

DERLEME / REVIEW

Kanıt Temelli Yaklaşım Perspektifinde Postpartum Bakımın Optimizasyonu*Optimizing Postpartum Care in the Evidence-Based Approach Perspective*Duygu DİŞLİ¹, Meltem MECDİ KAYDIRAK²¹T.C. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye²İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Geliş tarihi/Received: 25.01.2021

Kabul tarihi/Accepted: 02.05.2021

İletişim/Correspondence:

Duygu DİŞLİ, Arş. Gör.

Haliç Üniversitesi Sütüce Kampüsü, Sütüce Mahallesi, İmrahor Cd. No:82, 34445 Beyoğlu/İstanbul, Türkiye

E-posta: disliduygu@gmail.com

ORCID: 0000-0002-3933-4556

Meltem MECDİ KAYDIRAK, Dr. Öğr. Üyesi

ORCID: 0000-0002-6877-0269

Öz

Postpartum dönem; fetüs, plasenta ve eklerinin doğumuyla başlayan, anne, yenidoğan ve aile için fiziksel, psikososyal değişikliklerin ve uyumun gerçekleştiği önemli bir süreçtir. Sağlık bakım profesyonelleri gebelikten ebeveynliğe geçiş sürecinin başarılı bir şekilde ilerleyebilmesi için kadının ve ailesinin ihtiyaç duyduğu klinik ve sosyal kaynaklara erişim sağlayarak kadınların ve yenidoğanların sağlığını en üst düzeye taşımayı, sürdürmeyi ve geliştirmeyi amaçlamaktadırlar. Bu kapsamda doğum sonrası dönemde verilen bakım "optimal postpartum bakım" olarak adlandırılmaktadır. Doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde optimal bakımın sağlanmasıyla maternal ölümlerin büyük çoğunluğu önlenabilmektedir. Optimal bakım yaklaşımı doğrultusunda mümkün olan en etkili sağlık bakımını verebilmek amacıyla sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşımın temelinde klinik rehberler, bakım standartları ve ilgili bilimsel araştırmalar bulunmaktadır. Bu çerçevede hazırlanmış uluslararası ve ulusal çapta güncel rehberler yayınlanmıştır. Bu çalışmada, postpartum bakımda hemşire/ebeler için optimizasyonu sağlamak ve bakım etkinliğini arttırmak amacıyla ulusal ve uluslararası literatürde yer alan klinik rehberler, bakım standartları ve kanıt temelli yaklaşımlar taranarak postpartum bakımda yol gösterici bir derleme oluşturulması planlanmıştır. Bu nedenle; ulusal ve uluslararası çapta yayınlanmış güncel doğum sonu bakım klinik rehberler, bilimsel literatürdeki kanıt değeri yüksek akademik çalışmalar ve komite görüşleri incelenmiştir. Sonuç olarak, incelenen kaynaklarda yer alan uygulamaların öneri dereceleri yüksek olmasına rağmen düşük kanıt düzeyine sahip oldukları saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik bakımı, kanıta dayalı uygulamalar, postpartum dönem.

Abstract

Objective: The postpartum period is a crucial process that begins with the birth of the fetus, placenta and its appendages and in which physical, psychosocial changes and adaptation occur for the mother, newborn and family. Healthcare professionals aim to maximize, maintain and improve the health of women and newborns by providing access to clinical and social resources needed by the woman and her family so that the transition from pregnancy to parenthood can progress successfully. By providing optimal care in the first hours and days after birth, the majority of maternal deaths can be prevented. In order to provide the most effective health care possible in line with the optimal care approach, clinical guidelines, standards of care and related scientific research constitute the basis of a systematic and evidence-based approach. There were published international and national up-to-date guides prepared within this framework. This review was designed to create a guiding review in postpartum care by scanning clinical guidelines, care standards and evidence-based approaches in the national and international literature to optimize for nurses/midwives in postpartum care and to increase care efficiency. In this study, current postpartum care clinical guidelines published nationally and internationally, academic studies with high evidence value in the scientific literature and committee opinions were examined. As a result, it was found that the applications in the reviewed sources have a low level of evidence, although their recommendation levels are high.

Keywords: Evidence-based practice, postpartum period, nursing care.

1. Giriş

Postpartum dönem (doğum sonu dönem, puerperal dönem, postnatal dönem, lohusalık); fetus, plasenta ve eklerinin doğumuyla başlayan, anne, bebek ve aile için fiziksel ve psikososyal değişikliklerin gerçekleştiği önemli bir süreçtir ve uzun vadeli sağlık ve esenlik için zemin hazırlar. Bu dönemi deneyimleyen kadınlara puerpera ya da lohusa denir (1–3).

“Dördüncü trimester” olarak da adlandırılan doğum sonu dönemde kadın birden çok fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliğe uyum sağlar. Aynı zamanda doğumdan sonra iyileşme, değişen hormonlara uyum sağlama, yenidoğanın beslenmesi ve bakımı gibi konular gündeme gelerek hem kadın hem de ailesi için yeni bir süreci başlatır. Bu süreç, kadın ve ailesi için neşe ve heyecan verici bir dönem olmasına rağmen önemli zorlukları ve komplikasyonları da beraberinde getirebilir (4,5). Bu dönemde; yorgunluk, ağrı, inkontinans, emzirme problemleri, depresyon, stres gibi fizyolojik ve psikososyal olayların yanında; postpartum kanama, postpartum enfeksiyon, venöz tromboemboli, konstipasyon, hemoroid, üriner retansiyon gibi doğum sonu görülen komplikasyonların görülmesi söz konusu olabilmektedir (2, 4).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her yıl gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle 500.000’den fazla kadının öldüğünü ve bu ölümlerin çoğunun doğum sırasında veya hemen sonrasında gerçekleştiğini rapor etmektedir. Özellikle doğum sonrası kanama ve enfeksiyon anne ölümüne neden olmaktadır (5). Türkiye’nin doğum sonu bakım istatistikleri incelendiğinde; Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 raporunda, kadınların %74’ünün doğumdan sonraki dört saat içinde ilk bakımını aldıkları ve %6,2’sinin hiç bakım almadığı belirtilirken; TNSA 2018 raporunda, doğumdan sonra kadınların %96’sının kırk bir gün içerisinde, %79’unun ilk iki gün içerisinde doğum sonu bakım aldıkları ve sadece %5’inin doğum sonu hiç bakım almadığı görülmektedir (6, 7).

Hemşireler ve ebeler başta olmak üzere kadın sağlığı hizmeti sağlayıcıları, gebelikten ebeveynliğe geçiş sürecinin başarılı bir şekilde ilerleyebilmesi adına kadının ve ailesinin ihtiyaç duyduğu klinik ve sosyal kaynaklara erişmesini sağlamak için benzersiz niteliklere sahiptir. Sağlık hizmeti sağlayıcılarının, bu nitelikler doğrultusunda kadınların ve yenidoğanların sağlığını en üst düzeye taşımak amacıyla sağladıkları doğum sonrası bakım “optimal postpartum bakım” olarak adlandırılmaktadır (4). Doğumdan sonraki ilk saatlerde ve günlerde optimal bakımın sağlanmasıyla maternal ölümlerin büyük çoğunluğu önenebilmektedir (5). Bu nedenle, maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için postpartum dönemdeki optimal bakımın önemi güçlenmekte ve bu konudaki acil ihtiyaç söz konusu olmaktadır (4).

Optimal postpartum bakım ile kadının çok yönlü değerlendirmesi yapılarak kadına ve yenidoğana yönelik özel ihtiyaçlar belirlenir, bu ihtiyaçlara yönelik girişimler planlanır, anne ve ailenin bu döneme fiziksel ve psikososyal adaptasyonu sağlanır, olası komplikasyonları önleme ihtimali artar ve sağlığın geliştirilmesi için uygun zemin oluşur (3, 4, 8). Postpartum bakım kadın sağlığını korumak ve geliştirmek için bu denli önemli olmasına rağmen antenatal ve innatal bakım kadar önemsenmemektedir (5).

Optimal bakımı planlamak ve bakım uygulamalarını kapsamlı bir şekilde gerçekleştirmek için postpartum dönemde oluşması beklenen normal fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin iyi bilinmesi gereklidir. Tablo 1’de postpartum normal süreçte gerçekleşen fizyolojik ve psikososyal değişiklikler belirtilmiştir (1–3).

Tablo 1. Postpartum Dönemde Oluşan Normal Fizyolojik ve Psikososyal Değişiklikler

Sistem ve Yapılar	Fizyolojik Değişiklikler
Üreme Sistemi	Involüsyon sürecinde uterus kontrakte olur, nekrotize desidua tabakası loşia olarak atılır, serviks dilate ve ödemli olabilir, eksternal osta değişim görülür; vajina, vulva ve perinede deşürü, laserasyon veya hemoroid görülebilir
Kardiyovasküler Sistem	Kardiyak outputta (debi) geçici artış olur, plazma volümü (hacmi) giderek azalır, ilk haftalarda bradikardi görülür ve kan basıncı normal seyrederek, geçici lökositoz oluşabilir, pıhtılaşma faktörleri yüksek kalır, ortostatik hipotansiyon görülebilir
Solumun Sistemi	Diyafram normal pozisyonuna döner, torasik kavitede rahatlama olur, PaCO ₂ seviyesinde yükselme görülür
Üriner Sistem	Böbrekler (renal pelvis) ve üreterler dilate olan durumdan normal haline döner, idrar içeriğinde ilk günlerde protein ve aseton görülebilir, glikozüri kaybolur, laktosüri oluşabilir, mesane kapasitesi artar ve kas tonüsü azalır, diürez görülür, distansiyon ve idrar retansiyonu riskleri artar
Gastrointestinal Sistem	Karın boşluğunda rahatlama olur, bağırsak tonüsünde ve motilitede azalma gerçekleşebilir, karın kasları gevşer, perianal travmadan dolayı ağrı ve hemoroid varlığı görülebilir
Meme Dokusu	Büyüme ve ağırlaşma görülür, su ve elektrolit depolar, kan akımında artış olur, hormon seviyeleri değişir ve laktasyon olur
Endokrin Sistem	Östrojen, progesteron, koryonik gonadotropin (hCG) ve plasenta laktajenik hormon seviyeleri düşer, prolaktin ve oksitosin seviyesi artar, bazal metabolizma hızı normale döner, hipoglisemi görülebilir, ovulasyon ve menstrüasyon döngüsü zaman içinde geri döner
Kas-İskelet Sistemi	Yorgunluk, kas ve yapılarda ağrı meydana gelebilir, karın kaslarının tonüsünde azalma ve gevşeme görülür, kilo değişikliği olur
Cilt, Deri ve Saç	Linea nigra ve melazma kaybolur, stria gravidarum solar ancak kaybolmaz, saç dökülmesi başlayabilir
Psikososyal Değişiklikler	
Adaptasyon Süreci ve Ebeveynlik Rolünü Kazanma	Bağlanma, güven duygusu, anneliğe uyumun gerçekleşmesi, yaşam tarzında düzenlemeler, bebeği kabullenme, yeni roller edinme, iş yaşamına geçiş düzenleme gibi konularda problemler görülebilir
Postpartum Hüzün (Blues)	Doğum sonu 2 haftalık süreçte hafif depresyon durumu, yorgunluk, uykusuzluk, anksiyete, ağlama hissi, duygudurum değişiklikleri görülebilir

(1–3) numaralı kaynaklardan yararlanılarak hazırlandı.

Anne ve yenidoğan bakımının kalitesini iyileştirmek ve optimal bakım yaklaşımı doğrultusunda mümkün olan en etkili sağlık bakımını verebilmek amacıyla sistematik ve kanıta dayalı bir yaklaşımın temelini oluşturacak stratejik alanlar belirlenmiştir. Bu alanlardan en önde gelenler; klinik rehberler, bakım standartları ve ilgili araştırmalardır (9). Bu çerçevede hazırlanmış uluslararası ve ulusal çapta güncel rehberler bulunmaktadır. Uluslararası rehberler başlıca; “Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonrası Bakımına İlişkin DSÖ Önerileri (2013)”, “Doğum Sonrası ve Doğum Sonrası Bakım Konusunda DSÖ Teknik Danışmanlığı (2010)” ve “İngiltere Ulusal Temel Bakım İşbirliği Merkezi (National Collaborating Centre for Primary Care) (NCCPC) Postnatal Bakım (2015)” iken Türkiye’de T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (2014) kullanılmaktadır (5, 10–12).

Bu kapsamda yapılan bu çalışmada, postpartum bakımında hemşire/ebeler için optimizasyonu sağlamak ve bakım etkinliğini arttırmak amacıyla ulusal ve uluslararası literatürde yer alan klinik rehberler, bakım standartları ve kanıt temelli yaklaşımlar taranarak postpartum bakımda yol gösterici bir derleme oluşturulması planlanmıştır.

2. Postpartum Süreçte Optimal Bakım Yaklaşımları

Postpartum dönem kadın ve yenidoğan için kritik bir öneme sahiptir. Kadınların optimal sağlık durumunu sağlamak için doğum sonrası bakım devam eden bir süreç haline gelmelidir. Postpartum optimal bakım ile kadın ve yenidoğanın genel sağlığını ve refahını mümkün olan en iyi seviyede korumak, sürdürmek ve geliştirmek hedeflenmektedir. Postpartum optimal bakım bireyin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak bireysel ve holistik olarak tasarlanmalı ve gerekli destek sunulmalıdır (4). Bu kapsamda postpartum süreçte optimal bakım yaklaşımları başlıklar altında açıklanmıştır.

2.1. Maternal Erken Uyarı Kriterleri İzlemi

Anne ölümleri ile ilgili vakaların incelemesi sonucunda vital parametrelerde değişim olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda anne ve fetüs sağlığında normalden sapma durumunu belirlemek ve hastanın sürekli olarak değerlendirmesini sağlamak amacıyla "Maternal Erken Uyarı Kriterleri (Maternal Early Warning Criteria) (MEWC)" belirlenmiştir. Bu parametrelerin takibi; erken tanı ve tedavi için temel taş oluşturarak bakım profesyonellerine acil durumların tanınmasında kılavuz olmayı hedeflemektedir (13). Maternal erken uyarı kriterlerinin izlemi; "yaşam bulguları takibi, uterus involüsyonunun değerlendirilmesi ve miksiyon takibi" olmak üzere üç alt başlık çerçevesinde incelenmiştir.

2.1.1. Yaşam Bulguları Takibi

Kanama, postpartum enfeksiyon, preeklampsi gibi doğum sonu komplikasyonlar yaşam bulguları üzerinde anlamlı değişikliklere neden olmaktadır (12-15). Postpartum dönemde ateş, nabız, kan basıncı, solunum takibi ile problemin erken tanınması sağlanarak oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi mümkündür (16). Yaşam bulguları takip sıklığı ve periyodu literatürde farklılık göstermesine karşın doğum sonu en az ilk 24 saat takibinin yapılması konusunda görüş birliği bulunmaktadır (10-12). Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınladığı "Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonrası Bakımına İlişkin DSÖ Önerileri (2013)" adlı rehberde (12) doğum sonu komplikasyonların vital bulgular üzerinde etkisi olduğu bildirilmiş ve tüm postpartum kadınların ilk 24 saat boyunca ateş, nabız ve tansiyon takibinin yapılması önerilmiştir [D(GPP)]. İngiltere Ulusal Temel Bakım İşbirliği Merkezi (National Collaborating Centre for Primary Care) (NCCPC)'nin 2006'da yayınlayıp 2015'te revize ettiği "Postnatal Bakım (2015)" rehberinde (11) ise en az bir kan basıncı ölçümünün doğumdan sonraki ilk altı saat içinde yapılması [D(GPP)] önerilirken herhangi bir enfeksiyon belirti ve bulgusunun olmadığı durumlarda maternal sıcaklığın rutin değerlendirmesinin gerekli olmadığı [D(GPP)] bildirilmiştir. Yine aynı rehberde (11) göre; diyastolik kan basıncının 90 mmHg üzerinde olması ve 4 saat içinde 90 mmHg altına düşmemesi durumunda preeklampsi varlığının değerlendirilmesi yüksek kanıt düzeyinde [A] öneridir.

2.1.2. Uterus İnvölüsyonunun Değerlendirilmesi

İnvölüsyon; üreme organlarının postpartum dönemde küçülerek gebelik öncesi büyüklüğüne yakın ölçülere ve normal fonksiyonlarına dönme sürecidir. Uterusun fundusunun özellikleri involüsyon sürecinin değerlendirilmesinde yol göstericidir. Plasentanın doğuşuyla birlikte fundus orta hatta, umblikus seviyesinde (U0) veya umblikusun 1-2 cm altında (U-1/U-2, simfizis pubis ile umblikus arasında), sert, kontrakte, greyfurt büyüklüğünde ve yaklaşık 1000 gram ağırlığındadır. Doğumdan on iki saat sonra kas liflerinin gevşemesiyle birlikte uterus umblikus seviyesine gelir ve burada palpasyonla hissedilebilir. Fundus her gün 1 cm aşağıya inerek onuncu günün sonunda pelvisin içine yerleşir ve palpasyonla hissedilemez duruma gelir. Doğumdan sonraki ilk hafta sonunda 500 gr, ikinci hafta sonunda 300 gr olan uterus, involüsyon sonunda (yaklaşık altı hafta) 50-80 gr ağırlığına ulaşarak süreci tamamlar. Bu çerçevede, doğum sonu uterusu oluşturan değişimler ve involüsyon süreci takip edilerek oluşabilecek komplikasyonlar tanımlanabilmektedir (1). Uterus involüsyonunun değerlendirmesinde kullanılan başlıca uygulamalar; uterus tonüs kontrolü, fundus masajı, kanama miktarı ve niteliğidir (10,11). Uterus tonüs kontrolü hakkında literatürde görüş ayrılığı bulunmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde (10) uterus tonüs kontrolünün gerekliliğini belirtirken NCCPC ise anormal vajinal kayıp olmaması durumunda, uterusun abdominal palpasyonla değerlendirilmesi veya rutin bir gözlem olarak ölçülmesi

gereksiz olduğunu [B] bildirmiştir (11). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde fundusa masaj uygulaması önerilmesine rağmen, yapılan güncel çalışmalarda sınırlılıklar nedeniyle bu uygulamanın kanıt düzeyi düşüktür (10, 17). Hofmeyr ve ark. (17) tarafından yapılan bir sistematik derlemede uterus masajının etkinliğini belirlemek amacıyla daha yüksek örneklem ile daha fazla çalışmanın yapılmasının gerekliliği belirtilmiştir. Aynı zamanda, yapılan çalışmalarda kadınların uterotonik tedavi alması nedeniyle uterotoniklerin kullanılmadığı çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

2.1.3. Miksiyon Takibi

İdrar retansiyonu ve mesane distasyonu idrar yolu enfeksiyonlarına ve postpartum kanamaya sebep olabilir (1). Doğumdan sonra annenin en kısa zamanda idrar yapması için teşvik edilmesi, idrar miktarının ve renginin değerlendirilip kaydedilmesi, idrar sondası mevcutsa aldığı ve çıkardığı sıvı izlemi önerilmektedir (10). Ilık duş/banyo, erken mobilizasyon, su sesi dinletmek, pelvik bölgeye ılık su dökmek, mesane üzerine el masajı şeklinde baskı uygulamak, pelvik taban egzersizleri (kegel egzersizi), çay ve kahve gibi diüretik içeceklerin tüketilmesinin sağlanması, akupunktur veya sakral masaj gibi uygulamalar idrar çıkışına yardımcı olan girişimlerdir (10, 18-20). Lauterbach ve ark. (21) tarafından postpartum dönemde olan elli beş kadınla yapılan randomize kontrollü çalışmada akupunktur uygulamasının bir saat içinde spontan idrar çıkışı sağladığı görülmüştür. Tüm non-invaziv yöntemler denendikten sonra enfeksiyon riskini arttırmasına rağmen miksiyonun sağlanamadığı durumlarda mesane kateterizasyonu önerilmektedir (22, 23).

2.2. Laboratuvar Bulgularının İzlenmesi

Doğum sonrası dönemde uygulanan rutin hemoglobin ölçüm testi temkin amaçlı yapılmaktadır. Güncel literatüre göre; postpartum dönemde hemoglobin değerlendirmesi hasta özelliklerine göre kişiselleştirilerek doğum öncesinde anemi varlığı, doğum sonrası kanama durumu veya semptomatik hastalarda hemoglobin ölçümü önerilmektedir. Başvuru sırasında anemik olmayan, komplikasyonsuz vajinal doğum yapıp doğumda 500 ml'den az kan kaybı olduğu tahmin edilen asemptomatik hastalarda hemoglobin değerlendirmesi ihmal edilebilir (24). Girault ve ark. (25) tarafından yapılan çalışmada; doğum sonrası kan kaybı 500 ml'den az olan hastaların hemoglobin değerleri ölçülmüştür. Bu çalışmaya göre; vajinal doğumdan sonra hemoglobin değerinde 2 g/dl'den fazla düşüş olan hastalar yalnızca %11'lik bir dilim oluşturmuştur (25). Benzer şekilde, doğum sonrası dönemde sıklıkla görülen lökositoz nedeniyle beyaz kan hücrelerinin sayısının belirlenmesi enfeksiyon için öngörücü bir parametre değildir. Bu nedenle, klinik enfeksiyon şüphesi olan hastalar için beyaz kan hücreleri sayımı ve ayıncı laboratuvar değerlendirmesi yapılması önerilmektedir (24). Proteinüri değerlendirmesinde NCCPC (11) rutin değerlendirme önermemektedir [D(GPP)].

2.3. Ağrı Yönetimi

Ağrı, doğum sonrası erken dönemde ortaya çıkan en yaygın sorunlar arasında yer almaktadır. Doğumdan sonraki ilk günlerde görülen ağrı nedenleri doğum şekline bağlı olarak değişebilmektedir. Vajinal doğumdan sonra sıklıkla ağrıya neden olan faktörler; meme angorjmanı, uterus kontraksiyonları ve perineal laserasyonlar iken sezeryan doğumda; meme angorjmanı, uterus kontraksiyonları ve cerrahi insizyon gibi faktörler ön plana çıkmaktadır (26).

Meme angorjman ağrısının önlenmesinde soğuk uygulama paketleri ve emzirme sıklığının arttırılması gibi nonfarmakolojik

uygulamalar önerilmektedir. Bu uygulamalara ek olarak lüzum halinde antiinflamatuar etkisi olan hafif analjezikler kullanılabilir. Uterin kramplar (kontraksiyonlar) multipar kadınlarda daha yaygın olarak görülmekle birlikte emzirme sırasında sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Karın üzerine uygulanan sıcak jel pedler uterin ağrının azaltılmasında tercih edilebilmektedir. Non-steroidal anti-inflamatuar ilaçlar (NSAİ) uterin krampların giderilmesinde etkilidir ancak opioid ilaçlar ile ilgili veriler yetersizdir (26).

Perineal ağrı; nonfarmakolojik lokal uygulamalar, topikal anestetikler veya oral analjeziklerle tedavi edilebilmektedir (26,27). Perineal ağrı yönetiminde kadınlara lokal soğuk terapi (soğuk oturma banyoları, buz ya da soğuk uygulama paketleri) önerilmektedir [A] (11). Lokal soğuk uygulamanın ağrıyı azaltmaya yönelik etkisini değerlendiren bir sistematik derlemede kontrol grubuna karşı lokal soğuk uygulama (soğuk oturma banyoları, buz ya da soğuk uygulama paketleri) yapılan grubun ağrısında 24-72 saat içerisinde anlamlı bir azalma olduğu görülmüştür (11, 27). Sezeryan sonrası dönemde cerrahi insizyon ağrısı için sıklıkla nöroaksiyel opioidler kullanılmaktadır. Nöroaksiyel opioidlere ek olarak standart oral ve parenteral analjezikler veya NSAİ'ler de uygulanmaktadır (26).

Doğum sonu görülen baş ağrısı varlığı preeklampsi ya da gelişiminin göstergesi olabilmektedir. Bunun yanında doğum spinal veya epidural anestezi ile gerçekleşmiş ise "spinal baş ağrısı" gerçekleşebilir (28). Şiddetli ve inatçı baş ağrısı olan kadınlar için preeklampsi düşünülmalıdır. Preeklampsi şüphesinde ileri değerlendirme yapılması gerekir [A] (11). Baş ağrısı için genellikle, normal vajinal doğum yapmış kadınlarda oral, sezaryen doğum yapmış kadınlarda ise parenteral analjezik uygulanır. Oral analjezi gerektiğinde kontraendike olmadıkça ilk durumda parasetamol kullanımı tavsiye edilir [A] (10,11).

2. 4. Erken Mobilizasyon ve Antitromboembolik Profilaksi

Postpartum erken mobilizasyonun uterus involüsyonunu hızlandırma, ateş ve pnömoni riskini azaltma, intestinal ve üriner fonksiyonda artış sağlama, karın kaslarının tonüsünün eski haline geri dönüşünü hızlandırma, kan dolaşımında artış sağlama, zihinsel durumu güçlendirme ve fiziksel güçte hızlı bir geri dönüş sağlama gibi pek çok yararı olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmiştir. Bu doğrultuda, erken mobilizasyon tromboembolik olayları önlemek için büyük önem taşımaktadır (10,29,30). Kadının, postpartum dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde mobilize olması için teşvik edilmesi ve desteklenmesi [D(GPP)] NCCPC tarafından önerilmektedir (11).

Antitromboembolik profilaksi yöntemlerinde; yatak içinde egzersiz yaptırma, basınç uygulama ve gevşetme gibi dolaşımı artırıcı uygulamalar, tromboprofilaksi (antikoagülanlar), dereceli kompresyon çorapları veya pnömatik kompresyon cihazı başlıca önerilen uygulamalardandır (8,31). The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) sezaryen ameliyatı olan tüm kadınların doğumdan sonraki on gün boyunca düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) ile tromboprofilaksi almasını önerirken yüksek riskli kadınlarda DMAH ile tromboprofilaksinin altı haftaya kadar devam ettirilebileceğini bildirmiştir (32).

2.5. Perine ve İnsizyon Bakımı

Doğum sonrası perine bakımında; hijyen eğitimi (pedlerin sık sık değiştirilmesi, perine temizliği, günlük ayakta banyo yapma/duş alma), epizyotomi hattında açılma kontrolü, hematoma ve inkontinans (üriner/fekal) değerlendirmesi, anal sfinkter hasarı olan kadınlarda gaita yumuşatıcıları ya da laksatif kullanımı

önerilmektedir [D(GPP)] (10,11,24). Perine bakımında kullanılan ajanlar hakkında yapılan bir çalışmada; epizyotomi bakımında serum fizyolojik veya normal su kullanımının rivanol ya da betadin gibi solüsyonlara karşı daha ucuz ve etkili olduğu belirtilmiştir (33). Tuna'nın (34) çalışmasında ise epizyotomi bakımında povidone iyodine ve şebeke suyunun yara iyileşme sürecine etkisi karşılaştırılmıştır. Postpartum birinci günde şebeke suyu ile epizyotomi bakımı yapılan grubun, povidone iyodine ile bakım yapılan gruba göre yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu belirlenmiştir. İnsizyon bakımında ise; genel vücut hijyeni sağlanmalı, insizyon hattı değerlendirilmeli ve batin muayenesi ve distansiyon değerlendirilmesi yapılmalıdır (10).

2.6. Beslenmenin Düzenlenmesi

Normal doğumdan sonra genellikle oral beslenmeye hemen geçilirken sezaryen doğumdan sonra oral alımı başlatmak için en iyi zaman kesin olarak bilinmemektedir (10,35). Geleneksel uygulamalarda abdominal cerrahi sonrası bağırsak fonksiyonlarının geri dönüşü, bağırsak sesleri, gaz veya gaita çıkışı ile teyit edilene kadar oral alımın geciktirilmesi görüşü hakimdir. Ancak bu görüşün aksine Cerrahi Sonrası Hızlandırılmış İyileşme (Enhanced Recovery After Surgery) (ERAS) protokolüne göre; ameliyat sonrasında erken oral alımın geçilmesi ile bağırsak fonksiyonlarının daha hızlı geri dönüşü ve daha erken mobilizasyon sağlanırken; enfeksiyon riski, emzirmeye geçiş süresi ve hastanede kalış süresinde azalma görülmektedir (36). Huang ve ark.'nın (37) yaptığı bir meta-analiz çalışması sezaryen ameliyat sonrası erken oral beslenmenin bağırsak fonksiyonunun geri dönüşünü hızlandırdığı ve postoperatif komplikasyonların görülme riskinde artışa neden olmadığına dair kanıt oluşturmaktadır.

Doğum sonu dönemde ek gıdalar kullanılabilir. Sağlık Bakanlığı postpartum dönemde annenin demir ve D vitamini desteği almasını önermektedir (10). Doğum sonu A vitamini takviyesi hakkında yapılan bir derlemeye göre; anneye verilen ekstra A vitamini anne sütündeki A vitamini miktarını biraz artırırsa da maternal veya fetal mortalite oranlarına etki etmediği belirtilmiştir (38).

2.7. Konstipasyon ve Hemoroidin Önlenmesi

Gebelik sırasında artan progesteron, motiliteyi ve bağırsak tonüsünü azaltma etkisini postpartum dönemde birkaç gün daha devam ettirdiği için doğum sonrası dönemde yaygın konstipasyon görülebilir. Buna ek olarak, karın kaslarının gevşek olması da konstipasyonu ve distasyonu artırıcı etki gösterir (1). Ağrı deneyimleme, zorlanma, sert gaita ve tam gerçekleşmemiş defekasyon hissi gibi semptomlarla karakterize olan konstipasyon, doğum sonu dönemde lohusaların yaşam kalitesini düşürmektedir (39). Hemoroid varlığı, epizyotomi bölgesinde ağrı, gebelik hormonlarının etkileri ve gebelikte kullanılan hematinikler doğum sonrası konstipasyon riskini arttırmaktadır. Bu kapsamda; defekasyon çıkışı değerlendirmesi [D(GPP)], sıvı alımı değerlendirilmesi, diyet düzenlemesi, yüksek lifli diyet ve bol sıvı alımı teşviki [D(GPP)] ile birlikte laksatif [A] ve analjezik uygulama, sitz banyosu, ano-rektal krem uygulamaları da önerilmektedir (11, 39,40).

2. 8. Titremenin Önlenmesi

Doğum sonrası titreme kadınların yüzde %25-50'sinde görülebilmektedir. Doğum sonu titreme; doğumdan sonra vücut sıcaklığındaki düşüşe, fetal-maternal kanamaya, mikro-amniyotik embolilere, plasental ayrılmaya, anesteziye, bakteriyemi veya bazı ilaçların (örn. misoprostol) verilmesine bir cevap olabilir. Ilık battaniye ve / veya ılık hava ile destekleyici tedavi uygulanabilirken anestezi ile ilişkili titreme farmakolojik olarak tedavi edilebilir (24).

2.9. Uyku Örüntüsünün Değerlendirilmesi ve Yorgunluğun Giderilmesi

Anneler, doğum sonrası dönemde bebeğin uykusu ve beslenme düzenine bağlı olarak uyku örüntüsünde değişim yaşamaktadırlar. Gün içindeki toplam uyku miktarı yeterli olsa bile parçalanmış uyku düzeni önemli sorunlar doğurabilmektedir. Bu dönemde deneyimlenen uyku örüntüsünde bozulma ve uyku kalitesinde düşüş, yorgunluk ve postpartum depresyon ile güçlü bir ilişkiye sahiptir (41). Lee ve ark. (42) çalışmalarında uyku kaybı ve buna bağlı olarak gelişen yorgunluğun yaşam kalitesi ile yüksek oranda ilişkili olduğunu bildirmiştir. Özellikle doğum sonu depresyon anne-bebek etkileşimini değiştirdiği için endişe vericidir (42).

Bu kapsamda uyku örüntüsünün değerlendirilmesinde; genel sağlık durumunun, yorgunluk ve depresyon varlığının sorgulanması [D(GPP)], ev ortamının uygunluğunun ve bebeğin uyku sorunlarının değerlendirilmesi ön plana çıkmaktadır. Bakım yaklaşımları arasında anne uykusunun en üst düzeye çıkarılması (erken yatma zamanı, gün içinde artan aktivite, kafeinden kaçınma, yatmadan önce ışığa maruz kalmanın azaltılması, uyku hijyeni konusunda eğitim) ve ev ortamında düzeni artırmanın yolları (rutinler, planlanmış yemek zamanları gibi) yer almaktadır (11,41).

2.10. Güvenli İlaç Uygulamaları ve İmmünizasyon

Doğum sonrası kanamanın önlenmesi için profilaktik farmakolojik uygulamalar yapılmaktadır. Oksitosin, ergometrine veya methyletergometrine, misoprostol temel olarak kullanılan farmakolojik ajanlardır (43). Kan uyuşmazlığını önlemeye yönelik Anti-D immüoglobulin, her Rh-D negatif kadına uygulanmaktadır [D(GPP)] (11). Hem inaktive edilmiş hem de canlı aşıların doğum sonu dönemde uygulanması önerilmektedir (24).

2.11. Emzirme ve Meme Sorunları

Yenidoğanın büyüyüp gelişmesi ve sağlığının sürdürülebilmesi için anne sütü çok önemli bir unsurdur. Anne sütü besin değeri açısından diğer yapay besinlerden üstündür. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) doğumu izleyen ilk altı ay boyunca bebeğin yalnızca anne sütü ile beslenmesini önermektedir (44). Emzirme, bebeğin besin ihtiyacının giderilmesini sağlamakla birlikte anne ile yenidoğan arasında fiziksel ve psikolojik bir bağ oluşumuna etki etmektedir (45). Bakımın verildiği yer fark etmeksizin emzirme desteği sağlanmalıdır [A].

Doğum sonrası bakım hastanede sağlandığında emzirmeye elverişli bir ortamın oluşturulması kolaylaştırılmalıdır. Mümkün olduğu sürece bebeğin anne ile 24 saat boyunca aynı odada kalması ve ten tene temasın sürdürülmesi [A], mahremiyete dikkat edilmesi [D(GPP)], kadının yeterli dinlenmesinin sağlanması ve hastane rutinlerinin bunu kesintiye uğratmaması [D(GPP)], talep edilen yiyecek ve içeceklerle erişim imkanının olması [D(GPP)] gibi düzenlemeler bu ortamın sağlanması için gereklidir (11).

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde kadınlara emzirmenin ve kolostromun yararları ve ilk emzirmenin zamanlaması hakkında bilgi verilmelidir. Emzirmeye başlanması doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede, ideal olarak bir saat içinde teşvik edilmelidir [D(GPP)]. Emzirme sıklığı ve süresi kısıtlanmamalıdır [A] (11). Doğumdan sonraki ilk bir saat içinde kadın tarafından talep edilmedikçe veya bebeğin acil bakımı için gerekli olmadıkça doğum sonrası rutin prosedürler için (tartma, ölçü alma, banyo yapma vb.) anne ile bebeğinin ayrılmasından kaçınılmalıdır [C] (11). Tıbbi olarak endike olmadıkça hastanede anne sütüyle

beslenen bebelere formula mama verilmemesi [B], devam sütü veya formula mama içeren ticari ambalaj tanıtımlarının dağıtılmaması [A] önerilmektedir (11).

Bebek direkt olarak memeden yeterince süt almıyorsa ve ek besinler gerekliyse, sağılmış anne sütünün bir kap veya biberon yoluyla verilmesi önerilmektedir [B]. Emziren tüm kadınlara anne sütünü elle nasıl sağacakları gösterilmeli ve bu sütün nasıl doğru şekilde saklanıp dondurulacağı konusunda bilgi verilmelidir [D(GPP)]. Süt pompaları, özellikle bebelere ayrılmış kadınlara için laktasyonu sürdürmek adına hastanede bulundurulmalıdır. Süt pompası kullanan tüm kadınlara nasıl kullanılacağına dair talimatlar sunulmalıdır [D(GPP)] (11).

Yanlış emzirme tekniği meme uçlarında ağrıya ve çatlaklara neden olabilmektedir. Meme ucu yaralarını önlemek ve emzirmenin devamlığını sağlamak için ilk emzirmeden itibaren kadınlara yeterli emzirme desteği sunularak bebeğin rahat bir şekilde konumlandırılması, bebeğin memeye doğru bir şekilde bağlanması ve etkili emzirmenin sağlanması hakkında eğitim verilmelidir. Kadın, meme angorjmanı ve mastit semptomları açısından değerlendirilmelidir. Angorjman için sık emzirme ve analjezik [A] kullanımı önerilmektedir. Mastit belirti ve bulguları varlığında antibiyotik tedavisi uygulanabilmektedir. Memeleri sıkmayan ve uygun boyutta bir sütyen kullanılması önerilmektedir [D(GPP)] (11).

2.12. Psikososyal Durum Değerlendirmesi

Doğum sonu dönemde ebeveynlerin yenidoğan ile duygusal ve fiziksel teması sonucu bağlama gerçekleşir. Bu dönemde annenin psikolojik durumu değişiklik gösterebilir. Kadının anneliğe uyumu zaman içerisinde adım adım ilerler. Bebeğinin ihtiyaçlarını karşılamak, eşi ve diğer aile bireyleriyle ilişkilerini düzenlemek ve oluşun yeni ailenin parçası olmak adına kadın yeni roller kazanır. Bazı kadınlarda bu süreç sorunsuz ve kolay ilerlerken bazı kadınlarda ise bu süreçte sorunlar görülebilmektedir. Bunun sonucunda, postpartum dönemde "rol karmaşası, postpartum hüüzün (blues), postpartum depresyon, psikoz" gibi psikososyal sorunlar gündeme gelebilmektedir (1,3). Özellikle perinatal kayıplar ebeveynler ve aile için psikososyal boyutta negatif yönde etki yaratmaktadır. Perinatal kayıp deneyimleyen bireylerde keder, yas, stres, depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları sıklıkla görülebilmektedir (46).

Bu nedenle, postpartum süreç tüm aile bireyleri açısından hassas ve sağlık personellerinin bakımına en çok ihtiyaç duyulan dönemlerden biridir (47). Bu kapsamda; T.C. Sağlık Bakanlığı doğum sonu annenin psikolojik durumunun değerlendirilmesini önermektedir. "Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği" postpartum dönemde psikososyal durum ve destek değerlendirmesi, anne-bebek ilişkisinin değerlendirilmesi için sıkça kullanılan ölçeklerdendir (10, 11).

Doğum sonu psikososyal değerlendirme için NCCPC (11), her doğum sonrası temasta sağlık profesyonelleri tarafından kadınların duygusal refahlarının, aile/sosyal destek varlığının ve başa çıkma stratejilerinin sorgulanmasını önermektedir [D (GPP)].

Doğum sonrası depresyon riskini azaltmak için yapılan psikososyal müdahalelerin etkinliğini incelemek amacıyla yapılan Cochrane derlemesinin sonuçlarına göre; profesyonel olarak yapılan doğum sonrası ev ziyaretlerinin, doğum sonrası telefon desteğinin ve kişilerarası psikoterapi yöntemlerinin özellikle risk altındaki annelerde doğum sonrası depresyonun önlenmesinde yarar sağladığına dair kanıtlar bildirilmiştir (48).

2.13. Cinsel Sağlık ve Aile Planlaması

Postpartum dönemde görülen fizyolojik ve psikososyal değişiklikler, rol kavramında değişme ve yenidoğanın bakıma ihtiyaç duyması gibi faktörler eşlerin bu dönemdeki cinsel sağlığı ve davranışları üzerinde etkiye neden olabilmektedir (49). Doğum sırasında meydana gelen perineal travmalar (laserasyon, deşürü, epizyotomi) sıklıkla disparoniye yol açmaktadır. Bu durum, doğum sonrası ilk aylarda hem cinsel ilişkinin yeniden başlama zamanını hem de cinsel yaşam kalitesini yakından etkilemektedir (50). Postpartum dönemde gündeme gelen emzirme ve süt üretimi, dolaşımdaki prolaktin seviyesinin yüksek ve östrojen seviyesinin düşük seyretmesi mekanizmasında rol oynamaktadır (1). Bu hormonal değişimlere bağlı olarak, vajinal kuruluk ve cinsel işlevde değişim ortaya çıkabilmektedir. Bu çerçevede, eşler arasında uyum problemleri ve cinsel sorunlar baş göstermektedir (49,50).

Koç ve Oskay (49), çalışmalarında postpartum dönemde hemşire/ebe tarafından sağlanan eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin kadının cinsel sorunlarla baş edebilmesi ve cinselliğini sürdürebilmesi için kritik rol oynadığını bildirmiştir. Doğum sonu cinsel sağlık kapsamında NCCPC; doğumdan 2-6 hafta sonra cinsel ilişkiye yeniden başlama ve olası disparoninin sorgulanmasını [C] ve özellikle emziren kadınlar için cinsel ilişki sırasında ağrıyı hafifletmeye yardımcı olmak için su bazlı lubrikant kullanımını [D(GPP)] önermektedir (11).

Doğum sonu dönemde menstruasyon dönüşü genellikle 6-10 hafta içerisinde gerçekleşmektedir. İlk birkaç menstruasyon genellikle anovulant özelliktedir ancak ovulasyonun menstrüasyondan önce gerçekleşme ihtimali de bulunmaktadır (1). Postpartum dönemde istenmeyen gebelikleri önlemek, doğumlar arasındaki sürenin planlanmasını sağlamak ve anne-bebek sağlığını korumak için etkili bir aile planlaması yöntemi kullanımı kilit önem taşımaktadır. Bu çerçevede; emzirme ve menstruasyon durumu önemsenmeksizin tüm kadınların postpartum 6. haftadan ve emzirmeyen kadınların ise postpartum 3. haftadan itibaren modern kontraseptif yöntem kullanması önerilmektedir (51). Kontraseptif yöntem kullanımı bireyin öyküsüne göre değişiklik göstermektedir. Bu kapsamda DSÖ tarafından "Kontraseptif Yöntem Kullanımı için Tıbbi Uygunluk Kriterleri" rehberi yayınlanmıştır. Bu rehber kanıta dayalı olarak aile planlaması danışmanlığı verilebilmesi için önemli bir kaynak oluşturmaktadır (52).

3. Postpartum Dönemde Hemşirenin/Ebenin Rol ve Görevleri

Özellikle kadın doğum hemşiresi/ebe postpartum dönemin etkin yönetiminde kritik bir role sahiptir. Hemşire/ebe; postpartum dönemde lohusanın çok yönlü değerlendirmesini yaparak bu doğrultuda bakım planı geliştirir, postpartum dönemde gerçekleşen anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişimleri göz önünde bulundurarak kadın, bebek ve ailesi için uygun bakımı ve eğitimleri planlar, oluşabilecek komplikasyonlara yönelik önlemler alır, anne ve bebek için güvenli çevre oluşturulmasını sağlar, ebeveynlerin yeni rollerine yönelik adaptasyonuna yardımcı olur. Bu nedenle anne, yenidoğan ve ailenin sağlığının sürdürülebilmesi için postpartum dönemde verilecek olan optimal hemşirelik/ebelik bakımı oldukça önemlidir (47).

Optimal bakımın temelinde sistematik çalışmalar ve kanıta dayalı uygulamalar yer almaktadır (9). T.C. Sağlık

Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınladığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi kapsamında önerilen uygulamaların kanıt düzeyi bulunmamaktadır (10). Dünya Sağlık Örgütü 2013'te Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonrası Bakımı Hakkında Öneriler Rehberi yayınlamıştır. Bu rehberin içeriğinde kanıt temelli uygulamalar bulunmasına rağmen genellikle az gelişmiş/gelişmekte olan ülkeler için geçerliliği yüksek öneriler yer almaktadır (12). Hemşirelik/ebelik bakımında iyi bir seviyeye ulaşılmış ve standardizasyonu yüksek ülkelere birisi olan İngiltere'nin Ulusal Temel Bakım İşbirliği Merkezi (NCCPC) tarafından 2006'da yayınlanmış ve en son 2015'te güncellenmiş doğum sonu rehberinde uygulamalar kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri yayınlanmıştır (11).

Tablo 2'de literatürde yer alan çalışma tiplerine yönelik kanıt tipi ve öneri düzeylerine ilişkin bilgiler sistematik olarak açıklanmıştır Tablo 3'te NCCPC'nin doğum sonu rehberindeki uygulamalar kanıt düzeyleri ve öneri dereceleriyle aktarılmıştır.

Tablo 2. Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri

Kanıt Düzeyi	Tanımlama	Kanıt Tipi	Öneri Derecesi
Yüksek (1 ⁺⁺ , 1 ⁺ , 2 ⁺⁺)	Daha fazla araştırmanın tahmin edilen sonuca olan güvenilirlik üzerinde değişim yapma ihtimali çok düşüktür	Meta analizler, RKÇ'lerin sistematik derlemeleri veya RKÇ'ler	A
Orta (2 ⁺ , 2)	Daha fazla araştırmanın sonuca olan güvenilirlik üzerinde önemli bir etkisi olabilir	Vaka kontrol veya kohort çalışmalarının sistematik derlemeleri, iyi yapılmış vaka kontrolü veya kohort çalışmaları	B
Düşük (3)	Daha fazla araştırmanın tahmin edilen sonuç üzerinde önemli bir etkiye sahip olması ve sonucu değiştirmesi muhtemeldir	Analitik/deneysel olmayan çalışmalar (vaka raporları, vaka serileri, korelasyon)	C
	Herhangi bir sonucun tahmini belirsizdir	Uzman görüşü, resmi görüş birliği	D
Çok düşük (4)	Temel olarak rehberi geliştiren grup içindeki fikir birliği kullanılmıştır		GDG D (GPP)

GDG (Güçlü/Zayıf), D (GPP): İyi Uygulama Noktası

RKÇ: Randomize kontrollü çalışma. (8,11,52) numaralı kaynaklardan yararlanılarak hazırlandı.

4. Sonuç ve Öneriler

Postpartum bakımda optimal bakımı sağlamada önerilen yaklaşımlar; maternal erken uyarı kriterleri izlemi (yaşam bulguları takibi, uterus involüsyonunun değerlendirilmesi miksiyon takibi), laboratuvar bulgularının izlenmesi, ağrı yönetimi, erken mobilizasyon ve antitromboembolik profilaksi, perine ve insizyon bakımı, beslenmenin düzenlenmesi, konstipasyonun önlenmesi ve hemoroid oluşumunun önüne geçilmesi, titremenin önlenmesi, uyku örüntüsünün değerlendirilmesi ve yorgunluğun giderilmesi, güvenli ilaç uygulamaları/immunizasyon, emzirme ve meme sorunları, psikososyal durum değerlendirmesi, cinsel sağlık ve aile planlaması şeklinde sınıflandırılabilir. İncelenen kaynaklarda yer alan uygulamaların öneri derecesi yüksek olmasına rağmen düşük kanıt düzeyine sahip oldukları saptanmıştır. Bu bağlamda, ülkemizde postpartum bakım standartlarının kanıt düzeyi yüksek çalışmalar ışığında geliştirilmesi postpartum optimal bakım açısından önem arz etmektedir. Kanıta dayalı uygulamaların postpartum bakımda yeni modeller veya programlar çerçevesinde akış şemaları ile birlikte hizmet sunumunda yer alması hemşirelik ve ebelik mesleğinin optimal hizmet sunumunu kolaylaştıracağı düşünülmektedir.

Tablo 3. Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri ile Postpartum Optimal Bakımda Kabul Edilen Uygulamalar

	Kanıt Düzeyi	Öneri Derecesi
Maternal Erken Uyarı Kriterleri İzlemi		
Herhangi bir enfeksiyon bulgusu ve belirtsinin olmaması durumunda maternal sıcaklığın rutin değerlendirilmesi gereksizdir	Çok Düşük	D (GPP)
Enfeksiyondan şüpheleniliyorsa ateş takibi yapılmalı ve belgelenmelidir, ateş 38°'nin üzerindeyse ölçümü 4-6 saat içinde tekrarlanmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
En az bir kan basıncı ölçümü doğumdan sonraki 6 saat içinde yapılmalı ve belgelenmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Eğer diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den yüksekse ve pre eklampsi belirtileri ve semptomları yoksa, kan basıncı ölçümü 4 saat içinde tekrarlanmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Eğer diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den yüksekse ve başka bir pre eklampsi belirtisi veya semptomu eşlik ediyorsa, ileri değerlendirme yapılmalıdır (acil durum eylemi)	Yüksek	A
Eğer diyastolik kan basıncı 90 mmHg'den yüksekse ve 4 saat içinde 90 mmHg altına düşmezse, pre eklampsi değerlendirilmelidir (acil durum eylemi)	Yüksek	A
Taşikardi, hipotansiyon, hipoperfüzyon ve bilinçteki değişiklik dahil olmak üzere herhangi bir şok belirtisi ve semptomunun eşlik ettiği ani veya bol kan kaybı değerlendirilmelidir (acil durum eylemi)	Çok Düşük	D (GPP)
Anormal vajinal kayıp olmaması durumunda, uterusun abdominal palpasyonla değerlendirilmesi veya rutin bir gözlem olarak ölçülmesi gereksizdir	Orta	B
Laboratuvar Bulgularının İzlenmesi		
Proteinüri için değerlendirme önerilmez	Çok Düşük	D (GPP)
Ağrı Yönetimi		
Kadınlara her doğum sonrası temasta baş ağrısı semptomları sorulmalıdır	Düşük	C
Şiddetli veya ınatçı baş ağrısı olan kadınlar değerlendirilmeli ve pre eklampsi düşünülmelidir (acil durum eylemi)	Yüksek	A
Oral analjezi gerektirse, kontrendike olmadıkça ilk durumda parasetamol kullanılmalıdır	Yüksek	A
Perineal ağrı için kadınlara topikal soğuk terapi önerilmelidir. Örneğin, kırılmış buz veya jel pedleri, perineal ağrı için etkili bir ağrı kesici yöntemdir	Yüksek	A
Soğuk tedavi veya parasetamol etkili değilse, oral veya rektal nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar kontrendikasyon yoksa kullanılabilir	Yüksek	A
Erken Mobilizasyon ve Antitromboembolik Profilaksi		
Kadın, postpartum dönemde mümkün olduğu kadar kısa süre içerisinde mobilize olmak için teşvik edilmeli ve desteklenmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Tek taraflı baldır ağrısı, kızamıklık veya şişlik olan kadınlar derin ven trombozu açısından değerlendirilmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Hömonsüzetinin tromboembolizm değerlendirilmesinde rutin olarak kullanılması önerilmemektedir	Düşük	C
Perine ve İnizasyon Bakımı		
Kadınlara, hijyenik pedlerin sık sık değiştirilmesi gerektiği, bundan önce ve sonra el yıkamanın önemi ve perinelelerini temiz tutmak için günlük banyo yapma veya duş alma dahil perineal hijyenin önemi açıklanmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Konstipasyon ve Hemoroidin Önlenmesi		
Kadınlara doğumdan sonraki üç gün içinde defekasyona çıkıp çıkmadığı sorulmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Konstipe ve rahatsız kadınların diyetleri ve sıvı alımları değerlendirilmeli ve diyetlerini nasil değiştirecekleri konusunda tavsiyede bulunulmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Diyet önlemleri etkili olmadıkça yumuşak bir laksatif önerilebilir	Yüksek	A
Hemoroidli kadınlarda konstipasyonu önlemek için diyet düzenlenmesi ve yerel tedavi protokollerine dayanarak önlem alınması önerilmektedir	Çok Düşük	D (GPP)
Yorgunluğun Giderilmesi		
Kalıcı yorgunluk bildiren kadınlara genel sağlık durumları sorulmalı ve bebeği ile zaman geçirmeyi içeren diyet, egzersiz ve planlama etkinlikleri hakkında önerilerde bulunulmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Kalıcı doğum sonrası yorgunluk, kadının kendine veya bebeğe bakmasını etkilerse, fiziksel, psikolojik veya sosyal nedenlere yönelik değerlendirme yapılmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Eğer bir kadın doğum sonrası kanama geçirmişse veya kalıcı bir halsizlik yaşıyorsa, hemoglobinin seviyesi değerlendirilmeli ve düşükse yerel politikaya göre tedavi edilmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Güvenli İlaç Uygulamaları ve İmmünizasyon		
Anti-D immünoglobulin, her Rh-D negatif kadına, Rh-D pozitif bir bebeğin doğumunu izleyen 72 saat içinde verilmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Kadınlara, KKK aşısı olduktan sonra bir ay süreyle gebelikten kaçınılması gerektiği, ancak emzirmenin devam edebileceği bildirilmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Psikososyal Durum Değerlendirmesi		
Her doğum sonrası temasta, kadınlara duygusal refahları, alle desteği ve sosyal desteğe sahip olup olmadıkları ve günlük meselelerle başa çıkma konusundaki başa çıkma stratejileri sorulmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Kadınlar ya da aileleri/partnerleri sağlık uzmanlarına kadının ruh halindeki, duygusal halindeki veya davranışlarındaki normal düzeyinin dışında olan herhangi bir değişiklikten bahsetmeleri için teşvik edilmelidir	Çok Düşük	D (GPP)
Doğum deneyiminin resmi bir dile söylenebilmesi tavsiye edilir	Yüksek	A
Doğumdan 10-14 gün sonra, tüm kadınlara postpartum blues semptomları (örneğin, gözyaşı, endişe duyguları ve düşüklük ruhu) hakkında soru sorulmalıdır. Semptomlar düzelmediyse, kadın doğum sonrası depresyon için değerlendirilmelidir. Eğer semptomların varlığı devam ederse, ileri değerlendirme yapılmalıdır	Çok Düşük	D (GPP)
Kadınlar, zihinsel sağlıklarını sürdürülebilmeleri için kendilerine özen gösterme konusunda teşvik edilmelidir. Hafif egzersizler yapmak, dinlenmek için zaman ayırmak, bebeğe bakmak konusunda yardım almak, birleriyle duyguları hakkında konuşmak ve sosyal destek ağlarına erişilebilmelerini sağlamak gibi uygulamalar yarar sağlayabilir	Çok Düşük	D (GPP)

(11) numaralı kaynaktan yararlanılarak hazırlandı.

5. Alana Katkı

Bu çalışmada, postpartum bakımda optimizasyonu sağlanmak ve bakım etkinliğini artırmak amacıyla "Anne ve Yenidoğanın Doğum Sonrası Bakımına İlişkin DSÖ Önerileri", "Doğum Sonrası ve Doğum Sonrası Bakım Konusunda DSÖ Teknik Danışmanlığı", "İngiltere Ulusal Temel Bakım İşbirliği Merkezi (National Collaborating Centre for Primary Care) (NCCPC) Postnatal Bakım" ve "T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" başta olmak üzere ulusal ve uluslararası literatürde yer alan klinik rehberler, bakım standartları ve kanıt temelli yaklaşımlar taranmıştır. Bu derleme çerçevesinde postpartum bakımdaki kanıta dayalı uygulamalara ve bu uygulamaların kanıt/öneri düzeylerine ışık tutulmuştur ve bu bağlamda sağlık bakım profesyonelleri için optimal postpartum bakım yaklaşımları adına yol gösterici bir makale hazırlanmıştır.

Çıkar Çatışması

Bu makalede herhangi bir nakdi/aynı yardım alınmamıştır. Herhangi bir kişi ve/veya kurum ile ilgili çıkar çatışması yoktur.

Yazarlık Katkısı

Fikir/Kavram: DD, MMK; **Tasarım:** DD, MMK; **Denetleme:** DD, MMK; **Kaynak ve Fon Sağlama:** Yok; **Malzemeler:** Yok; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Yok; **Analiz/Yorum:** DD, MMK; **Literatür Taraması:** DD, MMK; **Makale Yazımı:** DD, MMK; **Eleştirel İnceleme:** DD, MMK.

Kaynaklar

- Murray SS, McKinney ES. Postpartum physiologic adaptations. In: Murray SS, McKinney ES, editors. Foundations of maternal-newborn and women's health nursing. 6th ed. Missouri: Elsevier Saunders; 2014. p. 328–50.
- Coşkun AM, Aslan E. Doğum sonu dönem. In: Coşkun AM, editor. Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 2nd ed. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016. p. 239–94.
- Taşkın L, Akan N. Doğum sonu dönem. In: Taşkın L, editor. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 15th ed. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p. 462–94.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG committee opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol.* 2018;131(5):e140–50.
- World Health Organization (WHO). WHO technical consultation on postpartum and postnatal care [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2010 [cited 2020 Nov 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70432>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2013 [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Ankara; 2014. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tsna2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 [Internet]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara; 2019. Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tsna2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
- Çıtak Bilgin N, Coşkun Potur D. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg.* 2010;3(3):80–7.
- World Health Organization (WHO). Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2016 [cited 2020 Nov 7]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/standards-for-improving-quality-of-maternal-and-newborn-care-in-health-facilities.pdf?sfvrsn=3b364d8_2
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). Doğum sonu bakım yönetim rehberi [Internet]. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Ankara; 2014. p. 925. Available from: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dsbyr_2.pdf

11. The National Collaborating Centre for Primary Care (NCCPC). Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies [Internet]. The National Collaborating Centre for Primary Care. London; 2006. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>

12. World Health Organization (WHO). WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2013 [cited 2020 Nov 8]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf

13. Andrikopoulou M, D'Alton ME. Postpartum hemorrhage: early identification challenges. *Semin Perinatol.* 2019;43(1):11–7.

14. Pacagnella RC, Souza JP, Durocher J, Perel P, Blum J, Winikoff B, et al. A systematic review of the relationship between blood loss and clinical signs. *PLoS One.* 2013;8(3):e57594.

15. Öztürk Can H. Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Derg.* 2015;5(2):40–7.

16. Nathan HL, Seed PT, Hezelgrave NL, De Greeff A, Lawley E, Anthony J, et al. Shock index thresholds to predict adverse outcomes in maternal hemorrhage and sepsis: A prospective cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(9):1178–86.

17. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006431.pub3/full>

18. Glavind K, Bjørk J. Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J.* 2003;14(2):119–21.

19. Humburg J. Postpartum urinary retention-without clinical impact? *Ther Umschau.* 2008;65(11):681–5.

20. Dal Ü, Korucu AE, Eroğlu K, Karataş B, Yalçın A. Sacral region massage as an alternative to the urinary catheter used to prevent urinary retention after cesarean delivery. *Balkan Med J.* 2013;30(1):58–63.

21. Lauterbach R, Ferrer Sokolovski C, Rozenberg J, Weissman A. Acupuncture for the treatment of post-partum urinary retention. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;223(2018):35–8.

22. Ghoreishi J. Indwelling urinary catheters in cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet.* 2003;83(3):267–70.

23. Tambyah PA. Catheter-associated urinary tract infections: diagnosis and prophylaxis. *Int J Antimicrob Agents.* 2004;24(2004):44–8.

24. Berens P. Overview of the postpartum period: normal physiology and routine maternal care [Internet]. UptoDate. 2020 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>

25. Girault A, Deneux-Tharaux C, Sentilhes L, Maillard F, Goffinet F. Undiagnosed abnormal postpartum blood loss: Incidence and risk factors. *PLoS One.* 2018;13(1):e0190845.

26. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG committee opinion No. 742: Practice postpartum pain management. *Obstet Gynecol.* 2018;132(1):35–43.

27. East CE, Dorward EDF, Whale RE, Liu J. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006304.pub4/epdf/abstract>

28. Stella CL, Jodicke CD, How HY, Harkness UF, Sibai BM. Postpartum headache: is your work-up complete? *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):318.e1–318.e7.

29. Ziliacus H. Early ambulation following delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1952 Jan 1;31(1):25–38.

30. Van Stralen KJ, Terveer EM, Doggen CJM, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP. The tortuous history of the implementation of early ambulation after delivery. *J R Soc Med.* 2007;100(2):90–6.

31. Bates SM, Greer A, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy. *Chest*. 2012;141(2):e6915-e7365.
32. Royal College of Obstetrics and Gynaecology (RCOG). Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium pregnancy and the puerperium. Green-top Guideline No. 37a. 2015.
33. Dereli Yılmaz S, Vural G, Bodur S. The effect of serum physiological and rivanol on the process of recovery during episiotomy care. *Trak Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg.* 2010;27(2):172-7.
34. Tuna CR. Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşmesi sürecine etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. [Mersin]: Mersin Üniversitesi; 2013. 92 p.
35. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, Chang YJ. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstet Gynecol.* 2013;121(6):1327-34.
36. Habib AS, Ituk U. Enhanced recovery after cesarean delivery. *F1000Research.* 2018;7:1-11.
37. Huang H, Wang H, He M. Early oral feeding compared with delayed oral feeding after cesarean section: A meta-analysis. *J Matern Neonatal Med.* 2016;29(3):423-9.
38. Oliveira-Menegozzo JM, Bergamaschi DP, Middleton P, East CE. Vitamin A supplementation for postpartum women [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2010 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005944.pub2/full>
39. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for treating postpartum constipation [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010273.pub2/full>
40. Shirah BH, Shirah HA, Fallata AH, Alobidy SN, Hawsawi MM Al. Hemorrhoids during pregnancy: Sitz bath vs. ano-rectal cream: a comparative prospective study of two conservative treatment protocols. *Women and Birth.* 2018;31(4):e272-7.
41. Thomas KA, Spieker S. Sleep, depression, and fatigue in late postpartum. *MCN Am J Matern Nurs.* 2016;41(2):104-9.
42. Lee M, Choh AC, Demerath EW, Knutson KL, Duren DL, Sherwood RJ, et al. Sleep disturbance in relation to health-related quality of life in adults: The Fels Longitudinal Study. *J Nutr Heal Aging.* 2009;13(6):576-83.
43. Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;117(2):108-18.
44. Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg.* 2008;15(1):16-31.
45. Er Güneri S. Postpartum erken dönem kanıta dayalı uygulamalar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;4(3):482-96.
46. Kersting A, Wagner B. Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci.* 2012 Jun;14(2):187-94.
47. Şimşek Ç, Esencan TY. Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2017 Dec 13;48(4):183-9.
48. Dennis CL, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression [Internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013 [cited 2020 Nov 8]. Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001134.pub3/full>
49. Koç E, Oskay Ü. Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Derg.* 2015 Jul 1;2(1):15-26.
50. Leeman LM, Rogers RG. Sex after childbirth: Postpartum sexual function. *Obstetrics and Gynecology.* 2012; 119 (3): 647-655.
51. Yaman Sözbir Ş, Herek B, Ergüven Boğa M, Koçak G, Akbaş P. Postpartum ilk 48 saatte verilen aile planlaması eğitiminin yöntem seçimi ve kullanımına etkisinin değerlendirilmesi. *Gazi Sağlık Bilim Derg.* 2019 Jun 19;4(1):29-39.
52. World Health Organization (WHO). WHO handbook for guideline development, 2nd ed. [Internet]. World Health Organization (WHO). Geneva; 2014 [cited 2020 Nov 7]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>