



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ



EBELERE YÖNELİK DOĞUM EYLEM YÖNETİMİ KLİNİK REHBERİ

2025

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

EBELERE YÖNELİK DOĞUM EYLEM YÖNETİMİ KLİNİK REHBERİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası	ISBN	Yayın Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa Sayısı
1311	978-975-590-929-5	Mayıs - 2025	-	-	126

Telif Hakkı Sahibi: © Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2025

Bu rehberin yayın hakları T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Ücretsizdir, para ile satılamaz.

Tıbbi bilgiler sürekli değişime uğrayarak yenilenmektedir; o nedenle bu rehberdeki bilgiler literatür bilgisi ile güncellenmelidir. Herhangi bir yanlış uygulamadan kaçınabilmek amacı ile standart güvenlik önlemleri dikkate alınmalıdır. Her hasta için en iyi uygulamayı yapmak sorumlu hekimin görevidir.

Rehber içeriğinde kullanılan "Hekim" terimi "Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı"dır.

İLETİŞİM

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı

Adres: Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Şehit Mehmet Bayraktar Cad. No: 3, Kat: 5, PK: 06800 Çankaya/Ankara

Tel: 0312 471 15 37

Web: www.shgm.saglik.gov.tr, https://shgmargestddb.saglik.gov.tr, hta.gov.tr



ÖNSÖZ

Bakanlığımızın temel hedeflerinden biri, nitelikli ve etkili sağlık hizmetlerini hakkaniyet içinde sunmak olup sağlık hizmetlerinin erişilebilir, etkili, etkin ve kaliteli sunumunu sağlamak Bakanlığımızın 2019-2023 stratejik amaç ve hedefleri arasındadır. Bu kapsamda Genel Müdürlüğümüz çatısı altında hazırlanan klinik rehber ve protokoller, sağlık olgularının yönetiminde kanıta dayalı iyi klinik uygulamaları tanımlamayı, hasta bakım ve güvenlik standartlarını belirlemeyi, etkili ve sürdürülebilir stratejilerin seçiminde tüm sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi hedeflemektedir.

Bu amaçla, sağlık olgularının tanı, tedavi, rehabilitasyon ve izlem süreçleri ile koruyucu ve önleyici hizmetlerin yönetimine ilişkin, uluslararası kanıtların, yerel yapılara uyumu göz önünde bulundurularak hazırlanan rehber, protokol ve algoritmalar ile müdahale ve bakım süreçlerinin standart hale getirilmesi için çalışmalar yürütülmektedir.

Bu çalışmayla gebenin ilk değerlendirmesi ve doğum salonuna kabulünden, doğumun evrelerini içeren sonrasında lohusalığı da kapsayan ortak bir anlayış ve klinik bakış geliştirilmesine katkı sağlayacak bilimsel bilgiler ışığında “Türkiye’ye özgü” bir “Ebelere Yönelik Doğum Eylem Yönetimi Rehberi” oluşturulmuştur.

Doğum sürecinin yönetiminde ulusal düzeyde uygulanabilir standartları belirlemek için ebelere yönelik olarak hazırlanan bu Rehberin sağlık hizmetleri sunumunda klinik kalitenin iyileştirilmesi adına beklenen katkıyı sağlamasını ve faydalı olmasını diler, emeği geçen çalışma ekibi üyelerine teşekkür ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü



ÇALIŞMA EKİBİ

Çalışma Sahibi

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü,
Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı

Çalışma Yöneticileri

Adı, Soyadı	Ünvanı	Kurumu/Görevi
Hasan Basri VELİOĞLU	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Yusuf AKDOĞAN	Uzm. Dr.	Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı
Sultan OĞRAŞ	Daire Başkanı	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanı

Koordinatörler

Gülhaz ÇİĞ KILIÇ	Uzm. Dr.	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı
Olgun ŞENER	Kamu Yönetimi Uzmanı	

Editörler*

Fatma Deniz SAYINER	Prof. Dr.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
Yaprak ÜSTÜN	Prof. Dr.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Yazarlar*

Ayşe ONGUN ÖZCAN	Prof. Dr.	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği
Dilek ŞAHİN	Prof. Dr.	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği
Dilek YİĞİT VURAL	Uzman Ebe	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, TDL Kliniği
Fatma Deniz SAYINER	Prof. Dr.	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı
Gonca KARATAŞ BARAN	Dr. Hemşire	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü
H. Levent KESKİN	Prof. Dr.	Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
İlknur Münevver GÖNENÇ	Doç. Dr.	Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik ABD
İstemi Han ÇELİK	Prof. Dr.	Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
Nükhet KAÇAR	Dr. Ebe	Eskişehir Şehir Hastanesi, TDL Kliniği
Özlem MORALOĞLU TEKİN	Prof. Dr.	Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
Tuba UÇAR	Prof. Dr.	İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik ABD
Sema YILMAZ	Prof. Dr.	Konya Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik ABD
Yaprak ÜSTÜN	Prof. Dr.	Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları EAH, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği



ÇALIŞMA EKİBİ DEVAMI

Katkıda Bulunanlar

Anadolu Ebeler Derneği

Doğasında Doğum Derneği

Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği

Holistik Doğum ve Kadın Sağlığı Derneği

Kadın Sağlığı Dernekleri Federasyonu

Perinatoloji Ve Riskli Gebelikler Derneği

Serbest Ebeler Derneği

Türk Ebeler Derneği

Türk Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği

Türk Perinatoloji Derneği

Türkiye Maternal Fetal Tıp Ve Perinatoloji Derneği

Uluslararası Jinekoloji Ve Obstetrik Derneği

Grafik Tasarım/Mizanpaj

Selda CAN

Grafiker

Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme
Daire Başkanlığı

***İsimler esas alınarak alfabetik olarak sıralanmıştır.**



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
YAYIN KOMİSYONU

Ad Soyad	Birim	Ünvan	Görev
Prof. Dr. Emre KORKUT	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü	Genel Müdür Yardımcısı	Komisyon Başkanı
Doç Dr. Yusuf YAVUZ	Sağlık Hizmetleri Planlama Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Uzm. Dr. Dilek TARHAN	Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Dr. İbrahim KARAKUŞ	Tetkik ve Teşhis Hizmetleri Daire Başkanlığı	Daire Başkanı	Üye
Olgun ŞENER	Araştırma, Geliştirme ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı	Koordinatör	Üye



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ	iii
ÇALIŞMA EKİBİ	iv
YAYIN KOMİSYONU	vi
TABLolar	ix
ŞEKİLLER	x
RESİMLER	xi
ALGORİTMALAR	xi
KUTULAR	xii
KISALTMALAR	xiii
I. AMAÇ VE HEDEFLER	1
II. GİRİŞ	1
1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ	7
1.1. Sağlık Kuruluşunun Uygunluğunun Değerlendirilmesi	10
1.2. Doğumda Abdominal Muayene	10
1.2.1. Abdominal Palpasyon	10
1.3. Vajinal Muayene	13
1.4. Partografta Gözlemlerin Kayıt Edilmesi	17
1.4.1. Partograf	17
1.4.2. Partograf Kullanım Kılavuzu	17
1.5. Doğumda Destekleyici Bakım Yaklaşımları	21
2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ	36
2.1. Fetal İzlem	36
2.2. Fetal Kalp Atım Paternleri	39
2.2.1. Anormal Fetal Kalp Atış Patern Yönetimi	44
3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ	46
3.1. Doğumun Birinci Evresinde Obstetrik Aciller ve Müdahale	50
3.1.1. Aktif Fazın Yavaş İlerlemesinin Yönetimi	50
3.1.2. Aktif Fazın Hızlı İlerlemesi	54
3.1.3. Distosi Yönetimi	54
3.1.4. Makat Prezantasyon	57
3.1.5. Fetal Distres	59
3.1.6. Umbilikal Kord Prolapsusu	59
4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ	62
4.1. Doğumun İkinci Evresinin Yönetimi	62
4.2. Epizyotomi Yönetimi	66
4.2.1. Epizyotomi Çeşitleri	67
4.2.2. Epizyotomi Zamanlaması	68



4.2.3. Epizyotomi Uygulanması.....	68
4.2.4. Epizyotomi Onarımı.....	69
4.2.5. Epizyotomi Bakımı	71
4.3. Doğum Sırasında Ağrının Medikal Yönetimi	71
4.3.1. Doğumda Analjezik Kullanımı	71
4.3.2. Nalokson	75
4.4. Doğumun İkinci Evresinde Obstetrik Aciller ve Müdahale.....	75
5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ	82
5.1. Doğumun Üçüncü Evresinde Anormal Bulgular ve Müdahale	87
5.1.1. Uzamış Üçüncü Evre.....	87
6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ.....	92
6.1. Doğum Sonu Rutin Maternal Değerlendirme	92
6.2. Lohusalığın Yönetimi	93
6.3. Yenidoğan Bakımı.....	96
6.3.1. Emzirme.....	98
6.3.2. Kontrasepsiyon	98
6.3.3. Taburculuk Eğitimi	98
7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ	99
7.1. İkincil Postpartum Kanama	103
KAYNAKLAR	105
EKLER.....	113
<i>Ek 1. Doğum Bakım Rehberi</i>	<i>113</i>



TABLolar

Tablo 1. DSÖ'nün Pozitif Doğum Deneyimi için Önerdiği 12 Adım	2
Tablo 2. Saygısızlık ve Kötü Muamele Türü ve Davranış Örnekleri.....	6
Tablo 3. Gebenin Değerlendirilmesi	7
Tablo 4. Leopold Manevralarında Değerlendirilen Parametreler	12
Tablo 5. Başın Angajman Derecesi	12
Tablo 6. Vajinal Muayenede Değerlendirilecek Parametreler	14
Tablo 7. Doğumda Kullanılabilecek Bazı Nefes Teknikleri	23
Tablo 8. Sürekli EFM Yapılması Gereken Durumlar	37
Tablo 9. EFM'de FKH Yorumlanmasında Kullanılan Parametreler	39
Tablo 10. Variabilite Grupları	39
Tablo 11. FKH Patern Kategorileri	44
Tablo 12. Doğumda Fetal Kalp Hızı İzlemi	46
Tablo 13. Doğumun Birinci Gebenin Takibi.....	47
Tablo 14. Doğumun Birinci Evresinin Uzama veya Durması.....	49
Tablo 15. Eylemde Anormal İlerlemenin Sebepleri	49
Tablo 16. Amniyotomi İşlem Basamakları	51
Tablo 17. Oksitosin İnfüzyonu Kontrendikasyonları	52
Tablo 18. Modifiye Bishop Skoru.....	52
Tablo 19. Oksitosin Uygulama Protokolü	53
Tablo 20. Oksitosin Uygulama Basamakları	53
Tablo 21. Umbilikal Kord Prolapsusu Risk Faktörleri	60
Tablo 22. Doğum Eylemi Esnasında Ağrıyı Azaltmak için Kullanılan Farmakolojik Yöntemler.....	72
Tablo 23. Omuz Distosisi Risk Faktörleri	76
Tablo 24. Doğum Ağırlığına Göre Omuz Distosisi İnsidansı	76
Tablo 25. Omuz Distosisi Komplikasyonları	81
Tablo 26. Doğumun Üçüncü Evresinde Uterotoniklerin Kullanımı.....	84
Tablo 27. Doğum Sonrası Rutin Maternal Değerlendirmede Yapılacaklar.....	92
Tablo 28. Lohusalığın Yönetiminde Dikkat Edilecek Hususlar	93
Tablo 29. Doğum Sonu Bakım	94
Tablo 30. Yenidoğan Bakımı	96
Tablo 31. Tehlike İşaretleri Varlığında Akla Gelmesi Gereken Patolojiler.....	99
Tablo 32. Lohusalıkta Anormal Semptom-Bulgular ve Yönetimi	99
Tablo 33. Venöz Tromboemboli için Risk Faktörleri	102



ŞEKİLLER

Şekil 1. Gebe Kabul Basamakları.....	3
Şekil 2. DSÖ İntrapartum Bakım Modeli.....	5
Şekil 3. Leopold Manevraları	11
Şekil 4. Pelvis Üstünde Elle Muayene Edilebilen Baş Miktarını Belirlemenin Doğru Bir Yöntemi	13
Şekil 5. Servikal Dilatasyon Ölçümü.....	15
Şekil 6. Servikal Dilatasyonu Doğru Ölçme Metodu.....	15
Şekil 7. Fetal İstasyonun Vajinal Muayene ile Değerlendirilmesi	16
Şekil 8. Nefes Çeşitleri	21
Şekil 9. Nefes Egzersizleri.....	22
Şekil 10. Doğum Eylemi Sürecinde Ağrı	25
Şekil 11. Endorfin Masajı	25
Şekil 12. Sakral Bölgeye Masaj Uygulamaları	26
Şekil 13. Gebenin Kendi Kendine Yaptığı Masaj.....	26
Şekil 14. Perine Masajı.....	27
Şekil 15. Doğum Pozisyonları.....	34
Şekil 16. Doğumun Birinci Evresi.....	46
Şekil 17. Fetal Makrozomi Risk Faktörleri, Komplikasyonlar ve Tanılama.....	56
Şekil 18. İkinme Yönetimi ve Faydaları	66
Şekil 19. Epizyotomi Zamanlaması	68
Şekil 20. Doğumun Üçüncü Evresinin Yönetimi	82
Şekil 21. Perine Laserasyonuna Yaklaşım.....	86
Şekil 22. Doğum Sonrası Kanamalar	103
Şekil 23. İkincil Postpartum Kanama Etiyoloji ve Yönetimi	104



RESİMLER

Resim 1. Variabilite Grupları	40
Resim 2. Erken Deselerasyon	40
Resim 3. Variabl Deselerasyon.....	41
Resim 4. Geç Deselerasyon	42
Resim 5. Uzamış Deselerasyon	42
Resim 6. Sinusoidal Patern	43
Resim 7. Ritgen Manevrası.....	65
Resim 8. Epizyotomi ve Çeşitleri	67
Resim 9. Medio-Lateral Epizyotominin Onarılması.....	71
Resim 10. Pudental Blok.....	74
Resim 11. Suprapubik Bası ve McRoberts Manevrası	78
Resim 12. Woods'un Vida Manevrası	79
Resim 13. Rubin Manevrası	79
Resim 14. Arka Kol ve Omuzun Doğurtulması.....	80
Resim 15. Gaskin Manevrası	80
Resim 16. İkinci Derece Yırtık.....	87
Resim 17. Vajen Arka Duvarının Tamiri.....	87
Resim 18. Perineal Kasların Suture Edilmesi.....	87
Resim 19. Perineal Cildin Tamiri	87

ALGORİTMALAR

Algoritma 1. Gebelerin Değerlendirilmesi	9
Algoritma 2. İntrapartum Kategori Traselerin Yönetimi.....	45
Algoritma 3. Baş-Pelvis Uyumsuzluğunun Yönetimi	55
Algoritma 4. Fetal Makrozominin Yönetimi	56
Algoritma 5. Umbilikal Kord Prolapsusunun Yönetimi.....	61
Algoritma 6. Epizyotomi Uygulaması Algoritması.....	67
Algoritma 7. Doğumun Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi	83



KUTULAR

Kutu 1. Bilgilendirilmiş Onam Alınmasına İlişkin Öneriler.....	4
Kutu 2. Etkili İletişim Basamakları.....	4
Kutu 3. Saygılı Annelik Bakımına İlişkin Öneriler.....	6
Kutu 4. Moulding Derecesi.....	17
Kutu 5. Kabulde Kimlik Bilgilerinin ve Eylem Özelliklerinin Kayıt Bölümü.....	17
Kutu 6. Destekleyici ve Saygılı Annelik Bakımı Bulgularının Kayıt Bölümü.....	18
Kutu 7. Fetüs İzlemi Bulgularının Kayıt Bölümü.....	18
Kutu 8. Fetüs İzleminde Hekimin Bilgilendirileceği Durumlar.....	18
Kutu 9. Gebe İzlemi Bulgularının Kayıt Bölümü.....	19
Kutu 10. Gebe İzleminde Uyarı İşareti Olan Durumlar.....	19
Kutu 11. Eylemin İlerleme Bulgularının Kayıt Bölümü.....	19
Kutu 12. Servikal Dilatasyonun Birinci Evre için Uyarı Değerleri.....	20
Kutu 13. Medikal Tedavi Kayıt Bölümü.....	20
Kutu 14. Ortak Karar Verme Kayıt Bölümü.....	20
Kutu 15. Partografta Uyarı İşareti Bulunmayan Durumlarda Parametlerin Değerlendirme Sıklığı.....	21
Kutu 16. Manuel Tekniklerinin Faydaları.....	24
Kutu 17. Masaj Uygulaması Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar.....	26
Kutu 18. Perine Masajı Uygulanması Sakıncalı Olan Durumlar.....	27
Kutu 19. Doğumda Hidroterapinin Faydaları.....	29
Kutu 20. Tavsiye Edilmeyen Durumlar.....	30
Kutu 21. Doğum Eyleminde Uygulanacak Akupresör Noktalarına Yönelik Öneriler.....	33
Kutu 22. Dikey Pozisyonun Faydaları.....	35
Kutu 23. Aralıklı Oskültasyonda Dikkat Edilecek Hususlar.....	36
Kutu 24. EFM Yorumunda Riskli Durum Olduğunda Ebeler Tarafından Yapılacak İşlemler.....	43
Kutu 25. İntrauterin Resüsitasyon Yöntemleri.....	44
Kutu 26. Doğumun İkinci Evresinin Yönetimine İlişkin Genel Tavsiyeler.....	62
Kutu 27. Laserasyonları Azaltmaya Yönelik İntrapartum Önlemler.....	63
Kutu 28. Ekspulsiyon Evresine Yönelik Tavsiyeler.....	63
Kutu 29. Epizyotomi Yapılmasını Gerektiren Durumlar.....	66
Kutu 30. Epizyotomi Uygulama Basamakları.....	68
Kutu 31. Epizyotomi Onarımı.....	70
Kutu 32. Nalokson Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar-1.....	75
Kutu 33. Nalokson Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar-2.....	75
Kutu 34. Omuz Distosisi Yönetimindeki Temel Prensipler.....	77
Kutu 35. Omuz Distosisinde Asla Yapılmayacaklar.....	77
Kutu 36. Omuz Distosisinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar.....	81
Kutu 37. Yenidoğan Taburculuk Süreci Önerileri.....	97
Kutu 38. Postnatal Dönemde Tromboprofilaksi Önerileri.....	103



KISALTMALAR

ACOG	Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>)
aPTT	Aktif Parsiyel Tromboplastin Zamanı Testi
BPP	Biyofizik Profil
CMV	Sitomegalovirüs (<i>Cytomegalovirus</i>)
CST	Kontraksiyon Stres Test (<i>Contraction Stress Test</i>)
Damla/Dk	Damla/Dakika
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DVD	Derin Ven Trombozu
EFM	Elektronik Fetal Monitörizasyon
ES	Eritrosit Süspansiyonu
FKH	Fetal Kalp Hızı
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
IM	Kas İçi (<i>Intramuscular</i>)
INR	Uluslararası Normalleştirilmiş Oran (<i>International Normalized Ratio</i>)
IU	Uluslararası Ünite (<i>International Unit</i>)
IUGR	Intrauterin Gelişme Geriliği (<i>Intrauterine Growth Retardation</i>)
IV	İntravenöz
IV-HKA	İntravenöz-Hasta Kontrollü Analjezi
LOA	Sol Oksiput-Ön (<i>Left Occipito-Anterior</i>)
mg	Miligram
NICHD	Ulusal Çocuk Sağlığı ve İnsan Gelişimi Enstitüsü (<i>The National Institute Of Child Health and Human Development</i>)
NST	Non-Stres Test
SAT	Son Adet Tarihi
SF	Serum Fizyolojik
SMFM	Maternal Fetal Tıp Derneği (<i>Society For Maternal-Fetal Medicine</i>)
TDP	Taze Donmuş Plazma
TXA	Traneksamik Asit
U/L	Ünite/Litre
WHO	World Health Organization (<i>Dünya Sağlık Örgütü</i>)



I. AMAÇ VE HEDEFLER

Amaç

Doğum eyleminde gebenin sağlık durumu ve doğum göstergelerini değerlendirmek, doğumun tüm evrelerinin yönetimi için ebelere yönelik standartları oluşturmak, sürecin kalitesini iyileştirmek ve temel doğum uygulamalarını standardize etmek amaçlanmıştır. Bu rehber, güncel yaklaşımları, en iyi uygulamaları ve etik kuralları içeren kapsamlı bir kaynak olup doğum eyleminde karşılaşılabilecek durumlara yönelik kanıta dayalı standart çözümler ve öneriler sunmaktadır.

Hedefler

- ▶ Standart abdominal ve vajinal muayene süreci oluşturmak,
- ▶ Doğum eyleminin ilerleme bulgularını değerlendirebilmek,
- ▶ Doğum eylemindeki herhangi bir sapmayı tespit etmek için düzenli değerlendirmeler yapabilmek,
- ▶ Destekleyici bakım yaklaşımları konusunda bilgi ve becerileri artırarak destekleyici bakım verebilmek,
- ▶ Gebelerin ve bebeklerinin iyilik durumunu izleyebilmek.

II. GİRİŞ

Doğum, yaşamın en kıymetli anlarından biri olup bu özel süreçte ebeler önemli bir rol üstlenmektedir. Ebeler, gebeliğin ilk günlerinden itibaren, kadının yanında yer almakta, anneler ve bebekleri için en iyi hizmeti sağlamakta ve bu sürecin yönetiminde rehberlik yapmaktadır. Her doğum, kendine özgü olup bu rehberde gebelerin doğumhaneye kabulünde taburcu oluncaya dek ebelerin sorumlulukları, rolleri ve yaklaşımları açıklanmaktadır.

Gebenin Kabulü

Doğumun sadece güvenli olmasını değil aynı zamanda gebe kadınlar için olumlu bir deneyim olmasını sağlamak kritik öneme sahiptir. Sosyoekonomik ve kültürel durumdan bağımsız olarak tüm gebe kadınlara ve bebeklerine gereken temel doğum hizmetini sağlamak ve standardize etmek ebelerin üstlenmesi gereken önemli bir sorumluluktur (Şekil 1). Dünya Sağlık Örgütü'nün pozitif doğum deneyimi için önerdiği 12 adım Tablo 1'de yer almaktadır (WHO, 2018; Wright, 2021).



Tablo 1. DSÖ'nün Pozitif Doğum Deneyimi için Önerdiği 12 Adım

Adımlar	Açıklama
Adım 1	Her kadına ve yenidoğana şefkat, saygı ve onurla davranın.
Adım 2	Her kadının ayrımcı olmayan ve ücretsiz ya da en azından bütçeye uygun hizmet alma hakkına tüm doğum süreci boyunca saygı gösterin.
Adım 3	Anne-bebek-aile doğum hizmet modelini rutin olarak ebelik faaliyetini ve felsefesini de dâhil edecek şekilde uygulayın.
Adım 4	Travay ve doğum süreci boyunca annenin sürekli destek alma hakkını tanıyın.
Adım 5	Travay ve doğum süreci boyunca güvenli ilk seçenek olarak ilaç dışı rahatlama ve ağrı giderme tedbirlerini sunun.
Adım 6	Anne-bebek ve ailesine, faydalı olan ve kanıta dayalı uygulamalar uygulayın.
Adım 7	Rutin ve sık kullanımda faydasının riskinden ağır basıp basmadığı konusunda yeterli kanıt bulunmayan olası zararlı işlem ve uygulamalardan kaçının.
Adım 8	Anne-bebek-aile için sağlığı güçlendiren ve hastalığı önleyen tedbirler alın.
Adım 9	Gerektiğinde uygun olan gebelik, yenidoğan ve acil durum tedavilerini uygulayın.
Adım 10	Gerektiğinde kadınlara ve yenidoğanlara kaliteli işbirliğine dayalı ve kişiye özel hizmet sunan ebelerin hazırda tutulmasını sağlayın.
Adım 11	İşbirliğine dayalı kesintisiz hizmet süreci sağlayın. Gerektiğinde devreye girecek ekip üyelerini belirleyin.
Adım 12	Bebek dostu hastane girişiminin 10 adımının gerçekleşmesini sağlayın.



Şekil 1. Gebe Kabul Basamakları



Bilgilendirilmiş Onam Alınması

En sık kullanılan karar verme modeli "Bilgilendirilmiş Onamdır". Her uygulamaya özel bilgilendirilmiş onam alınmalıdır. Burada kadına verilecek olan bakım yönteminin ayrıntıları anlatılmalıdır. Kadının bilinçli olarak seçim yapabilmesi için, bakım alternatiflerinin avantaj ve dezavantajlarının sunulması gerekir (Kutu 1).

Kutu 1. Bilgilendirilmiş Onam Alınmasına İlişkin Öneriler

- ▶ Onam alınırken, kişisel görüş ve yargılardan kaçınılarak objektif tavsiyeler verilir,
- ▶ Gebelere doğumla ilgili bilinçli seçimler yapmalarını sağlayacak kanıta dayalı bilgi ve destek sağlanır,
- ▶ Gebelerin görüş ve endişeleri hakkında gebe ile fikir alışverişi yapılır,
- ▶ İletişim ve bilgilendirme gebelerin anlayabileceği bir biçimde sağlanır ve Türkçe bilmeyen, engelli veya öğrenme güçlüğü olan gebelerin ihtiyaçları dikkate alınır,
- ▶ Gebeye, eşine ve ailesine tüm işlemler hakkında açık ve anlaşılır bir şekilde bilgi verilir,
- ▶ Yapılan bilgilendirmelerde gebe ve yakınının bilgileri anladığı teyit edilir.

İletişim

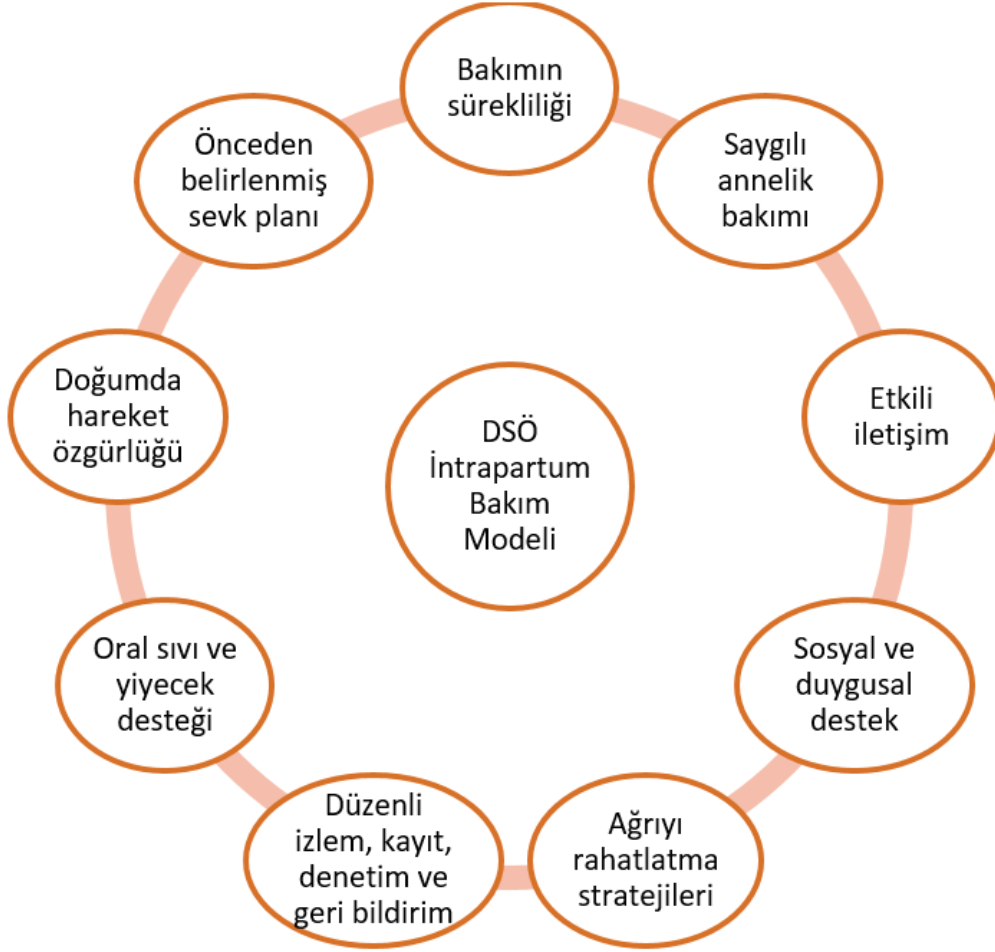
Etkili iletişim basamakları Kutu 2'de yer almaktadır.

Kutu 2. Etkili İletişim Basamakları

1. Tüm süreçlerde açık, empatik ve destekleyici bir yaklaşım sergilenir,
2. Sözlü ve sözsüz iletişim tekniklerinin doğru ve yerinde kullanılması gerekir,
3. Duygu ve düşüncelerin rahatça ifade edilebileceği bir ortam sağlanır,
4. Aktif dinleme teknikleri kullanılır; endişeler, beklentiler ve tercihler dikkatle dinlenip ve anlaşılmalı,
5. Gebenin ihtiyaçları zamanında değerlendirilir ve destek gereksinimleri doğum ekibinin diğer üyelerine iletilir,
6. Gebenin kültürüne ve inançlarına saygı duyulur,
7. Personel tanımlama sistemleri (kimlik kartları, kapıda bakım verenin isminin yazılması vb.) uygulanır,
8. Ebeler ve doğum ekibindeki diğer sağlık profesyonelleri her zaman ulaşılabilir olmalı.
9. Gebe ve refakatçilerinin geri bildirim vermeleri teşvik edilir ve değerlendirilir.

Doğumda Destekleyici Yaklaşımlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından önerilen intrapartum bakım modeli yaklaşımı, kanıta dayalı bakıma eşit erişimi teşvik eder ve kadınların doğum sürecinde ayrımcılığa uğramadan kaliteli bakım almalarını sağlar (Şekil 2). Bu bakım, bilgi alma, bilgilendirilmiş onam, zarar vermeme, etkili iletişim, sürekli ebe desteği, sosyal desteğe erişim, eşit ve hakkaniyetli bakım alma gibi kavramları içerir.



Şekil 2. DSÖ İntrapartum Bakım Modeli

Saygılı Annelik Bakımı

Saygılı annelik bakımı, sadece kadınların değil, aynı zamanda yenidoğanların ve ailelerin de temel haklarını gözetir ve bu hakların korunmasını ön planda tutar. DSÖ, bu yaklaşımın kadınların doğum deneyimlerini iyileştirebileceğini, memnuniyetlerini artırabileceğini ve sağlık hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltabileceğini vurgulamaktadır. Saygılı annelik bakımına ilişkin öneriler Kutu 3'te, saygısızlık ve kötü muamele türü ve davranış örnekleri Tablo 2'de verilmektedir.



Kutu 3. Saygılı Annelik Bakımına İlişkin Öneriler

- ▶ Etkili ve güvenli iletişim sağlanır,
- ▶ Gebenin sosyal ve duygusal ihtiyaçlarına yönelik destek sağlanır,
- ▶ Zarar ve kötü muameleden uzak durulur,
- ▶ Merhamet, sevgi ve şefkatle yaklaşılır,
- ▶ Mahremiyet ve gizlilik korunur,
- ▶ Bilgilendirilmiş onam alınır,
- ▶ Gebenin itibarı korunur,
- ▶ Sürekli erişim sağlanır,
- ▶ Fiziksel çevre ve kaynakların kalitesi artırılır,
- ▶ Fiziksel ihtiyaçları karşılanır (su, yemek, barınmak, ısınmak gibi),
- ▶ Gebelerin eşit ve hakkaniyetli bakım almaları sağlanır,
- ▶ Gebenin doğum yapma yeteneğini güçlendiren seçimlerine saygı duyulur,
- ▶ Bakımın sürekliliği sağlanır.

Tablo 2. Saygısızlık ve Kötü Muamele Türü ve Davranış Örnekleri

Saygısızlık ve Kötü Muamele Türü	Davranış Örnekleri
Fiziksel şiddet	Anestezi olmadan epizyotomi uygulama, vb.
Cinsel şiddet	İzinsiz ve gereksiz dokunma, taciz, cinsel içerikli yorumlar veya şakalar yapma, vb.
Sözel şiddet ve onuru zedeleyici bakım	Alay etme, hakaret etme, bağırma, azarlama, yargılayıcı dil kullanma, vb.
Rızası olmadan müdahalede bulunma	Yapılan uygulamalarda gebe ile iletişime geçmeme, aydınlatılmış onam almama veya zorla işlem uygulama, rıza almadan vajinal muayene yapma, epizyotomi açma, kan transfüzyonu yapma, indüksiyon başlama vb.
Gizlilik ve mahremiyetin korunmaması	Bireyin özel bilgilerini başkaları ile paylaşma, ses gizliliğinin ihlali, muayene sırasında veya doğumda kişiye özel alan ya da perde kullanmama vb.
Damgalama ve ayrımcılık	İrk, etnik köken, yaş, dil, İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) durumu, ekonomik durum, eğitim düzeyi vb. özelliklere göre bireyi damgalama ve ayrımcılık yapma
Profesyonel bakım standartlarını karşılayamama, bakımı bırakma veya reddetme	Travay ve doğum sırasında kadını yalnız bırakma, kadını takip etmeme, gerektiğinde müdahale etmeme ya da kadını bu hususlarla tehdit etme, vb.
Etkisiz iletişim ve destekleyici bakım eksikliği	Yetersiz bilgi verme, empati eksikliği, etkin dinlememe, bireyin ihtiyaçlarını göz ardı etme, sürekli bakım desteği vermeme vb.
Özerkliğe saygı duymama	Kişisel tercihleri göz ardı etme, bilgi vermeme, onam almama, karar verme hakkını sınırlama, yaşam tarzı tercihlerini ve kültürel değerlerini göz ardı etme, vb.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

İlk muayenesi ve değerlendirmesi yapılarak doğum kararı verilen gebenin anamnezi ve obstetrik öyküsü alınır (NICE, 2023a) (Tablo 3, Algoritma 1).

Tablo 3. Gebenin Değerlendirilmesi

İşlem	Yapılacaklar/Açıklamalar
Kişisel Bilgiler	Tanımlayıcı kimlik bilgileri, iletişim ve adres bilgileri, akraba evliliği durumu, eğitim durumu, kan grubu, eşin iletişim bilgileri ve kan grubu, yaşadığı yerin koşulları ve sağlık kuruluşuna uzaklığı bilgileri sorgulanır (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a).
Soy Geçmişi	Kalıtsal hastalıkların varlığı sorgulanır (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; WHO, 2017).
Alışkanlıklar	Sigara, tütün, alkol ve madde bağımlılığı ile günlük hayatta uyguladığı alışkanlıklar sorgulanır (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; WHO, 2017a).
Beslenme ve Hidrasyon Durumu	Beslenme ve hidrasyon durumu değerlendirilerek, durumuna uygun diyeti planlanır.
Tıbbi Öykü	► Kronik sistemik hastalıkları (kalp hastalığı, hipertansiyon, astım, hipertiroidizm, hipotiroidizm, diabetes mellitus, karaciğer hastalığı, sistemik lupus eritematosus, skleroderma, renal hastalık, epilepsi, myastenia gravis, pelvis kırıkları, Crohn's hastalığı ve diğerleri), ► Kanama ile ilgili hastalıklar (hemoglobinopati, orak hücreli anemi, major talasemi, tromboembolik hastalık, Von Willebrand hastalığı, immün trombositopenik purpura, kanama bozukluğu, kan transfüzyonu hikayesi, kan transfüzyonu sırasında yan etki öyküsü ve diğerleri), ► Enfeksiyon hastalıkları (hepatit B veya C, HIV, aktif rubella, genital herpes ve suçiçeği, tüberküloz ve diğerleri), ► Alerji varlığı, ► Psikiyatrik bozukluklar, ► Kullandığı ilaçlar ve takviye ürünler, ► İmmünizasyon durumu (Rubella, Tetanoz, Hepatit B ve diğerleri) ve diğer durumlar sorgulanır (HSGM, 2018; NICE, 2021; NICE, 2023a; NICE, 2023b; RCOG, 2023; WHO, 2018).
Ameliyat Öyküsü	Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar (myomektomi, kistektomi, salpenjektomi ve diğerleri) ve geçirilmiş diğer operasyonlar (apendektomi, kolesistektomi ve diğerleri) açısından değerlendirilir (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; NICE, 2023b; RCOG, 2023).



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Tablo 3. devamı

Geçmiş Obstetrik Öykü	Gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük sayısı, yaşayan çocuk sayısı, infertilite öyküsü, yardımcı üreme tekniği kullanma öyküsü, aile planlaması yöntemi, son gebeliğin sonlanma tarihi ve şekli sorgulanır.
Mevcut Obstetrik Öykü	► Son adet tarihinin (SAT) ilk günü ile gebelik haftası belirlenir. ► SAT bilinmiyor veya şüpheli ise gebelik haftasının belirlenmesinde mevcut ultrason raporları kullanılır. ► Gebelik öncesi ve gebelikte ilaç kullanımı sorgulanır, ► Bulaşıcı hastalıkların yaygın olduğu ülkelere seyahat öyküsü sorgulanır, ► Gebelik boyunca yakınmaları (bulantı, kusma, hiperemesis gravidarum, idrar yolu enfeksiyonu, nefes darlığı, mide yanmaları ve diğer durumlar) sorgulanır, ► Gebelikte tehlike işaretleri (vajinal kanama, yüksek ateş, karın ağrısı ve diğer durumlar) değerlendirilir, ► Çoğul doğum, plasenta previa, gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, erken doğum eylemi, preterm erken membran rüptürü, plasental abrupsiyon, anemi, intrauterin ölüm, gestasyonel diabetes mellitus, malprezentasyon, antepartum hemoraji, anormal fetal kalp hızı, oligohidroamnios, polihidroamnios, fetal gelişme geriliği, makrosomi, doğumun indüklenmesi ihtiyacı, grand multiparite, 40 yaş ve üzeri gebelik, fibroid varlığı değerlendirilir (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; NICE, 2023b; RANZCOG, 2022; RCOG, 2023; WHO, 2017a; WHO, 2018).
Fiziki Muayene	► Gebenin vücut kitle indeksi hesaplanır. ► Kan basıncı ölçülür ve değerlendirilir. ► Nabızı sayılır ve değerlendirilir. ► Solunumu sayılır ve değerlendirilir. ► Pretibial ödem ve varis varlığı değerlendirilir. ► Gebelik haftası ile uterusunun büyüklüğünün uyumu değerlendirilir. ► Fetal kalp atımı değerlendirilir. ► Venöz tromboemboli risk faktörleri değerlendirilir (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; NICE, 2023b, RCOG, 2023).
Laboratuvar Testleri	► Gebe kan grubunu bilmiyorsa kan grubunun belirlenmesi ve hemogram, INR, biyokimya ve Elisa testleri için kan örnekleri alınır. ► İdrar tahlili için idrar örneği alınır (HSGM, 2018; NICE, 2021a; NICE, 2023a; NICE, 2023b, RCOG, 2023). ► Yapılan kan ve idrar tetkiklerinin sonuçları izlenir.
Abdominal Muayene	► Abdominal muayene ve Leopold manevraları hakkında bilgi verilir ve muayenesi yapılır (Uterus şekli ve konturu, fundal yükseklik, fetüsün boyutu, situs, prezentasyon, habitus, başın iniş ve angajmanı değerlendirilir) (ACOG, 2024; HSGM, 2018; NICE, 2023b; RANZCOG, 2022; WHO, 2018b).

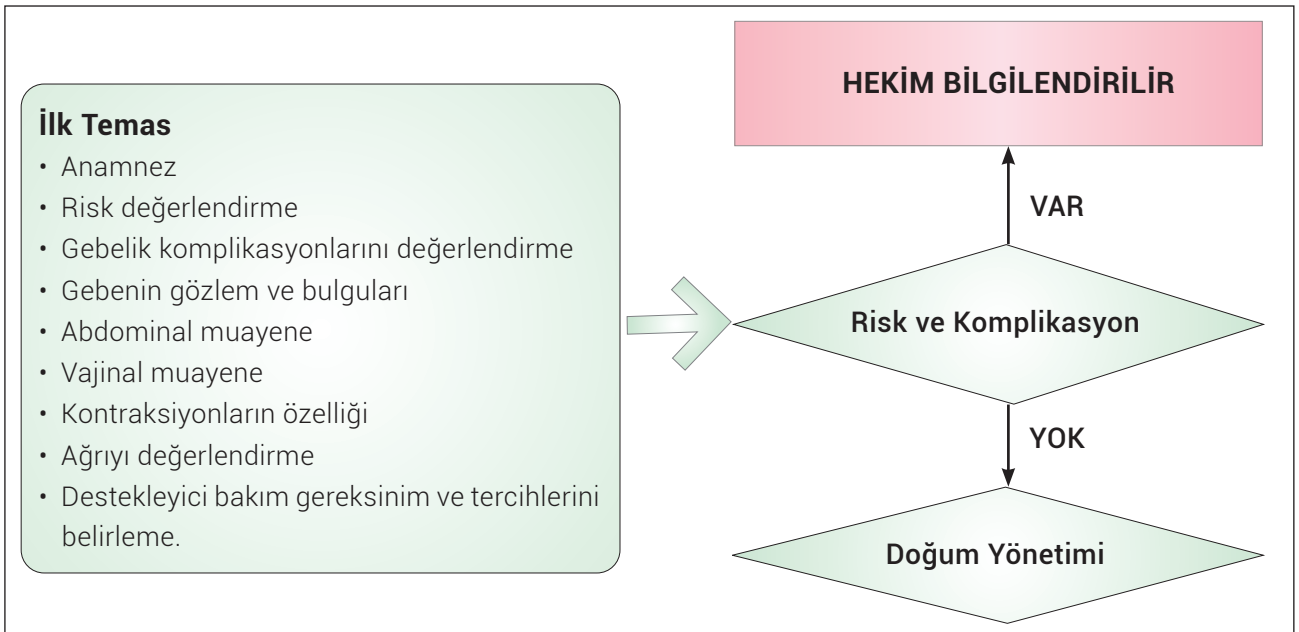


1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Tablo 3. devamı

Vajinal Muayene	► Vajinal muayene hakkında bilgi verilir ve muayenesi yapılır (Vulva, vagina, serviks, amniyon membranların durumu ve amniyotik mayi, prezentasyon ve pelvisin özellikleri değerlendirilir) (ACOG, 2024; HSGM, 2018; NICE, 2023b; RANZCOG, 2022; WHO, 2018b).
Fetal İyilik Halinin Değerlendirilmesi	► Fetal kalp seslerinin varlığı ve fetal kalp hızı (FKH) değerlendirilir (Fetal kalbin aralıklı oskültasyonu ve mekonyum için amniyotik mayinin gözlenmesi fetüsün iyilik halini göstermek için gereklidir.), ► Kontraksiyon özellikleri (sayı ve süre) değerlendirilir, ► Fetal monitörizasyon hakkında bilgi verilir ve fetal iyiliğin değerlendirilmesi için uygun süre ve sıklıkta monitörizasyon yapılır.
Doğum uyumunun Değerlendirilmesi	► Gebenin doğum algısı, doğuma hazırlık eğitimi alıp almadığı ve doğum korkusu değerlendirilir. ► Doğum süreci hakkında bilgi, görüş ve beklentisi değerlendirilir. Doğum süreci ve olası müdahale ve uygulamalar konusunda bilgi verirken, imkân varsa düşünmesi için zaman tanınır, soru sorması için cesaretlendirilir ve bilinçli kararları desteklenir (NICE, 2023b; RANZCOG, 2022; WHO, 2018b).
Destekleyici Bakım Gereksinimlerini Belirleme	► Sosyal ve duygusal destek ihtiyacı, refakatçi gereksinimi, ağrı durumu sorgulanır. Destekleyici bakım gereksinimlerine uygulama seçeneklerinden uygun olanlar gebenin tercihleri doğrultusunda uygulanır.
Fetal Görüntüleme	► Abdominal muayenede fetal prezentasyon belirsiz ise veya doğrulamak için ultrasonografi yapılabilir.

Algoritma 1. Gebelerin Değerlendirilmesi





1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

1.1. Sağlık Kuruluşunun Uygunluğunun Değerlendirilmesi

- Doğum ortamını değerlendiriniz (*NICE, 2023b*).
- Ebe, kadın doğum hekimi, anestezi hekimi ve yenidoğan hekiminin doğumda hazır ve ulaşılabilir olup olmadığını değerlendiriniz (*NICE, 2023b; RCOG, 2023*).
- İleri basamak hizmet veren bir doğum ünitesine sevk ihtiyacını değerlendiriniz (*NICE, 2023b; WHO, 2017a*).

1.2. Doğumda Abdominal Muayene

Abdominal muayene palpasyon ve oksültasyon ile yapılır. Sezaryen ya da başka bir batin ameliyatına ait skar dokusu, strialar, linea nigra ve umbilikal herniye ilişkin bulgular gözlenmelidir.

1.2.1. Abdominal Palpasyon

Palpasyonda Leopold manevraları kullanılır (Şekil 3). Polihidramnios veya oligohidramnios ve fetal ağırlık Leopold manevralarının kullanımını etkileyebilir (*Superville ve Siccardi, 2024*).

- Muayene gebe sırt üstü pozisyonda iken yapılır, bacaklar hafif bükülerek gebenin başı hafif (15 derece) yükseltilebilir.
- Muayene öncesi mesane boş olmalıdır.
- Muayenede el ve parmak hareketleri yumuşak olmalı ve eşit kuvvette bastırılmalıdır.
- Fundus yüksekliğini ölçmek için bir ölçüm bandı/mezure kullanılır.
- FKH'nın dinlenmesi gerekir. FKH'nın ses iletimi, fetal sırt annenin uterus duvarına yakın olduğunda en iyi şekilde gerçekleşir (*ICRC, 2017*).
- Uterus şekli, konturü, sertliği ve hassasiyeti, fetüsün boyutu, habitus ve kontraksiyon özelliklerini belirlemede genel olarak tüm Leopold manevralarından yararlanılır (Şekil 3).



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

	A. Birinci Leopold Manevrası: Uterin fundus, hangi fetal kısmın fundusta bulunduğunu belirlemek için palpe edilir. <i>Fundus yüksekliği bu manevra ile belirlenir.</i>
	B. İkinci Leopold Manevrası: Fetüsün sırtının ve ekstremitelerinin annenin sağ ve solu ile ilişkisi saptanır. <i>Situs bu manevra ile belirlenir. Fetal kalp hızı bu manevra sonrasında oskültasyonla duyulabilir.</i>
	C. Üçüncü Leopold Manevrası: Simfiz pubisin üstündeki alan palpe edilerek prezente olan fetal kısım belirlenir. <i>Simfizis pubisin hemen üstündeki alt uterin segment palpe edilir ve böylece fetüsün prezente olan kısmı belirlenir. Bu, longitudinal prezentasyonu ve ilk manevrada belirlenen doğru olur. Fetüsün ne kadar indiği ve fetüsün angaje olup olmadığı belirlenir. Bir el fundusa baskı uygularken diğer elin işaret parmağı ve baş parmağı angaje olup olmadığını doğrulamak için prezente olan kısmı palpe eder.</i>
	D. Dördüncü Leopold Manevrası: Fetal başın hareketli, sabit veya angaje olma durumu belirlenir. <i>Bu adım, kadının ayaklarına dönükken yapılmalıdır. Ebe, parmak uçlarını kadının krista iliakaları ile fetal baş arasında kaydırarak her iki elinin parmaklarını nazikçe kasık bölgesine doğru hareket ettirir. Parmakların inişine karşı direncin algılandığı taraf, fetal alının yerini gösterir. Bu manevra ile fetal başın fleksiyon derecesi belirlenir. Elle hissedilemeyen bir baş, muhtemelen angaje olmuştur.</i>
	E. Beşinci Leopold Manevrası (Zangemeister manevrası): Doğumun ilerleyen aşamalarında fetüsün başının pozisyonunu ve doğum kanalına girişini daha detaylı bir şekilde değerlendirmek ve başın pelvis kanalı ile uygunluğunu belirlemek amacı ile kullanılır. <i>Anne sırt üstü yatar pozisyonunda olmalıdır. Sağ elin parmak uçları ile annenin alt karın bölgesine hafifçe bastırılır. Diğer elin parmak uçları ile fetüsün başının pelvis içindeki yerleşimi ve hareketliliği kontrol edilir.</i> <i>Başın iniş ve angajmanı ve pelvis ile uygunluğu bu manevra ile değerlendirilir.</i> <i>Alt karın bölgesindeki el ile fetal başın üzerindeki el seviyeleri baş- pelvis uygunluğu hakkında fikir verir. (Not: başın üzerindeki el seviyesinin diğer el seviyesinden yukarıda olması baş-pelvis uygunsuzluğunu düşündürür.)</i>

Şekil 3. Leopold Manevraları

Kaynak: (ICRC-International Committee of the Red Cross, 2017 ve Moldenhauer, 2024)



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

► Abdominal Muayenede Değerlendirilecek Parametreler

Abdominal muayenede değerlendirilen parametreler Tablo 4'te gösterilmektedir (NICE, 2023b; Woods, 2011; ICRC, 2017).

Tablo 4. Leopold Manevralarında Değerlendirilen Parametreler

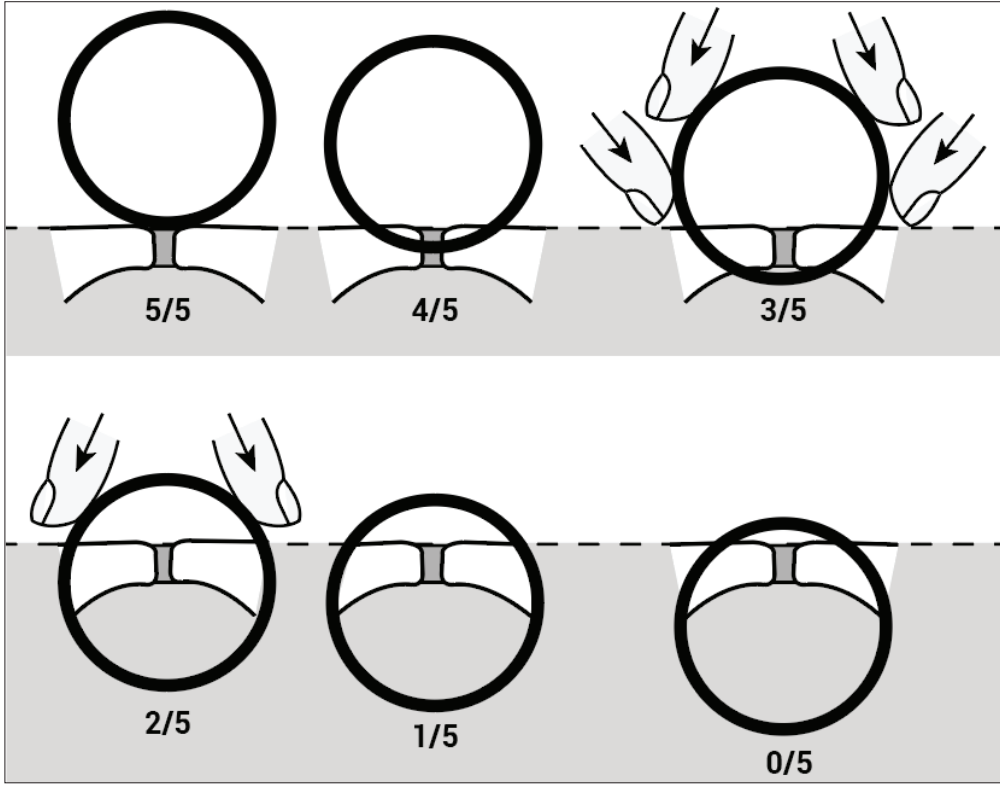
Abdominal Muayenede Değerlendirilen Parametreler	► Uterus şekli ve konturü ► Uterus sertliği ve hassasiyeti ► Fundus yüksekliği ► Fetüsün boyutu ► Situs ► Prezantasyon ► Habitus ► Başın inişi ve angajmanı ► Kontraksiyonlar ► Fetal kalp atış hızı
---	--

Abdominal muayenede başın angajman derecesine ilişkin detaylar Tablo 5'te verilmektedir (Woods, 2011).

Tablo 5. Başın Angajman Derecesi

Hissedilme Derecesi	Açıklamalar
Başın 5/5'inin elle hissedilebilmesi	Başın tamamı pelvis giriminin üzerindedir.
Başın 4/5'inin elle hissedilebilmesi	Başın küçük bir kısmı pelvis girişiminin altındadır ve derin pelvik kavrama ile pelvik girimden yukarı doğru hareketlendirilebilir.
Başın 3/5'inin elle hissedilebilmesi	Baş pelvisten yukarı doğru hareketlendirilemez, derin pelvik kavrama yapılırken, parmaklar fetüsün boynundan dışarı doğru hareket edecek, ardından pelvik girime ulaşmadan önce içeri doğru hareket edecektir.
Başın 2/5'inin elle hissedilebilmesi	Başın çoğu pelvik girimin altındadır ve derin pelvik kavrama yapılırken, parmaklar sadece fetüsün boynundan pelvik girime doğru dışarıya açılır.
Başın 1/5'inin elle hissedilebilmesi	Fetal başın sadece ucu pelvik girimin üzerinde hissedilebilir.
Başın hissedilememesi (0/5)	Fetal baş tamamen pelvis giriminin altındadır.

Pelvisin üstündeki fetal baş düzeyini belirlemek için kullanılabilecek bir diğer yöntem, simfizis pubis üstünde kalan fetal başın üzerine yerleştirilebilecek parmak sayısını değerlendirmektir. Üç parmak fetal başın simfizis pubis 3/5 üzerinde olduğunu gösterir (Woods, 2011) (Şekil 4).



Şekil 4. Pelvis Üstünde Elle Muayene Edilebilen Baş Miktarını Belirlemenin Doğru Bir Yöntemi

1.3. Vajinal Muayene

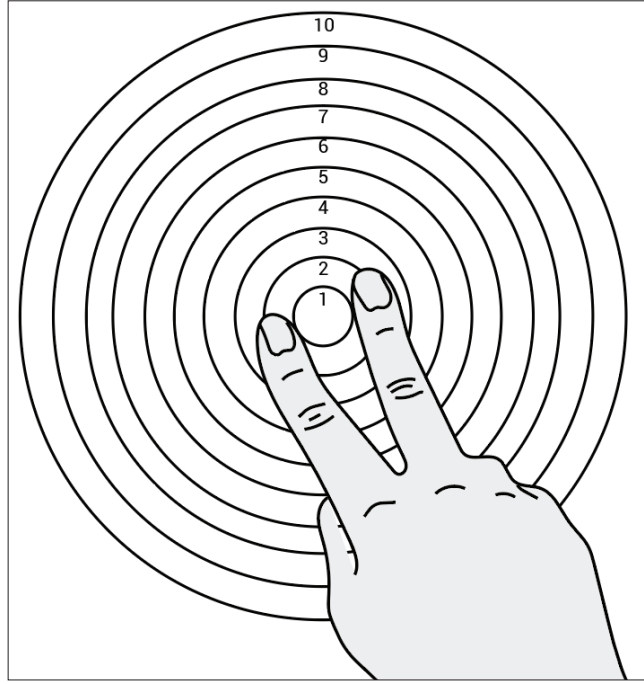
Vajinal muayenede değerlendirilecek parametreler Tablo 6'da yer almaktadır (NICE, 2023b; Queensland Clinical Guidelines, 2020; Moncrieff vd., 2022; Pasquale vd., 2022; WHO, 2020; Woods, 2011). Gebe kanama ile geldiyse kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca ultrasonografiyle plasenta previa ekarte edilmeden vajinal muayene yapılmamalıdır.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Tablo 6. Vajinal Muayenede Değerlendirilecek Parametreler

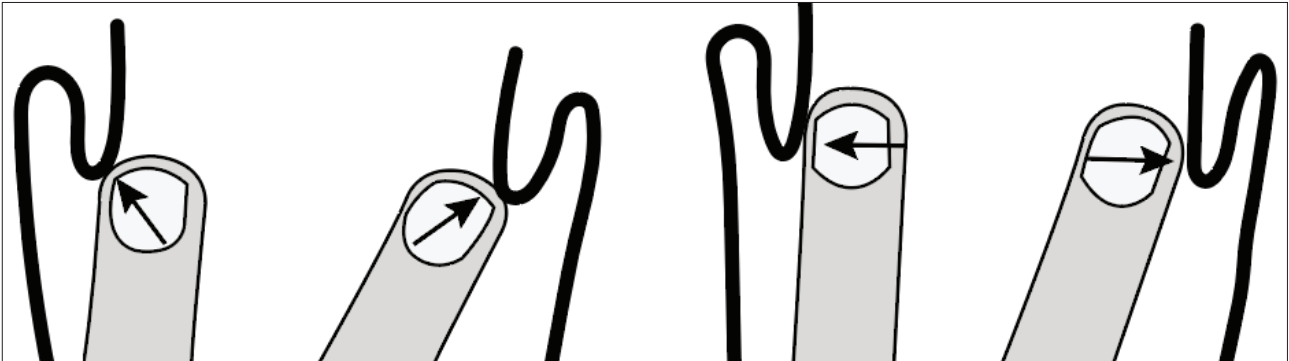
Muayene Parametreler	Açıklamalar
Vulva ve Vajina	Ülserasyon, kondilom, varis ve perineal skar, sertlik, vajinal akıntı, dolu rektum, vajinal darlık veya septum, göbek kordonunun prezentasyonu veya prolapsusu varlığı değerlendirilir. Vajinal kanama varsa ve membran rüptürü düşünülüyorsa spekulum muayenesi yapılmalıdır.
Serviks	Servikal uzunluk: Serviks doğuma kadar giderek kısalır. Serviksin uzunluğu, endoservikal kanalın uzunluğunun değerlendirilmesiyle ölçülür. Bu, elle muayenede internal os ile external os arasındaki mesafedir. Silinmemiş bir serviksin endoservikal kanalı yaklaşık 3 cm uzunluğundadır, ancak serviks tamamen silindiğinde endoservikal kanal olmaz, sadece ince bir serviks halkası olur. Serviksin uzunluğu santimetre olarak ölçülür. Servikal dilatasyon: Vajinal muayenede parmakların serviks kenarından ayrılma derecesi ile ölçülerek ve santimetre olarak değerlendirilir (Şekil 5). Servikal os'un pozisyonu (posterior, anterior), kıvamı (sertten yumuşağa), silinmesi (kalından inceye) değerlendirilir.
Amniyotik Membran ve Sıvı	Amniyotik membranın bütünlüğü ve bozulmuş ise amniyotik sıvının özellikleri değerlendirilerek partografa kaydedilir. Mekonyumun varlığı ve kanlı amniyotik mayi, fetal distresin işareti olduğundan anneye uygun pozisyon verilmeli, yeterli oksijen alması sağlanmalı ve yenidoğan ekibine haber verilmelidir. ⚠️ HEKİM BİLGİLENDİRİLİR (WHO, 2020).
Prezente Olan Kısım	Fetüsün pelvise hangi kısmı ile girdiğini ifade eder. Baş dışında prezentasyon söz konusu ise anneye uygun pozisyon verilerek ⚠️ HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.
Pozisyon	Pozisyon, prezente olan kısımdaki sabit bir noktanın annenin pelvisine olan ilişkisini ifade eder. Örneğin, bir verteks prezentasyonda posterior fontanele (yani fetal oksiput) göre anormal pozisyonunda ⚠️ HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.
Moulding	Moulding derecesinin derecelendirilmesinde; sagittal suture palpe edilir ve iki bitişik paryetal kemiğin ilişkisi veya yakınlığı değerlendirilir. Partografda derecesi kayıt edilir.
Kaput Suksadenum	Kafa derisinin ödemli alanıdır.
Kemik Pelvis	Pelvik girimin, orta pelvisin ve pelvik çıkımın şekli ve ölçüleri belirlenmeli, kemik pelvisin normal doğuma uygunluğu değerlendirilmelidir. Anormal durumda ⚠️ HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.
Fetal İniş	Fetal başın iskiyal spinalara göre seviyesi belirlenir (Şekil 7).



Şekil 5. Servikal Dilatasyon Ölçümü

Serviksin dilatasyonunu değerlendirirken iki tür hata yapılabilmektedir (Woods, 2011).

1. Serviks çok inceyse, hissetmek zor olabilir ve bu yanlışla tamamen genişlemiş olduğu söylenebilir.
2. Serviksin kenarını hissederken, onu germek veya parmakları serviksten geçirmek ve kenarı parmakların yan tarafıyla hissetmek kolaydır. Bu yöntemlerin her ikisi de genişlemenin kaydının gerçekte olduğundan daha fazla olmasına neden olur. Doğru yöntem, parmak uçlarını serviksin kenarlarına yerleştirmektir (Şekil 5, 6).



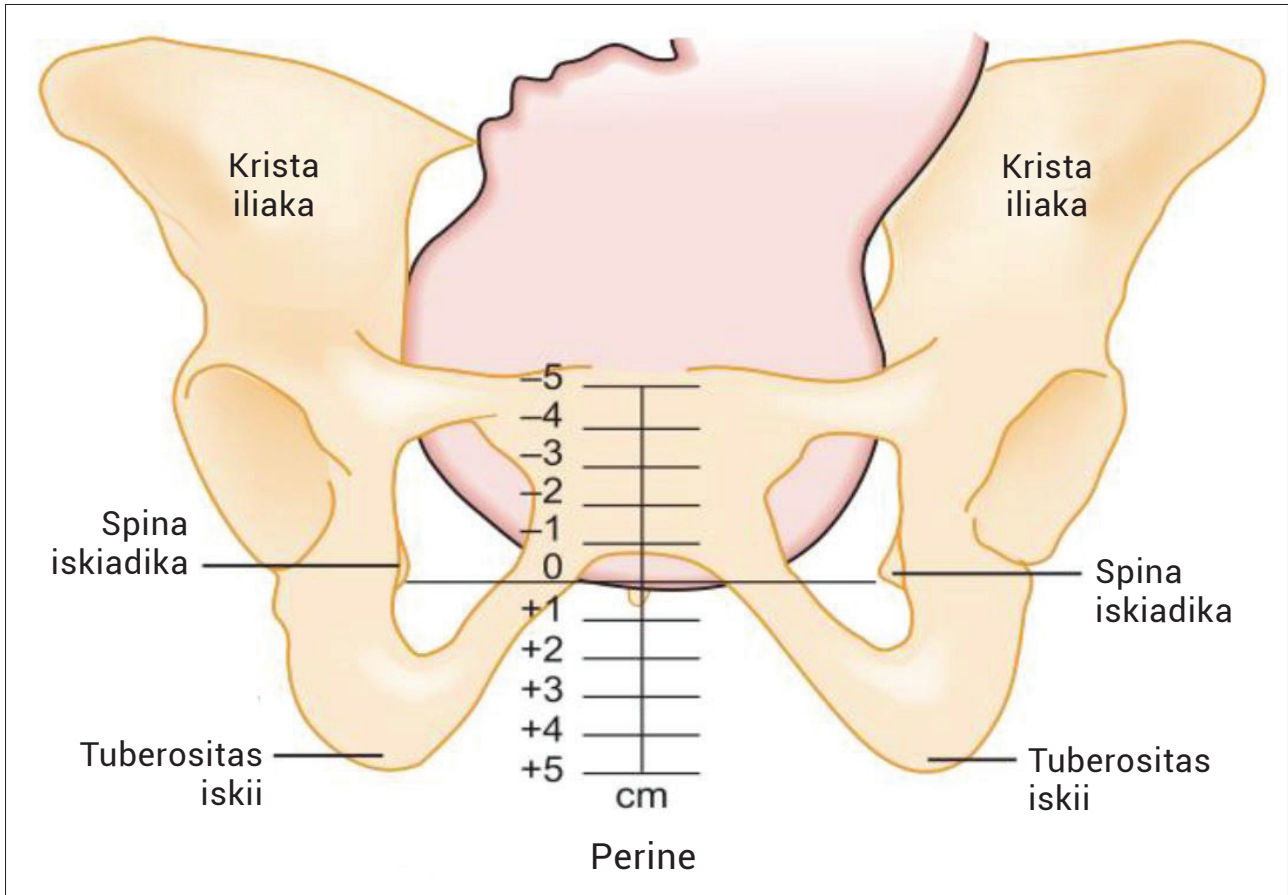
Doğru

Yanlış

Şekil 6. Servikal Dilatasyonu Doğru Ölçme Metodu

Pelvisi değerlendirmek için adım adım ilerlemek önemlidir (Şekil 7).

- Birinci adımda sakrum (sakral çıkıntıdan başlanır ve sakrumun eğrisi orta hattın aşağı doğru takip edilir),
- İkinci adımda spina iskiyadikalar ve sakrospinöz bağlar (orta sakrumun lateralinde, sakrospinöz bağlar hissedilebilir, bu bağlar lateral olarak takip edilirse, spina iskiyadikalar elle muayene edilebilir).
- Üçüncü adımda retropubik alan (iki muayene parmağı, avuç içi yukarı bakacak şekilde simfizis pubisinin arkasına koyulup, her iki tarafa doğru lateral olarak hareket ettirilir).
- Dördüncü adımda subpubik açı ve intertüberos çap (subpubik açı, muayene parmakları, avuç içi yukarı bakacak şekilde çevrilir, üçüncü bir parmak vajinanın girişinde (introitus) tutulur ve pubisin altındaki açı hissedilerek ölçülürken, intertüberos çap, tuberositas iskiiler arasına yerleştirilen kapalı bir yumruğun eklemleriyle ölçülür) değerlendirilir (Woods, 2011).



Şekil 7. Fetal İstasyonun Vajinal Muayene ile Değerlendirilmesi



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Fetal başın moulding derecesine ilişkin detaylar Kutu 4'te yer almaktadır (WHO, 2020).

Kutu 4. Moulding Derecesi

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.

1.4. Partografta Gözlemlerin Kayıt Edilmesi

1.4.1. Partograf

Partografda üç parametre izlenmektedir;

- Doğumun ilerlemesi,
- Bebeğin sağlık durumu ve
- Annenin sağlık durumu.

Doğum Bakım Rehberi, önceki partograf tasarımından uyarlanmış 7 bölüme sahiptir. Bu bölümler, eylem gözlemlerinin bir listesini içerir (Karataş Baran, 2023; WHO, 2020) (Ek 1).

1.4.2. Partograf Kullanım Kılavuzu

Sağlık hizmeti sunucusu, gebe doğum servisine kabul edildikten hemen sonra kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin değerlendirmesi ile başlayıp, aktif faz itibari ile de tüm bölümler için gözlemleri kaydetmelidir (Kutu 5) (WHO, 2020).

► Kabulde kimlik bilgileri ve eylem özellikleri kaydedilir (Kutu 5).

Kutu 5. Kabulde Kimlik Bilgilerinin ve Eylem Özelliklerinin Kayıt Bölümü

Ad, Soyad:..... Parite: Doğum Başlangıç Şekli:..... Aktif Faz Tarihi:...../...../.....

Membranların Ruptüre olma tarih ve saati:/...../..... Risk Faktörleri:.....

Doğum başlangıç şekli:

'Spontan' herhangi bir yapay uyarım olmaksızın (farmakolojik veya farmakolojik olmayan yollarla) aktif doğum aşaması gerçekleşmişse,

'İndüklendi' oksitosin veya prostaglandin verilmesi, amniyotik membranların yapay olarak ruptüre edilmesi, servikse balon kateter uygulanması veya başka herhangi bir yolla suni olarak eylemin uyarılması durumunda





1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

► Gebe izlemi yapılır ve kaydedilir (Kutu 9)

Kutu 9. Gebe İzlemi Bulgularının Kayıt Bölümü

Gebe	Nabız	<60; ≥120																		
	Sistolik Kan Basıncı	<80; ≥140																		
	Diastolik Kan Basıncı	≥90																		
	Vücut Isısı	<35; ≥37,5																		
	İdrar	P++; A++																		

İdrar: Protein (0; eser; +; ++; +++; ++++); Aseton (0; eser; +; ++; +++; ++++)

İzlemde uyarı işareti olan durumlar kutu 10'da yer almaktadır.

Kutu 10. Gebe İzleminde Uyarı İşareti Olan Durumlar

- Nabız sayısının <60 - ≥120 atım/dakika olması,
- Sistolik kan basıncının <80 - ≥140 mmHg olması,
- Diastolik kan basıncının ≥90 mmHg olması ve
- Vücut sıcaklığının <35,0 - ≥ 37,5 C° olması uyarı işaretidir.
- İdrarda protein++ ve Aseton++ olması uyarı işaretidir.

⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.**

► Eylem ilerlemesinin izlemi yapılır ve kaydedilir (Kutu 11)

Kutu 11. Eylemin İlerleme Bulgularının Kayıt Bölümü

Doğum İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı / 10 dak.	≤2; >5																		
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																		
	Servikal Dilatasyon (cm) (İşaretleme: X)	10																		
		9	≥2 saat																	
		8	≥2.5 saat																	
		7	≥3 saat																	
		6	≥5 saat																	
	Fetal Baş İniş Seviyesi (İşaretleme: O)	5	≥6 saat																	
		4																		
		3																		
2																				
1																				
0																				

İkinci evrede itme/ıkınma başladığında "I" ile işaretleyiniz.

Kontraksiyon sayısında uyarı sınırı, 10 dakikada "≤2, >5adet/dakika" kontraksiyondur.

⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.**

Kontraksiyon süresinde uyarı sınırı, <20, >60/sn kontraksiyondur.

⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.**



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Servikal Dilatasyon

Doğumun birinci evresinde, her vajinal muayene yapıldığında, zamana ve servikal dilatasyona uyan hücrede "X" işaretlenir. İkinci evrede, itmenin (ıkmının) ne zaman başladığını belirtmek için "I" işaretlenir (WHO, 2020). Servikal dilatasyonun birinci evre için uyarı değerleri Kutu 12'de verilmektedir.

Kutu 12. Servikal Dilatasyonun Birinci Evre için Uyarı Değerleri

- ▶ 6 saat veya daha uzun süre 5 cm'de kalması,
- ▶ 5 saat veya daha uzun süre 6 cm'de kalması,
- ▶ 3 saat veya daha uzun süre 7 cm'de kalması,
- ▶ 2,5 saat veya daha uzun süre 8 cm'de kalması,
- ▶ 2 saat veya daha uzun süre 9 cm'de kalmasıdır.

⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.**

- ▶ İkinci evrenin nullipar kadınlarda ≥ 3 , multipar kadınlarda ≥ 2 saat sürmesi uyarı işaretidir.

⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLİR.**

Fetüsün İnişi

Simfizis pubisin üzerinde hissedilen başın kısmına bakılır. Zaman ve iniş seviyesiyle eşleşen hücreye "O" işaretlenir (WHO, 2020). Abdominal palpasyonla fetal istasyonu tanımlamak için "5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 ve 0/5" tanımlamaları kullanılmalıdır (WHO, 2020; WHO 2017a) (Şekil 4). Bu gözlem için her bir duruma göre değişen referans eşikleri yoktur.

▶ Medikal Tedavi (Kutu 13)

Gebeye uygulanan ilacın adı, dozu ve uygulanma yolu kayıt edilir.

Kutu 13. Medikal Tedavi Kayıt Bölümü

Medikal Tedavi	Oksitosin (U/L) ve (damla/dak.)																
	İlaç:																
	IV Sıvı																

Oksitosin uygulanmıyorsa, "H: Hayır" olarak kayıt edilir.

Gebeye herhangi başka bir ilaç uygulanmıyorsa, "H: Hayır" olarak kayıt edilir.

IV sıvı uygulanmıyorsa "H: Hayır" olarak kayıt edilir (WHO, 2020).

Üzerinde anlaşılan tüm değerlendirmelerin ve planların tutarlı bir şekilde kayıt edilmesini amaçlar. En alt kısımda yer alan kutucuklara partografi dolduran kişi bilgisi (isim, soyisim baş harfleri) yazılır (Kutu 14).

Kutu 14. Ortak Karar Verme Kayıt Bölümü

Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																
	Planlama																
	Kontrol Eden (Ad, Soyad başharfleri)																



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Partografıta uyarı işareti bulunmayan durumlarda parametlerin değerdendirme sıklığı verilmektedir (Kutu 15).

Kutu 15. Partografıta Uyarı İşareti Bulunmayan Durumlarda Parametlerin Değerdendirme Sıklığı

- Destekleyici bakım uygulamaları her saat,
- FKH ve deselerasyon varlığı birinci evrede 30 dk ara ile ikinci evrede 5 dk arayla,
- Abdominal ve vaginal muayene gerektiren bulgular 4 saat arayla,
- Maternal vital bulgular saatte bir ve idrar takibi 4 saat arayla,
- Kontraksiyon özellikleri birinci evrede 30 dk ara ile ikinci evrede 15 dk arayla,
- Medikal tedavi bölümü her saat, değerdendirme bölümü her saat, planlama bölümü iki saat arayla, değerdendirilir.

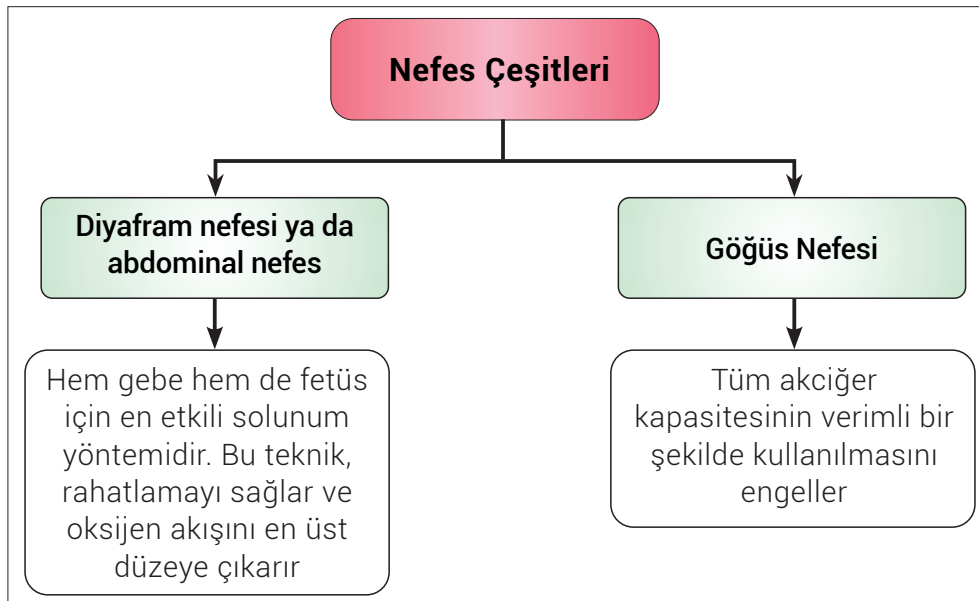
Uyarı işareti bulunduğunda klinik yönergelere uygun izlem sıklığı artırılır.

1.5. Doğumda Destekleyici Bakım Yaklaşımları

DSÖ, gebelere doğum öncesi ve doğum sürecinde, eğitimli sağlık profesyonelleri tarafından gevşeme ve nefes teknikleri gibi farmakolojik olmayan yöntemler hakkında bilgi verilmesini ve bu konuda rehberlik sağlanmasını önermektedir (WHO, 2018). Bu doğrultuda, ebelerin farmakolojik olmayan yöntemler konusunda bilgi sahibi olmaları, bu yöntemleri etkili bir şekilde uygulamaları ve gebelere rehberlik sunmaları büyük bir önem taşımaktadır. Aşağıda, doğum sürecinde kullanılacak bu destekleyici yaklaşımlardan bazıları detaylı bir şekilde incelenecektir.

► Nefes Egzersizleri

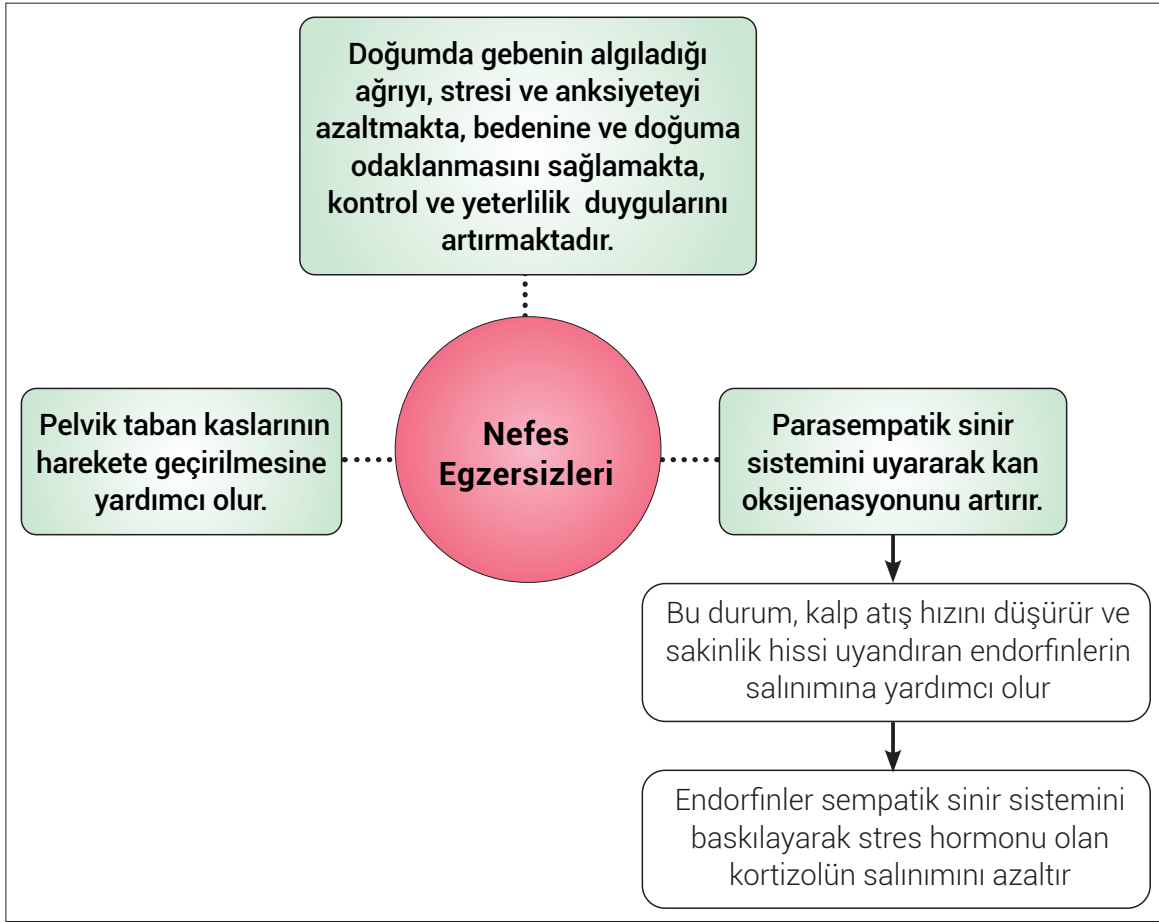
Nefes egzersizleri, gebelerin doğum sürecine uyumunu kolaylaştıran düşük maliyetli, farmakolojik olmayan bir yöntemdir. Nefes çeşitleri Şekil 8'de, nefes egzersizlerinin özellikleri ise Şekil 9'da verilmektedir (Issac vd.,2023; Lothian, 2011).



Şekil 8. Nefes Çeşitleri



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ



Şekil 9. Nefes Egzersizleri

Nefes egzersizleriyle birlikte, genel vücut gevşemesini sağlamak amacıyla ayak parmaklarından başlayarak belirli vücut bölgelerine odaklanmak, bu bölgeleri germek ve ardından serbest bırakmak gibi gevşeme teknikleri uygulanabilir (Karkada vd., 2022). Nefes egzersizleri sırasında birey rahat bir pozisyonda olmalı ve gevşemek için kendini serbest bırakmalıdır. Doğuma yardımcı olacak pozitif olumlama sözleri (ben güçlüyüm, sağlıklıyım, doğumun normal, v.b) tekrarlanabilir. Nefes egzersizleri doğumda, hareket, pozisyon, dans, top kullanımı, masaj, aromaterapi, akupresür, imgeleme, bilinçli farkındalık (mindfulness) gibi farklı tekniklerle birlikte kullanılabilir (Lothian, 2011). Doğum eyleminde kullanılabilecek bazı nefes teknikleri Tablo 7’de yer almaktadır.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Tablo 7. Doğumda Kullanılabilecek Bazı Nefes Teknikleri

Nefes Tekniği	Açıklama
Rahatlatıcı veya Düzenleyici Solunum	► Düzenleyici nefes, yavaş ve derindir. Her kontraksiyonun başında ve sonunda derin bir nefes alarak temizleyici nefes veya rahatlatıcı nefes uygulanır. İki heceli bir cümle düşünülebilir. Örneğin rahat kelimesinin iki hecesi vardır. Nefes alırken "ra" ve nefes verirken "hat" kelimesi düşünülebilir. Kontraksiyon aralarında normal şekilde nefes alıp verilir. – Tekniği; NEFES AL/ NEFES VER- Burundan nefes alınır ve ağızdan verilir. ► Doğumun erken evresinde kullanılabilir.
Yavaş Solunum	► Burundan derin nefes alınır ve ağızdan üfleyerek verilir. – Tekniği; NEFES AL 2-3-4/NEFES VER 2-3-4 (nefes alışverişlerde 4'e kadar sayılır) ► Nefes egzersizleri sırasında bir odak noktası bulunur ve odaklanılır. Her nefes verişinizde vücudunuzun farklı bir bölümü gevşetmeye çalışılır. ► Doğumun aktif fazında kullanılabilir.
Hafif Hızlı Solunum	► Rahatlatıcı bir nefesle başlanır. Yavaşça nefes almaya devam edilir. Ağrı şiddetiyle beraber solunum hızı artırılır. Burundan nefes almak yerine, ağızınızdan nefes alıp verilir. Saniyede bir nefes alınır. Nefesin yoğunluğu kasılmanın yoğunluğuyla eşleşmelidir. Kontraksiyonlar azaldıkça nefes kademeli olarak yavaşlatılır ve yavaş nefes almaya geçilir. – Tekniği; NEFES AL-VER/AL-VER – Uyarı: Uzun süre hızlı göğüs solunumu yapan gebelerde hiperventilasyon oluşabilir ve sonucunda oksijen ve karbondioksit dengesinin bozulması sonucu burun ucu, dudaklar, el ve ayak parmaklarında uyuşukluk, baş dönmesi, göz önünde benek lekeler, el ve ayaklarda spazm oluşabilir. Bu durumda gebenin solunum hızı yavaşlatılarak yüzeysel solunum yapması sağlanır. ► Doğumun aktif fazında kontraksiyonların güçlü olduğu durumlarda kullanılabilir.
Değişken (Geçiş) Solunum	► Değişken nefes alma, yüzeysel nefes almayı periyodik olarak daha uzun veya daha belirgin bir nefes verme ile birleştirir. Değişken nefes alma gebe kendini rahatlamamış, huzursuz, umutsuz veya bitkin hissediyorsa kullanılabilir. – Tekniği; Düzenleyici bir nefes alınır. Nefes verirken baştan ayağa kadar tüm vücut gevşetilir. Kontraksiyonlar boyunca 10 saniyede 5-20 nefes olacak şekilde ağızdan belirli sayıda yüzeysel nefesler alınır. Her saniye ağızdan bir veya iki kez hızlı nefes alınır. Her dördüncü veya beşinci nefeste uzun bir nefes verilir, ancak hızlı nefeslerle devam edilir. Bu uzun nefes verme "puh" ile ifade edilebilir ya da hızlı nefes alıp verme "hi", uzun nefes alıp verme "hu" diye ifade edebilir. Kontraksiyonlar sona erdiğinde bir veya iki derin, rahatlatıcı nefes alıp verilir.
Ekspulsif Solunum	► Doğumun ikinci evresinde kullanılabilir. İkinme hissedene kadar normal nefes alınır, ıkinma hissi ile birlikte derin bir nefes alınır ve 5-10 saniyelik bir süre boyunca yavaşça verilir. İterken nefesin tutulmaması önerilir ve ses çıkarmak sorun değildir. İterken karın kasları sıkılır ve pelvik taban gevşetilir. Gebenin tercihinine göre yönlendirilmiş itme de kullanılabilir.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Önemli:

Nefes almanın kesin doğru olan bir yolu yoktur. Kişinin kendisini en iyi şekilde hissettiği yol doğru yoldur. Dakikada kaç nefes alındığı, ağızdan mı yoksa burundan mı nefes alındığı ya da nefes sırasında ses çıkarılıp çıkarılmadığı gibi belirli kurallar yoktur. Önemli olan, nefes almanın otomatik bir süreçten ziyade bilinçli bir eylem olmasıdır (Lothian, 2011).

► Masaj

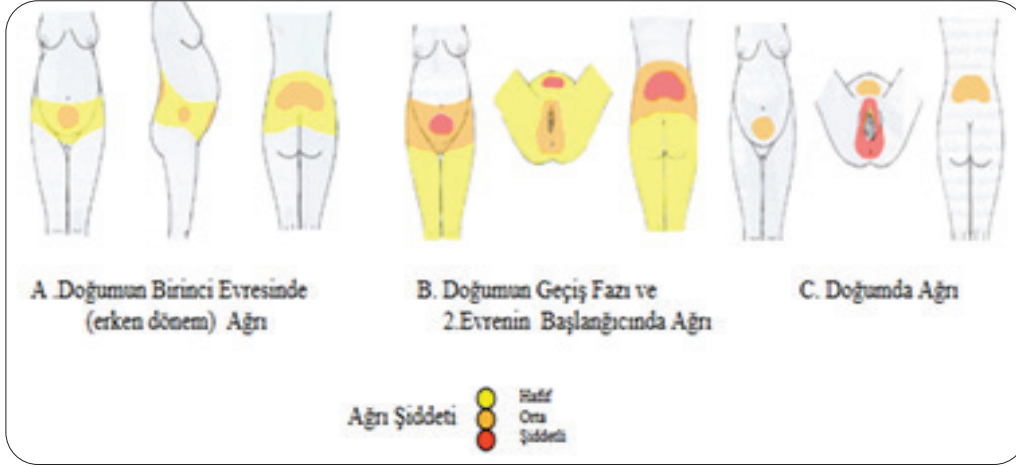
Masaj, doğumda yaygın olarak kullanılan eski bir tekniktir. Masaj, kas gerginliğini azaltmak ve rahatlatmak amacıyla vücudun yumuşak dokularının bilinçli ve sistematik bir şekilde manipüle edilmesidir (Smith vd., 2018). Düşük riskli gebelere, kadının tercihine bağlı olarak doğumun birinci evresinde masaj uygulanması önerilmektedir (NICE 2023b; WHO 2018). Oksitosin ve endorfin seviyelerini artırırken, kortizol düzeylerini de düşürür. Ayrıca, kapı kontrol mekanizmasını aktive ederek ağrı yollarındaki duyu iletimini engeller. Masaj, dokuların kan akımını, oksijenlenmesini ve lenfatik drenajı artırarak bölgede biriken toksinlerin uzaklaştırılmasına yardımcı olup faydaları Kutu 16'da verilmiştir.

Kutu 16. Manuel Tekniklerinin Faydaları

- Algılanan doğum ağrısını azaltır.
- Stresi ve anksiyeteyi azaltır.
- Doğumun süresini kısaltır.
- Kadınların doğumda kontrol duygusunu artırır.
- Pozitif doğum algısını artırır.
- Doğumda memnuniyeti artırır.
- Doğumda müdahaleleri ve sezaryen oranını azaltır.

(Gönenç ve Terzioğlu, 2013; Maghalian vd., 2022; Smith vd., 2018; WHO 2018)

Doğumun evrelerinde yoğun ağrı hissedilen bölgeler değişiklik gösterir (Şekil 10) (Loedermilk ve Perry, 2006). Bu nedenle masaj uygulanan bölgeler doğumun evrelerine göre değişebilir. Masaj ile birlikte aromatik yağlar, sıcak soğuk uygulama ve nefes teknikleri kullanılabilir.



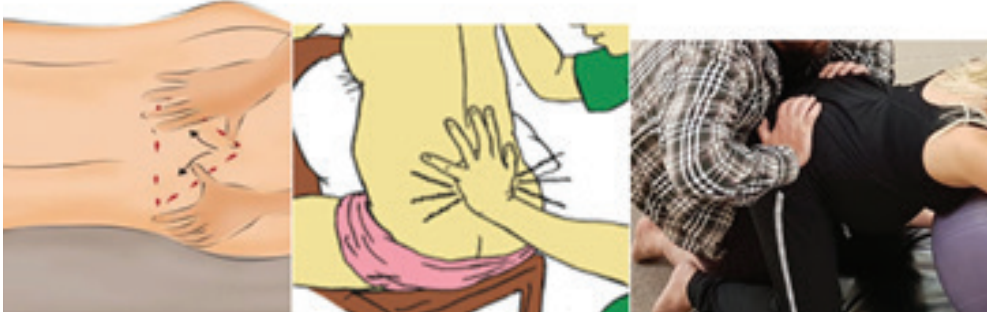
Şekil 10. Doğum Eylemi Sürecinde Ağrı

Doğumda kadınların tercih ettikleri masaj teknikleri farklılık gösterebilir. Bu masaj teknikleri, İsveç masajı, endorfin masajı, nöromüsküler masaj veya shiatsu gibi belirli teknikleri içerebilir (Rich, 2002). Doğum sırasında, bazı kadınlar daha belirgin dokunuşları rahatlatıcı olarak algılarken, bazıları "efloraj" olarak bilinen hafif masaj tekniğini, rahatlama ve stresin giderilmesi açısından etkili bir yöntem olarak deneyimleyebilir. Doğumda hafif okşama ve yumuşak dokunuşlar, ciltteki düşük yoğunluklu uyarılara yanıt olarak oksitosin salınımını artırabilir (Smith vd., 2018).

Endorfin masajı doğumda sık kullanılan masaj türlerinden biridir. Endorfin masajı, vücuttaki endorfin hormonlarının üretimini uyarmak için omuzlara, kollara, sırtta hafif dokunuşları içeren bir yöntemdir (Şekil 11) ve doğumun tüm evrelerinde uygulanabilir (Gönenç ve Terzioğlu, 2013). Masaj sırasında kontraksiyon anında sakral bölgeye titreşim, bası veya karşıt bası uygulamaları yapılabilir (Şekil 12) (Rizal vd., 2024).

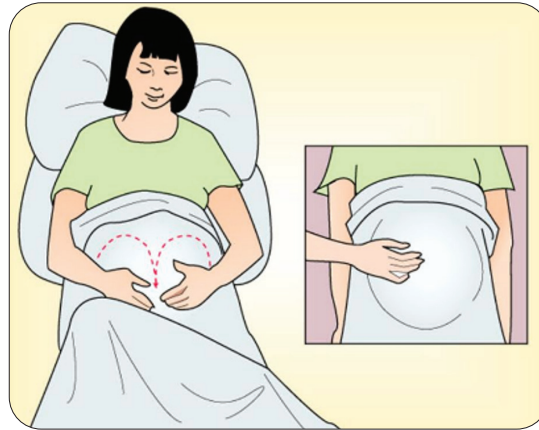


Şekil 11. Endorfin Masajı



Şekil 12. Sakral Bölgeye Masaj Uygulamaları

Gebe, kontraksiyonlarla baş etmek için karnına, bacaklarına ya da beline masaj yapabilir (Şekil 11). Bu masaj daha çok doğumun birinci evresinin erken dönemlerinde etkin olmaktadır (Yosepha vd., 2020). Gebenin avuç içinde bir nesneyi (tarak, buz topu, v.b) sıkıca tutması ve soğuk yatak parmaklıklarına dokunması rahatlamasını sağlayabilir. Gebenin kendi kendine yapabileceği bir masaj örneği Şekil 13'te gösterilmektedir (Yosepha vd., 2020). Masaj uygulaması sırasında dikkat edilecek noktalar Kutu 17'de verilmektedir.



Şekil 13. Gebenin Kendi Kendine Yaptığı Masaj

Kutu 17. Masaj Uygulaması Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar

- ▶ Masaj uygulaması sırasında, ebe hem kendi hem de gebenin vücut mekaniklerini koruyarak rahat bir pozisyonda olmalıdır.
- ▶ Masaja başlamadan önce eller gebenin üzerinde 30 saniye kadar bekletilir.
- ▶ Kalp doğrultusunda ayaklardan yukarı, omuzlardan aşağıya doğru masaj yapılır.
- ▶ Masaj sırasında, huzur ve rahatlık sağlayacak bir ritim oluşturulmaya özen gösterilir. Manipülasyonların hızı, uygulanan masaj tekniğine ve masaj yapılan bölgeye bağlı olarak ayarlanmalıdır.
- ▶ Uygulanan basınç kemik doku üzerine hafif, kas doku üzerinde daha fazla olacak şekilde ayarlanır.
- ▶ Masaj, deri bütünlüğü bozulmuş bölgelerde, varisli alanlarda veya son altı ay içinde cerrahi müdahale yapılmış bölgelerde uygulanmamalıdır.
- ▶ Yapılan masajın etkinliği sorgulanır ve gebenin tercihlerine göre düzenlemeler yapılır.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

► Perine Masajı

Perine masajı perineal travma riskini ve ağrıyı azaltabilir. Bu nedenle, kadınlara perine masajının olası faydaları ve nasıl yapılacağı konusunda bilgi verilmelidir (Beckmann ve Garrett, 2006; Blackburn vd., 2024). Perine masajı uygulanması sakıncalı durumlar Kutu 18’de verilmiştir.

Perine Masajı Tekniği

- Perine masajına gebeliğin 34. veya 35. haftasından itibaren başlanabilir (RCOG, 2024).
- Gebe (veya eşi) tarafından haftada 1-2 kez, en fazla 5 dakika olacak şekilde uygulanabilir.
- Masaj, gebenin kendisini rahat hissettiği şekilde, oturma, yatma veya ayakta, bacaklar açık bir şekilde yapılır.
- Masaj sırasında kokusuz yağlar veya suda eriyen vajinal kayganlaştırıcılar kullanılabilir.
- Gebe masaj uygulanan bölgeyi daha iyi görmek için ayna kullanılabilir.
- Masaj öncesi eller yıkanmalı ve tırnaklar kısa olmalıdır.
- Perine masajının birkaç farklı tekniği vardır. Bir veya iki parmağın vajinaya yaklaşık 3-4 cm sokulmasını ve çok hafif bir karıncalanma veya yanma hissi hissedilene kadar aşağıya (anüse doğru) ve vajinanın yanlarına doğru hafif bir baskı uygulanmasını içerir (Şekil 14).
- Masaj yapılırken gebe yavaş ve derin nefes alma tekniklerini uygulayabilir.



Şekil 14. Perine Masajı

Kaynak: <https://www.cuh.nhs.uk/patient-information/antenatal-perineal-massage-explained/>

Kutu 18. Perine Masajı Uygulanması Sakıncalı Olan Durumlar

- 34. gestasyonel haftadan küçük gebeler
- Servikal yetmezlik
- Plasenta previa veya gebeliğin ikinci yarısında vajinal kanamaya neden olan diğer durumlar
- Gebelikte hipertansif hastalıklar
- Aktif vajinal enfeksiyon (herpes, v.b) (RACGP, 2024)



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

► Perineye Sıcak Uygulama

Perineye sıcak uygulama yapmak perineal bölgede kan dolaşımını artırır, kapı kontrol teorisini aktive ederek ağrı eşliğini yükseltir, cilt ve kasların esnekliğini artırarak perineal hasar riskini azaltabilir (Magoga vd., 2019; Sun vd., 2024).

Perineye sıcak uygulama, travayda ıkınma başladığında, bebeğin başı perineyi germeye başladığında veya doğumun ikinci evresinde aktif fetal iniş olduğunda uygulanabilir (Aasheim vd., 2017; Rodrigues vd., 2023; Sun vd., 2024). Sıcak su (45–59 °C) ile ıslatılmış kompresler, kontraksiyonlar sırasında perine üzerine nazıkçe yerleştirilir. ıkınma sırasında, kompresler tekrar ısıtılır ve bu işlem, rahatlatıcı bir etki sağlamak amacıyla tekrarlanır. Su her 15 dakikada bir değiştirilir ve kompresler, doğumun ikinci aşamasının sonunda, sıcaklık ve temizlik korunarak gerektiği şekilde yenilenir. Bu uygulama, perinenin gevşemesine yardımcı olabilir ve doğum sırasında ağrı yönetimini destekler (Rodrigues vd., 2025).

► Hidroterapi

Doğumda hidroterapi; sıcak, soğuk veya ılık banyo veya duş, küvette veya jakuzide suya daldırma gibi yöntemlerle uygulanmaktadır. Faydaları Kutu 19'da verilmiştir (Cluett vd., 2018; Ergin vd., 2024; Mollamahmutoğlu vd., 2012; Yorgancı vd., 2012; RCM, 2022; Shaw- Battista, 2019; Tuncay vd., 2019).

Suya daldırma; karın bölgesinin göğüs seviyesine kadar tamamen suya batmasını sağlayacak derinlikte bir küvette daldırma yöntemidir.

Suda travay; doğumun herhangi bir aşamasında, yenidoğanın doğumu hariç, suya daldırma yönteminin uygulanmasıdır.

Suda doğum; doğumun ikinci evresinde, plasentanın doğum yerinden bağımsız olarak, yenidoğanın tamamen su altında doğmasıyla sonuçlanan suya daldırma yöntemidir (Kennedy, 2017).



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Kutu 19. Doğumda Hidroterapinin Faydaları

- ▶ Doğumun fizyolojik sürecini destekleyen rahatlatıcı bir ortam yaratır.
- ▶ Kasların gevşemesini sağlar ve endorfin seviyesini yükseltir.
- ▶ Vazopressin seviyesini düşürür.
- ▶ Sistemik inflamasyonu ve oksidatif stresi azaltır.
- ▶ Uterin perfüzyonunu artırır.
- ▶ Hareketi destekleyen bir kaldırma kuvveti sağlar. Pozisyon almayı kolaylaştırır.
- ▶ Bireyin ağrıyla başa çıkma yeteneğini artırır.
- ▶ Mahremiyet hissini artırır.
- ▶ Stres ve anksiyeteyi azaltır.
- ▶ Analjezi kullanımını azaltır.
- ▶ Operatif doğum oranını azaltır.
- ▶ Fetal malprezentasyonunu azaltır.
- ▶ 3. veya 4. derece perine yırtılması riskini azaltır.
- ▶ Epidural kullanımında azalma sağlar.
- ▶ Doğum süresini kısaltır.
- ▶ Doğuma uyumu ve kontrol hissini artırır.
- ▶ Doğum memnuniyetini ve pozitif doğum algısını artırır.

Rutin doğum ağrısı yönetimi seçenekleri arasına hidroterapinin dahil edilmesi, özellikle obstetrik ilaçlar ve prosedürlerden kaçınmayı tercih eden kadınlar için önerilmektedir. Suyu daldırma, normal veya uzun süren doğumun ilerlemesini desteklemek amacıyla göz önünde bulundurulabilir. Bu yaklaşım, doğum sürecinde ağrı yönetimini kolaylaştırırken, doğumun daha konforlu ve doğal bir şekilde ilerlemesine yardımcı olabilir (Shaw-Battista, 2019).

Hidroterapi, gestasyonel yaşı 37 0/7 ile 41 6/7 hafta arasında olan düşük riskli gebelerde doğum sürecini kolaylaştırmak ve ağrı kontrolü sağlamak amacıyla alternatif seçenek olarak önerilmektedir (Vidiri vd., 2022; Ergin vd., 2024; Nutter vd., 2024; Vanderlaan vd., 2018). Doğumun birinci evresinde duş alma ve suya daldırma, düşük maliyetli ve güvenli bir ağrı kontrol yöntemi olarak değerlendirilmektedir. Ancak, suda doğumun neonatal risklerine ilişkin kesin sonuçlar elde edebilmek için yeterli veri bulunmadığı da vurgulanmaktadır (Casás vd., 2023; Cluett vd., 2018; Vidiri vd., 2022).

Gebelere suda doğum yapma imkânı sunulması, doğum odasında işlevsel, temiz ve erişilebilir bir banyo veya duş bulundurulması tavsiye edilmektedir (ACOG, 2016; WHO, 2016). Bununla birlikte, bu yöntemi destekleyen veya engelleyen yüksek kaliteli kanıtların yeterli düzeyde bulunmadığı konusunda gebelerin bilgilendirilmesi önemlidir (ACOG, 2016). Bu yöntemin tavsiye edilmediği durumlar Kutu 20'de özetlenmiştir.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Kutu 20. Tavsiye Edilmeyen Durumlar

- Yüksek riskli olan gebeler,
- Anormal vajinal kanama,
- Annenin ateşinin $> 38.0^{\circ}\text{C}$ olması,
- Suyu daldırma sırasında sürekli fetal izleme gerektiren herhangi bir durum,
- Aktif herpes simpleks lezyonu, hepatit B veya C, HIV,
- Kadının gerektiğinde banyodan hemen çıkmasını engelleyebilecek kas-iskelet sistemi sorunları veya hareket kabiliyetinin azalması,
- Epidural analjezi veya anestezi kullanımı,
- İntrapartum kanama,
- Gebelik komplikasyonları veya yenidoğanın ekstrauterin hayata geçişini zorlaştırabilecek durumlar,
- Gebede hidrofobi olmasıdır.

Hidroterapi Uygulamasına Yönelik Öneriler

- Bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.
- Servikal dilatasyon ≤ 6 cm olmalıdır.
- Kadının hidrasyonu iyi olmalıdır. Oral sıvılarla desteklenmelidir.
- Suyun ısı çok sıcak (37.5°C üzerinde) olmamalıdır.
- Su sıcaklığı her saat kontrol edilmelidir.
- Küvetteki su seviyesi mümkün olduğunca yüksek olmalıdır.
- Doğum havuzunda ya da banyo küvetinde gebenin rahat olabileceği pozisyonlar tercih edilmelidir.
- Doğuma yardımcı olacak kişiler suyun içinde, havuzun ya da küvetin kenarına oturabilmelidir.
- Gebenin ve fetüsün sağlık parametreleri düzenli aralıklarla izlenmelidir.
- İlkel içgüdüsel davranışlar desteklenmelidir.
- Dikkat dağıtıcı ajanlar en aza indirilmelidir.
- Suda doğum yapan kadınlar için opioid analjezi önerilmez. Kadına daha önce opioid analjezi uygulanmışsa ve ardından kadın havuzu kullanmak isterse, bunun uygun olup olmadığına dair detaylı klinik değerlendirme yapılmalıdır.
- Membran bütünlüğü bozulduğunda duş ya da küvet kontraendike değildir.
- Acil durum ekipmanları doğum odasında hazır bulundurulmalıdır.
- Doğum salonundaki banyolar ve havuzlar, enfeksiyon kontrol komitesinin belirlediği protokollere uygun olarak temizlenmelidir.
- Maternal veya fetal acil durumlarda veya komplikasyonlar meydana geldiğinde, kadınların küvetten güvenli bir şekilde çıkarılmasını sağlamak için sıkı protokoller oluşturulmalıdır.
- Ünitenin bakımı ve temizliği, sağlık personeli için standart önlemler ve kişisel koruyucu ekipman dahil enfeksiyon kontrol prosedürleri sıkı protokollerle desteklenmelidir.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

► Sıcak ve Soğuk Uygulamalar

Doğumda sıcak uygulama, sırt, bel, karın, kasık ve perine gibi çeşitli bölgelere uygulanabilmektedir. Sıcak uygulama, ılık su torbası, sıcak kompres, sıcak battaniye ve sıcak banyo/duş aracılığıyla uygulanabilir. Sıcak uygulama, kas gerginliğini azaltma ve ağrıyı hafifletme gibi olumlu etkiler göstermektedir (Henrique vd., 2018; Goswami vd., 2022). Sıcak uygulama ile meydana gelen vazodilatasyon, bölgedeki kan akışını artırarak, ağrıyı tetikleyen metabolik artıkların uzaklaştırılmasını sağlar. İskemi sonucu gelişen gerilim tipi ağrılarda da, bölgedeki kanlanmayı artırarak ağrıyı hafifletici bir etki gösterir. Ayrıca, gebenin anksiyetesini azaltarak genel iyilik halini artırmakta, doğum sürecinin daha konforlu geçmesine katkı sağlamaktadır. Özellikle doğumun ikinci evresinde, perine bölgesindeki ağrıyı azaltmak ve perineyi travmalara karşı korumak amacıyla sıcak uygulama sıklıkla kullanılmaktadır.

Soğuk uygulama genellikle el, yüz, sırt ve perine bölgesine uygulanmaktadır. Bu amaçla kullanılan başlıca araçlar arasında buz torbaları, donmuş jel paketleri ve soğuk suya batırılmış kompresler yer almaktadır. Soğuk uygulama, doğum sürecinde ağrıyı hafifletmek, kas spazmlarını azaltmak ve ödemi gidermek için kullanılmaktadır. Soğuk uygulamanın analjezik etkisi, dokularda duyusal algıyı baskılayarak ağrının hissedilmesini engellemeye yardımcı olur. Ayrıca, soğuk uygulama ile oluşan vazokonstriksiyon, bölgedeki kan akışını azaltarak inflamasyonu ve ödemi azaltır (East vd., 2020; Şolt Kırca vd., 2022).

Sıcak ve soğuk uygulama öncesi sıcaklık ebe tarafından kontrol edilir. Jel paketler kullanıyorsa, kadının cildi ile paket arasına bir veya iki kat bez uygulanır. Uygulama yapılan bölge hasar (kızarıklık, ciltte solukluk, kabarcıklar, v.b) yönünden gözlenir.

► Aromaterapi

Aromaterapi, fiziksel ve ruhsal refahı artırmak amacıyla uçucu yağların kullanımıdır. Bu yağlar, cilde masaj yapılarak, banyo suyuna eklenerek, buhar infüzyonu ya da brülör aracılığıyla uygulanabilir (Smith vd., 2011). Doğumda sık kullanılan bazı uçucu yağlar arasında lavanta, gül, ylang ylang, sardunya, nane, acı portakal yer almaktadır.

Aromaterapinin doğumda algılanan ağrıyı, stres ve anksiyeteyi azalttığı, doğumun aşamalarının kısılmasını ve kolaylaşmasını sağladığı, olası mide bulantısı ve kusmaları rahatlattığı, indüksiyon kullanımını azalttığı, gevşemeyi sağladığı ve genel refahı artırdığı bildirilmektedir (Chen vd., 2019; Ghiasi vd., 2022; Liao vd., 2020; Kaya vd., 2023). Ancak NICE 2023b raporunda, etkinliğini destekleyen sınırlı kanıtlar bulunduğu için doğumun latent fazında aromaterapinin ağrı kontrolü için kullanımını önermemektedir. Bununla birlikte, aromaterapiyi kullanmak isteyen kadınların tercihlerine saygı gösterilmesi ve desteklenmesi gerektiğini vurgulamaktadır.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Uygulama Sırasında Dikkat Edilecek Noktalar

- Bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.
- Kullanmadan önce gebenin alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır.
- Epileptik gebelere uygulanmamalı ve epileptik ebeler uygulamamalıdır.
- Astım veya solunum rahatsızlığı, hematolojik bozukluk, derin ven trombozu (DVT), antikoagülan tedavi, majör kardiyak, hepatik veya diğer önemli hastalıklar olan gebelerde uygulanmamalıdır.
- Göze temas etmemesine özen gösterilmelidir. Temas halinde bol su ile durulanmalıdır.
- Mum, tütsü gibi aromatik ajanların kullanımı solunum yolu problemlerine neden olabilir. Odanın yeterli havalandırılması sağlanmalıdır.
- Uçucu yağların ısıya ve ışığa hassas olduğu unutulmamalıdır.

► Akupresür

Akupresür, geleneksel Çin tıbbına dayanan bir uygulamadır ve bedenin enerji akışını düzenlemeyi hedefler. Akupunktur tekniğiyle benzerlik gösterir, ancak akupunkturun aksine iğneler yerine parmaklar, avuç içi veya başka araçlarla bu noktalara bası uygulanır. Doğumda akupresür kullanımının uterus kontraksiyonlarını arttırdığı, doğum ağrısının kontrolünde yararlı olduğu, doğum süresini kısalttığı (Chen vd., 2021; Gönenç ve Terzioğlu, 2013) ve doğum sonrası emzirmeye destek olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte NICE 2023b raporunda, akupresürün doğumun latent fazında ağrı kontrolü için etkinliğini destekleyen sınırlı kanıtların bulunduğu belirtilmiş, bu nedenle akupresürün kullanımının önerilmediği ifade edilmiştir. Ancak, akupresür kullanmayı tercih eden kadınların isteklerine saygı gösterilmesi ve bu tercihin desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Doğum sürecinde en sık kullanılan akupunktur noktaları Sanyinjiao (SP6), Hugo (LI4), Zhiyin (BL67) ve Ci Liao'dur (BL32). Doğum eyleminde uygulanacak akupresör noktalarına yönelik öneriler Kutu 21'de yer almaktadır.



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Kutu 21. Doğum Eyleminde Uygulanacak Akupresör Noktalarına Yönelik Öneriler

- ▶ Hand points noktası,
 - El parmaklarının avuç içiyle birleştiği hattır.
 - Bu noktanın avuç içine alınan tarak gibi bir cisim ile sıkıca uyarılmasının endorfin salınımını artırarak ağrıyı azalttığı bildirilmektedir.
- ▶ Hugo (LI4) noktası,
 - Her iki elin kıvrımlarının distal kısmındaki birinci (başparmak) ve ikinci (işaret parmağı) metakarpal kemikler arasında yer alır.
 - Bu bölge parmaklarla veya küçük buz keseleriyle her kontraksiyon başlangıcından kontraksiyon bitene kadar uyarılır ve uygulama sırasıyla her iki ele yapılır.
 - Oksitosin salınımını artırır, doğumu hızlandırır.
- ▶ Sanyinjiao (SP6) noktası,
 - SP6 noktası ayak bileğinin dört parmak üzerinde medial olarak yer alır.
 - Sanyinjiao uterusla güçlü bir şekilde ilişkilidir. SP6'ya bası uygulamak kanın uterusu akışını teşvik ederek, beslenmeyi iyileştirir ve bu ağrıyı hafifletir. Doğum süresini kısaltmak için doğum indüksiyonu olarak kullanılır.
- ▶ Zhi Yin (BL67),
 - Ayak küçük parmağının dış tarafında, tırnak köşesinden yaklaşık 0,1 cm lateral dedir.
- ▶ Ci Liao (BL32),
 - Sakrumun üst kısmındaki 2. foramen sakralis üzerine yerleşen bir noktadır.

▶ Müzik

Müziğin insan fizyolojisi üzerindeki etkisi, işitsel merkezi uyararak başlar ve sonrasında beynin limbik sistemi, retiküler formasyon, hipotalamus ve serebral korteks gibi diğer önemli bölgelerine doğrudan etki eder. Bu etkileşim, müziğin hem duygusal hem de fiziksel düzeyde bir dizi biyolojik yanıtı tetiklemesine olanak tanır (Guo vd., 2022). Müzik, doğumda stresi ve ağrıyı azaltmak için yaygın olarak kullanılır. Müziğin etkisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, rahatlatıcı olması veya kişinin dikkatini ağrıdan uzaklaştırması nedeniyle etkili olduğu düşünülmektedir (Surucu vd., 2018). Müzik, endorfin salgılanmasını artırarak gebenin rahatlamasını sağlar. Oksitosin salınımını artırır. Adrenerjik sistemin baskılanmasına yardımcı olabilir, bu da kalp atış hızını ve kan basıncını düşürerek doğumun daha konforlu hale gelmesini sağlar.

Müzik, tercihi bireysel farklılık gösterebilir. Bazı kadınlar doğumda daha sakin ve yavaş tempolu müzikleri tercih ederken, bazıları enerjik müzikleri tercih edebilir. Önemli olan, kadının kendini rahat ve güvende hissetmesidir. Müzik seçiminde gebenin tercihinin dikkate alınması önerilmektedir.

▶ Doğum Dansı

Travay süresince yapılan doğum dansı, kadının algıladığı doğum ağrısını azaltırken, doğumdan memnuniyetini de artırmaktadır. Hareket dizileri, gevşeme, müzik ve görselleştirme gibi farklı tekniklerin bir arada kullanıldığı doğum dansının, annenin iyilik halini artırdığı ve anksiyetesini azalttığı belirtilmektedir (Gönenç ve Dikmen, 2020). Ayrıca, doğum dansının kadınların dikkatini



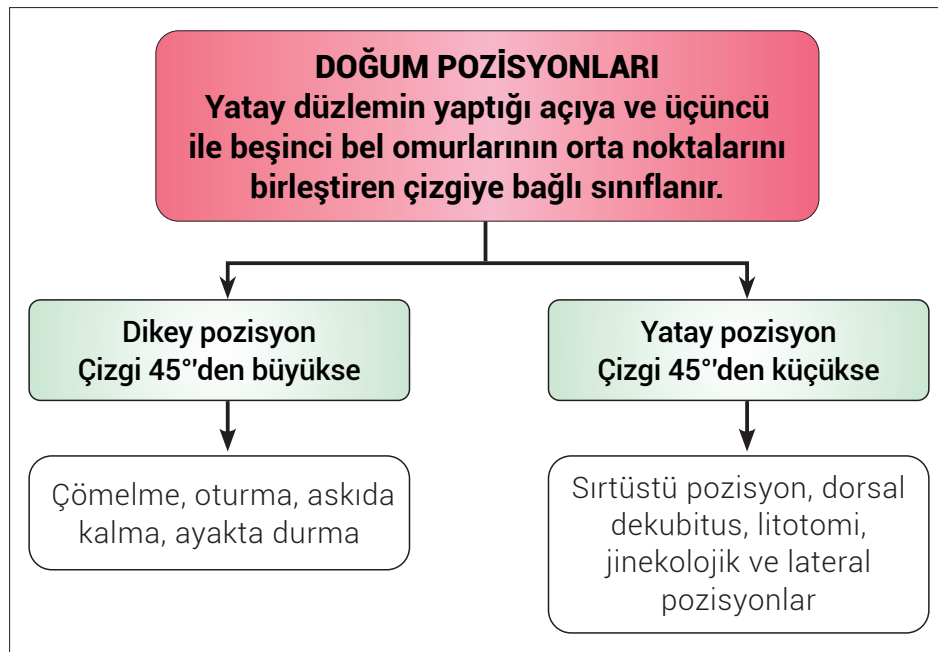
1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

ağrıdan başka bir noktaya yönlendirdiği, bu nedenle pelvik taban kas aktivasyonunu azaltabileceği ifade edilmektedir (Iliadou, 2012). Dans sırasında dinletilen müziğinde kadın üzerinde rahatlatıcı etkisi olduğu düşünülmektedir. Doğum dansı, kadınların daha olumlu doğum deneyimleri yaşamalarına, doğumu daha az travmatik olarak algılamalarına ve konfor seviyelerinin artmasına katkı sağlamaktadır (Akin vd., 2022).

Doğum dansı sırasında kadınlara yalnız ya da seçtikleri bir kişiyle (örneğin, suppose, anne, ebe) müzik eşliğinde ritmik olarak hareket etme seçeneği verilir. Müziğin ritmine uyarak pelvik bölgenin ve belin dairesel hareketi, pelvisin sağa sola sallanması, yarı çömelleme ve pelvik tilt hareketleri yapılabilir. Hareketler sırasında, gebe desteklenmelidir.

► Hareket ve Pozisyon

Düşük riskli kadınlarda travay sırasında hareket özgürlüğü ve dik pozisyonların önerilir (WHO, 2018). Doğum sırasında anne konforunu artırmak ve optimal fetal pozisyonu desteklemek için sık sık pozisyon değişikliği yapılması önerilir. Ancak, benimsenen pozisyonların, maternal ve fetal izleme ile tedavilere uygun olması, maternal tıbbi veya obstetrik komplikasyonlar nedeniyle kontrendike olmaması gereklidir. Doğum pozisyonları Şekil 15'de (Atwood, 1976), dikey pozisyonun faydaları Kutu 22'de verilmektedir.



Şekil 15. Doğum Pozisyonları



1. GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİNİN YAPILARAK SAĞLIK KURULUŞUNA KABULÜ

Kutu 22. Dikey Pozisyonun Faydaları

Dik pozisyonların yatay pozisyonlara kıyasla obstetrik (doğum süresi, operatif vajinal veya sezaryen doğum kullanımı), fetal (fetal kalp hızında anormallikler) ve maternal (perineal yırtıklar, epizyotomi, postpartum kanama ve ağrı) açıdan daha avantajlı olduğu bildirilmektedir (Desseauve vd., 2017). Dik pozisyonlar, yerçekiminin etkisiyle fetüsün doğum kanalına inişini kolaylaştırır ve pelvik çıkımın boyutlarını artırarak doğum distosisi olasılığını azaltır (Borges vd., 2021). Ayrıca, fetal fleksiyonun korunmasına yardımcı olur. Uterin kontraksiyonların daha etkili hale gelmesini sağlar, serviksin silinmesini ve dilatasyonunu hızlandırır, böylece spontan vajinal doğumu kolaylaştırır. Dik pozisyonlar, annenin kalp debisini artırarak doğum sırasında normalde görülen kalp debisi artışını dengelemeye yardımcı olur ve fetal dolaşımı destekler (Kibuka vd., 2021).

Tutunma barları, doğum topları (pilates topu, fıstık topu, vb), yastık ve sandalye gibi bazı malzemeler gebelerin pozisyon almalarını ve bu pozisyonu korumalarına yardımcı olur.

► Bilişsel Yöntemler

Kontraksiyon anında dikkati ağrı dışındaki bir uyarana yönlendirmek önemlidir. Gebe, odaklanma, dikkat dağıtma ve hayal kurma gibi görsel, işitsel ve dokunsal uyarıcılara odaklanarak zihnini ağrıdan uzaklaştırabilir. Bu amaçla sayı sayma, şiir okuma, dua okuma, hoş bir anıyı hatırlama, bir şakayı hatırlama, sanal gerçeklik kullanma, oyun kartları, televizyon izleme, meryem ana otu, bir nesneye ya da resme odaklanma gibi teknikler kullanılabilir (Amiri vd., 2019; Yurtsev ve Şahin, 2021).



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

2.1. Fetal İzlem

Ebeler;

- Düşük riskli bir gebenin fetüs izleminde kadına, kişiselleştirilmiş bakım planının bir parçası olarak hangi fetal izleme yönteminin önerildiğini belirtmeli,
- Risk değerlendirmesinin sürekli bir süreç olduğunu ve fetal kalp atış hızı izleme yönteminin doğum süreci boyunca değişebileceğini açıklamalı ve
- Yapılan izlem sonrasında sonuçlar hakkında gebeleri bilgilendirmelidir (NICE, 2022).

Aralıklı Oskültasyon

Düşük riskli gebelerde, aralıklı oskültasyonun yeterli ve güvenilirdir (ACOG,2009). WHO aralıklı oskültasyonu olumlu doğum deneyimi önerilerinde belirtmiştir (Oladapo vd., 2018; WHO, 2018b). Aralıklı oskültasyon Pinard stetoskop veya el Doppleri ile yapılır ve dikkat edilecek hususlar Kutu 23'de verilmektedir (NICE, 2022).

Kutu 23. Aralıklı Oskültasyonda Dikkat Edilecek Hususlar

- Doğumun birinci evresinde palpe edilmiş bir kontraksiyondan hemen sonra en az 30 saniye boyunca aralıklı oskültasyon uygulanır. Aralıklı oskültasyon, her 15-30 dakikada bir tekrarlanır ve kaydedilir.
- Anne nabızı her saat veya herhangi bir endişe varsa daha sık palpe edilerek partograma kaydedilir. Anne ve fetal kalp atışları ayırt edilir.
- Fetal kalp atışı tespit edilmezse, fetal canlılığı kontrol maksadıyla acil ultrason değerlendirmesi için **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.**
- Aralıklı oskültasyon ile doğum eyleminin başlangıcından itibaren FKH'da 20 atım ve üzerinde bir azalma mevcut ise daha sık oskültasyon yapılır.
- Klinik tabloda riskli bir durum mevcut ise yardım istenip sürekli Elektronik Fetal Monitörizasyon (EFM) yapılır ve **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.**

Sürekli Elektronik Fetal Monitörizasyon

Tablo 8'de yer alan fetal ya da maternal risk faktörlerinden herhangi biri mevcutsa, fetal değerlendirmenin bir parçası olarak sürekli EFM takibi önerilmelidir (NICE, 2022).



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

Tablo 8. Sürekli EFM Yapılması Gereken Durumlar

Antenatal Maternal Risk Faktörleri	Antenatal Fetal Risk Faktörleri	İntrapartum Risk Faktörleri
Daha önce sezaryen doğum öyküsü	Sefalik olmayan prezentasyon (makat, transvers, oblik ve kordon dahil),	2 dakikadan uzun süren kasılmalar veya 10 dakikada 5 veya daha fazla kasılma
Hipertansif bozukluk	Fetal büyüme kısıtlılığı (tahmini fetal ağırlık 3. persentilin altında)	Mekonyum varlığı
Uzamış membran rüptürü	Gebelik yaşına göre küçük (tahmini fetal ağırlık 10. persentilin altında) fetus	Annede ateş (tek bir ölçümde 38°C veya üzeri, ya da 1 saat arayla 2 ardışık ölçümde 37,5°C veya üzeri ateş).
Şüpheli koryoamniyonit veya maternal sepsis	Postterm gebelik	Şüpheli koryoamniyonit veya sepsis
Vajinal kanama	Anhidramnios veya polihidramnios	Gebenin beyanına veya önceki deneyimlerine dayanarak, kasılmalarla ilişkilendirilen ağrıdan farklı görünen ağrı.
Önceden var olan diyabet (tip 1 veya tip 2)	Düzenli kasılmaların başlamasından önceki 24 saatte azalmış fetal hareketler	Doğum sırasında gelişen taze vajinal kanama
		Vajinal muayene ile ilişkili olmayan, muhtemelen uterus kaynaklı kanlı sıvı
		Annenin nabızı 30 dakika arayla 2 kez dakikada 120'nin üzerinde
		Hipertansiyon (kasılmalar arasında ölçülen, 30 dakika arayla alınan 2 ardışık ölçümde sistolik kan basıncının 140 mmHg veya daha fazla olması ya da diyastolik kan basıncının 90 mmHg veya daha fazla olması)
		İdrar analizinde 2+ protein ve sistolik kan basıncının (140 mmHg veya daha fazla) veya diyastolik kan basıncının (90 mmHg veya daha fazla) yükselmesi
		Doğumun birinci veya ikinci evresinde doğrulanmış gecikme
		Rejyonel anestezi uygulanması
		Oksitosin başlanması



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

EFM uygulanmasında ebelerin rol ve sorumlulukları (B. Aktaş, 2021; Miller ve Miller, 2012; S. Aktaş ve Osmanağaoğlu, 2017; Soylu, 2020; Tokat vd., 2013):

- ▶ Gebeye işlem hakkında bilgi verilir, onamı alınır,
- ▶ Leopold manevraları ile fundus yüksekliği ve fetüsün sırtının ne tarafta olduğu ve prezantasyonu belirlenir,
- ▶ Toko transduser fundusun yüksekliğine göre en tepe noktasına, transdüser prob jel kullanılarak fetüsün sırt kısmına yerleştirilir, sabitlenir,
- ▶ Transduser prob sıfırlanır,
- ▶ Gebeye sol yan pozisyon verilir,
- ▶ İşlem sırasında gözlem yapılır,
- ▶ Traseye kayıt edilir ve üzerine gebenin adı soyadı, tarih, saat yazılır,
- ▶ Sonuç yorumlanır, riskli durum varlığında girişimlerde bulunulur,
 - ⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR.**
- ▶ Aktif fazda 30 dk'da bir geçiş fazında 15 dk'da bir değerlendirme yapılır,
- ▶ EFM sonunda gebeye bilgi verilir.

▶ Mekonyum Varlığı (NICE, 2022)

Doğum sırasında herhangi bir zamanda riski değerlendirirken, mekonyum varlığının:

- ▶ Olası fetal tehlikeye işaret edebileceğini ve
- ▶ Mekonyum aspirasyon sendromu gibi komplikasyonlara yol açabileceğini unutulmamalıdır.

▶ Doğum Sırasında Kardiyotokografinin Kullanımı

Bir kardiyotokografi trasesini incelerken;

- ▶ Kasılmalar,
- ▶ Bazal FKH,
- ▶ Variabilite,
- ▶ Deselerasyonların varlığı veya yokluğu (ve varsa özellikleri) ve
- ▶ Akselerasyonların varlığı

değerlendirilerek belgelendirilmelidir (NICE 2022).



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

2.2. Fetal Kalp Atım Paternleri

FKH paternlerinde EFM'nin dört temel parametresi ve üç kategorili sınıflandırması mevcuttur.

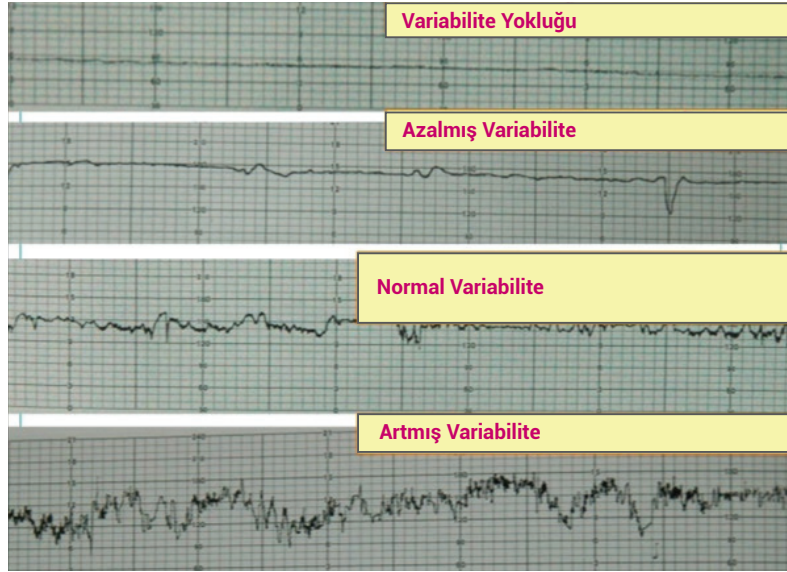
EFM'de FKH yorumlanmasında kullanılan parametreler Tablo 9 ve Tablo 10'da gösterilmektedir (B. Aktaş, 2021; Devane vd., 2017; Karahan ve Hüseyinoğlu, 2021; S. Aktaş ve Osmanağaoğlu, 2017; Tokat vd., 2013; ACOG, 2009).

Tablo 9. EFM'de FKH Yorumlanmasında Kullanılan Parametreler

Parametreler	Açıklamalar
Bazal Fetal Kalp Hızı	10 dakikalık zaman diliminde, akselerasyon ve deselerasyon çıkarıldıktan sonra belirlenen ortalama fetal kalp hızıdır. Normal bazal fetal kalp hızı 110-160 atım/dakikadır.
Fetal Taşikardi	Fetal kalp atım hızının en az 10 dk değerlendirilmesiyle 160 atım/dk üzerinde kaydedilmesidir.
Fetal Bradikardi	FKH'nın en az 10 dk değerlendirilmesi sonucunda 110 atım/dk altında kaydedilmesidir.
Variabilite	FKH'nın bazal düzeyde iniş çıkışlarını ifade etmektedir. Fetal oksijenizasyonun yeterliliğini bildiren önemli bir parametredir. Dört grupta incelenmektedir. Bu gruplar Tablo 10 ve Resim 1'de gösterilmiştir.

Tablo 10. Variabilite Grupları

Grup adı	Açıklamalar
Variabilite Yokluğu	FKH'da amplitüd 0-2 atım arasındadır. Tehlikeli durum varlığına işaret etmektedir.
Azalmış Variabilite	FKH'da amplitüd 3-5 atım arasındadır.
Normal Variabilite	FKH'da amplitüd 6-25 atım arasındadır.
Artmış Variabilite	FKH'nda amplitüd 25 atım ve üzerindedir.



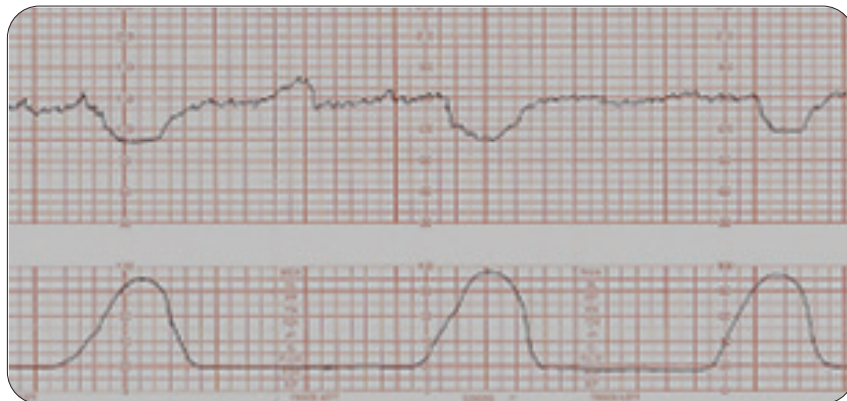
Resim 1. Variabilite Grupları

Akselerasyon: FKH'nın uterus kontraksiyonları ve fetal harekete bağlı olarak artmasıdır. Doğumun birinci evresinde en az 15 sn süren ve bazal kalp atım hızında en az 15 atım artışın olması gerekmektedir (B. Aktaş, 2021; Çalık ve Çetin, 2018; Karahan ve Hüseyinoğlu, 2021; Özyer vd., 2017; S. Aktaş ve Osmanağaoğlu, 2017).

Deselerasyon: Uterus kontraksiyonları ile FKH'nda düşüş görülmesidir. Dört grupta incelenir (B. Aktaş, 2021; Çalık ve Çetin, 2018; Karahan ve Hüseyinoğlu, 2021; Özyer vd., 2017; S. Aktaş ve Osmanağaoğlu, 2017).

- **Erken Deselerasyon:** Uterus kontraksiyonları ile eş zamanlı olarak FKH'daki en fazla 15 atımlık düşüştür. Trasede ters ayna şeklini oluşturmaktadır (Resim 2). Doğumun birinci evresinde fetal baş basısına bağlı olarak görülmekte, 15 sn ile 2 dk arasında seyretmektedir. 20 dakikalık trasedeki kontraksiyonların yarısında tekrar etmektedir.

Trasede erken deselerasyon gözlemlendiğinde (genellikle aktif fazda görülür) yakın takip edilmelidir.



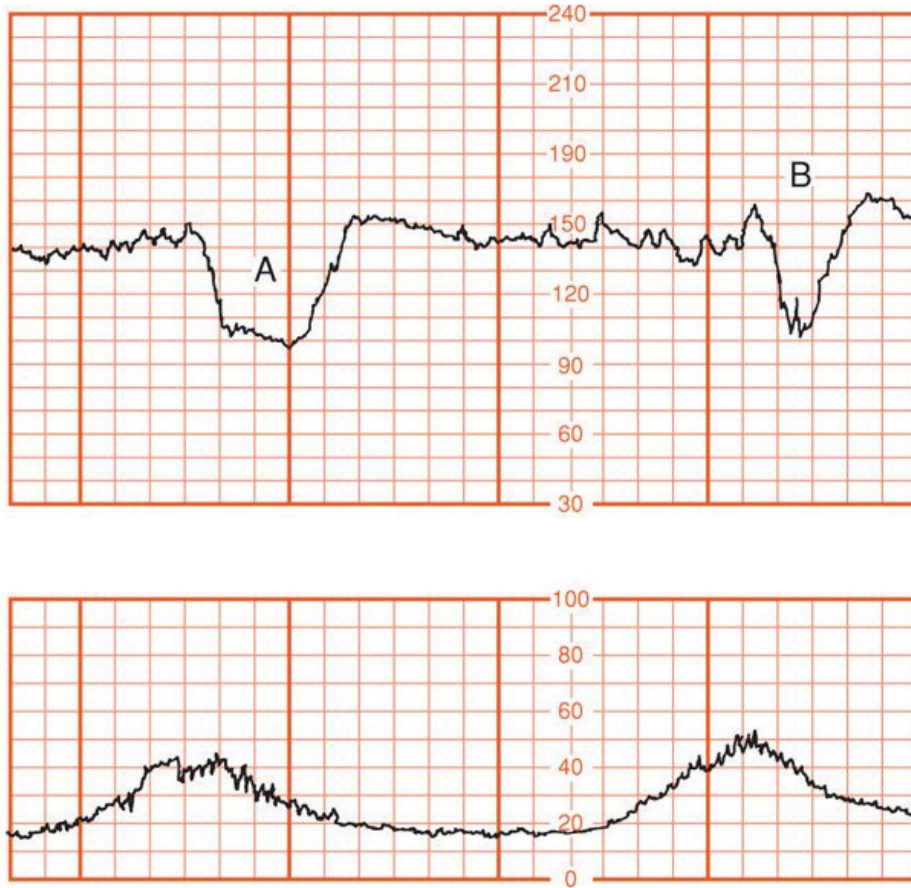
Resim 2. Erken Deselerasyon

2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

- **Variabl Deselerasyon:** Variable deselerasyonların genellikle umbilikal kordonunun sıkışmasına bağlı olarak meydana geldiği kabul edilir. Variable deselerasyonlar tekrarlıyorsa, uzun bir süre devam ediyorsa ve tedaviye yanıt vermiyorsa, fetüs hipoksik hale gelebilir.

FKH'ndaki düşüşler kontraksiyonlardan bağımlı ya da bağımsız olabilmektedir. FKH 30 sn'de en düşük noktaya 15 atımlık düşüş ile ulaşmaktadır. Genellikle 15 sn ile 2 dk arasında seyretmektedir. Trasede tekrar görülebilmektedir.

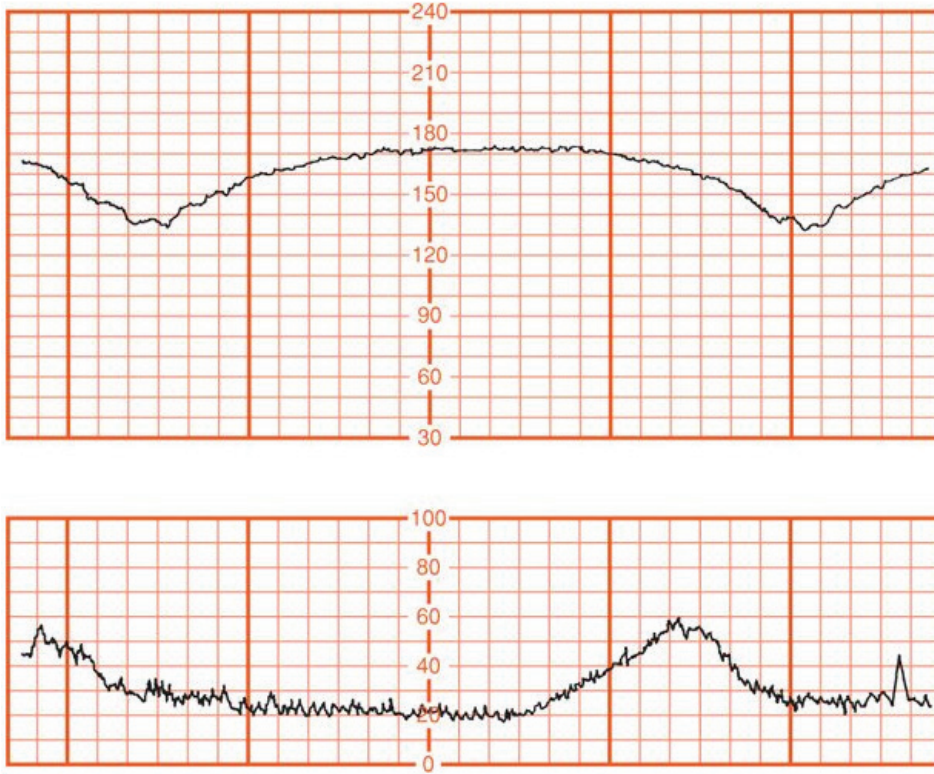
Shoulders ve Overshoots olarak iki şekilde görülebilmektedir (Resim 3). Deselerasyon sonrası taşikardi overshoot, deselerasyon öncesi ve sonrası oluşan akselerasyonlar shoulder (trasedeki görünümünde omuz şekli oluşturur) olarak tanımlanmaktadır.



Resim 3. Variabl Deselerasyon

Kaynak: <https://obgynkey.com/intrapartum-assessment/>

- **Geç Deselerasyon:** Uterus kontraksiyonunun en yüksek noktasından FKH yaklaşık 20-90 sn sonra en dip noktaya düşüş gösterir (Resim 4). Genellikle 15 sn ile 2 dk arasında seyretmektedir. Plasentaya giden kan akımı artışı ile FKH normale dönmektedir. Öncesi ve sonrasında akselerasyon görülmez. Hipoksi göstergesidir.



Resim 4. Geç Deselerasyon

<https://obgynkey.com/intrapartum-assessment/>

- **Uzamış Deselerasyon:** FKH'nda en az 15 atım düşüşün en az 2 dk görülmesidir. 10 dk içinde ise bazal kalp hızına dönmektedir (Resim 5). Umbilikal kord basısı, hipotansiyon, maternal taşikardi nedenler arasında yer alırken bazal FKH 100 atım/dk altında ve variabilitede kayıp var ise müdahale gerekmektedir. Ebe; uzamış deselerasyon durumunda gebeye pozisyon vermeli, uterotonik ajanlar varsa durdurmalı, **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.**

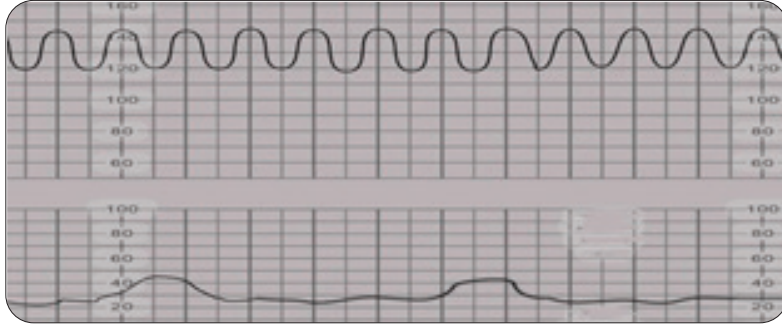


Resim 5. Uzamış Deselerasyon



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

Sinusoidal Patern: FKH'nda 5-15 atımlık yükselmelerin trasede düzenli dalga görünümü oluşturmasıdır (Resim 6). 3-5 dk frekansında FKH paternidir (Modanlou ve Murata, 2004).



Resim 6. Sinusoidal Patern

EFM yorumunda riskli durum (fetal taşikardi, fetal bradikardi, variabl/geç deselerasyon) tespit edildiğinde, ebeler tarafından yapılacak işlemler Kutu 24'te verilmektedir (Gerey vd., 2024).

Kutu 24. EFM Yorumunda Riskli Durum Olduğunda Ebeler Tarafından Yapılacak İşlemler

- Gebeye sol yan ya da semi-fowler pozisyon verilir,
- Vital bulgular alınır,
- Oksijen verilir,
- Uterotonik uygulanmaktaysa durdurulur ya da azaltılır,
- Hidrasyon sağlanır,
- Gebenin bakımı ve tedavisi sağlanır,
- ⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR,**
- Tanı koymak için ileri testler yapılır,
- Girişimler başarılı olmazsa fetal durumda risk devam ediyor ise doğum hazırlıkları yapılır.

FKH'nın yorumlandırılmasında standart oluşturabilmek için FKH paternleri 3 kategoride gruplandırılmıştır (Tablo 11).



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

Tablo 11. FKH Patern Kategorileri

Kategori	Açıklamalar
Kategori 1 (Normal)	▶ Bazal FKH: 110-160 atım/dk, ▶ Variabilite: Normal, ▶ Deselerasyon: Erken deselerasyon var/yok, ▶ Akselerasyon: Var/yok, ▶ Bulguların hepsi değerlendirildiğinde herhangi bir müdahale gerektirmez.
Kategori 2 (Şüpheli/Belirsiz)	▶ Bazal FKH: Bradikardi/taşikardi ▶ Variabilite: Azalmış variabilite, tekrar eden deselerasyonların olmadığı variabilite kaybı, normal variabilite ▶ Akselerasyon: Fetal stimülasyon sonrası akselerasyon görülmemesi ▶ Deselerasyon: Variabl deselerasyon, uzamış deselerasyon, tekrar eden geç deselerasyon
Kategori 3 (Anormal)	▶ Bazal FKH: Bradikardi ▶ Variabilite yokluğu ▶ Deselerasyon: Tekrarlayan variabl deselerasyon ▶ Sinusiodal patern

2.2.1. Anormal Fetal Kalp Atış Patern Yönetimi

Kategori 1'de yer alan traseler normal olarak değerlendirilir ve müdahaleye gerek yoktur.

Kategori 2 ve 3 bulgularına sahip gebenin yönetiminde **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR**. Müdahale gerekmektedir. Yakın takip ile birlikte trase kayıt altına alınmalıdır. İntrauterin resüsitasyon yöntemleri fetüsün oksijenizasyon azlığına bağlı hipoksik serebral palsy, iskemik ensefalopati, mortalitenin önüne geçmek için kullanılmaktadır (*Kutu 25*).

Kutu 25. İntrauterin Resüsitasyon Yöntemleri

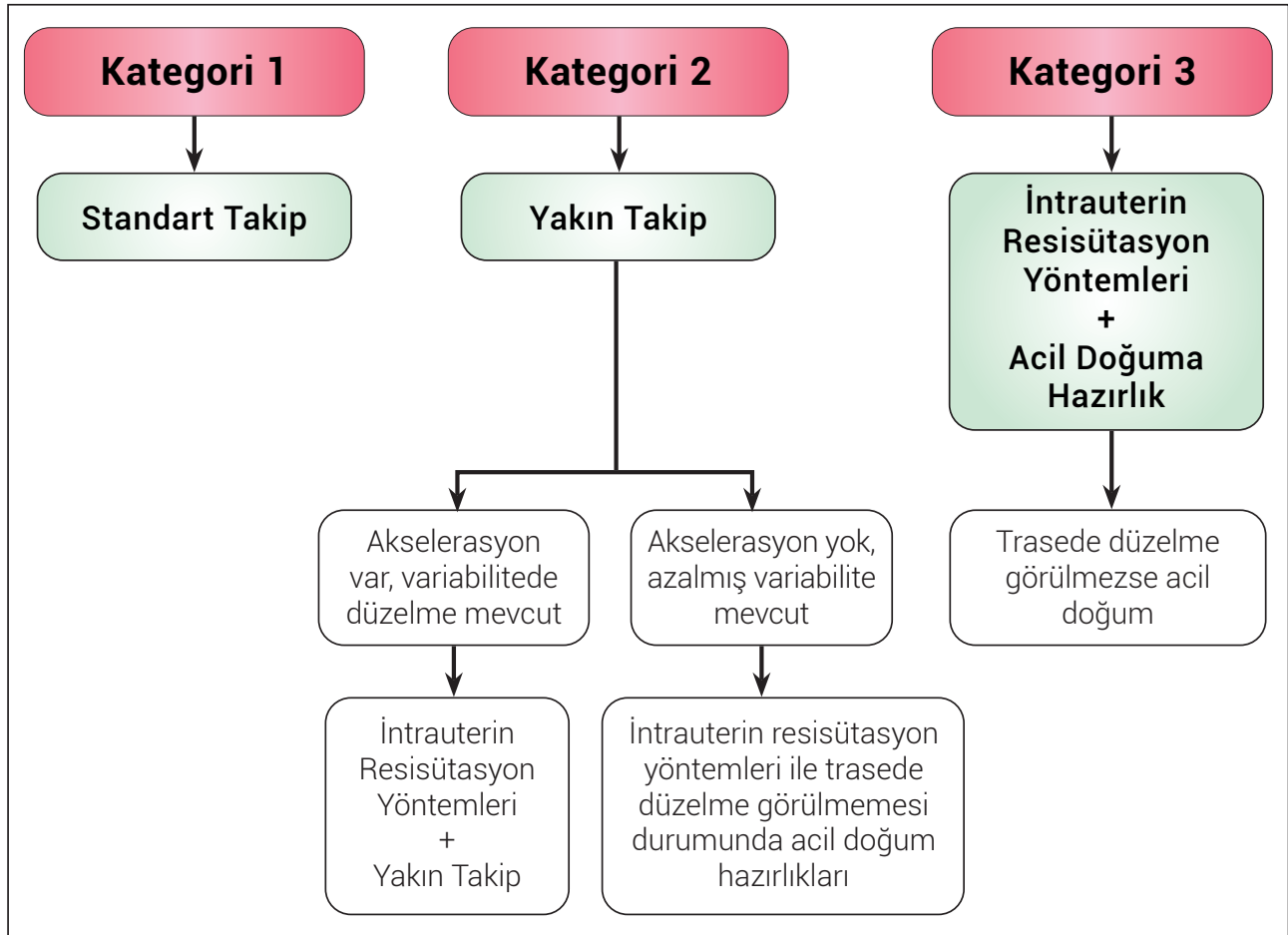
- ▶ Gebeye sol yan pozisyon verilmesi,
- ▶ Vital bulgular alınır,
- ▶ Oksijen uygulaması,
- ▶ Uterotonik uygulanmaktaysa durdurulması ya da azaltılması,
- ▶ Hidrasyon intravenöz yolla sağlanması,
- ▶ **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR**,
- ▶ Fetal uyarı testleri yapılması (Clark's vb.),
- ▶ Amniyoinfüzyon uygulanması,
- ▶ Gebenin hipotansiyonuna bağlı trase bozulmalarında vazopresör kullanımı,
- ▶ Tokoliz uygulanması.



2. FETÜSÜN DURUMUNUN İZLENMESİ

İntrapartum kategori traselerin yönetimi Algoritma 2'de verilmektedir (ACOG, 2010). Kategori 2'de trase takip edilerek değerlendirilir ve gebe bulgularıyla birlikte ele alınır. FKH trasesi düzelinceye kadar ya da kategori 3'e ilerleyinceye kadar yakın takip edilir. Kategori 2 fetal sağlığın intrapartum dönemde incelenmesinde bazı ileri düzey testler gerekmektedir (fetal baş örnekleme, allis klemp ile fetal baş stimülasyonu, vibroakustik stimülasyon, digital baş stimülasyonu). Bu yöntemlerden bir tanesi hekim tarafından uygulanır ve akselerasyon oluşması fetal pH değerinin normal olduğunu gösterirken, akselerasyon oluşmaması durumunda doğum için hazırlık yapılmalıdır. Kategori 3 fetal asidemi ve hipoksi açısından risk teşkil etmektedir. Uteroplasental perfüzyon ve oksijenizasyonu artırmak gerekmektedir. Doğum hazırlığına başlanılmalıdır.

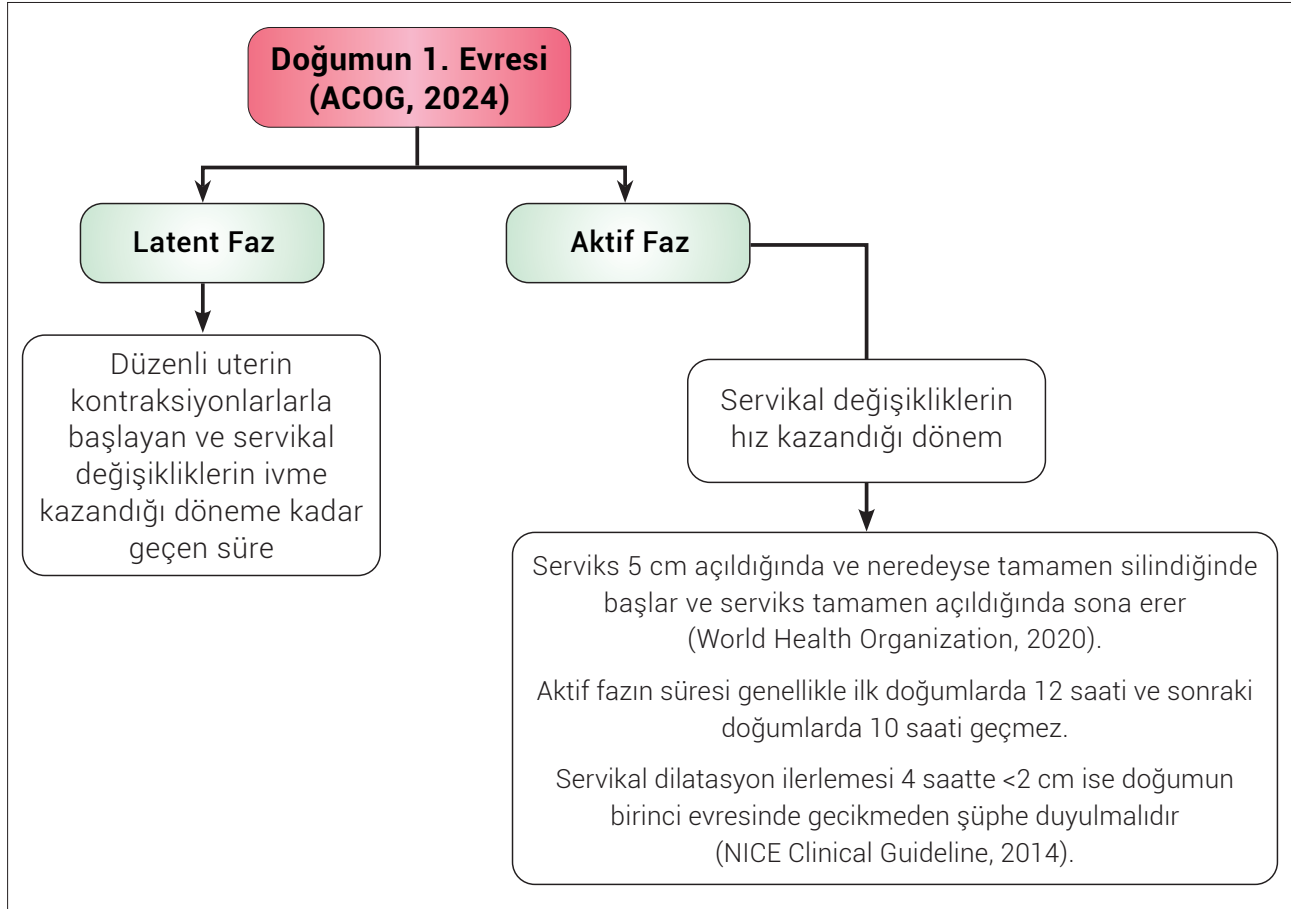
Algoritma 2. İntrapartum Kategori Traselerin Yönetimi





3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Doğumun 1.evresi, doğum eyleminin başlangıcından (servikal dilatasyona ya da efasmaya yol açan düzenli uterin kontraksiyonların varlığı) tam servikal açıklığa ulaşılan kadar geçen süreyi kapsar (Şekil 16).



Şekil 16. Doğumun Birinci Evresi

Doğumun 1. evresinde gebenin ve fetusun takip süreci Tablo 12 ve Tablo 13'te verilmektedir.

Tablo 12. Doğumda Fetal Kalp Hızı İzlemi

	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



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 13. Doğumun Birinci Gebenin Takibi

Kategori	Açıklamalar
Vital Bulgular	Nabız, kan basıncı: Doğumun latent fazında iki saatte bir, aktif fazında ise saatte bir nabız ölçümü yapılır. Vücut sıcaklığı: Daha sık yapılması için özel bir sebep olmadığı sürece dört saatte bir ölçülür.
Vajinal Muayene	Rutin sık vajinal muayeneden kesinlikle kaçınılmalıdır. - İlk başvuruda, - Eylemin ilerlemesinin tayini için 4 saatte bir, - Anestezi öncesi (tam açıklık olmadığından emin olmak için), - Gebe ıkınma hissi hissettiği zaman, - Fetal kalp hızı anormalliklerinde (kordon prolapsusunu değerlendirmek için veya seviyenin gerilemesi durumunda uterin rüptür akla gelmelidir) yapılmalıdır.
Gebenin Pozisyonu	Gebeler rahat oldukları pozisyonlarda olmaya teşvik edilmelidir. İntrauterin resüsitasyon gerektiren özel tıbbi durumlarda gebelere sol yan pozisyonu verilebilir. Oturma, çömelme, yürüme gibi dik pozisyonlarda olan gebelerde, yatay pozisyonda olan gebelere kıyasla doğumun birinci evresinin 1 saatten daha uzun süre kısalmı ve sezaryen oranları hafif azalır (risk oranı [RR] 0,71, %95 GA 0,54-0,94) (Lawrence, 2013).
Elektronik Fetal Monitorizasyon	Düşük riskli gebelerde doğum salonuna ilk kabulde yaklaşık 20 dakikalık EFM ile fetal kalp hızı paterni değerlendirir. Kategori 1 (en az 2-3 akselerasyon var, variabilite iyi) trase mevcut ve 10 dakikada en az 3 uterin kontraksiyon var ise doğumun eyleminin 1.evresinde fetal kalp hızını aralıklı olarak (30 dakikada bir) değerlendirir. Eğer Kategori 1 harici fetal kalp hızı trasesi mevcut ise ⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR. Fetal kalp hızı ve uterin kontraksiyonların takibi hasta dosyasına kayıt altına alınmalıdır.
Fiziksel Aktivite	Anne tercihleri fiziksel aktiviteyi yönlendirebilir. Belirli bir kontrendikasyon olmadığı sürece gebe eylemin 1. evresinde serbestçe hareket etmeye ve dolaşmaya teşvik edilmelidir.
Sürekli Destek	Gebeye destekleyici birinin (eбенin ya da gebenin istediği bir refakatçisinin) eşlik etmesinin belirgin psikolojik faydaları vardır, özdeğer ve başarı duygularını geliştirir, obstetrik sonuçları da iyileştirebilir.



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 13. devamı

Sıvı Dengesi	Hipovoleminin doğum eyleminin uzamasına sebep olduğu bilinmektedir, bu nedenle aktif eylemdeki gebelerin sıvı dengesini korumak önemlidir. Düşük risk grubundaki (Kategori 1 Elektronik Fetal Monitorizasyona sahip olan, geçirilmiş sezaryen öyküsü olmayan ve komplike olmayan) gebeler travay boyunca tanesiz berrak sıvıları sınırsız olarak tüketebilirler. Katı gıdaların alımı uygun değildir (<i>American Society of Anesthesiologists, 2016</i>). Sezaryen için yüksek risk grubundaki (zor entübasyon olacağı düşünülen, Kategori 2-3 EFM'ye sahip olan ya da komplike olan) gebelerde genel anestezi altında acil sezaryen olması durumunda olası bir aspirasyon riskine karşılık oral alım durdurulmalı ve hipovolemiden kaçınılması için intravenöz sıvı desteği (125-150 ml/saatte serum fizyolojik ya da Ringer Laktat içerisinde % 5 dekstroz) verilmelidir.
Ağrı Yönetimi (ACOG, 2024)	Doğum başlamadan önce ağrı yönetimi seçenekleri hakkında bilgi verilmelidir, böylece bilinçli kararlar verebilirler. Ağrıyı yönetmeye yardımcı olmak için birden fazla farmakolojik olmayan, farmakolojik ve anestezi seçeneği mevcuttur. Yöntem için tıbbi kontrendikasyonlar olmadığı sürece seçim hastanın değerlerine ve tercihlerine bağlıdır. Ağrı yönetiminde en etkili yol nöroaksiyel anestezidir. En az fetomaternal riskle maksimum analjezik etkiye sahiptir. Olası yan etkileri arasında hipotansiyon, kaşıntı, ateş ve doğumun ikinci evresinde uzama riski bulunmakla birlikte; nöroaksiyel anestezinin kullanımında herhangi bir servikal açıklık kısıtlaması yoktur ve eylemin herhangi bir evresinde yapılması önerilmektedir.
Amniyotomi	Rutin amniyotomi önerilmemektedir. Servikal açılma hızı <1 cm/saat olan oksitosin alan hastalarda eylem süresini kısaltmak için amniyotomi yapılması önerilmektedir (<i>ACOG, 2024</i>). Amniyotomi uygulanacağına ise uygulamadan önce ve sonra fetal kalp hızı mutlaka kontrol edilmelidir. Kontrendikasyonları: - Aktif hepatit B, hepatit C veya HIV enfeksiyonu, - Grup B streptokok taşıyıcılığı amniyotomi için kontrendikasyon değildir, ancak doğum için antibiyotik profilaksisi başladıktan en az 4 saat sonra işlem gerçekleştirilmelidir.

Doğum eyleminin aktif fazının uzaması ya da durması (arrest) olarak değerlendirilmesi için servikal açıklığın 6 cm'ye ulaşmış olmalıdır. Gebelerin yaklaşık %20'sinde doğum eyleminin 1. evresi uzar veya durur (*Zhu, 2006*). Doğumun 1. evresinin uzama veya durmasına (arrest) ilişkin hususlar Tablo 14'te verilmektedir.



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

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
Latent faz arresti için kanıta dayalı bir tanım bulunmamaktadır.	(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).	
	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.	

Spontan başlangıçlı eylemde anormal ilerlemenin sebepleri Tablo 15'te verilmektedir (Myles, 2003).

Tablo 15. Eylemde Anormal İlerlemenin Sebepleri

Faktörler	Açıklamalar
Uterin Faktörler (Hipokontraktil Uterin Aktivite)	▶ İleri anne yaşı ▶ Uterin anomali ▶ Maternal obezite ▶ Nöroaksiyel anestezi ▶ Nulliparite ▶ Enfeksiyon
Pelvik Faktörler	▶ Pelvik kontraksiyon (dar veya çok geniş subpubik ark, belirgin sakrum) ▶ Kısa boy (<150 cm)
Fetal Faktörler	▶ Yüksekte düz duruş ▶ Sefalopelvik distosiye neden olan fetal anomali ▶ Oksiput anterior dışı pozisyon ▶ Makrozomik ya da LGA bebek
Faktörlerin kombinasyonu	



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

3.1. Doğumun Birinci Evresinde Obstetrik Aciller ve Müdahale

3.1.1. Aktif Fazın Yavaş İlerlemesinin Yönetimi

- ▶ Partograf kullanarak aktif fazın ilerlemesi değerlendirilmelidir.
- ▶ Yetersiz uterus kasılmalarına bağlı eylem yavaş ilerliyorsa ⚠ **HEKİM BİLGİLENDİRİLMELİDİR.**
- ▶ Yapılacak ilk müdahale amniyotomi yapmak ve oksitosin uygulayarak uterus aktivitesini arttırmaktır.
- ▶ Girişimlerle birlikte servikal açıklık ilerliyorsa vajinal doğum uygulanabilir (Algoritma 3) (Friedman ve Cohen, 2023; Médecins Sans Frontières, 2019; Sheikh ve Deering, 2018; WHO, 2015).

Önemli Not:

Oksitosin, belirgin baş-pelvis uyumsuzluğu durumunda (uterin rüptürü riski olduğundan) kontrendikedir.

▶ Amniyotomi

Amniyotomi, doğum eyleminde amniyotik membranların dışarıdan müdahale sonucu açılmasıdır (Caughey ve ark., 2014; Coggins ve Deering, 2018).

Endikasyonlar

- ▶ Uzamış doğum eyleminde servikal dilatasyonu hızlandırmak,
- ▶ Uzamış doğum eyleminde servikal açıklık tam olduğunda doğumun ikinci evresini hızlandırmak ve
- ▶ Doğumun başlatılması için

oksitosine ek olarak kullanılır (Caughey ve ark., 2014).

Önemli Not:

- Umbilikal kord prolapsusu riski olduğundan amniyotomiden hemen sonra FKH kontrolü ve vajinal muayene yapılmalıdır.

Kontrendikasyonlar

- ▶ Total plasenta previa
- ▶ Fetusun transvers pozisyonu
- ▶ Maternal HIV veya hepatit B enfeksiyonu (Coggins ve Deering, 2018).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

İşlem Basamakları

Amniyotomi işlem basamakları Tablo 16'da verilmektedir (Coggins ve Deering, 2018; Uçar ve Güney, 2022).

Tablo 16. Amniyotomi İşlem Basamakları

Basamak Sıra No	Girişim/İşlem Açıklamaları
1	Gebenin kimliği doğrulandıktan sonra, gebeye işlem hakkında açıklama yapılmalı ve onamını alınmalıdır.
2	İşlem öncesi doppler veya fetoskopi fetal kalp hızı değerlendirilmeli ve ebe gözlem formuna kaydedilmelidir.
3	Eller yıkanarak malzemeler hazırlanmalıdır (steril eldiven, steril poş açacağı, hasta bezi ya da ped).
4	Gebenin mahremiyeti korunarak, gebeye uygun pozisyon verilmeli ve hasta bezi gebenin kalçasının altına yerleştirilmelidir.
5	Vajinal muayene yapılarak serviksin efesmanı ve dilatasyonu, zarların durumu, angajman ve fetüs başının seviyesi değerlendirilir.
6	Fetüs başı yüksekte ise kord prolapsusu olasılığı nedeniyle amniyotomiden kaçınılmalıdır.
7	Poş açacağı steril bir şekilde açılır ve steril eldiven giyilir.
8	Poş açacağı vajinal duvar ile vajinal muayene yapılan parmaklar arasına alınarak ucu aşağıda olacak şekilde dikkatlice kaydırılır.
9	Ebe poş açacağını parmaklarının arasına alarak kancasını amnion zarına takarak açar.
10	Fetüsün başı servikse yerleşinceye kadar ebe parmaklarını çekmemelidir. Fetüsün inişi, pozisyonu, kordon ve fetal kalp hızı yeniden değerlendirilir. Amniyotik mayinin rengi, içeriği ve miktarı değerlendirilir.

► İntravenöz Oksitosin İnfüzyonu

Oksitosin infüzyonunda amaç her 2-3 dakikada bir etkin uterus kontraksiyonlarının sağlanmasıdır (Tunnage ve Deering, 2018).

Endikasyonlar

- Yetersiz uterin kasılmalar
- Doğumun yavaş ilerlemesi (partografa göre) durumlarında kullanılır (ACOG, 2004).

Önemli Not:

Intravenöz oksitosin infüzyonu sadece tekil gebelik ve sefalik prezentasyonu olan gebeler için uygundur.



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kontrendikasyonlar

Oksitosin infüzyonu kontrendikasyonları Tablo 17'de verilmektedir (*Tunnage ve Deering, 2018; WHO, 2015*).

Tablo 17. Oksitosin İnfüzyonu Kontrendikasyonları

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

Doğum İndüksiyonu Başarısının Öngörüsü

İndüksiyon başarısı üzerine etkili en önemli faktör serviksin olgunluk durumudur. Serviksin olgunluk durumunu belirlemek için Calder'in modifiye Bishop skoru kullanılmaktadır (Tablo 18). Bishop skoru 6'nın altında başarı şansı düşükken, 9'un üzerinde yüksektir (*Calder, 1974; Lau, 2022*).

Tablo 18. Modifiye Bishop Skoru

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	

Dozaj

- ▶ 1000 mL serum fizyolojik içine 10 IU veya 500 mL serum fizyolojik içine 5 IU oksitosin eklenerek, 1 mL'de 10 miliünite (10mIU/mL) oksitosin dozu elde edilir.
- ▶ 1 mL yaklaşık 20 damlaya karşılık gelmektedir.
- ▶ 2 tip oksitosin protokolü vardır (Tablo 19) (*ACOG, 2004; Tunnage ve Deering, 2018*).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 19. Oksitosin Uygulama Protokolü

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

Önemli Not:

Oksitosin infüzyonuna amniyotomiden 1 saat, vaginal/oral misoprostol (PGE1) tablet kullanımından 4 saat ve dinoproston çıkartılmasından 30 dakika sonra başlanmalıdır.

Komplikasyonlar

- Akut hipotansiyon
- Su intoksikasyonu
- Uterus hiperstimülasyonu veya taşisitoli

Uygulanış Basamakları

Oksitosin uygulama basamakları Tablo 20’de verilmektedir (Bay ve Bulut, 2020; Uçar ve Güney, 2022).

Tablo 20. Oksitosin Uygulama Basamakları

Basamak Sıra No	Girişim/İşlem Açıklamaları
1	İndüksiyona başlamadan önce, gebeye işlem hakkında açıklama yaparak aydınlatılmış onamını almalıdır.
2	Önerilen dozda oksitosin infüzyonuna başlanır ve 30-40 dk ara ile doz arttırılır. Ebe, gebenin IV kateterini, giden damla sayısını ve sette tıkanıklık durumu kontrol etmelidir.
3	Sürekli EFM yapılmalıdır.
4	İlerlemeyi değerlendirmek için vajinal muayene yapılır. 4 saatlik infüzyondan sonra önemli bir dilatasyon ve yeterli kasılmalar yoksa ek tedavi hakkında ⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.
5	Oksitosinin yan etkilerine karşı dikkatli olmalıdır. Eğer uterin taşisistol ya da şüpheli fetal distress varsa, infüzyon hemen durdurulur ve intrauterin basamakları uygulanarak ⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

3.1.2. Aktif Fazın Hızlı İlerlemesi

Aktif fazın hızlı ilerlemesinin nedenleri:

- Uterin taşisistol (en az iki ardışık aralıkta 10 dakikada >5 uterus kasılması),
- Hipertonik uterus kontraksiyonları (60 saniyeden uzun süren uzun süreli kasılmalar).

► Aktif Fazın Hızlı İlerlemesinin Yönetimi

Fetal kalp hızı değerlendirilmesi yapılmalı ve **⚠ HEKİM BİLGİLENDİRİLMELİ** ve intrauterin resusitasyon basamakları başlatılmalıdır. Bu konservatif önlemler arasında;

- Kadına sol yan pozisyon verilmesi,
- Gerekirse yüz maskesiyle oksijen,
- İntravenöz sıvılar,
- Normal uterin aktivitesi elde edilene kadar kadınla birlikte kalma,
- 30 dakikada bir uterin tonusu ve kasılma sıklığını yeniden değerlendirme,
- Mümkünse sürekli kardiyotokografi veya birinci evrede her 15 dakikada bir ve ikinci evrede her 5 dakikada bir fetal kalp hızı oskültasyonu ve
- Gerekirse olası acil sezaryen için en uygun koşulların hazırlanması

yer almaktadır (Friedman ve Cohen, 2023).

3.1.3. Distosi Yönetimi

Baş-Pelvis Uyumsuzluğuna Bağlı Distosi

Baş-pelvis uyumsuzluğu (sefalopelvik uyumsuzluk) ifadesi; fetal baş ve maternal pelvisin normal vajinal yolla doğuma olanak sağlamadığı ve bu nedenle doğum eyleminin tıklandığı durumlar için kullanılır (Sağlık Bakanlığı, 2010; Zegarra vd., 2023). Distosi yönetimi ile umbilikal kordun prolapsusu yönetimi kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından yapılmalıdır.

Nedenleri

- Fetal makrozomi, hidrosefali, malpozisyon (oksiput posterior veya transvers) veya malprezentasyon (belirgin asinklitizm, hiperekstansiyon)
- Çoğul gebelik veya polihidramnios nedeniyle uterus aşırı gerilmesi
- Açıklanamayan yetersiz uterus kontraktilitesi
- Diğer nedenler (anne obezitesi, ileri yaş ve koryoamniyonit) (Friedman ve Cohen, 2023).

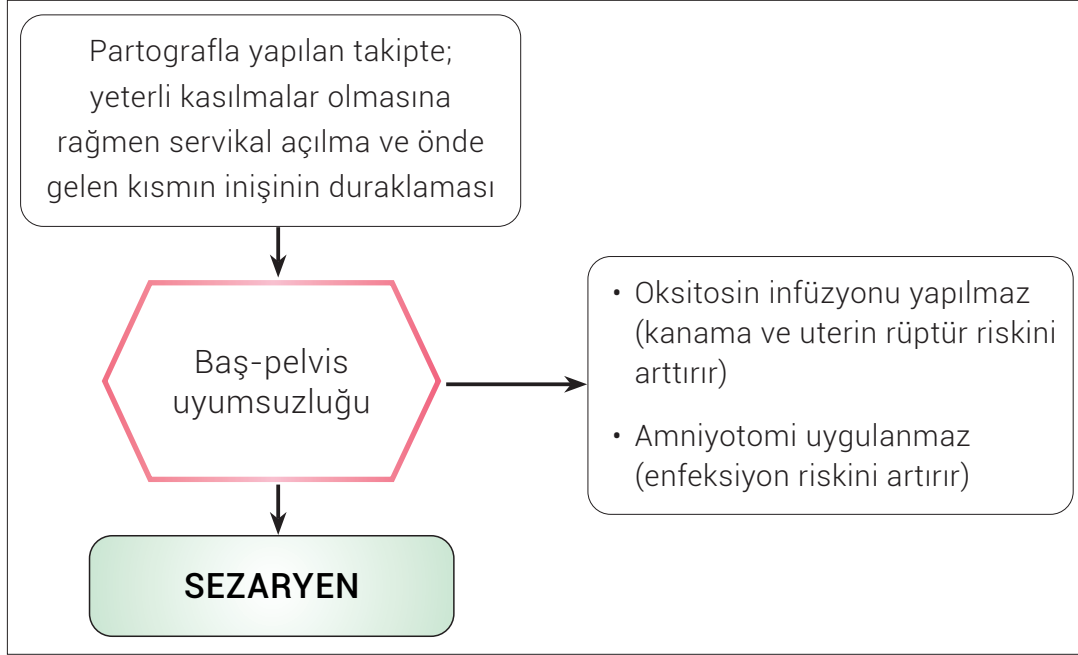


3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Baş-Pelvis Uyumsuzluğunun Yönetimi

(Algoritma 3) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Algoritma 3. Baş-Pelvis Uyumsuzluğunun Yönetimi

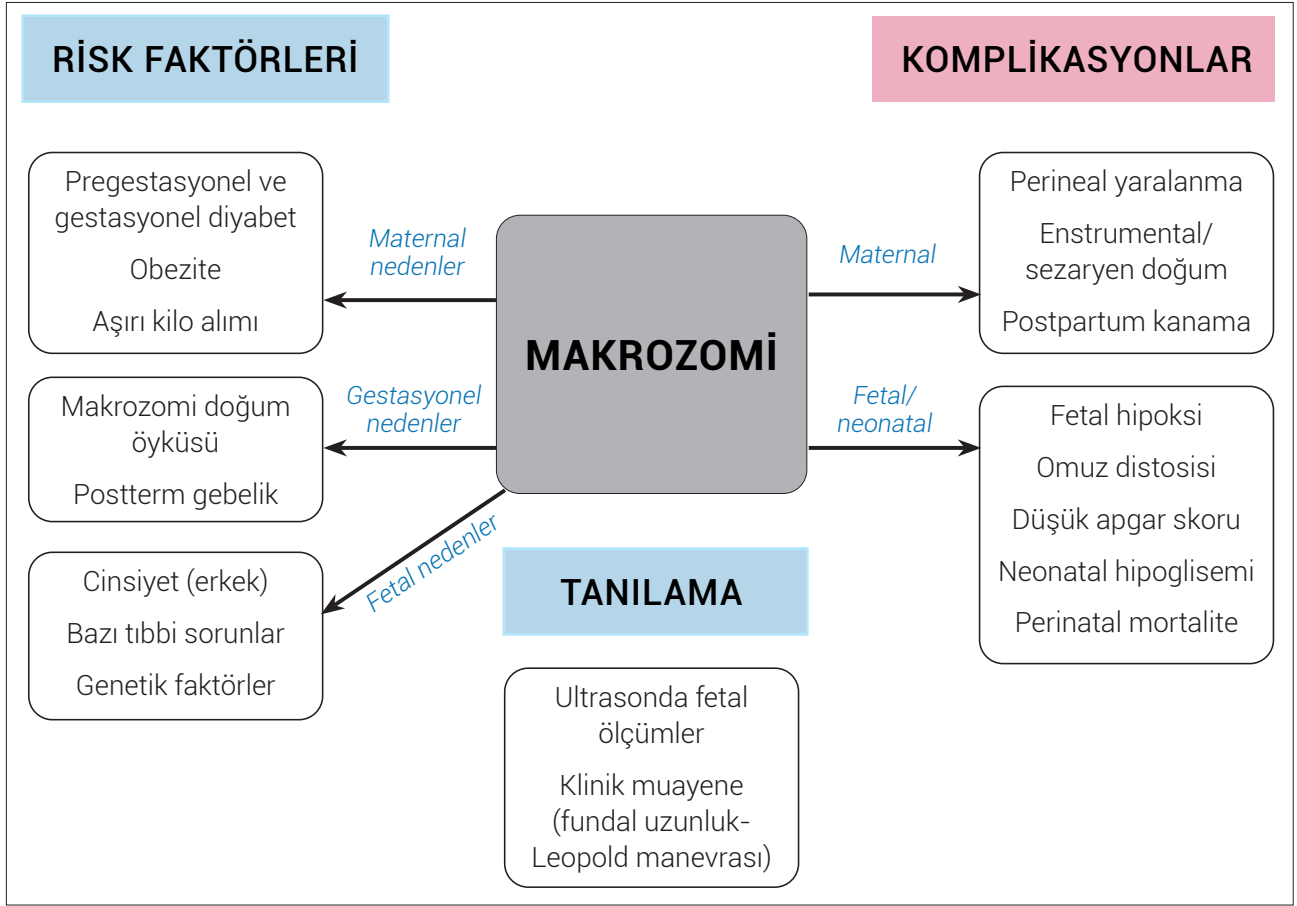


Fetal Makrozomiye Bağlı Distosi

Makrozomi, fetusun doğum ağırlığının 4000 gr ve üzerinde olmasıdır (Júnior vd., 2017; Nguyen ve Ouzounian, 2021). Fetal makrozominin risk faktörleri ve komplikasyonları maternal ve fetal nedenlere bağlı olarak değişir. Tanılanmasında gebelik takibinde klinik muayene (fundal uzunluk-Leopold manevrası) ve ultrasonografik fetal ölçümler kullanılabilir (Şekil 17) (Júnior vd., 2017; Nahavandi vd., 2018).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ



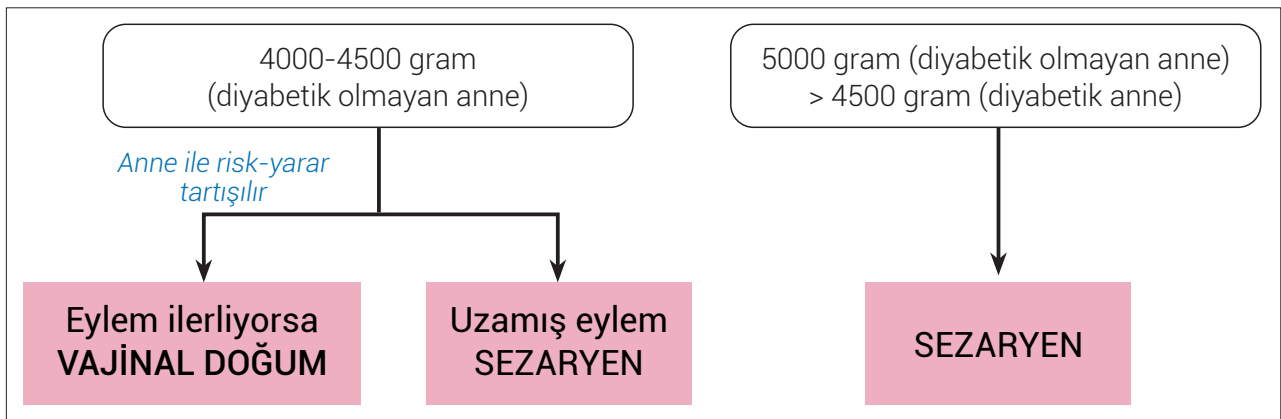
Şekil 17. Fetal Makrozomi Risk Faktörleri, Komplikasyonlar ve Tanılama

Tanılanmasında gebelik takibinde klinik muayene (fundal uzunluk-Leopold manevrası) ve ultrasonografik fetal ölçümler kullanılabilir. Klinik yönetimi Algoritma 4'te verilmiştir.

Fetal Makrozominin Yönetimi

(Algoritma 4) (ACOG, 2016; Nguyen ve Ouzounian, 2021).

Algoritma 4. Fetal Makrozominin Yönetimi





3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

3.1.4. Makat Prezantasyon

Makat prezantasyon, fetüsün pelvis içinde makat, diz veya ayaklarının fetal baştan önce gelmesidir (Ayres-de-Campos, 2016).

Makat Prezantasyonun Sınıflandırılması; saf, tam ve yarım makat şeklindedir.

Makat Prezantasyon Nedenleri: Prematürelilik, çoğul gebelikler, fetal anomali, uterin veya pelvik anomali (bicornuate uterus, uterin leiomyoma), plasenta previa, önceki makat doğum öyküsü (Gray ve Shanahan, 2024; Impey vd., 2017).

Tanılama

Abdominal Palpasyon

Uterus fundusunda fetal baş hissedilebilir (fetal kalp sesleri genellikle gebe umblikusunun üstünde duyulur).

Vajinal Muayene

Önde gelen kısım düzensiz hissedilir, sert fetal kafatasındaki fontaneller hissedilmez.

Ayakta veya tam makattaki önde gelen kısmın yakınında kordonun nabızı hissedilebilir.

Saf makat ile sadece fetusun kalçaları ve genital organları hissedilir ve ayaklardan daha az sert ve daha az düzensizdirler ve daha az sıklıkla kordon içerir.

Makat Prezantasyonda Doğum Süreci

Üç olasılık bulunmaktadır:

1. Eksternal Sefalik Versiyon

37. gestasyonal hafta ve üzerinde yapılan eksternal sefalik versiyon, komplike olmayan (tam ve saf makat geliş) makat gelişli gebelerde pozisyonu, makat gelişten sefalik geliş çevirebilmektedir. Eksternal sefalik versiyon yalnızca hastane ortamında ⚠️**UZMAN HEKİM TARAFINDAN** ve herhangi bir kontrendikasyon yoksa (membran rüptürü, çoğul gebelik, önceki sezaryen doğum, şiddetli hipertansiyon, oligohidroamniyos, fetal distres) yapılabilir. Ancak eksternal sefalik versiyon yalnızca acil sezaryen olanağının olduğu yerlerde uygun şekilde eğitilmiş sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır (Excellence in Women's Health- RANZCOG, 2021; National Guideline Alliance, 2021). Ülkemizde ise sağlık profesyonelleri tarafından yaygın kullanılan bir yöntem değildir.

- ▶ Eksternal sefalik versiyon başarılı olursa vajinal doğum takibi yapılabilir.
- ▶ Eksternal sefalik versiyon başarısız olursa vajinal makat doğum olarak izlenir veya sezaryen ile doğurtulur (Excellence in Women's Health- RANZCOG, 2021; Kotaska ve Menticoglou, 2019; National Guideline Alliance, 2021).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

2. Vajinal Doğum

- Planlanmış vajinal makat doğum donanımlı bir hastanede ve nitelikli sağlık personelleri (deneyimli ebe, pediatri uzmanı, deneyimli doğum uzmanı) olursa yapılabilir.
- Fetal pozisyon, vajinal muayene veya ultrason ile belirlenmeli ve doğum eylemi boyunca fetal kalp atımı takip edilmelidir.
- Makat perineye inene kadar gebeye aktif itme hareketi yaptırılmamalıdır.
- Bir saatlik aktif itmeden sonra doğum yakındır.
- Fetüsün umblikusu perineden doğuncaya kadar herhangi bir müdahalede bulunulmaz. Sefalik doğum gibi ilerlemesi izlenmelidir. Doğum, spontan ya da müdahaleli doğum olsa da umblikus çıkmadan fetal manevralar yapılmamalıdır. Bu noktadan önce acil doğum gerektirecek bir durum ortaya çıkarsa (fetal kalp seslerinin bozulması vb.), doğumun sezaryen ile olması gerekir.
- Fetüsün umblikusu, annenin perinesini geçtikten sonra, umbilikal kord parmakla tutularak 10-12 cm'lik bir bölümü aşağı indirilir. Böylece doğum sırasında umbilikal kordun gerilmesi önlenir. Ancak kord gevşetilirken zorlanmamalıdır.
- Eğer toraksın doğumu yavaşlarsa Lovsett manevrası yapılmalıdır. Takiben kontrollü ve nazik bir şekilde baş doğurtulmalıdır.
- Gerekli durumlarda arkadan gelen başa bu konuda yeterli donanım ve deneyime sahip kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından forseps uygulanabilir.
- Makat gelişlerinde epizyotomi gerekebilir (*Kotaska ve Menticoglou, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2010; Spillane, 2021; Uçar ve Güney, 2022*).

Önlemler:

Vajinal makat doğumlar ameliyathanesi olan hastanelerde gerçekleştirilmelidir. Makat doğumda uzmanlaşmak önemlidir ve bu pratiğe sahip olunmadan doğum eyleminin denenmesi önerilmemektedir.

3. Sezaryen

Makat prezentasyonda, aşağıda sıralanan durumlar varsa sezaryen önerilir:

- Yüksek tahmini fetal ağırlık (4000 gramdan fazla)
- Düşük tahmini ağırlık (2800 gram altı)
- Ayak geliş
- Doğum öncesi fetal tehlikeye dair kanıt (makrozomi, fetal anomali gibi)
- Uygunsuz pelvis
- Ultrasonda boyunda kordon dolanması
- Fetal başın hiperekstansiyonu
- Uterus disfonksiyonu



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

- Ayak prezentasyonu
- 34. gebelik haftası ve altındaki gebeliklerde
- Ciddi fetal büyüme geriliği (ACOG, 2006; *Excellence in Women's Health- RANZCOG*, 2021; *Impey ve ark.*, 2017; *Kotaska ve Menticoglou*, 2019; *Sağlık Bakanlığı*, 2010).

3.1.5. Fetal Distres

Fetal distres, fetüsün gebelik veya doğum sırasında yetersiz oksijenasyon belirtileri gösterdiği durumdur (*American Pregnancy Association*, 2021; *Ayres-de-Campos*, 2016).

Fetal Distres Belirtileri

- Fetal kalp atış hızında anormallikler
- Fetal hareketlerde azalma
- Mekonyumlu amniyotik mayi (*Ayres-de-Campos*, 2015; *Chandrahara ve Arulkumaran*, 2007; *O'Heney vd.*, 2022).

Fetal Distresin Yönetimi

- İntrauterin resüsitasyon basamakları uygulanır.
- Servikal açıklık tam ve fetal iniş ilerliyorsa ⚠️**HEKİM BİLGİLENDİRİLİR**, gerekli durumda operatif doğum için hazırlık yapılır.
- Fetal kalp hızında düzelmeyen ve normale dönmeyen bir durum mevcutsa, perinatal morbidite ve mortaliteyi önlemek için sezaryen önerilir. Fetal distres tanısı konulan gebeye en geç 30 dakika içerisinde sezaryen yapılması gerekmektedir (Algoritma 6) (*American Pregnancy Association*, 2021; *Chandrahara ve Arulkumaran*, 2007; *Strachan*, 2019; *Visser*, 2017).

Önemli Notlar:

Fetal distres tanısı konulan gebeye en geç 30 dakika içerisinde sezaryen yapılması gerekmektedir.

3.1.6. Umbilikal Kord Prolapsusu

Umbilikal kord prolapsusu, umbilikal kordun, fetüsün gelen kısmından daha önde yer alması durumudur. Fetal hipoksi ve bradikardiye yol açar ve bu da fetal ölüme veya kalıcı sakatlığa neden olabilir (*Boushra vd.*, 2023; *Mari*, 2019).

Umbilikal Kord Prolapsusu belirgin veya gizli (non-overt) olabilir.

- Belirgin prolapsus, doğum sırasında kordonun fetustan önce serviks ve vajene doğru kayması anlamına gelir. Vajina içinde elle tutulabilir veya hatta vajinadan gözle görülebilir şekilde sarkabilir.
- Gizli prolapsus, kordon fetusun yanında (öncesinde değil) kayar. Gizli prolapsusta kordon görünmez veya elle tutulamaz (*Holbrook ve Phelan*, 2013; 2017; *Spillane*, 2021).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Risk Faktörleri

Umbilikal kord prolapsusu risk faktörleri Tablo 21'de verilmektedir (Ayres-de-Campos, 2016; Spillane, 2021; Boushra vd., 2023; Holbrook ve Phelan, 2013; Mari, 2019).

Tablo 21. Umbilikal Kord Prolapsusu Risk Faktörleri

Genel Risk Faktörleri	Girişimlere Bağlı Risk Faktörleri
Multiparite	Membranların yapay rüptürü
Düşük doğum ağırlığı (2500 gram altı)	Eksternal sefalik versiyon
Prematürite (<37 hafta)	Doğumun indüksiyonu
Fetal konjenital anomali	
Malprezentasyon	
Polihidroamniyos	
Çoğul gebelikler	
Spontan membran rüptürü	

Tanımlama

- ▶ Ani başlayan, şiddetli fetal bradikardi veya tekrarlayan, şiddetli değişken yavaşlamalar ortaya çıkar,
- ▶ Servikal muayenede nabız atan umbilikal kordon palpe edilebilir,
- ▶ Gebe belirgin bir kordon sarkması gördüğünü veya hissettiğini bildirebilir,
- ▶ Kesin tanı, umbilikal kordonunun önde gelen fetal kısmın önünde görselleştirilmesi veya palpasyonuna dayanarak yapılır (Ayres-de-Campos, 2016; Mari, 2019).

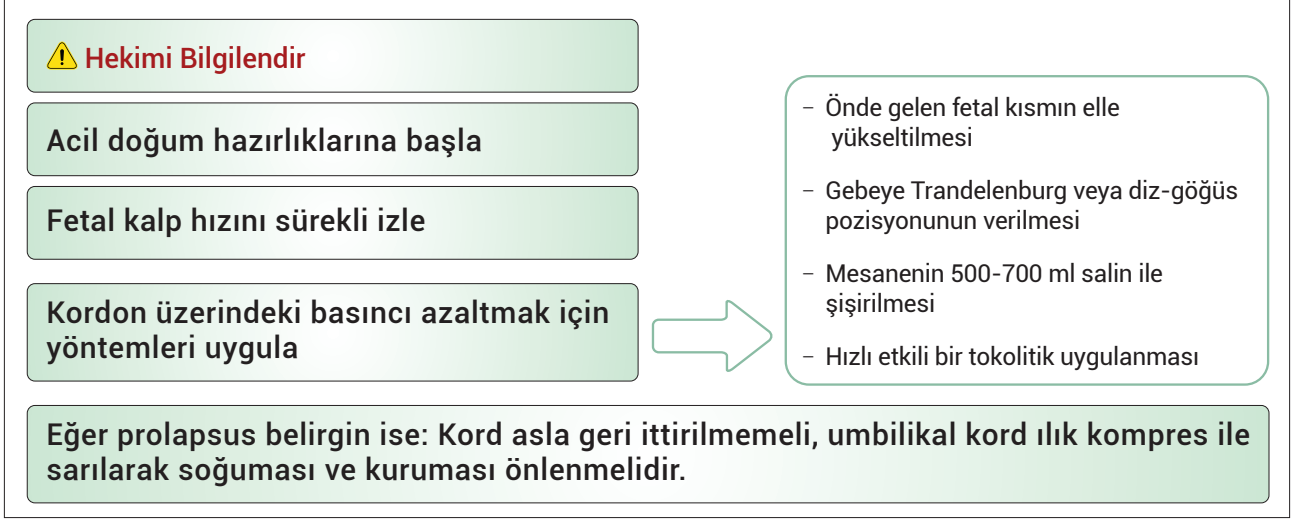
Umbilikal Kord Prolapsusunun Yönetimi

Akut kordon prolapsusunun en iyi obstetrik yönetimi, kordonun önde gelen fetal kısım ile doğum kanalı arasında sıkışmasından kaynaklanan fetal tehlikeyi veya ölümü önlemek için hızlı doğumdur. Umbilikal kord prolapsusunun yönetimi Algoritma 5'te verilmektedir (Bush vd., 2024; Spillane, 2021; Uçar ve Güney, 2022).



3. DOĞUMUN BİRİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Algoritma 5. Umbilikal Kord Prolapsusunun Yönetimi





4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

4.1. Doğumun İkinci Evresinin Yönetimi

Doğumun ikinci evresi, rahim ağzının (serviksin) tam açılması ile bebeğin doğumu arasında geçen süredir.

Gebelere, ikinci aşamanın süresinin değişken olduğu konusunda bilgi verilmelidir. İlk doğumlarda bu sürenin genellikle 3 saatte tamamlanırken sonraki doğumlarda genellikle 2 saatte tamamlanması beklenir. Operatif vajinal doğumlar yalnızca hekim mevcut olduğunda gerçekleştirilmelidir (WHO, 2018). Doğumun ikinci evresinin izlem ve yönetimine ilişkin genel tavsiyeler Kutu 26'da verilmektedir.

Kutu 26. Doğumun İkinci Evresinin Yönetimine İlişkin Genel Tavsiyeler

- ▶ Doğum yapılacak ortamın ferah ve temiz olduğundan emin olunur,
- ▶ Gebenin konforu ve eylem için uygun pozisyon almasına imkan verilir,
- ▶ Gebenin dinlenme periyodlarında gevşemesi sağlanır,
- ▶ Gebenin cesaretlenmesi teşvik edilir,
- ▶ Doğum ekipmanlarının tam ve işleme uygun olup olmadığı değerlendirilir,
- ▶ Gebenin kasılmaları, dilatasyonun tam olmasından sonra geçen süre ve fetüsün doğum kanalında ilerleyişi değerlendirilir,
- ▶ Güçlü kasılmalara rağmen serviksin tam dilatasyonundan 1 saat sonra doğumda herhangi bir ilerleme belirtisi görülmediğinde durum yeniden değerlendirilmeli ve bu durumda, **⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR,**
- ▶ Bulgular partografıta kayıt altına alınır,
- ▶ Gebeye kendi ıkınma dürtüsüyle ıkınması gerektiği alınır,
- ▶ Anne adayına itici gücünü nasıl kullanacağı açıklanır,
- ▶ Anne adayına olumlu direktifler verilir,
- ▶ Bebeğin sağlık durumu anne ile paylaşılır,
- ▶ Fetal baş perineyi kabartırken perinenin esneme özelliği değerlendirilir.

Doğumun ikinci evresinde doğum yaralanmalarını azaltmaya yönelik intrapartum önlemler Kutu 27'de verilmektedir.



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kutu 27. Laserasyonları Azaltmaya Yönelik İntrapartum Önlemler

- ▶ Doğum yapan kadınların perine bölgesine sıcak kompres uygulayın,
- ▶ Hem "hands-on" hem de "hands-off" tekniği (ebenin elleri doğum yapan kadının perine bölgesine veya fetüs başına değmez, ancak ebe her an müdahale edebilir konumdadır) uygulayın,
- ▶ Spontan vajinal doğum sırasında rutin epizyotomi uygulamayın,
- ▶ Epizyotomi yapılacaksa mediolateral epizyotomi ilk tercih olarak önerilir,
- ▶ Düşeyle olan açı, 60 derece olmalıdır ve uzunluk makas boyu kadar olmalıdır,
- ▶ Eğer epizyotomi riskli bir fetüsün doğumunu hızlandıracaksa mutlaka yapılır,
- ▶ Kasılmalar azalıyorsa oksitosin uygulaması diğer önlemlerin (örn. enerji sağlanması, mesanenin boşaltılması, mobilizasyon) yanında düşünülebilir,
- ▶ Uzamış aktif faz tanısı konuldu ise her 15-30 dakikada bir obstetrik değerlendirme yapılır,
- ▶ Fundal bası uygulanmaz,
- ▶ ⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR.**

Doğumun ikinci evresinde ekspulsiyon evresine yönelik tavsiyeler Kutu 28'de verilmektedir.

Kutu 28. Ekspulsiyon Evresine Yönelik Tavsiyeler

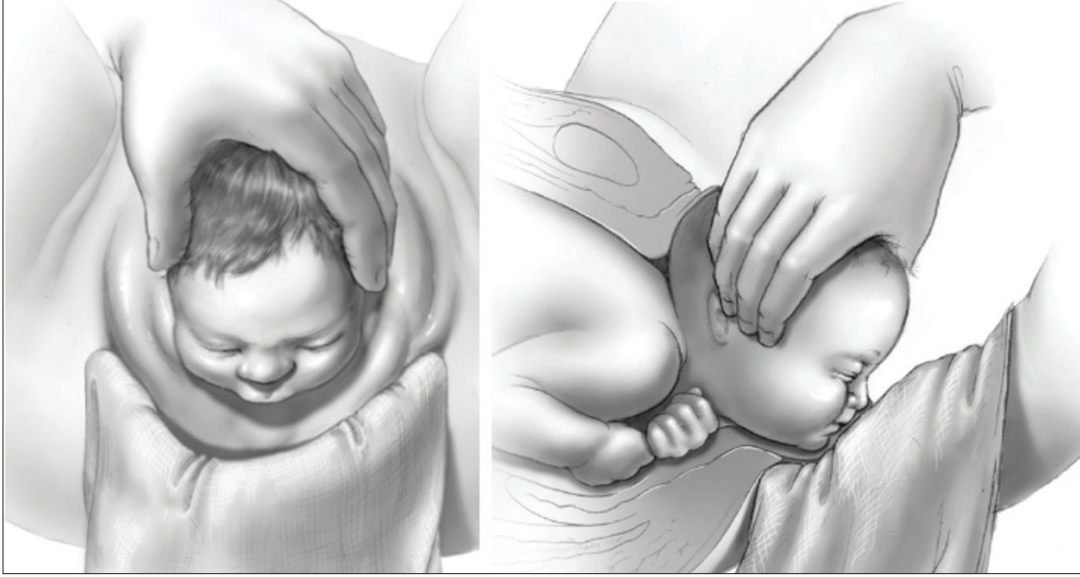
- ▶ Perine taçlanmadan gebeyi doğum masasına almayın. Gebenin masada doğum yapması kesin koşul değildir. Öreke de ya da dikey pozisyonlarda doğum yapmasına tercihinin göre imkan tanıyın.
- ▶ Ortamı ve gerekli malzemeleri hazırlayın.
- ▶ Ellerinizi yıkayıp kurulayın.
- ▶ Doğum setini kuru ve temiz bir yüzeye yerleştirerek asepsi kuralları çerçevesinde açınız.
- ▶ Tekrar elleri yıkayıp kurulayın.
- ▶ Steril eldivenleri giyin.
- ▶ Perineyi örtün ve önden arkaya doğru aseptik solüsyonla temiz olmasını sağlayın.
- ▶ Kontraksiyon ile birlikte annenin ıkınma dürtüsünü, fetüsü itme şeklini ve fetüsün doğum kanalından ilerleyişini değerlendirin.
- ▶ Gebe oksitosin almıyor iken kontraksiyonlar yeterli değil ve annede ıkınma dürtüsü oluşmamışsa, ⚠ **HEKİME OKSİTOSİN İNFÜZYONU İÇİN DANIŞILIR.**
- ▶ Yeterli kontraksiyonlara, ve annenin itici gücünü etkili bir şekilde kullanmasına rağmen fetal baş doğum kanalından iniş sağlayamıyorsa baş pelvis uygunsuzluğundan şüphe edilir. Bu durumda, ⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR.**
- ▶ Gebe oksitosin alıyor, kontraksiyonlar yeterli ve gebenin tüm çabalarına rağmen fetal baş doğum kanalında kontraksiyonla ilerleyip kontraksiyon sonrasında eski konumuna doğru geriliyorsa kordonun kısa olabileceğini düşünün ⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR.**
- ▶ Yeterli kontraksiyonlara ve annenin itici gücünü etkili şekilde kullanmasına rağmen fetal baş doğum kanalına yerleşmiş ancak ilerleyemiyorsa oksiput posteriordan şüphe edilebilir. Fetüsün pozisyonunu tekrar değerlendirin.
- ▶ Oksiput posterior pozisyonundan şüpheleniliyorsa gebenin, fetüsün sırtının bulunduğu yönün tersine doğru pozisyon alması, diz dirsek pozisyonuna gelmesi, yürümesi ve bir yere tutunup salınması ya da bir şal ile pelvik sallama hareketleri faydalı olabilir. Uygun pozisyon alması için gebeyi destekleyin.



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kutu 28. devamı

- ▶ Gebeyi, spontan ıkmaya için destekleyin.
- ▶ Fetal baş perineyi kabartmaya başladığı anda perinenin elastikiyetini değerlendirin.
- ▶ Fetal kalp seslerini kontraksiyonlardan sonra dinleyin.
- ▶ Fetüsün yaşamını tehdit eden bir durum mevcut ise epizyotomi uygulayarak fetüsün doğumunu hızlandırın.
- ▶ Fetal kalp seslerinde herhangi bir anormallik (bradikardi) yok ise fetüsün doğumuna müdahalede bulunmayın (anneyi ıkındırmayın, fundal bası uygulamayın).
- ▶ Her kontraksiyon ve annenin ıkmaya dürtüsüyle fetal baş perineyi yavaş yavaş esnetecek ve bu durum perine yaralanma riskini azaltacaktır. Ebeye düşen görev 'hands on' 'hands off' tekniği ile her an müdahale edebilir pozisyonda beklemektir.
- ▶ Fetal başın doğumu sırasında anüs bir spanç ile kapatılarak fetüsün gaita ile kontamine olması engellenmelidir. Bazı gebelerde Rintgen manevrası yapılabilir (Resim 7) (Leveno vd. 2018). Burada perinenin ve klitorisnin korunması için perinenin yavaşça sıvazlanması uygulanabilir. Ancak her gebeye bu müdahale gerekli olmayabilir. Multipar gebelerde, perinenin elastikiyeti iyi vakalarda hands off tekniği ile FKH takip edilerek sabırla beklenir.
- ▶ Fetal başın doğumunu takiben anneye ıkmaması, nefes alıp vererek gevşemesi gerektiği söylenir.
- ▶ Başın perineden doğumunu takiben steril bir spanç ile fetüsün burun ve ağzı yukarıdan aşağıya doğru tek seferde silinerek solunum yolu temizlenir.
- ▶ Başın doğumunu takiben boynunda kordon olup olmadığını gözlemleyin.
- ▶ Dış rotasyonu sırasında fetal başı iki el ile alttan ve üstten destekleyerek rotasyonunu tamamlaması için ona zaman verin.
- ▶ Rotasyonu sonrasında ya da sırasında önce ön omuzun sonra arka omuzun devamında ise ön kalça ve arka kalçanın simfisiz pubis altından doğmasını destekleyin.
- ▶ 1 dakika içinde omuz henüz doğmamış ise üst omuzun simfisiz pubis altından doğması için omuz takılması prosedürlerini uygulayın.
- ▶ Fetüs vücudunun perineden kurtulmasının ardından ılık, yumuşak ve temiz bir havluyla fetüsün üzerini örtüp anne ile ten tene temasını sağlayın.
- ▶ Fetüs sağlıklı ise 1-3 dakika içinde kordonu klempleyin.
- ▶ Kordon kesimi için anne ya da baba cesaretlendirilebilir.
- ▶ Yenidoğanı 1. ve 5. dakikada cilt rengi, solunumu, ağlaması, refleksi ve kas tonüsü yönünden değerlendirme yapılır, anormallik var ise ⚠ **ÇOCUK HEKİMİNE BİLGİ VERİLİR** normal ise ten tene temasa devam edilir.



Resim 7. Ritgen Manevrası

► Doğum Pozisyonu

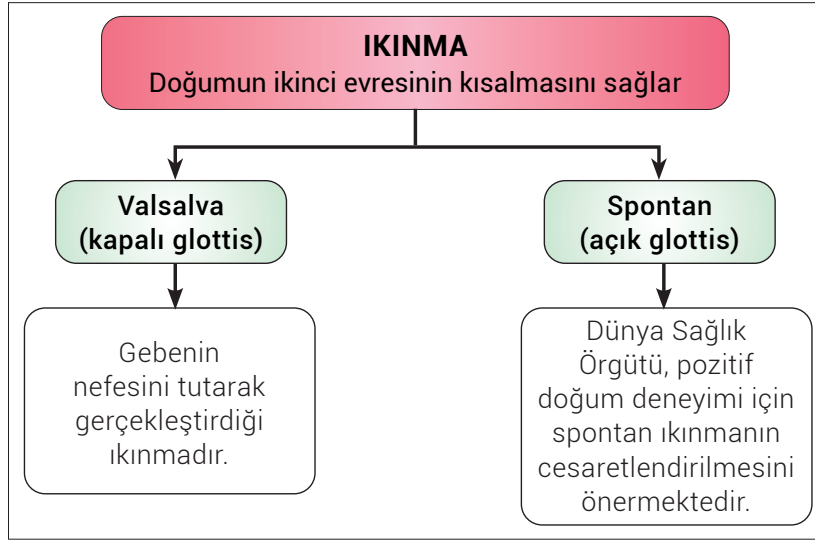
Gebelerin çoğu sırt üstü veya litotomi pozisyonunda doğum yapar çünkü bu pozisyonunda fetal izlem daha kolaydır. Ancak, squat (çömelme), oturma, diz çökme ve ayakta durma gibi doğumda dikey pozisyonlar, yan veya sırtüstü pozisyonlara göre doğum sırasında daha az şiddetli ağrı, pelvik çapta artış, daha verimli kasılmalar, doğumun ikinci evresinin daha kısa olması, aortokaval bası riskinin azalması ile ilişkilendirilmiştir (Moraloglu, 2017). Gebelerin kendileri için en rahat olan pozisyonunda doğum yapması teşvik edilmelidir.

► İkinma Yöntemi

Doğumun ikinci evresindeki kadınlar, kendi ıkınma dürtülerini takip etmeleri konusunda desteklenmelidir (WHO, 2018b). İkinma yöntemi ve faydaları Şekil 18'de verilmektedir.



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ



Şekil 18. İkinma Yönetimi ve Faydaları

4.2. Epizyotomi Yönetimi

Eylemin ikinci evresinde bulbo-kavernos kasına yapılan cerrahi bir insizyondur. Müdahaleli doğumlarda ve ilerlemeyen inişte epizyotomi endikasyonu vardır.

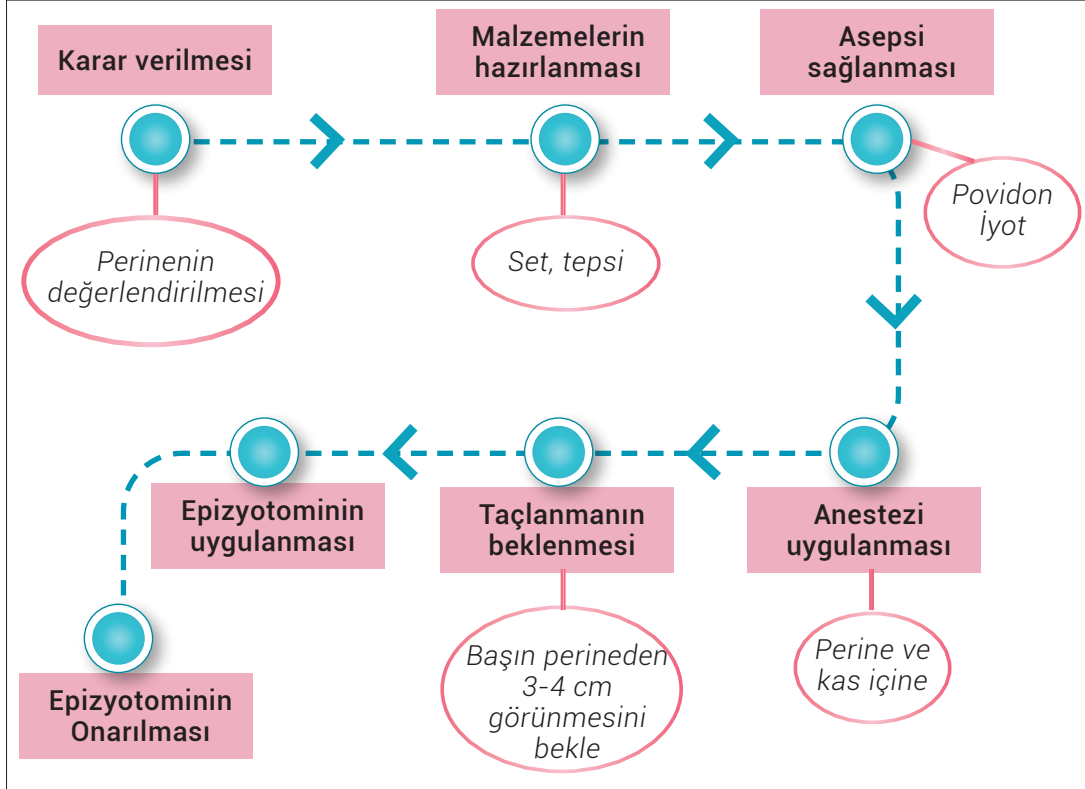
► Epizyotomi Yapılmasını Gerektiren Durumlar

Yapılan çalışmalar epizyotominin rutin olarak uygulanmamasını, yalnızca bir endikasyon nedeniyle uygulanmasını önermektedir. Bu endikasyonlar Kutu 29'da belirtilmiştir (Leal vd.,2014; Aguiar vd., 2019). Epizyotomi yapılmasını gerektiren durumlar Kutu 29'da (Sayiner ve Başkaya, 2019; Dönmez, 2009), Epizyotomi uygulaması algoritması ise Algoritma 6'da verilmektedir.

Kutu 29. Epizyotomi Yapılmasını Gerektiren Durumlar

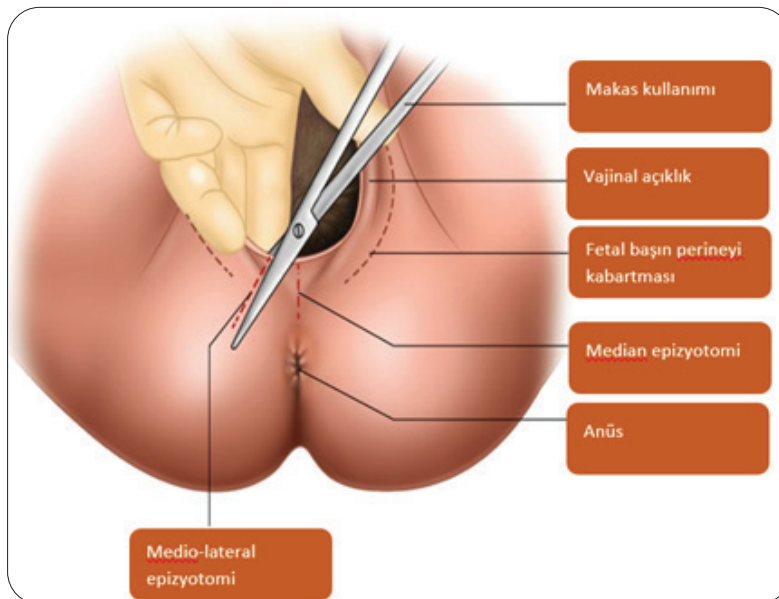
- Uzamış doğum eylemi,
- Makat prezantasyon,
- Rijid perine ya da perine bölgesinde skar dokusu varlığı,
- İri bebek,
- Premature bebek,
- Omuz distosisi,
- Doğumun ikinci evresinin kısalması gereken fetal distress durumları,
- Gelen kısım perineye dayandığı halde 5 dk. içinde doğumun gerçekleşmemesi,
- Annenin kalp yetmezliği gibi doğum sırasında fazla ıkmamasının engellenmesi gereken bir durumda,
- Pozisyon ve prezentasyon bozukluklarında,
- Vakum forceps kullanımı gibi müdahale gerektiren durumlarda.

Algoritma 6. Epizyotomi Uygulaması Algoritması



4.2.1. Epizyotomi Çeşitleri

Mediolateral ve median olmak üzere iki tip epizyotomiden bahsetmek mümkündür (Resim 8). (Demirgöz, 2020).



Resim 8. Epizyotomi ve Çeşitleri

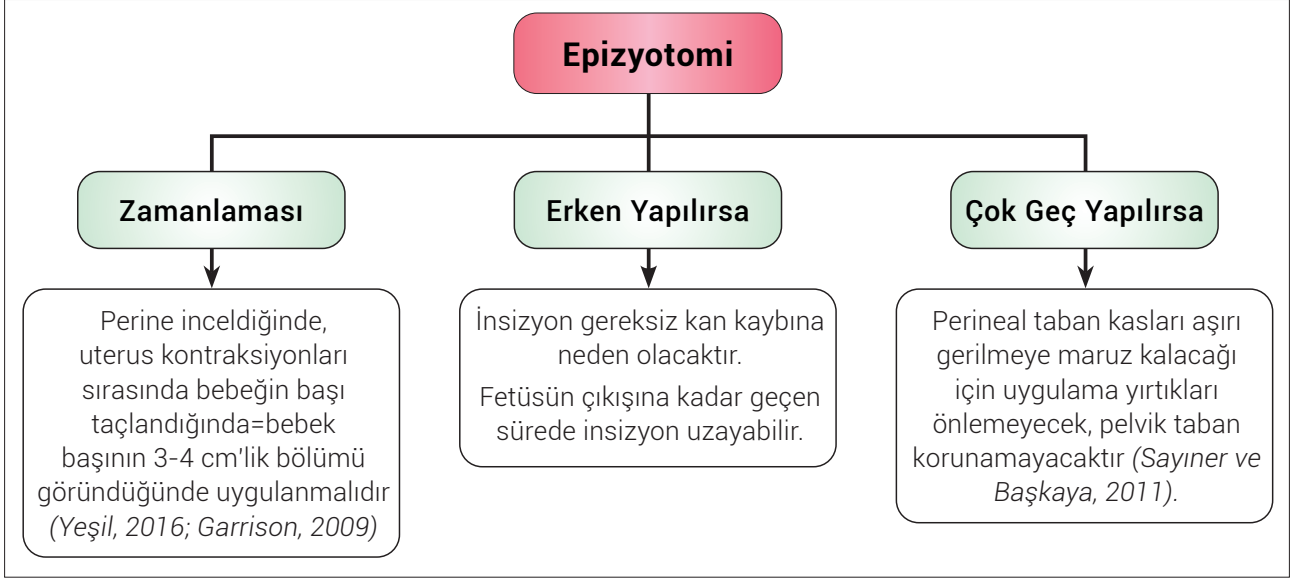
Kaynak: <https://images.app.goo.gl/X5tzLM7QP43o3m698>



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

4.2.2. Epizyotomi Zamanlaması

Epizyotomi zamanlaması Şekil 19'da verilmektedir.



Şekil 19. Epizyotomi Zamanlaması

4.2.3. Epizyotomi Uygulanması

Kesi yapılmadan önce yeterli anestezi sağlanmalıdır (Yeşil, 2016). Pudental sinir lokal olarak bloke edilmeli, annenin lokal anestetik maddeye karşı alerjisi olup olmadığı sorgulanmalıdır (Johnson ve Taylor, 2010). Ebeler, median epizyotomi açmamalıdır. Epizyotomi uygulama basamakları Kutu 30'da verilmektedir (Yeşil, 2016).

Kutu 30. Epizyotomi Uygulama Basamakları

- ▶ Epizyotomi uygulama durumuna karar verilir,
- ▶ Steril eldiven giyilir,
- ▶ İnsizyon şekline karar verilir,
- ▶ Baş perineye doğru ilerledikçe insizyon yapılacak perine dokusuna yakın yerlere lokal anestezi uygulanır,
- ▶ Anestetik maddenin etki etmesi ve başın perineyi kabartması beklenir,
- ▶ Sol elin işaret ve orta parmağı fetüs başı ve vajina arasına yerleştirilir,
- ▶ Gebenin kontraksiyonu sırasında tek bir hamle ile perineye makasla 3-4 cm kesi yapılır,
- ▶ Kesi sonrası perine desteklenir, bebeğin başının kontrollü çıkışı sağlanarak hızla çıkması engellenmiş olur.



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

4.2.4. Epizyotomi Onarımı

Doğumdan sonra epizyotomi bölgesi, kesinin alt ve üst köşeleri ve perinenin diğer kısımları, oluşabilecek perine laserasyonları açısından değerlendirilir. En uygun onarım zamanı plasentanın doğumundan sonra yapılandır (Sayiner ve Başkaya, 2019; Koyucu, 2023). Epizyotomi tamirinde iki önemli nokta vardır;

- 1) Hemostazın sağlanması,
- 2) Doku onarımı (vajinal mukoza, ince doku ve kaslar) (Demirgöz, 2020).

Daha hızlı absorbe edilen ve doku ile daha az alerjik reaksiyona giren maddeler sütür onarımı için tercih edilmelidir. Aşırı sütür doku kanlanmasını bozar. Sütür materyali olarak 0 veya 2-0 kromik katgüt ya da polyglycolic sütür (vicryl) kullanılır. Vajen, perine kasları ve cilt dokular karşılıklı birbirine denk gelecek şekilde onarılır (Yeşil,2016; Koyucu, 2023).

Onarım 3 kat olarak yapılır:

- **Vajinal mukozanın sütüre edilmesi:** İlk sütür, epizyotomi kesisinin vajinadaki tepe noktasının 1 cm üstüne sağlam dokuya atılır. Bu sütür kesitin iç ucundan başlayarak perineal yüzeyin üst kısımlarını bir araya getiren devamlı bir sütür şeklindedir. Hymen kalıntıları karşılıklı birbirine denk getirilmeye çalışılır. Onarım hymenal alanı geçerek tamamlanır (Garrison, 2009).
- **Kasın sütüre edilmesi:** Bulbokavernoz kas ve fasya yakalanarak yeterli derinlikte bir araya getirilmelidir. Bu dokuların gevşek ya da sıkı olmamasına dikkat edilmelidir.
- **Perineal yüzeyin sütüre edilmesi:** Cilt, cilt kenarları birleştirilerek ve cilt altı dokudan geçecek şekilde sepere sütürlerle (tek tek sütür) tamir edilir.

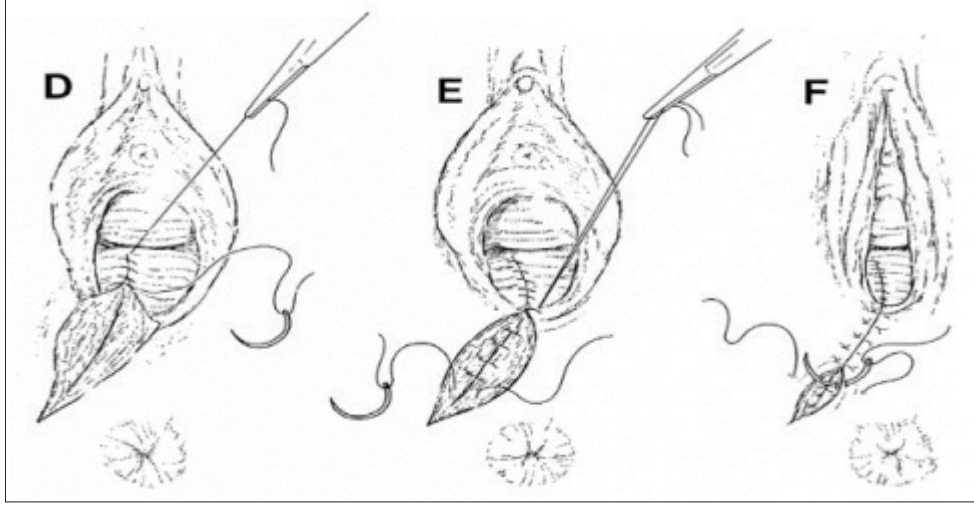
Epizyotominin onarımı Kutu 31'de, Medio-lateral epizyotominin onarımı Resim 9'da verilmektedir (Karaahmet, 2017).



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kutu 31. Epizyotomi Onarımı

- ▶ İnsizyon alanının daha rahat izlenmesi için bir ışık kaynağından destek alınır,
- ▶ Epizyotomi onarımı için eldivenler değiştirilir ve steril eldiven giyilir,
- ▶ İnsizyon yapılan bölge steril spanç ile silinerek kanama odakları ve insizyon alanını belirlenir,
- ▶ İkinci dereceden daha fazla olan, uzayan servikal kanal yırtıkları **⚠HEKİME BİLDİRİLİR,**
- ▶ Epizyotomi alanına yeniden anestezi madde uygulanır,
- ▶ Anestezi maddenin etki etmesi için 5 dakika beklenir,
- ▶ Kullanılacak sütür malzemeleri hazırlanır,
- ▶ Uterustan gelen kan akımını engellemek amacıyla vajina içerisine bir adet steril tampon yerleştirilir,
- ▶ İnsizyonun vajen içerisindeki uç noktası bulunur,
- ▶ Doku içerisindeki açık damar uçlarının bağlanması amacıyla kesinin uç noktasının 1 cm yukarısından ilk sütür atılır ve bağlanır,
- ▶ Epizyotomi hattı vajinal mukoza ve perineal kaslarda gevşek, sürekli (kontinü), kilitlenmeyen bir yöntem ile; perineal cilt sürekli subkütikuler teknik ya da tek tek veya matris sütürla onarılır
- ▶ Bulbokavernoz kas ve fasya yakalanarak yeterli derinlikte bir araya getirilir. Bu dokuların gevşek ya da sıkı olmamasına dikkat edilir,
- ▶ Minimal miktarda sütür materyali kullanılır,
- ▶ Süturlar gereğinden fazla sıkılmamalıdır, sıkı dikiş gereksiz ağrıya ve doku iskemisi nedeniyle iyileşmenin gecikmesine neden olabilir,
- ▶ Ölü boşluklar mümkün olduğu kadar elimine edilmeli, kan pıhtısı varsa temizlenmelidir. Kan pıhtısı bakterilerin artmasına neden olarak enfeksiyon riskini artırır. Ölü boşluklar, hematom oluşumu, ağrı, enfeksiyon ve yara açılması için zemin hazırlar,
- ▶ İnsizyon alanlarından kanama olup olmadığı kontrol edilir,
- ▶ Kanama görülürse kanama alanı tekrar dikilir,
- ▶ Kanama yok ise vajinal tampon çıkarılır,
- ▶ İnsizyon tamirinin yapıldığı bölge kanama ve hematoma açısından kontrol edilir,
- ▶ Rektal muayene ile süturların anal sfinkterden geçip geçmediği kontrol edilir,
- ▶ Anneden anal sfinkteri sıkması istenerek anal sfinkterin durumu değerlendirilir,
- ▶ Perine bölgesi antiseptik solüsyon ile temizlenir,
- ▶ Tüm işlemleri yaparken aseptik kurallara dikkat edilir,
- ▶ İşlem sonrası kullanılan tamponlar mutlaka sayılır.



Resim 9. Medio-Lateral Epizyotominin Onarılması

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2005).

4.2.5. Epizyotomi Bakımı

Epizyotomi sonrası insizyon yerinin temiz ve kuru tutulması önemlidir. Yara açılması %0,1-2 oranında görülebilir. Genelde doğumdan 2 ay ya da daha fazla zaman sonra tamir yoluna gidilir. Ağrı, büyük bir vulvar, paravajinal ya da iskiorektal hematoma ya da apse belirtisi olabileceğinden dolayı ağrı şiddetli ise bu yerleri dikkatli bir şekilde muayene etmek gerekir (Sayiner ve Başkaya, 2019; Koyucu, 2023).

İyileşme süresi genel olarak 7-10 gün sürmektedir. İyileşmenin hızlandırılması ve oluşabilecek rahatsızlıkların gidermesi için ılık oturma banyosu, kuru ve nemli sıcak uygulama, buz uygulaması etkili olan yöntemlerdir (Çobanoğlu, 2019).

4.3. Doğum Sırasında Ağrının Medikal Yönetimi

4.3.1. Doğumda Analjezik Kullanımı

Doğumda her gebe/lohusaya analjezi isteği sorulmalı ve istiyorsa mutlaka analjezi uygulanmalıdır. Doğum eylemi sırasında ortaya çıkan ağrıyı azaltmak için kullanılan farklı farmakolojik yöntemler vardır (Tablo 22) (Frölich MA, 2022).



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 22. Doğum Eylemi Esnasında Ağrıyı Azaltmak için Kullanılan Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik Yöntem	Özellik
Parenteral İlaçlar Meperidin, Fentanil, Remifentanil Gibi Opioidler	Rejyonal (örn: epidural) doğum analjezisi için uygun olmayan veya kabul etmeyen gebelerde opioidlerle sistemik analjezi seçeneği sunulabilir.
	Gebe ve yenidoğan yan etkiler açısından yakın takip edilmelidir: Fetal kalp hızında atımdan atıma değişkenliğin kaybı ve fetal hareketlerin azalmasına yol açabilir. Yenidoğanda santral sinir sistemi depresyonu ve solunumun başlamasında gecikme ortaya çıkabilir. Prematür bebekler bu etkilere daha duyarlıdır. Gebede de solunum depresyonu yapabilir, ek olarak bulantı-kusma ve mide boşalmasında gecikmeye neden olabilirler (Frölich MA, 2022; Sekhavat L, 2009).
	En fazla kullanılan opioid analjezik Meperidin 'dir (Petidin). A) İntramusküler yol özellikle servikal dilatasyon <7 cm ise en sık kullanılan yoldur. B) İntravenöz yol hemen analjezi ihtiyacı varsa ve serviks ≥7 cm dilate ise kullanılabilir. Ağrıda rahatlatma 5 dakika içinde hissedilir ve etkisi yaklaşık 2 saat sürer (Wong SSC, 2020; West Z, 2008). Genellikle doğumun en az 4 saat içinde beklenmediği durumlarda, erken evredeki doğum sürecinde verilir. Doğumun ilk evresinde kullanılır (Fukuda K, 2010). Doğum analjezisi için kullanılabilecek bir başka opioid analjezik Fentanil 'dir. Fentanilin düşük dozlarda neonatal depresyon etkisi çok azdır. Fentanil kullanırken seçeneklerden biri de intravenöz hasta kontrollü analjezi (iv HKA) yöntemidir. Bu yöntemde gebe hazırlanan ilacı HKA cihazı ile ihtiyaç duydukça kendi uygular. Çalışmalarda ağrıyı kontrol etme hissinin gebede olumlu sonuçlar doğurduğu gösterilmiştir (Kulkarni S, 2014).
	İntravenöz-HKA'ye başlamadan önce annenin kalp hızı, kan basıncı, solunum sayısı, kan oksijen satürasyonu (SpO2) monitorize edilmelidir. Kalp hızı ve SpO2 sürekli takip edilir. Diğer parametreler 30 dakikada bir ölçülmelidir. SpO2 <%95'in altında seyrederse, gebeye tüm infüzyon boyunca 2 litre/dakika akımla nazal oksijen verilmelidir. Satürasyon düşüklüğü devam ederse infüzyon sonlandırılır.
	⚠ HEKİME HABER VERİLİR.
İnhalasyon Anestezisi (Örn: Oksijen ve Nitröz Oksit Karışımı, Halojenize Gazlar)	İnhalasyon analjezisi belki de doğumda ağrının tedavisi için kullanılan en eski yöntemdir. Doğum analjezisi için en sık kullanılan inhalasyon anestezisi %50 nitröz oksit ve %50 oksijen karışımıdır. Anestezi ekibi tarafından uygulanır. Doğumun tüm evrelerinde kullanılabilir. Doğumun bir saat içinde olması beklenen, ilerlemiş doğum eyleminde ilk kez analjeziye ihtiyaç duyulan gebelerde tercih edilir (Parsa P, 2017; Wee M, 2007; Naddoni DB, 2016).



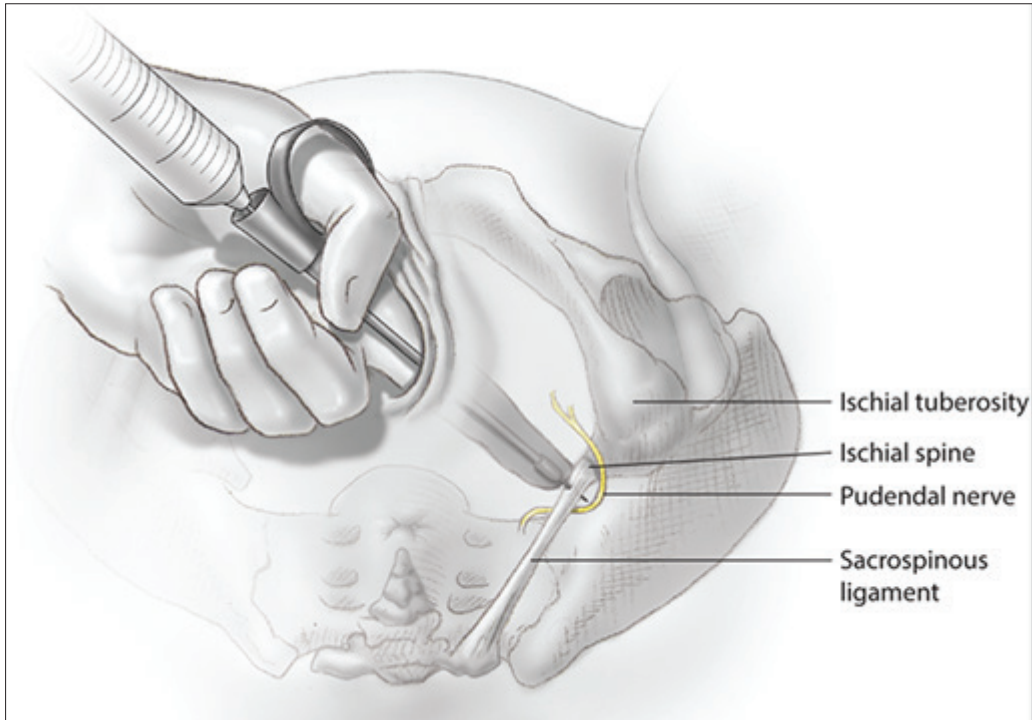
4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 22. devamı

Lokal Anestezi	Doğumda lokal anestezinin iki ana endikasyonu vardır: 1. Epizyotomi uygulaması için veya epizyotomi veya perine yırtığını onarıırken 2. Pudental blok yaparken Lokal anestetik yöntemler pudental blok ve perineal infiltrasyonu içerir (LeFevre ML, 1984; Novikova N, 2012). Pudental blok (Resim 10) için ilaç vajen duvarına enjekte edilir ve pudental sinirin iskiyal çıkıntısı geçerken bloklanması hedeflenir. Bu blok alt vajeni, perineyi, posterior vulvayı anestezize eder. Pudental blok güvenlidir, epidural analjezi istemeyen veya ilerlemiş doğum eyleminde epidural blok için yeterli zaman yoksa komplike olmayan doğumlar için basit bir metottur. Lokal anestetiğin intravasküler enjeksiyonu, hematoma ve enfeksiyon pudental bloğun komplikasyonları arasındadır (Anderson D, 2014). Perine infiltrasyonu kısıtlı durumlarda yapılır. Epidural analjezi veya pudental bloğa rağmen perineal ağrı hisseden veya geniş bir epizyotomi veya laserasyon beklenen gebelerde uygulanabilir. Pudental blok kadar etkin değildir. Enjekte edilirken yanma hissi oluşturlar. Enjeksiyon öncesi hasta bu konuda uyarılmalıdır. En sık kullanılan lokal anestetik Lidokain'dir. En iyi konsantrasyon %1'lik solüsyondur. 1 ml %1'lik lidokain solüsyonu 10 mg lidokain içerir. Lidokain infiltrate edildiği alanda 45 dakika süreyle analjezik etki sağlar. Lokal anestetikler aşırı dozda verilirse tehlikelidir. Aşırı dozun erken semptomları ağız çevresinde uyuşukluk, dilde paralizi, kulak çınlaması, baş dönmesi, bulanık görmedir ve devamında huzursuzluk ve konvülsiyonlar ortaya çıkar.
Epidural Anestezi	Epidural analjezi doğum ağrısının tedavisinde en popüler ve en etkili tekniktir (Callahan EC, 2023). Epidural analjezi kontrendikasyonları (Frölich MA, 2022): • Hastanın istememesi veya koopere olmaması • Artmış intrakranial basınç • İşlem yerinde cilt veya yumuşak doku enfeksiyonu olması • Belirgin koagülopati • Düzeltilmemiş maternal hipovolemi Gebe, gebelik takipleri sırasında epidural analjezi hakkında bilgilendirilmelidir. Doğumun erken evresinde (rahim açıklığı yaklaşık 4 cm iken) uygulanır. Epidural analjezi öncesi gebeye bir damaryolu açılır, gerekirse sıvı tedavisi başlanır ve kalp hızı, kan basıncı, oksijen saturasyonu monitorize edilir. Epidural kateterden ilaç verildikten sonra kan basıncı ilk 30 dakika süre ile veya gebe hemodinamik olarak stabil oluncaya kadar 2.5-5 dakika aralıklarla ölçülür. Kalp hızı ve oksijen saturasyonu devamlı monitörize edilir. Epidural analjezi sırasında gebe uyanıktır, kooperedir ve hareket edebilir. Bu esnada kadın-doğum ekibi tarafından bebeğin kalp atımı da kontrol edilmelidir. Gebede tansiyonda hafif düşme, kaşıntı, baş ağrısı, hafif ateş ortaya çıkabilir. Bu yan etkiler sık değildir. Epidural analjezi uygulaması sırasında acil resüsitasyon ilaçları ve ekipmanı hazır bulundurulmalıdır. Doğum sonrası dönemde bel bölgesine yerleştirilmiş olan epidural kateter ⚠ ANESTEZİ HEKİMİ TARAFINDAN ÇEKİLİR.

4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Epidural Anestezi (devamı)	Anne doğum sonrası dönemde ve taburculuk öncesi duyusal bloğun kaybolması, başağrısı, idrar yapamama, bel bölgesinde ağrı gibi yan etkiler açısından değerlendirilir (<i>Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia, 2016</i>).
	Epidural analjezinin oksitosinle doğum indüksiyonu, müdahaleli doğum veya sezaryen olasılığını arttırması ile ilişkili endişeler artık geçersizdir (<i>ACOG, 2019</i>).
Genel Anestezi	Yüksek aspirasyon riski nedeniyle gerçek bir aciliyet dışında vajinal doğum için genel anesteziye kaçınılmalıdır. Anne ve fetus ile ilgili acil durumlar (ablatio plasenta, kord prolapsusu, antenatal kanama gibi) dışında vajinal doğumda olası genel anestezi endikasyonları: • İkinci evre sırasında fetal distres • Tetanik uterus kontraksiyonları • Makat ekstraksiyonu • Versiyon ve ekstraksiyon • Kalan plasentanın manuel çıkarılması • İnvert uterusun çevrilmesi • Kontrol edilemeyen psikiyatrik hastalar
Doğumda Sedasyon	Doğumda sedasyon yapılması için endikasyon kısıtlıdır. Sedatif ilaçlar hastayı uykulu hale getirir ancak genellikle ağrıyı kesmezler.



Resim 10. Pudental Blok

Kaynak: Leveno K. vd. (2018)



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

4.3.2. Nalokson

Nalokson uygulaması için dikkat edilmesi gereken hususlar Kutu 32 ve Kutu 33'te verilmektedir (*van Vonderen JJ, 2012; Frölich MA, 2022*).

Kutu 32. Nalokson Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar-1

- ▶ Nalokson opioid analjeziklerin (meperidin, morfin gibi) spesifik antidotudur ve ilaç etkilerini tersine çevirir. Doğum sırasında meperidin verilmiş lohusanın/annenin bebeği doğum sonrası yeterli soluk almıyorsa, yenidoğana nalokson verilir,
- ▶ Naloksonun dozu 0.1 mg/kg'dır, intramuskuler, intravenöz, subkutan veya endotrakeal tüp aracılığıyla verilebilir,
- ▶ Bir ampul nalokson 0.4 mg nalokson içerir. Genellikle ortalama doğum kilosuna sahip bir yenidoğana 0.75 ml yeterli olurken, kilosu yüksek yenidoğana 1 ml yapılabilir,
- ▶ Eğer anneye meperidin verilmemişse, asfiktik yenidoğana nalokson yapılmaz,
- ▶ Nalokson sadece opioidlerin antagonistidir, barbitürat, benzodiazepin veya genel anestezi sonrası oluşan solunum depresyonunu geri döndürmez.

Kutu 33. Nalokson Uygulamasında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar-2

- ▶ Nalokson yenidoğanın uyluğunun anterolateral kısmına intramuskuler enjeksiyon ile uygulanır,
- ▶ Bu sırada solunum depresyonu olan yenidoğanda ventilasyona devam edilmelidir. Nalokson umbilikal ven aracılığıyla intravenöz olarak da verilebilir, etkisi daha hızlı başlar,
- ▶ Meperidinin neden olduğu solunum depresyonunu geri çevirmek için genellikle tek doz nalokson yeterli olsa da yenidoğanın cevabına göre 1-2 dakika içinde tekrarlamak gerekebilir. Etkisi yaklaşık 30 dakika sürer,
- ▶ Nalokson yapılmış yenidoğan etki geçeceği için ilk dozdan 1-2 saat sonra kontrol edilmelidir.

4.4. Doğumun İkinci Evresinde Obstetrik Aciller ve Müdahale

▶ Omuz Distosisi

Omuz distosisi fetal baş doğduktan sonra ön omuzun maternal simfizis pubise takılması sonucunda fetal başın aşağı doğru nazik traksiyonla doğurtulamayıp, başın doğurtulabilmesi için ek obstetrik manevralara ihtiyaç duyulmasıdır. Çok nadiren baş doğurtulduktan sonra arka omuzun promontoryuma takılması sonucu da meydana gelebilir. Omuz distosisi subjektif bir klinik tanı olup insidansı %0.2-3.0 arasındadır (*Practice Bulletin, 2017*).

ÖNGÖRÜLEMEZ ve ÖNLENEMEZ bir klinik durumdur.

Risk faktörü olmasa dahi tüm doğumlarda omuz distosisi meydana gelme riski vardır. Ancak risk faktörlerinin olduğu durumlarda ise öngörülebilir. Omuz distosisi risk faktörleri Tablo 23'te verilmektedir (*Mackenzie, 2007; Dandolu, 2005*).



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 23. Omuz Distosisi Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Açıklamalar
Prekonsepsiyonel	• Önceki doğumda omuz distosisi olması (bu gebelikte omuz distosi riski %1-12'dir) • Makrozomik bebek doğum öyküsü • Diyabet • Obezite • Multiparite • İleri yaş
Antenatal	• Makrozomi • Maternal kilo • Kontrolsüz diyabet • Kısa boy • Postterm gebelik
Intrapartum	• Doğum eylemi indüksiyonu/augmentasyonu (desteklenmesi) • Partus presipitatus • Uzamış ya da durmuş (arrest) aktif faz • Başın inişinde gecikme ya da durma (arrest)

Doğum ağırlığı omuz distosisi görülme riski ile doğru orantılı olup doğum ağırlığına göre omuz distosisi insidansı Tablo 24'te verilmektedir (*Practice Bulletin, 2017*). Omuz distosisi yönetimindeki temel prensipler Kutu 34'te verilmektedir.

Tablo 24. Doğum Ağırlığına Göre Omuz Distosisi İnsidansı

Doğum Ağırlığı	Diabetik Olmayan Anne	Diabetik Anne
<4000 g	%0.1 – 1.1	0.6 – 3.7
4000 – 4500 g	%1.1 – 10.0	4.9 – 23.1
>4500 g	%2.7 – 22.6	20.0 – 50.0

► **Omuz Distosisi Tanısı klinik kriter ve zaman kriteri esas alınarak konulur (Gurewitsch Allen E., 2024).**

- **Klinik kriter:** Bebeğin başı çıktıktan sonra pelvik girimde omuzların kalmasından dolayı bebeğin başının tekrar geri çekilmesi [kaplumbağa bulgusu (=turtle sign)].
- **Zaman kriteri:** Bebeğin başı çıktıktan sonra normal traksiyona rağmen gövdenin çıkması için 60 saniyeden uzun zaman geçmesi.



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kutu 34. Omuz Distosisi Yönetimindeki Temel Prensipler

- ▶ Kemik obstrüksiyonu serbestleştirmek,
- ▶ Bebeğin omuzlarını pelvisin oblik pozisyona çevirmek,
- ▶ Omuzların biakromial çapını küçültmek,
- ▶ Kemik pelvik çapları artırmaya çalışmak.



Omuz Distosisi Obstetrik Acil Durumdur ve Geliştiğinde İlk Olarak Yardım Çağırılır! (Anestezist, Pediatrist)

- Meydana gelme zamanını belirle,
- Anneye bebeğin omuzunun takıldığını ve birlikte koordineli hareket edilmesi gerektiğini söyle,
- Anne kuvvetli ıkmayı kesmeli,
- Annenin kalçalarını doğum masası ya da yatağının kenarına kadar getir,
- Annenin hafif ıkması ile bebeğin başı aşağı hafif traksiyon uygulanır,
- Epizyotomi (Omuz distosisi esas olarak kemiklerin birbirine takılması olduğu için epizyotominin açılması esas patolojiyi gidermez. Ancak uygulanacak olan obstetrik manevraları kolaylaştırmak için epizyotomi açılabilir),
- Mesane dolu ise boşalt,
- Kutu 35'te belirtilen hususlara uyulur.

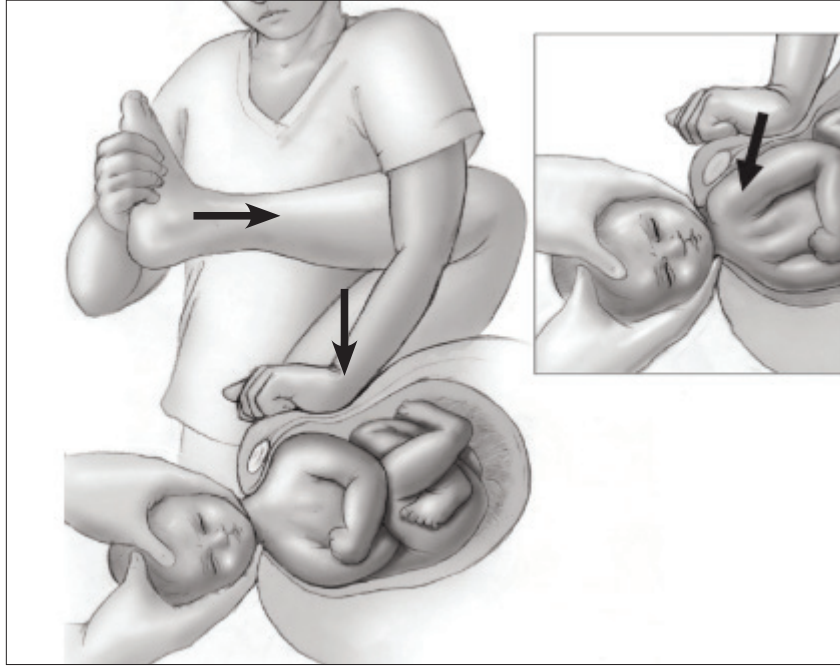
Kutu 35. Omuz Distosisinde Asla Yapılmayacaklar

- ▶ Fundusa bası,
- ▶ Fetal baş ya da boynun aşırı çekilmesi (servikal sinir hasarı/kopmasına neden olur),
- ▶ Baş çevirme ya da bükme (servikal kırığa neden olur).

Obstetrik Manevralar

▶ Suprapubik Bası

Suprapubik basının amacı, fetal omuz yumuşak dokusunun kompresyonu ve bisakromial çapın küçültülmesidir (Resim 11) (Leveno K, vd.,2018).



Resim 11. Suprapubik Bası ve McRoberts Manevrası

► McRoberts Manevrası

Anne dizlerini kendine doğru çeker, kalçaları ve dizleri fleksiyona getirilir (Resim 11). Böylece;

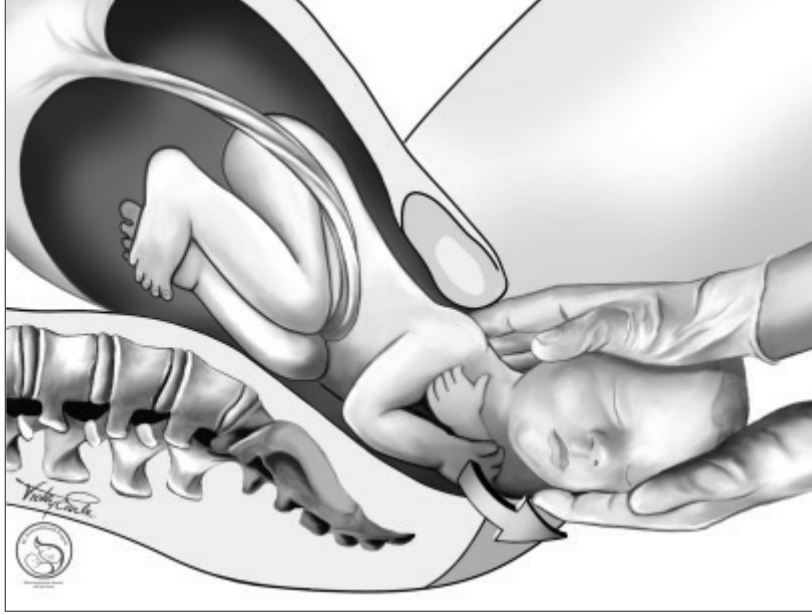
- Sakrum lomber vertebraya göre düzleşir,
- Simfisis pubis annenin başına doğru rotasyon yapar,
- Pelvisin yukarı doğru rotasyonu sağlanır.

Bu müdahale ile başarılı olunamaz ise diğer obstetrik manevralara geçilir.

Suprapubik bası + McRoberts pozisyonu Omuz distosilerinin %50'sinde etkili

► Woods'un Vida Manevrası

El, fetusun arka omuzunun arkasına konur ve Ön omuz maternal simfizisten kurtulana kadar vida gibi 180 derece açıyla itilerek döndürülür. Bu sırada diğer el ile ön omuz klavikula üzerinden de itilerek desteklenir (Resim 12).

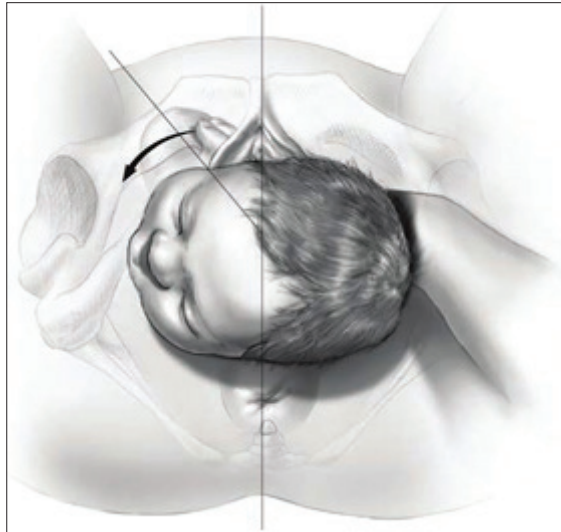


Resim 12. Woods'un Vida Manevrası

Kaynak: <https://quizlet.com/ca/555553149/acs-1-shoulder-dystocia-maneuvers-pictures-flash-cards/>

Rubin Manevrası

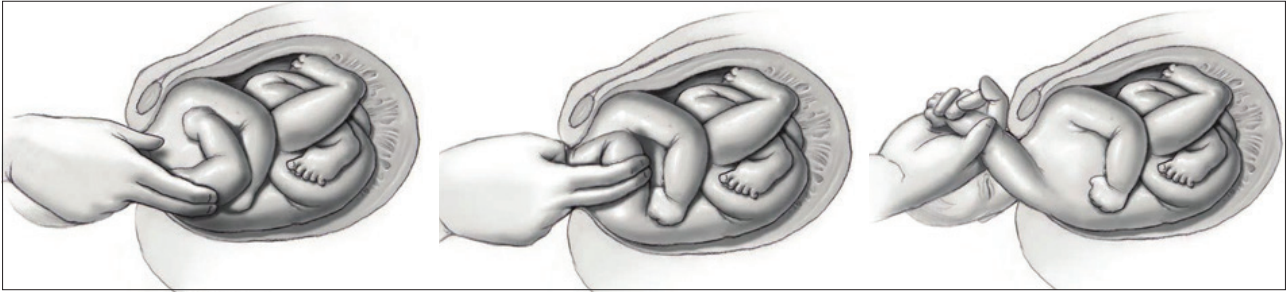
Anestezi altında uygulayıcı elini arka omuzun arka tarafına yerleştirilerek omuzu öne doğru rotasyon yaptırır. Eğer arka omuza ulaşamazsa, el ön omuzun arkasına yerleştirilerek rotasyon yaptırılır (Resim 13) (Leveno K, vd., 2018).



Resim 13. Rubin Manevrası

► Arka Kol ve Omuzun Doğurtulması

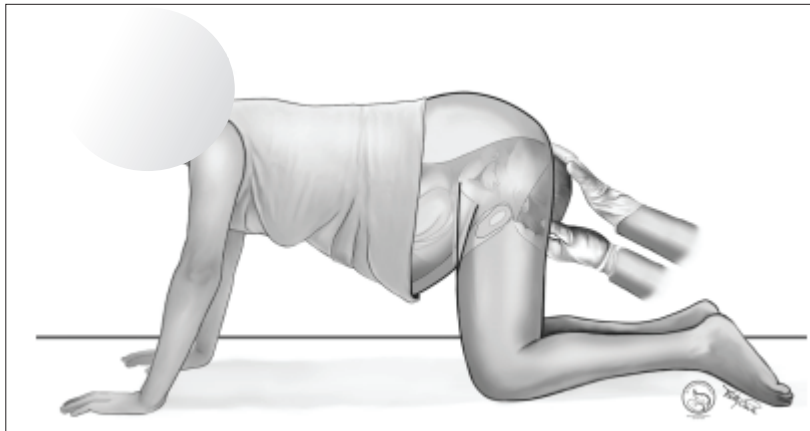
Doğum yaptıran kişi elini bebeğin arka omuzunun altından vajene yerleştirir. Önce bebeğin humerusu, ardından eli hissedilir. Bebeğin eli yakalanır ve bebeğin vücudu ve yüzünü sıyrarak şekilde bebeğin eli çekilerek dışarı çıkarılır bu sırada arka omuz da doğurtulur. Arka omuzun doğurtulması ile omuzlar arası mesafe kısalır ve ön omuz kurtulur (Resim 14) (Leveno K, vd., 2018).



Resim 14. Arka Kol ve Omuzun Doğurtulması

► Gaskin Manevrası

Son yıllarda en sık kullanılan ve başarısı oldukça yüksek olan manevradır. Anne doğum masasında ya da yerde diz-dirsek ya da diz-göğüs pozisyonuna alınır. Eğer omuz takılma riski varsa doğum doğrudan bu pozisyonla gerçekleştirilebilir. Bu pozisyonla pelvisin çapları genişler. Gerçek obstetrik konjugat 10 mm'e, pelvis çıkımı çapı 20 mm'e kadar artar. Bu manevrada önce alt tarafa geçen simfizis arkasında kalan omuz kurtarılır, ardından üstteki omuz çıkarılır (Resim 15). Gaskin manevrasında dikkat edilmesi gereken hususlar Kutu 36'da verilmektedir.



Resim 15. Gaskin Manevrası

Kaynak: <https://quizlet.com/ca/555553149/acs-1-shoulder-dystocia-maneuvers-pictures-flash-cards/>



4. DOĞUMUN İKİNCİ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Kutu 36. Omuz Distosisinde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- ▶ Manevraların sırası yoktur. Doğumu yaptıran kişi tecrübesine dayanarak herhangi birinden başlayabilir,
- ▶ Her bir manevra 30 saniye kadar denenmeli, başarılı olmaz ise diğer manevraya geçilir,
- ▶ Başarılı olmayan bir manevrada ısrar edilmez,
- ▶ Manevralar denendikten sonra tekrar başa dönülür.

▶ Kayıt Altına Alma

Omuz distosisi gelişen olgularda hastane tarafından hazırlanan "Omuz Distosisi Formu" net ve tam şekilde doldurulmalıdır (Ek..). Bu formda doğum öncesi tahmini fetal ağırlık, kullanıldı ise forseps ya da vakum ekstraksiyon uygulaması, omuz distosisinin meydana gelme saati, fetal başın pozisyonu, yapılan işlem ve manevralar, kurtulma zamanı ve geçen süre, anestezi ve pediatrist çağırılma zamanları bulunmalıdır.

Doğuma katılan tüm personel kendi notlarını yazmalıdır.

▶ Omuz Distosisi Komplikasyonları

Komplikasyonlar Tablo 25'te verilmekte olup olguların %95'inde herhangi bir komplikasyon gelişmez (Hoffman, 2011); Gachon, B., 2016; Gauthaman, 2016). Tüm manevralara rağmen bebeğin gövdesinin çıkmadığı durumda sezaryen ile doğuma geçilir.

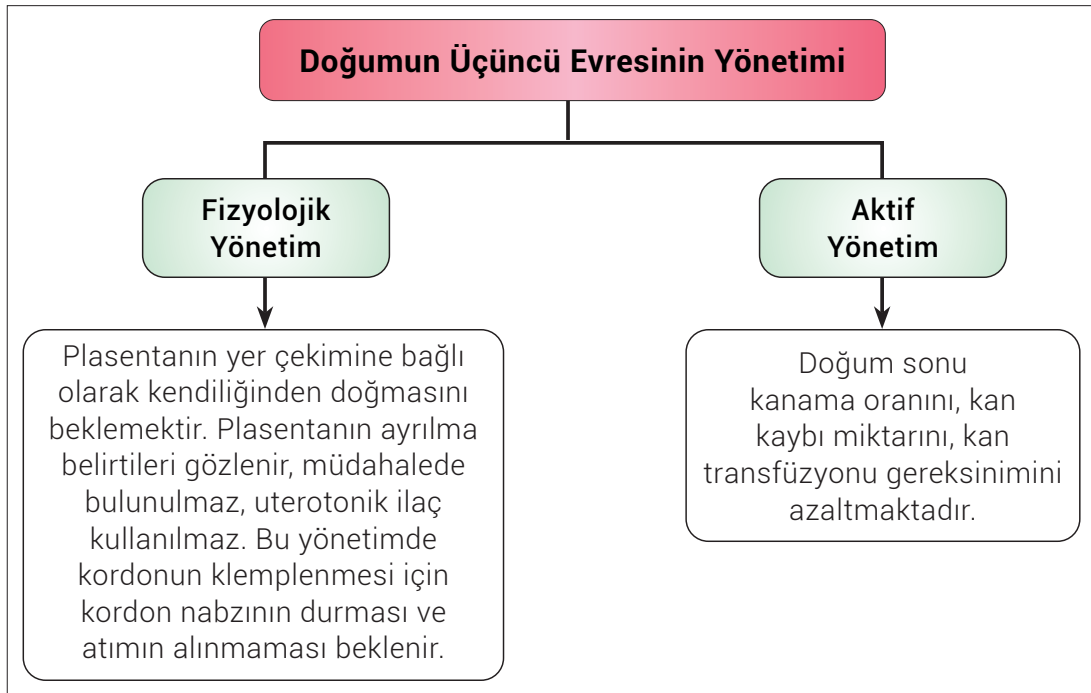
Tablo 25. Omuz Distosisi Komplikasyonları

Komplikasyonlar	Açıklamalar
Fetal	• Geçici brakial pleksus yaralanması (%3-16.8) • Klavikula (%1.7 – 9.5) veya humerus (%0.1 – 4.2) kırıkları • Kalıcı brachial pleksus zedelenmesi (%0.5 – 1.6) • SSS hasarı (Intrakranial hemoraji, hipoksik iskemik ensefalopati) (%0.3) • Fetal ölüm (%0-0.35)
Maternal	• Postpartum hemoraji/Uterin atoni (%11) • Servikal ve vajinal lacerasyon • 3-4. derece yırtık (%3.8) • Uterin rüptür



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Doğumun üçüncü evresi, bebeğin doğumundan plasenta ve zarların atılmasına kadar geçen süre olarak belirtilmektedir. Üçüncü evre kadının kanama durumu göz önüne alınarak iki türlü yönetilebilir. Fizyolojik ve aktif yönetim (Şekil 20) (Dereli Yılmaz, 2017; Angarita ve Berghella, 2022).



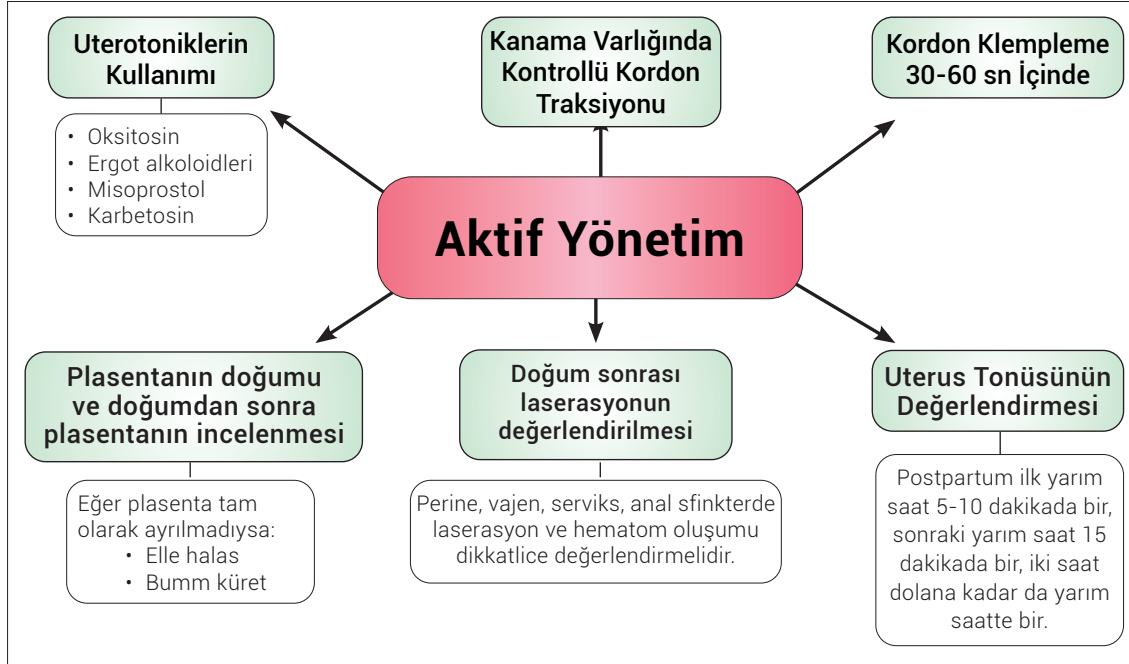
Şekil 20. Doğumun Üçüncü Evresinin Yönetimi



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Üçüncü evre aktif yönetim basamakları Algoritma 7'de verilmektedir.

Algoritma 7. Doğumun Üçüncü Evresinin Aktif Yönetimi



► Uterotoniklerin Kullanımı (Armbruster vd., 2012; Akın, 2018; Angarita ve Berghella, 2022);

- Bebek(ler)in doğduğundan emin olmak için karın bölgesi elle kontrol edilmelidir.
- Aktif yaklaşımda ilk seçenek oksitosindir. Soğuk zincir ile transportu gerekmesine karşın çoğu zaman oda ısısında saklanır, bu etkinliğini azaltabilir (15-30°C'de 3 ay saklanabilir).
- İntramusküler olarak 10 ünite veya intravenöz olarak 10 ünite 3-5 dakikada uygulanır.
 - Ön omuz çıktıktan hemen sonra
 - Ya da fetusun doğumundan hemen sonra
- Hızlı bolus enjeksiyonlar hipotansiyon, ateş basması ve refleks taşikardi ile beliren düz kas gevşemesi yaptığı için ebelerin dikkatli bir biçimde takip etmesi gerekir.

Postpartum kanama açısından yüksek riskli gruba (çoğul gebelik, makrozomik doğum, uzamış eylem, myom, obezite, ileri yaş vb.) 20 ünite oksitosin 1000 cc % 0,9'luk NaCl veya 1000 cc Ringer Laktat solüsyonu içerisinde 125 cc/saat gidecek şekilde infuzyona devam edilir. Eğer oksitosin mevcut değil veya kullanımına kontrendikasyon varsa 800 mcg oral misoprostol veya yüksek riskli olgularda 100 mcg IV bolus 1 dakika üzerinde gidecek şekilde karbetosin kullanılabilir (SB, 2018). Doğumun üçüncü evresinde uterotoniklerin kullanımı Tablo 26'da verilmektedir.



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Tablo 26. Doğumun Üçüncü Evresinde Uterotoniklerin Kullanımı

Müdahale	Öneri
Postpartum hemorajinin önlenmesi	İlk seçenek oksitosindir.
Oksitosin kullanım şekli	IV ya da IM oksitosin uygulaması önerilmektedir.
Oksitosin dozu	Vajinal doğum sonrası doğum sonu kanamanın önlenmesi için 10 IU oksitosin önerilmektedir.
Oksitosin zamanlaması	Oksitosinin, yenidoğanın doğumundan hemen sonra (omuzun ön kısmından veya tüm vücuttan sonra) ve plasentanın doğumundan önce uygulanması önerilmektedir.
Misoprostol	Oksitosin mevcut değil veya kullanımına kontrendikasyon varsa 800 µg kullanılması önerilmektedir.
Karbetesin	Doğumun üçüncü evresinde doğum sonu kanama profilaksisi olarak tek başına karbetesin seçilirse, yenidoğanın doğumundan hemen sonra (omuzun ön kısmı veya tüm vücut sonrası) IV bolus şeklinde karbetesin 100 µg'ı tek doz olarak önerilmektedir.

► Umbilikal Kordun Klemplenmesi

Yenidoğan doğduktan sonra göbek kordonunun 30-60 sn içinde geç klemplenmesi önerilmiştir. Yenidoğanın genel sağlık durumu iyi ise 1 dakikanın altında göbek kordonunun klemplenmesi tavsiye edilmemektedir (WHO, 2020; ACOG, 2020).

► Kontrollü Kordon Traksiyonu

Kontrollü kordon traksiyonu, simfiz pubis üzerine bir eli yerleştirerek uterusun alt segmentinden yukarı doğru bir el ile ters basınç yapma ve diğer elle korda nazik hareketlerle traksiyon (kord çekilir) uygulama işlemidir. Lohusa kanamadığı sürece önerilmez.

► Plasentanın Doğumu ve Doğumdan Sonra Plasentanın İncelenmesi

- Plasentanın ayrılma belirtileri ve plasentanın çıkarılması
- Bir fincan kadar ani kanama
- Umbilikal kord boyunun uzaması
- Uterus fundusunun umbilikus düzeyine çıkması
- Uterusun küre şeklini alması
- Simfisiz üzerinden bastırıldığında geri kaçmaması

gibi belirtiler oluşunca plasentanın kendiliğinden doğması için desteklenir. Temel kurallardan en



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

önemlisi plesantayı kendi ağırlığına bırakarak kendi ekseninde döndürerek asılmadan çıkarmaktır. Fundus uteri, dört parmak arkada, baş parmak önde olmak üzere avuç içine alınır. Hafif masaj hareketleri ile uterus kontraksiyona sevk edilerek orta hat üzerine çekilerek pelvis içine itilir (Crede manevrası). Masaj sonunda karın üzerinden fundal bölgeye bir el ile bastırılarak diğer el ile de kordun nazikçe çekilmesi sağlanır (Brandt-Andrevs Methodu). Plesanta vajinal açıklıktan görüldüğünde fundal bölgedeki el karından çekilir ve diğer elin yanına getirilir.

Annenin hafif ikındırılması ile plesantanın vajine önünde birleştirilen iki elin avuç içine düşmesi sağlanır. Bu aşamada plesanta çekilmez, kendi ağırlığına bırakılır ve yavaş yavaş zarların eksiksiz doğması için kendi eksenini etrafında döndürülür. Böylece plesanta doğurtulmuş olur. Plesantanın kotiledonları ve membranlar kayıp veya yırtıklık yönünden doğumundan sonra kontrol edilir. Bir eksiklik söz konusu olduğunda plasenta parçasının uterus içerisinde kaldığına işaret eder ve derhal çıkarılmalıdır. Ayrıca plesantada iki arter bir ven var mı ya da zarlar eksiksiz çıkmış mı mutlaka kontrol edilmelidir. Plasentanın maternal ve fetal yüzlerinin tam olup olmadığı dikkatlice incelenmelidir.

Plasenta uterustan ayrıldıktan sonra iki şekilde doğar;

1. Duncan tarzı
2. Schultze tarzı

Duncan tarzına kirli duncanda denilmektedir. Plesantanın ayrılması periferden başlar. Bu ayrılma şeklinde önce retroplasental hematoma boşalır, daha sonra maternal yüz doğar. Maternal yüz, kırmızı ve düzensiz görünen, plasentanın uterusu tutunan pürüzlü yüzüdür.

Schultze tarzının diğer adı da parlak schultze'dir. Bu tarzda ayrılma plasenta merkezinde (iç kısım) başlar, önce fetal yüz doğar. Arkasından retroplasental hematoma boşalır.

Eğer plasenta tam olarak ayrılmadıysa ve plasenta parçalarının uterusu kaldığı düşünülüyorsa

⚠ HEKİME BİLGİ VERİLİR.

Uterus Tonüsünün Değerlendirmesi

Ebe; doğum sonu atoni kanamaları bakımından uterusu düzenli olarak muayene etmeli, kanama kontrolü yapmalı ve anneye hafif uterus masajı öğretmelidir. Doğum sonu dönemde kanamayı önlemek için oksitosin verilen kadınlarda kanaması olmadıkça uzun süreli uterin masaj önerilmemektedir (WHO, 2020).

Doğum sonrası plasenta ayrılırken ilk bir saat içinde fundus umblikus seviyesine veya üzerine çıkar ve sert hissedilir.

Ardından plasenta çıkarılınca fundus sert ve umblikusun altında palpe edilir.

Doğumdan sonra her 24 saatte bir ortalama 1-2 cm kadar umbilikustan simfisis pubise doğru iner.

Uterus tonus kontrolünü; postpartum ilk yarım saat 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saat 15 dakikada bir,



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

iki saat dolana kadar da yarım saatte bir yapmak gerekmektedir (Merih ve Kömürcü, 2012; Akın, 2018).

Emzirme, oksitosinin doğal yoldan üretilmesini uyarak uterus kontraksiyonlarının artmasını sağlayabilir. Bu nedenle, ilk yarım saat içinde emzirme başlatılmalıdır. Doğal oksitosin üretimini artırmak için ebeler doğumdan hemen sonra anne ile bebeğin ten tene temasını sağlamalıdır.

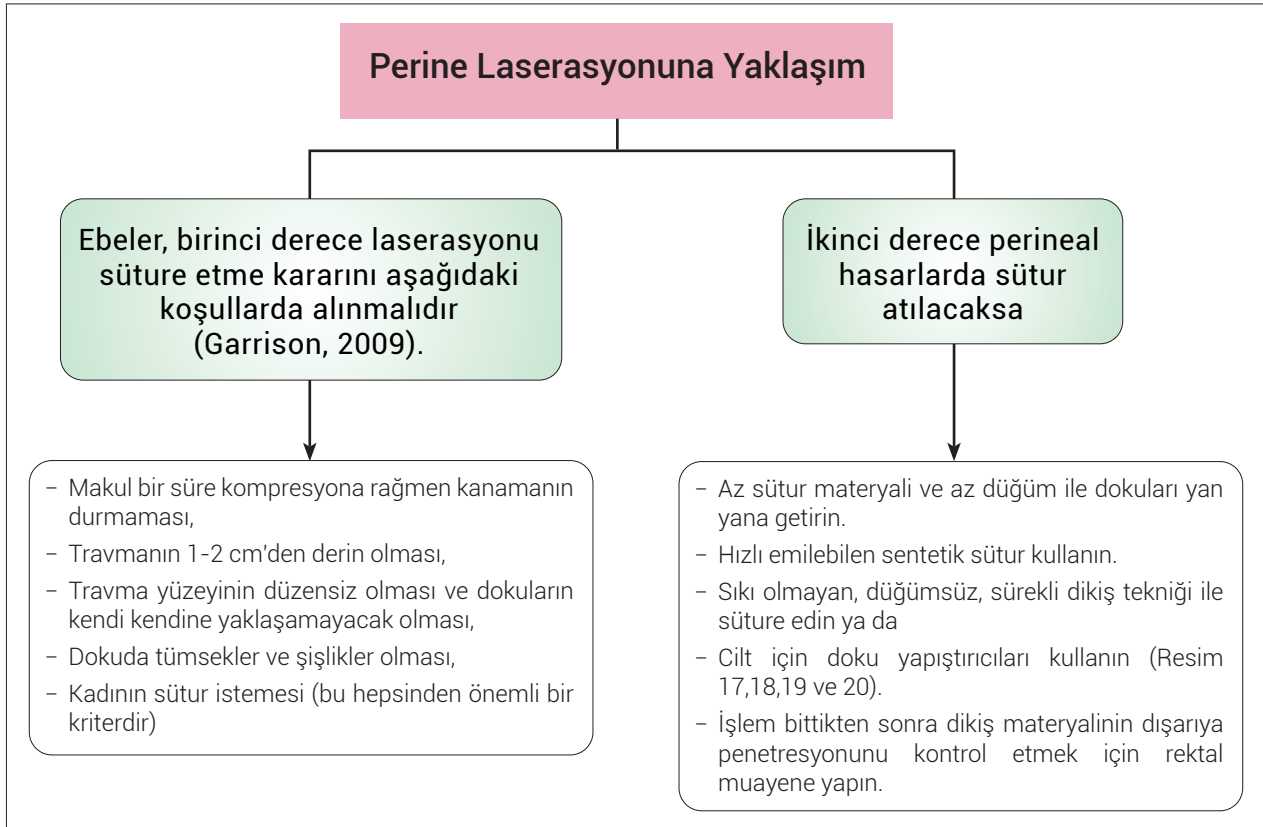
Doğum Sonu Laserasyonun Değerlendirilmesi:

Ebenin doğum sonu dönemde epizyotomi onarımından sonra:

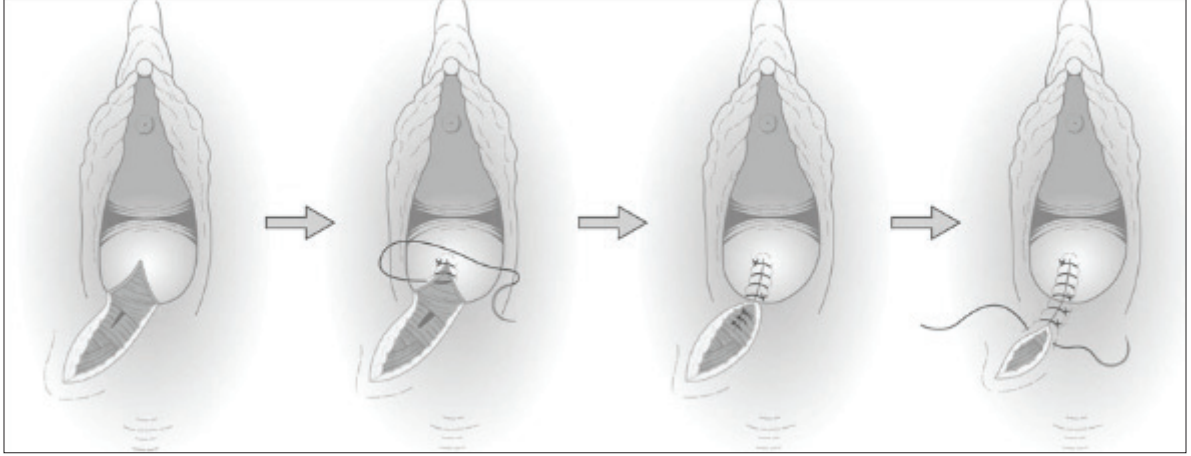
- Rekto-vajinal muayene yapması,
- Dikkatli bir biçimde perine, vajen, serviks, anal sfinkteri laserasyonlar bakımından gözlemlemesi ve
- Hematom oluşumunu değerlendirmesi

gerekmektedir.

Epizyotomi veya 2. derece laserasyon mevcut ise onarmalı ancak 3. ve 4. derece perine ve servikal kanal yırtıklarını **HEKİME BİLGİ VERİLİR**. Bu olguların onarımı hekim tarafından uygulanmalıdır, hekime anında ulaşım olmayan olgularda açık damar uçları bağlanarak aseptik koşullar oluşturulup hekime ulaşım sağlanmalıdır (Şekil 21), (Resim 16, 17, 18, 19) (Bergley, 2019; Akın, 2018).



Şekil 21. Perine Laserasyonuna Yaklaşım



Resim 16. İkinci Derece Yırtık

Resim 17. Vajen Arka Duvarının Tamiri

Resim 18. Perineal Kasların Suture Edilmesi

Resim 19. Perineal Cildin Tamiri

Kaynak: <https://clinicalgate.com/management-of-delivery/>

5.1. Doğumun Üçüncü Evresinde Anormal Bulgular ve Müdahale

Doğumun üçüncü evresi fetusun doğumuyla başlayıp plasenta ve membranların doğumuyla sonlanır. Bu evrede uterin kontraksiyonlar devam ederek plasantanın ayrılmasını sağlar. Uterus kasının kontraksiyonu uterin kan damarlarına baskı uygulayarak kanamayı önler. Daha sonra koagülasyon sistemi devreye girer.

5.1.1. Uzamış Üçüncü Evre

Fetus doğduktan sonra üçüncü evre aktif yönetildiğinde 30 dakika geçmesine rağmen, fizyolojik yönetildiğinde 60 dakika geçmesine rağmen plasenta doğmazsa uzamış üçüncü evre tanısı konur (Weeks AD, 2008; NICE, 2023b).

► Plasenta Çıkmamış ise

Annenin değerlendirilmesi

- Genel durum ve bilinç durumu değerlendirilir.
- Kan basıncı ve nabızı ölçülür, şok indeksi hesaplanır.

$$\text{Şok İndeksi} = \text{Nabız Sayısı} / \text{Sistolik Kan Basıncı}$$

- Vajinal muayene yapılır.
- Kanama değerlendirilir.



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

Yönetim

Plasenta ayrılmadıysa, ⚠ **HEKİME HABER VERİLİR** ve hekimin bilgisi dâhilinde aşağıdaki işlemler gerçekleştirilir.

- ▶ Mesane boşaltılır.
- ▶ Damar yolu açılır.
- ▶ 3. evrede oksitosinin aktif yönetimin bir parçası olarak verildiğinden emin olunur.
- ▶ Ek oksitosin verilir (10 Unite, IV/IM) veya 1000 ml SF içine 20 ünite oksitosin katıp hızlı infüzyona başlanır.
- ▶ Nazıkçe kontrollü kord traksiyonu uygulanır.
- ▶ Vajinal muayene yapılır. Plasentanın tamamı veya bir parçası vajinada veya uterus alt segmentte palpe ediliyorsa plasenta ayrılmış demektir. Bir elle umbilikal korddan çekip diğer elle uterus fundusunu yukarı iterek plasenta doğurtulur.
- ▶ En az bir saat 15 dakikada bir kan basıncı, nabız ve kanama takibi yapılır, şok indeksi hesaplanır, sonrasında normal üçüncü evre yönetimi uygulanır.

(Marcus JK, 2024; WHO, 2012)

▶ Kanama Varsa

⚠ **HEKİME BİLGİ VERİLİR** ve hekimin bilgisi dâhilinde aşağıdaki işlemler gerçekleştirilir.

- ▶ Lohusadan tam kan sayımı ve kan grubu tayini için kan alınır.
- ▶ Kanama tekrar değerlendirilir ve her 15 dakikada bir vital bulguları değerlendirilir veya mümkünse lohusa monitörize edilerek devamlı monitorizasyon yapılır.
- ▶ IV sıvı verilir (3.5 litreye kadar sıvı verilebilir. Kan temin edilene kadar öncelikle 2 L ısıtılmış izotonik kristaloid verilir. Devamında izotonik kristaloid veya kolloid verilebilir. Hidroksi etil nişasta solüsyonu kullanılmamalıdır.)
- ▶ Şiddetli kanama devam ediyor veya hemodinamik olarak stabil değilse;
 - Yardım çağırılır.
 - Eksternal aortik kompresyon yapılır.
 - 5 dakikada bir kan basıncı ve nabız değerlendirilir.
 - İdrar çıkışı takip edilir, gerekirse mesane kateterizasyonu yapılabilir.
 - Maskeyle oksijen verilir (15 L/dk).
 - İkinci damar yolu açılır (14-16 gauge).
 - Kan transfüzyon için hazırlık yapılır (4 ünite ES, 4 ünite TDP, 1 havuzlanmış veya 4 ünite tekli trombosit, kriyopresipitat). Gerekliyse 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilir [uygun kan grubu yoksa 0 Rh (-)].
 - Plasentanın elle çıkarılması için ameliyathane hazırlanır. Ameliyathane yoksa lohusanın



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

ileri merkeze sevki sağlanır.

- Ameliyathanede yeterli analjezi sağlanır ve plasenta elle çıkarılır, uterin kavite bütünlüğü kontrol edilir.
- Tek doz profilaktik antibiyotik verilir (ampisilin veya birinci kuşak sefalosporin).
- Bu işlemlerle plasenta çıktıysa en az bir saat 15 dakikada bir kan basıncı, nabız, şok indeksi ve kanama takibi yapılır, sonrasında normal üçüncü evre gibi yönetilir.
- **⚠ HEKİM SORUMLULUĞUNDA VE GÖZETİMİNDE;**
 - Plasenta elle çıkarılamazsa plasenta adezyon anomalisi olabileceğini düşünülür.
 - Plasenta çıktı ama kanama devam ediyorsa uterusu balon tamponat uygulanır.
 - Ek uterotonik (metilergonovin 0.2 mg veya hipertansiyon ve kardiyak hastalık yoksa misoprostol 800 mcg sublingual, uygulanamıyorsa rektal uygulama varsa karboprost 250 mcg IM yap), transamin 1g IV (4 ampul/100mlSF içinde 10 dakikada) uygulanır.
 - Koagülasyon parametreleri değerlendirilir (fibrinojen, aPTT, INR dâhil).
 - Hala kanıyorsa HEKİM tarafından laparotomi gerçekleştirilir mümkün değilse
- **⚠ HEKİMİN BİLGİSİ DÂHİLİNDE** sevki sağlanır.

(Marcus JK, 2024; WHO, 2012).

► Kanama Yoksa

- 30 dakikaya kadar bekle ardından kontrollü kord traksiyonu yap.
- Plasenta çıkarsa en az 1 saat 15 dakikada bir kan basıncı, nabız, şok indeksi ve kanama takibi yap.
- Sonrasında normal üçüncü evre gibi yönet.
- Plasenta çıkmazsa;
- **⚠ HEKİME HABER VER**
- Plasentanın elle çıkarılması için ameliyathaneyi hazırla.
- Yeterli analjezi sağla.
- Tek doz profilaktik antibiyotik ver: ampisilin veya birinci kuşak sefalosporin
- Bu işlemlerle plasenta çıktıysa en az bir saat 15 dakikada bir kan basıncı, nabız, şok indeksi ve kanama takibi, sonrasında normal üçüncü evre gibi yönet.

► Plasenta Çıkarıldıktan Sonra Plasentayı Muayene Et

⚠ HEKİM SORUMLULUĞUNDA VE GÖZETİMİNDE;

- Plasenta ve ekleri tam ise:
 - Kanama açısından takip edilir.
 - Uterus yumuşak ise uterus masajı yapılır.



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

- ▶ Plasenta ve ekleri tam değilse:
 - Serviksin durumuna göre, plasenta parçaları elle veya bumm küret yardımıyla çıkarılır.
 - Uygun antibiyotik tedavisine (ampisilin veya sulbaktan/ampisilin veya 1-2. kuşak sefalosporin, penisilin allerjisi varsa klindamisin) IV/IM başlanır.
 - Eğer plasenta parçaları çıkarılamıyorsa cerrahi yöntemlere geçilir, mümkün değilse lohusa acil olarak donanımlı bir merkeze sevk edilir (Marcus JK, 2024; WHO, 2012).

▶ Postpartum Kanama

- ▶ Yardım çağırılır-Kadın hastalıkları ve Doğum Uzmanı, Ebe, Hemşire ve Anestezi
- ▶ ABC değerlendirmesi yapılır.
- ▶ 10-15 L/dk maske ile oksijen verilir.
- ▶ Sürekli monitorizasyon yapılır: Kan basıncı, kalp hızı, solunum sayısı, SpO2.
- ▶ Lohusa sıcak tutulur.
- ▶ Şok indeksi hesaplanır (nabız/sistolik kan basıncı).
- ▶ Kanama nedeni değerlendirilir (4T)-atonik uterusu bimanuel kompresyon ve masaj yapılır. Vajendeki el yumruk şeklinde ön fornikse yerleştirilip diğer elle karından fundusu yakalanıp karın üzerinden aşağı doğru itilerek uterus iki el arasında sıkıştırılır, kanama duruncaya kadar bu işleme devam edilir.
- ▶ IV damar yolu açılır-2 tane 14-16 G ile
- ▶ Acil hemogram, kan grubu ve cross-match (4 ünite ES, 4 ünite TDP, 1 havuzlanmış veya 4 ünite tekli trombosit, kriyopresipitat), koagülasyon testleri (fibrinojen, aPTT, INR dâhil), biyokimya (Ca ve laktat dahil), arteriyel/venöz kan gazı istemi yapılır.
- ▶ İdrar sondası takılır, mesane boşaltılır.
- ▶ Gerektiğinde ⚠ **HEKİM TARAFINDAN;**
 - Klinik veya hematolojik olarak gerekiyorsa derhal kan transfüzyonu yapılır.
 - 2 ünite eritrosit süspansiyonu verilir [uygun grup yoksa 0 Rh (-)].
- ▶ Aşırı kristaloid kullanımından sakınılır. 3.5 litreye kadar sıvı verilebilir. Kan temin edilene kadar öncelikle 2 litre ısıtılmış izotonik kristaloid verilir. Devamında izotonik kristaloid veya kolloid verilebilir. Hidroksi etil nişasta solüsyonu kullanılmamalıdır.
- ▶ İdrar çıkışı takip edilir.
- ▶ Vital bulgular (5 dk aralıklarla) ve vücut sıcaklığı (15 dk aralıkla) ölçülür ve kayıt altına alınır (RCOG, 2016; SB HSGM, 2022).



5. DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN İZLENMESİ VE YÖNETİMİ

► 4T (Doku, Tonus, Travma, Pıhtılaşma) Değerlendirmesi

- **Doku:** Plasenta tam çıkmış mı? Plasentanın tam çıkmadığı tesbit edilirse, plasenta ve eklerinin tam çıkarılması için gereken medikal ve cerrahi basamakları uygula.
- **Tonus:** Fundus sert mi? Uterin atoni varsa fundal masaj yap, uterin pıhtıları tahliye et, mesaneyi boşalt.
- **Travma:** Genital sistem intakt mı? Serviks, vajina, perine inspeksiyonu yap. Uterin rüptür ve inversiyon açısından değerlendir. Medikal tedavi ve cerrahi onarım yap.
- **Pıhtılaşma:** Hemogram, koagülasyon, Ca ve kan gazı için 30-60 dakika aralıkla takip. Laboratuvar sonuçlarını beklemeden massif transfüzyon protokolünü başlat. ES, TEP; Trombosit, Kriyopresipitat (fibrinojen<2.5/L ise), kalsiyum glukonat (Ca<1.1 mmol/L ise). Hipotermi ve asidozu engelle.

Basamaklı Olarak İlaçları Uygula

- IV oksitosin 5 IU yavaş şekilde,
- Metilergonovin 0.2 mg IM (hipertansiyonda kontrendike),
- Oksitosin infüzyonu (1000 ml kristaloid içine 40 IU oksitosin, 125-250 ml/saat gidecek şekilde),
- Sublingual misoprostol 800 mikrogram, uygulanamıyorsa rektal,
- Karboprost varsa uygula,
- Transamin 1 g IV 100 ml SF içinde 10 dakikada uygulamayı değerlendir.

Farmakolojik Yaklaşım Başarısız Olursa Hastayı Ameliyathaneye Al

- Uterus atonikse ⚠ **HEKİMİN GÖZETİMİ YA DA BİLGİSİ DAHİLİNDE** intrauterin balon tamponad uygula, hastanın genel durumu, kanama miktarı, vital bulguları (şok indeksi kalp hızı/sistolik kan basıncı) dikkate alınarak 15-30 dk içinde cerrahi basamaklara geçilebilir. Bunun için ⚠ **HEKİMİ BİLGİLENDİR YA DA BİLGİSİ DAHİLİNDE** hastayı sevk et.
- Kanama devam ediyor ve neden bulunamıyorsa HEKİME HABER VER
 - Hematom
 - Genital olmayan nedenler (örneğin karaciğer rüptürü, amniyon sıvı embolisi)
 - 4T için yeniden değerlendir.
 - Kanama devam ediyor ve nedeni bulunamıyorsa laparotomi yönünden değerlendir (RCOG, 2016; SB HSGM, 2022).



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

Bebeğin doğumundan hemen sonra başlayıp altı haftaya (42 gün) kadar uzanan dönem olarak tanımlanan doğum sonrası dönem, kadınlar, yenidoğanlar, eşler, ebeveynler, bakıcılar ve aileler için kritik bir zamandır (*Paledine vd., 2019; WHO, 2022*).

6.1. Doğum Sonu Rutin Maternal Değerlendirme

Doğum bir sağlık kuruluşunda gerçekleşirse, sağlıklı kadınlar ve yenidoğanlar doğumdan sonra en az 24 saat boyunca tesiste doğum sonrası bakım almalıdır (*SB, 2018; WHO, 2022*). Doğum evde gerçekleşirse, ilk doğum sonrası temas mümkün olduğunca erken, doğumdan sonraki 24 saat içinde olmalıdır, dijital doğum bildirimi yapılmalıdır (Tablo 27) (*ACOG, 2018; NICE, 2021b; NICE, 2022; WHO, 2022*).

Tablo 27. Doğum Sonrası Rutin Maternal Değerlendirmede Yapılacaklar

Doğum sonrası tüm kadınların doğumdan sonraki ilk saatten başlayarak ilk 24 saat boyunca;	Doğumdan sonraki 24 saatin ötesindeki her doğum sonrası temasta, genel durum hakkında sorular sorulmaya devam edilmeli ve aşağıdakilerle ilgili değerlendirmeler yapılmalıdır.
Vajinal kanama,	Mesane fonksiyonu,
Uterin tonus,	Bağırsak fonksiyonu,
Fundus yüksekliği,	Epizyotominin durumu,
Vücut sıcaklığı,	Baş ağrısı,
Kalp atım hızı (nabız),	Yorgunluk,
Kan basıncı düzenli olarak değerlendirilir.	Sırt ağrısı,
İdrar çıkışı değerlendirilir (<i>WHO, 2022</i>).	Perineal iyileşme, perineal ağrı,
	Tromboembolizm belirtileri,
	Anemi belirtileri,
	Preeklampsi belirtileri ve bulguları,
	Enfeksiyon belirtileri ve bulgular
	Doğrulanmış bir araç kullanılarak doğum sonrası depresyon ve anksiyete taraması yapılır. Tarama pozitifse kadınların uzman desteği alması sağlanır.
	Tütün kullanımı taranır, danışmanlık verilir.



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

6.2. Lohusalığın Yönetimi

Lohusalığın yönetiminde dikkat edilecek hususlar Tablo 28'de yer almaktadır (*NICE, 2021b; NICE, 2023b; WHO, 2022; SB, 2018*).

Tablo 28. Lohusalığın Yönetiminde Dikkat Edilecek Hususlar

Değerlendirilecekler	Özellikler
Vital bulgular	► Kan basıncı $\geq 140/90$ mmHg ise preeklampsi; $\leq 90/50$ mmHg ise kanama açısından izlem ► Şok indeksi (nabız/sistolik kan basıncı) > 0.8 ise kanama açısından değerlendirme ► Nabız $< 60/dk$, $> 100/dk$ ise yakın takip ► Solunum sayısı $< 10/dk$, $> 20/dk$ yakın takip ► En az bir kez ateş ölçümü (enfeksiyon şüphesi varsa ateş takibi)
Kanama ve loşi takibi Loşi renk, miktar, koku yönünden değerlendirilir.	► Doğum sonrası ilk 2 gün kırmızı-vişne çürüğü renkte bir akıntı olağandır. ► 2-10 günler arası renk pembe-kahverengi hale döner. ► Lekelenme tarzında kanama doğumdan sonra özellikle emziren annelerde 6. haftaya kadar devam edebilir. ► 20-30 dakika içerisinde 2-3 pedden fazla kanama, sürekli kan gelişi, pıhtılı kanama veya renginin açık/parlak kırmızıya dönmesi fazla miktardaki kanamaya işaret eder.
Uterin fundus	
Uterin kontraksiyon	Uterus kontrakte değilse fundus masajı yapılır, kontrakte ise masaj yapılmaz. Annenin uterin fundusu hissetmesi sağlanır ve kendi kendine fundus masajı konusunda bilgi verilir.
Mesane kontrol edilir, boşaltılması sağlanır	Doğumdan sonra 6 saat içinde idrar çıkışı olmaması durumunda mesane kateterizasyonu uygulanır.

Komplikasyonsuz vajinal doğum yapan kadınlar için rutin antibiyotik profilaksisi önerilmez. Doğum sonrası kadınlara doğumdan sonraki 6-12 hafta boyunca tek başına veya folik asit takviyesiyle birlikte oral demir takviyesi sağlanır (*WHO, 2022*). D vitamini desteği sağlanır. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (SB, 2018) doğrultusunda en az altı izlem yapılmalıdır (Tablo 29).



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

Tablo 29. Doğum Sonu Bakım

İzlemler	Ne zaman, Nerede	Değerlendirilecekler	Bakım, Danışmanlık
Birinci izlem	Lohusanın doğumu takip eden ilk 0 - 1 saatleri arasında izlemi yapılır. Bu izlem lohusa hastanede iken gerçekleştirilir.	- Genel durum - Bilinç durumu - Risk tespiti - Vital bulgular (15 dakikada bir): Kan basıncı, nabız, solunum sayısı, vücut sıcaklığı - Kanama ve uterus involusyonu (postpartum ilk yarım saat 5-10 dakikada bir, sonraki yarım saat 15 dakikada bir) - Vajinal doğum sonrası perine muayenesi: Serviks, vajen, üretra ve çevresi, epizyotomi hattı, anal sfinkter - Fazla ağrısı olan lohusada hematoma açısından değerlendirme - Laboratuvar (Kan grubu)	Beslenme: Kontrendikasyon yoksa hemen oral beslenme Genel vücut hijyeni (perine bakımı vb.) Emzirme (ten tene temas) Duygusal ve sosyal açıdan destek
İkinci izlem	Lohusanın doğumu takip eden ilk 1 - 6 saatleri arasında izlemi yapılır. Bu izlem lohusa hastanede iken gerçekleştirilir.	- Bilinç durumu - Vital bulgular 1.-2. saatler arası 30 dakikada bir; 2.-6. saatler arası saatte bir ölçünüz ve değerlendiriniz. - Uterus involusyonu (1-2 saat arası yarım saatte bir; 2-6 saat arası saat başı)	Servise kabulünde perine bakımı Doğumu takip eden ilk 2 saat içinde anne idrar yapmaya teşvik edilir ve ilk 6 saat içinde idrara çıkıp çıkmadığı kaydedilir. Gerekliyse aldığı-çıkarıldığı takibi
		Kanama miktarı ve niteliği Emzirme Meme muayenesi İmmünizasyon durumu (tetanoz, Rh uygunsuzluğu) Laboratuvar (Hemoglobin ölçümü)	



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

Tablo 29. devamı

Üçüncü izlem	Lohusanın doğumu takip eden ilk 6 - 24 saatleri arasında izlemi yapılır. Bu izlem lohusa hastanede iken gerçekleştirilir.	Bilinç durumu Vital bulgular Kanama ve uterus involusyonu (6 saatte bir). Genel bir değerlendirme (Meme, karın muayenesi, bacaklarda ödem, tromboemboli bulgusu vb.) Epizyotomi hattının kontrolü (gerekirse perine, vajina, rektum muayenesi) Perine ya da karında fazla ağrı varsa hematoma araştırılması İnkontinans (üriner/fekal) varlığının kontrolü Lohusanın aile içi şiddet durumu Laboratuvar (Hemoglobin ölçümü)	Taburculuk eğitimi
Dördüncü izlem	Lohusanın doğumu takip eden 2 - 5. günler arasında izlemi yapılır. Bu izlem evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilir.	Genel durum Kendini nasıl hissettiği, uyku ve dinlenme aralıkları, uyum sorunları, yorgunluk durumu Vital bulgular Yakınmalar: Kanama, çarpıntı, nefes darlığı, idrar problemleri, meme ve emzirme problemleri, ağrı, bağırsak problemi Ağrı: Sırt, meme, göğüs ve baş ağrısı, perine ağrısı, bacaklarda ağrı, şişlik ve ısı farkı vb. Karın muayenesi ile fundal yükseklik, uterus büyüklüğü, tonusu veya pozisyonu Perine muayenesi (epizyotomi hattı, hemoroid)	Banyo, meme ve perine hijyeni eğitimi ve önerileri Anti-D immun globulin ile izo-immunizasyonu yapıldığının kontrolü Fiziksel aktivite, pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri konusunda bilgilendirme Demir ve D vitamini desteğine devam etmesi sağlanır. Doğum sonu fizyolojik süreç hakkında bilgilendirme. Dinlenmeye zaman ayırma, bebeğin bakımı için yardım alma, duygularını paylaşabileceği birileriyle konuşma ve öz bakımını yapmanın önemi belirtilir.



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

Tablo 29. devamı

		Kanama-loşi takibi: Miktar, renk ve özellikle eşlik eden kötü koku Annenin kişisel temizlik ve bakımı Psikolojik durumu Emzirme Risk tespit edilmesi veya sevk kriterleri Anne-bebek ilişkisi Lohusanın aile içi şiddet durumu Laboratuvar (Gerekirse hemoglobin ve tam idrar tahlili)	Duygusal durumu ile ilgili sohbet edilir. Bebek bakımı, anne sütü konusunda bilgilendirilir. Beslenme eğitimi Meme bakımı ve meme başı çatlağı hakkında bilgi Kontrasepsiyon danışmanlığı Tehlike işaretleri konusunda anne, eş ve aile bilgilendirilir. Cinsel sağlık/cinsel hayat konusunda bilgilendirme
Beşinci izlem	Lohusanın doğumu takip eden 13 - 17. günler arasında izlemi yapılır. Bu izlem evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilir.	Dördüncü izlemdeki değerlendirmeler yapılır. Karın muayenesi yaparak fundal yükseklik bakılır.	Dördüncü izlemdeki konular ele alınır.
Altıncı izlem	Lohusanın doğumu takip eden 30-42. günler arasında izlemi yapılır. Bu izlem evde veya sağlık kuruluşunda gerçekleştirilir.	Dördüncü izlemdeki değerlendirmeler yapılır.	Dördüncü izlemdeki konular ele alınır.

6.3. Yenidoğan Bakımı

Yenidoğan bakımı Tablo 30'da verilmektedir.

Tablo 30. Yenidoğan Bakımı

Doğum sonrası annesinin yanında izlenen bebeklerin takibi	Yenidoğanın yatışı sırasında
Emme	Kilo takibi
Vücut sıcaklığını koruma	Sarılık açısından kan grubu uyumsuzluğu
Solunum ve kardiyak bulgular	Sefal hematoma gibi risk faktörlerinin varlığı
Yenidoğan refleksleri	Transkütanöz bilirubinometre ile sarılık takibi, gerektiğinde kanda bilirubin seviyesi
İdrar ve mekonyum yapıp yapmadığı	

Anne sütü ve emzirmenin yararlarından bahsedilmelidir. Taburculuk öncesi solunum sayısı, kalp atım hızı ve vücut sıcaklığının stabil olduğuna, idrar ve en az 1 kez mekonyum yaptığına,



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

emmenin iyi, sarılık değerinin tedavi sınırının altında olduğuna ve patolojik fizik muayene bulgusu olmadığına emin olunmalıdır. Bebeğin kontrole geleceği zaman planlanmalıdır.

Yenidoğan taburculuk sürecindeki öneriler Kutu 37'de gösterilmekte olup taburculuk sırasında;

1. Göz enfeksiyonları açısından profilaksi,
2. K vitamini,
3. Yenidoğan tarama testi,
4. İşitme testi,
5. Doğuştan kritik kalp hastalıkları için tarama (WHO, 2022; Benitz WE, 2015; Watterberg K, 2020),
6. Hepatit B aşısı yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
7. Ailesel ve çevresel fiziksel ve psikososyal risk faktörleri belirlenerek gerekli müdahaleler planlanmalıdır.

Kutu 37. Yenidoğan Taburculuk Süreci Önerileri

- Banyo için sıklıkla ilk 24 saatin geçmesi beklenir. Banyo sürecinde göbek bağıının ıslak ve nemli kalmaması sağlanmalıdır. Banyo sonrası cildin kurumaması, çatlaması, pullanma olması durumunda nemlendirici krem kullanılabilir.
- Ani bebek ölümü sendromu açısından bebeğin sırtüstü yatırılması gerektiği, yatağının yumuşak olmaması ve yastık kullanılmaması belirtilmelidir.
- Göbek bağı üst kısmında kalacak şekilde bezi bağlanmalıdır. Göbek bağıının kuru ve temiz tutulması yeterlidir.
- Pişiklerin önlenmesi için sık bez değişimi, altının yıkandıktan sonra kuruluğu sağlamak için bir süre açık tutulması, nemlendirici krem kullanılması yeterlidir.
- Giysiler yumuşak, tüy ve toz çıkarmayacak yapıda, kolay giydirilip çıkartılacak özellikle olmalı, sabun tozu ile yıkanmalıdır. Giysilerin üzerinde çengelli iğne, nazar boncuğu gibi çocuğa zarar verebilecek cisimler takılmamalıdır.

Yenidoğanın kontrol muayeneleri;

- Göz anomalileri açısından 1 aylık olduğunda kırmızı refle ve göz muayenesi yapılmalıdır.
- Gelişimsel kalça displazisi açısından risk faktörleri belirlenmeli, fizik muayene ve gerekirse kalça ultrasonografi için **HEKİME YÖNLENDİRİLİR.**
- Aşılarının takvime göre yapılması, D vitamini ve demir profilaksisi başlanması için aile hekimine başvurusu önerilmelidir.

Aşağıdaki bulgular saptanırsa aile **HEKİME BAŞVURMALIDIR;**

- Ateş ($>37,5$ °C) veya düşük vücut sıcaklığı ($<36,5$ °C),
- Emmenin iyi olmaması,
- Aktivitede azalma,
- Solunum sayısında artış (>60 /dakika),



6. DOĞUMUN DÖRDÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ

- Zorlu solunum (solunum sayısında artış, inleme, çekilmeli solunum),
- Morarma, ciltte alacalanma,
- Gövde, kol ve bacaklar, el ayası ve ayak tabanına ulaşan sarılık.

6.3.1. Emzirme

Annelere her doğum sonrası temasta bebeklerini sadece anne sütüyle beslemeleri konusunda danışmanlık verilir ve destek sağlanır (WHO, 2022).

Kadının yasal hakları konusunda rehberlik yapılır. Emzirme döneminde doğurganlığın geri kazanılmasına ilişkin rehberlik yapılır (ACOG, 2018). Sağlık tesisi personeli, kadınların emzirmesini desteklemek için yeterli bilgi, yetkinlik ve beceriye sahip olmalıdır (WHO, 2022).

6.3.2. Kontrasepsiyon

Gelecekteki üreme planı değerlendirilir. 6 aydan daha kısa bir gebelik aralığının (18 ay aralıkla doğum) önlenmesinin gerekçesi açıklanır ve tekrarlayan gebeliklerin riskleri ve faydaları tartışılır (ACOG, 2018).

İhtiyaçlarını ve tercihlerini yansıtan bir doğum kontrol yöntemi seçilir (ACOG, 2018; Engin Üstün, 2007).

Emziren kadınlar için: sadece progestin içeren yöntemler doğumdan hemen sonra kullanılabilir (Paledine vd., 2019).

Adölesanlar ile uzun etkili geri dönüşümlü kontrasepsiyon yöntemleri için görüşme yapılır (Paledine vd., 2019).

6.3.3. Taburculuk Eğitimi

Taburculuk öncesi danışmanlık verilerek en az dört doğum sonrası bakım teması önerilir.

Epizyotomi ve insizyon takibinin kontrolünün nasıl yapılacağı konusunda gebe bilgilendirilir.

Doğum sonrası dönem boyunca düzenli fiziksel aktivitede bulunmalı, hafta boyunca en az 150 dakika fiziksel aktivitede bulunmalıdır.

Çeşitli fiziksel ve kas güçlendirici aktiviteler dahil edilmelidir; hafif esneme eklemek de faydalı olabilir.

Yorgunluk ve uyku bozukluğuyla başa çıkma seçenekleri tartışılır (ACOG, 2018).

Kronik hastalık varsa uzun dönemde anne sağlığı üzerindeki etkileri tartışılır (ACOG, 2018).

Aşı takvimi hakkında bilgi verilir (ACOG, 2018).

Anneye emzirme eğitimi verilir. Emzirme süresinin bebeğin istediği sıklıkta ve sürede olması gerektiği hatırlatılır.



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

Doğum sonrası ilk ebe temasında, kadın aşağıdakilerin potansiyel olarak ciddi durumların belirtileri veya işaretleri olduğu ve bunlardan herhangi biri meydana gelirse gecikmeden tıbbi yardım alması gerektiği yönünde bilgilendirilir (NICE, 2021b) (Tablo 31). Lohusalıkta anormal semptom-bulgular ve yönetimi Tablo 32’de gösterilmiştir.

Tablo 31. Tehlike İşaretleri Varlığında Akla Gelmesi Gereken Patolojiler

Tehlike İşaretleri	Patolojiler
Ani veya çok ağır vajinal kanama veya kalıcı veya artan vajinal kanama, plasenta retansiyonu	Endometrit
Karın, pelvik veya perineal ağrı, ateş, titreme veya hoş olmayan kokulu vajinal akıntı	Enfeksiyon
Bacaklarda şişme ve hassasiyet veya nefes darlığı	Venöz tromboembolizm
Göğüs ağrısı	Venöz tromboembolizm veya kalp sorunları
Kalıcı veya şiddetli baş ağrısı	Hipertansiyon, preeklampsi, postdural-ponksiyon baş ağrısı, migren, intrakraniyal patoloji veya enfeksiyonu
Kendi kendine tedaviye rağmen 24 saatten uzun süren kötüleşen kızarma ve meme şişmesi	Mastitis

Tablo 32. Lohusalıkta Anormal Semptom-Bulgular ve Yönetimi

Semptom-Bulgu	Yönetimi
Perineal ağrı Kısa ve uzun vadede yaygın bir semptomdur (Manresa vd., 2019).	Perineal travmadan kaynaklanabilir. Oral analjezikler önerilir: Parasetamol, aspirin ve oral non-steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAII'ler). Perineyi soğutma, doğrudan perineye veya bir pedin katmanları arasına uygulanan katı veya kırılmış buz, perineye uygulanan jel paketi, banyo uygulanabilir.
Uterus krampları/involüsyon ağrısı Doğumdan sonra ilk 2-3 gün boyunca +	Uterusun involüsyonundan kaynaklanan kramp ağrısıdır. Genellikle NSAII'ler (örn. aspirin ve naproksen) ve opioidler (örn. kodein) kullanılır.
İdrar ve dışkı tutamama Kadınların yaklaşık üçte biri doğumdan sonraki ilk üç ayda yaşar, doğum sonrası ilk yılda kademeli olarak azalır.	Mesane eğitimi, sıvı yönetimi, vücut ağırlığı kaybı ve pelvik taban kas egzersizleri önerilir (Paledine vd., 2019). Pelvik taban kas eğitimi ayrıca doğum sonrası kadınlarda cinsel işlevi ve dışkı tutamama ve pelvik taban sarkması gibi diğer pelvik taban bozukluklarını da iyileştirebilir. İdrar ve dışkı kaçırma sorunu olmayan kadınlara rutinde önerilmez (WHO, 2022).
Hemoroid ve konstipasyon	Hemoroidler konstipasyondan veya doğumun ikinci aşamasında ıkınmadan kaynaklanabilir. Oral demir takviyeleri katkıda bulunabilir. Konstipasyon düzeltilir. Su ve lif alımının artırılması ve ozmotik laksatifler önerilir. Hemoroidli hastalar ayrıca dışkı yumuşatıcılarla tedavi edilmelidir (Paledine vd., 2019).



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

Tablo 32. devamı

Meme dolgunluğu	Sert, ağırlı meme ve zor emzirme ile karakterize memelerin patolojik olarak sütle aşırı dolması durumudur. Genellikle anne ve bebeğin ayrılması, etkisiz emme veya daha az yaygın olarak aşırı süt üretimi nedeniyle bozulmuş süt atılımından kaynaklanır ve mastite yol açabilir (WHO, 2022). Tedavisine yönelik müdahaleler şunları hedeflemelidir: • Meme ağrısının hızla giderilmesi, • Bebeğin memeye başarılı bir şekilde tutunmasını sağlamak, • Sütün etkili bir şekilde boşaltılmasını kolaylaştırmak, • Mastitis ve meme apsesi gibi bilinen komplikasyonları önlemek. Emzirmeden önce memeye nemli ısı uygulanması, sık emzirme, areolanın yumuşatılması, emzirme sırasında bebeğin göğse doğru şekilde konumlandırılması ve tutunması, doğrudan emzirme mümkün değilse elle süt sağılması veya pompa kullanılması, emzirme sırasında nazik masaj yapılması ve emzirmeden sonra soğuk kompres uygulaması önerilir. Analjezikler (örn. parasetamol) ve anti-inflamatuvar ilaçlar (örn. ibuprofen) kullanılabilir.
Lohusalık enfeksiyonu bulguları izlemi ve yönetimi	Komplike olmayan vajinal doğumda enfeksiyonu önlemek için rutin antibiyotik tedavisi önerilmez (WHO, 2022). Enfeksiyon belirtileri ve semptomları, (ateş, titreme, karın ağrısı ve/veya rahatsız edici vajinal parça düşürme) değerlendirilir (WHO, 2022). Temel hijyenik uygulamalar önerilir (El yıkama, perine temizliği,..) (WHO, 2013).
Endometrit	Başka bir kaynağı olmayan ateş, uterus hassasiyeti ve vajinal akıntı ile birlikte olabilir. Genellikle intravenöz antibiyotik gerektirir. Geç enfeksiyonlarda anaerobik enfeksiyon veya klamidya olasılığı daha yüksektir (Paledine vd., 2019).
Gestasyonel diyabet tanısı olan hastada	Doğumdan 4-12 hafta sonra 75 g, 2 saatlik oral glukoz tolerans testiyle tip 2 diyabet mellitus taraması yapılır (ACOG, 2018; Paledine vd, 2019). Sonrasında her 1-3 yılda bir tarama önerilir. Yaşam boyu tip 2 diyabet geliştirme riskinin gestasyonel diyabet tanısı konulduktan sonra en az sekiz kat arttığı, riskin daha yüksek vücut kitle indeksi ve anormal glukoz tolerans testi sonuçları olanlarda ve ileri yaşta daha yüksek olduğu bilgisi verilir (Paledine vd, 2019).



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

Tablo 32. devamı

Tiroid bozuklukları	Hipertroidizm veya hipotroidizm semptomları olabilir. Hipertroidizm geçicidir ve genellikle tedavi edilmez. Beta blokerler semptomlar için gerektiğinde kullanılabilir. Hipotiroidizm tiroid hormon tedavisiyle tedavi edilir. Kadınların %10'una kadarı doğum sonrası tiroidit gelişebilir (<i>Paledine vd, 2019</i>).
Cinsel işlev bozukluğu	Muhtemelen düşük östrojen seviyeleri ve psikososyal faktörlerden kaynaklanabilir. Cinsellik, dispareni yönetimi ve cinsel ilişkinin yeniden başlaması konusunda rehberlik sağlanır (<i>ACOG, 2018</i>). Genellikle zamanla çözülür.
Lohusalık psikiyatrik bozuklukları Kadınların %10'una kadarında doğum sonrası dönemde görülür.	Tanıda Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılır. Doğum sonrası depresyon ve anksiyeteyi önlemek için doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde psikososyal ve/veya psikolojik müdahaleler önerilir (<i>WHO, 2022</i>). Önceden var olan ruh sağlığı bozukluklarının takibi, ruh sağlığı ile ilgili randevulara yönlendirme ve doğum sonrası dönem için uygun şekilde ilaçların ayarlanması konusunda rehberlik sağlanır (<i>ACOG, 2018</i>).

Tromboembolizm

Tromboembolizm riski, doğum sonrası dönemde gebelikten beş kat daha fazladır ve yüksek risk, doğumdan sonraki 12 haftaya kadar devam eder. Emziren kadınlarda doğrudan trombin inhibitörleri ve doğrudan oral antikoagülanlardan kaçınılması gerekir (*Paledine vd., 2019*). Venöz tromboemboli risk faktörleri Tablo 33'te gösterilmiştir (*Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, 2014*).



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

Tablo 33. Venöz Tromboemboli İçin Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	Puan
Major cerrahiyle ilgisi olmayan geçirilmiş VTE öyküsü	4
Majör cerrahi sonrası VTE öyküsü	3
Bilinen yüksek riskli trombofili	3
Medikal eşlik eden hastalıklar (kanser, kalp yetmezliği, aktif SLE, aktif inflamatuvar bağırsak hast ve poliartrpati, nefrotik sendrom, nefropatili Tip 1 DM, orak hücre hastalığı, mevcut intravenöz ilaç bağımlılığı)	3
1.derece akrabada tetiklenmemiş ya da östrojen ilişkili VTE	1
VTE olmaksızın bilinen düşük riskli trombofili varlığı	1
> 35 yaş	1
Obezite; Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$	1
Obezite; Gebelik başlangıcı vücut kitle indeksi $\geq 40 \text{ kg/m}^2$	2
Parite ≥ 3	1
Sigara içiciliği (>10 adet/gün)	1
Büyük variköz ven varlığı	1
Mevcut gebelikte preeklampsi varlığı	1
Çoğul gebelik	1
Eylemde sezaryen	2
Elektif sezaryen	1
Orta pelvis ya da rotasyonel operatif doğum	1
Uzamış eylem (>24 saat)	1
Postpartum kanama (>1 lt veya transfüzyon ihtiyacı)	1
Mevcut gebelikte preterm doğum (<37+0 hafta)	1
Mevcut gebelikte ölü doğum	1
Gebelikte veya lohusalıkta epizyotomi hariç herhangi bir cerrahi müdahale (örn, apendektomi, postpartum sterilizasyon)	3
Hiperemesis Gravidarum	3
Ovarian Hiperstimulasyon Sendromu (sadece 1. trimester)	4
Mevcut sistemik enfeksiyon	1
İmmobilizasyon (≥ 3 gün), dehidratasyon	1
Uzun mesafeli yolculuk (> 4 saat)	1

Postnatal dönemde tromboprofilaksi önerileri Kutu 38'de verilmektedir.



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

Kutu 38. Postnatal Dönemde Tromboprofilaksi Önerileri

- Postnatal dönemde toplam puan ≥ 2 ise en az 10 gün süreyle tromboprofilaksi önerilir. Postnatal ≥ 4 faktör pozitif ise; 6 hafta tromboprofilaksi önerilir.
- Postpartum hastanede ≥ 3 gün yatış veya tekrar hastaneye yatış söz konusuysa tromboprofilaksi önerilir.

► Hipertansif Bozukluklar

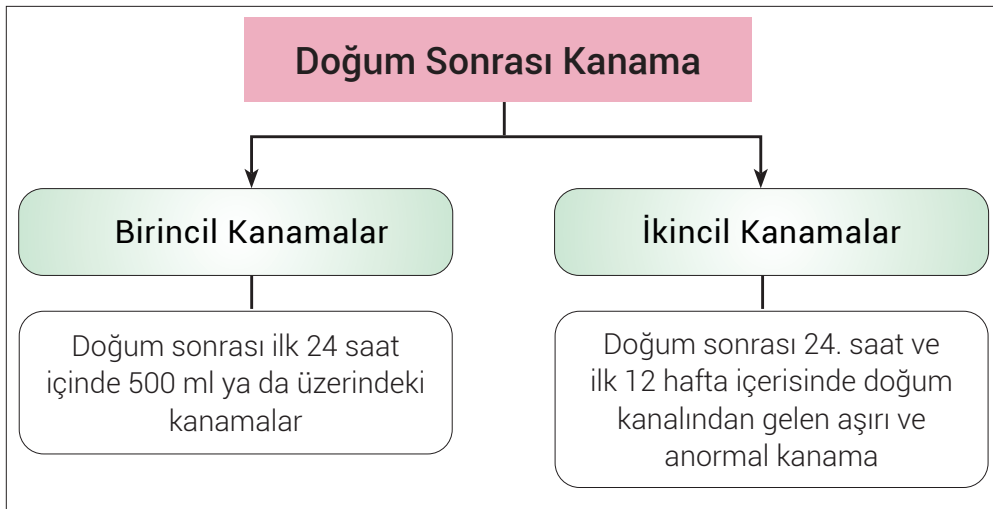
Doğum sonrası dönemde hipertansiyon; kronik hipertansiyon, gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi tanımlı kadın gruplarını etkiler. Hipertansiyon ayrıca doğum sonrası dönemde ilk kez ortaya çıkabilir (NICE, 2019). En yüksek risk doğumdan sonra <48 saattir. Doğumdan sonraki 7 gün kan basıncını kontrolü önerilir (Paledine vd., 2019). Belirtileri; şiddetli baş ağrısı, gözlerin önünde bulanıklık veya şimşek çakması gibi görme sorunları, kaburgaların hemen altında şiddetli ağrı, kusma ve yüz, el veya ayaklarda ani şişmedir (NICE, 2019).

Doğum yapmış kronik hipertansiyonlu kadınlarda, kan basıncını 140/90 mmHg'nin altında tutmak hedeflenir, gerekirse antihipertansif tedaviye devam edilir, doğumdan 2 hafta sonra antihipertansif tedavinin aile hekimi veya uzmanıyla gözden geçirilmesi önerilir (NICE, 2019).

Son organ hasarı belirtileri varsa veya kan basıncı $\geq 160/110$ mm Hg ise hastaneye yatırılır. Yaşam tarzı değişiklikleri ve kan basıncı ve vücut ağırlığı takibi için yıllık rutin kontrol önerilir (Paledine vd., 2019).

7.1. İkincil Postpartum Kanama

Doğum sonrası kadınların %2'sinde görülür (Şekil 22) (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2022; WHO, 2022).

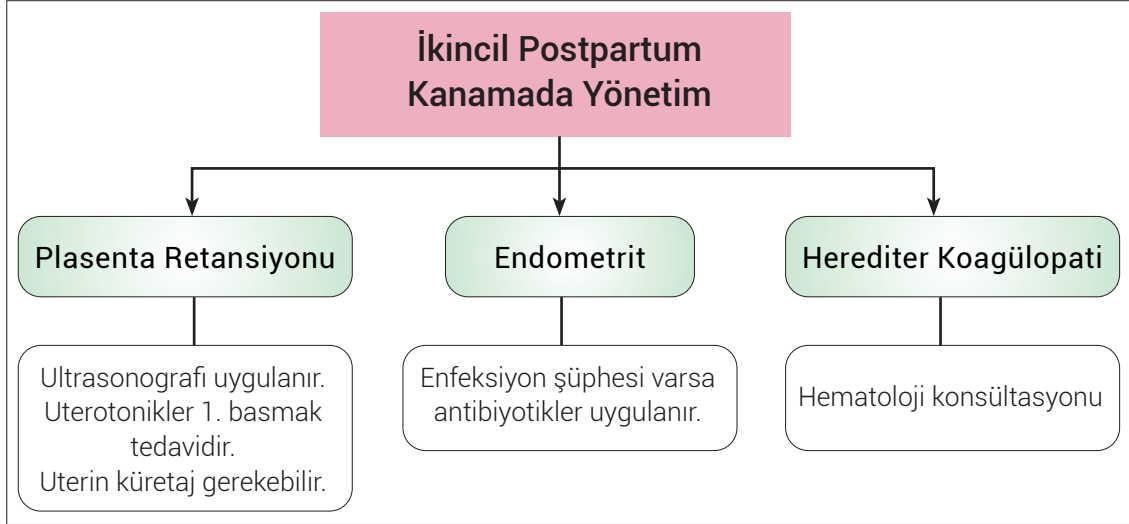


Şekil 22. Doğum Sonrası Kanamalar



7. LOHUSALIKTA ANORMAL BULGULAR VE YÖNETİMİ

İkincil postpartum kanamada yönetim Şekil 23'te verilmektedir.



Şekil 23. İkincil Postpartum Kanama Etiyoloji ve Yönetimi



KAYNAKLAR

- Aguar, M., Farley, A., Hope, L., Amin, A., Shah, P., & Maneseki-Holland, S. (2019). Birth-Related perineal trauma in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health*, 23, 1048-1070. doi: 10.1007/s10995-019-02732-5
- Akın, B. (2018). *Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı* (A. Hadımlı, U. Yücel, & H. Öztürk Can (Eds.); 1. Baskı. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri.
- Aktaş, B. (2021). *Müziğin Fetal Kalp Hızı Örneklerine ve Reaktif Trase Sonuçlarına Etkisi*. (Tez no: 706256) (Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). (2024). *Clinical Practice Guideline. Number 8. First and Second Stage Labor Management*. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2024/01/first-and-second-stage-labor-management>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2004). Dystocia and augmentation of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 85, 315–324
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2006). Mode of term singleton breech delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 108(1), 235-237.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2009). ACOG Practice Bulletin No. 106: Intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. *Obstet Gynecol*, 114(1), 192-202. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181aef106.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2010). Practice bulletin no. 116: Management of intrapartum fetal heart rate tracings. *Obstet Gynecol*, 116(5), 1232-1240. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182004fa9.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2016). Fetal Macrosomia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(5), 195-209. doi: 10.1097/AOG.0000000000001767.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2018). Committee Opinion No. 736: Optimizing Postpartum Care. *Obstet Gynecol*, May, 131(5):140-150. doi: 10.1097/AOG.0000000000002633.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2019). ACOG Practice Bulletin No. 209: Obstetric Analgesia and Anesthesia. *Obstet Gynecol*, 133, 208- 225. doi: 10.1097/AOG.0000000000003132.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Delayed Umbilical Cord Clamping After Birth: ACOG Committee Opinion, Number 814. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. *Obstet Gynecol*. 2020 Dec;136(6):e100-e106.
- American Pregnancy Association. (2021). Fetal distress. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/23971-fetal-distress>.
- Amiri, P., Mirghafourvand, M., Esmaeilpour, K., Kamalifard, M., & Ivanbagha, R. (2019). The effect of distraction techniques on pain and stress during labor: a randomized controlled clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19, 1-9.
- Anderson D. (2014). Pudendal nerve block for vaginal birth. *J Midwifery Womens Health*, 59: 651-659.
- Angarita, A. M., Berghella, V. (2022). Evidence-Based Labor Management: Third Stage Of Labor (part 5). *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 4(5), 100661.
- Armbruster, D., Lalonde, A., Engelbrecht, S., & Carbonne, B. (2012). Active Management of the Third Stage of Labor : Current Evidence , Instructions for Use and Global Programmatic Activities. S. Arulkumaran, M. Karoshi, L. G. Keith, A. B. Lalonde, & B.-L. Christopher (Eds.), *A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage içinde* (SS. 113-126). Sapiens Publishing.
- Ayres-de-Campos, D. (2016). *Obstetric emergencies: A practical guide*. Springer.



- Ayres-de-Campos, D., & Spong, C. Y., Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24.
- Bay, F., & Bulut, Ö. Ü. (2020). Doğum indüksiyonu: Maternal, fetal-neonatal etkileri, ebeinin rolü. *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 4-14.
- Boushra, M., Stone, A., & Rathbun, K.M. (2023). Umbilical cord prolapse. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542241/#:~:text=Umbilical%20cord%20prolapse%20is%20when,not%20rapidly%20diagnosed%20and%20managed.>
- Bush, M., Eddleman, K., & Belogolovkin, V. (2024). Umbilical cord prolapse. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/umbilical-cord-prolapse#H1942694>.
- Calder, A.A., Emprey, M.P., & Hillier, K. (1974) Extra-amniotic prostaglandin E2 for induction of labour at term. *Obstet Gynaecol Br Commonw*, 81(1), 39-46. doi: 10.1111/j.1471-0528.1974.tb00362.x.
- 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, 1260-1269. doi: 10.1016/j.ajog.2022.06.017.
- Caughey, Aaron B., Guise, J-M., & Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 210(3), 179-193. doi: 10.1016/j.ajog.2014.01.026.
- Chandrachan, E., & Arulkumaran, S. (2007). Prevention of birth asphyxia: responding appropriately to cardiotocograph (CTG) traces. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21(4), 609-624.
- Coggins, A. S., & Deering, S. (2018). Common examinations and procedures. S. Deering (Ed.), *A practical manual to labor and delivery içinde*. (ss.4-42). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108291323.003>
- Çakır, D., & Dağlar, G. (2023). Doğum eylemi sırasında kullanılan kablosuz fetal izlemin kadının konforu, doğum ağrısı ve doğum memnuniyeti üzerine etkisi . 6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi, Ankara).
- Çalık, K.Y., & Çetin, F.C. (2018). Normal Doğum ve Sonrası Dönem. A. Durmaz (Ed.). (1. baskı). İstanbul Tıp Kitabevleri.
- Çelik, E., & Çoşkun, E. İ. (2014). Plasentanin Doğumu, Rest Plasenta ve Plasenta Akreta. S. Demir & Ü.K. Güleç (Eds.), *Eylem & Doğum içinde* (6. Baskı, pp. 353-388). Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Çobanoğlu, A., & Şendir, M. (2019). Epizyotomi Bakımında Kanıta Dayalı Uygulamalar. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 27(1), 48-62.
- Dandolu, V., Lawrence, L., Gaughan, J. P., Grotegut, C., Harmanli, O. H., Jaspan, D., & Hernandez, E. (2005). Trends in the rate of shoulder dystocia over two decades. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 18(5), 305-310. doi: 10.1080/14767050500312730.
- Demirgöz B. M. (2020) Doğum Eylemine Yönelik Girişimler. M. Demirgöz Bal, & D.S. Yılmaz (Eds.) *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum içinde*. (ss. 284-289). Akademisyen Kitabevi.
- Dereli Yılmaz, S. (2017). Doğumun İkinci ve Üçüncü Evresi. M. Demirgöz Bal, & S. Dereli Yılmaz (Eds.), *Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum içinde* (1st ed., ss. 117-135). Akademisyen Kitabevi.
- Devane, D., Lator, J., 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. *Cochrane Database Syst Rev*, 26, 1(1), CD005122. doi: 10.1002/14651858.
- Dönmez, S. ve Sevil, Ü. (2009). Rutin epizyotomi uygulanmasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 105-112.
- Engin Ustün, Y., Ustün, Y., Cetin, F., Meydanli, M.M., Kafkasli, A., Sezgin, B. (2007). Effect of postpartum counseling on postpartum contraceptive use. *Arch Gynecol Obstet*, 275(6), 429-432. doi: 10.1007/s00404-006-0287-z.



- Friedman, E. A., & Cohen, W. R. (2023). The active phase of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 228(5), 1037-1049. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.269.
- Frölich M.A. (2022). *Obstetric Anesthesia*. J.F. Butterworth, D.C. Mackey, J.D. Wasnick (Eds.), *Morgan&Mikhail's Clinical Anesthesiology içinde* (7. Baskı, Chapter 41). McGraw Hill LLC.
- Fukuda, K. (2010). Intravenous opioid anesthetics. R.D. Miller (Ed). *Millers Anesthesia içinde* (7th edition, ss. 769-824). Churchill Livingstone.
- Gachon, B., Desseauve, D., Fritel, X., & Pierre, F. (2016). Is fetal manipulation during shoulder dystocia management associated with severe maternal and neonatal morbidities?. *Arch Gynecol Obstet*, 294(3), 505-509. doi: 10.1007/s00404-016-4013-1.
- Garrison (2009). Normal doğum Eylemi ve Doğum. (M.H. Tanır, M.H. & T. Şener, T, Çev. Özkaya, M.O. Gabbe, G.S., Niebyl, R. J., Simpson, L. J.(Ed.) *Obstetri. Obstetri içinde*. (ss. 317-320). Nobel Kitabevleri[gb4].
- Gauthaman, N., Walters, S., Tribe, I. A., Goldsmith, L., & Doumouchsis, S. K. (2016). Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. *International urogynecology journal*, 27(4), 571–577. doi: 10.1007/s00192-015-2863-x.
- Gerey, S., Türkmen, H., & Palas, P. K. (2024). İntrauterin Resüsitasyon Manevraları ve Yönetimi. *Balıkesir Medical Journal*, 8(2), 107–115. <https://doi.org/10.33716/bmedj.1445555>
- Gönenç, I. M., & Terzioğlu F. (2013). Doğum ağrısının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden masaj ve akupressür'ün algılanan doğum ağrısına, gebenin anksiyetesine ve maliyete etkisi. (Tez No: 339431). (Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Gray, C.J., & Shanahan, M.M. (2024). Breech Presentation. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448063/>
- Gurewitsch Allen, E. (2024). Prescriptive and proscriptive lessons for managing shoulder dystocia: a technical and videographical tutorial. *American journal of obstetrics and gynecology*, 230(3S), 1014-1026. doi: 10.1016/j.ajog.2022.03.016.
- Hoffman, M. K., Bailit, J. L., Branch, D. W., Burkman, R. T., Van Veldhusien, P., Lu, L., Kominiarek, M. A., Hibbard, J. U., Landy, H. J., Haberman, S., Wilkins, I., Gonzalez-Quintero, V. H., Gregory, K. D., Hatjis, C. G., Ramirez, M. M., Reddy, U. M., Troendle, J., Zhang, J., & Consortium on Safe Labor (2011). A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. *Obstetrics and gynecology*, 117(6), 1272–1278. doi: 10.1097/AOG.0b013e31821a12c9.
- Holbrook, B.D., & Phelan, S.T. (2013). Umbilical cord prolapse. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 40, 1–14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2012.11.002>
- International Committee of the Red Cross (ICRC). (2017). Abdomina palpation; The Leopold Maneuver. https://www.philips-foundation.com/c-dam/philips-foundation/knowledge-hub/other-reports/2017.104%20-%20The_Leopold_Maneuver_Poster.pdf.
- Impey, L.W.M., Murphy, D.J., Griffiths, M., Penna, L.K. & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017) Management of Breech Presentation. *BJOG*, 124, e151–e177. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14465>.
- Issac, A., Nayak, S.G., Priyadarshini, T., Balakrishnan, D., Halemani, K., Mishra, P., Indumathi, P., Vr, V., Jacob, J., & Stephen, S. (2023). Effectiveness of breathing exercise on the duration of labour: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, 13, 04023. <https://doi.org/10.7189/jogh.13.04023>.
- Júnior, E. A., Peixoto, A. B., Zamarian, A. C. P., Júnior, J. E., & Tonni, G. (2017). Macrosomia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 38, 83-96. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2016.08.003. Epub 2016 Sep 15.
- Karaahmet, A. Y. (2017) Epizyotomide Güncel Durumlar. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 41), 57-63. doi: 10.17681/hsp.270072.
- Karahan, N., & Hüseyinoğlu, S. (2021). Vakalarla Elektronik Fetal İzlem (1.baskı). Nobel Tıp Kitabevleri.



- Karataş Baran G. (2023) Dünya Sağlık Örgütü Partograf: Doğum Bakım Rehberi. JGON. 20(1):1681-90.
- Kotaska, A., & Menticoglou, S. (2019). Management of breech presentation at term. *J Obstet Gynaecol Can*, 41(8), 1193-1205. doi: 10.1016/j.jogc.2018.12.018.
- Koyucu, G.R., (2023). Doğum Eyleminde Operatif Girişimler. S. Aktaş, A.Y. Derya, E. Toker (Eds.). A'dan Z'ye Temel Ebelik içinde. (cilt:2, ss.191-200). İstanbul Tıp kitabevi.
- Kulkarni, S., & Sia, S.T. (2014). Hazards of labour pain and the role of non-neuraxial labour analgesia. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4, 109-114. <http://dx.doi.org/10.1016/j.tacc.2014.04.009>.
- Lau, S.L., Kwan, A., Tse, T.W., & Poon, L.C. (2022) The use of ultrasound, fibronectin and other parameters to predict the success of labour induction. *Best Prac Res Clin Obstet Gynecol*, 79, 27-41. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2021.10.002.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. J., & Styles, C. (2013). Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane database of systematic reviews. Cochrane Database Syst Rev*, 9, (10), CD003934. doi: 10.1002/14651858.
- Leal, M.C., Pereira, A.P., Domingues, R.M., Theme Filha, M.M., Dias, M.A., Nakamura-Pereira, M., Bastos, M.H., & Gama, S. (2014). Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. (2014). *Cad Saúde Pública*, 30(Suppl-1), 17-32 . doi: 10.1590/0102-311X00151513.
- LeFevre, M. L. (1984). Fetal heart rate pattern and postparacervical fetal bradycardia. *Obstet Gynecol*, 64, 343-346.
- Leveno vd. (2018). Leveno K, Bloom S, Dashe J, Spong C, Hoffman B, Casey B. Vaginal Delivery. In: Williams Obstetrics. 25th ed. McGraw-Hill Education; 2018:762-804.
- Manresa, M., Pereda, A., Bataller, E., Terre-Rull, C., Ismail, K.M., & Webb, S.S. (2019). Incidence of perineal pain and dyspareunia following spontaneous vaginal birth: a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*, 30(6), 853-868. doi:10.1007/s00192-019-03894-0.
- Marcus, J.K., Fawcus, S., & WHO Intrapartum Care Algorithms Working Group. (2024). Clinical algorithms for management of third stage abnormalities. *BJOG*, 131 Suppl 2, 37-48. doi: 10.1111/1471-0528.16729
- Mari, G. (2019). Safety training for obstetric emergencies. Elsevier Health Sciences.
- Médecins Sans Frontières . (2019). Prolonged labour. <https://medicalguidelines.msf.org/en/viewport/ONC/english/7-1-prolonged-labour-51417461.html>
- Merih, Y.D., & Kömürcü, N. (2012). Perinatal Dönem Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Şemalar. Kömürcü, N. (Eds.). Akış Şemaları İle Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği içinde (ss. 42-48). Nobel Tıp Kitabevleri.
- Miller, D.A., & Miller, L.B. (2012). Electronic fetal heart rate monitoring: applying principles of patient safety. *Am J Obstet Gynecol*, Apr, 206(4), 278-83. doi: 10.1016/j.ajog.2011.08.016.
- Modanlou, H.D., & Murata, Y. (2004). Sinusoidal heart rate pattern: Reappraisal of its definition and clinical significance. *The journal of obstetrics and gynaecology research*, 30(3), 169-180. *J Obstet Gynaecol Res*, 30(3), 169-80. doi: 10.1111/j.1447-0756.2004.00186.x.
- Moldenhauer, J.S. (2024). Management of Normal Labor.: <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/labor-and-delivery/management-of-normal-labor>.
- Moncrieff, G., Gyte, G.M., Dahlen, H.G., Thomson, G., Singata-Madliki, M., Clegg, A., & Downe S. (2022). Routine vaginal examinations compared to other methods for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev*, Mar 4, 3(3), CD010088. doi: 10.1002/14651858.CD010088.pub3.
- Moraloglu, O., Kansu-Celik, H., Tasci, Y., Karakaya, B. K., Yilmaz, Y., Cakir, E., & Yakut, H. I. (2017). The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women, *J Matern Fetal Neonatal Med*, 30(2), 245-249. doi: 10.3109/14767058.2016.



- Myles, T.D., & Santolaya, J. (2003). Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor. *Obstet Gynecol*, 102(1), 52-58. doi: 10.1016/s0029-7844(03)00400-9.
- Naddoni, D.B., Balakundi, S.K., & Assainar, K.K. (2016). The effect of nitrous oxide (entonox) on labour. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*, 5, 835-839. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20160594>
- Nahavandi, S., Seah, J.M., Shub, A., Houlihan, C., & Ekin, E.I. (2018). Biomarkers for macrosomia prediction in pregnancies affected by diabetes. *Front Endocrinol (Lausanne)*, 31, 9, 407. doi: 10.3389/fendo.2018.00407.
- National Guideline Alliance (UK). (2021). Management of breech presentation: Antenatal care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), PMID: 34524741. Bookshelf ID: NBK573937
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2019). Hypertension in pregnancy [E] Evidence review for postnatal management of hypertension. NICE Guideline (NG133). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133/evidence/e-postnatal-management-of-hypertension-pdf-6836186130>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021a). Antenatal Care. Guideline (NG201). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng201>
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2021b). Postnatal Care. NICE Guideline (NG194). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>.
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2022). Fetal monitoring in labour. NICE Guideline (NG229). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng229/chapter/Recommendations>.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2023a). Quality Standard, QS22, Antenatal Care. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs22>
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). (2023b). Intrapartum Care. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng235>.
- Nguyen, M.T., & Ouzounian, J.G. (2021). Evaluation and management of fetal macrosomia. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 48(2), 387-399. doi: 10.1016/j.ogc.2021.02.008.
- Novikova, N., & Cluver, C. (2012). Local anaesthetic nerve block for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 18, CD009200. doi: 10.1002/14651858.
- O'Heney, J., McAllister, S., Maresh, M., & Blott, M. (2022). Fetal monitoring in labour: summary and update of NICE guidance. *BMJ*, 16, 379, o2854. doi: 10.1136/bmj.o2854.
- Oladapo, O., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T., Portela, B., Down, S., & Gülmezoğlu, A. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 125(8), 918-922. doi: 10.1111/1471-0528.15237.
- Özyer, Ş., Özel, Ş., Aksoy, R. T., & Engin-Üstün, Y. (2017). İntrapartum Fetal Kalp Hızı Değerlendirilmesi. *JGON*, 14(3), 133-137.
- Parsa, P., Saeedzadeh, N., Roshanaei, G., Shobeiri, F., & Hakemzadeh, F. (2017). The Effect of Entonox on Labour Pain Relief among Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Diagn Res*, 11(3), 08-11. doi: 10.7860/JCDR/2017/21611.
- Pasquale, J., Chamillard, M., Diaz, V., Gialdini, C., Bonet, M., Oladapo, O., vd. (2022). Clinical algorithms for identification and management of delay in the progression of first and second stage of labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 131. 10.1111/1471-0528.16775.
- Practice Bulletin No. 178 Summary: Shoulder Dystocia. (2017). *Obstet Gynecol*, 129(5), 123-133. doi: 10.1097/AOG.0000000000002043.
- Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. (2016). *Anesthesiology*, 124,



270-300. doi: 10.1097/ALN.0000000000000935.

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)- Excellence in Women's Health (2021). Management of breech presentation at term. <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/Management-Breech-Presentation.pdf>.

Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG)-Excellence in Women's Health. (2022). Clinical Guideline. Intrapartum Fetal Surveillance. <https://ranzcog.edu.au/wp-content/uploads/2022/05/Intrapartum-Fetal-Surveillance.pdf>.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). (2023). Maternity Triage. (Good Practice Paper. No 17). <https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/good-practice-papers/maternity-triage-good-practice-paper-no-17/>

Royal College of Obstetricians&Gynaecologists (RCOG). (2016). Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage (Green-top Guideline No. 52). BJOG, 2016, 124-149. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14178>

Sayiner, F.D., & Başkaya, H.Y. (2019) Ebelere Yönelik Riskli Doğum Yönetimi. (ss. 159-166). Akademisyen Kitabevi.

Sekhvat, L., & Behdad, S. (2009). The Effects of Meperidine Analgesia during Labor on Fetal Heart Rate. Int J Biomed Sci, 5(1),59-62.

Soylu, N. (2020). Non Stres Test Sırasında Müzik Dinlemenin Fetal İyilik Hali ve Gebenin Kaygı Düzeyine Etkisi. (Tez No 611366). (Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü). YÖK Ulusal Tez Merkezi.

Spillane, E. (2021). Obstetric emergencies in midwife-led settings. In. E. Chandharan, & S. Arulkumaran (Eds.), Obstetric and intrapartum emergencies: a practical guide to management içinde. (ss. 119-132). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108790932.019>

Strachan, B. (2019). The management of intrapartum 'fetal distress'. In. R. Warren and S. Arulkumaran (Eds), Best practice in labour and delivery içinde. (ss. 66 -75). Cambridge University Press.

Superville, S.S., Siccadi M.A. (2024). Leopold Maneuvers. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560814/>.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). Epizyotomi ve Perine Yırtıkları. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 90-95

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2018). Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/DOGUM_SONU_BAKIM_08-01-2019_1.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2022). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-ve-ureme-sagligi-db/Rehberler/AcilObstetrikBakimYonetimRehberi2022.pdf>.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2022). Sezaryen klinik protokolü. https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sezaryen_kp_30052022.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2010). Doğum ve sezaryen eylemi yönetim rehberi.. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6407/0/dogum-ve-sezaryen-eylemi-yonetim-rehberipdf.pdf>

Tokat, M.A., Okumuş, H., & Demir, N. (2013). Fetal Kalp Örüntülerinin Yorumlanmasında Kullanılan Temel Kavramlar ve Tanımlar . M.T. Aluş (Ed). Gebelikte ve Doğum eyleminde Elektronik Fetal İzlem içinde. (1. baskı). Deomed Yayıncılık.

Tunnage, I. U., & Deering, S. (2018). Induction and augmentation of labor. IS. Deering (Ed.), A practical manual to labor and delivery içinde. (ss. 93-101). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108291323.008>

Uçar, T. & Güney, E. (Eds.). (2022). Doğum ve ebelik uygulamaları. Akademisyen Kitabevi. doi: <https://doi.org/10.37609/akya.2059>.

van Vonderen, J.J., Siew, M.L., Hooper, S.B., de Boer, M.A., Walther, F.J., te Pas, A.B. (2012). Effects of naloxone on the breathing pattern of a newborn exposed to maternal opiates. Acta Paediatr. 101, 309-312. . doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02649.x.



- Vidiri, A., Zaami, S., Straface, G., Gullo, G., Turrini, I., Matarrese, D., Signore, F., Cavaliere, A.F., Perelli, F., & Marchi, L. (2022). Waterbirth: current knowledge and medico-legal issues. *Acta Biomed*, 14, 93(1), e2022077. doi: 10.23750/abm.v93i1.12617.
- Visser, G.H. (2017). Fetal distress and labor management: the role of intrapartum monitoring. *Management and Therapy of Late Pregnancy Complications içinde* (ss.73-79). https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-48732-8_5.
- Wee, M. (2007). Analgesia in labour: inhalational and parenteral. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 8(7), 276-278. doi: 10.1016/j.mpaic.2007.04.005
- Weeks, A.D. (2008). The retained placenta. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 22(6),1103-1117. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2008.07.005.
- West, Z., Isaacs, L. (2008). Labour. *Acupuncture in Pregnancy and Childbirth* (2.baskı, ss. 169-183). Churchill Livingstone.
- WHO, UNFPA, UNICEF. (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>.
- Woods, D. (2011). *Intrapartum Care, An advanced-midwife's guide to labour and delivery*. EBW Healthcare: ISBN: 978-1-920218-38-6. ISBN (PDF ebook edition): 978-1-920218-39-3. ss:44-50.
- World Health Organization (WHO). (2012). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. http://www.who.int/reproductive health/publications/maternal_health/9789241548502/en/.
- World Health Organization (WHO). (2013). WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506649>.
- World Health Organization (WHO). (2015). Recommendations for augmentation of labour: highlights and key messages from World Health Organization's 2014 global recommendations (No. WHO/RHR/15.05). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.05>.
- World Health Organization (WHO). (2017a). Guideline, WHO Recommendations on Maternal Health. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MCA-17.10>
- World Health Organization (WHO). (2017b). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors.: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>.
- World Health Organization (WHO). (2018). Guideline, WHO Recommendations on Home-Based Records for Maternal, Newborn and Child Health. Erisim Tarihi: 09/09/2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240060586#:~:text=The%20World%20Health%20Organization%20recommends,home%20care%20practices%2C%20infant%20and>
- World Health Organization (WHO). (2020). WHO labour care guide: user's manual. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566>.
- World Health Organization (WHO). (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>.
- Wright, A., Nassar, A. H., Visser, G., Ramasauskaite, D., Theron, G., Motherhood, F. S., & Committee, N. H. (2021). FIGO good clinical practice paper: management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 152(2):172-181. doi: 10.1002/ijgo.13552.
- Yeşil, Y. (2016), Epizyotomi Açma ve Tamiri. B. Özkan, Ç.E. Turfan, & Y.S. Toksoy (Eds.) *Ebelik Uygulama Standartları* (ss. 259-262). Vize Yayıncılık.
- Yorgancı A, Büyük GN, Akyol M, Gündüz Ö, Seven B, Engin-Ustun Y. (2021). The Effects of Water Immersion during First Stage of Labor on Postpartum Systemic Inflammatory Response. *Z Geburtshilfe Neonatol*. Jun;225(3):251-256.
- Yurtsev, E., & Şahin, N. (2021). Distraction and Focusing on the Management of Labour Pain: Stereograms. *J Educ Res Nurs*, 18(2), 196-201



KAYNAKLAR

Zegarra, R. R., Dall'Asta, A., di Pasquo, E., & Ghi, T. (2023). Antepartum sonographic prediction of cephalopelvic disproportion: are we getting any closer?. *Am J Obstet Gynecol MFM*, Feb, 5(2), 100828. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100828.

Zhu, B. P., Grigorescu, V., Le, T., Lin, M., Copeland, G., Barone, M., & Turabelidze, G. (2006). Labor dystocia and its association with interpregnancy interval. *Am J Obstet Gynecol*, 195(1), 121-128. doi: 10.1016/j.ajog.2005.12.016.

113