



T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**OTURMA POZİSYONUNUN
DOĞUM EYLEMİ SÜRECİNE ETKİSİ**

HİLAL GÜVERİ

0000-0002-9400-682X

EBELİK ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

SİVAS

MART/2024

T.C
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENTİTÜSÜ

**OTURMA POZİSYONUNUN
DOĞUM EYLEMİ SÜRECİNE ETKİSİ**

HİLAL GÜVERİ

EBELİK ANA BİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

DOÇ. DR. MİNE BEKAR

SİVAS

MART/2024



Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 2023 tarihli ve 2/9 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

Oturma Pozisyonunun Doğum Eylemi Sürecine Etkisi

Hilal GÜVERİ

Doktora Tezi, Ebelik Ana Bilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Mine BEKAR

2024, xv , 92 sayfa

Bu araştırma oturma pozisyonunun doğum eylemi sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Randomize kontrollü deneysel araştırma tipinde olan araştırma Sivas Numune Hastanesi Doğum salonunda gerçekleştirilmiştir. Güç analizi kullanılarak hesaplanan örnekleme, dikey pozisyon (deney grubu-primipar), dikey pozisyon (deney grubu- multipar), hastane prosedürü (kontrol grubu-primipar), hastane prosedürü (kontrol grubu- multipar) gruplarında örnek sayısı n: 40 olmak üzere 4 grup için toplam 160 gebe oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Ön Değerlendirme Formu”, “Kişisel Bilgi Formu”, “Partograf Formu”, “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu, “Apgar Skoru” ve “Visuel Analog Skala (VAS)” ile toplanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı ve sözlü onam veren deney grubundaki gebelere oturma pozisyonu, kontrol grubundaki gebelere ise hastane prosedürü (1. evrede supine, 2. ve 3. evrede litotomi pozisyon) uygulanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, One-Way ANOVA testi, Independent Sample t testi, Ki-kare testi, kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel anlamlılık 0.05 önem düzeyinde incelenmiş olup SPSS 23.0 versiyonundan yararlanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, deney grubundaki gebelerin kontrol grubundaki gebelere oranla servikal dilatasyonları 4 ve 8 cm de iken uygulanan VAS puan ortalamalarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Deney grubundaki gebelerin epizyotomi oranlarının daha düşük düzeyde olduğu ve doğum eyleminin birinci, ikinci, üçüncü evre ve toplam

doğum sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Deney grubundaki annelerin doğum pozisyonundan memnun olma durumunun daha yüksek olduğu ve kanama miktarının daha az olduğu tespit edilmiş ($p<0,05$).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; gebelere perinatal dönemde, travay süresince ve doğumda farklı öğretim materyalleri (poster veya broşür) dahil olmak üzere kullanılabilecek pozisyonlar hakkında bilgi verilmesi ve farkındalıklarının geliştirilmesi, ebelerin oturma pozisyonlarını uygulayabilmeleri için örgün ve hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi, doğum salonlarının fizik ve malzeme açısından oturma pozisyonunun uygunlanabileceği biçimde düzenlenmesi ve bu konuda kanıta dayalı çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, Doğum Süresi, Kanama, Ağrı, Doğum Eylemi, Oturma Pozisyonu, Apgar Skoru, Ebe

ABSTRACT

The Effect Of Sitting Position On The Labor Process

Hilal GUVERİ

Doctoral Thesis, Department of Midwifery

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Mine BEKAR

2024, xv, 92 page

This research was conducted to determine the effect of sitting position on the labor process. The research, which is a randomized controlled experimental research type, was carried out in the Birth Room of Sivas Numune Hospital. The sample calculated using power analysis was divided into 4 groups: vertical position (experimental group-primiparous), vertical position (experimental group-multiparous), hospital procedure (control group-primiparous), hospital procedure (control group-multiparous) groups, with the number of samples n: 40. A total of 160 pregnant women were included in the group.

The data of the study were collected with the "Preliminary Evaluation Form", "Personal Information Form", "Partograph Form", "Labor Evaluation Form", "Apgar Score" and "Visual Analog Scale (VAS)", which were created by the researchers in line with the literature knowledge. The pregnant women in the experimental group, who gave written and verbal consent to participate in the research, were applied to the sitting position, and the pregnant women in the control group were applied the hospital procedure (supine position in the 1st stage, lithotomy position in the 2nd and 3rd stages). One-Way ANOVA test, Independent Sample t test, Chi-square test were used to evaluate the data obtained from the research. In evaluating the data, statistical significance was examined at the 0.05 significance level and SPSS 23.0 version was used.

According to the results obtained from the research, it was determined that the average VAS scores of the pregnant women in the experimental group, applied when their cervical dilatations were 4 and 8 cm, were lower than the pregnant women in the control group ($p < 0.05$). It was determined that the episiotomy rates of the pregnant women in the experimental group were lower and the first, second, third stages of labor and total birth times were shorter. It

was determined that the mothers in the experimental group were more satisfied with the birth position and the amount of bleeding was less ($p<0.05$).

In line with the results obtained from the research; Providing pregnant women with information about the positions that can be used during the perinatal period, during labor and birth, including different teaching materials (posters or brochures) and improving their awareness, supporting midwives with formal and in-service training so that they can apply the sitting positions, ensuring that the birth rooms are designed in such a way that the seating position can be adapted in terms of physics and materials. It is recommended to organize and conduct evidence-based studies on this subject.

Key Words: Pregnant, Labor Duration, Bleeding, Pain, Labor, Sitting Position, Apgar Score, Midwife

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
ÇİZELGELER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin tanımı ve önemi.....	1
1.2.Araştırmanın amacı	4
1.3.Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Doğum Eylemi.....	5
2.2. Doğum Eyleminin Evreleri	5
2.2.1. Birinci evre	5
2.2.1.1 Latent faz.....	6
2.2.1.2 Aktif faz	6
2.2.1.3. Geçiş fazı	6
2.2.1.4. Doğumun Birinci Evresinin Yönetimi.....	6
2.2.2. İkinci Evre	7
2.2.2.1 İkinci Evrenin Yönetimi.....	7
2.2.3. Üçüncü evre	8
2.2.3.1.Üçüncü Evrenin Yönetimi.....	8
2.2.3.1.1. Doğumun Üçüncü Evresinin Fizyolojik (Müdahalesiz) Yönetimi	8
2.2.3.1.2. Doğumun Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi	8
2.2.3.1.3. Doğumun Üçüncü Evresinin Karma Yönetimi	9
2.2.4. Dördüncü evre	9

2.2.4.1. Dördüncü Evrenin Yönetimi	10
2.3. Doğumun Eyleminde Kullanılan Pozisyonlar ve Faydaları	10
2.3.1. Ayakta Durma ve Yürüme	11
2.3.2. Yan Pozisyonlar	12
2.3.3. Oturma Pozisyonları.....	13
2.3.4. Yarı Oturma Pozisyonu.....	14
2.3.5. El-Diz ve Diz- Göğüs Pozisyonu	15
2.3.6. Çömelme Pozisyonları.....	15
2.3.7 Litotomi Pozisyonu.....	16
2.4. Dikey ve Yatay Pozisyonlarının Maternal ve Fetal Sağlığa Etkilerinin Karşılaştırılması.....	17
2.5. Epizyotomi ve Perineal Travma	19
2.6. Postpartum Kanamalar (PPK)	19
2.7. Partograf Kullanımı	20
2.8. Yenidoğanlarda Apgar Skoru	20
2.9. Normal Vajinal Doğum Eyleminde Pozisyonların Kullanımında Ebelik Uygulamaları	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli.....	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı	24
3.3.Araştırmanın Evreni	24
3.4. Araştırmanın Örneklemi.....	25
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	25
3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları	26
3.7.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	26
3.7.1. Bağımsız Değişkenler.....	26
3.7.2.Bağımlı Değişkenler.....	26
3.8.Verİ Toplama Araçları.....	26
3.8.1. Ön değerlendirme formu (Ek 1)	27

3.8.2. Kişisel bilgi formu (Ek 2)	27
3.8.3. Partograf Formu (Ek 3).....	27
3.8.4. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (Ek 4).....	27
3.8.5. APGAR Skoru (Ek 5)	28
3.8.6. Visuel Analog Skala (VAS) (Ek 6).....	29
3.9.Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.10.Araştırmanın Uygulanması.....	29
3.10.1. Deney Grubu	30
3.10.2. Kontrol Grubu	31
4. BULGULAR.....	34
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	53
6.1. Sonuçlar.....	53
6.2. Öneriler.....	54
7. KAYNAKÇA.....	55

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge1: DikeyveYatayPozisyonların Karşılaştırması.....	18
Çizelge 2: APGAR Kriterleri ve Puanlama.....	28
Çizelge 3: Araştırma Uygulamasının Akış Şeması	32



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 2: Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Ağrı Durumlarının Karşılaştırması.....	36
Tablo 3: Gebelerin Partografıta Yer Alan FKA ve Membran Ruptürü Bilgilerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 4: Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Servikal Dilatasyon Seviyelerinin Dağılımı	38
Tablo 5: Doğum Eylemi Sürecinde Yenidoğanların Baş İniş Seviyelerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	39
Tablo 6: Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Kontraksiyon Sürelerinin Dağılımı	41
Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Doğum Eylemi Sürecinin Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması	43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1-2. Doğumun Birinci ve İkinci Evresinde Kullanılan Pozisyonlar ..	11
Şekil 3. Ayakta Durma	12
Şekil 4-5-6 . Yan pozisyonlar	13
Şekil 7-8-9. Oturma pozisyonları.....	14
Şekil 10-11. Yarı Oturma pozisyonu.....	14
Şekil 12-13. El Diz Pozisyonu.....	15
Şekil 14. Diz Göğüs Pozisyonu	15
Şekil 15.-16. Çömelme pozisyonları	16
Şekil 17. Litotomi Pozisyonu	17
Şekil 18. CONSORT Diyagram.....	33

KISALTMALAR DİZİNİ

Dünya Sağlık Örgütü (**DSÖ**)

Sağlık Bakanlığı (**S.B.**)

Normal Vajinal Doğum (**NVD**)

Beden Kitle Endeksi (**BKİ**)

Visuel Analog Skala (**VAS**)

Elektronik Fetal Monitörizasyon (**EFM**)

Dissemine İntravasküler Koagülasyon (**DIK**)

Postpartum Kanama (**PPK**)

Non-Stres Test (**NST**)

Fetak Kalp Atımı (**FKA**)

1.GİRİŞ

1.1. Problemin tanımı ve önemi

Evrensel ve aynı zamanda bireysel bir deneyim olan doğum eylemi süreci kadının hayatında yaşadığı önemli olaylardan biridir (Nilsson ve ark., 2013). Kadın için heyecan verici ve kaygı uyandıran karmaşık bir durumdur. Kadınlar kısa bir süre içinde, özellikle doğumun ikinci evresinde, yaşamlarındaki en önemli değişikliklerden birini yaşarlar (Santhi ve ark., 2012; Thies-Lagergren, 2013; Mohan ve Varghese, 2021). Kadınların doğumlarını deneyimleme biçimlerinin hem kendi sağlıkları hem de aileleri için kısa ve uzun vadeli etkileri vardır. Olumlu bir deneyim, kadınların başarı duygusuna, benlik saygısına, yeterlilik ve esenlik duygularına katkıda bulunur. Anne-bebek bağlanmasını geliştirir. Olumsuz bir doğum deneyimi ise kadınların duygusal refahını ciddi şekilde etkiler (Nieuwenhuijze ve ark., 2013).

Doğum eyleminde kadının pozisyonu fetusün doğum kanalından geçişini, doğumun seyrini, anne ve yenidoğan sonuçlarını etkilemektedir (Barasinski ve ark., 2018; Zang ve ark., 2020). Normal vajinal doğum sırasında daha rahat olmak ve doğum sürecine yardımcı olmak için anne tarafından çeşitli pozisyonlar alınabilir. Seçilen pozisyonlar, doğumun ikinci evresinde izleme ve müdahale gibi faktörlerden çok etkilenebilir (Borges ve ark., 2021). Doğum eylemi sürecindeki alternatif pozisyonlarda en uygun olanların; kan damarları üzerine basınç yapmayan, hareketi kısıtlanmayan, pelvisin tam olarak mobil olduğu, bedenin yer çekimi ile uyumlu çalışabildiği pozisyonlar olduğu vurgulanmaktadır (Bodner-Adler ve ark., 2003; Elvander ve ark., 2015; Valiani ve ark., 2016; Karaman ve Yıldız, 2018; Pehlivan ve Bozkurt, 2020). Oturma, diz çökme, el-diz, çömelme ve ayakta durma gibi dikey pozisyonların, pelvik çıkışın mümkün olduğu kadar geniş açılması (%1 oranında), fetus pozisyonunun iyileştirilmesi ve fetusün aşağı hareket etmesine yardımcı olmak için yerçekimi kuvveti sağlaması, anneye güvenli ve sürecin kontrolünde olduğu hissini vermesi, en önemlisi de maternal-fetal yaralanma riskini azaltması gibi faydalı etkileri bulunmaktadır (Lilford ve ark., 1989; Gupta ve Hofmeyr, 2004; Thies-Lagergren ve ark., 2013; Zhang ve ark., 2016; Moraloğlu ve ark., 2017; Khan ve ark., 2021; Shedmake ve Wakode, 2021).

Litotomi pozisyonu pratikte yaygın olarak kullanılmaktadır (Gupta ve ark., 2017; Moraloğlu ve ark., 2017; Dabral, ve ark., 2018; Khan ve ark., 2021). Yapılan araştırmalarda fizyolojik olarak, sırtüstü litotomi pozisyonunun büyük abdominal damarların sıkışması, daha zayıf uterus kontraksiyonları, artan enstrümantal doğumlar, artan doğum ağrısı, uzamış doğum süresi, düzensiz fetal kalp hızı paternleri ve intrauterin hipoksi ile ilişkili olduğu gözlemlenmiştir (Gupta ve Hofmeyr, 2004; Jahanfar, 2004; Ganapathy, 2012; Zaibunnisa ve ark., 2015). Bu nedenle birçok uluslararası kuruluşlar tarafından doğum eyleminde sırt üstü olmayan pozisyonlar daha fazla önerilmektedir (National Institute for Health and Care Excellence, 2017; Queensland Health, 2018; Royal College of Midwives, 2018; DSÖ, 2020). Ancak fetal izlem, invaziv işlemler, vajinal muayeneler, intravenöz tedavilerin uygulanması gibi işlemler sırasında kolaylık sağlaması nedeniyle doğumun daha çok sırtüstü, litotomi veya yarı yatar pozisyonda yaptırılması tercih edilmektedir (Gupta ve Hofmeyr, 2004; Gizzo ve ark., 2014; Jenkinson ve ark., 2014; Moraloğlu ve ark., 2017).

Oturma pozisyonu diğer dikey pozisyonlara oranla gebelerin daha az ağrı hissetmesi, doğum sürecini kolaylaştırması, gebenin daha rahat olması, ıkınma sürecini daha kolay gerçekleştirmeleri sebebiyle daha kullanışlıdır (Ganapathy, 2012; Ahmed ve ark. 2012; Borges ve ark., 2021). Oturma pozisyonu, doğum sandalyesinde oturma, sallanma ya da tuvalette oturma şeklinde de kullanılabilir (Mongan, 2012; Rathfish, 2012). Oturma pozisyonlarının maternal ve fetal sağlık üzerine olumlu etkileri araştırmalarla ortaya konmuştur (Gizzo ve ark., 2014; Gupta ve ark., 2017; Fitriani ve ark., 2018; Purnama ve ark., 2018; Stefanovic ve ark., 2019; Khan ve ark., 2021). Yapılan araştırmalarda oturma pozisyonunun sezaryen oranlarını azalttığına vurgu yapılmıştır (Akın, 2011; Gizzo ve ark., 2014; Khan ve ark., 2021). Oturma pozisyonu vena cava inferiora olan baskıyı azaltıp uterus ile pelvis arasındaki pozisyonu iyileştirerek fetal ilerlemeyi kolaylaştırır. Böylece doğum eyleminin ikinci evre süresini kısaltmaktadır (Jahanfar ve ark., 2004; Thies-Lagergren ve ark., 2013; Gizzo ve ark., 2014; Elvander ve ark., 2015; Valiani ve ark., 2016; Purnama ve ark., 2018; Stefanovic ve ark., 2019; Pehlivan ve Bozkurt, 2020; Khan ve ark., 2021). Oturma pozisyonunun etkileri arasında uterus kontraksiyonlarının daha güçlü ve etkili olmasına bağlı oksitosin gereksinimini azaltması, her bir kontraksiyon ile fetusun serviks üzerinde yaptığı bası ile servikal dilatasyonun daha hızlı olmasını sağlamaktadır (Bodner-Adler ve ark., 2003; Elvander

ve ark., 2015; Valiani ve ark., 2016; Pehlivan ve Bozkurt, 2020). Aynı zamanda uterusu yeterli kan akımını sağlayarak plasental perfüzyonu iyileştirir böylece neonatal asfiksi riski azaltmaktadır (Zhang ve ark., 2016; Zang ve ark., 2020). Oturma pozisyonu kadınların kendi bedenlerinde kontrol duygusunu artırarak pozitif doğum deneyimi sağlamaktadır (De Jonge ve ark., 2008; Thies-Lagergren ve ark., 2013; Deliktaş, 2016; Purnama ve ark., 2018; Pehlivan ve Bozkurt, 2020). Ayrıca epizyotomi ihtiyacını azaltmakta ve plasentanın spontan bir şekilde atılmasını sağlamaktadır (Chen ve ark., 1987; Bodner-Adler ve ark., 2003; Jahanfar ve ark., 2004; Layer, 2011; Elvander ve ark., 2015; Stefanovic ve ark., 2019). Buna karşın oturma pozisyonun perineal travma riskini artırdığı (Schirmer ve ark., 2011; Stefanovic ve ark., 2019) ve bununla birlikte postpartum kanama ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Gupta ve Hofmeyr, 2004; Jahanfar ve ark., 2004; Thies-Lagergren ve ark., 2013).

Doğum eylemi boyunca kadına verilen ebelik bakımının amacı maternal, fetal ve neonatal sağlık durumunun geliştirilmesidir. Bu bakım uygulamalarından biri de anne pozisyonuna yönelik destekleyici bir ortamın oluşturulmasıdır (Zileni ve ark., 2017; Mirzakhani ve ark., 2020). Doğum eyleminde pozisyon uygulama ebelerin bağımsız olarak karar verebileceği ve uygulayabileceği bir girişimdir (Prabhakar ve ark., 2015). Annelerin zihinsel ve fiziksel desteğe ihtiyaç duymaları ve doğum sürecinde ebeler tarafından pozisyon değişikliğine teşvik edilmeleri bu evreyi kısaltmada önemli rol oynamakta, düşük maliyet etkinliği ve basitliği nedeniyle sezaryen vakalarının azalmasına yol açmaktadır (Valiani ve ark., 2016). Doğum sırasında dikey pozisyonlar, spontan ıkınmaya, daha etkili kontraksiyonlara, daha kısa bir ikinci doğum aşamasına, daha az müdahaleye izin vererek, doğum yapan kadına fayda sağlayabileceği ve kadınların doğum ağrısını daha kolay kontrol altına almaları nedeniyle önerilmektedir (Gardosi ve ark., 1989, de Jong ve ark., 1997, Bodner-Adler ve ark., 2003; Gupta ve Hofmeyr, 2004; De Jonge ve ark., 2008). Literatürde, doğum sürecinin tüm aşamalarında oturma pozisyonunun kullanıldığı araştırmaların kısıtlı sayıda olduğu görülmektedir. Bu araştırma oturma pozisyonunun doğum eylemi sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2.Araştırmanın amacı

Bu araştırma oturma pozisyonunun doğum eylemi sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Hipotezleri

H 1: Oturma pozisyonunun yenidoğan apgar skoruna etkisi vardır.

H 2: Oturma pozisyonunun perineal travma üzerine etkisi vardır.

H 3: Oturma pozisyonunun ağrı düzeyine etkisi vardır.

H 4: Oturma pozisyonunun doğum eyleminin birinci evre süresine etkisi vardır.

H 5: Oturma pozisyonunun doğum eyleminin ikinci evre süresine etkisi vardır.

H 6: Oturma pozisyonunun doğum eyleminin üçüncü evre süresine etkisi vardır.

H 7: Oturma pozisyonunun doğumda kaybedilen kanama miktarına etkisi vardır.

H 8: Oturma pozisyonunun doğumda anne memnuniyetine etkisi vardır

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Kadınların fiziksel, sosyal ve emosyonel durumunu etkileyen yaşam deneyimlerinden biri olan doğum eylemi, son menstrual periyoddan 40 hafta sonra, uterus kontraksiyonları ile fetüs, plasenta ve zarların doğum kanalı yoluyla uterustan dışarı atıldığı, ortalama 250-500 ml kanın kaybedildiği bir dizi olaydır (Üst, 2016; Taşkın, 2020; Mohan ve Varghese, 2021). Doğumu yaklaşan kadında genellikle şu belirtiler görülür;

- Fetus pelvis içinde aşağı hareket ettikçe pelviste ve alt sırtta ağrı
- Mide bulantısı / ishal
- Düzenli / düzensiz kontraksiyonlar
- Servikal tıkaçın (nişan) atılması; çoğunlukla berrak veya hafif kanlı
- Vajinal akıntıda artış
- Amniyon kesesinin spontan olarak açılması ve kokusuz, berrak bir suyun gelişi söz konusudur (Charles, 2018; Karakaya ve Koç., 2022).

Doğumun başlama belirtileri görüldükten sonra, kadın birbirini takip eden evrelerin olduğu bir sürece girer (Charles, 2018).

2.2. Doğum Eyleminin Evreleri

Doğum eylemi dört aşamada gerçekleşir.

2.2.1. Birinci evre

Dünya Sağlık Örgütü (2018) son zamanlarda doğumun ilk aşamasını serviksin tam açılmasına kadar düzenli ağrılı uterus kontraksiyonları ile karakterize edilen süre olarak. Dilatasyon evresi olarak bilinir ve servikal dilatasyon 10 cm olunca sona erer (Arslan, 2012). Nullipar kadınlarda bu evre yaklaşık olarak 6-18 saat, multipar kadınlarda ise 2-10 saat kadar sürer (Akman, 2005; Bal ve Yılmaz, 2017). Doğumun birinci evresi doğum eyleminin 2. ve 3. evresinden daha uzundur. Kontraksiyonlar gittikçe kuvvetlenir ve daha ağrılı hale gelir. Serviks, orta, anterior konumda, yumuşak ve incelmıştır (Akin, 2011; Mohan ve Varghese, 2021). Doğum eyleminin birinci evresi de kendi içinde üç evreye ayrılmaktadır.

2.2.1.1 Latent faz

Düzenli kontraksiyonların varlığı ile başlar ve dilatasyon 4 cm olduğunda sonlanır. Uterin kontraksiyonlar 5-30 dakika ara ile gelip 10-30 saniye sürer. Latent fazda servikste ki değişiklikler yavaştır, serviks daha elastik ve yumuşak hale gelir. Bu faz nulliparlarda ortalama 8 saat, multiparlarda ise ortalama 5 saat sürer. Normal latent faz nulliparlarda 20 saati, multiparlarda 14 saati aşmaz. Latent fazda kontraksiyonların şiddeti hafif olduğu için kadın ağrı ile baş edebilir. İletişim kurabilir (Akın, 2011; Bal ve Yılmaz, 2017).

2.2.1.2 Aktif faz

Servikal açıklık 4 cm olduğunda başlar, 8 cm'e ulaştığında biter. Bu fazda kontraksiyonların süresi, sıklığı ve şiddeti artar. Kontraksiyonlar 5 dk'dan daha az aralıklarla gelir ve ortalama 40 saniye sürer. Bu faz nulliparlarda ortalama 5,5 saat, multiparlarda ise 2,5 saat sürer. Normal aktif faz nulliparlarda 12 saati, multiparlarda ise 6 saati aşmaz. Servikal dilatasyonun latent ve erken aktif fazında fetal iniş azdır (Akın, 2011; Bal ve Yılmaz, 2017).

2.2.1.3. Geçiş fazı

Birinci evrenin en son ve en kısa aşamasıdır. Servikal dilatasyon tamamlanır. Fetüs hızla aşağıya iner (Akın, 2011). Doğumun ilk evresinin sonuna doğru kontraksiyonların süresi daha uzun ve sık aralıklıdır. Serviks tam dilatasyona (10 cm) yaklaştığında ve kontraksiyonlar en üst düzeyde olduğunda kadınların çoğunda ıkınma hissi olabilir (Charles, 2018).

2.2.1.4. Doğumun Birinci Evresinin Yönetimi

DSÖ, pozitif doğum deneyimi için intrapartum bakım önerileri rehberinde düşük riskli gebelerde, doğumun birinci evresinde hareket etmesinin desteklenmesi, gebenin cesaretlendirilmesi ve dik pozisyon önermektedir (DSÖ, 2018). Bu evrede ebeler, servikal dilatasyonun ve efasmanın yavaş olması, fetal kalp atımının (FKA) bozulması, amniyotik mayinin mekonyumlu olması veya fetal başın pelvise girmemesi gibi riskli olabilecek durumlara karşı dikkatli olmalı ve partograf eşiliğinde normalden sapmaları belirleyebilmelidir (Bal ve Yılmaz, 2017). Doğumun ilk evresinde ağrı öncelikle servikal dilatasyondan ve ikincil olarak uterus kontraksiyonlarının kendisinden kaynaklanır ve gebeler ağrıyla baş edebilir düzeydedir. Aktif fazda doğumun ilerleyişini

değerlendirmek için, kontraksiyonların sıklığına ve süresine bakılması ve kadının sözel ya da sözel olmayan tepkilerinin gözlenmesi gerekir. Geçiş evresi çok ağrılı ve çok stresli olabilir. Gebeler yorgun, endişeli ve huzursuz olabilir. Rektuma olan basınç hissi yoğun olabilir. Birkaç kontraksiyon ile sonlanabilir (Akın, 2011; Bal ve Yılmaz, 2017; Aktaş ve ark., 2021; Mohan ve Varghese, 2021). Doğum sürecinde kadının ağrısının değerlendirilmesi ve ölçülmesi kadının yardıma ihtiyacının belirlenmesi açısından önemlidir (Jones ve ark. 2015). Ağrı davranışının yorumlanması ağrısı olan kişi ile ağrıyı değerlendiren kişinin sosyal ve kültürel değerlerine bağlıdır. Visuel Analog Skala (VAS) doğum ağrısını değerlendirmek için hem klinikte hem de araştırmalarda kullanılmaktadır (Whitburn ve ark. 2018). Doğum sürecinde ağrıyı azaltan, gevşemeyi artıran, kullanılabilirliği, kabul edilebilirliği, riskleri ve faydaları olan birçok nonfarmakolojik yöntem vardır. Bunlar akupunktur, hipnobirthing, yoga, hidroterapi, Transkütan Elektriksel Sinir Uyarımı (TENS), masaj, solunum, gevşeme ve hareket ve pozisyon değişiklikleri gibi teknikler içermektedir (Priddis ve ark., 2011; Binici, 2022).

2.2.2. İkinci Evre

Serviksin tam dilate (10 cm) olduğu birinci evrenin sonunda başlar ve bebeğin doğumu ile sonlanır. Bu dönem nullipar kadınlarda ortalama 30 dakika-3 saat ve multipar kadınlarda ise 5-30 dakika arasında sürer (Yılmaz, 2017; DSÖ, 2018). Uterin kontraksiyonlar ve eşlik eden itici güç en az 1,5 dakika sürebilir ve 1 dakikayı geçmeyen aralıklarla tekrarlar. Bu evrede fetüs perineye ulaşana kadar doğum kanalından inişine devam eder ve fetus başının duruş şekli, kemik yapısı ve baş büyüklüğü vajinal kanaldan geçişi bu süreyi etkileyen faktörlerdir. Fetus bu seviyeyi, çenesini göğsüne doğru iyice yaklaştırarak geçmeyi başarır. Bu evrede Ferguson refleksi uyarılır ve ıkınma hissi kendiliğinden gelişir (NICE, 2014; Aktan, 2015; Yılmaz, 2017). İkinci evrenin nullipar kadınlarda 3 saat, multipar kadınlarda 2 saati aşarsa “uzamış ikinci evreden” bahsedilir (S.B., 2015).

2.2.2.1 İkinci Evrenin Yönetimi

Doğumun ikinci aşamasındaki ağrı, pelvik basıncın ve çevreleyen yapıların distansiyonundan kaynaklanır (Pilewska-Kozak ve ark., 2017). Doğum eylemi sürecinde ağrının anne ve fetus üzerinde birtakım etkileri mevcuttur. Ağrı şiddeti arttıkça kadınlarda aralıklı olarak hiperventilasyon gözlemlenebilir. Bu durum maternal ve fetal hipoksemiye sebep olur. Doğum sırasındaki ağrı, kaygı ve stres, katekolamin ve

kortizol seviyesinin dolaşımında yükselmesine, bu da; uterin hipoksi, kalp debisi, kan basıncında ve ağrı yoğunluğunda artışa sebep olur (Binici; 2022; Dağlar ve Aydemir, 2011; Lindholm ve Hildingsson 2015; Ak ve ark, 2019; Sood ve Sood, 2020).

2.2.3. Üçüncü evre

Fetusun doğumundan hemen sonra başlar ve plasenta ile membranların ayrılmasını ve atılmasını kapsar. Plasentanın uterin duvardan ayrılması, kılcal damarlarda kanama ve kontraksiyonlar bu evrenin en önemli özelliğidir. Bebeğin doğumundan yaklaşık 3-5 dakika sonra başlayan kontraksiyonlar, yaklaşık her 2-2,5 dakikada bir gelir. Uterus tamamen boşaldıktan sonra boş uterusun sert şekilde ele gelmesi ve kontrakte olması sürecin normal seyrinde ilerlediğinin belirtisidir. Bu evre doğum sayısı fark etmeksizin 5-10 dakika sürmekte ve 30 dakika içinde tamamlanması beklenmektedir. 30 dakikayı aştığında müdahale edilmektedir (Selman ve Johnston, 2013; Yılmaz, 2017). Plasental doğum uterus duvarından ayrılma durumuna bağlı olarak, duncan ve schultze tipi olmak üzere iki farklı şekilde gerçekleşir. Plasentanın maternal yüz ile doğmasına duncan tipi ayrılma, fetal yüz ile doğmasına ise schultze tipi ayrılma denir (Rathfisch, 2015; Yılmaz, 2017).

2.2.3.1.Üçüncü Evrenin Yönetimi

Doğumun 3. evresinde gerçekleşen olayların yeterince anlaşılması, ayrıca plasental ayrılmanın mekanizmasının bilinmesi, bu evredeki komplikasyonları ve patolojik sonuçları anlama açısından önemlidir (Ayata, 2014). Doğumun üçüncü aşaması, Aktif Yönetim, Fizyolojik Yönetim ve Karma Yönetim olmak üzere üç şekildedir (Kılıçer, 2018; Begley ve ark., 2019).

2.2.3.1.1. Doğumun Üçüncü Evresinin Fizyolojik (Müdahalesiz) Yönetimi

Anne ve bebeğin sağlık durumu açısından vital bulguları kontrol edilir. Proflaktik oksitosik ajan verilmez. Umbilikal kord pulsasyon kesilene kadar klemplenmez ve kesilmez. Kanama açısından kontroller yapılır. Plasentanın doğumunun, kordon traksiyonundan ziyade maternal efor ve yerçekimi sayesinde gerçekleşmesi beklenir (Ayata, 2014; Kılıçer, 2018; Güner ve Ertem, 2018).

2.2.3.1.2. Doğumun Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi

Aktif yönetimin amacı: pospartum kanamaya müdahale ederek kanama miktarını azaltmaktır. Aktif yönetimde bebeğin doğumundan sonraki 2 dakika içinde

uterin kontraksiyonları indüklemek için proflaktik uterotonik ajanların kullanılır (Oksitosin). Plasental ayrılmayı hızlandırmak için, kordon hızla kesilir ve klemplenir. Kontrollü umbilikal kord traksiyonu uygulanır ve plasenta doğurtulur. Plasentanın doğumundan sonra uterus masajı uygulanır (Ayata, 2014; Kılıçer, 2018). Birçok uluslararası kuruluş, resüsitasyon gerektirmeyen yenidoğanlarda umbilikal kordon en az 30 saniye geç klemplenmesini önermektedir (ACNM, 2014; Türk Neonatoloji Derneği, 2021; DSÖ, 2018; ACOG, 2017). Geç kordon klempleme plasenta tranfüzyonuna yönelik kolaylık sağlamaktadır. Böylece kan hacminde % 30'luk bir artma sağlanarak hemoglobin ve hematokrit seviyelerinde de artma meydana gelir (Güner ve Ertem, 2018). Kordon erken klemplenmesi durumunda ise kan, uterus tarafından sıkıştırılan plasenta içinde hapsolür. Bu da myometriumun kasılma ve kısalma yeteneğini azaltarak daha fazla kanamaya neden olur. Ancak bu kanamayla arkasında hematoma oluşan plasentanın ayrışması da hızlanır (Khan and El-Refaey, 2006). Temel yenidoğan bakımını başlatırken, geç kord klempleme doğumdan sonra 1-3 dk sonra, erken kord klempleme ise doğumdan sonraki 1 dk içinde yapılır (Kızılkaya ve Yılmaz, 2019).

2.2.3.1.3. Doğumun Üçüncü Evresinin Karma Yönetimi

Karma yönetimde aktif yönetimde yapılan uygulamaların hepsini olmasa da bir kısmını kullanır (Begley ve ark., 2019). İki şekilde uygulanabilmektedir.

- Erken dönemde uterotonik ajanlar uygulanır, atım durduktan sonra kord klemplenir ve kontrollü kord traksiyonu uygulanır.
- Atım durana kadar uterotonik ajanların kullanımı ertelenir atım durduktan sonra kord klemplenir ve kontrollü kord traksiyonu uygulanır (Rabe ve ark., 2004; McDonald ve ark., 2013).

2.2.4. Dördüncü evre

Plasentanın doğumundan sonraki 1-4 saatlik zaman dilimini içerir. Bu süre bazen 4 saate kadar uzayabilir. Erken postpartum iyileşme dönemi olarak da adlandırılır. Bu, doğrudan büyük uterus damarlarına baskı uygulanmasını ve lümenlerinin trombozunu sağlar. Bu nedenle, ciddi postpartum kanama önlenir. Bu evrede uterus tonüsü ile kanama kontrol altına alınır ve anne-bebek bağlanması gerçekleşir (Akın, 2011; Cohen ve Friedman 2011; Aktan, 2015; Taşkın 2020). Bu evre fetüs ve anne için hayati önemi olan bir evredir. Annede başta üreme sistemi olmak üzere annenin bütün sistemi gebelik

öncesi döneme dönmeye ve stabilize olmaya başlar. Eş zamanlı olarak fetüste intrauterin hayattan ekstrauterin hayata geçiş yaptığından adaptasyonu bu evrede görülmektedir. Bu evrede anne ve yenidoğan bağlanması, iletişimi ve emzirmenin erkenden sağlanması çok önemlidir (Cohen ve Friedman 2011; Yılmaz, 2017).

2.2.4.1. Dördüncü Evrenin Yönetimi

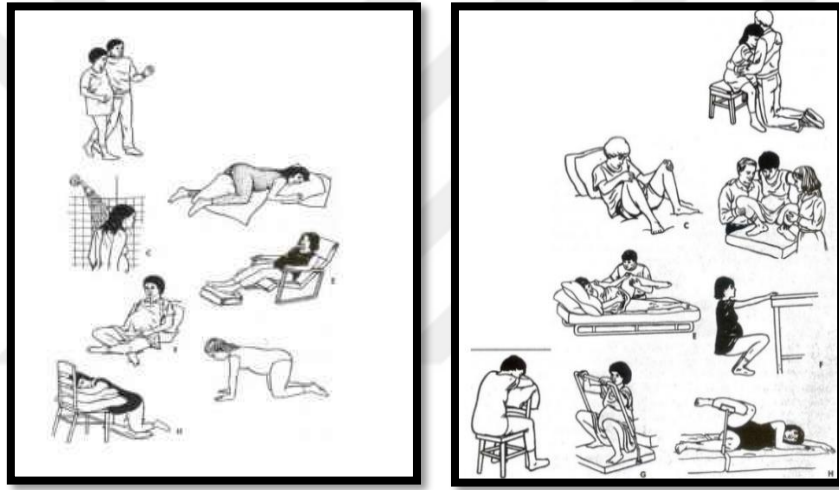
Bu evre de artık plasantanın doğumu tamamlanmış kadın lohusalık sürecine ilk adımını atmıştır (Charles, 2018). Doğum sonu dönemde yaşam bulgularının değerlendirilmesi hayati öneme sahiptir (Bal, 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı, doğum sonu ilk 1-2 saat içerisinde yaşam bulgularının 15 dakikada bir, 2.-4. saatler arası 30 dakikada bir, 4.-6. saatler arası saatte bir ölçülmesi ve değerlendirmesi gerektiğini belirtmiştir (S.B., 2018). Plasantanın doğumunu izleyen saatler kritiktir. Doğum sonu ilk saatlerde kanama riskini artıran nedenler belirlenirken altta yatan duruma yönelik takip, uygulanan kanıta dayalı müdahaleler ve bakım, maternal mortaliteyi önemli ölçüde azaltmaya yardımcı olmaktadır Ayrıca bebeğin doğumdan sonra, anne-bebek ilişkisinin kurulması yönünden ten tene temasın sağlanması ve emzirmenin sürdürülmesi oldukça önemlidir (Kaya ve Sezer, 2017; Işık ve ark., 2020; Charles, 2018).

2.3. Doğumun Eyleminde Kullanılan Pozisyonlar ve Faydaları

Doğum yapan kadınlar kendi tercihlerine bırakıldığında genellikle en rahat oldukları ve kontrolü sağlayabilecekleri pozisyonları seçerler. Kadının pozisyon değiştirmesi, fetusün doğum kanalından geçmesi için önem arz etmektedir (Lawrance ve ark., 2013). Doğumun birinci evresinde uygulanan hareket ve pozisyon değişimi uygulamaları non-farmakolojik metodlarda relaksasyon tekniği olarak belirtilmektedir (Priddis ve ark. 2011). Genellikle dikey pozisyonlar oturma, çömelme, diz çökme, el diz pozisyonu ve ayakta durmayı içerir. Sırtüstü, litotomi ve lateral pozisyonlar ise yatay pozisyonlar olarak kabul edilir (Lawrence ve ark., 2013; Huang ve ark., 2019).

İntrapartum süreci anne ve bebek hayatı için kritik öneme sahiptir. Çünkü intrapartum komplikasyonların oluşması hem anne hem de bebek için mortalite ve ciddi morbidite riskini artırmaktadır (Yıldız, 2019). Doğum eylemi sürecindeki alternatif pozisyonlarda en uygun olanların; kan damarları üzerine basınç yapmayan, hareketi kısıtlanmayan, pelvisin tam olarak mobil olduğu, bedenin yer çekimi ile uyumlu çalışabildiği pozisyonlar olduğu vurgulanmaktadır (Lawrence ve ark., 2013; Karaman

ve Yıldız, 2018; Karakaya ve Koç, 2022). Dikey pozisyonda doğum süreci hızlanmakta ve fetüsün oksijenasyonu artmaktadır. Uterus kontraksiyonlarını daha güçlü ve etkili yapmakta ve sırt ağrısını azaltmaktadır. Fetüsün pelvis kavitesine inişi ile pelvis zeminde bulunan reseptörleri oksitosin hormonunun salınımını uyarak uterus kontraksiyonlarının daha güçlü olmasını sağlamakta ve annelerin spontan ıkınmasını sağlamaktadır. Yerçekiminin etkisi ile fetal başın pelvis girimine girişi kolaylaşmakta ve perinedeki dokular genişleyip bebeğin çıkan başı çevresinde geriye doğru sıyrıldığı için epizyotomi ihtiyacını azaltmaktadır (Thies-Lagergren ve ark., 2011; Layer, 2011; Mathew ve ark., 2012; Gupta ve Hofmeyr, 2004; Kırcan, 2013; Rathfisch, 2012). Şekil 1 ve 2 'de Doğum Eyleminde Kullanılan Pozisyonlar görülmektedir.



Şekil 1-2. Doğum Eyleminde Kullanılan Pozisyonlar (Gilbert ve Harmon, 2011)

2.3.1. Ayakta Durma ve Yürüme

Ayakta durma pozisyonunda omuzlar ve kalçalar birbirine paralel ve omurga düzdür. Pozisyonda bacaklar ile ayaklar arasında 90 ° lik açı olmalıdır (Deliktaş, 2016). Kontraksiyonların daha etkili olmasını ve ağrının daha az hissedilmesini sağlar. Fetusun pelvis kemiğin açısıyla uyumlu pozisyonu almasına yardımcı olur. Ayakta durmak pelvis kemiklerinin açılmasına olanak verir, sırt ağrılarını azaltır, esnemeye veya etrafta dolaşmaya izin verir (Mongan 2012; Rathfisch, 2012). Kontraksiyonlar arasında yer çekiminin avantajı vardır (Kömürcü ve Ergin 2008). Yürüme, yerçekiminden yararlanarak prezente olan kısmın pelvise inmesini ve birçok kadının rahatsızlık düzeyinin azalmasını sağlar, travay süresini kısaltır, fetal kalp hızındaki yavaşlamaları

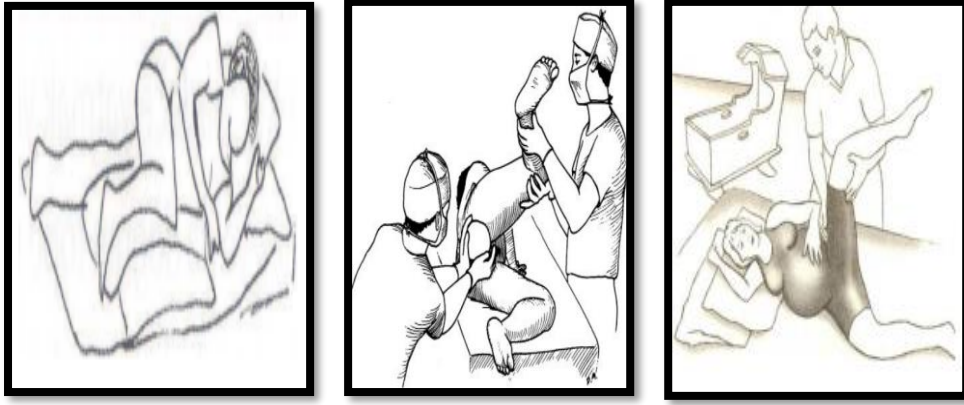
azaltır ve sırt ağrılarını hafifletir (Gilbert ve Harmon 2002). Şekil 3’ de Ayakta durma pozisyonu görülmektedir.



Şekil 3. Ayakta Durma (Kömürcü ve Ergin, 2008)

2.3.2. Yan Pozisyonlar

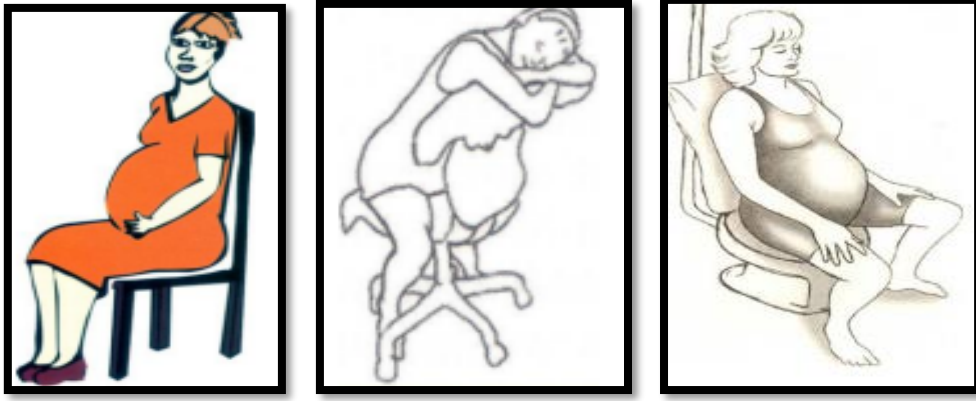
Yan pozisyonlar çok iyi bir dinlenme pozisyonu olup birçok girişim için uygundur. Bu pozisyon hem spontan doğum hem de müdahaleli doğumlarda kullanılmaktadır (Gupta ve ark., 2017). Tuşe, EFM ve bölgesel anestezi gibi girişimleri kullanmanın kolay olduğu bir pozisyonudur (Kömürcü ve Ergin, 2008). Bebeğin doğumu için öncelikle serviks açıklığının gerçekleştiği süreç içinde yan pozisyonda iki bacak arasında yer alan yastık kaldırılır. Üstte yer alan bacak bebeğin vajinadan çıkışını engellemeyecek şekilde hafifçe kaldırılır. Bebeğin aşağı inişi tamamlanana kadar kadın isterse bacaklarını yastıklar üzerinde uzatıp öylece kalabilir (Rahtfisch, 2018). Yan yatış pozisyonunda; yerçekimi etkisi azalmakta, alternatif yürüme pozisyonlarına göre doğum süreci uzayabilmekte, kadın kendini pasif hissedebilmektedir (Kömürcü ve Ergin, 2008). Fransız ebeler, kadın doğumun ikinci evresindeyken yan doğumu tercih etmektedir (Satone ve Tayade, 2023).). Şekil 4-5-6 ‘ da Yan pozisyonlar görülmektedir.



Şekil 4-5-6. Yan pozisyonlar (Rathfisch, 2012; Reid ve Harris,1988; Mongan, 2016).

2.3.3. Oturma Pozisyonları

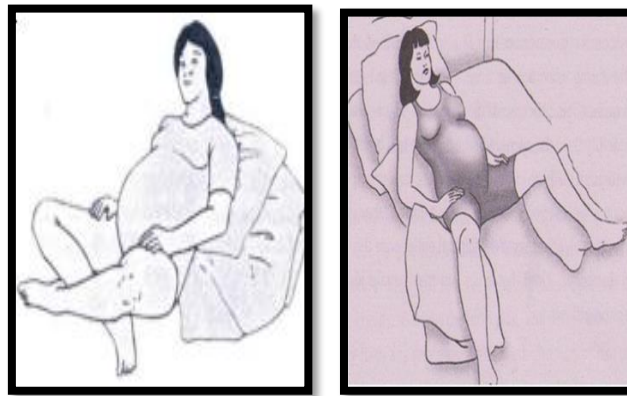
Oturma pozisyonları, yarı oturma ve dik oturmayı içerir; yarı oturur durumda, kadın gövdesiyle yatağa 45° 'den daha büyük bir açı yapacak şekilde oturur; dik oturur pozisyonda kadınlar bir yatak, sandalye veya alet üzerinde dik oturur (Huang ve ark., 2019; Jiragna ve ark., 2020). EFM ile kullanılabilir. Perinenin gevşemesine yardımcı olur (Rathfisch, 2012). Bu pozisyon annelerde bel ağrısı problemine neden olan oksiput posterior pozisyonda olan fetuslar içinde iyidir (Balaskas 2010). Doğum koltuğu, doğumun ikinci evresinde kadınların dikey pozisyonunu korumasını kolaylaştırabilir (Thies-Lagergren ve ark., 2013). Dik oturma pozisyonları öncelikle doğum kanalının açılmasını sağlar ve doğum yolunu kısaltır. Ayrıca, kontraksiyonlar arasında kadının arkasındaki destek veya kişiye doğru yaslanmasına izin vererek, kadının kendini güvende ve emniyette hissetmesini sağlar (Rahtfisch, 2018). Doğum fizyolojisine uygulanan yerçekimi fetüsü doğrudan etkiler. Fetüs, vajinal kanal boyunca hareket eder; dolayısıyla iç ve dış güçlerden etkilenir (Schirmer ve ark., 2011). Şekil 7-8-9'da Oturma pozisyonları görülmektedir.



Şekil 7-8-9. Oturma pozisyonları (Kömürcü ve Ergin, 2008; Rathfisch, 2012)

2.3.4. Yarı Oturma Pozisyonu

Yarı oturma pozisyonunda sadece sakrum kemiğinin üzerinde oturulur (Mongan 2012). Yatağın başını yastıklar ile destekleyerek 30-45° bir açığa getirilir (Kömürcü ve Ergin 2008; Rathfisch, 2012). Pozisyonun rahat ve dinlendirici olması, hastane yataklarında kolaylıkla uygulanabilir olması, doğumu sürecinin gözlemlemesinin kolay olması ve pelvik bölgeyi genişletmesi ve esnetmesi açısından avantajlıdır (Mongan, 2012). Bebeği aşağı inerken çok sık kullanılan ve derin gevşeme halini muhafaza etmeye yardımcı olur. Bu pozisyon, daha sıklıkla fetusun rahat ve kolay bir şekilde ilerlediği zamanlarda kullanılmaktadır. Bu pozisyonu çömelme pozisyonuna dönüştürmek kolay olmaktadır. Bu pozisyon pelvik bölgeyi genişletir ve esnetir (Rathfisch 2012; Mongan., 2016). Şekil 10-11’de Yarı oturma pozisyonu görülmektedir.



Şekil 10-11. Yarı Oturma (Kömürcü ve Ergin, 2008; Mongan, 2016)

2.3.5. El-Diz ve Diz- Göğüs Pozisyonu

El diz pozisyonu dört ayak duruşu olarak da isimlendirilebilir. Fetusun doğum kanalına en uygun pozisyonda yerleşmesini sağlar (Aydın, 2018). Bu pozisyonların avantajları; oksiput posterior pozisyonda olan fetusun rotasyonunu kolaylaştırır. Koksiks serbest bir şekilde hareket edebilmekte ve pelvis çıkımının açısı artmaktadır. Ayrıca, pozisyon iri bebeklerin doğumu için en uygun pozisyonudur (England ve Horowitz 2011; Kömürcü ve Ergin, 2008). Hızlı doğumlarda aşırı bel ve sırt ağrısında etkili bir pozisyonudur. Pozisyon, fetal başın bel bölgesinden uzaklaştırarak hissedilen ağrıyı azaltır (Mongan, 2012). Ayrıca hemoroide olan basıları azaltmakta, epizyotomi ve laserasyonları önlemektedir. Bu pozisyonların dezavantajı ise sağlık profesyoneli ile gebenin göz iletişimin sürdürülmesini engellemesi ve gebenin el bileklerine baskı yapması nedeniyle yorucu olabilmektedir (Kömürcü ve Ergin 2008; Aydın, 2018; Rathfisch, 2012). Şekil 12-13'te El-Diz pozisyonu, Şekil 14'te Diz-Göğüs pozisyonu görülmektedir.



Şekil 12-13. El Diz Pozisyonu

Şekil 14. Diz Göğüs Pozisyonu (Mongan, 2016)

2.3.6. Çömelme Pozisyonları

Çömelme pozisyonu, dizlerin belirgin şekilde büküldüğü, kadının ağırlığının esas olarak ayaklarında olduğu bir pozisyonudur ve şempanzelerin dinlenme şekline benzemektedir. Bu pozisyon, bebeğin doğumu için en uygun pozisyonlardan biridir (Satone ve Tayade, 2023; Huang ve ark., 2019). Pelvis kemiğinin dış açıklığı çömelme sırasında 0.5-1 cm kadar genişlemektedir (Rahtfisch, 2018). Pelvis genişledikçe fetusun bu pozisyonda aşağı doğru ilerlemesini teşvik eder (Satone ve Tayade, 2023). Bu pozisyon vajinal açıklığı genişletir, yerçekiminden yararlanmayı sağlar, doğumun ikinci

aşamasının süresini kısaltır, ağrıyı azaltır ve algılanan ıkınma hissini güçlendirir (Rahtfisch, 2018; Satone ve Tayade, 2023). Çömelme esnasında eğer kapı kolu, yatak kenarları ya da destek kişiye tutunulduğunda kontraksiyonlar süresince çömelme pozisyonunda kalınabilir. (Rahtfisch, 2018; Balaskas, 2011). Gebenin bu pozisyonu uzun süre korumadaki zorluğu ve gebenin dizlerine ve sırtına çok fazla baskı yapabileceği için kolay değildir (Huang ve ark., 2019; Satone ve Tayade, 2023). Şekil 15 ve 16’te Çömelme pozisyonları görülmektedir.



Şekil 15.-16. Çömelme pozisyonları (Mongan, 2016)

2.3.7 Litotomi Pozisyonu

Litotomi pozisyonunda kadın sırt üstü yatar, bacakları bükülmez, ayakları yüzeyde düz durmaz, üzengilere veya düz bacak desteklerine konur. Litotomi pozisyonu ebe ve doğum uzmanlarına doğumun ilerlemesini izleme ve gerektiğinde uygulamalı manevralar yapma konusunda kolaylık sağlamaktadır (Huang ve ark., 2019). Sırtüstü pozisyon doğum anında etkisi çok az olan bir pozisyonudur ve bu pozisyonunda doğum yapan bir kadın doğumun ikinci aşamasında daha fazla ağrı yaşamaktadır. Litotomi pozisyonu alternatif doğum pozisyonlarıyla karşılaştırıldığında kontraksiyon sırasında yaşanan ağrı, epizyotomi ve perineal laserasyon oranı, forsepsle doğum ve sezaryen doğum ihtimali artmaktadır (Mongan 2012, Zaibunnisa ve ark., 2015; Rahtfisch, 2018; Satone ve Tayade, 2023). Şekil 17’ te Litotomi pozisyonu görülmektedir.



Şekil 17. Litotomi Pozisyonu (Aristazabal, 2019).

2.4. Dikey ve Yatay Pozisyonlarının Maternal ve Fetal Sağlığa Etkilerinin Karşılaştırılması

Doğum, bir kadın ve ailesi için önemli ve unutulmaz bir yaşam olayıdır. Kadınların doğum deneyimlerinin hem kendileri hem de bebekleri için sağlıkları üzerinde kısa ve uzun vadeli etkileri vardır (Healy ve ark., 2020). DSÖ tarafından belirtildiği gibi, tüm gebeler için birincil sonuç 'olumlu bir doğum deneyimi' yaşamaktır. Bu, nazik, yetkin doğum bakımı uzmanları tarafından sağlanan bakımın sürekliliği ile elverişli, güvenli bir ortamda sağlıklı bir bebek doğurmayı içerir (DSÖ, 2018). Doğum sırasındaki belirli anne pozisyonları, optimal anne ve yenidoğan sonuçlarını teşvik etmede potansiyel faydalara sahiptir (Rajput ve Jaiswal, 2021).

Dikey Doğum Pozisyonu	Yatay Doğum Pozisyonu
• Dikey pozisyonunda doğumun ikinci evre süresi kısaldır (De jonge ve ark., 2010; Edqvist ve ark., 2018; (Gupta ve ark., 2017; Fu ve ark., 2023). • Toplam doğum süresi kısaldır (Desseauve ve ark. 2017; Gupta ve ark. 2017; Berta ve ark. 2019). • Uterusun daha güçlü ve verimli bir şekilde kasılmasını destekler, • Pelvis çıkım alanı genişler böylece fetus daha hızlı geçebilir. • Perineal travma daha azdır (Gupta ve ark., 2017; Rocha ve ark., 2020; Desseauve ve ark. 2017). • Annenin aortunu sıkıştırma riski daha azdır, bu sebeple fetal oksijenasyon daha iyi sağlanır (Schmidt ve ark., 2001; Desseauve ve ark. 2017; Gizzo, 2016). • Epizyotomi ihtimali daha azdır (Edqvist ve ark., 2016; Diorgu ve ark. 2016). • Kontrol duygusu ve memnuniyet artar (Robert ve ark.,2005; Thies-Lagergren ve ark. 2013; Hacıvelioğlu, 2021). • Hissedilen ağrı azalır (Moraloğlu ve ark., 2016). • Doğum eyleminin üçüncü evre süresi kısaldır (Hassan 2016; Karaman 2017; Emam ve Al-Zahrani 2018).	• Yatay pozisyon doğumun ikinci evre süresi uzatır (England ve Horowitz, 2011; Balaskas, 2011). • Sırtüstü litotomi pozisyonu büyük abdominal damarların sıkışmasına neden olur, • Uterus kontraksiyonları daha zayıf olur (England ve Horowitz, 2011, Balaskas 2011, Gilbert ve Harmon 2002). • Enstrümantal doğumlar artar, • Doğum ağrısı artar (England ve Horowitz 2011; Huang ve ark. 2019). • Sezaryen ihtimali artar (Robert ve ark.,2005; Khan ve ark., 2021). • Yatay pozisyon fetusun pelvik kaviteden inişini yavaşlatır (England ve Horowitz 2011; Balaskas 2011; Satone Ve Tayade , 2023). • İntrauterin hipoksiyi etkiler (England ve Horowitz 2011; Satone ve Tayade , 2023). • Epizyotomi ve perineal laserasyon ihtimali artar (Al-Azzawi 2007; Mongan 2012, Rathfisch 2012; Bayes ve White, 2011) • Anal sfinkter yaralanmaları artar (Elvander ve ark., 2015). • Yatay pozisyon sağlık personelinin doğumun ilerlemesini izleme ve gerektiğinde uygulamalı manevralar yapma konusunda kolaylık sağlar (Gupta ve Hofmeyr, 2004; Jahanfar, 2004; Huang ve ark., 2019). • Doğum sonu kanama daha azdır (Rezaie ve ark., 2020).

Çizelge 1. Dikey ve Yatay Pozisyonların Karşılaştırılması

2.5. Epizyotomi ve Perineal Travma

Perineal travmaları önlemek ve doğumu kolaylaştırmak amacıyla klinik uygulamaya girmiş olan epizyotomi uygulaması, vajinal açıklığı genişleterek doğumu kolaylaştırmak, amacı ile bulbo-cavernos kasına yapılan kontrollü cerrahi bir insizyon olarak tanımlanır (Aydın, 2018; Teixeira ve ark., 2022). Perine bölgesi hassas bir bölgedir ve bu bölgedeki kaslar oturma, yürüme, ayakta durma, çömelme, eğilme, idrar ve dışkı yapma gibi birçok işlevsellikten dolayı çok fazla rahatsızlığa sebep olmaktadır (Aydın, 2018). Perineal travma, doğum sırasında kadınların %30-80'inde meydana gelen çok yaygın bir olaydır ve kısa ve uzun vadeli morbidite ile ilişkilidir. Perineal travmanın dereceleri; birinci derece (försset, perine derisi ve vajinal mukus membranını içeren), ikinci derece (perineal bölgedeki fasya ve kasları içeren), üçüncü derece (anal sfinkteri içeren) ve dördüncü derece (rektal mukaozanın tamamının zarar görmesi) olarak derecelendirilebilir (Zare ve ark., 2014; Erbaba ve Pınar, 2016; Venugopal ve ark., 2022)

Normal vajinal doğum yapan kadınlarda rutin ya da genelde epizyotomi kullanımı önerilmemektedir (DSÖ, 2018). Doğumda perineal yaralanmaların; kanama, enfeksiyon, dikiş atılması, idrar ve dışkı kaçırma, ağrılı cinsel ilişki, kalıcı perineal ağrı dahil olmak üzere kısa veya uzun süreli etkileri olabilmektedir (Zare ve ark., 2014). Ebeler doğumun ikinci aşamasında perine ve genital sistemdeki hasarları ortadan kaldırmak için çeşitli tekniklere başvurumaktadırlar. Gebelik döneminde kegel egzersizleri yapılması için desleklenmelidir. Rutin epizyotomi uygulamayan hastaneler araştırılmalı bu hastanelerin tercihi konusunda yardımcı olunmalıdır Kayganlaştırıcı ile perine masajı, sıcak uygulama, spontan (açık glottis) ıkınma gibi teknikler uygulanabilir. Gebelere farklı doğum pozisyonları anlatılmalı ve uygulanabilmesi için cesaretlendirilmelidir. (Zare ve ark., 2014; Aydın, 2018; Aktuna ve ark., 2019; Acavut ve Güvenç, 2020).

2.6. Postpartum Kanamalar (PPK)

DSÖ postpartum kanamayı doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde, 500 ml ve üzeri kan kaybı olarak tanımlamıştır (DSÖ, 2012). Doğum sonu kanamalar kontrol altına alınmazsa sepsis, Dissemine İntravasküler Koagülasyon (DIK), hemorajik şok ve ani ölüm gelişebilir. Kanamanın özelliği bize kaynağı hakkında ipucu verebilir. Koyu hızlı ve sürekli kanama daha çok venöz orjinli olup uterus atonisini göstergesiyken, parlak

renkli kanamalar arteriyel olup genital laserasyona işaret edebilir. Pıhtılı kanama ise plasentanın tam ayrılmadığını gösterebilir (Corbetta-Rastelli ve ark., 2023; Taşkın, 2020). PPK' yı etkileyen 4 ana sebep vardır. "4 T" bulgusu olarak adlandırılan bu sebepler; tonus, travma, tissue ve trombindir (Anderson ve Etches 2007). Maternal mortalitenin önlenmesi için PPK' yı erkenden tanılanması, kanama sebebinin saptanması, kanama kontrolünün sağlanması ve erkenden müdahale yapılması gerekmektedir. PPK yönetiminde amaç kuagülopatiyi önlemek ve altta yatan sebebi bulmak, vital organların dolaşımını ve doku oksijenizasyonunu sağlamaktır (Mhyre ve ark., 2014).

2.7. Partograf Kullanımı

Partograf zaman içinde doğum sırasında annenin ve fetüsün rahimdeki durumunu izlemek için uygun bir sistemdir. Partografları yetkin bir şekilde kullanan tüm sağlık profesyonelleri ile ortaya çıkabilecek komplikasyonlar erken tespit edilir ve önlenir (Sari and Hakimi, 2013). Partografda birçok parametre değerlendirilir. Bunlar arasında servikal dilatasyon, başın inişi, uterus kontraksiyonları ve bebeğin sağlık durumu (fetal kalp hızı, amniyotik sıvının rengi) izlenir (Dalal and Purandare, 2018). Bir grafiksel kayıt işlevi gören partograf ebeler tarafından doğumun ilerlemesini değerlendirmek ve müdahalenin ne zaman gerekli olduğunu saptamak için kullanılır. Dokümantasyon ve kayıt tutma ebelik pratiğinin her zaman ayrılmaz bir parçasıdır (Neke ve ark., 2013). Partograf uzun süreli doğumun erken saptanması, ilerlemeyen eylem ve doğum sonu kanama, uterus rüptürü, sepsis gibi komplikasyonların önlenmesine büyük ölçüde katkı sağlayan "erken uyarı sistemi" olarak hizmet veren ucuz bir araçtır (Yisma et al., 2013; Sinha ve ark., 2016). Ayrıca bakımın sürekliliğini artırmak için vardiya değişikliklerinde ebelere doğumun ilerlemesi hakkında bilgi verir (Lavender and Bertitz, 2020). Partograf kullanımı konusunda güven eksikliğine yol açmaması için sağlık profesyonellerinin yeterli eğitim alması gerekmektedir (Sari and Hakimi, 2013; Lavender and Bertitz, 2020).

2.8. Yenidoğanlarda Apgar Skoru

Apgar puanı, yenidoğanların doğumdan hemen sonra sağlık sonuçlarını değerlendirmek aynı zamanda prematüre ve term bebeklerde acil resüsitasyon için doğum asfiksisini teşhis etmek için küresel olarak kullanılır (Abdallah ve ark., 2021). Apgar puanı, yenidoğanın beş klinik değişkenini değerlendirir. Bunlar; kalp hızı (nabız),

solunum şekli, kas tonusu (aktivite), deri rengi (görünüm) ve uyarıya cevaptır (refleks yanıt) (Aoki ve ark., 2019; Demirel ve ark., 2019). Herbir değişken 0-2 arasında bir puana sahiptir. Kümülatif skor 10 ve normal skor aralığı 7-10 arasında olup sağlıklı yenidoğan olarak değerlendirilirken, 4-6 puan arası orta, 0-3 puan arası ağır depresyon olarak nitelendirilmektedir (Demirel ve ark., 2019). Yenidoğanda Apgar skorum sisteminin kullanılması perinatal ölümlerin önlenmesine ve sağlıklı toplum oluşmasına katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda Apgar skorum sisteminin doğum salonlarında etkin bir biçimde kullanılması önem arz etmektedir (Demirel ve ark., 2019).

2.9. Normal Vajinal Doğum Eyleminde Pozisyonların Kullanımında Ebeler Uygulamaları

DSÖ, çoğu kadının fizyolojik doğuma ve doğuma değer verdiğini vurgulamıştır. Fizyolojik doğum deneyimlemenin de uzun vadeli bir etkisi vardır: “Anne ve çocuğun doğumdaki sağlığı ve refahı, büyük ölçüde tüm ailenin gelecekteki sağlık ve refahını belirler” (DSÖ,2018). Normal doğumlarda bütüncül bakım vererek kilit rol üstlenen ebelerin kanıta dayalı bilgiler ışığında doğum memnuniyetini artıracak uygulamaları benimsenmesi ve uygulaması önem taşımaktadır (Ayvaci ve ark., 2022). Ebeler kadınlar için doğum pozisyonlarına karar verici rol üstlenebilmektedir. Kadınların doğum sırasında karar vermelerini çeşitli faktörler etkileyebilir. Bunlar arasında sosyo-demografik faktörler, doğum ortamı, kültürel normlar, batı kültürü, sağlık hizmeti sağlayıcısının türü, eğitim düzeyi gibi birçok etken vardır (Mselle ve Eustace, 2020). Kadınların doğum sırasında sıklıkla pozisyon değiştirmesi kendi seçimidir (Warmink-Perdijk ve ark., 2016). Annenin uygun pozisyonunu sağlamak ve rahatını bozabilecek koşulları ortadan kaldırmak, iyi bir ebeler bakımının önemli yönleridir (Mathew ve ark., 2012). Doğum sırasında kendine güvenen, bilgi ve savunuculuk sağlayan deneyimli ve uzman bir profesyonelin varlığı ağrıyı dindirebilir, tıbbi ve cerrahi müdahalelerin azalmasına neden olabilir, doğum ve sonuçlarını iyileştirerek kadının memnuniyetini artırabilir (DSÖ 1996; Hodnett ve ark., 2013; Pervin ve ark., 2018).

Ebeler, bir kadının doğum alanının nasıl yapılandırılacağına ilişkin karar verme konusunda eşsiz bir konumdadır (Townsend ve ark., 2016). Ebelerin belirli pozisyonları kullanma eğilimi klinik faktörler ve çalışma ortamı tarafından etkilenir. Yüksek oranda bağımsızlığa sahip oldukları ortamlarda çalışan ebeler dikey pozisyonları kullanmaya

daha eğilimlidirler (De Jonge ve ark 2009). DSÖ (2018), doğumun ilk evresinde hareketlilik ve dik pozisyonların benimsenmesini tavsiye etmekte, doğumun ikinci evresinde ise kadınların tercih ettiği doğum pozisyonlarının, özellikle de dikey pozisyonların benimsenmesini teşvik etmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında doğum birimleri için yayınlanan genelgeye göre, mahremiyete dayalı tek kişilik "**Sancı Doğum Lohusa (SDL) Odaları**" en önemli unsurlardan biridir. Bu odalar ile normal doğum özendirilmekte, yanında uygun bir refakatçi ile gebeler kendilerini rahat, ev ortamında hissedebilmekte, hareket özgürlüğü sağlanabilmektedir. Bu sayede anne adaylarının doğum sürecinde beden kontrolünü sağlamaları sonucu, hasta ve çalışan memnuniyeti artmakta ve ulusal standartlara uygun olarak hizmet sunulmaktadır.

Bu kapsamda doğum sürecinde yapılması gerekenler;

- Ebenin gebeye biyopsikososyal, kültürel ve spiritüel açıdan bütüncül, kişi ve aile merkezli yaklaşımı temeldir.
- Perinatal dönemde gebeler doğum eyleminin 2. evresinde kullanılabilecek farklı pozisyonlar hakkında bilgilendirilmeli ve uygulama konusunda teşvik edilmelidir (Kırcan, 2013).
- Doğumda mobilitenin teşvik edilmesi farmakolojik analjezi ihtiyacını ve sezaryen doğumları azaltmaktadır. Dolayısıyla EFM, intravenöz metodlar yapılırken de kadının mobilizasyonu gözetilmeli ve doğum boyunca pozisyon değişikliği desteklenmelidir (Walsh 2000, Kömürcü ve Ergin 2008, Serçekuş ve İşbir 2012; Kurnaz ve ark., 2022).
- Doğumun ikinci aşamasında oturma pozisyonların uygulanmasının önünde pratik programların eksikliği, dik pozisyonlarla ilgili bilgi ve beceri eksikliği giderilmelidir (Lu ve ark. 2012; Kurnaz ve ark.,2022)
- Çevre hareket özgürlüğünde önemli olduğundan, gebe adayının bulunduğu doğum odası uygun hale getirilmelidir. (Kömürcü ve Ergin 2008, Serçekuş ve İşbir 2012).
- Ebenin hizmet verdiği doğum salonlarının alt yapısı; annelerin istediği tarzda ıkmalarını destekleyecek ve teşvik edecek özellikte olmalıdır. Doğum masaları portatif olmalı ve ıkmama esnasında oturma gibi gebenin dikey

pozisyon alabilmesine uygun özellikte olmalıdır (Toker ve Aktaş 2010; Rathfisch, 2015; Aktaş ve Can 2019).

- Doğum eylemi süresinde her 30 dakikada bir pozisyon değişikliği yapılmalı ve gebenin pozisyon değişikliği yapmasına yardımcı olunmalıdır. Pozisyon değişikliği seçimi annenin tercihi, güvenliği, rahatı, eylemin etkili ilerlemesi ve hemodinamik bilgisi üzerine temellenmelidir (Gilbert ve Harmon 2002; Thies-Lagergren ve ark., 2013; Nieuwenhuijze ve ark., 2014; Healy ve ark., 2020).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma randomize kontrollü deneysel araştırma tipindedir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma Sivas Numune Hastanesi Doğum salonunda 2 Mayıs – 2 Kasım 2022 tarihleri arasında toplamda 160 gebenin katılımı ile yapılmıştır. Doğum Salonu B blok 1. kattadır. Toplam 28 ebe'nin görev yaptığı doğum salonu gündüz vardiyasında (08-16 saatlerinde) altı ebe, gece vardiyasında (16-08 saatleri) ise altı ebe görev yapmaktadır. Hafta sonu ise 08-08 şeklinde 24 saat çalışan altı ebe bulunmaktadır. Toplam on kadın doğum uzmanının görev aldığı salonda; gündüz vardiyasında bir kadın doğum uzmanı, gece vardiyasında ise Kadın Doğum Acil'de bir kadın doğum uzmanı bulunmaktadır. Servis içerisinde sekiz adet oda bulunmakta olup hepsi tek kişiliktir. Her bir doğum odası içerisinde doğum masasına çevrilen, Litotomi veya oturma pozisyonuna dönüştürülebilen bir adet JMM02-NITROCARE jinekolojik yatak, nonstress test cihazı (NST), kişisel banyo ve tuvalet, radyan ısıtıcı, t parça canlandırıcı ve oksijen rezervleri bulunmaktadır. Ayrıca, gebenin dosyasının yer aldığı bir adet masa, kişisel eşyalarının koyulabildiği bir adet dolap ve ziyaretçi koltuğu yer almaktadır. Vajinal doğumlar ebeler ve kadın doğum uzmanı tarafından doğum odasındaki jinekolojik doğum masasında litotomi pozisyonunda yaptırılmaktadır. Aynı anda doğum gerçekleşmesi durumunda gebenin kendi odasında doğum masasına çevrilebilen jinekolojik yataklarda (Litotomi ve oturma pozisyonuna dönüştürülebilen JMM02-NITROCARE) gerçekleştirilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 01.01.2021-31.12.2021 tarihleri arasında Sivas Numune Hastanesi Doğum Salonunda normal vajinal doğum (NVD) yapan 2043 kadın oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde Khan ve arkadaşlarının (2021) çalışması referans makale olarak alınmıştır. Yapılan postoch güç analizine göre %90 ($1-\beta = 0,90$) güce ulaşılmış olup critical $t= 1,57'$ dir. Elde edilen bulgulara göre çalışma sonunda istenilen etkiye ulaşıldığı belirlenmiştir. Bu araştırma da, $\alpha= 0.05$, $\beta = 0.10$, $1-\beta = 0.90$ alındığında her bir gruba 40 gebe olmak üzere 80 gebe deney grubunda 80 gebe kontrol grubunda olmak üzere toplamda 160 gebenin alınmasına karar verilmiştir. Araştırmamızda blok randomizasyon yöntemi kullanılmış olup, örneklem belirlemede rastgele/olasılıklı örneklem yöntemi kullanılarak örnekleme dahil edilmesi planlanan kadınların seçimi yapılmıştır. Bu seçimin yapılmasında.Elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- **Dikey Pozisyon (Deney Grubu-Primipar)**

3, 9, 11, 15, 19, 20, 21, 29, 32, 33, 37, 41, 45, 52, 55, 56, 66, 69, 73, 76, 80, 85, 87, 90, 97, 102, 109, 111, 115, 120, 124, 129, 130, 133, 138, 141, 144, 151, 153, 160

- **Dikey Pozisyon (Deney Grubu- Multipar)**

5, 7, 12, 16, 22, 24, 27, 30, 36, 42, 43, 47, 53, 57, 60, 65, 67, 71, 75, 77, 83, 86, 91, 92, 103, 110, 112, 116, 117, 119, 122, 125, 131, 136, 143, 146, 150, 154, 155, 158.

- **Hastane Prosedürü (Kontrol Grubu-Primipar)**

1, 2, 4, 8, 13, 25, 26, 31, 34, 39, 44, 48, 51, 61, 70, 74, 82, 88, 93, 94, 96, 98, 100, 105, 106, 108, 114, 121, 123, 127, 132, 135, 137, 139, 140, 142, 145, 148, 156, 157.

- **Hastane Prosedürü (Kontrol Grubu-Multipar)**

6, 10, 14, 17, 18, 23, 28, 35,38, 40, 46, 49, 50, 54, 58, 59, 62, 63, 64, 68, 72, 78, 79, 81, 84, 89, 95, 99, 101, 104, 107, 113, 118, 126, 128, 134, 147, 149, 152, 159.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 19-35 yaş aralığında olması
- 38-42. gebelik haftasında olması,
- Beden Kitle İndeksi ($18<BKİ <30$)
- Oturma pozisyon kullanımına engel olacak herhangi bir sağlık sorununun olmaması,

- Amniyon zarı açılmamış olması,
- Tekil bir gebeliğe sahip olması,
- Fetüsün vertex pozisyonunda olması,
- Normal vajinal doğum şekli ile doğum eyleminin gerçekleşmesi,
- Tanısı konmuş kronik fiziksel bir hastalığı olmaması,
- Tanısı konmuş psikiyatrik bir hastalığı olmaması,
- Riskli gebelik, riskli doğum ve yenidoğan/fetüs olmaması,
- İletişim sorununun olmaması,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması

3.6.Araştırmanın Sınırlılıkları

- Sadece Sivas Numune Hastanesinde doğum yapan kadınlar araştırmaya dahil edilmiştir.
- İki üzerinde doğum yapan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.7.Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

3.7.1. Bağımsız Değişkenler

Oturma Pozisyonunda Doğum Eylemi

3.7.2.Bağımlı Değişkenler

- Yenidoğan APGAR skoru
- Ağrı düzeyi
- Epizyotomi oranı
- Doğumun Birinci Evre Süresi
- Doğumun İkinci Evre Süresi
- Doğumun Üçüncü Evre Süresi,
- Doğumda Kaybedilen Kanama Miktarı
- Doğumda Anne Memnuniyeti

3.8.Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulan “Ön Değerlendirme Formu”(Ek 1) “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 2), “Partograf Formu” (Ek 3), “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (Ek 4), APGAR Skoru (Ek 5), Visuel Analog Skala (VAS) (Ek 6) ile toplanmıştır.

3.8.1. Ön değerlendirme formu (Ek 1)

Bu form, araştırmaya dahil edilme kriterlerinin sorgulandığı; 12 adet kapalı uçlu, üç adet açık uçlu olmak üzere toplam 15 sorudan oluşmaktadır (Kırcan, 2013; Üst, 2016; Moraloğlu ve ark., 2017; Aydın, 2018) (Ek 1).

3.8.2. Kişisel bilgi formu (Ek 2)

Bu form, araştırmacılar tarafından hazırlanan gebelerin sosyo-demografik (yaş, eğitim durumu, aile tipi, vb) ve obstetrik özelliklerini (gebelik sayısı, doğum sayısı, vb.) sorgulayan altı adet açık uçlu, altı adet kapalı uçlu olmak üzere toplam 12 sorudan oluşmaktadır (Üst, 2016; Moraloğlu ve ark., 2017; Khan ve ark., 2021; Shedmake ve Wakode, 2021) (Ek 2).

3.8.3. Partograf Formu (Ek 3)

Eylemin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için kullanılan bir araçtır. Grafik kâğıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanır. Aktif fazdan itibaren kullanılır. Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde izlenmesini ve normal dışı durumların erken tanınmasını sağlar. Partograf; doğumun ilerlemesi, bebeğin ve annenin sağlık durumunu gösteren üç parametre izlenir. Doğumun ilerlemesini belirlemek için; servikal açıklık, fetal başın seviyesi, uterus kontraksiyonlarının 10 dakikadaki sıklığı ve süresi izlenip kaydedilir. Bebeğin sağlık durumunu belirlemek için; fetal kalp atım hızı (15 dakikada bir), amniyon zarının varlığı ve sıvının rengi, fetal başta molding varlığı değerlendirilip kaydedilir. Annenin sağlık durumunu belirlemek için ise; yaşam bulguları ve laboratuvar testleri değerlendirilip kaydedilir (S.B., 2020) (Ek 3).

3.8.4. Doğum Eylemi Değerlendirme Formu (Ek 4)

Bu form, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Ergin, 2005; Schirmer ve ark., 2011; Ezzat ve ark., 2018; Akın, 2018; Aydın, 2018; Moraloğlu ve ark., 2017; Shedmake ve Wakode, 2021) oluşturulmuştur. Hazırlanan doğum eylemi değerlendirme formu 9 açık uçlu soru, 9 kapalı uçlu soru olmak üzere toplam 18 sorudan oluşmaktadır (Ek 4).

3.8.5. APGAR Skoru (Ek 5)

APGAR skoru, bir zamandaki bebeğin fizyolojik durumunun bir ifadesidir (ACOG, 2015). Mortalite oranları ile APGAR skorları arasındaki ilişkiyi incelerken düşük puan alan bebeklerin (0-2) daha yüksek ölüm oranlarına (%14) sahip olduğunu göstermiştir. Yüksek puan alan bebekler (7-10) daha düşük ölüm oranlarına sahiptir (%0.13). (Apgar, 1966; Rubarth, 2012). APGAR bu değerlendirme aracını beş objektif kriterle geliştirmiştir:

- Kalp hızı,
- Solunum çabası,
- Refleks irritabilite,
- Kas tonusu,
- Renk

APGAR skorum sistemi beş değerlendirme kriterinin en önemlisi kalp hızı ve solunum çabası, bundan sonra refleks ve kas tonusu önemli olup renk ise en az öneme sahiptir. Renk kriteri kalp hızı ve solunum çabası kriterlerine bağlıdır (Rubarth, 2012). Solunumu ve kalp atımları düzenli, cildi pembe, vücut ısısı normal olan bir yenidoğanın yaşamsal düzeyde önemli bir sorunu yoktur. APGAR değerlendirme sistemi yenidoğan doğduktan sonra 1. ve 5. dakikada kullanılmaktadır. Term ve preterm bebeklerde APGAR skoru 7–10 güven verici, normal, 4–6 orta derecede anormal ve 0-3 puan ise düşük kabul edilmektedir (ACOG, 2015).

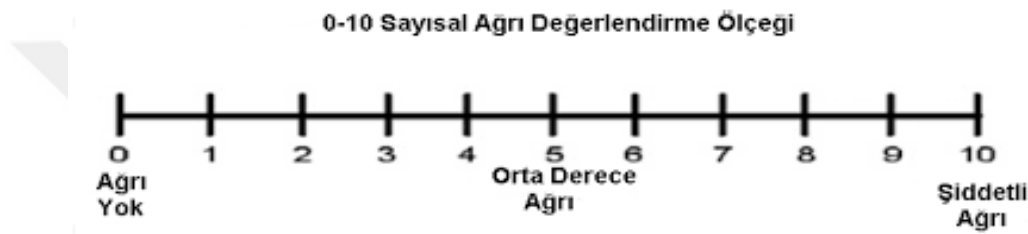
Bulgu	0	1	2	1. dakika	5. dakika
Renk	Mor ya da soluk	Vücut pembe ekstremiteler mor	Tüm vücut pembe		
Kalp Hızı	Yok	<100/dk	>100/dk		
Refleks yanıt	Yok	Yüz buruşturma	Ağlama ya da aktif geri çekme		
Kas tonüsü	Gevşek	Ekstremiteler fleksiyonda	Aktif hareket		
Solunum	Yok	Zayıf, düzensiz	Güçlü ağlama		
			Toplam		

Çizelge 2: Apgar Skor Kriterleri ve Puanlama

Kaynak: American Academy of Pediatrics. The apgar score. Pediatrics, 2015; 136 (4):819-824.

3.8.6. Visuel Analog Skala (VAS) (Ek 6)

Visuel Analog Skala, ilk kez 1966 yılında Bond ve Pilowsky tarafından geliştirilmiş ve kullanılmıştır. Ölçeğin duyarlılık ve seçiciliği Arslan tarafından 1998 yılında çalışılmış ve kullanıma uygun olduğu saptanmıştır. VAS, bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrıyı gösteren 10 cm'lik bir cetveldir. Cetvel üzerinde hasta/birey kendi ağrısını işaretlemektedir. 25 işaretlenen bu çizgi ağrı algısı düzeyini belirlemede sayısal veri olarak kullanılmaktadır. Cetvel yatay ya da oturma olarak kullanılabilir. VAS'ta değerlendirme şu şekilde olmaktadır: 0=Ağrı yok, 0.5-3cm=Hafif ağrı, 3.5-6.5 cm=Orta ağrı, 7.0-10.0 cm=şiddetli ağrı (Üst, 2016).



3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın her aşaması etik ilkelere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırma Helsinki Deklarasyon kurallarına uygun olarak yapılmıştır. Uygulamaya geçmeden önce etik kuruldan (etik karar no: 2022-04/01) ve araştırmanın yapılacağı kurumdan (76728045-604.01.01 sayılı) yazılı izin alınmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Bilgilendirilmiş olur formunu onaylayan kadınlar araştırmada yer almıştır. Araştırmaya gönüllülük esasına göre katılan kadınlara onam formu okutularak yazılı izinleri alınmıştır (Ek 7,8).

3.10. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma örnekleme alınma kriterlerine uyan bireylere (38-42. gebelik haftasında olması, tekil bir gebeliğe sahip olması, fetüsün vertex pozisyonunda olması, vb.) araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve katılımları için sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Verilerin doğru olarak elde edilebilmesi için, onam formu hariç diğer veri toplama formunda isim belirtmenin zorunlu olmadığı, her türlü bilginin gizli kalacağı açıklanmıştır. Verilerin sadece araştırma kapsamında kullanılacağı,

gizliliğin kesinlikle sağlanacağı belirtilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmada kullanılacak formlardan “Kişisel Bilgi Formu” (Ek 2) gebenin bulunduğu travay odasında doldurulmuştur. Randomize olarak gruplara doğum sürecinde oturma pozisyonu kullanılan primipar gebeler (1. Grup- Deney Grubu), doğum sürecinde oturma pozisyonu kullanılan multipar gebeler (2. Grup- Deney Grubu), doğum sürecinde hastane prosedürü (1. evrede supine, 2. ve 3. evrede litotomi pozisyon) kullanılan primipar gebeler (3. Grup- Kontrol Grubu) ve doğum sürecinde hastane prosedürü (1. evrede supine, 2. ve 3. evrede litotomi pozisyon) kullanılan multipar gebeler (4. Grup- Kontrol Grubu) atandıkları gruplara yönelik “Partograf Formu” ve “Doğum Eylemi Değerlendirme Formu” (Ek 3- Ek 4) uygulanmıştır. Latent ve aktif fazın sonunda tüm gebelere VAS (Ek 6) doldurulmuştur. Gebelerin doğumlarının birinci, ikinci, üçüncü evre süresi kaydedilmiş ve perineal travma varlığı değerlendirilmiştir. Yenidoğanların, 1. ve 5. dakikada “APGAR” skoru araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Bebek doğduktan hemen sonra annenin doğum masasından kalkana kadar olan kanama miktarı belirlemek için deney ve kontrol grubundaki tüm gebelerin altına önceden tartılarak gramı belirlenen metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü yerleştirilmiştir. Anne doğum masasından kalktıktan sonra metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü tekrar tartılarak annenin doğum sonrası kanama miktarı gram olarak belirlenmiştir. Araştırmadaki tüm doğumlar araştırmacı tarafından yaptırılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması her gruptan 3’er gebe olmak üzere 12 gebeye yapılmış olup herhangi bir düzenleme yapılmadığı için örnekleme dahil edilmiştir.

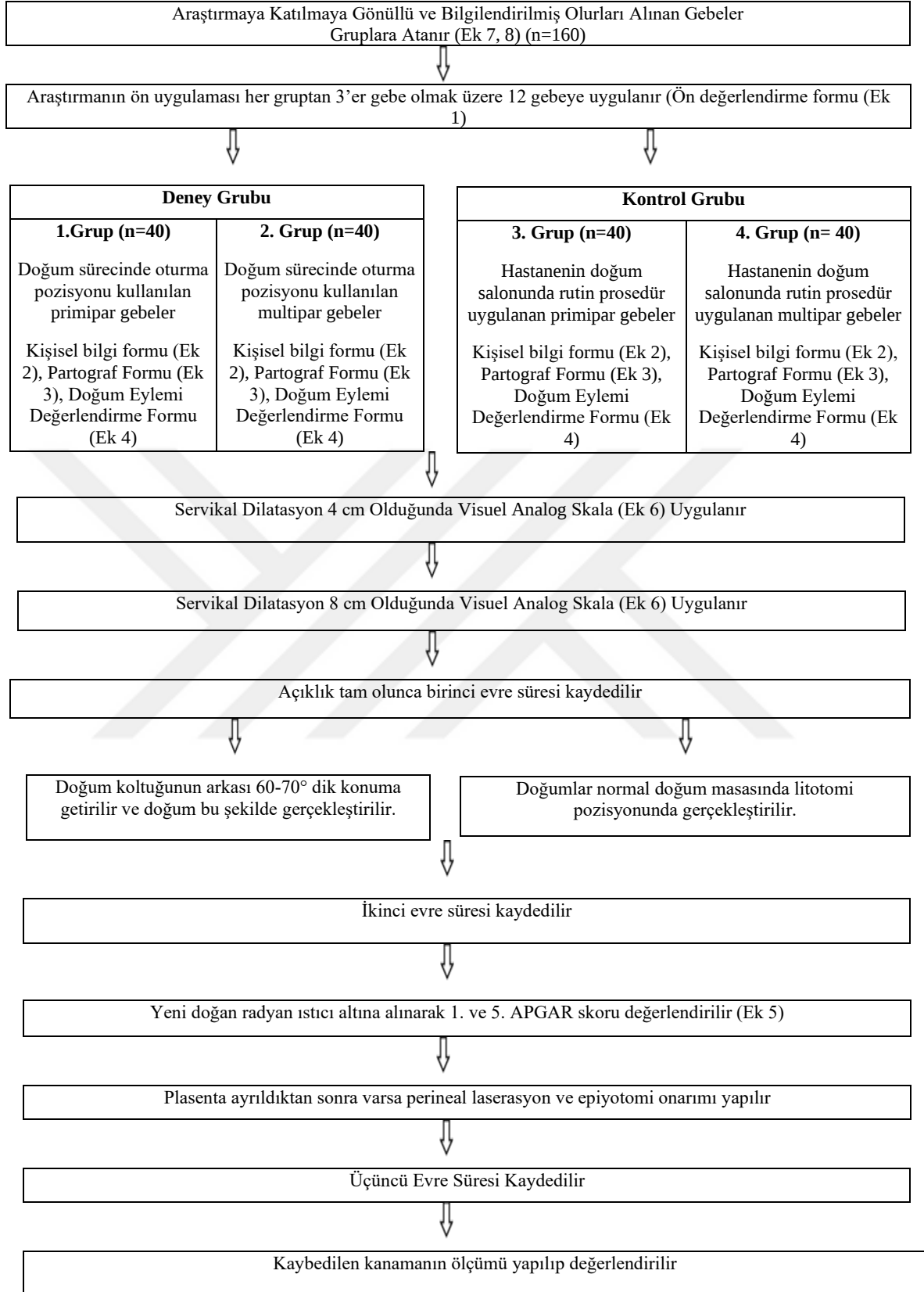
3.10.1. Deney Grubu

Deney grubunda yer alan tüm gebelerin aktif fazdan itibaren doğum eylemi gerçekleşene kadar oturma pozisyonu (plates topunda oturma ve sallanma veya yatakta oturma) kullanması sağlanmıştır. Yorulduklarında, izlem ya da müdahale gerektiğinde 10-15 dakika yatmalarına izin verilmiştir. Oturma pozisyonunda EFM kolaylıkla yapılmıştır. Latent ve aktif fazın sonunda gebelere VAS (Ek 6) doldurulmuştur. Doğum koltuğunun arkası 60-70° dik konuma getirilerek, doğum bu pozisyonda gerçekleştirilmiştir. Deney grubundaki gebelerin doğumlarının birinci, ikinci, üçüncü evre süresi kaydedilmiş ve perineal travma varlığı değerlendirilmiştir. Yenidoğanların, 1. ve 5. dakikada “APGAR” skoru araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir (Ek 5).

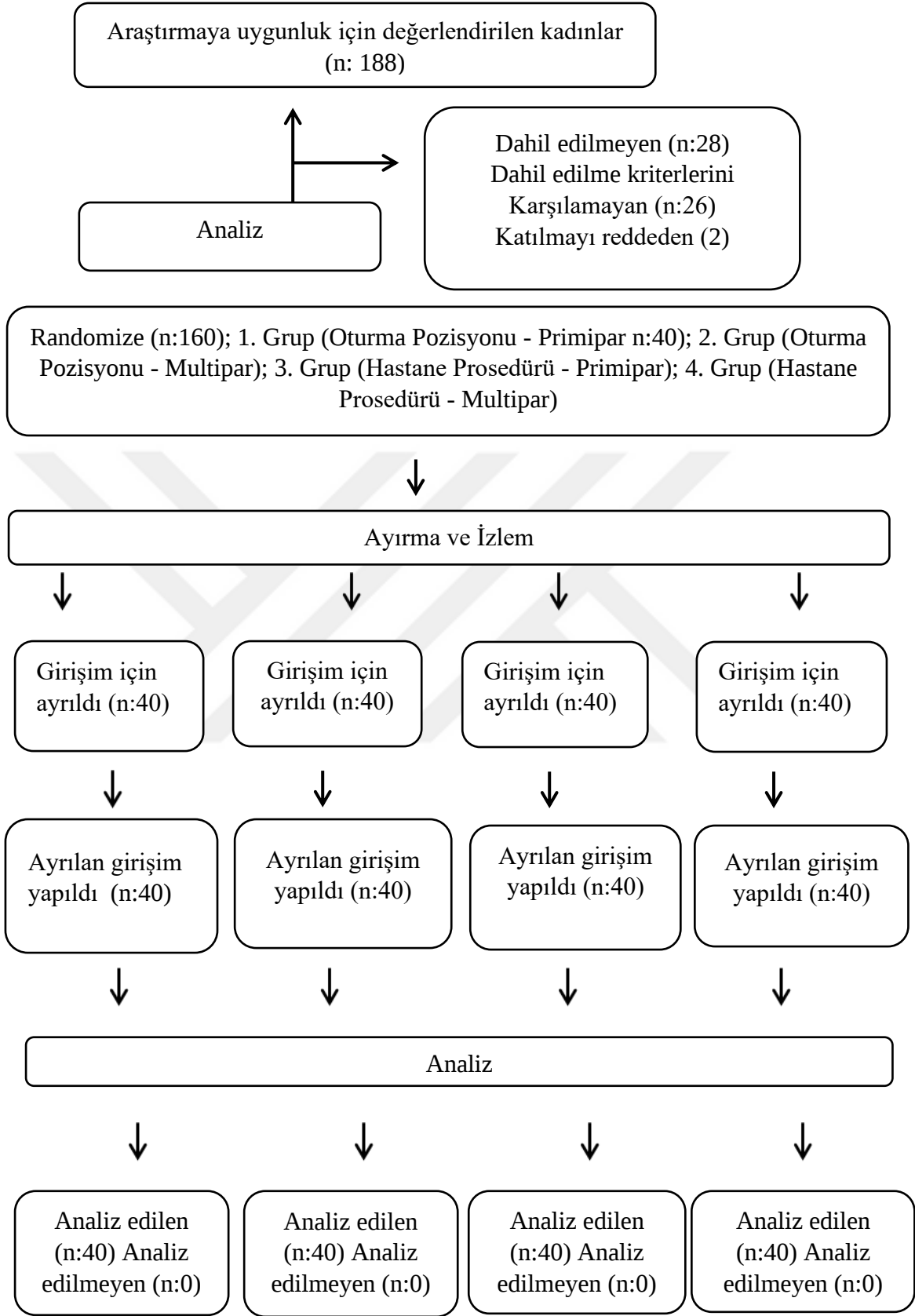
Annenin doğum masasından kalkana kadar olan kanama miktarı belirlemek için deney grubundaki tüm gebelerin altına önceden tartılarak gramı belirlenen metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü yerleştirilmiştir. İdrar, gaita, amniyotik mayi ile karışmasını önlemek amacıyla bebek doğduktan hemen sonra yeni bir metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü yerleştirilmiştir. Anne doğum masasından kalktıktan sonra metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü tekrar tartılarak annenin doğum sonrası kanama miktarı gram olarak belirlenmiştir.

3.10.2. Kontrol Grubu

Kontrol grubunda yer alan tüm gebelerin doğum eylemi süresince hastane prosedürü uygulanmıştır. Latent fazdan itibaren doğum eylemi gerçekleşene kadar gebe hastane prosedürü uygulanarak takip edilmiştir. Latent ve aktif fazın sonunda ağrı durumunu değerlendirmesi istenip VAS (Ek 6) uygulanmıştır. Doğumun 2. ve 3. evres,, normal doğum masasında litotomi pozisyonunda gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki gebelerin doğumlarının birinci, ikinci, üçüncü evre süresi kaydedilmiş ve perineal travma varlığı değerlendirilmiştir. Yenidoğanların, 1. ve 5. dakikada “APGAR” skoru araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir (Ek 5). Annenin doğum masasından kalkana kadar olan kanama miktarı belirlemek için deney grubundaki tüm gebelerin altına önceden tartılarak gramı belirlenen metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü yerleştirilmiştir. İdrar, gaita, amniyotik mayi ile karışmasını önlemek amacıyla Bebek doğduktan hemen sonra yeni bir metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü yerleştirilmiştir (). Anne doğum masasından kalktıktan sonra metal kap ve steril yeşil cerrahi örtü tekrar tartılarak annenin doğum sonrası kanama miktarı gram olarak belirlenmiştir.



Çizelge 3. Uygulamanın Akış Şema



Şekil 18: CONSORT Diyagram

4. BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)				Kontrol (litotomi)				Test değeri/p
	Primipar n=40		Multipar n=40		Primipar n=40		Multipar n=40		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yaş									
19-24 yaş	21	52,5	26	65,0	24	60,0	13	32,5	$X^2=9,937$ $p=0,127^*$
25-30 yaş	14	35,0	19	47,5	14	35,0	18	45,0	
31 yaş ve üzeri	5	12,5	5	12,5	2	5,0	9	22,5	
X²/p	1,433 / 0,488*				8,225 / 0,016*				
Yaş ortalaması	24,95±4,51 (19-37)		26,15±3,74 (20-35)		23,68±3,75 (19-33)		27,05±4,13 (20-35)		F=5,246 p=0,002**
t/p	-1,294 / 0,199***				-3,822 / 0,000***				
Aile tipi									
Çekirdek	31	77,5	33	82,5	34	85,0	34	85,0	$X^2=7,556$ $p=0,272^*$
Geniş	9	22,5	5	12,5	6	15,0	6	15,0	
Parçalanmış	0	0,0	2	5,0	0	0,0	0	0,0	
X²/p	0,738 / 0,568*				2,106 / 0,349*				
Eğitim durumu									
İlkokul	5	12,5	6	15,0	10	25,0	8	20,0	$X^2=13,143$ $p=0,156^*$
Ortaokul	10	25,0	7	17,5	8	20,0	8	20,0	
Lise	14	35,0	14	35,0	13	32,5	11	27,5	
Üniversite	11	27,5	13	32,5	9	22,5	13	32,5	
X²/p	2,126 / 0,547*				0,712 / 0,870*				
Meslek									
Ev hanımı	36	90,0	36	90,0	35	87,5	39	97,5	$X^2=4,469$ $p=0,878^*$
Memur	2	5,0	3	7,5	3	7,5	1	2,5	
İşçi	1	2,5	1	2,5	1	2,5	0	0,0	
Serbest meslek	1	2,5	0	0,0	1	2,5	0	0,0	
X²/p	0,214 / 0,975*				2,120 / 0,346*				
Sağlık güvencesi									
SGK	37	92,5	38	95,0	37	92,5	39	97,5	$X^2=2,673$ $p=0,849^*$
Yeşil kart	2	5,0	1	2,5	1	2,5	0	0,0	
Sağlık güvencesi yok	1	2,5	1	2,5	2	5,0	1	2,5	
X²/p	0,667 / 0,717*				1,013 / 0,603*				
Gelir durumu									
Gelir giderden az	16	40,0	10	25,0	13	32,5	14	35,0	$X^2=5,132$ $p=0,527^*$
Gelir gidere denk	24	60,0	30	75,0	26	65,0	26	65,0	
Gelir giderden fazla	0	0,0	0	0,0	1	2,5	0	0,0	
X²/p	1,390 / 0,499*				0,952 / 0,465*				

*ki-kare testi, **One-Way ANOVA testi, ***Independent Sample t testi

Tablo 1 de Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Deney grubunda bulunan primipar ve multipar gebelerin değişkenler ile grup içi karşılaştırmasında istatistiksel anlamda farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Kontrol grubunda bulunan primipar ve

multipar gebelerin değişkenler ile grup içi karşılaştırmasında yaş aralığı ile yaş ortalaması değişkenleri ile istatistiksel anlamda farklılık olduğu saptanırken ($p<0,05$) diğer değişkenler ile primipar ve multipar gebeler arasında istatistiksel anlamda farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Deney ve kontrol gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırmasında yaş ortalamaları ile istatistiksel anlamda farklılık olduğu belirlenirken ($p<0,05$) diğer değişkenler ile gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 1).



Tablo 2. Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Yer Alan Gebelerin Ağrı Durumlarının Karşılaştırması (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)		Kontrol (litotomi)		F/p
	Primipar n=40	Multipar n=40	Primipar n=40	Multipar n=40	
	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	
VAS 1 (Dilatasyon 4 cm. iken)	4,97±2,54 (0-10)	3,85±2,73 (0-10)	5,90±2,98 (0-10)	4,80±2,61 (0-10)	$F=3,802$ $p=0,011^*$
t/p**	1,905 / 0,060		1,753 / 0,083		
VAS 2 (Dilatasyon 8 cm. iken)	8,42±1,93 (4-10)	7,82±1,94 (4-10)	9,62±0,77 (7-10)	8,75±1,59 (3-10)	$F=8,450$ $p=0,000^*$
t/p**	1,383 / 0,171		3,118 / 0,003		

*One-Way ANOVA testi, **Independent Sample t testi

Tablo 2’ te gebelerin servikal dilatasyonları 4 ve 8 cm iken VAS skor ortalamalarının karşılaştırması verilmiştir. Deney grubunda servikal dilatasyon 4 ve 8 cm iken, kontrol grubunda 4 cm iken uygulanan VAS puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 2).

Kontrol grubunda ise servikal dilatasyon 8 cm iken uygulanan VAS puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2).

Deney ve kontrol grupları arasında değişkenlerin karşılaştırmasında servikal dilatasyon 4 ve 8 cm de iken uygulanan VAS’nın puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Partografta Yer Alan FKA ve Membran Rüptürü Bilgilerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)		Kontrol (litotomi)		F/p
	Primipar n=40	Multipar n=40	Primipar n=40	Multipar n=40	
	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	
Başvuru saati ile membran rüptür saati arasındaki süre ortalaması (dakika) t/p**	151,50±593,69 (-1421-1280)	82,50±426,26 (-2250-815)	342,88±499,01 (-1115-1230)	126,88±500,36 (-2185-845)	F=2,044 p=0,110*
	0,597 / 0,552		1,933 / 0,057		
FKA 30.dakika t/p**	124,00±5,47 (118-135)	128,10±7,76 (120-145)	129,89±7,89 (112-145)	128,68±8,02 (110-145)	F=1,994 p=0,122*
	-1,774 / 0,085		0,512 / 0,611		
FKA 60. dakika t/p**	128,90±9,89 (113-156)	132,77±10,47 (120-160)	130,00±10,57 (108-168)	133,63±12,11 (108-168)	F=1,302 p=0,277*
	-1,360 / 0,180		-1,321 / 0,191		
FKA 90. dakika t/p**	132,58±10,80 (116-164)	133,43±14,36 (109-176)	134,08±10,56 (118-152)	133,90±14,28 (110-173)	F=0,095 p=0,963*
	-0,250 / 0,804		0,058 / 0,954		
FKA 120. dakika t/p**	133,09±13,65 (109-167)	133,34±10,76 (118-162)	133,96±8,39 (123-152)	133,27±11,84 (110-162)	F=0,036 p=0,991*
	-0,075 / 0,940		0,268 / 0,789		
FKA 150. dakika t/p**	131,96±14,55 (112-172)	135,00±11,51 (123-159)	135,45±9,29 (118-156)	132,03±13,78 (113-165)	F=0,633 p=0,595*
	-0,812 / 0,420		1,111 / 0,271		
FKA 180. dakika t/p**	133,80±13,08 (116-176)	137,10±14,57 (118-168)	134,80±9,34 (123-156)	133,31±13,51 (109-158)	F=0,361 p=0,782*
	-0,796 / 0,430		0,419 / 0,678		
FKA 210.dakika t/p**	133,04±12,33 (116-154)	133,91±11,14 (120-158)	138,58±10,85 (119-157)	132,35±7,59 (123-146)	F=1,616 p=0,193*
	-0,207 / 0,837		1,926 / 0,061		
FKA 240. dakika t/p**	131,26±11,46 (118-164)	128,00±5,09 (120-136)	137,18±13,46 (114-163)	138,75±16,23 (125-172)	F=2,151 p=0,102*
	1,112 / 0,275		-0,314 / 0,755		
FKA 270. dakika t/p**	132,13±15,19 (109-172)	142,16±11,94 (126-152)	136,86±13,81 (118-167)	126,12±21,97 (108-169)	F=1,601 p=0,200*
	-1,489/0,149		1,601/0,121		
FKA 300. dakika t/p**	134,57±14,54 (114-175)	139,33±6,18 (129-146)	137,88±13,44 (120-162)	125,00±24,17 (105-158)	F=1,053 p=0,378*
	-0,773/0,447		1,501/0,149		
FKA 330. dakika t/p**	134,43±15,15 (109-162)	140,33±25,69 (125-170)	138,68±12,43 (120-158)	143,50±20,63 (120-170)	F=0,475 p=0,702*
	-0,560/0,583		-0,609/0,550		

*One-Way ANOVA, **Independent Sample t testi, NOT: FKA ortalaması gruplardan herhangi birinde n=1 olana kadar hesaplanmıştır.

Tablo 3'te Gebelerin partografta yer alan FKA ve Membran Rüptürü bilgilerinin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı verilmiştir. Deney ve kontrol gruplarında grup içi ve gruplar arası değişkenlerin karşılaştırmasında FKA ortalamaları arasında istatistiksel anlamda farklılık olmadığı saptanmıştır (p>0,05) (Tablo 3).

Tablo 4. Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Servikal Dilatasyon Seviyelerinin Dağılımı (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)		Kontrol (litotomi)		F/p
	Primipar	Multipar	Primipar	Multipar	
	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	$\bar{X} \pm SS$ (min-max)	
Dilatasyon 30.dakika t/p^{**}	4,05±0,23 (4-5)	4,21±0,41 (4-5)	4,14±0,35 (4-5)	4,16±0,45 (4-6)	F=0,515 p=0,673*
	-1,396 / 0,173		-0,156 / 0,877		
Dilatasyon 60. dakika t/p^{**}	5,16±1,24 (4-10)	5,09±0,92 (4-7)	4,74±0,88 (4-8)	5,44±1,46 (4-10)	F=2,084 p=0,106*
	0,225 / 0,823		-2,409 / 0,019		
Dilatasyon 90. dakika t/p^{**}	5,90±1,62 (4-10)	7,13±2,32 (4-10)	5,91±1,93 (4-10)	6,42±1,95 (4-10)	F=2,323 p=0,079*
	-2,166 / 0,037		-1,086 / 0,281		
Dilatasyon 120. dakika t/p^{**}	6,29±1,61 (4-10)	6,85±1,95 (4-10)	5,93±1,74 (4-10)	6,75±1,85 (5-10)	F=1,685 p=0,174*
	-1,197 / 0,236		-1,753 / 0,085		
Dilatasyon 150. dakika t/p^{**}	7,03±2,00 (4-10)	7,54±1,84 (4-10)	5,96±1,58 (4-10)	7,44±2,02 (5-10)	F=4,200 p=0,008*
	-0,948 / 0,348		-2,979 / 0,005		
Dilatasyon 180. dakika t/p^{**}	7,23±2,04 (4-10)	8,00±1,94 (4-10)	6,46±1,65 (4-10)	7,73±1,79 (5-10)	F=3,255 p=0,025*
	-1,272 / 0,210		-2,536 / 0,015		
Dilatasyon 210.dakika t/p^{**}	7,00±1,79 (4-10)	8,15±2,07 (4-10)	6,96±1,80 (5-10)	7,78±1,71 (5-10)	F=1,805 p=0,153*
	-1,768 / 0,086		-1,419 / 0,163		
Dilatasyon 240. dakika t/p^{**}	7,43±1,70 (5-10)	7,77±2,27 (4-10)	7,40±2,04 (5-10)	8,50±1,44 (6-10)	F=1,082 p=0,363*
	-0,466 / 0,645		-1,905 / 0,067		
Dilatasyon 270. dakika t/p^{**}	8,09±1,71 (5-10)	7,16±2,56 (4-10)	7,27±1,77 (5-10)	8,50±1,69 (6-10)	F=1,403 p=0,252*
	1,052/0,303		-1,693/0,102		
Dilatasyon 300. dakika t/p^{**}	8,55±1,35 (5-10)	7,83±2,31 (5-10)	7,27±1,60 (5-10)	7,50±1,00 (6-8)	F=2,176 p=0,104*
	0,960/0,347		-0,263/0,795		
Dilatasyon 330. dakika t/p^{**}	8,60±1,35 (6-10)	7,25±2,62 (5-10)	7,64±1,72 (6-10)	9,00±2,00 (6-10)	F=1,510 p=0,228*
	0,992/0,386		-1,371/0,186		

*One-Way ANOVA, **Independent Sample t testi, NOT: servikal açıklık ortalamaları herhangi bir grupta n=1 olana kadar hesaplanmıştır.

Tablo 4'te Doğum eylemi sürecinde gebelerin servikal dilatasyon seviyelerinin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı verilmiştir. Deney grubunda bulunan gebelerin 90.dakikadaki, kontrol grubundaki gebelerin 60., 150., ve 180. dakikadaki servikal dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Deney ve kontrol grupları arasında değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında 150. ve 180. dakikada dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5: Doğum Eylemi Sürecinde Yenidoğanların Baş İniş Seviyelerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)				Kontrol (litotomi)				Test değeri/p
	Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Baş seviyesi 30. Dk									
-3	2	11,1	1	5,3	7	33,3	3	10,3	$X^2=9,973$ $p=0,353^*$
-2	3	16,7	5	26,3	3	14,3	6	20,7	
-1	11	61,1	11	57,9	7	33,3	15	51,8	
0	2	11,1	2	10,5	4	19,1	5	17,2	
X^2/p^*	0,807/0,848*				4,454/0,216*				
Baş seviyesi 60. dk									
-3	3	9,7	1	4,5	9	25,7	2	6,1	$X^2=15,451$ $p=0,419^*$
-2	6	19,4	3	13,6	4	11,4	7	21,2	
-1	12	38,6	7	31,9	13	37,2	11	33,3	
0	7	22,6	9	40,9	7	20,0	10	30,3	
+1	2	6,5	2	9,1	2	5,7	1	3,0	
+3	1	3,2	0	0,0	0	0,0	2	6,1	
X^2/p^*	3,128/0,680				8,250/0,143*				
Baş seviyesi 90. dk									
-3	3	10,0	3	13,0	9	24,3	2	6,1	$X^2=16,387$ $p=0,357^*$
-2	4	13,3	2	8,8	5	13,5	3	9,1	
-1	12	40,0	4	17,4	14	37,9	13	39,3	
0	5	16,7	4	17,4	1	2,7	6	18,2	
+1	4	13,3	5	21,7	3	8,1	4	12,1	
+3	2	6,7	5	21,7	5	13,5	5	15,2	
X^2/p^*	5,343/0,375*				8,505/0,131*				
Baş seviyesi 120. dk									
-3	3	9,7	2	7,7	7	21,2	1	3,4	$X^2=29,518$ $p=0,042^*$
-2	2	6,5	3	11,5	4	12,1	4	13,8	
-1	12	38,6	3	11,5	11	33,4	4	13,8	
0	6	19,4	8	30,8	7	21,2	10	34,6	
+1	5	16,1	4	15,4	1	3,0	5	17,2	
+2	3	9,7	1	3,8	0	0,0	0	0,0	
+3	0	0,0	5	19,3	3	9,1	5	17,2	
X^2/p^*	11,849/0,065*				11,252/0,047*				
Baş seviyesi 150. dk									
-3	1	3,2	2	9,1	3	9,7	0	0,0	$X^2=34,698$ $p=0,010^*$
-2	2	6,5	2	9,1	7	22,6	2	7,7	
-1	12	38,7	4	18,2	9	29,0	5	19,2	
0	4	12,9	1	4,5	9	29,0	7	26,9	
+1	4	12,9	7	31,8	0	0,0	4	15,4	
+2	3	9,7	1	4,5	2	6,5	0	0,0	
+3	5	16,1	5	22,8	1	3,2	8	30,8	
X^2/p^*	6,614/0,358*				18,317/0,005*				
Baş seviyesi 180. dk									
-3	0	0,0	1	5,3	3	10,0	0	0,0	$X^2=18,718$ $p=0,409^*$
-2	3	11,5	2	10,5	5	16,7	2	10,5	
-1	8	30,8	2	10,5	9	30,1	3	15,8	
0	6	23,1	4	21,1	4	13,3	4	21,1	
+1	2	7,7	2	10,5	7	23,3	4	21,1	
+2	2	7,7	2	10,5	1	3,3	1	5,3	
+3	5	19,2	6	31,6	1	3,3	5	26,2	
X^2/p^*	4,306/0,635*				8,742/0,189*				
Baş seviyesi 210. dk									
-3	0	0,0	1	7,1	2	6,9	0	0,0	$X^2=30,410$ $p=0,034^*$
-2	2	8,3	1	7,1	5	17,2	1	7,2	
-1	4	16,7	3	21,5	8	27,6	2	14,3	
0	11	45,9	1	7,1	3	10,3	3	21,4	
+1	5	20,8	2	14,3	4	13,9	3	21,4	
+2	0	0,0	0	0,0	5	17,2	2	14,3	

+3	2	8,3	6	42,9	2	6,9	3	21,4	
X^2/p^*	11,242/0,047*				5,309/0,505*				
Baş seviyesi 240. dk									
-3	0	0,0	1	11,1	1	3,7	0	0,0	$X^2=22,530$ $p=0,209^*$
-2	1	4,4	0	0,0	3	11,1	0	0,0	
-1	4	17,4	2	22,2	8	29,6	2	16,7	
0	7	30,4	2	22,2	5	18,6	2	16,7	
+1	7	30,4	1	11,1	0	0,0	2	16,7	
+2	3	13,0	0	0,0	3	11,1	2	16,7	
+3	1	4,4	3	33,4	7	25,9	4	33,2	
X^2/p^*	9,670/0,139*				7,200/0,303*				
Baş seviyesi 270. dk									
-3	0	0,0	1	16,7	1	4,5	0	0,0	$X^2=19,718$ $p=0,349^*$
-2	0	0,0	0	0,0	3	13,7	0	0,0	
-1	4	18,2	1	16,7	5	22,7	1	12,5	
0	5	22,7	2	33,2	5	22,7	2	25,0	
+1	5	22,7	1	16,7	3	13,7	1	12,5	
+2	5	22,7	0	0,0	1	4,5	0	0,0	
+3	3	13,7	1	16,7	4	18,2	4	50,0	
X^2/p^*	5,360/0,374				4,371/0,627				
Baş seviyesi 300. dk									
-3	0	0,0	1	16,7	1	5,6	0	0,0	$X^2=17,572$ $p=0,484^*$
-2	0	0,0	0	0,0	2	11,1	0	0,0	
-1	4	19,0	0	0,0	6	33,3	0	0,0	
0	4	19,0	2	33,3	2	11,1	2	20,0	
+1	4	19,0	0	0,0	3	16,7	1	25,0	
+2	4	19,0	1	16,7	2	11,1	1	25,0	
+3	5	24,0	2	33,3	2	11,1	0	0,0	
X^2/p^*	6,392/0,270*				5,755/0,451*				
Baş seviyesi 330. dk									
-3	0	0,0	1	25,0	1	6,2	0	0,0	$X^2=16,347$ $p=0,359^*$
-1	3	18,8	0	0,0	5	31,2	0	0,0	
0	3	18,8	1	25,0	5	31,2	0	0,0	
+1	3	18,8	1	25,0	0	0,0	1	25,0	
+2	2	12,5	0	0,0	2	12,5	0	0,0	
+3	5	31,1	1	25,0	3	18,9	3	75,0	
X^2/p^*	5,417/0,367*				10,625/0,059*				
Baş seviyesi 360. dk									
-3	0	0,0	1	20,0	1	7,7	0	0,0	$X^2=12,571$ $p=0,635^*$
-1	1	9,1	0	0,0	3	23,1	0	0,0	
0	3	27,3	1	20,0	4	30,7	0	0,0	
+1	2	18,2	0	0,0	3	23,1	0	0,0	
+2	3	27,3	1	20,0	1	7,7	0	0,0	
+3	2	18,2	2	40,0	1	7,7	1	100,0	
X^2/p^*	4,364/0,498*				6,462/0,264*				

*ki-kare analizi, Not: Baş seviyesi analizi kontrol grubunda yer alan multipar gebelerin tümünün doğum yapması nedeniyle 6.saatten sonra yapılmamıştır.

Tablo 5’da Doğum eylemi sürecinde yenidoğanların baş iniş seviyelerinin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı verilmiştir. Deney grubunda değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında baş seviyesi 210.dakikada, kontrol grubunda ise değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında baş seviyesi 120. ve 150. dakikada anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir($p<0,05$) (Tablo 5). Deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada baş seviyesi 120. ve 150. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6: Doğum Eylemi Sürecinde Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Kontraksiyon Sürelerinin Dağılımı (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)				Kontrol (litotomi)				Test değeri/p
	Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
KS 30. dakika									$X^2=15,067$ $p=0,020^*$
20 saniyeden az	4	23,5	0	0,0	1	5,0	1	3,3	
20-40 saniye	4	23,5	9	47,4	14	70,0	16	53,3	
40 saniyeden fazla	9	53,0	10	52,6	5	25,0	13	43,4	
X^2/p^*	5,883/0,053*				1,759/0,415*				
KS 60.dakika									$X^2=17,006$ $p=0,009^*$
20 saniyeden az	9	29,0	0	0,0	2	5,7	2	5,9	
20-40 saniye	10	32,3	9	40,9	18	51,4	13	38,2	
40 saniyeden fazla	12	38,7	13	59,1	15	42,9	19	55,9	
X^2/p^*	7,789/0,020*				1,263/0,532*				
KS 90. dakika									$X^2=10,726$ $p=0,097^*$
20 saniyeden az	5	16,7	0	0,0	2	5,4	1	3,0	
20-40 saniye	10	33,3	7	30,4	18	48,6	11	33,3	
40 saniyeden fazla	15	50,0	16	69,6	17	45,9	21	63,7	
X^2/p^*	4,719/0,094*				2,223/0,329*				
KS 120. dakika									$X^2=6,686$ $p=0,351^*$
20 saniyeden az	2	6,5	0	0,0	2	6,0	0	0,0	
20-40 saniye	11	35,5	7	25,9	15	45,5	11	39,3	
40 saniyeden fazla	18	58,1	20	74,1	16	48,5	17	60,7	
X^2/p^*	2,731/0,255*				2,251/0,324*				
KS 150. dakika									$X^2=8,522$ $p=0,202^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	2	6,5	0	0,0	
20-40 saniye	10	32,3	3	13,6	9	29,0	9	36,0	
40 saniyeden fazla	21	67,7	19	86,4	20	64,5	16	64,0	
X^2/p^*	2,410/0,121*				1,823/0,402*				
KS 180. dakika									$X^2=4,994$ $p=0,545^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	1	3,3	0	0,0	
20-40 saniye	5	18,5	2	10,5	7	23,3	6	31,6	
40 saniyeden fazla	22	81,5	17	89,5	22	73,4	13	68,4	
X^2/p^*	0,552/0,457*				0,971/0,615*				
KS 210. dakika									$X^2=2,499$ $p=0,869^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	1	3,4	0	0,0	
20-40 saniye	5	20,8	2	15,4	6	20,7	4	28,6	
40 saniyeden fazla	19	79,2	11	84,6	22	75,9	10	71,4	
X^2/p^*	0,163/0,686*				0,760/0,684*				
KS 240. dakika									$X^2=2,258$ $p=0,895^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	1	3,7	0	0,0	
20-40 saniye	4	17,4	2	22,2	4	14,8	3	25,0	
40 saniyeden fazla	19	82,6	7	77,8	22	81,5	9	75,0	
X^2/p^*	0,099/0,753*				0,969/0,616*				
KS 270. dakika									$X^2=1,501$ $p=0,682^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
20-40 saniye	3	14,3	2	33,3	5	22,7	1	12,5	
40 saniyeden fazla	18	85,7	4	66,7	17	77,3	7	87,5	
X^2/p^*	1,122/0,289*				0,384/0,536*				
KS 300. dakika									$X^2=3,220$ $p=0,359^*$
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
20-40 saniye	2	9,5	2	33,3	4	22,2	0	0,0	
40 saniyeden fazla	19	90,5	4	66,7	14	77,8	4	100,0	

X^2/p^*	2,096/0,148*				1,086/0,297*				
KS 330. dakika									
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=3,837$ $p=0,280^*$
20-40 saniye	2	13,3	2	50,0	4	25,0	0	0,0	
40 saniyeden fazla	13	86,7	2	50,0	12	75,0	4	100,0	
X^2/p^*	2,554/0,110*				1,250/0,264*				
KS 360. dakika									
20 saniyeden az	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	$X^2=2,630$ $p=0,452^*$
20-40 saniye	1	9,1	2	40,0	2	15,4	0	0,0	
40 saniyeden fazla	10	90,9	3	60,0	11	84,6	1	100,0	
X^2/p^*	2,156/0,142*				0,179/0,672*				

KS: Kontraksiyon Süresi, *ki-kare analizi, Not: Kontraksiyon süresi analizi kontrol grubunda yer alan multipar gebelerin tümünün doğum yapması nedeniyle 6.saatten sonra yapılmamıştır

Tablo 6’de Doğum eylemi sürecinde gebelerin kontraksiyon sürelerinin deney ve kontrol grubuna göre dağılımı verilmiştir. Deney grubunda değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında kontraksiyon süresinin 60. dakikada anlamlı farklılık olduğu, kontrol grubunda primipar ve multiparların grup içi karşılaştırmasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$), deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada kontraksiyon seviyesi 60. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Deney ve Kontrol Grubunda Bulunan Gebelerin Doğum Eylemi Sürecinin Grup İçi ve Gruplar Arası Karşılaştırması (n:160)

Özellikler	Deney (oturma)				Kontrol (litotomi)				Test değeri/p
	Primipar		Multipar		Primipar		Multipar		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum şekli Normal vajinal doğum	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	-
X ² /p*	-				-				
Amniyotomi uygulanma Uygulandı Uygulanmadı	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	-
X ² /p*	-				-				
Doğumda ağrı kesici ilaç verilme durumu	10	25,0	1	2,5	6	15,0	3	7,5	X ² =10,514 p=0,015*
Evet	30	75,0	39	97,5	34	85,0	37	92,5	
Hayır	8,538/0,003*				1,127/0,288*				
X ² /p*	8,538/0,003*				1,127/0,288*				
Epizyotomi varlığı	35	87,5	10	25,0	38	95,0	13	32,5	X ² =66,042 p=0,000*
Var	5	12,5	30	75,0	2	5,0	27	67,5	
Yok	31,746/0,000*				33,807/0,000*				
X ² /p*	31,746/0,000*				33,807/0,000*				
Perine laserasyon varlığı	10	25,0	15	37,5	13	32,5	19	47,5	X ² =4,660 p=0,198*
Var	30	75,0	25	62,5	27	67,5	21	52,5	
Yok	1,455/0,228*				1,875/0,171*				
X ² /p*	1,455/0,228*				1,875/0,171*				
Perine laserasyon derecesi	6	60,0	10	66,7	4	30,8	8	42,1	X ² =12,603 p=0,181*
1.derece	3	30,0	5	33,3	8	61,5	11	57,9	
2.derece	1	10,0	0	0,0	1	7,7	0	0,0	
3.derece	1,563/0,458*				0,971/0,615*				
X ² /p*	1,563/0,458*				0,971/0,615*				
Doğumda vakum kullanılma durumu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Evet	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	
Hayır	-				-				
X ² /p*	-				-				
Fetal sıkıntı olma durumu	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-
Evet	40	100,0	40	100,0	40	100,0	40	100,0	
Hayır	-				-				
X ² /p*	-				-				
Doğum pozisyonundan memnun olma durumu	33	82,5	38	95,0	29	72,5	23	57,5	X ² =16,981 p=0,001*
Memnun	7	17,5	2	5,0	11	27,5	17	42,5	
Memnun değil	3,130/0,077*				1,978/0,160*				
X ² /p*	3,130/0,077*				1,978/0,160*				
Yenidoğanın yoğun bakıma kabul edilme durumu									X ² =10,499 p=0,015*

Evet	8	20,0	4	10,0	15	37,5	6	15,0	
Hayır	32	80,0	36	90,0	25	62,5	34	85,0	
X²/p*	1,569/0,210*				5,230/0,022*				
Doğum eyleminin birinci evre süresi	8,36±1,99 (3-24)		5,73±0,25 (2-15)		15,13±1,32 (5-200)		7,16±3,85 (2-60)		F=2,904 p=0,037
t/p**	3,268 / 0,002				1,651 / 0,103				
İkinci evre süresi (dakika)	37,85±22,24 (10-110)		20,37±11,11 (5-60)		40,12±22,51 (10-120)		19,17±9,27 (5-45)		F=16,398 p=0,000
t/p**	4,445 / 0,000				5,441 / 0,000				
Doğumun üçüncü evre süresi (dakika)	7,05±2,85 (3-17)		7,57±4,65 (3-30)		10,75±3,58 (4-20)		8,27±3,07 (4-15)		F=8,226 p=0,000
t/p**	-0,608 / 0,545				3,315 / 0,001				
Toplam doğum süresi (saat)	9,15±4,25 (4-15,5)		6,28±3,01 (2-15,5)		11,60±4,23 (5-21)		7,50±3,81 (2-20)		F=13,914 p=0,000
t/p**	3,455 / 0,001				4,469 / 0,000				
Kanama miktarı (gr)	753,75±383,5 3 (100-1500)		386,25±245,20 (100-1000)		846,25±409,8 7 (100-2000)		455,00±287,74 (50-1000)		F=17,532 p=0,000
t/p**	5,106 / 0,000				4,941 / 0,000				
Bebeğin doğum ağırlığı (gr)	3194,00±318,06 (2600-3780)		3326,87±355,15 (2405-4370)		3210,12±361,91 (2350-3880)		3360,75±331,88 (2800-3960)		F=2,368 p=0,073
t/p**	-1,763/0,082				-1,940/0,056				
1.dakika APGAR skoru	8,87±0,60 (7-10)		8,82±0,63 (6-10)		8,57±0,95 (5-9)		8,87±0,60 (6-10)		F=1,603 p=0,191
t/p**	0,360/0,720				-1,673/0,099				
5. dakika APGAR skoru	9,85±0,36 (9-10)		9,85±0,42 (8-10)		9,75±0,63 (7-10)		9,90±0,49 (7-10)		F=0,662 p=0,576
t/p**	0,000/1,000				-1,183/0,241				

*ki-kare analizi, **Independent Sample t testi, ***One-Way ANOVA

NOT: Servikal açıklık ortalamaları herhangi bir grupta n=1 olana kadar hesaplanmıştır. Amniyotomi uygulanma zamanı partografın başlangıç saati üzerinden saat olarak hesaplanmıştır.

Tablo 7' de Deney ve kontrol grubunda bulunan gebelerin doğum eylemi sürecinin grup içi ve gruplar arası karşılaştırması değerlendirilmiştir. Deney grubunda primipar ve multiparların grup içi karşılaştırmasında doğumda ağrı kesici ilaç verilme durumu ve epizyotomi varlığı, doğum eyleminin birinci, ikinci evre süresi, toplam doğum süresi ve kanama miktarı değişkenleri ile arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 7).

Kontrol grubunda primipar ve multiparların grup içi karşılaştırmasında epizyotomi varlığı ve yenidoğanın yoğun bakıma kabul edilme durumu, doğumun ikinci, üçüncü evre süresi, toplam doğum süresi ve kanama miktarı arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 7).

Deney ve kontrol gruplarının gruplar arası karşılaştırmasında doğumda ağrı kesici verilme durumu, epizyotomi varlığı, doğum pozisyonundan memnun olma durumu, yenidoğanın yoğun bakıma kabul edilme durumu, doğum eyleminin birinci, ikinci,

üçüncü evre süresi, toplam doğum süresi ve kanama miktarı arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7).

Deney ve kontrol gruplarında grup içi ve gruplar arası Apgar puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).



5. TARTIŞMA

Bu araştırmada, oturma pozisyonunun doğum eylemi sürecine etkisini belirlemeye yönelik elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

DSÖ intrapartum bakım kılavuzunda olumlu bir doğum deneyimi için tüm kadınların kendi tercihlerine göre farklı pozisyonlar kullanmalarının teşvik edilmesi gerektiğini belirtmektedir (DSÖ, 2018). Doğum sırasında alınan pozisyon hem annenin hem de fetusün sağlığını etkiler. Kadının doğum kontraksiyonları sırasında içgüdülerine dikkat etmesi ve istediği pozisyonu seçmesi önemlidir. Doğumun daha iyi sonuçlanması için doğum sürecinde alınacak pozisyonun belirlenmesinde ebelik uygulamaları önemlidir (Kurnaz ve ark., 2022; Muhammed ve ark., 2023).

Doğum ağrısı kadınların hayatındaki eşsiz bir deneyimdir ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen kontrol altına alınması önemlidir (Tektaş ve ark. 2017). Araştırmamızda deney ve kontrol grupları arasında değişkenlerin karşılaştırmasında servikal dilatasyon 4 ve 8 cm de iken uygulanan VAS'ın puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 2). Kontrol grubunun ağrı düzeyi deney grubuna göre daha yüksek olarak tespit edilmiştir. Literatürde, doğumda hareketlilik ve pozisyon çalışmalarında ağrı değerlendirilmesi genellikle VAS ile yapılmıştır. Araştırmamızda olduğu gibi yurtiçi ve yurtdışı yapılan araştırmaların çoğunda farklı pozisyonların (yürüme, oturma, ayakta durma, çömelme, topa oturma, diz-göğüs) doğum ağrısını azalttığı bulunmuştur (Aktaş ve ark., 2021; Gizzo ve ark. 2016; Uluocak,2017; Karaman 2017; Emam ve Al-Zahrani 2018; Hacıvelioğlu 2021; Khan ve ark., 2021; Shedmake ve Wakode, 2021). Bu sonuç oturma pozisyonunun ağrı düzeyine etkisi vardır H3 hipotezini desteklemektedir.

Maternal, fetal mortalite ve morbiditeyi azalttığından dolayı DSÖ, doğum eylemi sırasında rutin partograf kullanımını önermektedir (DSÖ.,1994). Araştırmamızda deney ve kontrol gruplarındaki gebelerin partografda yer alan servikal dilatasyon bilgilerine göre değerlendirildiğinde deney grubunda primipar ve multiparlar arasında değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında 90.dakikadaki dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4). Kontrol grubunda primipar ve multiparlar arasında değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında 60., 150. ve 180. dakikaki dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır

($p<0,05$) (Tablo 4). Deney ve kontrol grupları arasında değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmasında 150. ve 180. dakikada dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). Doğum eylemi ilerledikçe serviksin dilatasyonu ve efesmanı da artmaktadır (Ergin, 2013; Taşkın, 2020). Araştırmamız literatürle benzerlik göstermemektedir (Karaman, 2017; Uluocak, 2017; Emam ve Al-Zahrani 2018; Çapar, 2019; Binici, 2022; Uludağ, 2022). Bu durum doğum salonunda litotomi pozisyonunun yarı yatar ($<45^\circ$) pozisyona getirilerek kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelerin vajinal muayane sonucunda elde edilen fetal baş seviyelerinin inişleri incelendiğinde deney grubunda değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında baş seviyesi 210.dakikada, kontrol grubunda ise değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında baş seviyesi 120. ve 150. dakikada anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada baş seviyesi 120. ve 150. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5). Kontrol grubunda bulunan gebelerin fetal baş seviyesinin deney grubundaki gebelere göre daha hızlı indiği tespit edilmiştir. Yurt içinde yapılan benzer çalışmalarda genellikle baş seviyesinin deney ve kontrol grubu arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirtilmiştir (Üst, 2016; Karaman, 2017; Uluocak, 2017; Sönmez, 2019). Araştırmamız literatürle benzerlik göstermemektedir. Bu durum doğum salonunda litotomi pozisyonunun yarı yatar ($<45^\circ$) pozisyon kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uterus kontraksiyon yoğunluğunun dikey pozisyonlarda yatay pozisyonlara göre daha fazla olduğuna dair yeterli kanıt olmasa da dikey pozisyonlarda kontraksiyonlar daha güçlüdür (Huang ve ark. 2019; Gupta ve ark., 2017). Araştırmamızda deney grubunda değişkenlerin grup içi karşılaştırmasında kontraksiyon süresinin 60. dakikada anlamlı farklılık olduğu, kontrol grubunda primipar ve multiparların grup içi karşılaştırmasında anlamlı farklılık olmadığı, deney ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmada kontraksiyon seviyesi 60. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6). Yapılan bazı çalışmalarda, doğum sürecinde kontraksiyon süresi ve şiddeti açısından gruplar arasında fark olmadığı tespit edilmekle birlikte (Ergin, 2005; Karaman, 2017), araştırma bulgularımız yapılan araştırma sonuçlarının çoğunluğu ile

benzerlik göstermektedir (Dani et al., 2015; Desseauve ve ark. 2017; Gupta ve ark. 2017; Emam ve Al-Zahrani 2018).

Doğum sürecinde dikey anne pozisyonları anne ve yenidoğan sonuçlarını iyileştirmektedir (Schmidt ve ark., 2001; Desseauve ve ark. 2017; Gizzo, 2016). Araştırmamızda deney grubunda primipar gebelerin %80,0'inin, multipar gebelerin ise %90,0'ının, kontrol grubunda ise primipar gebelerin %62,5'inin, multipar gebelerde %85,0'inin yenidoğanın yoğun bakıma kabulünün olmadığı saptanmıştır (Tablo 7). Dikey pozisyonun kullanıldığı çalışmaların bazılarında doğumda yenidoğanların yoğun bakıma kabulünün yapılması anlamlı bulunmamıştır (Gupta ve ark., 2017; Dünmez, 2022). Lawrence ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada, dik duran annelerden doğan bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul edilme olasılığının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Musie ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada ise litotomi pozisyonu kullanılarak doğum yaptırılan gebelerin bebeklerinde yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabulde artış riski görülmektedir.

Doğum ağrısının etkin bir şekilde azaltılabilmesi için doğumdaki ağrı mekanizmalarının iyi bilinmesi gerekmektedir (Çalık, 2010). Araştırmamızda deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin ağrı kesici kullanma durumları değerlendirildiğinde deney grubundaki primipar gebelerin %75,0'ine multipar gebelerin %97,5'inin, kontrol grubunda ise primipar gebelerin %85,0'ine multipar gebelerin %92,5'ine doğumda ağrı kesici ilaç kullanılmadığı, tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7). Araştırma bulgularımız literatürle benzerlik göstermektedir (Stremmer ve ark. 2005; Dıorgu ve ark., 2018; Uluocak, 2017; Hofmeyr ve ark., 2018). Bu durum dikey pozisyonlarda doğum eylemi sürecinin daha hızlı gerçekleşerek gebelerin daha az ağrıya maruz kaldıklarını düşündürmektedir.

Normal vajinal doğum yapan kadınlarda rutin ya da genelde epizyotomi kullanımı önerilmemektedir (DSÖ, 2018). Araştırmamızda deney grubunda bulunan primiparların %87,5'ine epizyotomi yapılmış ve %75,0'inde laserasyon gelişmiştir, laserasyon gelişen gebelerin %60,0'ının laserasyon düzeyi 1. derecedir. Multipar gebelerde ise %75,0'ine epizyotomi yapılmamış ve %62,5'inde laserasyon gelişmemiştir. Laserasyon gelişen gebelerin %66,7'sinde 1. derecedir. Kontrol grubundaki primipar gebelerin %95,0'ine epizyotomi yapılmış ve %67,5'inde laserasyon olmamıştır. Laserasyon olanların %61,5'inde 2. derece laserasyon olmuştur.

Multipar gebelerin %67,5'ine epizyotomi yapılmış ve %52,5'inde laserasyon gelişmemiştir. Laserasyon gelişen gebelerin %42,1'inin 1. derece olduğu saptanmıştır. Bizim araştırmamız diğer çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Dünyada ve ülkemizde kadınların ilk doğumlarında rutin epizyotomi uygulaması yapılabilmektedir (Akın, 2011; Schirmer ve ark., 2011; Warmink-Perdijk ark., 2016; Karaman, 2017; Gupta ve ark., 2017; Doyle ve ark., 2018; Dünmez, 2022; Familiari ve ark., 2023; Huang ve ark., 2023). Deney grubundaki kadınların epizyotomi ve laserasyon oranları kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuç oturma pozisyonunun perineal travma üzerine etkisi vardır H2 hipotezini desteklemektedir.

Kadın tarafından seçilen dikey doğum pozisyonları anne memnuniyetini artırmaktadır (Moraloğlu ve ark., 2016; Ezzat ve ark., 2018; Dünmez, 2022). Araştırmamızda deney ve kontrol gruplarında yer alan gebelerin doğum eylemine ilişkin memnuniyet bilgilerinin dağılımı değerlendirildiğinde deney grubunda primipar gebelerin %82,5'inin multipar gebelerin, %95,0'inin, kontrol grubunda ise primipar gebelerin %72,5'inin multipar gebelerin ise %57,5'inin doğum pozisyonundan memnun olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7). Literatürde dikey doğum pozisyonunda doğum yapan kadınların memnuniyet oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Araştırma sonuçlarımız literatürle benzerlik göstermektedir (Lawrence, 2013; Moraloğlu ve ark., 2016; Emam ve Al-Zahrani 2018; Doyle ve ark., 2018; Ezzat ve ark., 2018; Hacıvelioğlu, 2021; Dünmez, 2022). Bu sonuç oturma pozisyonunun doğumda anne memnuniyetine etkisi vardır H 8 hipotezini desteklemektedir.

Sağlık Bakanlığı, doğumun birinci evresinde doğum ağrısı sırasında gebenin pozisyon kısıtlaması olmamasını ve gebelerin sürekli sırt üstü yatar pozisyonunda kalmasından kaçınılmasını önermektedir (S.B., 2018). Araştırma bulgularımız arasında doğum eyleminin birinci evresi süre ortalaması deney grubunda primipar gebelerde $8,36\pm1,99$ saat, multipar gebelerde $5,73\pm0,25$ saat olduğu, kontrol grubunda ise primipar gebelerde $15,13\pm1,32$ saat, multipar gebelerde $7,16\pm3,85$ saat olduğu tespit edilmiştir. birinci evre süre ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 8). Literatür araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Downe ve ark., 2004; Souza ve ark., 2006; Emam ve Al-Zahrani 2018; Arslantaş, 2022; Uludağ, 2022). Bu sonuç oturma pozisyonunun birinci evre süresine etkisi vardır H4 hipotezini desteklemektedir.

Dikey pozisyonlar doğum eyleminin ikinci evresinde doğum kanalını genişleterek süresini kısaltmaktadır (Rahtfisch, 2018; Berta ve ark., 2019). Yaptığımız araştırmada doğum eyleminin ikinci evre süre ortalaması deney grubunda primipar gebelerde $37,85 \pm 22,24$ dakika, multipar gebelerde $20,37 \pm 11,11$ dakikadır. Kontrol grubu gebelerde ise primipar gebelerde $40,12 \pm 22,51$ dakika, multipar gebelerde $19,17 \pm 9,27$ dakika olarak saptanmıştır. Hem bizim araştırmamızda hem de diğer araştırmalarda dikey pozisyon kullanımı doğum eyleminin ikinci evre süresini kısaltmaktadır (Terry ve ark., 2006; England ve Horowitz, 2011; Balaskas, 2011; Thies-Lagergren ve ark. 2013; Moraloğlu ve ark., 2016; Emam ve Al-Zahrani 2018; Ezzat ve ark., 2018; Khan ve ark., 2021; Zhang ve ark., 2023). Bu sonuç oturma pozisyonunun ikinci evre süresine etkisi vardır H5 hipotezini desteklemektedir.

Doğum eyleminin üçüncü evre süre ortalamaları değerlendirildiğinde deney grubunda primipar gebelerde $7,05 \pm 2,85$ dakika, multipar gebelerde $7,57 \pm 4,65$ dakikadır. Kontrol grubunda ise primipar gebelerde $10,75 \pm 3,58$ dakika, multipar gebelerde $8,27 \pm 3,07$ dakikadır (Tablo 7). Doğumda hareketlilik ve dikey pozisyon kullanımını içeren çalışmaların çoğunda doğum eyleminin üçüncü evresi daha kısa bulunmuştur. Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir (Jahanfar ve ark., 2004; Hassan 2016; Karaman 2017; Emam ve Al-Zahrani 2018; Shedmake ve Wakode 2021; Dünmez, 2022; Muhammed ve ark., 2023). Bu sonuç oturma pozisyonunun üçüncü evre süresine etkisi vardır H6 hipotezini desteklemektedir.

Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen bir faktör de doğum süresidir. Doğum süresinin uzamasıyla ilişkili olarak maternal yorgunluk, doğum sonu kanama, sepsis, fetal distres gibi riskler gelişebilir (Kumud ve ark., 2013; Desseauve ve ark. 2017; Gupta ve ark. 2017). Yaptığımız araştırmada, gebelerin toplam doğum süre ortalamaları değerlendirildiğinde; deney grubundaki primipar gebelerde, $9,15 \pm 4,25$ saat, multipar gebelerde $6,28 \pm 3,01$ saat, kontrol grubunda ise primipar gebelerde $11,60 \pm 4,23$ saat, multipar gebelerde $7,50 \pm 3,81$ saat olarak tespit edilmiştir. Bu durum istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0,05$) (Tablo 7). Araştırmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Doğum süresi boyunca yürümek, hareket etmek ve dikey pozisyonda bulunmak doğum süresini kısaltmaktadır (Scholz ve ark., 2001; Lawrance ve ark. 2013; Desseauve ve ark. 2017; Gupta ve ark. 2017; Doyle ve ark., 2018; Berta ve ark. 2019; Mirzakhani ve ark. 2020; Hacıvelioğlu, 2021).

Postpartum kanama, tüm dünyada maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen ve aynı zamanda önlenabilir nedenidir (DSÖ,2012). Araştırmamızda kanama miktarı ortalaması değerlendirildiğinde deney grubundaki primipar gebelerde $753,75 \pm 383,53$ gr, multipar gebelerde $386,25 \pm 245,20$ gr; kontrol grubunda ise primipar gebelerde $846,25 \pm 409,87$ gr, multipar gebelerde $455,00 \pm 287,74$ gr olarak belirlenmiştir (Tablo 8). Doğum sürecinde uygulanan pozisyonların postpartum kanamaların etkisine ilişkin yapılan çok fazla araştırmaya rastlanmamıştır Araştırmamızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (Tery, 2006; Nasir ve ark., 2007; Karaman, 2017). Rezaie ve arkadaşlarının (2020), doğumun ikinci aşamasında litotomi, oturma ve çömelme pozisyonun kullanıldığı çalışmada litotomi grubundaki ortalama kanama hacmi diğer iki gruba göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan çalışmaların çoğunda doğumda dikey pozisyon kullanımının kanama miktarını artırdığı bulunmuştur (Jahanfar ve ark., 2004; Gupta ve ark., 2017; Thies-Lagergren ve ark., 2013; Huang ve ark., 2019; Stefanovic ve ark., 2019; Shedmake ve Wakode, 2021). Bizim araştırmamızda ise kontrol grubunda kanama miktarı daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni, kontrol grubundaki gebelerde epizyotomi ve laserasyon oranının deney grubuna oranla daha yüksek oranda olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. (Tablo 7). Bu sonuç oturma pozisyonunun doğumda kaybedilen kanama miktarına etkisi vardır H7 hipotezini desteklememektedir.

Araştırmamızda yenidoğanların 1. dakika Apgar skor ortalamaları değerlendirildiğinde; deney grubundaki primipar gebelerin $8,87 \pm 0,60$, multipar gebelerin $8,82 \pm 0,63$, kontrol grubunda primipar gebelerin $8,57 \pm 0,95$, multipar gebelerin $8,87 \pm 0,60$ olarak saptanmıştır. 5. dakikadaki Apgar ortalamaları ise deney grubundaki primipar gebelerin $9,85 \pm 0,36$, multipar gebelerin $9,85 \pm 0,42$, kontrol grubundaki primipar gebelerin $9,75 \pm 0,63$, multipar gebelerin ise $9,90 \pm 0,49$ olarak tespit edilmiştir. Deney ve kontrol gruplarında grup içi ve gruplar arası karşılaştırmada yenidoğanların Apgar skor ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 7). Shedmake ve Wakode (2021) yaptıkları çalışmada squat pozisyonu kullanılan gebelerde yatay pozisyona oranla yenidoğanların Apgar skorunun daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Aydın'ın (2018) yaptığı çalışmada ise çömelme pozisyonunda doğan bebeklerin Apgar skorları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmamız doğum eyleminde hareketlilik ve dikey pozisyonların yatay pozisyonlarla karşılaştırıldığı birçok çalışmadakine benzer şekilde Apgar puan ortalamaları açısından anlamlı fark

bulunmamıştır (Terry ve ark. 2006; Ragnar ve ark. 2006; Dani ve ark. 2015; Türkeli ve ark. 2016; Karaman 2017; Moraloğlu ve ark. 2017; Stefonic ve ark., 2019; Mirzakhani ve ark. 2020; Arslantaş, 2022; Dünmez, 2022). Bu sonuç oturma pozisyonunun yenidoğan apgar skoruna etkisi vardır H1 hipotezini desteklememektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu bölümde oturma pozisyonunun doğum eylemi sürecine etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuç ve önerileri yer almaktadır.

- Gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre deney ve kontrol gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırmasında yaş ortalamaları ile istatistiksel anlamda farklılık olduğu belirlenirken ($p<0,05$) diğer değişkenler ile gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı ($p>0,05$) grupların benzer özellik gösterdiği saptanmıştır (Tablo 1).
- Gebelerin VAS skor ortalamalarının dağılımına göre deney ve kontrol gruplar arasında servikal dilatasyon 4 ve 8 cm de iken uygulanan VAS'nın puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 2).
- Gebelerin partografıta yer alan FKA ve Membran Ruptürü bilgilerinin deney ve kontrol grubuna göre gruplar arası değişkenlerin karşılaştırmasında FKA ortalamaları arasında istatistiksel anlamda farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).
- Doğum eylemi sürecinde gruplar arasında değişkenlerin karşılaştırmasında 150. ve 180. dakikada dilatasyon ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).
- Doğum eylemi sürecinde gruplar arasındaki karşılaştırmada baş seviyesi 120. ve 150. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 5).
- Doğum eylemi sürecinde gruplar arası karşılaştırmada kontraksiyon seviyesinin 60. dakikada anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 6).
- Doğum eylemi sürecinde gruplar arası karşılaştırma yapıldığında deney grubundaki gebeler kontrol grubundaki gebelere oranla doğumda ağrı kesici verilme durumu ve epizyotomi oranlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Doğum pozisyonundan memnun olma durumunun daha yüksek olduğu, yenidoğanın yoğun bakıma kabul edilme oranının daha düşük olduğu, doğum eyleminin birinci, ikinci, üçüncü evre süresi, toplam doğum süresinin daha kısa olduğu ve kanama miktarının daha az olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 7).

- Deney ve kontrol gruplarında grup içi ve gruplar arası Apgar puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 7).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Bütün gebelere perinatal dönemde, travay süresince ve doğumda farklı öğretim materyalleri (poster veya broşür) dahil olmak üzere kullanılabilecek pozisyonlar hakkında bilgi verilmesi ve farkındalıklarının geliştirilmesi,
- Ebelerin oturma pozisyonunu uygulayabilmeleri için örgün ve hizmet içi eğitimlerle kadına seçenek sunabilecek düzeyde eğitilmesi,
- Doğum salonlarının fizik ve malzeme açısından oturma pozisyonlarının uygulanabileceği biçimde düzenlenmesi,
- Oturma pozisyonunun anne bebek sağlığının korunması açısından önemli yararları olması nedeniyle konuya yönelik kanıta dayalı çalışmalarla literatürün desteklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Abdallah, A. Y., Joho, A. A., Yahaya, J. J. (2021). Influence of maternal lifestyle behaviors on birth weight and Apgar score. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15, 100334.
- Acavut, G., Güvenç, G. (2020). Doğum eylemi ile ilişkili perine travmalarının azaltılmasına yönelik yaklaşımlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 125-130.
- Ahmed, S. S., Nour, S. A., Elshahat, A. M., AbdAllah, I. M. (2012). Effect of maternal semi-sitting, dorsal recumbent and lithotomy positions on the progress of labor: A Comparative Approach. *Zagazig Nursing Journal*, 8(2), 1-17.
- Ak, S. G., Altuntuğ, K., Emel, E. (2019). Doğum ağrısı ve masaj. *Akdeniz Tıp Dergisi* 2019, 5(3):389-393. Doi: 10.17954/amj.2019.1239.
- Akın, B. (2011). Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun fetüs ve yenidoğan üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Ana Bilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi*.
- Akın, B., Soğukpınar, N., Akman, L., Yavuzşen, H. T. (2017). Doğum eyleminin birinci evresindeki maternal mobilizasyonun doğum şekli ve yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 33-41.
- Akman, A.C.(2005). *Williams Doğum Bilgisi*, Ankara Nobel Tıp Kitabevi, 21. Baskı.
- Aktan, B. (2015). Klinik pilates egzersizleri ve doğuma hazırlık eğitiminin sadece doğum eğitimine göre doğum sonuçları üzerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi*.
- Aktaş, D., Kolsuz, S., Ertuğrul, M., Beşirli, E.G. Gündoğan, F.R., (2021). Effect of Birth Ball Exercising For The Management of Childbirth Pain İn Turkish Women, *Bezmialem Science*, 9(1),46-52.
- Aktaş, S., Can, H.Ö. (2019). Doğum Merkezleri: Kanada İzlenimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,8(4), 474-80.

- Aktuna, E.N., Ateş, N.A., Kocatürk, A.A. (2019). Vajinal doğum eyleminde perineal travmanın önlenmesinde yaklaşımlar. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 2(2), 38-45.
- American College of Nurse Midwives (ACNM), (2014). Delayed umbilical cord clamping. Division of Standards and Practice Clinical Documents Section Approved by the ACNM Board of Directors May 2014
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2015). Committee opinion: the apgar score. 126 (4): e52-55.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2017). Delayed umbilical cord clamping after birth. ACOG Committee Opinion, Number 814 Obstet Gynecol 2020, 136(6): e100-e106. Doi: 10.1097/AOG.0000000000004167.
- Anderson, J.M., Etches, D. (2007). Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician, (75), 875-82.
- Aoki, Y., Ide, K., Nakajima, F., Kawasaki, Y., Fujita, Y., Morimoto, E.,... Yokoyama, J. (2019). Esophagectomy surgical apgar score may not be associated with postoperative morbidity. Seminars In Thoracic and Cardiovascular Surgery, 31(3), 574–580.
- Aristizabal, M., (2019). Natural labor and birth: An evidence-based guide to the natural birth plan. Copyright © McGraw-Hill Education. All rights reserved.
- Arslan, H. (2012). Doğum Eylemi. Coşkun A, Editör. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları, 195-213.
- Ayata, K. (2014). 2003-2013 Yılları arasında postpartum kanama nedeniyle kliniğimizde takip ettiğimiz hastalarda maternal ve perinatal sonuçların incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Aydın, K. (2018). Annelerin ve doğumhane çalışanlarının doğum pozisyonları ve perine travması ile ilişkili görüşleri. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- Ayvacı, H.K., Bağcı, H., Paparacı, İ., Demirtaş, H., Fatma, B., Karakoç, H. (2022). Doğumda Anne Memnuniyeti ve Erken Ebeveynlik Davranışı Arasındaki İlişki. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(3), 226-234.
- Balaskas, J. (2010). Active Birth.
- Barasinski, C., Debost-Legrand, A., Lemery, D., Vendittelli, F. (2018). positions during the first stage and the passive second stage of labor: A Survey of French Midwives. Midwifery, (56), 79-85.
- Bayes, S., White, C. (2011). Use of the lithotomy position for low-risk women in Perth, Australia. British Journal of Midwifery, 19(5), 285-288.
- Begley, C. M., Gyte, G. M., Devane, D., Mcguire, W., Weeks, A., Biesty, L. M. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2).
- Berta, M., Lindgren, H., Christensson, K., Mekonnen, S., Adefris, M. (2019). Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Pregnancy and Childbirth, 19;466.
- Borges, M., Moura, R., Oliveira, D., Parente, M., Mascarenhas, T., Natal, R. (2021). Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view. Computer Methods and Programs In Biomedicine, 200, 105921.
- Bodner-Adler, B., Bodner, K., Kimberger, O., Lozanov, P., Husslein, P.,... Mayerhofer, K. (2003). Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. Wiener Klinische Wochenschrift, 115. Doi:10.1007/BF03040889.
- Charles, C., Chapman, V. (2018). Travay ve Normal Doğum. Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı (Çeviri Editörü: Doç. Dr. Hafize Öztürk Can , Yard. Doç. Dr. Aytül Hadımlı , Yard. Doç. Dr. Ummahan Yücel). 3. Baskı, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Cohen, W.R., Friedman, E.A. (2011). Labor and Delivery Care A Practical Care. 1 St Edition, John Wiley, Sons, Ltd., 32-50.

- Corbetta-Rastelli, CM, Friedman, AM, Sobhani, NC, Arditi, B., Goffman, D., Wen, T. (2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde doğum sonrası kanama eğilimleri ve sonuçları, 2000–2019. *Kadın Hastalıkları ve Doğum*, 141 (1), 152-161. Doi: 10.1097/AOG.0000000000004972.
- Çalık, K. Y., Karabulutlu, Ö., Yavuz, C. (2018). First do no harm-interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-10.
- Çapar, Y. (2019). Doğum ağrısının yönetiminde sıcak ve soğuk akupresür uygulamasının doğum ağrısı algısına ve doğum süresine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Dabral, A., Pawar, P., Bharti, R., Kumari, A., Batra, A., Arora, R. (2018). Upright kneeling position during second stage of labor: a pilot study. *Int J Reprod Contracept Obst Gynecol*, 7(2), 401-407. Doi:
- Dağlar, G., Aydemir, N. (2011). Vajinal doğum ağrısının azaltılmasına yönelik nonfarmakolojik ebelik bakım uygulamaları. *STED*, 20(1),1-6.
- Demirel, G., Dağlar, G., ve Bilgiç, D. (2019). Elektronik fetal monitorizasyon sonucunun apgar skor sistemi değeriyle karşılaştırılması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(6), 390-396.
- Demirgöz, Bal, M., Dereli, Yılmaz, S. (2017). Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. *Akademisyen Kitabevi*, ISBN978-605-9354-98-1, 46
- De Jonge, A., Van Diem, M. T., Scheepers, P. L. H., Buitendijk, S. E., Lagro-Janssen, A. L. M. (2010). Risk of perineal damage is not a reason to discourage a sitting birthing position: a secondary analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 64(5), 611-618.
- Desseauve, D., Fradet, L., Lacouture, P., Pierre, F. (2017). Position for labor and birth: State of knowledge and biomechanical perspectives. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 208, 46-54.

- Diorgu, F., Steen, M. (2018). Mothers' and healthcare stakeholders' views and experiences of birthing positions and perineal injuries during childbirth in a low-resource setting in Nigeria. *Evidence Based Midwifery*, 16(3), 94-100.
- Doyle, J., Bagnoli, D., Kenny, T., Mccarroll, M.L., Hamrich, L., Von Gruenigen, V. (2019). Birth outcomes and usability of relaxbirth® for upright positioning intrapartum: a retrospective case control study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(4), 275-28.
- Downe, S., Gerrett, D., Renfrew, M. J. (2004). A prospective randomised trial on the effect of position in the passive second stage of labour on birth outcome in nulliparous women using epidural analgesia. *Midwifery*, 20(2), 157-168.
- Dünmez, F., (2022). Doğum sırasında doğum topu ve çömelme pozisyonu kullanımının doğum ağrısı, doğum süresi ve memnuniyetine etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.
- Edqvist, M., Radestad, I., Lundgren, I., Mollberg, M., Lindgren, H. (2018). Practices used by midwives during the second stage of labor to facilitate birth–Are they related to perineal trauma?. *Sexual Reproductive Healthcare*, 15, 18-22.
- Elvander, C., Ahlberg, M., Thies-Lagergren, L., Cnattingius, S., Stephansson, O. (2015). birth position and obstetric anal sphincter injury: A Population-Based Study of 113 000 Spontaneous Births. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 1-9.
- Emam, A. M., Al-Zahrani, A. E. (2018). Upright versus recumbent position during first stage of labor among primipara women on labor outcomes. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(7), 113-124.
- England, P., Horowitz, R. (2011). İçgüdüsel Doğum. Doğuma Hazırlık İçin Olağanüstü Bir Rehber. (Çeviri: Nuray Önoğlu). Kuraldışı Yayıncılık, 1. Baskı. İstanbul, 191-199.
- Erbaba, H., Pınar, G. (2016). Postpartum perineal travmanın önlenmesi ve yönetimine ilişkin güncel yaklaşımlar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 13(3), 272-281.

- Ergin, A.B., (2017). Doğum Ağrısıyla Başetme (Farmakolojik Olmayan Yöntemler)-Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum, Bölüm 3 (Editörler: Doç. Dr. Sema Dereli Yılmaz, Doç Dr. Meltem Demirgöz Bal), Akademisyen Kitabevi, İstanbul, 71-77.
- Ezzat, N., Nabil, H., Marzouk, T., El-Nemer, A. (2018). Maternal semi sitting versus lithotomy position during second stage of labor on maternal outcomes. *Mansoura Nursing Journal*, 5(3), 45-56.
- Familiari, A., Neri, C., Passananti, E., Di Marco, G., Felici, F., Ranieri, E., ... Lanzone, A. (2023). Maternal position during the second stage of labor and maternal-neonatal outcomes in nulliparous women: a retrospective cohort study. *AJOG Global Reports*, 3(1), 100160.
- Fitriani, F., Mose, J.C., Herman, H. (2018). Difference duration of labor at bc-mk15 birth chair with conventional bed in multiparous. *Global Medical and Health Communication*, 6(2), 105-112.
- Fu, L.; Huang, J.; Li, D.; Wang, H.; Xing, L.; Wei, T.; Hou, R.; Lu, H. (2023). Effects of Using Sitting Position versus Lithotomy Position during the Second Stage of Labour on Maternal and Neonatal Outcomes and the Childbirth Experience of Chinese Women: A Prospective Cohort Study. *Healthcare* 2023, 11, 2996.
- Ganapathy, T. (2012). Childbirth in supported sitting maternal position. *International Journal of Nursing Education*, 4(2), 87-91.
- Gardosi, J., Sylvester, S., B-Lynch, Christopher. (1989). Alternative positions in the second stage of labour: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics, Gynaecology*, 96(11), 1290-1296.
- Gilbert, E.S, Harmon, J.S. (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı (Çeviri Edidörü: Prof. Dr. Lale Taşkın). Palme Yayıncılık, 2. Baskı, Ankara.
- Gupta, J.K., Sood, A., Hofmeyr, G.J., Vogel, J.P. (2017). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J. (2004). Position for women during second stage of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002006.

- Güner, Ö., Ertem, G. (2018). Postpartum Hemorajinin Yönetiminde Kanıt Temelli Yaklaşımlar. Selcuk University Medical Journal, 34(3). Doi:10.30733/std.2018.00863.
- Hacıvelioğlu, D., (2021). Doğumda Hareket ve Pozisyon Özgürlüğünün Pasif Doğum İle Karşılaştırılması ve Hormonlar Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM), (2018) Anne Dostu Hastane Programı,
- Hassan, N.Z. (2016). Effect of pelvic rocking exercise using sitting position on birth ball during the first stage of labor on its progress. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 5(4), 19-27.
- Healy, M., Nyman, V., Spence, D., Otten, R.H.J, Verhoeven, C.J. (2020). How do midwives facilitate women to give birth during physiological second stage of labour? A systematic review. PLoS ONE 15(7): e0226502.
- Hofmeyr, G.J., Vogel, J.P., Singata, M., et al. Habib, N. A., Landoulsi, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Does gentle assisted pushing or giving birth in the upright position reduce the duration of the second stage of labour? A three-arm, openlabel, randomised controlled trial in South Africa. BMJ Glob Health 2018;3:e000906. doi:10.1136/ bmjgh-2018-000906.
- Huang, J., Lu, H., Wang, J., Yang, M., Hu, Y., Feng, X., ... Zang, Y. (2023). comparison of perineal outcomes in chinese women adopting lateral positions and lithotomy positions during the passive and active phases of the second stage of labour: an observational study. Journal of Clinical Nursing, 32(11-12), 2575-2591.
- Huang, J., Zang, Y., Ren, L.H., Li, F.J., Lu, H. (2019). A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. International Journal of Nursing Sciences, 6(4), 460-467.
- Işık, C., Kaya, L., Kurt, Durmuş, M. (2020). Doğum sonu kanama takibi, uygulanan girişimler ve bakım ilkeleri. Türkiye Klinikleri; 21-4.

- Jahanfar, S., Amini, L., Jamshidi, R. (2004). Third and fourth stages of labour: sitting position. *British Journal of Midwifery*, 12(7), 437-446.
- Jenkinson, B., Josey, N., Kruske, S. (2014). *BirthSpace: An evidence-based guide to birth environment design*. Queensland Centre for Mothers & Babies, The University of Queensland.
- Jones, L. E., Whitburn, L. Y., Davey, M. A., & Small, R. (2015). Assessment of pain associated with childbirth: Women' s perspectives, preferences and solutions. *Midwifery*, 31(7), 708-712.
- Karakaya, N., Koç, E. (2022). *Doğumun Başlaması ve Doğum Süreci*. Sağlık & Bilim 2022. (Editör: Doç. Dr. Ayten Dinç). 1.Basım. Efe Akademi Yayınları. İstanbul.
- Karaman, Ö. E., Yıldız, H. (2018). Doğum Eylemi Travay Sürecinde Hareket Serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü Nedir?. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 10(1).
- Karaman, Ö.E. (2017). *Doğum Eyleminde Hareket Serbestliğinin Doğum Sürecine Etkisi*. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi.
- Kaya, B., Sezer, S. (2017). Postpartum kanamanın önlenmesi ve yönetimi. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 9(2), 79-85. doi:10.5222/ıksst.2017.079.
- Khan, R. U., El-Refaey, H. (2006). Pathophysiology of postpartum hemorrhage and third stage of labor. *Postpartum Hemorrhage*, 93(3), 243-253.
- Khan, A., Tasleem, S., Noreen, H., Sial, S. S., Sajid, M., Gul, H. (2021). Comparison of Effectiveness Between Supported Sitting and Conventional Lithotomy Position. *Journal of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Pakistan*, 11(3), 181-184.
- Kırcan, N., (2013). *Normal Doğum Eyleminde Dikey Pozisyonların Kullanılması Konusunda Ebelerin Görüş ve Uygulamaları*. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.
- Kılıçer, B.H. (2018). *Plasentanın Ayrılmasında Fundal Bası İle Annenin Isınmasının Ağrı Etkisinin İncelenmesi*. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi.

- Kızılkaya, T., Yılmaz, T. (2019). Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki uygulamalarda güncel durum. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 4(2), 211-218.
- Kömürcü, N., Ergin, A.B. (2008). Doğum Ağrısı ve Yönetimi, Bedray Basın Yayıncılık, 2-22.
- Kumud, Kaur, A. R., Chopra, S. (2013). Effect of upright positions on the duration of first stage of labour among nulliparous mothers. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 9(1), 10-20.
- Kurnaz, D., Balacan, Z., Karaçam, Z. (2022). The effects of upright positions in the second stage of labor on perineal trauma and infant health: a systematic review and meta-analysis. *J Educ Res Nurs*, 19(4), 383-395.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews*, (8).
- Lilford, R. J., Glanville, J. N., Gupta, J. K., Shrestha, R., Johnson, N. (1989). The action of squatting in the early postnatal period marginally increases pelvic dimensions. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 96(8), 964-966.
- Lindholm, A., Hildingsson, I. (2015). Women's Preferences and Received Pain Relief In Childbirth—A Prospective Longitudinal Study In A Northern Region of Sweden. *Sexual and Reproductive Health Care*, 6(2), 74-81.
- Mathew, A., Nayak, S., Vandana, K. (2012). A Comparative Study On Effect of Ambulation and Birthing Ball On Maternal and Newborn Outcome Among Primigravida Mothers In Selected Hospitals In Mangalore. *Nitte University Journal of Health Science*, 2(2), 2-5.
- McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., Morris, P. S. (2014). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 9(2), 303-397.
- Mhyre, J. M., D'Oria, R., Hameed, A. B., Lappen, J. R., Holley, S. L., Hunter, S. K., ... D'Alton, M. E. (2014). The maternal early warning criteria: a proposal from

- the national partnership for maternal safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 43(6), 771-779.
- Mirzakhani, K., Karimi, F.Z, Mohamadzadeh Vatanchi, A., Zaidi, F.F., Mirzaii Najmabadi K.H. (2020). The Effect of Maternal Position On Maternal, Fetal and Neonatal Outcomes: A Systematic Review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*; 8(1):1988-2004. Doi: 10.22038/jmrh.2019.38133.1423.
- Mohan, M., Varghese, L. (2021). Effect of foot reflexology on reduction o of labour pain among primigravida mothers. *International Journal of Therapeutic Massage and Bodywork*, 14(1),21–29.
- Mongan, M.F. (2016). *Hypnobirthing Mongan Yöntemi*. Gün Yayıncılık, 3. Basım. İstanbul.
- Mselle, L.T., Eustace, L. (2020). Why do women assume a supine position when giving birth? the perceptions and experiences of postnatal mothers and nurse-midwives in Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 1-10.
- Musie, M.R., Peu, M.D. and Bhana-Pema, V. (2019). Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 11(1), 1-8. doi.org/10.4102/phcfm. v11i1.2071.
- Muhammed, A., Habibu, H. S., Ibrahim, A. H., & Abdurashid, I. (2023). Effect of Upright Positioning on the Process and Outcome of Labour Among Parturient in Primary Health Care Setting. *Nursing & Midwifery Research Journal*, 19(3), 121-129.
- Nasir, A., Korejo, R., Noorani, K. J. (2007). Child birth in squatting position. *Journal-Pakistan Medical Association*, 57(1), 19.
- National Institute For Health and Care Excellence (NICE).(2014). *Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth*. 1-89.
- Nieuwenhuijze, M.J., De Jonge, A., Korstjens, I., Budé, L., Lagro-Janssen, T.L. (2013). Influence on birthing positions affects women's sense of control in second stage of labour. *Midwifery*, 29(11), E107-E114.

- Nilsson, L., Thorsell, T., Hertfelt Wahn, E., Ekström, A. (2013). Factors influencing positive birth experiences of first-time mothers. *Nursing Research and Practice*.
- Pehlivan, N., Bozkurt, Ö. (2020). Doğumun İkinci Evresinde Dik Pozisyonu: Dik Doğum Koltuğu. *Açta Medica Nicomedia*, 3 (1), 42-48.
- Pervin, J., Aktar, S., Nu, U.T., Rahman, M., Rahman, A. (2018). Associations between improved care during the second stage of labour and maternal and neonatal health outcomes in a rural hospital in Bangladesh. *Midwifery*, 66, 30-35.
- Pilewska-Kozak, A., Palucka, K., Lepecka-Klusek, C., Dobrowolska, B., Stadnicka, G.,Bulska, M. (2017). Non-pharmacological methods of pain relief in labor in the opinion of puerperal – a preliminary report, *Annals of Women's Health*, 1(1).
- Prabhakar, D., George, L. S., Karkada, S. (2015). Effectiveness of ambulation during first stage of labour, on the outcome of labour among primigravid women in selected hospitals of Palakkad District, Kerala. *International Journal of Nursing Education*, 7(1), 1-6.
- Priddis, H., Dahlen, H., Schmied, V. (2012). What Are The Facilitators, İnhibitors, and İmplications of Birth Positioning? A Review of The Literature. *Women and Birth*, 25(3), 100-106.
- Purnama, Y., Mose, J. C., Herman, H. (2018). The Effect of The Bc-Mk15 Birth Chair On The Labor Pain Intensity İn Multipara. *Global Medical and Health Communication*, 3(6), 155-161.
- Rabe, H., Reynolds, G., Diaz-Rossello, J. (2004), Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Ragnar, I., Altman, D., Tyden, T., Olsson, S. E. (2006). Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions—a randomised controlled trial. *BJOG: An İnternational Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(2), 165-170.
- Rajput, V., Jaiswal, I. (2021). Effectiveness of planned teaching programme on nonpharmacological measure (rocking chair) for progress of 1st stage of labor in primigravida women among b. sc. nursing students. *International Journal of Advances İn Nursing Management*, 9(1), 78-83.

- Reid, A.J, Harris, N.L. (1988). Alternative Birth Positions. Canadian Family Physician.
- Rezaie, M., Dakhesh, S., Kalavani, L., Valiani, M. A. (2020). A Comparative Study On The Effect of Using Three Maternal Positions On Postpartum Bleeding, Perineum Status and Some of The Birth Outcomes During Latent and Active phase of the Second Stage of Labor. Cyprus Journal of Medical Sciences, 5(1), 57-65.
- Rathfisch, G., (2015). Gebelikten Anneliğe Yoga. Nobel Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul.
- Rathfisch, G.,(2012). Doğal Doğum Felsefesi. Milyonlarca Yıldır Gerçekleşen Serüven. Nobel Tıp Kitabevi. 2. Baskı.
- Roberts, C.L, Algert, C.S, Cameron, C.A., Torvaldsen, S.A. (2005). A meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural anesthesia. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica, 84(8), 794-798.
- Rubarth, L. (2012). The apgar score: simple yet complex. Neonatal network, 31(3), 169-177. Doi: 10.1891/0730-0832.31.3.169.
- Santhi, M.D., Anuratha, M.D. (2012). Effectiveness of semi sitting position during 2nd stage of labour on maternal and neonatal outcomes among primigravida. Nursing Journal of India, 103(6), 272.
- Satone, P.D., Tayade, S.A. (2023). Alternative birthing positions compared to the conventional position in the second stage of labor: A Review. Cureus, 15(4). e37943. Doi 10.7759/cureus.37943.
- Schmidt, S., Sierra, F., Hess, C., Neubauer, S., Kühnert, M., Heller, G. (2001). Effect of modified labor posture on oxygenation of the fetus--a pulse oximetry study. Zeitschrift Fur Geburtshilfe und Neonatologie, 205(2), 49-53.
- Scholz, H.S., Benedicic, C., Arian, M.G., Haas, J., Petru, E. (2001). Spontaneous vaginal delivery in the birth-chair versus in the conventional dorsal position: a matched controlled comparison. Wiener Klinische Wochenschrift, 113(17-18), 695-697.

- Schirmer, J., Fustinoni, S. M., Basile, A. L. D. O. (2011). Resultado perineal en las posiciones de parto lateral izquierdo versus vertical semi-sentada: estudio randomizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24, 745-750.
- Serçekuş, P., İsbir, G. G. (2012). Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1). Doi:10.5455/pmb.20111104012052.
- Selman, T., Johnston, T. (2013). Mechanisms and management of normal labour. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 23(7),208-213.
- Shedmake, P. V., Wakode, S. R. (2021). A hospital-based randomized controlled trial-comparing the outcome of normal delivery between squatting and lying down positions during labour. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 71, 393-398.
- Sood, A., Sood, N. (2020). Pain relief in labor. *Labour Room Emergencies*, 245-256.
- Taşkın, L. (2020). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Akademisyen Kitabevi, Güncellenmiş 16. Baskı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1224, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 993, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı (2018). Sancı Doğum Lohusa (SDL) Odaları Hakkında Duyuru. Sayı:95796091 - 604.01.04/231.99.
- Teixeira, C., Lorthe, E., Barros, H. (2022). Time trends in episiotomy and severe perineal tears in portugal: a nationwide register-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 976.
- Tektaş, E., Nalan, A., Arife, M., Fatma, A. (2017). Vajinal doğumda ağrının azaltılmasına yönelik uygulanan nonfarmakolojik yöntemler ve masajın etkisi: 2000-2015 yılları tez sonuçları. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(1), 64-70.

- Terry, R.R., Westcott, J., O'Shea, L., Kelly, F. (2006). Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *Journal of Osteopathic Medicine*, 106(4), 199-202.
- Thies-Lagergren, L., Kvist, L.J., Sandin-Bojö, A.K., Christensson, K., Hildingsson, I. (2013). Labour Augmentation and Fetal Outcomes In Relation To Birth Positions: A Secondary Analysis of An RCT Evaluating Birth Seat Births. *Midwifery*, 29(4), 344-350.
- Toker, E., Aktaş, S. (2010). İngiltere'de Ebelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*;2(3),89-9
- Townsend, B., Fenwick, J., Thomson, V., Foureur, M. (2016). The Birth Bed: A Qualitative Study On The Views of Midwives Regarding The Use of The Bed In The Birth Space. *Women and Birth*, 29(1), 80-84.
- Türk Neonatoloji Derneği. (2021). Doğum salonu yönetimi rehberi 2021 güncellemesi. (Editörler: Koç, E., Vural, M., Duman, N., Erdeve, Ö., Baş, Y. A., Çetinkaya, M., Narlı, N.), Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
- Uluocak, N. (2017). Fetüsün Oksiput Posterior Pozisyonda Olduğu Doğumlarda Anne Pozisyonunun Doğum Sürecine Etkisi. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisan Tezi*.
- Üst, Z.D. (2016) Doğum Eyleminde Anneye Uygulanan Oksitosinin Yenidoğan Apgar Skoru ve Emme Başarısına Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*.
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., ... Poornima, R. (2022). perineal massage for prevention of perineal trauma and episiotomy during labor: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Family & Reproductive Health*, 16(3), 162.
- Walsh, D. (2000). Part five; Why we should reject the “bed birth” myth. *British Journal of Midwifery*, 8(9), 554-558.
- Warmink-Perdijk, W.D., Koelewijn, J.M., De Jonge, A., Van Diem, M.T., Lagro-Janssen, A.L. (2016). Better perineal outcomes in sitting birthing position cannot

be explained by changing from upright to supine position for performing an episiotomy. *Midwifery*, 34, 1-6.

Whitburn, L.Y., Jones, L.E., Davey, M.A., McDonald, S. (2019). The nature of labour pain: an updated review of the literature. *Women and Birth*, 32(1), 28-38.

World Health Organization.(2018). WHO Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. Geneva, Switzerland,

World Health Organization (WHO). (2012). Recommendations For The Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage, Geneva.

World Health Organization (1994). Maternal Health and Safe Motherhood Programme. World Health Organization Partograph In Management of Labour; 343, 1399-404.
file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/WHO_FHE_MSM_94.4.pdf.

World Health Organization (2018) WHO Recommendations: Intrapartum Care For A Positive Childbirth Experience. Geneva. World Health Organization.

Yıldız, H. (2019). Pozitif doğum için okul içi eğitim modeli: dünya sağlık kampanyası. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (2), 98-105.