

Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşımlar

Yasemin Aydın Kartal¹,
Begüm Can²

Özet

Gebeliğin başlangıcından itibaren anne ve bebeğin sağlığını izleyen ebeler, özellikle normal doğumun desteklenmesinde önemli bir konuma sahiptir. Bu süreçte amaç, mümkün olan en az müdahale ile sağlıklı bir anne ve yenidoğana ulaşmak, aynı zamanda anne-bebek bağlanmasını güçlendiren güvenli ve huzurlu bir ortam sağlamaktır. Doğum eyleminin birinci evresi, servikal dilatasyonun aktif olarak ilerlediği, izlem ve bakımın yoğunlaştığı dönemdir. Bu bütüncül yaklaşım, doğumun birinci evresinde anne ve bebek için en iyi sonuçların elde edilmesini hedefler. Doğum Eyleminin Birinci Evresinde Sık Yapılan Uygulamalar ve Kanıta Dayalı Yaklaşımlar konusu; doğumun birinci evresi, doğum istatistikleri, doğumun birinci evresinde kanıta dayalı bakım ana başlıkları ile incelenmiştir.

1. Giriş

Doğum, yaşamın en özel anlarından biridir ve bu süreçte ebeler kritik bir rol oynar. Ebeler, gebeliğin başından itibaren kadının yanında yer alır, anne ve bebeğin sağlığını destekler ve doğum sürecinin yönetiminde rehberlik sağlar (Sağlık Bakanlığı, 2025b). Normal doğum, kendiliğinden başlayan ve doğumun başında yalnızca düşük risklerin belirlendiği bir süreçtir. Bu durum, doğum ve doğum süresi boyunca sürekli olarak değerlendirilen riskler açısından devam eder. Bebek, 37–42. gebelik haftası arasında baş önde (vertex) pozisyonunda kendiliğinden doğar. Normal doğum hem annenin hem de bebeğin hayati bulgularının normal olması ile sonuçlanır. Bu tanım,

- 1 Profesör Doktor, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, yasemin.aydin@sbu.edu.tr, 0000-0001-7464-945X
- 2 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, begumcan@karabuk.edu.tr, 0009-0005-6962-5011

annenin ve ailesinin esenliğini destekleyen, huzurlu bir ortam yaratılmasına ve anne-bebek bağlanmasının güçlendirilmesine olanak tanır (WHO, 2017). Vajinal doğumda bakımın temel amacı doğum güvenliğine uygun, mümkün olan en az düzeyde müdahale ile sağlıklı bir anne ve yenidoğana kavuşmaktır (Aktaş vd., 2023).

2. Doğumun Birinci Evresi

Dilatasyon evresi olarak da isimlendirilen birinci evre düzenli ve ritmik kontraksiyonlar ile başlar, servikal silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sonlanır. Doğumun en uzun evresidir. Bu evre kendi içinde latent, aktif ve geçiş olmak üzere üç fazdan oluşmaktadır.

2.1. Latent Faz

Servikal dilatasyon ve efasmanın başladığı ancak yavaş ilerlediği evredir. Servikal dilatasyon 4 cm'e ulaşana kadar kadın latent fazla kabul edilmektedir (Aktaş vd., 2023). ACOG, 6 cm'lik serviks dilatasyonunun doğumun aktif fazının başlangıcı olarak kabul edilmesini önermektedir (Güçlü Tavsiye, Orta Kalitede Kanıt) (ACOG, 2024).

2.2. Aktif Faz

Servikal dilatasyonun 4-7 cm arasında olduğu faz aktif faz olarak adlandırılmaktadır. Servikal dilatasyon hızlı ilerler ve efasman yaklaşık %80 düzeyindedir (Aktaş vd., 2023). ACOG, doğumun aktif fazının durması durumunu, en az 6 cm servikal açıklığı olan kadınlarda, membranlar yırtılmışken 4 saat yeterli uterus aktivitesine ya da oksitosin desteğiyle 6 saat yetersiz uterus aktivitesine rağmen servikal dilatasyonda ilerleme olmaması olarak tanımlanmasını önermektedir (Duruma özgü öneri, düşük kaliteli kanıt) (ACOG, 2024).

2.3. Geçiş Fazı

Servikal dilatasyonun 8 cm olması ile başlar, 10 cm olması ile tamamlanır. Servikal dilatasyon tamamlanır ve fetus hızla aşağı iner (Aktaş vd., 2023).

2.4. Fetal Kardinal Hareketler

Fetal kardinal hareketler aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Angajman
- İniş
- Fleksiyon

- İç rotasyon
- Ekstansiyon
- Dış rotasyon
- Ekspulsiyon (Aktaş vd., 2023).

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğumun gizli (latent) ve aktif birinci fazın tanımları	Aşağıdaki tanımların kullanılması önerilmektedir: Latent Faz: Ağrılı rahim kasılmalarının olduğu, servikste değişken ölçüde incelme ve 5 cm'ye kadar yavaş genişleme dönemidir. Aktif evre: Düzenli ağrılı kasılmalar, belirgin servikal incelme ve 5 cm'den tam açılmaya kadar hızlı genişleme ile karakterizedir.	Önerilir
Birinci evrenin süresi	Kadınlara, latent fazın standart süresinin belirlenmemiş olduğu ve kişiden kişiye büyük ölçüde değişebileceği bilgisi verilmelidir. Ancak aktif evre genellikle ilk doğumda 12 saati, sonraki doğumlarda ise 10 saati geçmez.	Önerilir
Birinci evrenin ilerleyişi	1. Aktif fazda servikal açılmanın saatte 1 cm olması gerektiği yönündeki eşik, olumsuz sonuçları öngörmeye doğru değildir → Önerilmez. 2. Aktif evrede sürekli 1 cm/saat hız beklentisi gerçekçi değildir → Önerilmez. 3. Doğal hızlanma genellikle 5 cm açıklıktan sonra başlar. Bu eşik altında müdahale (oksitosin, sezaryen) yapılması, anne-bebek durumu iyiye → Önerilmez.	Önerilmez (3 madde)

Kaynak: (WHO, 2018).

Tablo 14. Doğumun Birinci Evresinin Uzama veya Durması

Latent Faz	Aktif faz	
16 saatin üzerinde ise uzamış latent faz kabul edilir. Süresi pariteden bağımsızdır. Bekle-Gör yöntemiyle uzamış latent fazdaki hastaların çoğu aktif faza geçiş yapacaktır. Kötü maternal ve neonatal sonuçlarla ilişkili olabileceği için dikkatli olunmalıdır. Uzamış latent fazı olan, fetal ve maternal iyilik hali olan hastalarda erken sezaryen kararından kaçınılmalıdır.	Uzamış Aktif Fazın Tanısı	
	Parite	Bulgular
	Nullipar	Servikal dilatasyon <1 cm/saat
	Multipar	Servikal dilatasyon <1.2-1.5 cm/saat
	(Friedman ve Cohen, 2023) Doğumun aktif fazının yavaş ilerlemesinin nedenleri: - Yetersiz uterus kasılmaları (10 dakikada iki veya daha az kasılmanın olması ve her birinin 40 saniyeden kısa sürmesi) Baş-pelvis uyumsuzluğu (feto-pelvik uyumsuzluk) (Friedman ve Cohen, 2023).	
Latent faz arrest i için kanıta dayalı bir tanım bulunmamaktadır.	Membranları rüptüre ve en az 6 cm servikal açıklığa sahip hastalarda, 4 saat yeterli uterin kontraksiyonu olan ya da 6 saatlik oksitosin augmentasyonu altında yeterli uterin kontraksiyon sağlanamayan hastalarda servikal dilatasyonda değişiklik olmaması aktif faz arresti olarak tanımlanmaktadır.	

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025a)

3. Doğum ile İlişkili İstatistikler

TÜİK (2024) verilerine göre, Türkiye’de toplam doğurganlık hızı yani 15-49 yaş arasındaki bir kadının yaşamı boyunca doğurması beklenen ortalama çocuk sayısı 2024 yılında 1,48 olarak hesaplanmıştır. Bu oran, 2001 yılında 2,38 düzeyindeyken 2014’ten itibaren sürekli bir düşüş eğilimi göstermiştir. Böylece doğurganlık hızı, son sekiz yıldır nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10’un altında seyretmeye devam etmektedir (TÜİK, 2025).

Ülkemizdeki doğumların neredeyse tamamı sağlık kuruluşlarında gerçekleşmektedir. TNSA 2018 verilerine göre doğumların %99’u sağlık kuruluşunda gerçekleşirken yalnızca %1’i ev ortamında gerçekleşmiştir (TNSA, 2018).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre, Türkiye’de sezaryenle doğum oranları 1993 yılından itibaren düzenli olarak artış göstermiştir. Araştırmaya göre, tüm doğumlar arasında sezaryen oranı 1993’te %7 iken, 2018 yılında %52’ye yükselmiştir (TNSA, 2018). Sağlık Bakanlığı’nın 2023 verileri ise canlı doğumlar içinde sezaryen oranının 2021’de %58,4, 2023’te ise %61,5 olduğunu göstermektedir. Aynı kaynaktan 2023 yılı için primer sezaryen oranı %32,4 olarak bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

1990 yılından bu yana dünya genelinde sezaryenle doğum oranlarında belirgin bir artış gözlenmektedir ve önümüzdeki on yıl içinde bu oranın daha da yükselmesi beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, günümüzde sezaryen doğumlar tüm doğumların yaklaşık %21'ini oluşturmaktadır (WHO, 2021a). OECD'nin 2022 verileri ise ülkeler arasındaki farklılıkları ortaya koymakta; örneğin Meksika'da her 100,000 kadına düşen sezaryen sayısı 1,603,7 ile en yüksek seviyede iken, Norveç'te bu oran 303,7 ile en düşük düzeydedir (OECD, 2023).

4. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNDE KANITA DAYALI BAKIM

4.1. Doğum ve Doğum Süreci Boyunca Bakım

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Saygılı doğum bakımı	Saygılı doğum bakımı; kadınların onurunu, mahremiyetini ve gizliliğini koruyan, zarar ve kötü muameleyi önleyen, bilinçli seçim yapma hakkını destekleyen ve doğum boyunca sürekli destek sağlayan bir bakım modeli olarak önerilmektedir.	Önerilir
Etkili İletişim	Doğum yapan kadınlara, basit ve kültürel olarak kabul edilebilir yöntemler kullanılarak doğum yaptırılması önerilir.	Önerilir
Doğum sırasında eşlik etme	Doğum ve doğum süreci boyunca tüm kadınlar için bir refakatçi tavsiye edilir.	Önerilir
Bakımın Sürekliliği	Tanıdık bir ebeinin veya küçük bir ebe grubunun gebelik öncesi, doğum ve doğum sonrası süreç boyunca kadını desteklediği ebe liderliğinde bakım modelleri, iyi işleyen ebelik sistemleri olan yerlerde önerilmektedir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2018).

NICE, doğum sürecinde kadın merkezli bir bakım anlayışının benimsenmesini önermektedir. Buna göre her kadına saygı, onur ve nezaket çerçevesinde yaklaşılmalı; seçimleri desteklenmeli ve karar alma sürecine aktif katılımı sağlanmalıdır.

Bakım ve müdahalelere ilişkin bilgi verilirken kadınların soru sorması teşvik edilmeli, karar vermeleri için yeterli zaman tanınmalı ve onayları alınmalıdır. Sağlık çalışanlarının iletişim dili açık, sade ve kültürel olarak duyarlı olmalıdır. NICE ayrıca, doğum sırasında kadınların bire bir ebe desteği almasını, isteği dışında yalnız bırakılmamasını ve tüm işlemlerin önceden aydınlatılmış onayının alınmasını önermektedir. Ayrıca kadının, kendi seçtiği doğum arkadaşından destek almasının teşvik edilmesi önerilmektedir. Kadınlara iyi bir iletişim kurulmalı, mahremiyetine özen gösterilmeli, ağrı yönetimi ve doğum tercihleri konusunda bilgilendirilmelidir. Kadının güçlendirilmesi, bilgilendirilmesi ve kendi bakımında söz sahibi olması, güvenli ve saygılı doğum bakımının temel unsurları arasında yer almaktadır (NICE, 2023).

Sağlık Bakanlığı Önerisi: Etkili İletişim Basamakları

1. Tüm iletişim süreçlerinde açık, empatik ve destekleyici bir yaklaşım benimsenmelidir.
2. Sözlü ve sözsüz iletişim yöntemleri doğru ve uygun biçimde kullanılmalıdır.
3. Gebelerin duygu ve düşüncelerini rahatça paylaşabileceği bir ortam oluşturulmalıdır.
4. Aktif dinleme teknikleri uygulanmalı; gebelerin endişeleri, beklentileri ve tercihleri dikkatle anlaşılmalıdır.
5. Gebenin ihtiyaçları zamanında değerlendirilerek, destek gereksinimleri doğum ekibinin diğer üyeleriyle paylaşılmalıdır.
6. Gebelerin kültürel değerlerine ve inançlarına saygı gösterilmelidir.
7. Sağlık personeli tanımlama uygulamaları (kimlik kartları, odada bakım verenin isminin görünür şekilde belirtilmesi vb.) hayata geçirilmelidir.
8. Ebeler ve doğum ekibi üyeleri her zaman ulaşılabilir olmalıdır.
9. Gebe ve refakatçilerin geri bildirim vermesi teşvik edilmeli ve bu geri bildirimler dikkate alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Sağlık Bakanlığı Önerisi: Saygılı Annelik Bakımı İlkeleri

1. Gebe ile etkili ve güvenli bir iletişim kurulmalıdır.
2. Sosyal ve duygusal gereksinimlerine uygun destek sağlanmalıdır.
3. Zarar verici veya kötü muameleden kaçınılmalıdır.
4. Gebelere merhamet, sevgi ve şefkatle yaklaşılmalıdır.

5. Mahremiyet ve gizlilik ilkelerine titizlikle uyulmalıdır.
6. Bilgilendirilmiş onam alınmalı ve karar süreçlerine katılım sağlanmalıdır.
7. Gebenin itibarı ve saygınlığı korunmalıdır.
8. Sürekli erişilebilirlik sağlanmalı, ihtiyaç duyulduğunda destek verilmeli.
9. Fiziksel ortam ve kullanılan kaynakların kalitesi artırılmalıdır.
10. Gebenin temel fiziksel ihtiyaçları (su, beslenme, barınma, ısı gibi) karşılanmalıdır.
11. Tüm gebelere eşit ve adil bakım sağlanmalıdır.
12. Gebelerin doğum sürecinde seçimlerine ve yeteneklerini kullanmalarına saygı gösterilmelidir.
13. Bakım süreçlerinin sürekliliği sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025a).

Sistematik inceleme çalışmasında obstetrik şiddetin doğum sonrası depresyon (PPD) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimindeki rolü incelenmiş ve özellikle koruyucu faktörlere dikkat çekilmiştir. Bulgular, doğum sürecinde saygılı, destekleyici ve insancıl bakım uygulamalarının kadın ruh sağlığını korumada belirleyici olduğunu göstermektedir. Doğum sırasında partner desteği, sağlık çalışanlarıyla etkili ve empatik iletişim, doğum planına saygı gösterilmesi, sosyal destek ağlarının varlığı ve doğum sonrası ten tene temas uygulaması PPD ve TSSB'na karşı güçlü koruyucu faktörler olarak öne çıkmıştır. Bununla birlikte, doğum deneyiminden memnuniyetin yüksek olması da ruhsal iyilik halini destekleyen bir unsur olarak belirlenmiştir. Araştırma, doğum sürecinde kadının özerkliğine saygı duyulmasının, zorlayıcı müdahalelerden kaçınılmasının ve bireyselleştirilmiş bakımın, doğum sonrası dönemde psikolojik sorunların önlenmesinde kritik öneme sahip olduğunu vurgulamaktadır. Bu sonuçlar, anne ruh sağlığını korumaya yönelik politikaların geliştirilmesi ve saygılı doğum uygulamalarının yaygınlaştırılmasının önemini ortaya koymaktadır (Silva-Fernandez vd., 2023).

Yapılan bir müdahale çalışması, ilk kez doğum yapan kadınlarda etkili iletişim temelli bakımın doğum deneyimi ve memnuniyet üzerindeki etkisini incelemiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) bakım modeline dayalı olarak, müdahale grubundaki kadınlara iletişim odaklı destekleyici bakım uygulanmış, kontrol grubuna ise rutin bakım verilmiştir. Sonuçlar, iletişim

temelli bakımın doğum deneyimini olumlu yönde etkilediğini ve annelerin doğum memnuniyetini anlamlı şekilde artırdığını göstermiştir (Shamoradifar vd., 2022).

Yarı yapılandırılmış görüşmelerle yürütülen bir araştırmada, zihinsel, gelişimsel veya duyuşsal engeli bulunan bireylerin doğum sürecinde yaşadıkları iletişim deneyimleri incelenmiştir. Bulgular, iletişimin önündeki en önemli engellerin sağlık çalışanlarının yetersiz bilgi ve deneyimi, uygun politika eksikliği ve önyargılı tutumlar olduğunu ortaya koymuştur. Buna karşın, empati temelli iletişim, engelliliğe özgü gereksinimlere uygun bilgi aktarımı, iletişim destek hizmetlerine erişim ve sağlık ekibi içi iş birliği, olumlu doğum deneyimlerini destekleyen başlıca koruyucu faktörler olarak belirlenmiştir. Bu sonuçlar, perinatal bakımda iletişimin güçlendirilmesinin, hem anne hem de yenidoğan sağlığını koruyucu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir (Saced vd., 2022).

Önceki çalışmaların incelendiği bir derleme, doğumda sürekli destekçi varlığının kadınlar tarafından olumlu karşılandığını, ancak sağlık çalışanlarının refakatçinin rolü, doğumhanedeki faaliyetlere olası müdahalesi ve alan yetersizliği gibi endişeleri olduğunu göstermektedir (Kabakian-Khasholian & Portela, 2017).

Yapılan başka bir çalışma, vajinal doğum sırasında bir refakatçinin bulunmasının doğum memnuniyeti ve doğum sonrası depresyon üzerindeki etkisini incelemiştir. Ankara Etlik Şehir Hastanesi'nde doğum yapan 220 kadın, doğum sırasında aldıkları desteğe göre eş desteği, eş dışı destek ve destek almama şeklinde gruplara ayrılmıştır. Sonuçlarda, eş desteği alan kadınların doğum memnuniyetinin, özellikle bakım kalitesi ve stres yönetimi açısından, destek almayanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eş dışında başka bir destekçi bulunan kadınlar da hiç destek almayanlara göre daha olumlu bir deneyim yaşamıştır. Ancak doğum sonrası depresyon düzeyleri açısından gruplar arasında belirgin bir fark bulunmamıştır (Demir Cendek vd., 2025).

4.1.1. Doğum Yeri

Düşük riskli gebelerde, planlı hastane doğumunun anne veya bebek sağlığı üzerinde belirgin bir avantaj sağladığına dair güçlü kanıt yoktur. Mevcut randomize çalışmalar çok sınırlı ve güvenilirliği düşüktür. Öte yandan, gözlemsel çalışmalar, uygun eğitimli ebe eşliğinde evde doğumun güvenli olabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, düşük riskli kadınlarda evde doğum, doğru destek sağlandığında güvenli bir seçenek olarak değerlendirilmektedir (Olsen & Clausen, 2023).

4.1.2. Ebe Yönetimli Doğum

Sağlığın en yüksek düzeyde korunması temel bir insan hakkıdır. Buna rağmen dünya genelinde anne ve yenidoğan ölüm ve hastalık oranları ile ölü doğumlar halen önemli bir sorun oluşturmaktadır. Birçok kadın, gebelik, doğum ve doğum sonu bakım süreçlerinde gereksiz tıbbi müdahaleler ve olumsuz uygulamalarla karşı karşıya kalmakta, bu durum hem sağlıklarını hem de iyi oluşlarını olumsuz etkilemektedir.

Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek ve evrensel sağlık kapsamına ulaşmak için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ebe yönetimli bakım modellerine geçişi desteklemektedir. Bu modelde gebelikten doğum sonu döneme kadar bakımın koordinasyonu ebeler tarafından sağlanmakta; ebeler kendi uzmanlık alanları içinde bağımsız karar verebilen ve kadın merkezli hizmet sunan sağlık profesyonelleri olarak görev yapmaktadır. Gerekli durumlarda ebeler, kadın doğum uzmanları, çocuk hekimleri ve diğer sağlık profesyonelleriyle etkili iş birliği ve zamanında sevk mekanizmalarıyla çalışarak anne ve bebeğe kesintisiz, güvenli ve kişiselleştirilmiş bakım sunmaktadır. Bu yaklaşım; kadınların ihtiyaçlarına uygun, güvenli, saygılı ve kaliteli doğum hizmetlerinin yaygınlaştırılmasını amaçlamaktadır (WHO, 2025).

Ebe yönetimli bakım; düşük riskli gebeliklerde, gebelikten lohusalığa kadar kapsamlı bakımın ebeler tarafından sağlandığı, kanıta dayalı bir uygulamadır. Yapılan sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, ebe yönetimli bakımın maternal ve neonatal sonuçları belirgin şekilde iyileştirdiği gösterilmiştir. İncelemeye dahil edilen çalışmaların sonuçlarına göre, ebe yönetimli bakım alan kadınlarda acil sezaryen oranlarının daha düşük, vajinal doğum olasılığının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Ayrıca epizyotomi kullanımında azalma, postpartum hemoraji ve doğum asfiksisi oranlarında düşüş ve yenidoğan yoğun bakım yatış süresinde kısalma olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, ebe yönetimli bakımın yaygınlaştırılmasının anne ve bebek sağlığını geliştirmede önemli katkılar sağlayacağını göstermektedir (Fikre vd., 2023).

4.2. Doğumhaneye Kabul

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğumhaneye kabul politikası	Sağlıklı gebe kadınlarda, doğumun aktif evresine kadar doğumhaneye alınmanın ertelenmesi yalnızca kapsamlı araştırmalar bağlamında önerilmektedir.	Duruma Özgü Öneri

Kaynak: (WHO, 2018).

ACOG, latent fazda doğum sancısı yaşayan kadınlar için şunları önermektedir:

- Kadınlar, 4–6 cm servikal açıklıkta ve anne ile bebek durumu güvenli olduğu sürece, doğum ünitesine alınmadan önce alternatif bir bakım alanında izlenebilir.
- Kadınlar doğum ünitesine alınmadan önce alternatif bir bakım alanında izlenebilir.
- Bu süreçte öz bakım aktiviteleri ve başa çıkma teknikleri sunularak kadınların kendi kendine rahatlaması desteklenmelidir.
- Her temas sırasında maternal ve fetal durumun yeniden değerlendirilmesi için önceden belirlenmiş bir zaman planlanmalıdır.
- Bu yaklaşım, kadınların doğum sancılarını yönetmelerine yardımcı olur ve doğuma alınmadan önce dinlenme ve destek sağlanmasını mümkün kılar (ACOG, 2019).

Sağlık Bakanlığı, doğuma kabul sırasında öykü ile ilgili olarak şunları önermektedir:

- Gebenin kişisel, iletişim ve aile bilgileri ile soy geçmişi sorgulanmalıdır.
- Alışkanlıklar, beslenme ve hidrasyon durumu değerlendirilmelidir.
- Kronik hastalıklar, kanama ve enfeksiyon öyküsü, alerji, psikiyatrik durum, ilaç kullanımı ve immünizasyon durumu sorgulanmalıdır.
- Ameliyat ve obstetrik öykü (geçmiş gebelikler, doğumlar, düşükler, infertilite, yardımcı üreme öyküsü) alınmalıdır.
- Mevcut gebelik öyküsü; son adet tarihi, gebelik haftası, gebelik boyunca yakınmalar, tehlike işaretleri ve komplikasyon riskleri değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir çalışmada latent fazda kabul edilen kadınlar, aktif fazda kabul edilenlere kıyasla sezaryen, enstrümantal doğum, yapay membran rüptürü, oksitosin augmentasyonu ve epidural analjeziye daha fazla maruz kalmıştır. Sonuç olarak latent dönemde hastaneye yatırılan kadınların, sezaryen doğum olasılığını artıran doğum sırasında müdahalelere maruz kalma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Rota vd., 2018).

4.3. Annenin Yaşamsal Bulgularının Takibi

Sağlık Bakanlığı, doğum sürecinde maternal vital bulguların düzenli ve aşamaya uygun şekilde izlenmesini önermektedir.

- Nabız ve kan basıncı: Doğumun latent fazda yaklaşık iki saatte bir, aktif fazda ise saatlik aralıklarla takip edilmelidir.
- Vücut ısısı: Enfeksiyon riski veya klinik bir gereklilik olmadıkça dört saatte bir ölçülmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

NICE, doğumun birinci evresinde saatlik nabız takibi, dört saatte bir ateş, solunum, kan basıncı takibi yapılmasını önermektedir (NICE, 2023).

4.4. Fetal İyilik Hali

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi (doğum anında)	a) Sağlıklı kadınlarda doğum sırasında rutin NST (kardiotokografi) yapılması önerilmez. b) Doppler veya Pinard stetoskop ile fetal kalp seslerinin dinlenmesi önerilir.	a) Önerilmez b) Önerilir
Sürekli NST uygulaması	Spontan doğumdaki sağlıklı kadınlarda sürekli kardiotokografi (NST) önerilmez.	Önerilmez
Aralıklı fetal kalp atım dinlemesi	Doppler veya Pinard ile aralıklı kalp atım hızı dinlemesi sağlıklı doğumlarda önerilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

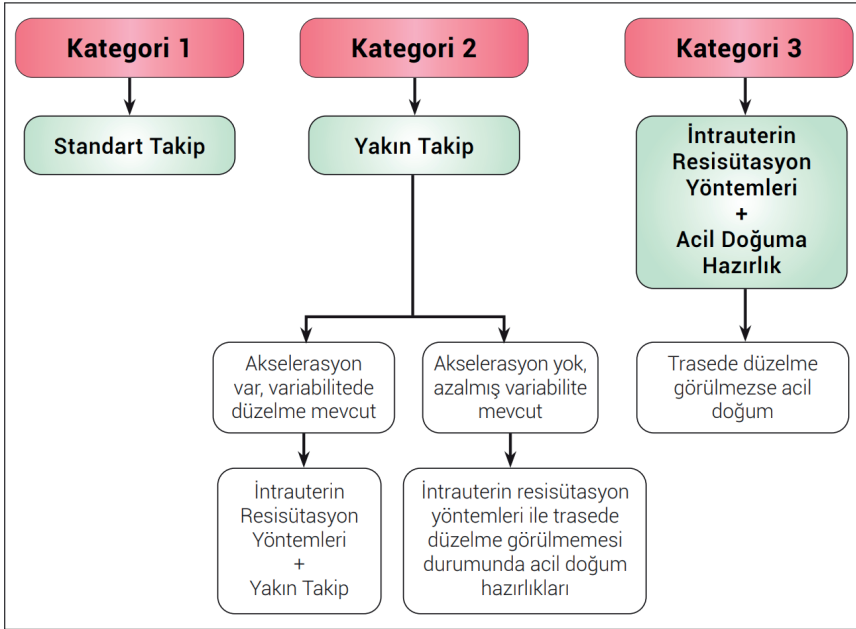
DSÖ, doğumun birinci aktif evresinde fetal durumun değerlendirilmesi için fetal kalp atış hızının genellikle 15–30 dakikada bir oskültasyon ile kontrol edilmesini önermektedir (WHO, 2018).

Sağlık Bakanlığı'nın Doğumun Birinci Evresinde Fetal İzlem Önerileri:

- Ebeler, düşük riskli gebelerde kişiye özel fetal izleme yöntemini belirlemeli ve gebeyi bilgilendirmelidir.
- Fetal ve maternal riskler doğum boyunca değişebileceği için risk değerlendirmesi sürekli yapılmalıdır.
- Aralıklı oskültasyon, düşük riskli gebelerde yeterlidir; her kontraksiyondan sonra en az 30 saniye uygulanır ve 15–30 dakikada bir tekrarlanır, anne nabızı saatlik veya gerekirse daha sık kaydedilir.
- 20 atım ve üzerinde azalma varsa daha sık oskültasyon yapılmalı; fetal kalp atışı tespit edilmezse acil ultrason ile hekim bilgilendirilmelidir.

- Klinik riskler mevcutsa sürekli elektronik fetal monitörizasyon (EFM) uygulanmalı ve hekim bilgilendirilmelidir.
- Sürekli EFM gerektiren durumlar arasında önceki sezaryen, hipertansiyon, uzamış membran rüptürü, şüpheli enfeksiyon, vajinal kanama veya diyabet gibi riskler bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Algoritma 2. İntrapartum Kategori Traselerin Yönetimi



Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

	Düşük Riskli Gebelik	Yüksek Riskli Gebelik
Doğum salonuna ilk kabul	20 dakikalık trase yazdırılır	
1. evre (latent faz)	İki saatte 1	Saatlik takip
1. evre (aktif faz)	30 dakikada 1	15 dakikada 1
2. evre	15 dakikada 1	5 dakikada 1

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b)

NICE önerisine göre: Doğumda fetal kalp atım hızı, doğum sancısı çeken veya değerlendirme yapılan her kadında dinlenmelidir. Oskültasyon kasılmadan hemen sonra en az bir dakika sürmeli, hızlanma ve

yavaşlamalar kaydedilmelidir. Düşük riskli gebelerde, kardiyotokografinin aralıklı oskültasyona göre sonuçları iyileştirdiğine dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Kadın kardiyotokografi talep ederse, yöntemin yarar ve sınırlamaları açıklanmalı ve tercihi desteklenmelidir. Risk faktörleri saptanırsa veya oskültasyonda anormallik görülürse kardiyotokografi önerilir. Görünürde kalp atımı olsa da fetal ölüm şüphesi varsa ultrasonla canlılık değerlendirilmelidir (NICE, 2022).

Cochrane meta-analizine göre, risk faktörü bulunmayan gebelerde doğumhaneye kabul sırasında yapılan fetal kalp atım hızının elektronik izlenmesi ile aralıklı oskültasyon karşılaştırılmıştır. Analiz sonuçları, elektronik fetal izleme yapılan kadınlarda sezaryen oranlarının bir miktar daha yüksek olma eğiliminde olduğunu, ancak farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir. Enstrümantal doğum, perinatal ölüm, hipoksik iskemik ensefalopati ve yenidoğan nöbeti açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, elektronik izleme yapılan olgularda doğum sırasında sürekli fetal monitörizasyon ve fetal kan örnekleme oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Uzun dönem nörolojik sonuçlara dair veri bulunmamaktadır (Devane vd., 2017).

Ebelerin EFM uygulamasındaki rol ve sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir:

- Gebeye işlem hakkında bilgi verilir ve onam alınır.
- Leopold manevralarıyla fundus yüksekliği, fetüsün sırtı ve prezantasyonu belirlenir.
- Toko transdüser, fundusun tepe noktasına ve fetüsün sırtına jel ile yerleştirilir ve sabitlenir; transdüser prob sıfırlanır.
- Gebe sol yan pozisyonunda tutulur ve işlem süresince gözlem yapılır.
- EFM kaydı alınır; kayıt üzerine gebenin adı, soyadı, tarih ve saat yazılır.
- Sonuç yorumlanır; riskli durum varsa gerekli girişimler yapılır ve hekim bilgilendirilir.
- Aktif fazda 30 dakikada bir, geçiş fazında 15 dakikada bir değerlendirme tekrarlanır.
- EFM tamamlandıktan sonra gebeye sonuç hakkında bilgi verilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

4.5. Oral Sıvı ve Besin Alımı

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Ağızdan sıvı ve yiyecek alımı	Düşük riskli kadınlarda doğum sırasında ağızdan sıvı ve yiyecek alımı önerilir.	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

NICE rehberine göre doğum sürecinde sıvı dengesi dikkatle izlenmelidir. Gebelere susadıklarında sıvı almaları önerilir, ancak aşırı sıvı alımı hiponatremi riskine yol açabileceğinden kaçınılmalıdır. Ebeler, doğum boyunca sıvı alımı ve çıkışını düzenli olarak kontrol etmelidir. İntravenöz sıvı tedavisi, oksitosin infüzyonu, kanama veya preeklampsi gibi durumlarda sıvı dengesi yakından takip edilmelidir. Şüpheli durumlarda sodyum düzeyi değerlendirilerek uygun müdahale yapılmalıdır (NICE, 2023).

T.C. Sağlık Bakanlığı önerisine göre: Doğum eylemi sırasında sıvı dengesinin korunması önemlidir, çünkü hipovolemi eylemin uzamasına yol açabilir. Düşük riskli gebelerin (önceden sezaryen öyküsü bulunmayan, komplikasyonsuz ve düşük kategoride fetal monitorizasyonu olanlar) travay süresince tanesiz, berrak sıvıları serbestçe tüketmelerine izin verilebilir. Ancak katı gıdaların alınması uygun değildir. Sezaryen riski yüksek olan veya komplikasyon gelişme olasılığı bulunan olgularda, genel anestezi gereksinimi doğabileceği için aspirasyon riskine karşı oral alım durdurulmalı; hipovolemiye engel olmak amacıyla intravenöz sıvı desteği (örneğin 125–150 ml/saat hızında serum fizyolojik ya da Ringer Laktat içinde %5 dekstroz) sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, doğum sırasında hafif gıda tüketiminin doğum sonuçları üzerindeki etkisi incelenmiştir. 37–41. gebelik haftasında olan 129 doğum eylemindeki kadın sıvı alanlar ve gıda tüketenler olarak iki gruba ayrılmıştır. Sonuçlar, doğumun seyri, oksitosin gereksinimi, doğum şekli, maternal ve neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında anlamlı fark olmadığını göstermiştir. Aspirasyon veya genel anestezi gereksinimi hiçbir olguda görülmemiştir. Bulgular, doğum sırasında gıda alımının olumsuz etki oluşturmadığını, ancak bireysel riskler göz önünde bulundurularak karar verilmesi gerektiğini desteklemektedir (Maor vd., 2024).

Cochrane meta-analizine göre, doğum sırasında sıvı ve gıda alımının kısıtlanmasının doğum sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Toplam 3130 kadını içeren beş randomize kontrollü çalışmanın sonuçları, sezaryen oranı, operatif vajinal doğum, Apgar skorları ve diğer maternal

ya da neonatal sonuçlar açısından gruplar arasında fark göstermemiştir. Bulgular, düşük riskli gebelerde doğum sırasında sıvı ve hafif gıda alımının kısıtlanmasının klinik bir yarar sağlamadığını ortaya koymaktadır (Singata vd., 2013).

4.6. Amniyotomi

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Rutin amniyotomi (suyun erken boşaltılması)	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla yalnızca amniyotomi uygulanması önerilmez.	Önerilmez
Erken amniyotomi ve oksitosin	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla erken amniyotomi ile erken oksitosin artışının birlikte kullanımı önerilmez.	Önerilmez

Kaynak: (WHO, 2018)

NICE kılavuzuna göre doğumun aktif yönetimi (erken amniyotomi, rutin vajinal muayene, oksitosin kullanımı gibi uygulamaları içeren paket yaklaşım) rutin olarak önerilmemektedir. Normal ilerleyen doğumlarda amniyotomi yapılmamalı, erken dönemde oksitosin ile birlikte uygulanmamalıdır. Ancak ilerleme yetersizliği durumunda; ilk doğumunu yapan kadınlarda aktif ikinci evrenin başlamasından 1 saat sonra, daha önce doğum yapmış kadınlarda ise 30 dakika sonra ilerleme (başın rotasyonu veya inişi açısından) gözlenmiyorsa gecikmeden şüphelenilmelidir. Bu durumda vajinal muayene yapılarak zarlar sağlam ise amniyotomi uygulanması önerilmektedir (NICE, 2022).

ACOG Doğum eylemi normal şekilde ilerleyen ve fetal riske dair bir bulgu olmayan kadınlarda, takibi kolaylaştırmak için gerekmediği sürece rutin amniyotomi yapılmasını önermemektedir (ACOG, 2019).

Sağlık Bakanlığı rehberine göre rutin amniyotomi uygulanması önerilmemektedir. Ancak, oksitosin infüzyonu alan ve servikal açılma hızı saatte 1 cm'den az olan olgularda, doğum eylemini hızlandırmak amacıyla amniyotomi yapılması uygun görülmektedir. İşlem öncesi ve sonrası fetal kalp atım hızı değerlendirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Cochrane incelemesine göre, erken amniyotomi ve oksitosin uygulaması doğum süresini ortalama 1,3 saat kısaltmakta, ancak sezaryen oranını anlamlı düzeyde azaltmamaktadır. Anne ve yenidoğan sağlığı açısından da önemli bir fark saptanmamıştır (Wei vd., 2013).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada, 5 cm servikal açıklıkta

amniyotomi uygulanan kadınlarda, uygulanmayanlara göre doğum süresi yaklaşık 50 dakika kısalmıştır. Ancak oksitosin ihtiyacı, sezaryen oranı, şüpheli fetal distres, enstrümantal doğum ve neonatal sonuçlar açısından iki grup arasında fark bulunmamıştır (Khunpradit vd., 2024).

4.7. Lavman ve Perine Tıraşı

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Perine/pubik tıraşı	Vajinal doğum öncesi rutin perine/pubic tıraşı önerilmez.	Önerilmez
Lavman uygulanması	Doğum hızlandırma amacıyla lavman verilmesi önerilmez.	Önerilmez
Vajinal temizlik	Enfeksiyon morbiditelerini önlemek amacıyla doğum sırasında rutin olarak klorheksidin ile vajinal temizlik önerilmez.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı da lavman ve perine tıraşı gibi uygulamaların rutin olarak yapılmasını önermemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

Yapılan bir çalışmada doğum sırasında yapılan müdahaleler arasında lavmanın da yer aldığı ve bu müdahalelerin doğum süreci ile yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkiler yarattığı saptanmıştır; özellikle ikinci evrede müdahale ihtiyacını artırdığı ve bazı olumsuz neonatal sonuçlarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Akyıldız vd., 2021). 2013 yılında yapılan Cochrane meta-analizine göre, doğum sırasında lavman uygulamasının; perineal yara enfeksiyonu, neonatal enfeksiyon, doğum süresi, perineal yırtık derecesi ve kadın memnuniyeti gibi sonuçlar üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgular, rutin lavman uygulamasının önerilmemesi gerektiğini göstermektedir (Reveiz vd., 2013). Yapılan bir çalışmada, doğum sırasında sık uygulanan müdahalelerin anne memnuniyeti üzerindeki etkisi incelenmiştir. Lavman uygulaması %80,6, perine tıraşı %22,2 oranında yapılmış ve özellikle lavman, perine tıraşı, hareket kısıtlaması, iki saatte bir vajinal muayene, EFM ve sıvı/gıda kısıtlaması gibi müdahaleleri deneyimleyen annelerin memnuniyet puanları anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur (Çalik vd., 2018).

Kesitsel araştırma verilerine göre doğum sırasında yakın destek, serbest hareket hakkı ve amniyotomi, lavman, perine tıraşı ve elektronik fetal monitörizasyonun uygulanmaması, doğum korkusunun düşük olmasını sağlamıştır. Sık vajinal muayene, uzun doğum süresi, şiddetli doğum ağrısı

ve sağlık personelinin olumsuz yaklaşımı ise doğum korkusunu artıran faktörler olarak belirlenmiştir (Atan vd., 2024).

Metaanaliz sonuçlarına göre, perineal tıraş yapılan ve yapılmayan kadınlar arasında doğum sonrası ateş, yara enfeksiyonu, yara açılması, yenidoğan enfeksiyonu veya anne memnuniyeti açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bazı küçük çalışmalarda, tıraş yapılmayan kadınlarda daha az bakteri kolonizasyonu saptanmıştır. Tıraş işlemi yapılanlarda tahriş, kızarıklık, yanma ve kaşıntı gibi yan etkiler görülmüştür. Doğum öncesi rutin perineal tıraşın anne veya yenidoğan yararına olduğuna dair yeterli kanıt yoktur; bu nedenle rutin olarak önerilmemelidir (Basevi & Lavender, 2014).

Mevcut kanıtlar, düşük riskli ve komplikasyonsuz doğumlarda rutin perine tıraşı, lavman, sürekli intrapartum EFM ve epizyotomi uygulamasının anne veya bebek açısından belirgin bir fayda sağlamadığını göstermektedir. Bu tür müdahalelerin olası rahatsızlık ve olumsuz etkileri, varsayılan yararlarını genellikle aşmaktadır (Chen & Wang, 2006).

4.8. Vajinal Muayene ve Pelvik Ölçüm

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Klinik pelvimetri (pelvis kemiği ölçümü)	Doğumda, sağlıklı gebe kadınlara rutinde pelvimetri yapılması önerilmez.	Önerilmez
Dijital vajinal muayene	Aktif doğum evresinde 4 saatte bir dijital vajinal muayene yapılması önerilir (düşük riskli kadınlarda).	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

Vajinal muayenelerin sıklığı ve sayısı mümkün olduğunca sınırlandırılmalıdır. Bu durum, özellikle zarların erken yırtılması veya doğumun uzaması gibi enfeksiyon riskini artıran durumlarda büyük önem taşır. Muayene aralıkları, doğumun seyri ve annenin-bebeğin durumu doğrultusunda belirlenmelidir. Aynı kadının farklı kişiler tarafından tekrarlayan vajinal muayenelere maruz kalmasından kaçınılmalı (WHO, 2018).

NICE, vajinal muayenelerin yalnızca tıbben gerekli olduğunda ve karar sürecine katkı sağlayacağı durumlarda yapılmasını önermektedir. Vajinal muayenenin kadınlar için ağrı, kaygı ve yabancı ortam nedeniyle rahatsız

edici olabileceği dikkate alınmalı; işlem öncesinde nedeni, süreci ve olası etkileri açıklanmalıdır.

Kadının bilgilendirilmiş onayı alınmalı, mahremiyet, saygı ve konforu korunmalıdır. Muayene bulguları ve doğum planına olası etkileri, kadına sade bir dille açıklanmalıdır. Kadına, muayeneyi reddetme veya dilediği aşamada durdurma hakkı olduğu hatırlatılmalıdır. Muayene sırasında; başın seviyesi, pozisyonu, kaput veya şekil değişikliği varlığı, serviksin silinmesi ve açıklığı ile zarların durumu değerlendirilmelidir (NICE, 2023).

Sağlık Bakanlığı, doğum eyleminde vajinal muayenelerin yalnızca tıbbi gereklilik durumlarında yapılmasını ve gereksiz tekrarların önlenmesini önermektedir. Bu doğrultuda vajinal muayenenin yapılması uygun görülen başlıca durumlar şu şekildedir:

- Kadının ilk başvurusunda doğumun evresi ve servikal açıklığın değerlendirilmesi
- Eylemin ilerleyişinin izlenmesi amacıyla yaklaşık dört saatte bir
- Anestezi uygulanmadan önce servikal açıklığın değerlendirilmesi
- Gebenin kendiliğinden ıkınma gereksinimi hissettiği durumlarda
- Fetal kalp atım hızında anormallik saptandığında

Gebelere yapılan vajinal muayene sırasında vulva ve vajina, serviks, amniyotik membran ve sıvı, prezente olan kısım, pozisyon, moulding, kaput suksadenum, kemik pelvis, fetal iniş değerlendirilmelidir (sağlık bakanlığı, 2025b).

Moulding Dereceleri

0/Yok	= Açık süturlarla kemiklerin normal ayrılması.
+	= Birbirine değen kemikler.
++	= Üst üste binen kemikler, ancak hafif basınçla ayrılabilir.
+++	= Üst üste binen kemikler, ancak hafif basınçla ayrılamaz.
++++	= Şiddetli moulding olarak kabul edilir.

Kaynak:(Sağlık Bakanlığı, 2025b).

4.9. Doğumun Gecikmesini Önleme

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Doğum gecikmesini önlemek için ağrı kesici kullanımı	Doğumun gecikmesini önlemek ve augmentasyon gereksinimini azaltmak için ağrı kesici kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Doğumun aktif yönetimi	Doğum gecikmesini önlemek amacıyla aktif yönetim bakım paketi kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Antispazmodik ajanlar	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla antispazmodik ajanların kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Doğum gecikmesini önlemek için intravenöz sıvılar	Doğum süresini kısaltmak amacıyla intravenöz sıvıların kullanımı önerilmez.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018)

4.9.1. Oksitosin ve Prostaglandin Kullanımı

İntravenöz oksitosin infüzyonu, doğum eyleminin ilerlemesinin yavaşladığı veya uterin kasılmaların yeterli olmadığı durumlarda doğumun etkinliğini artırmak amacıyla uygulanır. Bu yöntem, özellikle partograf takibinde ilerlemenin yetersiz olduğu olgularda tercih edilir. Oksitosin infüzyonu, güvenli uygulama açısından yalnızca tekil gebeliklerde ve fetüsün baş gelişi (sefalik prezentasyon) durumlarında endikedir. Oksitosin infüzyonunun kontrendike durumları ise aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b):

Kontrendikasyon	Açıklamalar
Fetal	► Fetal distres belirtileri (anormal fetal kalp hızı) ► Malprezentasyon (örn., transvers pozisyon, tam olmayan makat) ► Plasenta previa veya vasa previa ► Fetal başın geçişine izin vermeyen fetal anomaliler (şiddetli hidrosefali gibi) ► Umbilikal kord prolapsusu
Maternal	► Baş-pelvis uyumsuzluğu ► Aktif genital herpes enfeksiyonu ► Doğumu anne için tehlikeli hale getiren tıbbi durumlar
Uterin	► Önceki uterus insizyonu ► Önceki miyomektomi

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Erken amniotomi ve oksitosin	Doğumun gecikmesini önlemek amacıyla erken amniotomi ile erken oksitosin artışının birlikte kullanımı önerilmez.	Önerilmez
Epidural analjezi alan kadınlarda oksitosin kullanımı	Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun gecikmesini önlemek için oksitosin kullanımı önerilmez. Not: Epidural analjezi alan kadınlarda doğumun ilerlemesinde doğrulanmış gecikmenin tedavisi olarak endike olduğunda oksitosin ile hızlandırma yapılmalıdır.	Önerilmez

Kaynak:(WHO, 2018).

İndüksiyon başarı şansı Bishop skoru <6 ise düşük, >9 ise yüksektir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Puan	0	1	2	3
Dilatasyon (cm)	<1	1-2	3-4	>4
Servikal Uzunluk (cm)	>4	2-4	1-2	<1
Baş Seviyesi	-3	-2	-1/0	+1/+2
Kıvam	Sert	Orta	Yumuşak	
Serviksin Pozisyonu	Posterior	Mid	Anterior	

Amniyotomiden yaklaşık bir saat, vajinal ya da oral yolla verilen misoprostol (PGE₁) uygulamasından dört saat ve dinoprostonun çıkarılmasından yarım saat sonra infüzyona başlanması önerilir. Genellikle 1000 mL serum fizyolojik içine 10 IU ya da 500 mL serum fizyolojik içine 5 IU oksitosin eklenerek hazırlanır; bu karışımda her 1 mL sıvı 10 miliünite (10 mIU/mL) oksitosin içerir. Yaklaşık olarak 1 mL, 20 damlaya denk gelir. Oksitosin uygulama şeklinde iki protokol kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2025b):

Doz	Başlangıç Dozu (mIU/dk)	Doz Artışı (mIU/dk)	Doz Aralığı (dk)	Maksimum Doz (mIU/dk)
Düşük Doz	0.5-2	1-2	15-40	20-40
Yüksek Doz	4-6	3-6	15-40	40

Cochrane meta-analizine göre, üçüncü trimesterde doğum indüksiyonu amacıyla uygulanan mekanik yöntemler (özellikle balon kateter) ile farmakolojik yöntemler (vajinal veya oral prostaglandinler, misoprostol, oksitosin) karşılaştırıldığında genel doğum sonuçları açısından anlamlı bir üstünlük saptanmamıştır. Analizler, balon kateter ile vajinal prostaglandin

E2 arasında doğumun gerçekleşme süresi ve sezaryen oranları açısından fark olmadığını göstermiştir. Ancak balon kateter uygulamasının, uterin hiperstimülasyon ve fetal kalp hızı değişiklikleri riskini azalttığı belirlenmiştir. Balon kateter ile vajinal misoprostol karşılaştırıldığında, doğum süresi ve yenidoğan sonuçları açısından fark bulunmamış; ancak balon yönteminin hiperstimülasyon riskini azaltabileceği, buna karşın sezaryen oranını hafif artırabileceği bildirilmiştir. Balon kateter ile oral misoprostol karşılaştırmalarında ise oral misoprostolün doğumun ilerlemesini daha fazla kolaylaştırdığı, balon yönteminin ise daha güvenli ancak daha yavaş etki gösterdiği sonucuna varılmıştır. Genel olarak Cochrane incelemesi, mekanik yöntemlerin farmakolojik yöntemlerle benzer etkinlikte olduğunu, ancak daha az yan etkiyle seyredebildiğini, bu nedenle bazı olgularda güvenli bir alternatif olarak tercih edilebileceğini ortaya koymaktadır (Vaanan vd., 2023).

NICE, Bishop skoru 6 veya daha düşük olan kadınlar için, doğum indüksiyonu amacıyla aşağıdaki yöntemlerden birini önermektedir:

- Vajinal tablet, vajinal jel veya kontrollü salınlı vajinal sistem şeklinde dinoproston (PGE₂),
- Düşük doz (25 mikrogram) oral misoprostol tabletleri.

Bishop skoru 6 veya daha düşük olan kadınlarda, aşağıdaki durumlarda mekanik bir doğum indüksiyon yöntemi (balon kateter vb.) uygulanması düşünülmelidir:

- Farmakolojik yöntemlerin uygun olmadığı durumlarda (örneğin aşırı uyarılma [hiperstimülasyon] riski yüksek olan kadınlar veya daha önce sezaryen doğum yapmış olanlar),
- Kadın mekanik bir yöntemi tercih ediyorsa (NICE, 2021).

Doğum indüksiyonunda yaygın olarak kullanılan prostaglandinlerden misoprostol ve dinoprostonun karşılaştırıldığı sistematik derleme ve meta-analiz, term gebeliklerde iki ajanın etkinlik ve güvenilirliğini incelemiştir. Toplam 1.801 katılımcıyı içeren sekiz randomize kontrollü çalışmanın analizine göre, misoprostol kullanımı oksitosin gereksinimini anlamlı derecede azaltmıştır. Bunun yanı sıra sezaryen oranı, uterin taşisistol, hiperstimülasyon, anormal fetal kalp hızı izlemi ve yenidoğan yoğun bakıma yatış oranları bakımından misoprostol ve dinoproston arasında önemli bir fark bulunmamıştır (Lakho vd., 2024). Doğum indüksiyonunda düşük doz vajinal misoprostol ile vajinal dinoprostonun karşılaştırıldığı meta-analizde, vajinal doğum başarısı ve perinatal güvenlik açısından iki yöntem benzer bulunmuştur. Bununla birlikte, misoprostol kullanımında maternal olumsuz sonuçlar daha düşük saptanmıştır (Patabendige vd., 2024). Başka

bir çalışmada ise İntravajinal misoprostolun, 24 saat içinde vajinal doğumu artırmada ve oksitosin ihtiyacını azaltmada dinoprostona göre daha etkili olduğu ancak uterin hiperstimülasyon ve taşisistol riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Sezaryen, yenidoğan yoğun bakıma yatma ve Apgar skorları açısından ise iki ajan arasında fark görülmemiştir (Liu vd., 2014).

Yapılan bir randomize kontrollü çalışmanın sonuçları, vajinal yoldan uygulanan misoprostolün doğum indüksiyonunda bukkal yola kıyasla daha etkili olduğunu göstermektedir. Vajinal misoprostol, doğuma kadar geçen süreyi kısaltmış, 24 saat içinde vajinal doğum oranını artırmış ve fetal distress nedeniyle yapılan sezaryen oranını azaltmıştır. Bu bulgular, term gebeliklerde servikal olgunlaşma için vajinal misoprostolün bukkal uygulamaya göre daha avantajlı bir seçenek olabileceğini düşündürmektedir (Haas vd., 2019).

4.10. Ağrı Yönetimi

Doğum ağrısı, kadınların yaşayabileceği en şiddetli ağrılardan biridir ve etkili ağrı yönetimi doğum bakımının önemli bir parçasıdır. Epidural analjezi, doğum sırasında ağrıyı gidermede en etkili yöntem olarak kabul edilir. Ancak kadının tercihi, kontrendikasyonlar ve sınırlı erişim gibi durumlar nedeniyle sistemik farmakolojik ajanlar ve farmakolojik olmayan yöntemler de kullanılabilir. Farmakolojik olmayan yöntemler (yoga, hipnoz, masaj, akupunktur, doğum topu, TENS gibi) güvenli olsa da etkinlikleri epidural kadar güçlü kanıtlanmamıştır (Zuarez-Easton vd., 2023).

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Epidural analjezi (ağrı kesici)	Sağlıklı gebe kadınlarda, doğum sırasında ağrı kesici talep edenlere, kadının tercihlerine bağlı olarak epidural analjezi önerilir.	Önerilir
Opioid analjezi (ağrı kesici)	Fentanil, diamorfin ve petidin gibi parenteral opioidler, sağlıklı gebe kadınlarda doğumda ağrı kesici isteyenler için kadının tercihine bağlı olarak önerilir.	Önerilir
Rahatlama teknikleri (ağrı yönetimi)	Progresif kas gevşemesi, nefes egzersizleri, müzik, farkındalık ve diğer rahatlama teknikleri, doğumda ağrı kesici isteyen sağlıklı kadınlarda tercihine bağlı olarak önerilir.	Önerilir
Manuel teknikler (ağrı yönetimi)	Masaj veya sıcak uygulama gibi manuel teknikler, doğumda ağrı kesici isteyen sağlıklı kadınlarda tercihe bağlı olarak önerilir.	Önerilir

Kaynak:(WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, doğumun birinci evresinde ağrı yönetimi için kadınlara doğum başlamadan önce ağrı yönetimi seçenekleri hakkında bilgi verilmesini önermektedir. Böylece kadınlar bilinçli kararlar verebilir. Ağrı yönetimi için farmakolojik olmayan yöntemler, farmakolojik seçenekler ve anestezi yöntemleri mevcuttur; seçim, tıbbi kontrendikasyon yoksa, kadının değer ve tercihleri doğrultusunda yapılmalıdır. Bakanlık, en etkili ağrı yönetim yöntemi olarak nöroaksiyel anesteziyi önermektedir; bu yöntem, minimum fetomaternal riskle maksimum analjezik etki sağlar. Olası yan etkiler arasında hipotansiyon, kaşıntı, ateş ve doğumun ikinci evresinde sürenin uzaması yer alabilir. Nöroaksiyel anestezi kullanımında servikal açıklık kısıtlaması bulunmamaktadır ve eylemin herhangi bir evresinde uygulanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

ACOG da doğumun herhangi bir aşamasında ağrıyı hafifletmek için nöroaksiyel anestezi uygulanmasını önermektedir (Güçlü öneri, Orta kalitede kanıt) (ACOG, 2024).

En yaygın kullanılan opioid analjeziklerden biri Meperidin (Petidin)'dir. İntramusküler uygulama genellikle servikal dilatasyon 7 cm'den küçükse tercih edilir. İntravenöz uygulama ise hızlı ağrı kesici etkisi gerektiğinde ve serviks ≥ 7 cm olduğunda kullanılabilir. Bu yöntemde ağrı rahatlaması yaklaşık 5 dakika içinde başlar ve etkisi yaklaşık 2 saat devam eder. Meperidin, doğumun ilk evresinde ve doğumun en az 4 saat içinde beklenmediği durumlarda uygulanır. Genellikle erken doğum sürecinde analjezi sağlamak için tercih edilir.

Epidural analjezi, doğum ağrısının kontrolünde en yaygın ve etkili yöntemlerden biridir. Genellikle doğumun erken evresinde, rahim açıklığı yaklaşık 4 cm olduğunda uygulanır. Epidural kateter üzerinden ilaç verildikten sonra, kan basıncı ilk 30 dakika boyunca veya annenin hemodinamik durumu stabil olana kadar her 2,5–5 dakikada bir izlenir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Yapılan bir kohort çalışması, doğum sırasında annede epidural analjezi uygulanmasının çocuklarda otizm spektrum bozukluğu (OSB) riskini artırabileceğini göstermiştir. Epidural analjezi ile doğum sırasında oksitosin kullanımı, OSB riskini daha da yükseltmiştir. Ancak yalnızca oksitosine maruz kalmak, OSB riskini etkilememiştir. Bulgular, epidural analjezi ve oksitosin etkilerini birlikte değerlendiren dikkatli yorum gerektirmektedir ve konuyu netleştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır (Qiu vd., 2023).

Farklı bir inceleme çalışması sonuçlarına göre Modern epidural analjezi, doğum ağrısını etkili şekilde azaltır, doğum süresini çok az uzatır ve sezaryen

riskini artırmaz. Hafif anne yan etkileri görülebilir, ancak yenidoğan sağlığı üzerinde olumsuz etkisi yoktur. Genel olarak anne ve bebek için güvenlidir (Callahan vd., 2023).

4.10.1. Rahatlatıcı Uygulamalar

Sağlık Bakanlığına Göre Doğumda Rahatlatıcı ve Destekleyici Yaklaşımlar

- Nefes egzersizleri: Annenin doğum sürecine uyumunu artırır, gevşemeyi ve ağrı ile baş etmeyi destekler.
- Masaj uygulamaları: Kas gerginliğini azaltarak rahatlamayı sağlar ve annenin konforunu artırır.
- Perine masajı: Perine bölgesindeki gerilimi azaltarak yırtık riskini ve doğum sonrası ağrıyı azaltmaya yardımcı olur. Gebelikte 34–35. haftadan itibaren perine masajına başlanabilir. Masaj, gebe veya eşi tarafından haftada 1–2 kez, en fazla 5 dakika uygulanabilir. Masaj sırasında annenin rahat olduğu pozisyonlar tercih edilir; bacaklar hafifçe açık tutulur. Gerekirse kokusuz yağlar veya suda çözünebilen vajinal kayganlaştırıcılar kullanılabilir. 34. Gebelik haftasından önce, vajinal kanama durumunda uygulanmamalıdır.
- Perineye sıcak uygulama: Bölgedeki kan akışını artırır, ağrının hafiflemesine katkı sunar. Servikal yetmezlik ve aktif vajinal enfeksiyon varlığında önerilmemektedir. Genellikle ıkınma başladıktan sonra önerilmektedir.
- Rahat ve destekleyici doğum ortamı oluşturma: Doğal doğum sürecini destekler, annenin kendini güvenli ve huzurlu hissetmesini sağlar.
- Hidroterapi: Kasların gevşemesini sağlar, endorfin salınımını artırarak ağrının kontrolüne yardımcı olur.
- Sıcak ve soğuk uygulamalar: Kas spazmlarını azaltır ve ağrı yönetimini destekler.
- Aromaterapi: Fiziksel ve duygusal rahatlama sağlayarak annenin psikolojik iyilik halini güçlendirir.
- Akupresür: Uterus kasılmalarını destekleyebilir, ağrı kontrolüne yardımcı olabilir ve doğum süresini kısaltabilir.
- Müzik ve dans: Dikkat dağıtarak stresi azaltır, annenin doğuma aktif katılımını teşvik eder ve ağrı algısını azaltabilir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Hidroterapi için;

- Servikal dilatasyon ≤ 6 cm olmalıdır ve gebe iyi hidrasyon ile desteklenmelidir.
- Suyun sıcaklığı $37,5^{\circ}\text{C}$ 'yi geçmemeli ve su seviyesi mümkün olduğunca yüksek olmalıdır.
- Gebe, su içinde rahat pozisyonlarda olmalıdır.
- Maternal ve fetal sağlık parametreleri düzenli olarak izlenmelidir.
- Opioid analjezi, suda doğum sırasında önerilmez
- Membran bütünlüğü bozulduğunda duş veya küvet kullanımı kontraendike değildir.
- Acil durum ekipmanları her zaman hazır bulundurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

NICE Doğumda Rahatlatıcı ve Destekleyici Yöntemler için Önerileri

- Doğumun erken evresinde ağrıyı azaltmaya yardımcı olabilecek nefes egzersizi, masaj, duş veya banyo gibi yöntemler önerilir.
- Aromaterapi, yoga ve akupresür için yeterli kanıt bulunmamakla birlikte, kadın bu yöntemleri isterse tercihinə saygı duyulmalı ve desteklenmelidir.
- Kadın doğum sırasında nefes ve gevşeme teknikleri kullanmak isterse, sağlık profesyonelleri bu kararı teşvik etmelidir.
- Eş veya destek kişinin uyguladığı masaj teknikleri kadın tarafından talep edilirse desteklenmelidir.
- TENS kullanımının etkinliği sınırlıdır ancak zararlı olmadığı bilinmektedir. Kadın tercih ederse kullanılabilir ve ek analjezikler ile kombine edilebilir.
- Akupunktur, akupresür veya hipnoz rutin olarak uygulanmaz; ancak kadın seçerse izin verilir ve desteklenir.
- Kadının seçtiği müzik doğum ortamında kullanılabilir.
- Suda doğum ağrıyı azaltmak için bir seçenek olarak sunulmalı; su sıcaklığı ve annenin durumu düzenli izlenmelidir.
- Doğum havuzlarının ve banyoların temizliği enfeksiyon kontrol protokollerine uygun yürütülmelidir (NICE, 2023).

Ebelere, güvenli ve kanıta dayalı ilaç dışı yöntemleri (ör. müzik, perineye sıcak uygulama, masaj, hareket ve pozisyon değişikliği) önerme ve danışmanlık yapma yetkisi verilmiştir (*resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm*, 2024). Yapılan bir randomize kontrollü çalışma, doğum öncesi masaj uygulamasına daha iyi uyum sağlayan çiftlerin, doğum sırasında masajı daha fazla uyguladığını göstermiştir. Çiftlerin doğum öncesi dönemde masaj tekniklerini daha sık uygulamalarının doğum sırasında masaj uygulamasını artırabileceği, bu sayede petidin ve epidural analjezi kullanımının azaltılabileceği düşünülmektedir (Lai vd., 2022).

Sistemik inceleme ve ağ meta-analizinde akupresür, aromaterapi ve masaj terapisi doğum ağrısını anlamlı şekilde hafifletmiş, aromaterapi en etkili yöntem olarak bulunmuştur. Yoga ve akupresür doğumun birinci ve ikinci evresini kısaltmada etkili olmuştur. Farmakolojik olmayan müdahaleler, farmakolojik yöntemler veya olağan bakım ile karşılaştırıldığında yenidoğan Apgar skorları üzerinde olumsuz bir etki göstermemiştir. Bulgular, düşük riskli gebelerde bu müdahalelerin güvenli ve etkili olduğunu desteklemektedir (Hu vd., 2021).

Yapılan bir meta-analiz çalışması, doğum sırasında uygulanan perineal masajın ciddi perineal travma riskini anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Epizyotomi oranı da masaj yapılan grupta daha düşük bulunmuş ancak fark anlamlı bulunmamıştır (Venugopal vd., 2022). Başka bir meta-analiz çalışması da doğumun ikinci evresinde uygulanan perineal masajın primipar kadınlarda sağlam perine oranını artırdığını, ikinci ve üçüncü derece yırtıkları ile epizyotomi sıklığını azalttığını göstermiştir. Birinci evrede yapılan perineal masaj ise doğum süresini kısaltmıştır. Yenidoğan sonuçları üzerinde anlamlı bir etkisi saptanmamıştır (Li vd., 2023).

Meta-analiz çalışması, aromaterapinin doğumun birinci evresinde ağrı ve anksiyeteyi anlamlı düzeyde azalttığını göstermiştir. Bulgular, aromaterapinin doğum sürecinde güvenli ve etkili bir tamamlayıcı rahatlatma yöntemi olarak kullanılabileceğini desteklemektedir (Liao vd., 2021). Başka bir sistematik derleme de aromaterapinin doğumun birinci evresinde kadınların kaygısını azaltmada genellikle olumlu etkiler gösterdiğini ortaya koymaktadır. Bulgular, aromaterapinin kaygıyı azaltmak için güvenli bir tamamlayıcı yöntem olabileceğini, ancak metodolojik açıdan güçlü çalışmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamaktadır (Ghiasi vd., 2019).

Yapılan bir sistematik inceleme ve meta-analiz, akupresürün doğumun birinci evresinde ağrıyı anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Bulgular, akupresürün etkili bir tamamlayıcı yöntem olabileceğini desteklese de,

standart prosedürlerin belirlenmesi için daha fazla klinik araştırmaya ihtiyaç vardır (Raana & Fan, 2020).

Yapılan bir meta-analiz çalışması, doğumun birinci evresinde non-invaziv ve non-farmakolojik yöntemlerin ağrıyı anlamlı şekilde azalttığını göstermektedir. Masaj, doğum topları, zihinsel-fiziksel uygulamalar, ısı uygulaması, müzik terapisi, dans terapisi, akupresür ve TENS gibi yöntemlerin çoğu, doğum ağrısında faydalı etkiler sağlamış, ancak etkinlik düzeyleri yöntemler arasında farklılık göstermiştir; bu nedenle daha yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç vardır (Melillo vd., 2022).

4.11. Hareket Özgürlüğü

Bakım	Öneri	Öneri Kategorisi
Anne hareketliliği ve pozisyonu	Düşük riskli kadınlarda doğum sırasında hareketlilik ve dik pozisyonda bulunma teşvik edilir.	Önerilir

Kaynak: (WHO, 2018)

Sağlık Bakanlığı, düşük riskli gebelerde doğum sırasında hareket özgürlüğü ve dik pozisyonların önerilmesini desteklemektedir. Dik pozisyonlar, anne konforunu artırır, doğum süresini kısaltır, operatif doğum ve perineal travma riskini azaltır, uterin kontraksiyonları etkinleştirir ve fetal dolaşımı destekler. Pozisyon seçiminde maternal ve fetal izlemenin yapılabilmesi ve tıbbi veya obstetrik kontrendikasyonların olmaması gereklidir.

Sağlık Bakanlığı, gebelerin rahat oldukları pozisyonlarda bulunmalarını teşvik etmeyi önermektedir. İntrauterin resüsitasyon gerektiren özel durumlarda ise gebelere sol yan pozisyon verilmesi önerilmektedir. Ayrıca, oturma, çömelme veya yürüme gibi dik pozisyonlarda olan gebelerde, yatay pozisyonundaki gebelere kıyasla doğumun birinci evresinin süresi kısaltmakta ve sezaryen oranlarında hafif azalma gözlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

Doğum sırasında anne konforunu artırmak ve optimal fetal pozisyonu desteklemek amacıyla sık pozisyon değişikliği yapılması teşvik edilmelidir; bu değişiklikler, maternal ve fetal izlemenin ve gerekli müdahalelerin uygun şekilde yapılabilmesine olanak sağlamalıdır (ACOG, 2024).

Meta-analiz bulgularına göre, epidural analjezi alan kadınlarda hareketliliğin doğum şekli, doğum süresi ve bebeğin doğum sonrası adaptasyonu üzerine belirgin bir etkisi gösterilememiştir. Ancak, olumsuz bir etkisi de saptanmamıştır. Sonuç olarak, epidural kullanan kişilerin

istedikleri takdirde doğum boyunca hareket etmelerinin desteklenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (de Verastegui-Martín vd., 2023).

Yapılan bir çalışmanın bulgularına göre, doğumun birinci evresinde uygulanan ambulasyon tekniği primipar annelerde doğum sürecinin ilerlemesini olumlu yönde etkilemiştir. Deney grubundaki annelerde ağrı düzeyinin azalması, servikal dilatasyonun daha hızlı ilerlemesi, kasılmaların sıklık ve süresinin artması ile fetal kalp hızının stabil seyretmesi, ambulasyonun fizyolojik doğum sürecini desteklediğini göstermektedir. Sonuç olarak ambulasyon, doğumun ilk evresinde doğum süresini kısaltmada ve anne ve bebek sonuçlarını olumlu yönde etkilemede etkili, basit ve güvenli bir uygulama olarak değerlendirilmektedir (Dsouza & T, 2022).

İnceleme çalışması sonuçlarına göre farklı pozisyon müdahaleleri kullanan gebelerde doğum süresi veya sezaryen doğum oranlarında hiçbir fark bulunmamıştır, ancak diz çökme pozisyonu uygulanan gebelerde oturma pozisyonundakilere göre pelvik taban travmasının daha az olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Myers vd., 2020).

4.12. Partograf

Doğum ünitesine kabul edildikten sonra gebelerin kimlik bilgileri alınmalı ve eylemin özellikleri değerlendirilmeye başlanmalıdır. Aktif faz itibarı ile partografa ilgili gözlemler kaydedilmelidir.

- Kabul sırasında kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin yer aldığı bölüm,
- Destekleyici ve saygılı annelik bakımı bulguları bölümü
- Fetüs izlemi bulgularının kayıt bölümü
- Fetüs izlemi sırasında hekimin bilgilendirileceği bulguların bildirilmesi
- Gebe izlemi bulgularının kayıt bölümü
- Gebe izlemi sırasında uyarı işareti bulgularının bildirilmesi
- Eylemin ilerleme bulgularının kayıt bölümü
- Medikal tedavi kayıt bölümü
- Ortak karar verme kayıt bölümü doldurulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2025b; WHO, 2021b).

Partografra Uyarı İşareti Bulunmayan Durumlarda Parametlerin Değerlendirme Sıklığı

İzlem Parametresi	Doğum Evresi	Değerlendirme Sıklığı
Destekleyici bakım uygulamaları	Tüm evrelerde	Her 1 saatte bir
Fetal kalp hızı ve deselerasyonların izlenmesi	1. evre	30 dakikada bir
	2. evre	5 dakikada bir
Abdominal ve vajinal muayene	Tüm evrelerde	Gerektiğinde, rutin olarak 4 saatte bir
Maternal vital bulgular	Tüm evrelerde	Saatte bir
İdrar takibi	Tüm evrelerde	4 saatte bir
Uterin kontraksiyonların sıklık, süre ve şiddeti	1. evre	30 dakikada bir
	2. evre	15 dakikada bir
Tıbbi tedavi ve bakım planı kayıtları	Tedavi uygulamaları	Her saat
	Değerlendirme notları	Her saat
	Bakım planı güncellemesi	2 saatte bir

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2025b).

WHO LABOUR CARE GUIDE

Name

Parity

Labour onset

Active labour diagnosis [Date]

Ruptured membranes [Date]

Time

Risk factors

	Time	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	
	Hours																
	ALERT	ACTIVE FIRST STAGE												SECOND STAGE			
SUPPORTIVE CARE	Companion	N															
	Pain relief	N															
	Oral fluid	N															
	Posture	SP															
BABY	Baseline FHR	<110, ≥160															
	FHR deceleration	L															
	Amniotic fluid	M+++, B															
	Fetal position	P, T															
	Caput	+++															
	Moulding	+++															
WOMAN	Pulse	<60, ≥120															
	Systolic BP	<80, ≥140															
	Diastolic BP	≥90															
	Temperature °C	<35.0, ≥37.5															
	Urine	P+, A++															
LABOUR PROGRESS	Contractions per 10 min	≥2, >5															
	Duration of contractions	<20, >60															
	Cervix [Plot X]	10															
		9	≥ 2h														
		8	≥ 2.5h														
		7	≥ 3h														
		6	≥ 5h														
	5	≥ 6h															
	Descent [Plot O]	5															
		4															
3																	
2																	
1																	
0																	
MEDICATION	Oxytocin (UI/L, drops/min)																
	Medicine																
	IV fluids																
SHARED DECISION-MAKING	ASSESSMENT																
	PLAN																
INITIALS																	

INSTRUCTIONS: CIRCLE ANY OBSERVATION MEETING THE CRITERIA IN THE 'ALERT' COLUMN, ALERT THE SENIOR MIDWIFE OR DOCTOR AND RECORD THE ASSESSMENT AND ACTION TAKEN. IF LABOUR EXTENDS BEYOND 12H, PLEASE CONTINUE ON A NEW LABOUR CARE GUIDE.

Abbreviations: Y – Yes, N – No, D – Declined, U – Unknown, SP – Supine, MO – Mobile, E – Early, L – Late, V – Variable, I – Intact, C – Clear, M – Meconium, B – Blood, A – Anterior, P – Posterior, T – Transverse, P+ – Protein, A+ – Acetone

Kaynak: (WHO, 2021b).

5. Sonuç

Doğum eyleminin birinci evresinde sık yapılan uygulamalara yönelik kanıta dayalı yaklaşımlar hem annenin konforunu artırmak hem de doğumun ilerlemesini desteklemek açısından büyük önem taşımaktadır. Güncel kanıtlar, mobilizasyon, uygun pozisyon değişiklikleri, nonfarmakolojik ağrı yönetimi ve sürekli ebelik desteğinin doğumun fizyolojik sürecini olumlu etkilediğini göstermektedir. Bu bağlamda ebeğin rolü, doğumun doğal seyrini destekleyen, gereksiz müdahaleleri azaltan ve bireyselleştirilmiş bakım sunan profesyonel bir rehber olarak öne çıkmaktadır. Ebe, birinci evrede annenin fiziksel ve duygusal gereksinimlerini değerlendirip kanıta dayalı uygulamaları doğru zamanda ve uygun şekilde kullanarak hem anne hem de fetüsün iyilik halini güçlendirmelidir.

KAYNAKLAR

- ACOG. (2019). *Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/02/approaches-to-limit-intervention-during-labor-and-birth>
- ACOG. (2024). *First and Second Stage Labor Management* | ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- Adu-Bonsaffoh, K., Newman, G. T., Atobrah-Apraku, K., Opuni-Frimpong, Y., & Seffah, J. D. (2025). Respectful maternity care and mistreatment: Women's experiences during induction of labor and childbirth in Ghana. *PloS One*, 20(1), e0314990. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314990>
- Aktaş, S., Aksoy Derya, Y., & Toker, E. (2023). *A'dan Z'ye Temel Ebelik* (1. bs, Vols. 1-2). İstanbul Tıp Kitabevi.
- Akyıldız, D., Çoban, A., Gör Uslu, F., & Taşpınar, A. (2021). Effects of Obstetric Interventions During Labor on Birth Process and Newborn Health. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(1), 9-21. <https://doi.org/10.5152/FNJJN.2021.19093>
- Atan, S. U., Daşikan, Z., Ibis, B. K., Köprülü, C., Donmez, E. M., Kircan, N. D., Ocalan, D., & Erdogan, M. (2024). The effect of interventions in vaginal birth on fear of childbirth: A multicentre study. *International Journal of Nursing Practice*, 30(5), e13260. <https://doi.org/10.1111/ijn.13260>
- Basevi, V., & Lavender, T. (2014). Routine perineal shaving on admission in labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2014(11), CD001236. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2>
- Callahan, E. C., Lee, W., Aleshi, P., & George, R. B. (2023). Modern labor epidural analgesia: Implications for labor outcomes and maternal-fetal health. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1260-S1269. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2022.06.017>
- Chen, C.-Y., & Wang, K.-G. (2006). Are Routine Interventions Necessary in Normal Birth? *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*, 45(4), 302-306. [https://doi.org/10.1016/S1028-4559\(09\)60247-3](https://doi.org/10.1016/S1028-4559(09)60247-3)
- Çalik, 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), 415. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2054-0>
- de Verastegui-Martín, M., de Paz-Fresneda, A., Jiménez-Barbero, J. A., Jiménez-Ruiz, I., & Ballesteros Meseguer, C. (2023). Influence of Laboring People's Mobility and Positional Changes on Birth Outcomes in Low-Dose Epidural Analgesia Labor: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 68(1), 84-98. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13446>
- Demir Cendek, B., Bayraktar, B., Karaman, E., Adam, M., Avsar Yaylacı, K., Soysal, C., & Keskin, H. L. (2025). Impact of companion support during labor on postnatal depression and birth satisfaction: A prospective cohort study. *Postgraduate Medicine*, 137(1), 37-44. <https://doi.org/10.1080/00325481.2024.2435248>
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>

- Dsouza, M. D. F., & T, M. V. Kumary. (2022). "Effectiveness of Ambulation During First Stage of Labor on Maternal Parameters Among Primi Mothers in A Selected Hospital at Mangaluru". *Journal of Pharmaceutical Negative Results*, 3760-3767. <https://doi.org/10.47750/pnr.2022.13.S08.468>
- Ergin, A., Aşci, Ö., Bal, M. D., Öztürk, G. G., & Karaçam, Z. (2024). The use of hydrotherapy in the first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 30(1), e13192. <https://doi.org/10.1111/ijn.13192>
- Fikre, R., Gubbels, J., Teklesilasic, W., & Gerards, S. (2023). Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 386. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05664-9>
- Friedman, E. (1954). The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 1568-1575. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
- Friedman, E. A. (1955). Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstetrics and Gynecology*, 6(6), 567-589. <https://doi.org/10.1097/00006250-195512000-00001>
- Ghiasi, A., Bagheri, L., & Haseli, A. (2019). A Systematic Review on the Anxiolytic Effect of Aromatherapy during the First Stage of Labor. *Journal of Caring Sciences*, 8(1), 51-60. <https://doi.org/10.15171/jcs.2019.008>
- Haas, D. M., Daggy, J., Flannery, K. M., Dorr, M. L., Bonsack, C., Bhamidipalli, S. S., Pierson, R. C., Lathrop, A., Towns, R., Ngo, N., Head, A., Morgan, S., & Quinney, S. K. (2019). A comparison of vaginal versus buccal misoprostol for cervical ripening in women for labor induction at term (the IMPROVE trial): A triple-masked randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 259.e1-259.e16. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.04.037>
- Hu, Y., Lu, H., Huang, J., & Zang, Y. (2021). Efficacy and safety of non-pharmacological interventions for labour pain management: A systematic review and Bayesian network meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 30(23-24), 3398-3414. <https://doi.org/10.1111/jocn.15865>
- Jones, L., Othman, M., Dowswell, T., Alfirevic, Z., Gates, S., Newburn, M., Jordan, S., Lavender, T., & Neilson, J. P. (2012). Pain management for women in labour: An overview of systematic reviews. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(3), CD009234. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009234.pub2>
- Kabakian-Khasholian, T., & Portela, A. (2017). Companion of choice at birth: Factors affecting implementation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 265. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1447-9>
- Khunpradit, S., Kamkrea, S., Srisuwan, T., & Mooncheep, T. (2024). Amniotomy versus expectant management during the active phase of labor defined by the new WHO definition on the duration of labor: A randomized controlled trial. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 165(1), 368-374. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15399>
- Lai, C. Y., Wong, M. K. W., Tong, W. H., Lau, K. Y., Chu, S. Y., Tam, A. M. L., Hui, L. L., Lao, T. T. H., & Leung, T. Y. (2022). The impact of antenatal massage practice on intrapartum massage application and their associations with the use of analgesics during labour: Sub-analysis of a randomised control trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 420. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04743-7>

- Lakho, N., Hyder, M., Ashraf, T., Khan, S., Kumar, A., Jabbar, M., Kumari, M., Qammar, A., Kumar, S., Kumari, M., Deepak, F., Raj, K., & Ali, A. (2024). Efficacy and safety of misoprostol compared with dinoprostone for labor induction at term: An updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in Medicine*, 11, 1459793. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1459793>
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). *Maternal positions and mobility during first stage labour—Lawrence, A - 2013 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full?highlightAbstract=posit%7Cin%7Cuse%7Cof%7Cbirth%7Cpositions%7Cupright>
- Li, Y., Wang, C., Lu, H., Cao, L., Zhu, X., Wang, A., & Sun, R. (2023). Effects of perineal massage during childbirth on maternal and neonatal outcomes in primiparous women: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 138, 104390. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104390>
- Liao, C.-C., Lan, S.-H., Yen, Y.-Y., Hsieh, Y.-P., & Lan, S.-J. (2021). Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 41(1), 21-31. <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1673707>
- Liu, A., Lv, J., Hu, Y., Lang, J., Ma, L., & Chen, W. (2014). Efficacy and safety of intravaginal misoprostol versus intracervical dinoprostone for labor induction at term: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(4), 897-906. <https://doi.org/10.1111/jog.12333>
- Maor, G. S., Greenfield, R. B., Farladansky-Gershnel, S., Mestechkin, D. S., Schreiber, H., Biron-Shental, T., & Weitzner, O. (2024). Should we restrict food intake during labor? A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 310(6), 2983-2989. <https://doi.org/10.1007/s00404-024-07820-8>
- Melillo, A., Maiorano, P., Rachedi, S., Caggianese, G., Gagnano, E., Gallo, L., De Pietro, G., Guida, M., Giordano, A., & Chirico, A. (2022). Labor Analgesia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Non-Pharmacological Complementary and Alternative Approaches to Pain during First Stage of Labor. *Critical Reviews in Eukaryotic Gene Expression*, 32(2), 61-89. <https://doi.org/10.1615/CritRevEukaryotGeneExpr.2021039986>
- Myers, E. R., Sanders, G. D., Cocytau, R. R., McElligott, K. A., Moorman, P. G., Hicklin, K., Grotegut, C., Villers, M., Goode, A., Campbell, H., Befus, D., McBroom, A. J., Davis, J. K., Lallinger, K., Fortman, R., & Kosinski, A. (2020). *Labor Dystocia*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557137/>
- NICE. (2021, Kasım 4). *Recommendations | Inducing labour | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng207/chapter/Recommendations>
- NICE. (2022). *Intrapartum care for healthy women and babies*. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555206/>
- NICE. (2023, Eylül 29). *Recommendations | Intrapartum care | Guidance | NICE*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235/chapter/Recommendations>
- OECD. (2023). *Caesarean sections | OECD*. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/caesarean-sections.html?oecdcontrol-8027380c62var3=2022>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2023). *Planned hospital birth compared with planned home birth for pregnant women at low risk of complications—Olsen, O - 2023 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000352.pub3/full?highlightAbstract=give%7Cbirth%7Cgiving%7Chome>

- Patabendige, M., Chan, F., Vayssiere, C., Ehlinger, V., Van Gemund, N., le Cessie, S., Prager, M., Marions, L., Rozenberg, P., Chevret, S., Young, D. C., Le Roux, P. A., Gregson, S., Waterstone, M., Rolnik, D. L., Mol, B. W., & Li, W. (2024). Vaginal misoprostol versus vaginal dinoprostone for cervical ripening and induction of labour: An individual participant data meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 131(9), 1167-1180. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17794>
- Qiu, C., Carter, S. A., Lin, J. C., Shi, J. M., Chow, T., Desai, V. N., Nguyen, V. T., Spitzer, J., Feldman, R. K., & Xiang, A. H. (2023). Association of Labor Epidural Analgesia, Oxytocin Exposure, and Risk of Autism Spectrum Disorders in Children. *JAMA Network Open*, 6(7), e2324630. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.24630>
- Raana, H. N., & Fan, X.-N. (2020). The effect of acupressure on pain reduction during first stage of labour: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101126. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101126>
- Resmigazete.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm. (2024). <https://www.resmigazetc.gov.tr/eskiler/2024/12/20241203-2.htm>
- Reveziz, L., Gaitán, H. G., & Cuervo, L. G. (2013). Enemas during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(7), CD000330. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4>
- Rota, A., Antolini, L., Colciago, E., Nespoli, A., Borrelli, S. E., & Fumagalli, S. (2018). Timing of hospital admission in labour: Latent versus active phase, mode of birth and intrapartum interventions. A correlational study. *Women and Birth*, 31(4), 313-318. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.001>
- Saeed, G., Brown, H. K., Lunskey, Y., Welsh, K., Proulx, L., Havercamp, S., & Tarasoff, L. A. (2022). Barriers to and facilitators of effective communication in perinatal care: A qualitative study of the experiences of birthing people with sensory, intellectual, and/or developmental disabilities. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 364. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04691-2>
- Sağlık Bakanlığı. (2018). *Anne Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-vc-ureme-sagligi-db/Rehberler/ANNE_DOSTU_HASTANE_DEGERLENDIRMECI_REHBERI.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2023*. Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/50500/0/siy202307032025pdf.pdf>
- Sağlık Bakanlığı. (2025a). *Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://shgmargestddb.saglik.gov.tr/TR-109113/cbelere-yonelik-dogum-cylem-yonetimi-klinik-rehberi-yayimlandi.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2025b). *T.C. Sağlık Bakanlığı | E-Kütüphane -Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Klinik Rehberi*. <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/702>
- Shamoradifar, Z., Asghari-Jafarabadi, M., Nourizadch, R., Mehrabi, E., Arcshtanab, H. N., & Shaigan, H. (2022). The impact of effective communication-based care on the childbirth experience and satisfaction among primiparous women: An experimental study. *The Journal of the Egyptian Public Health Association*, 97(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s42506-022-00108-2>
- Silva-Fernandez, C. S., de la Calle, M., Arribas, S. M., Garrosa, E., & Ramiro-Cortijo, D. (2023).

- Factors Associated with Obstetric Violence Implicated in the Development of Postpartum Depression and Post-Traumatic Stress Disorder: A Systematic Review. *Nursing Reports (Pavia, Italy)*, 13(4), 1553-1576. <https://doi.org/10.3390/nursrep13040130>
- Singata, M., Tranmer, J., & Gyte, G. M. L. (2013). Restricting oral fluid and food intake during labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(8), CD003930. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>
- Tan, H. S., Tan, C. W., Sultana, R., Chen, H. Y., Chua, T., Rahman, N., Gandhi, M., Sia, A. T. H., & Sng, B. L. (2024). The association between epidural labour analgesia and postpartum depression: A randomised controlled trial. *Anaesthesia*, 79(4), 357-367. <https://doi.org/10.1111/anac.16178>
- TNSA. (2018). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. https://hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_tnsa_analiz_ve_rapor-56
- TÜİK. (2025). *Doğum İstatistikleri, 2024*. TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2024-54196&>
- Vaan, M. D. de, Eikelder, M. L. ten, Jozwiak, M., Palmer, K. R., Davies-Tuck, M., Bloemenkamp, K. W., Mol, B. W. J., & Bouvain, M. (2023). *Mechanical methods for induction of labour—De Vaan, MDT - 2023 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001233.pub4/full?highlightAbstract=amniotomy%7Camniotomi>
- Venugopal, V., Deenadayalan, B., Maheshkumar, K., Yogapriya, C., Akila, A., Pandiaraja, M., Poonguzhali, S., & 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), 162-169. <https://doi.org/10.18502/jfrh.v16i3.10575>
- Wei, S., Wo, B. L., Qi, H.-P., Xu, H., Luo, Z.-C., Roy, C., & Fraser, W. D. (2013). *Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care—Wei, S - 2013 | Cochrane Library*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006794.pub4/full?highlightAbstract=routin%7Croutine%7Camniotomy%7Camniotomi>
- WHO. (2017). *Normal childbirth Physiologic labour support and medical procedures*. WHO Data. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/fra-cc-31-01-guideline-2017-eng-normal-childbirth-physiologic-labour-support-and-medical-procedures.pdf>
- WHO. (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- WHO. (2021a). *Caesarean section rates continue to rise, amid growing inequalities in access*. <https://www.who.int/news/item/16-06-2021-caesarean-section-rates-continue-to-rise-amid-growing-inequalities-in-access>
- WHO. (2021b). *WHO labour care guide: User's manual*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>
- WHO. (2025). *Implementation guidance on transitioning to midwifery models of care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110199>
- Yeganeh, Z., Javadnoori, M., Abbaspoor, Z., Ebadi, A., & Montazeri, S. (2025). "Inspiring mothers' self-entrustment to midwives." midwives' and mothers' perceptions of effective communication in the maternity ward: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 962. <https://doi.org/10.1186/s12884-025-08092-z>

- Zhang, J., Landy, H. J., Ware Branch, D., Burkman, R., Haberman, S., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez, M. M., Bailit, J. L., Gonzalez-Quintero, V. H., Hibbard, J. U., Hoffman, M. K., Kominiarek, M., Learman, L. A., Van Veldhuisen, P., Troendle, J., Reddy, U. M., & Consortium on Safe Labor. (2010). Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 116(6), 1281-1287. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181fdef6e>
- Zuarez-Easton, S., Erez, O., Zafran, N., Carmeli, J., Garmi, G., & Salim, R. (2023). Pharmacologic and nonpharmacologic options for pain relief during labor: An expert review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5S), S1246-S1259. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.03.003>