

**CİNSEL SAĞLIK / ÜREME SAĞLIĞI**  
**NO: 2-B**

# **GÜVENLİ ANNELİK**

## **KATILIMCI KİTABI**

T.C.Sağlık Bakanlığı  
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması  
Genel Müdürlüğü

Ankara, 2009

## **Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı**

Güvenli Annelik

*Katılımcı Kitabı*

T.C.Sağlık Bakanlığı

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü

Ankara, 2009

ISBN 975-590-136-1

Her hakkı saklıdır. Kaynak göstererek alıntı yapılabilir.

Kitabın bir kısmının ya da tamamının çoğaltılması için Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğünden izin alınmalıdır.

---

Bu rehber Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) kapsamında gerçekleştirilmiştir.

Bu kitabın 3.000 adet 2009 yılı tıpkı basımı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi tarafından gerçekleştirilmiştir.

## Çalışma Ekibi

### Modül Hazırlama Ekibi Güvenli Annelik

Doç.Dr.Berna DİLBAZ  
TÜSP Kısa Dönem Ulusal Uzmanı

Lesley MILNE  
TÜSP Kısa Dönem Uluslararası Uzmanı

### Acil Obstetrik Bakım

Prof.Dr.Onur KARABACAK  
TÜSP Kısa Dönem Ulusal Uzmanı

Dr. Mohammed Abdel-Aziz MOSTAFA  
TÜSP Kısa Dönem Uluslararası Uzmanı

### Teknik Çalışma Ekibi

Yrd.Doç.Dr.Mete TANIR  
Doç.Dr.Kafiye EROĞLU  
Doç.Dr.İsmail DÖLEN  
Doç.Dr.Ferit SARAÇOĞLU  
Doç.Dr.Nuri DANIŞMAN

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir  
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu, Ankara  
SB Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları EA Hastanesi, Ankara  
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara  
Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Ankara

Op.Dr.Hale AKTÜN

Dr.Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Ankara

Dr.Kasım ÜNALAN

5 Nolu AÇSAP Merkezi, Ankara

Dr.Duygu BEDİZ

13 no'lu AÇSAP Merkezi, Ankara

Ebe Nuray ÇAYIR

Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi, Ankara

Ebe Süreyya AYDIN

Doğantepe Sağlık Ocağı, Ankara

Prof. Dr.Feride SÖYLEMEZ

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara

Prof.Dr.Anahit COŞKUN

TAP Vakfı, İstanbul

Dr.Rukiye GÜL

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

Sb.Md.Adviye TEMİZ TUGAY

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

### Sağlık Bakanlığı CS/ÜS Program Birimi

Dr. İbrahim AÇIKALIN  
Dr. Füsun ARTIRAN İĞDE

AÇSAP Genel Müdürlüğü, Kadın Sağlığı Daire Başkanı  
AÇSAP Genel Müdürlüğü, Şube Müdürü,  
TÜSP Güvenli Annelik Sonuç Sorumlusu

Tıbbi Tek.Eser AYCAN  
Hem.Hacer BOZTOK

AÇSAP Genel Müdürlüğü  
AÇSAP Genel Müdürlüğü

### Teknik Destek Ekibi

Dr. Doğan Güneş TOMRUK  
Prof. Dr. Ayşe AKIN  
Doç. Dr. Şevkat Bahar ÖZVARIŞ  
Dr.Ahmet AFŞAR

TÜSP Teknik Destek Ekibi Uzmanı  
TÜSP Modüller Arası Koordinasyon Kısa Dönem Ulusal Uzmanı  
TÜSP Modüller Arası Koordinasyon Kısa Dönem Ulusal Uzmanı  
TÜSP Hizmet İçi Eğitim Kapasitesini Güçlendirme Projesi  
Kısa Dönem Ulusal Uzmanı

### Gözden Geçirme Ekibi

Doç.Dr.Berna DİLBAZ  
Dr. Mohammed Abdel-Aziz  
MOSTAFA  
Dr. Ece ABAY  
Hem.Hacer BOZTOK

SB Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları EA Hastanesi,  
Ankara  
TÜSP Uluslararası Eğitim Danışmanı  
SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü  
TÜSP Güvenli Annelik Sonuç Sorumlusu  
SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

Dr. Ece ABAY

Dr.Sibel BİLGİN

Hem.Hacer BOZTOK

Ebe Filiz ASLANTEKİN

Dyt.Şeniz ILGAZ

Dr.Başak TEZEL

### **İkinci Gözden Geçirme Ekibi**

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

TÜSP Güvenli Annelik Sonuç Sorumlusu

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

SB.AÇSAP Genel Müdürlüğü

## İçindekiler

GÜVENLİ ANNELİĞE GİRİŞ .....	2
15-49 YAŞ KADIN İZLEMİ VE GEBELİK ÖNCESİ BAKIM .....	18
DOĞUM ÖNCESİ BAKIMDA ÖYKÜ ALMA, MUAYENE VE KAYIT ALTINA ALINMASI ...	23
GEBELİK YAKINMALARI VE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM DANIŞMANLIĞI .....	46
ANEMİNİN TANI VE YÖNETİMİ .....	61
DÜŞÜKLERİN YÖNETİMİ .....	65
DOĞUM EYLEMİNİN İZLEMİ VE DOĞUMUN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ .....	74
DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ VE DÖRDÜNCÜ EVRELERİ .....	86
DOĞUM İZLEMİNDE PARTOGRAF KULLANIMI .....	96
VAJİNAL MUAYENE .....	105
EPİZYOTOMİ VE PERİNE YIRTIKLARI .....	115
POSTPARTUM BAKIM VE YÖNETİM .....	120
EMZİRME İLE BEBEK BESLENMESİ .....	130
YENİ DOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ACİL DURUMLARIN YÖNETİMİ .....	141
POST PARTUM KANAMA YÖNETİMİ .....	152
ACİL OBSTETRİK BAKIMDA (AOB) SEVK .....	166
EYLEM PLANI .....	191



## KURSUN AMAÇLARI

Güvenli anneliğin anne ve bebek sağlığı açısından önemini benimseyen bir tutumla birinci basamak sağlık kuruluşlarında annenin ve bebeğin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bakımı ve normal durumları tanıma ve yönetimi, komplikasyonları tanıma, önleme ve yönetimi bilgi ve becerisi kazanmak.

### Öğrenim Hedefleri:

Bu kursun sonunda katılımcılar:

1. Güvenli annelik kavramı ve yaklaşımını tanımlayabilmeli
2. 15-49 yaş izlem ve gebelik öncesi danışmanlığın önemini açıklayabilmeli
3. Gebelik oluşumunu açıklayabilmeli
4. Öykü alma, gebelik muayenesi ve kayıt tutmanın önemini açıklayabilmeli ve uygulayabilmeli
5. Doğum öncesi bakım danışmanlığını yapabilmeli
6. Gebelikte sık karşılaşılan sorunları bilmeli ve yönetebilmeli
7. Anemi tanısını koyabilmeli ve yönetebilmeli
8. Düşük tanısı koyabilmeli ve yönetebilmeli
9. Normal doğum takibinin özelliklerini açıklayabilmeli ve takip yapabilmeli
10. Maket üzerinde normal doğum yaptırabilmeli
11. Gebelik izlemi ve doğum sırasında ve sonrasında vajinal muayene yapabilmeli
12. Partografla doğum takibi yapabilmeli
13. Doğumun üçüncü ve dördüncü evresinin yönetimini yapabilmeli
14. İlerlemeyen eylemin tanı ve yönetimini partograf kullanarak yapabilmeli
15. Epizyotomi ve perine yırtıklarının yönetimi konusunda yapılması gerekenleri açıklayabilmeli
16. Yeni doğanın değerlendirilmesi ve acil durumların yönetimini yapabilmeli
17. Postpartum dönem bakım ve yönetimini yapabilmeli
18. Emzirme ve bebek beslenmesinin önemini ve özelliklerini açıklayabilmeli
19. Postpartum kanama yönetimini yapabilmeli
20. Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde komplikasyonlar ve sevklerin yönetimini uygulamalı (AOB) dır.

## GÜVENLİ ANNELİĞE GİRİŞ

### AMAÇ:

'Güvenli Annelik' kavramı ve yaklaşımı hakkında bilgi kazanmak

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. "Güvenli Annelik" kavramını ve önemini açıklayabilmeli
2. Dünyada ve Türkiye'de anne ölüm nedenlerini sayabilmeli
3. Anne ölümünü, anne ölüm oranını ve hızını tanımlayabilmeli
4. Güvenli annelik kapsamında anne-bebek paketine giren anne ve bebeğe ilişkin temel hizmetleri sayabilmeli
5. Anne ölümüne neden olan 3 aşamalı gecikme modelini açıklayabilmelidir.

**Güvenli annelik;** anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımdır.

### Dünyada durum

Dünya Sağlık Örgütü 2000 yılı verilerine göre: Dünyada her dakika 380 kadın gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerin 190'ı istenmeyen gebeliklerdir. Her dakika 110 kadın gebelik ile ilgili bir komplikasyon yaşamakta, 40 kadın sağlıklı düşük yapmakta ve 1 kadın ise gebelik ve gebeliğe bağlı nedenlerle ölmektedir. Başka bir deyişle, anne ölümüyle ilgili her dört saatte bir gebe veya yeni doğum yapmış 250 kadının bulunduğu bir uçağın düşmesi ve hiç kimsenin kurtarılamamasına benzer bir tablo yaşanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1987'de güvenli annelik programını başlattı. Bu programın amacı 2000 yılında anne ve yeni doğan ölümlerini %50 azaltmak idi. (Bkz.Okuma Parçası-1)

Gelişmekte olan ülkelerde güvenli annelik programının yürütülmesine gereksinim vardır. Bunun nedenleri:

1. Anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.
2. Dünyada her yıl 500,000 den daha fazla sayıda anne gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle hayatını kaybetmektedir.
3. Her yıl dünyada yaklaşık 8 milyon bebek yaşamlarının ilk birkaç günü içerisinde ölmektedir.
4. Gebelik bir hastalık değildir, fizyolojik bir olaydır. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenir.
5. Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı vardır.
6. Her yıl 20 milyon gebelik güvenli olmayan şartlarda sonlandırılmakta ve buna bağlı olarak da 80,000 anne ölümü meydana gelmektedir.
7. Dünyada düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölümler anne ölümlerinin %10-50'sini (ortalama %13) oluşturmaktadır.
8. Gelişmekte olan ülkelerde en önde gelen anne ölüm nedeni kanamadır. Anne ölümlerinin %17-46'sı (ortalama %25) kanamaya bağlıdır.



9. Eklampsi görülme oranı tüm gebeliklerde %1'in altındadır. Buna karşılık eklampsi ve gebelikteki hipertansif komplikasyonlar anne ölüm nedenlerinin %12'sini oluşturmaktadır.
10. Amniyotik membran rüptürü veya eylem ile başlayıp postpartum 42.günde sonuçlanan süreçte görülen genital sistem enfeksiyonuna bağlı sepsis tüm dünyada gebeliklerin %8'inde ortaya çıkmakta, anne ölümlerinin %15'ine neden olmaktadır.
11. Gebelik komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenebilir ölümlerdir.
12. Güvenli annelik yaklaşımı mevcut sağlık sistemine maliyet veya iş yükü getirmemekte, tersine hizmetin daha organize ve daha az maliyetle yapılmasını sağlamaktadır.

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına göre;

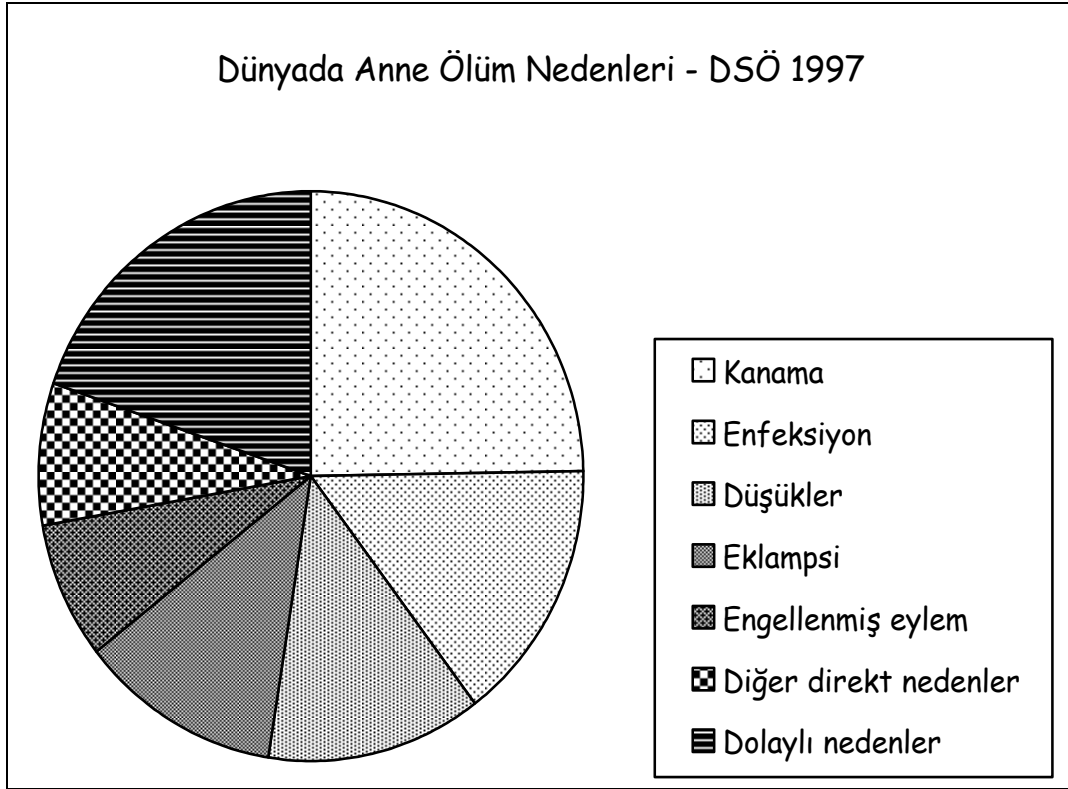
**Anne Ölümünün başlıca nedenleri:**

Ciddi kanama, enfeksiyon, toksemi, engellenmiş eylem ve sağlıklı olmayan koşullarda gerçekleşen düşüklerdir.

**Yenidoğan ölümlerinin başlıca nedenleri:**

Gebelik sırasında yetersiz doğum öncesi bakım, doğum sırasında yanlış uygulamalar, hipotermi, enfeksiyonlardır.

***Anne ve Yenidoğan Ölümlerin Büyük Çoğunluğu Önlenebilir Ölümlerdir !***



Dünyada anne ölümlerinin %25'i kanama, %15'i enfeksiyon, %13'ü düşük komplikasyonları, % 12'si eklampsi ve hipertansif bozukluklar, %8'i engellenmiş doğum eylemi, %8'i diğer

doğrudan obstetrik nedenler, %20'si ise dolaylı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. (WHO, 1997)

### **Türkiye'de Durum**

2003 yılı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, yıllık gebelik sayısı 1 780 000'dir. Bunların 1 378 000'i (%77.4) canlı doğumla, 23 000'i ölü doğum, 178.000'i kendiliğinden düşük ile sonuçlanmaktadır. Her 100 gebelikten 11'i ise (toplam 201 000) isteyerek düşük ile sonlanmaktadır.

- **Doğum öncesi bakım:** Hiç doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı 1998'de %31.5, 2003 yılında ise %18.6 olarak bulunmuştur. Doğum öncesi bakım alma oranı ve bakımın alındığı personel yönünden kentsel ve kırsal alan arasında belirgin farklar bulunmaktadır. Kırsal yerleşimlerde araştırma tarihinden önceki 5 yıl içerisinde yapılan son doğumların üçte birinde anne doğum öncesi bakım almamıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı ile annenin eğitim düzeyi arasında belirgin bir ilişki vardır, annenin eğitim düzeyi arttıkça doğum öncesi bakım alma oranı artmaktadır.
- **Doğumun gerçekleştiği yer:** Araştırma tarihinden önceki 5 yıl içerisinde gerçekleşen doğumlar incelediğinde doğumların beşte biri evde gerçekleşmektedir. Annenin eğitim düzeyi arttıkça sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı artmaktadır. Sağlık kuruluşunda doğum yapma oranı kentsel kesimde daha yüksektir. Doğum öncesi bakım alma oranı ve doğumun yapıldığı yer bakımından bölgesel farklılıklar mevcuttur. Doğumların yaklaşık yarısının evde gerçekleştiği doğu yöresi hariç tüm bölgelerde doğumların çoğunluğu sağlık kuruluşlarında yapılmaktadır.
- **Doğumu yaptıran kişi:** Tüm doğumların %9'u geleneksel ebeler tarafından gerçekleştirilmektedir.
- **Emzirme:** Doğumun ilk gününde emzirmeye başlanan çocuk oranı %84 olmasına rağmen, birinci ayda her 5 bebekten sadece 2'si anne sütü ile beslenmekte, ek gıdaya çok erken başlanmaktadır.
- **Yeni doğan ölümleri:** Bin canlı doğan bebekten 29'u bir yaşından önce ölmektedir ve her beş bebek ölümünden ikisi doğumdan sonraki ilk hafta içerisinde meydana gelmektedir.

Bütün bu sayılar doğum öncesi bakım alma, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, doğumların sağlıklı koşullarda gerçekleştirilmesi ve bebek ölümlerinin azaltılması açısından çalışmalar yapmamızın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

### **Türkiye'de Anne Ölümleri**

Türkiye'de anne ölümlerinin belirlenmesine yönelik çalışmalar oldukça yakın tarihlerde yapılmaya başlanmıştır. Anne ölümlerinin doğru tespit edilmesi için kayıtlar iyi tutulmalıdır. Ölüm nedeninin belirlenmesi için yeterince veri olmayan durumlarda sözel otopsi yapılmalı, hasta yakınlarından ve sağlık çalışanlarından ayrıntılı bir anamnez alınarak ölüm nedeni belirlenmeli ve kayıtlara geçirilmelidir. (Genelge Ek-1 Anne Ölüm Kayıt Bildirim Formu ve Genelge Ek-2 Doldurma Klavuzu)

1974-1975'te yapılan araştırmada Türkiye'de anne ölüm oranının (MMR) her yüz bin canlı doğumda 208 olduğu tahmin ediliyordu.

Daha sonra, Etimesgut ve Çubuk Eğitim Araştırma Bölgelerinde (Toplam nüfus > 300 bin), 1973-1983 yılları arasında 10 yılda meydana gelen Anne Ölümünü "sözel otopsi" yöntemi ile yapılan değerlendirilmesinde Anne Ölüm Hızı yüzbin canlı doğumda 119 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada gebelikte kanamanın %58 ile anne ölümlerini başlıca nedeni olduğu belirlenmiştir.

1986 yılında Türkiye'nin Kahramanmaraş ve Adıyaman illerinde Dünya Sağlık Örgütü, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Sağlık Bakanlığı işbirliğiyle yapılan araştırmada Anne Ölüm Hızının her yüzbin canlı doğumda Kahramanmaraş'ta 284; Adıyaman'da 91 olduğu ve başlıca ölüm nedeninin kanama olduğu belirlenmiştir. Aynı araştırmada bütün anne ölümlerinin %90'ının önüne geçilebileceği de tespit edilmiştir.

Türkiye İstatistik Kurumu 1989'da Kızkardeş (Sisterhood) Yöntemi kullanarak yaptığı araştırmada, Türkiye'de 1981 yılında anne ölüm hızının her yüz bin canlı doğumda 132 olduğu ortaya konulmuştur.

Seksenli yılların başından beri anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli gelişmeler olmuş; aile planlaması hizmetlerine öncelik verme, poliyo eradikasyonu, flor kullanımı, güvenli annelik ve bebek bakımı, "Bebek Dostu Hastane" programları uygulanmaya konmuş, tuzların iyodizasyonu ve rutin hizmet içi eğitimler başlatılmıştır.

Türkiye'nin 53 ilindeki 615 hastanede Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü, UNFPA ve Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı işbirliği ile 1997-1998 yılları arasında yapılan anne ölümü araştırması anne ölümlerinin kadın ölümlerinin %5'ini oluşturduğunu ve anne ölümlerinin her yüzbin canlı doğumda 49.2 olduğunu ortaya koymuştur. Bu araştırmada hizmet yokluğu ya da kullanılmamasının da anne ölümlerini etkileyen önemli faktörlerden olduğu belirlenmiştir. Bütün anne ölümlerinin %16.3'ü evde ya da nakil sırasında, hiçbir sağlık hizmetine ulaşmadan meydana gelmektedir.

Türkiye'de 1997 yılında yapılan bu araştırma sonucunda anne ölüm nedenleri incelendiğinde; her üç anne ölümünden birisinin gebelik ve doğum kanamalarına (%33.3), her beş ölümden birisinin (% 20.1) gebelik toksemisi ve komplikasyonlarına, % 13.8 inin ise enfeksiyonlara bağlı olarak meydana geldiği görülmektedir. Ayrıca, anne ölümlerinin % 14.5 i dolaylı obstetrik nedenlere bağlı olarak meydana gelmektedir. Bu bulgulara bakarak sağlık personelinin anne ölümlerini azaltmadaki rolünün ne kadar önemli olduğu anlaşılmaktadır.

2006 yılında Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında Ulusal Anne Ölüm Araştırması yapılmıştır. Bu araştırmanın sonucuna göre ülkemizin anne ölüm oranı her yüz bin canlı doğumda 28.5 olarak bulunmuştur. Araştırmanın en çarpıcı sonucu bölgeler arasındaki anne ölüm oranlarındaki büyük farklılıklardır.

Araştırma sonucuna göre Türkiye'de anne ölümleri nedenlerinin dağılımı şu şekildedir: Kanama (%24.9), Hipertansif bozukluklar (%18.9), Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar (%4.6), Dolaylı nedenler (%21.2), Diğer Doğrudan nedenler (%15.7).

Bütün ülke çapında anne ölümlerinin gerçek sayısının ortaya çıkması halinde sorunun boyutları daha iyi anlaşılacaktır. Anne ölümlerinin kayıt altına alınması ve bildirimini anne ölüm oranlarının ve nedenlerinin saptanması için büyük önem taşımaktadır. Sağlık Bakanlığının anne ölümlerinin bildirimini ile ilgili 23.9.2002 tarihli genelgesi (Ek-2) bu

bildirimlerin ne şekilde yapılacağını açıklamaktadır. (Genelge Ek-1 Anne Ölüm Kayıt Bildirim Formu)

Mevcut araştırmalar anne ölümlerini engellemeye dönük programlar arasında en etkin yaklaşımı temsil eden "Güvenli Annelik" programını uygulamanın gerekliliğine işaret etmektedir.

FIGO (Uluslararası Kadın Doğum Federasyonu) ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (2000) tanımına göre, anne ölümü;

**"... gebeliğin süresine bakılmaksızın, kadının, gebe iken ya da gebeliğin sona ermesini izleyen 42 gün içerisinde, kazadan kaynaklanmayan, gebelik veya gebeliğin yönetimiyle ilgili olan veya gebeliğin ağırlaştırdığı herhangi bir nedenle ölmesidir"** (DSÖ 2000 )

Anne ölümleri DOĞRUDAN ve DOLAYLI obstetrik ölümler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Doğrudan obstetrik ölüm annenin doğrudan gebelik, doğum eylemi, doğumun gerçekleşmesi sırasında veya doğum sonrası dönemde ortaya çıkan bir veya bir dizi komplikasyon sonucunda ölmesidir. Bu terim, düşükten veya dış gebelikten kaynaklanan komplikasyonları da içerir.

Türkiye'de de diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi doğrudan anne ölümünün 5 ana obstetrik nedeni vardır. Bunlar:

1. Kanama (gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası)
2. Enfeksiyon (sepsis)
3. Gebelikte hipertansif bozukluklar
4. Uterus rüptürü ile sonuçlanan engellenmiş eylem
5. Düşük komplikasyonları

Dolaylı obstetrik ölüm annenin., kendisinde mevcut olan ve gebelik veya doğumun ağırlaştırdığı bir sağlık sorunu/sorunları nedeniyle ölmesidir. Bunlara örnek olarak; sıtma, hepatit, anemi, HIV/AIDS, kalp hastalıkları vb. verilebilir.

Tarihsel süreçte kaza nedeni ile gerçekleşen anne ölümleri, anne ölüm istatistiklerinden çıkarılmıştır. Fakat pratikte kaza ve dolaylı nedenlere bağlı ölümler arasında ayırım yapmanın çok zor olduğu görülmüştür. Bu nedenle ICD 10 kapsamında "Gebeliğe bağlı ölümler" adı altında yeni bir sınıf oluşturulmuştur. Ölüm nedenine bakılmaksızın gebelikte veya doğum sonrası 42 gün içerisinde gerçekleşen anne ölümleri bu sınıf içerisinde yer almaktadır.

Gelişen tıbbi teknoloji insan hayatını uzatmakta ve ölümü geciktirmektedir. Bu gerçekten hareket ederek ICD 10 içerisinde geç anne ölümleri sınıflaması yapılmış ve şu şekilde tanımlanmıştır; "İster doğrudan ister dolaylı obstetrik nedenlerden dolayı olsun doğum sonrası 42. günün bitiminden birinci yılın sonuna kadar olan anne ölümleri".

Türkiye'deki anne ölümü tespit ve bildirimlerinde ICD 10 esas alınmaktadır.

#### **Anne ölüm oranı:**

Anne ölümleri ORAN olarak hesaplanır. Anne ölüm oranı; her yüzbin canlı doğuma karşılık anne ölüm sayısıdır.

Anne ölümlerinin engellenebilmesinin ön şartı, Güvenli Annelik programının bütün bileşenlerinin yani anne-bebek paketinin bütünü ile uygulanmasıdır.

### **Anne-bebek paketi:**

Anne-bebek paketi kısa sürede güvenli annelik programının başarılı olması için müdahale alanlarını tanımlamaya yarar. Bu paket doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığı için gerekli müdahaleler yapılarak, ölümcül olabilecek komplikasyonların ortadan kaldırılmasını amaçlar.

### **Güvenli Annelik Programı Kapsamındaki Anne Bebek Paketi Müdahale Alanları:**

#### **A. Doğum öncesi bakım hizmetleri:**

- Doğum öncesi sağlık hizmetlerinin kapsam ve niteliğinin arttırılması
- İstenmeyen ve planlanmayan gebeliklerin aile planlaması danışmanlığı ve uygulama hizmetlerinin arttırılması suretiyle engellenmesi
- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE), hepatit ve HIV enfeksiyonlarının engellenmesi ve tedavisi
- Doğumu izleyen ilk ayda görülebilecek maternal ve neonatal tetanozun engellenmesi için gebelikte tetanoz bağışıklamasının yapılması
- Mevcut hastalıkların tedavisinin planlanarak sürdürülmesi
- Kaliteli gebelik yaşanması için ilgili danışmanlık hizmetinin verilmesi
- Gebelik sırasında yeterli beslenmenin sağlanması.
- Demir ve folat ilavesi ile aneminin azaltılması
- Gebelikten kaynaklanan komplikasyonların tanınması, erken tanı ve tedavisi (pre-eklampsi/eklampsi, kanama, düşük, anemi)

#### **B. Doğum:**

- Temiz ve güvenli doğumun sağlanması
- Komplikasyonların tanınması, erken tespit edilmesi ve yönetilmesi (eklampsi, kanama, uzamış ve engellemiş doğum eylemi vb.)

#### **C. Doğum sonrası bakım hizmetinin verilmesi : Anne**

- Komplikasyonların tanınması, erken tespit edilmesi ve yönetilmesi (eklampsi, kanama, perine yırtıkları,sepsis vb.)
- Doğum sonrası sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ( emzirme ve meme bakımı, aile planlaması danışmanlığı ve uygulaması)
- CYBE, hepatit ve HIV enfeksiyonlarının önlenmesi ve yönetimi

#### **D. Doğum sonrası bakım hizmetinin verilmesi: Bebek**

- Gerekli hallerde resüsitasyon yapılması
- Hipoterminin önlenmesi ve yönetimi
- Emzirmenin teşvik edilmesi
- Yeni doğan enfeksiyonlarının önlenmesi ve yönetilmesi

Anne ölümlerinin nedenlerini daha geniş kapsamlı olarak dikkate aldığımız zaman, diğer başka faktörlerin de bu konuya nedensel katkılarda bulunduğu açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır.

Aşağıda kısaca tanımlanan üç aşamalı gecikme modeli, (Thaddeus & Maine 1994) birçok kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerdeki ölümlerinin nedenlerinin anlaşılması için iyi bir çerçeve oluşturmaktadır.

1. Aşama; gebe veya yeni doğum yapmış bir kadında gecikme, ailesinin komplikasyonu anlamaması ve yardım istememesi .
2. Aşama; komplikasyon için gerekli sağlık ve tedavi hizmeti almak üzere kadının uygun bir sağlık hizmeti veren merkeze gitmekte gecikmesi
3. Aşama; sağlık merkezine gidilmesinden sonra uygun sağlık ve tedavi hizmetlerinin alınmasında gecikme.

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınların sağlık hizmetlerinden etkin bir biçimde yararlanamaması ile ilgili 3 gecikme modelini örneklerle açacak olursak;

- Bazen sağlık kuruluşuna başvurmamak gebelerin kendi kararı değildir. Ailelerin yaşlı fertleri, eşler veya aile bireyleri doğum öncesi bakımın gereksiz olduğunu düşünmektedir.
- Gebede, sağlık hizmeti veren kuruluşların sundukları hizmet kalitesi ve hizmet sunum şekli ile ilgili olumsuz düşünceler, yanlış bilgiler veya güvensizlikler olabilir. Mahremiyetin az olması, muayene öncesi uzun süreler beklenmesi gibi faktörler gebenin sağlık kuruluşuna başvurmamasına neden olabilir.
- Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler için birçok sağlık hizmetinin kendilerine verilebileceğinin farkında olmayan, bu nedenle herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmeyen çok sayıda kadın bulunmaktadır.
- Bazı yörelerde ulaşım güçlükleri, kadınların bu hizmetlerden faydalanma olanaklarını ortadan kaldırmaktadır.
- Bazen bütün sağlık çalışanlarına karşı genel bir hoşnutsuzluk ve güvensizlik hissedilmektedir.
- Bazı kadınların ve ailelerinin maddi koşullarının sağlık hizmetlerini karşılayabilecek durumda olmamaları sağlık kuruluşlarına gitmemelerine yol açmaktadır.
- Çalışan bazı kadınların izin alamaması veya izin verilmemesi sağlık hizmeti alamamalarına neden olmaktadır.
- Bazı kadınlar gebelikteki tehlike işaretlerini bilmemekte veya fark etmemektedirler. Örneğin; hastalıkların ancak ileri aşamalarında sağlık kuruluşuna başvurmuşlardır.

## Okuma Parçası

### 1- Güvenli Annelik Girişiminin Ne Zaman ve Neden Başlatıldığına Dair Özet

1985'te Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bütün dünyada 500,000 anne ölümünün meydana geldiği, bunun %99'unun gelişmekte olan ülkelerde olduğu tahmininde bulundu. Bu rakamlar neredeyse günün her dakikasında bir annenin öldüğü anlamına gelmektedir! Diğer bir deyişle, bu tablo her dört saatte bir gebe ya da yeni doğum yapmış 250 kadının bulunduğu bir uçağın düşmesi ve hiç kimsenin kurtulamamasına benzemektedir.

1987'de Nairobi'de Birleşmiş Milletler kuruluşları, hükümetler, donör kuruluşlar ve Sivil Toplum Örgütlerinin katılımıyla yapılan uluslararası konferansta Güvenli Annelik Girişimi başlatılmıştır. Bu girişimde, gelişmekte olan ülkelerde anne hastalık ve ölüm oranlarının yüksek olduğu gerçeğine dikkat çekilmiştir.

Aynı şekilde, düzenlenen diğer konferanslarda da bu konuya yönelik bilinç arttırıcı girişimlerde bulunulmuştur. Bunlar arasında 1988'de Kadın Sağlığı Uluslararası Eylem Günü ve arkasından 1994'te Kahire'de yapılan Uluslar arası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) Eylem Programı, 1997'de Sri Lanka'da gerçekleşen Güvenli Annelik Teknik İstişare Toplantısı ve 1999'da New York'ta oluşan ICPD+ 5 değerlendirme süreci yer almaktadır.

1994 ICPD'de bütün hükümetler 1990'lı yılların anne ölüm oranlarını 2000 yılına kadar yarı yarıya azaltma ve 2015 yılına kadar bunu da yarıya indirme ve gebelik sırasında anemiyi ortadan kaldırma konusunda ortak karar aldılar.

Gelişmekte olan ülkelerde, 2000 yılında yaklaşık 548,000 kadının gebeliğe ilişkin nedenlerden ölmesi bekleniyordu; bu ölümlerin %75'inin de gebeliğe bağlı anne ölümleri nedenleri sıralamasında ilk sırada yer alan gebelikteki kanamalara bağlı komplikasyonlarla doğrudan bağlantılı olacağı tahmin ediliyordu DSÖ'nün 1987 yılında başlattığı güvenli annelik programının ana amacı ise 2000 yılına kadar anne ölümlerini %50 azaltmak idi.

## ***2- Diğer Anne Ölüm Nedenlerinin Analizi:***

### **Tıbbi olmayan Nedenler**

Anne ölümlerinin tıbbi nedenleri, çok boyutlu bir problemin sadece gözükken kısmını temsil etmektedir. Lojistik, sosyal, yönetsel ve çevresel bir çok faktör uygun sağlık hizmeti almayı engelleyerek anne ölümlerinin ortaya çıkmasına neden olabilmektedir.

### **Erişim**

Anne ölüm oranı birçok ülkede kırsal kesimlerde kentsel alana göre önemli derecede yüksektir. Acil bir durumda veya riskli bir doğum esnasında hastaneye erişim güçlüğü anne ölümüne neden olabilir. Araştırmalara göre gebelerin %10'unda komplikasyon görülmektedir. Hastaneye uzak bir bölgede yaşayan kadınların ölüm risklerinin yüksek olduğu bilinmektedir. Birçok yerde, sağlık kuruluşları şehirlere yoğunlaşmıştır.

### **Sağlık Hizmetlerinin Yetersizliği**

Gelişmekte olan ülkelerde, anne ölümleri, uygun tıbbi malzemelerin yetersizliği, iyi eğitilmiş sağlık personelinin olmaması, yanlış kan transfüzyonlarının yapılması ve komplikasyonlara ait semptomların anlaşılabilmesi gibi sağlık hizmetlerine bağlı faktörlerden dolayı artış göstermektedir.

### **Sosyo-Ekonomik ve Kültürel Koşullar**

Yoksulluk, eğitim eksikliği ve kız çocuklarının toplum içindeki düşük sosyal statüleri, anne ölümlerini arttıran diğer faktörlerdir. Eğitim düzeyi ve sosyal statüsü düşük olan kadınların genellikle kendi doğurganlığı hakkında söz söyleme hakkı bulunmamakta ve tek başlarına bir sağlık kuruluşuna dahi gitmeleri mümkün olamamaktadır

## ***3- Güvenli Annelik Hizmet Sunumunun Yansımaları***

Anne ölümlerinin önlenmesinde, eğitimsizlik, yoksulluk ve cinsiyet ayrımcılığı sorunlarıyla savaşılmaları büyük önem taşımaktadır. Bu faktörlerin kısa sürede değiştirilmesi mümkün değildir. Ama unutulmamalıdır ki, anne ölümlerinin azaltılmasında en önemli faktör, iyi kalitede bir doğum hizmetinin verilmesini, yüksek riskli gebeliklerin izlenmesini, acil durumların doğru olarak yönetilmesini, aile planlama hizmetlerinin sunulmasını ve yüksek

risk taşıyan gebeliklerin saptanarak izlenmesini sağlayacak etkin bir sağlık hizmeti sunumudur.

Güvenli annelik girişimiyle, kanama, septisemi, preeklampsi/eklampsi, engellenmiş doğum eylemi ve düşüklerden kaynaklanan anne ölümleri, %55 ila %80 oranlarında azaltılabilmektedir. Asfeksi, diyare, tetanoz, pnömoni,septisemi,ve doğum esnasında travma gibi nedenlerden ötürü ortaya çıkan yeni doğan ölüm oranları, anne-bebek paketinin uygulanması ile %40 ila %80 oranlarında önlenebilmektedir (Tablo-1).

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi doğrudan gebeliğe bağlı anne ölüm nedeni değildir ?
  - a. Septik abortus
  - b. Puerperal sepsis
  - c. Kalp yetmezliği
  - d. Uterus rüptürü
2. Aşağıdakilerden hangisi güvenli annelik kapsamındaki faaliyetlerden değildir?
  - a. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi
  - b. Yeterli doğum öncesi bakım verilmesi
  - c. Kadının çalışmasının teşvik edilmesi
  - d. Emzirmenin teşvik edilmesi



Tablo-1 Güvenli annelik programının anne ve yeni doğan ölüm oranları üzerine etkisinin dağılımı

<b>ANNE ÖLÜMLERİ</b>			
	<b>Beklenen ölümler</b>	<b>Önlenen ölümler</b>	
<b>Nedenler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Kanama	127 000	70 000	55.0
Septisemi	76 000	57 000	75.0
Preeklampsi / Eklampsi	64 000	42 000	65.0
Engellenmiş doğum eylemi	38 000	30 000	80.0
Düşük	67 000	50 000	75.0
Diğer doğrudan nedenler	39 000	-	-
Dolaylı obstetrik nedenler	100 000	20 000	20.0
<b>Toplam</b>	<b>510 000</b>	<b>269 000</b>	
<b>YENİ DOĞAN ÖLÜMLERİ</b>			
	<b>Beklenen ölümler</b>	<b>Önlenen ölümler</b>	
<b>Nedenler</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Asfiksi	840 000	340-500 000	40.0-60.0
Diyare	60 000	24-36 000	40.0-60.0
Tetanos	560 000	450 000	80.0
Pnömoni	755 000	300 000	40.0
Septisemi ve menenjit	290 000	110-170 000	40.0-60.0
Doğum travması	420 000	170-250 000	40.0-60.0
Kalıtsal bozukluklar	440 000	-	-
Prematüre	410 000	-	-
Diğerleri	205 000	-	-
<b>Toplam</b>	<b>3 980 000</b>	<b>1394-1706 000</b>	
Referans: WHO, (1997) Anne Sağlığı ve Güvenli Annelik Programları tahminleri.			

## **EK-2 Anne Ölümlerinin Bildirimi İle İlgili Genelge**

### **SAĞLIK BAKANLIĞI**

**Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması**

**Genel Müdürlüğü**

**ANKARA**

Sayı : Bİ00AÇSO120000

Konu : Ana Ölümü Kayıt Bildirim Formu Hk.

23 Eylül 2002

.....  
**GENELGE**

2002/ 99

Ülkemizde ana çocuk sağlığına yönelik rutin hizmetlerin yanı sıra, ihtiyaç doğrultusunda özel sağlık programları geliştirilip uygulanmaktadır. Bu kapsamda rutin hizmetlerin güçlendirilmesi, halkın bilgilendirilmesi amacıyla Bakanlığımızca "Anne ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi" başlatılmıştır. Bu projenin alt stratejilerinden ve izleme göstergelerinden birisi anne ölümlerinin sayısı ve nedenlerinin belirlenmesidir. Bu amaçla Anne Ölüm Nedenlerinin Belirlenmesi Araştırması'nda kullanılan form yeniden düzenlenerek "Ana Ölümü Kayıt-Bildirim Formu" geliştirilmiştir.

Tüm sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ana sağlığı hizmetlerinin takibinde de zamanında, doğru ve tam veri girişi zorunludur. Söz konusu Ana Ölümü Kayıt-Bildirim formu, aylık olarak ilinizdeki tüm Sağlık Ocağı, AÇSAP Merkezleri ve Hastanelerden (Devlet, Özel, Üniversite vb.) toplanacaktır. Her anne ölümü için ayrı form doldurulacak, ölüm bildiren formların bir kopyası Sağlık Müdürlüğünde muhafaza edilecek, bir kopyası Bakanlığımıza gönderilecektir. Belirtilen sağlık kuruluşlarında o ay anne ölümü tespit edilmemesi durumunda, "sıfır vaka bildiriminde" bulunulacak ve anne ölümü görülmediğine ilişkin Sağlık Müdürlüğüne yazı gönderilecektir. İlinizde bir ay boyunca anne ölümü tespit edilmediği zaman, o ay ilinizde anne ölümü tespit edilmediği yazı ile Bakanlığımız Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüne bildirilecektir.

1 Kasım 2002 tarihinden itibaren ek 1'de örneği bulunan Formun, ek 2'deki Doldurma Klavuzuna uygun biçimde doldurularak yukarıda belirtilen kuruluşlardan her ayın sonunda toplanması, anne ölümü bildiren her bir formun bir kopyasının, takip eden ayın 20'sine kadar Bakanlığımız Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğüne gönderilmesi hususunda ilgililere emirlerinizi ve ilinizdeki uygulamaların hassasiyetle takip edilmesini önemle rica ederim.

EK 1 : Ana Ölümü kayıt-Bildirim Formu

EK 2 : Form doldurma klavuzu

**SAĞLIK BAKANI**

**Not:** 2002/99 sayılı Genelge yerine bugün yürürlükte olan 2007/27 sayılı Genelgedir.

## GENELGE EK:1

## ANA ÖLÜMÜ KAYIT-BİLDİRİM FORMU

Formu Gönderen	İL:	İLÇE:
KURULUŞ		TARİH:
<b>Ölen Annenin Kimliği Adresi:</b>		
Adı Soyadı:		
Baba Adı:	Ana Adı:	
Doğum Tarihi:	/ / 19.. (.....Yaş)	Ölümün Olduğu Tarih (ay/gün/yıl)
Medeni Durumu	Hiç Evlenmemiş <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Ayrı <input type="checkbox"/>	
İkamet Adresi:	Cadde/Sokak Mahalle/Köy: İlçe / İL.....Kent <input type="checkbox"/> Kır: <input type="checkbox"/>	Kapı No: : Ölümün Olduğu Yer: Evide: <input type="checkbox"/> Yolda: <input type="checkbox"/> Hastanede: <input type="checkbox"/> Diğer.....
<b>OBSTETRİK HİKAYESİ</b>		
Toplam Canlı Doğum:	Toplam Düşük:	Toplam Gebelik:
Toplam Ölü Doğum :	Toplam Ölen Çocuk:	Yaşayan Çocuk:
Ölüm olduğunda	Hamile idi <input type="checkbox"/>	Düşük ve Düşük sonrası 42 gün <input type="checkbox"/>
		Doğum/Doğum sonrası 42 gün içinde <input type="checkbox"/>

Bu son gebeliği süresince, **sistemik hastalığı** var mıydı? Hayır  Evet

Hipertansiyon		Kalp hastalığı.		Solunum Sistemi Hast.	
Diyabet		Anemi		Tbc.	
Diğer: (1).....					

Bu son gebeliğinde, doğumunda, doğum sonrasında komplikasyon gelişti mi?

Kanama <input type="checkbox"/>	Hidramnios <input type="checkbox"/>	Enfeksiyon <input type="checkbox"/>
Plasenta dekolmanı <input type="checkbox"/>	Baş pevis uyuşmazlığı <input type="checkbox"/>	Emboli <input type="checkbox"/>
Plasenta previya <input type="checkbox"/>	Uterus Rüptürü /atonisi <input type="checkbox"/>	Anestezi Komp. <input type="checkbox"/>
Pre eklamsi-eklamsi <input type="checkbox"/>	Diğer:.....	
Formu Dolduran Kişi (Adi Soyadı):		
Kurumu / Görevi: :.....:		
Kaşe ve imza:		

## GENELGE EK: 2

### ANA ÖLÜMÜ KAYIT-BİLDİRİM FORMU DOLDURMA KILAVUZU

#### Giriş ve Tanımlar

Ana ölümü "gebeliğin başlangıcından doğumdan sonraki 42. Güne kadar geçen süre içinde gebelik süresi ve durumuna bakılmaksızın, doğrudan gebelikle ilgili ya da gebeliğin şiddetlendirdiği dolaylı nedenler sonucu ortaya çıkan ölümler" olarak tanımlanmaktadır.

15-49 yaş arasında olan kadınlar yukarıdaki tanıma göre değerlendirilip Ana Ölümü Bildirim Formu doldurulacaktır.

Ana ölüm **oranı**, bir yıl içerisinde yukarıda verilen tanıma giren kadın ölümlerinin, o yıl gerçekleşen canlı doğum sayısına bölünmesi ile bulunur. Yüz bin canlı doğumdaki ölüm sayısı ile belirlenir.

$$\text{Ana ölüm oranı} = \frac{\text{bir yıl içerisindeki ana ölümleri}}{\text{bir yıl içerisindeki canlı doğum sayısı}} \times 100.000$$

Aşağıda ana ölümü sayısını ve nedenlerini belirlemeye yönelik hazırlanmış formun nasıl doldurulacağına ilişkin bilgiler bulunmaktadır.

Form hekim denetiminde doldurulacaktır.

Ölen anne ile ilgili bilgiler sağlık ocağı, doğumevi, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel sağlık kuruluşu kayıtlarından yararlanılarak ya da ölen annenin yakınlarından elde edilecek bilgilerle doldurulacaktır.

#### Formun Doldurulması

İlk üç soru formu düzenleyen kuruluşa yöneliktir.

**Formu Gönderen:** Bu kısma ölümü tespit eden kuruluşun bulunduğu il, ilçe ve formu dolduran kuruluşun adı yazılacaktır. Tarih kısmına formun doldurulduğu gün, ay, yıl yazılacaktır

Form hastane, sağlık ocağı ve AÇSAP merkezleri tarafından doldurulacaktır.

Sağlık evi ve bağlı köylerde meydana gelen ana ölüm vakaları için form bağlı olunan sağlık ocağı tarafından doldurulacaktır.

#### Ölen Annenin Kimliği:

Adı soyadı :

Baba adı :

Ana adı :

Yukarıdaki bilgileri resmi kimlik belgesinden (nüfus cüzdanı, ehliyet gibi) tam olarak yazınız. Ön isimler var ise bunları da mutlaka belirtiniz.

Doğum tarihini ay gün yıl olarak belirtiniz. Bu bilgiye ulaşamıyorsanız belirtilen yaş ..... **Yaş** bölümüne yazınız. Eğer ölen kadınla ilgili bilgiler hasta dosyasından alınmışsa ve dosyaya doğum tarihi yazılmamışsa ilgili alana "dosyada bilgi yok" yazılacaktır. Yaşa göre doğum tarihi hesaplanmayacaktır.

**Ölümün olduğu tarih:** Ay, gün, yıl olarak yazılacak.

**Medeni durum:** Ölen anneye uygun düşen kutuya "X" işareti konacak. (Tek seçenek işaretlenecektir.)

**İkamet Adresi:** Ölen annenin daimi ikamet ettiği adres açık ve kısaltma yapılmadan okunaklı olarak yazılacaktır. İlçe ve il belirtildikten sonra belediyesi olan ve nüfusu 10.000'in üzerindeki yerleşim yerleri kent olarak diğerleri kır olarak işaretlenecektir.

**Ölümün olduğu yer:** Ölüm olayının gerçekleştiği yer ile ilgili kutucuğa "X" işareti konacaktır. Eğer ölüm belirtilen yerlerin dışında gerçekleşmiş ise açık olarak **Diğer**..... bölümüne yazılacaktır.

### **OBSTETRİK HİKAYESİ**

Ölen anneye ait bilgiler dosyadan, sağlık kuruluşu kayıtlarından ya da yakınlarından elde edilecektir.

**Toplam Canlı Doğum:** Ölen annenin yaptığı canlı doğumların sayısı rakamla yazılacaktır. Eğer canlı doğum yapmamış ise bu bölüme "yok" yazılacaktır.

#### **Tanım:**

Canlı doğum: *Bebek doğduğunda yaşam belirtileri gösteriyorsa, bebeğin nefes alıp vermesi, ağlaması, kol ve bacaklarında hareket olması, göbekte pulsasyon olması, cilt renginin pembe olması, kol ve bacakların fleksiyonda olması gibi belirtilerin en az birisi bulunuyorsa buna canlı doğum denir.*

**Toplam Ölü Doğum:** Ölen annenin yaptığı ölü doğumların miktarı rakamla yazılacak. Eğer ölü doğum yapmamış ise bu bölüme "yok" yazılacaktır.

#### **Tanım:**

Ölü doğum: *Gebeliğin 22. Haftası ve sonrasında fetüsün hiçbir canlılık, yaşam belirtisi göstermeden doğmasıdır.*

**Toplam Düşük:** Ölen annenin düşük, kürtaj vb. biçimde sonlanan gebeliklerinin sayısı rakam ile yazılacaktır. Eğer düşük yapmamış ise bu bölüme "yok" yazılacaktır.

#### **Tanım:**

Düşük: 22. Haftadan önceki isteyerek ya da kendiliğinden gebelik sonlanmasıdır.

**Toplam Ölen Çocuk:** Ölen annenin canlı doğup (varsa) ölen çocuklarının sayısı rakam ile yazılacaktır. Eğer ölen çocuğu bulunmamakta ise "yok" yazılacaktır.

**Toplam Gebelik:** Ölen annenin canlı, ölü doğum, düşük ile sonlanan toplam gebelik sayısı rakamla yazılacaktır. Ölüm anında bulunan gebelik varsa o da sayılacaktır.

**Yaşayan Çocuk:** Ölen annenin yaşayan çocuklarının sayısı rakamla yazılacaktır. Eğer yaşayan çocuğu bulunmamakta ise "yok" yazılacaktır.

Ölüm olduğu sırada eğer ölen anne hamile, düşük ve düşük sonrası 42 gün içerisinde ölmüş ya da doğum/doğum sonrası 42 gün içinde ölmüş ise en uygun seçeneğin olduğu kutucuğa "X" işareti konacaktır.

Ölen kadının son gebeliğinde, sistemik bir hastalığı var ise evet kutusuna "X" işareti konacaktır. Yok ise "Hayır" kutusuna "X" işareti konacaktır.

Sistemik hastalığı var mıydı sorusuna evet yanıtı verildiğinde, Hipertansiyon, Kalp hastalığı, Solunum sistemi hastalığı, Diyabet, Anemi, Tbc.'den biri var ise ilgili yerin karşısındaki kutuya "X" işareti konacaktır. Bunların dışında bir hastalık var ise "Diğer :....." bölümüne yazılacak. Birden çok sistemik hastalık var ise olan hastalıkların hepsi işaretlenecek ya da yazılacaktır.

Ölen kadının son gebeliğinde, doğumda, doğum sonrasında komplikasyon gelişti ise evet kutusuna "X" işareti konacaktır. Yok ise "Hayır" kutusuna "X" işareti konacaktır.

Evet kutusu işaretlenmiş ise formda yer alan komplikasyonlar tek tek araştırılacak, komplikasyon var ise karşısındaki kutucuğa "X" işareti konacak yok ise kutu boş bırakılarak bir alt satıra geçilecektir. Birden fazla kutu işaretlenebilir. Kutularda olmayan bir komplikasyon "Diğer:" kısmına yazılacaktır.

**Annenin son ölüm nedeni:** Tespit edilen ölüm nedeni için uygun seçenek işaretlenecektir. Listede yazılanların dışında bir neden belirlenmiş ise "Diğer:....." kısmına açık olarak yazılacaktır. Eğer annenin ölüm nedeni belirlenemedi ise "**Annenin ölüm nedeni:**" kısmının karşısına "**Belirlenemedi**" yazılacaktır.

Formu dolduran hekimin adı soyadı okunaklı biçimde yazılacaktır.

Kurumu/görevi kısmına çalıştığı kurum ve görevi yazılacaktır.

Kaşe ve imza: Formu dolduran kişinin kaşesi bu kısma basılacak, imzası bu kısma atılacaktır.

#### **KAYNAKLAR:**

1. Güvenli Annelik Programı: Güvenli Annelik Uygulamaları, Çeşitli Düzeylerde Yapılması Gerekenler. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü- UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
2. Aile Sağlığı Programı Eğitici Dosyası: Kadın Sağlığı ve Güvenli Annelik. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması GTZ Alman Teknik İşbirliği Kurumu Aile Sağlığı Hizmetlerini Geliştirme Projesi -Ankara 1998.
3. 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara , 2004.
4. Tuncer RA, Erkaya S, Sipahi T, Kutlar I. Maternal mortality in a maternity hospital in Turkey. Acta Obstet Gynecol Scand 1995 74(8) 604-606.
5. Akın A, Doğan GB, Mihçioğur S. "Türkiye'de Hastane Kayıtlarından Anne Ölümleri ve Nedenleri Araştırması" Raporu. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara 2000.
6. Mihçioğur S, Akın A. Dünyada ve Türkiye'de Anne Ölümleri. Ed.Akın A "Kadın Sağlığı" Sağlık ve Toplum, Sağlık Sosyal Yardım Vakfı Yayını 8, 3-4, 1998 Ankara.
7. Akın A, Bayar N. Güvenli Annelik. Ed.Akın A "Kadın Sağlığı" Sağlık ve Toplum, Sağlık Sosyal Yardım Vakfı Yayını 8, 33-36, 1998 Ankara.

8. Biliker MA. "Güvenli Annelik" Kadın Sağlığı Özel Sayısı-Aktüel Tıp Dergisi. Ed.Akın A. Cilt 6:1, sayfa:37-41, İstanbul 2001.
9. Akın A, Biliker MA, Doğan GB, Mihçioğur S. "Türkiye'de Anne Ölümleri ve Nedenleri" Kadın Sağlığı Özel Sayısı-Aktüel Tıp Dergisi. Ed.Akın A. Cilt 6:1, sayfa: 24\*29, İstanbul 2001
10. What Works: A Policy and Programme Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood, and STI/HIV/AIDS Interventions. Module 1 Safe Motherhood. J Gay, K Hardee, N Judice, K Agarwal, K Fleming, A Hairstone, B Walker, M Wood. Policy Project January 2003.
11. Berer M (1988) (Ed) Maternal Mortality: A Call to Women for Action International Day of Action for Women's Health 28 May 1988 Amsterdam and Santiago WGNRR/LACWHN.
12. Maine D (1991) Safe Motherhood Programmes: Options and Issues Centre for Population and Family Health School of Public Health faculty of Medicine Columbia University New York.
13. Starrs A (1987) Preventing the tragedy of maternal deaths. A report on the International Safe Motherhood Conference Nairobi, Kenya February 1987 World Bank/WHO/UNFPA.
14. Starrs A (1997) The Safe Motherhood Action Agenda: Priorities for the Next Decade. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997 Colombo Sri Lanka Mew York.
15. Thaddeus S and Maine D (1994) Too far to walk: Maternal mortality in context Social Science and Medicine 38 1091-1110.
16. Visschedijk J and Simeant S (1998) Targets for health for all in the 21st Century World Health Statistics Quarterly 51 56-67.
17. WHO (1977) Definitions and Recommendations in Manual of the International Statistical classification of Diseases, Injuries and Causes of Death Vol 1 pp763-764 Geneva.
18. Biliker MA. Maternal Mortality in Turkey. J Perinat Med 2003 31(5): 380-385.
19. Akın A, Köseli A. Improvements in mother-child health indicators in Turkey. Turk J Pediatr 1997 3 9(2): 227-238.
20. Tezcan S, Guciz Doğan B. The extent and causes of mortality among reproductive age women in three districts of Turkey. Nufusbil Derg 1990 12:31-39.
21. Akın A, Koseli A. Improvements in mother-child health indicators in Turkey. Turk J Pediatr 1997 39(2): 227-238.
22. Mother-Baby Package Costing Spreadsheet. Reproductive Health Research World Health Organization WHO/FCH/RHR/99.17, 1999.
23. Maternal Health and Safe motherhood Programme: Verbal Autopsies for Maternal Deaths. Report of a WHO workshop, London 10-13 January 1994.
24. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA

## 15-49 YAŞ İZLEMİ VE GEBELİK ÖNCESİ BAKIM

### AMAÇ:

15-49 yaş kadın izlemi ve gebelik öncesi bakım konusunda bilgi ve danışmanlık becerisi kazanmak

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. 15-49 yaş kadın izleminin önemini açıklayabilmeli
2. 15-49 yaş kadın izlem takvimini anlatabilmeli
3. Gebelik oluşumunu açıklayabilmeli
4. Gebelik öncesi bakımın önemini açıklayabilmeli

## 15-49 YAŞ İZLEMİ

Tüm üreme çağındaki kadınların cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili konularda bilgilendirilerek mortalite ve morbiditeye yol açabilen sağlık sorunlarından basit ve kendi kendilerine yapabilecekleri muayene ve tedbirlerle korunmaları mümkündür. Kadınların güvenli bir cinsel yaşam sürebilmeleri, üreme sağlığı ile ilgili konularda bazı yanlışlıklar ve hurafelerden kaçınarak doğru bilgilere ulaşabilmeleri düzenli olarak yapılan 15-49 yaş izlemleri sırasında mümkün olmaktadır. Bu ziyaretler sırasında sağlık personeli, kadının anlayacağı bir dille üreme haklarına saygı içinde sorularını yanıtlamalı ve bazı konularda bilgilendirme ile uygulamaları göstermelidir.

### 15-49 yaş döneminde risk oluşturabilecek dört konu vardır:

1. **Pap Smear:** Üreme çağındaki kadınlar için önemli risklerden birisi servikal kansere yol açan Human Papilloma Virüsüdür. Gelişmiş ülkelerde Papanicolaou tetkiki ile servikal kanser görülme insidansında çarpıcı bir azalma görülmüştür. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 1999 verilerine göre servikal kanserler en sık görülen jinekolojik kanser türüdür. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları, kendi uygulamaları sırasında kadınlara, test yaptırmaları konusunda etkili danışmanlık hizmetleri sunabilecekleri göz önüne alındığında, servikal kansere bağlı kaçınılabılır ölümlerin ortadan kaldırılmasında önemli bir konuma sahiptirler. Pap smear yalnızca hastanelerde yapılabilecek bir tarama testi değildir. Uygun bir yapılanma ve alınan smear'lerin gönderilebileceği, kullanılabilir bir sevk sistemi (patolojik-sitolojik inceleme olanağı) olduğunda tüm birinci basamak sağlık kurumlarında da bu test yapılabilir.

Başlıca serviks kanserine yol açan risk faktörleri şunlardır:

- o Çok sayıda cinsel eş,
- o Yüksek riskli erkek eş (örneğin; daha önceki cinsel eşlerinde servikste kanseröz ya da prekanseröz oluşumlar olması),
- o Human Papilloma Virus (HPV)
- o Küçük yaşta evlilik ve gebelik.
- o Ergenlik çağında başlayan cinsel ilişki.
- o Sigara alışkanlığı.
- o İmmüsupresyon (örneğin HIV).



- Herpes Simpleks Virus 2 (HSV2)
- Son 5 yıl içinde Pap sürüntüsü taramasında orta derecede displazi.
- İlk menarştan sonraki bir yıl içinde cinsel ilişki.
- Önceden hiç tarama yapılmamış olması
- Düşük sosyoekonomik durum.
- Irk (örneğin siyah ırk).
- Gebeliği önleyici hap kullanımı

**2. Meme Muayenesi:** 1999 yılı Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre meme kanseri kadınlarda görülen en sık kanser türüdür. 15-49 yaş izlemi içinde meme muayenesinin sağlık personeli tarafından yapılması ve kadına öğretilerek kendi kendine meme muayenesi yapması sağlanmalıdır. Meme muayenesi sırasında;

- Memede veya aksiler bölgede iki haftadan uzun süre ele gelen sertlik veya kitle,
- Meme derisinde kalınlaşma, şişme, renk değişikliği,
- Meme başında kalınlaşma, kızarıklık veya yara olması,
- Memede veya meme başında içeri doğru çekinti olması,
- Memenin şeklinde değişiklik,
- Meme başlarının pozisyonlarında değişiklik,
- Meme başında ortaya çıkan akıntı olması

durumlarında en yakın sağlık kuruluşuna başvurması konusunda bilgilendirilmelidir.

Meme kanseri için risk faktörleri şunlardır:

- İleri yaş
- Kişisel meme kanseri hikayesi
- Ailede meme kanseri hikayesi
- Daha önce memede oluşan kistik veya fibroadenom nedeni ile meme biopsisi alınmış olması
- Uzun fertil çağ süresi
- Hiç doğurmamış veya emzirmemiş olmak
- Sosyoekonomik seviyenin yüksekliği
- Östrojen hormon tedavisi alanlar
- Doğum kontrol hapi kullanımı
- Alkol kullanılması
- Sigara
- Obezite ve yağlı beslenme

40 yaş üstü kadınların senede bir kez meme ultrasonu ve mamografi çektirmesi önerilir. Ancak ülkemiz koşullarında, bu uygulamanın, ideal olmakla birlikte, yaygın olarak kullanılmadığı bilinmektedir. Kısa ve orta vadede kendi kendine meme muayanesinin tüm kadınlara öğretilmesi kritik önem taşımaktadır.

**3. Aile Planlaması :** Bkz.Aile Planlaması Modülü

**4. Menopoz :** Özellikle 45 yaş civarındaki kadınlara menopozun belirtileri hakkında doğru ve güvenilir bilgiler verilmelidir. Hormonal değişikliklere bağlı olarak görülme riski artan hastalıklar konusunda bilgilendirilerek düzenli olarak bir üst basamak

sağlık kuruluşuna giderek gerekli tetkikleri yaptırmaları ve tedavilerini almaları konusunda cesaretlendirilmelidirler.

## GEBELİK OLUŞUMU

Kadınlarda hipofiz bezinden salgılanan Folikül Stimulan Hormon (FSH) ve Luteinizan Hormon (LH) yumurtalıkları aktive ederek kadınlık hormonları dediğimiz östrojen ve progesteronun salınımını kontrol eder. Bu iki hormonun kadın üreme fizyolojisinde değişik etki ve fonksiyonları vardır.

- **Östrojen:** Foliküllerden salgılanır.
  1. Dış genital organları geliştirir.
  2. Rahim iç tabakasını kalınlaştırır.
  3. Vajinal asiditeyi sağlar.
  4. Servikal akıntıyı sağlar.
- **Progesteron:** Corpus luteumdan gebelikte ise plasentadan salgılanır.
  1. Rahim iç duvarını inceltir.
  2. Servikal akıntıyı kalınlaştırır.
  3. Vücut ısısında artış yapar.
  4. Östrojene duyarlılığı artırır.

**Ovulasyon:** Adet kanamasının ilk günü yeni bir adet döngüsünün başlangıcıdır. Bu aşamada beyindeki **hipotalamus** adlı bölgeden salgılanan **GnRH** adı verilen hormon, **hipofiz** adı verilen salgı bezinden **folikül uyarıcı hormon (FSH)** salgısını başlatır. FSH etkisiyle yumurtalıklardan birinde, yeni bir yumurta hücresi **folikül** adı verilen bir kesecik içinde olgunlaşmaya başlar. Bu olgunlaşma süreci tamamlandığında, olgun folikül içinde üretilen yüksek miktarlarda **östrojen** hormonu etkisiyle bir yandan **rahim iç tabakası** gelişmeye başlar, öte yandan hipofiz bezinden **LH** adı verilen başka bir hormon salgılanır. LH, yumurta hücresini barındıran folikülü "çatlatır" ve yumurta hücresini serbest bırakır. Yumurta hücresinin serbest kalmasına **yumurtlama (ovulasyon)** adı verilir.

**Adet döngüsü:** Folikül çatladıktan sonra "çatlama bölgesinde" **Sarı Cisim** (lat: Corpus Luteum) adı verilen bir yapı oluşur ve bu yapı **progesteron hormonu** üretmeye başlar.

Sarı Cisim gebelik oluştuğunda bebeğe hormon desteği vermek üzere yaklaşık 10. gebelik haftasına kadar progesteron hormonu salgılamaya devam eder. 10. haftadan itibaren bebek kendi progesteron hormonunu kendisi üretebilecek hale gelir ve görevi devralır.

Gebelik oluşmazsa Sarı Cismin işlevi 14 günde biter ve sarı cisim geriler. Sarı Cismin hormon salgısının durmasıyla kanda progesteron hormonu seviyesi kısa sürede düşer ve bu rahim iç tabakasının desteğini kaybederek "yıkılmasına" neden olur. Bu "yıkılma" adet kanamasıyla birlikte olur ve "yıkılan" doku kanamayla birlikte vücuttan atılır. Adet kanamasıyla birlikte yeni bir adet döngüsü başlar. Yumurtalık dokusunda adet döngüsünün ilk yarısında östrojen hormonu hakimiyetinde gerçekleşen folikül olgunlaşması foliküler evre, ikinci yarısında Sarı Cisim (Corpus Luteum) tarafından salgılanan progesteron hormonu hakimiyetinde gerçekleşen evre luteal evre adını alır.

**Fertilizasyon:** Dişi yumurtanın bir erkek sperm hücresi ile Fallop tüplerinde birleşmesiyle oluşur. Anne, babadan gelen 23'er kromozomun oluşturduğu toplam 46 kromozom ve cinsiyet kromozomlarını içerir. Döllenen yumurta tüplerden rahme doğru inmeye başlar ve ön veya arka duvara yapışır. Bu arada bölünür.(2-4-6-8..)(Morula). Morula rahim içine yerleşir. Hücreler tek sıra olur, ortada bir boşluk oluşur (Blastula). Hücreler 2. sırayı yapar (Gastrula). Dıştaki trofoblast hücreleri beslenmeyi sağlar, içtekiler embryoblast hücreleri olup embriyoyu oluşturur. Rahim tabakası embriyonun yerleşmesine hazırlanır, kalınlaşır, demir, kalsiyum glikojen artar (Desidua). Trofoblastlar desiduya yerleşir. Desidua üstünü örter (İmplantasyon=Yuvalanma).

İmplantasyon tamamlandıca tıbben gebelik başlar (7 gün içinde).

## **GEBELİK ÖNCESİ BAKIM**

Doğum öncesi bakım sağlıklı gebeliklerin saptanması ve devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi açısından önem taşımakla birlikte anne ve bebek sağlığı açısından olumsuz olabilecek faktörlerin saptanması ve giderilmesi aslında **gebelik öncesi danışmanlıkla** başlar.

### **Gebelik Öncesi Danışmanlık**

Gebelik öncesi dönemde başvurana danışmanlık verilecek ve gerekirse tıbbi yaklaşım önerilecek durumlar aşağıda sıralanmıştır:

- 1. Kronik hastalıklar:** Hipertansiyon, diabetes mellitus, epilepsi gibi ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan gebelerde, birinci basamakta verilmesi gereken tavsiyeler annenin hastalığı ile ilgili branş hekiminin gebelik yönünden bir risk olmadığını belirledikten sonra gebe kalması, kronik hastalıkları nedeniyle ilaç kullanan ve korunmayıp gebe kalmak isteyen kadınlarda bu ilaçların fetüs için teratojen olmayan ilaçlar arasından seçilmesi, antikonvülzan özellikle de valproik asit kullanmak zorunda olanlar epileptik hastalarda gebelik öncesi dönemde folik asit destek tedavisine (400 mikrogram/G) başlanarak nöral tüp defektlerinin önlenmesi gerekebilir.
- 2. Folik asit desteği:** Bu desteğin gebelik öncesi dönemde başlanması oluşan gebelikte nöral tüp defekti (NTD) görülme olasılığını azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar gebelik öncesi folik asit desteğinin daha önce NTD'li bebek doğurmuş kadınlar ve normal kadınlarda bu hastalığın oluşma riskini 2/3 oranında azalttığını göstermişlerdir. Bu destek tedavi (400 mikrogram/G) planlanan gebelikten en az 2 ay önce başlanmalı ve gebeliğin 3. ayına kadar devam edilmelidir.
- 3. Kızamıkçık immünizasyonunun sorgulanması:** Kadına kızamıkçık geçirip geçirmediği sorulmalı, gerekirse aşılama önerilmelidir.
- 4. Akraba evliliği ve genetik hastalıkların sorgulanması:** Ailede tekrarlayan konjenital fetal anomalileri olanlar gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere yönlendirilmelidir. Özellikle akraba evliliği yapmış olan gebelerde bu konu daha büyük önem taşır.

5. **İlaçlar ve radyasyon:** Korunmayan ve gebe kalmayı bekleyen annelerin gereksiz ilaç kullanımından kaçınmaları, tanı ve tedavileri gereken durumlarda ilgili hekimleri korunmadıkları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde aydınlatmaları önerilmelidir.
6. **Madde bağımlılığı:** Sigara, alkol ve diğer madde bağımlılığı olanlar bu alışkanlıklarından kurtulmaları yönünde bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.
7. **Beslenme:** Sağlıklı ve dengeli beslenmeleri önerilmelidir.
8. **Risk faktörlerinin belirlenmesi:** Gebelik öncesi dönemde başvuranların kan gruplarının tayini yapılmalı, adolesan veya 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak bu dönemde daha yakın bir takip gerekeceği anlatılmalıdır.
9. **Doğum öncesi bakım konusunda bilgilendirme:** Gebelik oluştuğunda bir sağlık kuruluşuna başvurmaları konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Antiepileptik kullanan ve çocuk istemi ile sağlık kuruluşuna başvuran bir kadına yaklaşımınız ne olmalıdır?
  - a. Gebeliğe izin verilmez
  - b. Antiepileptik ilaçlarını kesmesi söylenir.
  - c. Antiepileptik ilaçların dozunu arttırmak gerekir
  - d. Folik asit başlanılmalıdır.
2. 15-49 yaş kadın izlemi sırasında bir kadına hangi konularda bilgilendirme ve danışmanlık verilmez ?
  - a. Pap smear
  - b. Kendi kendine meme muayenesi
  - c. Beslenme
  - d. Aile planlaması hizmetleri

## KAYNAKLAR

1. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi, 2004.
2. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Ed 2003.
3. Genel Cerrahi Kitabı İskender Sayek . Güneş kitabevi
4. [www.WHO.int](http://www.WHO.int) Pap smear test in 15-49 reproductive ages group

## DOĞUM ÖNCESİ BAKIMDA ÖYKÜ ALMA, MUAYENE VE KAYIT

### AMAÇ:

Gebelikte öykü alma, gebe muayenesi ve kayıt altına alınması hakkında bilgi ve beceri kazanma

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Doğum öncesi bakımın önemini açıklayabilmeli
2. Doğum öncesi bakım takvimini anlatabilmeli
3. Doğum öncesi değerlendirmenin temel bileşenlerini sayabilmeli
4. Gebenin değerlendirilmesinde öykü almanın önemini açıklayabilmeli
5. Gebenin değerlendirmesinde öykü alabilmeli
6. Gebenin genel muayenesini yapabilmeli
7. Gebede karın muayenesi yapabilmeli
8. Gebede istenilecek rutin testleri sayabilmeli
9. Gebe muayenesinin kayıt altına alınmasında temel ilkeleri sayabilmeli

Gebelik fizyolojik bir olaydır. Gebeliklerin %5-20'sinde anne ve bebek sağlığı için tehlike oluşturabilecek bir patoloji ortaya çıkabilir. Epidemiyolojik ve gözlemsel çalışmalar erken gebelik döneminden itibaren iyi doğum öncesi bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir. Gebe kadının yeterli doğum öncesi bakım alamamasının temelinde: ekonomik zorluklar, sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, gebeliğin geç farkına varılması, çevreden gizlenmesi, doğum öncesi bakımın önemi ile ilgili bilgi eksikliği, kültürel faktörler, yanlış inanışlar, sağlık sistemine güvensizlik gibi değişik faktörler rol oynar. Bakım hizmetleri sunulurken tüm bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

### Doğum Öncesi Bakım Takvimi

Tüm gebeler DSÖ'nün yeni doğum öncesi bakım modeli yaklaşımı ile en az 4 kez doğum öncesi bakıma (Mevcut durumunda herhangi bir risk faktörü olmayan gebeler için) çağrılmalıdır. İlk gebelik izlemine mümkün olduğunca erken gebelik haftasında gelinmesi gerektiği gebelik öncesi dönemde başvuran tüm anne adaylarına söylenmelidir.

Rutin gebelik izlemi;

- |          |                         |
|----------|-------------------------|
| 1. İzlem | İlk 12 hafta içerisinde |
| 2. İzlem | 24-26.haftalar arası    |
| 3. İzlem | 30-32. haftalar arası   |
| 4. İzlem | 36-38. haftalar arası   |

Gebenin en az bir bakım ziyaretine, eşi veya bir aile büyüğüyle birlikte gelmesi konusunda destek verilmelidir.

Gebelerin risk durumu belirlenerek bir kadın doğum uzmanı görüşü doğrultusunda sonraki izlemler (izlem aralığı, izlem kapsamı) sağlık çalışanı tarafından planlanmalıdır.

**Not:** Gebe izlemlerinde 2008/13 sayılı Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü esas alınmalıdır.

### **Doğum Öncesi Değerlendirmenin Temel Bileşenleri:**

1. Ayrıntılı Öykü Alma (Tıbbi ve Obstetrik)
2. Mevcut Gebelikle İlgili Öykü
3. Genel Vücut Muayenesi
4. Karın Muayenesi
5. Vajinal Muayene (Gereken durumlarda)
6. Laboratuvar Testleri
7. Bilgilendirme ve Danışmanlık (Bkz. Aile Planlaması)
8. Kayıtların tutulması ve kolay ulaşılır olması

### **Doğum Öncesi Değerlendirmenin Temel Bileşenlerinin Uygulanması:**

1. Anne ve bebeğin sağlık durumunun belirlenmesi
2. Riskli durumların saptanarak sevk gerektiren olguların belirlenmesi
3. Gebelik haftasının ve tahmini doğum tarihinin belirlenmesi
4. Annenin gebelik dönemine ait yakınmalarının belirlenerek giderilmesi
5. Annenin gebelik ve lohusalık döneminde anne ve bebek sağlığı açısından uygulaması gereken konularla ilgili bilgilendirme ve danışmanlık verilmesi
6. Bulguların kayıt altına alınması
7. Gebelik izlemi ve doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanmasını sağlar.

## **1.ÖYKÜ ALMA**

### **Gebenin öyküsünün alınması:**

1. Gebelik öncesi döneme ait maternal hastalıkların saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi
2. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi
3. Gebelik dönemindeki anne ve bebek sağlığını etkileyen faktörlerin (Beslenme, madde bağımlılığı vb) ve hastalıkların (Preeklampsi vb) saptanması, tedavilerinin planlanması ve sürdürülmesi
4. Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağına planlanması açısından büyük önem taşır.

Gebenin tıbbi ve obstetrik öyküsünün dikkatli bir şekilde alınması gebelikte oluşacak komplikasyonların önlenmesi açısından büyük önem taşır. Tıbbi ve obstetrik öyküye ait bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar kolay ulaşılır olmalı, sevk gerektiren durumlarda gebenin sevk edildiği kuruluşa bir örneği gönderilmelidir.

### **Öykü alma sırasında:**

- Toplumsal değerlere, kültürel özelliklere ve kişinin gereksinimine göre hareket edilmelidir.
- Kişinin mahremiyet hakkına saygı duyulmalıdır.
- Kişi nazik bir şekilde karşılanmalıdır.
- Sağlık çalışanı kendini tanıtmalıdır
- Kişinin adı sorularak, öykü alma işlemi sırasında adı ile hitap edilmelidir.
- Sözel olan ve olmayan iletişim yolları kullanılmalıdır.
- Gebeyi yargılayıcı sorulardan ve ses tonundan kaçınılmalıdır.

- Sorular kişinin rahatlıkla anlayacağı şekilde sorulmalıdır.
- Kişinin duyguları ve tepkilerine dikkat edilmelidir
- Alınan öykü açık ve net olarak kayıt altına alınmalıdır.
- Kayıtlara sadece yetkisi olan kişilerin ulaşması güvence altına alınmalı ve bu konuda kişi bilgilendirilmelidir.

### 1.1 Kişisel Bilgi:

- Yaş (Doğum tarihi)
- Adres ve telefon numarası
- Medeni hali
- Akraba evliliği
- Yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı
- Yaşadığı mekanın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı
- Yaşadığı mekanın elektrik veya ısınma ve aydınlanma kaynağı
- Eğitim düzeyi
- Ekonomik kaynakları;
  - Kendi mesleği ve çalışma durumu
  - Eşinin mesleği ve çalışma durumu

### 1.2 Tıbbi Öykü:

- Kronik sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kr.böbrek hastalığı, epilepsi vb.)
- Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (Tüberküloz, Brucella, paraziter hastalıklar, vb)
- CYBE öyküsü
- Madde bağımlılığı
- Pika
- Psikiyatrik hastalıklar
- Kan transfüzyonu
- Geçirilmiş operasyonlar
- Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar (Histerotomi, myomektomi vb)
- İlaç allerjisi
- Aile öyküsü (Diabetes mellitus, tekrarlayan fetal anomaliler, çift yumurta ikizi vb.)
- Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar (Antiepileptikler, insülin, antihipertansifler vb).
- Gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi
- İnfertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler

### 1.3 Obstetrik Öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili):

- Daha önceki gebelik sayısı ( Gravida)
- Daha önceki doğum sayısı (Parite)
- Yaşayan çocuk sayısı
- Son gebeliğin sonlanma tarihi

- Gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünün ve gebelik sonucunun aşağıdakilere göre irdelenmesi:
  - Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı
  - Doğum öncesi bakım hizmetini kaç kez nereden aldığı
  - Gebeliklerin sonlanma şekli (Canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ektopik gebelik, mol gebelik)
  - Bebek ölümü ve nedenleri
  - Çocuk ölümü ve nedenleri
  - Prematür doğum
  - Postmatür doğum
  - İkiz veya çoğul gebelik
  - Tekrarlayan birinci trimester düşüklere
  - Tekrarlayan ikinci trimester düşüklere
  - Yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları
  - Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (Kanama, Preeklampsi, Eklampsi, gestasyonel Diabet, Tromboz, Emboli)
  - Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (Plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması)
  - Doğumun şekli (Normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum)
  - Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (Sepsis, Kanama, Depresyon, Meme absesi vb.)
  - Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (Hidrops Fetalis, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi)
  - Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (Cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi)
  - Tetanoz toksoid immünizasyon uygulaması

#### 1.4 Mevcut Gebelik Öyküsü:

- Son Adet Tarihi (Son adet ilk günü)  
Son adet tarihine (SAT) göre tahmini doğum tarihi Nagele kanununa göre hesaplanır: Tahmini Doğum Tarihi = SAT -3 ay + 7 gün  
Adetleri düzenli olmayan hastalarda gebelik haftasının SAT ile uyumlu olmayabileceği unutulmamalıdır.
- Adetlerinin düzeni
- Gebelik olağan yakınmaları (Bulantı kusma, ptializm, pika, sık idrara çıkma, mastodini, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, çarpıntı, halsizlik vb...)
- Gebelik tehlike işaretlerine ait yakınmalar (Vajinal kanama, Konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, Yüksek ateş, Karın ağrısı, Solunum



güçlüğü veya sık solunum, yüz, parmak ve bacaklarda şişme, çocuk hareketlerinin hissedilmemesi, günlük aktivitelerin gerçekleştirilememesi, suların gelmesi)

- Bebek hareketlerinin varlığı ve ne zaman başladığı (Bebek hareketleri multigravidlerde 17, nuligravidlerde 18. haftada başlar)
- Alışkanlıkların sorgulanması (Sigara, alkol, madde bağımlılığı)
- Kullandığı ilaçlar

## 2. FİZİK MUAYENE:

Anne ve bebek sağlığının iyi bir şekilde izlenmesi için annenin genel muayenesinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekmektedir.

- Boy ve kilo ölçümü
- Kan Basıncı ölçümü
- Ciddi anemi bulgularının muayenesi;  
El tırnakları, konjunktiva, ağız mukozasında solukluk, nefes almakta güçlük, 30'un üzerinde solunum sayısı
- Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin muayenesi;  
Nefes darlığı, öksürük, yüksek ateş vb.
- Göğüs ve kalp oskültasyonu
- Uterus yüksekliğinin ölçümü ve kaydedilmesi
- Yaygın ödem kontrolü;  
Gebeliğin son aylarında alt ekstremitelerde hidrostatik basınca bağlı olarak ödem ortaya çıkabilir. Vücudun üst kısmında (Eller, göz kapakları) ödem gözlenmesi ise preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.
- Diğer sistemik muayenelerin yapılması (Varisler, tromboflebit bulguları vb)
- Vajinal muayene;  
Vajinal muayene mümkünse ilk izlemde (İlk 12 hafta veya 12.hafta) yapılmalıdır. Yapılamadığı durumlarda ikinci izlemde de (24-26.haftalar) yapılabilir. İkinci izlemden sonra zorunlu olmadıkça vajinal muayeneden kaçınılmalıdır.  
Eğer gebe geçen iki yıl içerisinde yaptırmamışsa PAP smear için örnek alınır. Vajinal muayene tercihen, sadece ikinci trimester düşükleri ve erken doğum öyküsü olan, vajinal kanama, akıntı, karın ağrısı semptomları bulunan gebelere yapılabilir.
- Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi;  
Vajinal akıntı, kaşıntı, idrarda yanma, eşinde üretrit vb.
- Fetüs kalp seslerinin el dopleri ile değerlendirilmesi (Fetüs kalp atımları fetal steteskop ile 16-20., el dopleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir).

*Dikkat: Her gebenin en az birkez hekim tarafından tam bir sistemik muayenesi gerçekleştirilmelidir.*

Gebelikte fizik muayenenin bütünlüğü içerisinde karın muayenesinin fetal izlem ve komplikasyonların belirlenmesi açısından ayrı bir önemi vardır.

## 2.1 Karın Muayenesi:

### Gebelikte Karın Muayenesinin Amacı

- Gebeliğin saptanması
- Bebek kısımlarının saptanması
- Bebeğin büyüklüğünün saptanması
- Bebeğin gelişiminin izlenmesi
- Bebek kalp seslerinin dinlenmesi
- Normal dışı durumların saptanması

Bebeğin anne karnındaki duruşu ve yerleşimi aşağıdaki terminoloji kullanılarak tanımlanır:

**Fetal Duruş (Situs):** Annenin uzun eksenine göre fetusun duruşunu tanımlar; longitudinal, transvers veya oblik olabilir. Normal situs longitudinal situsdur.

**Habitus (Attitude):** Çocuğun baş ve ekstremitelerinin gövdeyle ilişkisinin nasıl olduğunu belirlemekte kullanılır. Normal habitusda bir bebekte bebek başı öne doğru antefleksiyon halindedir. Defleksiyon gelişleri habitus anomalisidir.

**Fetal Prezantasyon;** En önde olan ya da doğum kanalına en yakın kısma prezante olan kısım ya da gelen kısım denir. Longitudinal duruşta prezante olan kısım fetal baş veya makat ve/veya ayaklar olabilir. Normal prezantasyon baş gelişidir (Resim-1). Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran eylemde gebelerde ve baş gelişi dışında bir prezantasyon saptanırsa ikinci basamağa sevk edilmelidir. Baş gelişi olan durumlarda defleksiyon gelişleri (Alın, yüz vs) varsa gene 2. basamak sağlık kuruluşlarına sevki gerekmektedir.

**Kılavuz Nokta:** Prezante olan kısmın en önde gelen noktası

**Pozisyon:** Fetüsün prezante olan kısmındaki kılavuz noktanın doğum kanalının sağ veya sol yanı ile olan ilişkisidir. Normal fleksiyon gelişinde kılavuz nokta oksiputtur. (Resim-2) Oksiputun sağ veya solda ve ön veya arkada yer almasına göre 8 pozisyon tanımlanır;

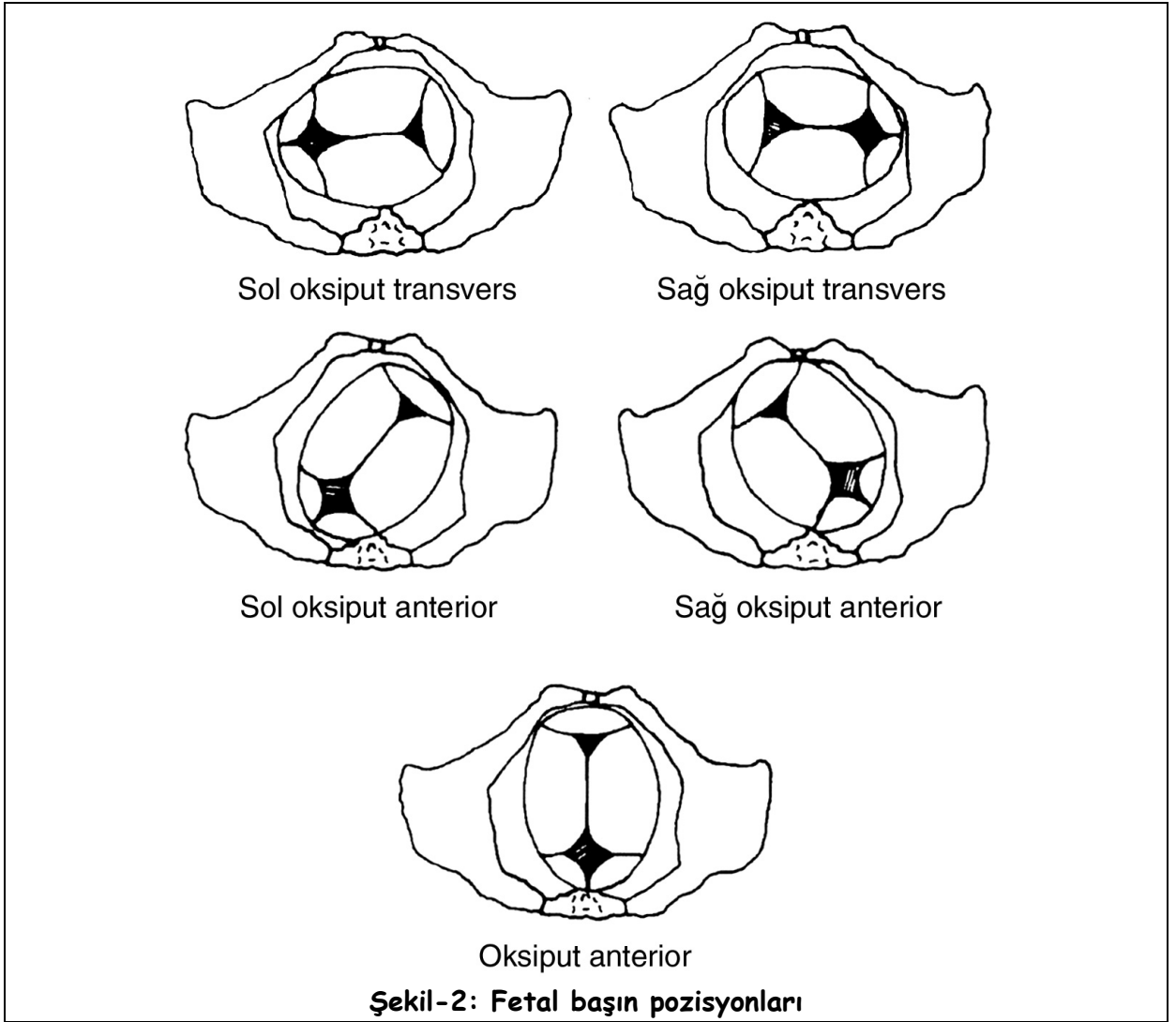
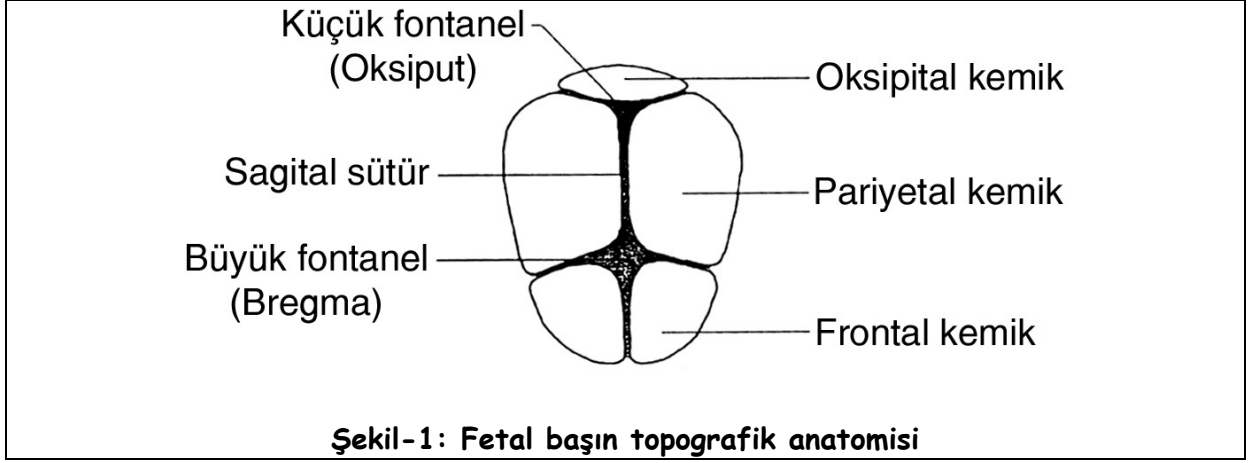
Sağ/sol oksiput anterior,

Sağ/sol oksiput posteror,

Sağ/sol oksiputlateral

Direkt oksiput anterior/ posterior

**Angajman:** Prezente olan kısmın en geniş çapının pelvis giriminden geçişidir. Baş gelişinde angajman başın en büyük transvers çapı olan biparietal çapın Pelvik giriminden geçmesidir. Makadi doğumda ise bu bitrokanterik çaptır. Fetüsün başı pelvis girimine transvers veya oblik olarak girer. Fetal baş normalden büyükse angaje olamaz.



**Karın muayenesi 3 aşamadan oluşur:**

1. Enspeksiyon= Gözlem
2. Oskültasyon= Bebek kalp seslerinin dinlenmesi
3. Palpasyon= Elle muayene

(Diğer sistem muayenelerinin tersine karın muayenesinde oskültasyon, palpasyondan önce yapılır)

### **Karın Muayenesi Ön Hazırlığı:**

- Gebeye muayene açıklanmalı ve onayı alınmalıdır
- Kolay muayene edilmesi ve fundus yüksekliğinin net ölçümü için mesanesini boşaltması istenmelidir
- Gebe kolları iki yanında ve vücudunun üst kısmı yastıklarla desteklenecek şekilde sırtüstü yatar durumda hazırlanmalıdır
- Muayene sırasında supin hipotansiyon gelişebileceği unutulmamalı, bu nedenle muayene mümkün olan en kısa sürede yapılmalıdır
- Muayene sırasında gebenin mahremiyetine dikkat edilmelidir

### **2.1.1 Enspeksiyon=Gözlem**

#### **Uterusun büyüklük ve şeklini gözleme**

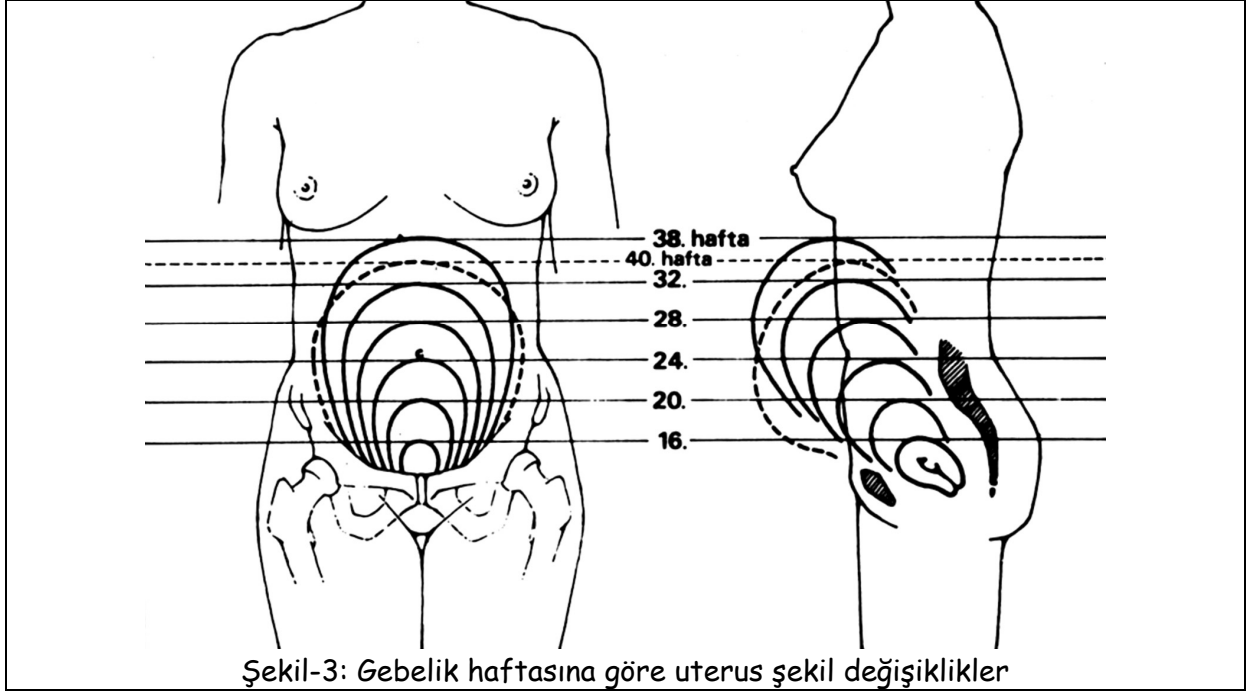
Gözlemlenen fundus yüksekliği gebelik haftası ile ilgili kabaca bir bilgi verir, Obezite ve karında gaz gözlemlenmesi yanıtıcı olabilir. Uterus şeklini fetusun duruşu (situs) da etkiler;

- Transvers duruşta uterus kısa ve geniş, longitudinal duruşta uterus enine göre daha uzun gözlenir.
- Multipar uteruslarda primigravidlerdeki ovoid şekil gözlenmez.
- Sıklıkla bebeğin sırtı veya ekstremiteleri belli olur.
- Bebeğin oksiput posterior gelişlerinde gebenin göbek hizasında veya biraz altında bir çökme gözlenir.
- İri bebeklerde uterusun uzunluğu artmıştır.

#### **Uterus şeklindeki değişiklikleri gözleme (Resim-3)**

- Erken gebelikte küre şeklinde, antevort ve antefleks pozisyonundadır
- Uterus 12. haftaya kadar pelvik bir organdır ve diğer pelvik organlara bası yapar. Ör. Mesaneye basısı sonucu, sık idrara gitme isteği oluşur.
- 12. haftada düz ve abdominal bir organdır, fundus simfiz pubisten palpe edilir.
- 16. haftada fundus simfiz pubis ile göbek arasındaki mesafenin ortasındadır.
- 20. haftada fundus göbeğin 2 parmak aşağısındadır.
- 28. haftada fundus göbeğin 3 parmak üzerindedir.
- 30. haftada uterus alt segmenti belirlemeye başlar
- 32. haftada göbekte sternumun alt ucundaki ksifoid çıkıntı arasındaki mesafenin ortasındadır.
- 36. haftada fundus sternumun ksifoid ucuna kadar ulaşır. Alt segment tam olarak oluşmuştur
- 40 haftalık fundus 32-36 haftalık seviyeler arasındadır.

Bebek hareketlerini gözleme = Bebeğin yaşadığının delilidir ve pozisyonunun saptanmasını sağlar.



Şekil-3: Gebelik haftasına göre uterus şekil değişiklikler

#### Karın duvarı yan kenarlarını gözleme

- Umbilikus son haftalarda öne doğru çıkar
- Multiparlarda karın yan duvarları sarkıktır.

#### Deri değişikliklerini gözleme

- Genel cild durumu turgor ve tonusu değerlendirilir.
- Çatlaklar; eski çatlaklar beyaz-gri renkte, yeniler pembe renkte gözlenir.
- Geçirilmiş operasyonlara ait (Obstetrik, jinekolojik veya abdominal) skarlar değerlendirilir.
- Bazı gebeliklerde karın ortasından yukarı göbeğe doğru uzanan çizgi şeklinde pigmentasyon (Linea Nigra) gözlenir.
- Orta hatta göbeğe uzanan kıllanma (Android tip pelvis?)

#### 2.1.2 Oskültasyon=Dinleme

Karın muayenesinin bu aşamasında fetal canlılık, fetal kalp atımlarının fetal stetoskop veya el dopleri ile değerlendirilmesi ile belirlenir. Bu aşamada;

- Fetal stetoskop (Pinhard fetal stetoskopu) bebek sırtı ve duruşu belirlendikten sonra uygun bölgeden karın üzerine dik olarak yerleştirilir.
- Anne nabızı ile karşılaştırılarak anne nabzının sayılmadığından emin olunur.
- Fetüs kalp atımı çift ses şeklindedir.
- Fetüs kalp atımı bir dakika süreyle sayılmalıdır. Fetüs için 120-160/dakika kalp atımı normal olarak kabul edilir.

Fetüs kalp atımları fetal stetoskop ile 16-20., el dopleri ile 10-12. haftalardan itibaren duyulabilir. Gebe ilk gebelik ise 18-20. hafta, daha önce gebeliği oldu ise 16-18. haftalarda bebek hareketlerini hisseder. Barsak hareketleri ile karıştırılabilir.

Sağlık personelinin fetal stetoskop veya el doppleri ile fetal kalp atımlarını dakikada 120'nin altında veya 160'ın üzerinde tespit etmesi fetüsün intrauterin strese olduğunu gösterebileceğinden, gebe hemen bir üst basamağa sevk edilmelidir.

Bebek hareketlerinin hissedilmemesi durumunda gebe en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır. Fetüs kalp atımlarının fetal stetoskop veya el doppleri ile duyulamadığı hallerde, intrauterin fetal ölüm göz önüne alınarak ultrasonografi yapılması gerekir. Ultrasonografi ile fetüs ölümünün kesinleşmesi sonrası, ortaya çıkabilecek yasal problemleri önlemek için mutlaka tarih ve saat kaydı konularak muayeneyi yapan kişi ismi ve imzası ile bu bulgu not edilmelidir. Gebe ve gebenin isteği doğrultusunda aile bireyleri bilgilendirilmelidir. İntrauterin fetüs ölümü tanısı konulması süreci gebenin ve ailesinin psikolojik olarak çok hassas oldukları bir dönemdir. Özenle yaklaşılmalı ve destekleyici olunmalıdır.

### 2.1.3 Palpasyon=Elle Muayene

Karın muayenesi sırasında yapılan Leopold Manevraları; uterus fundusu, lateral bölümleri ve pelvik palpasyon ile fetüs hakkındaki bilgileri verir.

Karın palpasyonu sırasında eller temiz olarak, avuçlarımızı karın üzerinde düzgün bir şekilde dolaştırarak muayeneyi gerçekleştirmeliyiz ve muayene sırasında ellerin soğuk olmamasına özen göstermeliyiz.

Elle muayene sırasında orta hatta uterus fundusu ile simfiz üst kenarı arasındaki uzaklığın mezura ile ölçümü (cm olarak) yaklaşık olarak gebelik haftasını verir (24 cm= 24 hf) Fundus-pubis ölçümü dediğimiz bu değerlendirme ancak 18-30 hafta arasındaki gebeliklerde yapılabilir. Düzenli adet gören kadınların gebeliklerinde fundus yüksekliğinin beklediğimiz üstünde olması çoğul gebeliği akla getirmelidir.

Karın elle muayenesinde Leopold manevraları bize fetüsle ilgili aşağıdaki bilgileri verir. (Şekil-2):

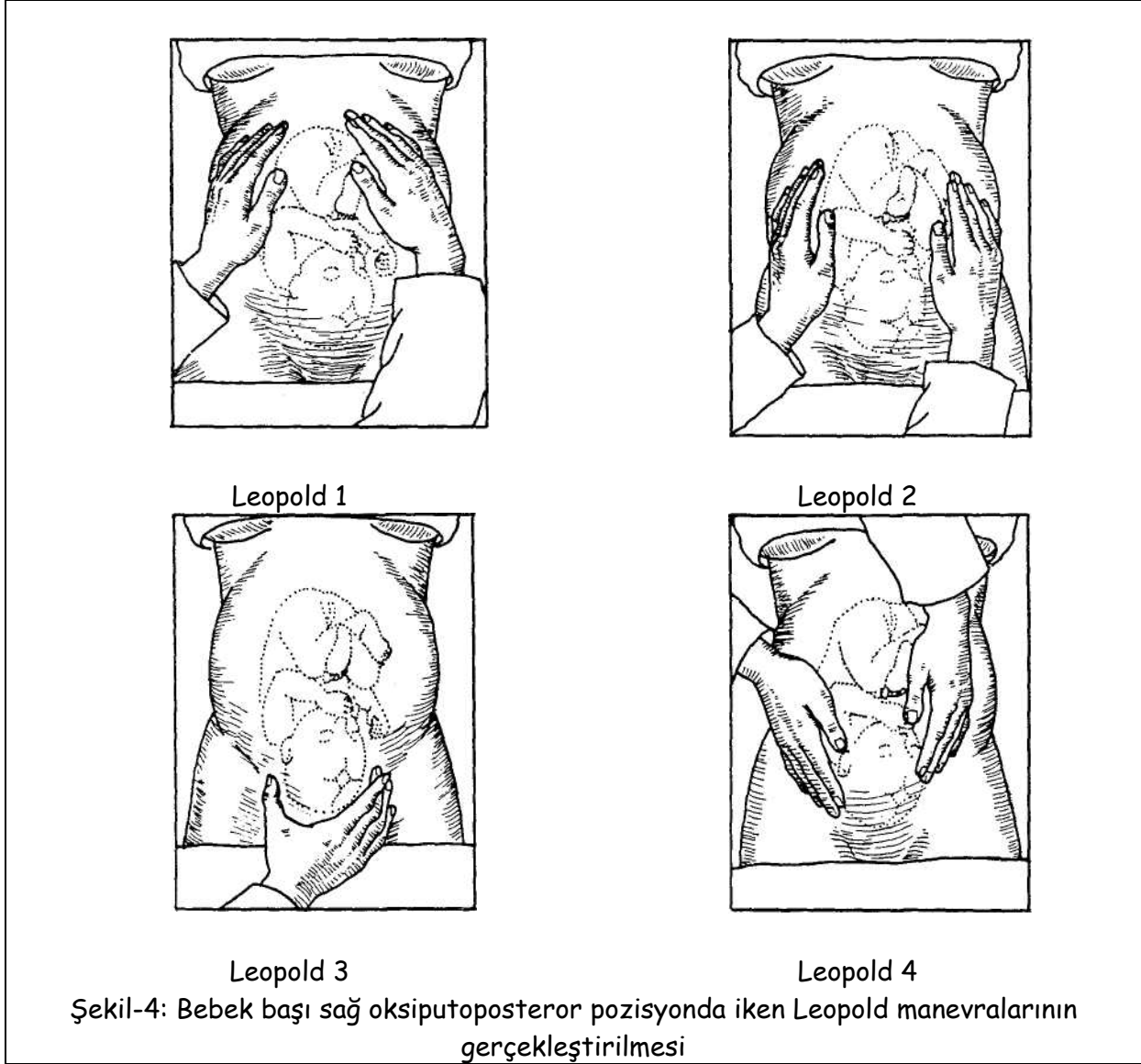
1. **Leopold Manevrası:** Gebenin yüzüne dönük olarak her iki el fundus üzerinden derine sokulur, fundusun yüksekliği ve fundustaki çocuk kısmı hakkında bilgi sahibi olunur. Fundusda bebeğin başı veya makad palpe edilebilir. Bebeğin kalçaları sıkıdır ama baş gibi sert, düzgün veya keskin sınırlı değildir. Vücuttan ayrı olarak hareket ettirilemez. Fetüsün duruşunun ve önde gelen kısmın belirlenmesini sağlar.

2. **Leopold Manevrası:** Her iki elin iç yüzleri karın sağ ve sol yanlarına konulur. Bir el elin altındaki çocuk kısımlarını palpe etmeye çalışırken diğer elle uterus diğer yandan tesbit edilir. Bu manevra ile çocuğun sırtının hangi tarafta olduğu anlaşılır. Böylece fetal pozisyon ve situs (Duruş) saptanır. Sirt devamlılık gösteren, düzgün ve direngen bir şekilde palpe edilir. Ekstremiteler ve küçük kısımlar (El ve ayaklar) muayene eden kişinin eli altında hareketli olarak palpe edilir.

3. **Leopold Manevrası:** Fetüsün pelvise bakan kısmı yani prezente olan kısmı palpe edilir. Bir elle , bir tarafında başparmak, diğer tarafında dört parmak olacak şekilde

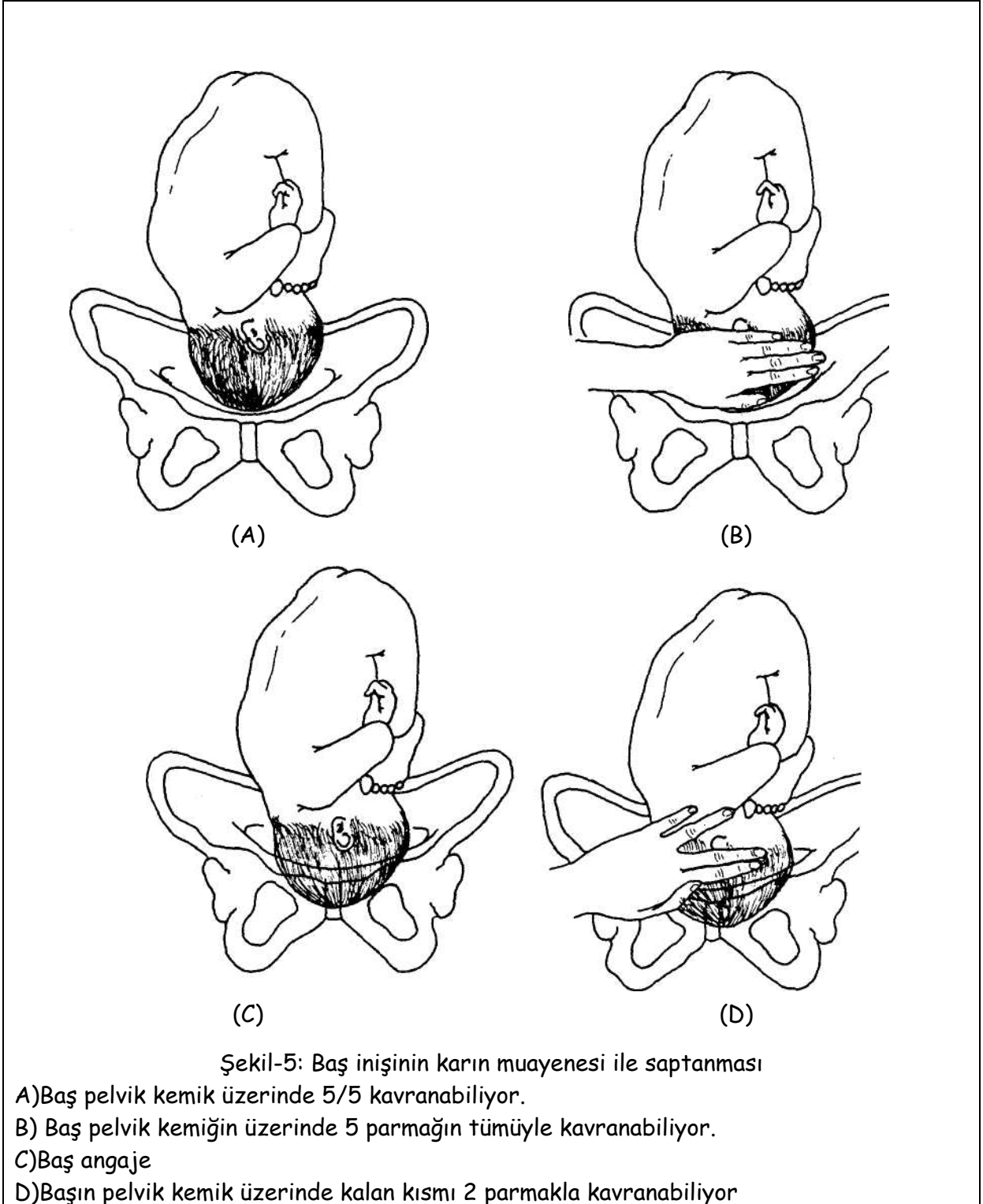
sağa sola oynatılarak ballote edilir. Prezente olan kısım baş ise yuvarlak şekli, sertliği ve verdiği ballotman hissi ile makattan ayırt edilir.

**4. Leopold Manevrası:** Muayeneyi gerçekleştiren kişi gebenin ayakucuna bakacak şekilde pozisyonunu değiştirir, her iki el açık, parmaklar birbirine ve pelvis girimine yönelmiş şekilde karnın alt sağ ve sol yanlarına konularak parmaklar hafif bir kuvvetle prezente olan çocuk kısmına dayanıncaya kadar pelvis girimine doğru bastırılır. Bu manevra ile prezente olan çocuk kısmı ve angajman derecesi anlaşılır.



Önde gelen başın abdominal muayenede pelvik kemiğin üzerinde palpe edilme oranı bebeğin başının inişi hakkında bilgi verir. Baş henüz pelvise yerleşmemiş, hareketli ise pelvik kemik üzerinde kalan baş kısmını muayeneyi gerçekleştiren kişi 5 parmağı ile kavrar. Baş aşağı indikçe, pelvik kemik üstünde kalan baş kısmı daha az sayıda parmak tarafından kavranabilir ve bu parmak sayısına göre 4/5, 3/5 olarak ifade edilir. Eğer bu

ölçümde sadece 2 parmak pubik kemik üzerinde kalan başı kavırıyorsa (2/5) baş angaje olmuştur (Resim-5).





Fizik muayeneden sonraki bu aşamada **Risk Değerlendirme Formu** ile sorgulamalar yapılır.

### **Risk Değerlendirme Formu**

#### **a. Obstetrik Öykü**

1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı
2. Üç veya daha fazla ardı ardına spontan düşük
3. Son bebeğin doğum ağırlığının < 2500gram olması
4. Son bebeğin doğum ağırlığının > 4500gram olması
5. Son gebelikte yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış
6. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (Miyomektomi, septum ameliyatı, kon biyopsi, klasik sezaryen, servikal sirkülaj)

#### **b. Mevcut Gebelik**

7. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik
8. 16 yaşından genç olma
9. 40 yaş ve üstü olma
10. Mevcut veya daha önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu
11. Vajinal kanama
12. Pelvik kitle
13. Diastolik kan basıncının 90 mmhg üstünde olması

#### **c. Genel Tıbbi Öykü**

14. İnsüline bağımlı diyabet hastalığı
15. Renal hastalık
16. Kardiyak hastalık
17. Bilinen "madde" kullanıcılığı (Aşırı alkol kullanımı dahil)
18. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum

Eğer Risk Değerlendirme Formundaki kriterlerden birine bile "evet" cevabı verilir ise , izlemin uzman hekim danışmanlığı alınarak hangi basamakta devam edileceğine karar verilir. İzlem ikinci basamakta devam edecek ise gebenin yapılan müdahaleler ve izlem hakkında birinci basamağa bilgi vermesi konusunda gerekli danışmanlık verilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür.

### **3. LABORATUVAR TESTLERİ:**

Gebelere uygulanması gereken testlerin bazıları birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılan rutin testlerdir. Diğerleri ise gebelik seyrine göre ikinci veya üçüncü basamakta yapılmasına gerek duyulan testlerdir. Yapılacak bütün testlerden önce uygulama basamakları ile ilgili olarak gebeye bilgi verilmelidir.

#### **Gebe izlemlerinde yapılması gereken rutin testler:**

- Kan grubu tayini (Rh-rH İndirekt Coombs-sevk)
- Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü (Her izlemde yapılmalı)
- İdrar testi (Her izlemde yapılmalı)

### **İdrar tahlili:**

Bakteriüri ve proteinüri açısından stick ile ve mümkünse mikroskopik olarak idrara bakılması gereklidir. Proteinüri için idrar testi, gebe nullipar veya daha önceki gebeliklerinde hipertansiyon/preeklampsi/eklampsi geçirmişse veya şu anki gebeliğinde hipertansiyonu mevcutsa her izlemde tekrarlanmalıdır. İdrar testi yapılırken;

- Gebeye yapılacak testi açıklayınız
- Temiz idrar kabı veriniz
- Herhangi bir sabun kullanmadan sadece su ile vulvasını yıkadıktan sonra orta idrarını kaba yapmasını söyleyiniz
- Tuvaletin yerini gösteriniz
- Verilen idrar numunesinin içerisine stik batırınız.
- Kullanılan idrar tetkiki kitinin kullanım talimatına göre stikteki renk değişimlerini değerlendiriniz.

### **Kan sayımı veya Hb-Hct ölçümü:**

Gebelikte anemi profilaksisi ve tedavisi için, "Gebelere Demir Destek Programı" çerçevesinde tüm gebelere ikinci trimester başından itibaren demir başlanmaktadır. Bu çerçevede birinci basamak sağlık kuruluşlarında her izlemde gebelere hemoglobin bakılmaktadır.

### **Kan grubu tayini:**

Rh uygunsuzluğunun tanısı ve gerekli müdahalenin gerek gebelikte, gerekse hemen doğum sonunda yapılması açısından ilk izlemde gebenin ve eşinin kan grubuna mutlaka bakılmalıdır.

Bu testler birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılması gereken bazal testlerdir. Gebelerin özelliklerine göre gereksinim duyulan diğer testler (50 gr veya 100 gr'lık glukoz tolerans testleri, indirekt coombs, ultrasonografi, fetal invaziv testler, ) için hasta gerektiğinde yönlendirilmelidir.

TORCH= Toksoplasma, Rubella, CMV, Herpes simpleks ile ilgili testler mümkünse gebelik öncesi dönemde yapılmalıdır. Eğer bu dönem kaçırıldıysa gebeliğin ilk üç ayında konjenital anomali riski yüksek bu hastalıklarla ilgili testler mutlaka yapılmalıdır.

## **4. GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, TEDAVİLER VE BAĞIŞIKLAMA:**

Gebelikte, kan hacmindeki artış ve fetüsün gereksinimleri nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Demir gereksinimi 2. ve özellikle 3. trimesterde artar. Gebelerde demir absorpsiyonu artmaktaysa da diyetle alınan miktar gereksinimi karşılamaya yetmez. Vücuttaki demir depolarının durumuna göre ek demir desteği gerekir. Annelere demir

desteği yapılmadığı durumlarda demir depolarının gebelik öncesi düzeye gelebilmesi için 2 yıldan fazla bir süre geçmesi gerekmektedir.

Bu nedenlerle gebelere, ikinci trimesterin başından itibaren günde 50-60 mg demir ve 250-500 microgr folat başlanmalıdır. Özellikle folat kullanımına gebelik öncesi dönemden itibaren başlanması gerekmektedir (Bkz."15-49 Yaş Kadın İzlemi ve Gebelik Öncesi Bakım Oturumu").

Gelişen idrar yolu enfeksiyonu ve diğer enfeksiyonlarla ilgili gereken tedaviler hekim tarafından verilmelidir.

Tetanoz toksoidi ile bağışıklama 12. haftadan itibaren yapılabilir. Gebenin geç tespit edilebileceği düşünülürse ilk dozun 16. haftada veya ilk izleminde yapılması uygundur (Bkz. "Gebelik Yakınmaları Ve Doğum Öncesi Bakım Danışmanlığı Oturumu").

## **5. BİLGİLENDİRME VE DANIŞMANLIK**

Doğum öncesi bakım izleminin bu aşamasında gebelik yakınmaları, tehlike işaretleri, emzirme, postpartum aile planlaması danışmanlığı vb., tehlike işaretlerinden herhangi biri meydana geldiğinde ne yapılacağı, nerelere başvurulacağı konusunda gebeye danışmanlık verilir. Bu bölüm ile ilgili ayrıntılar, "Gebelik Yakınmaları ve Doğum Öncesi Bakım Danışmanlığı" oturumunda anlatılacaktır.

## **6. GEBE İZLEM FİŞİ KAYITLARININ TAMAMLANMASI VE KONTROL EDİLMESİ**

Gebe izlemlerinin kayıt altına alınmasında dikkat edilmesi gereken noktalar:

1. Her izlem kayıt altına alınmalıdır
2. Kayıtlar okunaklı ve anlaşılır şekilde tarih ve saat notu ve hizmet sunanın isim ve imzası bulunacak şekilde yapılmalıdır
3. Kayıtlar doğum sırasında hastanın yanında olmalıdır.

Her izlem sonrasında tüm ayrıntıların izlem fişine yazılıp yazılmadığına dikkat edilmelidir. İzlem tamamlandıktan sonra, izlem fişinin bir örneği gebeye verilmelidir. Bu izlem fişi ile gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar da buna göre planlanır.

Bir sonraki izlem tarihi belirlenerek randevu kartına yazılır. Kuruluşun telefon numarası, ilgili sağlık personelinin adı ve soyadı da aynı karta not edilir.

Gebeye bir sonraki izlem için randevu verilir iken risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Risk faktörlerinden herhangi biri mevcut ise gebe, dört izlem için uygun görülen haftalardan daha sık aralıklarla izlenmelidir (Bkz."Risk Değerlendirme Formu").

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Gebenin abdominal muayenesi aşağıdakilerden hangisi hakkında bilgi vermez?
  - a. Bebeğin önde gelen kısmı
  - b. Pelvis çıkım darlığı
  - c. Önde gelen fetal kısmın seviyesi
  - d. Pelvis çıkım darlığı
2. Sağlık kuruluşumuza bebek hareketlerini hissetmediğini söyleyerek gelen 15 haftalık bir primigravid gebede aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi doğru değildir ?
  - a. Anneyi doğrudan ultrasonografiye sevk etmek
  - b. Çocuk hareketlerini yapmak
  - c. Doppler ile fetus kalp seslerini dinlemek
  - d. 2-3 hafta sonra hissedebileceğini söylemek

## KAYNAKLAR

1. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Gilbert ES, Harmon JS. Çeviri Editörü: L.Taşkın (İkinci baskıdan çeviri) Palme Yayıncılık 2002
2. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi 2004
3. Bennett, V.R. & Brown, L. (1996) Myles Textbook for Midwives. 12th Ed. Churchill Livingstone. London.
4. World Health Organisation (1999) Standards of Midwifery Practice for Safe Motherhood. Vol.3. Notes on Advances in Practice. SEARO. New Delhi.
5. World Health Organisation (2001) Antenatal Core Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model

## DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ÖĞRENİM REHBERİ

### (A) Öykü Alma

<b>1.Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2.Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3.Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve ırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
Nazik bir şekilde yaklaşma					
Mahremiyetini sağlama					
Kendini tanıtırma					
Başvuranın adını öğrenme ve kullanma					
Sözlü/sözsüz iletişim becerilerini kullanma					
<b>ÖYKÜ ALMA</b>					
<b>Kişisel Bilgiler:</b>					
Yaş (Doğum tarihi)					
Adres ve telefon numarası					
Medeni hali					
Akraba evliliği olup olmadığı					
Yaşadığı ev tipi, büyüklüğü ve hane halkı sayısı					
Yaşadığı mekanın alt yapı koşulları; tuvalet, su kaynağı					
Yaşadığı mekanın elektrik veya ısınma ve aydınlanma kaynağı					
Eğitim düzeyi					
Ekonomik kaynakları:					
Kendi mesleği ve çalışma durumu					
Eşinin mesleği ve çalışma durumu					
<b>Tıbbi Öykü:</b>					
Kronik sistemik hastalıklar (Diabetes Mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, kr.böbrek hastalığı, epilepsi vb.)					

Geçirilmiş veya tedavisi sürmekte olan enfeksiyon hastalıkları (Tüberküloz, Brucella, paraziter hastalıklar, vb)					
CYBE öyküsü					
Madde bağımlılığı					
Pika					
Psikiatrik hastalıklar					
Kan transfüzyonu					
Geçirilmiş operasyonlar					
Geçirilmiş jinekolojik operasyonlar ( histerotomi, myomektomi vb)					
İlaç allerjisi					
Aile öyküsü (Diabetes mellitus, tekrarlayan fetal anomaliler, çift yumurta ikizi vb.)					
Sürekli kullanmak zorunda olduğu ilaçlar (antiepileptikler, insülin, antihipertansifler vb).					
Gebelik öncesi kullanılan aile planlaması yöntemi					
İnfertilite mevcut ise süresi, gördüğü tedaviler					
<b>Obstetrik Öykü (Daha önceki gebelikleri ile ilgili):</b>					
Daha önceki gebelik sayısı ( Gravida)					
Daha önceki doğum sayısı (Parite)					
Yaşayan çocuk sayısı					
Son gebeliğin sonlanma tarihi					
Gebenin her gebeliği ile ilgili öyküsünün ve gebelik sonucunun aşağıdakilere göre irdelenmesi:					
• Doğumların kim tarafından nerede yapıldığı					
• Doğum öncesi bakım hizmetini kaç kez nereden aldığı					
• Gebeliklerin sonlanma şekli (Canlı doğum, ölü doğum, kendiliğinden düşük, isteyerek düşük, ektopik gebelik, mol gebelik)					
• Bebek ölümü ve nedenleri					
• Çocuk ölümü ve nedenleri					
• Prematür doğum					
• Postmatür doğum					
• İkiz veya çoğul gebelik					
• Tekrarlayan birinci trimester düşüklere					
• Tekrarlayan ikinci trimester düşüklere					
• Yasal tahliye ve isteyerek düşük ve komplikasyonları					
• Gebelik sırasında yaşanan komplikasyonlar (Kanama, preeklampsi, eklampsi, gestasyonel diabetes, tromboz, emboli)					
• Doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar (Plasentanın erken ayrılması, plasenta previa, makat, transvers ve diğer prezentasyon anomalileri, uzamış					

doğum eylemi, üçüncü derece perine yırtıkları ve masif kanama, plasentanın elle çıkarılması )					
• Doğumun şekli (Normal doğum, sezaryen doğum, forseps veya vakumla müdahaleli doğum)					
• Doğum sonrası dönemde yaşanan komplikasyonlar (Sepsis, kanama, depresyon, meme absesi vb.)					
• Daha önceki canlı doğumlara ait yaşanan komplikasyonlar (Hidrops Fetalis, resüsitasyon veya başka tedavi almış yenidoğan, kromozomal anomali veya malformasyon, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi)					
• Daha önceki canlı doğumlara ait bilgiler (cinsiyeti, doğum ağırlığı, anne sütü alma süresi)					
• Tetanoz toksoid immunizasyon uygulaması					
<b>Mevcut Gebelik Öyküsü:</b>					
Son Adet Tarihi (Son adet ilk günü)					
Adetlerinin düzeni					
Beklenen doğum tarihi					
Gebelik olağan yakınmaları ( Yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemaroid, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, cilt değişiklikleri, mastodini, kolostrum salınımı, ptializm, pika vb...)					
Gebelikte tehlike işaretlerine ait yakınmalar (vajinal kanama, konvülsiyon, baş ağrısı ile beraber görmede bulanıklık, yüksek ateş, karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, yüz, parmak ve bacaklarda şişme, bebek hareketlerinin hissedilmemesi, ciddi güçsüzlük, suların gelmesi)					
Bebek hareketlerinin varlığı ve ne zaman başladığı					
Alışkanlıkların sorgulanması (Sigara, alkol, madde bağımlılığı)					
Kullandığı ilaçlar					

**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ÖĞRENİM REHBERİ**  
**(B) Gebe Muayenesi ve Laboratuvar**

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**  
**Kurs Tarihi**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
Nazik bir şekilde karşılama					
Mahremiyetini sağlama					
Kendini tanıtmaya					
Başvuranın adını öğrenme ve kullanma					
Sözlü/sözsüz iletişim becerilerini kullanma					
Muayene konusunda gerekli bilgiyi verme					
Muayeneye başlamadan hastaya mesanesini boşalttırma					
<b>FİZİK MUAYENE:</b>					
Muayene için gerekli araç-gereçin hazırlanması ve kontrolü					
Elleri yıkama, kurulama					
Gebeyi muayeneye uygun şekilde yatırma					
Boy ve kilo ölçümü					
Kan basıncı ölçümü					
Ciddi anemi bulgularının muayenesi					
Hastalığı gösteren diğer tehlike işaretlerinin muayenesi					
Göğüs ve kalp oskültasyonu					
Diğer sistemik muayenelerin yapılması (Varisler, tromboflebit bulguları vb)					
Vajinal muayene (Birinci izlemde)					
Semptomatik CYBE bulgusu varsa değerlendirilmesi					



<b>Karın Muayenesi:</b>					
Uterusun büyüklük ve şeklini gözleme					
Uterus şeklindeki değişiklikleri gözleme					
Karın duvarı yan kenarlarını gözleme					
Deri değişikliklerini gözleme					
Fetal stetoskop veya el dopleri ile fetal canlılık, fetal kalp atımlarının değerlendirilmesi (Fetal kalp atım hızı ...../dak.)					
1.Leopold manevrası					
2.Leopold manevrası					
3.Leopold manevrası					
4.Leopold manevrası					
Başın pelvis üstünde kalan kısmını (Örneğin:1/5 vb.) değerlendirme					
<b>Risk Değerlendirme Formu kullanılarak izlem şekline karar verme</b>					
<b>LABORATUVAR TESTLERİ</b>					
Gebeye yapılacak testleri açıklama					
Temiz idrar kabı verme					
İdrar numunesi verme tekniğini açıklama					
Tuvaletin yerini gösterme					
Kullanılan idrar tetkiki kitinin kullanma talimatına göre stiği idrara batırarak idrardaki renk değişikliğine bakma					
Mümkünse bakteriüri açısından idrarın mikroskopik incelemesini yapma					
Hemoglobin veya hematokrit bakma					
Kan grubuna bakma					
<b>GEBEYE VERİLECEK İLAÇ DESTEĞİ, TEDAVİLER VE BAĞIŞIKLAMA:</b>					
Hemoglobin değerine göre protokole uygun olarak destek veya tedavi dozunda demir başlama					
Enfeksiyon mevcut ise uygun antibiyotik başlama					
Tetanoz toksoid immünizasyonu (Bağışıklama takvimine uygun olarak)					
<b>GEBE İZLEM FİŞİ KAYITLARINI TAMAMLAMA VE KONTROL ETME</b>					
Gebe izlem fişindeki tüm ayrıntıları kontrol etme, eksik bilgi kalmadığından emin olma					
Randevu kartına bir sonraki izlem tarihini, kuruluşun telefon numarası ve ilgili sağlık personelinin adı ve soyadını yazma					

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Form No: 005

Sıra No : .....  
Muhtarlığı : .....  
Sokağı : .....  
Ev No : .....  
Telefon No : .....

### GEBE – LOHUSA İZLEME FİŞİ

Kurumu : .....  
Sağlık Evi : .....

Düzenlendiği Tarih

...../...../.....

Boy : .....cm

Soyadı : [.....]

Adı : .....

Eşinin Adı : .....

Eşinin Akrabalık D : .....

Doğum Tarihi : .....

Öğrenim Durumu : .....

İşi : .....

Evlenme Yaşı : .....

İlk Gebelik Yaşı : .....

Kaçıncı Gebeliği	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Düşük Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Gebelik Öncesi Annenin Sistemik Hastalığı Varsa Yazınız	Pelvis Durumu	Kan Grubu -Rh	Eşinin Kan Grubu -Rh	Bir Önceki Gebeliğin Sonlanma Tarihi	Bir Önceki Gebeliğin Sonucu, Yeri ve Biçimi	Doğumla İlgili Karar
							Uygun Dar Şüpheli			..... gün ..... ay ..... yıl	Canlı doğum <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/> Yer : ..... Biçim : .....	Sağlık evi, <input type="checkbox"/> Sağlık Ocağında <input type="checkbox"/> Hastanede <input type="checkbox"/>

Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem	Doğum ve Doğan Çocukla İlgili Bilgiler				
	Gebelik Sonucu ve Tarihi	Doğum Nasıl Yapıldı	Doğuma Yardım Eden	Doğan Bebek	Doğuştan Şekil Bozukluğu
RIA <input type="checkbox"/> Hap <input type="checkbox"/> Kondom <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Diğer: .....	Düşük <input type="checkbox"/> Ölü doğum <input type="checkbox"/> Canlı doğum <input type="checkbox"/> ...../...../.....	Spontan <input type="checkbox"/> Vakum <input type="checkbox"/> Sezaryen <input type="checkbox"/> Forseps <input type="checkbox"/> .....	Hastane <input type="checkbox"/> Hekim <input type="checkbox"/> Ebe <input type="checkbox"/> Diğer Sağ. Personeli <input type="checkbox"/> Sağlık Pers. Yardımı <input type="checkbox"/> Olmadan	Cinsiyeti <input type="checkbox"/> Kilosu .....gr. Boy .....cm Geliş Biçimi: .....	Yok <input type="checkbox"/> Var: ..... Notlar: .....

Ebenin Adı Soyadı : .....

Tarih : ...../...../.....

İmzası : .....

Hekimin Adı Soyadı : .....

Tarih : ...../...../.....

İmzası : .....

Risk Durumu : .....

Son Adet Tarihi : .....

Beklenen Doğum Tarihi : .....

Tetanos aşısının 1. Aşı : ..... 4. Aşı : .....

yapıldığı tarihler 2. Aşı : ..... 5. Aşı : .....

3. Aşı : .....

### İZLEME VE ÖĞÜTLER

Tarih	Gebelik Haftası	Ağırlık (Kg)	Kan Basıncı (mmHg)	Ödem	Varis	Nabız /dakika	İdrarda Protein	Hemoglobin %	Çocuk Kalp Sesi (sayı/dak)	Geliş Biçimi	Öğütler (Yan sütunlardaki ağırlık, kan basıncı, hemoglobin vb. normal mi? (Geliş biçimi, Hekime Sevk)	Sonraki İzleme Tarihi	İmza

### LOHUSALIK DÖNEMİ İZLEMESİ

Tarih	Kan Basıncı / mmHg	Nabız/dakika	Ateş	Açıklama, diğer inceleme ve öğütler	İmza

# GEBELİK YAKINMALARI VE DOĞUM ÖNCESİ BAKIM DANIŞMANLIĞI

## AMAÇ:

Doğum öncesi bakım konusunda bilgi ve danışmanlık becerisi kazanmak

## ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Gebeliğe bağlı olağan yakınmalarla ilgili danışmanlık yapabilmeli
2. Gebelikte beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, hijyen ve genel vücut bakımı, cinsel yaşam, ağız ve diş sağlığı, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımını hakkında danışmanlık verebilmeli.
3. Gebelikte tehlike işaretlerini sayabilmeli
4. Travay ve doğum hakkında danışmanlık verebilmeli.
5. Doğumun kim tarafından, nerede yapılacağını planlamasını yapabilmeli
6. Gebelikte emzirme danışmanlığı verebilmeli
7. Doğum sonrası dönem için aile planlaması danışmanlığı verebilmelidir.

Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç olarak kabul edilse de şiddeti ve süresi kadından kadına değişen farklı yakınmalar ve semptomlar meydana gelmektedir. Her gebe bu yakınmaları ve semptomları yaşamasa da gebelikte karşılaşılabileceği bu durumlar ile ilgili ürkütülmeden bilgi sahibi olmalıdır. Bilgilendirmede asıl amaç sağlık kuruluşuna başvuruncaya kadar geçen sürede gebenin hangi önlemleri alabileceğini öğrenmesidir.

## 1. GEBELİĞE BAĞLI OLAĞAN YAKINMALAR

Gebelikte sık görülen yakınmalar ve yapılacaklar konusunda gebeler bilgilendirilmelidir. Bu yakınmalar için ilaç tedavisi çok gerekmedikçe kullanılmamalıdır.

### 1.1 Yorgunluk

Gebeliğin ilk günlerinde en erken yakınma yorgunluk olacaktır. Gebeler, gece çok iyi uyusalar bile gün boyu kendilerini oldukça yorgun hissedebilirler. Bu vücudun daha çok dinlenmeye ihtiyacı olduğu anlamına gelebilir. Hissedilen bu yorgunluk gebeliğin ilerleyen dönemlerinde yerini enerji dolu tam bir iyilik haline bırakacaktır. Kendini yorgun hisseden gebelere, o anda yaptıkları aktiviteye ara vererek dinlenmeleri, gece en az sekiz saat ve eğer mümkünse gündüz kısa süreli uyumaları, kendilerini stresli hissettiklerinde rahatlatan bir aktivite yapmaları önerilmelidir. Gebe sol tarafına dönerek yatmaya çalışmalıdır. Bu yatış pozisyonu büyük kan damarları üzerindeki basıncı kaldırarak bebeğe daha çok oksijen ve besin gitmesini sağlar. Gebenin kan basıncı da yüksek seyrediyorsa bu pozisyonda yatması çok önemlidir.

### 1.2 Bulantı ve Kusma

Sabah hastalığı diye bilinen bulantı ve kusma gebeliklerin %50'sinde 2.-12. haftalar arasında görülür. Çoğunlukla sabahları daha şiddetlidir. Özellikle yemek kokuları ve diğer

kokular bu şikayeti şiddetlendirir. Bazı hamilelerde sadece sabah ile sınırlı kalırken bazılarında gün boyu hatta bazılarında tüm gebelik boyunca devam edebilir. Aşağıda bulantı ve kusmaya karşı alınabilecek önlemler sıralanmıştır:

- Sık sık ama az az yemek yenmelidir (Günlük öğün sayısı 3 ana öğünden 6-8 öğüne çıkarılır).
- Yağlı, acılı ve kızartılmış besinlerden uzak durulmalıdır.
- Nişastalı katı gıdalar (Tost, tuzlu kraker ve bisküviler tahıllı gıdalar vb) yatağın hemen yakınında bulundurulmalıdır. Sabah kalkmadan önce, gece ve gün içerisinde bunlardan atıştırılmalıdır. Karbonatlı içecekler içilmelidir (Gazoz, maden suyu vb)..

Günlük beslenmeye B6 vitamininden zengin gıdalar (Muz, somon, tavuk, hindi, patates, meyve suyu, karpuz, ıspanak, süt, yumurta, kümes hayvanları, siğir, koyun eti, karaciğer) eklenmeli, gerekirse yüksek doz B<sub>6</sub> (Piridoksin) vitamin tabletleri de verilmelidir. Çok ciddi durumlarda kusmayı durdurucu ilaçlar kullanılabilir. Aşırı kusma çoğul gebelik veya molar gebelik işareti olabilir. Aşırı kusma dehidratasyon, ketonüri ve kilo kaybına yol açarak hiperemesis gravidarum tablosunu ortaya çıkarır. Bu durumda damar yolu açılıp, uygun müdahale yapılarak gebe ikinci basamağa sevk edilmelidir.

### 1.3 Sık İdrara Çıkma

Pelvis damarlarındaki genişleme ve hormonlara bağlı olarak mesane fonksiyonlarının değişmesiyle ortaya çıkar. Gebeliğin ileri haftalarında büyümüş uterusun ve önde gelen fetal kısımların basısı mesane kapasitesini azaltarak sık idrara çıkma şikayetini artırır. Disüri veya hematüri görülmesinin normal olmadığı, bir idrar yolu enfeksiyonu bulgusu olabileceği gebelere söylenmeli ve bu durumlarda sağlık kuruluşuna başvurmaları vurgulanmalıdır. Her antenatal izlemde idrar tetkiki yapılmalıdır. Gebelikte asemptomatik bakteriüri normal kadınlara göre daha sıktır (%7).

### 1.4 Baş Dönmesi

Gebeler daha fazla kanın uterus ve bacaklara gitmesi nedeniyle baş dönmesi, sersemlik hissi hatta baygınlık hissi ile gebeliğin herhangi bir döneminde karşılaşabilirler. Bu yakınmayı önlemek için gebeler sol taraflarına yatmalı veya tek bir pozisyonda uzun süre kalmak yerine daha çok hareket etmelidirler.

### 1.5 Varis ve Hemoroid

Gebelikte uterusun arka tarafında yer alan büyük venler üzerindeki basınç kalbe dönüş yolunda kan akışının yavaşlamasına neden olur. Bu bacaklarda varislerin ve anal veya vajen bölgesinde hemoroidlerin oluşmasına yol açar. Varisler cilt yüzeyinin üzerinde kabarık genişlemiş venlerdir. Kıvrımlı veya dışa doğru genişlemiş koyu mavi veya mor renkli olabilirler. Daha çok baldırların arkasında veya bacakların iç kısımlarında görülmekle beraber kasıklardan ayak bileğine kadar her yerde olabilirler. Varisleri önlemek için yapılabilecek birkaç basit öneri aşağıda verilmiştir:

- Sıkı ve lastikli çorap ve çok dar pantolonlar giyilmemelidir.

- Fırsat buldukça ayak ve bacaklar uzatılarak oturulmalı, eğer masa başı bir işte çalışılıyorsa, ayak ve bacakların uzatılabileceği şekilde kitap, ayak taburesi veya kutu koyulmalı, evde dinlenirken bacakların altına yastık, tabure ya da sandalye koyularak ayaklar uzatılmalıdır.

### 1.6 Kabızlık

Uterusun büyümeğe başlaması ile sık sık kabızlık meydana gelir. Lifli gıdalar, yaş ve kuru meyve, yeşil yapraklı sebzeler, baklagiller, kepekli ekmek ve her gün 8 ile 10 bardak su alımı genellikle bu sorunu çözmeye yeterli olacaktır. Kafeinli içeceklerden kaçınılmalıdır çünkü bunlar vücudun daha çok su kaybetmesine neden olduğu gibi kabızlığın sürmesine yol açabilirler.

### 1.7 Mide Yanması

Gebe kadınların üçte ikisinde görülebilir. Hastalara yağlı, acılı yiyecekler almamaları, yemekten hemen sonra yatmak veya eğilmekten kaçınmaları önerilir. Bu önlemler yeterli olmaz ise hastalara antiasitler verilebilir.

### 1.8 Bacaklarda Kramplar

Baldır kaslarında ağırlı spazmlara bağılı olarak ortaya çıkan bacak krampları gebeliğin çeşitli dönemlerinde özellikle gebeliğin son haftalarında gebelerin yaklaşık olarak yarısında gözlenir. Bu yakınmalar özellikle geceleri ortaya çıkar ve mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Tedavide kalsiyum, magnezyum veya sodyum desteği tedavisi denenmiş olmakla birlikte bu destek tedavilerin, magnezyum veya sodyum eksikliği olan gebeler dışında etkin olacağına dair bir kanıt yoktur. Yağsız veya az yağlı süt ve kalsiyumdan zengin gıdalar yoluyla yeterli kalsiyum almaya, alınan prenatal vitaminde de bir miktar kalsiyum bulunmasına dikkat edilmelidir.

Bacaklara masaj uygulanması veya gerilme egzersizleri ağrıyı gidermede sıklıkla yeterli olmaktadır. Eğer çok ani bir kramp olursa ayak, vücuda doğru gerilmelidir. Ilık ısıtılmış bir bez veya ılık ıslak havlu ile bacağıın etrafını sarmak kasın dinlenmesine yardımcı olur.

### 1.9 Nefes Darlığı

Fetüs uterusu büyüdüğüce akciğerler dahil olmak üzere tüm organlar üzerindeki basınç artacaktır. Gebeler bunu soluğunun kesilmesi şeklinde ifade edebilir. Gebe derin ve uzun nefes almaya ve akciğerlerinin genişlemesine olanak sağlayan duruş pozisyonunu uygulamaya çalışmalıdır. Gebe fazladan bir yastık kullanarak ve yan yatarak gece daha rahat soluk alıp verebilir. Sol tarafa dönerek yatılması fetüse besin ve oksijen götüren kan damarları üzerindeki basıncı kaldırır.

### 1.10 Ciltteki Değişiklikler

Gebelik sitriaları, vücutta özellikle kalçalarda, karında, uyluklarda ve memelerde kırmızı-pembe, kırmızımsı kahverengi veya mor renkli derinin gerginleşmesi nedeniyle oluşan ve genellikle gebeliğin ikinci yarısında ortaya çıkan çizgilerdir. Gebe kadınların sadece

yarısında meydana gelir. Krem ve losyonlar cildin nemlenmesine yardımcı olurlar ama gerilim çizgilerinin oluşmasını önlemezler.

Bunların yanında gebeliğin bu döneminde, ciltte başka değişiklikler de olabilir. Meme uçları gebe kalmadan önceki renginden daha koyu bir renktedir ve umblikustan başlayarak aşağıya doğru inen koyu bir çizgi (Linea nigra) oluşabilir. Ayrıca alın, burun veya yanaklarda kahve renkli lekeler görülebilir. Bu cilt değişikliklerine melasma veya kolesma denir. Koyu ten rengine sahip kadınlarda daha sık görülür. Bu değişiklikler hormonların etkisiyle olur ve büyük bir kısmı doğumdan sonra kaybolur veya solar.

### **1.11 Mastodini**

Mastodini yani memelerdeki hassasiyet hormonal etkiye bağlıdır. Memelerde dolaşımın artmasına bağlı olarak büyüme ve venöz damarlarda artış ortaya çıkar. Aksesuar meme dokusu olanlarda bu doku da gebelikte hipertrofiye uğrayarak kitle şeklinde algılanabilir.

### **1.12 Meme Başındaki Glandlarda Belirginleşme (Montgomery tüberkülleri)**

Gebeliğin 6-8. haftasında hormonal etkilere bağlı olarak oluşur.

### **1.13 Kolostrum Salınımı**

Meme başından kolostrum salgınımı 16. haftadan sonra ortaya çıkabilir.

### **1.14 Ptializm**

Aşırı tükürük salgınımı bazı gebelerde gözlenebilir, çok ciddi rahatsızlığa neden olduğu durumlarda 8-15 mg oral Belladona ekstresi günde 4 kez verilebilir.

### **1.15 Pika**

Pika normalde besin olarak kullanılmayan nişasta, tebeşir gibi maddelerin yenilmesidir. Annenin iyi beslenmesini engellediği için zararlıdır. Bu gebelerde çinko eksikliği görülebilir, bu yönden destek tedavisi verilmelidir.

## **2. GEBELİKTE DANIŞMANLIK**

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi için sağlık personeli tarafından aşağıdaki konularda gebelere mümkünse eşi veya aile büyüklerinden biri ile birlikte gereken danışmanlık yapılmalıdır.

Danışmanlık konuları:

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı

- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı, madde kullanımı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Tehlike işaretleri
- Travay ve doğum
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıın planlanması
- Emzirme
- Doğum sonu aile planlaması danışmanlığı

### **Gebelikte Beslenme ve Diyet**

Uygun beslenme, bilgilendirmenin yanı sıra ekonomik, sosyal, kültürel faktörlere de bağlıdır. Annenin beslenme durumu ve şekli anneye her gelişinde sorulacak birkaç soru ile kolaylıkla değerlendirilebilir. İdeal olanı annenin gebelik oluşmadan önceki dönemden itibaren uygun beslenme alışkanlığını kazanmasıdır. Diyetle ilgili öneriler doğru bilgileri içermeli ama anneyi strese sokacak baskıcı bir tutumdan kaçınılmalıdır. Gebelere önerilen diyet, dengeli enerji temini ve yeterli protein desteğini amaçlamalıdır.

Beslenme durumunun değerlendirilmesi: Annenin beslenme alışkanlıkları, Diabetes Mellitus, Chron Hastalığı gibi özel diyet gerektiren tanısı konulmuş bir hastalığı olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Madde bağımlılığı, alkol ve sigara kullanımı yeterli ve dengeli beslenmeyi engelleyebilir.

Annenin belli gıdaları yememesi, yeme bozukluğu olması (anoreksiya nevroza, blumia) öğünleri atlaması veya tıbbi bir dayanağı olmayan diyetler uygulaması beslenme yetersizliklerine yol açabilir.

Vejeteryan diyetle beslenenlerde fetüsün gelişimi için gerekli olan esansiyel aminoasitler, demir ve kompleks lipidlerin alımında yetersizlik ortaya çıkabilir.

Maternal obesite, gestasyonel diyabet, preeklampsi, sezaryen ve zor doğum riskini arttırır. Gebelik öncesi dönemde danışmanlığa başvuran obez hastalarda gebelik öncesi dönemde kilo kaybı önerilmelidir.

Gelir yetersizliği de annenin beslenmesini olumsuz etkileyebilir.

Primigravidlerde önerilen ortalama kilo artışı 12.5 kg'dır. Bu artışın 9 kg'ı fetüs, plasenta, uterusun ve memelerin büyümesi ve fizyolojik su tutulmasına bağlıdır, geri kalanı ise annede yağ deposu olarak saklanır. Aylık kilo alımı 1 kg'ın altında veya 3 kg'ın üstünde olan annelerde diyet ve beslenme alışkanlıkları dikkatle sorgulanmalıdır. Gebelik başlangıcında 45 kg'ın altında olan anneler mutlaka 11-12 kg kilo artışı için bilgilendirilmelidir. Adolesan gebelerde beslenme daha da önemlidir, gelişimini tamamlamamış olan anne hem kendi ihtiyacı olan hem de bebeğin ihtiyacı olan gıda alımını sağlamalıdır. Yetersiz kilo alımı beslenme yetersizliği, annede herhangi bir hastalığın işareti olabilir ve çoğunlukla fundus pubis yüksekliğinin haftasına göre geri olması ve fetal gelişim geriliği ile birlikte seyredir. Gebe ile sağlık personeli mutlaka alması gereken kilonun alt ve üst sınırı hakkında konuşmalıdır.



Vücut kitle indeksi hesaplanarak ideal kilo artışı belirlenebilir.

Vücut Kitle İndeksi (VKİ):  $Ağırlık / Boy^2$

Normal VKİ: 19.8-26 kg/m<sup>2</sup>

Gebelik öncesi VKİ	İdeal Kilo artışı
<19.8 kg/m <sup>2</sup>	12.5-18 kg
26-29 kg/m <sup>2</sup>	7-11.5 kg
> 29 kg/m <sup>2</sup>	6-8 kg

Gebelikte artan kalori ihtiyacı 300 kcal/g, artan protein ihtiyacı ise 5-6g/g'dür. Gebeliğin ikinci yarısında protein gereksinimi 1g/kg yani ortalama olarak günde 80 gramdır. Hayvansal ve bitkisel proteinler arasında yapısal farklar vardır. Hayvansal proteinler vücudun ihtiyacı olan 9 esansiyel amino asidi içerir. Esansiyel aminoasitler vücudun gelişimi ve onarımı için gereklidir. Gebeliğin son ayları ve laktasyonda günlük kalsiyum alımı 1.5 g/G'e çıkarılmalıdır. Annenin günde 2 porsiyon (Su bardağı) süt veya süt türevleri (Yoğurt, muhallebi vs) alması önerilir, gerekirse kalsiyum destek tedavisi verilir.

Gebelikte yıkanmamış meyve ve sebze, pastörize olmayan veya iyi kaynatılmamış süt ve süt ürünleri, çiğ et, çiğ yumurta alımından kaçınılmalıdır. Günlük kafein miktarının 500 mg'ın üstüne çıkması spontan abortus riskini artırır, düşük doğum ağırlığına neden olur, bu nedenle kafein alımı (Kahve ve benzeri) kısıtlanmalıdır.

Vejeteryan gebelerde ve megaloblastik anemisi olanlarda vitamin B<sub>12</sub> destek tedavisi verilir.

Gebelikte normal miktarda tuz alımı sakıncalı değildir.

### **Gebelikte Fiziksel Aktivite ve Çalışma Koşulları**

Sorunsuz bir gebelikte gün içerisinde 1-2 saatlik dinlenme şartıyla orta derecede aktiviteye izin verilir. Ata binme gibi tehlikeli aktiviteler ve aşırı fiziksel yükten kaçınılmalıdır. Gebeler için uygun egzersizler yapılabilir. Gebelikte en uygun egzersiz yürüyüştür. Haftanın birkaç günü 30 dakikalık yürüyüş oldukça ideal bir fizik aktivitedir. Sakin bir iş ortamı olan gebeler rahatlıkla çalışma hayatlarına devam edebilirler. Daha ağır çalışma koşullarında çalışan gebelerin işlerine devam etmelerine, gebenin şartları ve özellikleri göz önünde bulundurularak karar verilmelidir.

Aşırı fizik aktivite annenin oksijen tüketimini arttırır ve kalp rezervi üzerine artmış bir yük getirir; bu durumun uterus kan akımı üzerine etkisi bilinmemektedir.

Yapacağınız fizik aktivite yüksek tansiyon, gebelikte ortaya çıkan diyabet ve başka sağlık problemlerinin ortaya çıkma riskini azaltacaktır. Aynı zamanda düzenli fizik aktivite doğum sonrasında eski sağlıklı kilo ve vücut yapınıza kısa sürede dönmenize yardımcı olacaktır.

Normal gebeliklerde seyahat sakıncalı değildir ama gidilen yerlerde sağlık hizmetine ulaşma ile ilgili güçlükler dikkate alınmalıdır. Spontan abortus veya mevcut gebelikte kanama öyküsü olan hastalarda uzak mesafelere seyahatten kaçınılmalıdır.

Yüzmenin herhangi bir sakıncası yoktur, ama dalmaya izin verilmemelidir.

### **Gebelikte Cinsel Yaşam**

Normal seyrinde bir gebelikte özellikle de ilk iki trimesterde cinsel yaşamla ilgili bir yasaklama getirmeye gerek yoktur. Gebeliğin son dönemlerindeki (32. hafta ve ilerisi) koitus doğumu başlatabilir. Halen kanaması olan veya erken doğum öyküsü bulunan gebelerde cinsel ilişki yasaklanabilir. İlişki sırasında; vajende veya karın bölgesinde ağrı, kanama olması, vajenden bol miktarda amniyotik sıvı gelmesi durumunda gebe hemen en yakın sağlık kuruluşuna başvurmalıdır.

Cinsel yolla bulaşıcı hastalık riski söz konusu ise cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı önerilmelidir.

### **Gebelikte Hijyen ve Genel Vücut Bakımı**

Gebelikte genel hijyen kurallarına uyulmalıdır.

Aşırı sıcak sauna ve banyolar bebeğe zararlı olabileceği gibi bayılmaya neden olarak gebeye de zarar verebilir.

Çok sık köpük banyoları yada parfümlü ürünlerle yapılan banyolar vajen bölgesini tahriş ederek mantar veya idrar yolu enfeksiyonları riskini arttırır.

Vajinal duşlar gebelik süresince önerilmez.

Gebelik süresince vajinal akıntının artması normal olmasına rağmen eğer kaşıntı yanma yoğun miktarda olursa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Bu durum tedavi edilmesi gereken idrar yolu yada mantar enfeksiyonunun habercisi olabilir.

Son trimesterde banyo veya duş sırasında kayma ve düşme riskine karşı anneler uyarılmalıdır.

### **Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı**

Her anne adayı gebe kalmadan önce veya gebeliğin erken dönemlerinde tam bir diş muayenesinden geçmelidir. Gerekli olan tüm müdahaleler önceden planlanmalıdır. Çünkü gebelik süresince acil müdahale gerektiren durumlar risk oluşturabilir. Diş eti enflamasyon ve hastalıkları için mevcut risklerin önceden kontrolü ve tespiti yapılmalıdır.

Gebe kadınların diş ve diş etleri özel bakım gerektirir. Biliyoruz ki diş eti hastalığı yaşayan gebelerin düşük doğum ağırlıklı veya prematür bebek sahibi olma olasılıkları yüksektir. Mikroplar annenin ağızından bebeğe plasenta, amniyotik sıvı ve annenin midesindeki doku katmanları aracılığı ile ulaşır ve bebeği olumsuz etkiler.

Gebelikte dişetlerinde hipertrofi ve kanamalar görülebilir. Üst gingivada epulis oluşabilir ve kendiliğinden nadiren kaybolduğu için diş hekimi tarafından eksize edilmesi gerekebilir. Lokal anestezi altında yapılabilecek basit işlemler gebeliğin herhangi bir döneminde uygulanabilir. Uzun sürecek girişimler ikinci trimesterde gerçekleştirilmelidir. Gebe, diş doktoruna mutlaka gebe olduğunu söylemelidir. Diş abselerinde, romatizmal kalp hastalığı ve mitral valv prolapsusu olanlarda antibiyotikler girişim öncesi verilmelidir.

Günde en az iki kez yumuşak başlı diş fırçası ile dişler fırçalanıp, diş ipi ile temizlenmelidir.

### **Gebelikte Sigara Alışkanlığı**

Sigara içen gebelerde doza bağımlı olarak düşük doğum ağırlıklı bebek görülme riski artar. Ayrıca gebelikte sigara içimi fetal ölüm riskini artırır. Plasenta dekolmanı ve plasenta previya riski de sigara içimine bağlı olarak artar. Gebelere sigara içmemeleri tavsiye edilmeli ve bu konuda desteklenmelidirler. Sigara içmeyi bırakamayan gebeler en azından içilen sigara sayısını azaltmaları yönünde desteklenmelidirler. Bununla birlikte bilinmelidir ki sigaranın gebelik üzerinde yaptığı olumsuz etkiler doza bağımlı değildir.

### **Gebelikte Alkol Alışkanlığı ve Madde Kullanımı**

Kronik alkolik olan annelerin çocuklarında doğum anında yoksunluk sendromu belirtileri gözlenir. Ayrıca kronik alkoliklerde çoğunlukla bu bağımlılığa eşlik eden beslenme bozukluğu tablosu bebek ve anne sağlığını etkiler. Alkol bağımlısı olan annelerin bebeklerinde fetal alkol sendromu gelişir. Bu sendromda gelişme geriliği, yüzde dismorfik gelişim (Mikrosefali ve mikroftalmi), santral sinir sistemi ve diğer bozukluklar gözlenebilir. Gebeliğin 3. trimesterinden önce alkolün bırakılması bile sonuçları olumlu etkiler. Bu nedenle gebeler alkol alışkanlıklarını bırakma yönünde desteklenmelidirler.

Gebelikte eroin, kokain, methadon kullanımında ciddi anomali ve problemler görülebilir. Bu bağımlılıkları olanlar uygun merkezlere tedavi için yönlendirilmelidirler

### **Gebelikte İlaç Kullanımı:**

Gebelikte bazı ilaçların kullanımı teratojeniktir. Gebelikte gereken durumlarda uygun ilaçlar kullanılabilir. Gebeler doktor tavsiyesi olmaksızın ilaç kullanmamalıdır.

### **2.9 Gebelikte Tetanoz Toksoid İmmünizasyonu:**

Tetanoz, ekili toprakta, toz ve gübrede bulunan Clostridium Tetani mikroorganizmasının ürettiği toksinin yol açtığı bakteriyel bir hastalıktır. Bu bakteri bir iğne deliği ya da sıyrık kadar küçük bir yara yerinden vücuda girebilir ve sinir sistemini etkilemeye başlar. Tetanozun yaygın belirtileri baş ağrısı ve çene kitlenmesi olarak da bilinen çene kaslarında sertleşmedir. Bu belirtileri ense sertliği, yutkunmada güçlük, karın kaslarında sertlik, spazmlar, terleme ve ateş takip eder. Çenenin kilitlenmesi çenenin açılmasını ya da yutkunmayı imkansız kılar ve asfiksi/boğulma sonucu ölüme neden olabilir. Tetanoz belirtileri enfeksiyonun alınmasından sonraki 8 gün içinde ortaya çıkar fakat 3. gün ile 3. hafta arasında herhangi bir zamanda da ortaya çıkabilir.

Gelişmekte olan ülkelerde tetanozun en sık görülen şekli göbük kordonunun klempe edildikten sonra kalan kısmının enfekte olmasıyla yeni doğanda ölümlere neden olabilen neonatal tetanozdur. Tetanozun bulaşması, başta gebe kadınlar olmak üzere tüm doğurganlık çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetlerinin yeterli uygulanması ile önlenir. Çünkü annede aşılama sonrası oluşan antikolarlar hem anneyi enfeksiyondan korur hem de plasentadan fetüse geçerek neonatal tetanoza karşı fetüsü korur. Bunun yanısıra temiz ve hijyenik şartlarda bir doğumun sağlanması ve göbük kordonu bakımında iyi uygulamaların teşvik edilmesi yenidoğanın enfekte olma riskini azaltır ve neonatal tetanozu önler. Sağlık Bakanlığı "Maternal Neonatal Tetanoz Programı" çerçevesinde üreme çağındaki kadınların tetanoz toksoidi ile bağışıklamasını sürdürmektedir.

**Primer immünizasyon:**

Gebe tespit edildiğinde, hiç aşısız ise ya da aşılama durumu bilinmiyorsa primer immünizasyona aşağıdaki takvime göre başlanır. İlk iki dozu gebelik sırasında yapılır. Üçüncü doza gebelik sonrası devam edilir. Primer immünizasyon 3 doz Td aşısı uygulanarak sağlanır.

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı
Td 1	Gebeliğin 4. ayında (ya da 4. aydan sonraki ilk karşılaşmada)
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra (Gebelik sonrası)

Bu kadınların doğurganlık çağları boyunca tetanozdan korunmaları için ise aşağıdaki takvime göre 5 doz Td almaları sağlanmalıdır.

**Doğurganlık Çağı (15-49 Yaş) Kadınlar İçin Erişkin Difteri-Tetanoz Aşı Takvimi**

Doz sayısı	Uygulama Zamanı	Korunma Yüzdesi	Koruma süresi
Td1	Gebeliğin 4. ayında (ya da ilk karşılaşmada)	-	yok
Td2	Td1'den en az 4 hafta sonra	% 80	1-3 yıl
Td3	Td2'den en az 6 ay sonra	% 95	5 yıl
Td4	Td3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	%99	10 yıl
Td5	Td4'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	%99	Doğurganlık çağı boyunca

Bu aşı takvimi tamamlanamıyorsa, primer immünizasyonu sağlanan gebelere her gebeliğinde bir doz Td uygulanarak 5'li aşı takvimi tamamlanmalıdır.

Gebe kadına tetanoz aşısı, anneyi ve özellikle yeni doğan bebeği tetanozdan korumak için yapılır.

Td aşı uygulamalarında yeterli koruma için yukarıda açıklanan aralıklara uyulmalıdır.

Daha önce çocukluk ve okul aşılarının tamamını veya bir kaç dozunu aldığından emin olan kadına aşı takvimine göre uygun doz verilecektir.

Rapel dozlar 5-10 yıllık periyodlarla ya da en az 1 yıllık aralıklarla yapılır. 5 doz Td aşısı uygulaması ile doğurganlık çağı boyunca korunma sağlanır.

Gebe Td aşılamalarında hiç aşılanmamış gebelerin primer immünizasyonuna önem verilmelidir.

Td2+ (Td3, Td4, Td5) aşılama oranı düşük, doğumların sağlık personeli yardımı olmadan yapıldığı ve göbek bakımının uygun yapılmadığı bölgeler veya neonatal tetanoz vakası saptanan bölgeler Bakanlığımıza bildirilerek köy mahalle bazında riskli bölge olarak belirlenecektir.

Riskli bölgeler belirlendikten sonra bu bölgelerde tüm 15-49 yaş kadınların yukarıda açıklanan takvimdeki şekilde daha önceki aşılanma durumları sorgulanarak doğurganlık çağı boyunca 5 doz Td almaları "Maternal Neonatal Tetanoz Eliminasyon Programı" kapsamında sağlanacaktır.

## 2.10 Gebelikte Tehlike İşaretleri

Gebelikte meydana gelebilecek tehlike işaretleri konusunda sağlık personeli, her izlemde gebeyi ayrıntılı bir şekilde bilgilendirmelidir. Bu bulgular ortaya çıktığında gebenin ve aile bireylerinin bunları tanınması, hemen sağlık kuruluşuna başvurusu, sağlık kuruluşuna ulaşana kadar neler yapabileceği tek tek anlatılmalıdır. Bunlar ile ilgili bilgilendirme, acil obstetrik bakımda üç gecikme modelindeki birinci gecikme nedeni ile meydana gelen anne ölümlerinin engellenmesini sağlayacaktır.

**AŞAĞIDAKİ BELİRTİLER GÖRÜLÜRSE HANGİ SAATTE OLURSA OLSUN HİÇ ZAMAN KAYBETMEDEN ANNEYİ SAĞLIK KURULUŞUNA GÖTÜRÜNÜZ:**

- Vajinal kanama
- Konvülsiyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
- Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma
- Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
- Ciddi karın ağrısı
- Solunum güçlüğü veya sık solunum
- Suların gelmesi ( Evde doğum yapacak term gebede ebeye haber vermek gerekir.)

**AŞAĞIDAKİ BELİRTİLER OLURSA ANNEYİ EN KISA SÜREDE SAĞLIK KURULUŞUNA GÖTÜRÜNÜZ:**

- Yüksek ateş
- Karın ağrısı
- Yüz, parmak ve bacaklarda şişme
- Annenin kendini kötü hissetmesi ve günlük aktivitelerini gerçekleştirememesi
- Fetal hareketlerin artık hissedilememesi

## 2.11 Travay ve Doğum

Gebenin bu süreç içerisindeki en büyük tedirginliklerinden biri de özellikle ilk gebelik ise, doğum eyleminin evrelerinde, doğuma katılım ve uyumda başarılı olup olamayacaklarıdır.

Doğum belirtilerinin:

- Kanlı sümüksü akıntı
- Her 20 dakika veya daha sık aralıklarla gelen ağrılı kasılmalar
- Suların gelmesi olduğu gebeye öğretilmelidir.

Gebeye izlemleri sırasında özellikle de son izlemde daha fazla olmak üzere travay ve doğum eyleminin nasıl gerçekleşeceği, normal doğum ve sezaryen endikasyonları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır (Bkz."Doğum Eyleminin İzlemi Ve Doğumun Gerçekleştirilmesi" Oturumu").

## 2.12 Doğumun Nerede ve Kim Tarafından Yapılacağına Planlanması

Doğum öncesi dönemde gebe ile birlikte doğumla ilgili ayrıntılar paylaşılmalıdır. Gebenin:

- Doğumu nerede yapmayı düşündüğü,
- Doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna nasıl ulaşılacağı,
- Doğum sonrasında kendisi ve bebeğin bakımı için yardıma gelebilecek kişiler olup olmadığı sorgulanmalıdır.

Tüm gebelere doğumlarını mutlaka sağlık kuruluşlarında yapmaları öğütlenmelidir. Bu mümkün değilse mutlaka sağlık personeli yardımıyla evde doğum yapmaları önerilmeli ve sağlık personeline nasıl ulaşabilecekleri hakkında bilgi verilmelidir. Annenin sağlık kuruluşuna getirilmesinde , doğum ve doğum sonrası dönemde evin ve diğer çocukların bakımı için yardımcı olabilecek kişilerin doğum öncesinde bilinmesinin önemi anne adayına anlatılmalıdır.

Doğumunu sağlık kuruluşunda yapacak gebelerin acil doğum çantasını hazırlaması önerilmelidir. Bu çantada aşağıdakilerin bulunması gerekmektedir:

- Annenin bu gebelikte yapılan muayene ve tetkiklerine ait kayıtlar
- Annenin devamlı kullandığı ilaçların kayıtları
- Anne ve bebek için gerekli çamaşır, giysi ve örtüler
- Anne ve bebek için gerekli ped ve bebek bezleri

Ev doğumu yapacak gebelere yapılması gereken hazırlıklar ile ilgili aşağıdaki bilgilendirme yapılmalıdır:

- Doğumun gerçekleştirileceği temiz, sıcak bir mekan
- Annenin altına serilebilecek temiz bir muşamba örtü
- Bebeği kurulama bezleri
- Doğuma yardımcı personelin elini yıkayabileceği şartlar
- Bebek ve anne için örtüler
- Doğumda sağlık çalışanına yardımcı olabilecek bir kişi
- Ilık temiz su
- Hastanın temizlenmesi ve plasentanın konulması için en az iki plastik kap
- Plasentanın içerisine konulabileceği plastik torba

### **2.13 Emzirme:**

Gebelik döneminde emzirme ile ilgili danışmanlık mutlaka verilmelidir. Her izlemde hatırlatılmalı ve özellikle son izlemde ayrıntılı bir şekilde emzirme danışmanlığı verilmelidir (Bkz."Emzirme ile Bebek Beslenmesi Oturumu").

### **2.14 Doğum Sonrası Aile Planlaması Danışmanlığı**

Doğum öncesi dönem, annenin çocuk sahibi olmakla ilgili düşüncelerinin yoğunlaştığı ve gebeliği sebebiyle sağlık kuruluşlarına ulaştığı bir dönemdir. Bu nedenlerle de doğum sonu aile planlaması danışmanlığının verilmesi için uygun bir dönemdir. Danışmanlık gebenin onayı alınarak eş ile beraber, bu mümkün olmuyorsa bir aile bireyinin katılımıyla yapılmalıdır .

Danışmanlıkta aşağıdaki bilgiler verilmelidir:

- Bebek emzirilemez ise ve korunmadan cinsel ilişkide bulunulursa doğumdan 4 hafta sonra gebe kalınabilir.
- İki doğum arasındaki sürenin en az 2 yıl olması anne ve bebek sağlığı için çok önemlidir. Bunun için de doğum sonrası kullanılacak aile planlaması yöntemine gebelik döneminde karar verilmelidir.

Doğum sonrası kullanılacak aile planlaması yöntemi emzirmeye ve bebeğin sağlığına zararlı olmayacak yöntemler arasından seçilecektir. Gebelerin postpartum aile planlaması yöntem seçimi doğumun yapılacağı yerin planlanmasında önem taşır. Postplasental rahim içi araç uygulanması veya tüp ligasyonu isteyen bir anneye bu uygulamanın yapılabileceği ikinci basamak bir sağlık kuruluşunda doğum yapması önerilmelidir. Postpartum tüp

ligasyonu isteyen gebelere bu işlemin gerçekleştirilmesi için eş onayı da gerekli olduğu anlatılmalı, eşine de danışmanlık vererek doğumun gerçekleştirileceği ve postpartum tüp ligasyonunun yapılacağı üniteye eşi ile birlikte gitmesi ve onay formlarını doldurması hatırlatılmalıdır.

### Emziren ve Emzirmeyen Kadınlarda Kontraseptif Yönteme Başlama

Emziren kadınlarda	Emzirmeyen kadınlarda
<p><b><u>Doğumdan hemen sonra:</u></b>  <u>Kondom</u>  <u>Spermisid</u>  <u>RIA (Doğum hastanede planlanmalı)</u>  <u>Tubal ligasyon (Doğum hastanede planlanmalı)</u>  <u>Vazektomi (Uygun sağlık kuruluşunda)</u></p>	<p><b><u>Doğumdan hemen sonra:</u></b>  <u>Kondom</u>  <u>Spermisid</u>  <u>RIA (Doğum hastanede planlanmalı)</u>  <u>Tubal ligasyon (Doğum hastanede planlanmalı)</u>  <u>Vazektomi (Uygun sağlık kuruluşunda)</u>  <u>Minihap</u>  <u>Progesteron içeren enjeksiyon ve implantlar</u></p>
<p><b>Doğum sonrası 6.hafta:</b>  Progesteron içeren implant ve enjeksiyonlar  Diyafam  Minihap  RIA</p>	<p><b>Doğum sonrası 3. hafta :</b>  Kombine oral kontraseptifler  Diyafam</p>
<p><b>Doğum sonrası 6.ay:</b>  Kombine oral kontraseptifler  Kombine enjektabl</p>	<p><b>Doğum sonrası 6. hafta:</b>  RIA  Tüm yöntemler</p>

Sezaryen olan ve RIA ile korunmak isteyen annelerde RIA operasyon sırasında uygulanmamış ise postpartum 4. haftada uygulanır.

\* Kadında cerrahi sterilizasyon doğum sonrası ilk 7 gün içerisinde uygulanabilir

\*\*Doğum sonrası ilk 48 saat içerisinde RIA uygulanabilir (Bkz."Aile Planlaması Modülü").

### OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

- Hangisi gebelikteki olağan yakınmalardan değildir?
  - Bulantı, kusma
  - Bacaklarda kramplar
  - Kabızlık,
  - Karın ağrısı
- Termde bir gebede aşağıdakilerden hangisi doğum belirtisi değildir ?
  - Suların gelmesi
  - Her 20 dakikada bir ağrılı kasılmaların olması
  - Çocuk hareketlerinin hissedilmemesi
  - Kanlı sümüksü akıntı gelmesi

## KAYNAKLAR:

1. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi, 2004.
2. Up To Date Vol.12 No.2 2004 www.uptodate.com. (800) 998-6374. (781) 237-4788.
3. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, Hofmeyr J. Oxford University Press 2000.
4. Evidence-based Obstetrics. 2nd Edition. Ed. James DK, Mahomed K, Stone P, van Wijngaarden W, Hill LM. Saunders 2003
5. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Ed 2003.



**DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ÖĞRENİM REHBERİ**  
**Danışmanlık**

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve ırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi**

	Uygulama				
	1	2	3	4	5
Nazik bir şekilde karşılama					
Mahremiyetini sağlama					
Kendini tanıtma					
Başvuranın adını öğrenme ve kullanma					
Sözlü/sözsüz iletişim becerilerini kullanma					
<b>Gebeliğe Bağlı Olağan Yakınmalar</b>					
Yorgunluk					
Bulantı ve kusma					
Sık idrara çıkma					
Baş Dönmesi					
Varis ve Hemoroid					
Kabızlık					
Mide Yanması					
Bacaklarda kramplar					
Nefes Darlığı					
Ciltteki değişiklikler					
Mastodini					
Meme başındaki glandlarda belirginleşme (Montgomery tüberkülleri)					
Kolostrum salınımı					
Ptializm					
Pika					

<b>Gebelikte Danışmanlık</b>					
Beslenme ve diyet					
Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları					
Cinsel yaşam					
Hijyen ve genel vücut bakımı					
Ağız ve diş sağlığı					
Sigara alışkanlığı					
Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı					
İlaç kullanımı					
Tetanoz toksoid immünizasyonu					
Tehlike işaretleri					
Travay ve doğum					
Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıının planlanması					
Emzirme					
Doğum sonu aile planlaması danışmanlığı					

## ANEMİNİN TANI VE YÖNETİMİ

### AMAÇ:

Aneminin tanısı ve yönetimi hakkında bilgi kazanmak

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Aneminin tanımını yapabilmeli
2. Güvenli annelik programında aneminin tanı ve tedavisinin önemini açıklayabilmeli
3. Gebelikte anemi tanı yöntemlerini sayabilmeli
4. Anemi sınıflamasını söyleyebilmeli
5. Birinci basamakta anemi tanı ve tedavisi için yapılması gerekenleri sıralayabilmeli
6. Anemik gebelerde sevk kriterlerini söyleyebilmelidir.

Anemi hemoglobin düzeyinin 100 cc kanda 11 gr'dan daha düşük olduğu durumdur. Gebeliğin 2. trimesterinden itibaren plazma hacminin artmasına bağlı olarak hemoglobin düzeyinde hafif bir azalma normal olarak kabul edilmektedir. Buna göre 2. trimesterden itibaren hemoglobin düzeyi 10.5g/100 cc altında kalan gebeler anemik olarak kabul edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü, dünyadaki gebe kadınların yarısından fazlasında anemi olduğunu tahmin etmektedir. Dünyadaki tüm kadınların 1/3'ünden fazlasında da anemi mevcuttur. Bu nedenle anemi kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur. Ciddi anemi anne ölümlerinde 5 kat artışa yol açmaktadır. Anemik annelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara hatta kalp yetmezliği gelişmesi ile maternal mortaliteye yol açabilir. Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini arttırır.

Tüm gebelik boyunca toplam 1000 mg demir (300 mg fetus, 50 mg plasenta, 450 mg artan eritrosit kütlesi, 240 mg annenin devam eden bazal demir kullanımı için) gerekmektedir. İlk trimesterde 0.8 mg olan demir gereksinimi ikinci ve üçüncü trimesterde 6.3 mg'dır. Doğumdan sonra ve laktasyon süresince günlük gereksinim 1.31mg'a iner. Gebelerde demir absorpsiyonu artmaktaysa da diyetle alınan miktar ihtiyacı karşılamaya yetmez. Vücuttaki demir depolarının durumuna göre ekstra demir desteği gerekebilir. Gelişmekte olan ülkelerde kadınların çoğunda beslenme yetersizliği, enfeksiyonlar, sık ve fazla sayıda gebelikler nedeniyle demir depoları çok düşük düzeydedir. Annelere demir desteği yapılmadığı durumlarda demir depolarının gebelik öncesi düzeye gelebilmesi için 2 yıldan fazla bir süre geçmesi gerekmektedir.

Anemi Nedenleri:

1. Demir eksikliği:

Gebelikte fetüsün gereksinimleri ve kan hacminin artması nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Gebelikte özellikle 2. ve 3. trimesterde demir emilimi arttığı halde diyetle alınan demir ihtiyacı karşılamaya yetmez; bu nedenle demir desteği gereklidir.

2. Demir depolarının yetersiz olduğu gelişmekte olan ülkelerde:
  - a. Beslenme düzeyinin yetersizliği
  - b. Sık doğumlar ve düşükler
  - c. Sık enfeksiyonlar ve özellikle paraziter hastalıklar ( Ancylostoma, Necator, malaria) nedeniyle demir depoları boşalmış veya düşük seviyededir
  - d. Barsaklarda emilim bozukluğu.
3. Folat eksikliği diğer bir anemi nedenidir.  
Son yıllarda vitamin A yetmezliğinin de anemi oluşmasında rol oynayabileceği ortaya konulmuştur.

### Gebelikte Anemi Nasıl Saptanır?

#### 1. Öykü:

Öykü alınırken aşağıdaki bilgiler sorgulanmalıdır:

- a) Normal günlük işlerinizi yaparken nefes darlığınız oluyor mu?
- b) Kendinizi halsiz hissediyor musunuz ?
- c) Son doğumunuz ne zamandı?
- d) Sık doğum hikayeniz var mı?
- e) Son gebelikte ciddi bir kanamanız oldu mu?
- f) Son doğumunuzda ciddi bir kanamanız oldu mu?
- g) Son doğumunuzda kan transfüzyonu yapılması gerekti mi ?
- h) Son doğumunuzda plasentanın elle çıkarılması gerekti mi?
- i) Hiç iki yıldan az aralıklı doğum yaptınız mı?

\* Adolesan gebelerde özellikle 16 yaşından önce anemi görülme olasılığı yüksektir.

#### 2.Klinik Bulgular:

Aneminin derecesine göre avuçiçi ve konjunktivalarda solukluktan, istirahat halinde solunum güclüğü ve dakikada >30 solunum sayısına kadar varan bulgular gözlenebilir. Çok ciddi olgularda anemiye bağlı kalp yetmezliği ortaya çıkabilir. Kalp yetmezliğine bağlı olarak; ödem, öksürük, karaciğerde büyüme, boyun venlerinin belirginleşmesi, akciğerlerde raller gibi semptomlar diğer ciddi anemi bulgularına eşlik eder.

#### 3.Laboratuvar Tetkiki:

Gebenin ilk muayenesinde mutlaka kan hemoglobin düzeyine bakılmalıdır. Hemoglobin düzeyinin 11g/dl' nin altında olması anemi olarak adlandırılır.

#### Anemilerin sınıflaması

Belirtiler	Tanı	Tedavi ve Tavsiyeler
Hemoglobin > 11 g/dl, → avuç içi veya konjunktivada solukluk yok	<b>KLİNİK ANEMİ YOK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gebeliğin 4. ayının başlangıcından itibaren 50-60 mg/gün elementer demir preparatı ile gebelik sonlanana kadar demir desteği veriniz.</li> <li>▪ Tedaviye uyum ve diyet için danışmanlık veriniz.</li> </ul>

<p>Hemoglobin 7-11 g/dl veya avuç içi veya konjunktivada solukluk</p>	<p><b>ORTA ŞİDDETTE ANEMİ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 ay demir(100-120 mg/gün)/folat tedavisi veriniz. Tedavinin devamını semptomlara ve hemoglobin değerine göre planlayınız.</li> <li>▪ Gebeyi 4-6 hafta sonra kontrole çağırınız, 4 hafta sonra hemoglobin izleminde en az 1g/dl' lik artış yok ise sevk ediniz.</li> <li>▪ Tedaviye uyum ve diyet için danışmanlık veriniz.</li> </ul>
<p>Hemoglobin &lt; 7 g/dl ve/veya avuç içi veya konjunktivalarda ciddi solukluk veya ciddi soluklukla birlikte aşağıdakilerden en az biri: → 30 solunum/dak → çabuk yorulma istirahatte solunum güçlüğü</p>	<p><b>CİDDİ ANEMİ</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acil sevk ediniz.</li> <li>▪ 2 hafta sonra klinik bulgular, hemoglobin testinin tekrarı ve tedaviye uyum açısından gebeyi kontrole çağırınız.</li> <li>▪ Tedaviye uyum ve diyet için danışmanlık veriniz.</li> <li>▪ 34. haftaya kadar düzelme elde edilmemiş ise doğum planını kan transfüzyonu yapılabilecek bir merkeze göre ayarlayınız.</li> </ul>

Sağlık Bakanlığı "Gebelere Demir Destek" programı çerçevesinde; her gebeye gebeliğin 4. ayının başlangıcından itibaren 50-60 mg/gün elementer demir preparatı başlanmakta ve doğum sonrası dönemde 3. ayın sonuna kadar demir desteği devam etmektedir.

### OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. İlk kez sağlık kuruluşunuza başvuran 26 haftalık bir gebenin konjunktivaları soluk, hemoglobin düzeyi ise 7 g/dl bulunmuştur. Aşağıdaki seçeneklerden hangisi ilk yaklaşım olmamalıdır ?
  - a. Hastaneye sevk
  - b. 3 ay süreyle demir/folat desteği
  - c. 4 hafta demir/folat destek tedavisi sonrası kontrol
  - d. Diyet ve tedaviye uyum için danışmanlık verilmesi
2. 37 haftalık gebeliği mevcut olan hastada sık solunum, halsizlik, istirahat alinde nefes darlığı mevcuttur, Hb değer 5 g/dl bulunmuştur. İlk yaklaşım ne olmalıdır ?
  - a. Doğuma kadar demir/folat verilmesi
  - b. Demirden zengin diyet verilmesi
  - c. Hastaneye sevk
  - d. Doğum sonrasını bekleyerek transfüzyon yapma

## KAYNAKLAR:

1. Güvenli Annelik Programı. Güvenli Annelik Uygulamaları, Çeşitli Düzeyler Yapılması Gerekenler. TC Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
2. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. World Health Organization Geneva.
3. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO/FHE/MSM/94.11 1994.
4. Foundation Module: The midwife in the community. Education material for teachers of midwifery. WHO/FRH/MSM/96.1 1996.
5. Postpartum care of the Mother and Newborn: a practical guide. WHO/RHT/MSM/98.3 1998.
6. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 2000.
7. Evidence-based Obstetrics Ed. James DK, Mahomed K, Stone P, van Wijngaarden W, Hill LM. Saunders Elsevier Science Limited 2003.

## DÜŞÜKLERİN YÖNETİMİ

### AMAÇ:

Düşüklerin yönetimi hakkında bilgi kazanmak

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. İsteğe bağlı düşüklerde yasal düzenlemeleri sayabilmeli
2. İsteğe bağlı düşüklerde yaklaşımı açıklayabilmeli
3. Kendiliğinden düşük tanımı ve sınıflamasını açıklayabilmeli
4. Düşüklerde ayırıcı tanı ve klinik yaklaşımı açıklayabilmeli
5. Birinci basamakta düşüklere yaklaşımı sıralayabilmeli
6. Düşük komplikasyonlarını ve şok yönetimini sıralayabilmeli
7. Düşük sonrası bakımı açıklayabilmelidir.

İsteyerek düşükler istenmeyen gebeliklerin sonlandırılmasıdır. Gebeliğinin sonlandırılması için gelen tüm kadınlara gebelik sonlandırma yöntemleri, yasal zorunluluklar, aile planlaması konularını içeren danışmanlık verilmelidir.

1983 yılında kabul edilen 2827 sayılı Nüfus Planlaması Yasası, 10 haftaya kadar olan gebeliklerin isteğe bağlı olarak sonlandırılmasına izin vermektedir. Gebelik sonlandırılması bir aile planlaması yöntemi değildir ancak planlanmamış gebeliklerin, eşlerin isteği ve rızası üzerine 8 haftaya kadar olan gebeliklerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı nezaretinde sertifikalı hekimler tarafından AÇS/AP Merkezlerinde veya 10 haftaya kadar olan gebeliklerde hastanelerde yetkili hekim tarafından sonlandırılabilir. Gebelik sonlandırmadan önce yasal tahliyeler için geliştirilmiş rıza formu açıklandıktan sonra evli ise eşi ile birlikte değilse kendisine (18 yaş üstündeki kişilerde) imzalatılması yasal zorunluluktur. Daha büyük gebeliklerin sonlandırılması ancak anne ve/veya bebeğin hayati tehlikesi konusunda bir uzmanın vereceği rapor ile mümkün olabilir. Gebenin yaşı 18'in altında ise veya 18 yaş üstü ama cezai ehliyeti yoksa tayin edilmiş velisinin talep ve rızası yeterlidir.

Hangi koşullarda olursa olsun, istenmeyen gebeliğin, gebelik oluşmadan önlenmesi, bunun için aile planlaması hizmetlerinin ulaşılabilirliğinin artırılmasına çalışılmalıdır. Bu nedenle istenmeyen düşük için başvuran kadınlara psikolojik destek sağlanması ve danışmanlık verilmesi şarttır (Bkz. Aile Planlaması Modülü).

İsteğe bağlı düşüklerde gebeliğin sonlandırılması cerrahi veya medikal yöntemlerle yapılabilir.

**Cerrahi Yöntemler:** Dünya Sağlık Örgütü gebelik tahliyesinde cerrahi yöntem olarak manuel vakum aspirasyonu (MVA), Karman Aspiratörü (MR) ve elektrikli vakum aspirasyonu önermektedir. Türkiye'de medikal yöntemler henüz uygulamaya girmemiştir. Birinci Basamakta isteyerek düşük için başvuran gebelere mutlaka sunulması gereken hizmetler:

- Gebeliğin güvenli biçimde sonlandırılması için kadına sonlandırma yöntemi, işlemin yapılacağı ünite, gerekli yasal zorunluklar (Eş rızası) düşük sonu aile

**Not:** 2009/5 Acil Obstetrik Bakım Protokolünde bulunan vajinal kanama yöntemine uygun yapılmalıdır.

planlaması yöntemlerini içeren danışmanlık hizmeti ve psikolojik destek verilmeli,

- Gebenin muayenesi yapıldıktan sonra, kuruluştaki yasal tahliye hizmeti sunulmuyorsa, yasal sınırlar içindeki gebeliğin sonlandırılması için sevk işlemleri yapılmalı,
- Gebeliğin sonlandırılmadığı (Gebelik haftasının 10 haftanın üzerinde olması, eşlerin yasal tahliye konusunda anlaşmazlığa düşmesi vb) durumlarda, gebenin riskli grupta değerlendirilmesi ve buna göre izlenmesi yapılmalıdır.

**Kendiliğinden Düşük Tanımı ve Sınıflaması:** Kendiliğinden düşük; gebeliğin 22. haftanın tamamlanmasından önce sona ermesidir. Dışarıda yaşama şansı olmayan 500 gramın altındaki fetüsün kaybı anlamına gelmektedir.

Kendiliğinden düşükler klinik olarak gebelik tanısı almış hastaların %15'inde ortaya çıkar. Tüm kendiliğinden düşüklerin %80'i 12. gebelik haftasından önce görülür.

**1. Düşük tehdidi:** 22. gebelik haftasının tamamlanmasından önce uterus kasılmaları ile birlikte veya yalnız uterin kanama olmasıdır. Serviks açılmamış ve gebelik materyali dışarı atılmamıştır.

**2. Tam düşük:** Tüm gebelik ürünü atılmıştır, tam olmayan düşükte ise gebelik ürünleri kısmen atılmıştır.

**3. Önlenebilen düşük:** Serviks açılmış ama gebelik materyali henüz atılmamıştır.

**4. Missed abortus:** Embriyo veya fetusun öldüğü ama uterusdan atılmadığı durumları tanımlar.

**5. Septik abortus:** Düşük olayına uterus ve bazen de çevresindeki dokulara ait enfeksiyonun eklenmesidir. Genellikle sağlıklı olmayan koşullarda gebeliğin sonlandırılmaya çalışılmasına bağlı olarak gelişir. Sepsis gelişmesi riski taşır.

**6. Tekrarlayan düşükler:** 22. gebelik haftası tamamlanmadan önce 3 veya daha fazla birbirini izleyen düşük olmasıdır. Bu hastalar düşük nedenlerinin araştırılması için ikinci aşamada sağlık kuruluşlarına sevk edilmelidirler.

**Üreme çağındaki kadınlarda, aşağıdaki yakınmalardan en az ikisinin görülmesi, düşük şüphesi uyandırmalıdır:**

- Vajinal kanama,
- Kramplar ve karın alt kısmında ağrı,
- Amenore öyküsü (Bir aydan uzun süredir adet görmeme)

**Başvuranın İlk Değerlendirmesi:**

**Düşük Tanısının Konulması:**

<b>Öykü:</b>	<b>Aşağıdakileri sorun ve edindiğiniz bilgiyi kaydedin:</b> Amenore (Bir aydan uzun süredir adet görmeme) Son adet tarihinden bu yana geçen süre Kanama (Süresi ve miktarı) Kramplar (Süresi ve şiddeti), Abdominal veya omuzlara vuran ağrı, İlaç alerjisi
--------------	---



<b>Genel Fizik Muayene:</b>	<p>Hayati bulguların kontrolü: Vücut ısısı, Nabız, Solunum, Kan basıncı</p> <p>Genel sağlık durumunun kontrolü: Beslenme durumu, Anemik görünüm, Kalp akciğer bulguları. Ekstremiteler (Ödem, diğer)</p> <p>Karın muayenesi: Distansiyon ve sertlik, Ağrı ve hassasiyet,</p> <p>Pelvik Muayene: Kanama miktarını takip. Kötü kokulu akıntı</p>
-----------------------------	--

**DİKKAT:** Karında rebaunt hassasiyet kontrolü için, elinizle karın duvarına bastırın. Sonra hızla elinizi çekin, yaptığınız baskıyı kaldırın. Elin geri çekilmesi ağrıya sebep oluyor veya şiddetini artırıyorsa, rebaunt hassasiyeti vardır. Bu bulgu peritonit belirtisi olabilir.

**Gebeliğin ilk yarısında görülen kanamalarda ayırıcı tanıda:**

1. DÜŞÜK
2. GESTASYONEL TROFOBLASTİK HASTALIKLAR (Mol hidatiform vb)
3. DIŞ GEBELİK

akla gelmelidir, gebe mutlaka ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

**DİKKAT:** Gebelik, adet düzeni ve kontraseptif kullanma öyküsü ne olursa olsun, kadının kendisi gebelikten şüphelenmiyor olsa bile düşük yapıyor olma ihtimali göz önünde bulundurulur.

**Gebeliğin İlk Yarısında Görülen Kanamaların Ayırıcı Tanıları**

Tipik olarak bulunan semptom ve bulgular	Bazen bulunan semptom ve bulgular	Muhtemel Tanı
Hafif kanama Kapalı serviks Uterus beklenen büyüklükte	Kramp tarzında ağrı Alt karın ağrısı Uterus yumuşak	Düşük tehdidi
Hafif kanama Karın ağrısı Kapalı serviks Uterus normal veya normalden az büyük Uterus normalden yumuşak	Baygınlık Hassas adneksiyel kitle Amenore Serviks hareketleri ağrılı	Dış Gebelik
Hafif kanama Kapalı serviks	Hafif kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü	Tam düşük

Uterus beklenenden küçük Uterus normalden yumuşak		
Şiddetli kanama Dilate serviks Uterus beklenen büyüklükte	Kramp/alt karın ağrısı Parça düşürme öyküsü yok	Önlenemeyen düşük
Şiddetli kanama Dilate serviks Uterus beklenenden küçük	Kramp/alt karın ağrısı Kısmi parça düşürme	Tam olmayan düşük
Şiddetli kanama Dilate serviks Uterus beklenenden büyük olabilir Uterus normalden yumuşak Üzüm benzeri parça düşürme	Bulantı/kusma Kendiliğinden düşük Kramp/alt karın ağrısı Over kisti Erken başlayan preeklampsi Fetusa ait bulgu yok	Molar gebelik

### **MOL HİDATİFORM.**

Plasenta villuslarının hidropik ve trofoblastik elemanlar ile çok hızlı çoğalarak dejenerasyonu halidir. Uterus beklenen gebelik ayından daha büyük olabilir, vajinal kanama vardır, üzüm taneleri şeklinde parçacıkların düşmesi tipik bulgusudur.

#### ***Yapılacak müdahaleler:***

Hayati bulgular (Vücut ısısı, nabız, solunum, kan basıncı) kontrol altında tutularak, derhal kas içine uterotonik ilaç yapılarak hasta ikinci basamak sağlık kuruluşuna acil olarak sevk edilir.

### **DIŞ (EKTOPİK) GEBELİK:**

Dölllenmiş yumurtanın (Fertilize ovumun) uterus kavitesi dışında yerleşmesi ve gelişmesidir. Bu durum anne ve bebek için son derece tehlikelidir. fertilize ovumun anormal yerleşimi sıklıkla tüplerde olur ve kısa bir süre sonra tüpün yırtılmasıyla oluşan karın içine kanama ve buna bağlı belirtiler ile kendini gösterir.

Gebelik testi (+) veya (-) olabilir. Tek taraflı kasık ağrısı , hafif vajinal kanama olabilir.

#### **Rüptüre olmuş dış gebelik belirtileri:**

Ani başlangıçlı, tek taraflı ve kramp tarzı kasık ağrısı,

Karında şişkinlik

Rebaund hassasiyet

Solukluk

İç kanama belirtileri (Bayılma, soluk, nemli ve soğuk deri, düşük hipotansiyon, hipovolemi, hızlı zayıf nabız "110/dk. Üstünde", nefes darlığı),

Omuz ağrısı.

#### ***Yapılacak müdahaleler:***

Hayati bulgular (Vücut ısısı, nabız, solunum, kan basıncı) kontrol altında tutularak, şoka karşı önlem alınır ve hasta cerrahi koşulların uygun olduğu ikinci basamak sağlık kuruluşuna acil olarak sevk edilir.

Düşük komplikasyonları, dünyada genel olarak anne ölümlerinin yaklaşık % 13 ünden sorumludur. Bu saptamaya göre dünyada yılda yalnız düşüklere bağlı komplikasyonlar ile 70.000 kadın kaybedilmektedir. Düşüğe bağlı anne ölümlerinin önlenmesi, en uçta hizmet veren kırsal sağlık biriminden, en gelişmiş üçüncü basamak sağlık kuruluşuna kadar, bütün sağlık kuruluşlarının sürekli olarak üzerine düşen hizmetleri vermesi ile mümkün olur. Diğer bir deyişle, acil müdahalelerin birinci basamaktan başlaması, bu amacın başarılmasında esastır. En önemli komplikasyonlara yönelik hayat kurtarıcı önlemler birinci basamakta alınmalı ve sevk zincirindeki diğer merkezlerdeki hizmetler bunun üzerine kurulmalıdır.

Birinci basamakta verilen hizmetler sıklıkla, kadının durumunu değerlendirmek, stabilize etmek için gerekli önlemleri almak, şok açısından tedaviye başlama ve serviksten çıkmakta olan düşük materyalinin boşaltılmasını sağlamak gibi temel ve nispeten basit işlemlerdir. Personelin bu konuda bilgi sahibi olması, hastayı sevk için hazırlayabilmesi ve uygun şekilde nakil edilmesini sağlayabilmesi birinci basamak hizmet biriminin başlıca görevleridir.

İkinci basamak sağlık kuruluşlarının, düşük ve komplikasyonların çözümü için daha geniş çerçevede müdahale etme sorumluluğu vardır.

#### **Sağlık Kuruluşlarının ve Personelinin Düzeyine Göre DÜŞÜKLER İçin Yapılacak Acil Müdahaleler:**

<u>Hizmet Düzeyi</u>	<u>Personel</u>	<u>Yapılabilecek Müdahale</u>
<b>Birinci Basamak</b> Sağlık Evi Sağlık Ocağı AÇSAP Merkezi	Hekim, Hemşire, Ebe Sağlık Memuru	-Düşük ve komplikasyonlarını tanıma, -Temel muayeneler ile hastanın hayati bulgularının ve genel durumunun ilk değerlendirilmesi, -Düşük safhasının belirlenmesi, -Yaşam destek becerileri ve sevk için hazırlama, -Antibiyotik tedavisi
<b>İkinci Basamak</b>	Uzman Hekim, Pratisyen Hekim, Hemşire, Ebe	-Düşük ve komplikasyonlarını tanıma, -Hastanın hayati bulgularının ve genel durumunun değerlendirilmesi, -Düşük safhasının belirlenmesi, -Yaşam destek becerileri -Gerekli ilaç (oksitosik, ağrı kesici vb.)tedavisi -Uterusun boşaltılması, KOMPLİKASYONLARIN belirlenmesi ve uygun tedavisi. ✓ ,Şok ✓ Şiddetli Kanama ✓ Sepsis ✓ Diğer.

### **Düşük için Birinci Basamakta Yapılacaklar:**

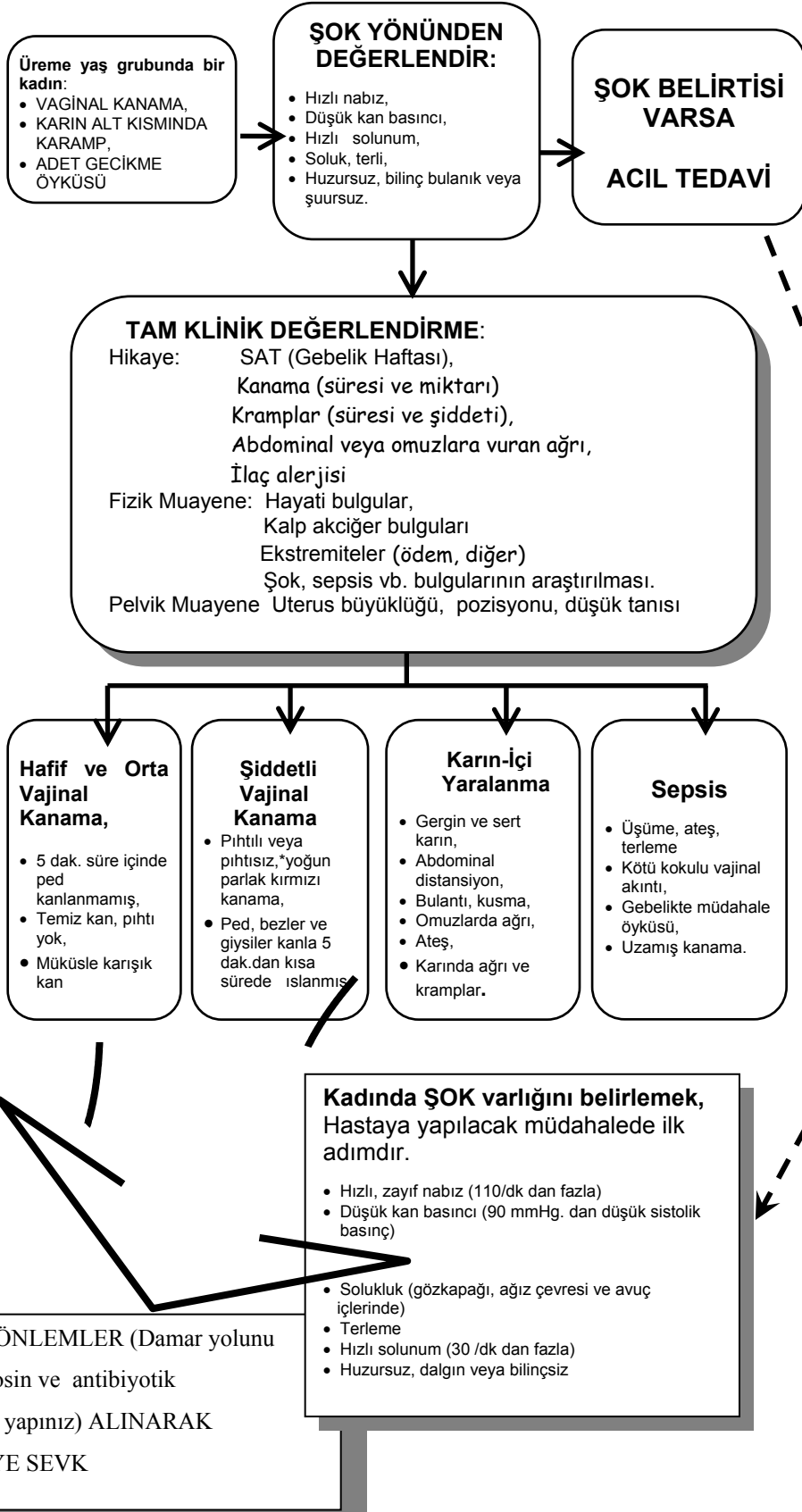
- Kadının hayati bulguları ve genel durumu yakından izlenir.
- Düşük ve komplikasyonlarının uygun biçimde tedavi edilebileceği sağlık kurumuna sevk için gerekli hazırlıkları yapılır ve en kısa zamanda sevki gerçekleştirilir.
- Hastaya durumu hakkında ve gideceği sağlık kuruluşunda yapılacaklar hakkında gerekli bilgiler verilir

### **En önemli düşük komplikasyonları:**

- a. Şok,
- b. Şiddetli kanama,
- c. Sepsisdir.

Şokda ilk değerlendirme ve acil yaklaşım çok önemlidir (Bkz. "Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu").

# DÜŞÜK YAPAN KADINDA İLK DEĞERLENDİRME



#### Düşük Sonrası Yaklaşımında :

1. Rh tayini ve gerekirse immunoglobulin D yapılması
2. Septik koşullarda tetanoz toksoid aşılması ve antibiyotik kullanımı
3. Hasta ve eşine psikolojik destek,
4. Hastaya postabortif dönemde gerekiyorsa antibiyotik kullanımı, yatak istirahati, hijyen ve normal yaşamına dönüş süreci ile ilgili bilgiler verme
5. Düşük sonrası aile planlaması danışmanlığı (Bkz. Aile planlaması Modülü) verme
6. Aneminin giderilmesi
7. İleride gebelik isteniyorsa gebelik öncesi danışmanlık için çağırılması
8. Düşük sonrası tehlike işaretleri çıktığında sağlık kuruluşuna gelmesinin söylenmesi gereklidir.

#### Düşük Sonrası Öneriler :

Hastaya,

- a. Kanaması sona erinceye kadar yatak istirahati
- b. Perinesini günlük olarak yıkaması ve her 4-6 saatte bir pedini değiştirmesi
- c. Kanaması sona erinceye kadar cinsel ilişkiden kaçınması
- d. CYBE riski varsa ilişkide kondom kullanması SÖYLENİR.

#### Düşük sonrası dönemde tehlike işaretleri:

- Kanamanın artması
- Kanamanın 2 günden fazla sürmesi
- Kötü kokulu akıntı gelmesi
- Karın ağrısı
- Ateş, halsizlik
- Başdönmesi, bayılma

#### Postabortif Aile Planlaması Seçenekleri

Düşükten 2-4 hafta sonra doğurganlık geri döner.

Birinci trimester düşüklerinde:

- Komplike olmayan düşüklerde (İstemli veya kendiliğinden düşük) kadına tüm yöntemler önerilebilir (Sadece diyafram kullanımı için 4-6 hafta beklenmelidir).
- Komplike olan düşüklerde enfeksiyon varsa rahimiçi araç uygulamaları ve tüp ligasyonu işlemleri enfeksiyon tedavisinin tamamlanması için ertelenmelidir. Kan kaybını arttıracak yöntemlerden kaçınılmalıdır.

İkinci trimester düşüklerinde:

- Komplike olmayan düşüklerde kadına tüm yöntemler önerilebilir. (Sadece diyafram kullanımı için 4-6 hafta beklenmelidir)
- Komplike olan düşüklerde rahim içi araç, bariyer yöntem ve tubal ligasyon yöntemlerinin uygulanması için beklenmelidir.

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Vajinal kanama ile kliniğimize başvuran gebenin muayenesinde servikal açıklık yok, uterus beklenen büyüklüktedir. Ön tanımız aşağıdakilerden hangisi kesinlikle olamaz?
  - a. Düşük tehdidi
  - b. Tam (Komplet) abortus
  - c. Missed abortus
  - d. Mol hidatiform
2. Vajinal kanama şikayeti ile gelen, karında hassasiyet, hipotansiyon ve taşikardisi olan, uterus normal büyüklükte ama gebelik testi + bulunan olguda ilk düşünülmeli gereken nedir?
  - a. Düşük tehdidi
  - b. Missed abortion
  - c. Komplet abortus
  - d. Dış gebelik

## KAYNAKLAR

1. Doğum Hekimliği; Maternal-Fetal Tıp'ta Etik ve Yasal Boyut. Ders Kiatbı Ed.MS Beksaç, ŞA Öcal, İ.Katoğlu, Z.Şenocak, MA Şuğle. Medikal Network. 2004.
2. Hekimler İçin Acil Obstetri Rehberi. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
3. Güvenli Annelik Programı. Güvenli Annelik Uygulamaları, Çeşitli Düzeyler Yapılması Gerekenler. TC Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
4. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. World Health Organization Geneva.
5. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO/FHE/MSM/94.11 1994.
6. Foundation Module: The midwife in the community. Education material for teachers of midwifery. WHO/FRH/MSM/96.1 1996.
7. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 2000.
8. Evidence-based Obstetrics Ed. James DK, Mahomed K, Stone P, van Wijngaarden W, Hill LM. Saunders Elsevier Science Limited 2003.
9. Güvenli Annelik Programı. Düşük Komplikasyonlarında Klinik Yaklaşım Rehberi. TC Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNFPA Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
10. 10-Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Ed 2003.

# DOĞUM EYLEMİNİN İZLEMİ VE DOĞUMUN GERÇEKLEŞTİRİLMESİ

## AMAÇ:

Doğum eyleminin izlenmesi ve doğumun gerçekleştirilmesi konusunda bilgi ve beceri kazanmak

## ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar:

1. Doğum eyleminin evrelerini sayabilmeli
2. Doğum eylemi başlamadan önce gebede meydana gelen değişiklikleri sayabilmeli
3. Eylemde bir gebenin ilk değerlendirilmesinin nasıl yapılacağını açıklayabilmeli
4. Doğum eyleminin birinci evresinde gebe izlemine açıklayabilmeli
5. İkinci evrenin başladığını gösteren belirti ve bulguları sayabilmeli
6. İkinci evrede doğum eylemi takibini açıklayabilmeli
7. Doğumun gerçekleşeceği ortamın özelliklerini ve gerekli malzemeleri sayabilmeli
8. Vajinal doğumun gerçekleştirilmesini maket üzerinde gösterebilmeli

## 1. NORMAL DOĞUM ve EVRELERİ

Doğum eylemi; uterus kontraksiyonlarının başlamasına bağlı olarak serviksin silinme ve açılması ile gebelik ürünlerinin vajen yoluyla atılması olarak tanımlanır. Doğum ise fetüs ve plasentanın atılmasıdır. Doğum eylemi 4 evrede gerçekleşir.

**1. Evre:** Doğum eyleminin başlamasından serviksin tam olarak açılmasına kadar geçen süredir. Bu evrede servikal açıklık, silinme ve bebeğin başının inişi izlenir. Bu evre latent faz ve aktif faz olarak ikiye ayrılır. Latent faz düzenli uterus kasılmaları ile başlar, serviksin açılmaya başlamasına yani aktif faza kadar devam eder. Latent faz nulliparlarda ortalama 6 saat, multiparlarda 4 saattir. Latent fazın nulliparda 20 saat, multiparda 14 saat üzerine çıkması durumunda uzamış latent fazdan bahsedilir. Aktif faz primiparlarda 6-18 saat, multiparlarda ise 2-10 saat sürebilir. Aktif fazda serviksin açılma hızı ilk gebeliklerde 1.2 cm/saat, diğer gebeliklerde ise 1.5cm/saattir.

**2. Evre:** Serviksin tam olarak açılmasından (10 cm), bebeğin doğumunun gerçekleşmesine kadar geçen süredir. İkinci evre primiparlarda 30 dakika ile 3 saat , multiparlarda ise 5-30 dakika arasında değişir. Bu evrede önde gelen kısmın iniş, fleksiyon, rotasyonu gerçekleşecektir.

**3. Evre:** Bebeğin doğumundan plasentanın doğumuna kadar geçen süredir. Üçüncü evre ise tüm gebeliklerde 0-30 dakika arasında değişir.

**4. Evre:** Plasentanın doğumundan iki saat sonrasına kadar olan dönemdir. Bu dönemde lohusanın vital bulgular, kanama ve involusyon takibi ile bebeğin yenidoğan bakımının yapıldığı süredir.

## 2.DOĞUM EYLEMİNİN BAŞLANGICINDAN ÖNCE GELİŞEN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER:

Bebeğin başının pelvise yerleşmesi ilk gebeliklerde doğumdan 2 hafta önce gerçekleşir. Multipar gebelerde ise doğum eylemi başlangıcına kadar yerleşme gerçekleşmez. Bebeğin başının inmesi ile birlikte gebeliğin son döneminde karnın üst kısmında diyafram altındaki



artmış basınca bağlı olarak ortaya çıkan mide yanması, nefes darlığı gibi belirtiler azalır. Buna karşılık pelvik ağrılar ve idrara gitme sıklığında artış ortaya çıkar.

Gebeliğin son 4-8 haftasında düzensiz, ağrısız uterus kasılmaları başlar ve giderek sıklığı artar. Bu kasılmalara Braxton-Hicks kontraksiyonları denir. Bu kasılmaların gerçek preterm eylemden ayırt edilmesi gerekir, çünkü bu kasılmalara servikal değişiklikler eşlik etmez ve yalancı doğum ağrıları olarak da adlandırılabilirler.

Doğumun başlamasından 4-8 hafta önce serviks yumuşamaya, silinmeye ve açılmaya başlar. Bu değişiklikler multipar kadınlarda daha belirgin iken, nulliparlarda serviks sert ve kapalıdır. Serviksin incilmesi ile birlikte servikal kanalı tıkayan mukus tıkaç atılır. Bu kanla karışık olan mukusun atılması doğumun başlangıcına işaret eder ve halk arasında nişan gelmesi olarak adlandırılır.

Gerçek doğum eyleminde yalancı eylemin tersine;

- Kontraksiyonlar düzenli aralıklarla gelir,
- Kontraksiyonların şiddeti ve sıklığı giderek artar
- Serviks dilate olmaya başlar
- Hastanın ağrısı sedasyonla durmaz.

Ağrıların şiddeti; kontraksiyonların şiddetine, bebekle pelvisin uyumuna, annenin ağrı eşiğine ve annenin duygusal durumuna bağlıdır. Bazı kadınlarda buna alt karına yayılan sırt ve bel ağrısı da eşlik eder. Ağrıların şiddeti giderek artar. Serviksin açılmaya başlaması ve perinenin gerilmesi de doğumun ilerleyen aşamalarına gebede ağrı ve rahatsızlığa neden olur.

### **3.EYLEMDE BİR GEBENİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİ**

**İlk kayıt ve muayene:**

#### **3.1 Kayıt**

Doğum eylemi için başvuran bir kadında aşağıdakiler değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir:

- Tıbbi ve Obstetrik Öykü
- Kan grubu
- Antenatal bakım ve tetanoz toksoid immünizasyonunun öyküsü
- Kontraksiyonların başlangıcı ve sıklığı
- Sularının gelip gelmediği, gelmişse tarih ve saati
- Kanama öyküsü
- Bebek hareketlerinin varlığı, hissedilmiyorsa ne zamandan beri hissedilmediği
- Alerji veya ilaç kullanımı
- En son ne zaman sıvı veya besin aldığı

#### **3.2 Fizik Muayene:**

- Gebenin vital bulgularına bakılır (Tansiyon, nabız, vücut ısısı)
- Leopold manevralarıyla önde gelen kısım değerlendirilir (Bkz. "Doğum Öncesi Bakımda Öykü Alma, Muayene ve Kayıt Oturumu").

Vajinal muayene ile :

- Servikal açıklık ve silinme, gelen kısım ve gelen kısmın seviyesi değerlendirilir.
- Genel olarak pelvis yapısı değerlendirilir.

- Amniotik zarının bütünlüğüne ve amniyotik sıvı geliyorsa miktarı, rengi ve kokusuna bakılır<sup>1</sup> Şüpheli durumlarda sularının gelip gelmediği ayırtetmek için hidralazin testi (Turnusol kağıdı) ile yapılır. Membran açılmışsa turnusal kağıdı pembeden mora dönüşür.
- Kanaması olanlar veya plasenta previa tanısı almış olan hastalarda vajinal muayene uygulanmamalıdır.
- Kontraksiyonların sıklığına bakılır.
- Bebek kalp atımları kontraksiyondan hemen sonra bir dakika süreyle dinlenir ve bir dakikadaki atım sayılır.

Bu muayene bulguları gebenin kabul edildiği saat yazılarak kayıt edilir.

### 3.3 Laboratuvar Testleri

- Daha önce bakılmamış ise kan grubuna bakılır (Varsa kayıtlar kontrol edilir).
- Hemoglobin, hematokrit bakılır.
- Stik ile idrar tahlili yapılır.

Yapılan tetkik sonuçları kaydedilir.

Doğum eyleminin çok ilerlediği olgularda bu tetkiklerin doğumdan önce yapılması mümkün olmayabilir. Bu durumda doğum sonrasında hastanın kan grubundan emin olmalıyız ve hemoglobin ve hematokrit ölçümünü yapmalıyız. Rh-rh uyumsuzluğunda bebek kan grubuna bakılır, bebeğin Rh(+) olduğu durumlarda anneye 72 saat içerisinde Rheogam yapılmalıdır.

Gebenin ilk kabulü ve muayenesinden başlayarak sağlık kuruluşunda geçirdiği süreçte sağlık çalışanları yapılan muayene bulgularını, izlem şeklini, izlem bulgularını gebe ile paylaşmalı, gebe ve ailesine psikolojik destek vermelidir. Doğum izleminin yapılacağı mekanda, uygun ısıda, rahat hijyenik bir ortam oluşturulmalı, annenin isteklerine saygılı olmalıdır. Her muayeneden önce sağlık çalışanı ellerini yıkamalıdır. Muayene öncesi gebeye yapılacak işlem açıklanmalı, onun onayı ile vulva ve perine antiseptik solüsyonlarla silindikten sonra muayene gerçekleştirilmelidir. İzlem boyunca ortaya çıkan tıbbi atıklar, tıbbi atıkların depolanması ve nakli için belirtilen kurallar çerçevesinde sık sık, doğumun gerçekleşmesi beklenmeden ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.

## 4. DOĞUM EYLEMİNİN İZLEMİ:

### 4.1 Doğum Eyleminin 1. Evresi:

#### A-İzlem:

- **Vital bulgular** (Kan basıncı, nabız, idrar miktarı) **izlenmelidir**. Normal gebelerde her 2-4 saatte bir kan basıncı ve nabız takibi yapılarak bulgular kaydedilmelidir. Özelliği olan gebelerde daha yakın bir izlem gerekebilir. Çıkarttığı idrar miktarı ve sıvı alımı dengelenerek gebenin dehidrate olması veya sıvı yüklenmesinden kaçınılmalıdır.
- **Bebek kalp atım sayısı izlenmelidir**. Aktif fazda bebek kalp sesleri normal ise her yarım saatte bir, ikinci evrede ise 15 dakikada bir, bir dakikalık sayımlar yapılarak fetoskopi ile izlenmelidir. Obstetrik risk faktörleri taşıyan gebelerde (Gebelik kaybı öyküsü, gün aşımı vb) bebek kalp atımı sayılarak doğumun birinci

<sup>1</sup> Amniotik sıvının mekonyumlu gelmesi fetal sıkıntıya işaret edebilir. Vajenden koyu, kokulu bir akıntı gelmesi intrauterin enfeksiyonu düşündürmelidir

evresinde her 15 dakikada bir ikinci evresinde ise 5 dakikada bir kaydedilmelidir. Normal fetal kalp atımı dakikada 120-160 dır,

- **Uterus kontraksiyonları izlenmelidir.** Palpasyonla her 30 dakikada bir kontraksiyonların sıklığı, şiddeti ve süresi izlenmelidir.
- **Vajinal muayene, eylemin aktif fazında gebenin durumuna göre 2-4 saatte bir yapılmalıdır.** Serviksin açılması, silinmesi, bebek başının pozisyonu ve seviyesi değerlendirilir. Eylemin latent fazında özellikle amnion zarı açılmış ise intrauterin enfeksiyon riskini azaltmak için daha az sıklıkta ve steril eldivenle vajinal muayene yapılmalıdır. Açıklık ve silinmenin tam olduğu ve bebeğin başının pelvis çıkımında olduğu kordon prolapsusu olguları dışında tüm kord prolapsusu olgularında gebelik hızla sezeryan ile sonlandırılmalıdır. Kol, Kordon ve bacak sarkması olgularında dışarıya çıkan bu uzuvlar kesinlikle geri itilmemelidir. Ancak kord prolapsusunda kordon dolaşımının engellenmemesi için önde gelen fetal kısım (Bebek başı vb.) tuşe pozisyonunda ileri itilerek 2. basamağa sevki yapılmalıdır. Bu uygulamaya bebek abdominal yoldan çıkarılıncaya kadar geçen süre içersinde de devam edilmelidir.

## **B- Çevresel Koşullar**

Birinci evrenin izlenmesinde aşağıdaki çevresel koşulların hazırlanması ve sürdürülmesi çok önemlidir:

- Gebenin rahat edeceği normal ısıda, temiz ve hijyenik bir ortam oluşturulmalıdır.
- Gebenin rahat pozisyonda izlemi sağlanmalıdır. Annenin hareketleri kısıtlanmamalı, istiyorsa rahat bir sandalyede oturmasına izin verilmelidir. Bu dönemde sırtüstü pozisyonda yatış supin hipotansiyona neden olabileceğinden önerilmez.
- Bu evrede hastanın katı gıdalar almasına izin verilmemeli, yoğun olmayan sıvıları yudumlaması veya ağzını ıslatmasına izin verilmelidir. Uzun süren bir eylemde gebenin sıvı ve kalori açığını gidermek için intravenöz mayi uygulanabilir.
- Doğum eylemi sırasında, doğumda rahatsızlık ve ağrı giderilmesi önemlidir. Eylem izleminin başında gebeye solunumunu ayarlaması öğretilmeli ve tüm eylem boyunca gebeyi rahatlatmak üzere psikolojik destek verilmelidir.

Doğum eylemi ve doğumun sağlıklı bir şekilde izlenmesi için dikkatli bir takip yapılması, bu takibin kayıt altına alınması ve gereksiz girişimlerden kaçınılması çok önemlidir.

## **C- Uygulamalar**

- **Amniyotomi:** Amnion zarının dışardan müdahale ile açılmasına amniyotomi denir. **Amniyotomi'nin** amniotik sıvı miktarını ve yapısını (Berrak, mekonyumlu vs.) belirlemede ve kontraksiyonları arttırmada olumlu etkisi vardır. Dezavantajları ise eğer doğum eylemi uzarsa enfeksiyon riskini arttırması ve önde gelen kısmın yerleşmediği olgularda kordon sarkmasına neden olmasıdır. Bu nedenle rutin olarak amniotomi uygulanmamalı, gerekli olgularda aktif fazda uterus kontraksiyonlarının güçlendirilmesi istenen durumlarda yapılmalıdır. Amniotik sıvının boşalması myometriyal kas liflerinin kısılması ile kontraksiyonların şiddetinin ve süresinin artmasını sağlar. Amniyotomi öncesinde gelen kısım ve seviyesi dikkatle değerlendirilmelidir.

### Amniyotominin kontraendike olduğu durumlar;

- Baş gelişi olmayan olgularda,
- Gelen kısmın pelvise yerleşmediği
- Servikal açıklığın az olduğu olgularda
- Umblikal kord önde geliyorsa kesinlikle yapılmamalıdır.

Bebeğin kalp atımları, amniyotomi öncesi ve sonrasında mutlaka sayılmalı ve kaydedilmelidir. Amniyotomi özel kancalı amnion zarı açıcıları ile yapılmalıdır, parmakla açılması ve amniyotik sıvının boşaltılması için amniyotomi yapıldıktan sonra başın yukarı itilmesi kesinlikle yanlıştır.

## 4.2. Doğum Eyleminin 2. Evresi

### A-Bulgular

Doğumun 2. evresinin başladığını gösteren bulgu ve belirtiler:

- İtici uterus kontraksiyonları
- Perinenin kabarması
- Anüsün açılması
- Önde gelen kısmın vulvanın inspeksiyonunda görünür hale gelmesi (Talanma)
- Vulvanın konjesyone bir hale gelmesi

### B-İzlem

İkinci evrede bebeğin başının inişi değerlendirilmelidir. İkinci evrenin ortalama süresi primiparlarda 50 dakika (30 dak- 3 saat arası), multiparlarda ise 20 dakikadır. Bu sürenin kısalığı annenin ıkınma ile itme gücüne de bağlıdır.

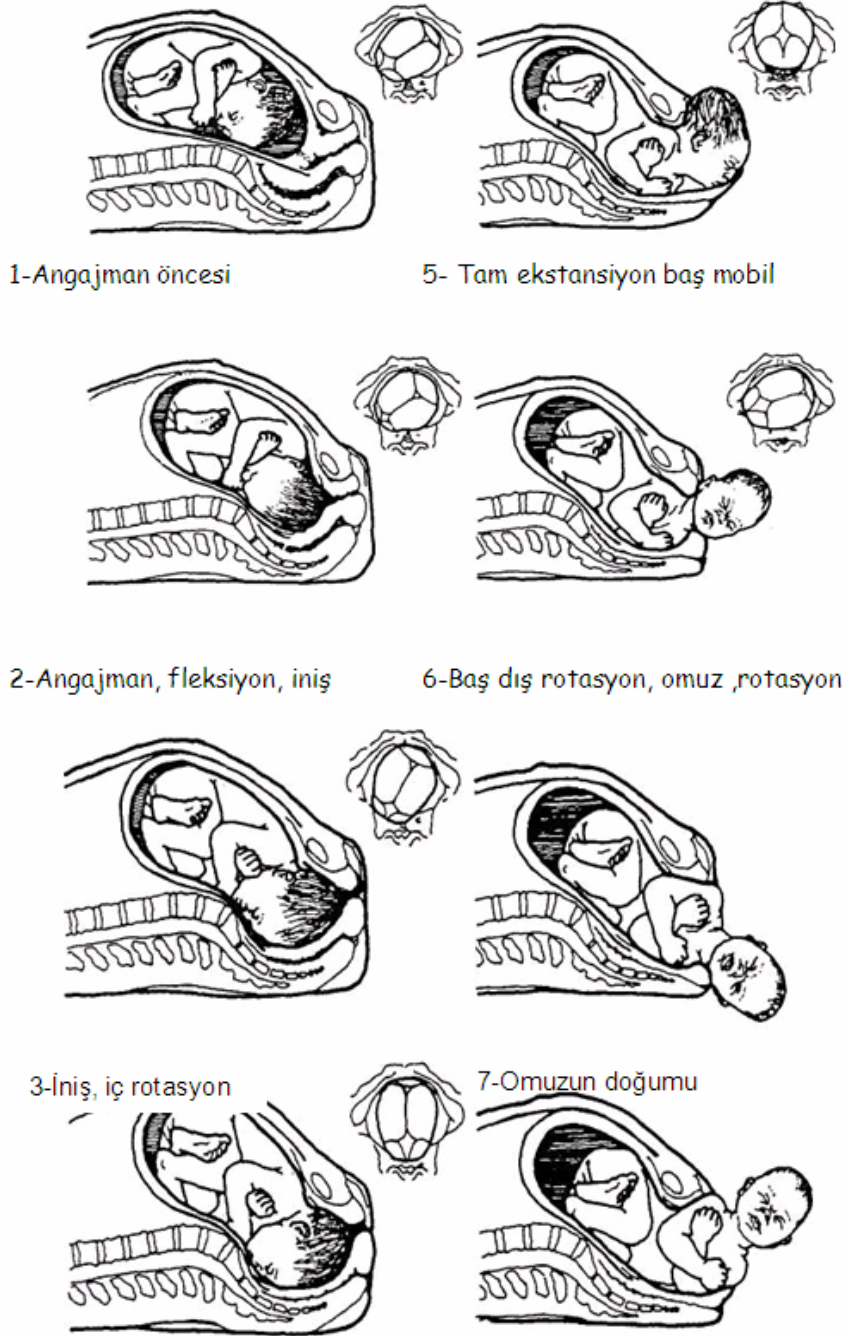
Verteks gelişi olan bir normal doğumda bebek başının hareketleri şunlardır (Bkz. Resim-1)

1. **Angajman:** Primigravidlerde genellikle doğuma iki hafta kala bebek başi pelvise girerek angaje olur. Multiparlarda ise genellikle doğumun başlaması ile angajman gelişir.
2. **Fleksiyon:** Başın fleksiyonu başın inişi için gereklidir
3. **İniş:** Bebek başının inişi ve pelvisde ilerlemesi kontraksiyonların gücü, alt segmentin incelmesi, pelvik yapılar, önde gelen kısmın büyüklüğu veya pozisyonuna bağlıdır. Bebek doğuncaya kadar iniş devam eder, diğer hareketler inişle beraber gerçekleşir.
4. **İç Rotasyon:** Baş orta pelvise girdiğinde sagittal sütürler pelvisin ön arka çapına yerleşecek şekilde iç rotasyon gerçekleşir.
5. **Ekstansiyon:** Vajen çıkımı yukarı ve öne doğru olduğu için bebek başının çıkabilmesi için ekstansiyon yapması gerekmektedir. Baş inmeye devam ederken perine kabarır ve taçlanma oluşur. Talanma bebek başının en büyük çapı vulvadan tamamen gözükmesiyle gerçekleşir. Annenin kontrollü ıkınmaları ve doğuma yardım eden sağlık personelinin perineyi koruması doğumu kolaylaştırır. Ekstansiyonun tamamlanması ile bebek başi perineden tamamen çıkar. Bu aşamada hemen bebeğin ağız ve burunu gaz kompres ile temizlenerek kandan arındırılmalıdır. Daha sonra da bebeğin boyunu kontrol edilerek göbek kordonu boyun etrafında ise gevşetilerek bebeğin başından kurtarılmalıdır. Eğer, boyun etrafına çok sıkı bir şekilde dolanmış ise iki klemple tutularak iki klemp ortasından kesilmelidir.

**6. Dış Rotasyon:** Bebek başının doğumundan sonra, baş dış rotasyon yaparak angaje olduğu pozisyona gelir. Böylece omuzlar da başın indiği yolu takip ederek çıkıma gelir.

Önde gelen omuzun doğumuna başı hafifçe aşağı çekerek yardımcı olunur.

Arkada gelen omuzun çıkarılması için de baş hafifçe yukarı çekilir. Bu aşamada aırı güç kullanımı brakial pleksus zedelenmesine yol açar. Bu manevraları takiben vücut, bacaklar hafif bir çekme işlemi ile doğar.



Şekil 1 - Doğum sırasında başın yaptığı hareketler  
(Sol oksiput anterior geliş)

Doğum evde veya birinci basamak bir sağlık merkezinde gerçekleşecek ise, uygun bir ortamın sağlık çalışanları tarafından hazırlanması gerekir.

#### **Normal Doğumun Gerçekleştirileceği Ortamın Özellikleri,**

- Temiz
- Işıklandırma yeterli
- Yeterli ısıda
- Hava akımı olmayan
- Gebenin mahremiyetine saygılı
- Sakin ve rahatlatıcı
- Gebe istiyorsa eş veya diğer bir aile bireyinin bulunmasına izin verilmesi

#### **Doğum İçin Aşağıdaki Malzemelerin Hazırlanması Gerekir:**

- Doğum setinin açılacağı temiz ve kuru bir sehpa veya yüzey
- Normal Doğum Seti (Steril) (Bkz. Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu)
- Steril eldiven
- İdrar sondası
- Enjektörler
- Oksitosik ajanlar
- Antiseptik solüsyon
- Tansiyon aleti
- Fötoskop
- Termometre
- Partograf kağıdı ve kalem (Kayıtlar için)
- Serum seti ve serum ( Özel durumlar için)
- Sağlık personeli için koruyucu bir önlük
- Atıkların konulacağı bir plastik torba
- Gebe ve bebek için örtü ve battaniye
- Pedler
- Radyan ısıtıcı
- İnfant ambu
- Bebek laringoskop seti
- Puar veya mekanik aspiratör
- Kaynamış ve ılınmış temiz su (Perine temizliği için)
- Doğum takibinin, doğum saatinin ve Apgar skorlarının kaydedilebilmesi için saat

#### **Ev Doğumu Yapacak Gebelerde Yukarıdaki Listeye Ek Olarak Aşağıdakilerin Hazırlanmış Olması Gerekmetedir:**

- Doğumun gerçekleştirileceği temiz, sıcak bir mekan
- Annenin altına serilebilecek temiz bir muşamba örtü
- Bebeği kurulama bezleri
- El yıkanabilecek uygun şartlar
- Doğumda sağlık personeline yardımcı olabilecek bir kişi
- Hastanın temizlenmesi ve plasentanın konulması için en az iki plastik kap

### **Normal Vajinal Doğum Gerçekleştirme Basamakları:**

1. Ortamı hazırlayınız.
2. Gerekli malzemeleri hazırlayınız.
3. Anneye gerekli açıklamayı yaparak onayını alınız.
4. Ellerinizi yıkayıp kurulaşınız.
5. Önlüğünüzü giyiniz.
6. Doğum setini temiz ve kuru bir yüzeye yerleştirerek açınız.
7. Elleri tekrar yıkayıp kurulaşınız.
8. Eldivenlerinizi giyiniz.
9. Perineyi örtünüz.
10. Perineyi önden arkaya doğru temizleyiniz.
11. Anusu bir pedle kapatınız.
12. Hastayı ıkınmaya teşvik ediniz.
13. Perine taşlandııkça bir elle anusu pedle kapatırken diğere elle başın çıkımına yardımcı olunuz.
14. Başın doğumundan sonra anneye ıkınmayıp nefes almasını söyleyiniz
15. Başın kurtulmasıyla birlikte boyun çevresinde göbek kordonu olup olmadığını kontrol ediniz.
16. Kordon mevcut ise gevşeterek bebeğın başından kurtarınız.
17. Kordon bebeğın başını sıkı bir şekilde sarıyorsa iki klemp uygulayarak göbek kordonunu iki klemp arasından kesiniz ve bebeğın boynunu göbek kordonundan kurtarınız.
18. Bebeğın başının eksternal rotasyonunu gözleyiniz.
19. Bir sonraki kontraksiyonda anne ıkınmaya başladığında bebek başının iki yanına ellerinizi koyarak aşağı doğru hafifçe çekerek önde gelen omuzu doğurtunuz.
20. Arkada gelen omuzu başı hafifçe yukarı çekerek doğurtunuz.
21. Bebeğın vücudunu ve ekstremitelerini lateral fleksiyon uygulayarak yukarı doğru hafifçe çekiniz.
22. İki steril klemp ile göbek kordonunu fetal karından 4-5 cm uzaktan tutunuz ve arasından steril bir makasla kesiniz.

### **Okuma Parçası:**

#### **Annenin Eylem Sırasındaki Pozisyonu**

Araştırmalar annenin eylem sırasında rahat edeceği pozisyonu korumasının ağrı toleransını arttırmaması, daha az rahatsızlık vermesi, ikinci evreyi kısaltması, daha az perine yaralanmasına yol açması, daha kolay ıkınma, yüksek 1. ve 5.dakika Apgar skoru sağlaması açısından yararları olduğunu göstermiştir. Ayrıca araştırmalar litotominin rutin kullanımının zararlı olduğunu göstermiştir. Uzun süreli litotomi pozisyonu perine yırtığı sıklığını arttırmakta, 2. evrenin uzamasına yol açmakta, epizyotomi uygulama sıklığını arttırmakta ve kadında rahatsızlık hissi oluşmasına neden olmaktadır. Lohusalık döneminde bu pozisyona bağlı bacaklarda sinir hasarı ve artmış sırt ağrısı bildirilmiştir.

### **Doğumun İkinci Evresinde Nefes Tutulması**

Kadınların servikal açıklıkları tamamlanmadan ıkmama hissi duyup ıkmama başlamaları halinde serviks ödemli bir hale gelerek doğumun 1. ve 2. evresini uzatmaktadır. Bazı kadınlar ise ikinci evre başlamış olmasına rağmen bebeğin başı perineden gözükmeye başlayınca kadar ıkmama hissi duymamaktadırlar. Bu nedenle ikinci evreyi de pasif ve aktif faz olarak ikiye ayıran araştırmacılar vardır

İkinci evrenin aktif fazında anneye ne zaman ve nasıl ıkmama söylenmediği durumlarda kadınların büyük kısmı 4-6 saniye süren 4-5 ıkmamadan öte efektif bir ıkmama uygulayamamaktadır. Bunun yanısıra gebenin yorulmasına bağlı olarak ıkmama harcadığı zaman azalmaktadır. Buna karşılık annenin uzun süreli nefes tutması da fetal hipoksi ve pelvik taban hasarına yol açmaktadır. Sonuç olarak gebenin ayaklarını karnına çekerek, nefesini tutmaksızın ıkmama hissi geldikçe ıkmaması önerilmektedir. Supin pozisyonda gebenin nefesini tutarak ıkmaması anne ve bebek için zararlı olabileceğinden artık önerilmemektedir.

### **Perine Yaralanmaları**

Perinenin bütünlüğünü koruması doğum açısından önemli bir role sahiptir. İdrar ve gaita kontinansının sağlanması, karınıçi basıncın korunması böylece de normal peristaltik hareketlerin korunarak normal cinsel fonksiyonların devamlılığını sağlar.

Epizyotomi, perine masajı, postür üçüncü trimesterde perine masajı, ıkmama yöntemleri doğum sırasında ortaya çıkan perineal travmayı etkileyen faktörlerdir. Araştırmalar çömelme pozisyonunda ıkmamanın doğum sırasında ortaya çıkan perine yaralanmasını azalttığını göstermiştir.

### **Göbek Kordonunun Kesilmesi**

Göbek kordonunun klemplenmesi için en uygun zamanın ne zaman olduğunu araştıran çok sayıda çalışma vardır. Bugünkü bilgilerimiz, Rh-rh vakaları hariç göbek kordonunun doğumu izleyen bir- iki dakikanın yani kendi pulzasyonunu kaybettiği aşamada klempe edilmesi gerektiği şeklindedir. Bu şekilde yenidoğana yeterince kan geçişi olacak ve özellikle preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde daha da önem kazanan anemi gelişimi önlenmeye çalışılacaktır.

## **OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI**

1. Verteks gelişinde bebek başının hareketleri sırası ile nelerdir?
  - a. Fleksiyon, angajman, dış rotasyon, iç rotasyon
  - b. Angajman, fleksiyon, iniş, iç rotasyon, ekstansiyon, dış rotasyon
  - c. İniş, angajman, fleksiyon, dış rotasyon, ekstansiyon, iç rotasyon
  - d. Angajman, iniş, iç rotasyon, dış rotasyon, ekstansiyon
2. Aşağıdaki cümlelerden hangisi doğru değildir?
  - a. Multiparlarda baş doğumdan 2 hafta öncesine kadar angaje olmalıdır.
  - b. Omuzların hızla ve kuvvetle çekilmesi brakial pleksus zedelenmesine neden olabilir.
  - c. Braxton-Hicks kontraksiyonları yalancı doğum ağrılarıdır.
  - d. Amniyotomi sadece belli koşullarda uygulanmalıdır.



## KAYNAKLAR

1. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 6.Baskı 1995.
2. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Gilbert ES, Harmon JS. Çeviri Editörü: L.Taşkın (İkinci baskıdan çeviri) Palme Yayıncılık 2002.
3. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi 2004.
4. Doğum Bilgisi. Kazım Arısan. Çeltüt Matbaacılık 1984.
5. WHO Care in Normal Birth: A Practical Guide Maternal and Newborn Health/Safe motherhood Unit, Division of Reproductive Health World Health Organization Geneva, 1996.
6. Allen et al Pelvic floor damage and childbirth: A neurophysiological study British J of Obstet and Gynaecol 102 pp448-53, 1990.
7. Barnett MM, Humenick SS Infant outcome in relation to second stage labour pushing method. Birth 9 (4) pp221-8 ,198).
8. Dhar G, Bhat R) Evaluation of modern and traditional methods of delivery position. J Obstet Gynaecol India Feb 1-6, 1989.
9. Enkin et al A guide to effective care in pregnancy and childbirth 3<sup>rd</sup> ed Oxford. Oxford University Press, 2000.
10. Flynn P, Frankie J, Janssen P, Hannah WJ, Klien MC. How can second stage management prevent perineal trauma? Critical review. Can Fam Physician 43 (1) pp73-84, 1997.
11. Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, Tremblay A, Pinault JJ, Gingras S. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women CMAJ 156 (6) pp797-802, 1997.
12. Lorenz N, Nougara A, Garner P Episiotomy in Burkina Faso Trop Doctor 28 (2) pp83-85, 1998.
13. Mayberry et al Maternal fatigue: Implications of second stage labour nursing care J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 28 (2) 175-81, 1999.
14. McKay SM, Roberts JE Second stage of labour: What is normal? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 14 pp101-6, 1985.
15. Nikodem VC. Upright verses recumbent positions during the second stage of labour IN: Enkin M, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP (eds) Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews issue 2 BMJ Publishing London, 1995.
16. Sleep JM, Grant A West Berkshire perineal management trail: Three year follow up British Journal Medicine 295 pp749-75, 1987.
17. hompson A. Maternal behaviour during spontaneous and directed pushing in the second stage of labour Journal Advanced Nursing 22 (6) 1027-1034 1995.
18. Tiran.D. Bailliere's Midwives' Dictionary. Bailliere Tindall. London, 1997 9th Ed).

**NORMAL DOĞUM ÖĞRENİM REHBERİ  
(A)**

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
1. Ortamı hazırlama					
2. Gerekli malzemeleri hazırlama					
3. Anneye gerekli açıklamayı yaparak onayının alınması					
4. Ellerini yıkayıp kurulama					
5. Önlüğünü giyme					
6. Doğum setini temiz ve kuru bir yüzeye yerleştirip açma					
7. Elleri tekrar yıkayıp kurulama					
8. Eldivenlerini giyme					
9. Perineyi örtme					
10. Perineyi önden arkaya doğru temizleme					
11. Anusu bir pedle kapatma					
12. Hastayı ıkmaya teşvik etme					
13. Baş taşlandıkça bir elle anusu elle kapatırken diğer elle başın çıkımına yardımcı olma					
14. Başın doğumundan sonra anneye ıkmayıp nefes almasını söyleme					
15. Başın kurtulmasıyla birlikte boyun çevresinde göbek kordonu olup olmadığını kontrol etme					
16. Kordon mevcut ise gevşeterek bebeğin başından kurtarılması					
17. Kordon bebeğin başını sıkı bir şekilde sarıyorsa iki klemp uygulayarak göbek kordonunu iki klemp arasından kesip bebeğin boynunu göbek kordonundan kurtarma					
18. Bebeğin başının eksternal rotasyonunu gözleme					
19. Bir sonraki kontraksiyonda anne ıkmaya başladığında bebek başının iki yanına ellerinizi koyarak aşağı doğru hafifçe çekerek önde gelen omuzu doğurtma					
20. Arkada gelen omuzu başı hafifçe yukarı çekerek doğurtma					
21. Bebeğin vücudunu ve ekstremitelerin lateral fleksiyon uygulayarak yukarı doğru hafifçe çekme					
22. İki steril klemp ile göbek kordonunu tutunuz ve arasından steril bir makasla kesme					
23. Bebek çıktıktan sonra oksitosin enjeksiyonu (IM) yapma					

**NORMAL DOĞUM ÖĞRENİM REHBERİ**  
**(B)**

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
24. Yapılmamış ise oksitosin enjeksiyonu (IM)					
25. Uterus kontraksiyonunun değerlendirme					
26. Sağ elle kontrollü kord traksiyonu uygulama					
27. Sol elle zıt traksiyon uygulama					
28. Plasentayı iki elle kavrama					
29. Plasentayı eksenini etrafında çevirerek çıkarma					
30. Uterus kontraksiyonunun kontrolü					
31. Vajinal kanamayı değerlendirme					
32. Perineyi muayene etme					
33. Epizyotomi/perine yırtığı onarımı					
34. Kanama takibi					

## DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ VE DÖRDÜNCÜ EVRELERİ

### AMAÇ

Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evrelerini yönetmek, olası bir problemin çözümüne yönelik bilgi ve beceri kazanmak.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evrelerini tanımlayabilmeli,
2. Doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif ve değişik (kombine ve pasif) yönetimleriyle karşılaştırmalı olarak tartışabilmeli,,
3. Plasental ayrılma mekanizmasını açıklayabilmeli.
4. Doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetimi konusunda yeterli bilgiye sahip olduğunu model üzerinde gösterebilmeli,
5. Doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetimini öğrenim rehberine uygun olarak model üzerinde yapabilmeli
6. Yenidoğanın ilk bakımının bileşenlerini belirleyebilmeli.
7. Emzirmenin erken başlamasının önemini tanımlayabilmeli.
8. Doğum eyleminin üçüncü evresinin komplikasyonlarını tartışabilmeli.
9. Plasentanın alınmasından hemen sonra anneye yapılacak bakımı açıklayabilmeli (Doğum eyleminin dördüncü evresi).

Doğum eyleminin üçüncü evresi fetusun çıkarılmasından hemen sonra başlar{ XE "labor:stages of:third" } ve plasentanın ve fetal membranların çıkarılmasıyla sona erer.

Doğum eyleminin üçüncü evresi plasentanın ayrılması ve dışarı atılmasıdır.

Bu evrede anne için risk teşkil eden temel konular şunlardır:

- Doğum sonrası kanama
- Placenta artıklarının kalması{ XE "placenta(l):retained" }
- Rahimin ters dönmesi

{ XE "uterus/uterine:inversion" }

Doğumu takip eden ilk iki (2) saat kritik önem taşımaktadır. Bu süreye "doğum eyleminin dördüncü evresi" denmektedir. { XE "labor:stages of:fourth" } Doğum sonrası kanama en çok bu süreçte gelişmektedir.

{ XE "uterus/uterine:atony" }

### Doğumun Üçüncü evresinin yönetimi:

Doğumun üçüncü evresinde hizmet verenlerin birkaç seçeneği bulunmaktadır.

1. Aktif yaklaşım
2. Fizyolojik-bekleme yaklaşım

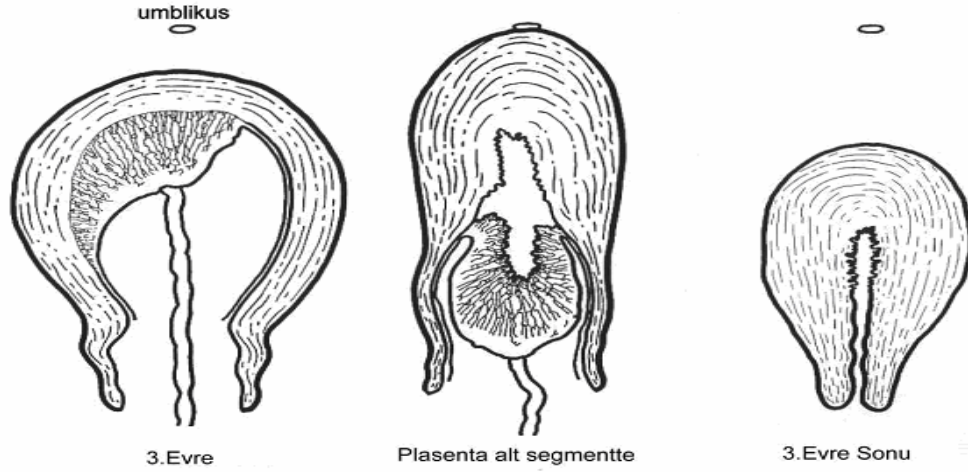
Aktif yönetim yaklaşımı oksitosin, erken klemleme, göbek kordonunun kesilmesi, kontrollü kordon çekme işlemi ve uterus masajından oluşur. { XE "cord:clamping:early" }

Bu konudaki kaynaklar aktif yönetimin tercih edilmesini savunmaktadır çünkü bunda:

- Doğum sonrası kanama daha az görülmektedir. { XE "hemorrhage:postpartum:active management of labor" }
- Doğum sonrası hemoglobin düzeyleri daha yüksektir.

Pasif/Fizyolojik yönetim doğum eyleminde fizyolojik yaklaşımı kullanmak demektir. Bu klemleme , göbek kordonunun kesilmesi işlemleri yapılmadan stimüle edici ajanlar, kordon çekme ya da fundal baskı uygulanmaksızın plasentanın kendiliğinden ayrılması ve inmesi işaretlerinin beklenmesi demektir.

Bu iki yaklaşım uygulamada birbirinden o kadar da farklı değildir. Her iki yaklaşımın en iyi yönlerinin bir araya getirildiği üçüncü bir kombine yaklaşım bazı uzmanlarca önerilmektedir.



Şekil 1 Doğumun 3. evresinde fundal yükseklik ve umblikus arasındaki ilişki.

### Plasenta'nın Ayrılma Mekanizması

Uterus kasılmaları, üst segmenti küçülterek bebeğin doğumundan sonra da devam eder. Kasılmalar, nispeten sıkıştırılamayan plasentanın yapışık olduğu uterus yüzeyini daraltarak plasentanın ayrılmasına yol açar. Bunun sonucunda uterus içi hacmin küçülmesi plasentayı, gevşeyen aşağı segmente doğru gitmeye zorlar ve böylece de ayrılma sürecine yardımcı olur.

### Üçüncü Evrenin Yönetimi

#### Profilaktik uterotonik kullanımı:

- Uterus icinde başka bebek (ler) olmadığından emin olmak için karın bölgesini elle kontrol ediniz.
- Günümüzde kullanılan ilaç oksitosindir (Simpitan). Bu ilaç doğum sonrası kanamayı azaltır. Soğuk zincir ile transportu gerekmesine karşın çoğu zaman oda ısısında saklanır, bu etkinliğini azaltabilir.
- IM (Kas içine) 10 IU oksitosin (Simpitan) veriniz.
  - Ön omuz çıktıktan hemen sonra
  - Ya da fetusun doğumundan hemen sonra
- Oksitosinin yan etkileri şunlardır:
  - Bulantı
  - Kusma
  - Baş ağrısı

- Tek bebek olduğu zannedilirken teşhis edilmeyen başka bebek(ler) olması durumunda, oksitosin yapılması başka bebeğin(lerin) ölümüne sebebiyet verebilir.
- Mevcut bilgiler **oksitosinin** ergot (Meterjin) derivelerine göre daha iyi bir seçim olduğunu göstermektedir. Oksitosin diğer uterotonik ilaçlar yerine tercih edilmektedir, çünkü enjeksiyondan 2-3 dakika sonra etkisini göstermektedir, yan etkisi minimaldir ve tüm vakalarda kullanılabilir.
- Ergot deriveleri ile bağlantılı az görülen, ancak ciddi komplikasyonlar şunlardır:
  - Kalbin durması
  - Beyin kanaması
  - Miyokard enfarktüsü
  - Pulmoner ödem
- Eğer oksitosin yoksa ağızdan, makattan veya vajen içine misoprostol/cytotec 400-600 mcg verilebilir (İki tablet).
- Doğumdan hemen sonra ağızdan ergometrin tabletleri verilmesinin postpartum kan kaybına az etkisi olmaktadır.

### **Kordon klemeleme:**

Erken klemeleme doğumdan hemen sonra klemeleme anlamına gelir.

Geç klemeleme, doğumundan 3-4 dakika sonra kordonun nabız atımı kesildikten sonra klemeleme anlamına gelir. Bu kordona yapılan fizyolojik uygulamadır. Bunun sonucunda plasentadan 80 ml'lik kan yenidoğana gider ve yenidoğanın rezervine 50 mg'lik demir ekler ve { XE "iron:cord clamping" }daha sonra çocukluk döneminde görülebilecek demir yetmezliği anemisi sıklığını azaltır. { XE "anemia:in infancy" }

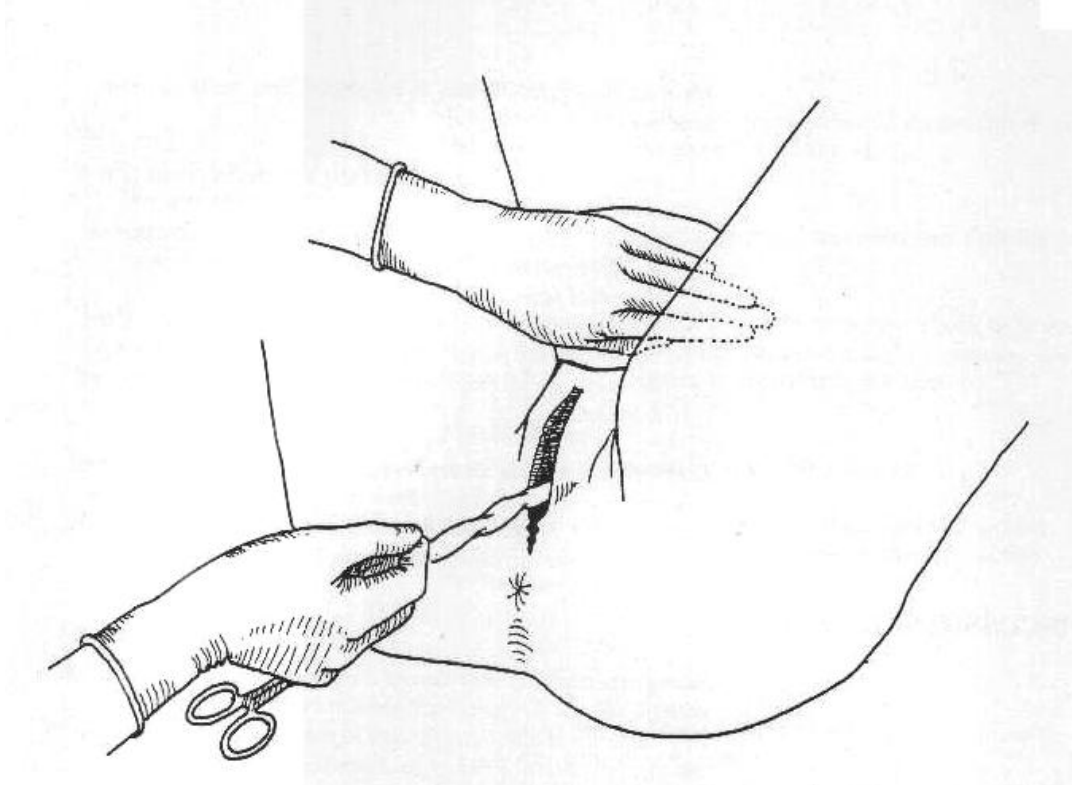
Gözlemler ve denemeler göstermiştir ki:

- Kordon klemelemenin zamanlamasının doğum sonrası kanama ya da fetomaternal kan nakli insidansı üzerinde belirgin bir etkisi olduğuna dair bir kanıt yoktur.
- Teorik olarak, plasentadan yenidoğana 80 ml'lik kan naklinin sonuçları şunlar olabilir:{ XE "blood:transfusion:late cord clamping" }
  - Hipervolemi{ XE "hypervolemia" }
  - Polisitemi{ XE "polycythemia" }
  - Hiper viskozite{ XE "hyperviscosity" }
  - Hiperbilirubinemi (Hemoliz nedeniyle, artmış olan eritrosit oranının tahrip olması{ XE "hemolysis" })
- Erken kordon klemeleme sonucunda yenidoğanda izlenebilecek düşük değerler şunlardır:
  - Düşük hemoglobin değerleri
  - Düşük hematokrit değerleri
  - Düşük yenidoğan { XE "neonatal/neonate(s):bilirubin level" }bilirubin{ XE "bilirubin" } seviyeleri
  - Yenidoğan morbiditesinde fark yoktur.
- Erken klemeleme aşağıdaki durumlarla yapılması gereken bir müdahaledir.:
  - RH uygunsuzluğu
  - Erken doğum
  - Kontrollü kordon çekme
  - İkiz doğum

- Kanıta dayalı araştırmalar geç klemlemeyi desteklemektedir unki bu, çocukluk döneminde görülebilen demir eksikliği anemisini önleyebilmektedir. { XE "cord:clamping:late" }Bu gelişmekte olan ülkelerde özellikle önemli olabilir.

#### **Kontrollü Kordon ekme :** { XE "cord:controlled traction" }

- Kontrollü kordon çekme, pubis semfiz'in üzerine bir eli yerleştirerek uterusun alt segmentinde yukarı doğru ters basıncı ile birlikte kordonu çekme işlemidir.
- Fundal basıncı ile karşılaştırıldığında (Daha az aktif yaklaşım), kontrollü çekme grubunda ortalama kan kaybının daha düşük olduğu ve üçüncü evrelerin daha kısa sürdüğü görülmüştür.



şekil 2 Kontrollü kordon traksiyonu.

#### **Kontrollü kordon çekme nasıl yapılır?**

- Kordonu perineye yakın bir yerden klemleyin (Sağlıklı bir yenidoğanda kordon atımı durunca) ve tek bir elle tutunuz.
- Diğer elinizi kadının pbik kemiğinin yukarisına yerleştirin ve kontrollü kordon çekme sırasında ters-basıncı uygulayarak uterusu stabilize ediniz.
- Kordonun üzerinde hafif bir gerilim yaratın ve güçlü bir uterus kasılması bekleyiniz (2-3 dakika),
- Güçlü uterus kasılması sırasında, annenin plasentayı çıkarmak için ıkınmasını sağlayın, bu sırada siz, kordonu hafifçe aşağı çekerken, uterus üzerine karşı-basıncı uygulamaya devam ediniz.
- Eğer plaseenta kontrollü kordon çekilmesi ile 30-40 saniye boyunca çıkmazsa, kordonu çekmeyi bırakınız:
  - Kordonu nazikçe tutun ve uterusun yeniden güçlü bir şekilde kasılmasını bekleyiniz.

- Bir sonraki kasılmayla birlikte, ters-basınç ile kontrollü kordon çekme işlemini tekrarlayınız.
- Plasenta çıkarken, plasentayı iki elle tutunuz ve membranlar bükülene kadar yumuşakça çeviriniz. Çıkarma işlemini tamamlamak için yavaşça çekiniz.
- Eğer membranlar yırtılırsa, steril eldivenler giyerek üst vajina ve serviksi nazikçe muayene ediniz ve bir tamponlu forseps kullanarak kalan membran parçalarını çıkarınız.
- Hiçbir parçasının eksik olmadığından emin olmak için plasentaya dikkatlice bakınız. Maternal yüzeyin herhangi bir bölümü eksikse ya da damarlı yırtık membranlar varsa o zaman uterus içinde plasenta artıkları kalmış demektir.
- Plasentanın tümü ile ayrılmadığı durumlarda elle halas gerektirir.  
(Bkz."Postpartum Kanama Yönetimi Oturumu")

**Not: Güçlü kasılan bir uterus üzerinde pubik kemiğin yukarısında ters- itme uygulamadan, kesinlikle kordon çekme işlemini uygulamayınız.**

Kontrollü kordon çekme ile bağlantılı olarak az görülen ama ciddi komplikasyonlar şunlardır:

- Kordon yırtılması { XE "cord:rupture" } (%3)
- Uterus inversiyonu (Ters dönmesi) { XE "uterus/uterine:inversion" } Bu , yöntemin yanlış uygulanması nedeniyle olur.

#### **Uterus Masajı:**

Uterus masajı gevşeyen rahimin tekrar kasılmasını sağladığı ve post partum kan kaybını azalttığı için önemlidir.

{ XE "uterus/uterine:massage" }

#### **Uterus masajı nasıl yapılır?**

- Uterus kasılana kadar, hemen, uterus fundusuna sıkmadan, yumuşak şekilde ovarak masaj yapınız.
- Her 15 dakikada bir uterusun kasılma durumunu elle muayene edin ve uterus masajını ilk iki (2) saat süresince gerektikçe tekrarlayınız.
- Uterus masajını bıraktıktan sonra, uterusun gevşemediğinden (Yumuşamadığından) emin olunuz.

#### **Emzirmeye Erken Başlama**

Doğumdan hemen sonra erken meme verme ve/veya emzirmeye başlanması teşvik edilmelidir. Emzirme, doğum sonrası kanamalarını asgari düzeye indirir uterus kasılmalarını stimüle eder. Erken ve sık emzirmeler anne sütünün daha çabuk gelmesini sağlar ve memelerin aşırı dolgunlaşmasını önler. (Bkz."Emzirme İle Bebek Beslenmesi Oturumu")

Yenidoğana yapılacak ilk bakım şunları içerir:

- Hava yolunun açık olduğundan emin olmak.
- Vücut sıcaklığını korumak için önlem almak,
- Enfeksiyonların önlenmesi için steril araçlar kullanarak kordonun klempenmesi ve kesilmesi.



- Yenidoğanın mümkün olduğu kadar erken emzirilmesi (Doğumdan sonraki ilk yarım saatte).
- Yenidoğanda muhtemel kalıtsal anomaliler olup olmadığını incelemek.

**Üçüncü Evrenin Komplikasyonları**{ XE "complications:of third stage of labor" }{ XE "labor:stages of:third:complications of" }

**Doğum sonrası kanama:**{ XE "hemorrhage:postpartum" }

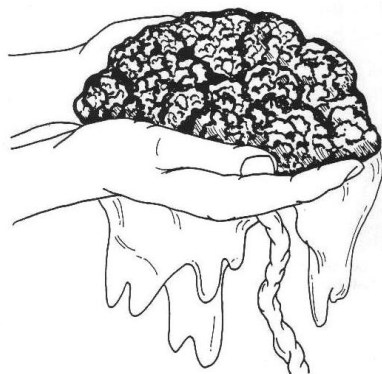
Doğum sonrası kanama Türkiye'de maternal mortalitenin en sık görülen nedenlerinden biridir ve anne ölümlerinde ilk sırada gelmektedir. DSÖ, doğum sonrası kanamayı 500 ml ya da daha fazla kan kaybı olarak tanımlamaktadır. { XE "blood:loss:postpartum hemorrhage" }500 ml'lik sınır ise **Tehlike Sınırı** olarak değerlendirilmelidir. Müdahale Sınırı, sağlıklı - anemik olmayan gebe kadında 1000 ml'nin üzerinde kan kaybı meydana geldiğinde, kadının vital fonksiyonları önemli ölçüde tehlikeye girer. Teşhis, kan kaybının klinik olarak belirlenmesiyle yapılır ama çoğu kez kan kaybı sağlık çalışanı tarafından olduğundan daha az tahmin edilebilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ortalama değerden fazla bir kan kaybı ya da aktif kanamanın olması, bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevkı gerektirir. { XE "vagina(l):bleeding:postpartum" }{ XE "bleeding:postpartum" }Bunun ayrımını yapabilmek gereksiz kan nakli ve bunun hepatit enfeksiyonu gibi risklerini en az düzeye indirmek yönünden çok önem taşır.

Üçüncü evrenin uygun bir şekilde yönetimi komplikasyonların insidansını ve kan kaybının miktarını etkiler. Doğum sonrası kanaması olan bir kadının bakımı, bunun nedeninin hızlı ve dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi ve kanamanın hemen durdurulmasına bağlıdır. (Bkz."Postpartum Kanama Yönetimi oturumu")

**Plasenta Parçalarının İçeride Kalması:**{ XE "placenta(l):retained" }

Aşırı kanaması olan bütün hastalar hastaneye sevk edilmelidir. Çıkarılan plasentanın kontrolü sonunda plasenta parçalarının içeride kaldığı düşünülen ancak kanaması olmayan bir vakada hastaneye sevk edilmeden önce 30 dakika beklenilmesi uygun olur. Bu sürede, sürekli nazikçe uterus masajı yapılır ve oksitosin 20 IU/litre serum fizyolojik ya da Ringer laktat solusyonu içinde IV verilir. Plasenta parçaları kendiliğinden 20-30 dakika içerisinde atılır. 30 dakika sonunda içeriden plasenta parçalarının çıkmadığı bütün hastaları hastaneye sevk ediniz.



Şekil 3. Üçüncü evrenin sonunda izlendiği üzere plasentanın bütünlüğü kontrol edilmeli, içeride bir parçasının kalmadığından emin olunmalıdır.

### **Uterus inversiyonu (Uterusun ters yüz olması)**

İnversiyon olabilmesi için, uterusun hala gevşemiş durumda olması şarttır. Aşırı kordon çekilmesi, güçlü fundal basınç, kusma ya da öksürme nedeniyle oluşan aşırı yüksek intra-abdominal basınç sebebiyle oluşabilir. Bu tür durumlarda, vajina dışına çıkmış invert uterustan steril tampon ve ped ile örtülerek genel anestezi ile inversiyonun düzeltilmesi için hastaneye sevk edilmelidir. Ancak parsiyel ve daha önceden olan kronikleşmiş inversiyon anesteziye de düzeltilebilir. Uterusun akut inversiyonu ağrı şokuna neden olan akut, acil bir durumdur{ XE "anesthesia:general" }.

### **Plasentanın çıkarılmasından (Doğum eyleminin dördüncü evresi) hemen sonra anne bakımı**

Plasenta çıkarıldıktan hemen sonra, aşağıdaki bulgulardan herhangi birinin olup olmadığını teşhis etmek amacıyla plasenta dikkatlice incelenmelidir:

- Enfarktler
- Hematomalar{ XE "hematoma" }
- Kordonun anormal yerleşmesi
- İki damarlı kordon{ XE "cord:two vessel" }
- Plasentanın eksik olması

Anne, doğum sonrası ilk iki saat boyunca, her yarım saatte bir aşağıdaki konularda dikkatlice incelenmelidir:

- Kan kaybı miktarı
- Fundus{ XE "fundal:height" } yüksekliği (Kan uterus boşluğunda birikebilir)
- Uterus kasılmasının durumu (Eğer kasılma yeterli değilse, karından nazikçe masaj yapılması faydalı olabilir)
- Annenin genel durumu (Kan basıncı, nabız ve ateş)
- İdrar takibi (Mesanenin aşırı dolması-globe vezikal)

Anneye emzirmenin önemi ve aile planlaması konularında danışmanlık hizmeti verilerek emzirme sağlanmalıdır.

Doğum tamamlandıktan sonra, anne için doğum fişinin arka sayfasındaki doğum sonrası kısım doldurulmalıdır.

### **OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI**

1. Doğumun 3.ve 4.evresinin yönetimi ile ilgili özellikler nelerdir?
2. Doğumun 3.ve 4.evresinin yönetimi ile ilgili olumlu ve olumsuz yönler nelerdir?
3. Doğumun 3.ve 4.evresinin yönetimi ile ilgili dikkat edilmesi gerekenler nelerdir?
4. Doğumun 3.ve 4.evresinin anne için belli başlı riskleri nelerdir?
5. Doğumun 3.ve 4.evresinin yönetimi ile ilgili olası komplikasyonları sıralayınız?
6. Doğumun 3.ve 4.evresinin yönetimi ile ilgili ülkemiz koşullarındaki belli başlı problemleri belirleyiniz?

## KAYNAKLAR

1. Postpartum Haemorrhage Module: WHO Education material for teachers of midwifery Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health Who Geneva1996.
2. Doğum Bilgisi. Kazim Arısan. Celtüt Matbaacılık 1984.
3. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Gilberts Es, Harmon JS, Çeviri Editörü: L.Taşkın (İkinci baskıdan çeviri) Palme Yayıncılık 2002.
4. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S. Önderoğlu Güneş Kitapevi 2004.
5. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology: Turrentine JE Parthenon Publishing NY, Second Edition 2003.
6. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Sounders Second Edition 2003.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etüdları Enstitüsü Ankara 2004.
8. Biliker MA. Maternal Mortality in Turkey. J.Perinat Med 2003, 31(5):380-385.
9. Akın A (ed) 'Kadın Sağlığı Özel Sayısı'Aktüel Tıp Dergisi Cilt 6:1, İstanbul 2001.

## DOĞUMUN ÜÇÜNCÜ EVRESİNİN YÖNETİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi:**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
1. PPK yı arttıran faktörleri (Anemi, aşırı doğurganlık) belirlemek için öykü alma ve klinik ve lab.bulgularını değerlendirme					
2. Kadına durumu hakkında bilgi verme ve yapılacaklarla ilgili onayını alma					
3. Bebeğin doğumundan hemen sonra doğru ve uygun bir şekilde oksitosin verme (Çoğul gebelikte son bebekten sonra, IM veya IV sıvı içinde vs.)					
4. Tekniğine uygun olarak kordonu kleme ve kesme					
5. İşlemler sırasında mutlaka aseptik teknik kullanma					
6. Mesanenin tamamen boş olduğundan emin olma					
7. Oksitosinin etki göstermesi için bir süre bekleme					
8. Nazik bir şekilde uterusun palpasyonu ile uterusun iyi kontrakte olduğuna dikkat etme					
9. Dikkatli ve nazik bir şekilde sol el ile zıt traksiyon uygulama					
10. Dikkatli ve nazik bir şekilde sağ elle kontrollü kordon traksiyonu uygulama					
11. Dikkatli ve nazik bir şekilde plasentayı iki el ile tutma					
12. Membranları çıkarabilmek için dikkatli ve nazik bir şekilde plasentayı yukarı aşağı hareket ettirme					
13. Nazik bir şekilde uterusun palpasyonu ile uterusun kontrakte olarak kaldığından emin olma					
14. Kan kaybının fazla olmadığından tamamıyla emin olma					
15. Dış genital organları/sahayı nazik bir şekilde her hangi bir travma açısından muayene etme					
16. Plasenta ve membranlarını doğru ve nazik bir şekilde tam olduğundan emin olmak için kontrol etme					

17. Kan kaybı miktarını doğru olarak değerlendirme					
18. Normal vital bulguları veya kötüleşme bulgularını doğru ve hızlı bir şekilde değerlendirme					
19. Komplikasyon varsa hızla bir üst sorumluya haber verme					
20. Sevki gerektiren bir durum varsa hızlı ve doğru bir şekilde belirleme					
21. Doğru ve hızlı bir şekilde resusitasyon için ilk önlemlerini alma ve stabil durumun devamını sağlama (Damar yolunu açma ve durumu monitorize etme gibi)					
22. Ayrıntılı olarak bilgileri kayıt etme					
23. Verilen bakımı ve sonuçlarını doğru ve tarafsız bir şekilde değerlendirme					

## DOĞUM İZLEMİNDE PARTOGRAF KULLANIMI

### AMAÇ

Partograf kullanma becerisi kazanmak

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar;

1. Doğum eyleminin izlenmesinde partografin kullanım amacını açıklayabilmeli
2. Partografin başlatılacağı doğum evresini belirleyebilmeli
3. Doğum eylemi sırasında sağlık çalışanının partograf üzerine kaydedeceği bulgu ve gözlemleri sıralayabilmeli
4. Partografa anneye ait bilgileri ve gözlemleri eksiksiz olarak kaydedebilmeli
5. Partografa bebeğin sağlık durumuna ait gözlem ve bulguları eksiksiz olarak kaydedebilmeli
6. Eylem sırasında ortaya çıkan değişiklikleri kaydedebilmeli
7. Aksiyon çizgisi ve uyarı çizgisinin eylem takibinde ne anlama geldiğini açıklayabilmeli
8. Eylem takibinde partograf kullanımının önemini açıklayabilmelidir.

Partograf eylemin ilerlemesini değerlendirmek ve yorumlamak için kullanılan bir araçtır. Grafik kağıdına eylem sırasında gözlenen gelişmelerin saat belirtilerek kayıt edilmesi esasına dayanır.

Partograf kullanımı eylemin ayrıntılı bir şekilde takibini ve normal dışı durumların erken tanınmasını sağlar. Engellenmiş eylem tanısı konulmasına yardımcı olur.

Partografda üç parametre izlenmektedir:

1. Doğumun ilerlemesi
2. Fetüsün sağlık durumu
3. Annenin sağlık durumu

### Doğum Eylemi Sırasında:

**Annenin sağlık durumunu değerlendirmek için :**

Kan basıncı

Nabız

Vücut ısısı

İdrar çıkışı ve idar testleri ( Protein, aseton vb)

Uygulanan iv, im ve oral tedaviler

**Fetüsün sağlık durumunu değerlendirmek için:**

Fetal kalp atım hızı

Amnion zarının varlığı

Bebek başında moulding

**Doğumun ilerlemesini izlemek için:**

Servikal açıklık

Bebek başının seviyesi

Uterus kontraksiyonlarının 10 dakikadaki sıklığı ve süresi izlenmelidir.

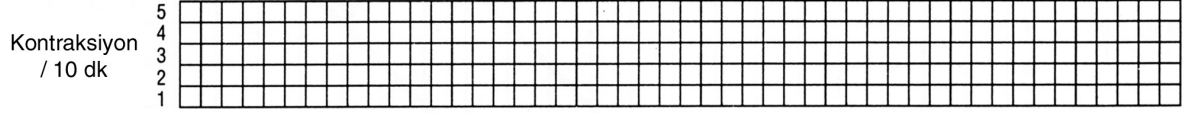
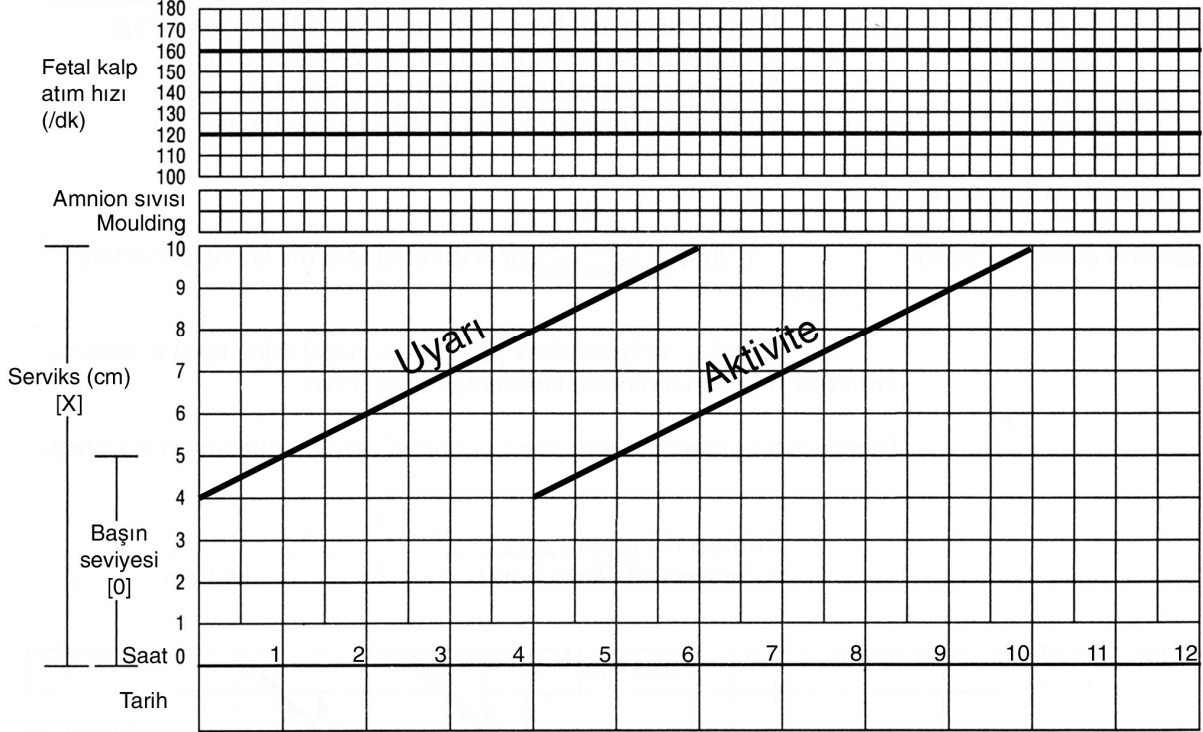
Partograf doğumun aktif evresinin başlangıcından itibaren kullanılmalıdır. Sevk gerektiren acil durumlarda partograf ile izlem yapılmadan doğrudan uygun koşullarda sevk işlemleri başlatılmalıdır. Partograf doktor ve ebe-hemşireler tarafından kullanılır. Kadının adı, gebelik sayısı, doğum sayısı, hastane numarası, başvuru tarihi ve zamanı, amniyotik zarların açılması gibi kadına ilişkin kişisel ayrıntılar tablonun üstüne kaydedilir.

Partografin ortasındaki grafiğin sol alt kısmındaki karelere 1'den 10'a kadar sayı verilir. Her bir kare serviksin 1 cm genişlemesini temsil etmektedir. Buna ek olarak, aynı grafiğin alt kısmına 1'den 24'e kadar numara verilir, bunlar 24 saatin her 1 saatlik dilimini temsil etmektedir.

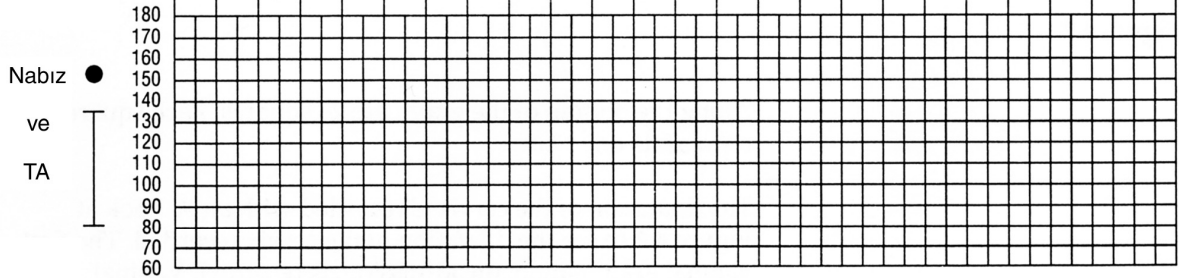
# PARTOGRAF

Hasta Adı \_\_\_\_\_ Gravida \_\_\_\_\_ Parite \_\_\_\_\_ Protokol No. \_\_\_\_\_

Yatış Tarihi \_\_\_\_\_ Yatış Saati \_\_\_\_\_ Membran rüptürü: \_\_\_\_\_ Saat: \_\_\_\_\_



İntravenöz sıvı ve ilaçlar



Vücut ısısı (°C)

İdrar { protein, aseton, miktar

## 1-Doğumdaki İlerlemenin Değerlendirilmesi

### Serviksin açılması

Vajinal muayeneden ve kadının doğumun aktif evresinde olduğunu, yani serviksin en az 4 santimetre (cm) açıldığını saptadıktan sonra, partograf kaydı başlatılabilir. Artan santimetreleri uyarı satırında sıralayarak servikal açıklık X sembolü kullanılmak suretiyle grafiğe aktarılmalıdır.

Servikal açıklık, X ile işaretlenmiş kısmın hemen altındaki zaman etiketli kutunun içine kaydedilmelidir. İlk muayenede saptanan servikal açıklığı grafiğe aktardıktan sonra, servikal açıklık ve bunların saptandığı muayenelerin zamanları grafik üzerine kaydedilmelidir. Doğumdaki ilerleme normal olduğunda, servikal açıklıklar grafikteki uyarı çizgisinin üzerinde veya solunda kalır. Bazı kayıtların uyarı çizgisinin sağ tarafına kayması doğumun uzayabileceğini göstermektedir. Bu durumda gebe, obstetrik acil durumlara müdahale edebilecek ikinci basamak bir merkeze sevk edilmelidir.

### Aktivite çizgisi

Aktivite çizgisi uyarı çizgisinin dört saat sağındadır. Eğer kadının servikal açıklık işaretleri bu çizgiye erişirse, yavaş ilerlemenin nedeni ve uygulanacak uygun müdahale konusunda bir karar verilmelidir. Bu nedenle ikinci basamak uygun bir merkeze sevk gerekmektedir.

### Fetal başın değerlendirilmesi

Doğum ilerledikçe, fetal başın aşağı inişi servikal açıklığa eşlik eder. Fetal başın inişi karın muayenesinin bir parçası olarak değerlendirilir ve pelvis kemiğinin üstünde palpe edilen baş kısmı olarak ifade edilir. (Bkz.Doğum Öncesi Bakımda Öykü Alma, Muayene ve Kayıt) Fetal başın gelişi O sembolü kullanılarak grafiğe aktarılır. Karın muayenesi her zaman vajinal muayeneden önce yapılmalıdır.

### Uterus kontraksiyonları

Doğum ilerledikçe, uterus kontraksiyonları daha sık görülmeye, daha şiddetli olmaya ve daha uzun sürmeye başlar. Doğumun aktif aşamasında kasılmalar 10 dakika temelinde her yarım saatte bir sıklık ve süre bakımından gözlenmeli ve partografa kaydedilmelidir. Sıklık, kadının 10 dakikalık süre içinde hissettiği kasılma sayısı ile değerlendirilir. Süre, kasılmanın karında ilk hissedildiği zamandan bitiş zamanına kadar geçen zaman aralığının saniye cinsinden ifade edilmesi ile değerlendirilir.

Kasılmalar, partograf üzerinde 10 dakika başına kasılma şeklinde işaretlenmiş olan bölgeye kaydedilir. Her bir kare 1 kasılmayı temsil etmektedir.

20 saniyeden daha az süren bir kasılma, bir karenin noktalarla taranması ile kaydedilir.

20 ila 40 saniye arasında süren bir kasılma, bir karenin köşegen çizgilerle taranması ile kaydedilir.

40 saniyeden daha fazla süren bir kasılma bir karenin blok halinde taranması ile kaydedilir.

## 2-Fetusun Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

Kasılmanın şiddetli evresi geçtikten sonra 1 (Bir) tam dakika boyunca fetal kalp atışı dinlenmeli ve bu her yarım saatte bir kaydedilmelidir. Fetal kalp atışı oranı partografin üst kısmına kaydedilir, her bir kare bir saati temsil eder.



Eğer anormal bir fetal kalp atışı duyulursa, fetal kalp atışını her 15 dakikada bir, kasılmadan hemen sonra en az 1 dakika boyunca dinlemeye başlayın.

### **Amnion sıvısı ve zarların durumu**

Her vajinal muayeneden sonra zarların durumu, amnion kesesinin açılmış olup olmadığı ve eğer açılmışsa, vajinaya akan sıvının rengi gözlenmeli ve partografin fetal kalp atışı kayıtlarının altındaki bölümüne kaydedilmelidir. Eğer zarlar sağlam, sağlam olduğunu gösteren "S" harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve amnion sıvısı berrak akıyorsa, temiz olduğunu gösteren "B" harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı mekonyum lekeli ise, mekonyum olduğunu gösteren "M" harfini kaydedin. Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı yoksa, sıvının olmadığını gösteren "Y" harfini kaydedin. Eğer koyu mekonyum sıvısı veya sıvının akışının olmadığı gözlenmişse, fetal kalp atışı daha sık kaydedilmelidir, çünkü bu fetal distres işareti olabilir.

### **Fetal kafa şeklinin belirlenmesi**

Şekil belirleme, pelvisin fetal başı ne yeterlilikte barındırabileceğinin yani baş pelvis uyumunun en önemli bir göstergesidir. Pelviste moulding yani kafa kemiklerinin üst üste binmesi ile ilgili yüksek bir değer, baş-pelvis uyumsuzluğuna işaret edebilir.

### **Fetal başta moulding**

Kafa kemiklerinin birbirinin üzerine yaklaşması olarak tanımlanır. Muayene sırasında edinilen gözlemler şu şekilde kaydedilir :

- Eğer fetal kafatası kemikleri ayrı ise ve kemik ek yerleri kolayca hissedilebiliyorsa, "O" harfi ile kaydedin. Eğer kemikler birbirlerine ucu ucuna dokunuyorsa + şeklinde kaydedin
- Eğer kemikler üst üste biniyorsa ++ şeklinde kaydedin
- Eğer kemikler ciddi bir şekilde üst üste biniyorsa +++ şeklinde kaydedin

Büyük bir kafatasının mevcut olması durumunda şekil belirlemesi zor olabilir, baş-pelvis uyumsuzluğu ihtimali akla gelmelidir.

### **3-Annenin Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi**

Annenin durumuna ilişkin tüm kayıtlar, partografin aşağı kısmında, uterus kasılmaları kaydının altında bulunan bölme kaydedilmelidir. Annenin nabızı her yarım saatte bir kaydedilir. Kan basıncı her 4 saatte bir, gerekiyorsa daha sık kaydedilir. Vücut ısısı her 4 saatte bir, gerekiyorsa daha sık kaydedilir. İdrarda; hacim, protein ve aseton bakılmalıdır. (Kadın her 2-4 saatte bir idrarını yapma konusunda teşvik edilmelidir)

### **İlaçlar ve damar içi sıvılar**

Doğum sırasında kadına verilen tüm ilaçlar ve damar içi sıvılar, verildikleri zamanı belirtecek şekilde "Verilen ilaçlar ve IV sıvıları" başlıklı bölüme kaydedilmek suretiyle partografa işlenmelidir.

## Normal doğum eylemi için vaka örnekli bir partograf:

- Bir primigravid eylemin latent fazında saat 05.00 ' de kabul edilmiştir.

-fetal baş 4/5 palpabl;

-serviks 2cm açık;

-10 dakikada üç kontraksiyon; her biri 20 saniye süreli;

-normal maternal ve fetal bulgular.

**Not:** Kadın eylemin aktif fazında olmadığı için bu bulgular partograma işaretlenmedi.

- Saat 09.00:

-fetal baş 3/5 palpabl;

-serviks 5cm açık;

-10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 35 saniye süreli.

**Not:** Kadın eylemin aktif fazındadır, bulgular partograma işaretlenmiştir. Servikal açıklık uyarı çizgisinde işaretlenmiştir.

- Saat 11.00:

-fetal baş 2/5 palpabl;

-10 dakikada dört kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli.

- Saat 13.00

-fetal baş 0/5 palpabl;

-servikal açıklık saatte 1cm'den hızlı gelişerek tam açıklığa ulaşmış;

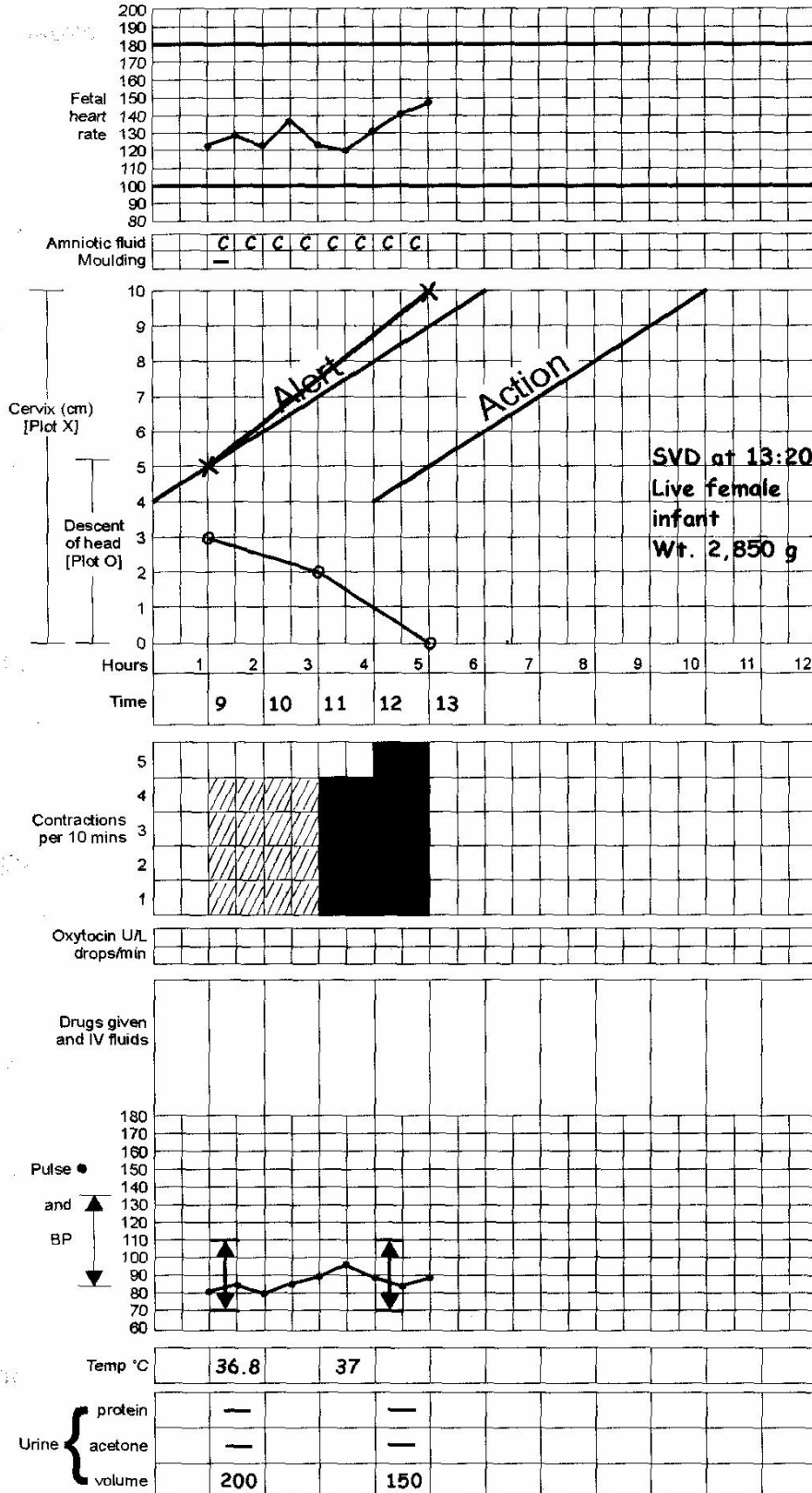
-10 dakikada beş kontraksiyon, her biri 45 saniye süreli,

-saat 13.20'de spontan vaginal doğum.

## Normal doğum eylemi için örnek partograf

Name Mrs. S Gravida 3 Para 2+0 Hospital number 7886

Date of admission 12.5.2000 Time of admission 5:00 A.M. Ruptured membranes 1 hours



### **Tıkanmış eylemi gösteren bir partograf örneği:**

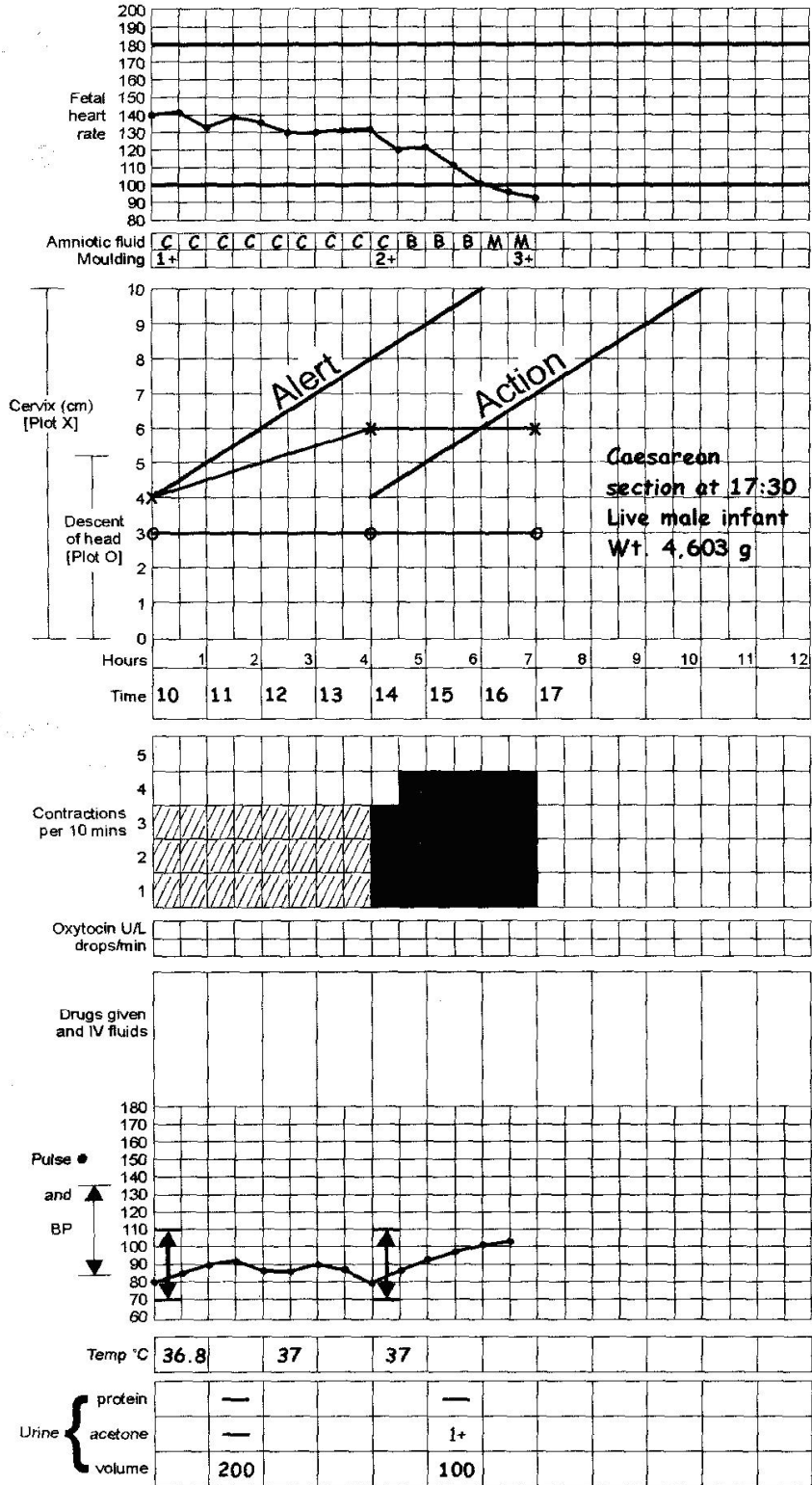
Doğum eyleminin aktif safhasında yeterli uterus kasılmalarının olmasına rağmen fetal distres ve saçlı deride üçüncü derece ödem (moulding) ile birlikte açılma ve inişte duraklama tıkanmış eylemi gösterir.

- Hasta sabah saat 10.00'da aktif eylemde müracaat etti:
  - fetus başı 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
  - serviks açıklığı 4 cm;
  - 10 dk içinde her biri 20-40 sn süren 3 kasılma;
  - berrak amniotik sıvı akışı;
  - saçlı deride birinci derece ödem
- Öğlen saat 2.00:
  - fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
  - serviks açıklığı 6 cm ve uyarı hattının sağında ;
  - kasımlarda iyileşme (10 dakikada, her biri 40 sn süren 3 kasılma);
  - saçlı deride ikinci düzey ödem
- Öğlenden sonra saat 5.00:
  - fetus başı halen 3/5 düzeyinde, ele geliyor;
  - serviks halen 6 cm açıklıkta;
  - saçlı deride 3. derece ödem;
  - kalp atım hızı 92/dk
- Öğlenden sonra saat 5.30'da sezaryen yapıldı.

## Tıkanmış eylemi gösteren partograf

Name **Mrs. H**      Gravida **4**      Para **3+0**      Hospital number **6639**

Date of admission **20.5.2000**      Time of admission **10:00 A.M.**      Ruptured membranes **1** hours



## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdakilerden hangisi partograf ile izlenmez?
  - a. 3.evrenin uzunluğu
  - b. Doğumun ilerlemesi
  - c. Bebeğin iyilik hali
  - d. Annenin iyilik hali
2. Partograf ile ilgili olarak aşağıdaki cümlelerden hangisi yanlıştır?
  - a. Aktivite çizgisi uyarı çizgisinin 4 saat sağındadır.
  - b. Aktivite çizgisine ulaşıldığında hasta üdahale imkanları olan bir merkeze sevk edilmelidir.
  - c. Normal bir eylemde servikal açıklık çizgisi uyarı çizgisinin üzerinde ve solundadır.
  - d. Mouldingin artması başın hızla ilerlediğini gösterir.

## KAYNAKLAR

1. WHO. A Managerial Tool for Preventing Prolonged Labour a practical guide The Partograph. 1993.
2. WHO. Preventing prolonged labour: a practical guide The partograph Part I: Principles and Strategy Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
3. WHO. Preventing prolonged labour: a Practical guide The Partograph Part II: User's manual. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
4. WHO. Preventing prolonged labour: a Practical guide The Partograph Part III: Facilitator's guide. Maternal Health and Safe Motherhood Programme Division of Family Planning Health Geneva WHO, 1994.
5. WHO. Integrated management of pregnancy and childbirth (IMMPAC): A guide for midwives and doctors. Department of Reproductive Health and Research Geneva WHO/RHR/00.7. 2000.

## **VAJİNAL MUAYENE**

### **AMAÇ**

Gebelik izlemi ve doğum sırasında ve sonrasında vajinal muayene yapmak

### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ:**

Bu oturum sonunda katılımcılar;

1. Uygun bir vajinal muayene yapılabilmesi için gereken koşulları sıralayabilmeli
2. Gebelik, doğum ve lohusalıkta vajinal muayene uygulanmasının amaçlarını açıklayabilmeli
3. Gebelik ve lohusalıkta vajinal muayene basamaklarını sıralayabilmeli
4. Elle vajinal muayenenin kontrendike olduğu durumları sıralayabilmeli
5. Vajinal muayene sonrasında kaydedilmesi gereken bulguları açıklayabilmeli
6. Vajinal muayenede gelen kısmın ayırıcı tanısını açıklayabilmeli
7. Model üzerinde vajinal muayeneyi gerçekleştirebilmelidir.

### **Uygun Bir Vajinal Muayene Yapılabilmesi İçin Gereken Koşullar:**

- Vajinal muayene yapılması gerektiği ve neden uygulanması gerektiği açıklanmalı ve gebenin onayı alınmalıdır.
- Hastanın mahremiyetine saygı gösterilmelidir.
- Muayenenin gerçekleşeceği mekan mahremiyete uygun, temiz ve uygun ısıda olmalıdır.
- Hizmet sunan sakın, hasta haklarına saygılı bir şekilde davranmalıdır.
- Hizmet sunan tüm muayene aşamalarında hastaya yapılacak işlemle ilgili açıklamalarda bulunmalıdır.
- Muayeneye hizmet sunanın yanısıra ikinci bir sağlık personelinin eşlik etmesi sağlanmaya çalışılmalıdır.
- Muayene sonunda muayene bulguları hastanın anlayacağı şekilde hastaya bildirilmelidir.

### **Vajinal Muayene Gebelik, Doğum ve Lohusalıkta Aşağıdaki Nedenlerle Yapılır:**

- Gebeliğin saptanması
- Düşük tanısının konulması ve düşük materyalinin vajenden elle temizlenmesi
- Eylemin başlangıcının değerlendirilmesi
- Servikal açıklık ve silinmenin değerlendirilmesi
- Doğumun ikinci evresinin başladığının saptanması
- Amniotik zarların varlığı veya yokluğunun tanısının konulması
- Fetüsün gelen kısmının ve bu kısmın seviyesinin belirlenmesi
- Fetüsün pozisyonunun belirlenmesi
- Doğumun 3. evresinde postpartum kanama yönetimi (Bkz. "Postpartum Bakım ve Yönetim Oturumu")
- Vulva ve vajen yırtıklarının değerlendirilmesi
- Loşinin değerlendirilmesi

## Vajinal Muayene Basamakları:

### 1. Enspeksiyon (Gözlem):

Vulvanın; hemanjiom, kitle, kanama, hematoma, laserasyon, yırtık varlığı, kanama ve loşinin değerlendirilmesidir.

### 2. Spekulum Muayenesi:

Özel koşullarda gerekebilir.

- a. **Servikovajinal smear alınması:** Rutin servikal smear tarama programı olmayan ülkelerde gebelik döneminde antenatal bakıma gelmiş bir hastadan smear alınması tarama testlerinin yapılması açısından bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Yalnız bu dönemdeki smear sonuçlarının sitolojik değerlendirilmesi yanıltıcı olabilir.
- b. **Preterm ve erken membran rüptürü şüphesi:** Bu hastalarda enfeksiyon riski nedeniyle parmakla vajinal muayeneden kaçınılmalıdır. Spekulum uygulaması ile arka fornikte göllenmiş amnion sıvısı ve varsa servikal açıklık değerlendirilebilir.

### 3. Parmakla Vajinal Muayene

- Oniki haftaya kadar olan gebeliklerde fundus yüksekliğinin saptanması ile gebelik büyüklüğünün belirlenmesini sağlar.
- Düşüklerde vajinal muayene ayırıcı tanıyı sağlar ve inkomplet düşüklerde vajenden atılan gebelik ürünlerinin temizlenmesi için gerekir.
- Eylem başlangıcının ve doğumun evrelerinin takibi için servikal açıklık ve silinme parmakla vajinal muayene yapılarak belirlenir.
- Önde gelen kısmın seviyesinin belirlenmesini sağlar.
- Spekulum ile erken membran rüptürü tanısı konulamayan hastalarda vajene uygulanan hidralazin kağıdında ortaya çıkan renk değişiklikleri bu kağıdın kullanım kılavuzuna göre değerlendirilerek amniotik sıvının gelip gelmediği belirlenir.

Rutin lohusalık takibinde uterusun involüsyonunun değerlendirilmesi için vajinal muayeneye gerek yoktur.

### Gerekli Ekipman Listesi

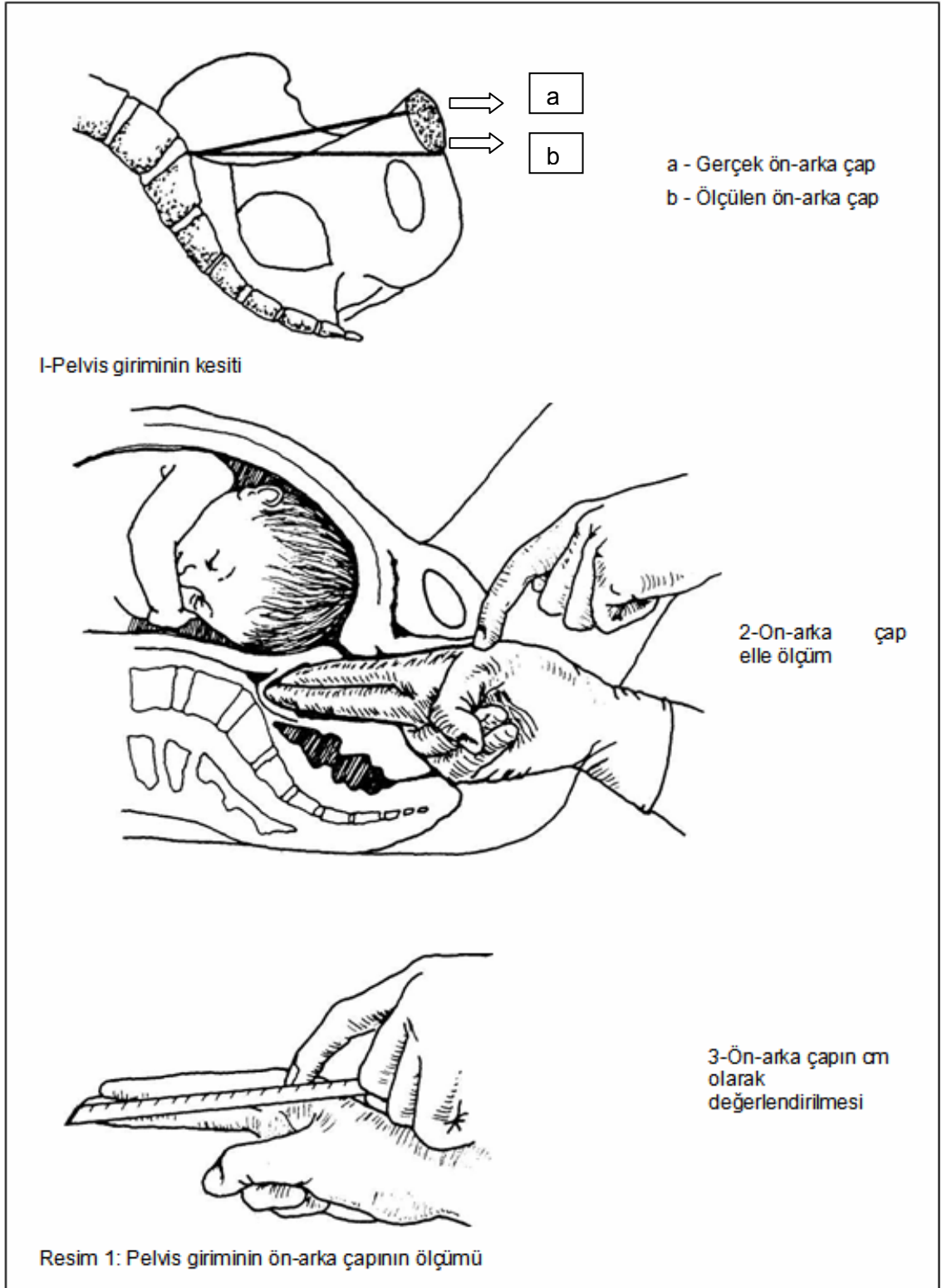
- El yıkama ve kurutma şartları
- Bir çift steril eldiven
- Vajinal muayene seti: Antiseptik sıvı konulacak kap, steril havlu, ped ve sponge
- Antiseptik sıvı
- Vajina kayganlaştırıcı krem (Örneğin; K-Y Jelly)
- Pansuman tepsisi
- Tıbbi atıkların konulacağı kap
- Spekulum (Sadece özel durumlarda)
- Kullanılmış spekulumun konulacağı kirli kabı



### **Parmakla Vajinal Muayene Basamakları:**

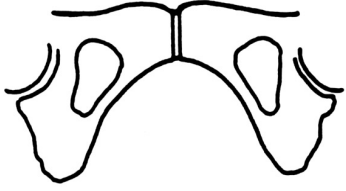
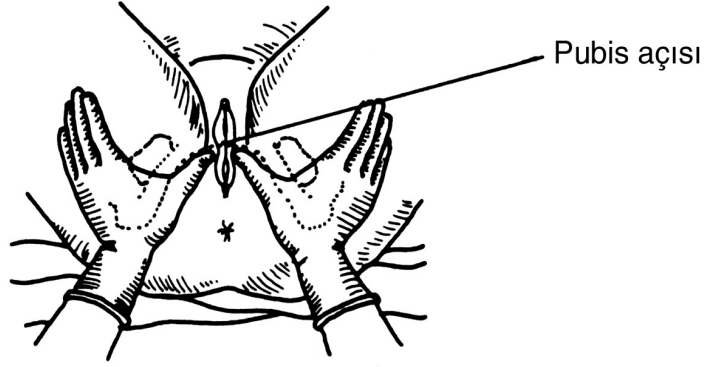
1. Kendinizi tanıtınız
2. Kadına ne yapacağınızı ve niçin yapacağınızı anlatınız
3. Prosedürü yürütmek için kadının rızasını alınız
4. Gerekli ekipmanı hazırlayınız
5. Mahremiyetine dikkat ediniz
6. Kadın mesanesini boşaltmak isterse prosedürden önce boşaltmasını tavsiye ediniz
7. Litotomi pozisyonunda yatırınız
8. Işığın yeterli olduğunu kontrol ediniz
9. Ellerinizi iyice yıkayınız ve kurulayınız
10. Vajinal muayene setini açınız
11. Kayganlaştırıcı jeli hazırlayınız
12. Eldivenleri açınız
13. Ellerinizi yeniden iyice yıkayınız ve kurulayınız
14. Aseptik koşullarda eldivenlerinizi giyiniz
15. Vulva ve perinede anormallik veya akıntı olup olmadığını kontrol ediniz
16. Kayganlaştırıcı sürülmüş bir veya iki parmağınızı yavaşça vajen içine sokunuz
17. Vajinayı hissediniz ve durumuna bakınız
18. Serviksi bulunuz, hissediniz ve açıklık ve silinmesini kontrol ediniz
19. Amniyotik zarların olup olmadığını hissediniz
20. Fetüsün gelen kısmını ve pozisyonunu hissediniz ve belirlemeye çalışınız
21. Pelvis giriminin ön-arka çapını değerlendiriniz \* (Resim 1)
22. Pelvis çıkımını değerlendiriniz \*\* (Resim 2)
23. Parmaklarınızı yavaşça çıkarınız
24. Kadının vulvasını pedle kurulayınız
25. Kadına ped veriniz
26. Kullanılan ekipmanı kaldırınız
27. Eldivenlerinizi çıkarınız
28. Ellerinizi iyice yıkayınız ve kurulayınız
29. Annenin nabzını hissederken fetüsün kalp atışını dinleyiniz
30. Bulgularınızı kadına açıklayınız
31. Bulgularınızın tümünü tarih, saat ve hizmet sunan kişinin adı veya parafı ile kaydediniz
32. Varsa anormallikleri kaydediniz
33. Ciddi komplikasyonlar varsa sevk ediniz (Bkz.Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu).

\*Pelvis giriminin değerlendirilmesi: Vajene yerleştirdiğimiz parmağımızla sakrumun promontoryumunu palpe etmeye çalışın. Sakruma ulaşamıyorsa pelvis giriminin ön-arka çapının 12 cm'nin üzerinde olduğu, bir darlık olmadığı anlaşılır. Eğer parmağımız sakrumun promontoryumuna ulaşıyorsa parmak vajenden çıkarıldıktan sonra simfis altucu seviyesine temas eden el kısmı ile muayene kullanılan elin orta parmak ucu arasındaki mesafe bir cetvelle ölçülür. Ölçülen mesafeden pelvik kemik kalınlığı olan 2 cm çıkarıldığı zaman pelvis giriminin gerçek ön-arka çapı elde edilir. Bu çap 10.5 cm'nin altında ise vajinal doğum riskli olabileceği düşünülmeli, gebe sezaryen uygulanılabilecek bir sağlık kuruluşuna gönderilmelidir.

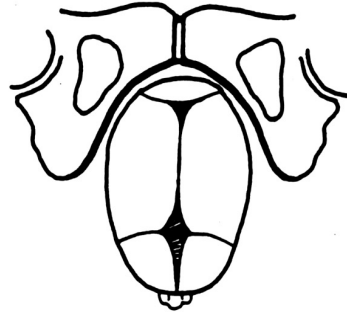


\*\* Pelvis çıkımının değerlendirilmesi: a-) Vajinal muayenede her iki yanda spina iskiyadikalar hafif bir çıkıntı şeklinde ele gelir. Eğer bunlar belirgin olarak ele geliyorsa pelvis çıkımında darlık akla gelmelidir. b-) Normalde çıkımda sakrum yüzeyi düz ve dış bükey bir yapı gösterir. Eğer sakrum gaga gibi bir yapıda veya iç bükey ise çıkımda darlık olabileceği akla gelmelidir. c-) Normalde her iki pubis kemiğinin önde simfizde birleştiği kollar arasındaki açı 90 ° dir. Bu açı 90 °den dar veya geniş ise pelvis tabanı dardır (Resim-2)  
Pelvis çıkımının dar olduğu hallerde hasta doğum için hastaneye sevk edilmelidir.

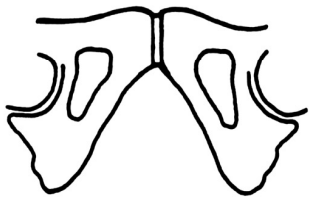
Resim-2: Pelvis çıkımının değerlendirilmesi



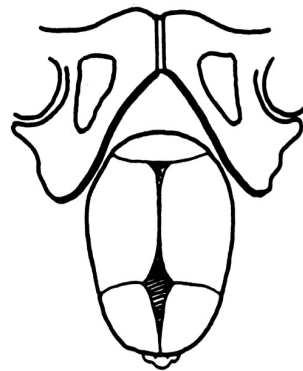
Normal pubis açısı



Baş pubis açısı ile uyumlu



Dar pubis açısı



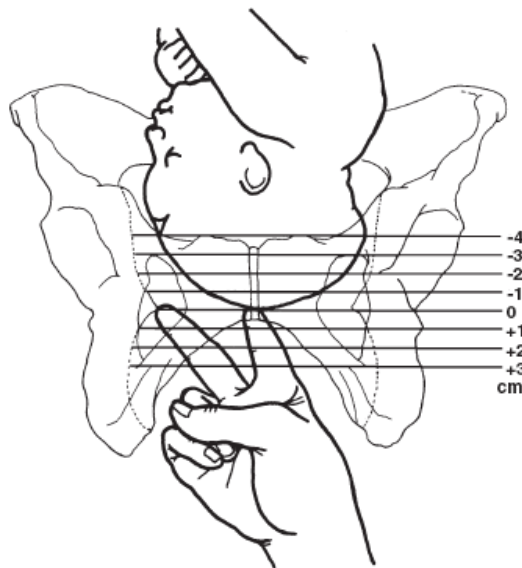
Baş pubis açısı ile uyumsuz

### Her Vajinal Muayene Sırasında Kaydedilmesi Gereken Bulgular:

1. Dış genital organların görünümü (Vulva ve perine)
2. Vajinanın durumu
3. Servikal dilatasyonu ( cm )
4. Serviksin silinme derecesi (Tamamen silinmiş bir servikste silinme %100 olarak kabul edilerek mevcut silinme % olarak ifade edilir)
5. Amniyotik zarın durumu
6. Akıyorsa amniyotik sıvının rengi
7. Vajinal pürülan akıntı varlığı
8. Gelen kısım, iskiyadik çıkıntılara ve annenin pelvisine göre seviyesi ve duruş şekli
9. Baş kemiklerinin sütürlerden üst üste binmesinin değerlendirilmesi (Moulding) (Bkz. "Doğum İzleminde Partograf Kullanımı Oturumu")
10. Parmakla vajinal muayene yapılan tarih, zaman, endikasyonlar ve bulguların kayıt altına alınması
11. Abdominal muayene yapılması ve kayıt altına alınması (Bkz. "Doğum Öncesi Bakımda Öykü Alma, Muayene ve Kayıt Oturumu")
12. Varsa uygulanan girişimlerin detayları. Örn, amniyotomi uygulaması (Amnion zarının sağlık personeli tarafından açılması) veya idrar sondası yerleştirme
13. Girişim uygulanmış ise fetüsün kalp atım hızının yeniden sayılması ve kaydedilmesi
14. Varsa anormallikleri bildiriniz ve sevk ediniz.
15. Tüm basamakları gerçekleştiren sağlık çalışanının adının kayıt altına alınması

Not: Gebe eylemde ise, bu gözlemler partografaya kaydedilmelidir.

Başın seviyesi spina iskiyadikalardan geçen bir hayali horizontal düzleme prezante olan kısmın en alt noktasının (Kılavuz nokta Bkz Doğum Öncesi Bakımda Öykü Alma, Muayene ve Kayıt Oturumu) uzaklığı ile ifade edilir. Kılavuz noktasının spina iskiyadikalardan geçen düzlemin üzerinde yer aldığı durumlarda uzaklığın santimetre olarak ifade edilmesine göre -1 (1cm yukarıda), -2 (2cm yukarıda), -3 (3 cm yukarıda), altında yer aldığı durumlarda ise +1 (1cm altında), +2 (2cm altında), +3 (3 cm altında) olarak ifade edilir. (Şekil-3).



Resim-3 Başın inişinin değerlendirilmesi

Baş, makat ve yüz prezantasyonlarının ayırıcı tanısının yapılması gerekir (Resim-4). Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken noktalar:

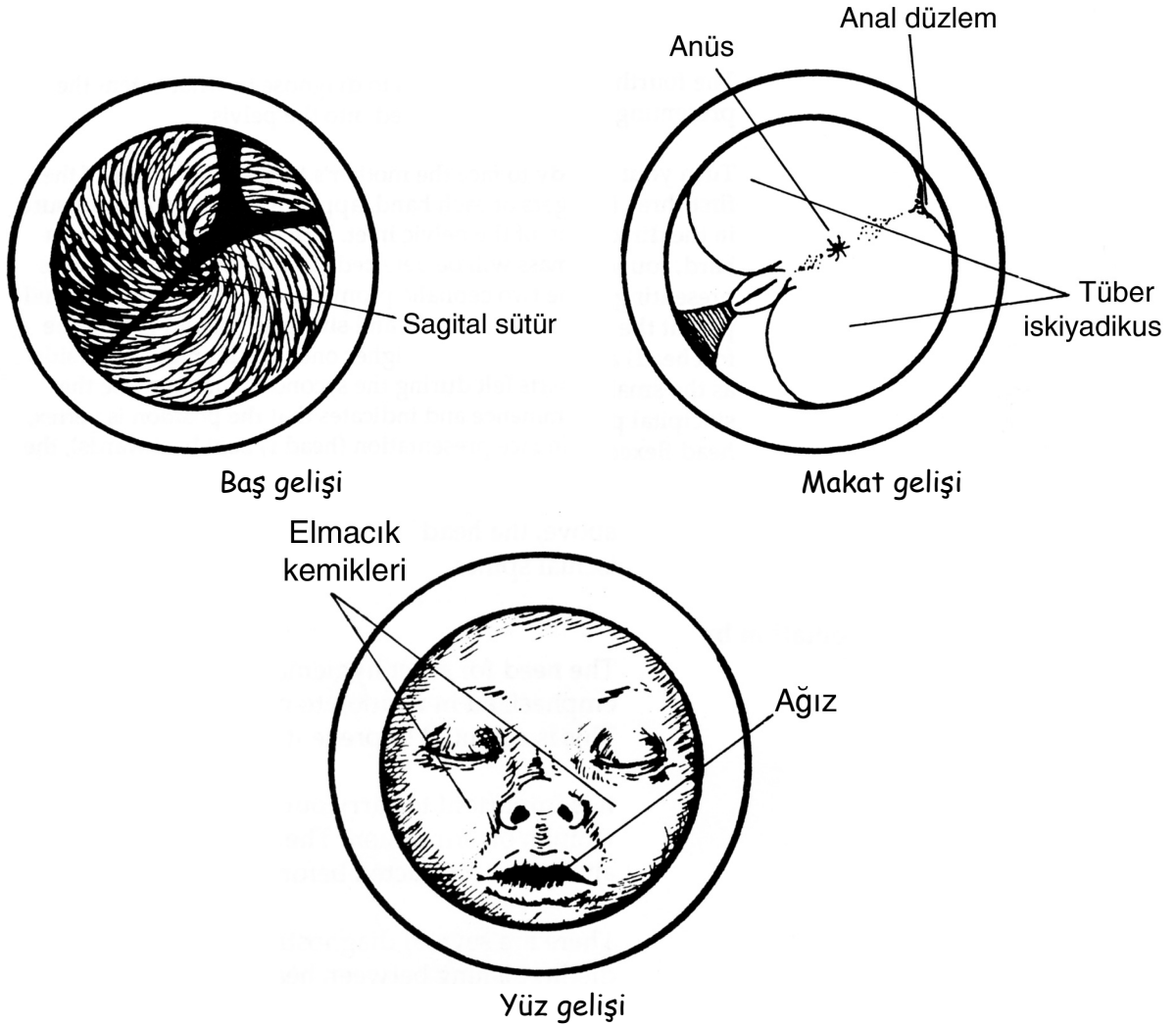
- Baş makada göre daha sert ve büyüktür.
- Başda sütürler ele gelebilir, makad gelişinde ise anus palpe edilebilir.
- Abdominal muayene bulguları farklıdır. (Makat prezantasyonda; fundusta baş küre şeklinde ele gelir) (Bkz. "Doğum Öncesi Bakımda Öykü Alma, Muayene ve Kayıt Oturumu")
- Makad gelişinde bebeğin iskiyadik tüberkülleri ele gelir.

Makad gelişinde palpe edilen anal açıklık, yüz gelişindeki ağızdan ayırılmalıdır.

- Makadın sfinkter yapısı palpe edilir.
- Ağız muayene eden kişinin parmağını yakalayabilir.

Yüz gelişinde elmacık kemikleri, burun ve alın ele gelebilir.

Resim 4: Gelen kısmın ayırıcı tanısı



Vajinal Muayene Kontrendikasyonları	Nedenleri:
Kadının onayının olmaması	Bütün kadınların bu prosedürü reddetme hakkı vardır. Hastaya vajinal muayenenin gerekliliği anlatılarak onayı alınmalıdır.
Vajinal kanaması vardır.	Vajinal kanama plasentanın aşağı pozisyonda olduğuna bir işaret olabilir. Plasenta previa nedeniyle vajinal kanaması olan bir gebede vajinal muayene plasentanın travmatize olmasına bu da aşırı vajinal kanamaya neden olur. Bu da şoka yol açarak anne ya da bebek ölümüyle sonuçlanabilir. Kanaması olan gebelerde perine değerlendirilir, eğer perinede kabarma, taçlanma varsa, bebek başı gözükiyorsa ve hasta ıkınıyorsa parmakla vajinal muayene yapılır.
Vajinal muayene yapılması için bir neden yoktur.	Yeterli sebep olmaksızın sık parmakla vajinal muayene yapılması kadınlar için stresli olabilecek gereksiz bir prosedürdür. Ayrıca enfeksiyon riskini arttırır.

### OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

- Suyunun geldiğini ifade eden 7 aylık bir gebede aşağıdakilerden hangisi doğru yaklaşımdır?
  - Elle muayene yapılarak servikal açıklığın belirlenmesi
  - Spekulum muayenesi yapılarak arka forniksde amnion mayi göllenmesinin değerlendirilmesi
  - Vajinal muayeneden kaçınılarak abdominal muayene yapılması
  - Elle muayene ve hidralazin testi yapılması
- Aşırı vajinal kanama şikayeti ile gelen 8 haftalık gebede aşağıdaki yaklaşımlardan hangisi yanlıştır?
  - Kanamalı gebelerde vajinal muayene sakıncalıdır.
  - Spekulum muayenesi ile servikal açıklık ve vajendeki birikmiş gebelik ürünleri araştırılır
  - Vajinal muayene ile intrauterin bir gebeliğin varlığı araştırılır.
  - Düşük ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

### KAYNAKLAR

- Doğum Bilgisi, Kazım Arısan. Çeltüt Matbaacılık, 1984.
- Safe Motherhood. Notes for students. Midwifery Education. WHO/FRH/MSM/96.6 1996, Geneva.
- Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Managing complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors. WHO/RHR/00.7 2000, Geneva.
- Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 6.Baskı 1995.

**GEBE MUAYENESİ ÖĞRENİM REHBERİ**  
**VAJİNAL MUAYENE**

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi:**

	Uygulama				
	1	2	3	4	5
1. Kendinizi tanıtırınız					
2. Kadına ne yapacağınızı ve niçin yapacağınızı anlatınız					
3. Prosedürü yürütmek için kadının rızasını alınız					
4. Gerekli ekipmanı hazırlayınız					
5. Mahremiyetine dikkat ediniz					
6. Kadın mesanesini boşaltmak isterse prosedürden önce boşaltmasını tavsiye ediniz					
7. Litotomi pozisyonunda yatırınız					
8. Işığın yeterli olduğunu kontrol ediniz					
9. Ellerinizi iyice yıkayınız ve kurulayınız					
10. Vajinal muayene setini açınız					
11. Kayganlaştırıcı jeli hazırlayınız					
12. Eldivenleri açınız					
13. Ellerinizi yeniden iyice yıkayınız ve kurulayınız					
14. Aseptik koşullarda eldivenlerinizi giyiniz					
15. Vulva ve perinede anormallik veya akıntı olup olmadığını kontrol ediniz					
16. Kayganlaştırıcı sürülmüş bir veya iki parmağınızı yavaşça vajen içine sokunuz					
18. Serviksi bulunuz, hissediniz ve açıklık ve silinmesini kontrol ediniz					
19. Amniyotik zarların olup olmadığını hissediniz					
20. Fetüsün gelen kısmını ve pozisyonunu hissediniz ve belirlemeye çalışınız					

21. Pelvis giriminin ön-arka çapını değerlendiriniz * (Resim 1)					
22. Pelvis çıkımını değerlendiriniz ** (Resim 2)					
23. Parmaklarınızı yavaşça çıkarınız					
24. Kadının vulvasını pedle kurulayınız					
25. Kadına ped veriniz					
26. Kullanılan ekipmanı kaldırınız					
27. Eldivenlerinizi çıkarınız					
28. Ellerinizi iyice yıkayınız ve kurulayınız					
29. Annenin nabzını hissederken fetüsün kalp atışını dinleyiniz					
30. Bulgularınızı kadına açıklayınız					
31. Bulgularınızın tümünü tarih, saat ve hizmet sunan kişinin adı veya parafı ile kaydediniz					
32. Varsa anormallikleri kaydediniz					
33. Ciddi komplikasyonlar varsa sevk ediniz					



## EPİZYOTOMİ VE PERİNE YIRTIKLARI

### AMAÇ

Epizyotomi ve perine yırtıklarının tanı ve tedavisi hakkında bilgi kazanma.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Epizyotomi tanımlayabilmeli
2. Epizyotomi çeşitlerini anlatabilmeli
3. Epizyotomi basamaklarını sıralayabilmeli
4. Lokal anestezi tekniğini anlatabilmeli
5. Epizyotomi sütür tekniğini söyleyebilmeli
6. Perine yırtıklarının tanı ve tedavisini anlatabilmeli
7. Perine yırtıklarının onarım basamaklarını sıralayabilmeli
8. Epizyotomi ve perine yırtıklarındaki komplikasyonlar ve sevk gerektiren durumları sıralayabilmelidir.

Epizyotomi, doğum sırasında vajinal açıklığı arttırmak üzere incelmış perineye bir kesi yapılmasıdır. Epizyotomi rutin olarak yapılmamalıdır ama doğumu kolaylaştırıcı etkisi olduğu bilinmelidir. Mediyal veya mediyolateral olarak yapılabilir. Medial epizyotomi daha az kanama ve ağrıya neden olur ve tamiri daha kolaydır, ama mediyolateral epizyotomiye göre 3. veya 4. derece perine yırtığı oluşma riski biraz daha fazladır.

### Epizyotomi Yapılmasının Gerekli Olduğu Durumlar:

1. Çıkımda fetal distress gelişen olgularda doğumu hızlandırmak
2. Forseps, vakum gibi cerrahi doğum öncesinde
3. Prematür veya makadi doğumda bebekte kafa içi kanama oluşmasını önlemek için
4. Annenin doğum sırasında fazla ıkmmasının engellenmesi gereken durumlarda (Örneğin; Kalp yetmezliği)
5. 3. derece perine yırtığı oluşma riski var ise (Özellikle daha önceki doğumda 3. derece yırtık oluşmuşsa)

Elektif epizyotominin perine hasarını azaltarak gelecekte oluşabilecek bir vajinal prolaps veya idrar kaçırma şikayetini engelleyebileceğine dair herhangi bir kanıt yoktur, ancak gerekli olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

### Epizyotomi Basamakları

Epizyotomi perine incelendiğinde ve kontraksiyon sırasında bebeğin başının 3-4 cm'lik kısmı gözükür hale geldiğinde uygula (Resim 1-A). Epizyotomi kanamaya neden olur; bu nedenle gerektiğinden erken uygulamaktan kaçınılmalıdır.

1. Lokal anestetiği uygulama (Resim 1-B).
2. Aynı elin iki parmağını bebeğin başı ile perine arasında yerleştiriniz (Resim 1-C).
3. Makas kullanarak perineyi medial veya medilateral olarak vajen arka duvarının orta kısmına doğru 3-4 cm'lik kısmını da içine alacak şeklide kesin (Resim 1-C).

4. Perineyi destekleyerek bebeğin başının çıkışını kontrol ediniz, hızla çıkmasını engelleyiniz. Bebeğin başının hızla çıkması epizyotominin genişlemesine neden olabilir.
5. Doğum gerçekleştikten sonra epizyotomi bölgesini, epizyotomi kesisinin alt ve üst köşelerini ve perinenin diğer kısımlarını bir perine yırtığı yönünden değerlendiriniz.
6. Epizyotomi kesisini sütüre ediniz.

### Lokal Anestezi Tekniği

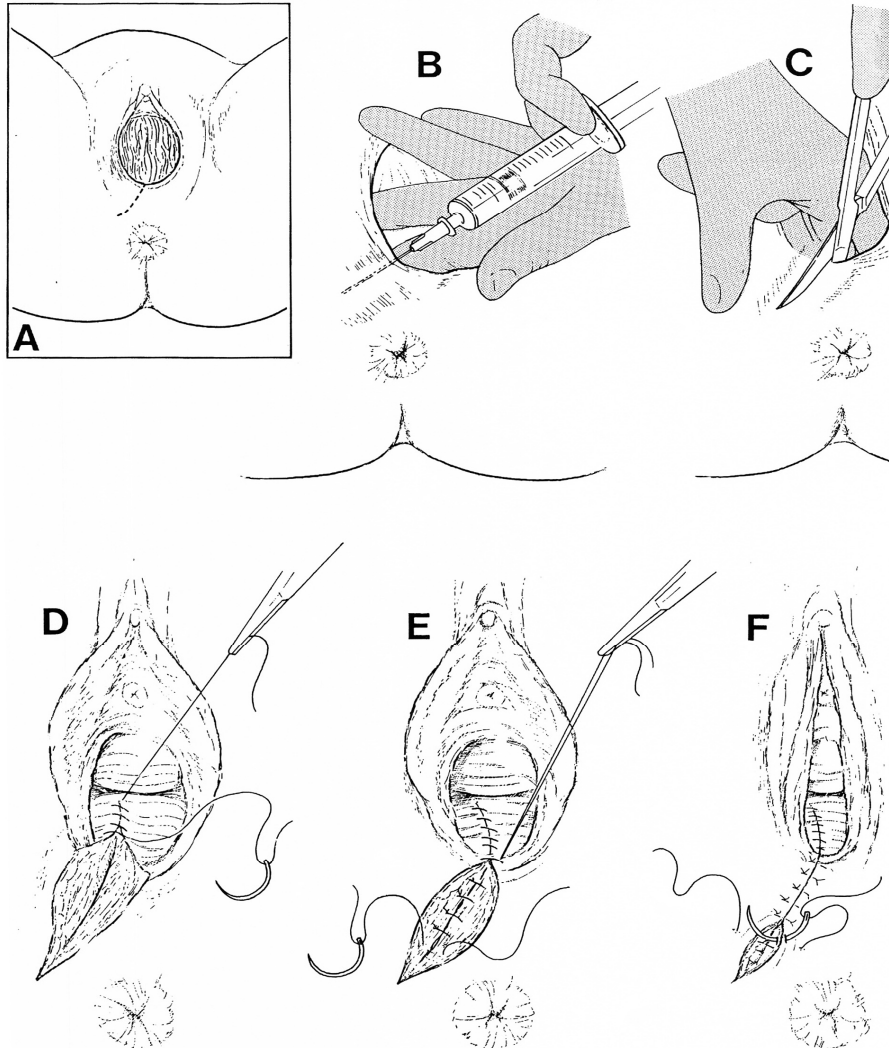
Dokunun lokal anestetik ile infiltrasyonu

10-20 ml % 0.05'lik (Lokal anestetik) lignocain hazırla

Hazırlanan lokal anestetik insizyondan en az 3 dakika önce vajen mukozası ve perine cildi altına ve derine perine kasları arasına infiltre edilir.

Anestetik maddenin etkisini göstermesi için epizyotomi açılmadan en az 3 dakika önce uygulanmalıdır.

Epizyotomiyi sütüre etmek için absorbe edilen sütürlerden kullan. İdeal olanı alerjenik olmaması, gerilim gücünün yeterli olması ve daha az enfeksiyon riskine sahip olması nedeniyle polyglycolic sütür malzemesinin kullanılmasıdır. Krome katgüt de zorunlu hallerde kullanılabilir.



Resim-1: Epizyotomi açılışı ve sütüre edilişi

- A-Mediyolateral epizyotomi insizyon hattı
- B-Lokal anestetik uygulanması
- C-Epizyotomi açılması
- D-Epizyotomi köşesinden başlanılarak vajenin sütüre edilmesi
- E-Cilt altının sütüre edilmesi
- F-Cildin sütüre edilmesi

Doğumdan sonra perine mutlaka incelenmelidir. Perine yırtığı saptanması durumunda aşağıdaki basamaklar uygulanılır:

**Öncelikle Yırtık Alanı İncele ve Yırtığın Derecesini Belirle, Buna Göre Hareket Ediniz.**

**1. derece yırtıklar:** Sadece vajinal mukoza ve bağ dokusunda yırtık mevcuttur.

Yırtık kanamıyorsa temizle ve yara yerini açık bırak.

Yırtık kanıyorsa yara yerine basınç uygula, buna rağmen kanıyorsa veya yırtık geniş ise evrensel önlemleri alarak (Bkz. Giriş Modülü: Enfeksiyonun önlenmesi Oturumu) aseptik teknikler steril şartlarda sütüre et. Sütürün onarımında 21 gauge 4 cm'lik kurvatürü olan iğne ile absorbabl polyglycon sütür materyali kullan. Sütürün onarımına başlamadan önce sütürün köşesini mutlaka gör ve ilk sütürü oraya uygula. Sütür atarken iki sütür kenarının düzgün olarak karşı karşıya gelmesini sağla.

**2. derece yırtıklar:** Vajinal mukoza, bağ dokusu ve alttaki kaslar yırtılmıştır. Yırtık kanıyorsa yara yerine basınç uygulayınız, buna rağmen kanıyorsa evrensel önlemleri alarak (Bkz. Giriş Modülü: Enfeksiyonun önlenmesi Oturumu ) aseptik teknikler steril şartlarda sütüre ediniz. Sütürün onarımında 21 gauge 4 cmlık kurvatürü olan iğne ile absorbe olan polyglycon sütür materyali kullanınız. Sütürün onarımına başlamadan önce sütürün köşesini mutlaka görerek ilk sütürü uygulayınız. Sütür atarken iki sütür kenarının düzgün olarak karşı karşıya gelmesini sağlayınız. Doğumun üzerinden 12 saatten fazla bir süre geçmiş ise yırtık yerini steril bir gaz bezi ile kapatarak hastayı hastaneye sevk ediniz (Resim 2).

**3. derece yırtıklar:** Perinenin yanı sıra anal sfinkter de yırtılmıştır.

Temiz ve steril bir pet ile yırtık bölgesini kapatarak hastayı hastaneye sevk ediniz.

**4. derece yırtıklar:** Perine, anal sfinkter ve rektal mukoza yırtılmıştır. Temiz ve steril bir pet ile yırtık bölgesini kapatarak hastayı hastaneye sevk ediniz.

**Perine Yırtıklarında Tedavi Basamakları:**

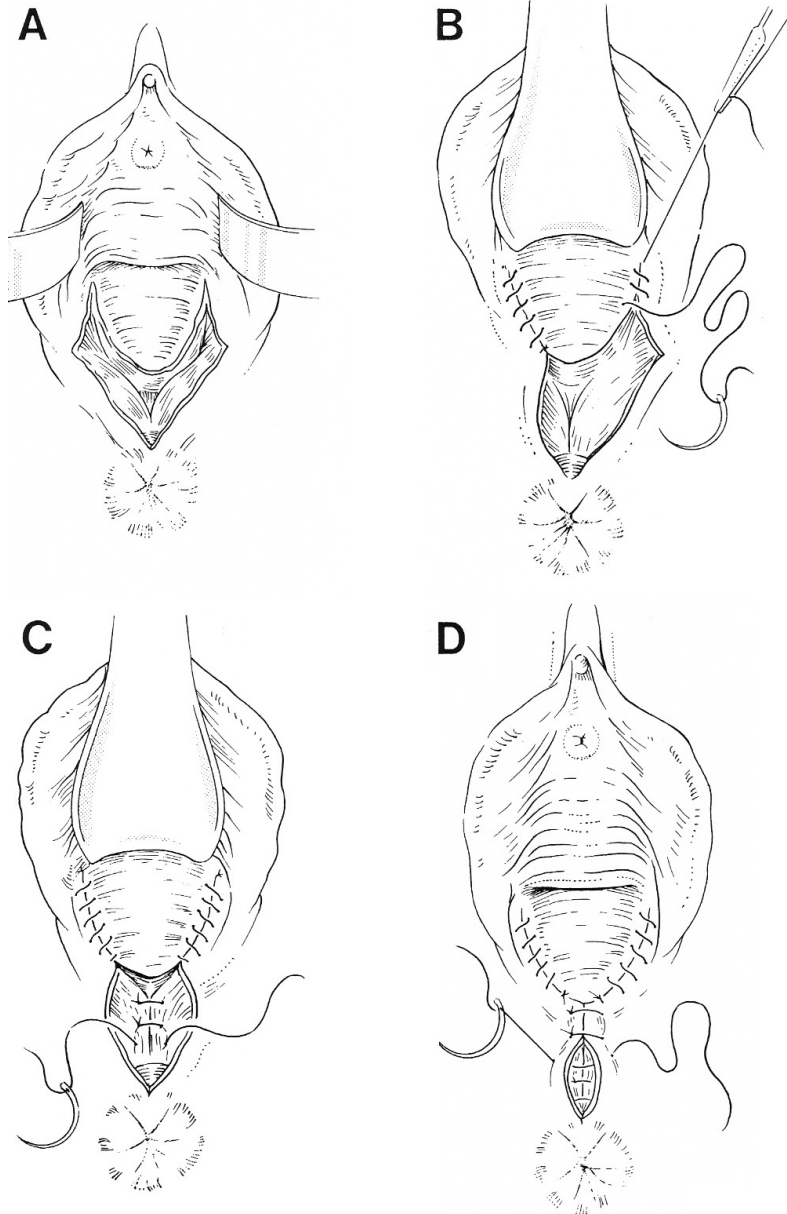
1. Yırtığı temizle ve genişliğini inceleyiniz
2. 1. ve 2. derece kanamayan küçük yırtıklarda yara yerini temizleyiniz ve yarayı açık bırakınız
3. 1. ve 2. derece kanayan küçük yırtıklarda basınç uygulayınız, kanama durursa yara yerini temizleyerek açık bırakınız
4. 1. ve 2. derece kanayan ve basınca rağmen durmayan yırtıklarda veya geniş yırtıklarda yara yerini temizleyiniz. Yırtığın vajen en üst kısmındaki köşesini tesbit edip oradan başlayarak vajina girişine kadar kontinü 0 numara sütürle onarınız. Perine kaslarını tek tek 0 numara sütürle onarınız. Perine cildini 2-0 numara sütürle onarınız. Küçük yırtıklarda sütürleri kontinü, geniş yırtıklarda ise tek tek uygulayınız. (Resim-2).

**Epizyotomi ve perine yaralanmaları ile ilgili hastaneye sevk gerektiren durumlar 3 veya 4. derece perine yırtıkları ve büyük hematomlardır.**

Perine yaralanmaları ve epizyotomiye bağlı olarak aşağıdaki komplikasyonlar ortaya çıkabilir:

**Hematom:** Açıp boşaltınız. Hematom boşaltıldıktan sonra kanama durursa, enfeksiyon belirtileri yoksa sütüre ediniz. Büyük ve kanaması kontrol edilemeyen hematomlarda damar yolu açıp, mayi takınız ve hastayı sevk ediniz.

**Enfeksiyon:** Enfekte sahayı inceleyiniz, evrensel önlemlere uyunuz ve enfekte materyali (Pü) drene ediniz ve antibiyotik başlayınız



**Resim 2: Perine yırtıklarının onarımı**

A-Perine yırtığının incelenmesi

B-Vajenin sütüre edilmesi

C-Perine kaslarının sütüre edilmesi

D-Cildin sütüre edilmesi

### Epizyotomi Malzeme Listesi:

#### 1-Epizyotomi Seti:

- 1 epizyotomi makası
- 1 makas
- 1 portegü
- 1 penset
- 2 pean
- 1 over pensi

#### 2-Antiseptik solüsyon

#### 3-Sütür malzemesi

#### 4-Steril gaz

#### 5-Steril ped

#### 6-Lokal anestetik

### OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Doğum sırasında anal sfinkteri yırtılmış bir hastada hangi yaklaşım doğru değildir?
  - a. Yırtığın üst sınırını tesbit et
  - b. Hastayı sevk et
  - c. Rektumu kontrol et
  - d. Steril ped ile yırtığı kapat
2. Aşağıdakilerden hangisi epizyotomi yapılmasını gerektirmez?
  - a. Makadi doğum
  - b. Perinenin oluşabilecek hasarlardan korunması isteği
  - c. Vakum veya forsepsle müdahaleli doğum
  - d. Çıkımda fetal distres gelişmesi

### KAYNAKLAR

1. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors WHO/RHR/00.7 2000.
2. Safe Motherhood. Care in Normal Birth: a practical guide. WHO/FRH/MSM/96.24 1996.
3. What Works: A policy and Program Guide to the Evidence on Family Planning, Safe Motherhood and STI/HIV/AIDS Interventions. Module 1 Safe Motherhood. Gay J, Hardee K, Judice N, Agarwal K, Fleming K, Hairstone A, Walker B, Wood M. Policy Project 2003.

## POSTPARTUM BAKIM VE YÖNETİM

### AMAÇ

Postpartum bakım ve yönetim becerisi kazanmak.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Doğum sonu ve lohusalık terimlerini açıklayabilmeli
2. Doğum sonu bakımın önemini açıklayabilmeli
3. Doğum sonrası dönemde primer veya sekonder kanama veya puerperal sepsis riskini arttıran durumları sıralayabilmeli
4. Doğum sonu muayene hazırlık basamaklarını sıralayabilmeli
5. Doğum sonu anne muayenesi basamaklarını sıralayabilmeli
6. Doğum sonrası karın muayenesini açıklayabilmeli
7. Doğum sonrası dönemde perine muayenesini açıklayabilmeli
8. Fizyolojik değişiklikleri açıklayabilmeli
9. Doğum sonrası danışmanlık bileşenlerini sıralayabilmelidir.

Lohusalık dönemi gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin kaybolduğu, vücudun gebelik öncesi haline döndüğü doğum sonrası 6 haftayı kapsar. Bu dönemde annede birçok fizyolojik ve psikoIojik değişiklikler ortaya çıkar. Annenin tüm sistemlerinin doğumdan önceki halini alabilmesi için ortalama 6 haftaya gerek vardır. Bununla beraber doğumla ilgili bazı problemler çok daha uzun sürebilir

Bu dönem:

1. Doğum sonrası: Doğumu izleyen ilk 24 saat
2. Erken Lohusalık: Doğumu izleyen ilk on gün (Postnatal dönem)
3. Geç Lohusalık: Vücudun normale döndüğü, genital organlarda involüsyonun geliştiği, adetlerin geri döndüğü emzirmeyen kadında 6 hafta emziren kadında ise aylarca devam eden bir süreci tanımlar.

### Lohusalık Döneminde Yönetim

Annelerin doğumdan sonra 2-4 gün hastanede yatırılması anne ve bebek sağlığı yönünden büyük kazançlar sağlar. Bunun mümkün olmadığı durumlarda mutlaka ev ziyaretleri yapılarak anne ve bebeğin izlenmesi gerekmektedir. Erken taburcu edilen annelerin bebeklerinde hiperbilirübinemi ve neonatal enfeksiyon tanısı konulması gecikebilir, ev ziyaretlerinde bebeklerin de izlenmesi gerekir.

**Erken lohusalık döneminde lohusanın yakından izlenmesi gerekir. Bu nedenle ev ziyaretleri yapılmalıdır.**

### Postnatal Bakımın Amacı,

- Anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı olmasına katkıda bulunmak
- Anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgilendirmek
- İyi bir anne-bebek ilişkisinin gelişmesine katkıda bulunmak
- Annenin kendine güvenmesini sağlamak, aile ve sosyal çevresi içinde annelik konumunu benimsemesini sağlamak

**Not:** 2008/80 sayılı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi doğrultusunda hizmet sunulmalıdır.

Anne ve bebeğin doğum sonrası muayene, ve değerlendirilmesi anne ve bebeğe bütüncül yaklaşımın bir parçasıdır. Bu muayeneler sadece mesleki veya yasal bir zorunluluk olarak görülmemelidir. Anne ve bebeğin doğum sonu muayenesi normal durumların ve normal dışı durumların saptanması ve anne ve bebekteki değişim ve gelişimin izlenmesi ve bütün bunların kayıt altına alınmasını sağlar. Tüm kayıtlarda tarih, saat ve değerlendirmeyi gerçekleştiren sağlık çalışanının ismi ve imzası bulunmalıdır. Bu kayıtların yasal sorunlar ortaya çıktığında da çok önemli olacağı unutulmamalıdır.

Postpartum primer veya sekonder kanama veya puerperal sepsis riski olan hastalarda doğum sonrası ilk 10 gün içerisinde daha sık aralıklarla lohusa izlemi yapılmalıdır.

### **Doğum Sonrası Dönemde Primer Veya Sekonder Kanama veya Puerperal Sepsis Riskini Arttıran Durumlar:**

- Plasenta veya zar retansiyonu
- Uzamış eylem
- Operatif doğum (Vakum, forseps vb) veya komplikasyon gelişen doğum eylemi (2-.4 derece perine yırtıkları vb)
- Epizyotomi açılması
- Sezaryen sonrası insizyon yeri açılması
- Anemi
- Gebelikte kanama
- Primer postpartum kanama
- Erken membran ruptürü
- Hijyenik olmayan şartlarda ev doğumu

Aşağıdaki basamaklar muayene nerede yapılırsa yapılsın (Ev, sağlık kuruluşu) tüm doğumsonu muayenelerde gerçekleştirilmelidir:

1. Anneyi ve eşlik eden yakınlarını uygun şekilde selamlayınız.
2. Annenin genel durumunu değerlendirin (Halsiz, yorgun, soluk, üzgün vb).
3. Anneye kendini nasıl hissettığını, uyku ve dinlenme aralıklarını, uyum sorunlarını, yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediğini sorunuz.
4. Annenin yakınmalarını sorunuz (Kanama, kötü kokulu akıntı vb).
5. Muayenenin amacını ve nasıl yapılacağını açıklayınız.
6. Annenin yapılacak muayene ile ilgili onayını alınız.
7. Annenin mahremiyetine saygılı bir şekilde muayene olacağı mekanı seçiniz.
8. Muayene öncesi ellerinizi yıkayıp kurulayınız.

### **Doğum Sonu Muayene Basamakları:**

1. Vital bulgular (Nabız, kan basıncı, enfeksiyon şüphesi varsa vücut ısısı)
2. Genel vücut muayenesi (Bacaklarda ödem, tromboflebit)
3. Meme muayenesi
4. Karın muayenesi
5. Vajinal akıntı miktarı ve niteliğinin değerlendirilmesi
6. Perine muayenesi
7. Yapılmamışsa tetanoz izoimmünizasyonu
8. Rh-Rh uygunsuzluğu olanlarda postpartum immünizasyon

Nabız ritmik ve atım sayısı 80/dak civarında olmalıdır. Nabız hızının artışı yani taşikardi aşırı kanama veya puerperal enfeksiyon belirtisi olabilir. Kan basıncı düşmesiyle birlikte nabız artışı, aşırı kan kaybını düşündürmelidir. Bu durumda vajinal kanama miktarı mutlaka değerlendirilmelidir.

Kan basıncı doğumu izleyen ilk 24 saatte ölçülmelidir. Doğum sırasında fazla kan kaybı olanlarda veya hipertansif hastalarda kan basıncı ölçümleri daha sık yapılmalıdır. Patolojik değerler saptanan olgularda ölçümlere tedavi ile birlikte normale dönünceye kadar devam edilmelidir

Her iki bacakta tromboflebit belirtileri araştırılmalıdır. Şişlik, hassasiyet, sertlik ve kızarıklık yüzeysel ven trombozuna bağlıdır. Bunlara ek olarak bacak 45 derecede havada iken ayağa dorsofleksiyon yaptırıldığında ağrı ortaya çıkması (Homans belirtisi) derin ven trombozunu düşündürmelidir. Derin ven trombozu emboli riski taşır, bu nedenle hemen tedavi edilmelidir.

Meme muayenesi sırasında emzirme ve anne sütü hakkında bilgi verilmelidir (Bkz. "Emzirme İle Bebek Beslenmesi Oturumu").

### **Rh-Rh Uyumsuzluğu Olanlarda Postpartum İmmünizasyon**

Aşağıdaki durumlarda doğumu izleyen 72 saat içerisinde anneye 1 mL (300 ug) Rh<sub>0</sub> (D) immunoglobulin kas içerisine enjekte edilmelidir.

1. Anne Rho (D)-negatif olmalı,
2. Bebek Rho (D)-pozitif
3. Kordon kanında Coombs testi negatif

Eğer 72 saatlik periyotta bu uygulama yapılamamış ise yine de sensitizasyondan anneyi korumak için aynı uygulama önerilmelidir.

Düşük ve yasal tahliye sonrasında annenin sensitizasyon riski doğuma göre yarı yarıya azdır.

### **Normal Doğum Sonrası Akıntı:**

**Loşi rubra (kırmızı loşi)** kan, doku artıkları ve desidüadan oluşur

**Loşi serosa (seröz loşi)** doğum sonrası 3-4.gün içinde kan miktarı ve doku artıklarının azalmasıyla akıntı renginin giderek açılması sonucu oluşur.

**Loşi alba (beyaz loşi)**, doğum sonrası 2. ve 3. haftada ortaya çıkan kalın, mukoid, sarımsı beyaz akıntıdır.

Doğum sonrası 5. ve 6.haftalarda plasentanın ayrıldığı bölgenin tam olarak iyileşmesiyle loşi tarzı akıntılar sona erer. Plasental bölgenin tam olarak iyileşememesi subinvolüsyon olarak adlandırılır ve devam eden loşi ve tekrarlayan kanama episodlarıyla kendini gösterir.

### **Uterus Involüsyonu**

Gebelik sırasında uterus normal ağırlığının 10 katına çıkarak yaklaşık 1000 grama ulaşır. Doğumdan hemen sonra uterus ortalama 1 kg ağırlıktadır ve 20. gebelik haftasındaki yükseklikte yani umblikus seviyesindedir. Postpartum 1. haftanın sonunda 12 haftalık gebelik büyüklüğüne geriler ve pubis simfizi altından güçlükle palpe edilir. Uterus involüsyonu uterus kontraksiyonları ile gerçekleşir. Emzirme sırasında hipofiz arka lobundan oksitosin salınımına bağlı olarak bu kasılmalar artar. Kasılmalar annede özellikle



pirmiparlarda daha belirgin olmak üzere ağrı veya rahatsızlık hissi yaratabilir. Bu kasılmalara şiddetli ağrı, vajinal kanama eşlik ediyor ve şiddeti azalmıyorsa plasenta veya zar retansiyonu düşünülerek gerekli araştırmalar yapılmalıdır.

Uterusun involüsyonu 6 haftada tamamlanır. Plasentanın gebelik sırasında yerleşmiş olduğu alanda yenilenme işlemi doğum sonrası 6. haftaya kadar devam eder ve bu rejenerasyon sırasında atılan doku artıkları loşiyi oluşturur.

### **Karın Muayenesinde Uterusu Palpe Ediniz:**

Doğumdan hemen sonra fundus orta hatta göbek veya hemen göbeği altına yakın şekilde palpe edilir. Elle muayenede uterus sert olarak ele gelmelidir. Eğer uterus yumuşak olarak ele geliyorsa enfeksiyon veya plasenta veya zar retansiyonu akla gelmelidir. Her iki durum da anne sağlığı için ciddi bir durum oluşturur. Plasenta veya zar retansiyonu ciddi kanamaya yol açar. Kanama ve enfeksiyon anne ölümüne yol açan nedenlerin başında gelmektedir.

Doğum sonrası karın muayenesi basamakları:

1. Gözlem (Enspeksiyon): Karında distansiyon, sezaryen geçirmiş hastalarda insizyon yerinde kızarıklık, kanama, pürülan akıntı
2. Elle muayene (Palpasyon): Fundus yüksekliğinin saptanması, involusyonun değerlendirilmesi
3. Dinleme (Oskültasyon): Barsakta distansiyon, gaz gaita çıkarma güçlüğü olan hastalarda barsak sesleri dinlenilmelidir.

### **Doğum Sonrası Perine Muayenesinde İki Basamak Vardır:**

1. Vajinal akıntının miktarı ve niteliğinin değerlendirilmesi:
  - a. Normal akıntı: Loşi (Miktarı ve niteliği)
  - b. Anormal durumlar
    - Vajinal kanama
    - Pıhtı atma
    - Kötü kokulu pürülan akıntı
    - Anormal akıntı saptanırsa hasta sevk edilmelidir.
2. Perinenin, anus ve rektumun inspeksiyonu:

Perine yırtığı olan kadınlarda ağrı azalması ve iyileşme 7-10 gün içinde gerçekleşir.

İnsizyon yerinin ödemli veya enfekte olup olmadığına bakılır.

### **Genital Sistem Değişiklikleri:**

- Serviks lohusalık döneminde giderek kapanır ve birinci haftanın sonunda servikal açıklık 1 cm'in biraz üstündedir.
- Vajinal doğum sırasında genişlemiş olan vajen doğum sonrası 3. haftada doğum öncesi pozisyonuna döner.
- Yırtılmış olan hymenin kenarları fibröz mukaza nodülleri halini alır.
- Ovulasyon, emzirmeyen kadınlarda ortalama 70-75. günlerde geri döner; ama bu çok daha erken olarak 27.günden itibaren gözlenebilir. Emziren kadınlarda ise ovülasyonun dönüşü 6. ayı bulur. Doğum sonrası ovülasyonun baskılanması, Prolaktin hormonunun yüksekliğine bağlıdır. Prolaktin doğum sonrasında emzirmeyen kadınlarda 3 hafta, emziren kadınlarda ise 6 hafta yüksek

değerlerde kalır. Adetler, emzirmeyen kadınlarda 7-12. haftada, emziren kadınların %70'inde 36. haftada geri döner.

**Karın kasları:** Gebelikte aşırı gerginliğe bağlı olarak yapısı bozulmuş karın kasları 6-7 ayda involüsyona uğrar.

**Üriner sistem:** Doğumdan kısa süre sonra annenin idrar yapması sağlanmalıdır. Dolu mesane uterus kontraksiyonlarını ve involüsyonunu engelleyecektir. Doğum eylemi ve doğuma bağlı olarak erken postpartum dönemde mesane mukozası ödemlidir. Doğum sonrası erken dönemde mesanede aşırı dolma, yetersiz boşalma veya idrar kaçırma sık karşılaşılan problemlerdir. Bu yakınmalar yumuşak doku zedelenmesine bağlıdır. İdrar yollarındaki bu staz lohusaların %50'sinde doğum sonrası 12. haftaya kadar devam eder. Uzun süreli stazı olan lohusalarda idrar yolu enfeksiyonu riski artar. Hastaların %50'sinde doğumu izleyen 1-2 günde hafif proteinüri görülür.

**Kan değerleri:** Doğum sonrası kan hacmi ve hematokrit düzeyi doğum sırasındaki kan kaybı miktarına bağlıdır. Çoğul olmayan gebelikte normal vajinal doğumda 500 ml, sezaryende ise ortalama 1000 ml kan kaybı olur. Normal vajinal doğumu izleyen 3. ve 7. günlerde hematokritte yükselme gözlenir.

Doğum sırasında ve erken lohusalık döneminde lökositöz ortaya çıkarak 25 000/uL düzeyine kadar çıkabilir. Lohusalığın 3. ve 5. günleri arasında serum demir seviyesi düşer, ama lohusalığın 2. haftasında normal değerler elde edilir.

**Fertilitenin geri dönmesi:** Doğumdan sonraki ilk mensturasyon genellikle anovulatuvar veya yetersiz korpus luteum aktivitesiyle birliktedir. Doğum sonrası ilk ovülasyon annenin emzirmesine bağlı olarak farklı zamanlarda ortaya çıkar. Emzirmeyen annelerin %10-15'inde ilk 6 haftada, %30'unda ilk 90 günde ovülasyon ortaya çıkar. İlk ovulatuvar sikluslarda luteal faz çok kısadır. Emziren anneler arasında mensturasyon ve ovülasyonun ortaya çıkışı farklılıklar gösterir, bu nedenle emzirmenin ovülasyonu ne zamana kadar baskılayacağını öngörmek mümkün değildir. Emzirme bir kontraseptif yöntem olarak güvenli değildir ( Bkz. "Emzirme ile Bebek Beslenmesi Oturumu")

## **Doğumsonrası Danışmanlık Bileşenleri :**

### **Günlük yaşam**

Doğumsonrası annenin erken dönemde hareketlenmesi uterusun involüsyonunu hızlandırır, uterus içerisinde biriken kan ve debrinin boşalmasını sağlar ve tromboflebit riskini azaltır. Doğumu izleyen ilk ayağa kalkmada annenin hipotansif atak geçirme ihtimali olduğundan mutlaka sağlık personeli yardımı ve gözetimi gerekir. Annenin normal aktivitelerine ve işine tam kapasite ile dönmesi zaman alacaktır ama egzersiz yönünden herhangi bir kısıtlama yoktur. Annelerin çoğu halsizlik ve yorgunluktan yakınır. Annelerin günboyu birkaç saat dinlendirilmesi çok önemlidir.

### **Cinsel aktivite**

Cinsel aktiviteye hastanın perinesinin normale döndüğü, kanamasının sona erdiği 6. haftaya kadar başlanmamalıdır. Çoğu annede yorgunluk, ağrı, halsizlik, koitusda ağrı, iritan vajinal akıntı ve korkuya bağlı olarak cinsel istek azalır. Anne ve eşine lohusalık döneminde cinsel istekte değişiklikler olabileceği anlatılmalı, normal cinsel hayata

dönme için eş desteğinin önemli olduğu ve koitus dışında cinsel yakınlık da yaşanabileceği anlatılmalıdır. Emziren annelerde östrojen düzeyindeki düşüklüğe bağlı olarak vajinal kuruluk gelişebilir, bu annelere ilişki sırasında lubrikan bir krem (örneğin:K-Y Jelly) kullanabilecekleri söylenmelidir.

### **Banyo**

Normal doğum yapan bir hasta kendini iyi hissettiğinde banyo yapabilir. Ani loşi akışı nedeniyle duş tercih edilmelidir. Perineal ağrısı olanlarda oturma banyoları yararlıdır. Lohusalıkta vajinal duş uygun değildir.

### **Perine bakımı**

Postpartum perine bakımı tamir edilmiş enfekte olmayan epizyotomi ve perine yırtığı olan hastalar da dahil yıkanma ve analjezik kullanımından ibarettir. Doğumdan hemen sonra perineye buz uygulanması travmatik ödem ve rahatsızlığı azaltır. Perine günde 1-2 kez ve tualete gittikten sonra temizlenmelidir. Kullanılan ped veya bezler sık sık değiştirilmeli, tampon kullanılmamalıdır. Perine temiz tutulduğunda iyileşme hızla gerçekleşir. Perine ağrısını gidermek için ılık suya buz atılarak oturma banyosu uygulanabilir. Epizyotomi veya laserasyonlara bağlı ağrısı olanlarda nonsteroidal antienflamatuvar ilaçlar verilebilir. Perinenin sütüre edildiği durumlarda günlük olarak perineye bakılmalı, aşırı veya geçmeyen ağrısı olanlarda vajinal/rektal muayene ile hematoma, perineal enfeksiyon araştırılmalıdır. Sütürlerin enfekte olduğu olgularda irrigasyon ve lokal ısı uygulama (lamba ile) yeterli olabilir. Ciddi enfeksiyonlarda antibiyotik kullanımı hatta sütürlerin açılarak absenin drene edilmesi gerekebilir.

### **Duygusal reaksiyonlar**

Annelerin çoğunda doğum sonrasında bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu ile ilgili endişeleri ortadan kalktığından bir rahatlama olur. Bebeğın kucağa alınması, emzirilmesi anne-bebek bağını güçlendirir. Doğumsonrası dönemde kadınların %50-70'inde geçici olan kolay ağlama, anksiyete ve huzursuzlukla kendini gösteren hafif depresif bir durum ortaya çıkabilir. Bazen bu tablo çok şiddetli postpartum depresyon ve nadiren de puerperal psikoz şeklinde kendini gösterir. Bebeğın doğumdan itibaren annenin yanına verilmesi annenin anksiyetesini azaltır. Bebeğın sağlığının iyi olmaması, sosyal problemler annenin bebekle kaynaşmasını geciktirebilir. Ölü veya konjenital anomalili bebek doğuran annelerin ve de eşlerinin psikolojik desteğe daha fazla gereksinimi olduğu unutulmamalıdır.

### **Bağırsak hareketleri**

Doğum sonrası dönemde kabızlık ve hemoroid en çok rastlanılan şikayetlerdir. Anne doğum sonrası yeterli gıda ve sıvı almaz ise ve/veya ciddi bir perine yaralanması var ise doğumu izleyen 2-3 gün gaita çıkaramayabilir. Altıncı haftadan sonra hala konstipasyon sürüyor ise mutlaka muayene yapılmalı, anal fissür ve diğer problemler araştırılmalıdır. Gaita inkontinansı görülen hastalar derhal ileri bir merkeze sevk edilmelidir.

## Sıvı alımı ve diyet

Diyet, vücudun yenilenmesini sağlamak ve süt yapımına katkıda bulunmak üzere proteinden, anemiye engellemek için demirden ve demir absorpsiyonunu sağlamak için C vitamini açısından zengin olmalıdır. Düzenli barsak hareketlerinin sağlanması için bol sıvı alımı ve posalı diyet önerilmelidir.

## Postpartum aile planlaması

*Bu dönem anne ve babanın çocuğuna ve doğum ve doğurganlığa yoğunlaştığı bir dönem olduğu için aile planlaması yöntemlerinin konuşulması için ideal bir dönemdir. (Bkz.Aile Planlaması Modülü).*

### **DOĞUM SONRASI DÖNEMDE LOHUSALARIN ACİLEN SAĞLIK KURULUŞUNA BAŞVURMASINI GEREKTİREN TEHLİKE İŞARETLERİ:**

#### **VAJİNAL KANAMA**

- Doğum sonrasında 20-30 dakika içerisinde 2-3' den fazla peti kirletecek kanaması olması
- Kanamanın azalmayarak artması

#### **KONVÜLZYON**

#### **SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ VE HIZLI SOLUNUM**

#### **CİDDİ KARIN AĞRISI**

#### **ATEŞ**

#### **KÖTÜ KOKULU AKINTI**

#### **İDRAR YAPARKEN AĞRI VEYA İDRAR KAÇIRMA**

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

- Postpartum dönem için aşağıdaki cümlelerden hangisi doğru değildir?
  - Uterus involüsyonu 6. haftada tamamlanır.
  - Emzirme sırasında uterus kontrakte olur
  - Uterus 1. haftanın sonunda 12 gebelik haftası büyüklüğündedir
  - Doğum sonrası kanlı akıntı olması normal değildir.
- Postpartum 1. hafta için aşağıdaki cümlelerden hangisi doğru değildir?
  - Ovülasyon yoktur
  - Serviks 1 cm açıklıktadır
  - Uterus normal büyüklüğüne dönmüştür.
  - Kötü kokulu mukopürülan akıntı olabilir

## KAYNAKLAR

1. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi, 2004.
2. Doğum Bilgisi. Kazım Arısan. Çeltüt Matbaacılık, 1984.
3. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 6. Baskı, 1995.
4. Tiran D. 9th Ed. Bailliere's Midwives' Dictionary. Bailliere Tindall. London. 1997.
5. Bick et al Postnatal care: evidence and guidelines for management. Churchill Livingstone, Edinburgh. 2002.
6. Cluett et al. What is the normal pattern of uterine involution? An investigation of postpartum involution measured by the distance between the symphysis pubis and the uterine fundus using a tape measure. Midwifery 13 9-16. 1997.
7. Merchant et al. How does it feel to you? Uterine palpation and lochial loss as guides to postnatal recovery 2 - the Blipp study (blood loss in the postnatal period). Practising midwife 3 (7) pp31-33, 2000.
8. Sleep Postnatal perineal care revisited: In: Ed: Alexander J, Levy V, Roche C Aspects of midwifery practice: a research based approach. Macmillan, Chatam, Kent pp 132-153, 1995.
9. WHO/UNICEF Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding. The Special Role of Maternity Services Geneva, World Health Organization, 1989.
10. WHO Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Birth 26(4) pp 225-2589, 1999.
11. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Edition, 2003.
12. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth: Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care. A guide for essential practice. WHO Geneva, 2003.

## DOĞUM SONRASI BAKIM ÖĞRENİM REHBERİ

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi:**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
1. Nazik bir şekilde karşılama					
2. Mahremiyetini sağlama					
3. Kendini tanıtmaya					
4. Başvuranın adını öğrenme ve kullanma					
5. Sözlü/sözsüz iletişim becerilerini kullanma					
6. Anneyi ve eşlik eden yakınlarını uygun şekilde selamlama					
7. Annenin genel durumunu değerlendirme					
8. Anneye kendini nasıl hissettiğini, uyku ve dinlenme aralıklarını, uyum sorunlarını, yorgunluk veya halsizlik hissedip hissetmediğini sorma					
9. Annenin yakınmalarını sorma					
10. Muayenenin amacını ve nasıl yapılacağını açıklama					
11. Annenin yapılacak muayeneyi onayını sağlama					
12. Annenin mahremiyetine saygılı bir şekilde muayene olacağı mekanı seçme					
13. Muayene öncesi elleri yıkayıp kurulama					
14. Vital bulguları alma					
15. Genel vücut muayenesi yapma					
16. Meme muayenesi yapma					
17. Karın muayenesi yapma (Enspeksiyon, palpasyon, oskültasyon)					
18. Vajinal akıntının miktarı ve niteliğinin değerlendirme					
19. Perinenin, anus ve rektumun enspeksiyonu					

<b>Danışmanlık Sunma:</b>					
1. Günlük Yaşam					
2. Cinsel aktivite					
3. Banyo					
4. Perine bakımı					
5. Uterotonik Ajanlar					
6. Duygusal Reaksiyonlar					
7. Barsak Hareketleri					
8. Sıvı alımı ve diyet					
9. Postpartum Aile Planlaması					
10. Emzirme ve bebek beslenmesi					

## EMZİRME İLE BEBEK BESLENMESİ

### AMAÇ

Emzirme ve bebek beslenmesi hakkında bilgi ve danışmanlık becerisi kazanmak.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Emzirmenin anne ve bebek sağlığı yönünden yararlarını sıralayabilmeli
2. Başarılı bir emzirme programı oluşturmak için gereken şartları sıralayabilmeli
3. Laktasyon fizyolojisini açıklayabilmeli
4. Anne sütünün yapısını açıklayabilmeli
5. Bebeğin annenin ilk sütünü almasının önemini açıklayabilmeli
6. Anne sütünün koruyucu özelliklerini açıklayabilmeli
7. Emzirmenin ve anne sütü almanın bebek ve anne yönünden yararlarını açıklayabilmeli
8. Emzirme prensiplerini ve tekniğini açıklayabilmeli
9. Annenin emzirme öncesi ve sonrası yapması gerekenleri açıklayabilmeli
10. Anne sütünün besin değerini açıklayabilmeli
11. Emziren annenin dikkat etmesi gereken durumları açıklayabilmeli
12. Emzirme sırasında karşılaşılan sorunları açıklayabilmeli
13. Danışmanlık becerilerini (Bkz.Aile Planlaması Modülü) emzirme danışmanlığında kullanabilmelidir.

### Emzirme, Yenidoğan ve Bebeklik Döneminde Çocuk Sağlığını ve Gelişimini Etkileyen En Önemli Faktördür:

1. Anne sütünün besin değeri yüksektir.
2. Bebeği hastalıklara karşı korur.
3. Bebek için hem içerdiği besin maddeleri hem de kolay, temiz ve pratik olması nedeniyle idealdir.
4. Emzirme anne sağlığı açısından da önemlidir; doğumsonrası kanama riskinin yanısıra meme ve over kanseri riskini de azaltır.
5. İlk altı ay gece ve gündüz sadece anne sütüyle sık sık bebeğini besleyen kadınlarda doğurganlığı azaltarak doğum aralıklarının açılmasını sağlar.

Emzirme doğumu izleyen ilk yarım saatte başlamalı ve bebeğin istemiyle hiç bir ek gıda veya su eklemeksizin bebeğin sadece anne sütüyle beslenmesi sağlanmalıdır.

### Başarılı Bir Emzirme Programı İçin Aşağıdaki 10 Maddenin Gerçekleştirilmesi Gerekir.

1. Sağlık kuruluşunuzda çalışanların benimsediği ve rahatlıkla her zaman ulaşabilecekleri ve okuyabilecekleri anne sütü- emzirme politikanız olmalıdır. Bu politika kurum çalışanları tarafından hazırlanmalı, kurumun emzirme-anne sütü konusundaki yaklaşımını anlatmalı ve sağlık personeli düzenli olarak bu politikadan haberdar edilmelidir.



2. Tüm kurum çalışanlarını anne sütü- emzirme konusunda eğitiniz.
3. Tüm gebeleri anne sütü- emzirme konusunda bilgilendirin ve danışmanlık yapınız.
4. Doğumdan hemen sonraki ilk yarım saat içerisinde emzirmeyi başlatınız.
5. Tüm annelere doğru emzirme yöntemini ve bebeklerinden ayrı kaldıkları dönemde anne sütünün bebeğe ulaşmasının nasıl yapılacağını öğretiniz.
6. Tıbbi bir gereklilik olmadıkça yeni doğana herhangi bir gıda veya sıvı vermeyiniz.
7. Bebeklerin doğumdan hemen sonra anneleri ile birlikte kalmalarını sağlayınız.
8. Bebeğin her istediğinde emzirilmesi gerektiğini anlatınız.
9. Anne sütü alan bebeklere emzik, biberon verilmemesini anlatınız ve sağlayınız.
10. Annelerin kurumunuzdan ayrıldıktan sonra da emzirmeyi sürdürmeleri konusunda teşvik ediniz, emzirmeyle ilgili karşılaşılabilecekleri sorunları çözebilmeleri için sağlık kuruluşlarına, anne destek ve anneden anneye destek gruplarına yönlendiriniz.

### **Laktasyon Fizyolojisi:**

Meme bezleri gebelik ve erken lohusalık döneminde anatomik ve fizyolojik değişikliklere uğrayarak bebeğin beslenmesi ve annedeki antikörlerin bebeğe iletilmesi için gerekli olan anne sütünü salgılar hale gelirler. Bu anatomik ve fizyolojik değişiklikler myoepitelyal hücreler, bağ dokusu ve kan damarlarının hipertrofisi ve yağ depolanmasına bağlı olarak memelerin büyümesi, su ve elektrolitlerin depolanmasıdır. Memelerin her birinde 400 gramlık ağırlık artışı olur. Memelerin kan akımı gebelik öncesinin iki katına çıkar. Laktasyon 3 aşamada gerçekleşir:

1. Mammogenez: Memelerin büyüme ve gelişimi
2. Laktogenez: Süt salgısının başlaması
3. Galaktopoez: Başlamış süt salgısının devamlılığı

Süt yapımından öncelikle Prolaktin hormonu sorumludur. Prolaktin düzeyleri gebelik boyunca yükselir ama plasenta kaynaklı seks steroidleri galaktopoezi baskılar. Doğumdan sonra bunların düzeyi düşer ve galaktopoez başlar.

Yerleşik olarak süt salgısının devamlılığı için düzenli emzirme ve meme bezlerinin boşaltılması gerekir. Anne bebeğini emzirmez ise prolaktin düzeyleri 2-3 hafta içerisinde gebe olmayan bir kadındaki düzeylere iner. Meme başının uyarılması ve emzirme sayısı ile PRL cevabı arasında doğru bir orantı vardır bu nedenle emzirmenin devamlılığı için meme başı uyarısının ve emzirmenin devamlılığı sağlanmalıdır. Meme başının emzirme yoluyla uyarılması oksitosin salınımına, bu da uterus kontraksiyonlarına neden olur, böylece emzirme doğurmuş uterusun kontraksiyonlarla involüsyonuna yardımcı olur. Merkezi sinir sistemi hipotalamustan prolaktin inhibe edici faktör olan dopamini azaltarak veya çoğaltarak oksitosin salgısını kontrol eder. Bu nedenle gebelikte ve lohusalıkta emzirmeyi benimseyici tutumlar, bebekle yakın ilişki santral sinir sistemi üzerinden süt miktarını olumlu olarak etkiler Annenin çocuğunu görebilmesi ona dokunabilmesi, ona kendini hissettirmek için yanında olması, onu düşünmesi, annenin vücudunu emzirmeye hazırlar ve sütün akmasına yardımcı olur. Sütün miktarını ise bebeğin emmesi belirler. Bebek ne kadar fazla emerse o kadar fazla süt yapılır. Buna karşılık annenin stresi, endişeleri, kendine güvenmemesi, sütün yeterliliği konusunda kuşku duyması sütünün iyi gelmesini engeller.

### **Anne Sütünün Yapısı**

Anne sütündeki temel karbonhidrat laktozdur. Laktoz, glukoz ve galaktozdan enzimatik değişimlerle oluşur. Prolaktin süt bezlerine galaktoz alımını arttırır. Meme hücrelerinden esansiyel ve esansiyel olmayan proteinler sentezlenerek süte karşıır. İnsan sütünde %7 karbohidrat (Laktoz), %3-5 yağ, %0.9 protein, %0.2 mineral vardır. Enerji miktarı 60-75 kcal/ dL'dir. İnsan sütündeki temel proteinler kazein,  $\alpha$ -lactalbumin, lactoferrin, IgA, lizozim ve albumindir. Ayrıca bebeğin anne sütünü sindirmesini sağlayan amilaz, katalaz, peroksidaz, lipaz, ksantin, oksidaz, alkalen ve asid fosfataz enzimleri de anne sütünde mevcuttur. Anne sütündeki iyon ve mineraller  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^{2+}$ ,  $\text{Mg}^{2+}$ ,  $\text{Cl}^-$ , demir, bakır, çinko, fosfor, sulfat, ve sitrattır. Sütteki total nitrojenin kaynağı proteinler ve protein dışı üre, ürik asit kreatinin ve serbest aminoasitlerdir. Anne sütünde K vitamini hariç tüm vitaminler yeterli ve dengeli miktarda bulunurlar. Her bir beslenme başına düşen süt miktarı öğleden sonra ve akşam artar, gün boyu içeriğinde değişiklikler olabilir ama laktoz miktarı çoğunlukla sabittir. Anne sütünde %87 oranında su bulunur.

**Annenin ilk sütüne kolostrum denir.**

**Kolostrum** Gebeliğin son aylarında ve doğumu izleyen 2-3 gün içinde salgılanan sarı alkalen bir ön süttür. Normal anne sütüne göre, protein, vitamin A, immunoglobulin, sodyum ve klorid içeriği daha zengin, karbonhidrat, potasyum ve yağdan daha fakirdir. Laksatif etkisi vardır ve sindirimi kolaydır. Bu nedenle bebeğin ilk sütü alması sağlanmalıdır.

**Anne Sütünün Hastalıklardan Koruyucu Özelliği İki Faktöre Bağlıdır:**

**a) Anne sütünün immunolojik özellikler vardır:**

Yeni doğanın immün sistemi henüz tam gelişmemiştir. Annedeki immünglobulinlerin anne sütüyle bebeğe geçmesi bebeğin gelişmekte olan immün sistemine destek olur ve bebeği enfeksiyonlardan korur. Anne sütünde tüm İmmünglobulinler bulunur. Kolostrum ve sütteki immünglobulinlerin %90'ı IgA'dır. Anne sütündeki immünglobulinlerin miktarı doğumu izleyen ilk haftada azami düzeydedir ve süte has protein yapımı arttıkça miktarları düşer.

Anne sütünün yüksek düzeyde anti enfeksiyöz özelliği vardır. Annede enfeksiyon geliştiğinde annedeki hastalığa özel olan lenfositler meme mukozasına göç ederek immünglobulin yapımını sağlar ve bebeğin korunmasına katkıda bulunur. Ayrıca anne sütünde bulunan nonspesifik antimikrobiyal faktörler vardır, bebeği stafilokoksik enfeksiyonlardan korur. Sütteki laktoferrin ise stafilokoklar ve E.Coli üzerinde bakteriostatik etkiye sahiptir. Vibrio Cholera'yı etkisiz hale getiren antitoksinler ve komplemanlar mevcuttur. Sütteki İnterferon da anti-enfeksiyöz bir rol oynar.

Sadece anne sütüyle beslenen bebeklerde diyare ve solunum yolu enfeksiyonu görülme sıklığı emzirilmeyen bebeklere göre dörtte bir oranında azalmıştır.

**b) Anne sütünün çocuklukta görülen besin allerjilerine karşı koruyucu bir rolü vardır.**

Anne sütüyle beslenen bebeklerde mamayla beslenen bebeklere göre allerji, bakteriyel ve viral enfeksiyon, ciddi diyare, nekrotizan enterekolit, tüberküloz ve neonatal menenjit insidansı daha düşüktür.

### **Emzirmenin Anne Yönünden Yararları:**

Emzirme, ekonomik, kolay, anne ve bebek için uygun bir işlemdir. Uterus kontraksiyonlarını da uyarak uterusun involüsyonuna yardımcı olur. Anne-bebek bağının kurulması, güven duygusu gelişmesi ve annede strese karşı tolerans gelişmesini sağlar. Annenin sindirim sistemi iyi çalışır, besin absorpsiyonunu artırır. Ovülasyonu geciktirir. Araştırmalar emzirmenin premenopozal kanserler ve meme kanserlerine karşı koruyucu bir ekisi olduğunu göstermiştir.

Anne sütü almanın bebek yönünden yararları

Anne sütü sindirimi kolay, uygun ısıda, kontaminasyondan uzak bir yapıdadır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde diyare, alt solunum yolu enfeksiyonu, otitis media, pnömoni, idrar yolu enfeksiyonu, nekrotizan enterokolit, invaziv bakteriyel enfeksiyonlar, anne bebek ölümü insidansı mama ile beslenenlere göre daha düşüktür. Ayrıca bu bebekler insülin-bağımlı diyabet, Chron hastalığı, ülseratif kolit, lenfoma ve ileri yıllarda oluşabilecek allerjiler açısından daha düşük risk taşırlar. Anne sütü alan bebeklerin ileri yaşamlarında obez veya kilolu olma olasılığı daha düşüktür. Emmenin yarattığı anne-bebek bağı bebeğin zeka gelişimini destekler.

### **Emzirme İle İlgili Sık Sorulan Sorular :**

Özellikle doğum sonrası ilk günlerde, uzun süre bebeğinden ayrı kalan ya da çalışan ancak sütünü sağmayan annelerde; dolu meme, tıkalı kanal ve meme iltihabı gibi durumlar ortaya çıkabilir. Bu nedenle sık sık bebek her istedikçe emzirme, emzirmeyi saatlerle sınırlamamak çok önemlidir. O anda ihtiyacı yoksa bile her annenin mutlaka bebeğinden kısa da olsa ayrı kalması gerekebilir. Bunun için annelere sütünü nasıl sağıacakları (Özellikle elle hem ucuz hem kolay) öğretilmelidir. Annenin bebeğini emziremediği ya da bebeğin anne sütü almadığı durumlar çok azdır. Bu oran %1-2'yi geçmez. Tıbbi endikasyonlar dışında her anne bebeğini emzirebilir, bebeğine yetecek kadar süt üretir ve her bebek te annesini emebilir.

Bebek çok zayıf ya da prematüre ise, bebeğin annenin göğsünde tutulmasının ve tensel temasının sağlanmasının yanında, annenin sütü sağılıp kapla bebeğe verilebilir. Çünkü prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler daha güçsüzdürler, daha çabuk yorulurlar ve onları daha uzun süre memede tutmak gerekebilir.

Eğer bebek hasta ise; daha sık aralıklarla ve daha uzun süre emzirilmelidir.

### **Emzirmenin Kontrendike Olduğu Durumlar:**

Annenin madde bağımlılığı, kemotöropotik ilaç kullanımı, aktif akciğer tüberkülozu, T-hücreli lösemi, HIV seropozitifliği memenin aktif herpes simpleks enfeksiyonu (Lezyonlar temizlenince diğer memeden emzirilebilir), bebeğin klasik galaktozemi (Galaktoz bir fosfatüridriltransferaz yetersizliği)dir.

Kistik fibrozisli annelerde sütteki sodyum miktarı yüksektir, bebeği hipernatremi riskine sokar. Annede aktif su çiçeği var ise bebek anneden ayrılır ve anne sütü kesilir, bebeğe varicella zoster immun globulin enjeksiyonu yapıldıktan ve annenin memesindeki lezyonlar tümüyle kaybolduktan sonra sağılmış süt bebeğe verilebilir.

Emzirmenin mümkün olmadığı durumlarda bebeklerin doğal besinlerle beslenilmesine dikkat edilmelidir.

Doğumu izleyen ilk 1-2 saat içerisinde emzirmenin gerçekleştirilmesi, bebeğin anne yanında kalması ve ilk 24 saatte acıktıkça bebeğin emzirilmesi çok önemlidir. İlk

emzirmede her iki meme beşer dakika verilmelidir. Annenin süt yapımı doğum sonrası 3. ve 4. günlerde artar, buna bağlı olarak memelerde ödem ve damar genişlemesi ve ağrı oluşabilir. Emzirme sırasında bebeğin meme başını ve kısmen de areolayı ağızına alacak şekilde memeyi tutması sağlanmalıdır. (Şekil-1) Bebek her emzirmede iki göğsü de emmelidir çünkü memenin dolu olması süt salınımını olumsuz etkiler. Emzirme sonunda memelerin tam boşalmamış olması, erken dönemde ek gıdalara geçilmesi emzirmeyi olumsuz olarak etkiler. Yapay meme başı kullanılması emme refleksini zayıflatarak emzirmeyi olumsuz etkileyecektir.

#### **Anne Emzirme Öncesi Neler Yapmalı:**

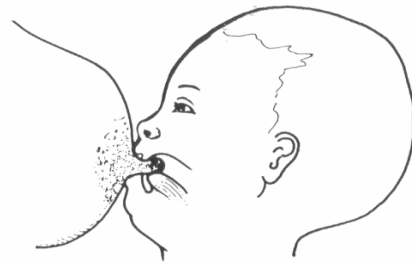
1. Ellerin su ve sabunla yıkamalı
2. Meme başı ve memesini suyla yıkamalı,
3. Dik arkalıklı bir koltuk veya sandalyeye rahat olarak oturmalıdır. Annenin epizyotomi veya perineal sütürler nedeniyle dik oturamadığı durumlarda yan yatarak da bebeğini emzirebilir.

#### **Anne Emzirme Sırasında Neler Yapmalı (Ek-1 Okuma Parçası):**

1. Bebek her isteyişinde bebeğini emzirmelidir..
2. Bebeğin yanağı veya ağız köşesinin uyarılması bebeğin refleks olarak ağızını açmasını sağlayacaktır. Bebek meme başına yaklaştırılarak meme başı-areola çizgisine kadar ağızına aldırılır. Ağızda oluşan hafif negatif basınç meme başının yerinde durmasını, dilin peristaltik hareketleri ise sütün gelmesini sağlar. Emzirmeden hemen önce areola bölgesinin sıkılarak meme başının ıslatılması bebeğin sütün tadını alarak meme başını tutmasını kolaylaştırır.
3. Bebeği hafif okşayarak emzirme sırasında uyanık kalmasına çalışılır.
4. Bebeği memeden almadan önce nazik bir şekilde üst dudakının dış kenarını kaldırarak bebeğin emmeyi bırakması sağlanır.
5. Emzirmeden sonra meme başlarının su ile yıkanıp kurulanması gerekir.



**Şekil-1-A-Doğru emzirme**



**Şekil-1-B-Yanlış emzirme**

#### **DOĞRU EMZİRME:**

Meme ucu ve etrafındaki koyu renkli kısım ağızda uzayarak emzik şeklini almıştır. Meme ucu bebeğin damağına değmektedir.

#### **YANLIŞ BESLENME**

Bebek sadece meme ucunu ağızına almış, etrafındaki koyu renkli kısmı almamıştır

### **Anne Sütünün Besin Değeri:**

#### **Süt miktarı:**

Postpartum 2. günde 120 mL süt yapımı gerçekleşir.

2. günde 180 mL

4. günde 240 mL

Doğumdan sonraki haftada salgılanan günlük süt miktarı (mL)=gün sayısıX 60 olarak hesaplanabilir. 300 mL/ gün olarak devam eder. Doğum sonrası 10-14 günlerde süt salgısı hemen hemen sabitleşir ve 2. haftanın sonunda her bir emzirmede 120-180 mL süt gelir.

### **Erken Dönemde Süt Salınımının Azalma Nedenleri:**

Emzirme tekniğinin yetersizliği, duygusal problemler, mastit, Sheehan sendromu, sistemik hastalıklar gibi tıbbi nedenler

### **Geç Dönemde Süt Salınımının Azalma Nedenleri:**

Ek gıdaya geçme, yeni bir gebelik, duygusal nedenler veya hastalıklar.

### **Emzirirken Annenin Kendisi İle İlgili Dikkat Etmesi Gereken Durumlar:**

Emziren kadınlarda yaklaşık 3000 kalori /gün yeterlidir.

Annenin yeterli şekilde dinlenebilmesi başarılı bir emzirmenin gerçekleşmesi için çok önemlidir.

Çalışan anneler emzirme saatlerinde bebekleri ile birlikte olamıyorlarsa pompa ve elle sağılarak bebeğe verilmek üzere saklanır.

Emziren anne doktora danışmadan ilaç kullanmamalıdır.

Anne ve bebeğin sağlık personeli tarafında ziyareti emzirmenin desteklenmesi açısından önemlidir.

### **Memebaşlarında Hassasiyet ve Ağrı:**

Emzirmenin ilk günlerinde ortaya çıkar, süt salgısının artışı ile birlikte ortadan kalkar. Cam, plastik veya kauçuk memebaşları emzirmeyi olumsuz etkileyeceğinden en son çare olarak düşünülmelidir. Kuru sıcak uygulanması örneğin lamba tutularak lokal ısı sağlanması rahatlatıcı olabilir.

### **Memebaşı Çatlakları:**

Meme başı çatlakları doğru emzirme tekniği kullanılarak, bebeğin sadece meme ucunu değil areola ile birlikte memeyi emmesi ve annenin bebeği doğru pozisyonda tutması sağlanarak önlenir. Memebaşı çatlakları ciddi ağrıya ve süt akışının engellenmesine neden olur. Bu fistüllerin etrafında enfeksiyon gelişmesi mastite yol açar. Vitamin A ve D içeren veya Lanolinli kremler çoğunlukla rahatlatıcıdır. Lokal kuru ısı memeden 30 cm uzaklığa 60-wattlık bir ampul tutulması şeklinde her biri 20 dakika olmak üzere günde 4 kez uygulanmalıdır. Anne sütünün de bu çatlakları iyileştirici etkisi vardır. Ağrı için ibuprofen veya asitaminofen preparatları verilebilir. Çok ciddi durumlarda memebaşı çatlağı olan tarafın arada elle veya hafifçe pompayla boşaltılması gerekebilir.

### **Memelerde Şişme ve Engorjman (Tıkanıklık)**

Doğum sonrası birinci haftada vasküler konjesyon ve süt birikimine bağlı olarak ortaya çıkar. Doğum öncesi göğüs masajları doğum sonrası bu patolojinin gelişimini engeller. Ciddi engorjmanda areolada bu şişkinliğe katılır, meme başı ulaşılamaz hale gelir ve bebek memebaşını yakalayamaz. Ayrıca ciddi olgularda memelerin lokal ısısı artar, hassasiyet ve hafif ateş yüksekliği gelişebilir. Meme tıkanmasının tedavisi için; sık emzirme, doğru pozisyon vermeye yardım etme, sütü sağma, emzirme öncesi ılık yaş pansuman ya da ılık duş, masaj ve annenin gevşemesine yardım, emzirme sonrası soğuk yaş pansuman gerekirse analjezikler önerilmektedir.

Meme tıkanmasının en önemli nedenleri: fazla süt, emzirmeye başlamanın gecikmesi, memeye kötü yerleşme, sütün seyrek boşaltılması, ve emzirmenin kısa kesilmesidir. Doğumdan sonra hemen emzirmeye başlamak, bebeğin memeye iyi yerleşmesini sağlamak ve emzirmeyi sınırlandırmamak en iyi önlemlerdir. Analjezikler, soğuk kompres uygulamaları ve emzirme öncesi memelerin hafif boşaltılarak meme başının görünür hale getirilmesi hastayı rahatlatır.

### **Mastit**

Yetersiz emzirme, giysilerin darlığı gibi nedenlerle memede kısmi ya da genel süt akışının azalması, stres ve fazla çalışmaya bağlı olarak emzirme sıklığı ve süresinde azalma, memelerde travmaya bağlı doku harabiyeti ve meme ucu çatlakları sonucunda bakteri girişi nedenleri ile mastit gözlenebilir. Sıklıkla primiparlarda gözlenir ve etkeni *Staphylococcus aureus*dur. Yüksek ateş, memenin dış kadranlarında ağrılı eritematöz lezyonlar, lokal kızarıklık ve ısı artışı ile kendini gösterir. Mastit, nadiren postpartum 5. günden önce başlar. Enfeksiyon genellikle bir laktofer kanalının tıkanmasına bağlıdır. Memeler boşaltılmalı, süt stazı engellenmelidir. Antibiyotik olarak penisilinaz, bakterilere karşı etkili olan sefalosporinler, metisilin sodium, sikloksasilin sodyum verilebilir. Anneye bebeğini sık sık emzirmesi, bebek emerken memeye masaj yapılması, öğünler arasında memelere sıcak kompresler uygulaması, emzirmeye etkilenmemiş memeden başlaması, her emzirmede değişik pozisyon verilmesi, emzirmede zorlanıyorsa sütünü sağması önerilir. Uygun tedavi verilmez ise abse gelişebilir.

### **Meme Absesi**

Kızarıklık iltihaplı alanda ödem ve fluktuasyonun saptanması abse geliştiğini gösterir. Cerrahi Absenin cerrahi olarak boşaltılması gerekmektedir.

### **Laktasyonun Baskılanması**

Fetal veya neonatal bebek ölümlerinde, emzirmenin kontrendike olduğu durumlarda laktasyonun baskılanması gerekebilir. Meme başı uyarısının ve göğüslerin boşaltılmasının kesilmesi, göğsü destekleyici sütyen takılması laktasyonun inhibisyonunda uygulanan en eski yöntemdir. Bu uygulama sonrasında hastalar ağrı (%45) ve memelerde şişkinlikten (%45) yakınacaklardır. Analjezik kullanımı ve soğuk uygulamalar hastaların rahatlamasını sağlayacaktır. Emzirmenin bırakılmasını izleyen 2-3 gün içerisinde süt sekresyonu baskılanacak ve mevcut süt rezorbe olacak böylece memelerdeki şişlikte rahatlama olacaktır. Bu şekilde laktasyon inhibe edilemez ise bromokriptin veya diğer prolaktin inhibitörleri kullanılarak medikal bir baskılama uygulanabilir.

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Aşağıdaki durumlardan hangisinde emzirme kesilir?
  - a. Meme başının gelişmemiş olması
  - b. Meme başı çatlağı
  - c. Memede abse
  - d. Hiçbiri
2. Memede süt yapımını birinci derecede etkileyen faktör aşağıdakilerden hangisidir?
  - a. 2 saatte bir emzirme
  - b. Sık sık bebek her istediğinde emzirme
  - c. Her bir emzirmede iki memeyi de bebeğe verme
  - d. Hepsi

### KAYNAKLAR

1. Anne ve Çocuk Beslenmesi TC Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü (Haz: Prof.Dr.Perihan Arslan, Prof.Dr.Ayşe Baysal 1995.
2. Güvenli Annelik Programı. Güvenli Annelik Uygulamaları, Çeşitli Düzeyler Yapılması Gerekenler. TC Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, UNFPA birleşmiş Milletler Nüfus Fonu 1995.
3. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü: L.S.Önderoğlu Güneş Kitabevi. 2004.
4. Doğum Bilgisi. Kazım Arısan. Çeltüt Matbaacılık 1984.
5. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 6. Baskı .1995.
6. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. World Health Organization Geneva. 2003.
7. Mother-Baby Package: Implementing safe motherhood in countries. WHO/FHE/MSM/94.11 1994.
8. Foundation Module: The midwife in the community. Education material for teachers of midwifery. WHO/FRH/MSM/96.1 1996.
9. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for mdiwives and doctors. WHO/RHR/00.7 2000.
10. Evidence-based Obstetrics Ed. James DK, Mahomed K, Stone P, van Wijngaarden W, Hill LM. Saunders Elsevier Science Limited 2003.
11. 11-Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Ed 2003.
- 12.T.C Sağlık Bakanlığı Emzirme Danışmanlığı Katılımcı Kitabı, Ankara, 2006.
- 13.S.B AÇSAP Genel Müdürlüğü-UNICEF-İ.Ü Çocuk Sağlığı Enstitüsü; Başarılı Emzirme Kitapçığı, S.B AÇSAP Basımevi, Ankara, 2003.

## EMZİRME İLE BEBEK BESLENMESİ ÖĞRENİM REHBERİ

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi:**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
1. Nazik bir şekilde karşılama					
2. Mahremiyetini sağlama					
3. Kendini tanıtırma					
4. Başvuranın adını öğrenme ve kullanma					
5. Sözlü/sözsüz iletişim becerilerini kullanma					
6. Emzirmenin yararlarını sıralama					
7. Laktasyon fizyolojisini açıklama					
8. Anne sütünün yapısını açıklamai					
9. Annenin ilk sütünü almasının önemini açıklama					
10. Anne sütünün koruyucu özelliklerini açıklama					
11. Emzirmenin ve anne sütü almanın yararlarını açıklama					
12. Emzirme ve anne sütü almanın uygun olmadığı durumları sorma					
13. Emzirme prensiplerini ve tekniğini açıklama					
14. Annenin emzirme öncesi ve sonrası yapması gerekenleri açıklayama					
15. Anne sütünün besin değerini açıklama					
16. Emziren annenin dikkat etmesi gereken durumları açıklama					
17. Emzirme sırasında karşılaşılan sorunları açıklama					
18. Laktasyonun baskılanması gereken durumları araştırma					
19. Emzirmeyi destekleyici tutum sergileme					



## **EK-1 Okuma Parçası**

### **ANNE EMZİRME SIRASINDA NELER YAPMALI**

#### **Emzirmeye Başlama, Doğum Sonrası İlk Günler ve Bebeğin Memeye Yerleştirilmesi**

Doğumu izleyen ilk yarım saat içinde emzirmenin gerçekleştirilmesi, 24 saat boyunca bebeğin anne yanında kalması ve bebek her istediğinde emzirmesi çok önemlidir.

Anne sütü ile beslenmede annenin bilmesi gereken en önemli nokta, bebeğini memeye nasıl yerleştireceğidir. Bu konuda doğum sonrasında bir sağlık personeli tarafından anneye destek sağlanmalıdır.

Bebek memeye iyi yerleşmiş ise, bebek emzirmeyi öğrenirken meme uçları zedelenmez. Emzirirken anne değişik durumları deneyebilir, farklı pozisyonlarda emzirebilir(Koltukaltı, yatarak, ayakta vb.).Özellikle anne yeni doğum yapmış ise emzirmek için farklı pozisyonlar deneyebilir. Ancak önemli olan bebeğin tutulma şeklidir. Hangi durumda olursa olsun, bebeğin omuz ve vücudu memeye dönük olmalı ve burnu meme başı hizasında bulunmalıdır. Doğum sonrası ilk günlerde bebeği yatarak emzirmek anne için daha rahat olabilir. Bu durumda bebek yan yatmış olan anneye dönük yatırılır. Anne serbest kolu ve eli ile bebeği memesine yaklaştırılabilir. Annenin ve bebeğin arkasının birer yastıkla desteklenmesi bebeğin yerleşmesine yardımcı olur. Eğer anne oturarak emziriyorsa, dik oturmalı veya hafifçe eğilmeli, ancak kucağı düz olmalıdır. Bunun için gerekirse ayaklarının altına bir tabure konabilir. Bebeği rahatça tutması için annenin arkası veya kolları yastıkla desteklenebilir. Bebeğin anneye yaklaşması için annenin kucağına da bir yastık konulabilir.

Kolostrumun (Ağız süt) bebeğe verilmesi önemlidir. Doğumdan hemen sonra emzirmeye başlama , bebeğin memeye tutulması ve bebeğin annenin çıplak göğsüne koyularak tensel temasın sağlanması kolostrumun gelişini hızlandırır. Annenin süt yapımı 3.4. günlerde artar.

#### **Bebek Nasıl Emer?**

Eğer bebek memede uygun biçimde tutulmuyorsa iyi ememez ve annenin meme başları zedelenip acıyabilir. Bebeğin iyi emmesi için ağızla yalnız meme ucunu değil areolayı da alması gerekir. Bebek memeye yaklaştırılırken, ağızı mümkün olduğunca açık olmalı ve çenesi memeye dayanmalıdır. Bebeğin ağızını iyice açması için anne meme ucunu bebeğin alt ve üst dudaklarına değdirmelidir. Eğer bebek memeyi doğru olarak kavramışsa her emme işlemi sırasında çenesinin bazen de kulaklarının hareket ettiği görülür. Bebek sürekli emmez. Kuvvetli emme hareketlerinden sonra kısa dinlenme aralıkları olur. Yenidoğmuş ya da düşük

doğum ağırlıklı, prematüre bebekler daha da çabuk yoruldukları için memede daha uzun süre kalmaları gerekebilir. Emerken şapırtı sesi duyulması ya da yanakların içeri çekilmesi genellikle bebeğin yalnızca meme ucunu emdiğini ve ağızıyla yeterince meme dokusunu kavramamış olduğunu gösterir.

### **Ne Kadar Süre ve Ne Sıklıkla Emzirmeli?**

Emzirmeye zaman sınırı koymak gerekmez. Gün içinde ya da bebekten bebeğe emzirme süreleri değişebilir. Eğer bebek doğru pozisyonda emziriliyorsa emzirme uzun sürse de meme ucu zedelenmez. Ancak bebek uzun süre memede kalıyor ve tatmin olmamış görünüyorsa bebeğin meyi tutuşunda sorun olabilir, bu konuda sağlık çalışanının anneye danışmanlık vermesi gerekebilir.

Emzirme sıklığı da bebekten bebeğe değişebilir. Bebek her isteyişinde emzirmelidir. İlk aylarda bebek uyandığında genellikle açtır ve emzirilmek ister. İlk haftalarda emzirme aralıkları bir saat, iki saat gibi çok kısa olabilir. Beslenme aralıkları zamanla uzar. Ancak beslenme aralıkları için belirli saat aralıkları koymamak gerekir. Bebek her istediğinde emzirmek temel yaklaşım olmalıdır.

### **Emzirirken Her İki Meme de Verilmeli mi?**

Her emzirmede ilk gelen süt daha az yağ içeren "önsüt" tür. Bebek emmeyi sürdürdükçe sütün bileşimi değişir, yağ miktarı artar. En fazla içeren süt, emzirmenin sonunda salgılanan süttür. Buna "sonsüt" denir. Bebeğin hem önsüte hem de sonsüte ihtiyacı vardır. Bebek memeye doğru yerleştirilip doyana ve memeyi kendisi bırakana kadar memede tutulursa, hem önsütü hem de son sütü alır. Bebek daha emmek istiyorsa ikinci memede verilebilir. Eğer bebek bir meme ile beslenmiş ise bir sonraki emzirmede diğer meme verilmelidir. İki meme verilmişse bir sonraki öğüne son verilen taraftan başlanmalıdır. Bir çok bebek tek memeyi 5-10 dakika emmekle doyar ve uyur. Bazı bebekler ise 20-30 dakikadan önce memeyi bırakmazlar.

### **Meme Bakımı Gerekli mi?**

Memeleri her emzirmeden önce temizlemeye gerek yoktur. Bebeğe mikroplar ellerden bulaşır. Önemli olan annenin ellerini yıkamasıdır. Anne her emzirmeden önce ellerini su ve sabunla yıkamalıdır. Memelerin ıslak olmaması, temiz, kuru, tercihen pamuklu ve sıkmayan kıyafetler tercih edilmeli ve gerektiğinde annenin meme ucuna birçok koruyucu faktör içeren kendi sütünden bir iki damla damlatması yeterlidir.

## YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE ACİL DURUMLARIN YÖNETİMİ

### AMAÇ

Yeni doğanın değerlendirilmesi ve acil durumların yönetimi hakkında beceri kazanmak.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Yenidoğanın değerlendirilmesi basamaklarını sayabilmeli
2. Doğumunda ve doğumdan sonra yenidoğana yaklaşım basamaklarını sıralayabilmeli
3. Apgar skorunu açıklayabilmeli
4. Doğum sonrası yenidoğanın ilk değerlendirmesini açıklayabilmeli
5. Yenidoğan bakımı kapsamında yapılacak tıbbi uygulamaları sıralayabilmeli
6. Yenidoğanın eve gönderilmeden önce tepeden tırnağa muayene edilmesinin önemini açıklayabilmeli
7. Yenidoğanın tepeden tırnağa muayene basamaklarını uygulayabilmeli
8. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında yeni doğan resüsitasyonu ve sevk kriterlerini açıklayabilmeli
9. Yenidoğan bakım ve değerlendirilmesi rehberini kullanarak yenidoğan bakım ve değerlendirilmesini gerçekleştirebilmelidir.

### Yenidoğana Bakım ve Değerlendirme Uygulanması Basamakları:

**1-Doğum anında:** Bebek başının doğumu gerçekleştirildiğinde hemen yüzü silinir ve bir puvarla ağız ve burun delikleri aspire edilerek temizlenir. Doğum gerçekleştirildiğinde yeni doğan göbek kordonu klemplemek üzere baş aşağı tutulurken tekrar ağız ve farinks aspire edilir.

Yenidoğanların yaklaşık %10'u doğumda solunumu başlatabilmek için yardıma gereksinim duyarlar. Yaklaşık %1'i yoğun canlandırma girişimlerine gereksinim duyar. Yenidoğmuş bebeklerin çoğunluğunun uterus içi yaşamdan uterus dışı yaşama geçiş için desteğe gereksinimi olmazsa da, çok sayıda gerçekleşen doğum nedeniyle bir miktar canlandırmaya gereksinim duyan bebek sayısı sonuçta oldukça yüksek sayılara erişmektedir. Canlandırma gereksinimi olmayan yenidoğmuş bebekler, aşağıdaki 4 özelliğin hızla değerlendirilmesi sonucunda belirlenebilirler:

- Bebek termide mi?
- Amniyon sıvısı mekonyumsuz ve enfekte olmayan görünümde mi?
- Bebeğin solunumu var mı ya da ağlıyor mu?
- Bebeğin kas tonusu iyi mi?

Yukarıdaki soruların dördünün de yanıtı "evet" ise, bebeğin canlandırmaya gereksinimi yoktur ve annesinden ayrılmamalıdır. Bebek kurulanıp doğrudan annesinin göğsüne yatırılıp sıcaklığı koruması için battaniye ile örtülebilir. Solunum, aktivite ve renk gözlemi sürekli olmalıdır.

**Not:** 2008/45 sayılı Bebek ve Çocuk İzlemi genelgesi doğrultusunda yenidoğan bakım hizmeti verilmelidir.

Yukarıdaki değerlendirme sorularından herhangi birinin yanıtı "hayır" ise, bebeğe aşağıda 4 grupta sınıflanmış işlemlerin bir ya da daha fazlasının sırasıyla uygulanması gerekmektedir.

A. Başlangıç basamakları (Isıtma, pozisyon verme, solunum yolunu temizleme, kurulama, uyarı verme, yeniden pozisyon verme)

B. Ventilasyon

C. Göğüs kompresyonu

D. Adrenalin ve/veya volüm genişletici verilmesi

Bir sınıftan diğerine geçiş kararı, 3 yaşamsal belirtinin eşzamanlı değerlendirilmesi sonucunda verilir: Solunum, kalp atım hızı ve renk.

Bebeğin durumu stabil hale geldikten sonra ise tepeden tırnağa bir fizik muayene yapılmalıdır

**2-Doğum sonrası ilk değerlendirme:** Doğumdan hemen sonra bebeğin ilk değerlendirilmesi ve muayenesi yapılmalıdır.

**3-Doğum sonrası ikinci değerlendirme:** Bebeği annesi ile birlikte evine göndermeden önce tepeden tırnağa muayene şeklinde olmalı bebeğin vital bulgularının stabil olduğu araştırılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bebeğin taburcu edilmesinden önce boyu, ağırlığı, kafa çevresi dikkatli bir şekilde ölçülerek kaydedilmelidir.

**Doğumdan hemen sonra bebek için hayati olan iki uygulama**

**1-Hava yolunun açıklığının kontrolü ve yeterli ventilasyonun sağlanması**

**2-Bebeğin vücut ısısının korunmasıdır.**

Doğum ılık bir odada gerçekleştirilmeli, bebek göbek kordonu steril şartlarda kesildikten sonra hemen ısıtılmış örtülerle kurulanmalıdır. Bebek doğurtulduktan itibaren aşağıdaki basamakları gerçekleştirmek gereklidir:

### **1. Isı kaybının önlenmesi;**

Bebeği radyan ısı kaynağı altına yerleştirin. Yenidoğan kolayca soğuk stresine girebilir. Özellikle prematüre bebekler ısı kaybına karşı çok duyarlıdırlar. Sağlıklı term bebeklerin bile yaşamın ilk 12 saati içinde soğuk bir çevre ile karşılaştıklarında ısı üretme yetenekleri kısıtlıdır. Asfiksili bebeklerde bu yetenek daha da azalmıştır. Isı kaybeden bebeklerin, metabolizmaları hızlanır, oksijen gereksinimleri artar. Bu yüzden asfiksili bebeklerde ısı kaybı halinde durum daha da ciddileşir.

### **2. Hava yolunun açıklığının kontrol edilmesi:**

Bebeğe doğru pozisyon verin (Havayolunun açık olmasını sağlayın) ardından sırasıyla bebeğin ağız ve burnunu aspire edin.Mekonyum yok ise bebeğe omuzlarının altına 2-3 cm'lik bir havlu konularak başı hafif ekstansiyonda pozisyon verildikten sonra ağız ve burun puvarla 5-10 saniye aspire edilerek temizlenir. (Resim-1) Orofarinksin derin aspirasyonundan kaçınılmalıdır; derin aspirasyon vagal refleks uyatarak bradikardiye neden olabilir. Mekonyumlu bebeklerde aspirasyon bebek başı vajenden çıktığında önce

ağız sonra burunun puvarla temizlenmesi şeklinde başlatılmalıdır. Bebek tam olarak doğurtulduktan sonra puvarla aspirasyon tekrarlanır, gerekirse direkt trakeal aspirasyon yapılabilir.

### 3. Solunumun başlatılması;

Bebeği kurulayın, böylece hem ısı kaybını önlemiş olursunuz, hem de taktile uyarın verirsiniz. Eğer bebek solumuyorsa, taktile uyarınlar (Bebeğin ayak tabanına fiske vurulması ya da sırtının ovalanması) solunumu uyararak için genellikle yeterlidir.

### 4. Bebeğin değerlendirilmesi:

Bebeği izleme ve değerlendirmede genellikle aşağıdaki basamaklar izlenir:

- Bebeğin solunumunu gözleyin ve değerlendirin. Eğer normale bir sonraki bulguyu değerlendirmeye geçin. Eğer normal değilse pozitif basınçlı solunuma başlayın.
- Bebeğin kalp hızını kontrol edin. Eğer 100 atım/dk üzerinde ise bir sonraki bulguyu değerlendirmeye geçin. Eğer değilse pozitif basınçlı solunumu başlatın.
- Eğer bebek soluyor ve kalp hızı 100 atım/dk üzerinde ise bebeğin rengini değerlendirin. Santral siyanoz varsa oksijen verin.

Spontan solunumu olan, hava yolu açık, pembe ve aktif bebek en kısa zamanda annesinin yanına verilerek cilt teması ve annenin bebeği emzirmesi sağlanmalıdır. Bebeğin anne ile erken teması anne sütü salgısının başlatılması ve devamlılığı için çok önemlidir.



Resim-1: Hava yolunu temizlemeden önce bebeğin başına pozisyon verilmesi

**Normal solunumu olmayan bebeklerde yaklaşım farklı olacaktır.**

**Yenidoğanın Sağlık Durumu Apgar Skoru İle Değerlendirilir.**

#### **Apgar Skoru**

Apgar skoru, bebeğin durumunu doğum sonrası 1. ve 5. dakikalarda değerlendirmek için kullanılan objektif bir ölçüttür (Tablo 1). Resüsitasyona başlamak için 1. dakikanın sonuna kadar beklenmesi çok değerli zamanın kaybına yol açar. Eğer bebek ileri derecede asfiksiseyse bu önemli bir süredir. Yani, bir bebeğin Apgar skoru, *resüsitasyona başlama kararının verilmesinde kullanılamaz.*

Resüsitasyona karar vermek için bir temel oluşturmasa da Apgar skoru, resüsitasyon çabalarının etkisini değerlendirmekte önemlidir. Beşinci dakika Apgar skoru 7'den az ise 20. dakikaya kadar, ya da arka arkaya iki kez 8 ya da daha yüksek skor elde edilinceye dek, her 5 dakikada bir Apgar'a bakılmalıdır.

Termde bir bebeğin 5. dakika Apgar skorunun 3 ve altında olması o bebekte serebral palsy riskinin arttığını gösterir. Prematürite, annenin doğumdan hemen önce aldığı anestetik maddeler, enfeksiyon, doğum komplikasyonları (Kordon sarkması vb) Apgar skorlarında düşmeye neden olur.

**Tablo-1: Doğumdan sonra 1. ve 5. dakikada uygulanan Apgar skor sistemi**

Bulgu	0 puan	1 puan	2 puan
Kalp hızı	yok	< 100	> 100
Solunum	yok	Yavaş ve düzensiz	İyi, düzenli, ağlıyor
Kas tonusu	Yok	Ekstremitelerde hafif fleksiyon	Aktif Hareket
Refleks	Cevapsız	Yüz buruşturma	Şiddetli ağlama, aksırma, öksürme
Renk	Mavi, soluk	Vücut pembe, ekstremiteler mavi (Periferik siyanoz)	Vücut tamamen pembe

### **Doğumdan Sonra Bebeğin İlk Muayenesi**

Bu muayenenin amacı bebekte hayatı tehdit eden durumların varlığını araştırmaktır. Sistematik olarak aşağıdaki basamaklar uygulanır:

#### **a. Hava yolunun açıklığının değerlendirilmesi**

Bebekler burun solunumu yaptıklarından burunun açık olduğundan emin olunmalıdır. Koanal atrezi ve diğer tıkanıklığa neden olan durumlarda ağızdan bir hava yolu açılmalıdır. Çok büyük bir dili olan bebeklerde de ağızdan bir hava yolu gerekebilir.

#### **b. Solunum Sisteminin değerlendirilmesi**

Doğumdan önce solunum sistemi sıvı ile dolduğundan solunum sesleri dinlendiğinde ilk birkaç solunumda raller duyulur. Doğumu izleyen ilk iki saatte solunum hızı 30-60/dakikadır ve solunum düzensizdir. Kalp atım hızı da düzensizdir ve 100 atım /dakikanın üzerindedir.

#### **c. Karın muayenesi**

Karın genellikle yumuşaktır ve doğumda düz olarak gözükür. Barsaklar gaz ile dolduklarında karın dolgun hale gelir. Doğumdan hemen sonra yapılan muayenede karaciğer sağda kostaların 1.5-2 cm altına kadar uzanır. Böbrekler de doğumdan sonraki muayenede ele gelir. İçeriye göçmüş bir karın ve artan solunum sıkıntısı diyafram hernisine bağlı olarak barsakların göğüs boşluğuna geçtiğini düşündürür. Karında belirgin gerginlik kitle, asit veya barsak tıkanıklığını akla getirmelidir.

#### **d. Cildin değerlendirilmesi**

Normal bebekte doğumdan hemen sonra periferik siyanoz gözlenebilir, önde gelen kısımda ve omuz ve göğüste peteşiler görülür.

Ciltte solgunluk asfiksi, anemi, şok ve ödem belirtisi olabilir. Erken dönemde anemi saptandığında eritroblastozis fötalis, karaciğer veya dalakta hematoma, subdural kanama veya fetal-maternal transfüzyon akla gelmelidir. Aneminin mutlaka düzeltilmesi gerekir.

Ciltte aşırı bir kırmızılık polistemiye aklımıza getirmelidir. Polistemi genellikle diyabetik anne bebeklerinde, düşük doğum ağırlıklı bebekler veya ikizden ikize transfüzyon görülen bebeklerde görülür. Bebeğin hematokriti %70 üzerinde ise plazma transfüzyonu gerekebilir.

Doğumdan hemen sonra sarılık saptanması hemolitik veya enfeksiyöz hastalıkları akla getirmelidir.

#### e. Genel vücut muayenesi

Kol, bacak, yüz, boyun, kafa ve bel kemiğinde deformiteler (Meningoel, hidrocefali, ekstremitelerin yokluğu vb) kaydedilmelidir.

#### Doğumdan Sonra Bebeğin Tepeden Tırnağa Değerlendirilmesi

Yenidoğanın ilk değerlendirilmesinde solukluk, siyanoz, solunum güçlüğü, sarılık, titremeler, karında gerginlik, uyku hali veya hiperaktivite varlığı araştırılmalıdır. Stabil hale gelen bebeğin gebelik yaşı değerlendirilmelidir. Gebelik yaşının değerlendirilmesinde son adet tarihi, gebelik takiplerindeki fundus pubis ölçümleri kullanılır. Doğumdan sonraki bebek değerlendirilmesinde ayak tabanı çizgileri, meme kabartısı çapı, kulak lobu, erkek bebeklerde testis ve skrotum, kız bebeklerde labium majus, minus ve klitoris değerlendirilerek prematür bebekler saptanabilir.

Prematür bebeklerde (36 hafta ve öncesi) ayak tabanı çizgileri gelişmemiş veya sadece ön kısımda transvers olarak uzanır, meme kabartısı 2 mm civarındadır, kulak lobu yumuşaktır, kıkırdak yoktur ve kolay kıvrılır veya kıvrık durur, cilt ince ayva tüyü ile kaplıdır ve erkek bebeklerde testis alt kanalda skrotum küçük ve skrotal kırışıklar azdır, kız bebeklerde ise labium minor majöre göre daha büyük ve belirgindir.

Term doğum 36. gebelik haftasını doldurmuş bebekler için kullanılır. Term bebeklerde ise ayak tabanı çizgileri 2/3 ön kısımda mevcut, meme kabartısı 4 mm, kulak kıkırdağı oluşmaya başlamış, ciltte yer yer ayva tüyleri dökülmüş, testisler skrotal kanalın ortasında skrotal kırışıklıklar mevcut, kız bebeklerde ise labium majuslar labium minusa göre daha belirgindir.

#### Normal Bebeğin Vücut Isısı Korunarak Aşağıdaki Basamaklar Gerçekleştirilir:

- Göbek kordonu bakımı: Steril bir gaz bezi ile kapatılır.
- Enfeksiyonun önlenmesi için her iki göze sıvı gümüş nitrat (1%) damlatılır veya eritromisin oftalmik pomad (%5) veya tetrasiklin oftalmik pomad (%1) uygulanır.
- Tüm yenidoğanlara intramüsküler 1 mg vitamin K (phytonadion) enjeksiyonu yapılarak K vitamini yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkan yeni doğanın hemorajik hastalığının gelişmesi engellenir.
- Rh-rh uygunsuzluğu olan bebeklerde imkan varsa kordon kanı alınarak kan grubu tayini yapılır, bebek kan grubu + olarak bulunursa anneye İmmünglobulin uygulanmalıdır.
- Annenin Hbs Ag (+) olduğu biliniyorsa bebeğin aşılması gerekir.

Yenidoğanın eve gönderilmesinden önce tepeden tırnağa muayenesi yapılmalıdır. Bu muayene bebekteki doğum travmasının, sistemik ve kalıtsal hastalıkların erken teşhisini sağlar.

### **Tepeden Tirnağa Muayene Kapsamında :**

1. Genel Görünüm: Kalp atım hızı, solunumu değerlendirilmelidir.
2. Cilt muayenesi: Ciltte genel ödem sistemik bir hastalığın, el ve ayak sırtındaki ödem ise Turnet sendromunun belirtisi olabilir. Ciltte veziküler görünüm, döküntü, papül varlığı araştırılmalı ve kaydedilmelidir.
3. Baş: Başın büyüklüğü, şekli ve simetrik olup olmadığına dikkat edilmelidir. Kaput succedaneum önde gelen kısımdaki kafa cildinde sütür çizgileri boyunca uzanan ödemdir. Sefal hematoma ise kafa kemiklerinin periost altına kanama olmasıdır. Fontaneler dışı doğru hafif kabarıktır, bebeğin kalp atımı ile pulzasyon gösterir, bebek ağırlarken düzleşir. Bebek dik tutulursa ve sakinse hafif çöker.  
Yarı damak ve dudak gözlenebilir. Aşırı çene küçüklüğü gösteren Pierre Robin sendromunda dil hava yolunu kapatabilir.
5. Gözler: Kornea veya lenste bulanıklık, koryoretinit gözlenebilir.
6. Kulaklar: Kulaklardaki yapısal bozukluklar bazı sendromların belirtisi olabilir.
7. Boyun: Boyunun simetrisi, hareketliliği ve kas tonusuna bakılmalıdır.
8. Göğüs Kafesi: Göğüs kafesinin ve meme başlarının şekli ve simetrisine bakılmalıdır. Omuz distozilerinde doğum komplikasyonu olarak gelişen klavikula kırıklarında kırık bölgesinde hassasiyet ve krepitasyon vardır, kol hareketleri azalmıştır. Solunum sırasında interkostal aralıkların çekilmesi, göğüs kafesinin asimetrisi solunum sıkıntısını düşündürmelidir.
9. Akciğerler: Dinlemekle akciğerlerde her iki tarafta eşit bronkial solunum ve ince raller duyulabilir. Göğüs kafesinin dinlenmesinde barsak sesleri duyuluyorsa diyafram hernisinden şüphelenilmelidir.
10. Kalp ve Dolaşım Sistemi: Göbek kordonunun klempe edilerek bağlanması ile fetal dolaşım neonatal dolaşıma dönüşür. Fetüste bulunan duktus arteriosus, foramen ovale ve duktus venozus kapanır, akciğerler genişler. Takipne, siyanoz, şok kalp hastalığı belirtisi olabilir.
11. Karın muayenesi: Doğum anında karın düzdür, barsakların gazla olması ile birlikte şişkin hale gelir. Diyafram hernisinde solunum güçlüğü ile birlikte karın çöküklüğü gözlenir. Doğumdan sonraki ilk 24 saatte karaciğer, dalak ve böbrekler muayenede ele gelir.  
Omfalosel karın ön duvarında göbeği de içerisine alan açıklık olmasıdır. Gastroşizisde ise umblikusla bağlantısı olmaksızın karında defekt vardır ve defektten dışarı çıkan barsaklar herhangi bir zar ile kaplanmamıştır.
12. Genital Organlar  
A-Erkek bebekte  
Term bir erkeğe bebekte testisler skrotumda ve skrotal kese kıvrımlarla kaplı ve üretral açıklık penisin ucundadır. Doğumda inguinal herniler gözlenebilir, bunların hidroselden ayrılması için skrotuma bir ışık tutulur eğer şeffa ve arkası gözükür hale geliyorsa hidrosel tanısı konur.



### B. Kız bebekte

Termde kız bebekte labium majuslar labium minus ve klitorisi tamamen kapatır. Hymenal açıklık mevcuttur. Doğumu izleyen ilk 14 günde anne karnında anneden geçen östrojenin aniden doğumdan sonra çekilmesine bağlı olarak vajinal kanama gözlenebilir.

C. Cinsiyetin belirlenemediği durumlarda mutlaka ileri tetkiklere gerek vardır.

### 13. Anus ve Rektum

Rektumun açık olup olmadığı, anal açıklığın yerine bakılmalı, bebeğin mekonyum çıkardığı gözlenmelidir.

### 14. Kol ve Bacaklar

Kol ve bacaklar simetrik ve eşit ölçülerde olmalıdır. Doğumsal kalça çıkığı kalça hareketlerinin kısıtlı yapılması ve femur aşağı bastırılarak abdüksiyona alındığında "klik" sesi duyulması ile teşhis edilebilir. Doğum travmasına bağlı kırıklar ve paraliziler gözlenebilir.

### 15. Santral Sinir Sistemi

Yeni doğanın kas tonusu ve hareketleri gözlenmelidir. Santral sinir sistemi hasarında hareket yokluğundan başlayıp, tremor, konvülsiyon, opistotonus, hiperaktiviteye uzanan bir tablo gözlenebilir. Bebeğin nörolojik yönden değerlendirilmesi sakın olduğu bir dönemde yapılmalıdır.

#### A- Kas tonusu

Normal kas tonusu olan bebeklerde ekstremiteler düz hale getirilip bırakıldığında hemen eski kıvrılmış hallerine dönerler. Hipotonik bebeklerde ekstremiteler olduğu gibi yatağa düşer. Hipertonik bebeklerde kollar sıkı bir şekilde fleksiyon halindedir.

#### B-Emme Refleksi

Bebeğin ağızına temiz bir parmak sokulduğunda hemen emmeye başlar.

#### C- Yakalama refleksi

Avuç içini okşadığımızda hemen yakalar.

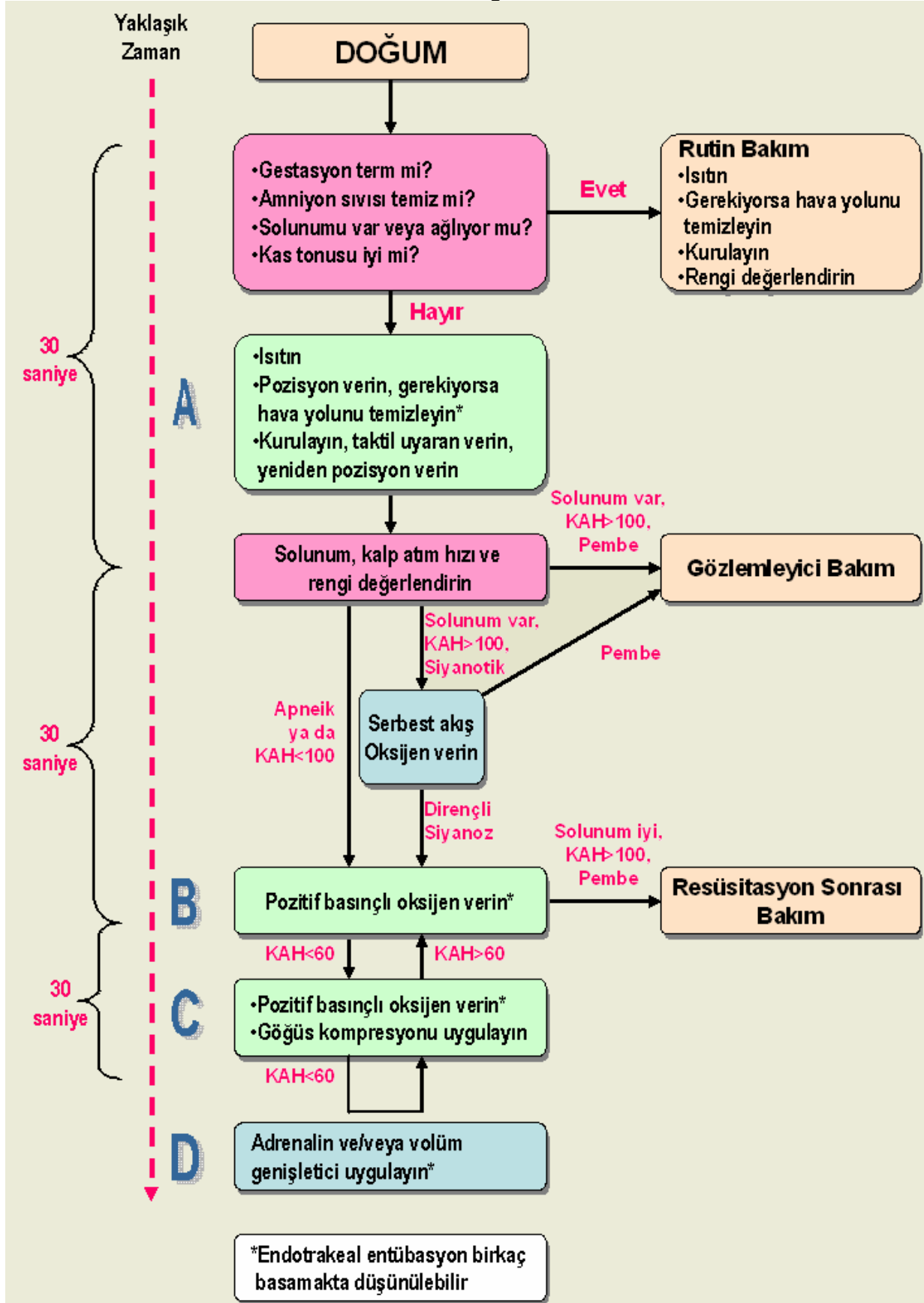
#### D-Morro Refleksi

Yatar durumda ellerinden hafifçe çekilip bırakılan bebeklerde korkmuş gibi bir hareketle kolda önce ekstensiyon sonra da addüksiyon ve parmakların arasının açılarak ekstensiyon geliştiği gözlenir.

Doğumu izleyen en kısa sürede anne-bebek teması sağlanmalıdır. Bebek anne ile eve gönderilirken emzirme, bebek bakımı ve hijyen ile ilgili genel bilgiler verilmelidir (Bkz. "Emzirme ile Bebek Beslenmesi Oturumu").

Neonatal Resüsitasyon Uygulamalı Eğitim Programı (NRP) Sağlık Bakanlığı bünyesinde verilen bir bilgi ve beceri kazandırma programıdır. Bu program sonunda uygulama ve teorik sınav yapılmakta ve başarılı olanlara sertifika verilmektedir. Müdahale basamakları konusunda bu program çerçevesinde beceri kazanılmalıdır.

## Akış Çizelgesi



Ressüsitasyonun ileri aşamaları, göğüs kompresyonu, entübasyon, nazogastrik sonda uygulanması ve medikal tedaviyi kapsamaktadır. Bu basamaklar için uygulamalı Sağlık Bakanlığının NRP eğitim programına katılım şarttır.

### OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. Birinci dakika Apgar skoru 5 olan bir bebekte 5. dakika Apgar skorunun 9'a yükselmesi durumunda yaklaşım ne olmalıdır?
  - a. Bebeğin izlem için sevk edilmesi
  - b. Bebeğin anne yanına verilmesi
  - c. Pozitif basınçlı ventilasyon
  - d. Göğüs kompresyonu
2. Rengi soluk, refleksleri olmayan, kalp atım hızı 68 / dak olan solunumu düzensiz, sadece iç çekme şeklinde hareketleri olan, kas tonusu olmayan bir bebekte Apgar skoru kaçtır?
  - a. 2
  - b. 5
  - c. 6
  - d. 7

### KAYNAKLAR

1. Neonatal Ressüsitasyon Programı Eğitici Kitabı, Sağlık Bakanlığı .
2. Postpartum Care of the Mother and Newborn: a practical guide WHO/RHT/MSM/98.3, 1998.
3. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed. DeCherney AH, Nathan L, Lange Medical Book Mc Graw-Hill 9th Ed 2003.

## YENİDOĞAN BAKIM VE DEĞERLENDİRİLMESİ ÖĞRENİM REHBERİ

<b>1. Geliştirilmesi gerekir</b>	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli</b>	: Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış</b>	: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.</b>	: Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı** : -----

**Kurs Tarihi** : -----

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
1. Isıtılmış kuru örtü/kompres hazırlanması					
2. Puvar/aspiratörün hazırlanması					
3. Steril Göbek klempinin hazırlanması					
4. Oksijen kaynağının kontrolü					
5. PBV kontrolü					
6. Bebeğin ısıtılmış kompresle alınması					
7. Bebeğin kurulanması					
8. Bebeğin sıcak tutulması					
9. Hava yolunun kontrolü					
10. Apgar skorlaması					
11. Hava yolu ve solunum kontrolü					
12. Karın muayenesi					
13. Cilt muayenesi					
14. Genel muayene					
15. Göbek kordonu bakımı					
16. Göz enfeksiyonu profilaksisi					
17. Vit K enjeksiyonu					
18. Emzirme					
<b>Taburcu Edilmeden Önce Tepeden Tırnağa Muayene</b>					
1. Genel Görünüm.					
2. Cilt muayenesi:					

3. Baş					
4. Yüz , Burun ve Ağız					
5. Güzler					
6. Kulaklar					
7. Boyun					
8. Güz Kafesi					
9. Akciğerler					
10. Kalp ve Dolaşım Sistemi					
11. Genital Organlar					
12. Anus ve Rektum					
13. Kol ve Bacaklar					
14. Santral Sinir Sistemi					
15. Kas tonusu					
16. Emme Refleksi					
17. Yakalama refleksi					
18. Morro Refleksi					

## POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ

### AMAÇ

Obstetrik acil bir durum olan ve hayatı tehdit eden doğum sonrası kanamanın tanınması ve durdurulması için bilgi ve beceri kazanmak.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Postpartum kanama ile başvuran bir hastanın acil tanısını hızla koyabilmeli
2. Kanamanın durdurulması için kompresyon tekniklerini uygulayabilmeli
3. Damar yolu açabilmeli
4. Şok ve hipotansiyonla baş edebilmeli
5. İçeride plasenta ve parçaları kalması durumunda elle halas ve kontrol yapabilmelidir.

Gebelik ve doğum belirgin sağlık riski içerebilir. Sağlıklı ve hiç bir sorunu olmayan gebe kadınlar bile %20 oranında gebeliğe bağlı sağlık sorunu yaşayabilir. Tüm gebelerin %15'inde gebelik ile ilişkili hayatı tehdit eden problemler bulunabilir. Gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin en temel nedeni hayatı kurtaracak hizmet noktalarına annenin erişememesidir. Doğum kanamasına bağlı anne ölümlerinin yarısından çoğu doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde olmaktadır. Bütün dünyada postpartum kanama (PPK) en önemli anne ölüm nedenidir.

Postpartum dönemdeki anne ölümleri üç neden ile olmaktadır:

1. Anne evde çok zaman kaybetmekte, sağlık kuruluşuna baş vurmakta gecikmektedir. Ailenin bilinçlendirilmesi ve doğum öncesi dönemde obstetrik acil durumların neler olduğunun aileye anlatılması gereklidir
2. Annenin sağlık kuruluşuna taşınmasında sorun olmaktadır. Bulunulan bölgenin iklim ve coğrafi koşulları nedeniyle 112 acil ambulans sistemine erişememe, erişilse dahi ambulans ulaşımında gecikme, 112 ekibinin uygun müdahaleyi yapamaması, trafik kazaları, zamanında sağlık kuruluşuna ulaşamamada etkili olmaktadır.
3. Sağlık kuruluşunda hizmet sunumunda gecikmeye bağlı anne kaybı olmaktadır. Sağlık kuruluşlarının 24 saat haftada 7 gün aralıksız çalışmaları gerekir. Anne 112 acil ambulansı ile kuruluşa getirilmiş ise ilk müdahalesi ambulanda yapılmış olmalıdır. Eğer yakınları kendi imkanları ile getirmişler ise kuruluştaki hayat kurtarıcı ilk müdahalenin hemen yapılmış olması gereklidir ve ileri tedavisi gerekli ise hiç vakit kaybetmeden sevk edilmeli, gecikme olmamalıdır.

Unutulmaması gereken en önemli konu, annenin genç olduğu (Üreme çağında), gebelik süresince olası bir kan kaybına, gebe olmayan bir kadına göre fizyolojik olarak hazırlıklı olmalıdır. Kadınlar genelde erkeklere göre kan kaybına daha dayanıklıdır. O zaman uygun tanı ve acil tedavi post partum kanamadan anne kaybını hızla azaltacaktır.

Eğer anne bu durumdan kurtulabilir ve yaşar ise daha sonra da anemi ve bununla ilişkili sağlık sorunları ile yaşamına devam etmektedir. Kanıta dayalı temel ucuz tedaviler kadınların PPK'dan ölme oranlarını azaltabilir.

Post Partum Kanama **doğumdan sonraki kan kaybının 500ml'nin üzerinde olması** durumudur. Eğer kayıp oranı 1000 ml. üzerinde ise şiddetli PPK'dan söz edilir.

**Not:** 2009/5 sayılı Acil Obstetrik Bakım genelgesi doğrultusunda postpartum kanama yönetimi hizmeti sunulmalıdır.

## Vaka çalışması

Bayan SK 31 yaşında G4 P4 normal spontan yolla sağlıklı doğum yapmıştır. Bebek 4.1 kilogram ağırlığındadır. Doğumun ikinci evresinin sonunda Ergometrin 0.2 mg olarak yapılmıştır. Plasenta 5 dakika sonra komplikasyon olmadan doğurtulmuştur. 30 dakika sonra bayan SK'da şiddetli vajinal kanama izlenmektedir.

Vaka ile ilgili tartışma soruları

### A. Değerlendirme (Hikaye, Fizik muayene, Tanı ve Laboratuvar Yöntemleri)

#### 1. Bayan SK nin değerlendirmesinde neler yapılmalıdır ve neden?

Bayan SK'ya nazik ve saygılı bir şekilde davranılmalıdır.

Bilinci açık ise kendisine ne yapılacağı, ne olduğu açık bir şekilde anlatılmalıdır. Sorularına sakin ve güven verici bir şekilde cevap verilmelidir.

Hızlı bir şekilde ilk değerlendirme yapılacak; şokta olup olmadığı, acil resusitasyon tedavisi gerekip gerekmediği, nabız hızının >110, sistolik kan basıncının 90mmHg'nin altında olması, solukluk, terleme, soğuk, soluk deri, hızlı nefes alma, konfüzyon durumu var mı? bakılmalıdır. İlk muayene sırasında konvülsiyon, bilinç, durumu karın ağrısı, ateş değerlendirilmelidir.

#### 2. Bayan SK'nin ilk muayenesinde nelere bakılmalıdır?

Uterus hızlı bir şekilde palpe edilerek, kontrakte olup olmadığı anlaşılmalıdır. Eğer uterus kontrakte ise büyük olasılıkla kanamanın nedeni genital travmadır. Eğer uterus kontrakte değil ve plasenta komplet olarak çıkarılmış ise kanamanın en önemli nedeni atonik uterusdur.

Plasentanın tam olarak çıkıp çıkmadığı bilinmelidir.

Perine, vajina ve serviks yırtıkları için dikkatli bir şekilde incelenmelidir.

#### 3. Tanı için nasıl bir laboratuvar ve muayene testini uygun görürsünüz?

Bayan SK nin ana bulguları; vucut ısı 36.5 C, nabızı 90 dk, Tansiyonu 105/85 mmHg, solunum sayısı 16/dakika'dır.

Uterus kontrakte ve plasenta tamdır. Herhangi bir perineal travma izlenmemiştir.

Serviks ve vajina kontrolü zor ve vajinal kanaması bol olarak devam etmektedir.

#### 4. Bu bulgular ile Bayan SK nin probleminin tanısı ve nedeni nedir?

Semptom ve bulgular, tanının genital travma olduğunu göstermektedir.

### Postpartum kanama nedenleri:

1. Doğumdan sonra ilk 24 saat içindeki en önemli PPK nedeni uterus atonisidir.
2. Plasenta retansiyonu,
3. Vajinal ve servikal yırtıklar,
4. Uterus rüptürü, ve
5. İnversiyondur.

Gecikmiş PPK; genelde içeride kalmış plasenta parçaları veya enfeksiyon nedeniyle uterusu yeterli involusyonun olmamasına bağlı gelişir.

### **Tanımlar:**

**Uterus Atonisi:** Doğum sonrası plasenta ayrıldıktan sonra uterusun kontrakte olarak kasılamaması halidir.

**Plasenta retansiyonu:** Doğum sonrası plasentanın ilk 30 dakika içinde ayrılmayarak uterus içinde kalmasıdır. Tamamı değil bir kısmı içeride kalır ise parsiyel retansiyondan bahsedilir.

**Uterus Rüptürü:** Doğum sırasında, özellikle kontraksiyonlar ile bebeğin ilerleyemediği durumlarda uterus korpus veya alt segment kısmının rüptüre olmasıdır. Bu durum eski sezaryen skarında ayrılma şeklinde de olabilir. Ayrılan bölgenin kanaması en önemli hayatı tehdit eden risktir.

**Uterus inversiyonu:** Doğum sırasında özellikle plasenta ayrılmadan kuvvetli kordon traksiyonu ve/veya güçlü fundus masajı sonrası uterusun ters yüz olması halidir.

Doğum sonrası ilk bir kaç saat, bu tür patolojilerin tanı tedavi ve yönetiminde çok kritik bir dönemdir. Kanama hızla hayatı tehdit edebilir. Özellikle tecrübeli tıbbi ve ebelik hizmetlerine erişemeyen hastalarda ölüm riski yüksektir. Çok hızlı tanı ve tedavi gereklidir.

Daha önce geçirilmiş pre-eklampsi, çoğul gebelik, ve obezite PPK için risk faktörleri ise de önceden PPK olacak hastaları tanıyacak bir test yoktur. Epizyotomi yapılması, uzamış üçüncü evre, sezaryen ile doğumda PPK riski artar.

Post partum kanama tedavisinde en önemli konu, oluşmasını engelleyecek önlemlerin tüm doğumlarda önceden alınmasıdır, yani bu durumdan korunma esastır. Bu ancak doğumun 3.evresinin aktif yönetimi ile olabilir.

### **Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi:**

Bu evre genelde 5-15 dakika sürer, 30 dakikayı geçmez. Eğer uterus yumuşak ve adelesi kasılmıyor ise kanama belirgin olur. Aktif yönetimde çocuğun doğumundan 1 dakika sonra uterotonik verilir (1 amp simpitan yok ise meterjin). Kordon hemen klempe edilir ve kesilir. Kordona kontrollü çekim ile uterusu ters istikamette karından bası yapılır (Brandt Andrews manevrası değil) ve plasentanın hızlı ayrılması ve uterusun hızlı kasılması için önlem alınır. Kanıta dayalı tıp üçüncü evrede bu aktif yöntemin kullanılması ile; doğumun üçüncü evresinin daha kısaldığını ve daha az PPK olduğunu bildirmektedir. Bu yöntemin tek olumsuz yönü bulantı, kusmanın daha fazla olması, kramp şeklinde karın ağrısı ve bazı vakalarda plasentanın elle halasının gerekmesidir. Meta analizlerde anne kan kaybının anlamlı azaldığı, üçüncü evre süresinin anlamlı kısaldığı, doğum sonrası aneminin azaldığı, kan transfüzyon ihtiyacının ve ek uterotonik ilaç ihtiyacının azaldığı bildirilmektedir.

### **Uterotonik ilaçlar**

Doğum sonrası aktif yönetim ve uterotonik ilaç kullanımı, PPK'yi azaltan en önemli uygulamadır.

1. En sık kullanılan ilaç oksitosindir.
2. Buna meterjin kombine edilmesi komplikasyon oranını (Preeklampsik %10 kadında tansiyon yüknelmesi) ve bazı yan etkileri, baş ağrısı, bulantı, kusma gibi bir miktar arttırmaktadır. Aşırı sıcak bölgelerde ergometrin etkisini daha hızlı kaybetmektedir.



3. Misoprostol (Cytotec) (PGE1-oral, rektal ve vajinal) de PPK engellenmesinde kullanılabilirse de bu konudaki çalışmalar henüz devam etmektedir. (Hangi yoldan verilirse verilsin 2 tableti Postpartum simpitan kadar etkilidir-titrete ve vücut ısısı artması gibi yan etkileri vardır). Fakat PGE1 aktif üçüncü dönem yönetimi için etkili bulunmamıştır. Henüz kanıta dayalı yeteri kadar bilgi yoktur. Ancak uterotonik enjektabl ilaç yokluğunda ve bu ilaçların soğuk zincir ile taşınması gerekir iken, misoprostolde soğuk zincire gerek olmaması nedeni ile bazı acil durumlarda kullanımı düşünülmelidir.

**Erken Kordon Klempleneşi:** (Bkz. "Doğum Eyleminin Üçüncü Ve Dördüncü Evreleri Oturumu")

**Kontrollü Kordon Traksiyon Uygulanması:** (Bkz. "Doğum Eyleminin Üçüncü Ve Dördüncü Evreleri Oturumu")

**Anemi Yönetimi:** (Bkz."Aneminin Tanı Ve Yönetimi Oturumu")

PPK sonrası anemi tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Eğer transfüzyon bir tedavi ise enfeksiyon transmisyonu, transfüzyon reaksiyonları dikkat edilmesi gereken önemli noktalar. Histerektomi gibi acil cerrahiler anestezi ve enfeksiyon gibi komplikasyonları, ve yüksek maliyet gibi sorunları gündeme getirebilir.

#### **Vaka çalışması (DEVAM)**

Bayan SK 31 yaşında G4 P4 normal spontan yolla sağlıklı doğum yapmıştır. Bebek 4.1 kilogram ağırlığındadır. Doğumun ikinci evresinin sonunda ergometrin 0.2 mg olarak yapılmıştır. Plasenta 5 dakika sonra komplikasyon olmadan doğurtulmuştur. 30 dakika sonra bayan SK'da ağır vajinal kanama izlenmektedir.

Tanı: *Genital travma* olarak konulmuş idi.

#### **Vaka ile ilgili tartışma soruları (Planlama Ve Müdahale)**

##### **5. Tanınıza göre bayan SK'nın nasıl bir tedavi alması gereklidir?, neden?**

Kalın bir iğne ile IV sıvı tedavisinin hızlı bir şekilde başlaması gereklidir. Sıvı olarak ringer laktat veya normal serum fizyolojik verilebilir.

Vakit geçirilmeden dikkatli bir spekulum muayenesi, vajina ve serviks değerlendirilmesi yapılmalıdır. Çünkü, kanama nedeni buradaki bir yırtığa bağlı olabilir. Bu durumda yırtık hızlı bir şekilde onarılmalıdır.

Bayan SK'nın vital bulguları, sıvı tedavisi, aldığı ve çıkardığı yakın bir şekilde monitorize edilmelidir.

Uterusun sert ve kontrakte kaldığı kontrol edilmelidir.

Damardan kan alınarak Hb bakılmalı, cross match için örnek hazırda tutulmalı ve taze kan, transfüzyon için hazırda bulundurulmalıdır.

Bu sırada Bayan SK'ya durumu hakkında bilgi verilmeli, ailesi de bilgilendirilmelidir. Hasta konuşmak isterse cesaretlendirilmeli, desteklenmeli, soruları cevaplandırılmalıdır.

#### **Değerlendirme-Müdahale**

Kanama odağı bulunmalı ve onarılmalıdır, eğer yüksek vajinal ve servikal yırtık var ise AOB sevk etme oturumundaki (Bkz. "Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu")

bilgilerinize göre intravajinal tampon yaparak kanamanın azalmasını veya durmasını sağlayıp, damar yolu açık ve vital bulguları normal şekilde sevk etmeniz gerekir.

**6. Eğer perine ve vajina onarımı sağlık kuruluşunda yapılabildi ise, kuruluşda izlem nasıl olmalıdır?**

Şu an için bayan SK'nın işleminden 1 saat sonraki ateşi 37°C, nabız hızı 86dk., kan basıncı 110/80 mmHg, solunum hızı 16/dakika, uterus kasılmış ve sert, kanama minimaldir.

Bayan SK'nın vital bulguları ilk 1. saatte 15 dakikada bir, sonraki 2. saatte 30 dakikada bir, sonraki 3. saatte her saatte bir, sonrada 24 saate kadar her 4 saatte bir bakılmalıdır. Uterusun sert ve kasılı olduğu aynı zamanda kontrol edilmelidir. Anne çocuğunu emzirmeli ve kanama bittikten 24 saat sonra hemoglobin ve hematokrit bakılarak anemi araştırılmalı ve eğer Hb 7g/dL, veya Hct %20 altına inmişse (Ağır anemi):

1. 120mg ferröz sülfat veya fumarate ile 400µgm folik asitin günde bir kere 3 ay süre ile kullanılması gerekir.
2. Üç ay sonra demir 120 den 60 mg. a indirilerek aynı folik asit miktarı ile 6 ay daha kullanılması gerekir. Eğer vital bulguları stabil ise kan verilmesine gerek yoktur.

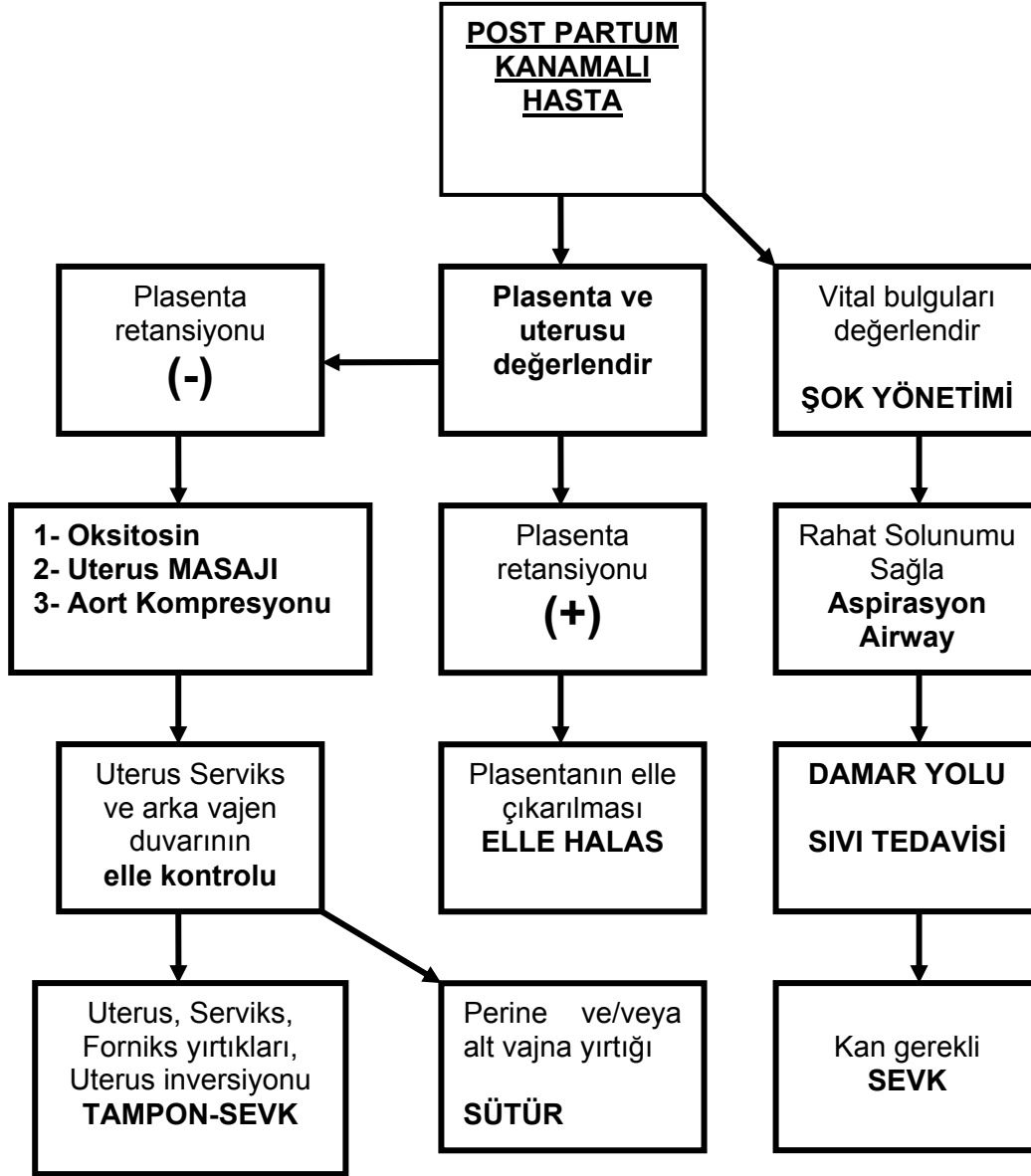
Eğer Hb 7-11 g/dL arasında ise yukarıda 2 (İki) olarak belirtilen tedavi evresinden başlanabilir. Yani 60mg demir ve aynı folik asit ile aynı sürede kullanmak gerekir. (Bkz. "Aneminin Tanı Ve Yönetimi Oturumu").

Anneye psikolojik destek verilir, kuruluşda 24 saat tutulduktan sonra danışmanlık verilerek post partum kanama sonrasında tehlike bulguları (Vajinal kanama, abdominal ağrı, ateş, baş ağrısı, görme bozukluğu) anlatılarak ve demir tedavisine devam etmesinin önemi ve günlük diyetine de demir içeriği zengin yiyecekler önerilerek taburcu edilir. Bunlara ek olarak Emzirme ve yeni doğan bakımı ile bilgiler verilerek 5-6 gün sonra kuruluşda görülmek üzere taburcu edilebilir.

Post partum kanaması olan kadınlarda yaşam kurtarıcı basamaklar

1. Genel Değerlendirme, plasenta ve uterus tonusunun değerlendirilmesi
2. Uterus masajı, aort kompresyonu
3. Damar yolunu açılması oksitosin infüzyonu ve şok ile mücadele
4. Plasenta retansiyonu mevcut ise elle halas ve kalan parçaların çıkartılması
5. Perinenin kontrolü ve gerekli ise sütürasyonu (Bkz. "Epizyotomi Ve Perine Yırtıkları Oturumu")
6. Vajen arka duvarına 2 parmak ile bastırırken, diğer el ile uterusu karından bastırarak tespit etmek ve serviksi kontrol etmek, serviks ve vajina yırtıklarını tanımak. Basit vajinal yırtıkları sütüre etmek, servikal yırtıkları SEVK etmek. (Bkz."Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu")

## Postpartum Kanamalı Hastaya Yaklaşım



**Tablo 1:** IV sıvının verilişindeki damla sayısına göre giden sıvı miktarı

Sıvı miktarı	Zaman periyodu	1 cc.deki damla sayısı (IV.yol tipine göre değişken)	Dakikadaki damla sayısı
1 litre	20 dakika	10	Saymak için çok hızlı
1 litre	20 dakika	20	Saymak için çok hızlı
1 litre	4 saat	10	40
1 litre	4 saat	20	80
1 litre	6 saat	10	28
1 litre	6 saat	20	56
1 litre	8 saat	10	20
1 litre	8 saat	20	40

IV infüzyon oranı için genel formül aşağıdaki gibidir

$$\frac{\text{Verilecek sıvı miktarı}}{\text{Sıvının verilmesi için öngörülen zaman (dk)}} \times \text{Her cc.deki damla \#} = \text{Dk.daki damla \#}$$

Saatler dakikaya 60 ile çarpılarak çevrilir, Bu, IV sıvının verilmesi gereken dakika cinsinden süreyi verir.

Tablo sabit zaman ile sıvı tedavisi hakkında dakikada kaç damla verilmesi ilişkisini göstermektedir. Bu tablonun kullanılabilmesi için 1 cc.nin kaç damladan oluştuğu bilinmelidir. Bu durum IV setinin tipine göre değişmektedir.

## POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİNDE KULLANILAN UYGULAMALAR

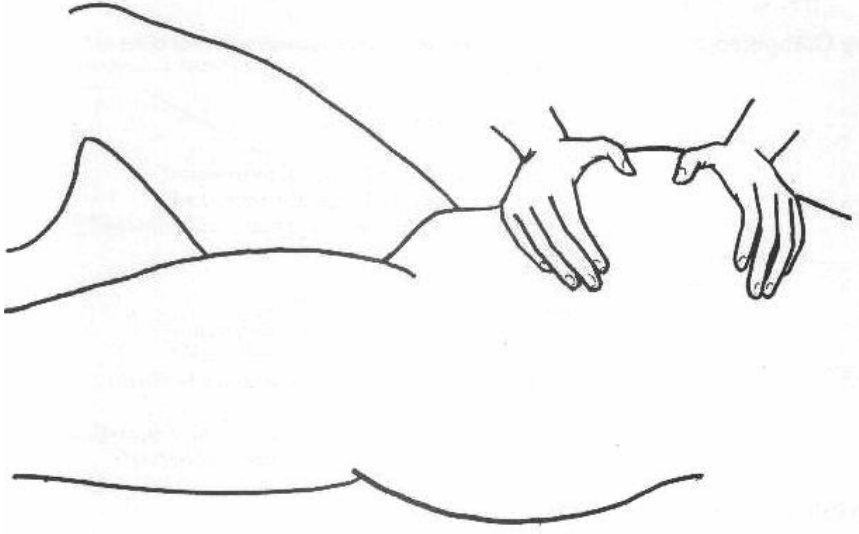
### Postpartum Kanama Yönetiminde Kullanılan Uygulamalar

Eksternal Kompresyon uygulanması : Uterusa nazikçe fakat güçlü bir şekilde dışarıdan bası uygulayarak masaj yapma, kan pıhtıları kaviteyi doldurmuş ve uterusu gevşetmiş ise dışarı çıkartma ve uterusun toplanmasını sağlamak

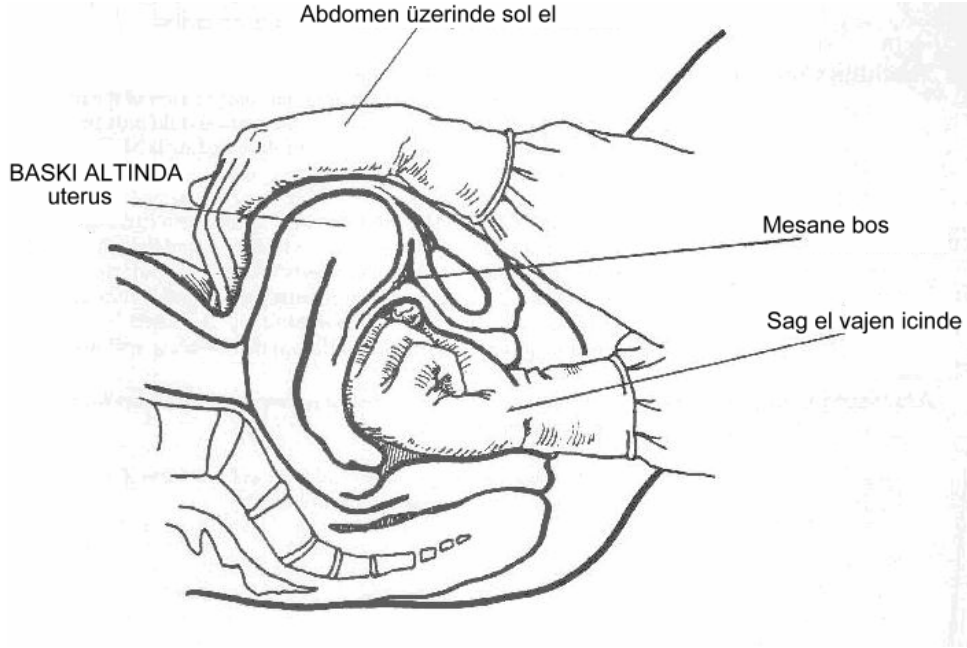
Bimanuel Abdominal Aortaya Baskı uygulama: Bir el ile femoral arter üzerinde pulsasyonları kontrol eder iken öbür eli yumruk yapılmış şekilde umblikus üzerine yerleştirmek, umblikus üzerindeki yumruk yapılmış eli yavaş yavaş anterior kolumna vertabralise doğru ittirerek femoral arter üzerindeki pulsasyonun durduğunu izlemek.

İnternal Uterus Masajı: Uzun steril eldiven giymiş iken sağ eli vajen içine ön forniks hizasına yerleştirmek (Mesanenin boş tutulması gerekir), sol el ile abdomen üzerine baskı uygulayarak iki el arasında uterusu sıkıştırmak. Kanama kontrol edilene kadar bu pozisyonda beklemek. (Aynı pozisyonda sevk etmek).

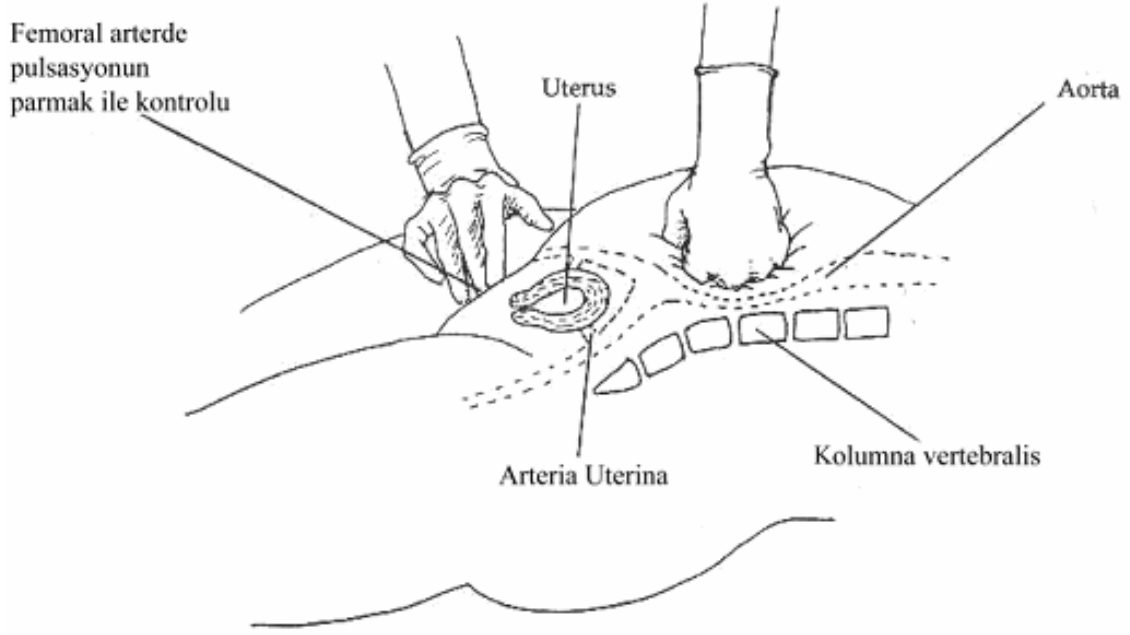
Şekil 1: Atonide uterusu eksternal kompresyon yapılması sırasında ellerin pozisyonu



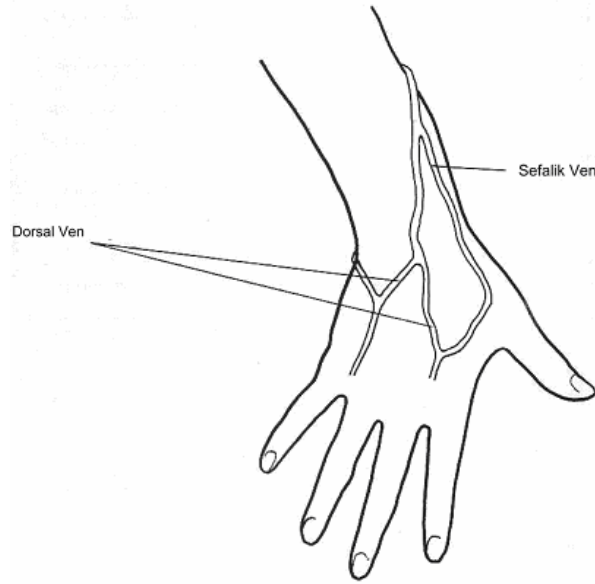
Şekil 2: Atonide uterusu internal iki elle kompresyon yapılması



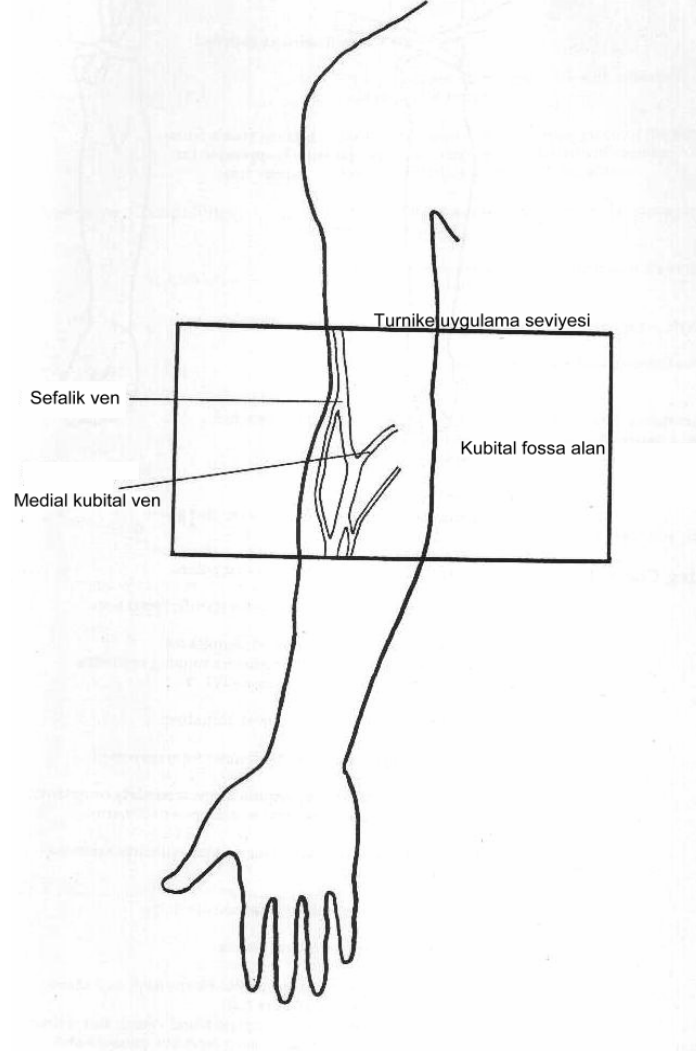
Şekil 3: Aortaya manuel kompresyon



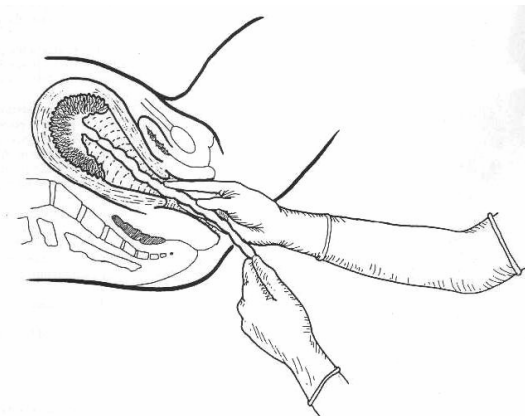
Şekil 4 : Önkol ve el sırtının önemli venleri



Şekil 5: Sağ el kübital fossasında önemli venlar kolun üzerinde kan alma ve damar yolu açma noktalarını tarif edebilme ve kendi kolunda gösterebilme çalışması yapılmalıdır,

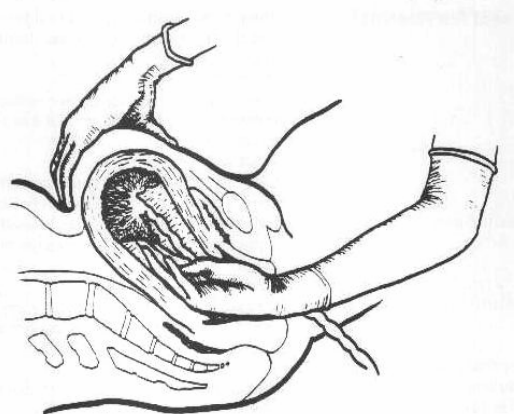


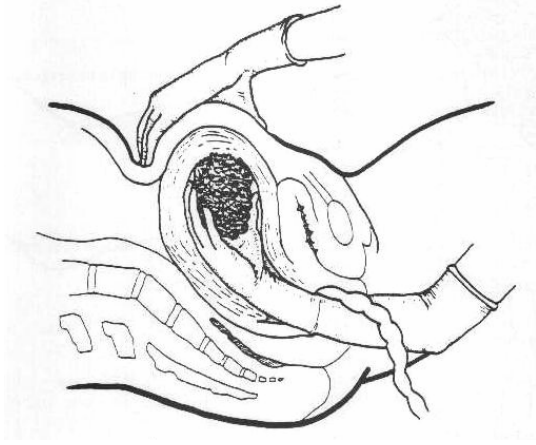
Şekil 6: Ayrılmayan plasentada elle halas



1.Adım: Umbilikal kordon boyunca elin vajene yerleştirilmesi

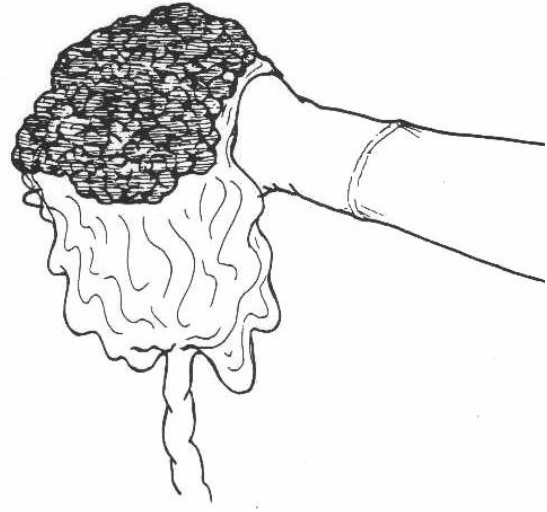
2. Adım: Bir el ile fundusun tutulup, diğer el ile parmak uçları ile yanlara kesici/ ayırıcı hareketlerle plasentanın ayrılması





3. Adım: Plasentanın elin içine alınması

4. Adım: Plasenta ve eklerinin tam olduğunun incelenmesi





## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

1. En sık PPK nedenleri nelerdir ve nasıl önlenir?
2. PPK hastasının acil tedavisi nasıl yapılmalıdır?
3. Ülkemizde PPK'ya bağlı anne ölümlerini nasıl azaltabiliriz?

## KAYNAKLAR

1. ULUSAL AİLE PLANLAMASI HİZMET REHBERİ, Cilt 2. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
2. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü:L.S.Önderoğlu Güneş Kitapevi 2004.
3. Çalışkan E, Dilbaz B, Meydanlı MM, Oztürk N, Narin MA, Haberal A. Oral misoprostol for the third stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2003 May;101 (5Pt 1):921-8. (Bu çalışma verileri Evidence Based Obstetrics and Gynecology dergisi tarafından tekrar analize tabi tutulmuş ve gelişmekte olan ülkelerde post partum maternal ölümleri engellemede bu yöntemin çok değerli olduğu sonucuna varılmıştır).
4. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Sounders Second Edition 2003.
5. Potts M, Campbell M Three meetings and fewer funerals - misoprostol in postpartum haemorrhage. *Lancet*, Volume 364, Issue 9440, 2004.
6. Outlook (Maternal and Neonatal Health Special Issue): Preventing postpartum, hemorrhage : managing the third stage of labor. *Current opinion in OB GYN* 19(3), September 2003 .
7. Goldberg AB, Greenberg MB and Darney PD., Misoprostol and pregnancy. *N Engl J Med* 344 (2001), pp. 38-47.
8. AbouZahr, Global burden of maternal death and disability. *Br Med Bull* 67 (2003), pp. 1-11.
9. Safe motherhood: Postpartum Haemorrhage Module, Education material for teachers of midwifery. Maternal Health and Safe Motherhood Programme . Family and Reproductive Health World Health Organization 1996. Geneva WHO. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors. Geneva: WHO (2000).
10. Emergency Obstetric care.Leadership Manual for improving the quality of services, Engender Health and Mailman School of Public Health Columbia University. Working Draft 2002. [www.engerderhealth.com](http://www.engerderhealth.com)

## POST PARTUM KANAMA ÖĞRENİM REHBERİ

<b>1. Geliştirilmesi gerekir:</b>	Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya uygun sırada uygulanmaması
<b>2. Yeterli:</b>	Basamağın doğru olarak ve sırasında uygulanması fakat eksiklerin olması ve/veya eğiticinin yardımına veya hatırlatmasına gerek duyulması
<b>3. Ustalaşmış:</b>	Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması
<b>G.Y.:</b>	Basamağın eğitici tarafından gözlenmemiş olması

**Katılımcı Adı:**

**Kurs Tarihi:**

	UYGULAMA				
	1	2	3	4	5
<b>Genel Durum Değerlendirmesi</b>					
1. Hastayı nazikçe düz bir yere yatırma (Kuruluşun acil hasta karşılama yeri). Hastanın etrafında dolaşılacak tek kişilik bir yatak, yerden biraz yüksek sedire hastayı alma (Kuruluş dışı).					
2. Kadının bilinci açık ise, durumu hakkında bilgi verme ve yapılacaklarla ilgili onayını alma					
3. Havayolunun açık ve rahat solumasının sağlanması					
4. Kan basıncını ve ateşini ölçme ve nabzını sayma,					
5. Eğer ekip iki kişi ise; bir kişi bu safhada damar yolunu açarken, diğer kişinin hastanın obstetrik muayenesini yapması.					
6. İşlemler sırasında mutlaka aseptik teknik kullanma(Bkz. Giriş Modülü, Enfeksiyonların Önlenmesi).					
7. Nazik bir şekilde uterusun palpasyonu ile uterusun iyi kontrakte olduğuna dikkat etme.					
8. Uterus kontrakte değil ise uterus masajı uygula - Eksternal Kompresyon.					
9. Mesanenin tamamen boş olduğundan emin olma gerekiyorsa idrar sondası takma					
10. Uterus kontrakte oldu fakat kanama devam ediyor ise, uterusun bimanuel kompresyonuna geçme. İnternal uterus masajı					
11. Eğer hastada eksternal ve internal uterus masajı ile kanama kontrol altına alınamıyor ise kanama nedeni bulunana kadar sadece aşırı kan kaybında <b>abdominal aortaya manuel kompresyon</b> uygulama.					

12. Damar yolu açılması ve kan örneği alınması için malzemeleri hazırlama.					
13. Hastaya damar yolu açmadan önce bilgi verme ve iznini alma					
14. Uygun şekilde steril teknik kullanarak damar yolunu açma					
15. Normal vital bulguları veya kötüleşme bulgularını doğru ve hızlı bir şekilde değerlendirme.					
16. IV infuzyonların komplikasyonlarını değerlendirme ve bunlar oluşmadan, stabil olan hastayı sevk edebilme, üst sorumlu ile durumu paylaşma					
17. Yeteri kadar sıvının tablo 1'e uygun şekilde verilmesi					
18. Plasentanın durumunu değerlendirme, plasentanın uterus içinde kalmasının şok, kanama ve enfeksiyon riskini arttırdığını bilme ve elle halas yapma					
19. Vajinada işlem sonrası yırtık olup olmadığını kontrol etme. Eğer hala uterus içinde materyal kalmış ise durumu stabil hastayı sevk etme.					
20. Uterus rüptüründe damar yolu açılmış, oksitosin infuzyonu, şoka karşı diğer önlemleri alarak <b>SEVK</b> etme (Bkz. "Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu")					
21. Servikal veya vajende yırtık olup olmadığını değerlendirme Vajinayı pedle doldurularak, damar yolu açık, kontrakte uterus ile <b>SEVK</b> etme (Bkz. "Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu")					
22. Sevki gerektiren bir durum varsa hızlı ve doğru bir şekilde belirleme Bkz. "Acil Obstetrik Bakımda Sevk Oturumu")					
23. Ayrıntılı olarak bilgileri kayıt etme					
24. Verilen bakımı ve sonuçlarını doğru ve tarafsız bir şekilde değerlendirme					

## ACİL OBSTETRİK BAKIMDA (AOB) SEVK

### AMAÇ

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında AOB gerektiren vakaların sevk ihtiyaçlarını değerlendirmek ve vakaları rehberine uygun olarak sevk etmek.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. AOB hizmetlerinde sevkin önemini açıklayabilmeli
2. Buldukları ilde sunulan AOB hizmetlerinin basamaklarını tanımlayabilmeli
3. Gebelik, doğum ve doğumdan sonra bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk gerektirebilecek yüksek risk faktörlerini ve yüksek risk taşıyan semptom ve işaretleri tanıyabilmeli.
4. Gebelik, doğum ve doğumdan sonra birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının karşılaşılabileceği önemli AOB sorunlarının listesini çıkarabilmeli.
5. Gebelik, doğum esnasında ve doğumdan sonra sevk gerektiren önemli AOB sorunlarının yönetiminde ve sevkinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının rolünü açıklayabilmeli.
6. AOB anne ve bebeklerinin sevkinde birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının izlemesi gereken rehberi açıklayabilmeli.
7. AOB anne ve bebeklerinin nakli için ambulansla bulunması gereken farklı malzemeleri sayabilmeli.
8. Standart sevk koşullarını ve bunların taşıdığı önemi açıklayabilmeli.

Sevk, Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'nda sunulan yüksek kaliteli bakım ve sağlık hizmetlerinin temel bir unsurudur. Büyük olasılıkla Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'nda anne ölümlerinin meydana gelmesi ya da önlenmemesi AOB gerektiren komplikasyonları olan kadınların sevkinde yaşanan gecikmelerden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla sevk zincirinin iyileştirilmesi anne ölümlerinin azaltılması için gerekli adımlardan en önemlilerinden biridir. Anne ölümlerine yol açan bu önlenemez durumdan kaçınmak için Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları'nda çalışan hizmet sunucuların, AOB hastalarının ve gerekiyorsa yenidoğanların sevkinin rehberine uygun olarak başarıyla gerçekleştirmek üzere gerekli adımları izleyebilmeleri çok önemlidir.

Birinci Basamak Sağlık Personelinin hastaların sevk gereksinimini değerlendirebilmeleri ve onları rehberine uygun şekilde sevk edebilmeleri için aşağıdakileri bilmesi gereklidir:

1. Buldukları ilde sunulan AOB hizmetlerinin farklı düzeyleri.
2. AOB hizmetlerinde sevkin önemi.
3. AOB hizmetlerinde annenin sevkinin gerektiren göstergeler.
4. AOB hizmetlerinde yenidoğanın sevkinin gerektiren göstergeler.
5. **Standart bir Sevk Formu** kullanmanın önemi.
6. **Standart bir Sevk Formunda** bulunması gereken farklı bilgiler.

AOB'de sevk üçe ayrılır:

1. Doğum öncesi dönemdeki olguların sevki
2. Doğum eylemindeki olguların sevki
3. Doğum sonrası dönemdeki olguların sevki

**Not:** 2009/5 sayılı Acil Obstetrik Bakım genelgesi esas alınmalıdır.

Risk faktörleri annenin veya fetusun sağlığını tehlikeye atabilecek olan, doğumla ilgili durumlardır.

Doğum öncesi dönemde beş temel kategoride risk faktörü mevcuttur:

1. Kişisel faktörler
2. Obstetrik öykü
3. Kişisel Tıbbi öykü (Özgeçmiş)
4. Soygeçmiş
5. Annenin ve/veya fetusun devam etmekte olan sorunları

## **RİSK FAKTORLERİ**

1. Kişisel Faktörler
  - 18 yaş altı gebeler
  - 35 yaş üstü gebeler
  - Yaşadığı yerin hastane veya sağlık kuruluşuna erişim sorunu olması
  - Akraba evliliği
  - Sigara veya madde bağımlılığı
  - İnfertilite tedavisi ve ovulasyona yardımcı ilaç kullanımı
2. Doğum Öyküsü
  - Doğum sayısı  $\geq 5$  (Gebelik süresi 22 haftadan fazla)
  - Sık doğum aralığı
  - Önceki gebelikte ölü doğum ya da yenidoğan ölümü
  - Önceki bebek gebelik haftasına göre küçük (İntrauterin Gelişme Geriliği)
  - Önceki bebek gebelik haftasına göre büyük (Makrozomi)
  - Önceki bebekte fetal malformasyon
  - Önceki gebelikte spontan ikinci trimesterde düşük ya da erken doğum
  - Tekrarlayan birinci trimester düşüklere
  - Önceki gebelik sırasında hipertansif durum
  - Önceki gebelikte plasenta retansiyonu ya da doğum sonrası kanama
  - Önceki gebelikte Rh izoimmünizasyon ya da hidrops fetalis
  - Önceki gebelikte eylem süresi  $< 4$  saat
  - Önceki gebelikte müdahaleli doğum (Vakum ya da forseps)
3. Kişisel Tıbbi Öykü (Özgeçmiş)
  - Kronik hastalıklar
    - a. Diyabet mellitus
    - b. Hipertansiyon
    - c. Kalp hastalığı ya da kalpte üfürüm
    - d. Tüberküloz ya da antitüberküloz ilaç kullanımı
    - e. Epilepsi ya da antiepileptik kullanımı gibi
  - Uterus fibroidleri (Miyomlar), pelvik kitleler ve uterus anomalileri
  - Miyomektomi öyküsü
  - Servikal yetmezlik nedeni ile yapılan serklaj operasyonu öyküsü
  - Başarılı klasik veya alt segment sezeryan öyküsü
  - Başarılı fistül onarım öyküsü
  - Kan transfüzyonu öyküsü
4. Soygeçmiş
  - Fetal anomaliler

- Anne ya da kızkardeşte ikiz ya da çoğul gebelik
- Hipertansiyon
- Diyabet

5. Anne ve/veya Fetüste Süregelen Sorunlar ve Riskli Gebelik

- Son adet tarihinin (SAT) bilinmemesi
- Yürüyüş: "Topallıyor" (Kalça çıkığı, kalça protezi vb)
- Renk: soluk ya da sarılıklı
- Annenin ağırlığı > 90 kg "aşırı obezite" ya da < 45 kg
- Annenin boyu ≤ 150 cm
- Alt ekstremitelerde belirgin varis
- Hiperemesis gravidarum
- Neonatal tetanoza karşı immünizasyon yapılmamış (Bkz."Gebelik Yakınmaları Ve Doğum Öncesi Bakım Danışmanlığı Oturumu")
- Fetal hareket yok
- Fetal hareketlerin sıklığında ve/veya şiddetinde belirgin değişiklikler
- Uterus gebelik süresine göre daha büyük ya da küçük
- Gebeliğin 20. haftasından önce ya da sonra vajinal kanama
- Kan basıncı ≥ 140/90 mmHg
- Amniyotik sıvının artması
- Amniyotik sıvının azalması
- Vajinadan ani sulu sıvı akışı (Membran Ruptürü)
- Term öncesi uterus kontraksiyonlarının olması
- Hemoglobin < 11 g
- Proteinüri > +1
- Glikozüri +
- Gebelik sırasında kızamıkçığa maruz kalma
- İlk gebelikte (Primigravida) fetal başın 40. haftada yerleşmemiş olması
- Geliş (Prezentasyon) bozukluğu (Alın, makat ya da yan geliş)
- Bakteriüri (İdrar kültüründe > 100,000 bakteri)

**Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Çalışanların Karşılaşabileceği Önemli Doğum Öncesi Acil Bakım Sorunları:**

1. Gebelikte meydana gelen kanama
  - i. Gebeliğin 22. haftasından önce olan kanama
  - ii. Gebeliğin 22. haftasından sonra olan kanama
2. Preeklampsi ve eklampsi
3. Gebelikten önce varolan ve gebelikte süren hastalıklar/durumlar
  - i. Gebelikte kalp hastalığı
  - ii. Gebelikte diyabet
  - iii. Gebelikte anemi
4. Erken eylem
5. Membranların erken rüptürü

## 1. GEBELİKTE KANAMA

### A. Gebeliğin 22. haftasından önce olan kanama

#### Yönetim

Yönetim, kanamanın miktarına ve hastanın genel durumuna bağlı olacaktır.

#### Acil bakım yönetimi

a. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli (Stabil) durumda değilse ya da vajinal kanama şiddetli ise, acil bakım tedavisine başlayın:

- İki adet kalın uçlu (16 ya da 18) intravenöz (IV) kanül takın.
- Kan grubunu belirlemek ve çapraz eşleme (ABO, Rh, Hb) yapmak için kan örneği alın.
- Hemen hızlı akışlı (1 lt/saat) IV kristaloid (Ringer ya da salin) infüzyonu başlatın.
- Maskeyle %100 oksijen verin ve hastayı ısıtın.
- Foley kateteri takın.
- Kan basıncı ve nabızı 5 dakikada bir izleyin.
- İdrar miktarını 30 dakikada bir izleyin.

İlk yardım müdahalesi başlatıldıktan sonra hasta, bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

b. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli durumda, vajinal kanama hafif, ultrason bulguları mevcut ve olgunun tanısı "düşük tehlikesi" olarak belirlenmiş ise, aşağıdaki tedavi önerilir:

- Yatak istirahati
- Cinsel perhiz
- Poliklinikte (Ayakta tedavi) haftalık izlemler
- Kanama ya da karındaki rahatsızlık artacak olursa tıbbi bakım almak için hemen bir hastaneye başvurması önerilmelidir.

c. Hasta hemodinamik bakımdan dengeli durumda, ancak ultrason bulgusu yok ya da ektopik gebelik, istenmeyen düşük veya molar gebelik şüphesi varsa, hasta daha ileri bakım için bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

### B. Gebeliğin 22. haftasından sonra olan kanama (Antepartum Kanama)

#### Yönetim

Kanama miktarı aldatıcı olabileceğinden, gebeliğin 22. haftasından sonra vajinal kanaması olan bir gebenin yönetimi, acil bakım ve bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevki kapsamalıdır.

#### Sevk

Bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edin

## 2. PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ

### Tanım:

Molar gebelik olmamak kaydı ile yirmi haftalık gebelik süresinden sonra gebelik nedeni ile ortaya çıkan hipertansiyon, proteinüri ve ödemin bir arada bulunması durumuna preeklamsi denir. Preeklamsi var iken buna konvülsiyonların da eklenmesi durumuna eklamsi denilir.

### A. Hafif Preeklamsi

Hafif preeklamsi: Kan basıncı  $> 140/90$ mmHg dan yüksek fakat  $160/90$ mmHg dan az olan ve proteinürisi 1+ ile birlikte bulunan hastalardır.

Birinci basamak sağlık kuruluşu hekimi, hafif preeklamsi hastalarını hastanede ileri tetkik yapmaya yönlendirmelidir. Hekim ayrıca düzenli kan basıncı ve proteinüri kontrollerinin ve haftada iki kez yapılacaktır:

1. Serum kreatinin
2. Hematokrit
3. Trombosit sayımı
4. Serum karaciğer enzimleri (AST, ALT, LDH)
5. Ürik asit

ölçümlerinin önemini anlatmalıdır.

Fetusun büyüklüğü 2-4 haftada bir ultrasonla değerlendirilmelidir. Fetusun sağlığı kardiyotokografi ile kalp atım hızı trasesi izlenerek (NST), amniyotik sıvı hacmi kontrol edilerek ve/veya biyofizik profil (Amniyon sıvısı volümü, fetal büyük kısımların hareketi, ekstremiteelerin fleksiyonda olması ve intrauterin nefes alma hareketleri) değerlendirilerek belirlenmelidir.

**Not: Hekim, hastaya tüm bu bilgileri verdikten sonra, olguyu bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk etmelidir.**

### Önemli Noktalar

- Sedatif ve sakinleştiricilerin kullanımı önerilmemektedir.
- Diüretikler, plazma hacmini azaltarak , fetus ölümüne ve intra uterin gelişme geriliğine (IUGR) yol açabilecekleri ve perinatal ölümleri arttırma olasılıkları bulunduğu için kontrendikedir. Diüretik kullanımı için tek geçerli neden, pulmoner ödem ve sıvı tutulumudur.

### B. Şiddetli Preeklamsi

Baş ağrısı, görme bozuklukları, epigastrik ağrı ve oligüri, konvülsiyonların gelmekte olduğunun habercisidir. Şiddetli preeklamsi acil bakımı, antikonvülzanlar ve en kısa sürede doğum için hastaneye sevki gerektirir. Şiddetli preeklamsinin yönetimi,



eklampsi ile aynıdır.

## C. Eklampsi

### Koruyucu önlemler

Eklampsi ölümlerle sonuçlanabilecek bir hastalıktır ve önlenmesi, tedavisinden daha önemlidir. Eklampsinin önüne geçmek için alınacak kesin önlemler yoksa da, erken tanı ve preeklampsili kadınların uygun yönetimi, eklampsili kadın yüzdesini azaltacaktır.

### Tedavi

- İlk yardım yönetimi:
  - Kadının genel durumunun değerlendirilmesi
  - Havayolunun açık tutulması gerektiğinde entübe edilmesi
  - Ambu ve maske kullanarak ventilasyona yardımcı olunması
  - 4-6 lt/dak olacak şekilde oksijen verilmesi
  - Konvülsiyonda ise;
    - düşme ve yaralanmalara karşı tedbir al
    - sekrasyonların aspire edilme riskini azaltmak için kadını yan yatır
- Konvülsiyonların magnezyum sulfat ile kontrolü:

### *Yükleme dozu:*

1. %20'lik 4 g magnezyum sulfat IV olarak 5 dakikada verilir
2. IV enjeksiyonu takiben %50'lik 10 g Magnezyum sulfat solusyonu her bir kalçaya 5 g olarak 1.0 ml %2 lidocaine ile beraber aynı şırınga içinde derin IM enjeksiyon ile verilir.
3. Derin magnezyum sulfat enjeksiyonu yapılırken aseptik tekniğin uygulanması sağlanmalıdır. Magnezyum sulfat verilirken bir sıcaklık duyacağı konusunda kadın uyarılmalıdır.
4. 15 dakika sonra gene konvülsiyon oluşursa %50'lik 2 g magnezyum sulfat IV olarak 5 dakikada verilir.

### *İdame dozu:*

1. %50'lik magnezyum sulfat 5 g+ %2'lik 1 ml lidocaine IM olarak her dört saatte bir kalçalar değiştirilerek yapılır.
2. Doğumdan veya son konvülsiyonun üzerinden 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.

Magnezyum Sulfat ile kontrol altına alınamayan olgularda veya olmadığı durumlarda ikinci seçenek Diazepam'dır.

### *Diazepam kullanım şeması*

### *Yükleme dozu:*

- 10 mg diazepam IV yoldan yavaşca 2 dakikada verilir
- Eğer konvülsiyon tekrarlırsa yükleme dozu yeniden verilir.

### **İdame dozu:**

- 40 mg diazepam 500 ml IV sıvı içinde (Normal salin veya Ringer laktat) hastayı uyanık ama sakin tutar.
- 24 saat içinde 100 mg'dan fazla vermeyin.
- Şiddetli hipertansiyonun kontrolü: Hidrazaline ilk seçenek ilaçtır. (Hidrazaline etken maddesi şu an Türkiye'de bulunmamaktadır.)
  1. Kan basıncı düşünceye kadar 5 mg hidrazalini IV yoldan yavaşca her 5 dakikada bir ver. Gerektiğinde saat başı tekrarlar veya 12.5 mg hidrazalini IM yoldan her iki saatte bir ver
  2. Eğer hidrazaline bulunmuyorsa;  
10 mg labetolölü IV olarak ver
    - 10 dakika sonra cevap yetersiz ise (Diastolik kan basıncı 110 mmHg'nin üzerinde olursa) 20 mg labetolol IV olarak ver
    - Eğer her bir dozdan 10 dakika sonra memnun edici bir sonuç alınmazsa dozu 40 ve daha sonra 80 mg'a kadar arttır.

### **VEYA**

5mg nifedipine çiğnet, yuttur veya enjekte et; 10 dakika aralıklarla tekrarlanabilir.

### **VEYA**

1-2 mg nicardipine 1 dakika aralıklarla kontrol sağlanana kadar verilir. Daha sonra her saat 1-2 mg verilir.

- Sevk koşullarına uyarak daha ileri düzeyde bir sağlık kuruluşuna sevk.
- Diüretiklerden kaçınılması.
- Aşırı kan kaybı olmadıkça intravenöz sıvı uygulamasının sınırlandırılması.

### **Sevk koşulları**

- Bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin .
- Konvulsiyon oluşursa 2 g magnezyum sulfatı damar içine yavaş yavaş uygulayın.
- Hastanın diyastolik kan basıncı 110 mmHg'nin üzerindeyse, bir kapsül Nifedipine'i kapsülü delmeksizin ya da dil altına koymaksızın ağız yoluyla verin.
- Diüretik vermekten kaçının.
- IV sıvı alımını sınırlı tutun.

Magnezyum Sulfat kullanırken dikkat edilecek noktalar:

1. Solunum hızı dakikada 16'nın altına düşerse
2. Patellar refleksler yoksa
3. İdrar çıkışı takip edilen 4 saatlik periyotda saatte 30 ml'nin altına düşerse; Magnezyum sulfatın verilmesi kesilmeli veya geciktirilmelidir !!!

### 3. ÖNCE DEN VAROLAN HASTALIKLAR-DURUMLAR EŞLİĞİNDE GEBELİK

#### A. Gebelikte Kalp Hastalığı

##### Doğumöncesi bakım

Doğumöncesi bakımın kardiyak ve gebelik ve doğum ile ilgili bakımın birlikte verilebileceği, daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşunda yapılması gerekir.

##### Doğum yönetimi

Hasta birinci basamak sağlık kuruluşuna ilk kez eylemdeyken gelirse, aşağıdakiler yapılmalıdır:

##### Acil bakım yönetimi

- Aseptik tekniğe eksiksiz uyarak IV sıvı başlatın.
- Profilaktik parenteral bir antibiyotik verin (Ampicillin 2 g IV).
- Sürekli olarak maskeyle 100% oksijen verin.

##### Sevk

- Bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin.
- Hastanın yarı yatar konumda tutulması gerekir.
- İntravenöz sıvı infüzyonunu < 75 ml/saat ile sınırlayın.
- Pulmoner ödem gelişirse (Şiddetli dispne ve krepitan raller) hastaya 40 mg (İki ampul) IV furosemide (Lasix®) verin.

#### B. Gebelikte Diyabet

##### Gebelik Sırasında Bakım

Doğum öncesi bakımın, kadın doğum ve dahiliye uzmanı tarafından birlikte yürütülmesi için hastanede verilmesi gerekir. Gebelik sırasında birinci basamak sağlık kuruluşuna gelen, önceden varolan ya da gebelikte oluşan diyabetli hastaların tümü, hastaneye sevk edilmelidir.

##### Eylem Sırasında Bakım

Özellikle kontrol edilmemiş diyabet olgularında olmak üzere, erken (Preterm) eylem olgusu insidansı yüksektir. Term gebeliklerde bile fetusun akciğer olgunluğu gecikir, Solunum Güçlüğü Sendromu (Respiratuvar Distres Sendromu) insidansında artış gözlenir. Bu nedenlerle birinci basamak sağlık kuruluşu hekiminin rolü, eylemdeki herhangi bir diyabet hastasını, bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk etmektir.

##### Lohusalıkta Bakım

- Emzirmeyi teşvik edin.
- Karbonhidratlı gıdaların yönetimi ve insülin dozunun ayarlanmasının yönetimi için dahiliye uzmanıyla konsültasyon yapın.
- Aile planlaması yöntemlerini tartışın.

#### C. Gebelikte Anemi

##### Anemik Gebelerin Hastaneye Sevkini Gerektiren Belirtiler

- Şiddetli demir eksikliği anemisi (Hb <7 g/dl).
- Emilim eksikliği (Malabsorpsiyon) sendromu.

- Oral demir intoleransı (Şiddetli gastrointestinal belirtiler).
- Cerrahi girişim olasılığı.
- Aneminin diğer şekilleri (Talasemi vb).

Bu hastaların genellikle parenteral demir tedavisine, hatta kan transfüzyonuna gereksiniminin olması sevkin temel nedenidir.

#### 4. ERKEN DOĞUM

##### Tanım

Eylemin gebeliğin 37 haftası tamamlanmadan önce başlaması, erken doğum olarak tanımlanır. Tüm doğumların yaklaşık %6--10'u erken doğumlardır.

##### Yönetim

Hastayı gözlem odasına alın.

Anne ile fetusun durumunu ve uterus kontraksiyonlarını değerlendirmek için tanıyı öykü ve klinik muayene ile (Genel ve lokal) doğrulayın. Ek olarak, serviks değişimlerini ve eylemin evresini belirlemek için bimanuel muayene yapılmalıdır. Membran ruptürü gerçekleşmişse steril spekulumla muayene yapılmalıdır.

Eğer gebelik 32 haftadan küçük ise:

1. Yatak istirahati uygulanır.
2. Damar yolu açılarak sıvı tedavisi yapılır. (3lt/24 saatte % 09 serum fizyolojik (SF) veya Ringer Laktat solusyonu)
3. Endol supozituar 100-200mg. 2x1/gün olarak kullanılır.

Eğer gebelik 32-34 haftalık ise:

Kontraksiyon takibi yapılır, servikal açıklık bakılır, eğer 4'cm nin altında ise:

1. Yatak istirahati uygulanır.
2. Damar yolu açılarak sıvı tedavisi yapılır. (3lt/24 saatte % 09 SF veya Ringer Laktat solüsyonu):
3. Dekort (Deksametazon 14 mg 2 doz uygulanır) veya Betametazon.
4. Nidilat (Oral yolla tokoliz için 20 dakika içinde 4 tb yükleme dozu sonrası idame olarak her 6 saat için 1 tb verilir).

Eğer bu önlemler ile her iki grupta da preterm eylem durdulamıyor, kontraksiyonlar devam ediyor ve açıklık 4 cm'i geçiyor ise aşağıdaki sevk kriterleri uygulanır.

Tanı konulduktan sonra, klinik personelinin hastayı yenidoğan yoğun bakım birimi (YYBB) bulunan bir hastaneye sevk etmesi gerekir. Ancak, intrauterin fetus ölümü ya da fetüsün yaşamını engelleyen bir anomali (Malformasyon) bulunması durumunda (örneğin: Anensefali) eylem ve doğum ilerlemeye bırakılır.

##### Sevk

- Bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin

- Doğumun kaçınılmaz hale gelmesi olasılığına karşı el altında bir doğum seti bulunmalıdır (Doğum setinin içeriği bu bölümün sonunda bildirilmiştir).
- Sevkten önce, sevk sırasında hızlı akış için IV kristaloid solüsyon (Salin ya da Ringer) başlatın.
- Membran rüptürü gerçekleşmişse, hastanın vücut sıcaklığı  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ise ya da belirti veren (Semptomatik) koriyoamniyonit var ise, hekimin sevkten önce geniş spektrumlu bir antibiyotik (Ampicillin 2 g IV) vermesi gerekir.

Doğum, ancak kaçınılmaz olduğu durumlarda (Serviks dilatasyonu tamamlanmış, fetusun başı perinede) aynı kuruluştta yaptırılmalıdır. Ancak, doğumdan sonra anne ve yenidoğanın en kısa sürede YYBB olan en yakın hastaneye ambulansla uygun koşullarda sevki için düzenlemeler yapılmalıdır.

## 5. ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ

### Tanım

Erken membran rüptürü (EMR), gebelik süresine bakılmaksızın, amniyotik membranların eylem başlamadan önce yırtılması şekline tanımlanır. Gebeliğin 37. haftası tamamlanmadan oluşan EMR, TÖEMR (Term Öncesi EMR) diye adlandırılır.

### Genel noktalar

Koriyoamniyonit EMR'nin ciddi bir komplikasyonu olduğundan ve hastanın yaşamını tehlikeye sokabileceğinden, birinci basamak sağlık kuruluşu hekiminin EMR'li olguların yönetimindeki rolü, acil bakım yönetimini ve daha yüksek düzeydeki bir sağlık kuruluşuna sevki sağlamayı kapsamalıdır.

Tanı için dikkat edilecek bulgular: Akıntı, mekonyumlu veya pürülan sıvı gelmesi, enfeksiyon bulguları, spekulum ile muayenede sıvı birikmesi, turnusol kağıdı ile asidite kontrolunda renk değişimi yoksa hasta evine gönderilebilir ve belirli aralıklarla kontrol edilebilir. (Bkz. "Doğum Eyleminin İzlemi ve Doğumun Gerçekleştirilmesi Oturumu).

### İlk yardım yönetimi

Kalın uçlu bir IV kanül (18 No.) takın.

Steril bir vajinal ped yerleştirin.

Profilaktik parenteral antibiyotikler (Ampicillin 2 g) ve kortizon (Deksametason) başlayın.

### Sevk

Eğer 37 hafta gebelik mevcut iken erken membran rüptüre olmuş ise ve enfeksiyon bulguları yok, batında hassasiyet yok ise spontan doğumun başlaması için 24 saat beklenir. Eğer gebelik 20-37 hafta arasında ise bir üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilir.

**Eylem sırasında görülebilecek, hastaneye sevk gerektiren risk belirti ve işaretleri**  
Hizmet verenlerin, eylem seyrinde ortaya çıkabilecek, hastaneye sevk gerektirecek aşağıdaki tehlike belirti ve işaretlerinin önemini bilmesi gerekir:

- Çoğul gebelik

- Gebelik süresi < 37 hafta
- Vajinal kanama (Taze, parlak kırmızı kan)
- Vücut ısısı > 37.5°C
- Kan basıncı  $\geq$  140/90 mmHg
- Fetusun anormal pozisyonu ya da gelişi
- Fetusun kalp atışlarında anormallik (< 120 atış/dak veya > 160 atış/dak)
- Kordon sarkması (Prolapsus) Gebe trendelenburg pozisyonuna alınır, önde gelen kısım kordonu sıkıştırmaması için yukarı doğru itilerek acilen sezaryenin gerçekleştirilebileceği sağlık kuruluşuna sevk edilir
- Doğumun membran ruptüründen sonra 24 saat sonrasında başlamamış olması
- Mekonyumlu sıvı veya pürülan akıntı
- Engellenmiş eylem (Bkz. "Doğum İzleminde Partograf Kullanımı Oturumu")

Sezaryen için endikasyon varsa, hastanın hastaneye sevk edilmesi gerekir

### **Sezaryen Gerektiren Durumlar\***

#### **Annede**

- Baş-pelvis uygunsuzluğu
- Partograf izleminde eylemin ilerlememesi
- Önceki doğumların sezaryen olması
- Plasenta previa ya da plasenta abrupsiyonu (Dekolman plasenter)
- Yumuşak doku obstrüksiyonu (Doğum kanalını kapatan pelvik kitle veya miyom)
- Önceki doğumda komplikasyon/sorun öyküsü
- Fetal sıkıntı belirtileri eşliğinde plasental yetmezlik
- Uterusun fundus bölümünde geçirilmiş cerrahi işlemler (Örneğin: Miyomektomi)

#### **Fetusta**

- Devam eden fetal sıkıntı
- Makat prezentasyonu (Primipar makat gelişi veya multipar annede bebek başında ekstansiyon)
- Doğum indüksiyonu sırasında fetal kalp atımlarının bozulması
- Çoğul gebelik (Rölatif)
- Kordon prolapsusu

Yukarıdaki durumlardan herhangi biri bulunan hastalar sezaryen doğum için bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

### **Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Eylem Sırasında Karşılaşabilecekleri Acil Sorunlar Şunlardır:**

#### **1. EYLEMİN ANORMAL SEYRİ**

Partografın başlıca işlevlerinden biri, eylemin normal seyrinde oluşan sapmaları erken evrede belirlemektir.

##### **A. Uzamış latent faz**

Gebe, eylemin latent fazındayken (< 3 cm dilatasyon) kuruluşumuza kabul edilir ve sonraki 8 saat boyunca latent fazda kalırsa, seyir anormaldir ve daha ileri düzeyde yönetim için hastaneye sevk edilmesi gerekir.

\*Not: 2007/90 sayılı Doğum eylemi yönetim rehberi esas alınmalıdır.

## **B. Uzamış aktif faz**

### **i. Uyarı Çizgisi (Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Çizgisi)**

Üç cm servikal açıklıktan 10 cm açıklığa kadar çizilen Uyarı Çizgisi, 1 cm/saatlik bir dilatasyon hızını temsil eder. Eylemin aktif fazında servikal dilatasyonun ilerlemesi, normalde uyarı çizgisinde ya da çizginin solunda olacaktır. Ancak bazı olgularda uyarı çizgisi'nin sağ tarafına geçecek, bu da eylemin uzayacağıının uyarısı olacaktır. Eylemin aktif fazında servikal dilatasyon hızı < 1 cm/saat olduğunda bu durum ortaya çıkacaktır. (Bkz. "Doğum İzleminde Partograf Kullanımı Oturumu" )

Servikal açıklık işaretleri uyarı çizgisinin sağına geçen bir kadının, doğum müdahalelerinin yapılması için yeterli olanakları bulunan bir hastaneye sevk edilmesi gerekir.

### **ii. Eylem Çizgisi (Hastane Çizgisi)**

Eylem Çizgisi, uyarı çizgisi'nin 4 saat sağına, ona paralel olarak çizilir. Bu çizgiye birinci basamak sağlık kuruluşunda gelinmemesi, hastanın bundan önce sevk edilmiş olması gerekir. Bu, daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşunda duruma özel yönetim kararlarının verilmesi gereken kritik çizgidir.

## **C. Serviks dilatasyonunun sekonder olarak durması ve başın inişinin sekonder olarak durması**

Servikal dilatasyonun ve başın inişinin sekonder aresti durumlarında hasta hastaneye sevk edilmelidir.

## **D. Fetusun baş kemiklerinin birbiri üzerine geçmesi (Moulding)**

Fetal baş kemiklerinin birbiri üzerine geçmesi ve başda meydana gelen ödem nedeniyle başın yukarı doğru uzaması, baş-pelvis uygunsuzluğu belirtisi olabilir ve derhal hastaneye sevk gerektirir (Bkz. "Doğum İzleminde Partograf Kullanımı Oturumu")

Eylem durumundaki hastanın sevkinde sevk rehberi izlenmeli (Bkz. Sevk Rehberi), ayrıca aşağıdaki önemli noktalara da dikkat edilmelidir:

Gebe sol tarafı üzerinde yatmalıdır.

Membran rüptürü gerçekleşmiş ya da vücut ısısı > 37.6 °C ise, geniş spektrumlu antibiyotikler (Ampicillin 2 g IV) verilmelidir.

## **2. UTERUS RUPTÜRÜ**

### **A. Uterus Ruptürü Tehlikesi**

#### **İlk yardım yönetimi**

Kalın uçlu bir IV kanülü (16 veya 18) takın ve hızlı akışlı (1 litre/saat) IV kristaloid infüzyon (Ringer veya salin) verin.

### **Sevk**

Bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edin.

## **B. Gerçekleşmiş Uterus Ruptürü**

### **Acil bakım yönetimi**

Kalın uçlu iki IV kanülü (16 ve 18) takın.

Kan grubunu belirlemek ve çapraz eşleme yapmak (ABO, Rh, Hb) için kan örneği alın.

Hemen hızlı akışlı (1 litre/saat) IV kristaloid infüzyon (Ringer ya da salin) başlatın.

Maskeyle 100% oksijen verin ve hastayı ısıtın.

Foley kateteri takın.

Kan basıncı ve nabızı 5 dakikada bir kontrol edin.

İdrar çıkışını 30 dakikada bir kontrol edin.

### **Sevk**

Rehber uyarınca daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin (Bkz. Sevk Koşulları).

## **Önemli Noktalar**

### **Oksitosin**

Birinci basamak sağlık kuruluşu düzeyinde eylemi destekleme amacıyla oksitosin verilmemelidir.

### **Membranlar**

Membran ruptürü üzerinden 12 saat ya da daha uzun bir süre geçmişse geniş spektrumlu antibiyotikler (Ampicillin 2 g IV) verilmelidir.

### **Fetal kalp atımlarının bozulması**

Eylemdeki gebe derhal daha üst basamaktaki bir sağlık kurumuna sevk edilmelidir.

Verteks dışında fetal geliş anomalileri olan tüm hastalar bir üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

### **Öykü**

Tıbbi ya da doğumsal risk faktörü öyküsü olan tüm hastalar, doğum için daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.

## **Doğum Sonrası Dönemde Hastaneye Sevk Gerektiren Risk Belirti ve İşaretleri**

Hizmet verenlerin, kadının ve ailesinin gebelerde ve yenidoğandaki tehlike belirti ve işaretlerinin ve bunlar ortaya çıktığı takdirde acilen tıbbi bakım almanın önemini bilmeleri önemlidir.

### **Anne**

Doğum sonrası dönemde aşağıdaki tehlike **belirtilerinden** herhangi biri oluşursa, hastanın acilen tıbbi bakım alması gerekir:

- Vajinal kanama: aşırı miktarda (Pıhtı çıkışı ya da sürekli kan gelmesi) ya da renginin parlak kırmızıya dönüşü
- Şiddetli başağrısı, bulanık görme, şiddetli epigastrik ağrı ya da konvülsiyon.
- Ateş ya da kötü kokulu vajinal akıntı (Puerperal infeksiyon-septisemi).



- Baldırlarda ağrı.
- Karında hassasiyet ve abdominal muayenede şiddetli ağrı (Rebound) (Doğum sonrası dönemde uterusun emzirirken normal kramplarından farklı).
- Göğüs ağrısı ya da dispne.
- Bayılma.

Doğum sonrası ev ziyaretlerinde aşağıdaki **işaretlerin** herhangi birinin bulunması durumunda sağlık personeli kadını sağlık kuruluşuna sevk etmelidir:

- Nabız > 100 atış/dakika,
- Kan basıncı > 140/90 mmHg,
- Vücut ısı > 38°C,
- Memede ağrı ya da sertlik,
- Baldırlarda ağrı,
- Alt karında ağrı,
- Kötü kokulu vajinal akıntı ya da perine yarasının enfeksiyonu (Epiziyotomi ya da yırtık).

### **Bebek**

Doğumdan hemen sonra anne, bebeğinde gelişebilecek ve acilen tıbbi bakım almasını gerektirecek tehlike **belirtileri** konusunda eğitilmelidir.

- Konvulsiyonlar ya da sürekli uyuma,
- İki kez üstüste beslenmeyi reddetmesi,
- İdrar ya da dışkı çıkışında 24 saati aşan gecikme olması,
- Diyare ya da aşırı kusma,
- Ateş ya da cildin soğuk olması,
- Renginde anormallik — soluk, kararmış ya da sarı,
- Göbek ucunda kızarıklık, sızıntı, iltihap ya da akıntı gelmesi,
- Hızlı solunum (Soluma),
- Kötü, zayıf emme (Meme ucuna kolaylıkla yapışıp süt emememe),
- Renk (Vücut mavi) ve/veya kas tonusu bozukluğu, tepkisizlik (Parmağı kavramıyor, düşkün),
- Zayıf ve/veya sürekli acılı ağlama,
- Gözlerden birinde ya da her ikisinde şişme, yapışkanlık, iltihap ya da akıntı gelmesi.

Doğum sonrası ev ziyaretlerinde aşağıdaki **işaretlerin** herhangi birinin bulunması durumunda sağlık çalışanı bebeği sağlık kuruluşuna sevk etmelidir:

- Vücut ısı > 38°C ya da < 36°C,
- Solunum hızı > 60/dakika,
- Hareketsiz, yanıtız bebek,
- Sarılık, siyanoz ya da solukluk,
- Solunum sırasında burun deliklerinin genişlemesi ve göğüs duvarının çekilmesiyle kendini gösteren solunum zorluğu,
- Göbek ucundan kanlı ya da pürülan akıntı,

**Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Karşılaşabileceği Önemli Doğum Sonrası Dönem Sorunları Şunlardır:**

**1. DOĞUM SONRASI KANAMA:**

Kanama aşırı olabilir ve kadının yeterli tedavisinin yapılabileceği bir hastane ya da sevk merkezine götürülmesi gerekir.

**A. Üçüncü Evre Kanaması (Plasenta Retansiyonu)**

**Acil bakım yönetimi**

İki adet kalın uçlu (16 ya da 18) IV kanül takın.

Hızlı akışta (1 litre/saat) IV salin solüsyonu uygulayın ve 20 IU oksitosin/litre başlatın.

Nabız, kan basıncı ve idrar miktarını sürekli izleyin.

Foley kateter takın.

Uterus fundusuna masaj yapın.

Bebeği emmesi için memeye koyun ya da meme uçlarını elle uyarın.

Uterus kontraksiyonunu sağladığınızdan emin olduktan sonra plasentayı kordonu kontrollü şekilde çekerek çıkarmaya çalışın.

**Sevk**

Plasenta çıkmaz ve kanama sürerse hastayı hemen daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin.

**B. Plasenta çıktıktan sonra kanama**

**İlk yardım yönetimi**

Geniş uçlu iki IV kanülü (16 ve 18) takın.

Kan grubunu belirlemek ve çapraz eşleme yapmak (ABO, Rh, Hb) için kan örneği alın.

Hemen hızlı akışlı (1 litre/saat) IV kristaloid infüzyon (Ringer ya da salin) başlatın.

Maskeyle 100% oksijen verin ve hastayı ısıtın.

Foley kateteri takın.

Kan basıncı ve nabızı 5 dakikada bir ve hasta hastaneye sevk edilecek olursa, sevk boyunca izleyin.

İdrar miktarını 30 dakikada bir kontrol edin.

Hızlı infüzyonla 1 litre Ringer laktat solüsyonunda 20 IU oksitosin (Sympitan) uygulayın.

Bebeği emmesi için memeye koyun ya da meme uçlarını elle uyarın.

Uterus fundusuna masaj yapın.

**Sevk**

Kanama sürerse ya da hasta şoktayrsa, hastayı derhal daha üst düzeydeki bir sağlık kuruluşuna sevk edin (Bkz. Sevk Yönetmeliği).

**C. Doğum Sonrası Sekonder Kanama (24 saat sonra)**

**İlk yardım yönetimi**

Yukarıdaki gibi ilk yardım yönetimini sağlayın.

Aşağıdaki gibi üçlü antibiyotik verin:

Ampicillin 2 g IV, artı.

Gentamicin 80 mg IV, artı

Metronidazole 500 mg rektal supozituar

### **Sevk**

Sevk yönetmeliği uyarınca hastayı daha yüksek düzeydeki bir sağlık kuruluşuna sevk edin (Bkz. Sevk Yönetmeliği).

**Not:** Doğum sonrası bir hastanın çok kısa zamanda büyük miktarda kan kaybedebileceğini unutmayın. Hızla hareket etmeli, komplikasyonlara önceden hazırlıklı olmalısınız.

### **2. PREEKLAMPSİ**

Doğum sonrası ilk günlerde eklampsi ya da şiddetli preeklampsi sorunu, hastaneye yatırmayı ve etkin yönetimi gerektirir.

### **3. TROMBOEMBOLİK HASTALIK**

Emboli kuşkusu olan bir hastanın ileri tanı ve tedavi için hemen hastaneye götürülmesi gerekir.

### **4. PUERPERAL ENFEKSİYON**

Erken belirtiler zamanında farkedilmeli ve hasta en kısa zamanda hastaneye sevk edilmelidir.

#### **Profilaktik yönetim**

Uygun cerrahi yaklaşım, asepsi teknikleri ve enfeksiyonu önleme uygulamalarının kullanımı dahil genel hijyen ilkelerine eksiksiz uyulması.

Risk faktörü olan hastaların sevki sırasında profilaktik parenteral antibiyotik kullanımı aşağıdakileri kapsar:

Ampicillin 2 g IV, daha sonra 4 saatte bir 1 g.

#### **Etkin yönetim**

##### **Acil bakım yönetimi**

Kalın uçlu (16 veya 18) IV kanül takın.

IV kristaloid başlatın (Ringer veya salin infüzyon).

Üçlü antibiyotik uygulayın (Ampicillin 2 g IV + Gentamicin 80 mg IV + Metronidazole 500 mg infüzyon).

Ateş için antipiretik uygulayın (Paracetamol 500 mg).

#### **Sevk**

Tüm olguları aşağıdaki sevk rehberi uyarınca daha üst basamaktaki bir sağlık kuruluşuna sevk edin.

### **5. SEPTİK ŞOK**

Birinci basamak sağlık kuruluşu çalışanlarının septik şokun yönetimindeki rolü, acil bakım yönetimi sağlamak, antibiyotik yükleme dozunu uygulamak ve sevk rehberi uyarınca en üst basamaktaki sağlık kuruluşuna kısa zamanda sevki sağlamaktır.

## Acil bakım yönetimi

Resüsite edin

- Havayolu. Havayolunu açık tutun,
- Temel muayene, Solunum. Maske ya da nazal kateterle oksijen verilmesi,
- Bilinç açıklığı, Dolaşım,
- İlaçlar ve Sıvılar: Mümkünse en kalın uçlu olan (16) iki IV kanül takın,  
Foley kateteri takın  
Maskeyle % 100 oksijen verin

İntravenöz sıvılar uygulayın: Hızlı akışlı (1 litre/saat) kristaloid (Ringer laktat veya salin)

İlaçlar:

Hemen antibiyotik başlatın. Gram pozitifleri ve negatifleri, aerob ve anaerobları kapsayacak bir bileşim uygulayın. Üçlü antibiyotik rejimi:

Ampicillin 2 g IV + Gentamicin 80 mg IV + Metranidazole 500 mg amp serum içerisinde

**NOT:** Septik şok yönetiminde kortikosteroidlerin rolü yoktur.

İzleyin:

Kan basıncı ve nabızı 5 dakikada bir,

İdrar miktarını 30 dakikada bir,

**Sevk**

Hızla en üst basamaktaki sağlık kuruluşuna sevk zorunludur. Aşağıdaki sevk yönetmeliği uyarınca sevk edin. Sevk sırasında aşağıdakiler yapılmalıdır:

Hızlı IV infüzyon sağlayın, kan basıncı ve nabızı 5 dakikada bir izleyin.

## OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI

- Birinci basamak sağlık hizmeti sırasında hangi tür vakaların sevk edilmesi gerektiğini düşünüyorsunuz, sayınız?
- Yukarıda sevk kriterleri içine giren fakat sizce birinci basamakta tedavi edilebileceğini düşündüğünüz hangi durumlar var?
- Aynı şekilde birinci basamakta tedavi edilebilir diye düşünülen ve sevk kriterleri içine girmiyen fakat size göre sevk edilmesi gereken hangi durumlar var?

## KAYNAKLAR

- ULUSAL AİLE PLANLAMASI HİZMET REHBERİ, Cilt 2. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
- Doğum Bilgisi. Kazım Arısan. Celtüt Matbaacılık 1984.
- Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Gilberts Es, Harmon JS, Çeviri Editörü: L.Taşkın (İkinci baskıdan çeviri) Palme Yayıncılık 2002.
- Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü:L.S.Önderoğlu Güneş Kitapevi 2004.

5. Outlook (Maternal and Neonatal Health Special Issue: Preventing postpartum, hemorrhage: managing the third stage of labor. Current opinion in OB GYN 19(3),September 2003.
6. Emergency Obstetric care.Leadership Manual for improving the quality of services, Engender Health and Mailman School of Public Health Columbia University. Working Draft 2002. [www.engerderhealth.com](http://www.engerderhealth.com).
7. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Saunders Second Edition 2003.
8. Postpartum Haemorrhage Module: WHO Education material for teachers of midwifery Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health Who Geneva1996.
9. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology: Turrentine JE Parthenon Publishing NY, Second Edition 2003.

## Sevk Rehberi ve Standart Sevk Formu

### a. Sevk Rehberi

Acil doğum bakımında gerek anne, gerekse yenidoğanın sevkine ilişkin yönetmelik aşağıdaki gibidir.

#### A.1. Acil doğum bakımında annenin sevkine ilişkin Rehber

- Sevkten önce acil bakım yönetimi uygulanmalıdır-yukarıda anlatıldığı gibi
- Sevk için donanımlı bir ambulans kullanılmalıdır. Gerekli tüm araç-gereç bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
- Hasta sedye ile taşınmalıdır.
- Havayolunun açıklığını koruyun.
- Maske ya da kateterle oksijen verin.
- Hastayı sıcak tutun.
- Sürekli IV infüzyonu sağlayın.
- Vital bulguları 5 dakikada bir ölçün (Kan basıncı ve nabız)
- Foley katetere idrar torbası bağlayarak 30 dakikada bir çıkan idrar miktarını izleyin.
- Gerekli olan ilaçları verin (Sevk nedenine göre)
- Ulaştırma personeli becerili olmalıdır. Personel hekim veya nitelikli bir hemşire ya da ebe olabilir.
- Kural olarak, varsa, hastayla giden personelin hekim olması gerekir. Ancak bu mümkün değilse, eğitilmiş bir hemşire ya da ebe eşlik edebilir .
- Anne ve yenidoğana yer bulunmasını sağlamak için sevk edilecek hastaneyle sevkten önce iletişim kurulmalıdır.
- Sevki yapan personelin imzasını taşıyan **Standart Sevk Formu**'nu (Aşağıda örneği verilmiştir) gereken şekilde doldurup sevk zamanını kaydedin. Bu formun hastayla birlikte gitmesi gerekir.

#### Ambulansın Hazırlanması

Ambulans aşağıdaki malzeme, ilaçlar ve tüketim malzemesiyle donatılmalı, ârızalı ya da kullanılmış eşyalar hemen yenilenmelidir.

#### Ambulansta bulundurulacak malzeme:

- Yarı yatar konuma ayarlanabilen sedye
- Oksijen sistemi (Tüp, regülatör, ince bağlantı tüpü)
- Oksijen maskesi, nazal kateter ve havayolları
- Air way
- Tansiyon aleti, yetişkin (Bir adet)
- EKG monitörü
- Aspirasyon cihazı
- IV sehpa (Sedyeye sabitlenmiş olması tercih edilir) (Bir adet)
- Biri sert cisimlerin (Şiringalar), diğeri yumuşak cisimlerin (Pamuk, eldiven gibi) toplanması için iki kova
- Doğum seti (Doğum olasılığı varsa dahil edin)—(Aşağıda açıklanmıştır).

### **Ambulansta bulundurulacak ilaçlar**

- IV sıvıları - %0 9 SF, Ringer laktat ve %5 dekstroz (Her birinden üçer adet litrelik şişe)
- Magnezyum sulfat %10, 10 ml'lik ampul (Daima 10 ampul bulundurulmalıdır)
- Furosemide (5 ampul)
- Glikoz %25, 20 ampul (5 ampul)
- Standart insülin (20 IU/ml)
- %2'lik Lidocaine (1 ampul)
- Nifedipine
- Oksitosinler
- Deksametazon

### **Ambulansta bulunması gereken kullanılacak tüketim malzemesi**

- 16, 18 ve 20 numara IV kanül (Her birinden 2'şer adet)
- IV infüzyon seti (5 set)
- Şırınga—3, 5, 10 ve 20 ml'lik (Her birinden 2'şer adet)
- Foley kateter, 12 ve 14 numara (Her birinden 2'şer adet)
- İdrar torbası (3-4)
- Aspirasyon kateteri
- Tek kullanımlık eldiven (1 paket-100 adet)
- Pamuk
- Gaz bezi
- Alkollü tampon
- Kromik katgüt sütün, 0 numara (3 paket)
- Temiz havlu (4)
- Steril su
- Betadine/iyot
- İnsülin şırıngası
- Puar ve kordon klemp

### **A.1. Acil doğum bakımında yenidoğanın sevkine ilişkin yönetim**

- Sevkten önce, protokole uygun stabilizasyon sağlanmalıdır. (Bkz."Yenidoğanın Değerlendirilmesi Ve Acil Durumların Yönetimi Oturumu" )
- Canlandırmaya başlatmak için bir dakikalık Apgar skorunu beklemeyin (Canlandırmaya ne kadar geç başlarsanız, resüsitasyon o ölçüde güç olacaktır).
- Yenidoğan ısı kaybını önlemek için kurulmalı ve havayolunu açık tutacak konumda tutulmalıdır.
- Üst havayolu puar kullanılarak temizlenmeli, önce ağız, sonra burun aspire edilmelidir.
- Isı kaybını en azda tutmak için yenidoğanı kuvöze koyun.
- Sevki yapan personelin imzasını taşıyan **Standart Sevk Formu**'nu (Arkada örneği verilmiştir) gereken şekilde doldurup sevk zamanını kaydedin. Bu formun hastayla birlikte gitmesi gerekir.
- Sevk için donanımlı bir ambulans kullanılmalıdır. Gerekli tüm araç-gereç bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
- Ulaştırma personeli yüksek riskli yenidoğan bakımında becerili, yenidoğan resüsitasyon eğitimi almış olmalıdır.

- Personele hekim, yenidoğan hemşiresi ve özel eğitimli ulaştırma teknisyeni dahil olabilir.
- Anne ve yenidoğana yer bulunmasını sağlamak için sevk edilecek hastaneyle sevkten önce iletişim kurulmalıdır.
- Her sevkin kaydında ayrıntılı doğum öncesi öykü, doğum kayıtları, doğumun yapıldığı hastanede ölçülen Apgar skorları ve sevk belgesine yer verilmelidir.

#### **Ambulans aşağıdakilerle donatılmalıdır:**

Seyyar kuvöz

Aşağıdakiler için ölçüm araçları:

- Kalp atış hızı
- Solunum hızı
- Vücut ısısı
- Kan basıncı
- İmpire oksijen konsantrasyonu
- Oksijen saturasyonu

Oksijen sistemi (Tüp, regülatör, plastik bağlantı tüpü)

İntravasküler infüzyon donanımı:

- Kanül (22, 24 numara)
- Şırınga (2.5, 3, 5, 10, 20 ve 50 cc)
- IV infüzyon setleri
- Flaster

### **B. Normal Doğum Seti**

#### **1.1 Normal Doğum Seti**

Setlerdeki aletler sterilizasyon için etüv ya da otoklava dayanıklı, kaliteli ve paslanmaz çelikten yapılmış olmalıdır.

Her set ayrı paketlenmeli, aşağıdakileri içermelidir:

	İki (2) Forseps, Kocher (Kordon için), 5 1/2"
	İki (2) Forseps, Arter, Mosquito, 5"
	Bir (1) Forseps, Dişli (2 x 3 diş), 8"
	Bir (1) Forseps, Dişsiz, 8"
	Dört (4) Forseps, Ring, 9 1/2"
	Bir (1) Makas, Düz, 6"
	Bir (1) Makas, Epizyotomi, Braun-Stadler, 8"
	Bir (1) Makas, Göbek Kordonu, 4 1/8"
	Bir (1) İğnelik, 8"
	Bir (1) Spekulum, Sim, 3'lü set (Küçük, orta ve büyük boylarda)
	Dört (4) Klamp, Havlu, 6"
	Bir (1) Spanç kasesi, 5" çapında by 2 1/2" derinlikte (Yaklaşık)
	Bir (1) Spanç Forseps 10"
	Bir (1) Böbrek küvet, Büyük
	Bir (1) Kap (Yukarıdakiler için), Paslanmaz çelik, Otoklava dayanıklı
	İki (2) Kordon Klempi



Sevk Formu

İl:

Kuruluş:

Hasta Adı:

Yaşı:

Tanı:

Sevk Edildiği Yer:

Sevk Nedeni:

Sevk sırasındaki bulgular:

Nabız:

K.B:

Vüc. Isısı:

Solunum Hızı:

İdrar Miktarı:

Verilen ilaçlar:

Doktorun (Ebe/Hemşire) Adı:

Tarih:

İmzası:

Saat:

### **Vaka çalışması: Maternal mortalite ve morbiditenin epidemiyolojik irdelenmesi**

31 yaşında Fatma Güzeluslu, ilkokulda babasının ölmesi ve annesinin ısrarı üzerine kendisinden 15 yaş büyük Hasan bey ile görücü usulü evlendirilmiştir. Bu Hasan beyin ikinci evliliğidir.

*Birinci eşi ilk bebeğine hamile olduğu sırada hızlı kilo alması, şişmesi, ile kış şartlarında yolların kapalı olması, yakınlarındaki sağlık evi hemşiresinin verdiği ilaçların yeterli olmaması nedeni ile şehire eşini zor yetiştirmiş yolda anne havale geçirmiş, hastanede çocuk canlı doğmuş fakat eşini yüksek tansiyon ve böbrek yetersizliğinden kayıp etmiştir.*

### **Öğrenilecekler:**

Bu anamnez bize anne ölümlerinin nedeni olan 3 faktörü ortaya koymaktadır:

1. Ailenin zamanında baş vurmaması,
2. Yolda kayıp edilen zaman
3. Kurumda yetersiz tedavi

Takiben Hasan bey Fatma hanımla evlenmiş Fatma hanım çocuğa bakmak, kış ayları hayvanların bakımı, baharda tarla işleri nedeni ile okuyamamıştır. Şimdi 31 yaşındaki olan Fatma hanımın 5 inci gebeliğidir.

*Birinci gebeliği evde 3 aylık düşük ile sonuçlanmış kanaması oldukça fazla olmuş ama sağlık kurumuna gitmeden iyileşmiştir. (17yaşında)*

### **Öğrenilecekler:**

Okullaşmanın artması ve mecburi eğitimin uzatılması kadınların erken evliliklerinin engellenmesi için de önemli önlemlerdir. Çocuk yaşta evlilik kadının daha eğitim alacak, kendini ve dünyayı öğrenecek iken aile planlaması da öğrenmeden gebe kalıp, bebek bakmasına neden olmaktadır.

Şu an (2004) Türkiye'de kadınlar için ilk evlenme yaşı ortalama 20 dir. Fatma hanım o zaman ilk gebeliğini ortalama evlenme yaşından 2 yıl önce erken adolesan gebeliği olarak geçirmiştir. Bu dönem gebeliklerin sağlık problemleri de daha fazladır.

*İkinci gebeliği düşükten 6 ay sonra olmuş ve daha 7 aylık gebe iken doğumu başlamış ve yine sağlık evine başvurmuşlar ve açıklığın 5 cm. olduğunu bir şey yapılamıyacağını şehre acil gitmesini söylemişler, oraya araba bulup 6 saat sonra kendi imkanları ile gittiklerinde açıklık 8 cm. demişler ve hastanede 3 saat sonra doğum yapmış fakat çocuk gelişmemiş akciğer yetmezliğinden bebeklerini kayıp etmişlerdir. Hastanede yapılan kan tetkikindeRH- rh uygunsuzluğu tespit edilmiş, iğne önerilmiş fakat pahalı olduğu ve paraları olmadığı için iğneyi yaptıramamışlardır. (19yaşında)*

### **Öğrenilecekler:**

Adolesan yaş gebeliği, erken doğum, transport sorunları ve bebek kaybı ve mali sorunlar. Fatma hanım çocuğuna bakmak, kış ayları hayvanların bakımı, baharda tarla işleri nedeni ile okuyamamıştır. Şimdi 31 yaşındaki olan Fatma hanımın 5 inci gebeliğidir. İlk iki gebeliği bir önceki kısımda irdelenmiştir . Şimdi sonraki üç gebelik irdelenecektir.

*Bir yıl sonra hiçbir aile planlaması yöntemi kullanmayan Fatma Hanım üçüncü çocuğuna gebe kalmış, gebelik normal seyir etmiş ve eve sağlık evi ebesi bile gelmesine gerek kalmadan normal bir doğum olmuştur. Artık gebelik ve doğumun ne olduğunu Fatma hanım*

*bayağı öğrenmiştir. Çocuğunu 2 yıl emzirmiştir. (20-21yaşında)*

### **Öğrenilecekler:**

İki gebelik kaybindan sonra 3. gebelik canlı bir bebek ile sonuçlanmıştır. Burada en doğru yapılan davranış bebeğin uzun süre emzirilmesidir. Hem bebek gelişimi için iyidir, hem de emzirme döneminde fertilitate azalmıştır.

*Dördüncü gebelik çocuğunu emzirirken olmuştur. Artık kendisi 23 yaşında evlendiğin kilosundan 15 kilo fazla ve Hasan beyin ilk eşinden olan çocuğu 7 yaşında, kendi çocuğu 2 yaşındadır. Bu gebeliğinde de 8 aya kadar bir sorun olmaz iken, birden önce ayakları sonra elleri ve yüzü şişmiştir. Hasan bey daha önce ki eşinide bu belirtiler başlayarak kayıp ettiği için hemen eşini almış şehire inmişler ve hastanede günde 3 kez bir tansiyon ilacı (Alfamet) alması, yatak istirahati ve hızlı kilo almaması önerilmiş, çocuğun beklenenden ufak olduğu söylenmiş, Fatma hanım hastanede yatmak istememiş, köye dönmüşler Hasan bey evde ilaçların kullanımı ve istirahati için çok yardımcı olmuştur. Sağlık evi ebesi ev ziyaretleri yaparken tansiyonunun ve kilo artışının iyi olduğunu yalnız hep karnının ufak olduğunu söylemiş. Son ziyaretten bir kaç gün sonra kasılmaları başlamış, suyu gelmiş erken doğum olacağını anlayınca evlerine en yakın sağlık evinin ebesini getirmişler. Ebe açıklığın 3 cm olduğunu, tansiyonunun yüksek olduğunu (170/100 mmHg) ve gebelik haftasına göre çocuğu ufak tespit etmiş doğumunu şehirde yapmasının daha uygun olacağını söylemiştir. Hasan beyin ısrarına rağmen Fatma hanım bir önceki çocuğu gibi bu bebeği de evde doğurabileceğini düşünmüş, doğum 14 saat sonra gerçekleşmiş ve normal ilerlemiş, doğan bebek ufak karnı iri vücudu ödemli ve nefes alma sorunlu imiş, ebe çağrılmış yapılan müdahaleye rağmen bebek ölmüş anneye doğum sonrası şehirdeki hastaneye gitmesi söylenmiş, anne çok halsiz olduğunu şimdi gidemeyeceğini söylemiştir.*

### **Öğrenilecekler:**

Emzirme, doğum sonrası ilk 6 ayda, bebek sadece anne sütüyle besleniyorsa, anne henüz adet görmemiş ise bir doğum kontrol yöntemi olarak etkili olabilir. Emziren kadınlarda sıklıkla önce ilk ovülasyon daha sonra menstürasyon gerçekleşeceğinden amenorede iken anne kolaylıkla gebe kalabilir ve bunu fark etmeyebilir. Bu olguda da öyle olmuştur.

Burada preeklemsi zemininde erken doğum ve daha önce antiD immunglobulin yapılamadığı için etkilenmiş bebek doğumu ve perinatal kayıp söz konusudur.

*Anne beşinci gebeliğinde doğumdan sonraki ikinci saatte rahatsızlanmış vajinal kanaması artmış ve titreme nöbetleri olmuş, vajinal kanaması giderek artınca Hasan beyinde ısrarı ile acilen komşunun arabası ile şehide hastaneye götürülürken yolda bir titreme nöbeti daha geçirmiş ve hastane kapısından girdiğinde zor nefes alır durumdadır. Hasta atoni nedeniyle acil ameliyata alınarak uterusu alınmıştır. Bu arada titreme krizleri kontrol altındadır.*

### **Öğrenilecekler:**

Geçirilen eklempsi krizi ve uterus atonisidir. Eğer anne acilde giriş yaptıktan sonra kayıp edilirse hastanede maternal kayıp olarak kayıtlara geçecek ise de esas kayıp nedeni geç hastaneye başvurdur. Hasta yaşasa dahi maternal morbidite, fetal kayıp ve fertilitate kaybı söz konusudur.

## KAYNAKLAR

1. ULUSAL AİLE PLANLAMASI HİZMET REHBERİ, Cilt 2. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2000.
2. Doğum Bilgisi. Kazım Arısan. Celtüt Matbaacılık 1984.
3. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Gilberts Es, Harmon JS, Çeviri Editörü: L.Taşkın (İkinci baskıdan çeviri) Palme Yayıncılık 2002.
4. Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. Leveno KJ, Cunningham FG, Gant NF, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe Sheffield JS, Yost NP. Çeviri Editörü:L.S.Önderoğlu Güneş Kitapevi 2004.
5. Outlook (Maternal and Neonatal Health Special Issue: Preventing postpartum, hemorrhage: managing the third stage of labor. Current opinion in OB GYN 19(3),September 2003.
6. Emergency Obstetric care.Leadership Manual for improving the quality of services, Engender Health and Mailman School of Public Health Columbia University. Working Draft 2002. [www.engerderhealth.com](http://www.engerderhealth.com).
7. Evidence Based Obstetrics: A companion volume to High Risk Pregnancy: James DK, Mohamed K, Stone P, Wijngarden WM, Hill LM, Saunders Second Edition 2003.
8. Postpartum Haemorrhage Module: WHO Education material for teachers of midwifery Maternal Health and Safe Motherhood Programme Family and Reproductive Health Who Geneva1996.
9. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology: Turrentine JE Parthenon Publishing NY, Second Edition 2003.

## 10. EYLEM PLANI

### AMAÇ

Kursiyerlerin çalıştıkları ünitelere döndüklerinde GA/AOB konusunda edindikleri bilgi ve becerileri hizmet sunumlarına yansıtarak GA/AOB hizmetlerini geliştirmek.

### ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Kurumlarında GA/AOB hizmetlerini geliştirmek için hangi faaliyetleri yapmaları gerektiğini sayabilmeli
2. Bu faaliyetleri ne sürede, hangi kaynakları kullanarak nasıl yapacağını planlayabilmelidir.

GA/AOB hizmet içi eğitim programının amacı:

1. GA/AOB konusundaki bilgileri güncelleştirmek ve geliştirmek
2. Birinci basamak sağlık kuruluşlarında GA/AOB hizmetleri sunumunda gerekli becerilerle ilgili model üzerinde pratik eğitim yapmak
3. GA/AOB hizmetlerinin hizmet standartlarına uygun şekilde sunumunu desteklemek ve öne çıkarır bir tutum geliştirmek.
4. Bu tutum değişikliği çerçevesinde GA/AOB hizmetlerini yeni kazanılan ve/veya güncelleştirilen bilgi ve beceriler ışında kurumumuz rutin hizmetlerine uyarlamaktır.

Bu çerçevede katılımcıların kurumlarına döndüklerinde yapacakları aktivitelerle ilgili bir beyin fırtınası yapmaları bilgilerin netleşmesi, hedeflerin ve sorunların ortaya konulmasını sağlayacaktır.

Aşağıda örnek bir aksiyon planı görülmektedir. Birinci sütunda öncelik sırası yer almaktadır. Konulacak hedefler, GA/AOB hizmetleri yönünden önemi, hizmet alanların gereksinimleri, yapılabilirlik oranları göz önünde bulundurularak sıralanmalıdır.

İkinci sütun hedeflerin yazıldığı sütundur. Bu sütuna GA/AOB hizmetleri ile ilgili objektif ölçülebilir ve net hedefler konulmalıdır. Hedeflerin bu özelliklere sahip olabilmesi için mevcut durumun bilinmesi yani durum analizinin yapılmış olması gerekmektedir. Örneğin kurumumuzda danışmanlık hizmeti almaya gelenlerin tümü sunulan gebe değerlendirmesi ve muayenesi hizmetini almadan kurumdan ayrılmaktadır. Bunun nedenleri analiz edilmeli ve bunlarla uyumlu hedefler konulmalıdır. Örneğin kurumuza başvuran gebelerin sadece %70'i gebe muayenesi hizmeti almaktadır, bu oranın %80'e çıkarılması net, sayısal objektif bir hedeftir. Danışmanlık hizmeti alanların diğer hizmetlerden yararlanmama nedenleri araştırıldığında örneğin hizmetlerin tanıtımı

ile ilgili bir eksiklik ortaya çıkabilir, bununla ilgili hedefler konulabilir (Örneğin: danışmanlığa başvuran her hastaya hizmet kapsamı ile ilgili bilgilendirme broşürünün verilmesi gibi)

Hedefe ulaşmak için yapılması gereken aktiviteler alt alta yazılmalı, her aktivite için sorumlu veya sorumlular ve o aktivitenin sonuçlanma süresi belirlenmelidir.

Son sütunda ise o aktivitelerin gerçekleşmesi için gereken malzeme, ekipman veya diğer gereksinimler yazılacaktır.

## Faaliyet Planı

Öncelik	Hedef	Gerekli Aktiviteler	Sorumlular	Sonuçlanma Süresi	Gerekli Kaynaklar (Malzeme, Araç-Gereç)

## Örnek Faaliyet Planı

Öncelik	Hedef	Gerekli Aktiviteler	Sorumlular	Sonuçlanma Süresi	Gerekli Kaynaklar (Malzeme, Araç-Gereç)
1.	Bölgedeki tüm gebelerin doğum öncesi bakım almasını sağlamak	Gebelerin tesbiti	Doktor, ebe, muhtar	1 ay	Kayıtlar, iletişim araçları
		Ev ziyaretleri yapılarak gebelerin doğum öncesi bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmesi,	Doktor, ebe	3 ay	Ulaşım araçları, tanıtım broşürleri
		Bölgedeki liderlerin ( Muhtar, öğretmen, imam) bilgilendirilmesi ve eğitimi	Doktor, ebe	6 ay	Ulaşım araçları, toplantı yapılabilecek mekan, broşürler
		Kayıtların incelenerek ulaşılamayan gebelerin tahmini sayısının belirlenmesi	Doktor, ebe, il sağlık müdürlüğü	6 ay	Kayıtlar, istatistiki yöntemler





A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a template for writing.

Lined writing area with horizontal dotted lines.

A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, intended for writing or drawing.