

Doğum Eylemi Travay Sürecinde Hareket Serbestliği: Nasıl? Ne Sağlar? Kadın Doğum Hemşiresinin Rolü Nedir?

Freedom of Movement During Labor: How? What Does it Provide? What is the Role of Obstetrics and Gynecology Nurses?

Özen Esra KARAMAN,^a
Hatice YILDIZ^b

^aEbelik Bölümü,
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
^bHemşirelik Bölümü,
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD,
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
İstanbul

Received: 22.06.2017
Received in revised form: 13.09.2017
Accepted: 26.09.2017
Available online: 15.02.2018

Correspondence:
Hatice YILDIZ
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
herilymaz@marmara.edu.tr

ÖZET Yaşam mucizesi olarak adlandırılan doğumun, anne ve bebek açısından en iyi şekilde sonlanması için doğal fizyolojisi içerisinde gerçekleştirilmesi, bakımda buna olanak sağlanması ve desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerisi de bu yönde olup, gerekmedikçe müdahale yapılmaması belirtilmekte ve doğum eylemi sürecinde bir ve ikinci evrede hareket serbestliği önerilmektedir. Son yıllarda üzerinde durulan, kanıta dayalı çalışmalarla desteklenen ve DSÖ önerdiği hareket serbestliğindeki mantık, doğum eylemi sürecinde kadının istediği zaman istediği hareketi yapmasına izin verilmesi ve buna olanak sağlanmasıdır. Doğum mekanizmasının fizyolojik olarak kadına hangi aşamada hangi harekete gereksinim olduğunu içgüdüsel olarak hissettireceği ve kadının o bağlamda eylemde bulunacağı ifade edilmektedir. Doğum eyleminin birinci evresi olan dilatasyon sürecinde (travay), kadının serbest hareket etmesi sağlanarak istediği pozisyonu almasının etkili doğum kontraksiyonu sağladığı, doğum süresini kısalttığı, fetüsün inişini kolaylaştırarak doğumu hızlandırdığı, plasental kan akımını artırdığı, olumlu perineal sonuçlara neden olduğu, annenin konfor ve memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir. Bu nedenle, doğum eyleminde travay sürecinde kadının içindeki dürtülerini izleyerek en rahat, en doğru pozisyonu bulması için özgürce hareket etmesi gerektiği ve bunun için hareket serbestliğinin sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada, doğum eyleminde travay sürecindeki hareket serbestliğinin öneminin, doğum eylemine etkilerinin, anne ve bebek açısından yararlarının ve kadın doğum hemşiresine düşen rollerin literatür bağlamında irdelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum; travay; hareket serbestliği; etkileri; hemşirenin rolü

ABSTRACT Its stated that the birth-which is called as the miracle of life-is required to be carried out through natural physiology, enabled and supported during care so that this miraculous experience can be concluded ideally for both mother and infant. World Health Organization (WHO) suggestion is also in this way. Furthermore, WHO underlines the fact that it shouldn't be interfered unless needed and freedom of movement should be suggested in 1st and 2nd phase during labor. The reason in the freedom of movement that has been also suggested by WHO, discoursed lately and supported with the evidence-based studies means that a mother to be should be allowed to perform whenever she wants and this allowance should be provided. It is indicated that the birth mechanism will make the woman feel physiologically what action is needed at which process and thus the woman will do an act in that context. In the dilatation process, which is the 1st phase of labor, it is asserted that the woman is enabled to move freely so that she can have the position she demands-which provides an effective labor contraction. This also shortens the period of labor, expedites the labor by catalyzing the descent of the fetus, increases plasental blood stream, causes and lastly enables the mother-to-be both comfort and satisfaction. Thus, it is emphasized that in the labor process, the woman is required to move freely by following the drives inside of her in order to find out the most comfortable and appropriate position. For this, freedom of movement plays a very crucial role. The purpose of this article is to reveal the importance of the freedom of movement during labor, its effect on labor as well as benefits for both mother and infant, and lastly the roles for obstetrics and gynecology nurses in the context of literature.

Keywords: Birth; labor; freedom of movement; effects; role of nurse

Gebeliğin sonlanması olan doğum, mucizevi bir olay ve kadın için özel bir deneyimdir. Bu özel ve mucizevi deneyimin olumlu duygularla yaşanıp hatırlanması gerekirken, çoğunlukla kadın için yıpratıcı ve travmatik olabilmektedir.¹⁻⁴ İlk çağlardan bu yana kültürel normlardan ve içgüdüsel davranışlardan etkilenen doğumun normalleşmesi için tıbbi yardımın sadece gerektiğinde devreye girmesi oldukça önemlidir.⁵⁻⁷ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğum eyleminin kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak desteklenmesini, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde bulunulmaması gerektiğini önermektedir.⁸⁻¹² Buna karşın, doğum eylemi süreci günümüzde hâlâ riskli bir durum olarak kabul edilmekte ve kadının müdahalesiz olarak doğum yapamayacağı düşünülmektedir. Doğum hastanede, mümkünse yüksek teknoloji ve özellikle sağlık profesyoneli tarafından müdahale edilerek yapılabilecek bir eylem olarak görülmektedir. Bu bakış açısı doğumun riskli ve kontrol edilebilir medikal bir olay olarak algılanmasına yol açmakta ve doğumu kadınların yönetiminden çıkararak eylem süresince hareket kısıtlılığı, epizyotomi, indüksiyon, tek bir pozisyonda doğum vb. gibi müdahalelerin devreye girmesine neden olmaktadır.^{7,13,14}

Doğum eylemi sürecine ilişkin kadınların algıları, olayları yorumlamaları ve bunları anlamlandırmaları da birbirinden farklı olabilmektedir. Olumsuz geçen doğum eylemi süreci bazı kadınlar tarafından travmatik, bazıları tarafından da normal olarak tanımlanabilmektedir.¹⁵⁻¹⁷ Yapılan çalışmalarda, kadınların doğum eylemlerine ilişkin deneyimlerini genellikle “travmatik” olarak tanımladıkları bildirilmektedir.^{15,18,19} Bunun yanında panik, öfke, sinirlilik, agresiflik, irritabilite, çaresizlik gibi negatif ifadeleri kullandıkları, özellikle de ağrı ve acıdan daha fazla bahsettikleri ifade edilmektedir.^{15,20} Kadının doğum eylemine yönelik algısını olumsuz etkileyen en önemli durum ise “doğum ağrısı”dır. Yapılan çalışmalarda, kontrol altına alınamayan doğum ağrısının, doğumun negatif algılanmasına, doğumla ilgili olumsuz deneyimler yaşanmasına ve memnuniyetin azalmasına neden olduğu bildirilmektedir.^{21,22}

Kadınların doğum eylemine yönelik algısı, kadının kendinin ve bebeğinin sağlığını, aile ilişkilerini etkileyebilmektedir. Kadında olumsuz bir doğum deneyimi; doğum sonu depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, istenmeyen gebeliklerde küretaj, sonraki doğumlarda sezaryen isteği, cinsel disfonksiyon, anne-bebek bağlanmasında yetersizlik, emzirme sorunları ve bebek ihmali gibi durumlara neden olabilmektedir.^{21,23}

Doğum eyleminde dilatasyonun gerçekleştiği travay sürecinde kontraksiyonlara bağlı hissedilen ağrı normal ve beklenen bir durum olmakla birlikte, ağrı en şiddetli ağrı kaynağı olarak da bilinmekte ve tanımlanmaktadır.^{6,22,24-35} Doğum ağrısı, öznel bir deneyim olması nedeni ile kültürel, bilişsel, dinsel, ruhsal ve çevresel faktörlerden etkilenmektedir.^{6,36,37} Diğer yandan doğum eyleminde yaşanan korku, gerilim ve ağrı gibi psikomotivasyonel faktörler uterus aktivitesini azaltarak doğum sürecini uzatabilmektedir.³³

Doğum ağrısı her ne kadar uterusun kontraksiyonlarının sonucu olarak beklenen bir durum olsa da her annenin bu ağrıyı çekmesi gerektiği yönündeki inanış yanlıştır. Tam tersine, doğum eylemi sürecinde annenin doğum sancısıyla baş etmesinde destek sağlanması ve konforunun artırılması gerektiği bildirilmektedir.^{32,38,39} Amerikan Anesteziyoloji Derneği ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği de baş edilemeyen doğum ağrısının anne ve fetüsü sıkıntıya soktuğunu ve konforu bozduğundan tedavi etmek için bir endikasyon olduğunu kabul etmiştir.^{39,40} Doğumda algılanan, hissedilen ağrıyı azaltmak, doğum ağrısıyla baş etmeyi sağlamak ve konforu artırmak amacıyla farmakolojik yöntemler yanında birçok nonfarmakolojik yöntemler geliştirilmiştir. Gevşeme, masaj, ruhsal ve tensel uyarılma, solunum egzersizleri, ayakta durma, yürüme, oturma, yaslanma, çömelme vb. pozisyonlar nonfarmakolojik yöntemler arasında yer almaktadır. Ancak, hareket/pozisyonlar açısından üzerinde durulan, DSÖ'nün önerdiği ve kanıt dayalı çalışmalarla da desteklenen doğum eyleminin bir ve ikinci evresinde kadının istediği zaman istediği herhangi bir pozisyonu almasına fırsat verilmesi, bunun için hareket serbestliğinin sağlanmasıdır.^{2,22,34,41} Doğum eyleminde hareket serbestli-

ğinin; bu sürece ve doğum algısına olumlu etkileri olduğu, doğum süresini ve ağrı algısını azalttığı, anenin konforunu ve memnuniyetini artırdığı bildirilmektedir.^{10,12,42-49}

Doğumda hareket serbestliğinin uygulanabilmesi için; bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin yenilikleri takip etmesine, konuya ilişkin duyarlı olmasına ve bunu içselleştirerek klinik uygulamalara aktif olarak yansıtmasına ihtiyaç vardır. Bu konuda kadın doğum hemşirelerine önemli görevler düşmektedir. Bu çalışma, doğum eyleminde travay sürecinde hareket serbestliğinin önemi, doğum eylemine etkileri, anne-bebek açısından yararları ve kadın doğum hemşiresine düşen rolleri literatür bağlamında irdelemek ve konuya dikkat çekerek klinik uygulamalara aktif olarak yansıtılabilmesine katkı sağlamak amacıyla kaleme alınmıştır.

Doğum eyleminde hareket serbestliğine geçmeden önce geçmişten günümüze doğum eylemi deneyimleri ve uygarlıklar arası benzerlik ya da farklılıklara bir göz atmak yerinde olacaktır.

GEÇMİŞTEN GÜNÜMÜZE DOĞUM DENEYİMLERİ

Tarihsel bir süreç içerisinde doğum deneyimlerine bakıldığında, çeşitli zaman ve uygarlıklarda farklılık gösterdiği görülmektedir. İnsanlar asırlarca kendi oluşumunun devamlılığını sağlayan doğum olayını dikkatle izleyerek, deneme-yanılma yöntemi ile edinilen bilgilerini gelecek kuşaklara aktarmışlardır. Milattan önce 5.000 yıllarından kalma resimlerde; çömelmiş, ıkınan gebeleri ve ona destek olan kadın figürlerini, Mısır papirüslerinde kullanılan doğum sandalyeleri resimlerini, Romalılarda da doğumların doğum sandalyesinde gerçekleştirildiğini, 15-16. yüzyıllarda da doğum için iskemlede ya da sandalyede oturan kadına yardım eden kadınları gösteren resimleri görmek mümkündür. Antik Mısır kraliçesi Tiye (MÖ. 1398-1338), altından yapılmış koltuğa oturarak doğum yapınca doğum sandalyeleri moda olmuş, bu sandalyeler daha sonra kadının kontraksiyonlar sırasında hafifçe arkasına dayanmasını sağlayan arkası eğimli hâle gelerek modern şeklini almıştır.⁵⁰ Almanya'da

Roederer (1723), iskemlede doğum yöntemini kaldırıp yatakta doğum yaptırarak çığır açmış, Fransa'da 16. yüzyılda Ambroise Pare de yatakta farklı pozisyonlarda doğum ve epizyotomi gibi yöntemler ile modern obstetrik uygulamalarını başlatmıştır.⁵¹

Sandalye/yatakta doğum dışında eski Hint felsefesinde bedeni ruha köle etme tekniği olan yoga ve bunun yanında hipnoz tekniği, İlk Çağda Çin uygarlığında da akupunktur ve masaja dayalı tedavilerin doğumda kullanıldığı görülmektedir.^{2,51}

Bazı kaynaklarda ise 14. yüzyıla kadar doğumu kolaylaştırdığına inanılan doğum kuşakları, meme başının stimülasyonu, elle amniyon zarının açılıp doğumun başlatılması, gebeye süt içirilerek ya da kalsiyum iyonu aracılığıyla uterus kontraksiyonları artırma amaçlı yumurta kabuğu tozu yedirildiği bildirilmektedir.^{2,51}

Hareket ve pozisyon açısından da Antik Çağlarda, ilkel toplumlarda, Mezopotamya, Hitit, Yunan, Uzak Doğu uygarlıklarında, Arap dünyasında, Moğollarda, Amerika yerlilerinde, İtalya'da ve ülkemizde kadınların oturma, çömelme, ayakta durma, yaslanma gibi istediği hareketi doğum eylemi sürecinin ilerleyişine ve ağrı algısına göre içgüdüsel olarak uygulayabildiği görülmektedir.^{2,52-54}

Dünyada ve ülkemizde doğumların evde ya da tek başına sağlıksız koşullarda gerçekleştirildiği tarihlerde; profesyonel sağlık personelinin uygulayıcı konumda olmaması, aseptik koşulların kullanılmaması ve acil müdahalelerin yapılamaması perinatal, neonatal ve maternal mortaliteyi artırmıştır. Bu da doğumların hastanelerde ve daha sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesi gerekliliğini ortaya koymuştur. Doğumların hastane ortamında yapılabilmesi ve sağlık çalışanlarına çalışma kolaylığı sağlaması için de doğum masaları ortaya çıkmıştır.⁷ Günümüzde kullanılan doğum masaları, 19. yüzyılda kullanılmaya başlanmış ve bu masaların gelişimi sağlık profesyonellerine çalışma kolaylığı sağlaması nedeni ile de doğumda litotomi pozisyonu tercih edilmeye başlanmıştır.^{2,53}

Geçmişten günümüze ağrısız doğum, bütün toplumlarda en fazla ilgi duyulan konulardan biri olma özelliğini korumuştur. Günümüzde, bireyin

doğum eyleminde travay sırasında ağrı çekmeme hakkının olduğunun düşünülmesi tıpta yeni gelişmelere yol açmış ve doğum sürecindeki ağrı algısını azaltmak için sıcak-soğuk uygulamalar, masaj, çeşitli odaklanma yöntemleri (müzik dinleme, hayal kurma vb.), hareket etme ve pozisyon değiştirme gibi metotlar kullanılmaya başlanmıştır.^{28,29,53,55-59} Doğum eyleminde ağrıyı, ağrı algısını azaltma adına bu yöntemler önerilip, bazı kliniklerde uygulanabilir iken; genelde benimsenen ve yaygın olarak kullanılan ise doğumların tamamıyla tıbbi denetim altında, yürüme ve serbestçe hareket etmenin kısıtlandığı, sadece sağlık profesyonellerinin tercihi ya da önerisi doğrultusunda uygulanabilen pozisyonlardır. Bu yaklaşım; doğumun riskli ve kontrol edilmesi gereken medikal bir durum olarak görülmesi, mutlaka tıbbi yardım gerektiği ve müdahalesiz doğum yapılamayacağı düşüncesiyle doğumu kadınların yönetiminden çıkarıp, sağlık profesyoneli tarafından müdahale edilerek yapılabilecek bir eylem olarak algılanmasından kaynaklanmaktadır. Bu da doğumda aktif rol oynaması gereken kadını pasif hâle getirmekte, doğumu kadınların yönetiminden çıkararak hareket kısıtlılığı, tek bir pozisyonda doğum, epizyotomi, indüksiyon, isteğe bağlı sezaryen vb. gibi müdahalelerin devreye girmesine neden olmaktadır.^{7,60}

Doğum hayatın doğal bir parçasıdır ve daha sağlıklı, güvenli doğumlar için uygun sağlık kuruluşunda ve nitelikli sağlık profesyonellerinin kontrolü altında olması gerekmektedir. Ancak bu bakım; doğumun doğal seyrinde ilerlemesinin sağlandığı, kadının aktif olduğu, hareket serbestliğinin sağlandığı, desteklendiği, cesaretlendirildiği, yönlendirildiği, gereksinimleri doğrultusunda bakım verildiği, oluşabilecek riskleri önceden belirlemek ve beklenmedik durum olduğunda uygun müdahalenin yapılabilmesi için izlendiği, denetlendiği vb. uygulamaların yapıldığı bir bakım olmalıdır.

OLUMLU/OLUMSUZ YÖNLERİYLE TRAVAY VE DOĞUMDA UYGULANAN POZİSYONLAR

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.⁶¹

Doğum eyleminde dilatasyonun gerçekleştiği travay sürecinde ayakta dikilme, yürüme, dolaşma, çömelme, duvara vb. yaslanma, oturma gibi hareketlerin/pozisyonların birçok kadının rahatsızlık düzeyini azalttığı, yer çekiminden yararlanarak prezante olan kısmın pelvise inmesini sağladığı, kontraksiyonların etkinliğini artırdığı, ağrı algısını azalttığı, pelvik eklemlerin değişimi ile doğumu kolaylaştırdığı, fetüsün rotasyonunu kolaylaştırarak doğum eylemini hızlandırdığı bildirilmektedir.^{2,6} Travay sürecinde dik olarak ayakta durma, yürüme/dolaşmanın vena cava inferiora baskıyı ortadan kaldırarak hipotansiyonu engellediği, plasental dolaşımın daha iyi olduğu ve oksijenin fetüse daha rahat ulaştığı; sinirler üzerine olan baskı azaldığından uterus kasılmaları sırasında ağrının daha az hissedildiği, sırt ağrısını ve fetal kalp hızındaki yavaşlamaları azalttığı, bebeğin baş ve gövdesinin ağırlığının yer çekiminin etkisiyle serviks üzerine yaptığı bası sonucu serviksın daha hızlı açılmasını sağlayarak travay süresini kısalttığı ve pelvisteki eklemlerin serbestçe genişleyerek bebeğin inen başına uyum sağladığı bildirilmektedir.^{2,53,61-65} Travayda ayakta durma ya da oturur (vertikal) pozisyonların düz ya da yan yatış (horizontal) pozisyonlara göre daha az sırt ve karın ağrısı hissedilmesine neden olduğu yönünde de sonuçlar bulunmaktadır.^{37,66-69} Kanıta dayalı çalışma ve rehberlere göre önerilen dik pozisyonlar ile pozisyonlardaki değişikliğin yararlı ve avantajlı olduğu, servikal dilatasyonun 5 cm olmasına kadarki süreçte bel ve sırt ağrılarını da hafiflettiği bildirilmiştir.^{43,44,61,64-66} Ancak günümüzde özellikle travayda elektronik fetal monitörizasyonun uzun süreli ve gereksiz kullanımı, intravenöz infüzyonlar ve diğer analjezi yöntemleri, kadının devamlı dorsal (sırt üstü) yatış pozisyonunda olmasına neden olarak hareketini kısıtlamakta ve böylece hareket özgürlüğünü engellemektedir.^{7,43,44,62}

Doğum eyleminin ikinci evresi olan doğumun gerçekleştiği süreçte (ekspulsiyon), kliniklerde sıklıkla kullanılan litotomi pozisyonudur. Ancak, bu pozisyonda uterusun kasılma hareketini gerçekleşt-

tirmesinin yer çekimi direnci ile engellendiği, vena cava inferiora basınç sonucu annede hipotansiyona sebep olduğu ve uteroplasental akım engellendiği için fetüsün kalp atımlarını bozabildiği, pelvis eklemlerinin yeterince genişleyemediği ve bebek başına uyum sağlayamadığı bildirilmektedir.^{61,62} Litotomi pozisyonunun uterin kontraksiyonları ve plasental perfüzyonu olumsuz etkilediğine ilişkin fizyolojik kanıtlar bu pozisyonun kaçınılmasını önermektedir.^{47,48,54,63} Doğumda yan yatar pozisyonunun kullanılmasının ise perinenin korunmasına ve gözlenmesine yardımcı olduğu, çömelme pozisyonunun ise üç ve dördüncü derece yırtık oluşma olasılığını artırdığı bildirilmektedir.^{43,44} Doğumun gerçekleştiği süreçte kullanılan dik pozisyonların, daha fazla kan kaybına sebep olduğu, ancak bebeğin baş ve gövde ağırlığının yer çekiminin etkisiyle serviks üzerine yaptığı bası ile pelvisteki eklemlerin serbestçe genişleyerek bebeğin inen başına uyum sağlamasında daha etkili olduğu, daha az müdahaleli doğumun gerçekleşmesini sağladığı, daha az epizyotomiye neden olduğu ve daha etkili kontraksiyon sağladığı da bildirilmektedir.^{2,4,5,43,44,61,64,65} Doğum eyleminin yönetiminde; doğumun ikinci evresinde uygulanan dik doğum pozisyonlarının (oturur, yarı oturur, asılma ve çömelme gibi) A düzeyinde kanıt derecesine ve iyi kalitede kanıtla sahip olduğu da bildirilmektedir.⁶⁷ Yine kanıtla dayalı çalışmalarda; ikinci evrede oturma, semi-rekumbent, diz çökme, çömelme gibi dik pozisyonların kullanılmasının epidural anestezi kullanımını azalttığı, ağrının daha az hissedilmesini sağladığı, fetal monitörizasyonun daha iyi olduğu, nonoperatif vajinal doğumu sağladığı, vaginal basıyı azalttığı, fetal iyilik hâlini artırdığı, anterior-posterior genişlemeyi sağlayarak transvers pelvik çıkışı artırdığı ve anne-bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.^{45-48,64-68}

Yukarıda da belirtildiği gibi, doğum eyleminde travay ya da doğum sürecinde kullanılan her bir pozisyon kendi içinde yarar ve risk barındırmaktadır. Bu nedenle, doğum eylemi sürecinde travay veya doğumda tek bir pozisyonu önermek ya da uygulamak doğru değildir. Özellikle travay sürecinde mobilizasyonun olumsuz etkisini gösteren kanıt olmadığından, bu süreçte kadınların serbest

hareket etme ve istediği pozisyon değişikliğini yapması kısıtlanmamalıdır.^{1,8,43,44,54,63,70-76}

DOĞUM EYLEMİ TRAVAY SÜRECİNDE HAREKET SERBESTLİĞİ VE ÖNEMİ

Doğum eylemi travay sürecinde hareket serbestliği denince, kadının doğal sürece göre istediği zaman istediği herhangi bir pozisyonu özgürce alabilmesi ilk olarak akla gelmelidir. Kadının travayda aldığı pozisyonların oluşan dilatasyon, efasman ve ağrı derecesine göre içgüdüsel olarak değiştiği, bu nedenle kadının istediği zaman istediği hareketi/ pozisyonu uygulamasına olanak sağlanması gerektiği önerilmektedir.^{7,47,70,72} DSÖ tarafından doğumun kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi korunarak desteklenmesi ve gerekmedikçe de herhangi bir müdahalede bulunulmaması önerilmekte, özellikle doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde kadına hangi süreçte hangi pozisyonu alması gerektiği konusunda müdahale edilmeden, hareket serbestliğine imkân verilerek doğal sürece göre istediği zaman istediği herhangi bir pozisyonu özgürce alabilmesinin sağlanması gerektiği bildirilmektedir.^{7,10,42,43-44}

Müdahalesiz her doğumda kadının kendiliğinden ve doğum eyleminin sürecine göre yaptığı yürüme, dolaşma, çömelme, ayağa kalkma, duvara yaslanma, oturma, dizlerin üzerine çökme, yatma vb. hareketler olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle doğum eyleminde travay sürecinde kadının içindeki dürtülerini izleyerek en rahat, en doğru pozisyonu bulması için özgürce hareket etmesi gerektiği ve bunun için hareket serbestliğinin sağlanmasının önemli olduğu vurgulanmakta, sabit bir pozisyonda kalmaması önerilmektedir.⁷⁰ Hareketsizlik doğumu olumsuz etkilediğinden, travay süresinde her 30 dk'da bir pozisyon değişikliği yapılması ve kadının pozisyon değişikliği konusunda cesaretlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Pozisyon değişikliği ya da seçiminin ise annenin o andaki dürtüleri ve tercihi, güvenliği, rahatı, eylemin etkili ilerlemesi ve hemodinamik bilgisi üzerine temellenmesi gerektiği üzerinde durulmaktadır.^{62,71}

Son 10 yılda, doğum sürecinde annenin pozisyonları ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve bu

araştırmaların pek çoğunda annenin kendi belirlediği pozisyonları almasının önemli olduğu vurgulanmıştır. Doğum eylemi travay sürecinde kadının alacağı pozisyonların uterin kontraksiyonların süre ve şiddetini, doğum süresini kısalttığı, fetüsün inişini kolaylaştırarak doğumu hızlandırdığı, olumlu perineal sonuçlara neden olduğu, anatomik ve fizyolojik adaptasyonu, annenin konforunu ve memnuniyetini, plasental kan akımını ve pelvik moldingi (*Doğum seyrinde fetüs başının doğum kanalının şekil ve hacmine uyabilmek için kafa kemiklerinin aralarındaki esnek kıkırdak dokunun 0,5 cm kadar birbiri üstüne binışı*) artırdığı, vena cavaya basıncı ve maternal kan basıncını azalttığı bildirilmektedir.^{2,6,28,45,46,73-75}

Her birey kendine özgü özellikler taşıdığı gibi her doğum da özel ve kendine özgüdür. Doğum mekanizması, fizyolojik olarak hangi süreçte hangi harekete gereksinim olduğunu kadına hissettirmekte ve kadın o bağlamda eylemde bulunmaktadır. Hareket serbestliğindeki mantık da doğum eyleminin bir ve ikinci evresinde kadının istediği zaman istediği hareketi yapmasına izin verilmesi ve olanak sağlanmasıdır.^{7,43,44,70,76} Bu nedenle, doğumun doğal sürecinde kadının serbest bırakılması ve istediği pozisyonu almasının sağlanması, sağlık personelinin müdahalesi olmadan istediği zaman, istediği pozisyonları kullanma özgürlüğüne yardımcı olunması ve cesaretlendirilmesi önerilmektedir.^{42-44,61,75,77}

Doğum eylemi süresince kadının rahat edebildiği pozisyonu kendisinin seçerek uygulamasının, kadına doğum gücünün elinde olduğunu hissettirdiği ve doğum deneyimine fizyolojik olarak etki ettiği bildirilmektedir.^{43,44,76} Doğuma aktif katılan bir kadının bedeni ile ilişkisinin daha güçlü ve etkili olduğu, kadının kendi içgüdülerine göre travayda serbestçe uyguladığı hareket ve pozisyonların gücünü artırdığı ve doğurma enerjisini açığa çıkardığı ifade edilmektedir. Hareketleri kısıtlanarak yatağa bağımlı hâle getirilen, pasifize edilen kadının ise doğumda ihtiyacı olan fiziksel ve ruhsal enerjisini kullanmakta zorluk çekeceği belirtilmektedir.^{7,70} Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin doğum eyleminde travay ve doğum sürecinde hareket serbestliği ile doğumun ilerleyişine ve kadının kendisinin içgüdülerine göre, istediği zaman istediği pozisyonu

rahatça alması ve buna olanak sağlanması önemlidir.^{7,61,62,70}

Sonuç olarak; doğum eyleminde travayda kadının serbest hareket etmesi, aktif olması hem yer çekiminden yararlanmasına hem de pelvis girişini ve çıkışını genişleterek bebeğin doğum kanalına girişine ve ilerleyişine katkıda bulunmaktadır.^{7,78,79} Çalışmalarda kadınların doğum eylemi travay süresince hareket serbestliğinin doğum süresini kısalttığı, etkili doğum kontraksiyonu sağladığı, ağrı kesici ihtiyacını azalttığı ve aynı zamanda doğum konforunu da artırarak iyi bir doğum deneyimi yaşamalarını sağladığı belirtilmektedir.^{2,6,43-46,57,61,77,80,81} Diğer yandan, bakımda memnuniyeti artırdığı ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri olduğunu belirten çalışmalar da mevcuttur.^{82,83}

DOĞUM EYLEMİ SÜRECİNDE HAREKET SERBESTLİĞİNİN UYGULANMASINDA KADIN DOĞUM HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Doğum eylemi sürecinde, kadının bu süreci sağlıklı ve doyurucu bir deneyim olarak algılamasında ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi için gereksinimlerinin karşılanmasında yeterli ve nitelikli hemşirelik bakımına ve önemsendiğini hissetmeye ihtiyacı vardır. Bunun için doğum sürecinde hemşirelik bakımının amacı; gebe kadının ve ailesinin sağlığını korumak, geliştirmek ve yükseltmek olmalıdır.^{34,35}

İnsana önem verilen doğum merkezlerinde kontrol kadındadır. Birlikte uyum içinde çalışan hemşire, ebe ve doktorlar anneye odaklıdır ve karıya dayalı bakım hizmetlerini önemsemektedir. Kadınların doğum boyunca en rahat ettiği pozisyonu almasına ve hareket etmesine yardımcı olmakta ve cesaretlendirmektedir.^{2,8,42-45,49,72} Doğum eyleminde kadınlar, genellikle onlardan bekleneni yapmayı seçerler düşüncesi mevcuttur ve sağlık profesyonellerine göre doğum sancısındaki en yaygın kadın imajı da yataktadır. Oysa, tıbbi zorunluluğun olmadığı durumlarda, özellikle travayda gebenin hareket özgürlüğünü kısıtlamak etik bir davranış değildir.^{8,47,61}

Daha önce de vurguladığımız gibi DSÖ, doğumun kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi ko-

runarak desteklenmesini, travay ve doğum gerçekleşirken kadına hangi süreçte hangi pozisyonu alması gerektiği konusunda müdahale edilmeden istediği zaman istediği pozisyonu özgürce alabilmesinin sağlanmasını, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde ve müdahalede bulunulmamasını önermektedir.¹⁰⁻¹² Mobilitayı sağlamak, travay ve doğum sırasında serbest hareket ve pozisyon değişimi için kadını teşvik edeceğinden bu konuda desteklenmesi önemlidir.^{10-12,42-44} Doğuma yardımcı olan sağlık profesyonellerinin, kadınların kendi vücutları ile ilgili bilgeliğine güvenini sağlayarak, bunu fark etmesine yardımcı olacak ortamları hazırlaması ve bu bilgelikle her doğumun kendine özgü olduğu içinde değer görmesini sağlaması gerektiği bildirilmektedir.^{60,70,71}

Doğum eylemi süresince verilen profesyonel bakım ve desteğin, kadının doğum ağrısı ile baş etmesini geliştirebileceği ve olumsuz deneyim yaşamasını önleyebileceği belirtilmektedir.^{34,35} Doğum eyleminde travay süresince kadının bilgilendirilmesi, düzenli izlemlerinin sağlanması, gereksiz indüksiyonların azaltılması, indüksiyon uygulanıyor ise komplikasyonlarının gelişimi yönünden dikkatle izlenmesi, ağrıların, bilinmezliğin, yabancı ortamın, uygulanan işlemlerin ve beraberinde getirdiği korku, endişe, huzursuzluk, ağlama gibi davranışsal belirtilerin iyi bir iletişim kurularak azaltılması, gebenin ortama uyumunun sağlanması, solunum egzersizleri ve diğer ağrı ile baş etme yöntemlerinin öğretilmesi ve uygulanması vb. gerektiği vurgulanmaktadır.^{45,46,80,81} Doğum eylemi sürecinde sağlık profesyonelleri tarafından verilen bakımda, temelde ve yukarıda belirtilen girişimleri uygulamada doğumu kendi normal akışında ve doğal fizyolojisini koruyarak desteklemeli, doğum eyleminde özellikle travayda kadına hangi süreçte hangi pozisyonu alması gerektiği konusunda müdahale etmeden hareket serbestliğine imkân vermeli, bunun için cesaretlendirmeli, yardımcı olmalı ve fırsat, olanak, zaman tanımalı, gerekmedikçe de herhangi bir girişimde, müdahalede bulunmamalıdır.^{10-12,42-44,72,81}

Sağlık bakım profesyonelinin öncelikle kanıta dayalı olarak çalışması, doğumda hareket serbestliğinin önemini, felsefesini kavraması, bunu ilke edinmesi, çalıştığı alanda uygulamaya yansıtabil-

mesi ve bunun için girişimde bulunması gerekmektedir. Bütün bunları yapabilmesi ve kaliteli, profesyonel bakımı verebilmesi için doğum eyleminde annelere bakım verecek olan kadın doğum hemşiresi ve diğer sağlık profesyonellerinin temelde nitelikli olması, bu bakımı verebilecek donanım ve yeterliliğe sahip olması gerekmektedir.^{10-12,42-44,82,83}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonuçları; doğumun kadın için önemli bir deneyim olduğunu, bu deneyimdeki yaşamışlıkların doğum eylemi sürecini, kadını, doğacak bebeğini olumlu ya da olumsuz olarak etkileyebildiğini göstermektedir. Doğum eylemi sürecinin en iyi şekilde sonlanmasında, doğumun kendi normal akışında ve doğal fizyolojisi içerisinde gerekmedikçe müdahalenin yapılmaması, doğumun bir ve ikinci evresinde kadının kendiliğinden ve sürecine göre içgüdüsel olarak hissettiği hareketleri özgürce yapabilmesine olanak sağlandığı bir hizmet anlayışı içerisinde verilen profesyonel bakım önerilmektedir. Doğumda hareket serbestliğinin uygulanabilmesi için; bu alanda çalışan sağlık profesyonellerinin bir ekip anlayışı içerisinde çalışmasına, yenilikleri takip etmesine, konuya ilişkin duyarlı olmasına ve bunu içselleştirerek klinik uygulamalara aktif olarak yansıtmasına gereksinim duyulmaktadır. Ülkemizde doğum eyleminin ikinci evresinde, hareket serbestliğinin sağlanmasının mevcut şartlar açısından şimdilik sıkıntılı olduğu söylenebilmektedir. Ancak, dilatasyonun gerçekleştiği travay sürecinde hareket serbestliğinin tüm kliniklerde uygulanabilmesi, kurumsal/ülke bazında alınan kararlarla uygulamaya aktif olarak yansıtılabilmesi çok daha olası görünmektedir. Bu konuda kadın doğum hemşirelerine de önemli görevler düşmektedir.

Doğumda hareket serbestliği için;

- Kanıta dayalı çalışma ve rehberlerin önerileri dikkate alınmalı,
- Doğumda hareket serbestliği kadın doğum hemşireliği uygulamaları içinde yer almalı,
- Lisans ve lisansüstü eğitimlerde konu üzerinde durulmalı,

■ Doğum eylemi sürecinin doğal seyrinde devam etmesi desteklenmeli, normal fizyolojiden sapma durumları nitelikli izlemlerle erken belirlenmeli ve o durumlarda gerekli müdahalelerde bulunulmalı, gereksiz girişimlerden kaçınılmalı,

■ Nitelikli izlem ve bakım ile doğumda özellikle travay sürecinde kadının istediği zaman, istediği pozisyonu alması sağlanmalı ve kadının doğum eyleminde kendi gücünün önemi konusunda güveni artırıcı, cesaretlendirici ve kullanmasını sağlayıcı, destekleyici girişimlerde bulunmalıdır. Doğum eyleminin kadın tarafından doğru algılanması için de öncelikle doğum öncesi dönemde kadına eğitim verilmeli ve pozisyonların etkilerine dönük kanıta dayalı çalışmalar anlatılmalı,

■ Doğum eyleminde bakım veren sağlık profesyonelleri alanında yeterli, yetkin ve donanımlı olmalı ve doğum eyleminde travayda ve kliniğin olanaklarına göre de doğumda hareket serbestliğini bakımlarında uygulamalı, kliniklerinde doğumdaki rutin uygulamaları yeniden gözden geçirmeli ve gerekli düzenlemeye gitmeli,

■ Doğum eylemi aynı zamanda bir ekip işidir ve kadının inisiyatifinin artırılabilmesi için tüm doğum ekibine önemli iş düşmektedir. Bütün ekip doğum eyleminde hareket serbestliğini benimse-

meli, klinikte kurumsal anlamda uygulanması için olanak sağlanmalı,

■ En azından travayda hareket serbestliği tüm kliniklerde uygulanabilir olmalı, konuya ilişkin mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimleri ile alanda çalışan bütün sağlık çalışanları bilgilendirilmeli,

■ Doğumdaki bu yaklaşım ülke politikası olarak benimsenmeli ve konuya yönelik özellikle ülkemizde yapılan bilimsel, nitelikli ve kanıta dayalı çalışmalarla da literatür desteklenmelidir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Bu çalışma hazırlanırken tüm yazarlar eşit katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

1. Sayiner FD, Özerdoğan N. [Natural labor]. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009;2(3):143-8.
2. Ergin AB. [Labor and history of labor]. Kömürçü N, Ergin AB, editörler. Doğum Ağrısı ve Yönetimi. 1. Baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık; 2008. p.1-22.
3. Kuğu N, Akyüz G. [Psychical situation in pregnancy]. C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2001;23(1): 61-4.
4. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev 2012;16(5):CD002006.
5. Kömürçü N, Gençalp NS. [Helping birth today from past]. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;5(1):78-82.
6. Ergin-Berkiten A, Kömürçü N. [Pain management in labor: nonpharmacologic methods]. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2009;6(2):29-35.
7. Bülbül G. [How birth has become a medical event?]. Doğal Doğum. 1. Baskı. İstanbul: Hayy Kitap; 2016. p.41-59.
8. İravani M, Janghorbani M, Zarean E, Bahrami M. An overview of systematic reviews of normal labor and delivery management. Iran J Nurs Midwifery Res 2016;20(3): 293-303.
9. Sandin-Bojő AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. Birth 2008;35(4):321-8.
10. World Health Organization (WHO). Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: World Health Organization; 2003. p.109.
11. World Health Organization (WHO). Safe Motherhood. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva: World Health Organization; 1997. p.13-21.
12. World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research. Care in Normal Birth: A Practical Guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999. p.53.
13. Storton S. The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence basis of mother-friendly care. Step 4: Provide the birthing woman with freedom of movement to walk, move, and assume positions of her choice. J Perinat Educ 2007;16(Suppl 1):25S-7S.

14. Hollins CJ, Martin CR. A narrative review of maternal physical activity during labour and its effects upon length of first stage. *Complement Ther Clin Pract* 2013;19(1):44-9.
15. Gökçe-İsbir G, İnci F. [Traumatic childbirth and nursing approaches]. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2016;1(1):29-40.
16. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 2014;30(2):145-8.
17. Ayers S, Jessop D, Pike A, Parfitt Y, Ford E. The role of adult attachment style, birth intervention and support in posttraumatic stress after childbirth: a prospective study. *J Affect Disord* 2014;155:295-8.
18. Garthus-Niegel S, von Soest T, Knoph C, Simenosen TB, Torgersen L, Eberhard-Gran M. The influence of women's preferences and actual mode of delivery on post-traumatic stress symptoms following childbirth: a population-based, longitudinal study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:191.
19. Modarres M, Afrasiabi S, Rahnema P, Montazeri A. Prevalence and risk factors of childbirth-related post-traumatic stress symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012;12:88.
20. Ayers S. Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study. *Birth* 2007;34(3):253-63.
21. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 2004;31(1):17-27.
22. Taşçı E, Sevil Ü. [Nonpharmacological approach intended for labor pain]. *Genel Tıp Dergisi* 2007;17(3):181-6.
23. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs* 2004;46(2):212-9.
24. Mucuk S, Başer M. [Corporeal stimulation methods used for pain relief in labor]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;12(3):61-7.
25. Lowe NK. The nature of labor pain. *Am J Obstet Gynecol* 2006;186(5 Suppl Nature):S16-24.
26. Caton D, Corry MP, Frigoletto FD, Hopkins DP, Lieberman E, Mayberry L, et al. The nature and management of labor pain: executive summary. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):1-15.
27. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):S160-72.
28. Leeman L, Fontaine P, King V, Klein MC, Ratcliffe S. The nature and management of labor pain: part I. Nonpharmacologic pain relief. *Am Fam Physician* 2003;68(6):1109-12.
29. Zwelling E, Johnson K. How to implement complementary therapies for laboring women. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2006;31(6):364-70.
30. Lally JE, Murtagh MJ, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med* 2008;6:1-10.
31. Ertem G, Sevil Ü. [Birth pain and nursing approach]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(2):117-23.
32. Moralar DG, Türkmen ÜA, Altan A. [Obstetric analgesia]. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2011;27(1):5-11.
33. Chen CH, Wang SY, Chang MY. Women's perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: a study in Taiwan. *Birth* 2001;28(3):180-5.
34. Karaçam Z, Akyüz Ö. [Supportive care in labor and the role of midwife/nurse]. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2011;19(1):45-53.
35. Okumuş H, Mete S. [Labor]. *Doğuma Hazırlık*. 2. Baskı. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014. p.104-7.
36. Avcıbay B, Alan S. [Nonpharmacological methods for management of labor pain]. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;4(3):18-24.
37. Phumdoung S, Youngvanichsate S, Jongpaiboonpatana W, Leetanaporn R. The effects of the PSU cat position and music on length of time in the active phase of labor and labor pain, Thai. *J Nurs Res* 2007;11(2):96-104.
38. Mamuk R, Davas Nİ. [Nonpharmacological relaxation and touch indication methods used in birth pain control]. *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital* 2010;44(3):137-43.
39. ACOG Committee Opinion #295: pain relief during labor. *Obstet Gynecol* 2004;104(1):213.
40. Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Upright position during the first stage of labor: a randomised controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(5):553-8.
41. The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Intrapartum care; care of healthy women and their babies during childbirth. No: 55. London: RCOG Press; 2007. p.138-61.
42. The Royal Collage Midwives. Supporting women in labour. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour: Positions for Labour and Birth. London: RCM; 2012. p.3-5.
43. The Royal Collage Midwives-RCM. Survey of Positions Used in Labour and Birth. Final Report. London: RCM; 2010. p.3-13.
44. Shilling T, Romano AM, Difranco JT. Care Practice #2: freedom of movement throughout labor. *J Perinat Educ* 2007;16(3):21-4.
45. Shermer RH, Raines DA. Positioning during the second stage of labor: moving back to basics. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26(6):727-34.
46. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting, and supporting normal birth: a look at the evidence. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37(1):94-105.
47. Lothian JA. Safe, healthy birth: what every pregnant woman needs to know. *J Perinat Educ* 2009;18(3):48-54.
48. Baldisserotto ML, Filha MMT, Da Gama SGN. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" National Research Study, 2011/2012. *Reprod Health* 2016;13(3):124.
49. Fee E, Brown TM, Beatty RL. Early modern childbirth. *Am J Public Health* 2003;93(3):432.
50. Başer M. "Cumhuriyet Döneminden Günümüze Kadar Doğum ve Ebelik Tarihi", *Doğum ve Ebelik Tarihi*. Köker AH, ed. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Matbaası; 1997. p.27-34.
51. Kirchof H. [The best birth position]. *Organoma Tıp Dergisi* 1978;1.
52. Rathfisch G. [Day-to-day changing directions of birth]. *Doğal Doğum Felsefesi*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2012. p.4-17.
53. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(1):103-15.
54. Bloom SL, McIntire DD, Kelly MA, Beimer HL, Burpo RH, Garcia MA, et al. Lack of effect of walking on labor and delivery. *N Engl J Med* 1998;339(2):76-9.
55. Anderson FW, Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. *Int J Gynecol Obstet* 2005;91(2):116-24.
56. Simkin P, Bolding A. Update on nonpharmacologic approaches to relieve labor pain and prevent suffering. *J Midwifery Womens Health* 2004;49(6):489-504.
57. Tournaire M, Theau-Yonneau A. Complementary and alternative approaches to pain relief during labor. *Evid Based Complement Alternat Med* 2007;4(4):409-17.
58. Yıldırım G, Hotun Şahin N. [Nursing approach in controlling labor pain]. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;7(1):14-20.
59. Bayram GO. [An alternative birth method in accordance with the evidence based practice: home birth]. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009;2(3):99-104.
60. Serçekuş P, İşbir-Gökçe G. [Investigation of active birth method with evidence based practice]. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(1):97-102.
61. Simkin P, Ancheta R. *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia*. 3rd ed. New York, NY: Wiley-Blackwell; 2011. p.424.

62. Yıldırım-Rathfisch G, Güngör İ. [Evidence based practices in the management of first stage of labor]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2009;11(3):53-64.
63. Souza JP, Miquelutti MA, Cecatti JG, Makuch MY. Maternal position during the first stage of labor: a systematic review. *Reprod Health* 2006;3(10):1-9.
64. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;15(2):CD003934.
65. Molina FJ, Solá PA, López E, Pires C. Pain in the first stage of labor: relationship with the patient's position. *J Pain Symptom Manage* 1997;13(2):98-103.
66. Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199(5):445-54.
67. Lugina H, Mlay R, Smith H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth* 2004; 4(1):3.
68. Simkin P. Reducing pain and enhancing progress in labor: a guide to nonpharmacologic methods for maternity caregivers. *Birth* 1995;22(3):161-71.
69. Rathfisch G. *Gebelikten Anneliğe Yoga*. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2015. p.358.
70. "The Royal Collage Midwives-RCM. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour Supporting Women in Labour. London: RCM; 2012. p.2-5.
71. Ondeck M. Healthy birth practice #2: walk, move around, and change positions throughout labor. *J Perinat Educ* 2014;23(4):188-93.
72. Reid AJ, Harris NL. Alternative birth positions. *Can Fam Physician* 1988;34:1993-8.
73. Kadayıfçı O, Çetin-Coşar F. [Labor positions]. *Lamaze Felsefesi Doğuma Ruhsal ve Bedensel Hazırlık*. 1. Baskı. İstanbul: Cross Basım ve Yayıncılık; 2013. p.174-7.
74. Karaçam Z. [The effect of positions for delivery to mother and baby health]. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2001;5(2):56-61.
75. de Jonge A, Teunissen DA, van Diem MT, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Women's positions during the second stage of labour: views of primary care midwives. *J Adv Nurs* 2008;63(4):347-56.
76. Simkin P, O'hara M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: systematic reviews of five methods. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186(5 Suppl Nature):S131-59.
77. Hodnett ED, Stremmler R, Halpern SH, Weston J, Windrim R. Repeated hands-and-knees positioning during labour: randomized pilot study. *PeerJ* 2013;1:e25.
78. Priddis H, Dahlen H, Schmeid V. What are the facilitators, inhibitors, and implications of birth positioning? A review of the literature. *Women Birth* 2012;25(3):100-6.
79. Mamede FV, de Almeida AM, de Souza L, Mamede MV. Pain during the labor active phase: the effect of walking. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15(6):1157-62.
80. Schuiling KD, Sampsel CM. Comfort in labor and midwifery art. *Image J Nurs Sch* 1999; 31(1):77-81.
81. Schuiling KD, Sampsel C, Kolcaba K. Exploring the Presence of comfort within the Context of childbirth. In: Rosamund Bryar, Marlene Sinclair eds. *Theory for Midwifery Practice*. 2nd ed. New York: Palgrave Macmillan Publisher; 2011. p.197-214.
82. Dağlar G, Aydemir N. [Nonpharmacologic practices of midwife care to reduce pain in vaginal delivery]. *STED* 2011;20(1):1-6.
83. Amanak K, Balkaya-Akdolun N. [Knowledge and thoughts of midwifery students natural birth]. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2013;2(2):169-91.