddetsiz Bir Yaşam Hakkına İlişkin Organik Yasa”nın bir parçası olarak Venezuela yasasına dayanmaktadır. İnsanlık dışı muamele, ilacın kötüye kullanımı, doğal süreçleri patolojik süreçlere dönüştürerek kadınların kendi bedeni ve cinselliği hakkında özgürce karar verme otonomisi ve yeteneğini kaybetmesi, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi, kadınların vücudunun ve üreme süreçlerinin sağlık personeli tarafından sahiplenilmesi olarak tanımlanmıştır (Garcia, 2020; Mena-Tudela vd., 2020a; Mena-Tudela vd., 2020b).

Doğurganlık süreci boyunca kadınların; psikolojik travma, kötü muamele ve istismar, gereksiz invaziv prosedürler ve cerrahi doğumlar, bozulmuş yenidoğan bağlanması ile önlenebilir morbidite ve mortaliteye maruz kaldıkları rapor edilmiştir (Garcia, 2021). Obstetrik şiddetin yaygınlığı ülkeden ülkeye, kullanılan araç ve yöntem, obstetrik şiddetin tanımına, tipine ve doğum servislerinin türüne bağlı olarak %15-91 arasında değişmektedir (Martínez-

Galiano vd., 2021; Mena-Tudela vd., 2020c). Etiyopya'da kadınların %75,1'i (Mihret, 2019), Brezilya'da %18.3'ü (Mesenburg vd., 2018), Hindistan'da %28.8'i (Bhattacharya ve Sundari-Ravindran, 2018) ve İspanya'da %38.3'ü (Mena-Tudela vd., 2020c) obstetrik şiddet gördüğünü belirtmiştir. Türkiye'de ise obstetrik şiddetin prevalansına yönelik herhangi bir çalışma bulunmamaktadır. Vedam ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, kadınların %17.3'ünün otonomi kaybı, bağırılmak, azarlanmak, tehdit edilmek, yok sayılmak, reddedilmek ve yardım taleplerine cevap alamamak gibi bir veya daha fazla kötü muamele deneyimlediği saptanmıştır (Vedam vd., 2019). Dünya çapında, doğum sırasında kadınlara yapılan kötü muamelelere çok yaygın bir şekilde rastlanmaktadır. Bu durum, bir kadının kendisini insanlıktan çıkarılmış, güçsüz hissetmesine veya doğumunu kontrol edememesine neden olabilecek uygulamaları içermektedir (Bohren vd., 2018).

Maternal bakımda, belirli prosedürlerin ve teknolojilerin uygun olmayan kullanımı, obstetrik şiddet tipolojisi olarak sınıflandırılmıştır (Jardim ve Modena, 2018). Bu tür prosedürler arasında fiziksel veya sözlü taciz, ayrımcılık, kadının onamı olmaksızın yapılan vajinal muayeneler veya prosedürler (örneğin gereksiz sezaryen, epizyotomi, lavman, doğum eyleminin indüklenmesi, amniyotomi, litotomi pozisyonunda doğum yapma), mahremiyet eksikliği, destekleyici bakım eksikliği, bakım sırasında uygulanan farklı prosedürler hakkında bilgi eksikliği, kristaller manevrası, sürekli elektronik fetal izlem, bilinmeyen nedenlerden dolayı kadınların uzun süre boyunca hiçbir şey yememesi, uygun olmayan ağrı yönetimi, ten tene temasın olmaması, göbek kordonunun erken klemplenmesi ve ihmal sayılabilir (Mena-Tudela vd., 2020b; Bohren vd., 2018; Jardim ve Modena, 2018; Liese vd., 2021). Kanıtlar, kadınların sıklıkla riskler hakkında bilgilendirilmediğini ve bu müdahalelerin kullanımı için bilgilendirilmiş onam alınmadığını göstermektedir (Miller vd., 2016).

Maternal bakımın sürekliliğinde iki uç durum vardır: “Çok erken-çok fazla” ve “çok geç-çok az”. “Çok geç-çok az”; yetersiz kaynaklarla, kanıta dayalı standartların altında bakımı veya yardım için çok geç olana kadar verilmeyen veya sağlanamayan bakım olarak tanımlanır. “Çok geç-çok az”, yüksek maternal mortalite ve morbiditeyle ilişkili altta yatan temel bir sorundur. “Çok erken-çok fazla”; normal gebelik ve doğumun rutin olarak aşırı tıbbileştirilmesi olarak tanımlanır. “Çok erken-çok fazla”, uygun şekilde kullanıldığında hayat kurtarıcı olabilen, ancak rutin olarak uygulandığında veya aşırı kullanıldığında zararlı olabilecek müdahalelerin kullanımının yanı sıra kanıta dayalı olmayan müdahalelerin gereksiz kullanımını içermektedir (Miller vd., 2016). İstemsiz zarar, aşıkâr saygısızlık, şiddet ve istismar olan obstetrik iyatrojenik spektrumu, “çok fazla-çok erken” rutin performansı ile başlamakta, kanıta

dayalı olmayan prosedürler zarar verme amacı taşımamakta, ancak zarar vermektedir. Bunlar, Cheyney ve Davis-Floyd'un "obstetrik paradoks" dediği kavramı oluşturan normal doğum fizyolojisine müdahale etmekte, doğumu daha güvenli hale getirmek için müdahale etmekte, ancak yine de zarar vermektedir (Bohren vd., 2018; Liese vd., 2021; Miller vd., 2016). Bu nedenle kanıta dayalı bakım, klinik olarak doğrulanmayan ve çok erken veya çok sık kullanıldığında zararlı olabilecek rutinlere ve müdahalelere değil, mevcut en iyi kanıtlara dayanan bakımdır.

Saygılı maternal bakım, kanıta dayalı bakımla ilişkilendirilmiş ve kanıta dayalı maternal bakım; "insancıl, onurlu ve kadınların temel haklarına saygıyla sunulan bakım" olarak tanımlanmıştır (Miller vd., 2016). Saygılı maternal bakım, kadınlara onurlu bir şekilde davranma, onların beklentilerini sorma ve isteklerine saygı gösterme, karar vermeyi desteklemek için kadınlara açık, kısa bilgiler sağlama, tedavi için onay alma, bakımlarıyla ilgili kararlara dahil etmek için öneriler sunma ve rutinlere değil kanıtlara dayalı bakımı içerir (Miller vd., 2016; Begley vd., 2018). Doğumların medikalleşmesiyle rutin olarak yapılan tıbbi müdahale ve uygulamaların birçoğunu DSÖ önermemektedir.

Bu derleme makalenin amacı; obstetrik şiddet kavramına dikkat çekmek, ebelerin doğum eylemindeki obstetrik şiddete yönelik farkındalığını arttırmak ve doğum eyleminde rutin olarak yapılan ve kanıta dayalı olmayan uygulamaları obstetrik şiddet perspektifinden ele almaktır.

Elektronik Fetal Monitorizasyon

Elektronik fetal monitorizasyon (EFM), fetüsün kalp atımlarını ve doğum eylemindeki annenin kontraksiyonlarını kaydeder. Sürekli EFM yazılı bir kayıt sağlasa da, kadınlar doğum eylemi boyunca özgürce hareket edemez, kolayca pozisyon değiştiremez ve doğum eyleminde konfor sağlamak amacıyla doğum havuzunu kullanamaz (Alfirevic vd., 2017). Yapılan bir çalışmada, kadınların %91'i EFM'nin normal doğum eyleminde net bir endikasyon olmaksızın sıklıkla uygulandığını, kadınların %45'i ise EFM'nin temel bakımın bir parçası olarak görüldüğünü belirtmiştir (Begley vd., 2018). Diğer bir çalışmada ise kadınların %75'i EFM'ye bağlı iken kendilerini kötü hissettiklerini ifade etmiştir (Tan vd., 2022).

Sürekli EFM'nin, neonatal ve maternal mortaliteyi azaltmadan, anneler için risk taşıyan artan sayıda sezaryen ve müdahaleli doğumla ilişkili olduğu saptanmıştır (WHO, 2018; Alfirevic vd., 2017). Alternatif olarak, düzenli aralıklarla bir fetoskop veya doppler aracılığıyla fetal kalp atımlarının aralıklı oskültasyonu, düşük riskli gebeliklerde EFM'den daha yararlı bilgiler sağlamakla birlikte bakımda daha fazla el gerektirmektedir (Liese vd., 2021).

DSÖ, spontan doğum eylemindeki sağlıklı gebe kadınlarda, fetal sağlığı değerlendirmek için sürekli kardiyotokografi önermemektedir. Bunun yerine DSÖ, doğum eylemindeki sağlıklı gebe kadınlarda, fetal kalp atımlarını dinlemek için doppler ultrason cihazı ya da Pinard fetal steteskop kullanarak aralıklı olarak dinlemeyi önermektedir (WHO, 2018).

Epizyotomi

Bebeğin başı doğarken vajina ve çevresindeki dokularda yırtılmalar meydana gelebilir ve bazen bu yırtıklar rektuma kadar uzanabilir. Bunlar cerrahi olarak onarılır, ancak iyileşmesi zaman alabilir. Bu nedenle, bu ciddi yırtılmaları önlemek ve doğumu kolaylaştırmak için perineye cerrahi bir kesi yapılması önerilmiştir. Epizyotomi olarak bilinen bu müdahale, bazı ülkelerde doğum sırasında rutin bakım politikası olarak kullanılmaktadır. Hem yırtık hem de epizyotomi dikiş gerektirir. Bu durum şiddetli ağrı, kanama, enfeksiyon, cinsel ilişkide ağrı ile sonuçlanabilir ve uzun süreli idrar kaçırmaya neden olabilir (Serati vd., 2019; Jiang vd., 2017).

Yapılan bir çalışmada, kadınların %39.3'üne (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise %30.5'ine epizyotomi uygulanmıştır (Baranowska vd., 2019). Bohren ve arkadaşlarının doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınların %75.1'ine, anket uygulanan kadınların ise %56.1'ine bilgilendirilmiş onam olmaksızın epizyotomi uygulandığı saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Miller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada epizyotomi oranlarının %17.4 ile %91.8 arasında değiştiği saptanmıştır (Miller vd., 2016).

Rutin olarak yapılan epizyotominin hem anne hem de bebek için bir yararının olmadığı belirtilmiştir (Jiang vd., 2017). DSÖ, spontan vajinal doğumlarda epizyotominin rutin kullanımını önermemektedir. Eğer epizyotomi yapılırsa; etkili lokal anestezi ve kadının bilgilendirilmiş onamı şarttır (WHO, 2018).

Kristaller Manevrası

Doğum eyleminin ikinci evresinde fetal distres, eylemin ilerlemesinde yetersizlik, maternal yorgunluk veya uzun süreli ıkınmanın sakıncalı olduğu tıbbi bir durum bu aşamayı zorlaştırabilir. Uterusun fundusundan doğum kanalı yönünde bastırarak fundal basınç (kristaller manevrası) uygulamak genellikle spontan vajinal doğuma yardımcı olmak, doğumun ikinci evresinin süresini kısaltmak, müdahaleli doğum veya sezaryen gereksinimini azaltmak için kullanılmaktadır. Operatif doğum seçeneklerinin sınırlı olduğu veya mevcut olmadığı düşük kaynaklı ortamlarda özellikle önemlidir. Kadına, her kontraksiyonla birlikte manuel basınç uygulanabilir (Hofmeyr vd., 2017). Yapılan bir çalışmada doğum eylemindeki kadınların %34.2'sine kristaller manevrası uygulandığı (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise

kadınların %18.8'ine itme sırasında abdominal basınç uygulandığı saptanmıştır (Martínez-Galiano vd., 2021).

Hofmeyr ve arkadaşlarının doğum eyleminin ikinci evresinde fundal basıncı inceledikleri sistematik derlemede; manuel fundal basınç veya şişirilebilir kemerle yapılan fundal basıncın kullanımını destekleyecek yeterli kanıt olmadığı saptanmıştır (Hofmeyr vd., 2017). DSÖ, doğum eyleminin ikinci evresinde; doğumu kolaylaştırmak için manuel fundal basınç uygulanmasını önermemektedir (Miller vd., 2016; WHO,2018).

Amniyotomi

Doğum eyleminde, amniyotik membranların yapay rüptürü modern obstetri ve ebelik pratiğinde en sık uygulanan prosedürlerden biridir (Smyth vd., 2013). Amniyotominin, umbilikal kord üzerine intakt zarlara göre daha fazla baskı uygulama riskini arttırdığı ve bunun da fetal distress ile sonuçlandığı bilinmektedir (Cohain, 2013).

Yapılan bir çalışmada kadınların %18.6'sına (Martínez-Galiano vd., 2021), diğer çalışmada ise kadınların %36.3'üne amniyotomi uygulandığı saptanmıştır (Mena-Tudela vd., 2020b). Kanıtlar, spontan başlayan tüm doğumlarda amniyotominin doğum eyleminin ilk evresini kısaltmadığını ve sezaryen doğumlarda olası bir artış olduğunu göstermiştir (Smyth vd., 2013). Doğum eyleminin yönetim ve bakım standardizasyonunun bir parçası olarak rutin amniyotomi önerilmemektedir (WHO, 2018; Smyth vd., 2013).

Lavman

Lavman invaziv bir uygulama olarak kabul edilir ve kadınlar için rahatsızlık ile ilişkilidir (WHO, 2018). Yapılan bir çalışmada kadınların %1.8'ine (Martínez-Galiano vd., 2021), diğer çalışmada ise kadınların %9.1'ine lavman uygulandığı saptanmıştır (Mena-Tudela vd., 2020b). Yapılan çalışmalar, rutin lavman kullanımının ne doğum eyleminin süresini azalttığını ne de perineal yara enfeksiyonu ve diğer neonatal enfeksiyon oranları üzerinde yararlı bir etkiye sahip olmadığını göstermektedir (WHO, 2018; Reveiz vd., 2013). Bu nedenle, doğumhaneye kabulde lavman uygulanması önerilmemektedir (WHO, 2018).

Vajinal Muayene

Rutin vajinal muayenenin etkisiyle ilişkili kanıta dayalı çalışmalar halen yetersiz olmasına rağmen, klinik uygulamalarda sıklıkla ve rutin olarak kullanılmaktadır (Downe vd., 2013; Dahlen vd., 2013). Bohren ve arkadaşlarının doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınların %59.0'una, anket uygulanan kadınların ise %49.7'sine bilgilendirilmiş onam olmaksızın vajinal muayene yapıldığı saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Yapılan bir çalışmada, kadınların %31.9'u doğum eylemi

boyunca sürekli vajinal muayene uygulandığını (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise kadınların %22.2'sine ise farklı profesyoneller tarafından tekrarlayan vajinal muayeneler uygulandığı saptanmıştır (Martínez-Galiano vd., 2021).

Gereksiz vajinal muayenelerin yapılması, kadın için önlenabilir strese neden olarak fizyolojik süreci bozabilir. Maternal ve fetal iyilik halinin değerlendirilmesi ile birlikte eksternal fizyolojik ipuçlarının sistematik olarak değerlendirilmesi doğum eyleminin normal bir şekilde ilerlediğine dair güvence sağlayabilir. Fizyolojik ipuçlarından biri olan mor çizgi; kadın dört ayak pozisyonu aldığında görülebilen, annenin anal bölgesinden başlayan ve kalça yarığına kadar uzanan koyu kırmızımsı veya mor bir renk şeklinde gözlenir. Bu çizgi, sakrum çevresindeki venlerin üzerine artan baskıdan dolayı oluşmakta ve doğum eylemindeki ilerlemeyi değerlendirmek için eksternal bir işaret olarak doğruluğu konusunda sınırlı araştırma olmasına rağmen, ön bulgular olumludur (Nash, 2020).

Düşük riskli kadınlarda doğum eyleminin aktif ilk evresinde, rutin değerlendirme için dört saat aralıklarla dijital vajinal muayene önerilmektedir. Vajinal muayenelerinin sıklığının ve toplam sayısının sınırlandırılmasına öncelik verilmelidir. Bu, amniyotik membranların uzamış rüptürü ve uzamış doğum eylemi gibi enfeksiyon için risk faktörlerinin olduğu durumlarda özellikle önemlidir (WHO, 2018).

İndüksiyon

Doğumu indüklemeye veya hızlandırma, endikasyon olduğunda etkili bir prosedür olsa da bu müdahalelerin tıbbi bir endikasyon olmaksızın aşırı kullanımı uterin rüptür, perineal laserasyon, anal sfinkter hasarı ve uterin prolapsus ile ilişkilendirilmiştir (Rygh vd., 2014; Vogel vd., 2013). Bohren ve arkadaşlarının, doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınların %13.8'ine indüksiyon, %55.9'unda ise doğum eyleminin hızlandırıldığı, anket uygulanan kadınların ise %26.9'una bilgilendirilmiş onam olmaksızın indüksiyon uygulandığı saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Yapılan bir çalışmada, kadınların %48.3'ü doğum eylemi boyunca oksitosin uygulandığını (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise kadınların %21.8'i doğum eyleminin hızlandırıldığını belirtmiştir (Martínez-Galiano vd., 2021). Miller ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğum eyleminde indüksiyon oranlarının %1.8 ile %71.0 arasında değiştiği saptanmıştır (Miller vd., 2016).

Doğum eylemi, beş cm'lik servikal dilatasyon eşiğine ulaşana kadar doğal olarak hızlanmayabilir. Bu nedenle doğum eylemi ve doğumu hızlandırmak için tıbbi müdahalelerin

bu eşikten önce kullanılması, maternal ve fetal durumların güven verici olması koşuluyla önerilmemektedir (WHO, 2018].

Sezaryen

Sezaryen, tıbbi olarak gerekli olduğunda anne ve bebek için hayat kurtarıcı bir müdahale olabilir (Opiyo vd., 2020; Sandall vd., 2018). Ancak canlı doğumların %10'unun üzerindeki oranlar, anne ve yenidoğan ölümlerinde azalma ile ilişkili değildir (Opiyo vd., 2020). Bu müdahale aynı zamanda kadınlar ve çocuklar için kısa ve uzun vadeli sağlık sorunlarına da yol açabilir (Opiyo vd., 2020; Sandall vd., 2018).

Gereksiz sezaryen doğumla ilişkili anne ve çocuğuna yönelik riskler göz önüne alındığında, sezaryenlerin aşırı kullanımına yönelik eğilim, küresel olarak büyük bir endişe kaynağıdır. Bu riskler arasında enfeksiyonlar, kanama gibi önlenemez maternal komplikasyonlar, anestezi kullanımı, kan transfüzyonu ile ilgili komplikasyonlar ve solunum problemleri, astım ve çocuklarda obezite gibi bebek morbiditesi sayılabilir. Sezaryen, sonraki gebeliklerde anne için uterus rüptürü, plasental implantasyon sorunları ve histerektomi ihtiyacı gibi ek komplikasyonlara da yol açabilir. Yüksek sezaryen oranları, sağlık sistemleri üzerinde önemli bir yük oluşturabilen sağlık bakım maliyetleriyle de ilişkilidir (Opiyo vd., 2020).

Bohren ve arkadaşlarının doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınların %13.4'üne, anket uygulanan kadınların ise %10.8'ine bilgilendirilmiş onam olmaksızın sezaryen uygulandığı saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Yapılan bir çalışmada kadınların %16.9'u gereksiz sezaryen uygulandığını (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise kadınların %9.6'sına bilgilendirme olmaksızın sezaryen uygulandığı saptanmıştır (Martínez-Galiano vd., 2021). Dünya çapında artan oranları ele almak ve sezaryenin aşırı kullanımından kaynaklanan kadınlara ve yenidoğanlara zararı önlemek için DSÖ (2018), gereksiz sezaryenleri azaltmak amacıyla klinik olmayan müdahaleler hakkında yeni öneriler yayınlamıştır (Opiyo vd., 2020; WHO, 2018b).

Doğum Eyleminin İlk Evresinde Maternal Pozisyonlar ve Hareketlilik

Günümüzde, doğum eylemindeki kadınların yatakta doğum yapmaları oldukça yaygındır. Bu durum, sağlık profesyonelleri için uygun olsa da kadınlar ve bebekler için herhangi bir avantaj sağladığına dair kanıt yoktur. Gözlemsel çalışmalar, doğum eylemindeki kadınlar sırtüstü yattığında, uterin kontraksiyonlar üzerinde olumsuz etkileri olabileceğini, doğum eyleminin ilerlemesini engelleyebileceğini ve bazı kadınlarda plasental kan akışını azalttığını göstermiştir (Lawrence vd., 2013).

Bohren ve arkadaşlarının doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınlardan vajinal doğum yapanların %99.1'inin, anket uygulanan kadınlardan ise vajinal doğum yapanların %98.4'ünün dorsal rekümbent, supine pozisyonu ve litotomi pozisyonunda doğum yaptığı saptanmıştır (Bohren vd., 2019). Aynı çalışmada, kadınların çoğuna (%94.4) tercih ettikleri doğum pozisyonunun sorulmadığı belirtilmiştir (Bohren vd., 2019). Yapılan bir çalışmada kadınların %39.5'i doğum eylemi boyunca hareketlerinin kısıtlandığını (Mena-Tudela vd., 2020b), diğer çalışmada ise kadınların %13.7'si supine pozisyonunda kalmaya zorlandığını, %14.7'si yatakta olmaya zorlandığını, %82.3'ü ise yatmak için endikasyon olmadığını belirtmiştir (Martínez-Galiano vd., 2021).

Doğum eyleminin ilk aşamasında yürüme ve dikey pozisyonların doğum eyleminin süresini, sezaryen doğum riskini ve epidural gereksinimini azalttığına dair kanıtlar vardır ve anneler ve bebeklerin sağlığı üzerinde olumsuz etkilerle ilişkili görünmemektedir (Lawrence vd., 2013). Bu bağlamda DSÖ, düşük riskli kadınlarda doğum eylemi boyunca hareket özgürlüğü ve dikey pozisyonların teşvik edilmesini önermektedir (WHO, 2018).

Oral Sıvı Alımı ve Yemek Yeme

Hastanelerde, aktif doğum eyleminde bulunan kadınların oral sıvı alımı ve yemek yemesini kısıtlamak, güçlü bir obstetrik ve anestezi gelenektir. Oral alımın kısıtlanması, ev doğumlarında veya doğum merkezlerinde yaygın bir uygulama değildir. Genel anestezi sırasında mide içeriğinin regürjitasyonu ve akciğerlere aspirasyon riskleriyle ilgili tarihsel ancak önemli endişelere dayanmaktadır. Modern anestezi teknikleri ve bölgesel anestezi kullanımı ile görülme sıklığı çok nadirdir (Singata vd., 2013).

Bohren ve arkadaşlarının doğum eyleminde 2016 kadına gözlem ve 2672 kadına ise anket uyguladıkları çalışmada; gözlemlenen kadınlardan vajinal doğum yapanların %38.8'inin, anket uygulanan kadınlardan ise vajinal doğum yapanların %19.5'inin oral sıvılara erişemediği saptanmıştır (24, Bohren vd., 2019). Yine bu çalışmada, anket uygulanan kadınlardan vajinal doğum yapanların %32.4'ünün yemek yemesine izin verilmediği belirtilmiştir (Bohren vd., 2019). Yapılan bir çalışmada kadınların %34.3'üne doğum eylemi boyunca sıvı alımı ve yemek yemeleri için izin verilmediği saptanmıştır (Mena-Tudela vd., 2020b).

Kanıtlar, doğum eyleminde düşük komplikasyon riski olan kadınlarda oral sıvı alımı ve yemek yemenin kısıtlanması için hiçbir gerekçe olmadığını (Singata vd., 2013) ve DSÖ, tüm düşük riskli kadınlarda doğum eylemi boyunca oral sıvı alımı ve yemek yemeyi önermektedir (WHO, 2018).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğumhanelerde çalışan ebeler, risk değerlendirmesi ve risk yönetimine daha fazla odaklanmakta, bu durum düşük riskli olan kadınların; yüksek riskli olarak algılanmasına ve dolayısıyla bu kadınların daha fazla müdahaleye maruz kalmasına neden olmaktadır (Healy vd., 2016). Bu durum ebelerin, hastane ortamında müdahaleleri giderek daha fazla normalleştirilmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla obstetrik şiddetin yapısal doğası, onu uygulayan sağlık profesyonelinin bundan habersiz kılmaktadır (Borges vd., 2018).

Doğum eylemi, kadınların en savunmasız olduğu, yardım ve bakıma ihtiyaç duyduğu anlardan biridir. Saygılı maternal bakım, bakımın kalitesinin önemli bir bileşeni ve bir insan hakları sorunudur. Tüm kadınlar zarar ve kötü muamele görmeme, bilgilendirilmiş onam verme ve onamı reddetme hakkı, maternal bakım sırasında destek, seçim ve tercihlerine saygı duyulma hakkına sahiptir.

Doğumların medikalleşmesiyle rutin olarak yapılan tıbbi müdahale ve uygulamaların birçoğunu DSÖ önermemektedir. Düşük riskli gebelik ve doğumlarda, doğum eyleminin fizyolojisini korumak amacıyla müdahaleler en aza indirgenmeli, sadece gerektiğinde kullanılmalıdır. Ayrıca ebeler, yapılan birçok müdahale öncesinde, kadınları bilgilendirmeli ve bilgilendirilmiş onamları almalıdır. Bir kadın hakları savunucusu olan ebeler, tüm kadınlara doğru ve yeterli bakımı doğru zamanda vermeli, yüksek kaliteli, kanıt dayalı, eşit ve saygılı bakım almasını sağlamalıdır.

Ebeler, obstetrik şiddet farkındalığını arttırmak, oluştuğunda tanımlamak ve devam etmesine izin vermeyen bireysel ve birim bazlı yanıtları teşvik etmek için benzersiz bir konumdadırlar. Ebeler, sağlık profesyonellerinin büyük bir segmentini oluşturmakta ve kadınlarla daha fazla zaman harcamaktadırlar. Etik ebelik bakımının tanımı obstetrik şiddete aykırıdır.

Ebelerin rollerinin genişletilmesi ve fizyolojik doğumu teşvik eden ebelik uygulamalarının güçlendirilmesi, doğumların daha hümanistik olmasını sağlayabilir. Ayrıca, ülkemizde obstetrik şiddete yönelik daha fazla çalışma yapılmasına ve bu konuda yasa ve protokollerin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır.

Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkıları

Araştırma Fikri/Kavramı: HNS

Araştırmanın Tasarımı: HNS

Denetleme/Danışmanlık: HD

Veri Toplama ve/veya İşleme: HNS

Verilerin Analizi ve/veya Yorumu: HNS, HD

Literatür Taraması: HNS

Makalenin Yazımı: HNS

Eleştirel İnceleme: HNS, HD

KAYNAKÇA

Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>

Baranowska, B., Doroszewska, A., Kubicka-Kraszyńska, U., Pietrusiewicz, J., Adamska-Sala, I., Kajdy, A., Sys, D., Tataj-Puzyna, U., Bączek, G., & Crowther, S. (2019). Is there respectful maternity care in Poland? Women's views about care during labor and birth. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 520. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2675-y>

Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey. *Reproductive health*, 15(1), 198. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0648-7>

Bhattacharya, S., & Sundari Ravindran, T. K. (2018). Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 338. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1970-3>

Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju, A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A. M., Sall, A. O., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet (London, England)*, 394(10210), 1750–1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)

Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., & Miller, S. (2020). Transforming intrapartum care: Respectful maternity care. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 67, 113–126. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2020.02.005>

Borges M. T. (2018). A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures During Childbirth as Obstetric Violence. *Duke law journal*, 67(4), 827–862. PMID: 29469554. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29469554/>

Cohain J. S. (2013). The less studied effects of Amniotomy. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 26(17), 1687–1690. <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.798286>

Dahlen, H., Downe, S., Duff, M., & Gyte, G. (2013). Vaginal examination during normal labor: Routine examination or routine intervention? *International Journal of Childbirth*, 3(3), 142. <https://connect.springerpub.com/content/sgrijc/3/3/142>

Davis-Floyd, R., Barclay, L., Davis, B.A., Tritten, J. (2009). Birth model that work. University of California Press.

Downe, S., Gyte, G. M., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *The Cochrane database of systematic reviews*, (7), CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>

Ferrão, A. C., Sim-Sim, M., Almeida, V. S., & Zangão, M. O. (2022). Analysis of the concept of obstetric violence: Scoping review protocol. *Journal of personalized medicine*, 12(7), 1090. <https://doi.org/10.3390/jpm12071090>

Garcia L. M. (2020). A concept analysis of obstetric violence in the United States of America. *Nursing forum*, 55(4), 654–663. <https://doi.org/10.1111/nuf.12482>

Garcia L. M. (2021). Theory analysis of social justice in nursing: Applications to obstetric violence research. *Nursing ethics*, 28(7-8), 1375–1388. <https://doi.org/10.1177/0969733021999767>

Healy, S., Humphreys, E., & Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.010>

Hofmeyr, G. J., Vogel, J. P., Cuthbert, A., & Singata, M. (2017). Fundal pressure during the second stage of labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD006067. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>

Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>

Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2(2), CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>

Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (10), CD003934. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub4>

Liese, K. L., Davis-Floyd, R., Stewart, K., & Cheyney, M. (2021). Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropology & medicine*, 28(2), 188–204. <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>

Martínez-Galiano, J. M., Martínez-Vazquez, S., Rodríguez-Almagro, J., & Hernández-Martínez, A. (2021). The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(5), e526–e536. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.10.002>

Mena-Tudela, D., González-Chordá, V. M., Soriano-Vidal, F. J., Bonanad-Carrasco, T., Centeno-Rico, L., Vila-Candel, R., Castro-Sánchez, E., & Cervera Gasch, Á. (2020a). Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse education today*, 88, 104364. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104364>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020b). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International journal of environmental research and public health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>

Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020c). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>

Mesenburg, M. A., Victora, C. G., Jacob Serruya, S., Ponce de León, R., Damaso, A. H., Domingues, M. R., & da Silveira, M. F. (2018). Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive health*, 15(1), 54. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>

Mihret M. S. (2019). Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC research notes*, 12(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4614-4>

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet (London, England)*, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)

Nash, K. (2020). Physiology's role in labour assessment. *British Journal of Midwifery*, 28(9), 630-632. <https://doi.org/10.12968/bjom.2020.28.9.630>

Opiyo, N., Kingdon, C., Oladapo, O. T., Souza, J. P., Vogel, J. P., Bonet, M., Bucagu, M., Portela, A., McConville, F., Downe, S., Gülmezoglu, A. M., & Betrán, A. P. (2020). Non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections: WHO

recommendations. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 66–68. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.236729>

Reveiz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(7), CD000330. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4>

Rygh, A. B., Skjeldestad, F. E., Körner, H., & Eggebø, T. M. (2014). Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case-control study. *BMJ open*, 4(7), e004592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004592>

Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *Lancet (London, England)*, 392(10155), 1349–1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)

Serati, M., Salvatore, S., & Rizk, D. (2019). Episiotomy in modern clinical practice: friend or foe?. *International urogynecology journal*, 30(5), 669–671. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03912-1>

Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(8), CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>

Smyth, R. M., Markham, C., & Dowswell, T. (2013). Amniotomy for shortening spontaneous labour. *The Cochrane database of systematic reviews*, (6), CD006167. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006167.pub4>

Tan, T., Çaltekin, S. G., Hamlacı, Başkaya, Y. (2022). Kadınların doğum sürecinde vajinal muayene ve elektronik fetal monitörizasyona yönelik deneyimleri. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 5(3), 289-300. doi: 10.54803/sauhsd.1163570.

Vedam, S., Stoll, K., Taiwo, T. K., Rubashkin, N., Cheyney, M., Strauss, N., McLemore, M., Cadena, M., Nethery, E., Rushton, E., Schummers, L., Declercq, E., & GVtM-US Steering Council (2019). The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. *Reproductive health*, 16(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0729-2>

Vogel, J. P., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2013). Patterns and Outcomes of Induction of Labour in Africa and Asia: a secondary analysis of the WHO Global Survey on Maternal and Neonatal Health. *PloS one*, 8(6), e65612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0065612>

World Health Organization. (2014). WHO statement: the prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf Erişim tarihi: 12.10.2022

World Health Organization. (2018a). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>. Erişim tarihi: 29.10.2022

World Health Organization. (2018b). WHO recommendations on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean births. Geneva: World Health Organization; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550338>. Erişim tarihi: 03.11.2022