



Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı

 Çisem BAŞTARCAN¹,  Nevin HOTUN ŞAHİN²

¹Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye.

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Öz

Optimalite, olabilecek en iyi sonuçlara odaklanan, en uygun anlamında kullanılan bir kavramdır. Sağlık hizmetlerinde optimalite, sağlık sonuçlarında en iyiye/en uyguna ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite kavramı ise, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebe, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesi için en az müdahale ile en iyi sonuç elde edilmesidir. Her kadının perinatal süreç boyunca optimal bakım alma hakkı vardır. Perinatoloji hemşirelerinin perinatal süreçte kadına bakım verirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, anne, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesinin bu süreci sağlıklı ve rahat geçirmesinde, annenin ve bebeğin sağlığının geliştirilmesinde anahtar role sahiptir. Ayrıca hemşireler perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal sürece en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler. Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur. Bu derlemenin amacı, perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımının ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının incelenerek hemşirelik mesleğine ve literatüre katkısını ortaya koymaktır.

Anahtar Kelimeler: Perinatal Bakım, Optimalite, Kanıta Dayalı Uygulamalar.

Abstract

Optimality Approach and Evidence-Based Practices in Perinatal Care

The term of optimality is focuses on the best possible results and is used in the sense of the most appropriate. It aims to achieve optimal healthcare services and to reach the best / most appropriate in health outcomes. The term of perinatal optimality is to achieve maximum results with minimum intervention for the pregnant, fetus / newborn and the woman's family during pregnancy, delivery and postpartum period. Every woman has the right to receive optimal care throughout the perinatal period. The use of evidence-based practices by perinatology nurses while providing care to the woman during the perinatal period has a key role in the healthy and comfortable life of the mother, fetus / newborn and woman's family, and the best health of the mother and baby. In addition, nurses support the philosophy that advocates the least intervention to the woman's physiology and natural process in perinatal care practices. The optimality approach is also based on this philosophy. The use of evidence-based practices is also the most basic way to ensure optimal health care. This review aims at examining the optimal approach and evidence-based care practices in perinatal care practices and to reveal its contribution to the nursing profession and literature.

Key words: Perinatal Care, Optimality, Evidence-Based Practices.

Geliş Tarihi / Received: 17.05.2021 **Kabul Tarihi / Accepted:** 14.02.2022

Correspondence Author: Doktora Öğrencisi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul, Türkiye. Telefon: +905393994032 E-posta: cisembastarc@gmail.com

Cite This Article: Bastarcan Ç, Hotun Şahin N. Perinatal Bakım Uygulamalarında Optimalite Yaklaşımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2022; 15(2): 219-226.



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2022 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

Optimalite, olabilecek en iyi sonuçlara odaklanan, en uygun anlamında kullanılan bir kavramdır (1). Sağlık hizmetlerinde optimalite, sağlık sonuçlarında en iyiye/en uyguna ulaşmayı hedefler. Perinatal optimalite kavramı ise, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebe, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesi için en az müdahale ile en iyi sonuç elde edilmesidir (2). Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur.

Perinatal süreç, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemin tamamını kapsamaktadır (3). Perinatal bakım, normal/riskli anne ve fetüs/yenidoğan bakımını, bütüncül olarak ele alarak parçalanmadan sunan bir bakım yaklaşımıdır. Perinatal bakımın amacı, annenin ve yenidoğanın sağlığını koruma ve geliştirme, annede var olan veya bu süreçte görülen sağlık problemlerinin erken dönemde tanı ve tedavisini sağlama, mortalite ve morbidite oranlarını en aza indirebilmektir (4). Her kadının perinatal süreç boyunca optimal bakım alma hakkı vardır. Perinatal süreç boyunca kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, anne, fetüs ve yenidoğana yönelik gereksiz ve zararlı girişimlerin en aza indirilmesini, maternal bakımda kalitenin artmasını ve bakımda standardizasyonu sağlayacaktır (5).

Hemşirelerin perinatal süreçte kadına bakım verirken kanıta dayalı uygulamaları kullanmaları, anne, fetüs/yenidoğan ve kadının ailesinin bu süreci sağlıklı ve rahat geçirmesinde, annenin ve bebeğin sağlığının geliştirilmesinde anahtar role sahiptir (6). Ayrıca hemşireler perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal süreci en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler. Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamaların kullanılması da sağlık bakımında optimalitenin sağlanmasının en temel yoludur. Perinatal süreçte optimal sağlık bakımının verilmesinde de perinatoloji hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Bu derlemenin amacı, perinatal bakım uygulamalarında optimalite yaklaşımının ve kanıta dayalı bakım uygulamalarının incelenerek hemşirelik mesleğine ve literatüre katkısını ortaya koymaktır.

Gelişme

Perinatal Süreçte Kanıta Dayalı Uygulamalar

Kanıta dayalı uygulama (KDU) bir klinik problemin çözümüne yaklaşımda en iyi ve güncel kanıtları, klinik uzmanlık, değerlendirme, hastanın değerleri ve tercihi ile birleştirerek karar verme sürecidir (7). KDU, bilimsel literatür ile birlikte en güncel bilgilerin sağlık hizmetlerinde kullanılmasını standartlaştırmayı amaçlar. En iyi kanıtların tanı, bakım ve tedavi süreci boyunca karar verirken özenli ve dikkatli kullanılmasını sağlar. Bireysel deneyim ve geleneksel uygulamalar yerine KDU kullanılması, bakım sürecinde gereksiz uygulama ve hataların oluşmamasını ve hasta memnuniyetinin artmasını sağlayacaktır (8).

Fizyolojik olarak kadın bedeni, müdahale edilmesi gereken bir sorun olmadığı sürece, gebelik ve doğum eylemi ile baş edebilme yeteneğine sahiptir (9). Sağlık çalışanları için perinatal süreçte KDU kullanılmasının standartlaşması gerekliliği 1900'lerden itibaren dile getirilmektedir (10). Sağlık bakım hizmeti alanlarda doğum eylemi sırasında yapılan uygulamaların kanıt temelli olması gerektiği bildirilmektedir ancak perinatal süreç boyunca kanıt temelli olmayan pek çok tıbbi müdahale yapılmaktadır.

Annelik Bakım Derneği (The Maternity Care Association) 2002 yılında yapmış olduğu "Anneleri Dinleme (Listening to Mothers)" adlı araştırmasında, Amerika'da doğum yapmış olan birçok kadının doğumları sırasında teknolojinin yoğun şekilde kullanıldığını belirlemiştir. Doğumları esnasında kadınlar, elektronik fetal monitörizasyon (EFM) (%93), intravenöz (IV) hidrasyon (%86), epidural analjezi (%63), amniyotomi (%55), doğum indüksiyonu (%53), mesane kateterizasyonu (%52), epizyotomi ve laserasyon (%52) uygulamalarının yapıldığını bildirmişlerdir (11). Yapılan çalışmalarda Türkiye'de de kanıta dayalı olmayan uygulamaların (EFM, amniyotomi, doğum indüksiyonu, epizyotomi, mesane kateterizasyonu, litotomi pozisyonu, sık vajinal tuşe, oral sıvı alımının kısıtlanması, mobilizasyonun kısıtlanması, doğum boyunca refakatçi kısıtlanması vb.) yaygın olarak uygulandığı görülmektedir (12-14). Bu uygulamaların, bir endikasyon olmadığı sürece uygulanması perinatal bakımda kanıta dayalı uygulamaların yaygınlaşmasını engellemektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1998 yılında, optimal perinatal bakımın sağlanmasında gerekli temel ilkeleri bildirmiştir. Bu ilkeler (15);

- Bakımın kanıta dayalı olarak uygulanması
- Perinatal bakım verilirken medikalize olmaması
- Bakımda multidisipliner bir ekip olması
- Bakım sırasında uygun teknolojik girişimlerin kullanılması
- Bakımın bütüncül olarak verilmesi
- Kültürel farklılıkların bakım sırasında dikkate alınması
- Bakımın aile merkezli verilmesi
- Bakım sırasında alınacak kararlara kadının katılımının sağlanması
- Kadının saygınlığına ve mahremiyetine özen gösterilmesi
- Etkin sevk zincirini kapsayan bir sağlık sisteminin olmasıdır.

Perinatal optimal bakımın temel ilkeleri arasında da bakımın kanıta dayalı olarak uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır.

Gebelik Döneminde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Gebelik döneminde uygulanan kanıt temelli bakımın amacı kadının sağlıklı bir gebelik süreci geçirmesidir ve gebenin doğum ve doğum sonu dönemini de yakından ilgilendirmektedir.

Gebe izlem sıklığı

DSÖ (2016) gebelerin bakım kalitesini iyileştirmek ve perinatal mortaliteyi azaltmak amacıyla yayınladığı antenatal bakım rehberinde, gebelik boyunca en az sekiz defa izlem önermektedir (16). Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı doğum öncesi bakım rehberinde, kadınların gebelikleri süresince en az dört defa muayene edilmesi gerektiği önerilmektedir. Sağlık Bakanlığı rehberinde ilk izlemin gebeliğin 14 haftası içerisinde olması gerektiği, ikinci izlemin gebeliğin 18-24. haftaları arasında olması gerektiği, üçüncü izlemin gebeliğin 28-32. haftaları arasında olması gerektiği ve son izlemin gebeliğin 36-38. haftaları arasında olması gerektiği vurgulanmaktadır (17).

Gebelik döneminde yapılması gereken izlem sayısı ile ilgili kanıt oluşturmak için yedi çalışmanın (60.000'den fazla kadın) dahil edildiği bir meta-analizde, izlem sayısının dörtten az olduğu ve sadece hedefe yönelik bakıma odaklı ziyaretlerin düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde perinatal mortalite artışıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir (18). Kadınların gebelik döneminde aldıkları sağlık bakımı hakkında görüşlerini ve deneyimlerini araştıran 85 çalışmanın dahil edildiği bir sistematik incelemede, kadınlar için gebelikte bakım almaya devam etmelerinin, bunun olumlu bir deneyim olacağı algısına bağlı olduğu, kişiselleştirilmiş, nazik, ilgili, destekleyici, kültürel açıdan duyarlı, esnek ve kadınların ihtiyaçlarına saygılı bakımın sürekliliğini içeren kaliteli bakım almak istedikleri bildirilmiştir. Kadınların doğum öncesi bakıma ilişkin algıları, gebeliğin sağlıklı veya riskli bir durum olduğuna ilişkin genel inançlarına ve planlı gebelik olmasına bağlı olduğu ve gebelikte düzenli bakım almaya devam etmelerinin ise, ilk izlemde yapılanlara ve memnuniyetlerine bağlı olduğu bildirilmiştir (19).

Gebelikte rutin ultrason kullanımı

Gebelik döneminde fetal sağlığı değerlendirmede kullanılan ultrason ile konjenital anomali varlığı, fetüs sayısı, fetal büyümenin saptanması, plasental yerleşim, amniyotik sıvının değerlendirilmesi hakkında bilgi edinilmektedir (12,20). DSÖ (2016) gebeliğin 24. haftasından önce ultrason kullanımının bir kez yapılmasını önermektedir (16).

Gebeliğin 24. haftasından önce ultrason kullanımının etkilerini incelemek amacıyla 11 çalışmanın (37.505 kadın) değerlendirildiği bir Cochrane incelemesinde, gebeliğin erken döneminde fetal değerlendirme ve çoğul gebeliklerin tespiti için yararlı olduğu bildirilmiştir (orta kanıt). Erken dönemde ultrason kullanımının ise perinatal ölüm oranlarıyla ilişkili olmadığı bildirilmiştir (20). Gebeliğin 24. haftasından sonra rutin ultrason kullanımının gebelere etkisini incelemek amacıyla 13 çalışmanın (34.980 kadın) dahil edildiği bir sistematik derlemede, rutin ultrason kullanımının perinatal mortalitede iyileşme ile ilişkisi olmadığı ve annenin psikolojisi üzerinde de etkisi olmadığı bulunmuştur. Rutin ultrason uygulamasının gebelere herhangi bir yararı olmadığı bildirilmiştir (21).

Demir ve folik asit kullanımı

DSÖ (2016) doğum sonrası görülebilecek sepsis, anemi, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi durumların önlenmesi için kadının gebelik döneminde 60 mg demir + 0.4 mg folik asit desteğini önermektedir (16). Sağlık Bakanlığı "Gebelere Demir Destek Programı (GDDP)" kapsamında gebelikte 4. aydan itibaren başlayarak doğum sonrası üç aya kadar demir kullanımını önermiştir ve kadınlara ücretsiz sağlanması için düzenlemeler yapmıştır. Folik asit kullanımının da gebelikte 0.4 mg/gün olarak kullanılması gerektiği tavsiye edilmektedir (17). William ve ark. (2015) yaptıkları bir çalışmada, Amerika'da kadınların nöral tüp defekti oranlarını rutin olarak folik asit kullanmaya başlamadan önce ve sonra olarak karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda rutin folik asit kullanımı sonrası yenidoğanda görülen nöral tüp defekti sayısının yıllar içinde azaldığı bulunmuştur (22).

Çoğul gebeliklerde yatak istirahati

İkiz gebeliklerde herhangi bir komplikasyon yoksa yatak istirahati uygulanmasının bir yararı gösterilmemiştir. Yine çoğul gebelikte preterm riskini azaltmak amacıyla uygulanan yatak istirahatinin bir yararı olduğu ile ilgili kanıt yoktur (8). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği [The American College of Obstetricians and Gynecologists] (ACOG), çoğul gebelere uygulanan yatak istirahatinin hem tromboz riski olması hem de kanıtlanmış bir yararının olmamasından dolayı önerilmemesi gerektiğini bildirmektedir (23).

Silva Lopes ve ark. (2017) beş çalışmayı (495 kadın ve 1016 bebek) değerlendirdikleri bir sistematik incelemede, çoğul gebelere uygulanan yatak istirahatinin, erken doğum, perinatal ölüm riski, düşük doğum ağırlıklı bebek, sezaryenle doğum ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir. Çoğul gebelere yatak istirahati önermeyi destekleyen bir kanıt olmadığı ve yüksek riskli olmayan gebelere önerilmemesi gerektiği belirtilmiştir (24).

Doğum Eyleminde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum eylemi sırasında yapılan gereksiz veya yanlış uygulamalar ve bunlar sonrasında görülen komplikasyonlar, kadınların sakatlık ve ölüm nedenleri arasındadır. Bu nedenle doğum eylemi sürecinde bireysel deneyimler ve geleneksel uygulamalar yerine kanıta dayalı yapılacak uygulamalar gereksiz müdahaleleri azaltacak, bakımda standardizasyonu sağlayacak ve hasta memnuniyetini arttıracaktır (13).

Elektronik fetal monitörizasyon (EFM)

ACOG, düşük riskli gebelerin doğumun birinci evresinde EFM değerlendirmesinin her 30 dakikada bir olmasını, ikinci evresinde değerlendirmenin her 15 dakikada bir olmasını önermektedir. Yüksek riskli gebelerin EFM değerlendirmesinin ise doğumun birinci evresinde her 15 dakikada bir ve ikinci evresinde her 5 dakikada bir olmasını önermektedir (25).

Aralıklı oskültasyon ve sürekli EFM kullanımının karşılaştırdığı 13 çalışmanın (37.000'den fazla kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik derlemede, iki uygulama arasında perinatal ölüm oranları arasında bir fark görülmezken, sürekli EFM uygulamasının neonatal konvülsiyonlarda azalma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Yine sürekli EFM kullanımının müdahaleli doğum riski ve sezaryen oranlarında artış ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (26).

Sürekli vajinal tuşe uygulaması

Doğum eylemi sırasında sık uygulanan vajinal tuşenin fayda/zararları hakkında yeterli kanıt bulunmamaktadır. Vajinal tuşe uygulamasının dört saatte bir ve iki saatte bir yapılmasının karşılaştırıldığı bir Cochrane sistematik derlemede, doğum süresi, spontan ya da cerrahi vajinal doğum, sezaryen doğum ve epidural analjezi kullanımı arasında bir fark görülmemiştir (27). Uzel

ve Yanikkerem (2018) 325 kadın ile yaptıkları çalışmada, kadınlara doğumhanede ne kadar sıklıkta vajinal tuşe yapıldı diye sorulduğunda, %49.5'i 30 dakikada bir ve %43.7'si 1 saat ara ile yapıldığını bildirmiştir. Kadınlara hangi sıklıkla vajinal tuşe yapılsın isterdiniz diye sorulduğunda ise %36.6'sı 1 saat ara ile, %44.6'sı 2 saat ara ile ve %16'sı 3 saat ara ile yapılmasını istediklerini belirtmişlerdir (28).

Doğum indüksiyonu

Doğumun başlamasında kullanılan indüksiyonun endikasyon ve kontrendikasyonları çok iyi bilinmelidir. Komplikasyon oranı düşük ve en az travma ile doğumun gerçekleşmesinde gebeler dikkatli değerlendirilmelidir (13). Bugg ve ark. (2013) sekiz çalışmayı (1138 düşük riskli gebe) değerlendirdikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğumun birinci evresinin yavaş ilerlemesi sonucunda erken uygulanan oksitosin indüksiyonunun doğum süresini iki saat kadar kısalttığı bildirilmektedir. Fakat doğum indüksiyonu uygulanması sonrasında müdahaleli vajinal doğum ve sezaryen oranlarında belirgin bir fark belirtilmemiştir (29).

Amniyotomi

Amniyotik membranların bir müdahale ile açılması işlemine amniyotomi denmektedir. Amniyotominin doğum eyleminde rutin olarak uygulanması önerilmemektedir. Karakoç ve ark. (2020) yaptıkları bir çalışmada, vajinal doğum sırasında amniyotomi uygulanan kadınların amniyotomi uygulanmayan kadınlara göre hastanede kalış süresi ve analjezik kullanımını arttırdığını bildirmiştir (30). Smyth ve ark. (2013) 15 çalışmayı (5583 kadın) dahil ettikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, amniyotomi uygulamasının sezaryen riski, doğum süresi, maternal memnuniyet ve yenidoğan apgar skoru arasında bir fark olmadığını bildirmiştir (31).

Lavman ve perine tıraşı uygulaması

Doğum eylemi sırasında kadına lavman uygulamasının hoş olmayan bir durum olduğu ve ağrıya neden olabileceği için rutin yapılması önerilmemektedir. Lavman uygulamasının neonatal ve maternal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla dört çalışmanın (1917 kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, rutin uygulanan lavmanın doğum süresi, perine yara enfeksiyonu, neonatal enfeksiyon ve kadının doğum memnuniyeti açısından bir farkı bulunmamıştır (32). Karaçam ve ark. (2020) yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmada, doğumun ikinci evresinde lavman uygulanmayan kadınların daha fazla dışkı kaçırdığı, fakat lavman uygulamasının anne ve bebek sağlığına bir etkisi olmadığı bildirilmiştir (33).

Doğum eyleminde uygulanan perine tıraşı sonrası vulvada iritasyon, yanma, kızarıklık, kaşıntı gibi yan etkiler görüldüğü ve kadında rahatsızlık, utanma ve ağrıya neden olduğu bildirilmektedir. Perine tıraşının rutin olarak yapılması riskleri olan ve gereksiz bir uygulama olduğundan dolayı önerilmemektedir (13).

Mobilizasyonun kısıtlanması

Doğum süresi boyunca kadınların hareket etmeleri, kendilerini rahat hissettikleri pozisyonu almaları ve dik pozisyonların desteklenmesi gerektiği önerilmektedir. Kadınlar doğumları sırasında çoğunlukla yarı yatar pozisyon ya da sırt üstü pozisyonda kalmakta ve bu durum kadını doğum sırasında pasif duruma getirmektedir. Lawrence ve ark. (2013) yaptıkları 25 çalışmanın (52108 kadın) dahil edildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğumun ilk evresinde kadının ayakta durma, yürüyüş ve dik pozisyonlarda desteklenmesinin doğum süresini kısalttığı, epidural analjezi ihtiyacını ve sezaryen riskini azalttığı belirtilmektedir (34). Uzel ve Yanikkerem (2018) 325 kadın ile yaptıkları çalışmada kadınların %77.8'i doğum sırasında hareket etmediklerini ve %93.5'i de doğum sırasında hareket etmek istediklerini bildirmişlerdir (28).

Oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanması

Doğum eylemi esnasında oral sıvı ve gıda alımının kısıtlanmasının yararını ya da zararını gösteren herhangi bir kanıt yoktur. Bu nedenle düşük riskli gebelerde doğum eyleminde kısıtlama yapmanın gerekli olmadığı bildirilmektedir (12). Singata ve ark. (2013) beş çalışmayı (3110 kadın) inceledikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğum eylemi sırasında oral alımı kısıtlanan gebeler ve kısıtlanmayan gebeler arasında sezaryen oranları ve doğum sonu yenidoğan apgar skorları arasında bir fark görülmemiştir (35). Türkiye'de 325 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların %99.4'ünün doğum sırasında bir şeyler yemesine izin verilmediği ve %84'ünün doğum sırasında bir şeyler yemek istediklerini belirttikleri bildirilmiştir (28).

Epizyotomi

Epizyotomi, doğum eyleminde sıklıkla kullanılan bir uygulama iken son dönemlerde kullanılmasının gerekli olup olmadığı tartışılmaktadır ve gerçekten uygulanması gerekli ise yapılması önerilmektedir (36). Jiang ve ark. (2017) 12 çalışmayı (6177 kadın) dahil ettikleri bir Cochrane sistematik incelemesinde, rutin epizyotomi uygulaması yerine gerekli olduğunda yapılan sınırlı epizyotominin daha faydalı olduğu görülmüştür. Bununla birlikte şiddetli perineal travma, üriner inkontinans, organ prolapsusu ve ağırlı cinsel ilişki yönünden bir fark bildirilmemiştir (37).

Doğum eyleminde destekleyici bakım

Doğum eylemi esnasında düşük riskli gebelere, sürekli destekleyici bakımın verilmesi gerektiği önerilmektedir. Kadın Sağlığı, Doğum ve Yenidoğan Hemşireleri Derneği [Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses] (AWHONN), her gebe için doğum eylemi boyunca bireyselleştirilmiş, klinik uzmanlık ve bilginin bir arada olduğu, gebenin odak merkezinde olduğu destekleyici bir ekibin oluşturulmasını önermektedir (38). Bohren ve ark. (2017) 26 çalışmayı (15858 kadın) inceledikleri bir Cochrane sistematik derlemesinde, doğum eylemi sırasında verilen sürekli desteğin, vajinal doğum sayısında artış, sezaryen doğum sayısında azalma, daha kısa doğum süresi, daha az analjezi kullanımı oranları ile ilişkili olduğu bulunmuştur (39). Uludağ ve Mete'nin (2014) yaptıkları çalışmada da, doğum eylemi boyunca kadına verilen sürekli desteğin anestezi ve analjezi kullanımını, oksitosin ihtiyacı, sezaryen doğum ve müdahaleli vajinal doğum oranlarının azaldığı bildirilmiştir (40).

Doğum Sonu Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Doğum sonu dönemde uygulanan kanıta dayalı girişimler, riskli durumları önlemede, annenin ve yenidoğanın fiziksel bakımını sağlamada ve ailenin bu yeni durumuna uyumunu kolaylaştırmaya yardımcı olmaktadır (41).

Uterus masajı

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu [The International Confederation of Midwives] (ICM) ve Jinekolog ve Doğum Uzmanları Federasyonu [International Federation of Gynecology and Obstetrics] (FIGO) plasentanın doğumu ile birlikte iki saat içerisinde

postpartum hemorajinin önlenmesi amacıyla uterus masajına başlanmasını ve 15 dakikada bir uterusun kontrol edilerek kontrakte olduğundan emin olunması gerektiğini bildirmektedir (42). Hofmeyr ve ark. (2013) uterus masajının postpartum kanamada etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir Cochrane sistematik incelemesinde, doğum sonu ilk bir saat içerisinde 10 dakikada bir yapılan uterus masajının ek uterotonik kullanma ihtiyacını ve kan kaybını azalttığı bildirilmiştir (43).

Erken dönemde ten-tene temas

Ten-tene temas, doğum sonu erken dönemde yenidoğanın annenin çıplak göğsüne yatırılması ve üzerine sıcak bir battaniye sarılan bir uygulamadır (12). Anne ve yenidoğan erken dönem ten-tene temasının yararını incelemek amacıyla değerlendirilen 38 çalışmanın (3850 kadın) Cochrane sistematik incelemesinde, ten-tene temasın emzirmeyi olumlu etkilediği, emzirme süresini artırdığı, fizyolojik adaptasyona olumlu etkisi olduğu belirlenmiştir ve herhangi bir olumsuz etkisinin olduğu görülmemiştir (44). Çetinkaya ve Ertem'in (2017) yaptıkları bir sistematik incelemede, ten-tene temasın anne ve yenidoğan etkileşimini pozitif etkilediği ve invaziv işlemler esnasında da ağrıyı azalttığı görülmüştür (45).

Perine bakımı

Her kadının doğum sonu dönemde perine bakımına dikkat etmesi ve perine bölgesini temiz ve kuru tutması, postpartum enfeksiyon gelişme riskini azaltma ve yara iyileşmesini hızlandırma açısından önemlidir. Doğum sonu perine bölgesinde oluşabilecek ağrı için jel pedler veya ezilmiş buz ile bölgesel soğuk uygulama önerilebilir. Doğum sonu perine bölgesi enfeksiyon ve yara açılması veya iyileşmesi yönünden değerlendirilmelidir (41). Perine bölgesinde oluşan ağrının azaltılmasında kullanılan yöntemleri incelemek amacıyla 10 çalışmanın (1233 kadın) değerlendirildiği bir Cochrane sistematik incelemesinde, buz paketi kullanan kadınlarda 24-72 saatte ağrıda azalma görülmüştür. Kadınların doğum sonu perine bölgesinde oluşan ağrılar için ise çoğunlukla jel pedleri tercih etikleri bildirilmiştir (46).

Perinatal Bakım Sürecinin Değerlendirilmesinde Optimalite Yaklaşımı

Optimalite yaklaşımı, perinatal süreçte verilen bakımın değerlendirilmesinde farklı bir seçenektir. Optimalite yaklaşımı ile bu süreçte görülebilen istenmeyen olayların yerine, iyi/istenilen sonuçların değerlendirilmesi üzerine odaklanılmaktadır (1). Perinatal dönemde verilen bakımın değerlendirilmesinde kullanılan diğer ölçüm araçları, çoğunlukla maternal ve neonatal/fetal sonuçlar üzerine odaklanmaktadır. Bu nedenle annenin ve yenidoğanın optimal iyilik hali gözardı edilmektedir ve verilen bakımın değerlendirilmesi güçleşmektedir (5).

Wieggers ve ark. (1996) yaptıkları çalışmada, ebellek bakımının süreçlerini değerlendirmişler ve doğum sırasında kadınlara uygulanan girişimleri ile sağlık çıktılarının ilişkisini değerlendirmek üzere bir ölçme aracı geliştirmişlerdir. Aynı zamanda doğumda optimalite yaklaşımını "obstetrik, tıbbi ya da sosyal bir problemi olmayan sağlıklı kadının, doğum sırasında bir komplikasyon veya müdahale olmadan uygun zamanda sağlıklı bir çocuk dünyaya getirmesi" olarak tanımlamışlardır (47). Geliştirdikleri bu ölçüm aracının, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Finlandiya ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yücel ve ark. (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirliği yapılan "Optimalite İndeksi-Türkiye (Oİ-TR)", optimalite yaklaşımı doğrultusunda perinatal süreçte verilen maternal bakımın klinik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçlamaktadır (5). Oİ-TR, 60 maddeden oluşmaktadır ve tüm maddeleri optimal olma haline göre optimal ya da optimal olmayan şeklinde belirtilen bir ölçme aracıdır. Oİ-TR iki kısımdan oluşmaktadır. İlk bölümde, kadının mevcut perinatal risk faktörlerini belirlemek amaçlanmaktadır. İkinci bölüm ise, doğumdan önce, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan ile ilgili dört perinatal alana yönelik maddeleri içermektedir. İndeksteki maddelerin optimalite kriterleri, güncel literatür doğrultusunda kanıta dayalı olarak hazırlanmıştır. Burada perinatal süreçte yapılan müdahalelerin zorunlu ya da gerekli olup olmadığına bakılmamaktadır. Kadına ve fetus/yenidoğana yapılan tüm müdahalelerin optimal yaklaşım olmadığı düşünülmektedir. Oİ-TR ölçme aracından alınan yüksek skorların, doğum süreci sırasında destekleyici uygulamaların (beslenme, emzirme, mobilizasyon vb.) kullanıldığı ve zarar verici müdahalelerden (cerrahi müdahale, ilaç kullanımı, müdahaleli doğum vb.) kaçınıldığını göstermektedir (5).

Kanıta dayalı bakım uygulamalarının belirlenmesi ve değerlendirilmesi, verilen bakımın hem sürecine hem de sonuçların ölçümüne dikkat etmeyi gerektirmektedir. Çünkü bu uygulamalar, obstetrik müdahaleler ve maternal bakımın, sağlıklı perinatal sonuçlar ve en iyi uygulamaların birleşimini yansıtmaktadır. Optimal yaklaşımı değerlendiren ölçüm araçları, anne ve yenidoğan için en iyi koşulları belirten perinatal optimalite yaklaşımına dayanmaktadır (9). Verilen perinatal bakımın sonuçları kabul edilebilir veya normal şeklinde değerlendirilirken, optimal yaklaşımda ise bu sonuç ideal olarak belirtilmektedir. Perinatal bakım hizmeti veren perinatoloji hemşirelerinin temel rolü, kadına ve yenidoğana verdikleri bakımda, gebeliğe, doğuma ve doğum sonu dönemdeki tüm süreçlerin desteklenmesine odaklanmak olmalıdır (48).

Optimal Perinatal Bakımda Hemşirelik Uygulamaları

Perinatoloji hemşiresi, kadının üreme çağı boyunca sağlık ihtiyaçlarını karşılamak, sağlığını korumak ve yükseltmek amacıyla kadına, eşine ve ailesine perinatal bakım hizmeti vermektedir. Bununla birlikte perinatoloji hemşiresi, gebelik dönemi ve doğum süreci boyunca prekonsepsiyonel bakımdan başlayıp, doğum sonu taburculuğa hazırlık ve ailenin evde ilk ziyaretine kadar kadının optimal bakım almasında önemli rol oynarlar. Perinatoloji uygulamalarının sürekli değişen yapısı da, bu alanda çalışan hemşirelerin yeni teknoloji ve bilgileri takip etmesi gerekliliğini göstermektedir. Bu nedenle, perinatal süreçte hemşirelik bakımın kanıta dayalı olması, bu dönemin kadın, yenidoğan ve ailesi için daha sağlıklı geçmesini ve bakımın kalitesinin artmasını sağlamaktadır (12). Perinatoloji hemşirelerinin bakımda KDU kullanmaları aynı zamanda, bakım uygulamalarında ve sonuçlarında fark yaratmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak ve bakımın standart olmasını sağlamak için oldukça önemlidir.

Yılmaz ve Başer (2017) yaptıkları çalışmada, doğum ve doğum sonu dönemde annelere hemşireler tarafından verilen birey merkezli bakımın doğum deneyiminin olumlu algılanmasını sağladığı anne memnuniyetini artırdığı bildirilmiştir (6). Başka bir çalışmada da, hemşirelerin kadınlara verdikleri sürekli perinatal bakımın, invaziv girişimleri (doğumda analjezi ihtiyacı, doğumun süresi, doğumda vakum, forseps kullanımı ve sezaryen ile doğum vb.) azalttığı ve anne memnuniyetini artırdığı belirlenmiştir (49). Perinatal süreçte hemşireler tarafından optimal bakımının sağlanması, kadınların ağrı ile baş

etmelerini, memnuniyetlerinin artmasını, kontrol duygusunu sağlamalarını geliştirerek doğum deneyimini olumlu hale getirebilmektedir (50).

Perinatoloji hemşirelerinin verdikleri perinatal bakım uygulamaları, gebelik döneminde annenin ve fetüsün sağlık durumuna, bakım ihtiyaçlarının giderilmesine, riskli durumların önlenmesine, doğum süresince annenin bakımına, yenidoğanın sağlık durumuna ve doğum sonu annenin ihtiyaçlarına odaklanmaktadır. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde verilen bakımın çeşitliliği, perinatal sonuçlarda farklılıklar oluşmasına sebep olabilmektedir (10). Perinatal dönemde verilen bakımın optimal hale getirilmesinde hemşireler için belli bir standart bulunmamaktadır. Bu sebeple geliştirilen optimalite indeksinin hemşirelik bakım hizmetlerinde kullanılmasının yararlı olabileceği, aynı zamanda perinatoloji hemşiresinin uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, savunucu ve yönetici rollerini de etkin kullanması ile optimal perinatal bakımın sağlanabileceği düşünülmektedir.

Sonuç

Perinatal sağlıkta optimalite yaklaşımı, kadının obstetrik, tıbbi ve sosyal tüm özelliklerini içeren, en az sayıda müdahale ile en iyi sonuca ulaşmayı planlayan bakım uygulamalarını tanımlamaktadır. Optimalite odaklı yaklaşım, bakım sürecinde karşılaşılan bir durumun nasıl olumsuz ilerleyeceğinden ziyade bu durum karşısında pozitif olana odaklanarak onu ele almaktadır (9). Perinatoloji hemşiresi perinatal bakım uygulamalarında, kadının fizyolojisine ve doğal sürece en az müdahaleyi savunan felsefeyi desteklemektedirler (1). Optimalite yaklaşımı da, bu felsefeye dayanmaktadır. Bu bağlamda perinatal bakım sürecinde hemşirelerin optimalite kavramını bilmeleri, optimal yaklaşımı bakım uygulamalarına yansıtmaları önemlidir.

Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: fikir ve kavram Ç.B., N.Ş.; tasarım Ç.B.; denetleme ve danışmanlık N.Ş.; literatür tarama Ç.B.; literatür verilerinin analizi ve yorumlaması Ç.B., N.Ş.; makalenin yazımı Ç.B., N.Ş.; eleştirel düşünme Ç.B., N.Ş. şeklindedir. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. Murphy PA, Fullerton JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *Journal of Midwifery and Women's Health* 2001;46(5):274–284.
2. Thompson SM, Nieuwenhuijze MJ, Budé L, de Vries R, Low LK. (2018). Creating an Optimality Index – Netherlands: a validation study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18:100.
3. Yıldırım AD, Oskay Ü. Dünyada ve Türkiye’de optimal perinatal bakıma yönelik programlar. *EGE HFD* 2020;36(1):45-52.
4. Merih YD, Potur DC. Perinatolojide hemşirenin gelişen ve değişen rolleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2018;4(2):61-9.
5. Yücel Ç, Taşkın L, Low LK. Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery* 2015;31(12):1135-1142.
6. Yılmaz FA, Başer M. Normal doğumda öğrenci hemşireler ve klinik hemşireler tarafından verilen bakımın anne memnuniyetine etkisi, *ACU Sağlık Bil Derg* 2017;8(1):24-28.
7. International Council of Nursing, Closing the gap: from evidence to action, 2012. URL: <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-fromevidence-to-action/>. 30 Mart 2021
8. Başgöl Ş, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences [online]* 2012;9(2):1524-1534.
9. Kennedy HP. A concept analysis of optimality in perinatal health. *JOGNN* 2006;35:763-769.
10. Low LK, Miller J. A clinical evaluation of evidence-based maternity care using the optimality index. *JOGNN* 2006;35:786-793.
11. Declercq ER, Sakala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women’s childbearing experiences, 2002. URL: <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/LtMreport.pdf> 30 Mart 2021
12. Öztürk D, Yılmaz-Sezer N, Eroğlu K. Perinatolojide kanıta dayalı uygulamalar. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(1):13-28.
13. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg* 2015;5(2):32-39.
14. Yeşilçiçek KÇ, Karabulutlu Ö, Yavuz C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study, *BMC Pregnancy Childbirth*, 2018;18(1):415.
15. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001;28(3):202-207.
16. World Health Organization, World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. URL: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancyexperience/en/ 30 Mart 2021
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Ankara, 2014. URL: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin_ve_Ureme_Sagligi_Db/dokumanlar/rehberler/dogum_onesi_bakim_08-01-2019_1.pdf 30 Mart 2021
18. Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (7): Art. No: CD000934.
19. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. Provision and uptake of routine antenatal services: a qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019; Issue (6): Art. No: CD01239.
20. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (7): Art. No: CD0070.
21. Bricker L, Medley N, Pratt JJ. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015; Issue (6): Art. No: CD00145.
22. Williams J, Mai CT, Mulinare J, Isenburg J, Flood TJ, Ethen M et al. Updated estimates of neural tube defects prevented by mandatory folic acid fortification – United States, 1995–2011. *Morb. Mortal. Wkly Rep* 2015;64(1):1–5.
23. ACOG. Multifetal gestations: twin, triplet, and high-order multifetal pregnancies. *ACOG Practice Bulletin No 144. Obstet Gynecol* 2014;123:1118-28.
24. Silva Lopes K, Takemoto Y, Ota E, Tanigaki S, Mori R. Bed rest with and without hospitalisation in multiple pregnancy for improving perinatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (3): Art. No: CD012031.
25. Miller D, Miller LA. Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety. *ACOG* 2012;206(4):278-83.
26. Alfirevic Z, Gyte GML, Cuthbert A, Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (2): Art. No: CD006066.
27. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD010088.
28. Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum dönemde kanıta dayalı uygulamalar: doğum yapan kadınların tercihleri. *DEUHFED [online]* 2018;11(1):26-34.
29. Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (6): Art. No: CD007123.

30. Karakoç H, Horasanlı JE, Uçu AK. Amniyotominin eylem süresi ve maternal-fetal sonuçlar üzerine etkisi: retrospektif analiz. *Acta Medica Nicomedia* 2020;3(1):10-14.
31. Smyth RMD, Markham C, Dowswell T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (6): Art. No: CD006167.
32. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD000330.
33. Karaçam Z, Kurnaz DA, Öztürk GG. Doğum Eyleminde Lavman Uygulamasının Anne-Bebek Sağlığına Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. *EGE HFD* 2020;36(1):23-33.
34. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (10): Art. No: CD003934.
35. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (8): Art. No: CD003930.
36. Çobanoğlu A, Şendir M. Epizyotomi Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar. *FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing* 2019;27(1):48-62.
37. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (2): Art. No: CD000008.
38. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN). Continuous labor support for every woman. *JOGNN* 2018;47(1):73-4. URL: [https://nwhjournal.org/article/S1751-4851\(18\)30035-7/pdf](https://nwhjournal.org/article/S1751-4851(18)30035-7/pdf) 30 Mart 2021.
39. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017; Issue (7): Art. No: CD003766.
40. Uludağ E, Mete S. Doğum eyleminde destekleyici bakım. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2014;3(2):22-9.
41. Güneri SE. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(3):482-496.
42. International Confederation of Midwives, International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. Joint statement: management of the third stage of labour to prevent post-partum haemorrhage. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(1):76-7.
43. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; Issue (7): Art. No: CD006431.
44. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016; Issue (11): Art. No: CD00351.
45. Çetinkaya E, Ertem G. Ten tene temasın anne-preterm bebek üzerine etkileri: sistematik inceleme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2017;14(2):167-175.
46. East CE, Dorward EDF, Whale RE, Liu J. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue (10): Art. No: CD0063.
47. Wieggers TA, Keirse MJ, Berghs GA, Van Der Zee J. An approach to measuring quality of midwifery care. *Journal Of Clinical Epidemiology* 1996;49(3):319-325.
48. Fullerton JT, Low LK, Shaw-Battista J, Murphy PA. Measurement of perinatal outcomes: a decade of experience and a future vision for the Optimality Index-US. *International Journal of Childbirth* 2011;1(3):171-178.
49. Macpherson I, Roqué-Sánchez MV, Legget Bn FO, Fuertes F, Segarra I. A systematic review of the relationship factor between women and health professionals within the multivariant analysis of maternal satisfaction. *Midwifery* 2016;41:68-78.
50. Yılmaz E, Nazik F. Annelerin doğumu algılayışı ile hemşirelik bakımını algılayışı arasındaki ilişki. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2018;15(2):52-56.