

REVIEW / DERLEME

Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

Şükran BAŞGÖL ¹, Burcu KÜÇÜKKAYA ²¹ Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Samsun, Türkiye. ORCID: 0000-0001-9451-4544² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye. ORCID: 0000-0002-3421-9794

ÖZET

Doğum eyleminin birinci evresi, doğumun başlaması ile serviksin tam (10 cm) olarak genişlemesi arasındaki aralık olarak tanımlanmaktadır. Doğum eyleminin birinci evresinde kanıta dayalı uygulamaların izlenmesi, gereksiz müdahalelerin önlenmesine, doğal doğum sürecinin desteklenmesine, maternal ve fetal sağlığın korunmasına, güvenliğin artırılmasına, doğru zamanlama ve uygun müdahalelerle komplikasyonların azaltılmasına, birey memnuniyetinin artırılmasına, maternal/fetal ölüm ve morbidite oranlarının düşürülmesine katkıda bulunur. Nitekim, sürekli güncellenen ve geliştirilen kanıta dayalı rehberlerin ve protokollerin sağlık profesyonelleri tarafından takip edilmesi, yüksek kaliteli bakımın sağlanması açısından oldukça önemlidir. Bu derlemede doğumun birinci evresinde sıkça uygulanan müdahalelerin güncel kanıta dayalı rehberler ve protokoller ışığında tartışılması amaçlanmıştır. Bu uygulamalar; vajinal dezenfeksiyon, sürekli doğum desteği, Grup B streptokok profilaksisi, doğum öncesi membran yırtılmasında antibiyotik profilaksisi, aromaterapi, suya daldırma, beslenme, maternal pozisyon ve ambulasyon, mesane kateterizasyonu, servikal muayene, partograf, yer fıstığı topu, antispazmodik ajanlar, amniyotomi, oksitosin, oksitosin ve amniyotomi, intrauterin basınç kateteri, doğum sırasında ultrason, distosi, transkütan elektriksel sinir stimülasyonu, yoga, hipnoterapi, müzik terapi, masaj, akupunktur, akupresür, hidroterapi, haptonomi ve mindfulness olarak özetlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Doğum eylemi, doğumun birinci evresi, kanıta dayalı uygulama, kanıt temelli yaklaşım.

Evidence-Based Practices in The First Stage of Labor

ABSTRACT

The first stage of labor is defined as the interval between the onset of labor and the full dilation of the cervix (10 cm). Following evidence-based practices during the first stage of labor contributes to the prevention of unnecessary interventions, supports the natural birth process, protects maternal and fetal health, enhances safety, reduces complications through timely and appropriate interventions, increases individual satisfaction, and reduces maternal/fetal mortality and morbidity rates. Indeed, it is crucial for healthcare professionals to follow continuously updated and developed evidence-based guidelines and protocols to ensure high-quality care. This review aims to discuss the frequently performed interventions during the first stage of labor in light of current evidence-based guidelines and protocols. These interventions include vaginal disinfection, continuous maternity support, Group B streptococcus prophylaxis, antibiotic prophylaxis in prelabor rupture of membranes, aromatherapy, water immersion, nutrition, maternal positioning and ambulation, bladder catheterization, cervical examination, partograph, peanut ball, antispasmodic agents, amniotomy, oxytocin, oxytocin and amniotomy, intrauterine pressure catheter, ultrasound during labor, dystocia, transcutaneous electrical nerve stimulation, yoga, hypnotherapy, music therapy, massage, acupuncture, acupressure, hydrotherapy, haptonomy, and mindfulness.

Keywords: Labor, first stage of labor, evidence-based practices, evidence-based approaches.

1. Giriş

Doğum sürecinde kanıta dayalı çalışmaların takip edilmesi, sağlık hizmetlerinde uygulanan müdahalelerin etkinliğini ve güvenliğini bilimsel olarak belirleyerek gereksiz müdahalelerin önlenmesine katkıda bulunur ve doğal doğum sürecinin desteklenmesini teşvik etmektedir. Doğum eyleminde kanıta dayalı müdahalelerin benimsenmesi ile maternal ve fetal sağlığın korunması, güvenliğin artırılması, birey merkezli bakımın sağlanması, gereksiz uygulamaların azaltılması, doğru zamanlama ve uygun müdahalelerle komplikasyonların azaltılması, maternal/fetal ölüm ve morbidite oranlarının düşürülmesi, birey memnuniyetinin artırılması hedeflenir (1,2). Diğer yandan, sağlık profesyonellerinin kanıta dayalı uygulamaları benimsemesi; sürekli eğitimlerini ve profesyonel gelişimlerini desteklerken, doğru ve bilinçli kararlar almalarını sağlar. Bu yaklaşım aynı zamanda sağlık maliyetlerini azaltarak kaynakların daha etkin kullanılmasına ve güvenli, standart ve

yüksek kaliteli bakım sağlanmasına olanak tanır. Dolayısıyla, sürekli güncellenen ve geliştirilen kanıt temelli uygulama rehberlerin ve protokollerin sağlık profesyonelleri tarafından takip edilmesi yüksek kaliteli bakımın sağlanması açısından oldukça önemlidir (1,2).

Bu derlemenin amacı doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamaları güncel kanıta dayalı uygulama rehberleri ve protokolleri doğrultusunda tartışmaktır. Bu doğrultuda "doğum eylemi, doğumun birinci evresi, kanıta dayalı uygulama, kanıt temelli yaklaşım" anahtar kelimeleri kullanılarak kanıt temelli rehberler (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Sağlık Bakanlığı, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG), İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) vb.) ve Cochrane Sistematik incelemeler/metaanalizler taranmıştır.

Geliş Tarihi/Received: 20.10.2024, Kabul Tarihi/Accepted: 05.11.2025

Sorumlu Yazar

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye.

E-posta: burcukucukkaya1992@gmail.com ORCID: 0000-0002-3421-9794

Makale herhangi bir bilimsel etkinlikte sunulmamıştır.

1.1. Doğum Eyleminin Birinci Evresi

Doğum eyleminin birinci evresi, doğumun başlaması ile serviksın tam (10 cm) olarak genişlemesi arasındaki aralık olarak tanımlanır. Bu süreçte; doğru ve etkili müdahalelerin yapılması hem anne hem de bebek için olumlu doğum sonuçlarının sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (3).

1.2. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Kanıt Dayalı Uygulamalar

1.2.1. Vajinal Dezenfeksiyon

Günümüzde vajinal dezenfeksiyon için geniş spektrumlu antibakteriyel özelliklere sahip olan klorheksidin yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak, literatürde doğum sırasında vajinal yıkama ya da vajinal mendillerle klorheksidin ile yapılan vajinal dezenfeksiyon, dezenfeksiyon yapılmamasıyla karşılaştırıldığında maternal veya neonatal enfeksiyonları önlemediği bildirilmiştir. Ayrıca, doğum sonrası maternal endometrit, neonatal grup B streptokok enfeksiyonu, diğer enfeksiyonlar ve HIV enfeksiyonunun anneden bebeğe bulaşma oranını azaltmadığı da bulunmuştur. Dolayısıyla, doğum sırasında klorheksidin ile vajinal dezenfeksiyon önerilmemektedir (4). Vajinal muayeneden önce de temizlik gerektiğinde musluk suyu kullanımı önerilmektedir (1). Buna göre, doğumun birinci evresinde enfeksiyöz morbiditeleri önlemek için profilaktik amaçlı klorheksidin ile rutin vajinal temizlik önerilmemektedir (3,4).

1.2.2. Sürekli Doğum Desteği

Tarihsel olarak kadınlar doğumda diğer kadınlardan sürekli destek alırken, günümüzde bu destek pek çok sağlık kurumunda rutin bir uygulama olmaktan çıkmıştır. Oysa araştırmalar, doğum sırasında sürekli bir destekçinin varlığının doğum süreci ve sonuçları üzerinde olumlu etkiler sağladığını göstermektedir. Bu destek; duygusal destek, bilgilendirme, ağrıyla baş etme yöntemleri, fiziksel konfor sağlama ve gerektiğinde gebe adına iletişim kurmayı kapsamaktadır (5).

Cochrane sistematik incelemesinde, sürekli doğum desteği alan kadınların spontan vajinal doğum yapma olasılıklarının daha yüksek, olumsuz doğum deneyimi ve ağrı kesici kullanım oranlarının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir (6,7). Ayrıca doğum süresi kısalmış, enstrümental doğum oranı azalmıştır (6). Sürekli desteğin, kötü muameleyi azaltarak saygılı doğum bakımını teşvik edebileceği de vurgulanmaktadır. Literatürde bu uygulamanın zararlarına ilişkin herhangi bir kanıt bulunmamaktadır (7).

Bu nedenle, doğum ortamlarına eğitimli doğum destekçilerini entegre eden politikaların geliştirilmesi önerilmektedir (5,8).

1.2.3. Grup B Streptokok Profilaksisi

Grup B streptokok, genellikle insanın genitoüriner ve gastrointestinal sistemlerinde kolonize olan ve gebelik, doğum sonrası dönem ve hayatın ilk yılında çeşitli ciddi hastalıklara yol açabilen bir bakteridir. Annenin Grup B Streptokok (GBS) ile kolonize olması, prenatal GBS kültürleri negatif olan kadınlara kıyasla, doğumdan sonraki 7 gün içinde sepsis, zatüre ve nadiren menenjit gibi erken başlangıçlı GBS hastalığı ile komplikasyonlu bebek doğurma riskini artırır. İntrapartum antibiyotik profilaksisi (IAP) GBS kültür taraması pozitif olan kadınlar için önerilmektedir. Mevcut gebelikte GBS bakteriürisi olan veya daha önce GBS sepsisli bebeği olan kadınlar IAP için adaydır ve taranmaları gerekmez (4,9). Doğum sırasında kültür sonucu bilinmeyenler için ise bilinen risk faktörlerini taşıyan tüm kadınlara IAP verilmelidir. IAP için risk faktörleri şunlardır; mevcut gebelikte GBS bakteriürisi olan, önceki bebeği GBS sepsisinden etkilenen, <37 haftalık erken doğum eylemi, prematür erken membran rüptürü, doğum sırasında süren yüksek ateş (38°C) ve önceki gebeliğinde GBS ile kolonize olanlardır.

Dolayısıyla, mevcut risk faktörlerini taşıyan kadınlara perinatal enfeksiyonu önlemek için intrapartum antibiyotik kullanılması önerilmektedir. Özellikle de gebeliğin 36 0/7 ile 37 6/7 haftaları arasında tüm kadınlara GBS kültür taramasının gerekliliği vurgulanmıştır (4,10).

1.2.4. Doğum Öncesi Membran Rüptüründe Antibiyotik Profilaksisi

Erken membran rüptürü (EMR) gelişen kadınlar da bekleme süresi uzadıkça enfeksiyon riskinin de arttığı bilinmektedir. Dolayısıyla, EMR gelişen kadınlarda, EMR ile doğum arasında 12 saatten fazla bir süre bekleniyorsa, antibiyotik profilaksisi önerilmektedir. Termde EMR gelişen kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi, anne veya yenidoğan sonuçlarında fayda sağlamazken, latent dönemi 12 saatten uzun süren kadınlarda ise intraamniyotik enfeksiyon ve endometrit oranlarını önemli ölçüde azalttığı ve yenidoğan sepsisinde azalma eğilimi gösterdiği bildirilmiştir (4). Epizyotomi yapılan kadınlara ya da komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlara ise rutin antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir (11).

NICE (2023) tarafından belirlenen intrapartum antibiyotik profilaksisi kriterlerine göre 34 ile 37. gebelik haftaları arasında uzamış EMR yaşayan ve mevcut gebeliklerinin herhangi bir döneminde Grup B streptokok kolonizasyonu, bakteriüri veya enfeksiyonu olan kadınlara antibiyotik profilaksisi önerilmektedir (1). Sağlık Bakanlığı "Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi"ne göre membranların yırtılmasından sonra >18 saat geçmişse, Grup B streptokoklu yenidoğan enfeksiyonu öyküsü varsa, 37 hafta altındaki doğumlarda, annenin vücut sıcaklığı $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ise, kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa, sezaryen ile doğum gerçekleşecek ise antibiyotik profilaksisi önerilmektedir (2).

1.2.5. Aromaterapi

Aromaterapi, bitkilerden elde edilen uçucu yağların iyileştirici etkilerinden faydalanmak amacıyla kullanılan holistik bakım yöntemlerindedir (6). Literatürde, doğum sırasında inhalasyon veya sırt masajı yoluyla uygulanan aromaterapinin (lavanta, yasemin, gül, badem gibi uçucu yağlar veya karışımları) sezaryen doğum, enstrümental doğum, oksitosin kullanımı ve 1. ve 5. dakika APGAR sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı, ancak doğum ağrısı ve anksiyetesi üzerinde olumlu etkisinin olduğu bildirilmiştir (4,12). DSÖ de doğum sırasında non-farmakolojik ağrı yönetim metodları arasında aromaterapiyi kabul eder; ancak, bu yöntemlerin etkinliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğunu vurgular (11). Diğer yandan, NICE intrapartum bakım rehberinde (2023) doğumun 1.evresinde ağrıyı hafifletmek için kadına aromaterapi önerilmemesini; ancak kadın kullanmayı isterse desteklenebileceğini bildirmiştir (1).

1.2.6. Suya Daldırma

Doğum sırasında suya dalma, ağrı yönetiminde etkili olabilen ve doğum sürecini daha rahat hale getirebilen bir yöntemdir (13). Literatürde, doğumun ilk evresinde suya daldırma ile daldırmama girişimleri karşılaştırıldığında spontan vajinal doğum, enstrümental vajinal doğum ve sezaryen doğum oranları açısından fark bulunmamıştır. Doğumun ilk evresinde suya dalmanın tahmini kan kaybı, üçüncü veya dördüncü derece yırtıklar ve yenidoğan sonuçları üzerindeki etkilerine ilişkin ise yeterli kanıt bulunmamaktadır (4,14,15). Diğer yandan, suya dalan grupta bölgesel anestezi kullanımı ve ağrı düzeyinde azalma bildirilmiştir (14). ACOG'a (2020) göre eğer kadın tarafından istenirse ve fetüs ile annenin durumu güven vericiyse, doğumun ilk evresinde suya daldırma düşünülebilir (4).

1.2.7. Beslenme

DSÖ düşük riskli kadınlar için doğum sırasında ağız yoluyla sıvı ve yiyecek alımını önermektedir. Bu uygulamanın, kadının enerji

seviyesinin korumasına ve doğum sürecini daha rahat geçirmesine yardımcı olabileceği açıklanmıştır (3). İngiltere Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) intrapartum kanıt temelli rehberde; gebenin doğum sırasında susadığı zaman su içebileceğini, ancak normalden fazla içmenin bir faydası olmadığını bildirmiştir ve izotonik içeceklerin suya göre daha faydalı olabileceğini vurgulamıştır. Ayrıca, gebenin opioid almadığı veya sezaryen doğumu daha olası hale getiren risk faktörleri gelişmediği sürece, aktif doğum sırasında hafif bir diyet yiyebileceği bildirilmiştir (1). Oral alımın sınırlandırılmasına destek sağlayacak kanıtlar bulunmadığı için, basit vakalarda bile 1/1,000,000 olan aspirasyon riski göz önünde bulundurulduğunda doğumun birinci evresinde sıvı veya katı gıdaların alınmasının kısıtlanması önerilmemektedir (4,5).

1.2.8. Maternal Pozisyon ve Ambulasyon

Kadınlar doğum sırasında spontan olarak rahat ettikleri çeşitli pozisyonları benimseyebilirler. Bu pozisyonlar arasında mobil kalmak ve yürümek, diz çökmek, çömelmek, dik oturmak (yatakta, topta veya doğum sandalyesinde vb.), supine ya da semi-rekumbent pozisyonunda yatmak yer alabilir. Literatürde, herhangi bir pozisyonun daha iyi olduğuna dair yeterli kanıt yoktur; çünkü araştırmalarda pozisyonun travayın ilerlemesi üzerindeki bağımsız etkisini izole etmek zor olup, gebelerin çalışma süresince tek bir pozisyonda kalmaları da pek mümkün değildir (8). Uluslararası kanıt temelli rehberler; kadının sırt üstü yatmak dışında, doğum boyunca hareket etmesini ve en rahat bulunduğu pozisyonları benimsemesi için teşvik edilmesini önermektedir (1,5). Dünya Sağlık Örgütü de düşük riskli kadınlarda doğum sırasında hareketliliğin ve dik pozisyonların benimsenmesinin, kadınların rahat ettiği ve doğumu kolaylaştıran pozisyonları seçmelerine olanak tanınmasını önermektedir (3). ACOG (2024) bölgesel anestezi almayan kadınlara doğumun ilk evresinde ambulasyonu (yürümeyi) ve dik pozisyonları önerirken; bölgesel anestezi alan kadınların ise en rahat ettikleri pozisyonu almalarını ve isterlerse yürüyebileceklerini önermektedir (5).

Doğumun birinci evresinde dik pozisyonların (oturma, ayakta durma ve diz çökme dahil) ve hareketliliğin, yatay, yan veya sırtüstü pozisyonlarla karşılaştırıldığı Cochrane sistematik incelemesinde; doğumun birinci evresinin süresinin yaklaşık 1 saat 22 dakika kıaldığı, dik pozisyonlarda olan kadınların sezaryen doğum yapma olasılıklarının da daha düşük olduğu bulunmuştur (16). Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) (2020) raporunda ise farklı pozisyonları kullanan kadınlar arasında doğum süresi veya sezaryen doğum oranlarında fark olmadığı; ancak diz çökme pozisyonundaki kadınların, oturma pozisyonundakilere göre pelvik tabanda daha az travma yaşadığı bildirilmiştir (17). Doğum sırasında annenin rahatlığını artırmak ve en uygun fetal pozisyonlandırmayı teşvik etmek için sık pozisyon değişikliklerinin desteklenmesi gerektiği; ancak bu değişikliklerin, maternal ve fetal izlem/tedavilere izin vermesi ve maternal tıbbi veya obstetrik komplikasyonlar açısından kontrendike olmaması gerektiği vurgulanmıştır (8).

1.2.9. Mesane Kateterizasyonu

Doğumun birinci evresinde mesanenin aşırı genişlemesini ve üriner retansiyonu engellemek için kadınların mesane fonksiyonu en az dört saatte bir değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme; idrar yapma sıklığını, hacmini ve mesane hissini kapsamalıdır. Mesane hissini anormal veya yok olduğu durumlarda, idrara çıkmada sorunlar varsa ya da kadın intravenöz sıvı alıyorsa (oksitosin dahil) sıvı dengesi izlenmeli ve kadının idrar yapma konusunda sorunları/endişeleri varsa mesane kateteri takılması önerilmelidir (1).

Epidural anestezi alan hastalarda doğumun birinci aşamasında sürekli mesane kateterizasyonunun, doğum süresinde veya idrar yolu enfeksiyonu insidansında fark yaratmadığı, ancak aralıklı mesane kateterizasyonu yapılan kadınlarla karşılaştırıldığında

sezaryen doğum olasılığını önemli ölçüde artırdığı görülmüştür. Yapılan çalışmalar yetersiz olup, doğum sırasında rutin olarak sürekli mesane kateterizasyonu önerilmemektedir (1,4).

1.2.10. Partograf

Partograf, doğumun ilerleyişini görsel olarak gösteren, maternal ve fetal iyilik durumunu değerlendirerek normalden sapmaları belirleyen, sağlık profesyonellerini önceden uyaran ve ortak karar almayı teşvik eden basılı bir formdur. Partograf kullanımının, sezaryen doğum oranlarında, oksitosin kullanımında, doğumun birinci aşamasının süresinde veya 5. dakika Apgar skoru üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı gösterilmiştir. Partografin etkinliği konusunda evrensel bir tanım veya protokol bulunmamaktadır. Bu da, farklı sağlık kuruluşlarında ve farklı uygulamalarda tutarlılığın sağlanamaması anlamına gelir. Belirli bir partografin veya uygulama protokolünün üstünlüğünü destekleyecek yeterli kanıt yoktur (4).

NICE (2023) doğumun görsel kaydı olan partograf kullanımını önerirken, DSÖ (2020), partografin doğum sırasında rutin olarak kullanılmasını önermemektedir. Bunun yerine, DSÖ Doğum Bakım Rehberini geliştirmiş ve doğumun bireysel ihtiyaçlara ve şartlara göre izlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. DSÖ Doğum Bakım Rehberi (Labour Care Guide) partografdan farklı olarak doğumun doğal varyasyonlarını daha iyi anlamak ve yönetmek için daha esnek ve kişiselleştirilmiş yaklaşımlar önermektedir (3). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından 2020 yılında yayınlanan "Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberinde" partograf kullanılması önerilmektedir (2).

1.2.11. Yer Fıstığı Topu

Yer fıstığı topu, doğum sırasında gebe yan yatar pozisyondayken bacaklarının arasına yerleştirilen, yer fıstığı kabuğu şeklinde bir tür doğum topu olup, doğumun yönetiminde sıklıkla kullanılan nonfarmakolojik bir araçtır. Fıstık topu kullanımının, dik pozisyonu taklit ederek pelvisin genişlemesini ve fetal inişi kolaylaştırdığı açıklanmaktadır (5,19). Fıstık topunun etkinliğini araştırılan sistematik inceleme ve meta-analiz sonuçlarında fıstık topu kullanımının doğumun 1. evresinin süresini anlamlı bir şekilde azalttığını bildiren çalışmalar (20,21) olmakla birlikte, doğum süresinde anlamlı bir fark olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (22). Diğer yandan, fıstık topu kullanımının vajinal doğum veya sezaryen doğum insidansında ve maternal sonuçlarda anlamlı farklılıklar göstermediği bulunmuştur (20,22). Konuya ilişkin daha fazla ve geniş örneklemli randomize kontrollü çalışmalara (RKÇ) ihtiyaç duyulmakla birlikte, günümüzde fıstık topunun kullanımına ilişkin herhangi bir risk bildirilmemiştir. Dolayısıyla, fıstık topu doğum yapan kadınlara sunulabilecek, düşük maliyetli, güvenli ve basit farmakolojik olmayan müdahaleler olarak kabul edilmektedir (19).

1.2.12. Antispazmodik Ajanlar

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yayınladığı doğum bakım rehberinde, travayda gecikmeyi önlemek için antispazmodik ajanların kullanılmasını önermemektedir (3). Cochrane incelemeleri ve diğer sistematik derlemeler, antispazmodik ilaçların doğumun birinci evresinin süresini kısaltabileceğini, servikal dilatasyon hızını artırabileceğini, doğumun toplam süresini azaltabileceğini göstermiştir; ancak bu bulguların kanıt kalitesi düşük olarak değerlendirilmiştir. Dolayısıyla, bu ilaçların anne ve bebeğin güvenliği konusunda herhangi bir sonuç çıkarmak için yeterli kanıt bulunmamaktadır (23). Konuya ilişkin daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmakla birlikte antispazmodik ilaçların doğum sırasında rutin kullanımı önerilmemektedir (4).

1.2.13. Amniyotomi

Amniyotomi, amniyotik membranların suni olarak açılmasıdır. DSÖ (2020) rutin amniyotomi doğumun gecikmesini önlemek

için tek başına kullanılmasını önermemektedir (3). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği de normal ilerleyen doğumda ve fetal distres kanıtı olmayan kadınlarda gerekmedikçe rutin amniyotomi önermemektedir (5). ACOG (2024) doğum süresini azaltmak ya da doğumu indüklemek için uzamış doğumlarda amniyotomi önermektedir (5). Amniyotominin spontan doğum yapan gebe kadınlarda çeşitli kontrol tedavilerinin karşılaştırıldığı sistematik inceleme sonuçlarına göre; spontan doğum eyleminde amniyotominin nullipar bireylerde sezaryen doğum, maternal enfeksiyon, kanama veya pelvik taban travması riskini artırmadan toplam doğum eylemi süresini azalttığı bildirilmiştir (17). Yenidoğan sonuçlarına ilişkin ise önemli bir fark saptanmamıştır ve sistematik incelemeye dahil edilen çalışmalardan hiçbiri de amniyotomi ile kordon prolapsusu riskinin arttığını göstermemiştir (5,17). Erken ve geç uygulanan amniyotominin karşılaştırıldığı sistematik incelemeler ve randomize kontrollü çalışmalar ACOG (2024) tarafından yayınlanan kanıt temelli rehberde tartışılmıştır. Buna göre; erken amniyotominin doğum süresini kısaltmada ve 24 saat içinde vajinal doğum yapma olasılığını artırmada etkili olduğu ve sezaryen doğum veya diğer komplikasyon risklerini anlamlı şekilde artırmadığı bildirilmiştir (5).

1.2.14. Oksitosin

Oksitosin, uterus kasılmalarının sıklığını ve yoğunluğunu artırmada ve dolayısıyla doğum süresini kısaltmada gerçekten etkilidir (24). Normal vajinal doğumda yavaş ilerleme yaşayan kadınlar için uygulanan oksitosin tedavisi, tedavi verilmemesi veya oksitosin tedavisinin geciktirilmesiyle karşılaştırıldığında, sezaryen doğum oranlarında herhangi bir fark olmaksızın, doğuma kadar geçen sürenin yaklaşık 2 saat azalmasıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Cochrane: 8 RKÇ; 1338 kadın) (25). Standart prosedürde başlangıç oksitosin dozu 2 miliünite/dakika olup, kontraksiyon paterni ve fetal ilaca toleransın gösterdiği gibi yaklaşık her 30 dakikada bir (20 dakikada bir daha sık olmamak kaydıyla) maksimum dozaj 20-40 miliünite/dakika olacak şekilde 2 miliünite/dakika (2 mL/saat) kadar artırılmaktadır (26). Özetle, normal vajinal doğumun ilk evresinde yavaş ilerleme kaydeden kadınlarda doğuma kadar geçen süreyi kısaltmak için oksitosin takviyesi güçlü öneri kapsamında değerlendirilirken, daha yüksek dozlarda oksitosin zayıf öneri kapsamında verilebilir.

1.2.15. Oksitosin ve Amniyotomi

Disfonksiyonel veya yavaş doğumun önlenmesi için hem oksitosin hem de amniyotomi ile yapılan erken müdahale, doğumun ilk aşamasının daha kısa sürmesi ve müdahale yapılmamasına göre daha düşük sezaryen doğum oranları ile ilişkilidir (27). 14 RKÇ dahil edildiği ve 8033 kadının bulunduğu bir Cochrane çalışmasında, işlevsel olmayan doğumun tedavisi için oksitosin ve amniyotomi müdahalelerinin birlikte uygulanması, aynı zamanda doğumun ilk aşamasının daha kısa sürmesine neden olurken, sezaryen doğum oranlarında herhangi bir fark olmadığı bildirilmiştir (28). Özetle, işlevsiz veya yavaş doğumun önlenmesi ve tedavisi için oksitosin ve amniyotomi ile erken müdahale güçlü öneri kapsamında değerlendirilmektedir.

1.2.16. İntrauterin Basınç Kateterleri Kullanımı

Doğum sırasında serviksi genişletmek ve fetüsün doğum kanalından aşağı inmesini sağlamak için koordineli bir dizi uterus kasılması gereklidir. İntrauterin basınç kateterleri (İUBK), kasılmaların yoğunluğu, süresi ve uterus kasının bazal tonusu hakkında nicel bilgi sağlamaktadır (29). Bakker ve ark.'nın (30) üç randomize kontrollü çalışmayı ve toplam 1945 kadını içeren Cochrane derlemesinde, uterus içi tokodinamik ölçümünün rutin kullanımının, bu yöntemin uygulanmamasına kıyasla operatif vajinal doğum, sezaryen, maternal veya neonatal enfeksiyon ya da diğer maternal ve perinatal sonuçlar açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir. Ancak bu derleme, orta düzeyde kanıt kalitesine sahip yalnızca üç çalışmaya dayandığı için, dahili

tokodinometri yerine harici tokodinometrinin tercih edilmesini destekleyecek yeterli kanıt sağlamamaktadır (30). Ayrıca, bu, kasılma paterninin izlenememesi ile birlikte morbid obezite gibi klinik olarak endike olduğunda bir İUBK'nin kullanılmasını veya anormal şekilde ilerleyen doğum sırasında oksitosinin titre edilmesi için İUBK'nin kullanılmasını engellemektedir (4). Özetle, klinik olarak endike olmadığı sürece doğumda İUBK'nin rutin kullanımı önerilmemektedir.

1.2.17. Doğum Sırasında Ultrason

Ultrason, kemik ve yumuşak doku yapılarını değerlendirmek için kullanılan güvenilir ve invaziv olmayan bir araçtır. Kadınlar, fetal ağırlığı tahmin etmek, plasenta pozisyonunu, sıvı hacmini ve fetoplamenta dolaşımının doppler ölçümlerini belirlemek için gebelikleri boyunca rutin ultrason görüntülemesine tabi tutulurlar (31). Son on yılda, doğumun ilerlemesine ilişkin daha doğru ve tekrarlanabilir bulgular sağlayarak doğum yönetimini iyileştirmek için giderek daha fazla kullanılır hale gelmiştir. Doğum sırasında yapılan ultrason kadınlar tarafından geleneksel vajinal muayene yönteminden daha iyi tolere edilmekte ve steriliteyi korurken servikal dilatasyonun, fetal baş pozisyonunun ve prezentasyonun belirlenmesi için doğumda yardımcı bir araç olarak kullanımı giderek daha fazla araştırılmaktadır (32). Enstrümental vajinal doğum öncesinde ultrason kullanımını değerlendiren bir sistematik derlemede, doğumdan önce ultrason uygulanmasının fetal baş pozisyonunun yanlış tanılanma riskini azalttığı ve bu durumun göreceli riskinin 0,16 olduğu bildirilmiştir (33). Özetle, doğumun normal olarak gelişen ilk evresinde ultrasonun rutin kullanımı önerilmemektedir.

1.2.18. Distosi

Omuz distosisi, perineal yırtıklar, doğum sonrası kanama, yenidoğan brakial pleksus yaralanması, yenidoğan asfiksi ve hatta perinatal ölüm dahil olmak üzere önemli maternal ve neonatal morbidite ile ilişkilidir (34). Ülke çapında bir nüfusa dayalı yapılan ve 800.484 Finlandiya doğumunun yer aldığı çalışmada, enstrümental vajinal doğum, herhangi bir türde maternal diyabet, BKİ ≥ 25 , yaş ≥ 40 yıl ve gebelik haftası ≥ 41 hafta olan gebelerin, 41 haftadan önce spontan doğum yapan diyabetsiz, obez olmayan ve daha genç kadınlarla karşılaştırıldığında daha yüksek omuz distosisi riski ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (35).

ACOG, doğum süresini kısaltmak amacıyla doğumun başlatıldığı veya hızlandırıldığı durumlarda amniyotomi; operatif doğum oranlarını azaltmaya yönelik olarak ise doğumun aktif yönetimi kapsamında düşük ya da yüksek doz oksitosin stratejilerini makul yaklaşımlar olarak önermektedir. Ayrıca, doğumun aktif fazının uzadığı olgularda ya da dışarıdan yapılan izleme uterin kasılmaların yeterliliği doğru şekilde değerlendirilemediğinde, membranları açık olan hastalarda intrauterin basınç kateteri (İUBK) kullanılması da önerilmektedir (5).

1.2.19. Transkutanöz Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS)

TENS, cilde yerleştirilen elektrotlar aracılığıyla elektriksel uyarılar gönderen ve analjezi için kullanılan bir yöntemdir. Doğum sırasında elektrotlar, uterus ve pelvik taban innervasyonundan sorumlu dermatomlara yerleştirilir. Daha önce belirtildiği gibi, TENS analjezi mekanizması, doğal bir analjezik görevi gören endorfin salınımıyla etki etmektedir. Bu durum, kalın periferik liflerin uyarılması ile merkezi sinir sisteminde ağırlı uyarıların engellendiği ve ağrıyı azalttığı Kapı Kontrol Teorisi ile açıklanabilmektedir (36). TENS, öncelikle kökenine (nosiseptif, nöropatik ve nosioplastik) veya ortamına (yatan hasta, ayaktan hasta ve palyatif) bakılmaksızın çeşitli ağrı tiplerinin semptomatik olarak giderilmesi için kullanılır (37). Literatürdeki çalışmalarda, TENS kullanımının doğum ağrısını azaltmada olumlu bir etkisi olduğu ve bunun bebeğe zararlı etki yaratmadan önerildiğini belirlemiştir (38-40). Bu çalışmalarda, gebenin

konforuna göre 15 dakikadan başlayarak yüksek veya düşük frekansta kullanılabilirdiği ifade edilmiştir (38,39).

1.2.20. Yoga

Yoga, fiziksel duruşları, meditasyon/gevşemeyi ve nefes alma tekniklerini birleştiren bir zihin-beden tıbbi şeklidir (41). Yoga egzersizi şu anda gebe kadınların sağlığını iyileştirmek için yaygın olarak kullanılmaktadır (42). İlaçların fetüse olası olumsuz etkisi nedeniyle, gebe kadınlar psikotrop ilaç kullanma konusunda isteksizdirler ve olumsuz duygularla başa çıkmalarına yardımcı olacak etkili, ilaç dışı bir yöntem olarak uygulanan popüler bir tamamlayıcı alternatif tıp ve terapi haline gelmiştir (42). Zhang ve Wang'ın (43) prenatal yoganın doğum ağrısına etkisini incelediği sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasına, 5 RKÇ ve toplam 581 kadın dahil edilmiş olup, yapılan analizler sonucunda yoganın doğum ağrısını önemli ölçüde azaltabileceği bulunmuştur.

Daniyati ve Mawaddeh'in (44) primigravida annelerde prenatal yoganın doğumun birinci evresinin süresi ve perineal rüptür üzerine etkisini inceledikleri çalışmada, prenatal yoganın doğumun birinci evresinin süresini kısalttığı ve perineal rüptür riskini azalttığı saptanmıştır. Mohyadin ve ark.'nın (45) gebelikte yoga yapmanın doğum evrelerinin uzunluğu, kaygı ve ağrı üzerindeki etkisini incelediği çalışmada, yoganın doğumun ilk evresinin süresini kısalttığı, kaygılarını ve ağrısını azalttığı gösterilmiştir.

1.2.21. Hipnoterapi

Amerikan Klinik Hipnoz Derneği'ne (American Society of Clinical Hypnosis) göre hipnoz, kişinin büyük ölçüde telkine yanıt verdiği içsel emilim, konsantrasyon ve odaklanmış dikkat durumu şeklinde tanımlanmaktadır (46). Hipnotik iletişim, hastanın bilincine rahatlama ve huzur verecek hisler ve imgeler yansıtmak için tasarlanmıştır. Hipnoz veya hipnotik iletişimde, kelimelerin yararlı veya olumsuz etkilerinin artırılabilmesine dair kanıtlar bulunmaktadır (47). Hipnozun tıbbi alanda kullanılmasının etkileri son derece geniş kapsamlıdır. Hipnoz, depresyon, anksiyete, tıbbi müdahalelerin ve ağrının endişeli beklentisi, uyku bozuklukları, obezite, mide bulantısı, kusma ve öz yeterlilik gibi diğer durumların tedavisinde ümit verici sonuçlar göstermiştir (48).

Doğum eylemi sırasında ağrı tedavisi için hipnoz kullanımının altında yatan temel teorik model; Dick-Read (49) tarafından tanımlanan korku-gerginlik-ağrı sendromu modelidir. Model, hipnozun kadınların doğum hakkındaki önceden var olan inançlarını değiştirmelerine yardımcı olabileceğini, bunun sonucunda artan özgüven, daha düşük kaygı, azalmış kas gerginliği ve nihayetinde azalmış ağrı ile sonuçlanabileceğini ileri sürmektedir. İngiliz bir doğum uzmanı ve doğal doğum savunucusu olan Grantly Dick-Read, hipnotik gevşemenin anne adaylarının yaşadığı panik ve ağrı seviyesini düşürebileceğine inanmaktaydı (50). Bu model, hipnozun ağrının duygusal bileşeni, yani ağrı yoğunluğu üzerinde doğrudan bir etkiye sahip olduğunu varsaymaktadır. Uygulanan çeşitli teknikler aracılığıyla gerçekleştirilen yeniden kalibrasyon süreci, ağrı eşiğinin yükselmesine olanak tanımakta ve bu durum daha düşük düzeyde ağrı algısına katkıda bulunmaktadır. Buna bağlı olarak, doğum sırasında farmakolojik analjeziklere duyulan gereksinimin azalması da olasıdır (48). Fernández-Gamero ve ark.'nın (49) hipnoterapinin korku, acı ve doğum deneyimi üzerindeki etkisini inceledikleri sistematik derlemede, hipnoterapinin doğum sırasında korku ve ağrıyı azaltmada faydalarının yanı sıra genel doğum deneyiminde de iyileştirmeyi desteklediğini göstermiştir.

1.2.22. Müzik Terapisi

Dünya Müzik Terapi Federasyonu, müzik terapisini, iletişimi, ilişkileri, öğrenmeyi, hareketi, ifadeyi, organizasyonu ve diğer ilgili terapötik hedefleri kolaylaştırmak ve geliştirmek için müzik

ve/veya müzik öğelerinin (ses, ritim, melodiler veya armoniler) kullanımı olarak tanımlar ve böylece fiziksel, duygusal, zihinsel, sosyal ve bilişsel ihtiyaçları çözmektedir (50). Hem tıp hem de müzik, insan durumunu iyileştirmek için kullanılabilir ve bunların birleşimi olarak literatürde geçen müzik terapisine, yani müzik yoluyla terapiye yol açmaktadır (50). Müziğin etkisi kesin olarak bilinmemekle birlikte rahatlama neden olması veya kişinin dikkatini acıdan uzaklaştırması nedeniyle etkili olduğuna inanılmaktadır. Müzik, kadınların yaşadığı acı verici uyarıları etkiler ve endorfin salgısını artırarak rahatlama sağlamaktadır (51). Müziğin acıyı doğrudan bastırmasının bir başka yolu da işitsel uyarılardır. Araştırmalar müziğin kaygıyı, ağrıyı ve kadınların doğum sırasındaki sorunlarını azalttığını göstermektedir (50,52).

Müzik terapisinin doğum ağrısı üzerindeki etkisine ilişkin elde edilen kanıtların, aktif fazda değerlendirilen hasta alt grubu dışında genel olarak düşük kalitede olduğu belirlenmiştir. Aktif fazda uygulanan müzik terapisine ilişkin kanıtlar ise orta düzeyde olarak değerlendirilmektedir (52). Benzer şekilde, doğum sırasındaki anksiyete üzerine etkisini inceleyen çalışmalarda da, aktif fazda müzik terapisini değerlendiren veriler orta düzeyde kanıt kalitesi sunmaktadır (52).

1.2.23. Masaj

Doğum sırasında artan kaygı, ağrı algısını güçlendirir, doğum süresini ve uterustaki kan akışını azaltan katekolamin salgılanmasını artırmaktadır. Bu durum, uterus kasılmalarını azaltmakta ve doğum süresini artırmaktadır (53). Katekolaminlerin salınımı daha fazla duygusal strese neden olur ve doğum sürecinde gecikmeye neden olur, bu da annelerden sezaryen talebini artırmaktadır (54). Masaj, ağrı uyarılarının beyne iletilmesini engellemek için vücudun bazı bölgelerine basınç uygulanması yoluyla çalışır ve dokuların kan akışını ve oksijenlenmesini iyileştirebilmektedir (55). Lai ve ark.'nın (56) prenatal masaj uygulamasının doğum sırasında analjezik kullanımı ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, prenatal masaj uygulamasının doğum sırasında farmakolojik ağrı kesici yöntemlerinin daha düşük kullanılmasını sağladığı belirlenmiştir. Winarni ve ark.'nın (57) doğum öncesi masajın doğumun birinci evresinin aktif fazında annenin ağrısının üzerine etkisini incelediği çalışmada, masajın şiddetli ağrıyı azaltmada etkin olduğu, aynı zamanda anneyi daha rahat ve sakin hale getirdiği bulunmuştur. Pawale ve Salunkhe'nin (58) üçüncü basamak sağlık merkezine kabul edilen primipar annelerde doğumun ilk evresinde sırt masajının ağrıyı hafifletmedeki etkinliğini inceledikleri çalışmada, primipar annelerde doğumun birinci evresinde sırt masajının rutin bakım uygulanan annelere göre ağrıyı azaltmada etkili olduğu saptanmıştır.

1.2.24. Akupunktur

Geleneksel Çin tıbbının bir alt dalı olan doğu tıbbi uygulaması olan akupunktur, 2000 yılı aşkın süredir bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır. Akupunktur, hastalığın fizyolojisini ve fizyolojik onarımı geliştirmek amacıyla tarihsel olarak sağlık alanının her alanında tercih edilmektedir. Akupunktur tedavisi, vücudun meridyen adı verilen yollardan geçtiğine inanılan enerjiyi ifade eden Qi'yi dengeleyen enerji yolları üzerindeki akupunktur noktalarına ince, steril iğnelerin sokulmasını içermektedir (59). Akupunkturun fiziksel dayanıklılığı geliştiren, duygusal alanı güçlendiren güvenli bir müdahale olduğu vurgulanmaktadır (60). Varsayılan nörofizyolojik mekanizmalar, çeşitli kortikal alanların ve inen inhibitör yolların aktivasyonunu kapsamaktadır (61). Lokugamage ve ark.'nın (61) doğumun normalleştirilmesi için doğum hazırlığı akupunkturunun etkinliğini inceledikleri çalışmada, akupunktur uygulanan kadınların daha fazla normal doğum yaptığı, daha az doğum sırasında analjeziye ihtiyaç duyduğu, doğumun başlatılmasında daha az bileşene ihtiyaç duyduğu ve hastanede kalış süresinin kısaltıldığı belirlenmiştir. Liu ve ark.'nın (62) yaptığı çalışmada, akupunktur ve akupunktur ile

birlikte uygulanan epidural doğum analjezinin benzer oranda doğum sırasında hissedilen ağrıyı azalttığı bulunmuştur.

1.2.25. Akupresür

Akupresür, Qi ve kan dolaşımını teşvik etmek veya herhangi bir durgunluk ve tıkanıklığı azaltmak amacıyla kullanılan Geleneksel Çin Tıbbının (GÇT) önemli tedavi yöntemidir. Bu teknik, Yin ve Yang'ı dengelemek ve optimal sağlık ve refahı yeniden sağlamak için iç organların ve meridyenlerin Qi'sinin etkilendiği spesifik bölgeler olan akupunktur noktalarının uyarılmasını içermektedir (63). Akupresür, parmak uçları, başparmaklar, eklemler veya uygun bir akupunktur aleti ile sabit ve sıkı bir basınç kullanılarak akupresür noktalarının uyarılmasına yönelik invazif olmayan bir yöntemdir. Akupresür, lisans gerektirmeden uygulanabilen, uygun maliyetli, basit ve güvenli bir yöntemdir ancak uygun uygulama için eğitim kursları tavsiye edilmektedir (63,64). Rohani ve ark.'nın (65) primipar kadınlarda neiguan noktası (P6) akupresürün anksiyete ve doğum ağrısının şiddeti üzerine etkisini incelediği çalışmada, primipar kadınlarda P6 noktasına yapılan akupresürün ağrı şiddetini ve anksiyeteyi azalttığı belirlenmiştir. Najafi ve Xiao-Nong'nun (63) yaptıkları meta-analiz çalışmada, LI4 ve SP6 en sık kullanılan akupresür noktaları olduğu, aktif ve geçiş fazında akupresür plaseboya kıyasla doğum ağrısını önemli ölçüde azalttığı ve ayrıca aktif ve geçiş fazında müdahalesiz gruptan daha üstün olduğu bulunmuştur. Türkmen ve Turfan'ın (66) SP6 noktasına uygulanan akupresürün doğum ağrısı ve doğum süresine etkisini incelediği randomize kontrollü çalışmada, SP6'da akupresür uygulamasının gebe kadınların doğum deneyimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğu ve SP6'da dokunmaya kıyasla doğum ağrısını azalttığı ve doğumun ilk aşamasının süresini kısalttığı belirlenmiştir.

1.2.26. Hidroterapi

Hidroterapi, doğumun birinci evresinde kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerden biridir. Hidroterapi, sıcak duş şeklinde uygulanabileceği gibi, suya daldırma, küvette sıcak, soğuk veya ılık banyo yapma veya jakuzide ılık suya daldırma gibi yöntemlerde de kullanılmaktadır (67). Doğum sırasında en az 20-30 dakika 37-38°C sıcaklıkta hidroterapi uygulamasının kan dolaşımını artırmakta, kas gevşemesini sağlamakta ve endorfin seviyelerini yükseltmekte, bunun sonucunda ağrıyı azaltmakta ve annenin doğum sürecinden duyduğu memnuniyeti artırmaktadır (68). Ayrıca doğumda hidroterapi kullanımı ile katekolamin üretimi ve analjezik kullanımı, operatif doğum riski ve anksiyete azaltılabilmektedir (69). Sistematik derlemeler ve meta-analiz çalışmaları, doğum eylemi ve doğumda hidroterapinin etkililiğine ilişkin kanıtları incelemiştir (66,67). Bu çalışmalar, hidroterapinin maternal ve neonatal etkileriyle ilgili birçok sonuçta istatistiksel olarak anlamlı bir heterojenlik (yüksek I² değeri) bulunduğunu (sonuçların birbirinden farklılık gösterdiği / tutarsız olduğu) bildirmektedir ve bu nedenle bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtmektedir (70,71).

1.2.27. Haptonomi

Dokunma yoluyla duygusal temasla ilgilenen bir alan olan haptonomi, ebeveynler ile doğmamış bebek arasındaki ilişkiyi tanımlamaktadır (72). Aynı zamanda annenin gebeliğe uyumu ve doğuma psikolojik hazırlığı haptonomi ile sağlanmaktadır (73). Yapılan bir çalışmada, haptonominin doğum korkusunu azaltabileceğini, anneyi depresyondan koruyabileceğini ve doğum öncesi bağlanmayı artırabileceğini göstermiştir (74). Alivand ve ark.'nın (75) bilişsel-davranışçı terapi ve haptonominin primigravida kadınlarda doğum korkusuna etkisini inceledikleri çalışmada, haptonomi uygulamasının doğum korkusunu azalttığı, vajinal doğum isteğinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

1.2.28. Bilinçli Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness)

Mindfulness, şimdiki ana yönelik amaçlı, bilinçli bir odaklanmadır. Uygulayıcılar kendilerine dair yeni bir bakış açısı geliştirmekte ve kendilerine yargılamadan nesnel bir şekilde bakmaktadırlar (76). Genel olarak, olumsuz duyguları azaltmaya yardımcı olan, yargılayıcı olmayan bir şekilde kendini keşfetme ve kendini kabul etme anlamına gelmektedir (76). Farkındalık temelli stres azaltma (MBSR), farkındalık temelli bilişsel terapi (MBCT) ve farkındalıkla ilgili davranışsal eğitim dahil olmak üzere yaygın olarak kullanılan terapilerin, özellikle doğum sürecinde anne adayının ağrısını ve doğum korkusunu olumlu etkilediğini belirten çalışmalar mevcuttur (77,78). Doğum ağrısını etkileyen faktörleri göz önünde bulundururken, yalnızca fizyolojik faktörleri değil aynı zamanda bilişsel, sosyal ve çevresel faktörleri de hesaba katmak önemlidir (78). Ek olarak, korku, kaygı ve öz yeterlilik (örneğin, doğum ağrısını başarılı bir şekilde yönetebilme yeteneğine olan inanç) gibi bilişsel faktörler, kadınların doğum ağrısına ilişkin algısını etkileyebilmektedir (78). Doğumun bilişselliğini zorlu ve tehdit edici bir olaydan üretken ve tatmin edici bir deneyime dönüştürmek, kadınların doğum ağrısıyla başa çıkmalarına yardımcı olacaktır (78). Wang ve ark.'nın (77) normal doğum sırasında doğum ağrısının yönetiminde zihin-beden müdahalelerinin etkinliğini inceledikleri sistematik derleme ve meta-analiz çalışmada, mindfulness büyük etki büyüklüğüyle doğum ağrısının yoğunluğunu hafifletme açısından önemli olumlu etki gösterdiği bulunmuştur. Oskoui ve ark.'nın (79) bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin primipar kadınların doğum deneyimine etkisini inceledikleri çalışmada, başlangıç puanı ve karıştırıcı değişkenlerin etkisi kontrol edildikten sonra doğumun birinci evresinde uygulanan bilinçli farkındalık temelli bilişsel terapinin doğum ağrısı ortalama puanı azalttığı belirlenmiştir.

2. Sonuç ve Öneriler

Mevcut derleme ile doğum eyleminin birinci evresinde kanıt temelli uygulamaların kullanımının doğum ağrısını, stresi ve korkuyu azalttığı ve böylece doğumun ilerlemesini olumlu etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte, güncel ve yüksek kanıt düzeyine sahip çalışmalara ve bu araştırma alanında yöntem ile protokollerin standardizasyonuna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu doğrultuda, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireleri ile ebeler gibi alanda aktif görev yapan sağlık profesyonellerinin, doğum yapan kadınlara yönelik kanıt temelli uygulamaların yaygınlaştırılmasına katkı sağlamaları önemlidir. Bilgi düzeyinin artırılması ve güvence altına alınması amacıyla, basit ve erişilebilir eğitim materyalleri (kitapçık veya broşür) hazırlanması, doğrudan eğitim faaliyetlerinin yürütülmesi, doğumun sağlıklı ve aktif ilerlemesini desteklemek üzere kanıt temelli uygulamaların önemini vurgulanması önerilmektedir. Ayrıca, bu profesyonellerin doğum bakımına yönelik strateji ve protokol geliştirme süreçlerinde aktif rol almaları ve yüksek düzeyde kanıt üretecek nitelikli araştırmalar yürütmeleri teşvik edilmelidir.

3. Alana Katkı

Bu derleme, doğum eyleminin birinci evresinde klinik uygulamalarda sıklıkla karşılaşılan müdahaleleri bilimsel temellere dayandırarak, kanıta dayalı yaklaşımların maternal ve fetal sağlığın korunmasındaki etkisini ortaya koymaktadır. Ayrıca, bu derlemede ele alınan kanıtlar, sağlık profesyonellerinin doğru zamanda ve uygun müdahaleleri seçmesine rehberlik ederek, komplikasyonların azaltılması ve doğum sürecinde etkin ve güvenli bakım sağlanması açısından yol gösterici niteliktedir.

Teşekkürler

Yok.

Çıkar Çatışması

Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Yazarlık Katkısı

Fikir/Kavram: ŞB, BK; Tasarım: ŞB, BK; Denetleme: ŞB, BK; Analiz/Yorum: ŞB, BK; Literatür Taraması: ŞB, BK; Makale Yazımı: ŞB, BK; Eleştirel İnceleme: ŞB, BK.

Finansal Destek

Araştırma için bütçe desteği alınmamıştır.

Kaynaklar

- nice.org.uk [Internet]. Recommendations first stage of labour; 2023 [cited 2024 July 10]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations#first-stage-of-labour>
- shgmkalitedb.saglik.gov.tr [Internet]. Güvenli doğum süreci uygulama rehberi; 2024 [cited 2024 July 15]. Available from: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/TR-56600/guvenli-dogum-sureci-uygulama-rehberi-yayinlandi.html>
- who.int [Internet]. Labour care guide: user's manual. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2024 July 05]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
- Alhafez L, Berghella V. Evidence-based labor management: first stage of labor (part 3). *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2020;2(4):100185.
- ACOG-American College of Obstetricians and Gynecologists. First and second stage labor management. *Obstet Gynecol*. 2024;143(1):144–62.
- Başgöl Ş, Koç, E. Non-pharmacological techniques in labor pain management. *JSHS*. 2020;5(1):1-5.
- Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;7(7):CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub6.
- tmftp.org [Internet]. travay ve doğum sırasında müdahalenin sınırlandırılmasına yönelik yaklaşımlar; 2019 [cited 2024 July 07]. Available from: <https://tmftp.org/kilavuz>
- Dhudasia MB, Flannery DD, Pfeifer MR, Puopolo KM. Updated Guidance: Prevention and management of perinatal Group B streptococcus infection. *Neoreviews*. 2021;22(3): e177-e188.
- Hasperhoven GF, Al-Nasiry S, Bekker V, Villamor E, Kramer BWW. Universal screening versus risk-based protocols for antibiotic prophylaxis during childbirth to prevent early-onset group B streptococcal disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2020;127(6):680-691
- who.int [Internet]. World Health Organization (WHO) recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience; 2018 [cited 2024 July 07]. Available from: <https://who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.Pdf>.
- Shaterian N, Pakzad R, Fekri SD, Abdi F, Shaterian N, Shojaee M. Labor Pain in different dilatations of the cervix and apgar scores affected by aromatherapy: A systematic review and meta-analysis. *Reprod Sci*. 2022;29(9):2488-504. DOI:10.1007/s43032-021-00666-4.
- Vanderlaan J, Hall P. Systematic review of case reports of poor neonatal outcomes with water immersion during labor and birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 2020;34(4):311-323.
- Burns, E., Feeley, C., Hall, P. J., & Vanderlaan, J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*, 2022;12(7):e056517.
- Cluett ER, Burns E, Cuthbert A. Immersion in water during labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD000111.
- Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD003934.
- Myers ER, Sanders GD, Coeytaux RR, McElligott KA, Moorman PG, Hicklin K, et al. Labor Dystocia. Agency for Healthcare Research and Quality (US). 2020;20-EHC007.
- Moncrieff G, Gyte GM, Dahlen HG, Thomson G, Singata-Madliki M, Clegg A, et al. Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2022;3(3):CD010088. DOI: 10.1002/14651858.CD010088.pub3.
- Grenvik JM, Coleman LA, Berghella V. Birthing balls to decrease labor pain and peanut balls to decrease length of labor: what is the evidence?. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228(5S):S1270-S1273.
- Delgado A, Katz L, Melo RS, Amorim M, Lemos A. Effectiveness of the peanut ball use for women with epidural analgesia in labour: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol*. 2022;42(5):726-33.
- Intan Navelia Z, Hanifa FN, Rusliani DM, Dewi NP, Hedayasari F. The effect of using peanut ball on the duration of first stage of labour: A systematic review. *Jurnal MID-Z*. 2024;7(1):55–61.
- Grenvik JM, Rosenthal E, Saccone G, Della Corte L, Quist-Nelson J, Gerkin RD, et al. Peanut ball for decreasing length of labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019;242:159-65.
- Mohaghegh Z, Abedi P, Faal S, Jahanfar S, Surdock A, Sharifipour F, et al. The effect of hyoscine n- butylbromide on labor progress: A systematic review. *BMC Preg Childb*. 2020;20(1):291. DOI: 10.1186/s12884-020-2832-3.
- Girault A, Goffinet F, Le Ray C. Reducing neonatal morbidity by discontinuing oxytocin during the active phase of first stage of labor: A multicenter randomized controlled trial STOPOXY. *BMC Preg Childb*. 2020;20(1):640.
- 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 Syst Rev*. 2013;(6):CD007123.
- Dombrovsky I, Roloff K, Okekpe CC, Stowe R, Valenzuela GJ. Patient pain and satisfaction with 10, 30, and 70 ml transcervical foley balloons for cervical ripening during induction of labor. *Cureus*. 2023;15(7):e41535.
- Upawi SN, Ahmad MF, Abu MA, Ahmad S. Amniotomy and early oxytocin infusion vs amniotomy and delayed oxytocin infusion for labour augmentation amongst nulliparous women at term: A randomised controlled trial. *Midw*. 2022;105:103238. DOI: 10.1016/j.midw.2021.103238.
- Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006794.
- Hautakangas T, Uotila J, Huhtala H, Palomäki O. Intrauterine versus external tocodynamometry in monitoring labour: A randomised controlled clinical trial. *BJOG*. 2020;127(13):1677-86.
- Bakker JJH, Janssen PF, van Halem K, Van der Goes BY, Papatsonis DN, van der Post JA, et al. Internal versus external tocodynamometry during induced or augmented labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(8):CD006947.
- Skinner SM, Giles-Clark HJ, Higgins C, Mol BW, Rolnik DL. Prognostic accuracy of ultrasound measures of fetal head descent to predict outcome of operative vaginal birth: a comparative systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(1):10-22.e10.
- Abramowicz JS, Basseal JM, Brezinka C, Dall'Asta A, Deng J, Harrison G, et al. ISUOG Safety Committee Position Statement on use of personal protective equipment and hazard mitigation in relation to SARS-CoV-2 for practitioners undertaking obstetric and gynecological ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2020;55(6):886-91.
- Mappa I, D'Antonio F, Ghi T, Rizzo G. Ultrasound before instrumental vaginal delivery: A useful tool to avoid misdiagnosis of fetal head position. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022;101(11):1342-43.

34. Mendez-Figueroa H, Hoffman MK, Grantz KL, Blackwell SC, Reddy UM, Chauhan SP. Shoulder dystocia and composite adverse outcomes for the maternal-neonatal dyad. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2021;3(4):100359.
35. Heinonen K, Saisto T, Gissler M, Kaijomaa M, Sarvilinna N. Rising trends in the incidence of shoulder dystocia and development of a novel shoulder dystocia risk score tool: a nationwide population-based study of 800 484 Finnish deliveries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(3):538-47.
36. Johnson MI. Resolving long-standing uncertainty about the clinical efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) to relieve pain: A comprehensive review of factors influencing outcome. *Medicina (Kaunas)*. 2021;57(4):378.
37. Sluka K, Walsh D. Transcutaneous electrical nerve stimulation and interferential therapy. In: Sluka KA, editors. *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. Philadelphia: IASP Press; 2016. p. 203–4.
38. Santana LS, Gallo RBS, Ferreira CHJ, Duarte G, Quintana SM, Marcolin AC. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) reduces pain and postpones the need for pharmacological analgesia during labour: A randomised trial. *J Physiother*. 2016;62(1):29-34.
39. Shahoei R, Shahghebi S, Rezaei M, Naqshbandi S. The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: a clinical trial. *Complement Ther Clin Pract*. 2017;28:176-80.
40. Korwisi B, Barke A, Kharko A, Bruhin C, Locher C, Koechlin H. Not really nice: a commentary on the recent version of NICE guidelines [NG193: chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain] by the Pain Net. *Pain Reports*. 2021;6(4):e961.
41. Yadav K, Yadav A, Singh S. Yoga and attention: A systematic review. *Yoga Mimamsa*. 2022;54(2):128-32.
42. Jarbou NS, Newell KA. Exercise and yoga during pregnancy and their impact on depression: a systematic literature review. *Arch Womens Ment Health*. 2022;25(3):539-59.
43. Zhang L, Wang S. The efficacy of prenatal yoga on labor pain: A systematic review and meta-analysis. *Altern Ther Health Med*. 2023;29(5):121-25.
44. Daniyati A, Mawaddah S. Effect of prenatal yoga on duration of the first stage of labor and perineal rupture in primigravida mothers. *Res J Life Sci*. 2021;8(1):34-9.
45. Mohyadin E, Ghorashi Z, Molamomanaei Z. The effect of practicing yoga during pregnancy on labor stages length, anxiety and pain: A randomized controlled trial. *J Complement Integr Med* 2020;18(2):413-17.
46. Gueguen J, Huas C, Orri M, Falissard B. Hypnosis for labour and childbirth: A meta-integration of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Clin Pract*. 2021;43:101380.
47. Dumont É, Ogez D, Nahas S, El-Baalbaki G. The use of hypnosis during the perinatal period: A systematic review. *Int J Clin Exp Hypn*. 2023;71(1):25-47.
48. Catsaros S, Wendland J. Psychological impact of hypnosis for pregnancy and childbirth: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*. 2023;50:101713.
49. Fernández-Gamero L, Reinoso-Cobo A, Ruiz-González MDC, Cortés-Martín J, Muñóz Sánchez I, Mellado-García E, et al. Impact of hypnotherapy on fear, pain, and the birth experience: A systematic review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(6):616.
50. Teckenberg-Jansson P, Turunen S, Pölkki T, Lauri-Haikala MJ, Lipsanen J, Henelius A, et al. Effects of live music therapy on heart rate variability and self-reported stress and anxiety among hospitalized pregnant women: A randomized controlled trial. *Nord J Music Ther*. 2019;28:7–26.
51. Hunter AR, Heiderscheit A, Galbally M, Gravina D, Mutwalli H, Himmerich H. The effects of music-based interventions for pain and anxiety management during vaginal labour and caesarean delivery: A systematic review and narrative synthesis of randomised controlled trials. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(23):7120.
52. Santiváñez-Acosta R, Tapia-López EdIN, Santero M. Music therapy in pain and anxiety management during labor: A systematic review and meta-analysis. *Medicina*. 2020;56(10):526.
53. Mgawadere F, Shuaibu U. Enablers and barriers to respectful maternity care in low and middle-income countries: a literature review of qualitative research. *Int J Clin Med*. 2021;12(5):224-49.
54. Kenkel W. Birth signalling hormones and the developmental consequences of caesarean delivery. *J Neuroendocrinol*. 2021;33(1):e12912.
55. Mujiyani SA, Latifah L. Pain management in the first stage of labour using sensory stimulation. *Br J Midwifery*. 2022;30(7):396-404.
56. Lai CY, Wong MKW, Tong WH, Lau KY, Chu SY, Tam AML, et al. The impact of antenatal massage practice on intrapartum massage application and their associations with the use of analgesics during labour: sub-analysis of a randomised control trial. *BMC Preg Childb*. 2022;22(1):420.
57. Winarni LM, Sari N. Does prenatal massage reduce severe pain of mother in active labour?. *Enferm Clin*. 2021;31:S436-S438.
58. Pawale MP, Salunkhe JA. Effectiveness of back massage on pain relief during first stage of labor in primi mothers admitted at a tertiary care center. *J Fam Med Prim Care*. 2020;9(12):5933-38.
59. Williams H, Sweet L, Graham K. Acupuncture during pregnancy and the perinatal period: women's attitudes, beliefs and practices. *Women Birth*. 2020;33(3):e286-e294.
60. Moon HY, Kim MR, Hwang DS, Jang JB, Lee J, Shin JS, et al. Safety of acupuncture during pregnancy: a retrospective cohort study in Korea. *BJOG*. 2019;126:1546-52.
61. Lokugamage AU, Eftime VAI, Porter D, Ahillan T, Ke SX. Birth preparation acupuncture for normalising birth: an analysis of NHS service routine data and proof of concept. *J Obstet Gynaecol* 2020;40(8):1096-101.
62. Liu M, Zhang Y, Jiang Y, Xu H, Lü A, Wang N. Effect of the acupuncture at acupoint combined with epidural labor analgesia on postpartum depression. *J Bengbu Med Coll*. 2022;47(5):603-7.
63. Najafi RH, Xiao-Nong F. The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract*. 2020;39:101126.
64. Xu MM, Tian Q, Yu L, Yang S, Liu YT, Yu SH, et al. The effectiveness of auricular acupressure on pain management during labor: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Jpn J Nurs Sci*. 2023;20(1):e12512.
65. Rohani T. The effect of Neiguan point (P6) acupressure on anxiety and intensity of labor pain in primiparous women. *J Pharm Negat Results*. 2022;13(4):2079-86.
66. Türkmen H, Çeber Turfan E. The effect of acupressure on labor pain and the duration of labor when applied to the SP6 point: randomized clinical trial. *Jpn J Nurs Sci*. 2020;17(1):e12256.
67. Ergin A, Aşçı Ö, Bal MD, Öztürk GG, Karacam Z. The use of hydrotherapy in the first stage of labour: a systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Pract*. 2024;30(1):e13192.
68. Koroglu S, Yıldız M. Effectiveness of hydrotherapy and balneotherapy for anxiety and depression symptoms: A meta-analysis. *Curr Psychol*. 2024;43:24193-24204. DOI: 10.1007/s12144-024-06062-w
69. Burns E, Feeley C, Hall PJ, Vanderlaan J. Systematic review and meta-analysis to examine intrapartum interventions, and maternal and neonatal outcomes following immersion in water during labour and waterbirth. *BMJ Open*. 2022;12(7):e056517.
70. Mellado-García E, Díaz-Rodríguez L, Cortes-Martin J, Sanchez-Garcia JC, Piqueras-Sola B, Higuero Macías JC, et al. Systematic reviews and synthesis without meta-analysis on hydrotherapy for pain control in labor. *Healthcare*. 2024;12(3):373.

71. Mellado-García E, Díaz-Rodríguez L, Cortés-Martín J, Sánchez-García JC, Piqueras-Sola B, Prieto Franganillo MM, et al. Hydrotherapy in pain management in pregnant women: A meta-analysis of randomized clinical trials. *J Clin Med*. 2024;13(11):3260.
72. Ozbek H, Pinar SE. The effect of haptonomy applied to pregnant women on perceived stress, fear of childbirth, and prenatal attachment: randomized controlled experimental study. *Curr Psychol*. 2023;42(27):23313-22.
73. Fernández Fernández-Arroyo M. Childbirth education: Comparative analysis. In: Jovandarić MZ, Milenković SJ, editors. *Childbirth*. London: IntechOpen; 2020. p. 137-44.
74. Klappers GA, Paarlberg KM, Vingerhoets AJJM. Does haptotherapy benefit mother-child bonding in women with high fear of childbirth? *Int J Haptonomy Haptotherapy*. 2018;3(1):1-7.
75. Alivand Z, Nourizadeh R, Hakimi S, Esmaeilpour K, Mehrabi E. The effect of cognitive-behavioral therapy and haptonomy on fear of childbirth in primigravida women: a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*. 2023;23:929.
76. Bremer B, Wu Q, Mora Álvarez MG, Hölzel BK, Wilhelm M, Hell E, et al. Mindfulness meditation increases default mode, salience, and central executive network connectivity. *Sci Rep*. 2022;12(1):13219.
77. Wang R, Lu J, Chow KM. Effectiveness of mind-body interventions in labour pain management during normal delivery: A systematic review and meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2024;104858.
78. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA, McDonald S. The nature of labour pain: An updated review of the literature. *Women Birth*. 2019;32:28-38.
79. Oskoui BS, Mehrabi E, Nourizadeh R, Esmaeilpour K. The effect of mindfulness-based counseling on the childbirth experience of primiparous women: A randomized controlled clinical trial. *BMC Preg Childb*. 2023;23(1):274.