

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERİNATAL DÖNEMDEKİ HEMŞİRELİK
MÜDAHALELERİNİN DOĞUM SONU KANAMALARDAKİ
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sibel PEKSOY

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2018**

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PERİNATAL DÖNEMDEKİ HEMŞİRELİK
MÜDAHALELERİNİN DOĞUM SONU KANAMALARDAKİ
ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sibel PEKSOY

**Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU**

**ANKARA
2018**

**PERİNATAL DÖNEMDEKİ HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİNİN
DOĞUM SONU KANAMALARDAKİ ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sibel PEKSOY

Danışman: Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU

Bu tez çalışması 24/04/2018 tarihinde jürimiz tarafından “Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı” nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

*Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi*



Üye:

*Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi*



Üye:

*Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR
Ankara Üniversitesi*



Üye:

*Doç. Dr. Ayşe KILIÇ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi*



Üye:

*Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem YÜCEL
Hacettepe Üniversitesi*



Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

23 Mayıs 2018



Prof. Dr. Diclehan ORHAN

Enstitü Müdürü 4.

YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.


- **Tezimin/Raporumun 24/05/2023 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.** (Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

24/05/2018



ETİK BEYAN SAYFASI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Sayın Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.



Sibel PEKSOY

TEŞEKKÜR

“İnsanın kanadı, gayretidir.”

Mevlânâ Celâleddîn Rûmî

Lisansüstü eğitimimde ve bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde;

Sayın Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU'na, tez danışmanım olarak, tüm çalışmam ve lisansüstü eğitimim süresince, destekleyici yaklaşımı, anlayışı, sabrı ve önemli yönlendirmelerinden dolayı,

Sayın Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU, Sayın Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ, Sayın Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR ve Sayın Doç. Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ'a veri toplama formunun geliştirilmesinde katkıda bulunmalarından dolayı,

Sayın Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU, Sayın Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ ve Sayın Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR'e antenatal eğitim kitapçığının oluşturulmasında sağladıkları katkıdan dolayı,

Sayın Prof. Dr. Fatma Deniz SAYINER'e perineal masajın uygulanmasına yönelik sağladığı katkıdan dolayı,

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yönetimi ve Eğitim Planlama Komisyonu'na tezin hastanede uygulanabilmesi için gerekli ortamı sağlamalarından dolayı,

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebe polikliniğinde, doğum salonunda ve doğum sonu kliniklerde çalışan hekimlere, hemşirelere, ebelere ve diğer hizmet veren personele uygulama aşamasındaki katkılarından dolayı,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gebelere/annelere eğitime katılmayı kabul etmeleri ve tezin başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamalarından dolayı,

Tez çalışmam sürecinde her türlü maddi, manevi desteği ile yanımda olan sevgili aileme ve tez yazım sürecinde sağlık sorunları nedeniyle yaşamını yitiren rahmetli anneme şükranlarımı sunar,

İçtenlikle teşekkür ederim.

ÖZET

Peksoy, S., Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamalardaki Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, Ankara, 2018. Bu araştırma, perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin [Antenatal eğitim, perine koruyucu yaklaşımlar (Perine masajı ve steril obstetrik jel), uterin masaj, emzirme, telefon danışmanlığı] doğum sonu kanamalardaki (DSK) etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma grupları; yaş, parite ve Optimalite İndeksi-TR (OI-TR), Perinatal Özgeçmiş İndeksinden elde edilen toplam puanlar dikkate alınarak müdahale ve kontrol gruplarında yer alacak kişiler belirlenmiştir. Araştırma, 30/01/2016 ve 15/12/2017 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem kapsamına, 70 gebe ($n_{\text{müdahale}}=33$; $n_{\text{kontrol}}=37$) alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen veri toplama formları, LATCH emzirme ve tanılama ölçeği, Görsel Ağrı Skalası ve OI kullanılarak elde edilmiştir. Her iki grupta DSK'nın ölçümü ilk 24 saatte BRASS-V Drape ve hassas tartı ile yapılmıştır. Araştırmamızda, kategorik değişkenlerin analizi için sayı, yüzde ve ki-kare testleri; sürekli değişkenler için ortalama, ortanca, “bağımsız örneklem t testi”, “Mann Whitney U testi”, “eşleştirilmiş t testi”, “iki yönlü karma ANOVA”, “Spearman korelasyon analizi” ve “tek ve çok değişkenli regresyon analizi” kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre; müdahale grubunda ilk 24 saat DSK ortancası [300(189-822)], kontrol grubunda göre [399(207-743)] daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte; birincil/erken ve ikincil/geç DSK açısından müdahale (Birincil DSK=%9.1; ikincil= %6.1) ve kontrol (Birincil= %27; ikincil= %13.5) grubu arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$). DSK nedenlerinde ilk sırada perineal travmalar yer almaktadır. Müdahale grubunda (%18.2) perineal laserasyonlar, kontrol grubuna göre (%32.4) daha az gelişmiş ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Ayrıca, epizyotomi oranları da her iki grupta benzerdir ($p>0.05$). Araştırmaya katılan müdahale grubu kadınlarda kontrol grubuna göre; doğumun birinci evresi daha kısa, doğum eylemi sırasında algıladıkları ağrı daha az, emzirme süreleri daha uzun, LATCH emzirme ve tanılama ve OI-TR'nin toplam puan ortancası yüksektir ($p<0.05$). Sonuç olarak, perinatal süreçte optimal bakımın sağlanması, emzirmenin desteklenmesi ve sürdürülmesi, perine koruyucu yaklaşımlar DSK riskine yol açan bazı faktörlerin kontrol altına alınmasında etkilidir. Bu nedenle, araştırmamızda perinatal dönemde uygulanan hemşirelik müdahalelerinin DSK'ları azaltmada bakım sürecine entegre edilmesi anne sağlığının korunması ve güçlendirilmesi açısından önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu kanama, perine koruyucu yaklaşımlar, uterin masaj, emzirme, hemşirelik, randomize kontrollü çalışma.

ABSTRACT

Peksoy, S., Evaluation of the Effectiveness of Nursing Interventions in the Management of Postpartum Hemorrhage in the Perinatal Period, Hacettepe University, Institute of Health Sciences, Obstetric and Gynecological Nursing Program, PhD Thesis, Ankara, 2018. This study was conducted as a randomized controlled study to assess the effectiveness in postpartum hemorrhage (PPH) of nursing interventions [Antenatal education, perineum protective procedures (perineal massage, sterile obstetric gel), uterine massage, breastfeeding, telephone counseling] in the perinatal period. The study was carried out between 30/01/2016 and 15/12/2017 at Etlik Zübeyde Hanım Women's Diseases Training and Research Hospital. Intervention and control groups are specified according to the ratio scores of age, parity and Optimality Index-TR (OI-TR) to the Perinatal Background Index. 70 pregnant (n_{intervention}=33; n_{control}=37) have been included in the scope of samples for the research. Data Collection Forms (DCF) designed by the researcher, LATCH Breastfeeding Assessment Tool, Visual Analog Scale and Optimality Index-Turkey (OI-TR) was used to collect the study data. PPH was measured with BRASS-V Drape and precision weighing in the first 24 hours in both groups. In our study, numbers, percentage and chi-square tests for the analysis of categorical variables; mean, median, "independent sample t test", "Mann Whitney U test", "paired t test" and "two-way mixed ANOVA" were used for continuous variables. According to research findings; during the first 24 hours PPH median [300(189-822)] in intervention group were significantly lower than the control group [399(207-743)] ($p < 0.05$). However, there was no difference between intervention (Primary= 9.1%; secondary= 6.1%) and control (Primary= 27%; secondary= 13.5%) groups in terms of primary and secondary PPH ($p > 0.05$). Perineal trauma is the first cause of PPH. Perineal lacerations were less occurred in the intervention group (18.2%) than in the control group (32.4%), but there was no statistically significant difference between groups ($p > 0.05$). In addition, episiotomy rates were similar in both groups ($p > 0.05$) When comparing groups the women who participate in intervention group ; the first phase of labor was shorter, the pain they perceived during labor was less, the duration of breastfeeding was longer, the total median score of LATCH assesment tool and total median score of OI-TR was higher ($p < 0.05$) than control group. In conclusion, supporting optimal care in the perinatal period and maintenance of breastfeeding, perineum protective procedures are effective in controlling some of the factors that lead to PPH risk. Therefore, in perinatal period integrating nursing interventions into the care process has place in reducing PPH, promoting and strengthening of maternal health in the study.

Keywords: Postpartum hemorrhage, perineum protective procedures, uterine massage, breastfeeding, nursing, randomized controlled study.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYINLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN SAYFASI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xiii
ŞEKİLLER	xiv
TABLolar	xv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırma Hipotezleri	6
1.3.1. Araştırmanın Ana Hipotezi	6
1.3.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Dünyada ve Ülkemizde Anne Ölüm Nedenleri	7
2.2. Doğum Sonu Kanamanın Anne Ölümleri Açısından Önemi	9
2.3. Antenatal Dönemde İzlem ve Bakımın Doğum Sonu Riskli Durumlar İçin Önemi	11
2.4. Doğum Sonu Kanamanın Tanımı	12
2.4.1. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama	12
2.4.2. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama	12
2.5. Doğum Sonu Kanamanın Nedenleri ve Sınıflandırılması	12
2.5.1. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama Nedenleri	13
2.5.2. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama Nedenleri	15
2.5.3. Doğum Sonu Kanamanın Sınıflandırılması	17
2.6. Doğum Sonu Kanama İçin Risk Faktörleri	18
2.6.1. Doğum Öncesi Kaynaklı Riskler	18
2.6.2. Doğum Eylemi Kaynaklı Riskler	26

2.7. Doğum Sonu Kanamanın Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar	30
2.7.1. Uterin Masaj	31
2.7.2. Uterotonik Ajanlar	32
2.7.3. Erken Emzirmeye Başlama ve Emzirmenin Sürdürülmesi	33
2.7.4. Perine Koruyucu Uygulamalar	34
2.8. Doğum Sonu Kanamanın Tanılanmasında Kullanılan Ölçüm Araçları	38
2.8.1. BRASS-V Drape	38
2.8.2. Ped ile Kanama Takibi	40
2.9. Doğum Sonu Kanamanın Yönetimine Hemşirelik/Ebelik Hizmetleri Açısından Bakış	40
2.9.1. Antenatal Dönem Değerlendirme Protokolü	41
2.9.2. Doğum Sonu Kanamalarda Standart Değerlendirme Protokolü	42
2.9.3. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama Hemşirelik/Ebelik Protokolleri	43
2.9.4. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama Hemşirelik/Ebelik Protokolü	47
3. GEREÇ VE YÖNTEM	50
3.1. Araştırmanın Şekli	50
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	50
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	53
3.3.1. Araştırmanın Evreni	53
3.3.2. Örneklem Seçimi	53
3.4. Veri Toplanması ve Araçlar	57
3.4.1. Doğum Öncesi Dönem Veri Toplama Formu	57
3.4.2. Doğum Öncesi Telefon Danışmanlığı Formu	57
3.4.3. Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) Veri Toplama Formu	57
3.4.4. Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Dönem Gözlem Formu	58
3.4.5. Evde Bakım Süreci Veri Toplama Formu	58
3.4.6. Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi	58
3.4.7. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği	58
3.4.8. Optimalite İndeksi-TR (OI-TR)	59
3.4.9. Görsel Ağrı Skalası/Visual Analog Skala (VAS)	60
3.5. Antenatal Eğitim Kitapçığının Oluşturulması	61
3.6. Antenatal Eğitim Planının Oluşturulması	61
3.7. Ön Uygulama	62

3.8. Araştırmanın Uygulanması	62
3.8.1. Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcının Eğitimi	63
3.8.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Gebelerin Perinatal Süreçte Takibinin Yapılması	69
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	75
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	75
3.11. Verilerin Değerlendirilmesi	76
3.12. Araştırmanın Güçlükleri	77
4. BULGULAR	79
5. TARTIŞMA	104
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	125
6.1. Sonuçlar	125
6.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçları	125
6.1.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin ve Doğum Eylemine İlişkin Sonuçlarının Dağılımı	125
6.1.3. Kadınların Doğum Sonu Dönem, Doğum Sonu Kanama ve Taburculuk Sonrasına İlişkin Bazı Özellikleri	127
6.1.4. Kadınların LATCH Emzirme ve Tanılama, Görsel Ağrı Skalası ve Optimalite İndeksi-TR puanlarının karşılaştırılması	129
6.2. Öneriler	130
7. KAYNAKLAR	132
8. EKLER	
EK-1: Araştırmanın Güç Analizi Sonuçları	
EK-2: Araştırma Sonunda Vajinal Doğum Yapan Rastgele Randomizasyona Göre Belirlenen Çalışma Grupları	
EK-3: Doğum Öncesi Dönem Veri Toplama Formu	
EK-4: Doğum Öncesi Dönem Telefon Danışmanlığı Formu	
EK-5: Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) Veri Toplama Formu	
EK-6: Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Dönem Veri Toplama Formu	
EK-7: Evde Bakım Süreci Veri Toplama Formu	
EK-8: Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi	
EK-9: LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği	
EK-10: Optimalite İndeksi-TR	
EK-11: Görsel Ağrı Skalası	

- EK-12: Gebe Eğitim Kitapçığı (Kapak Sayfası)
- EK-13: Perine Maketi
- EK-14: Antenatal Eğitim Planı
- EK-15: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri - Beslenme
- EK-16: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Enfeksiyon Kontrolü
- EK-17: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri –Kanama Takibi
- EK-18: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Perine Masajı & Doğum Jelinin Kullanımı
- EK-19: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – İkinma Teknikleri
- EK-20: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Uterin Masaj
- EK-21: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Erken Emzirmeye Başlama
- EK-22: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Loşia İzlemi
- EK-23: Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Taburculuk ve Evde Bakım
- EK-24: Perine Masajında Kullanılan Ürün
- EK-25: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu (Çalışma İçin Öneri)
- EK-26: Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu İzin Yazısı
- EK-27: Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı
- EK-28: Müdahale Grubu Olur Alma Formu ve Katılımcı Beyanı
- EK-29: Kontrol Grubu Olur Alma Formu ve Katılımcı Beyanı
- EK-30: Ek Tablolar ve Şekiller

9. ÖZGEÇMİŞ

SİMGELER ve KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BM	Birleşmiş Milletler
DIC	Dissemine Intravascular Coagulation
DM/GDM	Diabetes Mellitus/Gestasyonel Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSK	Doğum Sonu Kanama
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
GA	Güven Aralığı
HT	Hipertansiyon
ICD	International Classification of Diseases
ICM	International Confederation of Midwives
ITP	Idiopatik Trombositopenik Purpura
Oİ-TR	Optimalite İndeksi - Türkiye
PÖİ	Perinatal Özgeçmiş İndeksi
RKÇ	Randomize Kontrollü Çalışma
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
vWD	von Willebrand Disease

ŞEKİLLER

Şekil		Sayfa
2.1.	1990 ve 2015 Yılları Arasında Dünya’da Anne Ölümleri	8
2.2.	BRASS-V Drape	39
2.3.	Hemşireler/Ebeler için Doğum Sonu Kanamaya Müdahalede Algoritma	48
3.1.	Araştırmanın Akış Şeması	56
3.2.	Görsel Ağrı Skalası	60
3.3.	Antenatal Dönem Değerlendirme Algoritması	70
3.4.	Araştırmanın Uygulama Şeması	74

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
2.1. Doğum Sonu Kanamanın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	16
2.2. Bedenetti'den Uyarılma Doğum Sonu Kanama Sınıflandırması	17
2.3. Doğum Sonu Kanamaların Önlenmesinde ve Tedavisinde Öneriler ve Kanıt Düzeyleri	37
2.4. Doğum Sonu Kanamada Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri	49
3.1. Araştırmanın Aşamalarına Göre Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcı Olarak Destek Veren Sağlık Profesyoneli Eğitimlerinin Eğitim Yeri, Tarihi ve Süresi	63
3.2. Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcılara Verilen Eğitimler, Amaçlar ve Hedefler	65
4.1 Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	80
4.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	82
4.3. Kadınların Doğumun Birinci Evresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	84
4.4. Kadınların Doğumun İkinci Evresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	85
4.5. Yenidoğana İlişkin Bazı Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	86
4.6. Kadınların Doğumun Birinci, İkinci ve Üçüncü Evre Sürelerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	87
4.7. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Emzirmeye İlişkin Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	89
4.8. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Uterin Masaj, Uterus İnvölüsyonu ve Eliminasyona İlişkin Bazı Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	91
4.9. Kadınların Doğum Sonu Kanamaya (DSK) İlişkin Bazı Özelliklerinin ve Laboratuvar Bulgularının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı	93
4.10 Kadınların İkinma, Perineal Laserasyon, Epizyotomi, Emzirme ve Uterin Masaja İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubunda Doğum Sonu Kanama (DSK) Durumuna Göre Dağılımı	96
4.11. Kadınların Taburculuk Sonrası İkincil/Geç Kanamaya ve Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna	98

Göre Dağılımı

- 4.12.** Kadınların Doğum Sonu İlk 10 Gün İçerisindeki Ped Değişim Ortancalarına İlişkin Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı 99
- 4.13.** Kadınların Doğum Sonu Dönemde Loşianın Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı 100
- 4.14.** Doğum Sonu Dönemde Annelerin LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı 101
- 4.15.** Doğum Eyleminde ve Doğum Sonu Dönemde Annelerin Görsel Ağrı Skalası Puan Ortalamalarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı 102
- 4.16.** Kadınların Optimalite İndeksi-TR (OI-TR) Puanlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı 103

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik ve doğum kadınlar için fizyolojik bir olay olmasına rağmen bazı sağlık sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir. Bu nedenle yaşanan her gebelik, kadınlar için aynı zamanda riskli bir durum oluşturabilmektedir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre; 2015 yılında yaklaşık 303 bin kadın ve her gün 830 kadın, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Anne ölüm oranı açısından gelişmiş ve gelişmekte olan ülke verilerinde önemli farklılık bulunmakta olup, anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir. Anne ölüm oranları gelişmekte olan ülkelerde yüzbin canlı doğumda 239, gelişmiş ülkelerde ise yüzbin canlı doğumda 12'dir (2). Ülkemizde ise anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 16'dır (3). Anne ölümlerinin önemli bir kadın sağlığı sorunu olması nedeniyle Birleşmiş Milletler (BM) bu konuda bazı hedefler belirlemiştir. Bununla birlikte, BM dünyada anne ölümlerini dörtte bir oranında azaltmayı hedeflemesine (Bin Yılın Kalkınma Hedefleri 5. madde) karşın 1990-2015 yılları arasında anne ölümleri %44 oranında azaltılabılmıştır. Bu sonuçlar kapsamında "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri"nde anne ölümlerine yönelik yeni bir hedef belirlenmiştir. Bu hedef ise 2016-2030 yılları arasında küresel olarak anne ölüm oranının yüzbin canlı doğumda 70'in altına düşürülmesidir (2,4). Görüldüğü gibi BM hedeflerine ulaşamamış olmakla birlikte anne ölümlerinin yüksek olması nedeniyle bu sorun devam etmektedir.

Dünyada doğrudan anne ölümüne yol açan nedenler: kanama (%27.1), gebelik toksemisi (%14.0) ve enfeksiyon (%10.7) olarak sıralanırken; ülkemizde ise kanama (%19.2), gebelik toksemisi (%13.6) ve emboli (%12.2) olarak sıralanmaktadır (5-7). Anne ölümlerinin çoğunluğunun önlenemez nedenlerden kaynaklanması sonucu; gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte etkili girişimlerin gerçekleştirilmesi büyük önem taşımaktadır (1,2).

Anne ölümlerinden birinci derecede sorumlu olan kanamaların dörtte üçü (%73) doğum sonu dönemde gelişmekte olup (6), doğum sonu kanamalar (DSK) en önemli müdahale alanlarından birisidir (8,9). DSÖ'ne göre vajinal doğumdan sonra

ilk 24 saat içinde 500 ml'den fazla kanama olması DSK olarak tanımlanmaktadır (8). Literatürde DSK oranları ile ilgili gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında farklılıklar bulunmaktadır. Gelişmiş ülkelerde DSK insidansı %1-5 (8,10-16) arasında değişirken, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde %10-30 (17-19) arasındadır. Ülkeler arasındaki bu fark, gelişmiş ülkelerde DSK'nın erken dönemde tanılanmasına bağlıdır. Bununla birlikte; özellikle az gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerde DSK'ların %30-50'si erken dönemde fark edilememekte ve bu süreçte DSK'ların tanılanması gecikebilmektedir (9). Doğumun üçüncü evresini takiben, üçüncü evrenin aktif yönetiminde DSK'ya yönelik gerekli önlemler alınarak (8,11,18), erken dönemde DSK azaltılabilmektedir. Bununla birlikte, antenatal dönemde yeterli izlem ve bakım sağlanmadığında, gebelikte ve doğum eyleminde DSK'lar için risk tespiti yapılmadığında, doğum sonu dönemde DSK kontrol altına alınamadığında, gerekli bakım ve tedavi erken dönemde uygulanmadığında bu kanamalar anne ölümüyle sonuçlanabilmektedir (20). DSK'larda riskli grupların değerlendirilmesinde, tanılanmasında ve önlenmesinde özellikle hemşirelik müdahalelerinin önemli olduğu düşünülmektedir (1). Bu kapsamda; hemşirelik müdahaleleri ve gebelerin bu duruma yönelik farkındalık kazanmasına antenatal dönemde başlanması önem taşımaktadır.

Antenatal dönemde; yeterli doğum öncesi bakımın (DÖB) sağlanması, risk değerlendirmesinin yapılması ve riskli durumlarda uygun sevk zinciriyle zamanında obstetrik hizmetten yararlanılması önemlidir (21). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund - UNİCEF) ve DSÖ ortak raporuna göre; gelişmekte olan ülkelerde riskli yaşlarda (adölesan, 35 yaş ve üzeri), çok sayıda ve sık aralıklarla gebelik yaşamının DÖB almayı etkileyen önemli faktörler arasında yer aldığı vurgulanmaktadır (22). Bununla birlikte Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre doğum öncesi bakım almış kadınların sadece üçte biri gebelik sırasında gelişebilecek komplikasyonlar hakkında bilgi sahibidir (23). Bu sonuçlara göre risk altındaki gebelerin yetersiz DÖB alma durumu gebelik sürecini daha da riskli hale getirmekte; gebeler DÖB alsalar bile riskli durumlara ilgili yeterince bilgilendirilmemektedir. Bu nedenle gebelik sürecinde yeterli DÖB'in sağlanması, DÖB'la birlikte gebelik, doğum ve doğum sonu dönemdeki riskli durumlara ilişkin antenatal eğitimlerle farkındalık sağlanması

gerekmektedir. Böylece gebeler, perinatal dönemde üst düzeyde bakıma katılarak riskli durumların yönetiminde ve özelde de DSK'ların önlenmesinde aktif hale gelmektedir.

Antenatal dönemde DSK'ları da kapsayan riskli durumlara yönelik verilen eğitim gebenin yönetebileceği bazı sağlık uygulamalarını içermelidir. DSK'ların yönetiminde antenatal eğitimin; perinatal dönemde ideal beslenme (1,24,25), enfeksiyon kontrolü (1) perine masajı (26-28), etkin ıkınma tekniği (29,30), erken emzirmeye başlama (31-34), uterin masaj (1,10,18,35-37), hastaneye başvurması gereken riskli durumlar (21,38) ve DSK takibi (1,18) gibi uygulamaları kapsayabileceği düşünülmektedir. Bu eğitim konularından doğrudan DSK'larla ilişkili olan uygulamalar; uterin masaj, emzirme, objektif kanama ölçümü ve perinenin korunmasına yönelik müdahalelerdir.

Antenatal dönemde başlanan ve doğum eylemi sırasında da devam eden perine koruyucu yaklaşımlar (perine masaj, ıkınma tekniği ve steril doğum jeli kullanımı gibi), perineal laserasyonların neden olduğu DSK'lar açısından önemli müdahale alanları arasına girmektedir. Perine koruyucu yaklaşımların uygulanması gebeliğin 34.-35. haftasından itibaren başlanmakta (26-28,39,40) ve doğum eylemi sırasında da uygulanmaya devam edilebilmektedir (41). Perine koruyucu yaklaşımlar; epizyotomi (26,40,41,42,43) ve laserasyon insidansını azaltmaktadır (26,41,42,43). Aynı zamanda, perine koruyucu yaklaşımlar doku bütünlüğünü de koruduğu için; doğum sonu dönemde kanama ve enfeksiyon gibi komplikasyonları azaltmaktadır (26,27,29). Perine koruyucu yaklaşımlarla perineal travmaların önlenmesi ile perineal travmalara bağlı DSK'da azaltılabilmektedir. Perineal travmalar ise DSK'ların %20'sinin önlenbilir önemli nedenini oluşturmaktadır (18).

DSK'nın nedenleri arasında ilk sırada ise uterin atoni (%70) bulunmaktadır (18). Uterin atoninin sık görülmesi nedeniyle, DSK'lar için geliştirilen uluslararası protokoller genel olarak uterin atoniye odaklanmıştır. DSK'ların önlenmesi için doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde DSÖ, Uluslararası Ebeler Örgütü (International Confederation of Midwives - ICM) ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (International Federation of Gynecology and Obstetrics - FIGO) bazı protokoller geliştirmişlerdir. Bu protokoller ışığında; DSK'ların sağlıklı bir

şekilde yönetilebilmesi için öncelikle doğum sonu ilk 24 saat, ilk 24 saatlik süre içerisinde ilk 4 saat, ilk 4 saatlik sürede ise özellikle doğumun üçüncü evresi dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi önemlidir (8,9,11,18,44). Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde; i) Oksitosin kullanımı, ii) Kontrollü kord traksiyonu ve iii) Uterin masaj öncelikli uygulamalar arasındadır (8,45-47). Doğumun üçüncü evresi 5-30 dakika arasında gerçekleşmekle birlikte bu evrenin uzaması da DSK'ları artırmaktadır (11,18). Bu nedenle doğumun üçüncü evresinin yönetimi için geliştirilen protokoller de üçüncü evrenin süresini azaltarak kan kaybını azaltmaya odaklanmıştır (8,10,11,18,47,35). Bununla birlikte, Prick ve ark. (45) tarafından yapılan bir çalışmada doğumun üçüncü evresinde uygulanan bu protokollerin sadece %48'inin yeterli oranda uygulandığı, kanama miktarının artmasıyla kontrollü kord traksiyonu ve uterin masajın uygulandığı belirlenmiştir. Çalışmada en sık uygulanan protokol %98'lik oranla oksitosin kullanımı olmakla birlikte, bu uygulamanın da %80'inin doğru olarak yapıldığı gözlenmiştir. Literatürde de oksitosin kullanımının doğumun üçüncü evresinde ilk sırada tercih edilen bir protokol olduğu belirtilmektedir (8,10,11,18,47).

Doğumun üçüncü evresinin yönetiminde kullanılan uterin masaj, DSK'ların kontrol edilmesinde en önemli hemşirelik müdahaleleri arasında yer almaktadır. Uterus masajına yönelik yapılan çalışmalar, genel olarak sağlık çalışanlarının yaptığı uygulamalar kapsamında değerlendirilmiştir (10,35-37). Abdel-Aleem ve ark. (10)'nın çalışmasında uterin masaj uygulanan kadınların DSK oranlarının ve uterotonik ihtiyacının uterin masaj uygulanmayan gruba göre daha az olduğu belirlenmiştir. Hofmery ve arkadaşları (35) iki randomize kontrollü çalışmanın kanıt düzeyini değerlendirmiş olup, elde edilen sonuçlar uterotonik uygulamasını değiştirmek için yeterli düzeyde olmadığı vurgulanmaktadır. Uterin masaj annelere öğretilmesi gereken önemli bir uygulama olmasına rağmen (1), annenin uterin masaj uygulama durumu ve davranışına yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Uterin atoniyi önlemek için uterin masajın yanında emzirmeye doğumdan hemen sonra başlanması da uterus involüsyonuna önemli katkı sağlamaktadır (48). Emzirme ile oksitosin salınımı uyarıldığı için, literatürde emzirmenin uterus involüsyon sürecini hızlandırdığı ve kanamayı azalttığı bildirilmektedir (1,31-34).

Matthiesen ve ark. (49) tarafından yapılan gözleme dayalı bir çalışmada 10 anne emzirme sürecinde izlenmiş ve her 15 dakikada bir kan tetkiklerinde oksitosin düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda oksitosin oranının anlamlı oranda yükseldiği, anne-bebek bağlanmasının güçlendiği ve süt salınımının arttığı belirtilmektedir. Gupta (32) ile Gribble ve ark. (33)'nin çalışmalarında emzirmenin ertelenmesi durumunda da DSK'lar nedeniyle morbidite ve mortalite oranlarının artacağı vurgulanmaktadır.

Perineyi koruyucu yaklaşım ve uterin atoniye yönelik tüm bu uygulamalarla eş zamanlı olarak doğum sonu bakımında kanama takibinin objektif ölçüm araçlarıyla değerlendirilmesi önemlidir. DSK'larda, kanama miktarı 1000 ml'ye ulaşınca kadar yaşamsal bulgularda önemli bir değişiklik olmamaktadır. Bu durum, DSK'ların tanınmasını ve acil müdahalelerin yapılmasını geciktirebilmektedir (9). DSK'nın erken dönemde tanınmasında, kanama miktarının objektif olarak değerlendirilebilmesi BRASS-V Drape adı verilen ölçüm aracı ile mümkündür (18). BRASS-V Drape ile yapılan kanama ölçümü ile görsel tahmine göre yapılan ölçüm sonuçları kıyaslandığında, BRASS-V Drape'nin daha doğru ölçüm yaptığı belirlenmiştir. Bu iki teknik yapılan ölçümleri arasında %33 oranında fark bulunmuştur (50). BRASS-V Drape yataklı klinikte yerini ped takibine bırakmaktadır. DSK'larda ped takibinin objektif olarak değerlendirilmesi ise pedlerin tartılması ile mümkündür. Bu uygulamalarla doğum sonu ilk 24 saat kanama miktarı net olarak ölçülmektedir (51,52). Doğum sonu dönemde ise; taburculuk yapıldıktan sonra loşia takibinde ev ziyaretleri, telefon danışmanlığı ve kanamaya özel geliştirilen değerlendirme araçları ile riskli durumlar değerlendirilebilmektedir (38,53).

Bu kapsamda kadınlarda farkındalığın sağlanmasını hedefleyen; DSK'ları, mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaya yönelik planlanan hemşirelik müdahalelerinin anne sağlığına önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışma, perinatal dönemde yer alan hemşirelik müdahaleleri ile DSK'ları önlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin [doğum öncesi dönemde (antenatal eğitim verilmesi, perineal masaj uygulaması, telefon danışmanlığı), doğum eyleminde (doğum jeli uygulanması, perineal masaj, ıkınma tekniği) ve doğum sonu dönemde (uterin masaj, erken emzirmeye başlama, kanama takibi, ev ziyareti ve telefon danışmanlığı)] DSK'ların yönetiminde etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırma Hipotezleri

1.3.1. Araştırmanın Ana Hipotezi

H_A= Doğum öncesi ve doğum eyleminde perine koruyucu tekniklerin kullanılması DSK azaltmada etkilidir.

H₀= Doğum öncesi ve doğum eyleminde perine koruyucu tekniklerin kullanılması DSK azaltmada etkili değildir.

1.3.2. Araştırmanın Alt Hipotezleri

H₁= Doğum eyleminde kullanılan açık glottis ıkınma ıkınma tekniği DSK'yı azaltmada etkilidir.

H₂= Doğum eyleminde vajinaya uygulanan steril doğum jeli doğum eyleminde algılanan ağrıyı azaltmada etkilidir.

H₃= Doğum sonu düzenli uygulanan uterin masaj DSK'yı azaltmada etkilidir.

H₄= Doğumdan hemen sonra erken emzirme ve emzirmeyi sürdürme kadınlarda DSK'yı azaltmada etkilidir.

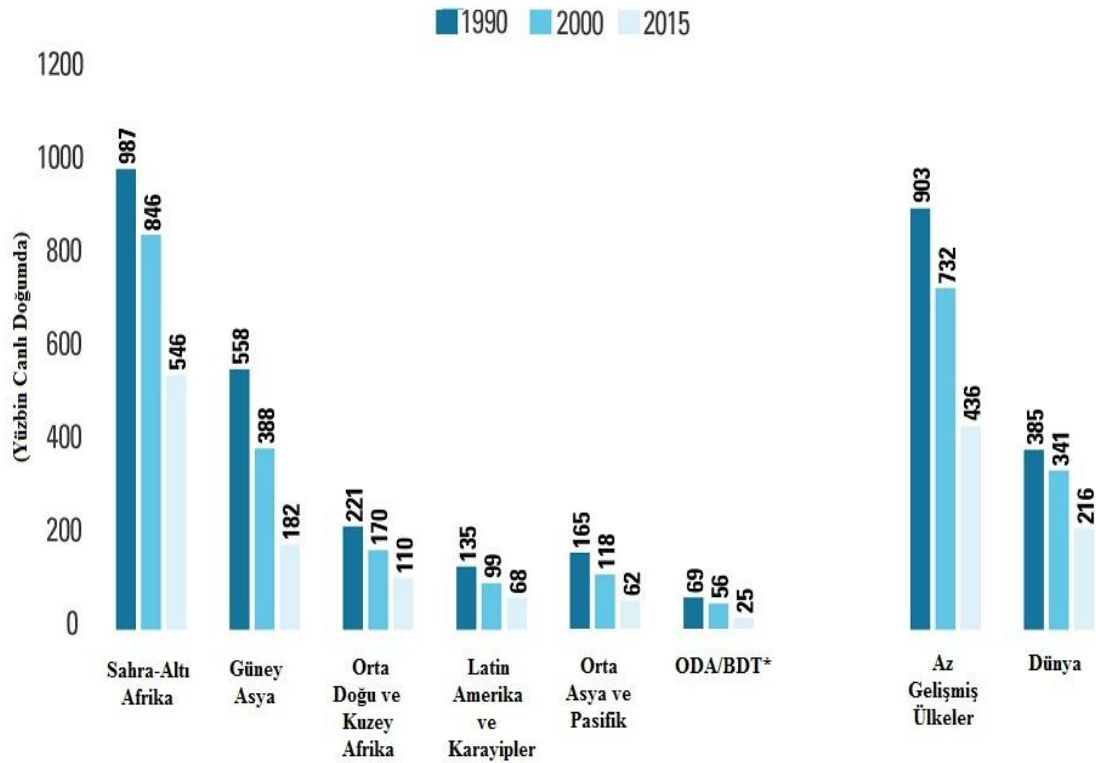
2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dünyada ve Ülkemizde Anne Ölüm Nedenleri

Kadın sağlığına ilişkin parametreler ve kadının statüsü, ülkelerin gelişmişlik düzeyi ve sunulan sağlık hizmetinin kalitesini gösteren önemli verilerdir. Bu parametreler arasında yer alan anne ölümleri özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki kadınların en önemli üreme sağlığı sorunudur. Gelişmekte olan ülkelerde kadınlarda; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde önlenemez nedenlerden dolayı yaşamını yitirmesi dikkat çekmektedir (1,8,54). Uluslararası Hastalık Sınıflaması (International Classification of Diseases - ICD 10), anne ölümünü; “Gebeliğin başlangıcından doğum sonrası 42. günü de kapsayacak şekilde, kaza ve tesadüfi nedenlere bağlı olmayan, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik veya gebelik yönetimi ile ilgili olan veya bu durumlara bağlı bir kadının ölümü” olarak tanımlamaktadır (55).

DSÖ verilerine göre; gebelikle ilişkili sorunlar nedeniyle yaşamını yitiren annelerin sayısı 1990 yılında 532 bin iken, 2015 yılında 303 bine gerileyerek %44 oranında azalmıştır. 1990 yılında Dünya’da anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 385 iken, 2015 yılında ise yüzbin canlı doğumda 216’ya gerilemiştir (Şekil 2.1.). Bu gerileme en yüksek oranda Doğu Asya’da (%72) görülmekle birlikte sırasıyla Doğu Asya’yı; Güney Asya (%67), Güneydoğu Asya (%66), Kuzey Afrika (%59), Okyanusya (%52), Kafkasya ve Orta Asya (%52), Latin Amerika ve Karayipler (%50), Sahra Altı Afrika (%45) ve Batı Asya (%43) izlemektedir (5). Anne ölümlerinin azaltılmasına ilişkin müdahaleler, BM Bin Yılım Kalkınma Hedefleri arasında yerini almıştır. Türkiye’de dahil olmak üzere ülkeler bu hedefe ulaşabilmek için, uluslararası gereklilikler kapsamında ulusal düzeyde bazı stratejiler geliştirmiştir (5,56,57). Bin Yılım Kalkınma Hedeflerinde beşinci madde; “Anne sağlığının iyileştirilmesi” olarak belirlenmiş olup anne ölümlerinin %75 oranında azaltılması hedeflenmiştir (56). Ülkemizde de 2015 yılına kadar anne ölümlerinin %50 oranında azaltılması, aynı zamanda coğrafi bölgeler ile kırsal/kentsel alandaki farkın %50 azaltılması hedeflenmiştir (57). Bununla birlikte, anne ölümlerinde önemli ilerlemeler kaydedilmesine rağmen, 2015 yılında anne ölümlerinin (öncelikli olarak gelişmekte olan ülkelerde) %75 oranında azaltılması

hedefine ulaşamadığı görülmektedir (5,58). Bu nedenle “Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri”nin üçüncü maddesinde; “Sağlıklı yaşamak ve her yaştan herkesin refahını sağlamak” olarak anne ölümlerini azaltmaya yönelik güncel bir mücadele yerini almıştır. Bu kapsamda; 2030 yılına kadar, yüzbin canlı doğumda küresel anne ölüm oranının %70’in altına indirilmesi hedeflenmektedir (4). Bu sağlık göstergeleri, anne ölümlerine yönelik küresel sağlık sorununun devam ettiğini de çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.



*ODA/BDT: Orta ve Doğu Avrupa / Bağımsız Devletler Topluluğu

Şekil 2.1. 1990 ve 2015 Yılları Arasında Dünya’da Anne Ölümleri (59)

Anne ölümlerine ilişkin sağlık göstergeleri dünyada ve ülkemizde önemini korumaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranları açısından ciddi farklar bulunmaktadır. Anne ölümlerinin %99’u (303 bin ölümün 300 bini) düşük ve orta gelir düzeyine sahip gelişmekte olan ülkelere görülmektedir. Bu bölgelerdeki anne ölüm oranı (yüzbin canlı doğumda 239), yüksek gelirli ülkelerdeki (yüzbin canlı doğumda 17) orana göre 14 kat daha fazladır (5,60). Bu bulgular da özellikle anne ölümlerine yol açan faktörlerin çoğunluğunun gelişmekte olan ülkelere yaşandığını göstermektedir.

Anne ölümleri açısından en riskli bölgeler Güney Asya (201 bin) ve Sahra-altı Afrika (66 bin)'dir. Anne ölümleri ülke düzeyinde incelendiğinde, 2015 yılında Dünya'da anne ölümlerinin yaklaşık üçte birinden fazlasının Nijerya (%19) ve Hindistan'da (%15) görüldüğü belirlenmiştir. Nijerya ve Hindistan'a ek olarak toplam 10 ülke anne ölümlerinin %59'unu oluşturmaktadır. Diğer sekiz ülkede ise sırasıyla anne ölümleri yüzbin canlı doğumda; Kenya'da 510, Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde 442, Tanzanya'da 398, Etiyopya'da 353, Uganda'da 343, Pakistan'da 178, Bangladeş'de 176 ve Endonezya'da 126 olarak görülmekte olup, bu oran oldukça yüksektir. Gelişmiş olan ülkelere bakıldığında ise anne ölümleri; İngiltere'de yüzbin canlı doğumda 9, Fransa'da 7, Hollanda'da 7, Almanya'da 7 ve İsveç'te 5 olarak görülmektedir (5,60). Ülkemizde anne ölüm oranı ise yüzbin canlı doğumda 16'dır (3). Dünya'da ve ülkemizde annelerin hangi nedenlerden dolayı öldüğü incelendiğinde ilk sıraları; i) Kanama (Dünya:%27.1; Türkiye:%19.2), ii) Gebelik toksemisi (Dünya:%14.0; Türkiye:%13.6), iii) Enfeksiyon (Dünya:%10.7; Türkiye:%6.6) ve emboli (Türkiye:%12.2) almaktadır. Enfeksiyon nedeniyle gerçekleşen anne ölümleri ülkemizde dördüncü sıraya gerilemiştir (5,7,60). Anne ölümlerine ilişkin uluslararası ve ülkemize yönelik veriler incelendiğinde çoğu annenin önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirdiği görülmektedir (5,61).

2.2. Doğum Sonu Kanamanın Anne Ölümleri Açısından Önemi

Dünya'da anne ölümlerinin yaklaşık olarak dörtte biri (%27.1), ülkemizde ise beşte biri (%19.2) gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kanamalar nedeniyle meydana gelmektedir (5,7,60,62). Gebelik, doğum ve DSK'lar içerisinde de, özellikle DSK'lar en önemli müdahale alanlarından birisidir. DSK'ların anne ölümleri içerisindeki payı %19.7, perinatal dönemdeki kanamalar içerisindeki payı ise %73'tür (6). Diğer bir deyişle DSK'lar anne ölümlerinin beşte birini oluşturmakta olup (6), doğum yapan kadınların yaklaşık %2'sini etkilemektedir (8). DSK'nın neden olduğu anne ölümlerinin çoğu da gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (8,62). Gelişmekte olan ülkelerdeki bu ölümler ise genellikle; sağlık hizmetlerine yönelik eksiklikler ve yetersizlikler (ekipman yetersizliği, sağlık profesyoneli eksikliği, kalifiye sağlık personelinin olmaması gibi) ve hizmete ulaşmada gecikmeler nedeniyle meydana gelmektedir (62). Souza ve ark. (20)'nin

Brezilya’da yaptıkları bir çalışmada DSK’ların anne ölümlerindeki yeri %14 olarak bulunmuş olup, bölgeler arası eşitsizliklerin (sosyo-ekonomik seviyenin düşüklüğü ve sağlık hizmetlerine erişimin yetersiz olması gibi) önemine vurgu yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde DSK’ların yönetiminde ciddi eksiklikler bulunmaktadır (62). Bin Yılın Kalkınma Hedefleri 2014 yılı raporunda; çoğu annenin önlenebilir nedenlerden dolayı yaşamını yitirmesi nedeniyle özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu duruma yönelik etkin müdahalelerin olması gerektiği (uterotonik ajanların kullanımı, nitelikli DÖB’ün sağlanması, aile planlaması ve üreme sağlığı hizmetlerine erişimin sağlanması gibi) vurgulanmaktadır (62). Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde DSK önemli bir kadın sağlığı sorunu olmanın yanında, literatürde gelişmiş ülkelerde de DSK insidansının arttığı belirtilmektedir (63,64). Kramer ve ark. (64)’nın Amerika Birleşik Devletleri’nde yaptığı çalışmada, DSK insidansı binde 1’den, binde 4’e yükselmiştir. Knight ve ark. (65) gelişmiş ülkelerde (Kanada, Yeni Güney Galler, ABD) ICD kodlu verileri kullanarak, doğum sonu artan kanama eğilimlerini ve nedenini araştırmışlardır. Kanada, Yeni Güney Galler ve Amerika Birleşik Devletleri’nde kanamada artış gözlenmekte olup, bu artışın sadece uterin atoniye bağlı olduğu belirlenmiştir. Goueslard ve ark. (66)’nın Fransa’da yaptığı çalışmada DSK oranı binde 19 olarak belirlenmiş olup, kanama gelişen annelerin büyük çoğunluğu (%87.5) cerrahi girişim (Uterin ve/veya hipogastrik arterin bağlanması, histerektomi, arteriyel embolizasyon) geçirmiştir. Bununla birlikte; kadınların yerleşim yeri ve hastaneye olan ulaşımı açısından DSK oranları açısından fark olmadığı belirlenmiş olup; gelişmiş ülkelerde annelere zamanında müdahale edilmesinin anne ölümlerinin azaltılmasında büyük katkısı olduğu düşünülmektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerine ulaşımında yerleşim yerine ilişkin güçlükler yaşanmaması da bu hizmetlere zamanında ulaşıldığını göstermektedir.

Gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm oranlarının yüksek olması ve beşte birinin DSK’lar nedeniyle görülmesi; gelişmiş ülkelerde de DSK insidansında artışların olması nedeniyle, DSK’lar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde anneler için önemli bir sağlık sorunudur (67). Sağlık profesyonelleri, risk içermeyen bir doğumda bile, doğumdan sonra kanama gelişebileceğinin farkında olmalıdır (68). Bu nedenle perinatal süreçte izlem ve bakım, DSK’nın erken dönemde tanınması ve etkin müdahalelerin gerçekleştirilmesi önemlidir.

2.3. Antenatal Dönemde Sağlanan Hizmetlerin Doğum Sonu Riskli Durumlar ve Kanamalar Açısından Önemi

Doğum öncesi dönemde antenatal hizmetlerin öncelikli amacı; maternal ve neonatal risklerin azaltılarak, sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci gerçekleşmesidir (69). Balkaya ve ark. (70)'nın çalışmasında, gebelerde birden fazla risk bulunduğu, gebelik haftasının artmasıyla risklerin de arttığı ve kadınların %67'sinin doğum eyleminde risk yaşadığı vurgulanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre DÖB alan kadınların sadece üçte biri gebeliğe yönelik risklerin farkındadır (23). Kodla'nın (71) çalışmasında ise; DSK yaşayan kadınların gebelikte yaşadığı risklerin başında; anemi (%41.7) ve gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon (%25) geldiği belirlenmiş olup, DSK öyküsü olan bu kadınların sadece %14.8'inin en az üç kez DÖB aldığı saptanmıştır. Bu bulgular değerlendirildiğinde; perinetal süreçte riskler açısından gebelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yetersiz olduğu ve antenatal eğitimin DÖB'ün önemli bir parçası haline gelmediği gerçeğini ortaya koymaktadır. Bu kapsamda; yeterli ve nitelikli DÖB'ün sağlanması, risk değerlendirmesinin yapılması, riskli gebelerin sık aralıklarla takip edilmesi, gerekli durumlarda üst basamağa sevkini sağlanması, gebelerde gelişebilecek risklere karşı eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Antenatal bakımın bir parçası olan antenatal eğitim; kadınlarda gebelik ve doğuma ilişkin risklere karşı farkındalığı artırmaktadır (1). Eğitim almamış gebelerin ise sağlık davranışlarına yönelik tutumları olumsuz etkilenebilmektedir (72). Sorumluluk duygusunun kazandırılması ise gebe eğitimleri ile sağlanabilmektedir.

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 2014/28 sayılı "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi" ile gebelere verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde standardın sağlanması konusunda tüm kamu hastanelerinde teşvik ve yapılandırma çalışmaları başlatılmıştır (73). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu standartlar önemlidir. Gebe eğitimlerinde belirlenen bu standartlar birlikte; Malata ve ark.(74), Malawili kadınların ihtiyaçlarına göre antenatal eğitim programı geliştirmişler ve bu eğitimle birlikte kadınların bilgi düzeylerinin arttığını saptamışlardır. Gebelerin, standart antenatal eğitime ihtiyacının olmasının yanında; eğitim programları geliştirilirken maternal ve neonatal ölüm oranları, potansiyel

güvenli olmayan kültürel uygulamalar, temel üreme sağlığı bilgileri ve bakım eksikliği, eğitim yetersizliği, genç anne yaşı ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Özellikle maternal mortalite ve morbiditeyi artıran etmenlerin başında gelen DSK'lar antenatal bakım ve danışmanlık sürecinde kadın sağlığını yükseltilmesi açısından öncelikli konular arasında yer almalıdır. Hemşire/ebeler de bu süreci erken dönemde farkedebilmeli ve gerekli önlemleri alabilmelidir.

2.4. Doğum Sonu Kanamanın Tanımı

DSK, genel olarak 20. gebelik haftası üzeri tanımlamalar için kullanılmaktadır (18). DSÖ tarafından yaygın olarak kullanılan tanımlamada ise; "Vajinal doğumda 500 ml'yi veya sezaryen doğumda 1000 ml'yi geçen kanamalar DSK" olarak adlandırılmaktadır (8,18). DSK'ların önemli bir bölümü ilk 24 saat içinde gerçekleştiği için, DSK tanımı genel olarak doğum sonu ilk 24 saat üzerinden yapılmaktadır (18). Bununla birlikte doğum sonu dönemde kanamalardan sadece ilk 24 saatlik süre sorumlu değildir. DSK'lar "Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama" ve "İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama" olarak gruplandırılmıştır.

2.4.1. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama

Birincil/Erken DSK doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde ortaya çıkan ve en sık gelişen kanamalardır (75,76). Diğer bir deyişle ilk 24 saatteki kanama miktarının 500 ml veya daha fazla olmasıdır (18).

2.4.2. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama

Doğumdan 24 saat sonra gelişen, 24 saat ile 6 hafta arasında olan fazla miktarda olan kanamalardır (18,68).

2.5. Doğum Sonu Kanamanın Nedenleri ve Sınıflandırılması

DSK nedenleri birincil/erken ve ikincil/geç DSK gruplarına göre aşağıdaki konu başlıkları kapsamında belirtilmiştir.

2.5.1. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama Nedenleri

Literatürde birincil/erken DSK'nın en yaygın nedeni olarak uterus atonisi gösterilmektedir. Uterin atoniye ek olarak; plasental anomaliler, uterus inversiyonu, plasental dokunun tamamen çıkarılmaması, perineal laserasyonlar ve nadiren de olsa pıhtılaşma bozuklukları gibi diğer etiyojiler de ilişkilendirilmektedir (68). Bununla birlikte; literatürde DSK nedenleri 4T kuralı ile şu şekilde belirtilmektedir. Bunlar (13,18,75);

- **Tone (Tonüs):** Uterus atonisi
- **Trauma (Travma):** Serviks, vajen ve uterus laserasyonları
- **Tissue (Doku):** Placenta retansiyonu veya pıhtı varlığı
- **Thrombin (Trombin):** Doğuştan veya edinsel koagülopati

Uterus Atonisi

DSK, myometrial fibrillerin kontraksiyonu ve retraksiyonu ile birlikte kontrol edilmektedir. Bu mekanizma kan damarlarında daralmasına ve plasental bölgeye olan kan akımının kesilmesine neden olmaktadır. Myometrial disfonksiyon gerçekleşmesi durumunda ise bu mekanizmanın başarısızlığa uğramakta ve uterus atonisi gelişmektedir (18,76). Uterus atonisi DSK'ların ana nedeni olup, %70-80'inden sorumludur (13,18,44). Uterusun kontrakte olmamasını sağlayan herhangi bir faktör (Örneğin: uterusun pozisyonunu bozan dolu mesane) kanamaya neden olabilmektedir. Uterus kas tonüsünün değişimindeki en yaygın neden uterusun aşırı gerilmesi (54). Çoğul gebelikler, fetal makrozomi (>4500gr), polihidroamnios, intraamniyotik enfeksiyonlar, uterin hipotoniye yol açan ilaçlar (preeklamsi tedavisinde kullanılan MgSO₄ gibi), doğum eyleminin indüksiyonu (18 saatten fazla uygulanması), anormal uterin anatomi (uterin septum gibi), uzamış, hızlı ve müdahaleli doğum eylemi uterin atoni için risk faktörleri arasındadır (18,54). Bu risk faktörleri ile birlikte annede önceki gebeliklerinde DSK öyküsünün olması da uterin atoni için bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (54).

Travma

Doğum sırasında travma ve laserasyon alanlarından önemli miktarda kanama olabilmektedir (76). Travma ve laserasyonlar DSK'ların %20'sinden sorumludur (18). Perineal travmalar, spontan bir şekilde ya da operatif doğumlar sırasında yapılan girişimler (vakum, forseps gibi) ile meydana gelebilmektedir. Laserasyonlar (servikal, vajinal ve perineal) ise, serviksin dilatasyonu tam olmayan kadınlarda forseps yardımıyla yaptırılan doğumlarda, omuz distozilerinde uygulanan müdahaleler de (Woods vida manevrası, Zavanelli manevrası gibi) artabilmektedir. (54). Bununla birlikte broad ve rotundum ligamentinin travması ile uterus rüptürü de doğumda kan kaybının artması ile bağlantılıdır (18). Uterin inversiyona neden olan faktörlerde (kontrolsüz traksiyon gibi) doğum sonu artan kan kaybı ile ilişkilendirilmektedir (54). Fazla kanamaya yol açabilecek travmaya uğrayan alanların onarımının uzaması, gecikmesi, kanayan damarın kanama kontrolünün yapılamaması, serviks ve üst vajenin kontrol edilmemesi gibi faktörler de kanamayı artırabilmektedir (76).

Doku

Uterin kontraksiyonlar ve retraksiyonların devam etmesi, doğum sonrası plasentanın tamamının ayrılmasını, atılmasını ve plasentanın ayrıldığı yerde kan damarların uçlarının sıkışarak kapanmasını sağlamaktadır. Hemostaza yardımcı olan etkin uterus kontraksiyonlarının elde edilebilmesi için plasentanın tamamının atılması gerekmektedir. Uterusun içinde plasentanın bir kısmının veya tamamının kalması kontraksiyon ve retraksiyonu etkilemektedir. Böylece kan sinüsleri açık kalmakta ve DSK gelişebilmektedir (18,54,76). Placenta retansiyonu DSK'ların yaklaşık %10'u ile ilişkilendirilmektedir (18). Placenta retansiyonu gelişmesi ve buna dolu mesanenin eşlik etmesi subinvolüsyona neden olmaktadır. Subinvolüsyonun komplikasyonları arasında ise kanama ve enfeksiyon bulunmaktadır (54). Placenta retansiyonlarında çoğu kez placenta parçası elle çıkarılmaktadır. Bununla birlikte nadiren de olsa placenta retansiyonunun altta yatan sebebi plasental anomaliler (placenta akreata, inkreata veya perkreata) olabilmektedir (18). Postpartum dönemde beklenenden daha yüksek bir fundus, loşianın birkaç hafta

içinde serozadan albaya geçememesi, rubraya dönüş yapması en önemli belirtileri arasındadır (54).

Trombin

Dolaşım sistemindeki hemostazisi sağlayan tromboz DSK'yı önlemeye yardım etmektedir. Normal pıhtılaşma mekanizması aktif olduğunda, DSK görülmemekte veya şiddetlenmemektedir. Sebebi bilinmeyen ısrarlı DSK'larda pıhtılaşma bozukluklarından şüphelenilmelidir (54). Koagülasyon bozukluklarına bağlı kanama DSK'ların %1'inden sorumludur (18). Postpartum kadınlarda koagülasyon bozuklukları ile ilişkili durumlar; idiopatik trombositopenik purpura (ITP), von Willebrand Hastalığı (vWD) ve yaygın damar içi pıhtılaşmadır (DIC) (54). Bu risk faktörlerine ek olarak; gebelikte yüksek kan basıncı ile ilişkili durumlar, amniyotik sıvı embolisi, plasenta dekolmanı, intrauterin fetal ölüm, terapötik amaçlı kullanılan antikoagülanlar da koagülasyon bozukluklarına yol açmaktadır (18,54,75).

2.5.2. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama Nedenleri

İkincil/Geç DSK'da, birincil/erken DSK'dan farklı olarak kaybedilen kanama miktarı net olarak değerlendirilememektedir. Bu nedenle tanınması subjektif olarak yapılabilmektedir. DSK'ların ikincil/geç nedenleri subinvolüsyona bağlı enfeksiyon ve plasental doku retansiyonudur. Plasental alanın altındaki kan damarlarının kapanmaması uzamış kanamaya neden olmaktadır. Enfeksiyon ve plasenta doku retansiyonu bu kanamanın en başta gelen nedenleri arasındadır. Bunun yanında antikoagülan kullanan gebeler de DSK riski konusunda bilgilendirilmelidir (68,75).

DSK birincil/erken ve ikincil/geç olarak sınıflandırılmakla birlikte bu riski artıran faktörler de göz ardı edilmemelidir. Tablo 2.1'de doğum sonu kanama ve ilişkili risk faktörleri bir arada verilmiştir. Bununla birlikte risk faktörleri Tablo 2.4'te belirtilen risk faktörleri ile sınırlı değildir. Bazı risk faktörleri (yaş gibi) herhangi bir etiyolojiye bağlanamamakta (18) ve/veya literatüre yaklaşık son 10 yılda kazandırılmış güncel risk faktörleri (77) olarak geçmektedir. Risk faktörlerine ilişkin bilgiler "2.6. Doğum Sonu Kanama İçin Risk Faktörleri" konu başlığında anlatılmaktadır.

Tablo 2.1. Doğum Sonu Kanamanın Etiyolojisi ve Risk Faktörleri (1,18,54,75,76)

Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama	
Etiyoloji	Risk faktörleri
Uterin Atoni	<ul style="list-style-type: none"> - Uterin distansiyon (polihidroamnios, çoğul gebelik, fetal makrozomi) - Doğum eyleminin indüksiyonu, augmentasyonu - Anormal uterin anatomi (uterin septum, fibroid, myoma uteri) - Uterusun disfonksiyonu (presipite eylem, uzamış eylem, grand multiparite, plasenta previa) - İntraamniyotik enfeksiyon (ateş, uzamış membran rüptürü -24 saatten uzun sürmesi-) - Uterin hipotoniye yol açan ajanlar (magnezyum, nifedipin, betamimetikler, indometazin, nitrik oksit vericiler, halojen) - Müdahaleli doğum (ekstraksiyon içeren vakum ve forseps ile doğum) - Mesane distansiyonu - DSK öyküsünün olması - Yorgunluk
Perineal Travmalar	<ul style="list-style-type: none"> - Serviks, vajen ve perine laserasyonu (presipite eylem, fetal makrozomi, müdahaleli doğum –forseps, vakum, epizyotomi-) - Perineal hematoma - Uterin rüptür, rotundum bağının rüptürü - Uterin inversiyon (fundal plasenta, yüksek parite, kontrolsüz traksiyon)
Plasenta Retansiyon	<ul style="list-style-type: none"> - Kotiledon retansiyonu - Koagulum retansiyonu - Plasenta insersiyon anomalileri - Plasenta anomalisi (Plasentanın previa, plasenta akreata, perkreata, plasenta previa) - Antepartum kanamalar
Koagülasyon bozuklukları	<ul style="list-style-type: none"> - Pıhtılaşma bozuklukları (idiopatik trombositopenik purpura, von Willebrand hastalığı, hemofili) - Yaygın damar içi koagülasyon (plasenta dekolmanı, intrauterin fetal ölüm, amniyotik sıvı embolizasyonu, preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu) - Terapotik antikoagülasyon kullanımı
İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama Nedenleri	
Etiyoloji	Risk faktörleri
Uterus subinvolüsyonu	<ul style="list-style-type: none"> - Enfeksiyon - Plasenta retansiyonu

2.5.3. Doğum Sonu Kanamanın Sınıflandırılması

DSK'larda 500 ml ilk sınır olarak kabul edilmektedir. Genellikle doğum öncesi yeterli bakım almış, gebelikte anemik olmayan kadınlar bu aşamada belirti vermemektedir (9). DSK bu aşamada tolere edilebilmektedir. Dolaşım sistemindeki değişimler bu aşamada yardımcı olmaktadır. 500ml "ALARM ÇİZGİSİ" olarak kabul görmektedir. Eğer kanama devam ederse annenin yaşamsal bulguları da tehlikeye girmektedir. Kanama 1000 ml'ye ulaştığında "HAREKET ÇİZGİSİ" adı verilen eşiğe gelinmiştir (18). Sağlıklı kadınlarda klinik bulgular 1000 ml'yi geçince ortaya çıkmaktadır (9,18,78). Kan kaybı miktarının, klinik belirtilerin ve bulguların birlikte değerlendirildiği "Bedenetti Uyarlaması Sınıflama" Tablo 2.2'de verilmiştir.

Tablo 2.2. Bedenetti'den Uyarlama Doğum Sonu Kanama Sınıflandırması (18)

Kanama Sınıfı	Tahmini Kan Kaybı (ml)	Kan Hacim Kaybı (%)	Klinik Bulgu/lar
0 (normal kayıp)	<500	<10	Yok
ALARM ÇİZGİSİ			
1	500-1000	15	Çok az
HAREKET ÇİZGİSİ			
2	1200-1500	20-25	İdrar çıkışı ↓ Nabız ↑ Solunum sayısı ↑ Ortostatik hipotansiyon Daralmış nabız basıncı
3	1800-2100	30-35	Hipotansiyon Taşikardi Üşüme Takipne
4	>2400	>40	Derin şok

2.6. Doğum Sonu Kanama İçin Risk Faktörleri

2.6.1. Doğum Öncesi Kaynaklı Riskler

İleri Anne Yaşı

Anne yaşının ileri olması (>35 yaş) DSK'larda bağımsız risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (18,66,77,79). Goueslard ve ark. (66)'nın çalışmasında ileri yaş gebeliklerde (≥ 35 yaş) ciddi DSK oranı %28 olarak bulunmuştur. Oberg ve ark. (77)'nin, İsveç'te 466 686 kadınla gerçekleştirdiği kohort çalışmasında, ileri yaş ile birlikte kanama oranının 600-1000 ml arasında arttığı (%5.2) belirlenmiştir. Ngwenya ve ark. (80)'nin Zimbabwe'de yaptıkları araştırmada kadınların %77'sinin risk faktörlerine (Preeklamsi, doğum eyleminin uzun sürmesi, <40 hafta üzeri gebelik yaşı gibi) sahip olduğu belirtilmekte olup, özellikle ileri gebelik yaşının %16'luk payı olduğu vurgulanmaktadır. Ijaiya ve ark. (81) Nijerya'da yaptıkları çalışmada, 35 yaş üzerindeki annelerde ve grand multiparlarda, DSK riskini 25 yaşının altındaki annelere göre iki kat daha fazla bulmuşlardır. Literatürde ileri yaş ile grand multiparite arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. İleri yaşla birlikte doğum sayısının (18,66), kronik hastalıklara yönelik risklerin de arttığı (18,66,77,82) ve buna bağlı olarak gebelik ve doğum sürecinde riskin arttığı (18,66,82) belirtilmektedir. Bununla birlikte, Ononge ve ark. (17)'nin çalışmasında yaş gruplarına ve yaş ortalamalarına yönelik yapılan analizde anlamlı bir bulguya rastlanmazken; Wills ve Morris (83)'in çalışmasında, DSK yaşayan annelerin oranı, 25 yaşından küçük (<20 yaş: %6.3; 20-24 yaş: %6) veya 45 yaşından büyük (%6.5) olanlarda yüksek bulunmuştur. 25 yaşından itibaren DSK yaşayan annelerin oranında (25-29 yaş: %5.3; 30-34 yaş: %4.5; 35-39 yaş: %3.9) 39 yaşına kadar kademeli olarak düşme gözleendiği ve 40 yaşından itibaren (40-44 yaş: %4.5; 45 ve üzeri yaş: %6.5) tekrar yükseldiği belirlenmiştir. 1000ml ve üzeri olarak tanımlanmış şiddetli DSK'ların en yüksek yüzdeleri 40 yaş ve üstü anneler arasında bulunmuştur.

İrk

Asya ve Latin etnik kökenli olmak, bazı çalışmalarda DSK'yla ilişkilendirilmiş olup bağımsız bir risk faktörüdür. Wills ve Morris (83)'in Avusturalya'da yaptıkları çalışmada, yerli kadınların (%64.7), yerli olmayanlara göre (%49.2) daha şiddetli kanama öyküleri olduğu belirlenmiştir. Magann ve ark. (84)'nin çalışmasında, doğumunu vajinal yolla gerçekleştiren kadınların DSK oranları %5.15 olarak bulunmuş olup, özellikle 1000 ml ve üzeri kanaması olan ve kan ürünleri transfüzyonu yapılan kadınlar risk faktörleri açısından değerlendirilmiştir. Asya kökenli olmak ise DSK için önemli risk faktörleri arasındadır. Harvey ve ark.(85)'nin çalışmasında DSK prevalansında etnik farklılıklar (Hawaililer ve Diğer Pasifik Adası Yerlileri, Asyalılar ve Beyazlar) retrospektif olarak değerlendirilmiştir. DSK oranı Asyalılarda (%47.6) ve Hawaililer/Pasifik Adasındaki diğer yerlilerde (%35); Beyazlara (%15.3) göre daha yüksek bulunmuştur. Etnik kökenle ilgili yapılan ikincil analizde uterin atoni prevalansının ve kan ürünleri transfüzyonunun Hawaililer/Pasifik Adasındaki Diğer Yerlilerde (%77.2) ve Asyalılarda (%73.9), Beyazlara göre (%65.1) yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte DSK sonrası histerektomi cerrahisi oranları arasında fark bulunmamıştır. Bryant ve ark. (86) çalışmasında da benzer sonuçlar yer almakta olup, İspanyollarda (OR 1.21, %95GA 1.18-1.25), Asyalılar/Pasifik Ada Yerlilerinde (OR 1.31, %95GA 1.25-1.38); Beyazlara göre uterin atoni nedeniyle DSK oranı yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda kan transfüzyonu ve histerektomi ile sonuçlanan atoniye bağlı DSK da etnik gruplar arasında benzer sonuçlar bulunmuştur.

Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksinin (BKİ) 30kg/m^2 'den fazla olması DSK ile ilişkilendirilmektedir. BKİ yüksek olan gebelerde doğum sırasında ve sonrasında komplikasyon yaşama olasılığı da yüksektir (18). Usha-Kiran ve ark. (87)'nin çalışmasında $\text{BKİ} > 30\text{kg/m}^2$ olan kadınlarda; doğum eyleminde induksiyon uygulanması (OR 1.4, %95 Güven Aralığı (GA) 1.2-1.7), sezaryenle doğum (OR 1.6, %95GA 1.4-2), makrozomik fetus (OR 2.1, %95GA 1.6-2.6), omuz distozisi (OR 2.9, %95GA 1.4-5.8), başarısız operatif/müdahaleli doğum (OR 1.7, %95GA 1.1-2.9) gibi DSK riskini artıran faktörlerinde bir arada olduğu saptanmıştır. Obezite

ile doğum sonu kan kaybının 500 ml ve üzerinde olması da (OR 1.5, %95GA 1.2-1.8) ilişkilendirilmiştir. Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında gebelik öncesi beden kitle indeksinin yüksek olmasının (≥ 25 BKİ) DSK riskini %4.8 oranında artırdığı belirlenmiştir. Bununla birlikte, Goueslard ve ark. (66)'nin çalışmasında BKİ yüksek kadınlarda ciddi DSK oranı yüksek olsa da anlamlı bulunmamıştır. Goueslard ve ark. (66)'nin çalışmasına ek olarak, Paglia ve ark.(88)'nin çalışmasında da DSK oranları, BKİ 30kg/m^2 'nin altında olan kadınlarda BKİ $> 30\text{kg/m}^2$ kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu fark ise çalışmanın retrospektif olarak yapılması nedeniyle obstetrik kayıtlardan elde edilmesine, BKİ'nin farklı gebelik yaşlarında hesaplanmasına ve gebelik öncesi BKİ sonuçlarına ulaşılamasına bağlanmıştır.

Grand Multiparite

Grand multiparite doğum sayısının 5 ve üzerinde olması olarak tanımlanmaktadır. Grand multiparlarda doğum eyleminin tüm evrelerinde uterusu yetersiz kontraksiyon gerçekleşmektedir. Bu risk faktörü özellikle uterus atoni ile ilişkilendirilmektedir (18,76). Aban ve ark. (82)'nin çalışmasında grand multipar gebeler ile 2-4 arasında doğum yapan multipar gebeler bazı risk faktörleri açısından değerlendirilmiş olup, grand multiparlarda DSK oranı diğer gruba göre anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bununla birlikte grand multiparite ile DSK'ya neden olan diğer risk faktörlerinin de (plasenta anomalileri, diabetes mellitus (DM), preeklampsi, gebelikte anemi, intrauterin fetal ölüm, fetal makrozomi) gebelik sürecine eşlik ettiği belirlenmiştir. Ijaiya ve ark. (81)'nin çalışmasında, grand multiparite ve 35 yaş üzeri kadınların DSK riski 20 yaşından küçük ve düşük pariteye (0-1) sahip kadınlara göre iki kat daha fazla bulunmuştur. Aynı zamanda, uterus atoninin en yaygın DSK nedeni olduğu (%53.8) vurgulanmaktadır. Grand multipar gebeler genel olarak ileri yaşta olma eğilimi göstermektedir. Böylece grand multipar gebelerde ileri yaşa bağlı kronik hastalıkların da var olması (DM, hipertansiyon –HT- gibi) DSK'lar açısından, anneyi daha da riskli hale getirebilmektedir (18). Goueslard ve ark. (66)'nin çalışmasında annelerin primipar veya multipar olmalarına göre DSK riski açısından fark bulunmamıştır. Oberg ve ark. (77)'nin, İsveç'te yaptığı kohort çalışmasında ise primipar annelerde DSK riskinin daha yüksek olduğu (%5.3) saptanmıştır.

Makrozomik Fetus

Fetal makromozoziterin gerilmeyi artırmakta olup, uterin atoniyle ilişkilendirilmektedir (18,84). Literatürde makrozomik fetus prevalansı %2.3 ile %20 arasında değişim göstermektedir (89-92). Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında, fetal ağırlığın 4000gr'ı geçtiği doğumlarda DSK oranı %7 olarak bulunmuş olup riskin arttığı (OR 1.82, %94 GA 1.75-1.89) vurgulanmaktadır. Makrozomik fetusa sahip anneler doğum öncesinde ve doğum sırasında DSK'lar için bazı risk faktörlerini de barındırmaktadır. Literatürde bu risk faktörleri; maternal ağırlığın ≥ 80 kg olması (83,85), yaş aralığının 30-39 arasında olması (90,92), multiparite (90,91), DM/GDM varlığı (78,92,93), gebelik haftasının ≥ 40 olması (90), önceki doğumlarında makrozomik bebek öyküsünün bulunması (90,92) olarak belirtilmiştir. Makrozomik fetusa sahip kadınlarda; doğum eyleminde, hem fetusa/yenidoğana (Asfiksi, omuz diztozisi, hipoglisemi, RDS, yoğun bakımda takip edilme), hem de kendi sağlıklarına yönelik sorunlar (Sezaryenle doğum, koryoamniyonit, doğum sonu enfeksiyon, kan transfüzyonu, dördüncü dereceye ulaşan laserasyon, perineal travma, doğum eyleminin uzun sürmesi, DSK) ortaya çıkmaktadır (89-91,93). Bais ve ark. (78)'nin yaptıkları kohort tipi çalışmada çoklu lojistik regresyon analizinde, DSK (≥ 500 ml; OR 2,11, % 95 CI 1,62–2,76) ve doğum sonu ciddi kanama (≥ 1.000 ml; OR 2.55 % 95 CI 1.5–4.18) riskinin, 4kg ve üzeri yenidoğana sahip annelerde arttığı saptanmıştır. Stotland ve ark.(94)'nin 146.526 doğumu kapsayan kohort tipi çalışmasında, fetusun doğum ağırlığı 4000–4499gr (OR 1.69, %95GA 1,58–1,82), 4500–4999gr (OR 2.15, %95GA 1.86–2.48) ve ≥ 5000 gr (OR 2.03, %95GA 1.33–3.09) olarak gruplandırılmış olup, bu bulgular artmış DSK ile ilişkili bulunmuştur.

Çoğul Gebelikler

Çoğul gebelikler uterusun aşırı gerilmesine neden olup uterin atoni riskini artırabilmektedir (18). Yapılan çalışmalar çoğul gebeliklerin DSK için risk oluşturmakla birlikte (66,77,83); kan transfüzyonuna (94-96) ve histerektomi cerrahisine (94) gereksinim arttığı belirlenmiştir. Wills ve Morris'in (83) çalışmasında, DSK riski açısından çoğul gebeliklerin tekil gebeliğe göre belirgin farklılıklar içerdiği vurgulanmaktadır. Çoğul gebeliği olan anneler, tekil gebelik yaşayanlara kıyasla %83 oranında (OR 1.83; %95 GA 1.48-2.28) DSK

deneyimlediği belirlenmiştir. Çoğul gebeliklerin ciddi kanama oranına (>1000 ml ve üzeri) iki buçuk kat fazla (OR 2.72; %95 CI 1.79-4.14) katkısı olduğu bulunmuştur. Bunun nedeni, çoğul gebeliklerin uterusun aşırı gerginleşmesine bağlı uterus kas tonusunun kaybolmasına katkıda bulunması olarak vurgulanmıştır. Oberg ve ark. (77)'nin kohort tipi çalışmasında çoğul gebelik %12.2 oranında (OR 2.92, %95 GA 2.55-3.34) DSK riskini artırmaktadır. Albrecht ve ark. (96)'nin retrospektif olarak yaptıkları çalışmada, üçüz gebeliklerde transfüzyon gerektiren kanama riski %12.3; Collins ve ark. (95)'nin dördüz gebeliklerle yaptıkları çalışmada ise DSK riski %21 ve transfüzyon ihtiyacı %13 olarak bulunmuştur.

Anemi

Şiddetli anemi uterin kas gücünü zayıflatabilmekte ve enfeksiyon hastalıklarına neden olabilmektedir. Bu sorunlar nedeniyle de DSK ve maternal ölümler görülebilmektedir. Gestasyonel anemi ise DSK riski açısından uterin atoniye neden olmaktadır (97). Frass'ın (98) çalışmasında, gestasyonel anemisi olan kadınların %29.1'inde DSK'nın geliştiği belirtilmekte olup, bu kadınların %39.6'sında şiddetli uterin atoni gelişmesi nedeniyle histerektomi uygulanmış, %60.37'sine ise medikal tedaviler (misoprostol, oksitosin gibi) uygulanmıştır. Düşük hemoglobin düzeyleri ile ciddi DSK arasında güçlü bir korelasyon bulunmuştur. Kodla'nın (71) çalışmasında ciddi DSK (>1500 ml) yaşayan kadınlarda, gebelikle birlikte gelen risklerin arasında ilk sırada aneminin (%41.7) yer aldığını vurgulamaktadır. Anemi riskini ise gebeliğin neden olduğu hipertansiyon (%25.19) ve önceki doğumun sezaryen olarak gerçekleştirilmesi (%18.11) takip etmektedir. Ayrıca, ciddi DSK öyküsü olan kadınların sadece %14.78'inin en az üç kez DÖB aldığı belirtilmiştir. Gebelerin kliniğe kabul durumları değerlendirildiğinde; %40.86'sının hemodinamik durumunun instabil olduğu saptanmıştır. Kavle ve ark. (99)'nin Tanzania, Zanzibar ve Pemba Adasında yaptıkları çalışmada, hemşireler/ebeler rutin antenatal bakım süresince gebeleri; gebelik süresince anemi durumu, beslenme, sosyo-ekonomik durum, gebelik öyküsü açısından değerlendirmişlerdir. Antenatal bakımı takiben doğum sırasında ve sonrasında DSK'yı ölçmüşlerdir. Orta ve şiddetli (Hb <9g/dL) anemisi olan gebelerde doğum eylemi sırasında kan kaybını artıran faktörler; birinci evrenin uzun

sürmesi, plasentanın ağırlığı/yüzey alanı, oksitosin uygulanması, preterm eylem ve grand multiparite ile ilişki bulunmuştur. Bu bulgular sonucunda maternal anemi ile doğum eylemi ve doğum sonu dönemde yaşanan kan kaybı arasında kuvvetli bir ilişki olduğuna ulaşılmış olmakla birlikte daha geniş çalışma gruplarıyla benzer çalışmaların yapılmasını önermişlerdir. Ayrıca maternal aneminin, DSK üzerine etkisinin tam olarak anlaşılamadığı vurgulanmaktadır.

Doğum Öncesi Kanama

Doğum öncesi kanama, DSK'yla ilişkili olup, genel olarak ikinci ve üçüncü trimester kanamalarının nedeni olan plasental durumlar ile açıklanmaktadır (18,71,80). Kodla'nın (71) çalışmasında ciddi DSK'sı (>1500 ml) olan kadınların %22.6'sında ablasyo plasenta, %16.52'sinde plasenta previa gibi plasental kanamalı durumlarla ilişkisi bulunmuştur. Ngwenya ve ark. (80)'nin çalışmasında DSK yaşayan kadınların %9'unun antepartum kanama öyküleri bulunmaktadır. Ohkuchi ve ark. (100)'nin 10.053 kadını kapsayan maternal yaşla ilişkilendirilmiş plasental durumların incelendiği çalışmada; alt segment yerleşimli plasentanın (OR 3.3, %95GA, 1.4–7.9) ve plasenta previanın (OR 6.3, %95GA 4.0–9.9) sezaryen doğumda fazla kanamayla ilişkisi olduğu belirlenmiştir.

Doğum Sonu Kanama Öyküsü

DSK öyküsünün olması tanımlanan bir risk faktörü olsa da (18), tekrarlama nedenleri bilinmemektedir (101). Özellikle DSK gelişen gebeliklerden sonra risklerin (plasenta retansiyonu ve kronik hastalıklar gibi) kümülatif birikimi ve önceki gebeliklerde DSK'nın ciddiyetine göre bu kanamanın tekrarlama riskinde değişimler olmaktadır (102). Magann ve ark. (84)'nin çalışmasında kadınların DSK öyküsünün olması, sonraki gebelikler için artmış DSK riski ile ilişkilendirilmiştir (OR 2.2, %95GA 1.7–2.9). Oberg ve ark.(77)'nin toplum temelli yaptıkları kohort tipi bir çalışmasında, DSK öyküsü olan kadınların daha önce kanama öyküsü olmayanlara göre ikinci gebeliklerinde 3 kat daha fazla kanama riski yaşadığı bulunmaktadır. Bu kadınlarda üçüncü gebeliklerinde ise kanama riskinin %26.6 olduğu, daha önce kanama öyküsü olmayan üçüncü gebeliklerde de bu oranın %4.4 olduğu belirlenmiştir (77). Ford ve ark.(103)'nin toplum temelli yaptıkları kohort tipi bir

çalışmada; ilk gebeliklerde DSK oranı %5.8 belirlenmiş olup, DSK'ların ikinci gebelikte tekrarlama riski %14.8, üçüncü gebelikte ise %21.7 olarak bulunmuştur. DSK öyküsüne sahip olmayan kadınların üçüncü gebeliklerinde DSK yaşaması %10.2 olarak saptanmıştır.

Uterin Fibroidler/Myomlar

Uterin fibroidler/myomlar genellikle birincil DSK ile ilişkilendirilmektedir. Fibroidler doğum öncesinde yapılan ultrasonografi ile belirlenebilmektedir. Fibroidler uterusun distansiyonuna neden olup, involüsyon sürecini engellemektedir. Bu nedenle plasenta ile ilişkili uterin duvarda uzamış kanamaya neden olmaktadır (18). Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında fibroidlerin varlığında DSK riski %11.8 olarak (OR 2.79, %95 GA 1.46-5.33) belirlenmiştir. Ohkuchi ve ark. (100)'nin 10.053 kadınla yaptığı kohort tipi bir çalışmada fibroidlerin vajinal doğumda (OR 1.9, %95 GA 1.2-3.1) ve sezaryende (OR 3.6, %95 GA 2.0-6.3) DSK riskini arttırdığı vurgulanmaktadır.

Koagülasyon Bozuklukları İle İlgili Veya Diğer Tıbbi Durumlar

Hemorajik hastalıklar nadiren de olsa birincil ve ikincil DSK'lardan sorumlu olabilmektedir (76). En sık görüleni ise von Willebrand hastalığı olup prevalansı % 1–3 arasındadır. Bu hastalık genellikle travma veya doğum gibi durumlarda anlaşılma ile birlikte gebelik öncesinde tanı konulmamış olabilmektedir. Özellikle ikincil DSK riski koagülasyon bozukluklarında daha yüksektir. Bunun nedeni gebeliğe bağlı artan pıhtılaşma faktörlerinin doğumdan sonra azalması olduğu düşünülmektedir (18). Literatürde gebelikte ortaya çıkan birçok sağlık sorununun artmış DSK'yla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (18,66,77,82,83). Goueslard ve ark. (66) preeklampsinin artmış DSK riski getirdiğini (OR 2.80, %95 CI 2.32-3.38), üçüncü düzey yoğun bakımda tedavisi ve doğumu gerçekleştiren annelerde DSK riskini arttığını (%47.8) belirtmişlerdir. Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında kronik hastalıkların; gestasyonel diyabet, preeklampsi ve plasental bozukluklarla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu sağlık sorunlarının bir arada görülmesinin de DSK riskini artırdığı vurgulanmaktadır. Ngwenya ve ark. (80)'nin çalışmasında, preeklampsi DSK'lara neden olan faktörler arasında ilk sırada (%33) yer almaktadır. Genel olarak

gebelikte diyabet, preeklampsi, eklampsi ve plasental bozuklukların koagülasyon bozuklukları ile ilişkili olduğu görülmektedir.

Doğum Sonu Kanamalara İlişkin Güncel Risk Faktörleri

Genetik Yatkınlık

Oberg ve ark. (77)'nin İsveç'te yaptıkları 466.686 doğumun incelendiği kohort tipi çalışmasında genetik yatkınlığın DSK ile ilgili ilişkisi incelenmiştir. DSK >1000 ml olarak tanımlanmış olup DSK insidansı %4.6 olarak bulunmuştur. Vajinal doğumlarda; DSK'ların % 18'i (%95 GA, 9-26) maternal genetik faktörlere, %10'u (%95 GA, 1-19) maternal genetik faktörlerden bağımsız olarak sadece maternal çevreye ve %11'i (%95 GA 26-26) fetal genetik faktörlere bağlı olduğu belirlenmiştir. DSK'ya maternal bir genetik yatkınlık olmakla birlikte yaklaşık üçte birinin maternal faktörlerden (genetik ve çevresel etkileşim) kaynaklandığı belirtilebilmektedir. Gebelerin, DSK açısından aile öykülerinin de değerli olduğu vurgulanmıştır. Bununla birlikte genetik aktarımlar açısından öngörülen değeri belirlemede daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu belirtilmektedir.

Yardımcı Üreme Teknikleri

Nyfet ve ark. (104)'nin vaka-kontrol gruplarıyla yaptıkları yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile DSK arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada; YÜT'ün ciddi DSK riskine neden olduğu (OR 2.92, %95GA 2.18-3.92) belirtilmiştir. YÜT'ün DSK riskini artırmasındaki nedenler arasında da doğum şeklinin, antikoagülan tedavinin, çoğul gebeliklerin önemli yeri bulunmaktadır. Çalışmanın sonucunda, YÜT ile gebelik düşünen kadınlarda DSK riskinin arttığının farkında olunması gerektiği, bu nedenle ikiz veya üçüz gebelik varlığında şiddetli DSK'yı engellemek için tek embriyo transferinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte Healy ve ark. (105)'nin çalışmasında, obstetrik hemorajilerin IVF, ICSI ve GIFT sonrası sonrası tekiz doğumlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Aynı zamanda çalışmada, IVF / ICSI grubunda genel popülasyona göre sırasıyla; antepartum kanama %6.7 ve %3.6 (OR 2.0, %95 GA 1.8-2.3), plasenta previa %2.6 ve %1.1 (OR 2.3, %95GA 1.9-2.9), ablasyo plasenta %0.9 ve %0.4 (OR 2.1, %95 1.4-3.0) ve DSK oranı %11.1 ve %7.9 (OR 1.3, %95GA 1.2-1.4) olarak bulunmuş olup YÜT

grubunda risk yüksektir. Antepartum kanama, plasenta previa ve ablasyo plasenta riski GIFT grubunda da IVF/ICSI grubundaki risk oranıyla benzer olduğu belirtilmiştir. Endometriozisli kadınlarda, olmayanlara göre daha fazla plasenta previa (OR 1.7, %95GA 1.2-2.4) ve DSK (OR 1.3, %95GA 1.1-1.6) riski belirlenmiştir. Yapay siklulardaki dondurulmuş embriyo transferi, doğal siklulardaki transfere kıyasla artmış DSK (1.8; 1.3-2.6) ile ilişkili bulunmuştur.

2.6.2. Doğum Eylemi Kaynaklı Riskler

Doğum İndüksiyonu

Doğum indüksiyonu farmakolojik (Prostoglandin, oksitosin), mekanik (Balon kateter, ekstraamniyotik salin infüzyonu, dilatatörler) ve diğer (membranların sıvazlanması, amniyotomi) yöntemler olarak gruplandırılabilir. Bununla birlikte, doğum eyleminde indüksiyon uygulanması morbidite riskini de beraberinde getirebilmektedir. Bu riskler arasında; operatif doğum, sezaryen oranlarında artış, uterotonik ajanların kullanımı, DSK, kan tansfüzyonu gereksinimi ve histerektomi cerrahisi bulunmaktadır. (106). Doğum indüksiyonu literatürde DSK'yı artıran önemli bir risk faktörü olarak adlandırılmaktadır (77,84). Kodla'nın (71) çalışmasında ciddi obstetrik kanama yaşayan kadınların %13.91'ine doğum eyleminde indüksiyon uygulanmıştır. Al-Zirqi ve ark. (107)'nin çalışmasında, doğum eyleminde prostoglandin ve oksitosin birlikte kullanımı ile sadece oksitosinle doğum eyleminin augmentasyonunun sağlanmasının,uterin rüptür için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir. Alfirevic ve ark. (108)'nin Cochrane derlemesinde, doğum eyleminde oksitosin kullanılması ile intraservikal prostoglandin uygulaması karşılaştırılmış olup, oksitosinin 24 saat içinde başarısız vajinal doğumlarda (%50.4) ve sezaryen oranında (%19.1) artışa neden olduğu belirlenmiştir. Boulvain ve ark. (109)'nin Cochrane derlemesinde, membranların sıvazlandığı 22 çalışma (2797 kadın) dahil edilmiştir. 20 çalışmada sadece membranlar sıvazlanmış, diğer iki çalışmada da birden fazla indüksiyon tekniği (membranların sıvazlanması ile birlikte okstosin veya prostaglandin uygulanması) karşılaştırılmıştır. Sezaryen riski indüksiyon grupları arasında benzer bulunmuştur. Bununla birlikte membran sıvazlama uygulaması yapılan kadınlar rahatsızlık ve olumsuz etkiler (kanama, düzensiz kontraksiyon gibi) yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Membran sıvazlamayı

prostoglandinle kıyaslayan çalışmalar sınırlı olduğu için yeterli kanıt sağlanmadığı belirtilmekle birlikte; çalışmada indüksiyonun DSK'ya etkisinden bahsedilmemiştir. Rossen ve ark. (110)'nın çalışmasında, oksitosin kullanım oranının %34.9'dan %23.1'e düştüğü belirtilmiş olup, acil sezaryen sıklığı ise %3.2'den %2'ye düştüğü belirtilmiştir. Bununla birlikte doğum eylemi 12 saat ve üzerinde olan kadınların oranı %4.4'ten %8.5'e çıktığı, daha fazla kadında ciddi DSK yaşandığı (%2.6'dan %3.7'ye artış) belirlenmiştir.

Doğum Eyleminin Süresi

Uzamış eylem, DSK'lara %6.7-%17.5 arasında katkı sağlamaktadır (71,77,80). Nyfløst ve ark. (111)'nin vaka-kontrol çalışmasında ciddi DSK (≥ 1500 ml) yaşayan kadınlarda doğum eyleminin tüm evreleri kontrol grubuna göre daha uzun sürmüştür. Bununla birlikte, vaka grubunda doğum eyleminin uzun sürmesine; doğum eyleminde indüksiyon uygulanması, oksitosinle augmentasyon, primiparite ve doğum eyleminde yüksek ateşin eşlik ettiği belirlenmiştir. Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, vaka grubunda ciddi DSK yaşayan kadınların doğum eylemi süresinin 12 saati geçmesi durumunda, DSK riski 2.5 kat daha fazladır (%95 GA, 1.69-3.53,9) (111). Looft ve ark. (112)'nin çalışmasında, doğumun ikinci evresinin uzunluğu, ıkınma süresi ve DSK oranı incelenmiştir. Çalışmada DSK oranı %28.9 olarak bulunmuş olup, ikinci evrenin bir saatten kısa sürmesine kıyasla DSK riski; ikinci evre 1-2 saat arası sürdüğünde 1.1 (%95 GA, 1.07-1.14), 2-3 saat sürdüğünde 1.15 (%95 GA, 1.10-1.20), 3-4 saat sürdüğünde 1.28 (%95 GA, 1.22-1.33) ve 4 saatten uzun sürdüğünde 1.40 (%95 GA, 1.33-1.46) kat artmaktadır. İkınma süresi incelendiğinde ise; 30 dakikayı geçen ıkınma süresinin DSK riskini [15-29 dakikalık ıkınma süresine göre; <15 dakikada 0.98 (%95GA, 0.94-1.03), 30-44 dakika boyunca 1.08 (%95 GA, 1.04-1.12), 45-59 dakika boyunca 1.11 (%95 GA, 1.06-1.16) ve ≥ 60 dakika 1.20 (%95 GA, 1.15-1.25] arttırdığı vurgulanmaktadır. Miller ve ark. (113)'nin çalışmasında, doğumun ikinci evresinin iki saatten az sürmesi, üç saat ve daha fazla sürmesine kıyasla artmış DSK ile ilişkilendirmişlerdir. Frolova ve ark. (114)'nin çalışmasında, doğumun üçüncü evresi ile kanama miktarı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Üçüncü evrenin süresi 20 dakika veya fazla ise DSK riski belirgin olarak artmaktadır. Çalışma sonucunda ise, doğumun üçüncü evresine

yönelik maksimum sınır olarak belirlenmiş 30 dakika ve üzerinin güncellenmesi gerektiği önerilmektedir.

Perineal Travmalar

Vakum ve forseps kullanımına bağlı müdahaleli doğumlarla birlikte geniş epizyotomi uygulanabilmekte ve perineal laserasyonlar, hematomlar da gelişebilmektedir (18,75). Sosa ve ark. (115)'nin Latin Amerikalı kadınlarla yaptığı kohort tipi araştırmada, sütür gerektiren perineal laserasyonların DSK'lara neden olduğu belirtmiştir (OR 2.5, %95 GA 1.87-3.36). Bununla birlikte, Ononge ve ark. (17)'nin çalışmasında, epizyotomi ve perineal yırtık gelişen kadınlarda DSK oranı %12.1 olarak saptanmış olsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Rubio-Alvarez ve ark.(116)'nin 3479 kadınla yapılan kohort tipi çalışmasında, vajinal doğumdan sonra perineal travmaların dereceleri ve postpartum hemoglobin düzeyleri karşılaştırılmıştır. Kadınların %20'sinde perine intakt, %47'si perine travması yaşamış ve %38'ine de epizyotomi uygulanmıştır. İkinci derece perineal laserasyonu gelişen fakat epizyotomi uygulanmamış kadınlarda hemoglobin konsantrasyonu 1.46g/dL; epizyotomi uygulanıp perineal laserasyonu olan kadınlarda ise hemoglobin konsantrasyonu 2.07g/dL azalmıştır. Bununla birlikte hemoglobin konsantrasyonundaki azalma eğilimi; hem epizyotomi uygulanan, hem de üçüncü/dördüncü derecede laserasyon gelişen kadınlarda olduğu belirlenmiştir (3.10±1.32). Özdeğirmenci ve ark. (117)'nin plasentanın ekspulsiyonundan önce erken epizyotomi onarımı yaptıkları çalışmada, kanama oranlarını değerlendirmişlerdir. Placenta ekspulsiyonundan önce erken epizyotomi onarımı ve ekspulsiyonundan sonra epizyotomi onarımı ile kanama ve hemoglobin oranları arasında fark bulunmamıştır. Drieesen ve ark. (118)'nin çalışmasında Fransa'da 106 hastanedeki vajinal doğum sonrası uterin atoni ile ilişkilendirilen DSK'lar incelenmiş olup, DSK oranı %20.9 olarak bulunmuştur. DSK ile ilişkilendirilen bağımsız risk faktörleri arasında da; doğum eyleminin uzun sürmesi, servikal yırtıklar, epizyotomi ve postpartum dönemde ilk bakımın gecikmesi bulunmaktadır (118). Doğum eylemi sırasında fark edilemeyen vajinal laserasyonlar ve hematomlar ikincil DSK ile ilişkilendirilmektedir. Epizyotomi suturlarının enfekte olması, epizyotominin açılmasına ve vajinadan fazla miktarda kanamaya yol açabilmektedir (18).

Doğum Şekli

Sezaryen DSK oranını artıran başlıca etmenlerden birisidir. Sezaryenle gerçekleşen doğumlarda kanama oranı vajinal doğuma göre daha fazla olduğu için 1000 ml alt sınır olarak kabul görmektedir (18). Goueslard ve ark. (66) çalışmasında sezaryenle doğum yapanlarda ciddi DSK oranı yüksek bulunmuştur (OR 4.80; %95 GA 4.27-5.39). Kodla'nın (71) kesitsel ve gözlemsel çalışmasında ciddi DSK (>1500 ml) yaşayan kadınların çoğunluğunun (%55.65) doğum şeklinin sezaryen olduğu ve her dört kadından birine keşifsel laparotomi uygulandığı belirlenmiştir. Ononge ve ark. (17)'nin çalışmasında ise sezaryen uygulanan kadınların yaklaşık dörtte birinde (%23.4) DSK (OR 6.29, %95 GA 3.70-10.68) saptanmıştır. Ngwenya ve ark. (80)'nin çalışmasında doğum sonu 1000-1500 ml kanama yaşayan kadınların dörtte üçünü sezaryenle doğum yapan kadınlar oluşturduğu vurgulanmaktadır. Bu çalışmada ayrıca sezaryen kesininin alt segmente uygulanmasının, DSK'lar için %12.3'lük risk faktörü oluşturduğu belirtilmektedir.

Plasenta Anomalileri

Plasenta previa ve plasenta invazyon anomalileri (plasenta akreata, inkreata ve perkreata) birincil DSK ile ilişkilendirilmektedir. Bununla birlikte, özellikle plasenta invazyon anomalilerinde uterusu koruyucu cerrahi tercih edildiğinde de sekonder DSK gelişebilmekte ve histerektomi uygulanabilmektedir (18). Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında, kronik hastalıkların (hipertansiyon, koagülopati ve fibroidler gibi) gebelikle ilgili riskli durumlarla birlikte yaşandığında DSK riski arttırdığı vurgulanmaktadır. Gebelikte yaşanan riskli durumlar arasında da plasental anomaliler (plasenta previa ve plasenta akreata) yer almaktadır. Fan ve ark. (119)'nin yaptığı bir sistematik derleme ve metaanaliz çalışmasında plasenta previa tanısı DSK insidansı açısından değerlendirilmiş olup, çalışmada 1148 araştırmadan 11'i metaanalize dahil edilmiştir. Plasenta previada DSK insidansı %22.3 (%95 GA 15.8-28.7) olarak bulunmuştur. DSK'ya ilişkin alt gruplara göre, DSK insidansları incelendiğinde; plasenta previa %27.4 (%95 GA 20.2-34.5), alt segmente yerleşimli plasenta previa %14.5 (%95 GA 7.0-22.1) olarak belirlenmiştir. Dünya bölgeleri arasındaki farklılıklar incelendiğinde; Kuzey Amerika %26.3 (%95 GA 11.0-41.6) ile en yüksek DSK insidansına sahip olmakla birlikte, bunu Asya (%20.7, %95 GA

12.8-28.6), Avrupa (%17.8, %95 GA 11.5-24.0) ve Avustralya (%19.2, %95 GA 17.2-21.1) izlemektedir. Bölgelere göre plasenta previa tanısına göre DSK insidansında fark bulunmamıştır.

Koryoamniyonit

Literatürde koryoamniyonitin DSK'yı arttırması nedeniyle, bir risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (18,66,77,84,113). Oberg ve ark. (77)'nin çalışmasında, koryoamniyonitin DSK'yı %13 oranında (OR 1.33, %95 GA 0.76-2.32) arttırdığı tespit edilmiştir.

2.7. Doğum Sonu Kanamanın Yönetiminde Kanıt Temelli Uygulamalar

DSK'ların yönetiminde kanıt temelli uygulamalar doğumun üçüncü evresine yöneliktir. Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumunu takiben başlamakta ve plasentanın doğumu ile son bulmaktadır. Üçüncü evre ortalama 5-10 dakika kadar sürmekle birlikte 30 dakikayı geçmesi DSK riskini arttırmaktadır. Doğumun üçüncü evresinin yönetiminde aktif yönetim ve bekleme yönetimi bulunmaktadır (120). Aktif yönetim DSÖ, ICM ve FIGO tarafından desteklenmektedir (8,45-47). Begley ve ark. (121)'nin Cochrane derlemesinde doğumun üçüncü evresinde aktif yönetim ve bekleme yönetiminin karşılaştırıldığı sistematik derlemede; 8247 anneyi kapsayan yedi çalışma (6 yüksek gelirli ülke, 1 düşük gelirli ülke çalışması) incelenmiştir. Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetilenlerde DSK riskinin (>500ml), kan transfüzyonu ihtiyacının, terapötik amaçlı ek uterotoniklerin kullanılmasının azaldığı belirlenmiştir. Bununla birlikte bu çalışmanın kanıt düzeyinin düşük olduğu vurgulanmıştır. Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi için DSÖ, ICM ve FIGO bazı protokoller geliştirmişlerdir (8,45-47). Aktif yönetim, anne ölümüne neden olan kanamayı önlediği ve üçüncü evrenin süresini kısalttığı için önerilmektedir. Aktif yönetim gebede risk kategorisine bakmadan tüm kadınlara uygulanması gerekmele birlikte (122) DSK'larla ilişkili olarak aşağıdaki uygulamalar öncelikli müdahale alanlarıdır (8,45-47,120). Bu bölümün sonunda doğumun üçüncü evresindeki kanıt temelli uygulamalar ve doğum sonuna yönelik kanıt temelli uygulamalar Tablo 2.3'te verilmiştir.

- Uterin masaj,

- Uterotonik ajanlar.

Doğumun üçüncü evresini kısaltıp kanamayı azaltmaya yönelik olan bu uygulamalarla birlikte involüsyon sürecini hızlandıran (1,31-33,123-127) ve perineal doku bütünlüğünün korunmasına yardımcı olan müdahaleler de (27,28,30,41-43,128,129) aşağıda belirtilmiştir;

- Erken emzirmeye başlama ve emzirmenin sürdürülmesi,
- Perine koruyucu yaklaşımlar.

2.7.1. Uterin Masaj

ICM ve FIGO DSK'yı önlemek için plasentanın doğumunu takiben; uterusun kontraksiyonunun sağlanana kadar fundus masajı yapılması, uterus kontraksiyonlarının 15 dakikada bir değerlendirilmesini, gerekiyorsa ilk iki saat boyunca devam edilmesini önermektedir (130). Hofmery ve ark. (35) Cochrane sistematik derlemesinde, uterus masajının etkisini değerlendirmek için iki randomize kontrollü çalışmayı (RKÇ) incelemişlerdir. Bu çalışma kapsamında değerlendirilen ilk çalışmada 200 kadın değerlendirilmiştir. Doğumun üçüncü evresi oksitosin uygulanarak aktif yönetildikten ve plasentanın da doğumu gerçekleştikten sonra uterin masaj yapılan ve yapılmayan gruplar olarak randomize edilmiştir. Deney grubuna 60 dakika boyunca her 10 dakikada bir uterus masajı uygulanmıştır. Her iki grupta 500 ml'yi geçen kanama oranında farklılık bulunmamış ve plasenta retansiyonu gelişmemiştir. Uterin masaj uygulanan grupta DSK hem 30. dakikada hem de 60. dakikada diğer gruba göre daha önemli derecede düşük bulunmuştur. Ayrıca, bu grupta ek uterotonik ihtiyacı da azalmıştır. Abdel-Aleem ve ark.(37) ise RKÇ'da 1964 kadını incelenmiştir. Araştırmada bebeğin doğumundan hemen sonra plasentanın doğumundan önce oksitosin, uterus masajı ve her ikisinin birlikte uygulanması karşılaştırılmıştır. Uterin masajın ve uterin masajla oksitosinin birlikte kullanımının, sadece oksitosin kullanımına göre ek bir yararı bulunmamıştır. Bu çalışmada elde edilen sonuçların, mevcut uygulamayı değiştirmek için yeterli olmadığı vurgulanmıştır. Uterotonik ajanların yokluğunda, sadece uterus masajı ile kanama yönetimini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir. Chen ve ark.(36)'nın randomizde kontrollü çalışmasında, sadece oksitosin uygulanan ve

oksitosinle birlikte uterin masaj yapılan kadınların DSK sonuçları değerlendirilmiştir. Her iki grupta doğumdan iki saat sonra kan kaybına ilişkin benzer sonuçlar (orta ve ciddi kan kaybı, hemoglobin seviyesi, ek uterotonik ilaç kullanımı, kan transfüzyonu gibi) bulunmuştur.

2.7.2. Uterotonik Ajanlar (Oksitosin, misoprostol, ergometril vb.)

Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimin en önemli basamaklarından biri de uterotonik ajan uygulanmasıdır. Bu ajanların başında profilaktik oksitosin (pitosin) uygulaması gelmekte olup, ergonovine (metiler) ve misoprostol (cytotec) olarak sıralanmaktadır. Uterotonik ajanların kullanılmasında ilk sırada oksitosinin olmasının nedeni diğer ajanlara göre (misoprostol, ergonovine gibi) daha az yan etkilerinin olmasıdır (13,18,120).

Oksitosin

Oksitosin kimyasal yolla da üretilebilmektedir. Kimyasal oksitosin arka hipofizde depolanan meme uyarısı ve doğuma yanıt olarak salınan doğal hormonla benzerdir. Gebeliğin sonuna doğru, doğumda ve doğum sonu dönemde myometrium üzerindeki oksitosin reseptör sayısı oldukça fazla sayıdadır. Oksitosin reseptörleri, Gq proteinleri yoluyla fosfolipaz C'yi aktive etmektedir. Fosfolipaz C'nin aktive olması endoplazmik retikulumdan kalsiyumun salınmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak myometrium kaslarında kontraksiyonlar gelişmektedir (18). Mousa ve ark. (131)'nin sistematik derlemesinde, uterin atoniye bağlı kanamalarda oksitosin kullanılması gerektiğini belirtmişlerdir. Soltani ve ark. (132)'nin sistematik incelemesinde profilaktik uterotoniklerin doğumun üçüncü evresinde plasentanın çıkarılmasından önce ve sonra uygulama zamanları incelenmiştir. Bu çalışmada, oksitosinin plasentanın ayrılmasından önce veya sonra uygulanmasının; DSK, plasenta retansiyonu ve üçüncü evrenin süresi bakımından anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Yazarlar, bu konuyla ilgili çalışmaların yetersiz olması nedeniyle daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu belirtilmektedir. Oksitosinin yüksek dozlarda uygulanması kalıcı uterus kasılmalarına neden olmaktadır. Bununla birlikte hızla uygulanan damar içi bolus enjeksiyonlardan sonra hipotansiyon, ateş basması ve taşikardi görülebilmektedir (18). Bu yan etkilere ek olarak, oksitosin antidiüretik

etkiye de sahiptir. Bununla birlikte, oksitosinin rutin olarak kullanılmasının kan kaybı miktarını azaltmakla birlikte yan etkileriyle ilgili yeterince kanıt bulunmamaktadır (133).

Prostaglandin

Prostaglandinler, DSK'ların yönetiminde alternatif uterotonik ajanlardan biridir (18,120,134). Misoprostol doğada mevcut prostaglandin E1'in sentetik analogudur. Prostaglandinler servikal düz kasta gevşeme yaparak ve hücre içi kalsiyumu arttırarak myometriyumun kontraksiyonunu kolaylaştırmaktadır. İntravenöz, oral, vajinal, intraservikal ve rektal kullanımları mevcuttur. Oksitosin uterin kaslarla sınırlı olmakla birlikte, prostaglandinler myometriyum ve serviks üzerinde etkilidir. Misoprostolün farklı uygulama şekillerinin olması bir avantajdır (18). Misoprostol hipertansif hastalarda güvenle kullanılabilir. Aynı zamanda rektal kullanımı yan etkilerin daha az ortaya çıkmasına neden olmaktadır (46). Bununla birlikte misoprostolün yüksek ateş, bulantı, titreme gibi yan etkileri bulunmaktadır (131). Hofmeyr ve ark. (135)'nin derlemesinde, 600ug ve/veya daha yüksek dozlarda misoprostol kullanımının yüksek ateşe yol açtığı belirtilmektedir. Bununla birlikte olumsuz etkileri sınırlandırılarak ve en düşük etkili doz kullanılarak DSK'ları azaltmada kullanımının desteklendiği bildirilmiştir.

Ergonovine

Ergonovine myometriyumun iç tabakasında, kalsiyum kanal mekanizması ve aktin-miyozin etkileşimi yoluyla kalıcı kontraksiyonlara neden olmaktadır (18). Ergonovine DSK'ların önlenmesinde kullanılabilir. Bununla birlikte yan etkileri nedeniyle oksitosin kullanımından sonra tercih edilmektedir. Yüksek tansiyonlu gebelerde kontrendike olması ve plasenta retansiyonuna yol açması en önemli yan etkileri arasında sıralanmaktadır (122).

2.7.3. Erken Emzirmeye Başlama ve Emzirmenin Sürdürülmesi

DSÖ ve UNICEF emzirmenin ilk bir saat içinde başlatılmasını, altı ay sadece anne sütü verilmesini ve iki yaşına kadar emzirmeye devam edilmesini önermektedir (136). Literatürde, emzirmenin neonatal (137,138) ve maternal (138) mortaliteyi

azalttığı vurgulanmaktadır. Emziren annelerde; anne-bebek bağlanması artmakta, diyabetik annelerin insülin gereksinimi azalmakta, osteoporoz riski ve DSK riski azalmaktadır (123). Emzirmenin involüsyon sürecini hızlandırdığı ve DSK'ları azalttığı literatürde belirtilmiş (1,31-33,123-127) olsa da DSK'ları incelemek için sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Saxton ve ark. (126)'nın çalışmasında, doğumdan sonra emzirmeyi erteleyen/geciktiren annelerde DSK, ilk 30 dakika içinde başlayanlara göre iki kat daha fazla bulunmuştur. Abedi ve ark. (139)'nın Cochrane derlemesinde, doğumun üçüncü evresinde emzirme veya meme ucu uyarısının DSK'ya etkisi incelenmiştir. Bu çalışmada, emzirme ve meme ucu stimülasyonun (Göğüs pompası ile); doğumun üçüncü evresindeki kanama miktarı, DSK oranı, plasenta retansiyonu, anemi, tekrarlı hastaneye yatış ve anne ölümü üzerine etkisi açısından yeterli düzeyde kanıtı ulaşılamamıştır. Bu Cochrane derlemesinde emzirme ve meme ucu stimülasyonunun; DSK'lar üzerine etkisini değerlendirmek için yüksek kaliteli çalışmaların yapılmasına (Yeterli örnekleme yapılması, meme başı stimülasyonunun oksitosin gibi uterotonik ajanlarla karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi ve maternal/neonatal sonuçların listelenmesi) ve daha fazla kanıt ihtiyacı duyulduğu vurgulanmıştır.

2.7.4. Perine Koruyucu Uygulamalar

Gebelikte ve doğum eyleminde perine koruyucu yaklaşım günümüzde önem kazanmaya başlamıştır. Literatürde perine koruyucu yaklaşımlar ise perinenin elle korunması (hands on) / perinenin elle korunmaması (hands off), perineye sıcak kompres uygulanması, perine masajı ve Ritgen manevrası gibi uygulamalar olarak belirtilmektedir (30,128). Bu uygulamalar arasında yer alan perineal masaj antenatal dönemde (40,41,43) uygulandığı gibi doğumun ikinci evresinde de (30,128) yapılabilmektedir. Perine masajı, perinenin elastikiyetini arttırmaktadır. Böylece perine, doğum eylemi sırasında travmalardan korunmakla birlikte, perineal travmaya bağlı kanama ve enfeksiyon riski azalmaktadır (26-28). Beckmann ve Stock'un (43) hazırladığı bir Cochrane derlemesinde antenatal dönemde uygulanan (35. haftadan itibaren haftada 1-2 kez uygulanan) perineal masajının etkisi incelenmiştir. Bu derleme 2497 kadını kapsayan dört çalışma üzerinden yürütülmüştür. Perine masajı yapan kadınlarda; sütür gerektiren travma insidansının ve epizyotomi oranının düşük

olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular primipar kadınlar için önemlidir. Perine masajı yapan ve yapmayan gruplar arasında; birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü derece perine laserasyonları arasında fark bulunmamıştır. Multipar kadınlarda postpartum üçüncü ayda ağrı insidansında azalma olduğu belirlenmiştir. Perineal masaj uygulanan kadınlarda operatif doğum, cinsel tatmin, dışkı, gaz veya idrar kaçırma insidansında farklılık bulunmamıştır. Derlemede kadınların perineal masajın yararları hakkında bilgilendirilmesi gerektiği önerilmiştir. Labrecque ve ark.(39)'nın çalışmasında 34.-35. haftada başlanan perineal masaj günlük olarak 10 dakika süresince yapılmıştır. Primipar kadınlarda doğumdan üç ay sonra, perineal ağrı, disparoni, seksüel memnuniyet, gaz, gaita ve üriner inkontinans açısından gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bununla birlikte perineal masaj yapan multipar kadınlarda perineal ağrının azaldığı belirlenmiş olmakla birlikte diğer bulgular (disparoni, gaz, gaita ve üriner inkontinans) açısından gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır. Sayiner ve Demirci'nin (40) çalışmasında antenatal dönemde perine masajı yapan kadınlarda epizyotomi oranı (%10), perine masajı uygulamayan gruplara göre (%92) daha düşük bulunmuştur.

Perineal travmayı azaltmaya yönelik doğumun ikinci evresine yönelik girişimler Aesheim ve ark.(128)'nin yaptığı bir Cochrane derlemesinde; perinenin elle korunması (hands on) / perinenin elle korunmaması (hands off), perineye sıcak kompres uygulanması, perine masajı ve Ritgen manevrası uygulamalarına yönelik dört araştırma başlığı kapsamında 15.181 kadını kapsayan 20 araştırma derleme değerlendirilmiştir. Dört temel araştırma başlığına yönelik sonuçlar ve kanıt düzeyleri gruplar halinde değerlendirilmiştir. Bu konulardan ilki olan perinenin elle korunmaması tekniğinde epizyotomi ihtiyacının daha az olduğu belirlenmiş olup perineal laserasyonlara (birinci derece, ikinci derece, üçüncü ve dördüncü derece) ilişkin sonuçlarda bir farklılık bulunmamaktadır. Bu kapsamda incelenen dört çalışmanın sonuçlarında açıklanamayan farklılıklar olduğu bildirilmiş olup, değerlendirilen çalışmalarda dikiş gerektirmeyen laserasyonlara ilişkin bilgi bulunmamaktadır. Bu sonuçlar çerçevesinde perinenin elle korunmaması uygulamasının kanıt düzeyi düşük olarak değerlendirilmiştir. Sıcak kompres uygulaması ise üçüncü ve dördüncü derece laserasyonları azaltmada etkili olduğu belirlenmiş olup orta düzeyde kanıta sahiptir. Ritgen manevrasına yönelik de bir

çalışma incelenmiş olup, bu manevranın birinci derece laserasyonları azaltmakla birlikte ikinci derece laserasyonları arttırdığı, üçüncü-dördüncü derece laserasyonlarda ve epizyotomi uygulamasında gruplar arasında farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ritgen manevrasına ilişkin kanıt düzeyi düşük bulunmuştur. Perineal masaja yönelik incelemelerde ise; perineal masaj grubunda intakt perine oranının daha yüksek olduğu, üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların daha az görüldüğü belirtilmiştir. Bununla birlikte, sütur gerektiren perineal travma, birinci-ikinci derece laserasyonlar ve epizyotomi oranlarında gruplar arasında farklılık bulunmamaktadır. Perineal masaja yönelik kanıt düzeyi ise düşük bulunmuştur (128). Perineal travmayı azaltmaya yönelik ikinci evredeki girişimler sadece perineal masajla sınırlı değildir. Günümüzde perine koruyucu yaklaşımlara “steril obstetrik jel” kullanılması da girmiştir (42,140,141). Seval ve ark.(42)’nin çalışmasında eylemin birinci evresinde doğum jeli kullanılan kadınların eylemin ikinci evresinin daha kısa sürdüğü, yenidoğanın apgar skorunun daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Doğumun ikinci evresinin süresinde özellikle primipar kadınlarda daha etkili olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda, obstetrik jel kullanmanın maternal (140) ve fetal yan etkisinin olmadığı vurgulanmaktadır (42,140,141). Ashwal ve ark. (140)’nin çalışmasında, obstetrik jel kullanılan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci evresi daha kısa sürmüştür. Bu çalışmada üçüncü ve dördüncü derece perineal laserasyonlar her iki grupta da görülmemiştir. Schaub ve ark. (141)’nin çalışmasında da obstetrik jel kullanılan kadınların doğumun ikinci evresinin daha kısa ve perineal laserasyonların daha az olduğu görülmüştür. Bu jel doğumun birinci evresini kısaltmış olsa da bulgular anlamlı bulunmamıştır. Literatürde steril doğum jeli ile birlikte perineal masaj yapıldığına ilişkin bilgi verilmemiştir (41,141,142). Bununla birlikte, doğum eylemi sırasında steril obstetrik jel ile birlikte perine masajı da uygulanabilmektedir. Perine masajını kolaylaştıran ürünler arasında, obstetrik jelin dışında; lubrikanlar, yağlar (tatlı badem yağı, zeytinyağı,) ve steril gliserin de bulunmaktadır (27,28,39,129).

Tablo 2.3. Doğum Sonu Kanamaların Önlenmesinde ve Tedavisinde Öneriler ve Kanıt Düzeyleri (122)

Öneriler	Kanıt Düzeyi
Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi DSK'ları azaltmak için tüm kadınlara önerilmektedir.	I-A
Düşük riskli vajinal doğumlarda oksitosin 10IU IM olarak önerilmektedir.	I-A
Oksitosinin IV infüzyonu 1000ml içerisinde 20 veya 40IU olarak (saatte 150ml) uygulanması alternatif bir yöntemdir.	I-B
Vajinal doğumdan sonra DSK'yı önlemek için 5-10IU oksitosin bolus olarak kullanılabilir. Bu uygulama elektif sezaryen için önerilmemektedir.	II-B
Oksitosine ulaşlamayan bölgelerde ergonovine (0.2mg-IM) ve misoprostol 600-800ug (oral, sublingual veya rektal) uygulanabilir.	II-1B
Komplikasyon olmayan bir doğum eyleminde plasentanın doğumunu 30-45 dakikadan önce hızlandırmak için uygulanan müdahalelerin DSK'ları azaltacağına dair bir kanıt yoktur.	II-2C
Plasentanın manuel olarak çıkarılmasından önce, misoprostolün (800 ug) veya oksitosinin (10-30 IU) intraumbilikal kordona enjeksiyonu alternatif bir müdahale olarak düşünülebilir.	II-2C
Kan kaybı tahmini için, sağlık profesyonelleri görsel bir tahminden ziyade klinik belirteçleri (işaretler ve semptomlar) kullanmalıdır.	III-B
Bütün obstetrik üniteler, uygun teçhizatı içeren düzenli olarak kontrol edilen bir DSK acil durum ekibmanına sahip olmalıdır.	II-2B
Uterin tamponad medikal tedaviye cevap vermeyen uterus atonisine bağlı (geçici olarak) DSK'yı kontrol etmek için etkin ve etkili bir müdahale olabilir.	III-L
Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen dirençli DSK'ların tedavisinde internal iliak arter ligasyonu, sıkıştırma sütürleri ve histerektomi gibi cerrahi teknikler kullanılmalıdır.	III-B
Kanıtın Kalitesinin Değerlendirilmesi	Önerilerin Sınıflandırılması
I: En az bir randomize kontrollü çalışmadan elden edilen kanıtlar	A: Klinik uygulamada kesinlikle önerilir
II - 1: Randomize olmaksızın iyi tasarlanmış kontrollü çalışmalar	B: Klinik uygulamada tavsiye edilir
II - 2: İyi tasarlanmış kohort (prospektif veya retrospektif) veya vaka-kontrol çalışmalarından elde edilen kanıt	C: Mevcut kanıtlar çelişkili olup, tavsiye edilmemektedir. Bununla birlikte, bazı faktörler karar vermeyi etkileyebilir
III: Klinik deneyim, tanımlayıcı araştırmalar veya uzman komite raporları gibi saygın otoritelerin görüşleri	L: Öneri için yeterli miktarda kanıt bulunmamaktadır. Bununla birlikte, bazı faktörler karar vermeyi etkileyebilir

2.8. Doğum Sonu Kanamanın Tanılanmasında Kullanılan Ölçüm Araçları

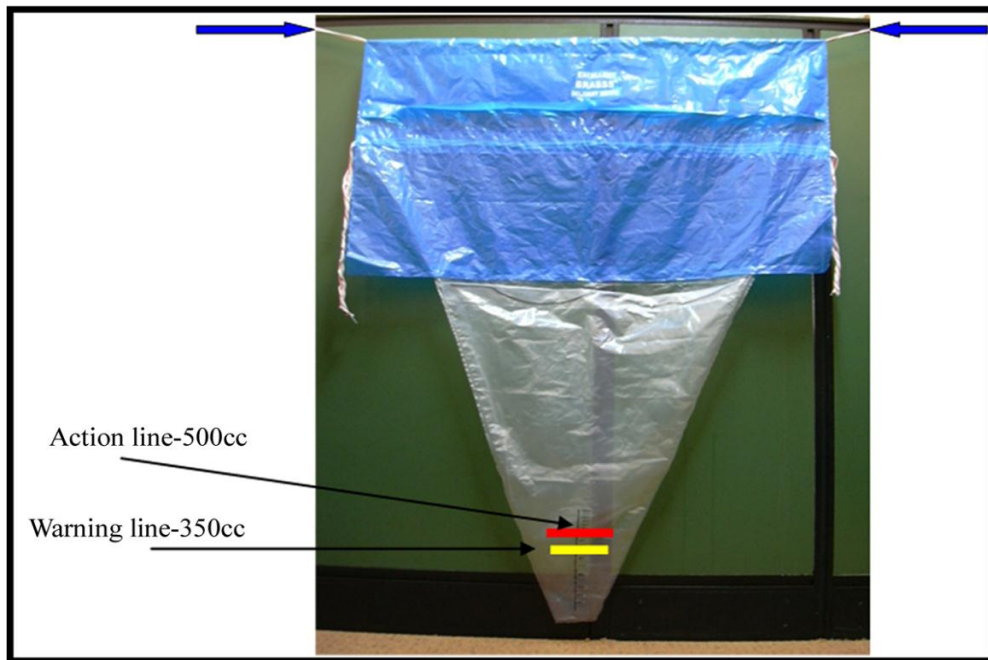
DSK'ların tanılanmasının erken dönemde yapılması, kadınlara erken dönemde müdahale için fırsat sağlamaktadır. Bunun için özellikle ilk 24 saatlik kanama takibinin standardize edilmiş ölçüm araçlarıyla yapılması önem kazanmaktadır. DSK'ların değerlendirmesinde çok farklı yöntemler kullanılmakla birlikte BRASS-V Drape, DSK'yı erken dönemde tanılamada büyük öneme sahiptir (18,50). BRASS-V Drape, yataklı klinikte yerini "ped ile kanama takibi"ne bırakmaktadır (54). Bu konu başlığında standardize ölçüm araçlarının (BRASS-V Drape, ped ile kanama takibi) DSK'yı tanılamaya katkısı anlatılmaktadır.

2.8.1. BRASS-V Drape

BRASS-V Drape, kanama miktarını objektif olarak ölçebilen, plastik çarşafı kaplı, ölçekli, uygulaması kolay, steril, düşük maliyetli, özel olarak tasarlanmış kan toplama torbalarıdır (18) (Şekil 2.2.). Bu ölçüm aracı, özellikle DSK'lar nedeniyle kadınların yaşamını kaybettiği Hindistan'da, bir çalışma grubu üyeleri tarafından ihtiyaç olarak geliştirilmiştir. Hindistan'da kırsal bölgede doğum yapan kadınlarda birincil DSK, bundan dolayı gelişen anne ölümlerini azaltmak hedeflenmiştir (50,142). BRASS-V adının verilmesi ise çalışmaya katkı veren kişilerin baş harflerinin toplanması ile sağlanmıştır. Doğumun ikinci evresini takiben, doğum masasında annenin kalçasının altına yerleştirilmektedir. BRASS-V Drape ile ölçüm ciddi kanamaları ve anne ölümlerini azaltmak için erken müdahaleye fırsat vermektedir (50). BRASS-V Drape sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde kanamanın erken yönetimine ve yüksek donanımlı merkezlere sevkini daha erken yapılmasına fırsat sağlamaktadır (18).

DSK'ların %30-50'si geç tanılanmaktadır. Doğum sonu dönemde 1000 ml'yi bulabilen kanamalar gebelikteki fizyolojik değişimler nedeniyle tolere edilebilmektedir. Kan kaybına ilişkin klinik belirtiler (Taşikardi, düşük kan basıncı gibi) hemen ortaya çıkmamaktadır. Bu belirtilerin başlaması beklenirse müdahale gecikebilmektedir. Bu gecikme de anne ölümlerinde artışa neden olabilmektedir. Anne ölümlerinin en önemli nedeni de kanamanın objektif değerlendirilememesine

bağlı geç tanılama yapılmasıdır (9). BRASS-V Drape bu nedenle doğru ve yerinde kararlarla doğumun üçüncü ve dördüncü evresinin yönetimine yardımcı olmaktadır. BRASS-V Drape DSK ölçümünde görsel tahmine göre daha doğru sonuç vermektedir. Görsel tahminlerde kan kaybının görünümüne bakarak sıklıkla yetersiz tanı konulmaktadır (18). Yapılan çalışmalar da bu görüşü desteklemektedir (50,143,144). Patel ve ark. (50)'nin çalışmasında görsel tahmin, BRASS-V Drape ile yapılan tespite göre postpartum kan kaybını %33 daha eksik tahmin etmiştir. Ambardekar ve ark.(143)'nin çalışmasında ölçüm araçlarının (BRASS-V Drape ile indirek ölçüm aracının - kanla ıslanmış pedlerin, spançların tartılması -) sonuçları değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, iki ölçüm arasında ortalama kan kayıplarında BRASS-V Drape ile yapılan ölçümler daha yüksek bulunmuştur. Bu ölçüm aracının, özellikle 500 ml ve üzeri kan kayıplarında iki kat daha doğru sonuç verdiği tespit edilmiştir. Bununla birlikte bu çalışmada hemoglobin değerleri arasında fark bulunmamıştır. Lertbunnaphong ve ark.(144)'nin çalışmasında, görsel tahmine göre ölçüm yapılmasının %65.4 oranında yanlış tanılamaya neden olduğu vurgulanmaktadır. Al-Kadri ve ark. (145)'nin çalışmasında sağlık profesyonellerinin doğum sonrası kan kaybı hacmini %30 oranında daha az tahmin ettiği vurgulanmaktadır. Çalışma sonuçları da objektif kanama takibinin önemini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır.



Şekil 2.2. BRASS-V Drape (146)

2.8.2. Ped ile Kanama Takibi

Doğum masasında kanama ölçümünü kolaylaştıran BRASS-V Drape, yataklı kliniklerde yerini ped ile kanama takibine bırakmaktadır. Literatürde ped ile kanama takibinde standart ped boyutlarından ve yapılabilecek kanama tahmininden bahsedilmektedir (18). Bununla birlikte sabit pedlerin kullanımına ilişkin Bose ve ark. (51)'nin yaptığı çalışmada, kanama takibinin hesaplanmasında kullanılan 10x10 cmlik pedlerin maksimum 60 ml'ye kadar kanı emebildiği belirtilmiştir. Bu ebatlardaki pedler kanama takibinin hesaplanmasında hatalara yol açabilmekte, bu nedenle kanama takibinde pedlerin kullanım öncesi ve sonrasında hassas tartı ile tartılması gerektiği vurgulanmaktadır. Hoj ve ark. (52)'nin çalışmasında kanama takibi, ölçülen her bir (1) gram için bir (1) ml ağırlık temel alınmıştır. Bu aşamada da pedler kullanım öncesi ve sonrası tartılarak “gram” olarak belirtilen ölçüm birimi “ml”ye çevrilerek hesaplama yapılmaktadır (54). Böylece 24 saat sonunda toplam kanama miktarı hesaplanabilmektedir.

2.9. Doğum Sonu Kanamanın Yönetimine Hemşirelik/Ebelik Hizmetleri Açısından Bakış

DSK ile ilişkili doğum sonu görülen riskli durumların çoğunluğu gebelik ve doğum öncesinden gelen riskli durumları da barındırmaktadır (18). Bu nedenle DSK'lar açısından hemşirelik/ebelik hizmetleri gebelik sürecinde başlatılmalıdır. Gebelik, doğum eyleminden gelen risklerle birlikte anneler doğum sonu dönemde; biyopsikososyal birçok değişim yaşamaktadır. Doğum sonu değişimler pozitif yönde görülebildiği gibi bazı durumlarda da sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. DSK'lar bu sorunların başında gelmektedir (1,54). Birincil/erken DSK'lar genellikle hastane ortamında gelişmektedir. İlk 24 saati takiben anneler ve bebekler için taburculuk işlemleri başlatılmaktadır. Taburculuğun bu süre içinde gerçekleşmesi ise erken taburculuk olarak adlandırılmakta olup (147,148), anneler ikincil/geç DSK'ları ev ortamında yaşayabilmektedir. Bu kapsamda ister hastane ortamında, isterse ev şartlarında olsun kadın doğum hemşireliği ve ebelik hizmetlerinde amaç; i) Antenatal dönemde eğitim ve danışmanlık hizmetlerini sağlamak, ii) Gebelikte izlem ve bakımda risk tespiti yapmak ve riskli durumlarda gerekli tedavi ve bakım sürecini sağlamak, iii) Doğum eyleminde gerekli tedavi ve

bakımı sağlayarak doğum eyleminden kaynaklanan DSK riskleri açısından gebeyi değerlendirmek, iv) DSK'ları önlemek ve DSK geliştiğinde erken dönemde müdahale edilmesini sağlamak, v) Annenin ve bebeğin bakımını en üst düzeyde sağlamak ve vi) Annenin bu komplikasyona yönelik farkındalığını sağlamak olmalıdır (1,54,149). Perinatal alanda çalışan hemşireler, komplikasyon içermeyen bir vajinal veya sezaryen doğumda bile, doğumdan sonra kanama oluşabileceğinin farkında olmalıdır (1,68). Gebelik ve doğumda, kadınlar herhangi bir sağlık problemi yaşamasa bile birçok riski barındırabilmektedir. Özellikle doğum sonu dönemde ilk saatler; kanamanın yönetimi, değerlendirilmesi ve önlenmesi için kritik saatlerdir. Diğer sağlık profesyonelleri gibi hemşire/ebeler de, bu durumu acil bir şekilde tanıyıp uygun müdahalelerde bulunmalıdır (54). DSK'lara yönelik hemşirelik/ebelik uygulamaları kanamayla ilişkili faktörlere yönelik aşağıdaki belirtildiği şekilde ele alınmıştır. Bunlar;

- Antenatal dönem değerlendirme protokolü
- DSK'larda standart değerlendirme protokolü
- Birincil/erken DSK hemşirelik/ebelik protokolleri
 - Uterin atoni kanamalarının değerlendirilmesi protokolü
 - Perineal travma kanamalarının değerlendirilmesi protokolü
 - Plasenta retansiyonu kanamalarının değerlendirilmesi protokolü
- İkincil/geç DSK hemşirelik/ebelik protokolü

2.9.1. Antenatal Dönem Değerlendirme Protokolü

Antenatal dönemde, prekonsepsiyonel dönemden gelen, gebelikten kaynaklanan DSK'ya neden olan riskli durumlar değerlendirilmeli, eğitim ve danışmanlık hizmetleri planlanmalıdır (1,54,149). Bu dönemde, DSK'ya yönelik planlama ve uygulamalar gerçekleştirilmelidir.

Dikkat edilecek hususlar

- Gebenin yeterli sayıda ve nitelikli DÖB alması sağlanmalıdır (1,8,18,21,54),
- DSK'lara yol açabilecek riskli durumlar değerlendirilmelidir (1,8,11,21,54),
- DSK'lar açısından farkındalığı sağlamak amacıyla antenatal eğitim planlanmalıdır (1,54),

- DSK'ya yönelik planlama ve girişimler gebelikte yapılmalıdır (Perine masajı gibi) (26,28,39,40),
- Gebelere telefon danışmanlığı sağlanmalıdır (53),
- Gebelikte yaşadığı riskli durumlarda uygun sağlık hizmetinden faydalanması sağlanmalıdır (1,18,21,54),
- Doğum eylemini planladığı kurumda ve uygun şartlar yapması konusunda gerekli rehberlik yapılmalıdır (1,21,54).

2.9.2. Doğum Sonu Kanamalarda Standart Değerlendirme Protokolü

Doğum sonu dönem, gebelik süresince kadın vücudunda oluşan değişikliklerin gebelik öncesi halini aldığı vajinal doğum sonrası 6 haftalık bir dönemdir (149). DSK'larda standart değerlendirme; uterus involüsyonu ve loşia takibini içermektedir. Uterus involüsyonu, vajinal doğumdan sonra uterusun 6 hafta içinde normal ölçülerine ve standart fonksiyonlarına dönme süreci olarak adlandırılmaktadır. Uterus gebelikte yaklaşık 1000 gr ağırlığa ulaşmakta olup, puerperium sonunda 60-70 gr olacak şekilde küçülmektedir (1). Doğumdan hemen sonra fundus, umblikus ile simfisis pubis arasındadır. 12 saat sonra umblikus seviyesinde yükselmektedir. Doğumdan sonra 8.-10. günlerden sonra palpe edilemez boyuta ulaşmaktadır (149). Uterusun değerlendirilmesi, doğum sonu dönem hakkında önemli bilgiler sağlamaktadır. Bu değerlendirme özellikle DSK riskinin sıklıkla karşılaşıldığı ilk 4 saat içinde oldukça önemlidir (150).

Dikkat edilecek hususlar

- Doğumdan sonra plasenta kontrol edilmeli, eksik kotiledon ve membran/lar değerlendirilmelidir (1,54,149,150).
- Fundusun yüksekliği, uterusun tonüsü, uterusun lokalizasyonu, vajinal kanama miktarı ve içeriği değerlendirilmelidir (1,54,149,150).
- Vulva ve perineal muayenede laserasyon ve hematoma varlığı değerlendirilmelidir (1,68,151).
- Epizyotomi alanına yönelik enfeksiyon (kızarıklık, şişlik, hassasiyet, dikişlerin açılması) ve kanama belirtilerinin farkında olunmalıdır (1,54).
- Koagülasyon bozukluklarının mevcut olup olmadığı sorgulanmalıdır (51).

Uygulama basamakları

1. Uterus değerlendirilirken anne sırt üstü pozisyonda yatmalı ve dizlerini fleksiyon haline getirilmelidir (1).
2. Mesane distansiyonu var ise anne eliminasyonu sağlaması açısından desteklenmelidir (1,54,151).
3. Bir elle abdomen üzerinden fundus bulunarak, bir elle de simfizis pubis üzerinden desteklenerek; fundusun lokalizasyonu ve umblikusa göre seviyesi belirlenmelidir (1,54,149,150).
4. İnvolyasyon kontrolü sırasında aynı zamanda vajinal kanama miktarı ve özellikleri değerlendirilmelidir. Kanama miktarını belirlemek için önerilen talimata göre değerlendirilme yapılmalıdır (Bkz EK-17).
5. Epizyotomi bölgesi ödem, kanama ve hematoma açısından değerlendirilmelidir (1,54).
6. Uterus tonüs kontrolü uterin masajına önerilen talimata göre yapılmalıdır (Bkz EK-20).
7. Loşia önerilen talimata göre değerlendirilmelidir (Bkz EK-22).
8. Anneye uterus masajı, loşia ve kanama takibine ilişkin dikkat edilmesi gereken noktalar öğretilmeli ve eğitim planında yer almalıdır (1).
9. Uygulanan tüm girişimler kaydedilmelidir (1,54,152).

2.9.3. Birincil/Erken Doğum Sonu Kanama Hemşirelik/Ebelik Protokolleri

DSK'ya neden olan durumlara yönelik dikkat edilmesi gereken noktalar ve uygulama basamakları kanamaya neden olan faktörlerin görülüş sıklığına göre aşağıdaki sıra ile verilmiştir. Ayrıca Şekil 2.3'te "Hemşireler/Ebeler için Doğum Sonu Kanamaya Müdahalede Algoritma" verilmiştir.

Uterin Atoni Kanamalarının Değerlendirilmesi Protokolü

Dikkat edilecek hususlar

- Doğum sonu ilk 24 saat için özellikle uterus atonisinin gelişebileceğinin farkında olunmalıdır (1,18).

- Uterus atonisine neden olabilecek durumlar değerlendirilmelidir (Tablo 2.1.). Bununla birlikte DSK'lar açısından her kadının risk altında olabileceği de bilinmelidir (1).
- DSK'larda belirgin bir kan kaybı yaşanana kadar yaşamsal bulgularda değişim yaşanmayacağını farkında olunmalıdır. Gebelikte hemodinamik durumu sağlıklı olan kadınların 1000 ml'ye kadar olan kan kayıplarını tolere edebileceği unutulmamalıdır (9,18,68).
- Fundus (yükseklik, tonüs, lokalizasyon), vajinal kanama ve perineal bölgenin kontrolü mutlaka yapılmalıdır (1,54).

Uygulama basamakları

1. Annenin genel durumu değerlendirilir ve sakin kalması sağlanır. Anne yalnız bırakılmaz ve sağlık ekibi ile iletişime geçilmelidir (1,54,68,75).
2. Gebelik ve doğum eylemine ilişkin atoniye neden olabilecek risk faktörleri açısından öykü alınmalıdır (18,76).
3. Yaşamsal bulgular sık aralıklarla (15 dakika bir) takip edilmelidir (1,38).
4. Şok belirtileri yönünden izlenmelidir (1,18,38,54,68).
5. Havayolu açıklığı sağlanmalı, solunum ve dolaşım kontrol edilmelidir. Gerekirse O₂ verilmelidir (1,54,75).
6. Kan grubu, hemogram, kanama/pıhtılaşma faktörleri için gerektiğinde numune örnekleri alınmalıdır (1,54,75).
7. Gerekli durumlar için kan ve kan ürünlerinin hazır bulundurulması sağlanmalıdır (1,18).
8. Damar yolu açılmalıdır. Gerekirse ikinci bir damar yolunun açıklığı da sağlanmalıdır (1,18,54).
9. Aldığı/çıkarıldığı sıvı miktarının saatlik ölçümü yapılmalıdır (1,54,75).
10. Kanama miktarı ölçülmelidir (Bkz EK-17). 500ml geçen kan kaybı "ALARM ÇİZGİSİ" ve 1000ml'yi geçen kan kaybı "HAREKET ÇİZGİSİ" olarak kabul edilir. Kanama miktarına göre sınıflama Tablo 2.2.'de verilmiştir.
11. Uterin masaj talimatına göre masaj yapılmalıdır (Bkz EK-20).
12. Mesane dolu ise boşaltılmalıdır. Gerekirse üriner kateterizasyon yapılmalıdır (1,54,75).

13. Uterin masaj yeterli değilse, ek uterotonik ajanlara ihtiyaç varsa ek uterotonikler hekim istemine göre yapılmalıdır (Ek uterotoniklere ve hemşirelik girişimlerine yönelik Tablo 2.4’te bilgi verilmiştir).
14. Fundus masajına rağmen uterus kontrakte olmuyorsa ve kanama devam ediyorsa diğer uygulamalara (bimanuel uterus kompresyonu, uterin balon ile tamponat, arter embolizasyonu, histerektomi gibi) ekiple işbirliği içinde devam edilmelidir (Bu uygulamalar “2.9.5. Doğum Sonu Kanamaların Yönetiminde Diğer Koruyucu Tedaviler ve Cerrahi Yöntemler” başlığı altında verilmiştir).
15. Uygulanan tüm girişimler kaydedilmelidir (1,54,152).

Perineal Travma Kanamalarının Değerlendirilmesi Protokolü

Dikkat edilecek hususlar

- Uterin masaja ve uterotonik ajanlara rağmen DSK devam ediyorsa perineal travmalar yönünden dikkat edilmelidir (1,18,54,75,151,152).
- Perineal laserasyonlara neden olabilecek riskli durumların varlığı değerlendirilmelidir (Tablo 2.1).
- Servikal, vajinal ve perineal laserasyonlar açısından gözlem yapılmalıdır. Sütür gerektiren laserasyonların onarımı kontrol edilmelidir. Kanama alanları mevcutsa tekrar muayene ve müdahale için ekip bilgilendirilmelidir (18).
- Perineal travmalar sonrasında hematom, şişlik ve ağrı açısından anne değerlendirilmelidir (1,54,151,152).

Uygulama basamakları

1. Uterin atoni uygulama basamaklarından ilk 11 madde uygulanmalıdır.
2. Uterin atoniye yönelik yapılan girişimler yeterli olmuyorsa anne tekrar değerlendirilmelidir (75,151,152).
3. Kanamaya neden olan faktöre göre kanamaya ilişkin bazı noktalara dikkat edilmelidir. DSK’ya müdahaleler de bu duruma göre yapılmalıdır (54,68).
 - **Laserasyon kanamaları** açık renkli, sürekli, sızıntı şeklindedir.
 - **Hematomlar** vajinada morluk, şişlik ve ağrıya neden olabilir.
 - **Atoni kanamalarında** uterus yumuşak olduğu gibi koyu renkli, bol miktarda ve pıhtılı bir kanama gelişir.
4. Ağrı sıklığı, süresi, şiddeti, lokalizasyonu değerlendirilmelidir (1,54).

5. Servikal, vajinal ve perineal laserasyonlar gelişmiş ise cerrahi müdahale gerekiyorsa anne müdahale için acil hazırlanmalıdır (18,75,151).
6. Uygulanan tüm girişimler kaydedilmelidir (1,54,152).

Plasenta Retansiyonu Kanamalarının Değerlendirilmesi Protokolü

Dikkat edilecek hususlar

- Üçüncü evrenin süresi değerlendirilmelidir. Üçüncü evrenin uzaması DSK'larla ilişkili önemli bir belirteçtir (18).
- Uterin masaja, laserasyonlar (servikal, vajinal ve perineal) olmamasına ve/veya onarılmasına rağmen kanama devam ediyorsa plasenta retansiyonundan şüphelenilmelidir (151).
- Plasentanın doğumu, kotiledonlar ve zarlar dikkatle incelenmelidir (1,18,54,75).
- Plasenta retansiyonunda elle halas yapılarak (küretaj perforasyon riskini artırdığından sıklıkla elle halas yapılır) uterin kavite temizleneceği için anne bu girişimlere hazırlanmalıdır (1,54).
- Elle halas işleminden sonra kanama ve enfeksiyon gelişebileceği unutulmamalı ve bu bulgular açısından yakından takip edilmelidir (1).
- Elle halas girişimi başarılı olmaz ise cerrahi müdahaleler (histerektomi, hipogastrik arterin bağlanması vb.) açısından hazırlık yapılmalıdır (18,75,151).

Uygulama basamakları

1. Uterin atoni uygulama basamaklarından ilk 11 madde uygulanmalıdır.
2. Plasenta zarları ve kotiledon kontrol edilmelidir. Plasentanın ayrılmadığı durumlarda kontrollü kord traksiyonu, elle halas işlemi uygulanmalıdır (18,76).
3. Plasenta çıkarıldığında uterin masaj yapılmalı, kanama takip edilmeli ve istenilen uterotonik ajan/lar uygulanmalıdır (18,68,75,76).
4. Plasenta elle halasla çıkarılmadığında cerrahi müdahale için hazırlık yapılmalıdır (1,18,152).
5. Enfeksiyon riskine karşı antibiyotik başlanır (1,18,152).
6. Uygulanan tüm girişimler kaydedilmelidir (1,152).

Tüm müdahalelere rağmen kanama durmuyorsa cerrahi müdahale uygulanması gerekebilir. Anne gerekiyorsa sevk zincirine göre bir üst basamağa sevk edilmelidir. Bir üst basamağa sevkinde yine kanamayı azaltmaya yönelik gerekli müdahaleler de yapılmalıdır (Tamponat, damar yolunun açıklığının sağlanması, uterotonik ajanlar vb.).

2.9.4. İkincil/Geç Doğum Sonu Kanama Hemşirelik/Ebelik Protokolü

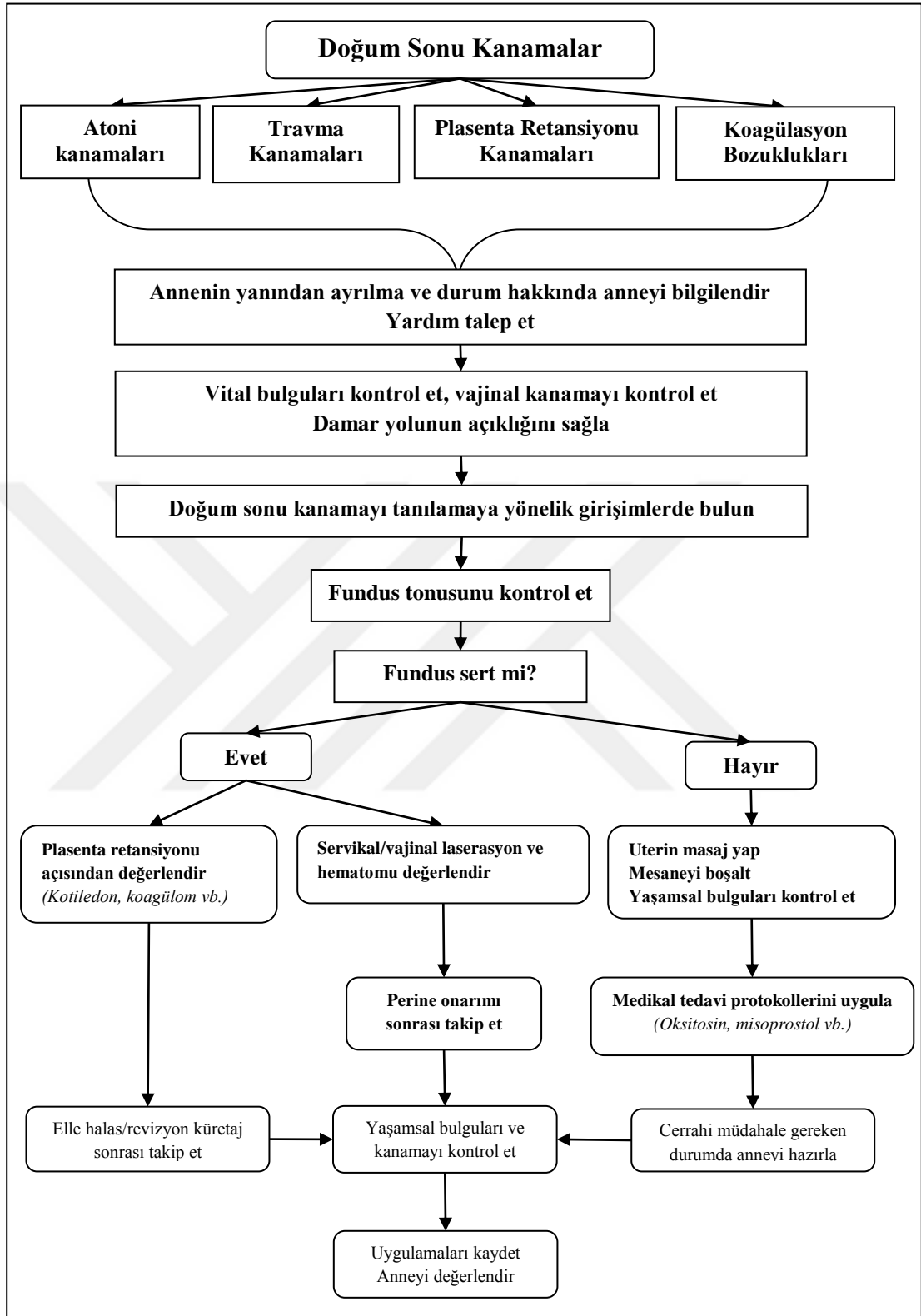
Doğum sonu dönemde ilk 24 saatten sonra gelişen kanamalar ikincil/sekonder DSK olarak isimlendirilmektedir (18,68,75). Genellikle uterus subinvolüsyonu sonucunda gelişmektedir. Subinvolüsyon geliştiğinde uterus beklenenden büyüktür. Uterus involüsyonunda, fundus doğum sonunda 8-10 günlerden sonra abdominal bölgeden hissedilememekte ve fundus simfizis pubisin arkasında kaybolmaktadır (1). Uterus subinvolüsyonu, genellikle enfeksiyon ve plasenta retansiyonu ile ilişkilendirilmektedir (1,75).

Dikkat edilecek hususlar

- Fundus yüksekliği beklenenden yüksektir. Doğum sonu dönemle uyumlu değildir. Bu nedenle ikincil/sekonder DSK'lar için fundus yüksekliği mutlaka değerlendirilmelidir (1,75).
- Loşia hem enfeksiyon belirtileri yönünden hem de doğum sonu döneme göre beklenen renk değişimi açısından gözlenmelidir (1,54,68).

Uygulama basamakları

1. Uterin atoni uygulama basamaklarından ilk 11 maddeyi uygulanmalıdır.
2. Plasenta retansiyonu durumunda uterin kavite boşaltılması ve müdahale için hazırlık yapılmalıdır (151).
3. Hekim istemine göre uterotonik ajanlar ve antibiyotik tedavisi başlanmalıdır (1,18,68,152).
4. Tüm müdahalelere rağmen kanama devam ediyorsa, cerrahi müdahale için hazırlık yapılmalıdır (1,18).
5. Uygulanan tüm girişimler kaydedilmelidir (1,54,152).



Şekil 2.3. Hemşireler/Ebeler için Doğum Sonu Kanamaya Müdahalede Algoritma (151,152)

Tablo 2.4. Doğum Sonu Kanamada Kullanılan İlaçlar ve Hemşirelik Girişimleri
(18,68)

İlaç	Etkisi	Hemşirelik girişimleri
Oksitosin	Uterus kontraksiyonlarını sağlayarak plasental alandaki kanamayı kontrol etmek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kanama miktarını ve kontraksiyonları değerlendirmek için her 15 dk'da bir vital bulguların ve fundusun kontrolünü yapın. 2. İlaçları amacı ve neden yapıldığı hakkında kadına ve ailesini bilgilendirin. 3. Hiperstimülasyonu önlemek için uterin tonüsünü değerlendirin. 4. Kadına gerekli güveni verin ve lüzum halinde analjezik uygulamaları yapın. 5. Ağrı yönetiminde nonfarmakolojik yöntemleri sağlayın. 6. IV infüzyona başlayın. Herhangi bir yan etkisi ya da hiperstimülasyon belirtisinde IV infüzyonu derhal kesin.
Ergometrin	Uterus stimülasyonu, DSK'yı ya da abortus sonrası kanamayı önlemek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksitosin için belirtilen 1. ve 2. maddeyi uygulayın. 2. Hipertansiyon, baygınlık hissi, uterus krampları, bulantı, kusma, çarpıntı gibi muhtemel yan etkileri değerlendirin. 3. Bulantı, kusma, halsizlik, kas ağrısı veya başağrısı gibi muhtemel yan etkileri değerlendirin.
Prostoglandinler	Uterus stimülasyonu ya da kontrol edilemeyen uterus atonisine bağlı DSK'yı önlemek	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksitosin için belirtilen 1. ve 2. maddeyi uygulayın. 2. Ateş, titreme, başağrısı, bulantı, kusma, diyare, ciltte kızarıklık ve bronkospazm gibi muhtemel yan etkileri değerlendirin.
Karbetosin	Oksitosin ve ergometrine cevap vermeyen doğum sonu atonide ikinci seçenektir. Uzun etkilidir.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oksitosin için belirtilen 1. ve 2. maddeyi uygulayın. 2. Bulantı, kusma, ishal, ateş, bronkospazm gibi muhtemel yan etkileri için değerlendirin.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma; perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinden doğum öncesi dönemde (antenatal eğitim verilmesi, perineal masaj uygulanması, telefon danışmanlığı), doğum eyleminde (doğum jeli uygulanması, ıkınma tekniği) ve doğum sonu dönemde (uterin masaj, erken emzirmeye başlama ve devam etme, kanama takibi, evde bakım ve/veya telefon danışmanlığı) gerçekleştirilen müdahalelerin DSK'ların yönetiminde etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla randomize kontrollü çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, TCSB Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara İli İkinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe poliklinikleri, doğum salonu ve doğum sonu kliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın yapılacağı yer olarak bu hastanenin seçilmesinin nedeni; Ankara ili sınırları içerisinde yıllık gebe takibinin ve doğum sayısının en fazla olduğu kadın-doğum hastanelerinden biri olmasıdır.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerine yıllık ortalama 168 bin gebe başvuru yapmakta; doğum salonunda ise yıllık 11000 gebe vajinal doğum yapmaktadır. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadın sağlığı ve doğum uygulamalarının yapıldığı kliniklerde toplam yatak kapasitesi 350'dir. Hastanenin kadın sağlığı ve doğum alanında eğitim ve hizmet faaliyetleri perinatoloji, yardımcı üreme teknikleri, jinekoloji ve jinekolojik onkoloji olarak 4 ana branşta yürütülmektedir. Perinatoloji bölümü ise yüksek riskli gebelikler, antenatal izlem poliklinikleri, NST birimi ve doğum sonu polikliniklerini içermektedir.

Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniklerinde toplam 13 poliklinik hizmet vermekte olup bu polikliniklerden ikisinde yüksek riskli gebe takibi yapılmaktadır. Gebe polikliniğinde doğum sonu takibin yapıldığı ve hastanede doğum yapan annelerin başvurduğu bir lohusa polikliniği bulunmaktadır. Lohusa polikliniğinde aynı zamanda adolesan gebe takibi

de yapılmaktadır. Gebe polikliniklerinde toplam 13 hemşire çalışmaktadır. Her bir gebe polikliniğinde bir hekim ve bir hemşire hizmet vermektedir. Polikliniklerde hemşirelerin görevleri; gebelerin polikliniğe kabul edilmesi, yaşamsal bulguların kontrol edilmesi, hekim tarafından istemi yapılmış laboratuvar tetkikleri için uygun kan örneğinin alınması, muayene ve ultrasonografiye eşlik etmesi olarak sıralanmaktadır. Polikliniklere başvuran gebeler, anne sütü eğitimi için eğitim odasında hizmet veren laktasyon hemşiresine yönlendirilmektedir. Laktasyon hemşiresi anne/anne adaylarına ve yakınlarına; anne sütünün önemi (anne ve bebek açısından), emzirme teknikleri, anne sütünü sağma teknikleri, anne sütünü saklama koşulları, emzirmede dikkat edilecek hususlar, relaktasyon ve emzirme ile ilgili sorunlarına yönelik eğitim ve danışmanlık yapmaktadır. NST biriminde ise iki hemşire görev yapmaktadır.

Gebelik sürecini tamamlayan ve doğum eylemine giren gebelerin yatışı doğum salonuna yapılmaktadır. Gebelerin doğum salonuna kabulü öncelikle hasta kabul odasında başlamaktadır. Doğum salonunda, 3 sezaryen ameliyathanesi, 6 tane üç kişilik refakatsiz doğum odası, 3 refakatli suda doğum ünitesi olmak üzere travay olarak toplam 21 yatak kapasitesine sahiptir. Gebeler doğumlarını tek kişilik odalarda yapmakta, bebek bakımı ise yine bu odalarda gerçekleşmektedir. Doğumların gerçekleştiği dört oda bulunmaktadır.

Doğum salonunda 1 servis sorumlu ebesi, 28 ebe, 5 hemşire, 7 uzman hekim, 9 asistan hekim görev yapmaktadır. Doğum salonunda görev yapan ebe ve hemşireler, 08.00-16.00 ve 16.00-08.00 olmak üzere iki shift halinde çalışmaktadır. Gündüz çalışma saatlerinde toplam 12 ebe hizmet vermekte olup, haftasonu ve 16.00-08.00 saatlerinde ise 6 ebe/hemşire çalışmaktadır. Gündüz çalışma saatleri dışında her grubun çalışma düzeni grubun sorumlu ebesi tarafından sağlanmaktadır.

Hastanede doğumlar hekimler tarafından yaptırılmaktadır. Doğum salonunda çalışan ebeler, gebenin kliniğe kabulünü, hekim tarafından istemlenmiş laboratuvar tetkikleri için uygun örnek alınmasını, travay süresince gebenin izlem ve bakımını (Yaşamsal bulguların ve fetal kalp atımının takibi, ilaçların uygulanması gibi) yapmaktadır. Gebe kadınının travay takibi sonrası ebeler; doğum için kullanılacak malzemenin teminini, hazırlanmasını, doğumda annenin desteklenmesini, doğum

sonu bebek bakımını, emzirmenin başlatılmasını ve annenin erken doğum sonu dönem bakımını sağlamaktadır. Doğum sonunda anneler yaklaşık 1 saat doğum salonunda takip edilmektedir.

Doğum salonunda doğumun üçüncü evresinde rutin uygulamada doğumun gerçekleşmesi ile birlikte IM olarak 10Ü oksitosin uterotonik ajan olarak kullanılmaktadır. Plasentanın ilk 30 dakika içerisinde ayrılması beklenmektedir. Rutin olmamakla birlikte kontrollü kord traksiyonu da uygulanmaktadır. Perine koruyucu herhangi bir uygulama yapılmamaktadır. Placenta 30 dakika içinde ayrılmaz ise elle halas yapılarak placenta çıkarılmaktadır. Doğum kabininde gerekli durumlarda BRASS V-drape ile kanama takibi yapılmaktadır. Doğum sonu dönemde emzirmeye epizyotomi onarımı bittikten sonra başlanmaktadır. Epizyotomi onarımı ve perineal bölgenin kontrolünün tamamlanması yaklaşık olarak 30-90 dakika arasında gerçekleşmektedir.

Doğum sonu kliniğine annenin transferi ise bir ebe eşliğinde gerçekleşmektedir. Doğum salonunda takip ve tedavi süreci biten anne doğum sonu kliniğine kabul edilmektedir. Vajinal doğumların takip edildiği doğum sonu kliniği toplam 55 yatak kapasitesine sahiptir. Bu klinikte sorumlu hemşire ile birlikte toplam 8 ebe/hemşire çalışmaktadır. Ebe/hemşirelerin çalışma saatleri doğum salonu ile aynı olup 16.00-08.00 çalışma saatlerinde 3-4 ebe/hemşire ile haftasonu çalışma saatlerinde ise 2 ebe/hemşire bulunmaktadır.

Kliniğe kabul edilen anne ve bebek uygun olan hasta odasına alınmakta ve kliniğe kabul süreci başlamaktadır. Öncelikle kimlik tanımlama (anne ve bebeğin bileklik kontrolü), yaşamsal bulguların kontrolü, kanama takibi, yenidoğanın immünizasyonu sağlanmakta ve bu uygulamalar bittikten sonra emzirme başlanmaktadır. Kanama takibi ve uterus involüsyonu takibi 4 saatte bir yapılmaktadır. Annenin doğum sonu kontrol hemogramı ise 2 saat sonra değerlendirilmektedir. Yirmidört saat takibi yapılan anne ve bebeğin eğer bir sağlık sorunu bulunmuyorsa taburculuğu yapılmakta ve taburculuk sırasında lohusa polikliniğine 10 gün sonra başvurması gerektiği belirtilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde vajinal doğum yapan kadınlar oluşturmaktadır. Bu kapsamda araştırmanın evrenini 2014 yılında vajinal doğum yapan 10977 kadın oluşturmuştur.

3.3.2. Örneklem Seçimi

Araştırmanın örneklem büyüklüğü Gül'ün çalışmasındaki (19) DSK yüzdesi (%30) alınarak dizayn edilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamasında G*Power 3.1.9.2 kullanılmıştır. Örneklem hesaplamasında 100 kadın ($n_{\text{müdahale}}=50$; $n_{\text{kontrol}}=50$) ile çalışılması planlanmış olup araştırmanın gücü %82 olarak bulunmuştur. Araştırmada, 50 müdahale ve 50 kontrol grubu vajinal doğum yapan kadına ulaşılması hedeflenmiştir. Bununla birlikte, araştırmanın etik kurulda planlanan sürenin tamamlanması ve araştırmamızda vaka kayıpları yaşanması nedeniyle vajinal doğum yapan 70 kadına ulaşılmıştır. Araştırmamızda ulaşılan vaka sayısı üzerinden ($n_{\text{müdahale}}=33$; $n_{\text{kontrol}}=37$), araştırmamızın güç analizi yeniden hesaplanmıştır. Müdahale grubu ve kontrol grubuna ait 24 saatlik kanama miktarı ortalamaları ve standart sapmaları kullanılarak etki büyüklüğü 0.738 olarak elde edilmiştir. G*Power 3.1.9.2 programında geriye dönük güç hesabında bu etki büyüklüğü, tip 1 hata oranı (0.05) ve gruptaki denek sayısı kullanıldığında güç %85.99 olarak hesaplanmıştır (Bkz. EK 1). Bu sonucun çalışma analizleri için yeterli olduğu belirlenmiştir.

Araştırmanın randomizasyonu için ofis programı excelde “Rastgele sayı üretme fonksiyonu” öncelikle iki grup ayrılmıştır. Bu iki grup arasında yaş, parite (multipar, primipar) ve Optimalite İndeksi'nin “Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ)” puan yüzdesinin farklılığı incelenmiştir. Bu iki grubun ilgili faktörler açısından benzer olduğu saptanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarına randomize dağıtımı bir biyoistatistik uzmanı tarafından analiz edilmiştir. İki gruptan hangisinin müdahale grubu olacağına yazı/tura atılarak karar verilmiştir. Grup atamaları biyoistatistik uzmanı tarafından gerçekleştirildiği için grup atamalarında körleme yapılmıştır (Bkz. EK 2). Bununla birlikte; araştırmaya katılan bireyler hangi gruplarda yer aldığını

bilmesinden dolayı çalışma gruplarında körleme yapılamamıştır Çalışma gruplarımızın homojenize edildiğine yönelik, bulgular bölümünde Tablo 4.1. (Yaş ortalamaları), Tablo 4.2. (Parite grupları) ve Tablo 4.16.'da (PÖİ ortancaları) istatistiksel analiz sonuçları da yer almaktadır.

Örneklem Seçim Kriterleri

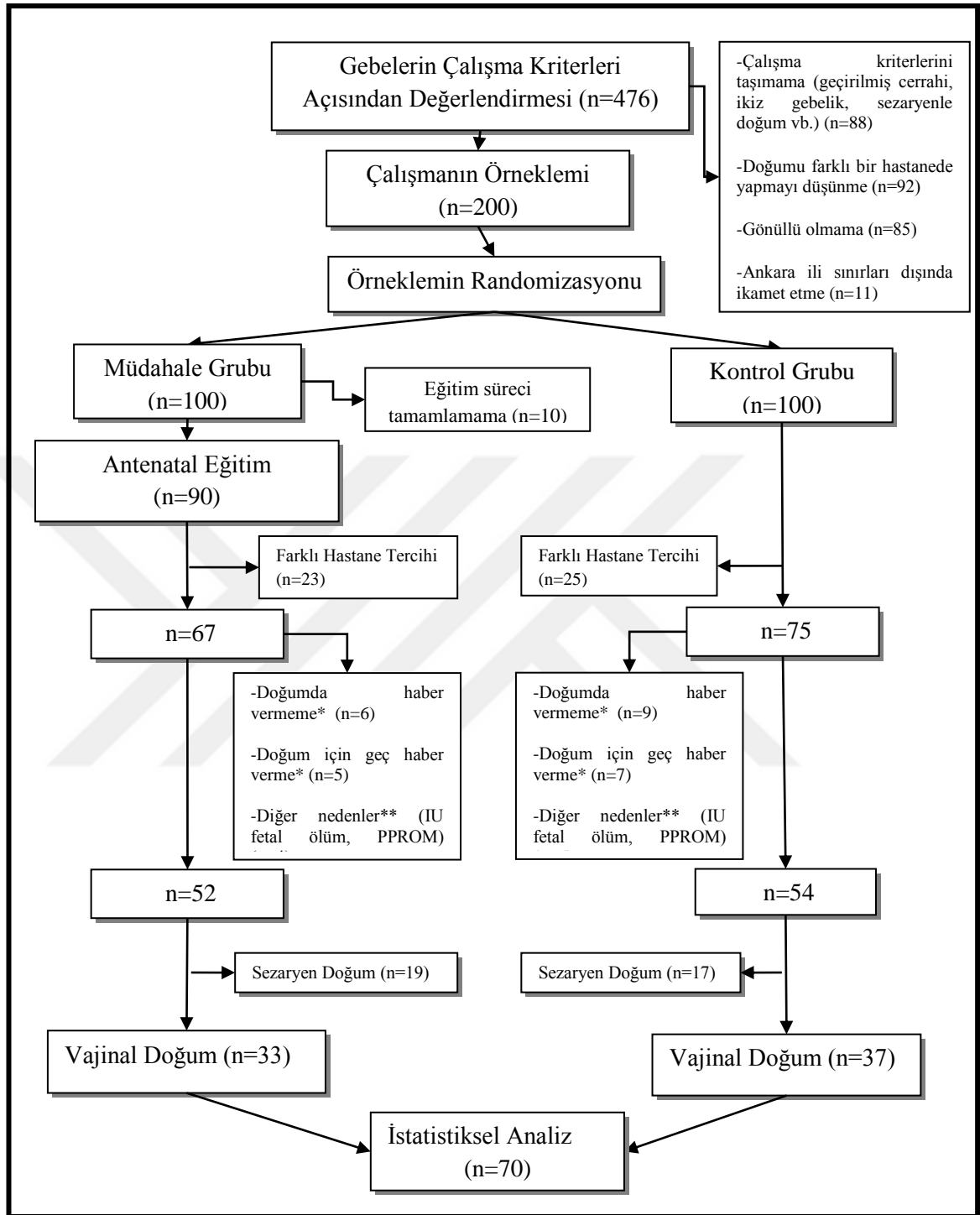
- 22-34 gebelik haftası arasında olmak,
- Gebelik öncesi dönemde herhangi bir kronik ve hematolojik bir hastalığı olmamak,
- Sezaryen endikasyonu olabilecek geçirilmiş uterin cerrahisi (Myomektomi, septum rezeksiyonu, sezaryen gibi) olmayanlar,
- Tekiz gebeliği olmak,
- En az ilkokul ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmak,
- Antikoagülan tedavi kullanmasını gerektiren herhangi bir hastalığı olmamak,
- Kolay iletişim kurulabilir olmak,
- Ankara büyükşehir belediye sınırları içinde ikamet etmek.

Örneklem Dışlama Kriterleri

- Gebelik takibinde sezaryen ile doğum kararının verilmesi ve/veya doğum eylemi sırasında sezaryen ile doğuma karar verilmiş olması (Sezaryen doğumda kanama takibi ölçüm aracı BRASS-V Drape ile yapılamayacağı için örneklem seçim kriterlerinden sezaryen operasyonu geçiren kadınlar çıkarılmıştır),
- Antenatal eğitimin tamamlanmaması,
- Doğumu farklı bir hastanede yapma,
- Doğum sırasında haber vermeme,
- Doğum sırasında geç haber verme (Steril doğum jelinin uygulanamaması ve kanama takibinin standart olarak yapılamaması nedeniyle örneklem seçim kriterlerinden çıkarılmıştır),
- Gebeliğin çeşitli nedenlerle erken dönemde sonlandığı durumlar [İntrauterin fetal ölüm, PPRM (Preterm premature rupture of membran] ve
- Çoğul gebeliğe sahip olma gibi nedenler dışlama kriterleridir.

Araştırma kapsamında, ilk yapılan güç analizine göre araştırma grubunda hedeflenmiş olan gebe sayısına ulaşmak için, öncelikle 476 gebe ile görüşülerek

çalışma kriterleri açısından değerlendirme yapılmıştır. Bu gebelerden 88'i araştırma kriterlerini taşımaması nedeniyle (geçirilmiş abdominal cerrahi, ikiz gebelik, sezaryenle doğum yapma veya şimdiki gebeliğinde sezaryen düşünülmesi), 92'si farklı bir hastanede doğum yapmayı planlaması nedeniyle, 85'i gönüllü olmaması nedeniyle, 11 gebe ise Ankara il sınırları dışında ikamet etmesi nedeniyle çalışma dışı bırakılmış olup araştırma örneklemine dahil edilmemiştir. Araştırma kapsamında süreçleri takip edilen gebelerden müdahale grubunda yer alanların; i) 10'u eğitim sürecini tamamlayamaması nedeniyle, ii) 23'ü doğumu farklı hastanede yapması nedeniyle, iii) 6'sı doğum sırasında haber vermemesi nedeniyle, iv) 5'i doğum sırasında geç haber vermesi nedeniyle, v) 4'ü intrauterin fetal ölüm ve/veya PPRM (Preterm premature rupture of membran) gibi gebelikte yaşanan durumlar nedeniyle ve vi) 19'u ise sezaryen olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Araştırma kapsamında süreçleri takip edilen gebelerden kontrol grubunda yer alanların; i) 125'i doğumu farklı hastanede yapması nedeniyle, ii) 11'i doğum sırasında haber vermemesi nedeniyle, iii) 10'u doğum sırasında geç haber vermesi nedeniyle iv) 5'i intra uterinfetal ölüm ve/veya PPRM gibi gebelikle yaşanan durumlar nedeniyle ve vi) 17'si ise sezaryen olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın kriterlerine uygun olarak; 33 müdahale grubu, 37 kontrol grubu gebenin süreci tamamlanmış olup randomize ikili grup çalışmalarına yönelik "Consort"un önerisine göre (154,155) oluşturulan akış şemasında gösterilmiştir (Şekil 3.1.).



Şekil 3.1. Araştırmanın Akış Şeması (153)

*Doğum için haber verilmediğinde ve/veya geç haber verildiğinde doğum eylemi sırasında gerekli uygulamalar (doğum jeli uygulanması, perine masajı yapılması, kanama takibi yapılamaması vb. nedenlerle) yapılamadığından çalışma dışı kalan sayıdır.

**IU fetal ölüm: İntrauterin fetal ölüm, PPRM: Preterm premature rupture of membran.

3.4. Veri Toplanması ve Araçlar

Araştırma verileri; Doğum Öncesi Dönem Veri Toplama Formu (VTF) (Bkz. EK 3), Doğum Öncesi Dönem Telefon Danışmanlığı Formu (Bkz. EK 4), Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) VTF (Bkz. EK 5), Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Dönem VTF (Bkz. EK 6), Evde Bakım Süreci VTF (Bkz. EK 7), Taburculuk Sonrası Kanama Takip Çizelgesi (Bkz. EK 8), LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (Bkz. EK 9), Optimalite İndeksi-TR (Bkz. EK 10) ve Görsel Ağrı Skalası (Bkz. EK 11) aracılığı ile toplanmıştır. Optimalite İndeksi, LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği ve Görsel Ağrı Skalası haricindeki VTF'ları araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak oluşturulmuş ve uzman görüşleriyle^{1,2,3,4} geliştirilmiştir.

3.4.1. Doğum Öncesi Dönem Veri Toplama Formu (Bkz. EK 3)

Doğum Öncesi Dönem VTF ilgili literatür (1,11,12,19,154) incelenerek geliştirilmiştir. Formda yer alan 16 soru ile sosyo-demografik ve bireysel özellikler (Yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence, aile tipi, meslek vb.) değerlendirilmektedir.

3.4.2. Doğum Öncesi Telefon Danışmanlığı Formu (Bkz. EK 4)

Doğum Öncesi Telefon Danışmanlığı Formu ilgili literatür (1,53) incelenerek geliştirilmiştir. Bu form ile gebelik sürecinde riskli durumların değerlendirilmesi ve perineal masajın takip edilmesi amaçlanmıştır.

3.4.3. Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) Veri Toplama Formu (Bkz. EK 5)

Doğum Eylemi Süreci VTF ilgili literatür (1,9,11,12,51,155) incelenerek geliştirilmiştir. Gebenin doğum salonuna yatışının yapıldığı süreden itibaren doğum

¹ Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

³ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

⁴ Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Doç. Dr. Ömer Lütfi TAPISIZ

sonlanana kadar geçen süre içerisinde doğum eylemi ile ilgili veriler bu form aracılığı ile elde edilmiştir.

3.4.4. Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Dönem Gözlem Formu (Bkz. EK 6)

Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem Gözlem Formu ilgili literatür taranarak (1,11,30) geliştirilmiş olup, DSK ile ilgili öğretilen bazı müdahalelerin beklenen şekilde uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilmiştir.

3.4.5. Evde Bakım Süreci Veri Toplama Formu (Bkz. EK 7)

Doğum sonu taburculuk sürecinden sonra ilgili literatür (1,9,11,12,54,151,154) kapsamında 7 sorudan oluşan "Taburculuk Sonrası VTF" geliştirilmiştir. Bu form kapsamında 3 kez değerlendirme (2.-10. gün; ikinci hafta; altıncı hafta) yapılmıştır. Görüşmeler ev ziyareti ve telefon danışmanlığı ile gerçekleştirilmiştir.

3.4.6. Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi (Bkz. EK 8)

Taburculuk sürecinden sonra ilgili literatür (1,54,149) kapsamında doğum sonu ilk 10 gün için geliştirilen çizelge ile annelerin evde kanama takibi yapmaları ve çizelgeyi doldurmaları istenmiştir.

3.4.7. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği (Bkz. EK 9)

LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği Jensen ve ark. (156) tarafından geliştirilmiş olup, Yenal ve Okumuş (157) tarafından Türkçe güvenilirliği yapılmıştır. Ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir ölçme araçtır. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeğinin Cronbach alfa değeri Türkçe uyarlama çalışmasının 0.95 olarak bulunmuştur (157). Bu ölçek 5 değerlendirme kriterini içermektedir. Ölçeğin ismi LATCH beş kriterin İngilizce'deki baş harflerinden oluşmaktadır;

- L (Latch on the breast): Memeyi tutma,
- A (Audible swallowing): Bebeğin yutma hareketinin görülmesi, duyulması,
- T (Type of the nipple): Meme ucunun tipi,
- C (Comfortbreast/nipple): Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı ve

- H (Hold/Help): Bebeği tutuş pozisyonudur.

Her madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilen en yüksek puan 10 olup, puanın yükselmesi emzirmenin başarılı olduğunu göstermektedir (156,157). Annenin emzirme sırasında izlenmesi ve değerlendirmesi araştırmamızda tekrarlı ölçümlerle (Doğumun dördüncü evresinde, ilk 24 saat tamamlandığında ve taburculuk sonrası süreçte) yapılmıştır.

3.4.8. Optimalite İndeksi-TR (Oİ-TR) (Bkz. EK 10)

Wieggers ve ark.(158)'ı Oİ ölçüm aracını geliştirmişlerdir. Wieggers ve ark.(158)'nin ölçüm aracını, Murphy ve Fullerton (159) ABD'ye uyarlamıştır. 2015 yılında Oİ-TR'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yücel ve ark. (160)'ı tarafından yapılmıştır. Oİ-TR'nin orjinal versiyonunda toplam 56 soru maddesi bulunmaktadır. Yücel ve ark. (160)'ı, 5 yeni soru maddesi eklemiş ve kapsam geçerlilik sonucunun incelenmesiyle bir soru maddesini çıkarmıştır. Ölçeğin kapsam geçerlilik indeksi 0.71, Kappa değeri (gözlemciler arası uyum) sonucu ise 0.96 olarak hesaplanmıştır. OI-TR'nin ayırt edici geçerliliğinin değerlendirilmesi amacıyla; sağlıklı ve yüksek riskli gebelerin Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) toplam puan yüzdeleri karşılaştırılmış olup, sağlıklı gebelerin puan yüzdelerinin (%88) riskli gebelere göre (%85) yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu yüzdelerle göre Oİ-TR perinatal sonuçların değerlendirilmesinde ülkemizde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilmiştir. Bu ölçeğin gebeler için hesaplanmış bir güvenilirlik değeri bulunmamaktadır. İndeks, PÖİ ve Oİ olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. PÖİ, perinatal öyküde mevcut olan riskleri belirlemek amacıyla 18 maddeden oluşan bir değerlendirme yapmaktadır. Oİ kısmı ise toplam 42 maddeden oluşmakla birlikte "doğum öncesi, doğum, yenidoğan ve doğum sonrası"ni kapsamaktadır. Formun kodlanmasında "0= Optimal değil", "1=Optimal", "7=Geçerli değil", "8=Kayıtlarda bulunamayacak veri", "9=Olması gerektiği halde kayıtlarda olmayan veri" ifadeleri kullanılmaktadır. PÖİ skoru ve Oİ skoru ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Optimal "1" olarak kodlanan maddelerin toplam sayısı pay, değerlendirilen (7 ve 8 skorları çıkarılması ile birlikte) toplam madde sayısı ile payda olarak değerlendirilmekte ve sonuç yüzde olarak ifade edilmektedir. Böylece

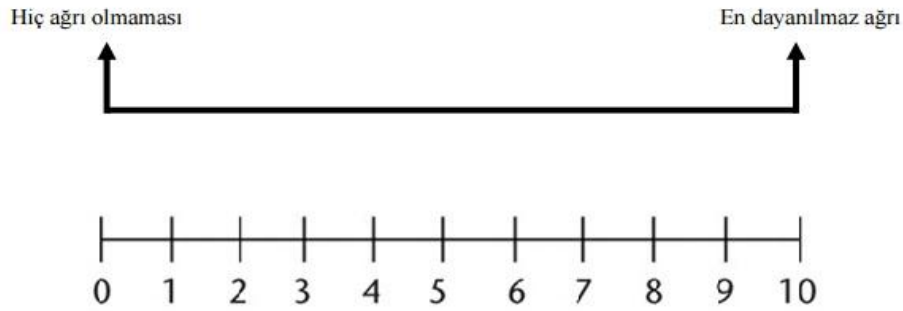
skorlama ile eksik verilerin yol açacağı problemler ortadan kaldırılmaktadır. Ölçeğin bir kesme noktası bulunmamaktadır.

Oİ-TR çalışmada iki aşamalı kullanılmıştır;

- PÖİ bölümü ile çalışmanın örneklem kapsamına dahil edilecek kadınların risk durumuna göre müdahale ve kontrol grubu gebelerin birebir eşleştirmesi yapılmıştır.
- PÖİ ile birlikte Oİ bölümü ile müdahale ve kontrol grubu arasında doğum eylemi sırasında ve sonrasında optimalite skorlarında fark olup olmadığı değerlendirilmiştir.

3.4.9. Görsel Ağrı Skalası/Visual Analog Skala (VAS) (Bkz. EK 11)

VAS akut ağrının değerlendirilmesine uygun bir ölçme aracıdır (161). VAS, sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerlerin, sayısal hale çevrilerek ölçülebilmesini sağlamaktadır. Bir ucunda ağrısızlık, diğer ucunda olabilecek en dayanılmaz ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde kişinin kendi ağrısını işaretlediği skaladır (0= hiç ağrı yok; 10= en dayanılmaz ağrı) (162). Kişiden bu çizgi üzerinde kendi durumunun neye yakın olduğunu bir çizgi çizerek, nokta koyarak veya işaret ederek belirlemesi istenmektedir (Şekil 3.2.). Ağrının hiç olmadığı yerden kişinin işaretlediği yere kadar olan mesafenin uzunluğu kişinin ağrısını belirlemektedir. Mesafe uzunluğu uzunluk ölçümüne (cm) çevrilerek ağrı sayısal olarak değerlendirilir (163). Ülkemiz için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (164). Görsel Ağrı Skalası araştırmada doğum eyleminde (latent, aktif ve geçiş fazında), doğum sonu dönemde (ilk 4 ve ilk 24 saat sonunda) olmak üzere 5 kez kullanılmıştır.



Şekil 3.2. Görsel Ağrı Skalası (161,162)

3.5. Antenatal Eğitim Kitapçığının Oluşturulması

Gebe Eğitim Kitapçığı (Bkz. EK 12) uzman görüşü^{5,6,7} alınarak incelenen literatür doğrultusunda (1,11,35,22,23,40,54,149,151,165-175) hazırlanmıştır. Eğitimin standardını sağlamak amacıyla eğitime katılan müdahale grubu gebelere verilmiştir. Kitapçığın içerik başlıkları; üreme sisteminin anatomisi ve gebeliğin oluşumu, doğum öncesi bakımın önemi, gebelikte beslenme, gebelik ve doğum sonu dönemde enfeksiyonlardan korunma, perine masajı, doğum eylemi, ıkınma tekniği, fundus masajı, DSK takibi, erken emzirmeye başlama, taburculuk ve evde bakım konularından oluşmaktadır. Gebe kitapçığının hazırlanması ve uzman görüşü sürecinin tamamlanması 1 Temmuz - 20 Ekim 2015 tarihleri arasında gerçekleşmiştir. Kitapçığın geliştirilmesinde uzman görüşünü takiben, eğitimin işlerliğinin değerlendirilmesi yapılmıştır. Beş (5) gebeye antenatal eğitim verilmiş olup eğitime yönelik gebelerin görüş ve isteklerine yönelik “perine masajı” eğitiminde düzenleme yapılmıştır. Eğitimde perine masajının anlaşılabilirliğini ve uygulanabilirliğini kolaylaştırmak için eğitim materyalleri arasına perine maketi (Bkz. EK 13) eklenmiştir. Sunuma ve videoya ek olarak perine masajının uygulamalı olarak öğretilmesine karar verilmiştir. Gebe eğitiminin değerlendirilmesi ve perine maketinin temini 1 Kasım 2015 - 20 Ocak 2016 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3.6. Antenatal Eğitim Planının Oluşturulması

Müdahale grubundaki gebelere belirlenen gün ve saatlerde (gebelerin katılım durumları da dikkate alınarak) antenatal eğitim 3 kez 2 saatlik oturumlar şeklinde toplam 6 saat olarak yapılmıştır (Bkz. EK 14). Eğitim planı gebelerin talepleri doğrultusunda hafta içi ve hafta sonu olarak planlanmıştır. Bu kapsamda her bir eğitim programı haftada 1 oturum olmak üzere 3 haftada tamamlanmıştır. Eğitim grubundaki gebelerin iletişim bilgileri (adres, telefon numarası) rızaları doğrultusunda edinilmiş, aynı zamanda araştırmacıya ulaşacağı telefon hattının bilgileri verilmiştir. Araştırmacı tarafından da doğum zamanına kadar gebelere

⁵ Atılım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Füsün TERZİOĞLU

⁶ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Gülten GÜVENÇ

⁷ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Funda ÖZDEMİR

telefon danışmanlığı yapılacağı belirtilmiştir. Gebelere doğum nedeniyle hastaneye yatış durumunda, telefonla araştırmacıya ulaşarak süreçle ilgili bilgi vermesi vurgulanmıştır.

3.7. Ön Uygulama

Hazırlanan VTF'larının (Bkz. EK 3, EK 4, EK 5, EK 6, EK 7, EK 8, EK 9, EK 10 ve EK 11), antenatal eğitimin (Bkz. EK 14) ve geliştirilen "Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahaleleri"ne yönelik protokollerin (Bkz. EK 15, EK 16, EK 17, EK 18, EK 19, EK 20, EK 21, EK 22 ve EK 23) anlaşılabilirliğini ve kullanılabilirliğini belirlemek amacıyla, 30 Ocak - 30 Nisan 2016 tarihleri arasında Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe poliklinikleri, doğum salonu ve doğum sonu kliniklerde kontrol grubu için 5 ve müdahale grubu için 5 olmak üzere toplam 10 gebe kadın ve/veya anne ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda, gerekli düzenlemeler yapıldıktan sonra VTF'larına (Bkz. EK 3, EK 4, EK 5, EK 6, EK 7 ve EK 8) son şekli verilmiştir. Ön uygulama sonrasında: EK 3'te gebeliğe ilişkin özellikler (gebelik haftası ve gebelik öyküsü); Ek 4'te gebeleri arama sıklığı; Ek-5'te birinci evrede kullanılan ilaçlar (bazı farmakolojik ajanlar eklenmiştir) ve birinci evrenin süresi; Ek-6'da uterus involüsyonu (fundal yükseklik, pozisyon gibi), ped sayısı, kanama miktarı, DSK durumunda uygulanan tedavi (medikal, cerrahi) ve DSK nedenleri; Ek-7'de tekrar hastaneye başvurma durumu; Ek-8'de kanama takibine yönelik bilgiler (DSK'da dikkat edilecek durumlar, loşianın özelliği gibi) revize edilmiş ve/veya eklenmiştir. Ön uygulama yapılan grup araştırma kapsamına dahil edilmemiştir. Bununla birlikte, "Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahaleleri"nden perine masajına yönelik uygulama protokolünde (Bkz. EK 18), perine masajında kullanılacak ürüne (Bkz. EK 24) ilişkin düzenleme yapılmıştır.

3.8. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulaması 01.05.2016 - 15.12.2017 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi ve veri toplama araçlarının uygulanmasına yönelik araştırmanın gebelik süreci, doğum eylemi ve doğum sonu klinik takip aşamasında, Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik

Araştırmalar Etik Kurulu'nun önerisiyle (Bkz. EK 25) çalışmanın geniş kapsamlı olması nedeniyle, profesyonel destek alınmasına ilişkin düzenleme yapılmıştır. Gebelik sürecinde ebe/hemşirelerin anketör olarak destek sağlanması planlanırken, doğum eylemi sürecinde ve doğum sonu klinikte anketör, gözlemci ve uygulayıcı olarak yararlanılmıştır. Anketör, gözlemci ve uygulayıcı eğitimleri tamamlandıktan sonra (Tablo 3.1.; Tablo 3.2.), gebelerin eğitimi ve perinatal takip süreci başlatılmıştır. Araştırmanın uygulama şemasında bu aşamaya da yer verilmiştir (Şekil 3.4.).

3.8.1. Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcının Eğitimi

Sağlık profesyonellerinin eğitimi öncesi tanışma toplantısı düzenlenmiştir. Tanışma toplantısında hemşirelere/ebelere araştırmanın amacı, hedefi açıklanmış ve eğitim için gün, saat ve yer belirlenmiştir. Anketör, gözlemci ve uygulayıcı olarak çalışmaya destek verecek sağlık profesyonellerinin kullandıkları VTF'ları, araştırmanın aşamasına göre destek vereceği aşamalar, çalışma birimleri ve koşulları farklı olduğu için eğitim tarihleri de farklı zamanlarda planlanmıştır. Sağlık profesyonellerine verilen eğitim 01/05/2016 – 23/05/2016 tarihi aralığında gerçekleştirilmiştir. Sağlık profesyonellerinin eğitim tarihleri ve yeri Tablo 3.1'de verilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmanın Aşamalarına Göre Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcı Olarak Destek Veren Sağlık Profesyonele Eğitimlerinin Eğitim Yeri, Tarihi ve Süresi

Sağlık Profesyonele	Kişi Sayısı	Eğitim Yeri	Eğitim Tarihi	Eğitim Süresi
Hemşire	1 kişi	Gebe polikliniği	05/05/2016	1 saat
Ebe	1 kişi	Doğum salonu	12/05/2016	3 saat
Hemşire	1 kişi	Doğum sonu kliniği	20/05/2016	3 saat

Hemşire ve ebelere eğitim klasik eğitim, soru-cevap teknikleri kullanılarak verilmiştir. Eğitim sonrasında anlaşılmayan yerler tekrar edilmiş, hemşirelerin/ebelerin soruları cevaplandırılmıştır. Sağlık profesyonellerine araştırmanın aşamasına göre VTF'ları tanıtılmıştır. Araştırmada uygulayıcı ve gözlemci olarak yer alan ebe/hemşirelere yapacağı uygulamalar (kanama takibi,

uterin masaj, erken emzirmenin başlatılması, emzirmenin değerlendirilmesi) hakkında bilgi verilmiştir. Sağlık profesyonellerinin araştırma kapsamında yeterliliği açısından uzman görüşüne⁸ başvurulmuştur. Uzman görüşüne göre anketör ve uygulayıcı olarak destek sağlayacak sağlık profesyoneli en az 3 kez gözlenmeli, yaptıkları uygulamanın en az %85'ini başarılı olarak gerçekleştirmeli ve 2 gözlemci tarafından bu etkinliklerin doğruluğu değerlendirilmelidir. Araştırmacı tarafından demonstrasyon yöntemi ile uygulamalar gösterilmiştir. Hemşire/ebelerden araştırma kapsamında ilgili uygulamaları yapmaları gözlenmiştir. Hemşire/ebeler uygulamada başarılı oldukları takdirde eğitim süreçleri tamamlanmış olarak kabul edilmiştir. Ebe/hemşireler eğitim süreci tamamlandıktan sonra araştırmanın uygulama aşaması başlatılmıştır.

Gebelik Takip Sürecinde Anketör Desteği

Bu aşamada gebe polikliniğinde çalışan hemşirelik alanında lisans mezunu bir sağlık profesyonelinin anketör olarak destek vermiştir. Bu profesyonele gebelik sürecinde kullanılacak olan VTF'ları (Bkz. EK 3, EK 10) tanıtılmıştır. Araştırmacı tarafından veri toplama aşamasına ilişkin;

- ✓ Gebe ile tanışma,
- ✓ Örneklem kriterlerine uygun gebelerin seçimi,
- ✓ Araştırma hakkında bilgi verme ve araştırmanın amacını anlatma,
- ✓ Aydınlatılmış onam alma ve aydınlatılmış onamın imzalatılması,
- ✓ EK 3 ve EK 10- Bölüm 1'in anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulması hakkında sağlık profesyoneline bilgi verilmiştir.

⁸ Hacettepe Üniversitesi, Eğitim Fakültesi İlköğretim Bölümü Emekli Öğretim Üyesi, Prof. Dr. Veysel SÖNMEZ

Tablo 3.2. Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcılara Verilen Eğitimler, Amaçlar ve Hedefler

Verilen Eğitimler*	Eğitimin Amacı	Eğitimin Hedefleri
Veri toplama formlarının (VTF) doldurulması	Doğum öncesi, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde VTF'nın tam ve eksiksiz doldurulmasını sağlamak	Hemşire/Ebe; i) Doğum öncesi, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde VTF'nı tam ve eksiksiz doldurulabilmeli
Kanama takibi yapılması	Doğum sonu ilk 24 saatte kanamanın objektif ölçüm araçları (BRASS-V Drape ve pedlerin tartılması) ile yapılmasını sağlamak, DSK ölçümlerinin VTF'na kaydedilmesini sağlamak	Hemşire/Ebe; i)DSK'yı ilk 24 saat içinde objektif ölçüm araçları (BRASS-V Drape ve pedlerin tartılması) ile ölçebilmeli, ii) Elde edilen ölçümün kaydını VTF'na yapabilmeli
Uterin masaj yapılması	Doğum sonu dönemde ilk 60 dakika içerisinde her 10-15 dakikada bir fundus kontrolü yapılması ve ihtiyaca göre uterin masaj uygulanmasını sağlamak, Gerekliyse uterin masajın doğum sonu ilk iki saat devamını sağlamak Uterin masaj yapılırken mesanenin boş olmasını sağlamak, Uterusun involüsyonunu değerlendirmek, Uterin masaj sırasında elde edilen sonuçların VTF'na kaydedilmesini sağlamak	Hemşire/Ebe; i) Doğum sonu dönemde ilk 60 dakikada her 10-15 dakikada bir uterin masaj yapabilmeli, ii) Gerekliyse ilk iki saat uterin masaja devam edebilmeli, iii) Uterin kontraksiyonlar sağlanıncaya kadar masaja devam edebilmeli, iv) Uterin masaj sırasında mesanenin boş olmasını sağlayabilmeli, v) Uterus involüsyonunu değerlendirebilmeli, vi) Uterin masaj sırasında elde edilen sonuçları VTF'na kaydedebilmeli
Erken emzirmenin başlatılması ve emzirmenin devamının sağlanması	Doğumu takiben ilk yarım saat içinde emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesini sağlamak Emzirmenin LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeğine göre puanlandırılması ve VTF'na kaydedilmesini sağlamak	Hemşire/Ebe; i) Emzirmeyi doğumu takiben ilk yarım saat içinde başlatabilmeli, ii) Emzirmeye destek olabilmeli ve emzirme danışmanlığı verebilmeli, iii) Emzirmenin değerlendirilmesinde LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeğini kullanarak emzirmeyi puanlandırabilmeli, iv) Emzirme sıklığını ve süresini gözlemleyip VTF'na kaydedebilmeli

*Perineal masaj ve doğum jeli uygulamasına ilişkin eğitim, uygulama ve takipler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Araştırmanın Doğum Eylemi Takip Sürecinde Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcı Desteği

Bu aşamada ebelik alanında lisans mezunu hastanenin Doğum Salonu'nda çalışan bir sağlık profesyoneli anketör, gözlemci veya uygulayıcı olarak destek vermiştir.

Müdahale grubunda yapılması planlanan destek programı kapsamında;

- ✓ İkinma tekniği kullanımı, uterin masaj, erken emzirmenin başlatılması takibi, kanama takibi eğitimi verilmiştir.
- ✓ VTF'lerinin (Bkz. EK 5, EK 6, EK 9, EK 10, EK 11) kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.

Kontrol grubunda yapılması planlanan destek programı kapsamında;

- ✓ Kanama takibi eğitimi verilmiştir.
- ✓ VTF'lerinin (Bkz. EK 5, EK 6, EK 9, EK 10, EK 11) kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.

Doğum eylemi sürecinde destek veren sağlık profesyoneli;

- ✓ **Anketör** olarak müdahale ve kontrol grubuna EK 5, EK 6, EK 9, EK 10, EK 11 formlarını kullanmaları beklenmektedir.
- ✓ **Uygulama** aşamasında müdahale grubuna uterin masaj yapması, erken emzirmenin başlatılması; müdahale ve kontrol grubuna ise kanama takibi yapması beklenmektedir. Planlanan bu uygulamalar için uygulama protokolü oluşturulmuştur. Değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra tek başına uygulama yapmasına izin verilmiştir.

Kanama takibi: Uygulama protokolü olarak EK 17'de yer almaktadır. Uygulama protokolünde doğumun üçüncü evresinde BRASS-V Drape ile yapılması planlanmıştır. Doğum eyleminin ikinci evresinden (ekpulsiyon aşamasından) hemen sonra bu ölçme aracının doğum masasına yerleştirilmesi, sağlık profesyonelinin kanama takibi yapması ve bu uygulamada VTF olarak EK 6 ve EK 10 kullanılması gerektiği ve bu formların nasıl kullanılması hakkında bilgi verilmiştir.

Uterin masaj uygulaması: Uygulama protokolü olarak EK 20'de yer almaktadır. Bu uygulamada VTF olarak EK 6'nın kullanımı ve bu formun nasıl kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Erken emzirmeye başlama: Uygulama protokolü olarak EK 21'de yer almaktadır. Uygulama protokolüne göre ilk bir saat içinde yarım saat emzirmesi sağlanmalıdır. Bu uygulamada VTF olarak EK 6'nın kullanımı ve bu formun nasıl kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

- ✓ **Gözlemci** aşamasında ıkınma tekniği kullanım durumunun gözlemlenmesi beklenmektedir.

İkınma tekniği: Uygulama protokolü olarak EK 19'da yer almaktadır. Uygulama protokolünde ıkınma tekniği olarak açık glottis ıkınma tekniği kullanımı gözlenmiştir. Bu uygulamada VTF olarak EK 6'nın kullanılması ve bu formun nasıl kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Araştırmanın Doğum Sonu Kliniği Takip Sürecinde Anketör, Gözlemci ve Uygulayıcı Desteği

Bu aşamada hemşirelik alanında lisans mezunu Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Doğum Sonu Kliniğinde çalışan bir sağlık profesyoneli anketör, gözlemci veya uygulayıcı olarak destek vermiştir.

Müdahale grubunda yapılması planlanan destek programı kapsamında;

- ✓ Uterin masaj, emzirmenin değerlendirilmesi, kanama takibi eğitimi verilmiştir.
- ✓ VTF'lerinin (Bkz. EK 6, EK 8, EK 9, EK 10, EK 11) kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.

Kontrol grubunda yapılması planlanan destek programı kapsamında;

- ✓ Kanama takibi eğitimi verilmiştir.
- ✓ VTF'lerinin (Bkz. EK 6, EK 8, EK 9, EK 10, EK 11) kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmıştır.

Doğum sonu klinikte destek veren sağlık personeli;

- ✓ **Anketör** olarak EK 6, EK 8, EK 9, EK 10 ve EK 11 formlarını kullanmaları beklenmektedir.

- ✓ **Uygulama** aşamasında uterin masaj yapması, emzirmeyi desteklenmesi ve kanama takibi yapması beklenmektedir. Planlanan bu uygulamalar için uygulama protokolü oluşturulmuştur. Değerlendirme süreci tamamlandıktan sonra tek başına uygulama yapmasına izin verilmiştir.

Kanama takibi: Uygulama protokolü olarak EK 17'de yer almaktadır. Uygulama protokolüne göre doğumun dördüncü evresinde ve doğum sonu ilk 24 saatte kanama grubunda pedlerin tartılması ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubundaki kadınların kullandığı pedler kullanım öncesi ve sonrasında hassas tartı ile tartılmıştır. Tartılma sırasında bulunan gram farkı her bir gram için 1 ml'ye çevrilecektir. Bu uygulamada VTF olarak EK 6, EK 8 ve EK 10 kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Uterin masaj uygulaması: Uygulama protokolü olarak EK 20'de yer almaktadır. Uygulama protokolüne göre ilk iki saat tamamlanana kadar uygulanabilmektedir. Bu uygulamada VTF olarak EK 6 kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Emzirmeyi destekleme ve değerlendirme: Uygulama protokolü olarak EK 21'de yer almaktadır. Bu uygulamada VTF olarak EK 6 ve EK 9 kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

- ✓ **Gözlemci** aşamasında her iki grupta emzirme değerlendirilmesi beklenmektedir. Emzirmeyi değerlendirme uygulama protokolü olarak EK 21'de yer almaktadır. Bu uygulamada VTF olarak EK 6, EK 8 ve EK 9 kullanılması gerektiği hakkında bilgi verilmiştir.

Destek veren sağlık profesyonellerinin görevi yukarıda belirtilen başlıklarla sınırlı olup, perine koruyucu uygulamalar (perine masajı, steril jel uygulaması gibi), telefon danışmanlığı, ev ziyaretleri araştırmacı tarafından takip edilmiş ve uygulanmıştır. Araştırma kapsamındaki tüm doğumlar araştırmacının kontrolünde gerçekleştirilmiştir. Araştırmacının aynı zamanda iki gebe ve/veya anne ile ilgilenmesi gereken durumlarda eğitim verilen sağlık profesyonellerinden destek alınmıştır. İlgili sağlık profesyonelinin desteğini takiben, doldurulan formlar yeniden gözden geçirilmiştir.

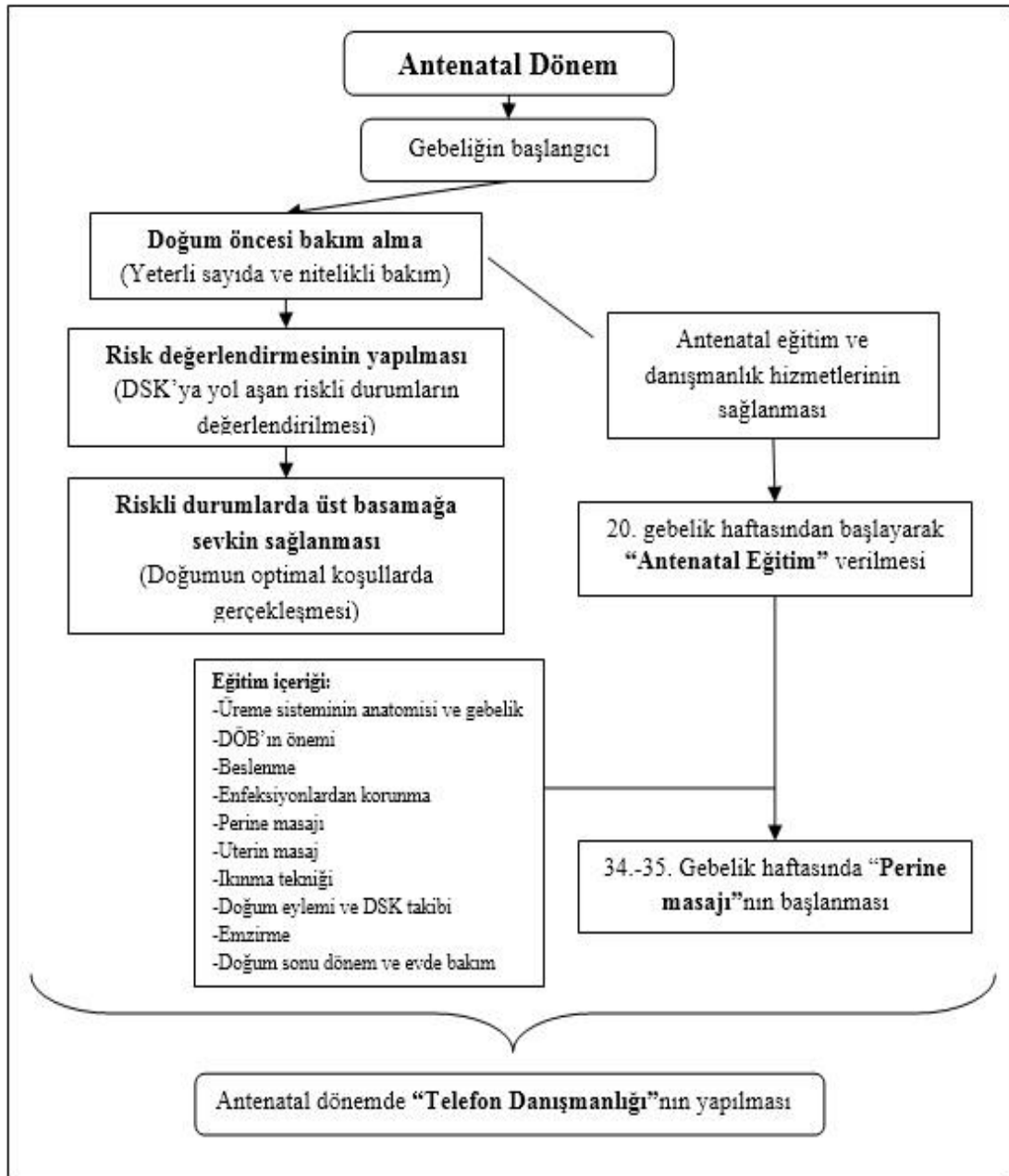
3.8.2. Müdahale ve Kontrol Grubu Gebelerin Perinatal Süreçte Takibinin Yapılması

Hastanede gebelik süresince takipleri yapılan, doğum eylemi sürecinde bu hastanenin doğum salonunda takip edilen, örneklem seçim kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Anketör, gözlemci ve uygulayıcı olarak destek sağlayan sağlık profesyonellerinin eğitimleri tamamlandıktan sonra, gebelerin perinatal süreçte takipleri ve veri toplama aşaması 23/05/2016 - 15/12/2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın müdahale ve kontrol gruplarına aşağıda belirtilen uygulamalar yapılmıştır.

Müdahale Grubu

Gebelik Sürecinde Yapılan Uygulamalar; Gebelerin araştırmaya dahil edilmesi sırasında yapılan işlemler;

- ✓ Gebelerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan VTF (Bkz. EK 3) doldurulmuştur.
- ✓ Optimalite İndeksi-TR'nin "Perinatal Özgeçmiş İndeksi" (Bkz. EK 10) bölümü doldurulmuştur.
- ✓ Gebelere 22.-34. gebelik haftaları arasında antenatal dönemde eğitim (Üreme sisteminin anatomisi, gebeliğin oluşumu, DÖB'ün önemi, enfeksiyonlardan korunma, beslenme, perine koruyucu yaklaşımlar, uterus masajı, ıkınma tekniği, doğum eylemi, kanama takibi, emzirme, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde izlem ve bakım, evde bakım) verilmiştir. Eğitim sonrası ise belirli sürelerle (22.-34. gebelik haftaların 2 haftada bir, 34. gebelik haftasından sonra haftada 1) telefon danışmanlığı ile risk durumu değerlendirilip ilgili form (Bkz. EK 4) doldurulmuştur. Gebelere ayrıca gebelikte gelişen olası durumlarda, hastane yatışı gerçekleştiğinde ve doğum için hastaneye başvurduğunda araştırmacıya bilgi vermesi gerektiği belirtilmiştir.
- ✓ Gebeler 34.-35. gebelik haftasına ulaştığında perineal masaj uygulaması başlatılmış ve doğuma kadar takip edilmiştir.



Şekil 3.3. Antenatal Dönem Değerlendirme Algoritması (1,8,18,21,26,28,40,53,54)

Doğum Eylemi Sürecinde Yapılan Uygulamalar; Gebelerin doğum eylemi için doğum salonuna kabulü ve sonrasında yapılan işlemler;

- ✓ Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) VTF (Bkz. EK 5) doldurulmuştur.
- ✓ Oİ-TR'nin "Doğum Öncesi Dönem, Doğum" (Bkz. EK 10) bölümü doldurulmuştur.

- ✓ Doğum eylemi süresince müdahale grubu için belirlenen uygulamalar (perineal masaj, doğum jeli uygulaması ve ıkınma teknikleri gibi) yapılmış ve/veya gözlenmiştir. Bu süreçte araştırmacı dışında ikinci bir gözlemci de Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Gözlem Formunu (Bkz. EK 6) doldurmuştur.
- ✓ Görsel Ağrı Skalasına göre (Şekil 3.2.) doldurulmuştur.
- ✓ "LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği" (Bkz. EK 9) doldurulmuştur.
- ✓ BRASS V-Drape ile DSK takibi (Bkz. EK 17) yapılmıştır.

Doğum Sonu Dönemde Yapılan Uygulamalar; Doğum sonu dönemde doğumun dördüncü evresinin takibinde yapılan işlemler;

- ✓ Doğumun dördüncü evresinde müdahale grubu için belirlenen uygulamalar (emzirmenin gözlenmesi, uterin masaj, eliminasyon, hijyen alışkanlıkları) gözlenmiş ve kayıt edilmiştir (Bkz. EK 6).
- ✓ Görsel Ağrı Skalasına göre (Şekil 3.2.) doldurulmuştur.
- ✓ "LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği" (Bkz. EK 9) doldurulmuştur.
- ✓ Oİ-TR'nin "Yenidoğan ve Doğum Sonu Dönem" (Bkz. EK 10) bölümü hem anne hem de yenidoğan için doldurulmuştur.
- ✓ Doğum sonu klinikte ped ile kanama takibi (Bkz. EK 17) yapılmıştır. Kanama miktarını tespit edebilmek için pedler kullanım öncesi ve sonrası hassas tartı ile tartılmıştır.

Taburculuk Sonrası Yapılan Uygulamalar; Taburculuk sonrası yapılan işlemler;

- ✓ Değerlendirmede Evde Bakım Süreci VTF (Bkz. EK 7) uygulanmıştır.
- ✓ Doğum sonrası dönemde loşia rubradan loşia albaya dönen süreye kadar kanama takibi yapılmıştır. Bu süreçte annenin "Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi (Bkz. EK 8)" doldurması istenmiştir.
- ✓ Doğum yapan anneler toplamda 3 kez değerlendirilmiştir.
- ✓ Değerlendirmelerin birincisi ev ziyaretinde, ikincisi ve üçüncüsü telefon danışmanlığı ile yapılmıştır. Taburculuk sonrası değerlendirmelerde ev ziyaretleri ortalama bir saat, telefon danışmanlıkları ise 20-30 dakika arasında sürmüştür. Telefon danışmanlığı sürecinde hem müdahale hem de kontrol grubunda yer alan anneler bu süreçte yaşamış oldukları sağlık sorunlarını da

ifade etmişlerdir. Bu nedenle bazı telefon danışmanlıkları 30 dakikayı da bulabilmiştir. İlk değerlendirme doğum sonu 2.-10. gün arasında planlanmış olup, "Taburculuk Sonrası Kanama Takip Çizelgesi"ni doldurdukları dönemde ev ziyareti şeklinde gerçekleştirilmiştir. İkinci görüşme doğum sonu ikinci haftada, üçüncü görüşme 42. günde telefon tanışmanlığı şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Kontrol Grubu

Gebelik Sürecinde Yapılan Uygulamalar; Gebelerin araştırmaya dahil edilmesi sırasında yapılan işlemler;

- ✓ Gebelerin sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan VTF (Bkz. EK 3) doldurulmuştur.
- ✓ OI-TR'nin "Perinatal Özgeçmiş İndeksi" (Bkz. EK 10) bölümü doldurulmuştur.
- ✓ Doğum sırasında haber vermesi ile ilgili bilgi verilmiştir.

Doğum Eylemi Sürecinde Yapılan Uygulamalar; Gebelerin doğum eylemi için doğum salonuna kabulü ve sonrasında yapılan işlemler;

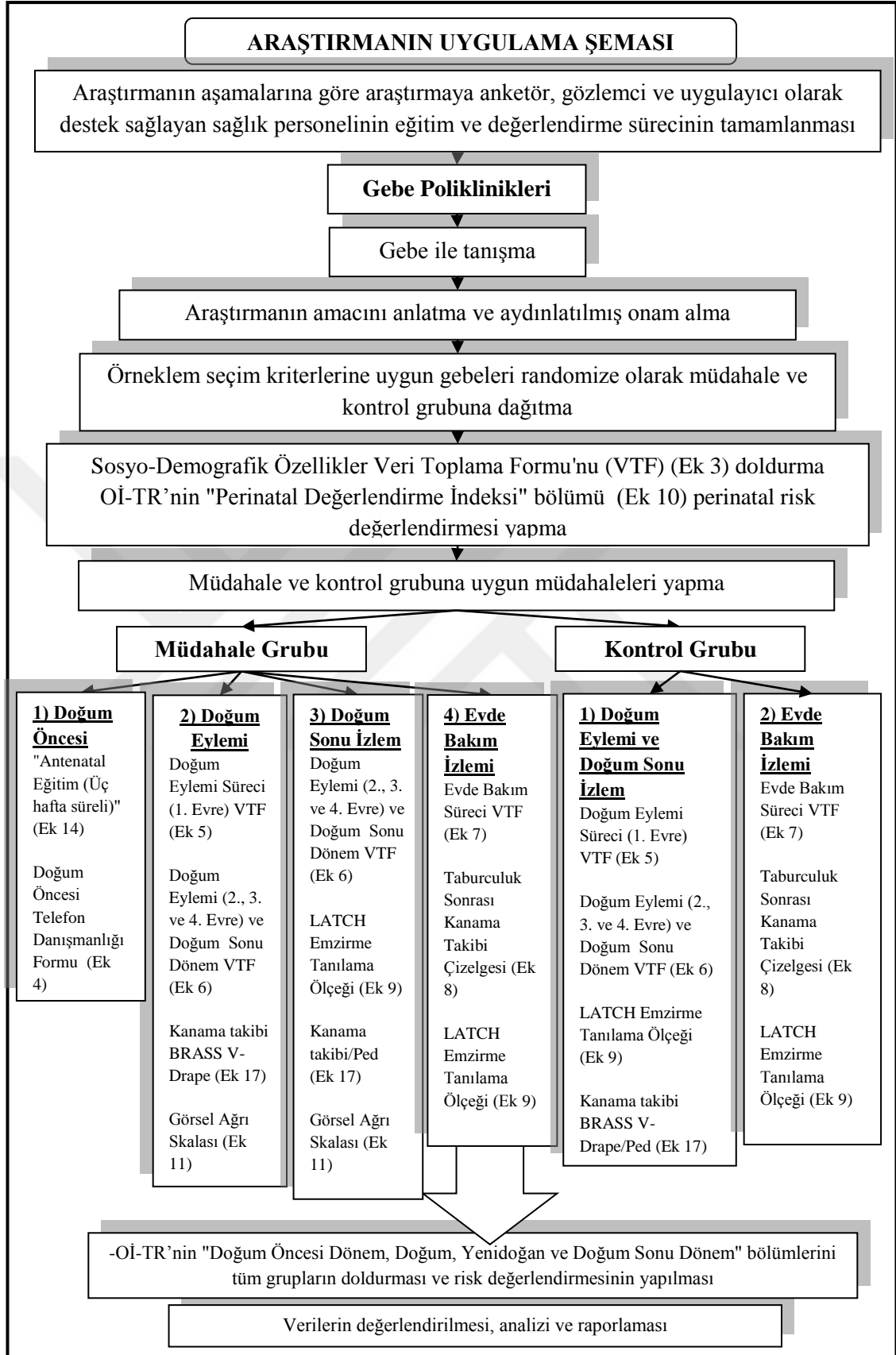
- ✓ Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) VTF (Bkz. EK 5) doldurulmuştur.
- ✓ Görsel Ağrı Skalasına göre (Şekil 3.2.) doldurulmuştur.
- ✓ "LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği" (Bkz. EK 9) doldurulmuştur. OI-TR'nin " Doğum Öncesi Dönem, Doğum" (Bkz. EK 10) bölümü doldurulmuştur.
- ✓ Rutin doğum eylemi sürecindeki uygulamalar yapılmıştır.
- ✓ Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Gözlem Formunu (Bkz. EK 6) doldurmuştur.
- ✓ BRASS V-Drape ile DSK takibi (Bkz. EK 17) yapılmıştır.

Doğum Sonu Dönemde Yapılan Uygulamalar; Doğum sonu dönemde doğumun dördüncü evresinin takibinde yapılan işlemler;

- ✓ Doğumun dördüncü evresinde ve doğum sonu ilk 24 saat gözlem (emzirmenin gözlenmesi, uterin masaj, eliminasyon, hijyen alışkanlıkları) ve kayıt yapılmıştır (Bkz. EK 6).
- ✓ Görsel Ağrı Skalasına göre (Şekil 3.2.) doldurulmuştur.
- ✓ "LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği" (Bkz. EK 9) doldurulmuştur.
- ✓ OI-TR'nin "Yenidoğan ve Doğum Sonu Dönem" (Bkz. EK 10) bölümü hem anne hem de yenidoğan için doldurulmuştur.
- ✓ Rutin klinik uygulamalar yapılmıştır.
- ✓ Doğum sonu klinikte ped ile kanama takibi (Bkz. EK 17) yapılmıştır. Kanama miktarını tespit edebilmek için pedler kullanım öncesi ve sonrası hassas tartı ile tartılmıştır.

Taburculuk Sonrası Yapılan Uygulamalar; Taburculuk sonrası yapılan işlemler;

- ✓ Değerlendirmede Evde Bakım Süreci VTF (Bkz. EK 7) uygulanmıştır.
- ✓ Doğum sonrası dönemde loşia rubradan loşia albaya dönen süreye kadar kanama takibi yapılmıştır. Bu süreçte annenin "Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi (Bkz. EK 8)" doldurması istenmiştir.
- ✓ Doğum yapan anneler toplamda 3 kez değerlendirilmiştir.
- ✓ Değerlendirmelerin birincisi ev ziyaretinde, ikincisi telefon danışmanlığı ile ve üçüncüsü ise ev ziyareti ile yapılmıştır.



Şekil 3.4. Araştırmanın Uygulama Şeması

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun (Tarih: 08/07/2015; Karar numarası: GO 15/321-05) (Bkz. EK 26) etik kurul izni ile birlikte araştırmanın uygulandığı Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Planlama Komisyonu'ndan (Tarih: 23/06/2015; Karar numarası: 10) (Bkz. EK 27) hastane onayı alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak müdahale grubu gebelere antenatal eğitimden önce araştırmanın amacı açıklanmış, antenatal dönemde eğitim verileceği, doğum eyleminin takip edileceği, kanama takibi yapılacağı, taburculuk sonrası ev ziyareti veya telefon danışmanlığı yapılacağı hakkında bilgi verilip araştırmaya katılmaları için yazılı izin (Bkz. EK 28) alınmıştır. Kontrol grubu gebelere araştırmanın amacı açıklanırken kendilerine herhangi bir müdahalede bulunulamayacağı, hastane hizmetlerinden faydalanacağı, doğum sonu dönemde kanama takibi yapılacağı ve taburculuk sonrası ev ziyareti veya telefon danışmanlığı yapılacağı belirtilerek yazılı izin (Bkz. EK 29) alınmıştır. Hem müdahale hem de kontrol grubuna alınan gebelere araştırmacının telefonu verilmiş, doğum eylemi için hastaneye geldiklerinde, telefon danışmanlığı ve ev ziyareti için telefonla iletişim kurulacağı belirtilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmamız bir müdahale çalışması olduğu için randomize edilen gruplarda körlere yapılamamıştır.
- Araştırmamızın örneklem kriterleri belirlenirken vajinal doğum yapabilecek kadınlar araştırma kapsamına alınmasına rağmen, doğum öncesinde veya doğum eyleminde sezaryen ile doğumu gerçekleştiren kadınlar olması vaka kayıpları gerçekleşmiştir.
- Araştırmamızda gebelere en sık uygulanan müdahalenin doğum eylemi sırasında rutin epizyotomi uygulandığı için müdahale ve kontrol grubu arasında epizyotomi oranı arasında fark bulunmamıştır. Bu nedenle perine

koruyucu yaklaşımların epizyotomiye azaltmaya yönelik etkisi tam olarak değerlendirilememiştir.

- Araştırmamızda, gebelik sürecinde başlanan perineal masaj uygulamasının takibi telefon danışmanlığı ile gerçekleşmiştir. Doğum sonu dönemde, ikincil/geç DSK'nın sorgulanması (ped takibi, aşırı kanama durumunu sorgulama, tekrarlı hastaneye başvuru yapma gibi) ev ziyareti ve/veya telefon danışmanlığı yoluyla kadınların ifadesine göre belirlenmiştir. Bu nedenlerle perineal masaj uygulanma sıklığı/süresi, DSK'nın sorgulanması kadınların beyanlarına dayalı olarak kaydedilmiştir.
- Araştırma, Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum yapan gebeleri kapsamından dolayı sonuçlar vajinal doğum yapan tüm annelere genellenemez.

3.11. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirmesi bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) IBM 21.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde;

- Yaş, eşin yaşı, evlilik süresi gibi sürekli değişkenlerin dağılımı Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir.
- Sürekli değişkenler, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri ile kesikli değişkenler ortanca, minimum ve maksimum ile ifade edilmiştir.
- Kategorik değişkenler sayı ve yüzde ile gösterilmiştir.
- Müdahale ve kontrol grubu sürekli değişkenler bakımından değişkenin dağılımına bağlı olarak “bağımsız örneklem t testi” veya “Mann Whitney U testi” ile; kesikli değişkenler bakımından “Mann Whitney U testi” ile; kategorik değişkenler bakımından “ki-kare testleri” ile karşılaştırılmıştır.
- Ultrasonografiden elde edilen tahmini fetal ağırlık ile yenidoğan ağırlığı “eşleştirilmiş t testi” ile karşılaştırılmıştır.
- Hemogram ve hematokrit ölçümlerine ait antenatal ve postpartum değişimlerin kontrol ve müdahale grubunda karşılaştırılmasında “iki yönlü

karma ANOVA” kullanılmıştır. Bu ölçümlerin grup içi karşılaştırılmasında “eşleştirilmiş t testi”, gruplar arası karşılaştırılmalarında “bağımsız örneklem t testi” kullanılmıştır.

- İlk 24 saatteki kanama miktarı ile yaş, yenidoğan ağırlığı, ilk emzirme puanı vb. değişkenler arasındaki ilişkiler “Spearman korelasyon analizi” ile incelenmiştir (Ek Şekil 1., 2., 3 ve 4).
- DSK riskini artıran olası faktörler (yaş, parite, indüksiyon vb.) “tek değişkenli lojistik regresyon analizi” ile incelenmiştir. Analiz sonucu olarak Odds oranı (OR) %95’lik güven aralığı (GA) verilmiştir (Ek Tablo 3 ve 4).
- Tek değişkenli analiz sonucunda aday olarak belirlenen değişkenler ile geriye dönük değişken eleme yönteminde Likelihood Ratio testi kullanılarak çok değişkenli lojistik regresyon analizi elde edilmiştir (Ek Tablo 3 ve 4).
- İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.12. Araştırmanın Güçlükleri

- Araştırmanın eğitim aşamasında, hastanenin eğitim salonu tadilata alınmış olup bu salon poliklinik odalarına dönüştürülmüştür. Takiben eğitimler; kullanılmayan ve izinli olan hekimlerin poliklinik odalarında yapılmaya çalışılmıştır. Bu nedenle az sayıda gebe, antenatal eğitim gruplarına dahil edilebilmiştir. Dolayısı ile eğitim süreci uzamıştır.
- Araştırmaya katılmayı kabul eden bazı gebelerin çeşitli nedenlerle (kış mevsimi olması, eşin izin vermemesi, Ankara il sınırlarında ikamet etmiş olsa da uzak olduğunu ifade etmesi, çocuklarının okula başlaması, il dışında tatilde olması vb.) antenatal eğitimlerini yarıda bırakmaları, bazı gebelerin eğitimlerini tamamlamış olmakla birlikte başka bir kurumda doğum yapmayı tercih etmeleri ve bazı gebelerin ise sezaryen olmaları nedeniyle vaka kaybı yaşanmıştır. Gebelere yönelik yaşanan bu durumlar da çalışmanın sürecinin uzamasına katkı sağlamıştır.
- Araştırmanın uygulamasını gerçekleştirmek amacıyla ayaktan ve yataklı çalışmanın yürütüldüğü kliniklerde (Gebe Polikliniği, Doğum Salonu, Doğum Sonu Kliniği) sorumlu hekim, ebe ve hemşire olarak tüm sağlık profesyonellerine gerekli bilgiler verilmiştir. Bununla birlikte araştırmada,

bazı gebelerin doğum eyleminin hafta sonu veya hafta içi 16.00-24.00 saatleri arasında gerçekleşmesi nedeniyle, her vaka için mesai saati dışındaki nöbetçi ekibe çalışmanın uygulamasını yapmak amacıyla mükerrer bilgi verilmiştir. Bazı nöbetçi sorumlu hekimler; hastane yönetiminin bilgisinin olup olmadığını sorgulamışlar ve aynı zamanda çalışmaya yönelik uygulamaların (Özellikle doğum jelinin kullanımı ile ilgili) gündüz şartlarında yapılmasının uygun olduğuna yönelik görüşlerini ifade etmişlerdir. İlgili nöbetçi şeflerin bu görüşlerini takiben, ilgili şeflere araştırma grubunda yer alan eylemdeki gebelere antenatal dönemde eğitim verilmesi nedeniyle doğum eylemi zamanında mutlaka takip edilmesi ve gerekli uygulamaların yapılması gerektiği aynı zamanda doğum zamanının öngörülemediği ifade edilmiştir.

4. BULGULAR

Perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin doğum sonu kanamalardaki etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular, aşağıda yer alan dört başlık altında ele alınmıştır.

- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların bazı obstetrik ve doğum eylemine ilişkin özelliklerinin dağılımı
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların emzirme, doğum sonu kanama (DSK), doğum sonu ve taburculuk dönemine ilişkin özelliklerinin dağılımı
- Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların Optimalite İndeksi-TR, Görsel Ağrı Skalası ve LATCH emzirme ve tanılama puanlarının karşılaştırılması

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Bazı Sosyo demografik Özellikler	Müdahale Grubu n=33		Kontrol Grubu n=37		İstatistiksel Analiz**
	$\bar{x}\pm SS$ /Median	Min Max	$\bar{x}\pm SS$ /Median	Min Max	
Yaş (yıl)	27.76±4.66	18-40	26.65±5.30	18-40	t=0.924, p=0.359
Eşinin yaşı (yıl)	31.61±5.00	23-45	30.54±6.46	18-44	t=0.764, p=0.447
Evlilik süresi (yıl)	3.00	1-24	3.00	1-20	z=0.476, p=0.634
Öğrenim Durumu	n (%)		n (%)		
İlköğretim	11 (33.3)		16 (43.2)		X ² =1.312 p=0.519
Lise	10 (30.3)		12 (32.4)		
Üniversite ve üzeri	12 (36.4)		9 (24.3)		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	8 (24.2)		9 (24.3)		X ² =0.000 p=0.994
Ev hanımı	25 (75.8)		28 (75.7)		
Gelir durumu algısı					
İyi	5 (15.2)		4 (10.8)		-
Orta	24 (72.7)		25 (67.6)		
Kötü	4 (12.1)		8 (21.6)		
Akraba evliliği durumu					
Var	5 (15.2)		9 (24.3)		X ² =0.434 p=0.510
Yok	28 (84.8)		28 (75.7)		
Eşinin Öğrenim Durumu					
İlköğretim	6 (18.2)		10 (27.0)		X ² =1.075 p=0.584
Lise	14 (42.4)		16 (43.2)		
Üniversite ve üzeri	13 (39.4)		11 (29.7)		
Eşinin Mesleği					
Memur	12 (36.4)		6 (16.2)		X ² =4.827 p=0.089
İşçi	12 (36.4)		13 (35.1)		
Serbest Meslek	9 (27.3)		18 (48.6)		
Aile Tipi					
Çekirdek Aile	30 (90.9)		29 (78.4)		p=0.197
Geniş Aile	3 (9.1)		8 (21.6)		
Yaşadığı yer					
İl	30 (90.9)		35 (94.6)		p=0.661
İlçe	3 (9.1)		2 (5.4)		

*Sadece akraba evliliği olan kadınlar cevaplamıştır.

**Ki-kare testleri, "bağımsız örneklem t testi" ve Mann Whitney U testi" kullanılmıştır.

Tablo 4.1'de araştırmaya katılan kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo

incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamasının ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 27.76 \pm 4.66$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 26.65 \pm 5.30$), eşinin yaş ortalamasının ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 31.61 \pm 5.00$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 30.54 \pm 6.46$) ve evlilik süresi ortancasının [Median (MD) (min-max)_{müdahale} = 3.00(1-24), MD(min-max)_{kontrol} = 3.00(1-20)] benzer olduğu görülmektedir. Kadınların yaş ortalamasına, eşinin yaş ortalamasına ve evlilik sürelerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Araştırmamızda kadınların yaş ortalamasına göre gruplar arasında homojen bir dağılıma sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan müdahale ve kontrol grubunda yer alan kadınların yaklaşık üçte biri [Müdahale grubu (M) = %30.3; Kontrol grubu (K) = %32.4] lise mezunudur. Kadınların eşlerinin eğitim durumu incelendiğinde; yarıya yakınının lise mezunu (M = %42.4; K = %43.2) olduğu görülmektedir. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumuna göre gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun; ev hanımı olduğu (M = %75.8; K = %75.7), gelir durumlarını “orta” olarak ifade ettikleri (M = %72.7; K = %67.6), çekirdek aile yapısına sahip olduğu (M = %90.9; K = %78.4) ve şehir merkezinde ikamet ettiği (M = %90.9; K = %94.6) belirlenmiştir. Bununla birlikte; kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde; kontrol grubunda yer alan kadınların %48.6’sının eşlerinin serbest mesleğe sahip olduğu, müdahale grubundaki kadınların eşleri ise memur (%36.4), işçi (%36.4) ve serbest meslek (%27.3) olduğu saptanmıştır. Bu değişkenlere göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).

Araştırmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu (M = %84.8; K = %75.7) akraba evliliği yapmadıklarını ifade etmiştir. Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; akraba evliliği yapanların akraba evliliği dereceleri incelendiğinde; çoğunluğunun (M = %60.0; K = %88.9) birinci derece kuzenle (teyze oğlu, hala oğlu vb.) evli olduğu saptanmıştır.

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Bazı Obstetrik Özellikler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz*
	n=33 n (%)	n=37 n (%)	
Gebelik sayısı			
1	14 (42.4)	18 (48.6)	X ² =0.079
2 ve üzeri	19 (57.6)	19 (51.4)	p=0.778
Doğum sayısı			
Primipar	18 (54.5)	19 (51.4)	X ² =0.001
Multipar	15 (45.5)	18 (48.6)	p=0.978
Abortus			
Var	5 (15.2)	5 (13.5)	p=1.000
Yok	28 (84.8)	32 (86.5)	
Yaşayan çocuk sayısı			
1	18 (54.5)	22 (59.5)	X ² =0.030
2 ve üzeri	15 (45.5)	15 (40.5)	p=0.863
Gebelikte sağlık sorunu yaşama			
Sağlık sorunu yaşamış	11 (33.3)	17 (45.9)	X ² =0.690
Sağlık sorunu yaşamamış	22 (66.7)	20 (54.1)	p=0.406
BKİ (kg/m²)	$\bar{x} \pm SS / n$ (%)	$\bar{x} \pm SS / n$ (%)	
Gebelik öncesi BKİ	23.98±3.51	22.18±3.09	t=2.286, p=0.082
BKİ ≤24.9	20 (60.6)	33 (89.2)	p=0.011
BKİ 24.9>	13 (39.4)	4 (10.8)	
Doğum öncesi BKİ	28.86±3.89	27.74±3.17		t=1.321, p=0.064
BKİ <30	19 (57.6)	29 (78.4)	X ² =2.604
BKİ ≥30	14 (42.4)	8 (21.6)	p=0.075

*Yates ve Fisher ki-kare testi, "bağımsız örneklem t testi" kullanılmıştır.

Tablo 4.2.'de araştırmaya katılan kadınların bazı obstetrik özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; araştırmaya katılan kadınların yarıya yakınının ilk gebeliği olduğu (M= %42.4; K = %48.6), yaklaşık yarısının primipar olduğu (M= %54.5; K= %51.4) ve yaşayan bir çocuğunun olduğu (M= %54.5; K= %59.5); bununla birlikte kadınların çoğunluğunda abortus/ölü doğum öyküsünün olmadığı (M= %84.8; K= %86.5) belirlenmiştir. Kadınların gebelik öyküsü değişkenlerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Araştırmamızda kadınların obstetrik özelliklerine göre gruplar arasında homojen bir dağılım olduğu görülmektedir.

Müdahale grubunda her üç kadından biri (%33.3) ve kontrol grubundakilerin yaklaşık yarısı (%45.9) gebeliklerinde sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Kadınların

gebelikte sorun yaşamasına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; kadınların yaşadıkları sorunlar arasında anemi (M= 2 kişi; K= 5 kişi), üriner sistem enfeksiyonu (K= 5 kişi), vajinal enfeksiyon (K= 1 kişi), dişte apse (M= 1 kişi; K= 1 kişi), regüle gestasyonel diyabet (M= 5 kişi; K= 1 kişi), preterm eylem tehdidi (M= 2 kişi), yüksek kan basıncı (M= 1 kişi) ve Rh uyumsuzluğu (M= 1 kişi; K= 4 kişi) bulunmaktadır.

Araştırmamızda kadınların BKİ bulguları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi ($\bar{x}\pm SS_{\text{müdahale}}= 23.98\pm 3.51\text{kg/m}^2$, $\bar{x}\pm SS_{\text{kontrol}}= 22.18\pm 3.09\text{kg/m}^2$) ve doğum öncesi ($\bar{x}\pm SS_{\text{müdahale}}= 28.86\pm 3.89\text{kg/m}^2$, $\bar{x}\pm SS_{\text{kontrol}}= 27.74\pm 3.17\text{kg/m}^2$) BKİ ortalamalarının normal sınırlarda olduğu saptanmıştır. Kadınların gebelik öncesi ve doğum öncesi BKİ ortalamalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte kadınların BKİ gebelik öncesinde normal sınırlara ($18.5-24.9\text{kg/m}^2$) ve aşırı kiloya ($>25\text{kg/m}^2$) göre gruplandırıldığında; müdahale grubunda yer alan kadınların %60.6'sı BKİ normal sınırlarda iken; kontrol grubunun %89.2'sinde normal olduğu belirlenmiştir. Kadınların gebelik öncesi BKİ gruplarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların doğum öncesi BKİ incelendiğinde; müdahale (%57.6) ve kontrol grubunun (%78.4) çoğunluğunun BKİ'nin $<30\text{kg/m}^2$ olduğu saptanmıştır. Kadınların doğum öncesi BKİ gruplarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p<0.05$).

Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; araştırmamızda müdahale ve kontrol grubundaki kadınların çoğunluğu sağlık durumları ile ilgili kararlarını bağımsız olarak verebildiklerini (M= %87.9; K= %78.4) ifade etmiştir. Kadınların sağlık durumlarına karar verme durumuna göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.3. Kadınların Doğumun Birinci Evresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğumun Birinci Evresine İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz**
	n=33 n (%)	n=37 n (%)	
Hastaneye başvurma zamanı			
Latent faz	12 (36.4)	15 (40.5)	X ² =0.013, p=0.910
Aktif faz	21 (63.6)	22 (59.5)	
Birinci evrede ilaç kullanımı			
Kullanıldı	19 (57.6)	27 (73.0)	X ² =1.216, p=0.270
Kullanılmadı	14 (42.4)	10 (27.0)	
Birinci evrede kullanılan ilaçlar*	n=19	n=27	
İndüksiyon kullanımı			
Kullanıldı	13 (68.4)	22 (81.5)	p=0.484
Kullanılmadı	6 (31.6)	5 (18.59)	
Kullanılan indüksiyon protokolleri	n=13	n=22	
Oksitosin	10 (76.9)	17 (77.3)	-
Dinoproston	2 (15.4)	1 (4.5)	-
Balon kateter	1 (7.7)	-	-
Oksitosin ve balon kateter	-	3 (13.69)	-
Oksitosin ve dinoproston	-	1 (4.5)	-
Birinci evrede kullanılan diğer ilaçlar	n=9	n=18	
Valetamat	7 (77.8)	10 (55.6)	-
Sulbaktam	1 (11.1)	3 (16.7)	-
Petidin Hcl	1 (11.1)	1 (5.6)	-
Valetamat ve sulbaktam	-	3 (18.8)	-
Valetamat ve petidin Hcl	-	1 (6.3)	-

*Doğumun birinci evresinde kullanılan tüm ilaçlar (indüksiyon protokolleri ve diğer ilaçlar) dahil edilmiştir. Bazı gebelere birden fazla ilaç kullanılmıştır.

**Yates ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.'te araştırmaya katılan kadınların doğumun birinci evresine ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kadınların yaklaşık yarısının birinci evrenin aktif fazında hastaneye başvurduğu (M= %63.6; K= %59.5) görülmektedir. Kadınların bu değişkenine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Araştırmamızda kadınların birinci evrede ilaç kullanma durumları incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların %57.6'sının, kontrol grubunun ise %73'ünün en az bir ilaç kullandığı belirlenmiştir. Kadınlara doğumun birinci evresinde çoğunlukla (M= %68.4; K= %81.59) indüksiyon uygulandığı belirlenmiştir. Her iki grupta da indüksiyon protokolü içerisinde sıklıkla sadece "oksitosin" in kullanıldığı (M= %76.9; K= 77.3) saptanmıştır. Birinci evrede kullanılan diğer ilaçlar arasında da ilk sırayı "valetamat" (M= %77.8; K= %55.6) almaktadır.

Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre kadınların; son adet tarihine [MD(min-max)_{müdahale ve kontrol}= 39.00(36-41)] ve ultrasonografiye [MD(min-max)_{müdahale}= 38.00(36-41), MD(min-max)_{kontrol}=38.00(35-41)] göre doğum eyleminde gebelik haftaları ortancalarının benzer olduğu saptanmıştır. Kadınların bu değişkenlerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 4.4. Kadınların Doğumun İkinci Evresine İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğumun İkinci Evresine İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz**
	n=33	n=37	
	n (%)	n (%)	
İkınma tekniğini kullanıyor			
Evet	29 (87.9)	7 (18.9)	X²=25.166 p<0.001
Hayır	4 (12.1)	30 (81.1)	
Kontraksiyonlar geçince dinleniyor			
Evet	32(97.0)	19 (51.4)	p<0.001
Hayır	1 (3.0)	18 (48.6)	
Epizyotomi			
Uygulandı	23 (69.7)	25 (67.6)	X ² =0.000 p=1.000
Uygulanmadı	10 (30.3)	12 (32.3)	
Birinci ve ikinci derece perineal laserasyon			
Gelişti	6 (18.2)	12 (32.4)	X ² =1.183 p=0.277
Gelişmedi	27 (81.8)	25 (67.6)	

*Epizyotomide ve/veya birinci ve ikinci derece laserasyonda genişleme olan kadınlar dahil edilmiştir.

**Yates ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.4'te araştırmaya katılan kadınların doğumun ikinci evresine ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre tamamına yakınının ıkınma tekniğini kullandığı (M= %87.9; K= %18.9) ve kontraksiyonlar arasında dinlendiği (M= %97.0; K= %51.4) gözlemlenmiştir. Kadınların ıkınma tekniğini kullanma ve kontraksiyonlar geçtiğinde dinlenme durumuna göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur (p<0.05). Kadınların çoğunluğuna epizyotomi uygulandığı (M= %69.7; K= %67.6) saptanmıştır. Kadınların bu değişkenlerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (p>0.05). Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; müdahale ve kontrol grubunda primipar kadınlarında tamamına yakınına (M=%88.9; K=%94.7) epizyotomi uygulandığı

belirlenmiştir. Multipar kadınlara ilişkin sonuçlar incelendiğinde ise; müdahale grubunda yer alanların %46.7'si, kontrol grubundakilerin ise %38.9'una epizyotomi uygulandığı saptanmıştır.

Araştırmamızda müdahale grubunda yer alan kadınların %18.2'sinde, kontrol grubundaki kadınların %32.4'ünde birinci/ikinci derece perineal laserasyon gelişmiştir. Kadınların perineal laserasyon gelişme durumuna göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Bununla birlikte, tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; müdahale ve kontrol grubunda bulunan birer kadının hem epizyotomisinde, hem de birinci/ikinci derece perineal laserasyonunda genişleme olmuştur. Müdahale grubunda yer alan bir kadında bu durumun en önemli sebebi ise doğumun ikinci evresinde vakum uygulanmasıdır. Ayrıca; kontrol grubunda; doğum eylemi sırasında bir kadında epizyotomide genişleme, bir kadında da laserasyonda genişleme yaşanmıştır.

Tablo 4.5. Yenidoğana İlişkin Bazı Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Yenidoğana İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz*
	$\bar{x}\pm SS$	$\bar{x}\pm SS$	
Yenidoğanın ağırlığı (gr)			
Doğumdan önce (Ultrasonografi)	3318.18±328.35	3298.27±334.72	t=0.251, p=0.630
Doğumdan sonra	3251.96±355.72	3192.75±371.35	t=0.680, p=0.499
İstatistiksel Analiz	t=1.555, p=0.130	t=2.005, p=0.053	
Yenidoğanın boyu (cm)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Boyu	51.00 (44-53)	51.00 (46-53)	z=0.481, p=0.631
Yenidoğanın APGAR skoru			
APGAR skor (1. dk)	9.00 (5-9)	9.00 (7-9)	z=0.158, p=0.875
APGAR skor (5. dk)	10.00(8-10)	10.00(9-10)	z=0.703, p=0.481
Yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacı	n (%)	n (%)	
Var	3 (9.1)	-	p=0.100
Yok	30 (90.9)	37 (100.0)	

*Fisher ki-kare testi ile "bağımsız örneklem t testi" ve Mann Whitney U testi" kullanılmıştır.

Tablo 4.5.'te yenidoğana ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; fetusun doğum öncesi ultrasonografiye göre tahmini fetal ağırlığının ($\bar{x}\pm SS_{\text{müdahale}}= 3318.18\pm 328.35$, $\bar{x}\pm SS_{\text{kontrol}}= 3298.27\pm 334.72$) ve doğumu takiben yenidoğan ağırlığının

($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 3251.96 \pm 355.7$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 3192.75 \pm 371.35$) benzer olduğu saptanmıştır. Yenidoğanın doğum öncesi ve doğum sonrası ağırlığının grup içi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Yenidoğanın boyuna [MD(min-max)_{müdahale} = 51.00(44-53), MD(min-max)_{kontrol} = 51.00(46-53)], APGAR skorunun birinci [MD(min-max)_{müdahale} = 9.00(5-9), MD(min-max)_{kontrol} = 9.00(7-9)] ve beşinci dakika [MD(min-max)_{müdahale} = 10.00(8-10), MD(min-max)_{kontrol} = 10.00(9-10)] değerlerine ilişkin ortancalarının müdahale ve kontrol grubunda benzer olduğu görülmektedir. Yenidoğanın boy, APGAR skor değerlerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacı müdahale ve kontrol grubunda değerlendirildiğinde; müdahale grubunda üç yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacı olduğu belirlenmiş, olup gruplar arası fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Yenidoğan yoğun bakım ihtiyacı olan yenidoğanlardan ikisi solunum sırasında inlemesinin olması nedeniyle doğum salonunda bir saat gözlemin ardından yoğun bakım ünitesinde 24 saat takip edilmiştir. Bir yenidoğan ise vakum uygulaması ile gerçekleşen doğumu takiben nazal oksijenle solunumun desteklenmesi amacıyla yoğun bakım ünitesine alınmış olup; 48 saat yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir.

Tablo 4.6. Kadınların Doğumun Birinci, İkinci ve Üçüncü Evre Sürelerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğumun Evreleri	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Mann Whitney U Testi)
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	
Doğum evresinin süreleri	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Birinci evrenin süresi(dk)	270.00 (90-532)	350.00 (60-955)	z=2.571, p=0.010
İkinci evrenin süresi(dk)	15.00 (3-30)	15.00 (5-130)	z=1.318, p=0.188
Üçüncü evrenin süresi(dk)	5.00 (1-11)	5.00 (5-15)	z=1.248, p=0.212

Tablo 4.6’da kadınların doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evre sürelerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; birinci evrenin ortancasının müdahale grubunda [MD(min-max)= 270.00(90-532)], kontrol grubuna [MD(min-max)= 350(60-955)] göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre müdahale grubunda doğumun birinci evresi daha kısa sürmekte olduğu

saptanmıştır. Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubunda ikinci evre [MD(min-max)_{müdahale}= 15.00(3-30), MD(min-max)_{kontrol}= 15.00(5-130)] ile üçüncü evrenin [MD(min-max)_{müdahale}= 5.00(1-11), MD(min-max)_{kontrol}= 5.00(1-15)] süreleri benzer bulunmuştur. Doğum eyleminin birinci evresinin süresine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli iken ($p < 0.05$), ikinci ve üçüncü evre sürelerinde gruplar arası fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$).



Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların Emzirme, Doğum Sonu Kanama (DSK), Doğum Sonu ve Taburculuk Dönemine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

Tablo 4.7. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Emzirmeye İlişkin Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Emzirmeye İlişkin Özellikler	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz***
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Bebeğini ilk yarım saatte emzirmeye başladı*			
Evet	30 (90.9)	4 (13.5)	p<0.001
Hayır	3 (9.1)	33 (86.5)	
Emzirmeye başlama, emzirme sıklığı ve süresi			
Emzirmeye başlama (dk)	20.00 (10-45)	40.00 (28-90)	z=6.541, p<0.001
Emzirme sıklığı (dk)	60.00 (30-120)	60.00 (30-210)	z=1.134, p=0.257
Emzirme süresi (dk)	20.00 (10-30)	10.00 (2-30)	z=5.419, p<0.001
Bebeğini emzirme isteği			
	n (%)	n (%)	
İstekli	32 (97.0)	18 (48.6)	p<0.001
İstekli değil	1 (3.0)	19 (51.4)	
Bebeğine dokunuyor			
Evet	32 (97.0)	5 (13.5)	p<0.001
Hayır	1 (3.0)	32 (86.5)	
Emzirmeye devam ediyor**			
Evet	30 (90.9)	34 (91.9)	p=1.000
Hayır	3 (9.1)	3 (8.1)	
Emzirme sıklığı düzenli**			
Evet	30 (90.9)	30 (81.1)	p=0.315
Hayır	3 (9.1)	7 (18.9)	

*Doğum sonrası bir yenidoğan doğumu takiben Yenidoğan Yoğun Bakım Servisine alınmıştır.

**Doğum sonrası üç yenidoğan ilk 24 saat Yenidoğan Yoğun Bakım Servisinde takip edilmiştir.

***Yates ve Fisher ki-kare testleri ile "Mann Whitney U testi" kullanılmıştır.

Tablo 4.7’de araştırmaya katılan kadınların emzirmeye ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; kontrol grubuna göre müdahale grubunun tamamına yakınının, bebeğini ilk yarım saat emzirmeye başladığı (%90.9), bebeğini emzirmeye istekli olduğu (%97.0) ve bebeğine dokunduğu (%97.0) belirlenmiştir. İlk emzirmeye başlama süresi ortancası müdahale grubunda 20.00(10-45) iken; kontrol grubunda 40.00(28-90) olarak bulunmuştur. Müdahale ve kontrol grubunun emzirme sıklığı [MD(min-max)_{müdahale}= 60.00(30-120), MD(min-max)_{kontrol}= 60.00(30-210)] ve emzirme süresi [MD(min-max)_{müdahale}= 20.00(10-30), MD(min-max)_{kontrol}= 10.00(2-30)] ortancaları incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubunun emzirme sıklığının benzer olduğu belirlenirken; müdahale grubunda emzirme süresinin kontrol grubuna

göre uzun sürdüğü gözlemlenmiştir. Doğum sonu klinikte müdahale ve kontrol grubundaki kadınlar; emzirmeye devam ettiğini (M= %90.9; K= %91.9) ve emzirme sıklığının düzenli olduğunu (M= %90.9; K= %81.1) ifade etmişlerdir. Kadınların emzirmeye devam etme ve emzirme sıklığı yüzdelerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz iken ($p>0.05$), diğer değişkenlere (bebeğine dokunma, emzirmeye istekli olma, ilk yarım saat içinde emzirmeye başlama, emzirme süresi gibi) göre gruplar arası fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).



Tablo 4.8. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Uterin Masaj, Uterus İnvölüsyonu ve Eliminasyona İlişkin Bazı Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Uterin Masaj ve Eliminasyona İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Fisher Ki-kare)
	n (%)	n (%)	
Uterin masaj için istekli			
Evet	31 (93.9)	-	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	37 (100.0)	
Fundusu tespit edebiliyor			
Evet	31 (93.9)	-	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	37 (100.0)	
Uterin masaj yapıyor			
Evet	31 (93.9)	-	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	37 (100.0)	
Uterusu kontrakte hale getirebiliyor			
Evet	31 (93.9)	-	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	37 (100.0)	
Uterin masaja devam ediyor			
Evet	31 (93.9)	-	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	37 (100.0)	
Fundal yükseklik doğum sonu ile uyumlu			
Evet	33 (100.0)	35 (96.4)	p=0.494
Hayır	-	2 (5.4)	
Uterus orta hatta			
Evet	31 (93.9)	18 (48.6)	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	19 (51.4)	
İdrarını ilk 4 saatte yaptı			
Evet	29 (87.9)	10 (27.0)	p<0.001
Hayır	4 (12.1)	27 (73.0)	
Eliminasyonu sağlamada istekli			
Evet	31 (93.9)	7 (18.9)	p<0.001
Hayır	2 (6.1)	30 (81.1)	

Tablo 4.8.'de araştırmaya katılan kadınların uterin masaj ve eliminasyona ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre tamamına yakınının; uterin masaj için istekli olduğu (%93.9), fundusu tespit edebildiği (%93.9), uterin masaj yapabildiği (%93.9), uterusu kontrakte hale getirebildiği (%93.9), uterin masaja devam ettiği (%93.9) belirlenmiştir. Araştırmamızda, kadınların uterus involüsyon sürecinin değerlendirilmesinde; müdahale grubunun tamamına yakınında

kontrol grubuna göre uterusun orta hatta olduğu (M= %93.9; K= %48.6), doğum sonu ilk 4 saat içinde eliminasyonu sağladığı (M= %87.9; K= %27.0) ve eliminasyonu sağlamada istekli olduğu (M= %93.9; K= %18.9) belirlenmiştir. Bununla birlikte müdahale grubunun tamamında (%100.0) ve kontrol grubunun tamamına yakınında (%96.4) fundal yükseklik doğum sonu ile uyumludur. Kadınların uterin masaja, involüsyon sürecine ve eliminasyona ilişkin değışkenlerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte, fundal yüksekliğe ilişkin bulguya göre iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulguya göre; her iki grupta da kadınların tamamına yakını (M= %93.9; K= %86.5) beslenmesine dikkat etmektedir. Beslenme durumuna göre iki grup arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların Doğum Sonu Kanamaya (DSK) İlişkin Bazı Özelliklerinin ve Laboratuvar Bulgularının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğum Sonu Kanamaya İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz****
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Doğum sonu kanama miktarı (ml)			
İlk bir saat	100.00 (20-500)	190.00 (80-550)	z=3.549, p<0.001
İlk 24 saat	300.00 (189-822)	399.00 (207-743)	z=3.896, p<0.001
Doğum sonu kanama (≥500 ml)	n=3	n=10	
İlk bir saat	400.00 (40-450)	325.00 (150-550)	z=0.169, p=937
İlk 24 saat	638.00 (574-822)	592.00 (501-743)	z=1.014, p=371
	n=33	n=37	
Doğum sonu kanama durumu	n (%)	n (%)	
≥500 ml	3 (9.1)	10 (27.0)	p=0.069
<500 ml	30 (90.9)	27 (73.0)	
İki ve daha ↑ ek uterotonik ihtiyacı***	n=33	n=37	
Uygulandı	4(12.1)	7 (18.9)	p=0.522
Uygulanmadı	29(87.9)	30 (81.1)	
	$\bar{x} \pm SS /$	$\bar{x} \pm SS /$	
Hemoglobin değerleri(g/dL)	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Antenatal dönem	12.03±1.08	12.35±1.18	t=1.144, p=0.257
Postartum dönem	11.24±1.20	11.46±1.25	t=0.572, p=0.455
İstatistiksel Analiz	t=6.409, p<0.001	t=7.940, p<0.001	Zamana göre değişim: F=0.289, p=0.593
Antenatal ve postpartum dönem arasındaki hemoglobin farkı (g/dL)			
Hemoglobin farkı	0.70 (0.00-2.50)	0.80 (0.00-2.50)	z=0.265, p=0.791
Hematokrit değerleri (%)			
Antenatal dönem	36.12±2.75	36.93±3.08	t=1.158, p=0.251
Postartum dönem	34.30±3.08	34.16±3.43	t=0.173, p=0.863
İstatistiksel Analiz	t=4.783, p<0.001	t=5.591, p<0.001	Zamana göre değişim: F=2.201, p=0.143

* Beş kadında DSK iki nedene bağlıdır.

**Müdahaleli doğum olarak ifade edilen uygulama epizyotomidir.

***DSK'sı olmayanlar da bu gruba dahildir. DSK'sı olmayan kadınlarda ek uterotonikler profilaktik amaçlı kullanılmıştır.

****Ki-kare testleri, "bağımsız örneklem t testi", "eşleştirilmiş t testi", "Mann Whitney U testi" ve "iki yönlü karma ANOVA" kullanılmıştır.

Tablo 4.9'da araştırmaya katılan kadınların DSK'ya ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre doğumun ilk bir saatindeki DSK ortancası $[MD(\min-\max)_{\text{müdahale}} = 100.00(20-500); MD(\min-\max)_{\text{kontrol}} = 190.00(80-550)]$ ve ilk 24 saatteki DSK ortancasının $[MD(\min-\max)_{\text{müdahale}} = 300.00(189-822), MD(\min-\max)_{\text{kontrol}} = 399.00(207-743)]$ düşük olduğu saptanmıştır. Kadınların doğumun dördüncü evresi ve ilk 24 saat toplam kanama miktarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubu kadınlardaki 500 ml'yi geçen DSK miktarı incelendiğinde; müdahale grubunun %9.1'inin/, kontrol grubunda

da %27'sinin DSK'sının 500 ml'yi geçtiği tespit edilmiştir. Kadınların DSK miktarının 500ml'yi geçmesine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). DSK yaşayan çalışma gruplarında; ilk bir saat [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 400.00(40-450)$; $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 325.00(150-550)$] ve ilk 24 saatteki DSK ortancasının [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 638.00(574-822)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 592.00(501-743)$] benzer olduğu belirlenmiştir. Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; DSK'sı 500ml'yi geçen kadınların DSK nedenleri incelendiğinde; bazı kadınlarda DSK yalnızca bir nedene bağlı iken, bazı kadınlarda iki nedene bağlı olduğu saptanmıştır. DSK yaşayan kadınlarda yalnızca bir nedene bağlı kanamalar incelendiğinde; i) Müdahaleli doğum (M=1 kişi; K=4 kişi), ii) Perineal laserasyon (K= 2 kişi), ve iii) Uterin atoni (K= 1 kişi) olarak sıralandığı belirlenmiştir. Bununla birlikte; iki nedene bağlı DSK'lar incelendiğinde; i) Müdahaleli doğum ve perineal laserasyon (M= 1 kişi; K= 2 kişi), ii) Uterin atoni ve perineal laserasyon (M= 1 kişi) ve iii) Müdahaleli doğum ve uterin atoni (K= 1 kişi) olarak sıralandığı belirlenmiştir. Kontrol grubundaki bir kadında epizyotomi uygulaması sırasında 1.-2. derece laserasyonda ve epizyotomide genişleme görülmüş olup, bu durum DSK'yı arttırmada etkili olmuştur.

Araştırmamızda kadınlara iki veya daha fazla ek uterotonik uygulanma durumu incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların %12.1'i, kontrol grubundakilerin ise %18.9'una ek uterotonik uygulandığı belirlenmiştir. Kadınların ek uterotonik uygulanma ihtiyacına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Tabloda yer almayan, ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; en sık kullanılan ek uterotonik ajan ise misoprostoldür (M= %75.0; K= %85.7). Bununla birlikte, kontrol grubundan bir kadına ergometril ve misoprostol birlikte ek uterotonik olarak kullanılırken; müdahale grubunda ise bir kadına oksitosin, misoprostol ve ergometril birlikte ek uterotonik olarak kullanılmıştır. Kadınlara uygulanan ek uterotoniklerin, uterin atoniden bağımsız olarak, genellikle profilaktik amaçlı kullanıldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda, DSK'sı 500ml'yi geçen kadınlardan sadece ikisine ek uterotonik başlandığı tespit edilmiştir. DSK meydana gelip ek uterotonik başlanan kadınlardan;

müdahale grubundakine misoprostol, kontrol grubundakine ise ergometril ve misoprostol uygulanmıştır.

Araştırmamızda kadınların antenatal ve postpartum dönemde hemoglobin ve hematokrit değerleri müdahale ve kontrol grubu ile grup içi ve gruplar arası karşılaştırılmıştır. Tablo incelendiğinde; antenatal dönemde ve doğum sonrası, hemoglobin [Antenatal dönem ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 12.03 \pm 1.08$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 12.35 \pm 1.18$); doğum sonu dönem ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 11.24 \pm 1.20$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 11.46 \pm 1.25$)] ve hematokrit puan ortalamaları [Antenatal dönem ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 36.12 \pm 2.75$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 36.93 \pm 3.08$); doğum sonu dönem ($\bar{x} \pm SS_{\text{müdahale}} = 34.30 \pm 3.08$, $\bar{x} \pm SS_{\text{kontrol}} = 34.16 \pm 3.43$)] arasındaki farkın benzer olduğu saptanmıştır. Kadınların hemoglobin ve hematokrit değerlerinin ortalamasına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Bununla birlikte; doğum öncesi ve doğum sonrasında hemoglobin ve hematokrit değerlerinde zaman içinde gözlenen değişimler müdahale ve kontrol grubunda benzer bulunmuştur (Hemoglobin: $F = 0.289$, $p = 0.593$; Hematokrit: $F = 2.201$, $p = 0.143$). Kadınların, antenatal ve postpartum hemoglobin değerleri arasındaki fark müdahale [MD(min-max) = 0.70(0.00-2.50)] ve kontrol [MD(min-max)_{kontrol} = 0.80(0.00-2.50)] gruplarında benzer olup, istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). Bununla birlikte antenatal ve postpartum dönemde gözlenen hemoglobin ve hematokrit değerlerine göre müdahale ve kontrol gruplarında grup içindeki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tablo 4.10. Kadınların İkinma, Perineal Laserasyon, Epizyotomi, Emzirme ve Uterin Masaja İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubunda Doğum Sonu Kanama (DSK) Durumuna Göre Dağılımı

İkinma, Perineal Laserasyon, Epizyotomi, Emzirme ve Uterin Masaja İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu			Kontrol Grubu		
	DSK \geq 500ml n=3	DSK <500ml n=30	n (%)	DSK \geq 500ml n=10	DSK <500ml n=27	n (%)
	İstatistiksel Analiz*			İstatistiksel Analiz*		
Açık glottis ikinma tekniği kullanımı						
Kullanıyor	3 (100.0)	26 (86.7)		1 (10.0)	6 (22.2)	p=0.647
Kullanmıyor	-	4 (13.3)		9 (90.0)	21 (77.8)	
Perineal laserasyon						
Gelişti	1 (33.3)	26 (86.7)		6 (60.0)	19 (70.4)	p=0.696
Gelişmedi	2 (66.6)	4 (13.3)		4 (40.0)	8 (29.6)	
Epizyotomi						
Uygulandı	2 (66.6)	21 (70.0)		7 (70.0)	18 (67.6)	p=1.000
Uygulanmadı	1 (33.3)	9 (30.0)		3 (30.0)	9 (32.4)	
Uterin masaj yapma durumu						
Uyguladı	3 (100.0)	29 (96.7)		-	-	-
Uygulamadı	-	1 (3.3)		10 (100.0)	27 (100.0)	
Emzirmeye ilk yarım saatte başlama						
Evet	3 (100.0)	27 (90.0)		2 (20.0)	2 (7.4)	p=0.291
Hayır	-	3 (10.0)		8 (80.0)	25 (92.6)	
		Median (Min-Max)			Median (Min-Max)	
Emzirme süresi (dk)	10.00 (5-15)	20.00 (10-30)	z=2.415, p=0.016	10.00 (2-15)	10.00 (3-30)	z=0.730, p=0.465
LATCH emzirme ve tanımlama puanı						
24 saat sonu	9.00 (7-10)	10.00 (7-10)	z=1.039, p=0.299	8.50 (6-9)	9.00 (5-10)	z=0.661, p=0.508

*Fisher ki-kare testi ve "Mann Whitney U testi" kullanılmıştır.

Tablo 4.10’da araştırmaya katılan kadınların emzirme ve uterin masaja ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubunda, DSK durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, müdahale grubunda DSK yaşayan kadınların tamamında ilk yarım saatte emzirmeye başlandığı, bununla birlikte müdahale grubunda DSK yaşayan kadınlarda DSK yaşamayanlara göre emzirmenin süresinin daha kısa olduğu [Emzirme süresi (dk) (MD(min-max) $_{\geq 500\text{ml}}$ = 10.00(5-15)), MD(min-max) $_{< 500\text{ml}}$ = 20.00(10-30))] ve LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanının daha düşük olduğu [MD(min-max) $_{\geq 500\text{ml}}$ = 9.00(7-10); MD(min-max) $_{< 500\text{ml}}$ = 10.00(7-10)] saptanmıştır. Kontrol grubu bulguları incelendiğinde; DSK kanama yaşayan ve yaşamayan kadınların çoğunluğunun doğum ilk yarım saatten sonra emzirmeye başladığı (DSK $_{\geq 500\text{ml}}$ = %80.0, DSK $_{< 500\text{ml}}$ = %92.6), emzirme süresinin [(MD(min-max) $_{\geq 500\text{ml}}$ = 10.00(2-15), (MD(min-max) $_{< 500\text{ml}}$ = 10.00(3-30))] ve LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puan ortancasının benzer olduğu [MD(min-max) $_{\geq 500\text{ml}}$ = 8.50(6-9); MD(min-max) $_{< 500\text{ml}}$ = 9.00(5-10)] saptanmıştır. Emzirmeye ilk yarım saatte başlama, LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puan ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubunun DSK yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Emzirme süresi ortancalarına göre müdahale grubunda DSK yaşama durumu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli iken ($p<0.05$), kontrol grubunda aradaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Müdahale grubu ve kontrol grubu kadınlarda; açık glottis ıkınma tekniği kullanma, perineal laserasyon durumu, epizyotomi uygulanma ve uterin masaj uygulama yüzdesine göre DSK yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.11. Kadınların Taburculuk Sonrası İkincil/Geç Kanamaya ve Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

İkincil/Geç Kanama ve Sağlık Durumuna İlişkin Bazı Özellikler	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz (Fisher Ki-Kare)
	n=33 n (%)	n=37 n (%)	
İkincil/Geç Kanama			
Yaşandı	2 (6.1)	5 (13.5)	p=0.434
Yaşanmadı	31 (93.9)	32 (86.5)	
Enfeksiyon durumu			
Var	2 (6.1)	5 (13.5)	p=0.434
Yok	31 (93.9)	32 (86.5)	
Hastaneye sağlık sorunu nedeniyle tekrarlı başvuru yapma			
Başvurdu	3 (9.1)	3 (8.1)	p=1.000
Başvurmadı	32 (90.9)	34 (91.9)	

Tablo 4.11’de araştırmaya katılan kadınların taburculuk sonrası ikincil/geç kanamaya ve sağlık durumlarına ilişkin özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların %6.1’i, kontrol grubundakilerin ise %13.5’i taburculuğu takiben doğum sonu 6 haftalık süreçte ikincil/geç kanama ve/veya enfeksiyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlar yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle tekrar hastaneye başvurma durumları incelendiğinde; müdahale grubu kadınların %9.1’i, kontrol grubu kadınların %8.1’i rutin doğum sonu kontrolleri dışında yeniden hastaneye başvuru yapmıştır. Kadınların ikincil/geç kanama, enfeksiyon ve tekrar hastaneye başvuru yapma durumuna göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Araştırmamızda, tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen bulgulara göre; hastaneye sağlık sorunu nedeniyle başvuru yapan kadınlardan müdahale grubunda yer alanlardan bir kişiye kanama, bir kişiye enfeksiyon tanısı konulmuş olup, bir kişi de önerilerle tekrar kontrole çağırılmış; kontrol grubunda ise iki kadına kanama, bir kadına enfeksiyon tanısı konulmuştur. Bununla birlikte, kadınların muayenesini takiben; kontrol grubu kadınlara enfeksiyon nedeniyle antibiyotik tedavisi; müdahale grubu kadınlardan ise bir kişiye antibiyotik, bir kişiye analjezik tedavi ve bir kişiye de tek doz uterotonik ilaç tedavisi (misoprostol) başlanmıştır. Bununla birlikte; ilk 24 saat müdahale grubundaki kadınların %9.1’inin,

kontrol grubundaki kadınların %27'sinin kanama miktarındaki artış ölçülerek belirlenmiştir (Bkz Tablo 4.9.). Doğum sonu ilk 24 saati takiben, doğum sonu altı haftalık süreç tamamlanana kadar; müdahale grubunda bir kadın (%3.0), kontrol grubunda ise beş kadın (%13.5) loşiya miktarında artış olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamında ilk 24 saat enfeksiyon bulgusuna ve loşiyada kötü kokuya rastlanmamıştır. Doğum sonu ilk 24 saati takiben doğum sonu altı haftalık süreç tamamlanana kadar; müdahale grubundan üç kadın (%9.1), kontrol grubundan dört kadın (%10.1) loşiyada kötü koku olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 4.12. Kadınların Doğum Sonu İlk 10 Gün İçerisindeki Ped Değişim Ortancalarına İlişkin Özelliklerin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Doğum Sonu İlk 10 gün	Değiştirilen Ped Sayısı		İstatistiksel Analiz (Mann Whitney U Testi)
	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Birinci gün	6.00 (4-7)	3.00 (2-9)	z=6.333, p<0.05
İkinci gün	5.00 (4-7)	3.00 (2-7)	z=5.643, p<0.05
Üçüncü gün	5.00 (4-7)	3.00 (1-6)	z=5.620, p<0.05
Dördüncü gün	5.00 (4-6)	3.00 (2-5)	z=6.655, p<0.05
Beşinci gün	5.00 (4-7)	3.00 (1-6)	z=6.654, p<0.05
Altıncı gün	5.00 (3-6)	2.00 (1-6)	z=6.148, p<0.05
Yedinci gün	5.00 (4-7)	2.00 (1-5)	z=6.934, p<0.05
Sekizinci gün	5.00 (4-6)	2.00 (1-5)	z=6.861, p<0.05
Dokuzuncu gün	5.00 (4-7)	2.00 (1-5)	z=6.821, p<0.05
Onuncu gün	4.00 (3-5)	2.00 (1-5)	z=5.497, p<0.05

Tablo 4.12'de araştırmaya katılan kadınların ilk 10 gün içerisinde ped değişimi ortancalarına ilişkin özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale grubundaki ped değişiminin ilk 10 günlük sürede kontrol grubuna göre fazla sayıda olduğu belirlenmiştir. Kadınların ilk 10 günlük ped değişimine ilişkin günlük değiştirilen ped sayısı ortancasına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.13. Kadınların Doğum Sonu Dönemde Loşianın Bazı Özelliklerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Loşianın Bazı Özellikleri	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Yates ki-kare)
	n (%)	n (%)	
Loşia rubra (1-3 gün)			
Normal	33 (100.0)	37 (100.0)	-
Anormal	-	-	-
Loşia seroza (4-10 gün)			
Normal	26 (78.8)	23 (62.2)	X ² =1.572
Anormal	7 (21.2)	14 (37.8)	p=0.210

Tablo 4.13.'te araştırmaya katılan kadınların ilk 10 gün içerisinde loşiaya ilişkin bazı özelliklerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubundaki kadınların tamamı ilk üç gün loşia renginin “loşia rubra” ile uyumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla birlikte 4.-10. günlerde; müdahale grubunun %78.8'i, kontrol grubunun %62.2'si loşianın “loşia seroza” ile uyumlu olduğunu ifade etmişlerdir. Kadınların loşia rubradan loşia serozaya dönüşüme ilişkin yüzdelerine göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$). Tabloda yer almayan ancak araştırmadan elde edilen verilere göre; doğum sonu yedinci, sekizinci, dokuzuncu ve onuncu günlerde ise müdahale grubunun tamamına yakınında (%97.0) loşia seroza dönüşümünün tamamlandığı saptanmıştır. Kontrol grubunda ise loşia serozaya dönüşümün müdahale grubuna göre (Yedinci gün= %78.4; Sekizinci gün= %83.8; Dokuzuncu gün= %89.2; Onuncu gün= %91.9) daha uzun sürdüğü belirlenmiştir.

Müdahale ve Kontrol Grubundaki Kadınların LATCH Emzirme ve Tanılama, Görsel Ağrı Skalası ve Optimalite İndeksi-TR Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.14. Doğum Sonu Dönemde Annelerin LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği Puan Ortalamalarının Değerlerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Mann Whitney U testi)
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Doğum sonu ilk emzirme	10.00 (8-10)	8.00 (4-10)	z=4.811, p<0.001
Doğum sonu 24 saat sonra emzirme	10.00 (7-10)	9.00 (5-10)	z=4.033, p<0.001
10. gün emzirme	9.00 (7-10)	9.00 (4-10)	z=1.698, p=0.089
14. gün emzirme	9.00 (8-10)	10.00 (5-10)	z=1.436, p=0.151
42. gün emzirme	10.00 (8-10)	10.00 (8-10)	z=0.656, p=0.512

Tablo 4.14.'te araştırmaya katılan kadınların LATCH emzirme ve tanılama ölçeğine ilişkin doğum sonu ilk emzirme, 24 saat sonra, 10. gün, 14. gün ve 42. gün emzirme davranışına ilişkin ölçümlerinin müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre doğum sonu ilk emzirme [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 10.00(8-10)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 8.00(4-10)$] ve 24 saat sonra emzirme [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 10.00(7-10)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 9.00(5-10)$] ölçek ortancalarının daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Bu bulguya göre müdahale grubu kadınların doğum sonu ilk 24 saatlik dönemde olumlu emzirme davranışlarının, kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ifade edilebilmektedir. Kadınların doğum sonu ilk emzirme ve doğum sonu 24 saat sonra emzirme davranışlarının LATCH emzirme ve tanılama ölçeği ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

Araştırmamızda, kadınların hastanede ilk 24 saatini tamamlarını takiben, taburcu olduktan sonra emzirme davranışlarının, müdahale ve kontrol grubunda ölçek puan ortancalarının benzer olduğu görülmektedir. Kadınların doğum sonu 10., 14. ve 42. gün LATCH emzirme ve tanılama ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.15. Doğum Eyleminde ve Doğum Sonu Dönemde Annelerin Görsel Ağrı Skalası Puan Ortancalarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Görsel Ağrı Skalası	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Mann Whitney U testi)
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
Latent faz	2.00 (0-7)	2.00 (0-8)	$z=1.296, p=0.195$
Aktif faz	6.00 (3-8)	7.00 (2-10)	$z=3.122, p=0.002$
Geçiş fazı	9.00 (3-10)	10.00 (6-10)	$z=5.446, p<0.001$
Doğum sonu ilk 4 saat	3.00 (1-8)	2.00 (0-8)	$z=1.513, p=0.130$
Doğum sonu ilk 24 saat	2.00 (0-7)	2.00 (0-8)	$z=0.294, p=0.769$

Tablo 4.15'te araştırmaya katılan kadınların görsel ağrı skalası puanlarının, doğum eyleminde ve doğum sonu ilk 24 saat sürecine ilişkin ortancalarının müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Doğum eyleminin birinci evresine ilişkin görsel ağrı skalası ortancaları incelendiğinde; latent fazda skala ortancasına göre kadınların ağrı algısının gruplar arasında benzer [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 2.00(0-7)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 2.00(0-8)$] olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte; özellikle aktif faz [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 6.00(3-8)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}=7.00(2-10)$] ve geçiş fazında [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 9.00(3-10)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}=10.00(6-10)$] müdahale grubundaki kadınların algıladığı ağrının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Kadınlar, doğumun birinci evresinin latent fazında görsel ağrı skalası ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz iken ($p>0.05$); aktif ve geçiş fazında ise gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte doğum sonu dönemde görsel ağrı skalası ortancalarına göre; ilk 4 saat [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 3.00(1-8)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 2.00(0-8)$] ve ilk 24 saat sonunda [$MD(\min-\max)_{\text{müdahale}}= 2.00(0-7)$, $MD(\min-\max)_{\text{kontrol}}= 2.00(0-8)$] kadınların algıladığı ağrı düzeyinin benzer olduğu belirlenmiştir. Kadınların doğum sonu ilk 4 saat ve ilk 24 saat sonunda görsel ağrı skalası ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4.16. Kadınların Optimalite İndeksi-TR (Oİ-TR) Puanlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Oİ Alt Grupları	Müdahale Grubu n=33	Kontrol Grubu n=37	İstatistiksel Analiz (Mann Whitney U testi)
	Median (Min-Max)	Median (Min-Max)	
POİ*	91.00 (77-100)	91.00 (72-100)	z=-0.144, p=0.886
Oİ**	86.00 (64-93)	76.00 (69-88)	z=-5.965, p<0.001
Oİ-TR Toplam Puan	87.00 (72-92)	79.00 (70-90)	z=-4.691, p<0.001

*Perinatal özgeçmiş indeksi

**Gebelik, doğum, doğum sonu dönemi ve yenidoğanı kapsamaktadır.

Tablo 4.16.'da araştırmaya katılan kadınların Optimalite İndeksi-TR puan ortancalarının müdahale ve kontrol grubuna göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; müdahale ve kontrol grubu kadınlarda Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ortancalarının [MD(min-max)_{müdahale}= 91.00(77-100), MD(min-max)_{kontrol}= 91.00(72-100)] benzer olduğu görülmektedir. Kadınların PÖİ puan ortancalarının müdahale ve kontrol grubunda homojen olarak dağıldığı belirlenmiştir.

Araştırmamızda, müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre; şimdiki gebeliği, doğum eylemi, doğum sonu dönemi kapsayan ölçeğin Oİ bölümü ortancası [MD(min-max)_{müdahale}= 86.00(64-93), MD(min-max)_{kontrol}= 76.00(69-88)] ve toplam Oİ-TR puan ortancasının [MD(min-max)_{müdahale}= 87.00(72-92), MD(min-max)_{kontrol}= 79.00(70-90)] yüksek olduğu belirlenmiştir. Kadınlar, PÖİ puan ortancalarına göre müdahale ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz iken ($p>0.05$); Oİ ve toplam Oİ-TR puan ortancalarına göre gruplar arasındaki fark önemli bulunmuştur ($p<0.05$).

5. TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde, uterus, vajina ve diğer genital organlar gebelik öncesi dönemdeki boyutlarına gerilerken; memeler de laktasyon sürecine hazırlanmaktadır. Bu değişim aşamasında yaşamı tehdit eden bazı sağlık sorunları da ortaya çıkabilmektedir (1,54). Yaşamı tehdit eden kadın sağlığı sorunları arasında DSK'lar ilk sırada yer almaktadır (5-7). DSK'lar hem vajinal hem sezaryen doğumda maternal mortalite ve morbiditenin önlenabilir en önemli nedenini oluşturmaktadır (1,54). Anne ölümlerinde perinatal süreçte yaşamı tehdit eden kanamalar içerisinde DSK'ların payı %73'tür (6). DSK'lar gelişmekte olan ülkelerde önemli bir kadın sağlığı sorunu olmanın yanında (17-19), gelişmiş ülkelerde de önemini korumaktadır (63-66). Gelişmekte olan ülkelerde DSK insidansı %10-30 arasında değişirken (17-20), gelişmiş ülkelerde ise %1-5'tir (8,10-16,63-65). DSK'ların önlenabilir anne ölümleri arasında yer almasının en önemli nedeni, tanılanmasının gecikmesidir. Tanılamada yaşanan bu gecikme de DSK'lara müdahaleleri geciktirmektedir (9).

DSK'ların erken dönemde tanılanması ve gerekli müdahalelerin yapılması, standart ve objektif ölçüm araçları kullanılarak kanamanın değerlendirilmesi ile mümkündür. Araştırmamızda müdahale ve kontrol grubundaki vajinal doğum yapan kadınların doğum sonu ilk 24 saatlik süreçte kanama takipleri standart ve objektif ölçüm araçları ile değerlendirilmiştir. DSK'da kullanılan bu ölçüm araçları BRASS-V Drape (18,50,54) ve hassas tartıdır (18,51,52,54). Araştırmamızda ilk 24 saat sonunda yapılan ölçümler sonucunda; müdahale grubundaki kadınlarda DSK miktarının, kontrol grubuna göre düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bu bulguya ek olarak; 500ml'yi geçen DSK durumu değerlendirildiğinde, bu oranın müdahale grubunda %9.1, kontrol grubunda %27 olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). DSK yaşayan kadınların kanama miktarları da müdahale ve kontrol grubunda benzer orandadır ($p>0.05$) (Tablo 4.9.). Literatürde birincil/erken DSK oranlarının %1-30 arasında değiştiği görülmektedir (8,10-19,63-65). Araştırmamızda DSK oranlarının; gelişmiş ülkelere (%1-5) göre yüksek (8,10-16,63-65), özellikle kontrol grubu sonuçlarının gelişmekte olan ülkelerle (%10-30) benzer (17-19,64) olduğu görülmektedir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda (85,176), DSK oranları arasındaki farkın doğum sonu ilk 24 saatte standart bir değerlendirme yapılmamasından kaynaklandığı

düşünülmektedir. Ayrıca DSK takibi yapılan çalışmalarda, DSK için farklı eşik değerlerin kabul edildiği görülmektedir. Bu eşik değerlerde DSK'lar; i) 500 ml ve üzeri DSK'lar (83,176-180), ii) ≥ 1000 ml ve üzeri DSK'lar (44,83,176,177) ve iii) 1500 ml ve üzeri DSK'lar (66) olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle yapılan çalışmalarda DSK oranları ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılmaktadır. Geller ve ark. (180)'nın Hindistan'da DSK için düşük risk taşıyan kadınlarda yaptığı çalışmada, DSK için eşik değer 500 ml olarak değerlendirilmiş olup, doğum sonu ilk 2 saat içinde BRASS V Drape ile kanama takibi sonucunda DSK oranı %9.2 olarak bulunmuştur. Doğum sonu kanama ölçümünün ilk iki saat ile sınırlı kalması nedeniyle, ilk 24 saatlik DSK oranının daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir. Lao ve ark. (176)'nın çalışmasında vajinal doğumda eşik değer 500 ml, sezaryende ise 1000 ml olarak alınmakla birlikte; DSK miktarı vajinal doğumda, böbrek küvet, ped ve yatak takımlarındaki kanama alanlarının ağırlığı tahmin edilerek; sezaryende ise cerrahi sırasında spanç/ped, aspirasyon sıvıları tahmini olarak ölçülerek değerlendirilmiştir. Ajenifuja ve ark.(179)'nın çalışmasında da, vajinal doğum yapan kadınlar çalışmaya dahil edilmiş olup; 500 ml eşik değer olarak DSK için alt sınır olarak kabul edilmiş ve DSK ise tahmini olarak yapılmıştır. Lao ve ark. (176) ile Ajenifuja ve ark.(179)'nın çalışmalarında DSK takibinin ilk 24 saat ölçülüp ölçülmediği ile ilgili bilgi bulunmamaktadır. Ngwenya'nın (80) çalışmasında DSK oranı %1.6 olarak belirlenmiş ve DSK ölçümü tahmini olarak yapılmıştır. DSK tanısı konulup, vajinal doğum yapan annelerin %73'ünde DSK 500-1000 ml arasında; sezaryenle doğumu gerçekleştiren annelerin ise %78'inde 1000-1500 ml arasında bildirilmiştir. Literatürde de görüldüğü gibi DSK oranları ile ilgili verilerin heterojen olduğu, farklı eşik değerlerle çalışma kriterlerini belirledikleri ve bazı çalışmalarda da ilk 24 saatlik ölçüme ilişkin kesin bir bilgi bulunmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

DSK'larda farklı sonuçlar çıkmasına katkı sağlayan en önemli uygulama DSK'ların nasıl ölçülüp tanılandığıdır. Yapılan çalışmalarda, DSK'yı tanımlayan yöntemler arasında kan kaybı ölçümünde belirgin bir farklılık bulunmaktadır (50,143-145). Kan kaybı ölçümünü hedefleyen çalışmalarda, ölçüm tekniğini dikkate alarak yorum yapılması gerektiği düşünülmektedir. Ngwenya'nın (80) çalışması bu düşünceyi doğrulamakla birlikte, çalışmanın sınırlılıklarında yazarlar; kanamayı tahmini olarak belirlediklerini, yapılan ölçümlerde bir standart olmadığını, farklı

klinsiyenlerin farklı sınıf, eğitim ve tecrübelerden geçmeleri nedeniyle farklı DSK ölçümlerin olabileceğini belirtilmişlerdir (80).

Araştırmamızda DSK ortancası ve yüzdelerinin müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğunun belirlenmesine ek olarak; çalışma gruplarında DSK'nın değerlendirilmesinde hemoglobin ve hematokrit değerlerine ilişkin sonuçlar da incelenmiştir. Araştırmamızda çalışma grupları arasında, antenatal ve postpartum döneme ilişkin hemoglobin ve hematokrit değerlerinde fark bulunmazken ($p>0.05$), her iki grupta grup içinde antenatal ve postpartum dönem arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9.). Bu bulgulara ek olarak; DSK yaşayan kadınlarda DSK deneyimlemeyenlere göre postpartum hemoglobin düzeyinin daha düşük ve antepartum döneme göre postpartum hemoglobin düzeyi farkının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgular klinik olarak anlamlı olmasına rağmen, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Ek Tablo 3). Literatürde, kadınlarda hemoglobin düzeylerinin; gebelik sürecinde aneminin DSK üzerine etkisi ve anemi ile DSK arasındaki ilişkisi (98,99,181), doğumun üçüncü evresinde sadece oksitosin kullanımı/oksisosin kullanımı ile birlikte uterin masaj uygulanması (36), perineal travmalar/doğumda uygulanan müdahaleler (epizyotomi gibi) (116) ve doğum sonunda uygulanan cerrahiler (histerektomi, B-Lynch süturu gibi) (98) açısından değerlendirildiği vurgulanmaktadır. Frass'ın (98) çalışmasında, gebelikte hemoglobin seviyesi 11g/dL'nin altında olan kadınların %29.1'inde DSK yaşandığı vurgulanmakta olup, bu kadınların %39.6'sında uterin atoni yaşanmasını takiben histerektomi uygulanırken; %60.3'üne konservatif tedaviler (Ek uterotonik uygulanması, B-Lynch süturu, uterin arter ligasyonu, internal iliak arter ligasyonu) uygulandığı belirtilmiştir. Aynı zamanda, histerektomi uygulanan kadınların %81'inin hemoglobin seviyesinin ise 7g/gL'nin altında olduğu saptanmıştır. Kavle ve ark. (99)'nın çalışmasında ise; gebelikte hemoglobin değeri 9g/dL altında olan kadınların doğum sonu dönemde en çok kanama yaşayan grup olduğu vurgulanmakla birlikte; hemoglobin düzeyi düşük olan kadınlarda doğumda birinci evrenin uzaması, üçüncü evrede oksitosin uygulanması, plasental ağırlık, grand multiparite ve preterm eylemin doğum eyleminde aşırı kan kaybı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Butwick ve ark.(181)'nin çalışmasında, DSK ve gebelikte anemi yaşayan kadınların ciddi doğum

sonu anemi için risk altında olduğu saptanmıştır. Frass'ın (98), Kavle ve ark. (99) ve Butwick ve ark.(181)'nin çalışmaları gebelikteki hemoglobin seviyesine bağlı olarak doğum sonrası hemoglobin seviyesi, DSK durumu, uygulanan cerrahi ve koruyucu girişimler ile ilgili sonuçları vurgularken; diğer çalışmalarda ise (36,116) doğum sonu hemoglobin seviyeleri kullanılarak sonuçlar değerlendirilmiştir. Chen ve ark. (36)'nın RKC'nda, oksitosin uygulanan kadınlarla, oksitosinle birlikte uterin masaj uygulanan kadınların DSK sonuçları incelendiğinde; her iki grupta hemoglobin düzeylerinin ve DSK'ya ilişkin bulguların benzer olduğu vurgulanmaktadır. Rubio-Alvarez ve ark. (116)'nin kohort tipi çalışmasında, vajinal doğumdan sonra perineal travmaların dereceleri ve hemoglobin düzeyleri incelenmiştir. Araştırmada kadınların %47'sinde perineal travma gelişmiş ve %38'inde de epizyotomi uygulaması gerçekleşmiş olup; perineal laserasyon gelişmesi, epizyotomi uygulamasına perineal laserasyonun eşlik etmesi ve epizyotomi uygulanan kadınlarda üçüncü ve dördüncü derece laserasyonların gelişmesi durumunda hemoglobin konsantrasyonunun giderek azaldığı vurgulanmaktadır. Araştırmamızda da, hemoglobin seviyesinin doğum sonu dönemde azalma eğiliminde olduğu ve özellikle DSK yaşayan kadınlarda hemoglobin seviyesinde daha fazla düşüş yaşandığı belirlenmiştir. Araştırmamızda hem hemoglobin seviyesindeki azalma hem de DSK oranı, DSK nedenleriyle birlikte ilişkilendirildiğinde bulgularımızın perineal travmalara ilişkili literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda doğum sonu dönemde kanaması 500 ml'yi geçen kadınların DSK nedenleri incelendiğinde; bazı kadınlarda DSK bir neden bağlı iken (Epizyotomi uygulaması gibi), bazı kadınlarda birden fazla nedenle (epizyotomi ve perineal laserasyon gibi) ilişkili olduğu saptanmıştır. DSK'ya yol açan tekli nedenler incelendiğinde ilk sırayı müdahaleli doğum (epizyotomi uygulaması) (M= 1 kişi; K= 4 kişi) almaktadır. Epizyotomi uygulamasını ise perineal laserasyon (K= 2 kişi) ve uterin atoni (K= 1 kişi) izlemektedir. Doğum sonu kanamalara neden olan faktörlere ilişkin ikili nedenler incelendiğinde ise sıklıkla epizyotomi uygulamasına perineal laserasyonların eşlik ettiği (M= 1 kişi; K= 2 kişi) belirlenmiştir. Bununla birlikte; DSK gelişen diğer iki anneden birinde uterin atoniye perineal laserasyon eşlik ederken (M= 1 kişi); diğerinde ise uterin atoni ile birlikte epizyotomi uygulaması yapıldığı (K= 1 kişi) belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımıza göre DSK nedenlerini

çoğunlukla epizyotomi uygulaması ve perineal laserasyonlar oluşturmaktadır. Bununla birlikte literatürde ise DSK nedenleri arasında ilk sırayı uterin atoninin aldığı belirtilmekle (13,14,18,44,80,81) birlikte perineal travma ve müdahaleli doğum ise uterin atoniye takip etmektedir (14,18,54,76,80). Ngwenya'nın (80) çalışmasında DSK'nın nedenleri sıra ile; uterin atoni (%82.4), perineal travma (%13.5) ve plasenta retansiyonu (%2.7) olarak bulunmuştur. Abdul-Kadir ve ark.(14)'nın çalışmasında da, uterin atoninin DSK'ın %80'inden sorumlu tutulduğu belirtilmekle birlikte, diğer nedenler; plasental sorunlar (plasenta retansiyonu, plasenta previa), genital travmalar, sistemik hastalıklar olarak sıralanmaktadır. İjaiya ve ark.(81)'nin çalışmasında ilk üç sırayı uterin atoni (%53.8), genital yol travmaları (%19.8) ve plasenta retansiyonu/koagülom birikimi (%18.1) almaktadır. Ononge ve ark.(17)'nin çalışmasında ise epizyotomi ve perineal yırtıklar; DSK'ya neden olan faktörler arasında bir arada belirtilmiş olup, vajinal doğum yapan kadınlarda DSK'nın %15.9'undan sorumludur. Araştırmamızda, uterin atoninin DSK nedenleri arasında ilk sırada yer almamasının sebebi olarak; doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde uterotoniklerin standart kullanımı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte; araştırmanın yürütüldüğü hastanede uterin atoni için risk oluşturabilecek bazı durumlarda da (parite sayısının yüksek olması gibi) ek uterotoniklerin profilaktik amaçlı kullanıldığı gözlemlenmiştir.

Araştırmamızda DSK'nın nedenleri arasında ilk sırada yer alan epizyotomi uygulaması (Tablo 4.9.), literatürde doğumda en sık uygulanan müdahale olarak tanımlanmaktadır (1,11,18,182,183). Araştırmamızda epizyotomi ve laserasyon gibi perineal travmaları azaltmak amacıyla perine koruyucu yaklaşım uygulanmıştır. Perineal masaj uygulamasını gerçekleştiren kadınların perine bölgesi müdahalesiz doğuma uygun olsa bile klinikte rutin epizyotomi uygulandığı için; müdahale ve kontrol grubunda epizyotomi oranları benzer (M=%69.7; K=%67.6) olarak saptanmıştır (Tablo 4.4.). Bununla birlikte müdahale grubunda, epizyotomi sırasında sınırlı düzeyde kesi uygulandığı gözlenmiştir. Bu nedenle müdahale grubunda sadece iki kadında DSK epizyotomi uygulamasına bağlıdır. DSK yaşayan kontrol grubunda ise hem epizyotomi, hem de laserasyonların daha yüksek sayıda olduğu görülmektedir (Tablo 4.9.). Bu sonuçlar doğrultusunda; doğumda epizyotomi uygulamasının perine bütünlüğünün korunmasını olumsuz etkilediği ve DSK'ların

artmasına neden olduğu görülmektedir. Epizyotominin genel olarak doğum kanalını genişletme, anal sfinkteri ve perineyi laserasyonlardan koruma amaçlı uygulandığı vurgulansa da (1,182,183), güncellenmiş ve kanıta dayalı çalışmalar bu bilgiyi doğrulamamaktadır (9,13,116,184,185). Jiang ve ark.(185)'nin Cochrane derlemesinde, epizyotominin seçici bir şekilde uygulanmasının, ciddi perineal travmayı azalttığı belirtilmekte olup; ciddi perineal travmayı azaltmada rutin epizyotomi uygulamasının mevcut kanıtlarla desteklenmediği de belirtilmektedir. Junior ve Junior'un (184) derlemesinde; epizyotominin doğumun ikinci evresinde seçici olarak uygulanmasının ciddi laserasyon riskini azalttığını, epizyotominin rutin olmaktan çıkarılmasını ve doğru cerrahi teknikle uygulanması vurgulamışlardır. Anderson ve Etches'in çalışmasında (13), rutin epizyotominin sfinkter laserasyonlarını ve DSK'ları arttırdığına dair kanıt düzeyinin yüksek olduğu vurgulanmaktadır. Shumeli ve ark.(186)'nin çalışmasında da, epizyotominin üçüncü derece perineal yırtıkları ve DSK'yı artırdığı saptanmıştır. Apurva ve ark.(187)'nin çalışmasında sınırlı epizyotomi uygulanan kadınların %75'inde birinci, %25'inde ikinci derece perineal laserasyon görülürken; rutin epizyotomi uygulanan kadınların %95'inde ikinci derece, %5'inde üçüncü derece laserasyonlar geliştiği saptanmıştır. Combs ve ark. (188)'nin çalışmasında, epizyotomi uygulamasının DSK'yı 4-5 kat, perineal laserasyonları da 2 kat arttırdığı tespit edilmiştir. Araştırmamızda, DSK riskini artıran faktörlere göre DSK yaşayan kadınlarda perineal laserasyon oranı (%46.2), DSK yaşamayan kadınlara göre (%21.1) daha yüksektir. Bununla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (Ki-kare: $p= 0.082$; Tek yönlü lojistik regresyon analizi: $p= 0.070$) (Bkz Ek tablo 3; Ek Tablo 4). Bu bilgiye ek olarak; kadınlara epizyotomi uygulanması da DSK yaşayan (%69.2) ve yaşamayan (%68.4) kadınlarda benzer oranlarda olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Bkz Ek Tablo 3). Araştırmamızda, her iki çalışma grubunda da her üç kadından ikisine epizyotomi uygulandığı belirlenmiştir. Owa ve ark.(189)'nin çalışmasında epizyotomi oranı %9.3 olarak belirlenmiş olup; epizyotomi oranlarının 20 yaş altında (%33), primipar gebelerde (%21), operatif doğumda (%83) ve hekimler tarafından yaptırılan doğumlarda arttığı vurgulanmaktadır. Carvalho ve ark.(190)'nin çalışmasında epizyotomi oranı %29 olup; epizyotomi uygulanan kadınların adolesan veya 35 yaş üzerinde, primipar ve

önceki doğumun sezaryenle gerçekleşmiş olan kadınlar olduğu belirtilmektedir. Yıldız-Karaahmet ve Yazıcı'nın (183) çalışmasında, doğumun ikinci evresinde epizyotomi uygulama oranlarının primiparlarda rutin bir uygulamaya dönüştüğü, multiparlarda ise gerekli durumlarda yapıldığı vurgulanmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda epizyotomi oranlarının %50 ile %89 arasında değişmekte olduğu, primipar kadınlarda bu oranın %90'ı aştığı belirtilmektedir (40,191). Sayiner ve Demirci'nin (40) perine masajına yönelik yaptıkları çalışmada, araştırmayı yürüttükleri hastanede epizyotomi oranlarının; primipar kadınlarda %97, multiparlarda %52 oranında gerçekleştiğini vurgulamışlardır. Çalışmamızda da; her iki grupta primiparların tamamına yakınına (M=%88.9; K=%94.7) epizyotomi uygulanmıştır. Müdahale grubunda yer alan multiparların yaklaşık yarısına (%46.7) epizyotomi uygulanırken, kontrol grubu multiparların %38.9'una bu uygulama yapılmıştır. Çalışma bulgularımızdaki epizyotomi oranı ülkemiz literatürü ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlara göre, kanıta dayalı uygulamalarda rutin epizyotomi uygulamasından vazgeçilmesi tavsiye edilse bile klinik alanda bu uygulamanın geleneksel olarak devam ettiği görülmektedir.

Doğum eyleminde epizyotomi gibi müdahaleleri azaltmak ve perineyi travmalardan korumak amacıyla perine koruyucu yaklaşımlar giderek önem kazanmaya başlamıştır (26-29,39-43,192). DSÖ'de 2018 yılı raporu intrapartum izlem bakıma yönelik güncel önerilerinde; perineal travmaları azaltan ve spontan doğumu kolaylaştıran teknikleri (perineal masaj, sıcak kompresler gibi) kadınların tercihlerine ve mevcut seçeneklere göre önermektedir (193). Günümüzde kadınların uygulayacağı birçok seçenek bulunmaktadır. Bu uygulamalar arasında; kadınların gebelik sürecinde uyguladığı "perine masaj" (26-28,39), güncel bir uygulama olan doğum eylemi sırasında uygulanan "steril obstetrik jel" (41,140,141,192) ve "açık glottis tipi ıkınma tekniği gelmektedir (27,29,30).

Gebeliğin 34.-35. haftasında uygulanmaya başlayan perine masajının literatürde; perine laserasyonlarını (26,41,43,194), müdahaleli doğumları (26,40,41,43), doğum sonu kanama ve enfeksiyonu azalttığı vurgulanmaktadır (26-28). Sayiner ve ark. (40)'nın çalışmasında, gebeliğinde perine masajı uygulanan kadınların %10'una epizyotomi uygulanırken; kontrol grubunda bu oran %92 olduğu

saptanmıştır. Johanson'ın (26) çalışmasında gebelikte perine masajı uygulanan primipar gebelerde perineal laserasyonların daha az geliştiği vurgulanmıştır. Bununla birlikte; doğum eyleminde perineal dokunun sert olması ve kuruluşu perineal laserasyonların gelişmesinde önemli rol oynamaktadır (195). Obstetrik jeli ile birlikte de doğumun ikinci evresinde perine masajı uygulanabilmektedir (196). Doğum eyleminde kullanılan “steril obstetrik jel”in su bazlı bir yapıya sahip olması nedeniyle (196) vajinal kuruluşu önleyerek ve sürtünmeyi azaltarak perineal travmaları engellemektedir (192). Rolinska ve ark.(192)'nin çalışmasında, obstetrik jelin, biyoadeziv koruyucu bir tabaka oluşturarak doğum kanalındaki sürtünmeyi azalttığı, perineal dokunun elastikiyetini arttırdığı vurgulanmaktadır. Bununla birlikte, obstetrik jelin kullanımı, doğum eylemi ve doğum sonu döneme ilişkin etkilerine yönelik sınırlı sayıda çalışma mevcut olup; doğum kanalındaki sürtünme kuvvetini azaltmada, perineal yırtıkların önlenmesinde ve doğum birinci/ikinci evresinin kısalmasında etkinliğini doğrulayan çalışmalar olduğu görülmektedir (140,141,194,197). Bu bilgilere ek olarak çalışmamızda, obstetrik jelin uygulama süreci sırasında doğum eylemi takip edilen gebelerde, (çalışmanın yürütüldüğü kurumun bir eğitim araştırma hastanesi olması nedeniyle) aynı zamanda sık vajinal tuşeye bağlı deşirür oluşumunu da engellediği gözlenmiştir. Bu bakımdan da, steril obstetrik jel, doğumun birinci evresinde ortaya çıkabilecek kanamaların azalmasına katkı sağladığı düşünülmektedir. Doğum eyleminde perine laserasyonlarını azaltabilen diğer bir uygulama ise “açık glottis tipi ıkınma”dır (27,29,30). Karaöz ve Saruhan'ın (27) çalışmasında, valsalva tipi ıkınan kadınlarda epizyotomi ve perine laserasyonların geliştiği, perineal dokunun hızlı bir şekilde gerilmesinin perineal travmaları arttırdığı vurgulanmaktadır. Hofmeyr'nin (198) çalışmasında, açık glottis tekniği ile ıkınan kadınlarda müdahaleli doğum yöntemlerinin azaldığı belirtilmektedir. Çalışmamızda müdahale grubundaki kadınlara antenatal dönemde açık glottis tipi ıkınma öğretilmesine bağlı olarak; müdahale grubu kadınların çoğunluğunun (M=%87.9; K=%18.9) “açık glottis (geç/spontan) ıkınma” tekniğini kullanmıştır (p<0.05) (Tablo 4.4). Çalışmamızda uygulanan perine koruyucu yaklaşımlar (perine masajı, obstetrik jel ve açık glottis ıkınma tekniği) sonucunda; birinci ve ikinci derece perineal laserasyonların müdahale grubunda (%18.2), kontrol grubuna (%32.4) göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ayrıca çalışmamızda;

epizyotomide ve/veya birinci/ikinci derece laserasyonda genişleme müdahale grubuna (1 kişi) göre kontrol grubunda (3 kişi) daha fazladır (Tablo 4.4.). Araştırma sonuçlarımız kadınlarda perine koruyucu yaklaşımların uygulanmasının perineal laserasyonları azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, her iki çalışma grubunda ıkınma tekniği, perineal laserasyon ve epzyotomi oranlarına göre DSK yaşama durumları arasındaki fark benzer bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.10.). Bu araştırma sonuçlarına göre **H_A ve H₁ hipotezi red edilmiştir.**

Steril obstetrik jel, doğum eyleminde perineal laserasyonları ve müdahaleleri azaltmasının yanında kadınlar için konforlu bir doğum süreci sağlamaktadır (192). Çalışmamızda, bu jelin yararlarından biri de kadınların algıladıkları ağrı ile ilişkilidir. Doğum eyleminin birinci ve ikinci evresinde uygulanan obstetrik jel ile birlikte, görsel ağrı skalası kullanılarak kadınların doğum eyleminde ağrıyı algılama durumları da değerlendirilmiştir. Özellikle doğum jelinin kullanılmaya başlandığı aktif faz ve geçiş fazında müdahale grubundaki kadınların algıladığı ağrı düzeyinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.15.). Bu bulguya göre müdahale grubundaki kadınların doğum eylemi sırasında uygulanan müdahalelerin (steril obstetrik jel uygulanması gibi) algılanan ağrı düzeyini azalttığı ve müdahale grubundaki kadınların doğumun birinci evresini daha konforlu geçirdikleri ifade edilebilmektedir. Bu araştırma sonuçlarına göre **H₂ hipotezi kabul edilmiştir.** Obstetrik jel fetüs doğum kanalından geçerken sürtünmeyi azaltmasına bağlı olarak algılanan ağrı üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Rolinska ve ark.(192)'nin çalışmasında, obstetrik jel kullanılan kadınların algıladıkları ağrı düzeyinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunsa bile bu bulgunun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirtilmektedir. Çalışmanın yazarları da bu bulguların çalışmanın metodolojisinden (Örnekleme sayısının küçük olmasından) kaynaklandığını vurgulamışlardır. Obstetrik jel kullanımının algılanan ağrıya etkisi ile ilgili bulgularımızın literatürle benzer olmadığı görülmekte olup; çalışma örneğimiz Rolinska ve ark.(192)'nin araştırmasına göre daha yüksektir. Bu nedenle eylem sırasındaki ağrıya yönelik anlamlı bir sonuç elde edilmiştir.

Doğum eyleminde, steril obstetrik jelin kullanılması çalışmamızda algılanan ağrıyı, perineal laserasyonları azaltmanın yanında doğumun birinci evresinin süresi

ile de ilişkili olduğu belirlenmiştir. DSÖ 2018 yılında, intrapartum izlem bakıma yönelik güncel önerilere göre birinci evrede; i) Latent faza yönelik standart bir sürenin olmadığı, bir kadından diğerine geniş ölçüde değişebileceği, ii) İlk doğumlarda birinci evrenin aktif ve geçiş fazının 12 saati geçmemesi gerektiği, iii) İki ve daha fazla doğumda da birinci evrenin aktif ve geçiş fazının 10 saati geçmemesi gerektiği olumlu doğum sonuçları için önerilmektedir (193). Araştırmamızda, doğumun birinci evresinin süresine ilişkin ortanca müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonuca göre müdahale grubunda doğumun birinci evresi daha kısa sürmektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.6.). Steril obstetrik jelinin DSK'ya neden olan “birinci evrenin uzaması” ile ilişkili risk faktörü için de dolaylı yoldan yarar sağladığı görülmektedir. Ayrıca araştırmamızda doğumun birinci evresi, DSK yaşamayan kadınlarda da DSK yaşayan kadınlara göre daha kısadır ($p<0.05$) (Bkz Ek Tablo 3). Yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizine göre DSK riskinin; doğumun birinci evresinin süresi uzadığında 1.005 kat (%95 Güven Aralığı (GA), 1.001-1.009) arttığı bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz Ek Tablo 4.). Doğumun ikinci ve üçüncü evresine ilişkin sonuçlarda da müdahale ve kontrol grubunda benzer sonuçlara ulaşılmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6.). Obstetrik jelin doğum eylemin süresinin etkilerine ilişkin çalışmalar incelendiğinde obstetrik jel kullanılan kadınlarda kontrol grubuna göre; Ashwal ve ark.(140) birinci ve ikinci evrenin süresini daha kısa bulurken; Schaub ve ark.(141) ikinci evrenin süresinin kısaldığını saptamışlardır. Seval ve ark.(42) ise obstetrik jel kullanımının özellikle primipar gebelerde daha etkili olduğunu ve doğumun birinci evresini kısalttığını belirtmişlerdir. Aydın ve ark. (194)'nın çalışmasında da primipar gebelerde obstetrik jelin etkisi incelenmiş olup; jel uygulanan kadınlarda doğumun birinci ve ikinci evresinin süresinin kısaldığı vurgulanmaktadır. Araştırmamızın doğumun birinci evresine ilişkin sonuçlarının literatürle benzerlik gösterdiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, araştırmamızda doğumun ikinci evresinde çalışma grupları arasında fark olmaması müdahale grubu kadınların çoğunluğunun “açık glotis (geç/spontan) ıkınma tekniğini kullanmasına ile ilişkilendirilmiştir. Bu ıkınma tekniği valsalva tipi ıkınmaya göre doğumun ikinci evresini uzatması (28-30) nedeniyle, araştırmamızda obstetrik jelin ikinci evrenin süresi üzerine etkisi net olarak belirtilememektedir.

DSK ile ilişkili faktörler; doğum eyleminin süresi (71,77,80,111-114), perineal laserasyonlar (17,18,75,118) ve epizyotomi uygulamasına (17,18,116,118) ek olarak birçok riskli durumu da barındırmaktadır. Bunlar arasında doğum öncesinden gelen (yaş, obezite, grand multiparite, DSK öyküsü, makrozomik fetus, çoğul gebelikler, anemi gibi) (18,66,71,77,79,81,83,84,87,97,98,102) ve doğum eyleminden kaynaklanan (doğum indüksiyonu, doğum şekli, plasenta anomalileri gibi) riskler de bulunmaktadır (18,68,71,77,80,84,107,119). Araştırmamızda; müdahale ve kontrol grubu kadınların yaş ortalamaları, parite, BKİ, indüksiyon kullanımı, yenidoğan ile ilişkili bazı faktörleri (ağırlık, boy, birinci ve beşinci dakika APGAR skorları, yoğunbakım ihtiyacı) benzer bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.1.; Tablo 4.2.; Tablo 4.3.; Tablo 4.5.). Araştırmamızda müdahale ve kontrol grubunda ileri yaşta bulunan birer kadın bulunmakla birlikte gruplarda yer alan kadınlar 18-35 yaş aralığında yer almaktadır. İleri yaşa sahip iki kadının paritesi yüksek olmasına rağmen grand multipar özellikte değildir. Bu kadınların parite sayıları üçtür (Bkz EK-2).

DSK'ya ilişkin risk faktörleri gebelikten gelen riskleri barındırdığı gibi doğum eylemi ile ilişkili riskleri de barındırmaktadır. Tüm bu risk faktörleri ise özellikle uterin atoni ile ilişkilidir (18,66,71,77,80,84). DSK'ların en önemli nedeni uterin atonilerin önlenmesi (13,18,44), için doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde uterotonik ajanlar önemli yer tutmaktadır (13,18,120). Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde uterotonik ajanlardan ilk seçenek olarak oksitosin kullanılmakta (13), yan etkilerinin daha az olması nedeniyle (13.18.120) uluslararası örgütler/federasyonlar (DSÖ, ICM, FIGO) tarafından öncelikle bu ajanın kullanımı önerilmektedir (8,45-47). DSÖ 2018 yılı güncel raporunda da; DSK'yı önlemek için uterotonik ajan olarak, 10IU oksitosin (IM/IV) kullanılmasını önermektedir. Oksitose ulaşamayan durumlarda; diğer enjekte edilebilir uterotoniklerin (uygunsa ergometrin/metilergometrin veya oksitosin ve ergometrinin sabit ilaç kombinasyonu) veya oral misoprostol (600 µg) kullanılması önerilmektedir (193). Araştırmamızın yürütüldüğü hastanede doğumun üçüncü evresinde rutin klinik uygulamada oksitosin 10IU olarak kullanılmaktadır. Araştırmamızda yer alan müdahale ve kontrol grubu kadınlarda da üçüncü evrede oksitosin kullanılmıştır. Bununla birlikte, çalışmamızda doğum sonu dönemde ek uterotonik kullanım

durumunun ise DSK yaşama durumundan bağımsız olarak, DSK riski taşıyan kadınlara profilaktik olarak kullanıldığı belirlenmiştir. Uterin atoni açısından risk taşıdığı düşünülen kadınlara (riskli doğum yaşı gibi) ek uterotonik uygulandığı gözlenmiştir. İki veya daha fazla ek uterotonik kullanım oranı müdahale grubunda %12.1 iken; kontrol grubunda %18.9'dur ($p>0.05$) (Tablo 4.9.). En sık kullanılan ek uterotonik ise misoprostoldür (M= %75.0, K= %85.7). Araştırmamızda DSK yaşayan iki kadına (M=1 kişi; K=1 kişi) ek uterotonik kullanıldığı belirlenmiştir. Uterus involüsyonuna katkı sağlayan farmakolojik ajanların (oksitosin, misoprostol gibi) yanında uterin masaj uygulaması da bulunmaktadır. Araştırmamızda; antenatal dönemde kadınlara uterin masaj uygulaması da interaktif eğitim yöntemleri ile anlatılmıştır. Bununla birlikte; uterin masaja yönelik bulgularda müdahale ve kontrol grubunda DSK yaşama oranlarında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.). Bu bulgular doğrultusunda, uterin masaja yönelik araştırma sonuçları **H₃ hipotezini desteklememektedir.** Abdel-Aleem ve ark.(10)'nın çalışmasında, uterin masaj uygulanan grupta, masaj uygulanmayanlara göre ek uterotonik kullanımında %80 azalma olduğu belirtilmektedir. Uterus masajının DSK'yı da azalttığı vurgulanmakla birlikte; uterin masaj uygulamasına yönelik ilk çalışma özelliği taşıdığı için, yazarları tarafından daha geniş örneklem gruplarında çalışılması gerektiği vurgulanmıştır (10). Abdel-Aleem ve ark.(10)'nın çalışmasından sonra, Abdel-Aleem ve ark.(37)'nin daha geniş örneklem grubunda üç çalışma grubu oluşturulmuş (oksitosin uygulaması, uterin masaj uygulaması ve uterin masaj ve oksitosinin birlikte uygulanması) olup, doğumdan sonra ilk 30 dakika içerisinde sadece uterin masaj uygulanan grupta diğer çalışma gruplarına (oksitosin uygulaması ve oksitosinle birlikte uterin masaj uygulaması) göre 300ml ve daha fazla DSK izlenmiş ve ek uterotonik ihtiyacı olmuştur. Uterin masajın oksitosin uygulamasından daha az bir etkinliğe sahip olduğu, oksitosin uygulanan grupta da yapılan uterus masajının ek bir yarar sağlamadığı vurgulanmıştır (37). Hofmery ve ark.(35) ise uterin masajla ilgili bulguları verilen bu iki çalışmanın (10,37) kanıt düzeylerini incelemiş olup, elde edilen sonuçlar doğrultusunda; uterus masajına yönelik elde edilen bulguların yeterli kanıt düzeyi oluşturmadığı, uterotonik ajanların yokluğunda sadece uterus masajı ile DSK yönetimini değerlendiren çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (35). Chen ve ark.(36)'da oksitosin uygulanan grup ile

oksitosin uygulanan ve uterus masajı yapılan grup arasında DSK sonuçlarını değerlendirmiş olup her iki grupta benzer sonuçlara ulaşmıştır. DSÖ 2018 güncel raporunda da; profilaktik oksitosin uygulanan kadınlarda DSK'yı önlemek için bir müdahale olarak sürekli uterus masajı önerilmemekte ve DSK'nın önlenmesinde uterus masajının rolüne ilişkin bir kanıt olmadığı vurgulanmaktadır (193). Araştırmamızda uterin masajla DSK arasında bir ilişki bulunmaması literatürle de benzerlik göstermektedir. Uterin masaj uygulamasına yönelik yapılan güncel çalışmalarda/raporlarda ve kanıt temelli sistematik derlemede uterin masajın etkinliğine yönelik net bir sonuca ulaşılamadığı görülmektedir.

DSÖ güncel raporunda oksitosin varlığında uterin masajı önermemiş olsa da; uterin atoninin erken tanısı için doğum sonu dönemde abdominal uterin tonüs kontrolünün yapılmasının gerekliliğini vurgulamaktadır (193). Araştırmamızda, müdahale grubundaki kadınların tamamına yakını (%93.9) doğum sonu ilk 24 saatlik sürede uterin masajı uygulamış (doğum sonu ilk 2 saat) ve uterus tonüsünü kontrol edebilmiştir. Doğum sonu ilk 4 saat tamamlandığında yapılan abdominal değerlendirmede; müdahale grubu kadınların kontrol grubuna göre, uterusun orta hatta olduğu (M= %93.9; K= 48.6) belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 4.8.). Müdahale grubundaki kadınlarda uterusun pozisyonuna yönelik saptanan farkın nedeni de, bu kadınların kontrol grubuna göre ilk 4 saatte eliminasyonu sağlamalarından (M= %87.9; K= %27.0) kaynaklı olmasıdır (p<0.05) (Tablo 4.8.). Müdahale grubu kadınların çoğunluğunun doğum sonu ilk 4 saat içinde eliminasyonu gerçekleştirdiği belirlenmiştir. DSÖ 2018 raporunda aynı zamanda; doğumun gerçekleşmesinden itibaren ilk 24 saat tamamlanana kadar rutin olarak kadınlarda; vajinal kanama, fundal sertlik, fundal yükseklik, yaşamsal bulguların düzenli olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Uterus tonüsünün sık sık değerlendirmesinin, özellikle erken/birincil DSK'nın tanılanması açısından acil doğum sonrası bakımın önemli bir parçası olduğu vurgulanmaktadır. Eliminasyon açısından ise özellikle doğum sonu altı saat içinde sağlanması ve mesanenin dolu olmadığının kayıtlarla belgelenmesi gerektiği önerilmektedir (193). Uterus involüsyon sürecine yönelik çalışma sonuçlarından elden edilen bu bulgulara göre müdahale grubu antenatal dönemde eğitim sürecinde edindikleri bilgileri davranışa dönüştürebildiği belirlenmiştir.

Uterus involüsyon sürecine katkı sağlayan faktörlerden biri de emzirmenin erken dönemde başlatılması ve emzirmenin sürdürülmesidir (1,31-34). Araştırmamızda, müdahale ve kontrol grubundaki kadınların emzirme davranışlarında ve DSK'ya ilişkin özelliklerinde önemli farklılıklar bulunmuştur. Araştırmamızda müdahale grubu kadınlarda doğum sonu ilk yarım saat içinde yenidoğanla tensel temas sağlanmış ve emzirme süreci başlatılmıştır. Kontrol grubu kadınlarda ise rutin hastane hizmetlerinden yararlanması nedeniyle, emzirmenin epizyotomi onarımı ve kanama kontrolü tamamlandıktan sonra gerçekleştirildiği gözlemlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınlar kontrol grubu ile kıyaslandığında; emzirmeye daha erken başlamaktadır ($p<0.05$). Her iki grup da düzenli emzirdiğini belirtmiş olsa da ($p>0.05$), emzirme süreleri kıyaslandığında müdahale grubundaki kadınların emzirme süreleri daha uzundur ($p<0.05$) (Tablo 4.7.). Emziren müdahale grubu kadınların, emzirmeyi etkili gerçekleştirdiği gözlenmiştir. LATCH emzirme ve tanılama puan ortancaları da müdahale grubunun emzirme davranışını destekler niteliktedir. Özellikle doğum sonu ilk ve 24 saat sonra LATCH emzirme puan ortancalarının müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve müdahale grubunun olumlu emzirme davranışını kazandığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.14.). Araştırmamızda, erken emzirmeye başlayan müdahale grubu kadınların, emzirmeyi devam ettirdiği ve kesintiye uğratmadığı saptanmıştır. Bu davranışın DSK yüzdelerine de yansdığı görülmektedir. Özellikle emzirmenin devamının sağlanması ve emzirme sürelerinin uzun olması müdahale grubunda DSK oranını azaltmaktadır ($p<0.05$). Bu bulgulara göre araştırmamızda **H4 hipotezi kabul edilmiştir**. Bununla birlikte; DSK riskini artıran faktörlere göre de yapılan ek analizlerde DSK yaşamayan kadınlarda emzirme süresi daha uzun bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz Ek Tablo 3.). Yapılan tek değişkenli lojistik regresyon analizine göre DSK riskinin, emzirme süresi azaldığında 1.162 kat (%95 GA, 1.133-1.307) arttığı; çok değişkenli regresyon analizine göre ise emzirme süresinin 5 dakikadan daha kısa olmasının doğum sonu kanama riskini 2.063 (%95 GA, 1.164-3.658) kat arttırdığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz Ek Tablo 4.). İlk 24 saat toplam kanama miktarı ile emzirme süresi arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon ilişkisi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre; emzirme süresi, doğum sonu ilk 24 saatlik toplam kanama miktarını %21 oranında etkilemektedir (Bkz Ek Şekil 3.). Emzirmeye

doğumdan sonra erken dönemde başlanması oksitosin salınımını uyarmakta, uterus involüsyon süreci hızlanmakta ve sonuç olarak DSK'nın azalması beklenmektedir (31-34). Matthiesen ve ark. (49), emzirme ile oksitosin salınımı arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada; emzirmenin oksitosin miktarını anlamlı düzeyde artırdığı, anne-bebek bağlanmasına katkı sağladığı ve süt miktarını artırdığı saptanmıştır. Mevcut literatür bilgisinin çoğunluğu, emzirmenin fizyolojik mekanizmasına vurgu yapmaktadır (1,31-34,49). Bununla birlikte; doğum sonu ilk bir saat içinde emzirmeye başlama; emzirme öz-yeterliliğini güçlendirmekte (199) ve emzirmenin sürdürülebilmesini sağlamaktadır (200). Aghdas ve ark. (199)'nın çalışmasında, primipar kadınlarda ten-tene temasın emzirme öz-yeterliliği üzerindeki etkisi değerlendirilmiş olup; çalışma grubuna doğumdan sonra ilk iki saat tensel temas uygulanırken, kontrol grubu rutin bakım almıştır. Tensel temas uygulanan grup doğumdan sonra ilk yarım saat içinde emzirmeye başlamış olup, ilk emzirme başarısı ve öz-yeterliliklerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Aghdas ve ark. (200)'nin çalışmasında dikkat çeken husus ise, ciddi DSK yaşayan kadınların araştırma kriteri dışında tutulmasıdır. Mahmood ve ark.(200)'nin çalışmasında da erken dönemde ten-tene temas başlanmış olup, ilk emzirme başarısının ve ilk bir ayın sonuna kadar emzirmenin devamlılığını sağladığı vurgulanmaktadır. Annelerde emzirme öz-yeterliliği ve emzirmenin sürdürülmesinin yanında, DSK'larla ilişkili emzirmeye yönelik çalışmalar değerlendirildiğinde, sınırlı sayıda literatüre ulaşılmıştır (126,139,201,202). Bullough ve ark. (201)'nin çalışmasında DSK ve emzirme arasındaki ilişki ilk kez 1988 yılında değerlendirilmiş olup, doğum sonu emzirmeye erken dönemde başlanmasının DSK'nın azaltılmasına katkı sağlamadığı vurgulanmaktadır. Saxton ve ark. (126)'nin çalışmasında ise Bullough ve ark.(201)'nin çalışmasından farklı olarak; emzirmenin ertelenmesinin, doğum sonu ilk yarım saatte emzirmeye başlamaya göre DSK riskini iki kat artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Sobhy ve Mohame'nin (202) çalışmasında da, erken emzirme grubunda plasentanın doğumdan hemen sonra emzirme başlatılırken; geç emzirme grubu doğumdan sonraki ilk iki saat içinde emzirmeye başlamıştır. Plasentanın doğumundan sonra erken emzirmeye başlanması ve emzirme sıklığının artış olması durumunda doğumun dördüncü evresinde kan kaybının azalabileceği vurgulanmaktadır. Bu nedenle, kadın sağlığı alanındaki hemşirelerin anneleri

emzirmeye erken başlamaya teşvik etmesi gerektiği vurgulanmıştır. Abedi ve ark.(139)'nın çalışmasında da, emzirme ve meme ucu stimülasyonuna yönelik RKÇ'ların DSK'yı azaltmadaki kanıt düzeyi değerlendirilmiş olup çalışmanın sonucunda, emzirme ve meme ucu stimülasyonunun; DSK insidansı, doğumun üçüncü evresindeki kan kaybı, plasenta retansiyonu, maternal ölüm ve doğum sonu tekrarlı yatış üzerindeki etkisi için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Araştırma sonuçlarımıza göre emzirme DSK'nın kontrol altına alınmasında önemli bir faktör olarak belirlenmiş olup, literatürle benzerlik göstermektedir. Bununla birlikte, araştırmamızda emzirmenin DSK ile ilgili ilişkisinde sınırlı örneklem sayısı ile değerlendirme yapılmıştır.

Emzirme davranışının kazandırılması hemşire ve ebelerin sorumluluğunda olup (1,54), doğum sonu bakımında önemli bir paya sahiptir (193). Araştırmamızda, antenatal eğitim sürecinde gebelere DSK'lar açısından farkındalık sağlanması öncelikle; emzirmeye başlama, emzirmeyi sürdürme, uterin masaj, uterusun tonüsünü değerlendirme, fundusun tespiti, eliminasyonu sağlama gibi davranışlar kazandırmıştır. Bununla birlikte müdahale grubundaki annelerin; doğumun ikinci evresinde ıkınma tekniğini daha etkili kullandıkları (M= %81.8; K= %18.9) ve doğum eyleminde kontraksiyonlar arasında dinlendikleri (M= %97.0; K= %51.4) belirlenirken; doğum sonu dönemde de ped değiştirme sıklığına dikkat ettikleri saptanmıştır (M= %90.9; K= %13.5) ($p<0.05$) (Tablo 4.2.3.; Tablo 4.3.5.). Bu bulgulara göre; eğitim alan müdahale grubundaki kadınlar olumlu sağlık davranışlarına daha çok dikkat ederken; kontrol grubundaki kadınların özbakımlarını ihmal ettikleri saptanmıştır. Kadınların doğum eyleminde etkili ıkınma tekniği, hijyen (ped değişimi, eliminasyon vb) ve emzirmeye yönelik davranışlarına ilişkin bulgular da bu görüşümüzü desteklemektedir. Bu bilgiye ek olarak; müdahale grubu kadınlardaki ped değişiminin doğum sonuna yönelik beklenen sayıda olması; antenatal dönemde verilen enfeksiyon eğitimine yönelik bilgilerin davranışa dönüştürüldüğünün bir sonucu olduğu göstermektedir. Ayrıca müdahale grubundaki kadınlar doğum sonu 10. günde rutin kontrollerine giderken; kontrol grubundaki kadınlar bu kontrolleri ertelemekte ve/veya bebeğinin bakımına öncelik vermektedir. Müdahale grubundaki anneler herhangi bir sıkıntı yaşamazlar bile doğum sonu önerilen kontrollerine gitmişlerdir. Kontrol grubundaki kadınların çoğunluğunun ise

yapılan ev ziyareti/telefon danışmanlığı görüşmelerinde rutin kontrollerine gitmedikleri belirlenmiş olup, kontrollere gitmeleri konusunda teşvik edilmiştir. Müdahale grubundaki anneler olumlu sağlık davranışlarını ve özbakım gereksiniminin önemini antenatal eğitim sürecinde kazanmışlardır. Antenatal eğitim/gebe bilgilendirmeye ilişkin yapılan çalışmalarda özellikle doğum sonu döneme ilişkin eğitimlerin; ebeveynlik ve anneliğe uyum (203,204-206), ten-tene temas uygulaması ve emzirme (203,207,208) üzerine tasarlandığı görülmektedir. Bu bağlamda doğum sonu dönemde maternal mortalite ve morbiditenin en önemli neden olan DSK'lara yönelik farkındalık ve müdahalelerin de antenatal eğitime entegre edilmesi anne sağlığını optimal düzeyde tutmak açısından önemlidir.

Araştırmamızda kadınların birincil/erken DSK ile ilgili süreç ve izlemlerini takiben, ikincil/geç DSK oranlarına yönelik değerlendirmeler de yapılmıştır. Bu bulgulara göre müdahale grubundaki kadınların %6.1'i kontrol grubundakilerin ise %13.5'i, doğum sonu ilk 24 saati takiben 6 haftalık süreçte ikincil/geç DSK ve enfeksiyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Kadınların yaşadıkları sağlık sorunları nedeniyle tekrar hastaneye başvurma durumları incelendiğinde; müdahale grubu kadınların %9.1'i, kontrol grubu kadınların %8.1'i rutin doğum sonu kontrolleri dışında yeniden hastaneye başvuru yapmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11.). Bu kontrollerden geçen kadınlardan müdahale grubunda yer alanlardan bir kişiye "uterin kavitede koagülom retansiyonu" nedeniyle tek doz misoprostol (%3.3), bir kişiye ise enfeksiyon tanısı konulmuş olup; bir kişi de önerilerle tekrar kontrole çağırılmıştır. Kontrol grubunda ise iki kadına kanama, bir kadına enfeksiyon tanısı konulmuştur. Araştırmamızda dikkat çeken önemli bir bulgu ise; kontrol grubu kadınların müdahale grubuna göre iki kat ikincil/geç DSK yaşadıklarını ifade etmiş olmalarına rağmen, tekrar hastaneye başvurma oranlarının benzer olmasıdır. Bu bulgular da, hijyen alışkanlıklarında olduğu gibi kontrol grubu kadınların özbakımlarını ihmal ettiklerinin göstergesidir. İkincil/geç DSK kadın sağlığında ihmale açık bir alan olarak görülebilmektedir (155). Alexander ve ark.(209)'nın Cochrane derlemesinde, gelişmiş ülkelerde bu kanama oranı %2 olarak bildirilmiş olsa da, gelişmekte olan ülkelerde mevcut veri bulunmadığı vurgulamaktadır. Ajenifuja ve ark.(179)'nın çalışmasında, DSK öyküsü olan kadınların %68'i birincil/erken, %32'si ikincil/geç dönemde bu sorunu yaşamış olup; en yaygın kanama nedeni olarak doğumun üçüncü

evresinin yanlış yönetimine bağlı plasenta retansiyonu (%79) gelişmesi olarak belirtilmiştir. Hoveyda ve MacKenzie'nin (210) çalışmasında, ikincil/geç DSK insidansının %0.8 olarak bulunduğu ve doğum sonu morbidite ile önemli oranda ilişkilendirildiği vurgulanmakta olup; kadınların %84'ünün hastaneye yatışı yapılmış, %63'ünde uterin kavite boşaltılmış, %17'sine (Histerektomi ve uterin perforasyon nedeniyle) kan/kan ürünleri transfüzyonu yapılmıştır. Bununla birlikte uterin kavitesi boşaltılan kadınlardan sadece %37'sinde ikincil/geç DSK'nın plasenta retansiyonu kaynaklı olduğu saptanmıştır. Dossouet ve ark.(211)'nin çalışmasında, ciddi ikincil/geç DSK insidansı %0.23 olarak belirtilmekte olup, bu kanamanın doğum sonunda ortalama 13. günde ortaya çıktığı vurgulanmaktadır. İkincil/geç DSK'nın en önemli ilk üç nedenini ise; plasenta retansiyonu (%30), plasenta yatağının subinvolüsyonu (%13) ve endometrit (%10) oluşturmaktadır. Bununla birlikte olguların %17'sinin sebebi ise bilinmemektedir. Neill ve Thornton (212)'da çalışmasında, ikincil/geç DSK'da genellikle doğumdan 7.-14. günden sonra ani aşırı bir kanama başladığı ve bu olguların %10'unda masif obstetrik kanama olduğu belirtilmektedir. Ayrıca ikincil/geç DSK'da kaybedilen kan miktarını ölçmek zor olduğu için tanılamamın subjektif olduğunu ve teknolojinin (Ultrasonografi gibi) kullanılsa bile kanamayı tanılamada yeterli olmayabileceğini vurgulamaktadır. Marchant ve ark.(155) doğum sonu 24 saat ile 3 aylık sürede aşırı/uzun süreli kan kaybı nedeniyle hastaneye yatış durumunu değerlendirdikleri vaka-kontrol çalışmasında; kadınların "ikincil/geç DSK" öyküsünün olması ikincil/geç DSK için en güçlü belirteç olduğu vurgulanmıştır. Diğer belirteçler ise gebelikte erken dönem vajinal kanama, üçüncü trimesterde hastaneye yatma, sigara içme, üçüncü trimesterin erken dönemde sonlanması/uzun sürmesi ve birincil/erken DSK olarak sıralanmaktadır. Araştırmamızda ikincil/geç DSK'nın uterin kavitede koagülom veya enfeksiyon sebebiyle gerçekleştiği görülmektedir. Araştırmamızda bu durumlar nedeniyle literatürde vurgulandığı gibi uterin kavite boşaltımına, kan/kan ürünleri transfüzyonuna veya ek bir cerrahi girişime gerek duyulmamıştır.

İkincil/geç DSK'ları değerlendirmek amacıyla tüm annelere taburculuk sırasında "Kanama Takip Çizelgesi" (Bkz EK 8) verilmiştir. İlk 24 saat tamamlandığında bu çizelge anneler ile birlikte doldurulmuş olup, taburculuk sonrası telefon danışmanlığı/ev ziyareti ile görüşmeler sağlanmıştır. Loşiaya ilişkin bulgular

bu çizelge aracılığı ile değerlendirilmiştir. Araştırmamızda müdahale grubundaki kadınlarda loşia rubradan serozaya dönüşümün kontrol grubuna göre daha erken tamamlandığı görülmekle birlikte; müdahale grubundan bir annede, kontrol grubundan üç annede loşia serozaya dönüşüm doğum sonu ilk 10 günde tamamlanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13.). Doğum sonu ilk 24 saati takiben, doğum sonu altı haftalık süreç tamamlanana kadar; müdahale grubunda bir kadın (%3.0), kontrol grubunda ise beş kadın (%13.5) loşia miktarında artış olduğunu ifade etmiştir ($p>0.05$) (Bkz Ek Tablo 2.). Loşia miktarında artış ve loşianın serozaya dönüşümüne ilişkin bulguların ikincil/geç DSK ve enfeksiyon ile uyumlu olduğu da görülmektedir. Loşia rubra, birkaç gün sonra loşia serozaya dönüşmekte ve histolojik olarak loşia kan ve desidua içermektedir (1,54,212). DSÖ tarafından yürütülen, beşi gelişmekte, ikisi gelişmiş ülkede olan 4180 anneyle yapılan prospektif bir çalışmada doğum sonu sekizinci hafta sonuna kadar kanama takibi yapılmıştır. Araştırma merkezleri arasında loşia süresine ilişkin değişimler (22-34 gün) olmakla birlikte, kadınlar loşianın ortalama 27 gün devam ettiğini ifade etmişlerdir. Kadınları %11'inde loşia 40 gün sürmüştür (213). Neill ve Thornton (212) derlemesinde; vajinal doğum sonrası kan kaybı miktarının ve süresinin değişkenlik gösterebildiğini (ortalama 30 gün), kan kaybının aralıklı olabileceğini ve genellikle 3.-6. haftada azalacağını belirtilmektedir. Bununla birlikte birçok kadının bu kan kaybından ve tehlikelerden haberdar olmadığı ve aynı zamanda doğum öncesi dönemde de bilgilendirilmediği vurgulanmaktadır. Bu nedenle kadınların taburculuk sonrasında yaşayabileceği ve sağlık kuruluşuna başvurması gereken riskli durumlar açısından bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Perinatal sürece ilişkin elde edilen tüm sağlık sonuçlarının değerlendirilmesinde genel olarak; riskli durumlar veya gelişen komplikasyonlara odaklanılmaktadır. Böylece olumsuz durumlardan elde edilen sayısal veriler elde edilmektedir. Bununla birlikte, "American College of Nurse-Midwives" bu durumun doğumun sağlıklı süreçlerine ve sonuçlarına yönelik değerlendirme yapmayı zorlaştırdığını ifade etmektedir. Bu kapsamda; perinatal süreçte sağlık uygulamalarından kaynaklanan farklılıklara duyarlı olması amacıyla, yenilikçi bir ölçme aracı olarak ABD'de "Optimalite İndeksi" geliştirilmiştir (214). Araştırmamızdan elde edilen tüm bulgularla birlikte, özellikle DSK'yı daha az

deneyimleyen müdahale grubu kadınlarda doğumun optimal koşullarda gerçekleştiğini gösteren en önemli bulgulardan biri de Oİ-TR'nin sonuçlarıdır. Müdahale ve kontrol grubu kadınlarda Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PÖİ) ortancalarında risk durumları benzer iken ($p>0.05$); şimdiki gebeliği, doğum eylemini, doğum sonu dönemi kapsayan ölçeğin Oİ bölümü ortancası ve toplam Oİ-TR puan ortancasının müdahale grubunda daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.). PÖİ puan ortancasına ilişkin sonuç, araştırma gruplarında risk durumlarının benzer olduğunu ve grupların homojen dağıldığını göstermesi açısından önemlidir. Bununla birlikte; araştırmamızda, DSK yaşamayan kadınlarda da, DSK yaşayan kadınlara göre gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi kapsayan Oİ-puan ortancası daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Bkz Ek Tablo 3). Oİ-TR puanlarının yükselmesi doğumun sağlıklı ve optimal koşullarda gerçekleştiğinin de bir göstergesidir. Araştırmamızdan elde edilen tüm bulgularla birlikte, müdahale grubunda; gebelere antenatal dönemde farkındalık kazandırılması, doğumun daha konforlu hale gelmesi, perine koruyucu uygulamaların gerçekleştirilmesi, kanıt temelli bazı uygulamaların gerçekleşmesi ve DSK'nın daha az deneyimlenmesine ilişkin olumlu sonuçlar Oİ-TR ölçeğiyle pekiştirilmiştir. Bu ölçeğin, perinatal süreçte yapılan uygulamaların optimal olup olmadığını değerlendirmesi bakımından gebelik/doğuma ilişkin çalışmalarda ideal bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak çalışmamızdan elde edilen bulgular, ülkemizde ve dünyada anne ölümlerinde ilk sırada yer alan DSK'ların erken tanınmasına ve önlenmesine yönelik müdahaleleri bir gereklilik olarak ortaya koymaktadır. Öncelikle kadınlar, DÖB almak suretiyle sağlık kurumlarından yararlanmaları için teşvik edilmelidir. Gebelik deneyimi yaşayan birçok kadın perinatal süreçte yaşanabilecek kanamalardan ve tehlikelerinden haberdar olmayabilmektedir. Bu nedenle DÖB almak, bu süreçte eğitim/danışmanlık hizmetlerinin sağlanması ve DSK'yı önlemeye yönelik farkındalık kazandırmak önem arz etmektedir. DSK'ları kontrol altına almaya yönelik müdahaleler; gebelikte başlatılmalı, doğum eyleminde sürdürülmeli ve doğum sonu dönemde de devam ettirilmelidir. Bu aşamada, maternal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında, kadın sağlığı alanında özelleşmiş yetişmiş insan gücüne ihtiyaç bulunmaktadır. Özellikle doğum salonlarında ve doğum sonu kliniklerde, DSK'yı ilk fark eden, gözlemleyen sağlık profesyonelleri hemşire ve ebelerdir. Bu

kapsamda özellikle hemşire ve ebelerin önemli sorumlulukları vardır. Doğum eylemine, doğum sonu izlem ve bakıma katılan ebe/hemşireler DSK'dan kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi azaltmak için; üçüncü evredeki aktif yönetime katılmak için gerekli bilgi, beceri ve eleştirel düşünceye sahip olmalı, uygun malzeme ve ekipmana erişimi de sağlanmalıdır. Aynı zamanda üçüncü evrede ve doğum sonu ilk 24 saatte DSK'ları erken tanılamada standart ve objektif ölçüm araçlarının kullanılması, DSK için müdahalelerin ve tedavilerin zamanında yapılmasına olanak tanımaktadır. Hemşire ve ebelerin sorumluluklarını yerine getirmesinde, DSK'nın yönetimine yönelik akış şemaları, klinik rehberler ve protokoller geliştirilmelidir. Bununla birlikte; DSK'ları azaltmaya yönelik antenatal dönemde verilen eğitimle birlikte; kadınlar kendi sağlıklarının sorumluluğunu kazanmakta, özbakımlarını sağlamakta ve sonuç olarak daha konforlu bir doğum ve doğum sonu süreç yaşamaktadır. Bu nedenle DSK'ları değerlendirmede gebelik, doğum ve doğum sonu süreç bir bütün olarak değerlendirilmelidir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinden doğum öncesi dönemde (antenatal eğitim verilmesi, perineal masaj uygulaması, telefon danışmanlığı), doğum eyleminde (doğum jeli uygulanması, perineal masaj, ıkınma tekniği) ve doğum sonu dönemde (uterin masaj, erken emzirmeye başlama, kanama takibi, evde bakım ve/veya telefon danışmanlığı) gerçekleştirilen müdahalelerin doğum sonu kanamalarının yönetiminde etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yaptığımız çalışmada; müdahale ve kontrol grubunda ilk 24 saat toplam kanama miktarı açısından fark bulunmuştur. Araştırmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1.1. Kadınların Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Sonuçları

Müdahale grubu kadınların yaş ortalaması 27.76 ± 4.66 , kontrol grubu kadınların yaş ortalaması 26.65 ± 5.30 olarak belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kadınların çoğunluğu ev hanımı olduklarını ($M = \%75.8$; $K = \%75.7$), çekirdek aileye sahip olduklarını ($M = \%90.9$; $K = \%78.4$), şehir merkezinde ikamet ettiklerini ($M = \%90.9$; $K = \%94.6$), akraba evliliği yaşamadıklarını ($M = \%84.8$; $K = \%75.7$) ifade etmişlerdir ($p > 0.05$). Kadınların yaklaşık üçte biri ($M = \%30.3$; $K = \%32.4$)'ü lise ilkököl mezundur ($p > 0.05$). Kadınların ortanca evlilik süresi 3 yıldır ($p > 0.05$). Kadınların çoğunluğunun gelir durum algısı “orta” olarak belirlenmiştir ($M = \%72.7$; $K = \%67.6$) (Tablo 4.1.).

Araştırmamızda kadınların eşlerinin yaş ortalaması müdahale grubunda 31.61 ± 5.00 iken; kontrol grubunda 30.54 ± 6.46 'dır ($p > 0.05$). Eşlerin çoğunluğunun ($M = \%42.4$; $K = \%43.2$) lise mezunu olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubunun $\%48.6$ 'sı serbest mesleğe sahip iken; müdahale grubunun $\%36.4$ 'ü memur ve $\%36.4$ 'ü işçidir ($p > 0.05$) (Tablo 4.1.).

6.1.2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin ve Doğum Eylemine İlişkin Sonuçlarının Dağılımı

Araştırmamızda, müdahale grubu kadınların $\%57.6$ 'sı, kontrol grubunun $\%51$ 'ünün 2 ve üzeri sayıda gebeliği olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte

her iki grupta yaklaşık yarısının primipar (M= %54.5; K= 51.4) ve yaşayan çocuk sayısının bir (M= %54.5; K= 59.5) olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunluğu abortus öyküsünün (M= %81.8; K= %86.5) bulunmadığını ifade etmişlerdir. Müdahale grubunda her üç kadından biri (%33.3), kontrol grubunda ise yarıya yakınının (%45.9) gebeliğinde sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir (p>0.05). Kadınların gebelik öncesi BKİ'ne göre müdahale grubu kadınların %39.4'ü, kontrol grubu kadınların %10.8'i aşırı kilolu olup istatistiksel açıdan önemli bir fark saptanmıştır (p<0.05). Bununla birlikte gebelik öncesi BKİ, doğum öncesi BKİ ortalamalarında müdahale ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4.2.).

Araştırmamızda kadınların yaklaşık yarısının (M= %63.6; K= %59.5) doğumun birinci evresinin aktif fazında doğum salonuna kabul edildiği saptanmıştır. Doğumun birinci evresinde, müdahale grubundaki kadınların %57.6'sına, kontrol grubundakilerin %73'üne ilaç uygulanmıştır. Doğumun birinci evresinde en sık uygulanan ilaç grubunun indüksiyon protokolleri (M= %68.4; K= %81.5) olduğu; indüksiyon protokolleri içerisinde de ilk sırada "oksitosin" in tek başına kullanıldığı (M= %76.9; K= %77.3) saptanmıştır. Bununla birlikte birinci evrede en sık kullanılan diğer ilaçlar arasında "valetamat" (M= %77.8; K= %55.6) ilk sıradadır (Tablo 4.3.)

Her iki grupta epizyotomi uygulamasının benzer olduğu (M= %69.7; K= %67.6) görülmektedir (p>0.05). Müdahale grubundaki kadınların çoğunluğu kontrol grubuna göre doğru ıkınma tekniğini kullandığı (M= %87.9; K= %18.9) ve müdahale grubunun tamamına yakınının (M= %97.0; K= %51.4) kontraksiyonlar sırasında dinlendiği gözlenmiştir (p<0.05). Müdahale grubundaki kadınların %18.2'sinde, kontrol grubunun ise %32.4'ünde birinci ve ikinci derecede perineal laserasyonlar gelişmiştir (p>0.05) (Tablo 4.4.).

Araştırmamızda yenidoğana ilişkin özellikler incelendiğinde; müdahale ve kontrol grupları arasında ve grup içinde fetus/yenidoğan ağırlığının 3000-3500gr arasında olduğu (Doğum öncesi: M= 3318.18±328.35, K= 3298.27±334.72; Doğumda: M= 3251.96±355.72, K= 3192.75±371.35) saptanmıştır. Yenidoğanın boy ortancası her iki çalışma grubunda 51 cm'dir. Müdahale ve kontrol grubunda

APGAR skor puan ortancası 7'nin üzerindedir [APGAR skor 1. dakika: müdahale grubu= 9.00(5-9), kontrol grubu= 9.00(7-9); APGAR skor 5. dakika: müdahale grubu= 10.00(8-10), kontrol grubu= 10.00(9-10)]. Müdahale grubundan üç annenin yenidoğanı için (%9.1) yoğunbakım ihtiyacı olmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.5.).

Anneye ilişkin özelliklere bakıldığında; müdahale grubundaki kadınların doğumun birinci evresi kontrol grubuna göre daha kısa sürmüştür ($p<0.05$). Bununla birlikte doğumun ikinci ve üçüncü evresinin süresi her iki grupta benzer sürede olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.6.).

6.1.3. Kadınların Doğum Sonu Dönem, Doğum Sonu Kanama ve Taburculuk Sonrasına İlişkin Bazı Özellikleri

Doğumu takiben emzirme başlama ve emzirmeyle ilişkili özellikler incelendiğinde; müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının kontrol grubuna göre ilk yarım saat içinde emzirmeye başladığı (%90.9), emzirmeye istekli olduğu (%97.0) ve bebeğine dokunduğu (%97.0) belirlenmiştir ($p<0.05$). Müdahale grubunun emzirmeye başlama ortancası 20.00(10-45) dakika iken; kontrol grubunun 40.00(28-90) dakikadır ($p<0.05$). Müdahale grubunun emzirme süresi ortancasının kontrol grubuna göre daha uzun sürdüğü [M= 20.00(10-30); K= 10.00(2-30)] saptanmıştır ($p<0.05$). Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubu kadınların çoğunluğu emzirmeye devam ettiğini (M= %90.9; K= %91.9) ve emzirme sıklığının düzenli olduğunu (M= %90.9; K= %81.1) ifade etmişlerdir ($p>0.05$). Her iki grupta da kadınların emzirme sıklığı ortancalarının benzer olduğu [M= 60.00(30-120); K= 60(30-210)] belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.7.). Müdahale grubunda DSK yaşayan kadınların tamamında ilk yarım saatte emzirmeye başlanmakla birlikte ($p>0.05$), DSK yaşayan kadınlarda DSK yaşamayanlara göre emzirmenin süresinin daha kısa olduğu ($p<0.05$) ve LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanının daha düşük olduğu ($p>0.05$) belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise; DSK kanama yaşayan ve yaşamayan kadınların çoğunluğunun doğumdan yarım saatten sonra emzirmeye başladığı, emzirme süresinin kısa olduğu, LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanının düşük ve benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10.).

Müdahale grubu kadınlara antenatal dönemde verilen uterin masajı yönelik eğitimin sonuçları gözlemsel olarak değerlendirildiğinde, sadece iki anne

dışında bilginin davranışa dönüştürüldüğü belirlenmiştir. Kontrol grubundaki anneler ise uterin masaj konusunda bilgi sahibi olmadığı için uterin masajı yapmadıkları saptanmıştır ($p < 0.05$). Müdahale grubundaki kadınların tamamında, kontrol grubundaki kadınların ise tamamına yakınında (%96.4) fundal yüksekliğin doğum sonu ile uyumlu olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.8). Bununla birlikte, araştırmamızda kadınların uterin masaj yapma durumunun DSK ile ilişkisi incelendiğinde; DSK yaşayan ve yaşamayan müdahale grubu kadınların tamamına yakını ($DSK_{\geq 500ml} = \%100.0$, $DSK_{< 500ml} = \%93.3$) uterin masaj uygulayabilirken; kontrol grubuna bu uygulama rutin hastane uygulamalarında kazandırılmadığı için gözlenmemiştir. Müdahale grubu kadınlarda, uterin masaj uygulama yüzdesine göre DSK yaşama durumları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$) (Tablo 4.10.).

Araştırmamızda, eliminasyon açısından da verilen antenatal eğitimin müdahale grubundaki anneler tarafından davranışa dönüştürüldüğü saptanmıştır. Müdahale grubundaki kadınların tamamına yakınının kontrol grubuna göre; eliminasyonu sağlamakta istekli olduğu ($M = \%93.9$; $K = \%18.9$), doğumdan sonra idrarını ilk 4 saat içinde yaptığı ($M = \%87.9$; $K = \%27.0$) ve eliminasyonu sağlaması nedeniyle uterusun orta hatta olduğu ($M = \%93.9$; $K = \%48.6$) belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.8.).

Müdahale grubundaki kadınların kontrol grubuna göre ilk bir saatte [$M = 100.00(20-500)$; $K = 190.00(80.550)$] ve ilk 24 saatteki toplam kanama miktarı [$M = 300.00(189-822)$; $K = 399.00(207-743)$] ortancaları daha düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Bununla birlikte 500ml geçen kanama miktarı ve ek uterotonik ihtiyacı açısından gruplar arasında fark istatistiksel açıdan önemsiz bulunmuştur ($p > 0.05$). DSK'nın nedenleri arasında ilk sırada müdahaleli doğum ($M = \%33.3$; $K = \%40.0$) gelmektedir. Çalışmamızda uygulanan ek uterotoniklerin DSK'dan bağımsız olarak, profilaktik amacıyla uygulandığı gözlenmiştir. Müdahale grubundaki kadınların %12.1'ine, kontrol grubundakilerin ise %18.9'una iki veya daha fazla ek uterotonik kullanılmıştır. Hemoglobin ve hematokrit değerleri açısından antenatal ve postpartum dönemde, müdahale ve kontrol grubu arasında fark bulunmazken ($p > 0.05$); her iki grupta grup içinde antenatal ve postpartum dönem arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu bilgilere ek olarak hemoglobin

ve hematokrit değerlerinin doğum öncesi ve doğum sonrasında zaman içinde gözlenen değişimleri de benzerdir ($p>0.05$) (Tablo 4.9.).

Araştırmamızda, müdahale grubu annelerin %6.1'i, kontrol grubunu %13.5'i ikincil/geç DSK ve enfeksiyon yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bununla birlikte müdahale ve kontrol grubunda sadece üçer anne sağlık sorunu nedeniyle hastaneye tekrarlı başvuru yapmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.11.). Müdahale grubundan bir anneye "ikincil/geç DSK" tanısı, bir kişiye "enfeksiyon" tanısı konulurken; kontrol grubundaki iki anneye ikincil/geç DSK", bir anneye "enfeksiyon" tanısı konulmuştur

Kadınların doğum sonrası ilk 10 günlük ped değişimlerine yönelik bulgulara bakıldığında; müdahale grubunda doğum sonu ilk günden 10. güne kadar değiştirilen ped sayısının daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12.). Müdahale ve kontrol grubu kadınlarda doğum sonu ilk üç gün loşianın özelliği "loşia rubra" ile uyumludur. Bununla birlikte; 4.-10. günlerde müdahale grubu kadınların %78.8'i, kontrol grubu kadınların %62.2'sinin loşia özelliği "loşia seroza" ile uyumludur. Loşia rubradan serozaya dönüşüm müdahale grubunda [Doğum sonu yedinci, sekizinci, dokuzuncu ve onuncu günlerde ise müdahale grubunun tamamına yakınında (%97.0)] kontrol grubuna göre daha erken dönemde tamamlanmış olup; kontrol grubunda loşia serozaya dönüşümün (Yedinci gün= %78.4; Sekizinci gün= %83.8; Dokuzuncu gün= %89.2; Onuncu gün= %91.9) daha uzun sürdüğü belirlenmiştir (Tablo 4.13.).

6.1.4. Kadınların LATCH Emzirme ve Tanılama, Görsel Ağrı Skalası ve Optimalite İndeksi-TR puanlarının karşılaştırılması

LATCH emzirme ve tanılama puanlarına ilişkin müdahale grubunda doğum sonu ilk emzirme ve 24 saat sonra emzirme puan ortancalarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmişken ($p<0.05$); 10. gün, 14. gün ve 42. günde emzirme puan ortancalarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.14.).

Araştırmamızda görsel ağrı skalası puanları değerlendirildiğinde; müdahale grubunda doğumun birinci evresinin aktif ve geçiş fazında skala ortancasının kontrol grubuna göre düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bununla birlikte ağrıya ilişkin yapılan diğer değerlendirmelerde algılanan ağrının (Latent faz, doğum sonu ilk 4 saat

ve ilk 24 saat) müdahale ve kontrol grubundaki puan ortancalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 4.15.).

Kadınların Oİ-TR puan ortancaları incelendiğinde; her iki grupta PÖİ puan ortancalarının benzer ($p>0.05$), gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu sürece ilişkin Oİ puan ortancasının ve toplam Oİ-TR puan ortancasının ise müdahale grubunda kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.16.).

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

1. Araştırmamızda doğum sonu dönemde kadınlar ilk 24 saat kanama miktarı açısından değerlendirildiğinde, müdahale grubunda kanama miktarının kontrol grubuna göre daha az olduğu; kanamaya neden olan faktörler olarak da birinci evrenin süresinin uzaması, emzirme süresi ve Oİ-TR puanının düşük olması belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda;
 - DSK'ya neden olabilecek riskli durumların da değerlendirilmesi,
 - Emzirmenin doğumdan sonra ilk yarım saatte başlatılması ve devamlılığının sağlanması,
 - Doğum salonlarında kanıt temelli uygulamaların yaygınlaşması için teşvik edici programların geliştirilmesi önerilmektedir.
2. Araştırmamızda, antenatal dönemde eğitimden geçen müdahale grubundaki kadınların sağlık davranışları bilginin davranışa dönüştürüldüğünün bir göstergesidir. Bu nedenle; gebe okullarında yürütülen mevcut eğitimlerde emzirmenin uterus involüsyon sürecine ve DSK'yı azaltmaya katkısına; hijyen davranışlarının (eliminasyonu sağlama, ped değişimi vb.) DSK ve enfeksiyonları azaltmaya katkısına; uterus tonüsünün kontrolünün DSK'yı azaltmaya katkısına; evde bakımda kanama takibinin ikincil/geç DSK erken tanınmaya katkısına da yer verilmelidir.
3. Araştırmamızda DSK'yı artırabilen; i) Doğumun birinci evresinin süresinin uzaması (korelasyon analizinde, $p=0.056$), ii) Hemoglobin düzeyi düşüklüğü (DSK yaşayan ve yaşamayan grupların değerlendirildiği regresyon analizinde, $p=0.066$) ve iii) Perineal laserasyon (DSK yaşayan ve yaşamayan grupların

değerlendirildiği regresyon analizinde, $p=0.070$) gibi riskli durumlarla ilgili bazı regresyon analizi sonuçlarına da ulaşılmıştır. (Bkz Ek Tablo 5; Ek Tablo 6). Bu sonuçlara göre DSK riskine yol açabilen durumlara ilişkin istatistiksel sonuçlar anlamlı olmamakla birlikte, anlamlılık düzeyine ($p<0.05$) yakın değerler elde edilmiştir. Emzirmenin DSK ile ilişkisi değerlendirildiğinde de sınırlı örneklem sayısı ile analiz yapılmıştır. Belirlenen bu nedenlerden dolayı DSK ile ilgili aradaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla daha geniş örneklem gruplarında çalışılması önerilmektedir.

4. Doğum eylemi sırasında rutin epizyotomi uygulandığı için, perine koruyucu yaklaşımların epizyotomiye azaltmaya yönelik etkisi tam olarak değerlendirilememiştir. Özellikle doğuma aktif katılan sağlık profesyonellerinin, doğum eyleminde müdahaleye gereksinimine ihtiyaç duymayacak gebeleri özenle değerlendirmeli gerekmektedir.
5. Araştırmamızda gebelik ve doğum sonu süreçte yapılan telefon danışmanlığında kadınlara; kendi sağlıklarına yönelik rutin uygulamalar, bebeklerinin bakımı ve doğum sonu süreçte gelişen sağlık sorunları kapsamında hizmet verilmiştir. Gerektiğinde alanında uzman kişilerden danışmanlık alınarak kadınlar bilgilendirilmiş ve/veya sağlık kuruluşlarına yönlendirilmiştir. Bu nedenle gebelik ve lohusalık döneminde telefon danışmanlığı sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olmalı ve sağlık hizmetlerine entegre edilmelidir.
6. Araştırmamızda DSK'lar ilk 24 saat takip edilmiş olup kanamanın 500ml'yi geçmesi durumunda sağlık çalışanları bilgilendirilmiştir. Doğum sonu dönemde kanama takibinin objektif araçlarla ölçülüp değerlendirilmesi DSK'ları tanılamada büyük kolaylık sağlamıştır. Çalışmamızda ayrıca; tahmin edilen (hasta dosyasında kayıtlarda belirtilen) ile ölçülen (BRASS-V Drape kullanılarak objektif ölçülen) DSK miktarı arasında belirgin fark bulunduğu gözlenmiştir. DSK takibinde objektif ölçüm araçlarının kullanılmaması, DSK'ların ihmal edilmesine ve geç tanınmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle kadın-doğum kliniklerinde standart ve objektif ölüm araçlarının kullanılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.
2. World Health Organization. Maternal Mortality [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 13 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>.
3. World Health Organization. Maternal Mortality in 1990-2015 TURKEY [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 13 Kasım 2017]. Erişim adresi: http://www.who.int/gho/maternal_health/countries/tur.pdf.
4. United Nations. Sustainable Development Goals. 17 Goals to Transform Our World. Goal 3: Good Health and Well-being. [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>.
5. Fillippi V, Chou D, Ronsmans C. Levels and causes of maternal mortality and morbidity. Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. 3th Edition. Washington, DC: World Bank; 2016.
6. Say I, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2:e323-33.
7. Şencan İ, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, et al. 2014 yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi. JGON. 2016; 13(2):45-7.
8. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012. NLM classification: WQ 330.
9. Dilek UK. Postpartum kanama: Etyoloji ve risk faktörleri. Perinatoloji Dergisi. 2011; 19(Suppl 1):55-7.
10. Abdel-Aleem H, Hofmeyr GJ, Shokry M, El-Sonoosy E. Uterine massage and postpartum blood loss. Int J Gynaecol Obstet. 2006; 93(3):238-9.
11. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Williams Obstetrics. 24 th Edition. USA: McGraw-Hill Education, e-Book; 2014.
12. Australian Institute of Health and Welfare. National Maternity Data Development Project: Primary postpartum haemorrhage. Canberra; 2016. Research brief no. 8. Cat. no. PER 82.
13. Anderson JM, Etches D. Prevention and management of postpartum hemorrhage. Am Fam Physician. 2007; 75(6): 875-82.
14. Lu M, Fridman M, Korst L, Gregory K, Reyes C, Hobel C, et al. 2005. Variations in the incidence of postpartum hemorrhage across hospitals in California. Matern Child Health J. 2005; 9(3):297-306.

15. The Women's Royal Hospital. Post-partum haemorrhage including postnatal care policy, guideline and procedure manual [İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi 02 Aralık 2017]. Erişim adresi: <https://www.thewomens.org.au/health-professionals/clinical-resources/clinical-guidelines-gps/>.
16. Women's Healthcare Australasia. Supporting excellence in maternity care: the core maternity indicators project: findings from the core maternity indicators project. Canberra: WHA; 2007.
17. Ononge S, Mirembe F, Wandabwa J, Campbell OMR. Incidence and risk factors for postpartum hemorrhage in Uganda. *Reprod Health*. 2016; 13(38): 1-7.
18. Lynch CB, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Doğum sonu kanama: Değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. Demir C, Büyükkurt S, editors. İstanbul: Matus Basımevi Reklam ve Yayın Tic. Ltd. Şti; 2010.
19. Gül N. Normal doğum ve sezaryen doğum uygulanan olguların postpartum komplikasyonlar yönünden karşılaştırılması. [Uzmanlık Tezi]. İstanbul: TC SB İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2008.
20. Souza ML, Laurenti R, Knobel R, Monticelli M, Brüggemann OM, Drake E. Maternal mortality due to hemorrhage in Brazil. *Rev Latino Am Enfermagem*. 2013; 21(3): 711-8.
21. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 924.
22. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities, An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. [İnternet]. 2003 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42784/1/9241590947.pdf>.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık Ltd. Şti.; 2014. Rapor No: NEE-HÜ.14.01.
24. Arrish J, Yeatman H, Williamson M. Midwives and nutrition education during pregnancy: A literature review. *Women and Birth*. 2014; 27(1):2-8.
25. Yanıkkörem E, Mutlu S. Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Prev Med Bull*. 2012; 11(3): 353-64.
26. Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. *Lancet*. 2000; 355(22): 250-1.
27. Karaöz S, Saruhan A. Perinenin korunması için intrapartum girişimler. *GÜSBD*. 2012; 1(4): 323-32.
28. Altunduğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. *Anadolu Hem Sağ Bil Derg*. 2010; 13(3): 62-5.

29. Yıldırım G. Doğum eyleminde ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10(2): 49-56.
30. Güngör İ, Yıldırım-Rathfisch G. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. HEMAR-G Dergisi. 2009; 2: 56-64.
31. Öztürk H, Demir Ü. Erken evrede emzirmenin anne-bebek sağlığı açısından yararları. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2001; 4(2): 58-62.
32. Gupta A. Initiating breastfeeding within one hour of birth: A scientific brief, WBW 2007-Breastfeeding: The 1st Hour-Save ONE million babies! [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi: http://www.ibfanasia.org/Article/Initiating_breastfeeding_within_one_hour.pdf.
33. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, Lhotska L. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. Disasters. 2011; 35(4): 720-38.
34. Tawiah-Agyemang C, Kirkwood BR, Edmond K, Bazzano A, Hill Z. Early initiation of breast-feeding in Ghana: barriers and facilitators. J Perinatol. 2008; 28(Suppl 2): S46-52.
35. Hofmeyr GJ, Abdel Aleem H, Abdel Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage (Review). Cochrane Database Sys Rev. 2013; Issue 7. Art No: CD0066431.
36. Chen M, Chang Q, Duan T, He J, Zhang L, Liu X. Uterine massage to reduce blood loss after vaginal delivery: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013; 122(2-1): 290-4.
37. Abdel-Aleem H, Singata M, Abdel-Aleem M, Mshweshwe N, Williams XX, et al. Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. Int J Gynecol Obstet. 2010; 111: 32-6.
38. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925.
39. Labrecque M, Eason E, Marcoux S. Randomized trial of perineal massage during pregnancy: Perineal symptoms three months after delivery. Am J Obstet Gynecol. 2000; 182(1): 76-80.
40. Sayner FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vaginal Doğumlarda Etkinliği. İÜFN Hem. Derg. 2007; 15(60):146-54.
41. Anderson FWJ, Johnson CT. Complementary and alternative medicine in obstetrics. Int J Gynecol Obstet. 2005; 91(2): 116-24.
42. Seval MM, Yüce T, Yakıştıran B, Şükür YE, Özmen B, Atabekoğlu C, et al. Effects of obstetric gel on the process and duration of labour in pregnant women: Randomised controlled trial. J Obstet Gynaecol. 2017; 37(6): 714-8.
43. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Sys Rev. 2013; Issue 4. Art. No.: CD005123. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub3.
44. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, El-Refaey H, England A., Federici AB, et. al. (2014). Evaluation and management of postpartum hemorrhage:

- consensus from an international expert panel. *Transfusion*. 2014; 54(7): 1756-68.
45. Prick BW, Vos AA, Hop WC, Bremer HA, Steegers EA, Duvekott JJ. The current state of active third stage management to prevent postpartum hemorrhage: a cross-sectional study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 92(11): 1277-83.
 46. Oladapo OT. What exactly is active management of third stage of labor? *Acta Obstet Gynecol*. 2010; 89:4-6.
 47. De Castro Parreira MV, Gomes NC. Preventing postpartum haemorrhage: active management of the third stage of labour. *J Clin Nurse*. 2013; 22(23-24): 3372-87.
 48. World Health Organization. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. [Internet]. 1989 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>.
 49. Matthiesen AS, Ransjö-Arvidson AB, Nissen E, Uvnaas-Moberg K. Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *BIRTH*. 2001; 28(1): 13-9.
 50. Patel A, Goudar SS, Geller SE, Kodkany BS, Edlavitch SA, Wagh K, et al. (2006). Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage (Abstract). *Int J Gynecol Obstet*. 93(3):220-4.
 51. Bose P, Regan F, Paterson-Brown. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG*. 2006; 113(8): 919-42.
 52. Hoj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial. *BMJ*. 2005; 331(1): 1-5.
 53. Dennis CL, Kingston D. A Systematic Review Of Telephone Support For Women During Pregnancy And The Early Postpartum Period. *JOHNN*. 2008; 37(3): 310-3.
 54. Beji NK. Hemşirelere ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi; 2015.
 55. World Health Organization. The WHO Application of ICD-10 to deaths during pregnancy, childbirth and the puerperium: ICD-MM. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2012. No: NLM Classification: WQ 270.
 56. Birleşmiş Milletler. Binyıl Kalkınma Hedefleri Nedir? [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2017]. Erişim adresi: <http://www.un.org.tr/includes/files/Binyil02.pdf>.
 57. Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı Sağlık Sektörü için Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015. [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2017]. Erişim adresi: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf>.

58. United Nations. Millennium Development Goals and Beyond 2015. [Internet]. 2017 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2017]. Erişim adresi: http://www.un.org/millenniumgoals_
59. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women. Maternal mortality fell by almost half between 1990 and 2015. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>.
60. World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, United Nations. Trends in Maternal Mortality in 1990-2015. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>.
61. United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.
62. Joint Statement. International Confederation of Midwives (ICM) & International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage New Advances for Low Resource Settings. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/pmnch/events/2006/figo2006statementeng.pdf>.
63. Australian Government, Australian Institute of Health and Welfare. National Maternity Data Development Project: Primary postpartum haemorrhage. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: https://www.aihw.gov.au/getmedia/b59e8c8c-2b78-4f13-8b70-b46814a7e9ee/brief_8_per-82.pdf.aspx.
64. Kramer MS, Berg C, Abenhaim H, Dahhou M, Rouleau J, Mehrabadi A, Joseph KS. Incidence, risk factors, and temporal trends in severe postpartum hemorrhage. *Am J Obstet Gynecol*. 2013; 209(449): 1-7.
65. Knight M, Callaghan WM, Berg C, Alexander S, Bouvier-Colle MH, Ford JB, et al. Trends in postpartum hemorrhage in high resource countries: A review and recommendations from the International Postpartum Hemorrhage Collaborative Group. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2009; 9(55): 2-10.
66. Goueslard K, Revert M, Lacobelli S, Cottenet J, Roussot A, Combier E, et al. Incidence and risk factors of severe post-partum haemorrhage: A nationwide population-based study from a hospital database. *Qual Prim Care*. 2017; 25(2): 55-62.
67. Mavrides E, Allard S, Chandrachan E, Collins P, Green L, Hunt BJ, Riris S, Thomson AJ on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG*. 2016;124:e106–e149.
68. MacMullen NJ, Dulski LA, Meagher B. Red Alert: Perinatal hemorrhage. *AWHONN*. 2005; 30(1): 46-51.

69. .Dinç H, Yazıcı S, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe eğitimi. HSP. 2014; 1(1): 68-76.
70. Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. DÜ SBE Dergisi. 2014; 4(1): 6-16.
71. Kodla CS. A study of prevalence, causes, risk factors and outcome of severe obstetrics haemorrhage. IJSIR. 2015; 4(2): 83-7.
72. Gönenç İM, Duyan V, Erkal Sİ, Purutçuoğlu E, Güven HK. Antenatal dönemde verilen gebe eğitiminin fetal sağlık kontrol odağına etkisinin incelenmesi. Jinekolojik-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2016; 13(1):12-7.
73. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelge. [İnternet]. 2014 [Erişim Tarihi 20 Mart 2018]. Erişim adresi: http://www.adanasm.gov.tr/uploads/subeler/sbs/files/Gebe_bilgilendirme_sinifi_genelgesi.pdf.
74. Malata A, Hauck Y, Monterosso L, McCaul K. Development and evaluation of a childbirth education programme for Malawian women. J Adv Nurs. 2007; 60(1), 67-78.
75. Fışkın G, Oskay Ü. Postpartum Kanama Risk Değerlendirmesi, Yönetimi ve Ebe-Hemşirenin Rolü. DÜ Sağlık Bil Enst Dergisi. 2015; 5(3): 72-7.
76. Posner GD, Dy J, Black AY, Jones GD. Eylem ve doğum. Demir SC, Küçükgöz-Güleç Ü, editors. 6th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitapevi; 2014.
77. Oberg AS, Hernandez-Diaz S, Frisell T, Greene MF, Almqvist C, Bateman BT. Genetic contribution to postpartum haemorrhage in Swedish population: cohort study of 466,686 births. BMJ. 2014; 349(g4984): 1-14.
78. Bais JMJ, Eskes M, Pel M, Bonsel GJ, Bleker OP. Postpartum haemorrhage in nulliparous women: incidence and risk factors in low and high risk women A Dutch population-based cohort study on standard (≥ 500 ml) and severe (≥ 1000 ml) postpartum haemorrhage. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004; 115: 166-72.
79. Sheldon WR, Blum J, Vogel JP, Souza JP, Gülmezoğlu AM, Winikoff B. Postpartum haemorrhage management, risks, and maternal outcomes: findings from the World Health Organization Multicountry Survey on maternal and newborn health. RCOG. 2014;121(1): 5-13.
80. Ngwenya S. Postpartum hemorrhage: Incidence, risk factors, and outcomes in a low-resource setting. Int J Womens Health. 2016; 8: 647-50.
81. Ijaiya MA, Aboyeji AP, Abubakar D. Analysis of 348 consecutive cases of primary postpartum haemorrhage at a tertiary hospital in Nigeria. J Obstet Gynaecol. 2003; 23(4): 374-7.
82. Aban M, Güngören A, Uyar H, Yılmaz N. Grand multipar kadınlardaki riskler. Perinatoloji Dergisi 1991; 5(1): 20-3.

83. Wills R, Morris C. Incidence of primary postpartum haemorrhage with selected maternal characteristics, Queensland, 2008. Queensland Government, Health Statistics Centre, Queensland Health. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018].
Erişim adresi: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0023/361706/statbite29.pdf.
84. Magann EF, Evans S, Hutchinson M, Collins R, Howard BC, Morrison JC. Postpartum hemorrhage after vaginal birth: an analysis of risk factors. *S Med J*. 2005; 98: 419-22.
85. Harvey SA, Lim E, Gandhi KR, Miyamura J, Nakagawa K. Racial-ethnic disparities in postpartum hemorrhage in native Hawaiians, Pacific Islanders, and Asians. *Hawaii J Med Public Health*. 2017; 76(5): No. 5. 128-32.
86. Bryant A, Mhyre JM, Leffert LR, Hoban RA, Yakoob MY, Bateman BT. The association of maternal race and ethnicity and the risk of postpartum hemorrhage. *Anesth Analg*. 2012; 115(5): 1127-36.
87. Usha Kiran TS, Hemmadi S, Bethel J, Evans J. Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG*. 2005 Jun;112(6):768-72.
88. Paglia MJ, Grotegut CA, Johnson LNC, Thames B, James AH. Body Mass Index and Severe Postpartum Hemorrhage. *Gynecol Obstet Invest*. 2012; 73: 70-74.
89. Cheng YK, Lao TT. Fetal and maternal complications in macrosomic pregnancies. *Res Rep Neonatol*. 2014;4 65–70.
90. Said AS, Manji KP. Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2016; 16: 1-8.
91. Ali HS, Isthiaque S. Fetal macrosomia; Its maternal and neonatal complications. *Professional Med J*. 2014;21(3): 421-6.
92. Najafian M, Cheraghi M. Occurrence of fetal macrosomia rate and its maternal and neonatal complications: A 5-Year Cohort Study. *ISRN Obstet Gynecol*. 2012; 2012:353791.
93. Stotland NE, Caughey AB, Breed EM, Escobar GJ. Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia. *Int J Gynecol Obstet*. 2004; 87: 220-226.
94. Walker MC, Murphy KE, Pan S, Yang Q, Wen SW. Adverse maternal outcomes in multifetal pregnancies. *BJOG*. 2004; 111:1294-6.
95. Collins MS, Bleyl JA. Seventy-one quadruplet pregnancies: management and outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1990;162:1384–91.
96. Albrech JL, Tomich PC. The maternal and neonatal outcome of triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 May;174(5):1551-6.
97. Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing World. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2000; 72(1): 212-40.

98. Frass KA. Postpartum hemorrhage is related to be hemoglobin levels at labor: Observational study. *AJM*. 2015; 51: 333-7.
99. Kavle JA, Stoltzfus R, Witter F, Tielsch JM, Khalfan SS, Caulfield LE. Association between anaemia during pregnancy and blood loss at and after delivery among women with vaginal births in Pemba Island, Zanzibar, Tanzania. *J Health Popul Nutr*. 2008; 26(2): 232-40.
100. Ohkuchi A, Onagawa T, Usui R, Koike T, Hiratsuka M, Izumi A, et al. Effect of maternal age on blood loss during parturition: a retrospective multivariate analysis of 10,053 cases. *J Perinat Med*. 2003; 31(3): 209-15.
101. Kominiarek MA, Kilpatrick SJ. Postpartum haemorrhage: A recurring pregnancy complication. *Semin Perinatol*. 2007; 31: 159-66.
102. Oyelese Y, & Ananth CV. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol*. 2010; 53(1): 147-56.
103. Ford JB, Roberts C, Bell JC, Algert CS, Morris JM. Postpartum haemorrhage occurrence and recurrence: a population-based study. *Med J Aust*. 2007; 187(1): 391-93.
104. Nyfløt LT, Sandven I, Oldereid NB, Stray-Pedersen B, Vangen S. Assisted reproductive technology and severe postpartum haemorrhage: a case-control study. *BJOG*. 2016; 124: 1198-205.
105. Healy DL, Breheny S, Halliday J, Jaques A, Rushford D, Garrett C, et al. Prevalence and risk factors for obstetrics haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia. *Hum Reprod*. 2010; 25(1): 265-74.
106. Çetinkaya ŞE, Söylemez F. Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2013; 66(1): 25-32.
107. Al-Zirqi I, Daltveit AK, Forsen L, Stray-Peterson B, Vangen S. Risk factors for complete uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216:165.e1-8.
108. Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2009, Issue 4. Art. No.: CD003246.
109. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2005, Issue 1. Art. No.: CD000451.
110. Rossen J, Østborg TB, Lindtjørn E, Schulz J, Eggebø TM. Judicious use of oxytocin augmentation for the management of prolonged labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2016; 95:355-61.
111. Nyfløt LT, Stray-Pederson B, Forsen L, Vangen S. Duration of labor and the risk of severe postpartum hemorrhage: A case-control study. *PLoS ONE* 12(4): e0175306.
112. Looft E, Simic M, Ahlberg M, Snowden JM, Cheng YW, Stephansson O. Duration of Second Stage of Labour at Term and Pushing Time: Risk Factors for Postpartum Haemorrhage. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2017; 31: 126-133.

113. Miller CM, Cohn S, Akdagli S, Carvalho B, Blumenfeld YJ, Butwick AJ. Postpartum Hemorrhage Following Vaginal Delivery: Risk Factors and Maternal Outcomes. *J Perinatol*. 2017; 37(3): 243-8.
114. Frolova AI, Stout MJ, Tuuli MG, Lopez JD, Macones GA, et al. Duration of the Third Stage of Labor and Risk of Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*. 2016; 127(5): 951-6.
115. Sosa CG, Althabe F, Belizan JM, Buekens P. Risk Factors for Postpartum Hemorrhage in Vaginal Deliveries in a Latin-American Population. *Obstet Gynecol*. 2009; 113(6): 1313-9.
116. Rubio-Alvarez A, Molina-Aalarcon M, Hernandez-Martinez A. Relationship between the degree of perineal trauma at vaginal birth and change in haemoglobin concentration. *Women Birth*. 2017; 30(5): 382-8.
117. Özdeğirmenci O, Erkaya S, Yalvaç S, Dilbaz B, Altınbaş SK, Haberal A. Does early repair of episiotomy decrease postpartum blood loss: A randomized clinical trial. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2010; 23(4): 308-10.
118. Drieesen M, Bouvier-Colle MH, Dupont C, Khoshnood B, Rudigoz RC, Deneux-Tharoux. Postpartum Hemorrhage Resulting From Uterine Atony After Vaginal Delivery Factors Associated With Severity. *Obstet Gynecol*. 2011; 117(1): 21-31.
119. Fan D, Xia Q, Liu L, Wu S, Tian G, Wang W, et al. The incidence of postpartum hemorrhage in pregnant women with placenta previa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2017; 20: 1-15.
120. Simkin P, Ancheta R. Doğum süreci el kitabı: Hemşire, ebe ve hekimler için distosiyi önleme ve tedavide erken müdahaleler. Mete S, editors. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2016.
121. Begley CM, Gyte GML, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2015, Issue 3. Art. No.: CD007412.
122. Leduc D, Senikas V, Lalonde AB. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage (Abstract). *J Obstet Gynaecol Can*. 2009; 31(10): 980-93.
123. Breastfeeding Benefits for mothers. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.infactcanada.ca/Healthy%20Mothers.pdf>.
124. American College of Obstetricians and Gynecologists. Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. Committee Opinion No. 570. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 423-8.
125. Onat G. Doğal Doğumdan Sonra Doğal Emzirmenin Üç Bileşeni: Memeye Emekleme, Kanguru Bakımı, Biyolojik Beslenme. *HEAD*. 2015; 12(2): 78-84.
126. Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie C. Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study. *Midwifery*. 2015; 31(11): 1110-7.

127. Saxton A, Fahy K, Hastie C. Effects of skin-to-skin contact and breastfeeding at birth on the incidence of PPH: A physiologically based theory. *Women Birth*. 2014; 27(4): 250-3.
128. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinar LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672.
129. Albers LL. Reducing Genital Tract Trauma at Birth: Launching a Clinical Trial in Midwifery. *J Midwifery Womens Health*. 2003; 48(2):105-10.
130. Joint Statement. International Confederation of Midwives (ICM) & International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO). Management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *JOGC* 2003; No.136: 1-2.
131. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2014, Issue 2. Art. No.: CD003249.
132. Soltani H, Hutchon DR, Poulouse TA. Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2010, Issue 8. Art. No.: CD006173.
133. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Sys. Rev*. 2013, Issue 10. Art. No.: CD001808.
134. Kemik-Gül Ö, Somunkıran A, Özdemir İ, Yücel O, Demirci F. Doğumsonu kanamayı önlemede rektal misoprostol ve intravenöz oksitosinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *TJOD Dergisi*. 2006; 3(3): 162-166.
135. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Novikova N, Lawrie TA. Postpartum misoprostol for preventing maternal mortality and morbidity. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 7. Art. No.: CD008982
136. World Health Organization. Breastfeeding. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 15 Ocak 2018]. Erişim adresi: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>.
137. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics*. 2006; 117(3): e380-6.
138. Lassi ZS, Das JK, Salam RA, Bhutta ZA. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: interventions and findings. *Reprod Health*. 2014; 11(Suppl 2):S2.
139. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breastfeeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2016, Issue 1. Art. No.: CD010845.
140. Ashwal E, Aviram A, Wertheimer A, Krispin E, Kaplan B, Hirsch L. The impact of obstetric gel on the second stage of labor and perineal integrity: a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2016; 29 (18): 3024-9.

141. Schaub AF, Litschgi M, Hoesli I, Holzgreve W, Bleul U, Geissbühler V. Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. *J Perinat Med.* 2008; 36(2): 129-35.
142. Kodkany BS, Derman RJ, Goudar SS, Geller SE, Edlavitch SA, Naik VA, Patel A, Bellad MB, Patted SS. Initiating a novel therapy in preventing postpartum hemorrhage in rural India: a joint collaboration between the United States and India (Abstract).. *Int J Fertil Womens Med.* 2004; 49(2):91-6.
143. Ambardekar S, Shochet T, Bracken H, Coyaji K, Winikoff B. Calibrated delivery drape versus indirect gravimetric technique for the measurement of blood loss after delivery: a randomized trial. *BMC Pregnancy & Childbirth.* 2014; 14:276.
144. Lertbunnaphong T, Lapthanapat N, Leetheeragul J, Hakularb P, Ownon A. Postpartum blood loss: visual estimation versus objective quantification with a novel birthing drape. *Singapore Med J.* 2016; 57(6): 325-8.
145. Al-Kadri HMF, Al Anazi BKA, Tamim HM. Visual estimation versus gravimetric measurement of postpartum blood loss: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011; 283(6): 1207- 13.
146. Boopathi A, Nayak SR, Rao A, Rao B. Oxytocin versus methylergometrine in the active management of third stage of labour. *Open J Obstet Gynecol.* 2014; 4: 666-71.
147. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2003; 7(2): 15-22.
148. Toprak FÜ, Turan Z, Erenel AŞ. Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. *GÜSBD.* 2017; 6(2): 96-103.
149. Coşkun A. Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008.
150. McGillis Bindler RC, Ball JW, London ML, Davidson MR. Anne ve çocuk hemşireliği klinik uygulama becerileri kitabı. Canbulat-Şahiner N, Açıkgöz A, Demirgöz-Bal M, editors. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti; 2014.
151. Postpartum Hemorrhage. Registered Nurse Initiated Activities: Decision Support Tool No. 7: Perinatal Services BC. [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/GuidelinesStandards/Standards/Competencies/7CoreCompDSTPPHemorrhage.pdf>.
152. Kömürcü N. Akış şemaları ile doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği. İstanbul: Nobel Kitapevi; 2012.
153. CONSORT Transparent Reporting of Trials. [İnternet]. 2010 [Erişim Tarihi 12 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://www.consort-statement.org/>.
154. Kömürcü N. Perinatoloji Hemşireliği. İstanbul: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Basımı; 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No:767.

155. Marchant S, Alexander J, Thomas P, Garcia J, Brocklehurst P, Keene J. Risk factors for hospital admission related to excessive and/or prolonged postpartum vaginal blood loss after the first 24 h following childbirth. *J Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 2006; 20(5): 392-402.
156. Jensen D, Wallace S, Kelsay P. LATCH: A breastfeeding charting system and documentation tool. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1994; 23(1): 27-32.
157. Yenal K, Okumus H. LATCH emzirme tanılama aracının güvenilirliğini inceleyen bir çalışma. *HEMAR-G Dergisi*. 2003; 5(1): 38-44.
158. Wieggers TA, Keirse MJ, Berghs GA, Van der Zee J. An approach to measuring quality of midwifery care. *JCE*. 1996; 49(3), 319-25.
159. Murphy PA, Fullerton JT. Measuring outcomes of midwifery care: development of an instrument to assess optimality. *J Midwifery Women Health*. 2001; 46(5): 274–284.
160. Yücel Ç, Taşkın L, Low LK. Validity and reliability of the Turkish version of the Optimality Index-US (OI-US) to assess maternity care outcomes. *Midwifery*. 2015; 31(12): 1135-42.
161. Özyalçın S. Akut Ağrı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2005.
162. Eti-Aslan F. Ağrı değerlendirme yöntemleri. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2002; 6(1): 9-16.
163. Akbay A. Visual analog skala (VAS) değerlendirilmesi [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi 12 Mart 2017]. Erişim adresi: <http://www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf>.
164. Eti-Aslan F. Ağrıya İlişkin Kavramlar. Eti-Aslan F. Ed. Ağrı Doğası ve Kontrolü. İstanbul: Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul; 2006.
165. Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık; Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. 2nd ed. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
166. Eryılmaz HY. Doğum sonu Değerlendirme: Bir kontrol çizelgesi örneği. *HEAD*. 2009; 6(1): 20-6.
167. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Eğitim Şube Müdürlüğü. Lohusalık ve Yenidoğan Bakım Rehberi. [İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi 15 Temmuz 2015]. Erişim adresi: http://istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/lohusalik_rehberi.pdf.
168. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K, Alden KR. *Maternity & Women's Health Care*. USA: Elsevier Mosby; 2012.
169. Olds SB, London ML, Ladewig PW, Davidson MR. *Maternal-Newborn Nursing % Women's Health Care*. New Jersey: Pearson Education LTD; 2004.
170. Postpartum Nursing Care Pathway. Perinatal Services BC Obstetric Guideline 20. [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 25 Temmuz 2015]. Erişim adresi: www.perinatalservicesbc.ca.
171. Postpartum Care. Wild Iris Medical Education, Inc. [İnternet]. 2016 [Erişim Tarihi 10 Temmuz 2016]. Erişim adresi:

<https://wildirismedicaleducation.com/courses/534/Postpartum-Care-CE-Course-Wild-Iris-Medical-Education.pdf>.

172. Postpartum Maternal Complications. Chapter 28. Evolve Website. [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi 10 Temmuz 2016]. Erişim adresi: <https://www.elsevier.com/books/study-guide-for-foundations-of-maternal-newborn-and-womens-health-nursing/murray/978-1-4557-3748-2>.
173. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması danışmanlığı için Resimli Rehber. [Internet]. 2010 [Erişim Tarihi 15 Temmuz 2015]. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/resimli%20rehber-2010.pdf>.
174. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Aile Planlaması Yöntemi Uygulama Rehberi (Hizmet içi eğitim). [Internet]. 2006 [Erişim Tarihi 15 Temmuz 2015]. Erişim adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/açsap34.pdf>.
175. NICE Clinical Guideline 37. Postnatal Care. Routine postnatal care of women and their babies. [Internet]. 2015 [Erişim Tarihi 30 Temmuz 2015]. Erişim adresi: www.guidance.nice.org.uk/cg37.
176. Lao TT, Sahota DS, Cheng YKY, Law LW, Leung TY. Advanced maternal age and postpartum hemorrhage – risk factor or red herring? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 27(3): 243–6.
177. Blum J, Winikoff B, Raghavan S, Dabash R, Ramadan MC, Dilbaz B, et al. Treatment of post-partum haemorrhage with sublingual misoprostol versus oxytocin in women receiving prophylactic oxytocin: a double-blind, randomised, non-inferiority trial. *Lancet.* 2010; 375(9710):217-23.
178. Buzaglo N, Harlev A, Sergienko R, Sheiner E. Risk factors for early postpartum hemorrhage (PPH) in the first vaginal delivery, and obstetrical outcomes in subsequent pregnancy. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014; 28(8): 932-7.
179. Ajenifuja KO, Adepiti CA, Ogunniyi SO. Post partum haemorrhage in a teaching hospital in Nigeria: a 5-year experience. *Afr Health Sci.* 2010; 10(1): 71-4.
180. Geller SE, Patel A, Niak VA, Goudar SS, Edlavitch SA, et al. Conducting International Collaborative Research in Developing Nations. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004 ;87: 67-271.
181. Butwick AJ, Walsh EM, Kuzniewicz M, Li SX, Escobar GJ. Patterns and predictors of severe postpartum anemia after Cesarean section. *Transfusion.* 2017; 57(1): 36–44.
182. Dönmez S, Sevil Ü. Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2009; 2(3): 105-112.
183. Yıldız-Karaahmet A, Yazıcı S. Epizyotomide güncel durum. *HSP.* 2017; 4(1): 57-63.

184. Junior MDC, Junior RP. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38(6): 301–7.
185. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Sys Rev.* 2017, Issue 2. Art. No.: CD000081.
186. Shmueli A, Benziv RG, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, Aviram A. Episiotomy-risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2017; 30(3): 251-256.
187. Apurva, Patil S, Patil Y, Bhosle R. Comparative study of routine versus restricted use of episiotomy in primigravidas. *J Evolution Med Dent Sci.* 2016; 5(48): 3086-89.
188. Combs CA, Murphy EL, Laros RK. Factors associated with postpartum hemorrhage with vaginal birth. *Obstet Gynecol.* 1991; 77(1):69-76.
189. Owa OO, Eniowo AR, Ilesanmi OS. Factors associated with episiotomy among parturients delivering in a tertiary care centre in Nigeria. *Int J Res Med Sci.* 2015; 3(4):836-40.
190. Carvalho CCM, Souza ASR, Filho OBM. prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in recife, pernambuco, Brazil. *Rev Assoc Med Bras.* 2010; 56(3): 333-9.
191. Kütük MS, Özgün MT, Uludağ S, Dolanbay M, Özdemir F, Uysal G, Öztürk A. Rutin epizyotomi uygulamasının terk edilmesi: Erciyes Üniversitesi Deneyimi. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2013; 23(3): 154-9.
192. Rolinska AA, Tomasz G, Kwasniewska A, Makara-Studzinska M. Searching for Medical Substances Safe for Mother and Child, Facilitating the Delivery of Pain Management and Decreasing Exhaustion-Evaluation of Obstetric Gel by Pregnant Women. *Pain Manag Nurs.* 2015; 16(4): 493-8.
193. World Health Organization. WHO Recommendations intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CCBY-NC-SA3.0IGO.
194. Aydın B, Kıyak H, Mete F, Ekiz A, Polat İ, Gedikbaşı A. Nullipar gebelerde obstetrik jel kullanımı: Maternal-neonatal sonuçları. *Perinatoloji Dergisi.* 2017; 25(3): 127-32.
195. Tabarraı M, Eftekhari T, Nazem E. Etiology of the Vaginal, Cervical, and Uterine Laceration on Av-icenna Viewpoints. *Iranian J Publ Health.* 2013; 42(8): 927-8.
196. Gynotal Obstetric Gel. [Internet]. 2016 [Erişim Tarihi 10 Mart 2016]. Erişim adresi: <http://gynotal.com.tr/>.
197. Riener R, Leypold K, Brunschweiler A, Schaub A, Ulrich B, Wolf P. Quantification of friction force reduction induced by obstetric gels (Abstract). *Med Biol Eng Comput.* 2009; 47(6): 617-23.

198. Hofmeyr GJ. Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2005; 19(1): 103-115.
199. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. Effect of immediate and continuous mother–infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: A randomised control trial. *Women Birth*. 2014; 27(1): 37-40.
200. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of Mother-Infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011; 21(10): 601-5.
201. Bullough CHW, Msuku RS, Karonde L. Early suckling and postpartum haemorrhage: Controlled trial in deliveries by traditional birth attendants. *Lancet*. 1988; 2:522-5.
202. Sobhy SI, Mohame NA. The effect of early initiation of breast feeding on the amount of vaginal blood loss during the fourth stage of labor (Abstract). *J Egypt Public Health Assoc*. 2004;79(1-2):1-12.
203. Serçekuş P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs*. 2010; 66(5): 999-1010.
204. Serçekuş P, Mete S. Turkish women's perceptions of antenatal education. *Int Nurs Rev*. 2010; 57(3): 395-401.
205. Fabian HM, Radestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84: 436-43.
206. Ho I, Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *J Adv Nurs*. 2002; 38(1):74-85.
207. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, et al. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN*. 2018; 26(1): 31-43.
208. Altunduğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. *HEMAR-G Dergisi*. 2013; 15(2): 45-56.
209. Alexander J, Thomas PW, Sanghera J. Treatments for secondary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Sys Rev*. 2002, Issue 1. Art. No.: CD002867.
210. Hoveyda F, MacKenzie IZ. Secondary postpartum haemorrhage: incidence, morbidity and current management. *BJOG*. 2001; 108(9): 927-30.
211. Dossouet M, Debost-Legrand A, Dechelotte P, Lemery D, Vendittelli F. Severe Secondary Postpartum Hemorrhage: A Historical Cohort. *BIRTH*. 2015; 42(2): 149-55.
212. Neill AM, Thornton S. Secondary postpartum haemorrhage, *J Obstet Gynaecol*. 2002; 22(2): 119-22.
213. The World Health Organization Multinational Study of Breast-feeding and Lactational Amenorrhea. IV. Postpartum bleeding and lochia in breast-feeding women. *Fertil. Steril*. 1999; 72(3): 441-7.

214. American College of Nurse-Midwives, Measuring outcomes of midwifery care: The Optimality Index-US. [Internet]. 2018 [Erişim Tarihi 24 Mart 2018]. Erişim adresi: <http://www.midwife.org/Optimality-Index-US>.



8. EKLER

EK-1. Araştırmanın Güç Analizi Sonuçları

Kontrol grubu ve müdahale grubuna ait 24 saatlik kanama miktarı ortalaması ve standart sapmaları kullanılarak etki büyüklüğü 0.738 olarak elde edilmiştir. G Power 3.1.9.2 programında geriye dönük güç hesabı için bu etki büyüklüğü, tip 1 hata oranı (0.05) ve gruptaki hasta sayısı kullanıldığında güç %85.99 olarak hesaplanmıştır.

t tests - Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: Post hoc: Compute achieved power

Input:

Tail(s)	=	Two
Effect size d	=	0.7383454
α err prob	=	0.05
Sample size group 1	=	37
Sample size group 2	=	33

Output:

Noncentrality parameter δ	=	3.0836735
Critical t	=	1.9954689
Df	=	68
Power (1- β err prob)	=	0.8599022

EK-2. Araştırma Sonunda Vajinal Doğum Yapan Rastgele Randomizasyona Göre Belirlenen Çalışma Grupları

ID	Yaş	Parite	Parite Grup	Optimalite İndeksi (OI) Perinatal Özgeçmiş İndeksi (PDI) Yüzdesi (%)	Müdahale ve Kontrol Grupları*
1	34	2	Multipar	94	0
2	29	2	Multipar	83	0
3	26	1	Multipar	94	0
4	31	1	Multipar	83	0
5	27	2	Multipar	83	0
6	29	0	Primipar	100	0
7	27	0	Primipar	100	0
8	28	0	Primipar	91	0
9	18	0	Primipar	91	0
10	20	0	Primipar	81	0
11	29	0	Primipar	91	0
12	28	0	Primipar	82	0
13	23	0	Primipar	100	0
14	34	0	Primipar	100	0
15	29	0	Primipar	100	0
16	29	0	Primipar	100	0
17	28	0	Primipar	91	0
18	25	0	Primipar	100	0
19	24	0	Primipar	91	0
20	27	0	Primipar	91	0
21	19	0	Primipar	81	0
22	25	1	Multipar	94	0
23	20	0	Primipar	91	0
24	40	3	Multipar	72	0
25	33	0	Primipar	91	0
26	20	1	Multipar	94	0
27	28	1	Multipar	100	0
28	24	1	Multipar	89	0
29	22	1	Multipar	94	0
30	32	2	Multipar	89	0
31	35	2	Multipar	89	0
32	26	1	Multipar	94	0
33	21	1	Multipar	100	0
34	34	2	Multipar	83	0
35	20	1	Multipar	83	0
36	24	1	Multipar	94	0
37	18	0	Primipar	72	0

38	32	1	Multipar	100	1
39	30	2	Multipar	83	1
40	30	1	Multipar	94	1
41	33	1	Multipar	83	1
42	27	1	Multipar	83	1
43	30	0	Primipar	91	1
44	26	0	Primipar	100	1
45	25	0	Primipar	100	1
46	23	0	Primipar	100	1
47	26	0	Primipar	81	1
48	29	0	Primipar	100	1
49	31	0	Primipar	100	1
50	23	0	Primipar	100	1
51	34	0	Primipar	100	1
52	35	0	Primipar	81	1
53	27	0	Primipar	100	1
54	27	0	Primipar	100	1
55	26	0	Primipar	91	1
56	22	0	Primipar	91	1
57	26	0	Primipar	100	1
58	18	0	Primipar	82	1
59	33	1	Multipar	94	1
60	20	0	Primipar	82	1
61	40	3	Multipar	83	1
62	32	0	Primipar	91	1
63	25	1	Multipar	89	1
64	28	1	Multipar	89	1
65	24	2	Multipar	89	1
66	26	1	Multipar	94	1
67	30	1	Multipar	94	1
68	31	2	Multipar	89	1
69	25	1	Multipar	94	1
70	22	1	Multipar	89	1

*Çalışmamızda "0" kontrol grubunu, "1" ise müdahale grubunu temsil etmektedir.

EK-3. Doğum Öncesi Dönem Veri Toplama Formu

ANKET NO:		<input type="checkbox"/> Müdahale Grubu	<input type="checkbox"/> Kontrol Grubu			
Adınız Soyadınız:						
Telefon Numaranız:		Not:				
Adresiniz:						
Sosyo-Demografik Özellikler						
1.	Yaşınız	.....			
2.	Eğitim durumunuz	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri				
3.	Sağlık güvenceniz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
4.	Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
5.	Cevabınız evet ise mesleğiniz nedir?	<input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Diğer.....				
6.	Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?	<input type="checkbox"/> Gelirim giderimden düşük <input type="checkbox"/> Gelirim giderime eşit <input type="checkbox"/> Gelirim giderimden yüksek				
7.	Medeni durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Bekâr (Bekâr iseniz 15. Soruya geçiniz)				
8.	Akraba evliliği durumu	<input type="checkbox"/> Var (.....) <input type="checkbox"/> Yok				
9.	Eşinizin yaşı	.....			
10.	Eşinizin eğitim durumu nedir?	<input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite ve üzeri				
11.	Eşinizin mesleği nedir?	<input type="checkbox"/> Memur <input type="checkbox"/> İşçi <input type="checkbox"/> Serbest Meslek <input type="checkbox"/> Diğer.....				
12.	Evlilik süreniz?	.....ay/yıl			
13.	Aile tipiniz?	<input type="checkbox"/> Geniş <input type="checkbox"/> Çekirdek (Çekirdek ailede yaşıyor iseniz 15. soruya geçiniz)				
14.	Birlikte yaşadığınız kişiler	.....			
15.	Şu anda yaşadığınız yer	<input type="checkbox"/> Köy <input type="checkbox"/> Belde/Kasaba <input type="checkbox"/> İlçe <input type="checkbox"/> İl				
16.	Sağlık durumunuzla ilgili kararları kendiniz verebiliyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır				
Gebelikle İlgili Bazı Özellikler						
17.	Gebelik haftanız	.....hafta			
18.	Gebelik öykünüz:					
	Gebelik:...	Parite:...	Abortus:...	Ölüdoğum/Doğup ölen:...	Yaşayan:...	Diğer:.....

EK-4. Doğum Öncesi Dönem Telefon Danışmanlığı Formu

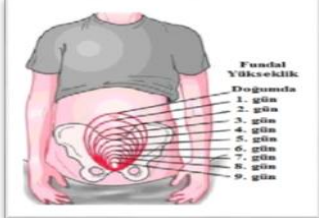
		Birinci Görüşme	İkinci Görüşme	Üçüncü Görüşme	Dördüncü Görüşme	Beşinci Görüşme	Altıncı Görüşme
1.	Görüşme tarihi	...../...../2017	...../...../2017	...../...../2017	...../...../2017	...../...../2017	...../...../2017
2.	Gebelik haftanız	.....hafta	.....hafta	.....hafta	.....hafta	.....hafta	.....hafta
3.	Gebelik takiplerinize düzenli gidiyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
4.	Gebeliğinizde kilo artışı normal sınırlarda mı?	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet BKI:..... <input type="checkbox"/> Hayır
5.	Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır
6.	Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle hastaneye yatışınız yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır
7.	Gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle ilaç kullanıyor musunuz? / kullandınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet..... <input type="checkbox"/> Hayır
8.	Gebelikte perine masajına başladınız mı? (34. hafta dan sonra sorulacak)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Perine masajının sıklığı ve uygulama süresi	Sıklığı: .....kez/hafta Süresi:.....dk	Sıklığı: .....kez/hft Süresi: .....dk	Sıklığı: .....kez/hft Süresi: .....dk	Sıklığı: .....kez/hft Süresi: .....dk	Sıklığı: .....kez/hft Süresi: .....dk	Sıklığı: .....kez/hft Süresi: .....dk
9.	Diğer						

34. haftasına kadar Sağlık Bakanlığı DÖB Yönetim Rehberine göre (18.-24. gebelik haftaları arası ile 28.-32. gebelik haftaları arasında birer kez), perine masajı yapılması nedeniyle 34. haftadan sonra haftada bir kez telefon danışmanlığı yapılacaktır.

EK-5. Doğum Eylemi Süreci (Birinci Evre) Veri Toplama Formu

Doğum Eylemi Süreci			
1.	Hastaneye başvurduğu	Tarih:/...../.....	Saat::.....
2.	Grubu	<input type="checkbox"/> Müdahale grubu	<input type="checkbox"/> Kontrol grubu
3.	Doğum Salonuna Kabul Sırasında Tuşe bulguları	Dilatasyon: cm Silinme: %..... Başın seviyesi: -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 Amnion sıvısı: <input type="checkbox"/> Poş (+) <input type="checkbox"/> Spontan gelmiş	
4.	Birinci evrenin fazı	<input type="checkbox"/> Latent faz	<input type="checkbox"/> Aktif faz <input type="checkbox"/> Geçiş fazı
5.	Gebelik haftası	..... hafta	
6.	Kontraksiyon özellikleri	Sıklığı:.....	Süresi:..... Şiddeti:.....
7.	Fetal kalp sesleri	...../dk	
8.	Yaşamsal bulguları	KB:...../.....mmHg	Nb:...../dk Ateş:..... C° Solunum:...../dk
9.	USG bulguları	TDA: .....gr Gebelik haftası: hafta	
Doğumun Birinci Evresinde			
10.	Kullanılan ilaçlar	Oksitosin: <input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır Petidin Hcl: <input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır Valetamat: <input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır Oksijen: <input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır Diğer:..... <input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır	
Doğum Şekli ve Yenidoğan			
11.	Doğum şekli	<input type="checkbox"/> Vajinal doğum <input type="checkbox"/> Epizyotomi var <input type="checkbox"/> Epizyotomi yok <input type="checkbox"/> Sezaryen doğum (Endikasyonu:)	
12.	Doğum	Tarih:/...../.....	Saat::.....
13.	Yenidoğana yönelik bilgiler	Kilosu: .....gr	Boy: cm 1. dk APGAR skor: 5. dk APGAR skor:
14.	Yenidoğanın yoğun bakım ihtiyacı	<input type="checkbox"/> Var Nedeni:.....	<input type="checkbox"/> Yok
BİRİNCİ EVRENİN SÜRESİ: .....saat.....dakika			

EK-6. Doğum Eylemi (İkinci, Üçüncü ve Dördüncü Evre) ve Doğum Sonu Dönem Veri Toplama Formu

Doğumun İkinci Evresi		
1.	İkinci evrenin süresi	.....dakika
2.	İkinma tekniğini doğru spontan (açık glottis) kullanıyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
3.	Kontraksiyonlar geçtiğinde dinleniyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğumun Üçüncü-Dördüncü Evresi		
4.	Üçüncü evrenin süresi	.....dakika
5.	Üçüncü evre kanama miktarı	.....ml
6.	Bebeğini emzirmeye istekli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
7.	Bebeğine dokunuyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
8.	Göz teması kuruyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
9.	Emzirmeye başladı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
10.	Uterin masaj için istekli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
11.	Fundusu tespit edebiliyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
12.	Uterin masajı yapıyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
13.	Uterusu kontrakte hale getirebiliyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum Sonu Kliniği		
14.	Emzirmeye devam ediyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
15.	Emzirme sıklığı düzenli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Emzirme sıklığı: .....saatte bir kez Emzirme süresi: .....dk	
16.	Uterin masaja devam ediyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
17.	İdrarını ilk 4 saat içinde yaptı	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
18.	Eliminasyonu sağlamada istekli	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
19.	Beslenmesine dikkat ediyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Doğum sonu uterusu ilişkin bulgular		
20.		a) Fundal yükseklik doğum sonu dönem ile uyumlu mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır b) Uterus orta hatta mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Devam Ediyor (Diğer sayfaya geçiniz!)		

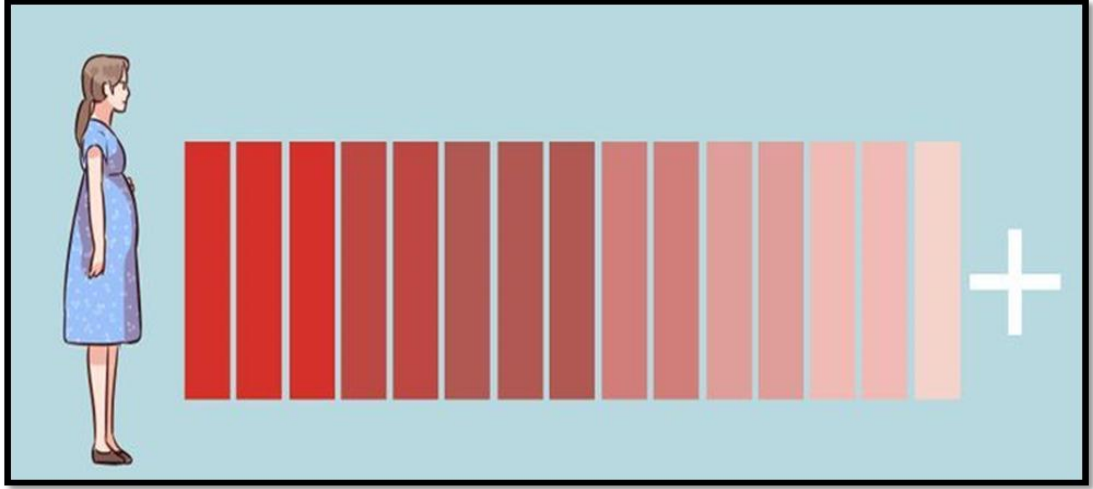
EK-6 VERİ TOPLAMA FORMUNUN DEVAMI...		
İlk 24 saat kanama miktarı		
21.	Birinci ped: .....ml	Beşinci ped: .....ml
	İkinci ped: .....ml	Altıncı ped: .....ml
	Üçüncü ped: .....ml	Yedinci ped: .....ml
	Dördüncü ped: .....ml	TOPLAM KANAMA MİKTARI: .....ml
Doğum sonu kanama durumu		
22.	Doğum sonu kanama meydana geldi mi?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>
23.	Doğum sonu kanama yönelik uygulanan yapılan tedavi/ler;	
	a) Medikal tedavi/ler	<input type="checkbox"/> Uygulandı <input type="checkbox"/> Uygulanmadı
	<i>Uterotonik ajanlar</i>	
	Misoprostol	<input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır
	Oksitosin	<input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır
	Ergometril	<input type="checkbox"/> Evet Dozu:..... <input type="checkbox"/> Hayır
	<i>Kan ve kan ürünleri</i>	
	Eritrosit süspansiyonu	<input type="checkbox"/> Evet Ünite:..... <input type="checkbox"/> Hayır
	Taze donmuş plazma	<input type="checkbox"/> Evet Ünite:..... <input type="checkbox"/> Hayır
	Diğer (.....)	<input type="checkbox"/> Evet Ünite:..... <input type="checkbox"/> Hayır
b) Cerrahi tedavi	<input type="checkbox"/> Uygulandı (.....) <input type="checkbox"/> Uygulanmadı	
c) Diğer (.....)		
24.	Kanama ile ilişkili laboratuvar sonuçları	
	Doğum öncesi hemogram:	Doğum sonrası hemogram:
	Hb:.....g/dL	Hb:.....g/dL
	Htc:%.....L	Htc:%.....L
Plt:.....K/mm ³	Plt:.....K/mm ³	
Diğer:		
Doğum sonu kanamanın nedeni		
25.	Uterin atoni	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Perineal laserasyon	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Nedeni bilinmiyor	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
	Diğer (.....)	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

EK-7. Evde Bakım Süreci Veri Toplama Formu

		Birinci Görüşme (2.-10. gün) Ev Ziyareti	İkinci Görüşme (İkinci hafta) Telefon Danışmanlığı veya Ev Ziyareti	Üçüncü Görüşme (Altıncı Hafta) Telefon Danışmanlığı veya Ev Ziyareti
1.	Kanama miktarında artma durumu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
2.	Puerperal enfeksiyon durumu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
3.	Enfeksiyon belirtileri	<input type="checkbox"/> Yüksek ateş <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde kötü kokulu akıntı <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde ödem <input type="checkbox"/> Epizyotomi dikişlerinde açılma <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Meme apsesi, mastit <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Yüksek ateş <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde kötü kokulu akıntı <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde ödem <input type="checkbox"/> Epizyotomi dikişlerinde açılma <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Meme apsesi, mastit <input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/> Yüksek ateş <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde kötü kokulu akıntı <input type="checkbox"/> Epizyotomi bölgesinde ödem <input type="checkbox"/> Epizyotomi dikişlerinde açılma <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Meme apsesi, mastit <input type="checkbox"/> Diğer.....
4.	Tekrar hastaneye sağlık sorunu nedeniyle başvurma durumu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
5.	Tekrar hastaneye yatış durumu	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
6.	Hastaneye yatış nedeni	<input type="checkbox"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Plasenta retansiyonu <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Plasenta retansiyonu <input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Enfeksiyon <input type="checkbox"/> Kanama <input type="checkbox"/> Plasenta retansiyonu <input type="checkbox"/> Diğer
7.	Hastanede uygulanan tedavi	<input type="checkbox"/> Antibiyotik tedavisi <input type="checkbox"/> Uterin küretaj uygulanması <input type="checkbox"/> Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu	<input type="checkbox"/> Antibiyotik tedavisi <input type="checkbox"/> Uterin küretaj uygulanması <input type="checkbox"/> Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu	<input type="checkbox"/> Antibiyotik tedavisi <input type="checkbox"/> Uterin küretaj uygulanması <input type="checkbox"/> Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonu

EK-8. Taburculuk Sonrası Kanama Takibi Çizelgesi

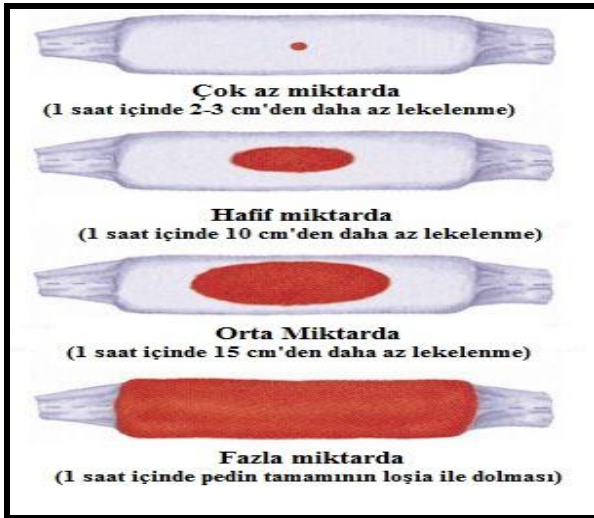
Günler/Kanama Miktarı	Loşianın Özelliği	Günler/Kanama Miktarı	Loşianın Özelliği
<p>1. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>	<p>6. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>
<p>2. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>	<p>7. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>
<p>3. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>	<p>8. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>
<p>4. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>	<p>9. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>
<p>5. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>	<p>10. Gün</p> <p>A Çok Az Miktarında B Hafif Miktarında C Orta Miktarında D Fazla Miktarında</p>	<p>Loşianın Rengi: Kırmızı <input type="checkbox"/> Pembe <input type="checkbox"/></p> <p>Kötü koku: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Kanamada artma: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/></p> <p>Değiştirdiği ped sayısı: .....ped</p> <p>Diğer:.....ped</p>



**DOĞUMDAN SONRA KANAMADAKİ/AKINTIDAKİ DEĞİŞİM
DOĞUM SONU AKINTI İLK ÜÇ HAFTA BOYUNCA DEVAM
ETMELİDİR**



- Vajinal kanamada büyük parçalar olmamalıdır.
- Kanamamanın özelliği yukarıdaki sıra ilelerdir.
- Akıntı sarı renkten kırmızı renge dönmemelidir.



**Eğer aşırı kanamadan
şüpheleniyorsanız yeni
bir ped koyarak 1 saat
içinde ıslanma
durumunu
değerlendirin!**

EK-9. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği

LATCH Emzirme Tanılama Aracı Maddeler	Puanlar		
	0	1	2
Memeyi tutma (L)	<ul style="list-style-type: none">➤ Çok uykulu ve isteksiz➤ Memeyi tutamıyor	<ul style="list-style-type: none">➤ Memeyi tekrar tekrar tutmayı deniyor➤ Meme başını ağızda tutuyor➤ Emme için uyarı istiyor	<ul style="list-style-type: none">➤ Dudakları açık➤ Dil aşağıda➤ Düzenli bir şekilde emiyor
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi (A)	<ul style="list-style-type: none">➤ Yok	<ul style="list-style-type: none">➤ Uyarı ile birkaç yutma sesi duyuluyor	<ul style="list-style-type: none">➤ Yutma sırasında sürekli, güçlü espirasyonlar görülür.➤ Kendiliğinden belli aralıklarla yutma sesi duyuluyor
Meme ucunun tipi (T)	<ul style="list-style-type: none">➤ İçe dönük	<ul style="list-style-type: none">➤ Düz	<ul style="list-style-type: none">➤ Dışa dönük
Meme ve meme ucuna ilişkin rahatlık (C)	<ul style="list-style-type: none">➤ Tıkanma➤ Çatlama, kanama, kabarcık, morluk	<ul style="list-style-type: none">➤ Doluluk➤ Kırmızılaşma, küçük kabarcıklar ve morluk➤ Hafif-orta derecede rahatsızlık	<ul style="list-style-type: none">➤ Yumuşak➤ Hassaslık yok
Bebeği tutuş pozisyonu (H)	<ul style="list-style-type: none">➤ Tam yardım gerekiyor	<ul style="list-style-type: none">➤ Az yardım gerekiyor	<ul style="list-style-type: none">➤ Yardımsız tutabiliyor➤ Bebeği memeye yerleştiriyor
Toplam			

EK-10. Optimalite İndeksi-TR

PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ				
Temel Özellikler	PARİTE			
	PRİMİPAR		MULTİPAR	
	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok
1. Evli olmak/Partneri olmak.	0	1	0	1
2. Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak.	0	1	0	1
3. Türkçe konuşabiliyor olmak.	0	1	0	1
4. Lise ve üzeri eğitime sahip olmak.	0	1	0	1
5. Sağlık güvencesine sahip olmak.	0	1	0	1
6. Gebe kaldıktan sonra hiç sigara içmemiş ve/veya pasif sigara dumanına maruz kalmamış olmak.	0	1	0	1
7. Gebe kaldıktan sonra hiç alkol almamış olmak.	0	1	0	1
8. Gebe kaldıktan sonra hiçbir reçeteli ilacı kötüye kullanmamış olmak ve/veya hiç bir yasadışı ilaç kullanmamış olmak.	0	1	0	1
9. Gebelik öncesi dönemde 18.5-24.9 arası beden kitle indeksine sahip olmak.	0	1	0	1
10. Şimdiki gebelik sırasında 18-35 arası yaşta olmak.	0	1	0	1
11. Kronik hastalık öyküsüne sahip olmamak : Hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı, diyabet (gestasyonel olmayan), kalp hastalığı sınıf II,IV, HIV +, önemli psikiyatrik öykü (hastanede yatma veya ilaç tedavisi alma).	0	1	0	1

PERİNATAL ÖZGEÇMİŞ İNDEKSİ (Devam)

Temel Özellikler	PARİTE			
	PRİMİPAR		PRİMİPAR	
			Risk var	Risk yok
12. 24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak.			0	1
13. 4 ve daha az sayıda doğum aralığına sahip olmak.			0	1
14. Preterm doğum öyküsüne <u>sahip olmamak.</u>			0	1
15. İntrauterin fetal ölüm (20 hafta ve üzeri gebelik kaybı) öyküsüne <u>sahip olmamak.</u>			0	1
16. Sezaryen doğum öyküsüne <u>sahip olmamak.</u>			0	1
17. 2500 gr'ın altında veya 4000 gr'ın üstünde doğan bebek öyküsüne <u>sahip olmamak.</u>			0	1
18. Önceki gebeliğinde gebelik komplikasyonu öyküsüne <u>sahip olmamak:</u> Gestasyonel diyabet, intrauterin fetal kayıp, plasenta previa, ablasyo plasenta, ciddi preeklampsi/eklampsi, piyelonefrit, Rh uyuşmazlığı			0	1
PÖİ PAYDA	11		18	

PÖİ HESAPLAMA	1 Olarak Kodlanan Madde Sayısı (Pay)	Değerlendirilen Madde Sayısı (Payda)
	_____	/ _____
PÖİ (%)	_____ %	

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ)		
DOĞUM ÖNCESİ DÖNEM		
Şimdiki Gebelikle İlgili Tanı ve Tedaviye Yönelik Göstergeler	Risk var	Risk yok
19. İntrauterin fetal kayıp <u>yaşanmadı.</u>	0	1
20. Gebelikte aile içi şiddete maruz <u>kalmadı.</u>	0	1
21. Gebelik komplikasyonu <u>yaşamadı</u>: tedaviye cevap vermeyen anemi (herhangi bir trimesterde Hb değerinin 10 gr/dl'nin altında olması), gestasyonel diyabet, önemli psikiyatrik öykü (hastanede kalma veya ilaç tedavisi alma), çoğul gebelik, plasenta previa, ciddi preeklampsi /eklampsi, piyelonefrit, Rh uyumsuzluğu, plasenta previa dışında bir nedene bağlı olarak 2. veya 3. trimesterde kanama.	0	1
22. Yeterli prenatal bakım aldı: <u>İlk trimesterde başlayan (<14 hafta) ve en az 4 ziyaret.</u>	0	1
23. Amniyosentez ve koryonik villus örnekleme <u>yapılmadı.</u>	0	1
24. Nonstres testi, kontraksiyon stres testi ya da biyofizik profil <u>yapılmadı.</u>	0	1
25. Gebelik sırasında vitamin ve demir dışında hiçbir reçeteli ve reçetesiz ilaç <u>kullanmadı.</u>	0	1
26. Membranlar açıldıktan sonra yapılan ilk vajinal muayene ile doğum arasında geçen süre 24 saatten daha kısa idi.	0	1

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ) (Devam)

DOĞUM (Doğum Eyleminin 1. ve 4. Evrelerinde Kadının Sağlık Durumu)

Özellikler	Doğum Şekli						
	Planlı Sezaryen	Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 2. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
		Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok
27. Membranlar açıldığında amniyotik mayi berraktı.		0	1	0	1	0	1
28. Doğum indüksiyonu ve augmentasyon uygulanmadı.		0	1	0	1	0	1
29. Amniyotomi yapılmadı.		0	1	0	1	0	1
30. Doğumun 1. yada 2. evresinde oral, IM, IV ilaç uygulaması yapılmadı.		0	1	0	1	0	1
31. Doğumda epidural anajezi uygulanmadı.		0	1	0	1	0	1
32. Aralıklı elektronik fetal monitorizasyon kullanıldı (sürekli monitorizasyon endikasyonundan önce).		0	1	0	1	0	1
33. Fetal kalp hızı anormallikleri görülmedi (uzamış bradikardi, geç deselerasyon, non-reaktif NST, fetal taşikardi).		0	1	0	1	0	1
34. Doğumda destek veren kişi vardı (sağlık personeli dışında).				0	1	0	1
35. Spontan olarak ikindi.		0	1	0	1	0	1
36. Doğum daha önce belirlenen yerde gerçekleşti.		0	1	0	1	0	1
37. Doğumda sırtüstü olmayan pozisyon kullanıldı.				0	1	0	1

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ) (Devam)								
DOĞUM (Doğum Eyleminin 1. ve 4. Evrelerinde Kadının Sağlık Durumu)								
Özellikler	Doğum Şekli							
	Planlı Sezaryen		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok
38. Doğum sefalik prezentasyon ile gerçekleşti .					0	1	0	1
39. Vajinal doğum müdahalesiz gerçekleşti (Vakum ya da forseps kullanılmadı).					0	1	0	1
40. Doğum vajinal yolla gerçekleşti.					0	1	0	1
41. Epizyotomi uygulanmadı.					0	1	0	1
42. Perinide ve perineal dokuda sütür gerektiren 1. ya da 2. derecede laserasyon gelişmedi (Sulkus ya da servikal laserasyonları da içeren).					0	1	0	1
43. Epizyotomi ya da 1. ve 2. dereceden yırtıkta ilerleme/genişleme olmadı (3. ya da 4. derece perineal yırtığa).					0	1	0	1
44. Doğum eyleminin 3. evresinde ilaç uygulanmadı (Oksitosin ya da perine onarımı için kullanılan lokal anestetik hariç).							0	1
45. Anne ve yenidoğan arasında ten teması sağlandı.	0	1	0	1	0	1	0	1
46. Plasenta spontan olarak doğurtuldu.							0	1
47. Doğum sonu kanama gelişmedi.	0	1	0	1	0	1	0	1

OPTİMALİTE İNDEKSİ (Oİ) (Devam)								
Özellikler	Doğum Şekli							
	Planlı Sezaryen		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Doğum Eyleminin 1. Evresinde Sezaryen		Vajinal Doğum	
	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok	Risk var	Risk yok
48. Kan transfüzyonu yapılmadı.	0	1	0	1	0	1	0	1
49. İntrapartum komplikasyon gelişmedi: koryoamniyonit, kord prolapsusu, ciddi preeklampsi / eklampsi, ablasyo plasenta, omuz distosisi, plasenta akreta, emboli).	0	1	0	1	0	1	0	1
YENİDOĞAN								
Taburcu Edilirken Yenidoğanın Sağlık durumu (72 saate kadar)							Risk var	Risk yok
50. Gebelik yaşı 37-42 olarak değerlendirildi.							0	1
51. Doğum kilosu 2500-4000 gram arasında ölçüldü.							0	1
52. 5. dakik Apgar skoru 7 puan ve üzerinde değerlendirildi.							0	1
53. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine transfer edilmedi.							0	1
54. Konjenital anomali gözlenmedi.							0	1
55. Doğum travması ya da ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi (Bakteriyel enfeksiyonlar, bronkopulmoner displazi, kalp yetmezliği, hipovolemi, hipotansiyon, şok, intraventriküler kanama, nekrozitan enterekolit, pnömoni, persistan pulmoner hipertansiyon, böbrek yetmezliği, respiratuvar distres sendromu, Rh uyuşmazlığı, konvülsiyon, sepsis).							0	1
56. Taburcu olana kadar anne sütü +mama aldı.							0	1
57. Perinatal ölüm görülmedi.							0	1

DOĞUM SONU DÖNEM		
Annenin sağlık kurumundan taburcu edilmeden önceki durumu (72 saate kadar)	Risk var	Risk yok
58. Anne hastanede iken ateş görülmedi (38C° ya da daha yüksek) ya da enfeksiyon veya önemli bir komplikasyon tanısı konulmadı : sistit, endometrit, yara enfeksiyonu, mastit, hematom, derin ven trombozu.	0	1
59. Doğum sırasında ya da sonrasında tanısı konulan sağlık durumları (ağrı dahil) için reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadı (Demir ve vitaminler, oral kontraseptifler, RhoGam©, rubella aşısı hariç)	0	1
60. Maternal ölüm görülmedi .	0	1

Oİ HESAPLAMA	1 Olarak Kodlanan Madde Sayısı (Pay)	Değerlendirilen Madde Sayısı (Payda)
	____	/ ____
Oİ (%)	____ %	

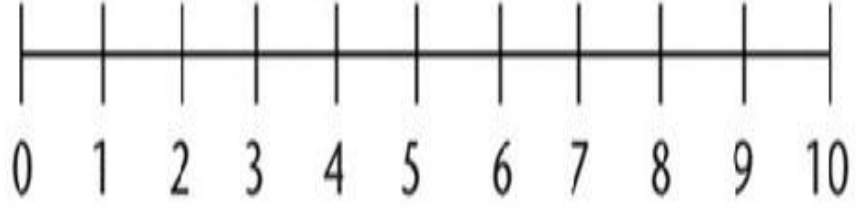
Oİ-TR'nin Genel Kodları ve Skoruması

Genel Kodlar	Skoruması
0 = Optimal Değil	Pay = "1" (optimal) olarak kodlanan maddelerin toplamı Payda = "7" (Geçerli Değil) veya "8" (Genel eksik veri) olarak kodlanan maddelerin çıkarılmasının ardından N = 60 optimalite maddesinden geriye kalan
1 = Optimal	
7 = Geçerli Değil	
= Genel eksik veri (kayıtlarda hiçbir zaman bulunmayan veri)	
9 = Eksik veri (olması gerektiği halde kayıtlarda bulunmayan veri)	

EK-11. Görsel Ağrı Skalası

Hiç ağrı olmaması

En dayanılmaz ağrı





GEBE EĞİTİM KİTAPÇIĞI

Ankara

2016

EK-13. Perine Maketi



EK-14. Antenatal Eğitim Programı

Amaç: Gebelere DSK'lara neden olabilecek durumlara yönelik eğitim vererek bilgi, tutum ve davranış kazanması amaçlanmaktadır.

Hedef:

- Gebeler, gebelik ve doğum sürecinde DSK'lara neden olabilecek riskli durumları ifade edebilecek
- DSK'yı erken dönemde fark edebilecek
- DSK'nın gelişmesi durumunda uygun kurum/kaynak/sağlık personelinden destek alabilecek
- DSK'ları azaltmaya yönelik riskli durumlarla ilgili perinatal dönemde uygulanacak aktiviteleri (beslenme, uterin masaj, perine masajı, emzirme vb.) kriterlerine uygun olarak yapabilecek
- Bu uygulama ve müdahaleler sonrasında DSK'lar azaltabilecek, fark edilebilecek ve/veya kontrol altına alabilecek

Yöntem: Antenatal eğitimde gebe gruplarının 6-10 kişi arasında olması planlanmıştır. Eğitime gebelerin eş veya aile yakınları da dahil edilmiştir. Eğitim interaktif eğitim salonunda yapılmıştır. Eğitimde powerpoint, videolar, beyin fırtınası, perine ve bebek maketleri kullanılmıştır.

Süre: Antenatal eğitim 3 hafta olarak planlanmıştır. Her hafta 2 saat olmak üzere eğitim süresi toplam 6 saattir. Haftalık iki saatlik dersin birinci bölümü bilgi aktarımı (1 saat teorik), ikinci bölümü ise müdahalelere yönelik uygulama (1 saat pratik) biçiminde düzenlenmiştir. Antenatal eğitim günü ve saati eğitime başlamadan önce gebelerle yapılan görüşmelerde katılımcılar ve eğitimciler tarafından belirlenmiştir. Gebelerin uygun olduğu zaman diliminde hafta içi ve hafta sonu eğitimlere çağırılması planlanmıştır. Aynı sürede (hafta içi ve hafta sonu) başlanan eğitim grupları tamamlandıktan sonra yeni gebe eğitim gruplarının planı yapılmıştır.

Eğitim içeriği: Antenatal eğitim içeriği aşağıdaki tabloda haftalara göre gruplandırılmıştır.

Tablo 1. Antenatal Eğitim Programı

Haftalara Göre Antenatal Eğitim Planı
Birinci Hafta
<ul style="list-style-type: none">➤ AÇILIŞ➤ Üreme sisteminin anatomisi ve gebeliğin oluşumu➤ Doğum öncesi bakımın önemi➤ Beslenme➤ Gebelik ve doğum sonu enfeksiyonlar
İkinci Hafta
<ul style="list-style-type: none">➤ DSK için müdahaleler (Perine masajı, uterin masaj, kanama takibi)➤ Doğum eyleminde ıkınma tekniği➤ Doğum eylemi sürecine hazırlık ve doğum eylemi
Üçüncü Hafta
<ul style="list-style-type: none">➤ Emzirme eğitimi (Erken emzirmeye başlamanın anne ve yenidoğan açısından yararları)➤ Taburculuk süreci ve evde bakım➤ KAPANIŞ

Eğitimde Dikkat Edilecek Noktalar:

- Genel öğretim ve eğitim ilkeleri bilinmelidir.
- Gebe ve/veya aile bireyleri eğitim planı hakkında bilgilendirilmeli, öğrenmeye hazır oluşluğu ve uygun eğitim zamanı belirlenmelidir.
- Eğitime evde bakımda destek olacak aile üyesinin de katılımı sağlanmalıdır.
- Uygulamalı eğitimde gebe gerekli beceriyi kazanana kadar eğitime devam edilmelidir.
- Bireyin bu süreçte duygu ve düşüncesini ifade etmesi sağlanmalıdır.

Kaynaklar

- Bayram GO, Şahin NH. Doğuma hazırlık eğitim modelleri ve güncel yaklaşımlar. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2010; 7(3):36-42.

- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve reme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.: 2014.
- Okumuş H, Mete S. Anne babalar için doğuma hazırlık: Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.



EK-15. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri - Beslenme

Beslenme	
Değerlendirme Zamanı: Doğum Öncesi Dönem, Doğum Sonrası Dönem	
Amaç: Gebelik ve doğum sonu süreçte yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanmasıyla DSK'lara yol açabilecek beslenme ile ilgili faktörlerin kontrol altına alınmasıdır.	
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Gebelikte önerilen kilo artışını ifade edebilecek (Tablo 2.)• Gebelik ve emzirme döneminde günlük alınması gereken kalori miktarını açıklayabilecek• Yetersiz ve dengesiz beslenmenin anne ve bebek üzerine zararlarını sayabilecek	
Tablo 2. Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksine Göre Önerilen Ağırlık Artışının Sınırları	
Kilonun Boya Oranı	Önerilen Kilo Artışı (kg)
Düşük (BKİ <19.8)	12.5-18
Normal (BKİ 19.8-26.0)	11.5-16
Yüksek (BKİ 26.0-29.0)	7.0-11.5
Şişman (BKİ>29.0)	≤7
Kaynak: Taşkın, 2017.	
Risk Faktörleri: <ul style="list-style-type: none">• Gebelik öncesi yetersiz beslenme• Obezite• Anemi• Gebelikte bulantı-kusma• Gestasyonel diyabet	
Doğum sonu kanama ile ilişkisi:	
Gebelik Dönemi <p>Gebelikte beslenme sorunları içerisinde obezite, yetersiz beslenme ve anemi önemli yer tutmaktadır. Yetersiz beslenme ve anemi ise genellikle birlikte görülebilen beslenme sorunudur. Obezite doğum eyleminin uzamasına, doğum eyleminde oksitosin kullanılmasına, makrozomik bebek doğmasına, perineal yırtıklara, doğum</p>	

travmasına (omuz distosisi), müdahaleli doğuma yol açabildiği için DSK riskini artırmaktadır. Bu bilgilere ek olarak obez gebelerde tromboemboli riski ve enfeksiyon riski de daha fazla görülebilmektedir.

Anemi kadınlarda %20 görülebilirken gebelikte %50'ye kadar çıkmaktadır. Tüm dünyada gebeliklerin yarısından çoğunun anemik olduğu tahmin edilmekte, özellikle aneminin de demir eksikliğine bağlı geliştiği belirtilmektedir. Gebelikte fetusun gereksinimleri ve anne kanındaki artış nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde beslenme yetersizliği, enfeksiyonlar, sık ve fazla sayıda gebelikler nedeniyle demir gereksinimi daha da artmaktadır. Gebelikte anemi annede mortalite ve morbidite riskinde ve düşük doğum ağırlığı riskinde artışa neden olmaktadır. Anemik annelerde gebelik ve doğum sırasındaki düşük düzeydeki kan kayıpları anne ölümlerine yol açabilmektedir. Bununla birlikte annenin genel sağlığını bozarak düşük, preterm eylem, DSK ve puerperal sepsis riskini de artırmaktadır. Gebelikte yetersiz beslenme ile birlikte aneminin de mevcut olması durumunda anneler doğum eyleminde ve doğum sonu dönemde bazı riskleri yaşayabilmektedir. Normal sınırlarda hemoglobin ve hemotokrit değerlerine sahip anneler süreci daha sağlıklı atlatabilirken, anemik anneler bu süreçte meydana gelen riskli durumları (perineal travma, kanama miktarının artması gibi) kompanse edememektedir.

Doğum Sonu Dönem

Lohusalık süreci gebeliğin oluşturduğu değişikliklerle birlikte vücudun eski halini almaya çalıştığı, aynı zamanda memelerde gelişmenin devam edip süt salınımının başladığı dönemdir. Doğumdan hemen sonra gebelikte alınan kiloların 4.5-5'i (Kg cinsinden) yenidoğan ve eklerinin doğumu ile kaybedilmektedir. Doğumdan sonra ilk birkaç hafta içinde uterusun eski halini alması, doku arasındaki sıvının intravasküler aralığa dönüşü ve anne kan volümünün normale dönmesi ile birlikte hızlı bir kilo kaybı yaşanmaktadır. Emzirme sürecinde depo edilen yağların kullanımı nedeniyle kilo kaybı olmaktadır. Lohusalık döneminde aynı zamanda rejenerasyon süreci olduğu için protein ihtiyacı oldukça fazladır. Bu da uterus involüsyonu sürecine olumlu katkı sağlamaktadır. Beslenmenin lohusalık sürecine etkisi ile birlikte beslenme sorunlarında anemi ve obezite involüsyon sürecini etkileyebilmektedir.

Uygulamalar

- Gebenin beden kitle indeksi değerlendirilecek.

- Beslenme ile ilgili gebelik öncesi ve gebelikte yaşadığı sorunlar belirlenecek.
- Gebelikte beslenme ile ilgili hastalıkların mevcut olup olmadığı değerlendirilecek.
- Gebelik öncesi dönemde ve gebelikte aneminin (Hb değeri 10 g/dl ↓ ise) varlığı değerlendirilecek.
- Obezite mevcut ise obeziteye eşlik eden hastalıkların varlığı yönünden risk değerlendirmesi yapılacak.
- Gebelikte beslenmeye yönelik (alınması gereken besin grupları, günlük tüketilmesi gereken kalori miktarı, trimesterlere göre alınması gereken kilo) eğitim planı ve rehber oluşturulacak.
- Doğum sonu dönemde Hb ve htc değerleri takip edilecek.
- Doğum sonu hangi besin gruplarını tükettiği, günlük sıvı tüketiminin ne kadar olduğu, diyetinin dengeli olup olmadığı değerlendirilecek.
- Doğum sonu döneme özgü beslenme programı oluşturulacak.
- Emziren annelerde sütün yeterli miktarda oluşumu için, annenin kalorisi yüksek diyetle (gebelikteki kalori ihtiyacından 200 kalori daha fazla) beslenmesi ve bol sıvı alması sağlanacak.
- Süt miktarının yeterli olması için günlük 2500-3000 ml sıvı alımı sağlanacak.
- Protein alınan besin öğeleri içerisinde yeterli miktarda bulunması sağlanacak.
- Kalsiyum süt üretimi için önemli bir besin kaynağı olduğu için yeterli miktarda alınması sağlanacak.
- Emzirme sırasında süt miktarının yeterli olup olmadığı değerlendirilecek.
- Taburculuk sonrası evde bakımda aneminin devam edip etmediği değerlendirilecek ve uterus involüsyonu takip edilecek.
- Annenin eğer Hb ve htc değerleri istendik düzeyde değil ise demir preparatlarına devam etmesi sağlanacak.

Müdahaleler

- Gebelikte alınan kilo ve BKI normal sınırlarda değil ise diyetisyen desteği sağlanacak.
- Anemi mevcut ise uygun beslenme programı ve tedavi desteği için diyetisyen ve kadın-doğum uzmanı ile işbirliği sağlanacak. Anemi yönünden kan değerleri takip edilecek.
- Obezite durumu ve obeziteye eşlik eden hastalıklar ortaya çıkmış ise beslenme programı ve tedavi desteği için diyetisyen ve kadın-doğum uzmanı ile işbirliği

sağlanacak.

- Gebelik sürecinde belirli aralıklarla telefon danışmanlığı yapılarak gebelik haftasında alması gereken ağırlık durumu değerlendirilecek (Bkz. EK 4). Gerektiğinde ilgili sağlık çalışanları ile işbirliği sağlanacak.
- Doğum sonu kliniğinde takip sürecinde EK 6 doldurulacak.

Kaynaklar;

- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.; 2014.
- TC SB Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Samur G. Obezite ve gebelik. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.
- Okumuş H, Mete S. Anne babalar için doğuma hazırlık: Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.
- Yanikkerem E, Mutlu S. Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. TAF Prev Med Bull. 2012; 11(3): 353-64.

EK-16. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri - Enfeksiyon Kontrolü

Enfeksiyon Kontrolü
Değerlendirme Zamanı: Doğum Öncesi Dönem, Doğum Sonrası Dönem
Amaç: Gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte enfeksiyon kontrolünün sağlanmasıyla DSK'lara yol açabilecek enfeksiyon ile ilgili faktörlerin kontrol altına alınmasıdır.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin enfeksiyona neden olabilecek riskli durumları açıklayabilecek• Enfeksiyon belirtilerini açıklayabilecek• Genel hijyen kurallarını ve enfeksiyondan korunma yollarını ifade edebilecek• Perine maketi üzerinde perine temizliğinin nasıl yapıldığını, pedin nasıl değiştirildiğini gösterebilecek
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Gebelik, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde enfeksiyon gebeliği riskli hale getiren durumlar arasındadır. Gebelik döneminde özellikle idrar yolu enfeksiyonu erken doğum eylemine neden olabilmektedir. Bununla birlikte doğum sonu dönemde miksiyonun erken dönemde sağlanamaması da uterus involüsyonunu geciktirebilmektedir. Doğum eylemi süresince embranların erken açılması enfeksiyonlara karşı bir tehdit oluşturabilmektedir. Doğum sonu dönemde ise sekonder kanamaların nedeni olan plasenta retansiyonu enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Doğum sonu dönemde perine hijyeni, meme bakımı da enfeksiyon kontrolü açısından önem kazanmaktadır.</p>
Uygulamalar Doğum öncesi dönemde <ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyona yol açabilecek olan risk faktörleri değerlendirilecek.• Enfeksiyona yol açabilecek risk faktörleri kontrol altına alınması sağlanacak;<ul style="list-style-type: none">✓ Doğum öncesi bakımı almasını sağlama✓ Anemiyi kontrol altına alma✓ Beslenme ile ilgili faktörleri kontrol altına alma

- Enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilecek.
- Enfeksiyon durumunda uygun kişi/kurum/kaynaklardan destek alması sağlanacak.
- Gebelik süreci yakın takip edilecek.

Doğum eyleminde

- Doğum eyleminde membranların açıldığı saat kaydedilecek.
- Membranlar açıldıktan sonra 24 saat içinde doğumun gerçekleşmesi beklenecek.
- Gebenin vajinal muayene uygulaması sınırlandırılmasına dikkat edilecek.
- Enfeksiyon belirti ve bulguları açısından gözlenecek.
- Fetal sağlık yakından takip edilecek.

Doğum sonu dönemde

- Ağrının şiddeti, ne zaman başladığı, lokalizasyonu (insizyon, sırt, baş vb.), tipi (künt, sızlanma, sancıma, acıma, zonklayıcı, yaygın vb.) Görsel Analog Skalası ile değerlendirilecek (Bkz. EK 11)
- Loşianın kötü kokulu olması ve vital bulgular enfeksiyon açısından takip edilecek.
- Gerekirse klinikte enfeksiyonlu annenin diğer kadınlardan ayrılması sağlanacak.
- Yaşamsal bulgular yakın takip edilecek.
- Doğumdan 24 saat sonra ateşin yükselmesi ve yüksek seyretmesi açısından değerlendirilecek.
- Septik şok belirtileri açısından takip edilecek.
- Mastit ve meme apsisi gibi meme sorunları açısından değerlendirilecek.
- Meme sorunları gelişmeden önlem alınacak. Doğru ve etkili emzirme tekniği yönünden değerlendirilecek (Bkz. EK 9).
- Taburculuk sonrasında ev ziyareti, telefon danışmanlığı sürecinde enfeksiyon yönünden değerlendirilecek (Bkz. EK 8)

Müdahaleler

- Gebelikte, doğum eyleminde ve doğum sonu dönemde EK 4, EK 5, EK 6, EK 7 ve EK 8 doldurulacak.

Kaynaklar

- Okumuş H, Mete S. Anne babalar için doğuma hazırlık: Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.
- Kömürcü N. Akış Şemaları ile Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012.
- Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2012.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925.

EK-17. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Kanama Takibi

Kanama Takibi
Değerlendirme Zamanı: Doğum Öncesi Dönem, Doğum Sonrası Dönem
Amaç: Gebelikte kanama yönünden riskli durumların tespiti ve doğum sonu süreçte kanama takibinin yapılarak DSK'lara yol açabilecek faktörlerin kontrol altına alınmasıdır.
Gebelik Sürecinde Kanama Takibi İle İlgili Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Gebeliğin 2. ve 3. trimesterinde kanamaya yol açabilecek riskli durumları ifade edebilecek• Kanamalara yönelik riskli bir durumda uygun kurum/kişi/kaynağa zamanında ulaşabilecek
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Gebeliğin 2. ve 3. trimester kanamaları genellikle plasental anomaliler ile ilişkilidir. Ablasyo plasenta pıhtılaşma bozuklukları ile ilişkilendirilen bir plasenta anomalisidir. Bu nedenle 2. ve 3. trimesterde meydana gelen kanamalar pıhtılaşma bozuklukları ve yaygın damar içi pıhtılaşma açısından önemlidir.</p>
Uygulamalar <ul style="list-style-type: none">• Gebeler doğum öncesi kanama durumları yönünden değerlendirilecek.• Gebeler bu süreçte riskli durumunda uygun kurum/kişi/kaynağa zamanın yönlendirilecek.• Hb, htc ve pıhtılaşma faktörleri değerlendirilecek.
Müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Gebelikte risk gelişen kadınlarda DSK durumu yakından izlenecek (Bkz. EK 3).
Doğum Sonu Süreçte Kanama Takibi İle İlgili Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğumun üçüncü evresinde, dördüncü evresinde, klinikte ve evde bakımda kanamayı yakından takip edebilme• Kanama takibi ve ölçümünü objektif olarak yapabilme• Doğum sonu hb, htc değerlerini yakından takip edebilme
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Doğum eyleminin üçüncü evresi DSK ile ilişkilendirilen en önemli dönemdir. Bu</p>

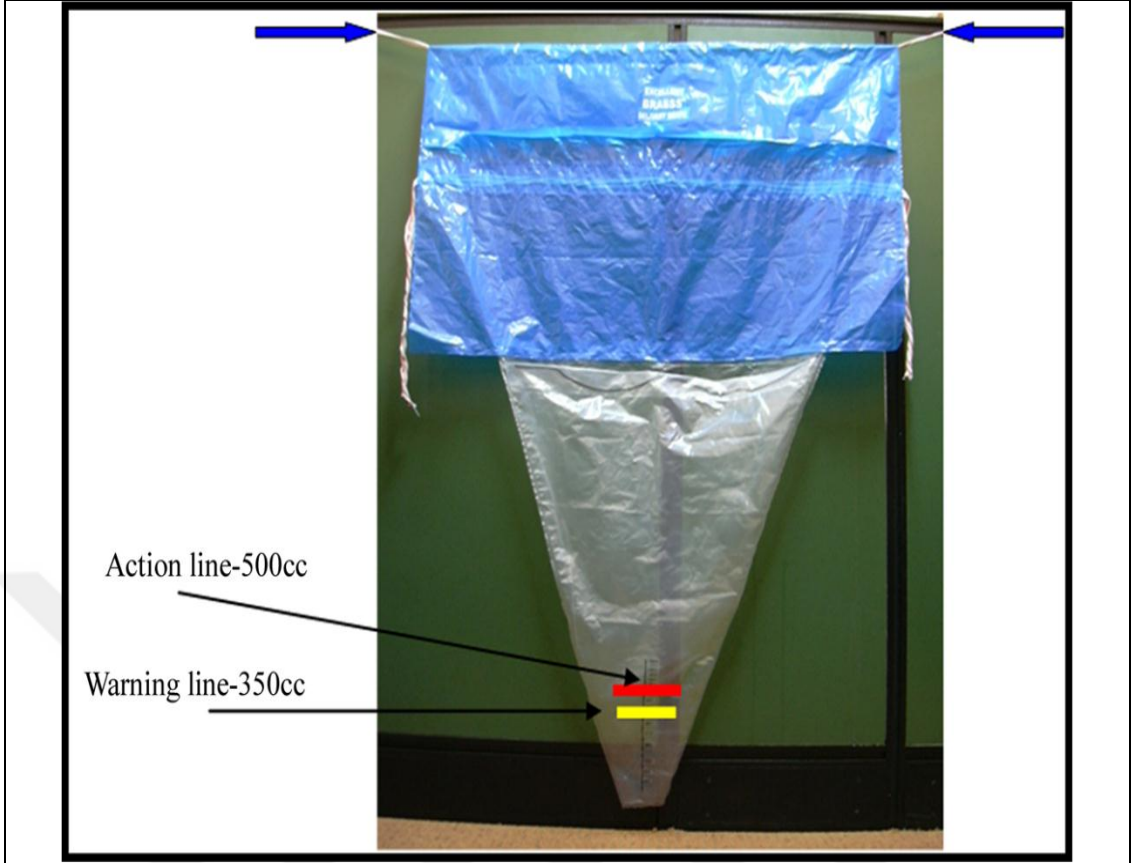
süreçte kanama takibinin objektif ölçümlerle yapılması önemlidir. Doğum sonu ilk 24 saat özellikle uterin atonisine bağlı kanamaların görüldüğü dönemdir. Uterin atoniler ve perine laserasyonları DSK'ların en önemli nedenleri arasındadır. Doğumdan 24 saat sonra ise kanamaların en önemli nedeni plasenta retansiyonudur. Bu sürelerde kanama takibinin uygun ölçüm araçları ile doğru bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir.

Uygulamalar

- Doğum salonuna yatış yapıldığında doğum öncesi Hb ve htc değerlerine bakılacak.
- Doğumun üçüncü evresinde kanamanın ölçümü BRASS-V Drape ile yapılacak (Bkz. Şekil 1.).
- Anne doğum sonu kliniğe yatırıldığında ise kanama takibi standart pedlerin kullanılması (Şekil 2.) ve pedlerin hassas tartı ile tartılması ile yapılacak (Şekil 3.).
- Hb ve htc değerleri doğum sonu 4.-6. saatte bakılacak.
- Taburculuk sürecinde loşia miktarı değerlendirilecek ve anneye bu süreçte takibi nasıl yapacağı ile ilgili takip çizelgesi verilecek (Bkz. EK 8).
- Taburculuk sonrasında ev ziyaretleri ve telefon danışmanlığı sırasında loşia takibi değerlendirilecek.

Kanama Takibinin Yapılması Kriterleri

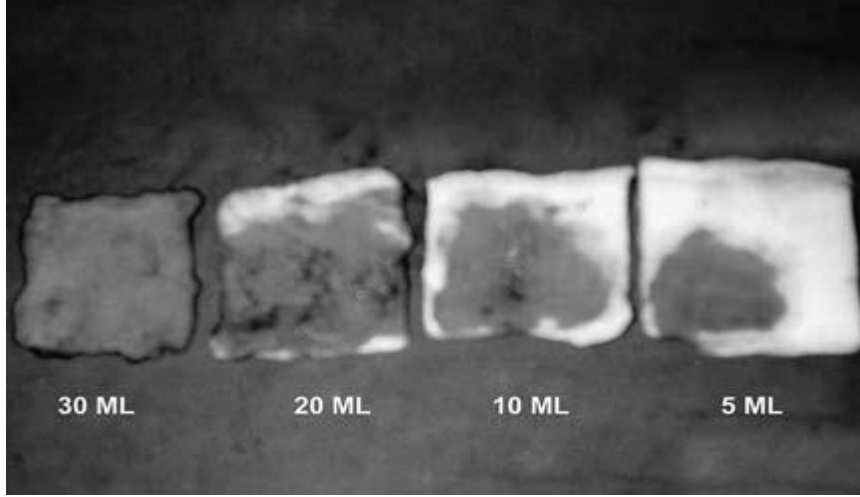
a) Doğumun üçüncü evresi: Doğumu üçüncü evresinde BRASS-V Drape ile kanama ölçümü yapılmıştır. BRASS-V Drape kan kaybı toplama aracıdır (Bkz. Şekil 1.). BRASS-V Drape ismi ise torbanın geliştirilmesinde birlikte çalışan kişilerin baş harflerinin birleşmesiyle oluşmuştur. Bu toplama aracı ile doğum sonu dönemde toplanan kan miktarı objektif olarak ölçülebilmektedir. Patel ve ark. (2006)'nın yaptığı çalışmada görsel ölçüm ve BRASS-V Drape ile yapılan ölçüm arasındaki kan miktarı farkı değerlendirilmiştir. Görsel olarak kan kaybının değerlendirilmesi ile ölçümlü değerlendirme arasında %33 oranında fark olduğu ve BRASS-V Drape ile yapılan ölçümün görsel tahmine göre daha doğru olduğu belirlenmiştir .



Şekil 1. BRASS-V Drape

(Boopathi ve ark. (2014)'ndan alınmıştır.)

b) Doğumun dördüncü evresi, yataklı klinik: Ped ile kanama takibi yapılmıştır. Şekil 2'de pedlerde gösterilen kanama durumlarına göre kanama miktarları gösterilmiştir. Literatürde görsel olarak uyumlandırılması için pedlerde sabit ölçülerin bulunması gerektiği vurgulanmaktadır. Bose ve ark. (2006)'nın çalışmasında obstetrik kanama takibinin doğru tahmin edilmesinde kullanılan 10x10 cmlık pedlerin maksimum 60 ml'ye kadar kanı emebildiği belirtilmiştir. Bu nedenle ped ile kanama takibinde pedlerin kullanım öncesi ve sonrasında hassas tartı aracı ile tartılması planlanmıştır. Hoj ve ark. (2005)'nin çalışmasında kanama takibi ölçümü, ölçülen her 1 ml için 1 gr ağırlık temel alınmıştır. Araştırmamızda da kanama takibi için kullanım öncesi pedler kuru olarak ve kullanım sonrasında da loşia miktarı tartılarak elde edilen ağırlık ml'ye çevrilerek kanama miktarı tespit edilmiştir (Şekil 3).



Şekil 2. Loşia Miktarının Ped İle Takibinde Ölçüm Kriterleri
(Cunningham ve ark. (2014)'dan alınmıştır.)



Şekil 3. Araştırmamızda Kullanılan Hassas Tartı

c) Taburculuk sonrası: Taburculuk sonrasında kanama takibi için gebeye kanama takip çizelgesi (Bkz. Ek 7) verilmiştir. Bu çizelgede annenin günlük kanama takibini işaretlediği bölümler bulunmaktadır. Bununla birlikte loşianın değerlendirilmesi yapılmıştır. Loşia rubra, alba ve serozaya geçiş dönemleri takip edilmiştir. İlk on günlük süre loşia serozaya dönüşüm olana kadar yakından takip edilmiştir.

Müdahaleler

- Doğum eyleminde, doğum sonu klinikte ve taburculuk sonrası EK 5, EK 6, EK 7 ve EK 8 doldurulmuştur.

Kaynaklar

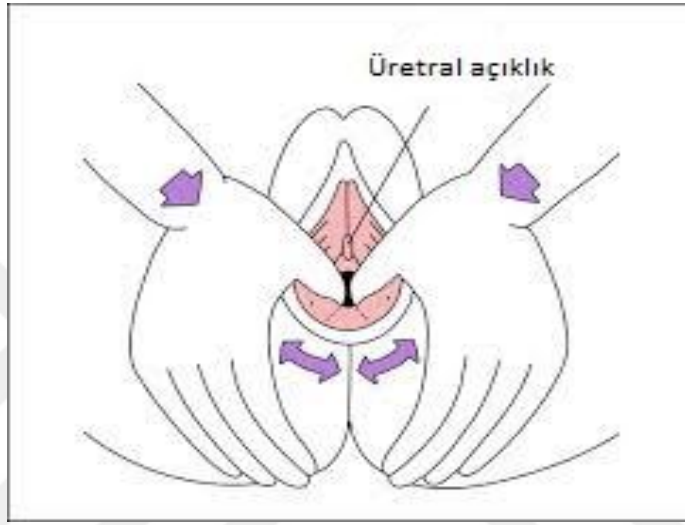
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 930.

- Boopathi A, Nayak SR, Rao A, Rao B. Oxytocin versus methylergometrine in the active management of third stage of labour. *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014; 4: 666-71.
- Bose P, Regan F, Paterson-Brown. Improving the accuracy of estimated blood loss at obstetric haemorrhage using clinical reconstructions. *BJOG*. 2006; 113(8): 919-42.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. *Williams Obstetrics*. 24 th Edition. USA: McGraw-Hill Education, e-Book; 2014.
- Dilek UK. Postpartum kanama: Etyoloji ve risk faktörleri. *Perinatoloji Dergisi*. 2011; 19(Suppl 1):55-7.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925.
- Hoj L, Cardoso P, Nielsen BB, Hvidman L, Nielsen J, Aaby P. Effect of sublingual misoprostol on severe postpartum haemorrhage in a primary health centre in Guinea-Bissau: randomised double blind clinical trial. *BMJ*. 2005; 331(1): 1-5.
- Lynch CB, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Doğum sonu kanama: Değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. Demir C, Büyükkurt S, editors. İstanbul: Matus Basımevi Reklam ve Yayın Tic. Ltd. Şti; 2010.
- Patel A, Goudar SS, Geller SE, Kodkany BS, Edlavitch SA, Wagh K, et al. (2006). Drape estimation vs. visual assessment for estimating postpartum hemorrhage. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 93(3):220-4.

EK-18. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Perine Masajı & Doğum Jelinin Kullanımı

Perine Masajı & Doğum Jelinin Kullanımı
Değerlendirme Zamanı: Doğum Öncesi Dönem, Doğum Eylemi
Amaç: Gebelik/doğum eylemi sürecinde perine masajının yapılmasıyla ve doğum jelinin kullanılmasıyla DSK'lara yol açabilecek perineal yırtıkların azaltılmasıdır.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Gebeler, perine masajının ve doğum jelinin uygulanmasının; doğum eyleminde ve doğum sonu dönemde avantajlarını açıklayabilecek• Perine masajının gebelikte ne zaman başlanacağını ve nasıl uygulanacağını açıklayabilecek• Perine masajı uygulamasını maket üzerinde gösterebilecek
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Perine masajı vajinal doğum sırasında perinenin kolaylıkla esnemesini sağlamaktadır. Doğum süresince perineal dokular, fetusun vajinaya doğru geçişine izin vermek için esnemesi gerekmektedir. Perineal masaj onarım gerektiren perineal travmaları azaltmakla birlikte doğum sonrası perineal travmaya bağlı kanamayı da azaltabilmektedir.</p> <p>Perineal masaj gebelik süresince gebeye öğretilenmekte ve gebe tarafından uygulanabilmektedir. Perine masajı steril doğum jeli ile birlikte doğum eylemi sırasında (İkinci evrede) sağlık personeli tarafından uygulanmaktadır. Steril olarak uygulanacak doğum jeli yüksek mukoadesiv etkide, yüksek viskozitede, alerjik olmayan özelliğe sahiptir. Steril doğum jeli iki enjektöre sahiptir (Stage A ve Stage B). Bu enjektörlerdeki doğum jeli doğum eylemi sırasında ablikatör aracılığı ile doğum kanalına uygunacaktır (Bkz. EK 24).</p>
Uygulamalar <p><u>Gebelikte;</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Uygulamaya gebeliğin 35. haftasında başlanacak.• Uygulamanın kesintiye uğramaması için rahat ve güvende hissedilen bir yerde yapılacak.• Gebelikte yapılması için en uygun zaman banyo zamanı veya sonrası olduğu vurgulanacak.

- Uygulama öncesi mesane ve rektumun boşaltılması gerektiği belirtilecek.
- Uygulama sırasında dizler bükülmüş ve desteklenmiş olacak.
- Vajinanın arka duvarına doğru bir ya da her iki başparmak yerleştirilecek. İşaret parmağı gluteal bölgede kalacak şekilde yerleştirilecek.
- Rektuma biraz bası uygulanarak baş ve işaret parmakları ile birlikte yukarıya ve dışarı doğru ritmik "U" şeklinde hareket ettirilecek.
- Günaşırı olacak şekilde (haftada 3-4 kez) 5-10 dakika süresince uygulanması istenecek.



Şekil 4. Perineal Masajın Gebe Tarafından Uygulanması

(<http://postpregnancywellness.com/sed-imperdiet-nisi-orci-sodales-turpis-porttitor/>).

Doğumda:

- Doğum eylemi sırasında steril obstetrik jel içindeki ablikatör ile uygulanacak (Stage A).
- Steril doğum jeli, doğumun ilk evresinde servikal dilatasyon 4-5 cm olduğunda uygulanmaya başlanacak.
- Her iki saatte bir steril doğum jeli 5 ml olarak uygulanacak.
- Doğumun ikinci evresinde de steril doğum jeli uygulanacak (Stage B).
- Steril doğum jeli uygulaması ile birlikte doğumun ikinci evresinde perine masajı araştırmacı tarafından yapılacak.

Müdahaleler

- Antenatal eğitim süreci bittikten sonra telefon danışmanlığında (Bkz EK 4) ise gebenin bu süreçte istenilen zamanda başlayıp başlamadığı, ne kadar süre ve sıklıkla yaptığı sorgulanacak.
- Doğum eylemi sırasında araştırmacı tarafından steril doğum jeli uygulanacak.

Kaynaklar

- Altunduğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 13(3): 62-5.
- Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal traumain childbirth. The Lancet. 2000; 355(22): 250-1.
- Karaöz S, Saruhan A. Perinenin korunması için intrapartum girişimler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 1(4): 323-32.
- Saymer FD, Demirci N. Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği. İÜFN Hemşirelik Dergisi. 2007; 15(60):146-54.
- Seval MM, Yüce T, Yakıştıran B, şükür YE, Özmen B, Atabekoğlu C, et al. Effects of obstetric gel on the process and duration of labour in pregnant women: Randomised controlled trial. Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2017; 37(6): 714-8.

EK-19. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – İkinma Teknikleri

İkinma Teknikleri
Değerlendirme Zamanı: Doğum Eylemi
Amaç: Doğum eyleminde erken ıkinmayı önleyerek doğum sırasında müdahale olasılığını ve perineal travma olasılığını azaltmaktır.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğum eyleminde hangi evrede ıkinmaya başlayacağını açıklayabilecek.• Doğru ıkinma tekniğinin nasıl yapılacağını açıklayabilecek.• Doğru ıkinma tekniğinin anne ve bebek için yararlarını ifade edebilecek.
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Doğum eyleminde fetus başının doğum kanalına yerleşmesi ile pelvis tabanındaki gerilim sinir uçlarını uyarır. Bu uyarılma sonucu ıkinma ve itme hissi meydana gelir. Doğum eyleminde ıkinma tekniği iki şekilde olmaktadır. İlki kadının spontan (açık glottis) ıkinması, diğeri ise valsalva tipi (kapalı glottis) ıkinmadır. Uterus kontraksiyonları ile birlikte spontan ıkinmaya başlama, valsalva tipi ıkinmaya göre abdominal kas aktivitesini daha etkili kılmaktadır. Spontan ıkinma ikinci evrede uzama ve spontan vajinal doğum insidansında artmaya ve müdahaleli doğumlarda azalmaya neden olmaktadır. Valsalva tipi erken ıkinma sonucu epizyotomi ve onarım gerektiren perine yırtıklarında artış olmaktadır.</p>
Uygulamalar <ul style="list-style-type: none">• Silinme ve dilatasyon tamamlandığında ilk olarak karın solunumu yaparak nefes alması sağlanacak.• Nefesi tutup çenesini göğsüne dayaması gözlenecek.• İkinma sırasında yatak kenarlarından destek alabileceği, kontraksiyonlar sırasında ıkinacağı ve yavaşça "ıııı" sesi çıkarabileceği belirtilecek.• İkinma sırasında dudakları büzerek yumuşak bir şekilde nefes vermesi gözlenecek.• Kontraksiyonlar durduğunda dinlenilecek.• İkinma doğum gerçekleşene kadar devam edecek.
Müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Doğum eylemi sırasında gebenin ıkinmaya destek olması EK 6'ya kaydedilecek.
Kaynaklar

- Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık; Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. 2nd ed. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
- Yıldırım G. Doğum eyleminde ıkınma teknikleri ve hemşirelik yaklaşımları. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10(2): 49-56.
- Güngör İ, Yıldırım-Rathfisch G. Normal doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde kanıta dayalı uygulamalar. HEMAR-G Dergisi. 2009; 2: 56-64.



EK-20. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Uterin Masaj

Uterin Masaj
Değerlendirme Zamanı: Doğum Eylemi, Doğum Sonu
Amaç: Doğum sonu dönemde uterin masajın uygulanması ile DSK oranlarını azaltmaktır.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu dönemde rahim masajı uygulamasının yararlarını açıklayabilecek.• Uterus masajını maket üzerinde gösterebilecek.
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Uterin masaj, uterus involüsyonunun kontrolünü sağlayan önemli hemşirelik uygulamaları arasındadır. Uterusun kıvamını ve yüksekliğini değerlendirmek hemşirelik bakımında önemlidir. Uterus palpasyonda sert olarak ele gelmelidir. Yumuşak uterus, ağır kanamaların nedeni ve habercisi olabilir. Uterin kontraksiyonların olması ile plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağzları sıkışır ve kan kaybı önlenir. Uterus kontrolünün amacı uterus yüksekliğini, kıvamını ve günlere göre involüsyonunu belirlemektir. Hemşirelik uygulamalarından birisi de uterin masajın anneye öğretilerek belirli aralıklarla yapmasının sağlanmasıdır.</p> <p>Doğumdan hemen sonra fundus umblikusun altındadır ve plasenta ayrıldıktan sonra umblikus hizasına yükselir. Doğumdan 12 saat sonra ise fundus umblikus seviyesinde palpe edilir. Bundan sonraki günlerde uterusun ölçüleri düzenli olarak küçülerek pelvise doğru iner. Doğumu izleyen birinci günde fundus umblikusun 2 cm altında, ikinci günde ise 4 cm altındadır. 8.-10. günden sonra fundus karın duvarından palpe edilememektedir.</p>
Uygulamalar <ul style="list-style-type: none">• Uterin masajın uygulanma protokolünde doğum sonu ilk iki saatlik sürede;<ul style="list-style-type: none">✓ 60 dakika içerisinde her 10-15 dakikada bir uygulanacak✓ Uterin kontraksiyonlar sağlanıncaya kadar fundusa masaj yapılacak✓ Gerekiyorsa 2 saate kadar devam edilecek✓ Uterus bırakıldığında da yumuşamadığından ve kıvamını koruduğundan emin olunacak

✓ Uterin masaj yapılırken mesanenin boş olması sağlanacak.

- Doğum sonu değerlendirmede hafif yapılan bir masajda uterusda ağrı olmaması gerektiği, doğum sonu dönemde değerlendirmede ağrının olmasının enfeksiyon yönünden değerlendirilmesi gerektiği vurgulanacak.

Müdahaleler

- Doğum sonu süreçte annenin uterin masaj uygulaması takip edilir ve VTF'una (Bkz. EK 6) kaydedilecek.

Kaynaklar

- Eryılmaz HY. Doğum sonu Değerlendirme: Bir kontrol çizelgesi örneği. Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 2009; 6(1): 20-6.
- Lynch CB, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Doğum sonu kanama: Değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. Demir C, Büyükkurt S, editors. İstanbul: Matus Basımevi Reklam ve Yayın Tic. Ltd. Şti; 2010.
- Postpartum Nursing Care Pathway. Perinatal Services BC Obstetric Guideline 20. [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 25 Temmuz 2015]. Erişim adresi: www.perinatalservicesbc.ca
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.

EK-21. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Erken Emzirmeye Başlama

Erken Emzirmeye Başlama
Değerlendirme Zamanı: Doğum Sonu
Amaç: Doğum sonu dönemde erken emzirmeyi sağlayarak DSK'yı azaltmaktır.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu erken dönemde emzirmeye başlamanın anne ve bebek sağlığı açısından yararlarını açıklayabilmek.• Doğru emzirme tekniğini ve tutuş pozisyonun maket üzerinde gösterebilmek.
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Doğum sonu süreçte erken emzirmeye başlama DSÖ ve UNİCEF tarafından başarılı emzirmenin ilk 10 kuralında (dördüncü madde) yer almaktadır. Emzirmeye doğumdan sonra yarım saat içinde başlanması ve emzirmenin sürdürülmesi önerilmektedir. Emzirme ile, meme başı uyarısı sağlanarak oksitosin salınımı gerçekleşmektedir. Literatürde emzirmenin sağlanmasının uterus involüsyon sürecini hızlandırdığı ve kanamayı azalttığı bildirilmektedir. Emzirmenin ertelenmesi durumunda da DSK'lar nedeniyle morbidite ve mortalite oranlarının arttığı vurgulanmaktadır.</p>
Uygulamalar <ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu erken emzirmeye başlamanın önemi anlatılacak.• Doğum sonu süreçte erken emzirmeye başlama süreci değerlendirilecek.• İlk bir saat içinde emzirmeye başlama ve emzirme süresi değerlendirilecek.• Emzirme süreci ile birlikte uterin kontraksiyonlar ve kanama miktarı değerlendirilecek.
Müdahaleler <ul style="list-style-type: none">• Annenin emzirme durumunu değerlendirmek için doğum salonunda ve yataklı klinikte LATCH emzirme tanılama ölçeği (Bkz. EK 9) kullanılacak.
Kaynaklar <ul style="list-style-type: none">• World Health Organization. Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding: The Special Role of Maternity Services. [İnternet]. 1989 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39679/1/9241561300.pdf>

- Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, Lhotska L. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*. 2011; 35(4): 720-38.
- Tawiah-Agyemang C, Kirkwood BR, Edmond K, Bazzano A, Hill Z. Early initiation of breast-feeding in Ghana: barriers and facilitators. *Journal of Perinatology*. 2008; 28(Suppl 2): S46-52.
- Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalarla incelenmesi. *TAF Medicine Bulletin*. 2013; 12(2): 177-82.
- Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.

EK-22. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Loşia İzlemi

Loşia İzlemi
Değerlendirme Zamanı: Doğum Sonu
Amaç: Doğum sonu dönemde loşia takibini yaparak DSK'yı ve normalden sapma durumlarını değerlendirmektedir.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu dönemde günlere göre kanama ve akıntıdaki değişimi açıklayabilecek.• Doğum sonu dönemde kanama takibinde tehlike belirtilerini açıklayabilecek.
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Doğumdan sonra bütün puerperium dönemdeki vajinal akıntıya loşia denilmektedir. Loşia görünüm ve içeriğine göre sınıflandırılır;</p> Doğum sonu loşianın özelliği <p>Loşia rubra: 1-3 gün sürer. Adını koyu kırmızı renginden almaktadır. İlk günlerde plasentanın ayrıldığı yerdeki damar ağzları tamamen kapanmamıştır. Bu nedenle loşia daha çok kan içermektedir.</p> <p>Loşia seroza: Damar ağzları tromboze olmaya başlamıştır. İyileşen yüzeyle gelen kan azalmaya başlamıştır. Loşia pembe bir renk ve seroz bir hal alır. 4-10 gün devam etmektedir.</p> <p>Loşia alba: 11-21 günden 6 haftaya kadar sürmektedir. Bu günlerde loşia açık sarımsı bir renk almaktadır ve miktarı azalmaktadır.</p> <p>Loşia miktarı ve rengi uterus involüsyonu ve yenilenme sürecinin bir göstergesidir. Loşia takibinde değişimin doğum sonu dönemle uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir. Loşianın miktarında meydana gelen değişimler kaydedilmelidir.</p>
Uygulamalar <p>Planlanan antenatal eğitimde;</p> <ul style="list-style-type: none">• Loşia izleminin nasıl yapılması gerektiği anlatılacak.• Loşia takibinde anormal durumlar hakkında bilgi verilecek;<ul style="list-style-type: none">✓ Miktarının fazla olması✓ Renginin parlak kırmızı olması✓ Büyük doku parçaları içermesi

- ✓ Kötü kokulu olması
- ✓ Loşianın ilk üç hafta boyunca sürmesi veya bu süreden önce kesilmemesi
- ✓ Loşia albadan loşia seroza veya rubraya dönüşmesi
- Emzirme sırasında loşianın geçiçi olarak bir miktar artabileceği hakkında bilgi verilecek.
- Günlük ortalama 6-8 ped kullanması ve pedlerin bir kısmının loşia ile ıslanması gerektiği hakkında bilgi verilecek.

Müdahaleler

Doğum sonu yataklı klinikte

- Loşia doğum sonu ilk bir saat içinde 15 dakikada bir, ikinci saat 30 dakikada bir, sonrasında ise eğer komplikasyon yoksa 4 saatte bir değerlendirilir ve kaydedilecek.
- Vajinal kanama miktarı ve niteliği ped ile değerlendirilecek (Bkz Şekil 2).
- Vajinal doğumdan sonra kanama miktarı komplikasyon açısından değerlendirilecek ve izlenecek.
- Perineal laserasyonlar yönünden perine bölgesi değerlendirilecek.
- Yaşamsal bulguları değerlendirilecek.
- Anne şok belirtileri yönünden (hipotansiyon, taşikardi, ritm bozukluğu, hipotermi, soğuk terleme, hızlı ve yüzeysel solunum, cilt renginde solukluk, siyanoz, hemogram/hematokrit değerinde düşme, susama hissi, idrar miktarında azalma açısından) değerlendirilecek.

Taburculukta

- Loşia miktarında ve niteliğinde normalden sapmalar varsa bir sağlık kuruluşuna başvurması ve araştırmacıyı konu hakkında bilgilendirmesi gerektiği ifade edilecek.
- Loşia takibini annenin evde nasıl yapacağı, nasıl kaydedeceği (Bkz EK 8) hakkında bilgi verilecek.

Kaynaklar

- Coşkun A. Hemşire ve ebelere yönelik kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. İstanbul: Medikal Yayıncılık; 2008.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim

Rehberi. Ankara; 2014. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 925.

- Eryılmaz HY. Doğum sonu Değerlendirme: Bir kontrol çizelgesi örneği. Hemşirelikte Araştırma Dergisi. 2009; 6(1): 20-6.
- NICE Clinical Guideline 37. Postnatal Care. Routine postnatal care of women and their babies. [İnternet]. 2015 [Erişim Tarihi 30 Temmuz 2015]. Erişim adresi: www.guidance.nice.org.uk/cg37
- Postpartum Hemorrhage. Registered Nurse Initiated Activities: Decision Support Tool No. 7: Perinatal Services BC [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 30 Kasım 2014]. Erişim adresi: www.perinatalservicesbc.ca
- Postpartum Maternal Complications. Chapter 28. Evolve Website. [İnternet]. 2013 [Erişim Tarihi 10 Temmuz 2016]. Erişim adresi: <https://www.elsevier.com/books/study-guide-for-foundations-of-maternal-newborn-and-womens-health-nursing/murray/978-1-4557-3748-2>
- Postpartum Nursing Care Pathway. Perinatal Services BC Obstetric Guideline 20. [İnternet]. 2011 [Erişim Tarihi 25 Temmuz 2015]. Erişim adresi: www.perinatalservicesbc.ca
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.

EK-23. Perinatal Dönemde Hemşirelik Müdahaleleri – Taburculuk ve Evde Bakım

Taburculuk ve Evde Bakım
Değerlendirme Zamanı: Doğum Sonu
Amaç: Doğum sonu dönemde taburculuk sürecinde DSK'lara neden olabilecek faktörleri kontrol edebilmek ve önlem alabilmektedir.
Hedef: <ul style="list-style-type: none">• Doğum sonu uyumunu sağlayacak ve sağlığını yükseltecek sağlık davranışlarını ifade edebilecek.• Doğum sonu dönemde hastaneye başvurması gereken riskli durumları açıklayabilecek.
Doğum sonu kanama ile ilişkisi: <p>Vajinal doğum sürecinde anneler ilk 24 saatini tamamladığında taburculuğu yapılmaktadır. Bu süre doğum sonu dönemde evde bakımı daha da önemli kılmaktadır. DSK'ların ikinci önemli nedeni plasenta retansiyonudur ve ilk 24 saatten sonra ortaya çıkmaktadır. Bu süreçte annenin evde geçirdiği puerperium süreci kapsamaktadır.</p>
Uygulamalar <p>Bu süreçte uygulamalar daha önce ele alınan müdahalelerle birlikte DSK'lara da etki edebilecek konu başlıkları aşağıda yer almaktadır;</p> <ul style="list-style-type: none">• Perine bakımı “Enfeksiyon Kontrolü” başlığında ele alınmıştır (Bkz. EK 16)• Meme bakımı “Enfeksiyon Kontrolü” başlığında ele alınmıştır (Bkz. EK 16)• Emzirme (Etkili emzirme başlığında “Gebe Kitapçığı”nda ele alınmıştır (EK 12)• Mesane kontrolü “Enfeksiyon Kontrolü” başlığında ele alınmıştır (Bkz. EK 16)• Beslenme “Beslenme” başlığında ele alınmıştır (EK 15)• Uterin masaj “Uterin Masaj” başlığında ele alınmıştır (EK 20)• “Gebe Kitapçığı”nda “Doğum Sonu Taburculuk ve Evde Bakım” başlığı ile ele alınmıştır (EK 12).

Müdahaleler

- Taburcu olduktan sonra telefon danışmanlığı ve/veya ev ziyareti yapılacak.
- Telefon danışmanlığı ve/veya ev ziyareti sırasında EK 7 doldurulacak.

Kaynaklar

- Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe Bilgilendirme Sınıfı Eğitim Kitabı. Ankara: Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.: 2014.
- Okumuş H, Mete S. Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık; Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber. 2nd ed. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2014.
- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13th ed. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2017.

EK-24. Perine Masajında Kullanılan Ürün



*Kullanılan ürünün ticari adı belirtilmemiştir.

EK-25. Hacettepe Üniversitesi Etik Kurulu (Çalışma İçin Öneri)



439

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-596

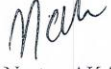
14/05/2015

Prof. Dr. Füsun TERZİOĞLU
Hemşirelik Fakültesi
Öğretim Üyesi

Sayın Prof. Dr. TERZİOĞLU

Kurulumuza değerlendirilmek üzere sunduğunuz GO 15/321 kayıt numaralı ve "*Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamaların Yönetiminde Etkinliğinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi Kurulumuzun 13.05.2015 tarihli toplantısında değerlendirilmiş olup, aşağıda maddeler halinde belirtilen eksik ve/veya düzeltmeler saptanmıştır.

Bilgilerinizi rica eder, düzeltilmiş bir adet dosyayı Kurulumuza gönderirken yazımınızın bir fotokopisini ve yaptığımız düzeltmeleri içeren açıklayıcı dilekçeyi dosyaya eklemenizi saygılarımla rica ederim.


Prof. Dr. Nurten AKARSU
Başkan

1. Protokolde 100 gebenin perinatal takibi, eğitimi ve 8 farklı veri toplama aracını uygulamasının tek bir araştırmacı tarafından ilgili sürede tamamlanabilmesi olanaklı değildir. Sürenin uzatılması/gönüllü sayısının azaltılması ya da projeye yardımcı personel eklenmesi seçenekleri düşünülmelidir.

EK-26. Hacettepe Üniversitesi Etik Kurul İzin Yazısı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-764

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU


Toplantı Tarihi : 08.07.2015 ÇARŞAMBA
Toplantı No : 2015/14
Proje No : GO 15/321 (Değerlendirme Tarihi: 13.05.2015)
Karar No : GO 15/321 – 05

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Prof. Dr. Fusun TERZİOĞLU'nun sorumlu araştırmacı olduğu, Arş. Gör. Sibel PEKSOY'un tezi olan GO 15/321 kayıt numaralı ve "*Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamaların Yönetiminde Etkinliğinin Değerlendirilmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.


- | | |
|---|--|
| 1. Prof. Dr. Nurten Akarsu (Başkan) | 9 Prof. Dr. Rahime Nohutçu (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Nüket Örnek Buken (Üye) | 10. Prof. Dr. R. Köksal Özgül (Üye) |
| İZİNLİ | 11. Prof. Dr. Ayşe Lale Doğan (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım Sara (Üye) | 12. Doç. Dr. S. Kutay Demirkan (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Sevda F. Müftüoğlu (Üye) | İZİNLİ |
| 5. Prof. Dr. Cenk Sokmensüer (Üye) | 13 Prof. Dr Leyla Dinç (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Volga Bayrakçı Tunay (Üye) | 14. Prof. Dr. Hatice Doğan Buzoğlu (Üye) |
| İZİNLİ | 15. Av. Meltem Onurlu (Üye) |
| 7. Prof. Dr. Ali Düzova (Üye) | |
| 8. Yrd. Doç. Dr. H. Hüsrev Turnagöl (Üye) | |

EK-27. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı


0800 ANKARA ETLİK ZÜBEYDE HANIM KADIN
HASTALIKLARI EAH - 0800 ANKARA ETLİK ZÜBEYDE
HANIM KADIN HASTALIKLARI EAH
03 05 2018 14 00 - 90057706 - 300 - 2 2508



000000100



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Sayı : 90057706-900/EGİTİM
Konu : EPK' na başvurumuz

Sayın Sibel PEKSOY
Hacettepe Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

14.05.2018 tarih ve 3215 sayılı dilekçenizle talep ettiğiniz, Hastanemiz Eğitim Planlama Kuruluna sunmuş olduğumuz 'Perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin doğum sonu kanamaların yönetiminde etkinliğinin değerlendirilmesi' konulu çalışmamıza Prof. Dr. Füsun Terzioğlu'nun tez yürütücülüğünde kabulüne, 17.08.2015-198 sayılı EPK'nda karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-izmalıdır.
Doç. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Başhekim

Adres: Etlik Zübeyde Hanım KH EAH Yeri Etlik Cad. No:55 Y.Mahalle/ANKARA. Detayım: R. AĞIRMAN- 312 567 47 24- 4725
Telefon: 312 567 40 00 Faks: 312 322 01 84 e-posta: ezbagitim@gmail.com

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d661a6fa-9d9a-4e03-a669-90508e6ad6bd koda ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-28. Müdahale Grubu Olur Alma Formu ve Katılımcı Beyanı

**PERİNATAL DÖNEMDEKİ HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİNİN DOĞUM
SONU KANAMALARIN YÖNETİMİNDE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ İSİMLİ ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRME VE
OLUR ALMA FORMU**

Araştırmanın açıklanması

Değerli katılımcı, katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamaların Yönetiminde Etkinliğinin Değerlendirilmesi"dir.

Doktora tezi olarak planlanan bu çalışma, perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin doğum sonu kanamalara etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma 2016-2017 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 100'dür. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebelik takipleri için bulunan, bu hastanede vajinal doğum yapan ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rastgele seçilecektir. Perinatal dönemde yapılması planlanan hemşirelik girişimleri gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası süreci kapsamaktadır. Gebelik sürecinde antenatal eğitim verilecektir. Verilecek antenatal eğitimin içeriği beslenme, perine masajı, ıkınma teknikleri, enfeksiyon eğitimi, uterus involüsyonu, emzirme eğitimi, taburculuk süreci evde bakımı kapsamaktadır. Antenatal dönemde eğitim süreci toplam üç hafta olmak üzere 6 saat olarak planlanmıştır. Bu eğitimde doğum sonu kanamayla ilişkili farkındalık kazanmanız ve eğitimi davranışa dönüştürmeniz için fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Eğitim süreci tamamlandıktan sonra gebeliğiniz süresince telefon danışmanlığı yapılacaktır. Doğum eylemi süreciniz de takip edilecektir. Bu nedenle doğum için hastaneye başvurduğunuzda araştırmacıyı aramanız gerekmektedir. Doğum eylemi sırasında doğumunuzu kolaylaştırmak için steril doğum jeli kullanılacak ve bu sırada size perine masajı uygulanacaktır. Doğum eylemi sürecinden sonra kanama takibiniz ölçme araçları ile (BRASS-V Drape ve tartı ile) yapılacaktır. Kanama takibi süreciniz doğum yaptıktan sonra ilk 10 gün yakından takip edilecektir. Bu süreçte ev ziyareti yapılacaktır. Uygulama sırasında bebeğinizin

ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Araştırma kapsamındaki tüm uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğiniz veya sonradan ekildiğiniz için de hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum Őimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız halinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katılımanız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı: Arş. Gör. Sibel Peksoy, Prof. Dr. Füsun Terzioğlu

İletişim adresi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doğu Yerleşkesi /Gazze Cad. No: 6 Ayvalı-Keçiören/ANKARA

Tel: 0 (312) 906 1915

GSM: 0 505 517 25 07

Katılımcı Beyanı

Sayın araştırmacı Sibel Peksoy tarafından, doktora tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya

katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığında araştırmacı Sibel Peksoy'a bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:	Katılımcı ile görüşen araştırmacının:	Görüşme tanığı:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Adresi:	Adresi:	Adresi:
Telefonu:	Telefonu:	Telefonu:
Tarih ve imza:	Tarih ve imza:	Tarih ve imza:

EK-29. Kontrol Grubu Olur Alma Formu ve Katılımcı Beyanı

**PERİNATAL DÖNEMDEKİ HEMŞİRELİK MÜDAHALELERİNİN
DOĞUM SONU KANAMALARIN YÖNETİMİNDE ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ İSİMLİ ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRME VE
OLUR ALMA FORMU**

Araştırmanın açıklanması

Değerli katılımcı, katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı "Perinatal Dönemdeki Hemşirelik Müdahalelerinin Doğum Sonu Kanamaların Yönetiminde Etkinliğinin Değerlendirilmesi"dir.

Doktora tezi olarak planlanan bu çalışma, perinatal dönemdeki hemşirelik müdahalelerinin doğum sonu kanamalara etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır. Araştırma 2016 - 2017 tarihleri arasında yürütülecektir. Araştırmaya katılması planlanan gönüllü sayısı 100'dür. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gebelik takipleri için bulunan, bu hastanede vajinal doğum yapan ve örneklem kriterlerine uyan kadınlar araştırma kapsamına alınacaktır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar rasgele seçilecektir. Perinatal dönemde yapılması planlanan hemşirelik girişimleri gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası süreci kapsamaktadır. Bu çalışmada size herhangi bir müdahale yapılmayacaktır. Araştırmada gebelik süreci, doğum eylemi ve doğum sonu sürece ilişkin bilgiler perinatal dönemde hemşirelik müdahaleleri uygulana gruba yapılan müdahalelerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılacaktır. Doğum eylemi süreciniz takip edilecektir. Bu nedenle doğum için hastaneye başvurduğunuzda araştırmacıyı aramanız gerekmektedir. Doğum eylemi sürecinden sonra kanama takibiniz ölçme araçları ile (BRASS-V Drape ve tartı ile) yapılacaktır. Kanama takibi süreciniz doğum yaptıktan sonra ilk 10 gün yakından takip edilecektir. Bu süreçte ev ziyareti yapılacaktır. Uygulama sırasında bebeğinizin ve sizin maruz olacağınız fiziki, ruhsal, ekonomik hiçbir risk ve rahatsızlık yoktur. Araştırma kapsamındaki tüm uygulamalar için sizden ya da bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Size de bu araştırma sonunda herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın, gönüllü olarak katılabilirsiniz. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahipsiniz. Sorumlu

araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu çalışmaya katılmayı reddettiğiniz veya sonradan ekildiğiniz için de hiçbir sorumluluk altına girmezsiniz. Bu durum Őimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğunuz tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyecektir. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız halinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçlı kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Katılımlınız için teşekkür ederim.

Sorumlu Araştırmacıların Adı: Arş. Gör. Sibel Peksoy, Prof. Dr. Füsün Terzioğlu

İletişim adresi: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Hemşirelik Bölümü

Doğu Yerleşkesi /Gazze Cad. No: 6 Ayvalı-Keioşen/ANKARA

Tel: 0 (312) 906 1915

GSM: 0 505 517 25 07

Katılımcı Beyanı

Sayın araştırmacı Sibel Peksoy tarafından, doktora tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken tüm bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütölmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Sibel Peksoy'a bildirerek araştırmadan çıkabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir dūřünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Katılımcı:	Katılımcı ile görüşen araştırmacının:	Görüşme tanığı:
Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	Adı Soyadı:
Adresi:	Adresi:	Adresi:
Telefonu:	Telefonu:	Telefonu:
Tarih ve imza:	Tarih ve imza:	Tarih ve imza:

EK-30. Ek Tablolar ve Şekiller**EK TABLO 1.** Kadınların Doğum Sonu Loşia Kötü Koku Durumuna İlişkin Özelliklerin Müdahale Ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Loşia da kötü koku	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz (Fisher ki-kare)
	n=33	n=37	
	n (%)	n (%)	
Birinci gün			
Kötü koku var	-	-	-
Kötü koku yok	33 (100.0)	37 (100.0)	
İkinci gün			
Kötü koku var	3 (9.1)	1 (2.7)	p=0.337
Kötü koku yok	30 (90.9)	36 (97.3)	
Üçüncü gün			
Kötü koku var	-	2 (5.4)	p=0.494
Kötü koku yok	33 (100.0)	35 (94.6)	
Dördüncü gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	2 (5.4)	p=1.000
Kötü koku yok	32 (97.0)	35 (94.6)	
Beşinci gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	3 (8.1)	p=0.616
Kötü koku yok	32 (97.0)	34 (91.9)	
Altıncı gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	3 (8.1)	p=0.616
Kötü koku yok	32 (97.0)	34 (91.9)	
Yedinci gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	3 (8.1)	p=0.616
Kötü koku yok	32 (97.0)	34 (91.9)	
Sekizinci gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	4 (10.8)	p=0.361
Kötü koku yok	32 (97.0)	33 (89.2)	
Dokuzuncu gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	4 (10.8)	p=0.361
Kötü koku yok	32 (97.0)	33 (89.2)	
Onuncu gün			
Kötü koku var	1 (3.0)	4 (10.8)	p=0.361
Kötü koku yok	32 (97.0)	33 (89.2)	

EK TABLO 2. Kadınların Doğum Sonu Loşia Miktarındaki Artışa İlişkin Özelliklerin Müdahale Ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Loşia miktarında artma	Müdahale Grubu	Kontrol Grubu	İstatistiksel Analiz (Fisher ki-kare)
	n=33	n=37	
	n (%)	n (%)	
Birinci gün			
Artış var	3 (9.1)	10 (27.0)	p=0.069
Artış yok	30 (90.9)	27 (73.0)	
İkinci gün			
Artış var	-	3 (8.1)	p=0.242
Artış yok	33 (100.0)	34 (91.9)	
Üçüncü gün			
Artış var	1 (3.0)	5 (13.5)	p=0.203
Artış yok	32 (97.0)	32 (86.5)	
Dördüncü gün			
Artış var	1 (3.0)	4 (10.8)	p=0.361
Artış yok	32 (97.0)	33 (89.2)	
Beşinci gün			
Artış var	1 (3.0)	4 (10.8)	p=0.361
Artış yok	32 (97.0)	33 (89.2)	
Altıncı gün			
Artış var	1 (3.0)	1 (2.7)	p=1.000
Artış yok	32 (97.0)	36 (97.3)	
Yedinci gün			
Artış var	1 (3.0)	3 (8.1)	p=0.616
Artış yok	32 (97.0)	34 (91.9)	
Sekizinci gün			
Artış var	1 (3.0)	3 (8.1)	p=0.616
Artış yok	32 (97.0)	34 (91.9)	
Dokuzuncu gün			
Artış var	1 (3.0)	1 (2.7)	p=1.000
Artış yok	32 (97.0)	36 (97.3)	
Onuncu gün			
Artış var	1 (3.0)	1 (2.7)	p=1.000
Artış yok	32 (97.0)	36 (97.3)	

EK TABLO 3. Kadınların Doğum Sonu Kanama (DSK) İle İlişkili Faktörlere Yönelik Doğum Sonu Kanama Yaşayan ve Yaşamayanlara Göre Dağılımı

Özellikler	DSK (+) (n=13)	DSK (-) (n=57)	İstatistiksel Analiz**
	n(%) or $\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	n(%) or $\bar{X} \pm SS$ Median (Min-Max)	
Yaş (Yıl)	28.00 (21-40)	27 (18-40)	z=0.492, p=0.623
BKİ (kg/m ²)			
<30	10 (76.9)	38 (66.7)	p=1.000
≥30	3 (23.1)	19 (33.3)	
Parite			
Primipar	8 (61.5)	29 (50.9)	X ² =0.150, p=0.699
Multiplar	5 (38.5)	28 (49.1)	
Gestasyonel yaş (hafta)	38 (37-41)	38 (35-41)	z=0.592, p=0.554
Yenidoğan ağırlığı (gr)	3347.46±361.21	3191.75±359.59	t=1.408, p=0.958
İndüksiyon/Augmentasyon			
Kullanıldı	4 (30.8)	31 (54.4)	p=0.218
Kullanılmadı	9 (69.2)	26 (45.6)	
Doğum süresi (dakika)			
Birinci evre	330.00 (221-955)	295.00 (60-675)	z=1.994, p=0.046
İkinci evre	17.00 (5-130)	15.00 (3-35)	z=0.773, p=0.440
Üçüncü evre	5.00 (5-10)	5.00 (1-15)	z=1.697, p=0.090
İki veya ↑uterotonik ajan kullanımı			
Kullanıldı	2 (15.4)	9 (15.8)	p=1.000
Kullanılmadı	11 (84.6)	48 (84.2)	
Antenatal hemogram (g/dL)	12.20 (10.2-14.0)	12.10 (10.2-16.2)	z=0.181, p=0.856
Postpartum hemogram (g/dL)	10.70 (9.2-12.6)	11.50 (9.2-15.4)	z=1.028, p=0.304
Hemoglobin farkı (g/dL)	1.00 (0.20-2.50)	0.70 (0.00-2.50)	z=1.673, p=0.094
Epizyotomi varlığı			
Uygulandı	9 (69.2)	39 (68.4)	p=1.000
Uygulanmadı	4 (30.8)	18 (31.6)	
Doğumda 1.-2./3.-4. derece laserasyon			
Gelişti	6 (46.2)	12 (21.1)	p=0.082
Gelişmedi	7 (53.8)	45 (78.9)	
Uterin masaj yapma durumu			
Yaptı	3 (23.1)	29 (50.9)	p=0.124
Yapmadı	10 (76.9)	28 (49.1)	
LATCH emzirme puanı*	9.00 (6-10)	9.00 (5-10)	z=2.281, p=0.023
Emzirme sıklığı(dk)	45.00 (30-180)	60.00 (30-210)	z=1.383, p=0.167
Emzirme süresi(dk)	10.00 (2-15)	15.00 (3-30)	z=2.711, p=0.007
Optimalite İndeksi-TR			
POİ	91.00 (72-100)	91.00 (72-100)	z=0.831, p=0.406
Oİ	79.00 (71-83)	83.00 (64-93)	z=2.355, p=0.019
Oİ-TR (Toplam Puan)	81.00 (75-88)	83.00 (70-92)	z=1.424, p=0.154

*Doğum sonu 24. saatteki puan sonucu analize dahil edilmiştir.

**Yates ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.

EK TABLO 4. Kadınların Doğum Sonu Kanama İle İlişkili Faktörlere Göre Tek Değişkenli ve Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizleri

Özellikler	Doğum Sonu Kanama		Univariate		Multivariate	
	(+) (n=13) n(%) / Median (Min-Max)	(-) (n=57) n(%) / Median (Min-Max)	OR (95% CI)	İstatistiksel Analiz	OR (95% CI)	İstatistiksel Analiz
Yaş (Yıl)	28.00 (21-40)	27 (18-40)	1.050 (0.930-1.185)	p=0.432		
Parite						
Primipar	8 (61.5)	29 (50.9)	-			
Multipar	5 (38.5)	28 (49.5)	1.545 (0.451-5.296)	p=0.489		
Yenidoğan ağırlığı (Gr)	3370 (2560-3920)	3210 (2310-3825)	1.001 (0.999-1.003)	p=0.165		
İndüksiyon/Augmentasyon						
Kullanıldı	5 (38.5)	25 (43.9)	0.800 (0.233-2.747)			
Kullanılmadı	8 (61.5)	32 (56.1)	-	p=0.723		
Doğum süresi (dakika)						
Birinci evre	330 (221-955)	295 (60-675)	1.005 (1.001-1.009)	p=0.023		
İkinci evre	17.00 (5-130)	15 (3-35)	1.037 (0.998-1.007)	p=0.060		
Üçüncü evre	5.00 (5-10)	5.00 (1-15)	0.781 (0.584-1.046)	p=0.098		
İki veya ↑uterotonik ajan kullanımı						
Kullanıldı	2 (15.4)	9 (15.8)	0.970 (0.183-5.133)	p=0.971		
Kullanılmadı	11 (84.6)	48 (84.2)	-			
Hemoglobin farkı	1.00 (0.20-2.50)	0.70 (0.00-2.50)	2.347 (0.944-5.834)	p=0.066	2.539 (0.842-7.658)	p=0.098
Doğumda 1.-2./3.-4. Derece laserasyon						
Gelişti	6 (46.2)	12 (21.1)	3.214 (0.909-11.363)	p=0.070		
Gelişmedi	7 (53.8)	45 (78.9)	-			
Uterin masaj yapma durumu						
Yaptı	3 (23.1)	29 (50.9)	-			
Yapmadı	10 (76.9)	28 (49.19)	0.290 (0.072-1.164)	p=0.081		
LATCH (İlk 24 saat)	9.00 (6-10)	9.00 (5-10)	0.613 (0.388-0.967)	p=0.035		
Emzirme sıklığı(dk)	45.00 (30-180)	60.00 (30-210)	0.994 (0.977-1.011)	p=0.460		
Emzirme süresi(dk)	10.00 (2-15)	15.00 (3-30)	1.162 (1.033-1.307)	p=0.012	2.063 (1.164-3.658)	p=0.013
Optimalite-TR	81.00 (75-88)	83.00 (70-92)	0.920 (0.830-1.020)	p=0.114		

EK Tablo 5. Kadınların Optimalite İndeksi-TR (Oİ-TR) Maddelerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Dağılımı

Optimalite İndeksi-TR Alt Grubu		Müdahale Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=37)		İstatistiksel Analiz**
		Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	
Madde	Perinatal Özgeçmiş İndeksi					
1.	Evli olmak/Partneri olmak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
2.	Doğu dışında bir bölgede yaşıyor olmak	32 (97.0)	1 (3.0)	36 (97.3)	1 (2.7)	p=1.000
3.	Türkçe konuşabiliyor olmak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
4.	Lise ve üzeri eğitime sahip olmak	23 (69.7)	10 (30.3)	23 (62.2)	14 (37.8)	X ² =0.169, p=0.681
5.	Sağlık sigortasına sahip olmak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
6.	Gebelikte sigara içmemek/pasif içici olmamak olmak	20 (60.6)	13 (39.4)	18 (48.6)	19 (51.4)	X ² =0.581, p=0.446
7.	Gebelikte hiç alkol almamış olmak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
8.	Gebelikte yasadışı/reçetesiz ilaç kullanmamış olmak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
9.	Gebelik öncesi BKİ 18.5-24.9 arasında olmak	20 (60.6)	13 (39.4)	33 (89.2)	4 (10.8)	p=0.011
10.	Gebelikte 18-35 yaş arasında olmak	32 (97.0)	1 (3.0)	36 (97.3)	1 (2.7)	p=1.000
11.	Kronik hastalığa sahip olmamak	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
		Müdahale Grubu (n=15)		Kontrol Grubu (n=18)		
12.	24 aydan daha uzun doğum aralığına sahip olmak*	13 (86.7)	2 (13.3)	15 (83.3)	3 (16.7)	p=1.000
13.	4 ve daha az sayıda doğuma sahip olmak*	15 (100.0)	-	18 (100.0)	-	-
14.	Preterm doğum öyküsüne sahip olmamak*	14 (93.3)	1 (6.7)	16 (88.9)	2 (11.1)	p=1.000
15.	Intrauterin fetal ölüme sahip olmamak*	15 (100.0)	-	18 (100.0)	-	-
16.	Sezaryen doğum öyküsüne sahip olmamak*	15 (100.0)	-	18 (100.0)	-	-
17.	2500-4000gr arasında bebek öyküsüne sahip olmak*	14 (93.3)	1 (6.7)	17 (94.4)	1 (5.6)	p=1.000
18.	Antenatal öyküsünde komplikasyona sahip olmamak*	15 (100.0)	-	15 (83.3)	3 (16.7)	p=0.233

*Bu maddeleri sadece multipar gebeler cevaplamıştır.

**Yates ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.

EK Tablo 5. devam ediyor

Optimalite İndeksi-TR Alt Grubu		Müdahale Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=37)		İstatistiksel Analiz*
		Optimal n(%)	Optimal Değil n (%)	Optimal n(%)	Optimal Değil n (%)	
Madde	Gebeliğe ilişkin özellikler					
19.	İntrauterin fetal kayba sahip olmama	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
20.	Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmama	33 (100.0)	-	36 (100.0)	1 (2.7)	p=1.000
21.	Gebelikte komplikasyon yaşamama	26 (78.8)	7 (21.2)	26 (70.3)	11 (29.7)	X ² =0.292, p=0.589
22.	Yeterli prenatal bakım alma	33 (100.0)	-	36 (100.0)	1 (2.7)	p=1.000
23.	Amniyosentez ve CVS yaptırmama	32 (97.0)	1 (3.0)	35 (94.6)	2 (5.4)	p=1.000
24.	NST, CST ve biyofizik profil yaptırmama	32 (97.0)	1 (3.0)	37 (100.0)	-	p=0.471
25.	Gebelikte ilaç kullanmama	32 (90.9)	3 (9.1)	20 (54.1)	17 (45.9)	p=0.001
26.	Membranlar açıldıktan sonra 24 saat içinde doğum yapma	32 (97.0)	1 (3.0)	34 (91.9)	3 (8.1)	p=0.616
Madde	Doğum eylemine ilişkin özellikler					
27.	Amniyotik mayi berrak	32 (97.0)	1 (3.0)	33 (89.2)	4 (10.8)	p=0.361
28.	İndüksiyon/augmentasyon uygulanmadı	20 (60.6)	13 (39.4)	15 (40.5)	22 (59.5)	X ² =0.014, p=0.904
29.	Amniyotomi yapılmadı	19 (57.6)	14 (42.4)	14 (37.8)	23 (62.2)	X ² =1.993, p=0.099
30.	I. ve II. Evrede oral, IM, IV ilaç kullanmama	24 (72.7)	9 (27.3)	21 (56.8)	16 (43.2)	X ² =1.305, p=0.253
31.	Epidural analjezi uygulanmama	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
32.	Aralıklı EFM kullanma	6 (18.2)	27 (81.8)	2 (5.4)	35 (94.6)	p=0.136
33.	Fetal kalp hızında anormallikler izlememe	30 (90.9)	3 (9.1)	35 (94.6)	2 (5.4)	p=0.661
34.	Doğumda destek veren kişinin olması	33 (100.0)	-	1 (2.7)	36 (97.3)	p<0.001
35.	Spontan olarak ıkınma	32 (97.0)	1 (3.0)	17 (45.9)	20 (54.1)	p<0.001
36.	Doğumun belirlenen yerde gerçekleşmesi	33 (100.0)	-	33 (89.2)	4 (10.8)	p=0.117
37.	Doğumu sırtüstü olmayan bir pozisyonda yapma	2 (6.1)	31 (93.9)	1 (2.7)	36 (97.3)	p=0.599
38.	Doğum baş prezentasyon ile gerçekleşti	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-

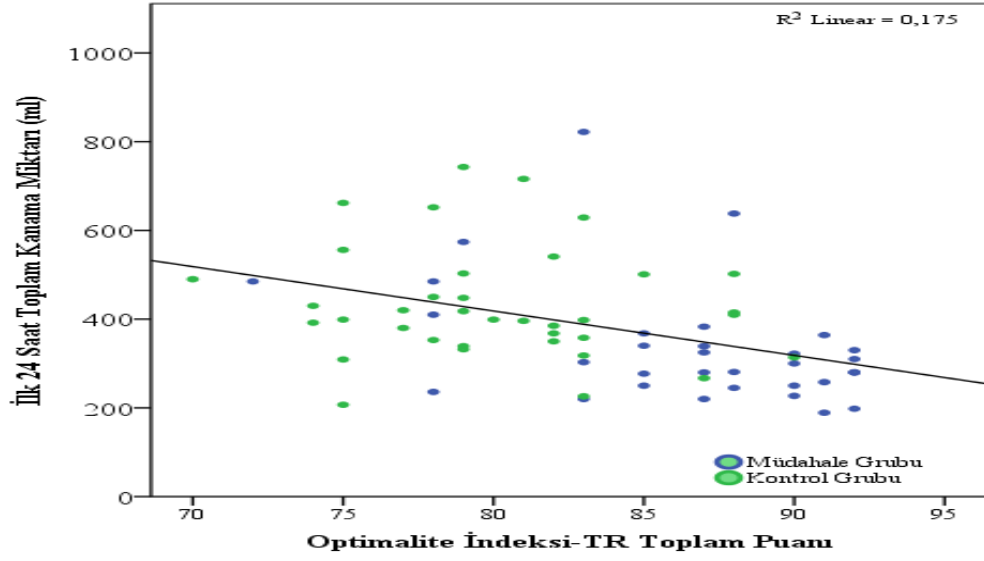
EK Tablo 5. devam ediyor

Madde	Optimalite İndeksi-TR Alt Grubu Doğum eylemine ilişkin özellikler (devam)	Müdahale Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=37)		İstatistiksel Analiz*
		Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	
39.	Vajinal doğumun müdahalesiz olması	32 (97.0)	1 (3.0)	37 (100.0)	-	-
40.	Doğum vajinal yolla gerçekleşmesi	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
41.	Epizyotomi uygulanmaması	10 (30.3)	23 (69.7)	12 (32.4)	25 (67.6)	X ² =0.000, p=1.000
42.	I. ve II. Derece laserasyon olmaması	27 (81.8)	6 (18.2)	26 (70.3)	11 (29.7)	X ² =0.715, p=0.398
43.	III. ve IV. Derece laserasyon olmaması	32 (97.0)	1 (3.0)	34 (91.9)	3 (8.1)	p=0.616
44.	Doğumun III. evresinde ilaç uygulanmaması	30 (90.9)	3 (9.1)	30 (81.1)	7 (18.9)	p=0.315
45.	Ten tene temasın sağlanması	31 (93.9)	2 (6.1)	5 (13.5)	32 (86.5)	p<0.001
46.	Plasentanın spontan olarak doğurtulması	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
47.	Doğum sonu kanama gelişmemesi	30 (90.9)	3 (9.1)	27 (73.0)	10 (27.0)	p=0.069
48.	Kan transfüzyonu yapılmaması	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
49.	İntrapartum komplikasyon gelişmemesi	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
Madde	Yenidoğana ilişkin özellikler					
50.	Gebelik yaşı 37-42 olarak değerlendirildi	33 (100.0)	-	36 (100.0)	1 (2.7)	p=1.000
51.	Doğum kilosu 2500-4000gr	31 (93.9)	2 (6.1)	37 (100.0)	-	p=0.239
52.	5. Dk Apgar skor 7 puan ve üzeri	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
53.	Yenidoğan yoğunbakıma transfer edilmedi	30 (90.9)	3 (9.1)	37 (100.0)	-	p=0.100
54.	Konjenital anomali görülmedi	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
55.	Doğum travması ve ciddi tıbbi sorunlar gözlenmedi	33 (100.0)	-	36 (97.3)	1 (2.7)	p=1.000
56.	Anne sütü ve/veya mama aldı	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-
57.	Perinatal ölüm görülmedi	33 (100.0)	-	37(100.0)	-	-

EK Tablo 5. devam ediyor

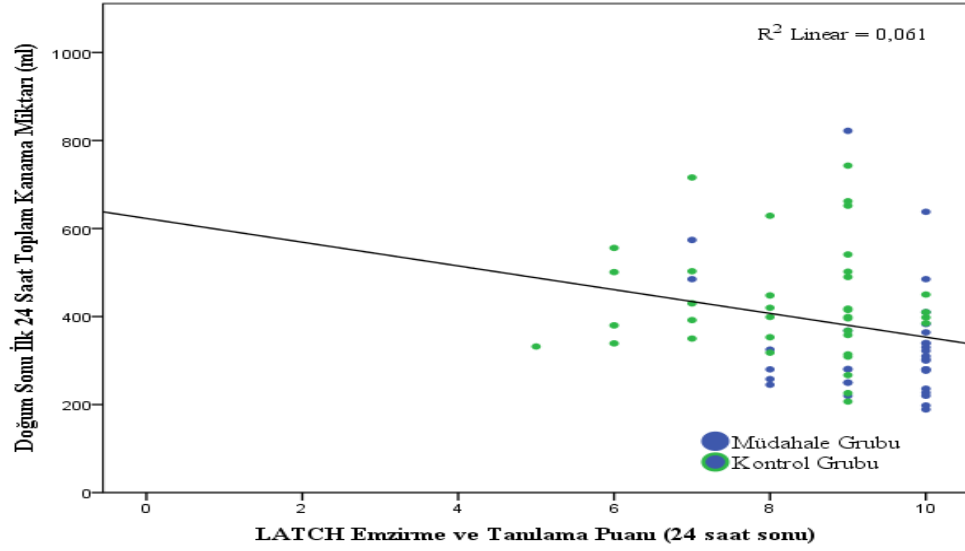
Optimalite İndeksi-TR Alt Grubu		Müdahale Grubu (n=33)		Kontrol Grubu (n=37)		İstatistiksel Analiz*
		Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	Optimal n (%)	Optimal Değil n (%)	
Madde	72 saate kadar anneye ilişkin özellikler					
58.	Annede ateş, enfeksiyon veya komplikasyon görülmedi	32 (97.0)	1 (3.0)	36 (97.3)	1 (2.7)	p=1.000
59.	Reçeteli ilaç tedavisi uygulanmadı	29 (87.9)	4 (12.1)	31 (83.8)	6 (16.2)	p=0.739
60.	Maternal ölüm görülmedi	33 (100.0)	-	37 (100.0)	-	-

*Yates ve Fisher ki-kare testleri kullanılmıştır.



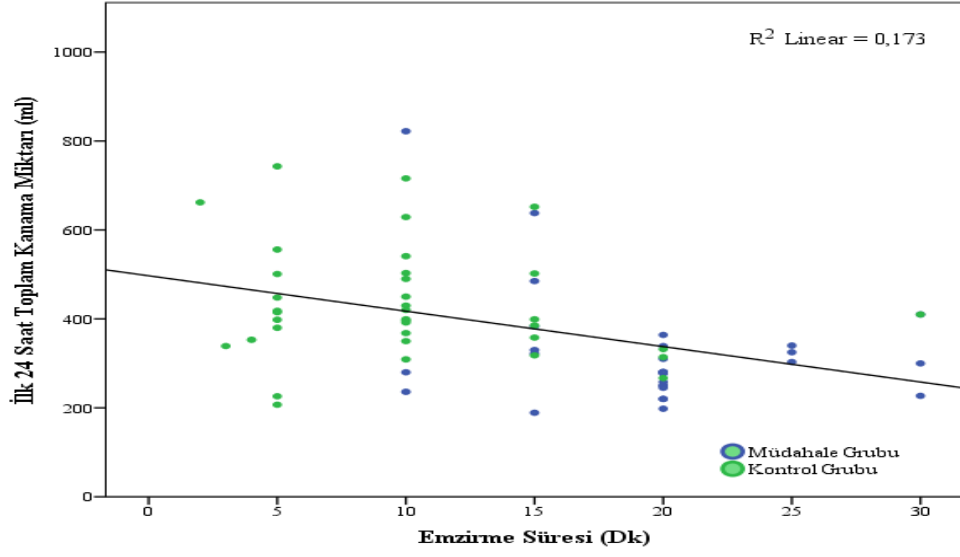
Spearman korelasyonu= -0.501, $p < 0.001$ (Negatif yönde ve orta düzeyde korelasyon. Kadınlarda Oİ-TR puanının arttıkça doğum sonu kanama (DSK) azalmaktadır. Oİ-TR doğum sonu ilk 24 saatlik toplam kanama miktarını %30 oranında etkilemektedir)

EK ŞEKİL 1. Kadınların İlk 24 Saat Doğum Sonu Toplam Kanama Miktarı ve Optimalite İndeksi-TR (Oİ-TR) Toplam Puanlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Saçılım Grafiği



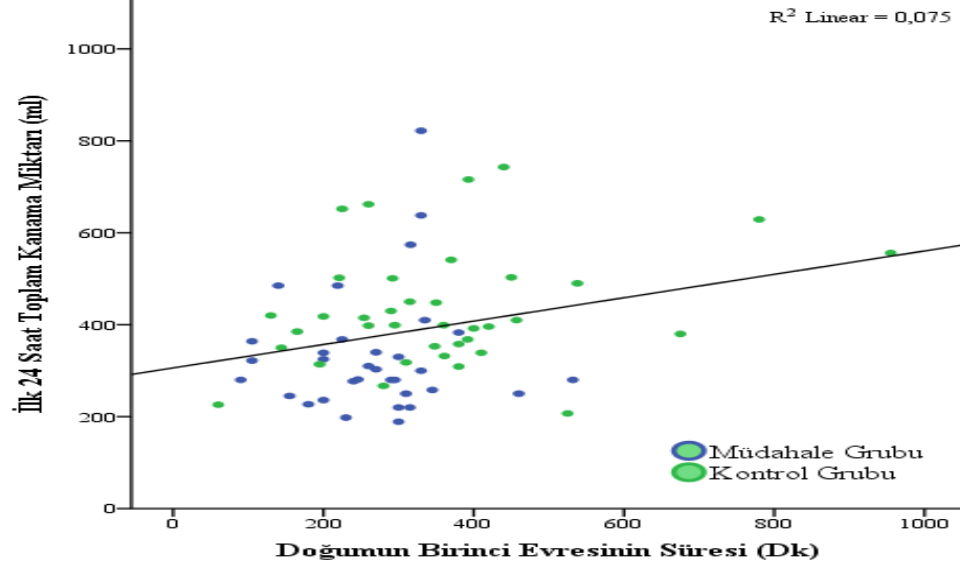
Spearman korelasyonu= -0.320, $p = 0.011$ (Negatif yönde ve zayıf düzeyde korelasyon. Kadınlarda LATCH emzirme ve tanılama ölçeği puanının arttıkça DSK miktarı azalmaktadır. LATCH Emzirme ve Tanılama Ölçeği doğum sonu ilk 24 saatlik toplam kanama miktarını %10 oranında etkilemektedir)

EK ŞEKİL 2. Kadınların İlk 24 Saat Doğum Sonu Toplam Kanama Miktarı ve LATCH Emzirme ve Tanılama Toplam Puanlarının Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Saçılım Grafiği



Spearman korelasyonu= -0.466, $p < 0.001$ (Negatif yönde ve orta düzeyde korelasyon. Kadınlarda emzirme süresi arttıkça DSK miktarı azalmaktadır. Emzirme süresinin artması doğum sonu ilk 24 saatlik toplam kanama miktarını %21 oranında etkilemektedir)

EK ŞEKİL 3. Kadınların İlk 24 Saat Doğum Sonu Toplam Kanama Miktarı ve Emzirme Sürelerinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Saçılım Grafiği



Spearman korelasyonu= -0.229, $p = 0.057$ (Pozitif yönde ve zayıf düzeyde bir korelasyon. Kadınlarda doğumun birinci evresi uzadıkça DS miktarı artmaktadır. Doğumun birinci evresinin uzaması doğum sonu ilk 24 saat toplam kanama miktarını %5 oranında etkilemektedir)

EK ŞEKİL 4. Kadınların İlk 24 Saat Doğum Sonu Toplam Kanama Miktarı ve Doğumun Birinci Evresinin Süresinin Müdahale ve Kontrol Grubuna Göre Saçılım Grafiği

9. ÖZGEÇMİŞ

I - Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Sibel PEKSOY
Doğum yeri ve tarihi: Andırın/Kahramanmaraş – 20.06.1980
Uyruğu: T.C.
İletişim adresi: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğu Yerleşkesi /Gazze Cad. No: 6 Ayvalı-Keçiören/ANKARA
Telefonu: GSM: 0 (505) 517 2507; Ofis: 0 (312) 906 1915
E-mail: speksoy@ybu.edu.tr; sibelpeksoy@gmail.com

II - Eğitim

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Mezuniyet Yılı
Doktora	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Hacettepe Üniversitesi	2018
Yüksek Lisans	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Hacettepe Üniversitesi	2011
Lisans	Hemşirelik Bölümü (Tam Burslu)	Fatih Üniversitesi	2003

III - Mesleki Deneyim

Görev Ünvanı	Görev Yeri	Yılı
Araştırma Görevlisi	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü	2013-Halen
Hizmet içi Eğitim Hemşiresi/Uzman Hemşire	TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2013-2013
Süpervizör Hemşire/Uzman Hemşire	TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2012-2012
Süpervizör Hemşire/Uzman Hemşire	TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Sigara Bırakma Danışma Hattı" Kurucu Üyesi	2010-2011
Klinik Hemşiresi	TC SB Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2005-2010
Klinik Hemşiresi	TC Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Etlik Doğumevi Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2001-2005

IV. Bilimsel Faaliyetler

Uluslararası/Ulusal Yayınlar

1. Pınar G & **Peksoy S.** (2016). Simulation-based learning in healthcare ethics education. *Creative Education*. *Creative Education*, 7: 131-38. <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2016.71013>. (INDEX COPERNICUS, ELSEVIER SCOPUS, EBSGO, DOAJ, MEDLINE, PREQUEST).
2. **Peksoy S.** (2013). İsteyerek düşüklerin etik açıdan değerdendirilmesi. *Sağlıkla Dergisi*, 2:49-51.
3. Kocaöz S, **Peksoy S** & Atabekoğlu C. (2013) Kadınların gebelikten önce kullandığı ve doğum sonrasında tercih ettiği kontraseptif yöntemler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1):1-8. doi: [10.5505/bsbd.2013.07279](https://doi.org/10.5505/bsbd.2013.07279). (TÜRKİYE ATIF DİZİNİ, INDEX COPERNICUS).

Uluslararası/Ulusal Bildiriler

1. **Peksoy S.** Demirhan İ, Şahin S & Kaplan S. (2017). Assessment of the relationship between perceived professionalism and commitment to Professional values in nursing srudents, *Oral Presentation*. International Meeting on Education & Research in Health Science (IMER-HS). November 3-5, 2017, İstanbul, Türkiye.
2. **Peksoy S.** Demirhan İ, Şahin S & Kaplan S. (2017). Ülkemizde adli hemşireliğin ihtiyaç alanlarından biri: Cinsel saldırı muayene hemşireliği. *Poster Presentation*. Uluslararası 3. Adli Hemşirelik, 2. Adli Sosyal Hizmet ve 1. Adli Gerontoloji Kongresi. 12-14 Ekim 2017, Yozgat, Türkiye.
3. Sinan Ö, Kaplan S, Şahin S & **Peksoy S.** (2017). Assessment of the effectiveness of genital infection awareness training provided to the women based on the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model, *Oral Presentation*. 1th International Women Research Symposium. October 13-17, 2017, Eskişehir, Türkiye.
4. Şahin S, Demirhan İ, **Peksoy S.** Kaplan S & Dinç G. (2016). Postpartum Depresyon ve Algılanan Sosyal Desteğin Maternal Bağlanmaya Etkisi, *Sözel Bildiri*. Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi, Korum Hastaneleri. 02-04 Aralık 2016, Ankara, Türkiye.

5. Kaplan S, Pinar G, Sahin S, **Peksoy S**, Uğurlu Z, Durukan A & Ayhan A. (2016). The prevalence of complementary/alternative medicine among women with gynecologic cancer in Turkey: Levels of satisfaction and perceived effectiveness, *Poster Presentation*. The 40th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology (NFOG). June 12-15, 2016, Helsinki, Finland.
6. **Peksoy S**, Terzioğlu F, Koç G & Kayıkçıoğlu F. (2015). Determination of the Effectiveness of Bedside Shift Report Improved for Nursing Handover. *Oral Presentation*. The 2nd International Clinical Nursing Research Congress. June 24-27, 2015, İstanbul, Türkiye.
7. **Peksoy S**. (2014). Ethical Assesment of Personality Developmen, *Oral Presentation*. 2. International Conference on Ethics Education. May 21-23,2014, Ankara, Türkiye.
8. **Peksoy S** & Baran AG. (2014). A Feminist Pioneer in the Field of Health: Margaret Sanger, *Oral Presentation*. Writing Women's Life: International Symposium, Auto/Biography, Life Narratives, Myths and Historiography. April 19-20, 2014, İstanbul, Türkiye.
9. **Peksoy S**, Koç G & Terzioğlu F. (2013). Tıbbi Düşüklerin Kadın Sağlığına Etkisi, *Poster Bildiri*, 13-16 Mayıs 2013, II. Uluslararası Kadın ve Sağlık Kongresi, Sakarya, Türkiye.
10. **Peksoy S** & Terzioğlu F. (2012). Vajinal ve Abdominal Histerektomi Sonrası Kadınların Cinsel İşlev Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, *Sözel Bildiri*, 29 Mayıs-1 Haziran 2012 Birinci Uluslararası Klinik Hemşireliği Araştırma Kongresi, İzmir, Türkiye.
11. Terzioğlu F, **Peksoy S** & Tuna F. (2009). İnsan, Üreme ve Cinsel Haklar Açısından Kadın, *Poster Bildiri*, 23-25 Nisan 2009 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, Türkiye.
12. Dilbaz B, Erkaya S, Cengiz H, **Peksoy S**, Yağcı B & Haberal A.(2007). The Quality of Antenatal Care Among Women Who Deliver at a Metropolitan Maternity Hospital, *Oral Presentation*, 7. International Congress of the Turkish-German Gynecological Association, Antalya, Türkiye. <http://www.springerlink.com/content/h1rm260wt1182v56/fulltext.pdf>. Erişim tarihi: 01/02/2009.

13. Kocaöz S, **Peksoy S** & Atabekoğlu CS. (2007). Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Kadınların Gebelik Öncesi Kullandığı ve Doğum Sonrasında Kullanmayı Tercih Ettiği Kontraseptif Yöntemler, *Poster Bildiri*, 19-22 Nisan 2007 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, Ankara, Türkiye.

Bursiyer Olarak Yer Aldığı Proje/ler

Doğuma Hazırlık Eğitiminin Doğal Doğum Oranına, Doğuma İlişkin Endişelere ve Annelik Uyumuna Etkisinin İncelenmesi, Ankara, 2013.

Proje No: 113S485 TUBİTAK 1002

Uluslararası/Ulusal Katılman Kongre ve Sempozyumlar

1. November 3-5, 2017. "International Meeting on Education & Research in Health Science (IMER-HS)" (İstanbul).
2. 12-14 Ekim 2017. "Uluslararası 3. Adli Hemşirelik, 2. Adli Sosyal Hizmet ve 1. Adli Gerontoloji Kongresi" (Yozgat).
3. October 13-17, 2017. "1th International Women Research Symposium" (Eskişehir).
4. 29 Kasım 2016. "Evden Uzakta: Savaşın ve Göçün Kadınları" Sempozyumu. HÜKSAM, Hacettepe Üniversitesi (Ankara).
5. November 14-16, 2016. "1st International Women's Congress". Yıldırım Beyazıt University & Florida University (Ankara).
6. 28 Kasım 2015. "Perinatolog Gözü ile Fetus" konulu Perinatoloji Sempozyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği (Ankara).
7. 21-23 Ekim 2015. "Bütünleşik Sağlık Bakım Kongresi". Sağlık ve Sosyal Hizmetler Dernekleri Federasyonu (İstanbul).
8. Jun 24-27 2015. "The 2nd International Clinical Nursing Research Congress". Koç University, School of Nursing (İstanbul).
9. 4 Nisan 2015. "Ulusal Doğum Sempozyumu". Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
10. 21-22 Mart 2015. "3. Acıbadem Kadın Doğum Günleri". Acıbadem Üniversitesi (İstanbul).

11. 20 Mart 2015. "Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Kadın Sağlığı Açısından Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin Neresindeyiz?" Sempozyumu. Hacettepe Üniversitesi, HÜKSAM & HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Ankara).
12. 19 Mart 2015. "1. Toplum Ruh Sağlığı Sempozyumu". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
13. 12-13 Mart 2015. "Tanı Tedavi Rehberleri ve Sağlık Teknolojileri Değerlendirme". Kanıta Dayalı Tıp Derneği, Hemşire Çalışma Grubu (Ankara).
14. 19-23 Kasım 2014. "14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi". Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (Antalya).
15. May 21-23 2014. "The 2nd International Conference on Ethics Education (IAEE 2014)". Ankara University, School of Medicine (Ankara).
16. April 19-20 2014. "Writing Women's Lives: International Symposium, Auto/Biography, Life Narratives, Myths and Hystoriography". Kadın Eserleri Kütüphanesi ve Bilgi Merkezi Vakfı & Yeditepe Üniversitesi (İstanbul).
17. 6-9 Haziran 2013. "I. Ankara Doğumevleri Günleri". Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi & Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Trabzon).
18. 20 Mayıs 2013. "I. Uluslararası Doğum Sempozyumu (Ebelere Derneği Sağlık Bakanlığı ile düzenlemiştir)". Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
19. 13-16 Mayıs 2013. "II. Uluslararası Katılımlı Kadın ve Sağlık Kongresi". Sakarya Üniversitesi Kadın Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (Sakarya).
20. 6 Haziran 2012. "Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) işbirliği ile yürütülen "Türkiye'de Tıbbi Düşük Hizmetinin Sunulması: Sağlık Hizmeti Sunanların ve Öğrencilerin Görüşleri" konulu araştırma sonuçlarının sunulduğu Bilimsel Toplantı". HÜKSAM & BÜKÇAM (Ankara).
21. 29 Mayıs-1 Haziran 2012. "Birinci Uluslararası Klinik Hemşireliği Araştırma Kongresi". Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (İzmir).
22. 30 Eylül 2010. "İlköğretim Çağındaki Çocuklarla İletişim, Çocuk ve Ergen Psikolojisi". Ankara Gönüllü Takımı, ODTÜ Mezunları Derneği (Ankara).

23. 23-25 Nisan 2009. "6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi".
Ulusal Kontrasepsiyon ve Üreme Sağlığı Derneği (Ankara).
24. "20-22 Mart 2008. "'Kadına Yönelik Şiddet' temalı 1. Kadın Sağlığı Kongresi".
Hacettepe Üniversitesi (Ankara).
25. 19-22 Nisan 2007. "5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi"
(Ankara).
26. 24 Nisan 2006. "Adli Hemşirelik" Paneli. AÜTF Adli Tıp Anabilim Dalı
(Ankara).

Katılan Çalıştay, Kurs ve Sertifika Programları

1. 16 Aralık 2017. "Makale / Tez Yazımı ve İstatistik Kursu". Etlik Zübeyde Hanım
Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
2. 29 Ekim 2017. "İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi". Ankara Yıldırım Beyazıt
Üniversitesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Koordinatörlüğü (Ankara).
3. 22 Mayıs 2017. "Cinselliği Konuşabilmek Kursu". Kadın Sağlığı Hemşireliği
Derneği, Hacettepe Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Mezunlar Derneği &
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Ankara).
4. 3-4 Mayıs 2017. "KLP Bilimsel Etkinlikleri III". Ankara Yıldırım Beyazıt
Üniversitesi & Ankara Üniversitesi (Ankara).
5. 26 Mart 2017. "Senaryolar Eşliğinde Güncel Obstetrik Kursu-2". TC. SB.
Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneler Birliği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi (Ankara).
6. 3 Kasım 2016. "End Note Eğitimi". Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü (Ankara).
7. 14-18 Mart 2016. "Birey ve Aileler İçin Afet Bilinci 1 Eğitimci Eğitimi". Afet ve
Acil durum Yönetimi Başkanlığı, AFAD Genel Müdürlüğü (Ankara).
8. 9-11 Şubat 2015. "İnsan Bakım Bilimi ve Postmodern Hemşirelik Kursu".
Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (Kayseri).
9. 6 Şubat 2015. "Klinik Simülasyon Eğitimi Kursu". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi (Ankara).
10. 7 Aralık 2014. "TJOD Ankara Şubesi Temel İnfertilite Kursu". Türk Jinekoloji
ve Obstetri Derneği (Ankara).

11. 22 Kasım 2014. "Jinekolojik Onkoloji Hastalarına Yönelik Palyatif Bakım Hemşireliği Kursu". 14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi, Türk Jinekolojik Onkoloji Kongresi (Antalya).
12. November 12-13 2014. "Introduction to Sim Man Essential Course". Yıldırım Beyazıt University (Ankara).
13. 4-5 Haziran 2014. "2237 TÜBİTAK "Proje Hazırlama ve Yönetimi Eğitimi Programı". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (Ankara).
14. 21 Mayıs 2014. "Bilimsel Makale Yazma Kursu-II". Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü & ACTA MEDICA (Ankara).
15. 11-12 Kasım 2013. "Doğuma Hazırlık Sınıfı Eğitici Eğitimi". Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
16. 1-5 Nisan 2013. "Etkili İletişim ve Empati, Stres Yönetimi ve Öfke Kontrolü Eğitici Eğitimi" Başarı ve Katılım Belgeleri. T.C. S.B. Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Ankara 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği (Ankara).
17. 26-27 Ocak 2012. "Kadın Sağlığı Hemşireliği Lisans Ders Programı Çalıştayı". Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Ankara).
18. 31 Ağustos-7 Eylül 2010. "Sigara Bırakma Hattı Eğitimi", Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü, Tütün ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Daire Başkanlığı (Ankara).
19. 20 Nisan-22 Haziran 2009. "Biyostatistik ve Bilgisayar Kursu". Etlik-Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Ankara).
20. 5-6 Nisan 2006. "İnfeksiyon Kontrol Hemşireliği ve İnfeksiyon Kontrol Hekimliği Eğitim Programları". Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği (Ankara).
21. 14-19 Şubat 2005. "3. Adli Hemşirelik Kursu". Ankara Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı (Ankara).

Verilen Eğitim/ler (Kurs, Hizmetiçi Eğitim)

1. Etkili İletişim ve Empati, Stres Yönetimi ve Öfke Kontrolü: Sağlık Profesyoneli ve Hizmet Alım Personeli Eğitimleri. 2013-2014 Yılı Hizmetiçi Eğitimleri. (Web sayfası: <http://www.ezh.gov.tr/dosyalar/egitimplaniebehemsire.pdf>. Erişim tarihi:

27.06.2016). TC SB, Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi (Ankara). *(Bu eğitim serisi İkinci Bölge Genel Sekreterliğine bağlı tüm hastanelerde eşzamanlı ve genel sekreterlikle işbirliği ile düzenlenmiş olup sertifikalandırılmış sağlık profesyonelleri tarafından verilmiş ve eğitim sonuçları değerlendirilmiştir).*

Davetli Konuşmacı Olarak Görev Aldığı Kurs, Kongre, Sempozyum, Çalıştay

1. “Simülasyonda Yasal ve Etik Konular”. 21-23 Ekim, 2015. Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongresi, “İleri Düzey Klinik Simülasyon Eğitimi Kursu”, 23 Ekim 2015. SADEFE (İstanbul).

Uluslararası/Ulusal Sempozyum, Kongre, Kurs, Çalıştay Bilim ve Düzenleme Kurulu

1. November 14-16, 2016. "1st International Women's Congress". Ankara Yıldırım Beyazıt University & Florida University (Ankara). *Düzenleme Kurulu Üyeliği.*
2. 21-23 Ekim, 2015. “Uluslararası Bütünleşik Sağlık ve Bakım Kongresi”. SADEFE (Ankara). *Bilimsel Kurul Üyeliği.*
3. 19-23 Kasım 2014. "14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi". Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği (Antalya). *Düzenleme Kurulu Üyeliği.*

Ödül/ler

1. **Peksoy S.** Demirhan İ, Şahin S & Kaplan S. (2017). Ülkemizde adli hemşireliğin ihtiyaç alanlarından biri: Cinsel saldırı muayene hemşireliği. *Poster Presentation.* Uluslararası 3. Adli Hemşirelik, 2. Adli Sosyal Hizmet ve 1. Adli Gerontoloji Kongresi. 12-14 Ekim 2017, **Poster Bildiri Ödülü**, Yozgat.

Teşekkür Belgeleri

1. 7 Mart 2018. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde düzenlenen “Hizmetiçi Eğitim”e konuşmacı olarak verilen katkı kapsamında. Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hastane Yöneticiliği (Ankara).

2. 13-14 Nisan 2016. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Stajı bünyesinde verilen "AFET BİLİNCİ EĞİTİMİ" lisans öğrencileri koordinatörlüğü kapsamında. Keçiören Belediyesi Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü, Çocuk Danışma Merkezi (ÇODAM) (Ankara).
3. 21-23 Ekim 2015. "Uluslararası Bütünleşik Sağlık Bakım Kongresi"ne sağlanan bilimsel destek kapsamında. SADEFE Yönetim Kurulu Başkanlığı (İstanbul).
4. 19-23 Kasım 2014. "14. Ulusal Jinekolojik Onkoloji Kongresi"ne sağlanan bilimsel destek kapsamında. Kongre Başkanlığı (Antalya).
5. 7 Mayıs 2014. "Hemşirelik Haftası Etkinliği Düzenleme Komitesi" olma kapsamında. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi (Ankara).
6. "2010-2011 ODTÜ Eskim Takımı'na verilen katkı" kapsamında. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Spor Müdürlüğü (Ankara).
7. 28 Mayıs 2010. "2009-2010 ODTÜ Spor Kulübü Eskrim Takımı Eskrim Branşında Temsili" kapsamında. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Rektörlüğü (Ankara).

Atıf Yapılan Yayın

1. Pınar G & **Peksoy S.** (2016). Simulation-based learning in healthcare ethics education. Creative Education. Creative Education, 7: 131-38. <http://dx.doi.org/10.4236/ce.2016.71013>.

Atıf Yapan Yayınlar

1. Budic I, Pavlovic S, Stevic M, Petrov I, Peric V. Et al. (2018). Medical simulation: Moral and ethical issues. Acta Medica Medianae, 57(1): 64-9.
2. Thackray D, Roberts L. (2017). Exploring the clinical decision-making used by experienced cardiorespiratory physiotherapists: A mixed method qualitative design of simulation, video recording and think aloud techniques. Nurse Education Today, 49: 96-105. (SCIE & SSCI)
3. Youlin W. ([王祐琳](#)) (2017). Using situated teaching strategies to increase cultural competence among medical university students: The assessment and evaluation. Kaohsiung Tıp Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, New Taipei City. Taiwan. Erişim tarihi: 01/01/2018. Web:

<http://www.airitilibrary.com/Publication/alDetailedMesh?docid=U0011-3007201720113000>

4. Alberto RO & yHernan BR. (2016). Is ethical to use simulation techniques in undergraduate medical teaching? Rev Chil Enferm Respir, 32: 34-7.

Hobi/ler

- Spor: Eskrim/ Epe (ODTÜ Eskrim Takımı, ODTÜ/ Ankara).

Üye Olunan Kuruluşlar/Dernekler

- Türk Hemşireler Derneği
- Hacettepe Hemşirelik Lisans ve Lisansüstü Mezunları Derneği
- Kadın Sağlığı Hemşireliği Derneği