



Doğum Sonu Dönemde Sık Görülen Sorunlara Yönelik Güncel Yaklaşımlar

Current Approaches to Common Problems in The Postpartum Period

Ebru BEKMEZCİ¹ Halime Esra MERAM²

ÖZET

Doğum sonu dönem kadın vücudunun gebelik öncesi haline dönme süreci olup, bu dönemde kanama, enfeksiyon, yorgunluk, uyku bozuklukları, meme problemleri, perine ağrısı, aile planlaması ve cinsellik gibi pek çok konuda sorun görülebilmektedir. Bu sorunların önlenmesi ve giderilmesinde hemşirelerin verecekleri bakım uygulamaları önem kazanmaktadır. Doğum sonu dönemde verilecek bakımda kanıta dayalı güncel uygulamaların kullanılması verilen bakımın etkinliği konusunda anahtar noktayı oluşturmaktadır. Bu kapsamda derlemede doğum sonu döneminde sık görülen kanama, depresyon, enfeksiyon, emzirme sorunları ve cinsel sorunlar güncel yaklaşımlar çerçevesinde ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Doğum sonrası bakım, hemşirelik bakımı, postpartum dönem

ABSTRACT

Postpartum period is the process of returning the female body to its pre-pregnancy state, and many problems such as bleeding, infection, fatigue, sleep disorders, breast problems, perineum pain, family planning and sexuality can be seen in this period. The care practices of nurses gain importance in the prevention and elimination of these problems. The use of evidence-based current practices in postpartum care is a key point in the effectiveness of care. In this context, bleeding, depression, infection, breastfeeding problems and sexual problems in the postpartum period were discussed within the framework of current approaches.

Key words: Postpartum care, nursing care, postpartum period

¹ Araştırma Görevlisi, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye. ORCID: 0000-0002-4009-8423

² Doktor Öğretim Üyesi, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye. ORCID: 0000-0002-9439-1369

Sorumlu Yazar: Ebru BEKMEZCİ, Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya, Türkiye. Email: ebrubekmezci42@gmail.com



GİRİŞ

Doğum sonu dönem, yeni doğanın doğumu ile başlayıp doğumdan sonraki 6-8 haftalık süreci kapsamaktadır (Doğan ve Kızıltan, 2019) Dördüncü trimestir olarak da adlandırılan (Berens, 2020) bu dönemin ilk 7-10 günü erken doğum sonu dönem ve sonraki 6-8 haftaya kadar olan süreci ise geç doğum sonu dönem olarak kabul edilmektedir (Çevik ve Sultan, 2020). Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (ACOG) doğum sonu dönemin 12 haftaya kadar (ACOG, 2018), bazı kaynaklar ise 6 aya kadar sürebileceğini belirtmektedir (Erçel ve Süt, 2020). Bu dönem, gebelik döneminde kadın vücudunda meydana gelen değişikliklerin gebelik öncesi haline dönme sürecidir (Berens, 2020). Doğum sonu dönemde kadınların yaşam kalitesini etkileyen pek çok sorun ortaya çıkabilmektedir. Bunların başında kanama, enfeksiyon, yorgunluk, uyku bozuklukları, meme problemleri, perine ağrısı, kendinin ve yeni doğanın bakımı konusunda yetersiz hissetme gibi sorunlar yer almaktadır (Erçel ve Süt, 2020). Bu süreçte anne ve bebek sağlığının korunmasından, yükseltilmesinden sorumlu hemşireler, sahip oldukları güncel bilgiler ile bu dönemde bakım kalitesini artırmak ve bakım sonuçlarını iyileştirmekten sorumlu sağlık profesyonelleridir. Doğum sonu dönemde verilecek bakımda kanıta dayalı güncel uygulamaların kullanılması verilen bakımın etkinliği konusunda anahtar noktayı oluşturmaktadır (Toprak vd., 2017). Bu bağlamda, doğum sonu dönemde sık görülen doğum sonu kanama, depresyon, enfeksiyon, emzirme sorunları ve cinsel sorunlar güncel yaklaşımlar bu derleme kapsamında ele alınmıştır.

Doğum Sonu Kanama

Doğum sonu kanama vajinal doğumdan sonra 500 ml ve üzeri, sezaryen doğum sonrası ise 1000 ml ve üzeri görülen kan kaybı olarak tanımlanmaktadır (Newsome vd., 2017). ACOG'un ise 2014 yılında yaptığı güncellemeye göre, doğum sonu kanama doğum şekline bağımsız olarak doğum sonrası ilk 24 saat içinde 1000 ml ve üzerindeki kanamalar olarak tanımlanmıştır (Menard vd., 2014). Tonüs (tone) kaybı, travma (trauma), doku (tissue) hasarı ve trombin (thrombin) oluşum sürecindeki bozukluklar doğum sonu kanama nedenleri arasında yer almaktadır ve bu nedenler İngilizce baş harflerine göre kısaltılarak "4 T" olarak ifade edilmektedir (Watkins ve Stem, 2020). Uterus atonisi, doğum sonu kanamanın en yaygın görülen nedenidir ve erken dönemde myometriyumun yetersiz kontraktilitesinden kaynaklanmaktadır (ACOG, 2017). Bunun yanında çoğul gebelikler, polihidroamnios, preeklampsi, iri fetüs ve fetal makrozomi sonucunda da uterus atoni sıklıkla gelişebilmektedir (Wetta vd., 2013). Ayrıca müdahaleli, hızlı ya da uzun süren doğumlar da uterus kaslarının yorulmasına neden olarak yetersiz kontraksiyonlar sonucu atoniye yol açmaktadır (Benson, 2019).

Uterin atoni sonrasında doğum sonu kanamanın en sık nedenlerinden biri de travmalardır. Bu durum, perine ve servikte meydana gelen lacerasyonlar, epizyotomi, genişleyen hematomlar veya uterus rüptürü ile kendini göstermektedir (ACOG, 2017). Doğum sonu kanamanın nedenleri arasında yer alan trombin oluşum sürecindeki bozukluklar, doğuştan ya da edinsel koagülopati sorunları arasında yer almakta ve bu nedenle lohusanın pıhtılaşma durumunu değerlendirmek, anormal durumların teşhisi ve zamanında gerekli müdahalelerin yapılması için önem taşımaktadır (ACOG, 2017; Fıfşkın ve Oskay, 2015). Von Willebrand

hastalığı, trombositopeni gibi diğer pıhtılaşma bozuklukları ve antikoagülan tedavisi de doğum sonu kanama ile ilişkilendirilmektedir (Oyelese ve Ananth, 2010). Bir diğer kanama nedeni ise plasenta ve amniyotik, koryonik membranların uterus boşluğunda kalması durumudur. Böyle durumlarda manuel yöntemlerle veya ultrasonografi eşliğinde içerde kalan parçaların teşhis edilip çıkarılması gerekmektedir (ACOG, 2017).

Doğum sonu kanamanın önlenmesinde, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi güçlü önerilerle desteklenmektedir. Aktif yönetim kapsamında; uterotoniklerin kullanımı, uterus masajı ve kontrollü kord traksiyonu uygulanmaktadır (Hamlacı vd., 2017). Uterotonik ajanlar olarak; oksitosin, prostaglandinler (F2a ve E1), metilergonovin, traneksamik asit (TXA) ve karbetosin kullanılmaktadır. Doğum sonu kanamanın yönetiminde uterotonik ajanlardan ilk olarak oksitosin kullanımı, oksitosinin olmadığına birey için en uygun uterotonik ajanın belirlenerek kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır (Simpson, 2018). Düşük riskli vajinal doğumlar için oksitosinin intramüsküler olarak 10 ünite, intravenöz bolus olarak 5-10 ünite, intravenöz infüzyon olarak ise 1000 ml' mai içinde 20-40 ünite (saatte 250 ml) kullanılması önerilmektedir. Doğum sonu kanamanın önlenmesi için, aktif yönetim kapsamında plasenta doğduktan sonra uterusu yapılan masaj ile uterusun kontrakte olması amaçlanmaktadır (Hofmeyr vd., 2013). Masajın lokal prostaglandin salınımını uyarma yolu ile uterusun kontrakte olmasını sağladığı ve kanamayı azalttığı düşünülmektedir. Bu uygulamanın, oksitosinden daha az etkili olduğu ve uterusun kontrakte olmadığı ya da yetersiz kontrakte olduğu durumda uygulanması gerektiği bildirilmektedir (Abdel-Aleem vd., 2010).

Kontrollü kord traksiyonunda, plasentanın klinik olarak ayrılma belirtilerinin gözlenmesi, uterusun kontraksiyonu sırasında yapılması ve inversiyonu önlemek için traksiyonla eş zamanlı olarak Brandt Andrews manevrası ile abdominal olarak ters yönde kuvvet uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Hamlacı vd., 2017). Bu uygulamayı eğitim almış uzman kişilerin yapması oldukça önemlidir (Hofmeyr vd, 2015). Son zamanlarda, yenidoğan sağlığına olumlu etkilerinden dolayı gecikmiş kordon klempleme (doğumdan yaklaşık iki ila üç dakika kordon klemplemesinin ertelenmesi)(Hamlacı vd., 2017; Hofmeyr vd., 2015), oksitosin salınımını uyarmak için bebeği memeye yatırmak, ten tene temas sağlamak ve bebeğin etkin emzirilmesinin doğum sonu kanamanın önlenmesine yardımcı olabileceği belirtilmektedir (Erickson vd., 2019). Bunların yanında tıbbi tedaviye yanıt vermeyen uterus atonisinde uterin balon tamponad (Suarez vd., 2020) ve nonpnömatik antişok giysisinin konservatif tedavi kapsamında uygulanmasının etkili olabileceği belirtilmektedir (Pileggi-Castro vd., 2015). İnatçı doğum sonu kanamalarda ise; internal iliak arter ligasyonu, uterin arter embolizasyonu, kompresyon süturları ve histekrektominin düşünülebilecek diğer seçenekler olduğu bildirilmektedir (Simpson, 2018).

Doğum Sonu Depresyon

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan majör depresyon bozukluğu doğum sonu depresyon olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonu süreçte yaygın olarak görülmekte olup, insidansının yaklaşık %15-20 arasında olduğu belirtilmektedir (Guille vd., 2013). Doğum sonu depresyon, American Psychiatric Association tarafından yazılan The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-DSM IV kitabında majör depresyonun bir alt dalı olarak sınıflandırılırken

(American Psychiatric Association, 1994), The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V-DSM V ile peripartum başlangıçlı Majör Depresif Bozukluk olarak sınıflandırılmıştır (American Psychiatric Association, 2013; Payne ve Maguire, 2019). DSM V'te belirtilen peripartum başlangıçlı doğum sonu depresyonun gebelik sırasında veya doğumdan sonraki ilk dört hafta içinde ortaya çıkması gerektiği belirtilmektedir (Poyatos-León vd., 2017). Doğum sonu depresyonun başlangıç zamanı ile ilgili değişik tanımlamalar mevcut olup bu sürenin altı ay kadar olabileceği de belirtilmektedir (Payne ve Maguire, 2019).

Doğum sonu depresyonun risk faktörlerine bakıldığında, gebelik sırasında veya öncesinde yaşanan depresyon, anksiyete, stresli yaşam olayları, zayıf sosyal destek, evlilikte yaşanan çatışmalar, düşük sosyoekonomik düzey, cinsel istismar, planlanmamış gebelik, kadının annesi ile olan zayıf ilişkisi ve genç anne yaşının yer aldığı görülmektedir (Poyatos-León vd., 2017; Werner vd., 2015). Bunların yanında hormon yoksunluğu teorisine göre östrodiol ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası süreçte azalma olmasının doğum sonu depresyona neden olabileceği belirtilmektedir (O'Hara ve McCabe, 2013).

Doğum sonu depresyonun tüm aile bireyleri üzerinde olumsuz etkileri olup, evlilikte sorunlar, sosyal yaşamda ve ilişkilerde bozulmalar, anne bebek etkileşiminin bozulması ve öz bakımda yetersizlikler gibi sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. Tedavi edilmediği takdirde kronik bir hal aldığı için doğum sonu depresyonun tanı ve tedavisi doğum sonu süreçte oldukça önemlidir (Werner vd., 2015). Doğum sonu süreçte kadının sağlık durumunun değerlendirilmesi, doğum sonu depresyona ilişkin belirti ve bulguların incelenmesi, fiziksel ve ruhsal rahatlığının sağlanması, annelik rolüne geçişinin desteklenmesi ve doğum sonu döneme ilişkin duygularının incelenmesi önemli hemşirelik girişimlerindedir (Koçak ve Büyükkayacı, 2016).

Doğum Sonu Enfeksiyon

Doğum sonu enfeksiyon, doğumdan sonraki ilk 24 saat dışında, doğum sonrası ilk 10 gün içinde ateşin en az iki kez 38 °C'nin üzerinde olması durumudur (Oskay ve Avcı, 2019). Bunun yanında doğum sonu enfeksiyonun doğumdan sonra altı hafta içinde de ortaya çıkabileceği de bildirilmektedir (Ahnfeldt-Mollerup vd., 2012). Genellikle enfeksiyonlar, doğum ve kürtaj sürecinde meydana gelen fizyolojik veya iyatrojenik travmadan kaynaklanmaktadır (Boushra ve Rahman, 2020). En sık görülen enfeksiyonlar arasında endometritis, üriner sistem enfeksiyonları ve mastit yer almaktadır (Toprak vd., 2017). Sezaryen doğumların vajinal doğumlara göre doğum sonu enfeksiyon riskini 5-20 kat artırdığı belirtilmektedir (Rwabizi vd., 2016). Bunun yanında obezite, diyabet, hipertansiyon, önceden var olan cinsel yolla bulaşan enfeksiyon varlığı, immun yetersizlik, erken membran rüptürü, müdahaleli vajinal doğum, sık vajinal muayene yapılması, intrauterin fetal izlem, plasentanın manuel olarak çıkartılması, epizyotomi, perineal laserasyonlar, plasenta parçalarının içerde kalması, üriner kateterizasyon, doğum sonu kanama, erken ve sık aralıklarla yapılan doğumların doğum sonu enfeksiyon riskini artırdığı bildirilmektedir (Boushra ve Rahman, 2020).

Doğum sonu enfeksiyon yönetiminde kanıt temelli yaklaşımlar kapsamında, 38 derecenin üzerindeki ateşte 4-6 saate bir vücut ısısının ölçülmesi, yapılan ikinci ölçümde de 38 derecenin üzerinde ateş olması ve enfeksiyonla ilgili diğer belirtilerin varlığında ileri

değerlendirmenin yapılması önerilmektedir (Bilgin ve DC, 2010). Doğum sonu enfeksiyonların mikrobiyolojik nedenleri incelenerek antibiyotik seçimi tedavinin temel noktasını oluşturmaktadır. Özellikle ileri durumda olan enfeksiyonlarda başlangıçta geniş bir antimikrobiyal etki yelpazesine sahip olan antibiyotiğin seçilmesi ve kültürlerden ya da patoloji örneklerinden daha fazla bilgi elde edildikçe etki genişliğinin daraltılması gerektiği belirtilmektedir (Boushra ve Rahman, 2020). Riskli bireylerde sezaryen doğumlardan 30-60 dakika önce profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmektedir (Toprak vd., 2017). Bu süreçte kadının emzirme durumu değerlendirilmeli ve emzirmeye güvenle devam etmesini sağlayacak antibiyotiklerin seçimi için özen gösterilmelidir. Memelerde oluşabilecek enfeksiyonu önlemek amacıyla da memelerini sadece su ile yıkaması ve kuru tutmasının önemi anlatılmalıdır (Boushra ve Rahman, 2020). Bunların yanında kadına perineyi önden arkaya doğru temizlemesi gerektiği anlatılarak, fekal kontaminasyonun önüne geçilmelidir. Ped değişimini sık aralıklarla yapması, ped değişimi öncesi ve sonrasında ellerini yıkaması ve pedin perineye temas edecek bölümüne dokunmaması gerektiği aktarılmalıdır.

Doğum Sonu Dönemde Emzirme Sorunları

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), doğumdan sonra ilk altı ay bebeklerin yalnızca anne sütüyle, 6. aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve sonrasına kadar devam etmesini önermektedirler (UNICEF, 2020; WHO, 2016). Ancak emzirme sonuçları incelendiğinde dünyada olduğu gibi ülkemizde de istenilen düzeyde değildir (Gönenli vd., 2019). Nedenleri incelendiğinde lohusaların yaklaşık %70'inin emzirme sorunu yaşadığı belirtilmektedir (Brown vd., 2016). Bunlar; bilgi eksikliği, meme dolgunluğu, ağrılı meme başı, mastitis, meme başında enfeksiyon varlığı, meme apsisi, yetersiz süt üretimi, annenin yetersiz beslenmesi ve yanlış emzirme teknikleri kaynaklı olabilmektedir (Yazıcı vd., 2020).

Doğum sonrası emzirme oranlarının istenilen düzeye ulaşabilmesi için bu sorunların giderilmesi gerekmektedir. Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi, desteklenmesi, gereken eğitimlerin doğum öncesi dönemde başlanarak verilmesi ve oluşan meme sorunlarının erken dönemde tespit edilip tedavisinin sağlanmasında ebe/hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir (Durmuş ve Gürkan, 2020). Genellikle bebeğin memeye uygunsuz yerleşiminden kaynaklanan meme başı ağrısı için doğru emzirme tekniğinin kazandırılması, günde bir kez banyo yapılması, emzirme sonrası meme ucunun sütle nemlendirilmesi önerilmektedir (Boran, 2020). Bebeği sık aralıklarla emzirmek, memelerin tam boşaltılmasını sağlamak, emzirmeden sonra memeye ılık pansuman ve masaj yaparak süt akımının artırılabilmesi belirtilmektedir (P. Berens ve Brodribb, 2016). Lohusalara meme bakımı hakkında bilgi verilmeli, memenin kuru ve temiz tutulması gerektiğinin önemi anlatılmalıdır. Meme başının suyla temizlenmesi ve hava ile kurumaya bırakılması dışında meme ağrısı ve çatlamasını önleyecek ürünlerin rutin kullanımını destekleyecek ilgili yeterli kanıt yoktur (Fahey, 2017). Bunların yanında doğum sonrası süreçte emzirme oranlarının artırılmasında ten tene temasın önemi vurgulanmaktadır. Bu kapsamda sağlık profesyonellerinin doğum sonrası mümkün olan en erken süreçte anne ve bebeği bir araya getirerek ten tene temas sağlaması ve emzirmeyi başlatmasının emzirme oranlarının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Guala vd., 2017).

Doğum Sonu Dönemde Cinsellik ile İlgili Sorunlar

Cinsel sağlık, bireyin cinsel yaşamının önemli bir parçası olup, cinselliğe ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumunu yansıtmaktadır. Cinsel sağlıkta görülen problemler birey, eş, aile ve hatta toplum üzerinde önemli sorun yaratabilmektedir (Bekmezci ve Meram, 2020). Kadın hayatında önemli bir yere sahip olan gebelik ve doğum sonu dönem cinsel işlevde değişikliğe neden olabilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri beraberinde getirmektedir. Kadın vücudunda meydana gelen değişime bağlı kadının benlik algısı değişmekte, uykusuzluk, gerginlik ve cinsel ilişkide isteksizliğe neden olabilmektedir (Gutzeit vd., 2020). Ayrıca bu süreçte fiziksel, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerde cinsel işlevi etkileyebilmektedir (Hamlacı vd., 2017). Bunların yanında doğum şekli, ileri anne yaşı, sık ya da fazla doğum sayısı ve emzirme doğum sonu süreçte cinsel işlev üzerine olumsuz etki oluşturabilmektedir (Handelzalts vd., 2018). Bu faktörlere bağlı olarak doğum sonu dönemde cinsel ilişkinin başlangıcı kadınlar arasında farklılık göstermekte ve ortalama olarak cinsel ilişkinin en erken 6-7. haftalarda başladığı bildirilmektedir (Başkaya vd., 2018; Handelzalts vd., 2018). Önemli nokta, epizyotomi iyileşinceye ve loşia bitinceye kadar cinsel ilişkinin ertelenmesi gerektirir (Taşkın ve Akan, 2020).

Doğum sonrası dönemde cinsel sorunların önlenmesi için gerekli bakımın doğum öncesi dönemde başlayıp doğum sonrası sürece kadar devam etmesi gerekmektedir. Gebelik döneminde risk yönünden tüm kadınların risk değerlendirmesi yapılmalı, doğum sırasında gereksiz perineal müdahalelerden kaçınılmalı, epizyotomi rutin olarak kullanılmamalı, anal sfinkter laserasyonlardan korunmalı, taburculuk öncesi perineal ağrı, disparoni ve doğum sonrası cinsel aktivite başlangıcı hakkında kadınlara eğitim verilmelidir (Leeman ve Rogers, 2012). Çalışmalarda gebelik döneminde yapılan pelvik taban egzersizlerinin doğum sonrası dönemde cinsel işlevi iyileştirmede etkili olduğunu bildirmektedir (Hadizadeh-Talasaz vd., 2019; Sobhgol vd., 2019). Doğum sonu dönemde hormonal değişimler nedeniyle ortaya çıkan vajinal kuruluk için ise steril, kokusuz ve suda çözünebilen kayganlaştırıcıların kullanımı ile cinsel ilişki sırasında ortaya çıkan ağrının önlenebileceği bildirilmektedir (Başkaya vd., 2018). Ayrıca ebe/hemşirelerin bu süreçte cinsel ilişkinin başlama zamanı, aile planlaması ve kontraseptif kullanımı hakkında kadına gerekli bilgileri sağlamaları son derece önemlidir (Paladine vd., 2019).

Doğum Sonu Dönemde Hemşirelik Yaklaşımı

Doğum sonu dönemde kadın, fizyolojik değişimler, yeni roller ve ebeveynliğe geçiş süreci nedeniyle önemli psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşamaktadır (Güleç vd., 2014). Annelerin doğum sonu sürece uyum sağlaması için verilen bakımda hemşireler anahtar rol oynamaktadır (Çapık vd., 2014). Doğum sonu dönemde annenin oldukça basit sorunların çözümünde bile yardıma ihtiyaç duyabilmesi, bu dönemde hemşirelik bakımının gerekliliğini ortaya koymaktadır (Şimşek ve Esencan, 2017). Hemşireler, tüm süreçlerde olduğu gibi doğum sonu dönemde uygulayacakları profesyonel ve bütüncül bir yaklaşım ile kadınlara ileri düzey hemşirelik bakımı sunmalıdırlar (Meran ve Şahin, 2014). Doğum sonu dönemde hemşireler anne ve bebeğin izlemi ve değerlendirmesini sağlamalı, değerlendirme sonucunda anne ve bebeğin bakım gereksinimi planlanmalı, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik anneye ve

ailesine kişisel gereksinimlerine uygun eğitim vermelidirler (Beydağ, 2007). Aynı zamanda verilen hemşirelik bakımının anne bebek etkileşimi, çocuk gelişimi ve çiftlerin evlilik yaşantılarına uyumlarının kolaylaştırılmasında etkili olacağı belirtilmektedir (Güleç vd., 2014). Nitekim yapılan çalışmalarda, etkin hemşirelik bakımı verilen lohusaların aldıkları bakım hizmetlerinden yüksek oranda (%88-90) memnun oldukları belirtilmektedir (Gürcüoğlu ve Vural, 2017; Karabulutlu ve Yavuz, 2019). Bu bağlamda sağlık hizmeti sunumunda ekip anlayışı içinde sunulan hemşirelik hizmetlerinin doğum sonu süreçte sağladığı yararlar göz önüne alındığında uygulanacak hemşirelik bakımının oldukça önemli olduğu anlaşılmaktadır.

SONUÇ

Doğum sonu dönemde kadınlarda sık görülen sorunlar ve bu sorunlara yaklaşımlar güncel kanıtlar çerçevesinde özetlenmiştir. Doğum sonu dönemde anne ve yenidoğan sağlığının yükseltilebilmesi amacıyla, bu dönemde görülebilecek sorunlar açısından risk değerlendirmesinin yapılması, teşhis ve tedaviye yönelik güncel yaklaşımların sağlık personelleri tarafından kullanılması verilen bakımın kalitesi açısından önem taşımaktadır. Bu kapsamda sağlık profesyonellerinin kanıt düzeyi yüksek güncel çalışmalarını takip etmesi, hizmet içi eğitimlere katılması ve daha fazla araştırma yaparak sağlık bakım kalitesini geliştirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Abdel-Aleem, H., Singata, M., Abdel-Aleem, M., Mshweshwe, N., Williams, X., & Hofmeyr, G. J. (2010). Uterine massage to reduce postpartum hemorrhage after vaginal delivery. *Int J Gynaecol Obstet.*, 111(1), 32-36. doi:10.1016/j.ijgo.2010.04.036

ACOG. (2017). Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol.*, 130(4), e168-e186. doi:10.1097/aog.0000000000002351

ACOG. (2018). ACOG Committee Opinion No. 736: Optimizing postpartum care. *Obstet Gynecol.*, 131(5), e140-e150. doi:10.1097/aog.0000000000002633

Ahnfeldt-Mollerup, P., Petersen, L. K., Kragstrup, J., Christensen, R. D., & Sørensen, B. (2012). Postpartum infections: Occurrence, healthcare contacts and association with breastfeeding. *Acta Obstet Gynecol Scand.*, 91(12), 1440-1444. doi:10.1111/aogs.12008

American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Dördüncü Baskı (DSM-IV)* (E, Köroğlu Çev. Ed.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*. Author; Arlington, VA.

Başkaya, Y., Karakoç, H., & Özerdoğan, N. (2018). Postpartum dönemde yaşanan cinsel sağlık sorunları, ebe ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 15(4), 269-274. doi: 10.5222/HEAD.2018.269

Bekmezci, E., & Meram, H. E. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. *Androl Bul*, 22, 233–237. Erişim adresi: <https://androlojibulten.org/jvi.aspx?pdire=androloji&plng=tur&un=AND-44977&look4=>

Benson, G. (2019). Primary post-partum haemorrhage - Causation and management. *J Perioper Pract.*, 29(4), 75-80. doi:10.1177/1750458918782902

Berens, P. (2020). Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. Available at: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-periodnormal-physiology-and-routinematernalcare?search=postpartum%20period&source=search_result&selectedTitle=1~150&u_sage_type=default&display_rank=1

Berens, P., & Brodribb, W. (2016). ABM Clinical Protocol #20: Engorgement, Revised 2016. *Breastfeed Med*, 11(4), 159-163. doi:10.1089/bfm.2016.29008.pjb

Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TnpJd01ERXg/dogum-sonu-donemde-annelige-uyum-ve-hemsirenin-rolu>

Bilgin, N. Ç., & DC, P. (2010). Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 80-87. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/56578>

Boran, P. (2020). Emzirme sorunlarına kanıta dayalı yaklaşım. *Osmangazi Tıp Dergisi, Sosyal Pediatri Özel Sayısı*, 35-40. <https://doi.org/10.20515/otd.681551>

Boushra, M., & Rahman, O. (2020). Postpartum Infection. In *statpearls*. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560804/>

Brown, A., Rance, J., & Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: the role of pain and physical difficulties. *J Adv Nurs*, 72(2), 273-282. doi:10.1111/jan.12832

Çapık, A., Özkan, H., & Apay, S. E. (2014). Loğusaların doğum sonu konfor düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(3), 186-192. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753355>

Çevik, A., & Sultan, A. (2020). Doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamalar. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 10(1), 14-22. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/854957>

Doğan, G., & Kızıltan, G. (2019). Annelerin postpartum depresyon risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi-BÜSBİD*, 4(2), 105-121. <https://doi.org/10.24938/kutfd.331954>

Durmuş, A., & Gürkan, Ö. C. (2020). Erken postpartum dönem meme sorunlarında kanıt temelli tamamlayıcı ve destekleyici bakım uygulamaları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 3(2), 185-192. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.761903>

Erçel, Ö., & Süt, H. (2020). Postpartum dönem kadınlarında uyku ve yaşam kalitesi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*, 1, 23-30. doi: 10.4274/jtasm.galenos.2019.92400

Erickson, E. N., Lee, C. S., Grose, E., & Emeis, C. (2019). Physiologic childbirth and active management of the third stage of labor: A latent class model of risk for postpartum hemorrhage. *Birth*, 46(1), 69-79. doi:10.1111/birt.12384

Fahey, J. O. (2017). Best practices in management of postpartum pain. *J Perinat Neonatal Nurs*, 31(2), 126-136. doi:10.1097/jpn.0000000000000241

Fışkın, G., & Oskay, Ü. (2015). Postpartum hemoraji risk değerlendirmesi, yönetimi ve ebe/hemşirenin rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 72-77. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/duzcesbed/issue/4850/66662>

Gönenli, S., Kocatürk, A. A., & Çalık, K. Y. (2019). Normal doğum yapan primipar annelerin erken doğum sonu dönemde emzirme başarısı ve etkileyen faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(3), 191-200. <https://doi.org/10.17942/sted.448325>

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., . . . Finale, E. (2017). Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *ScientificWorldJournal*, Article ID 1940756.

Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., & Epperson, C. N. (2013). Management of postpartum depression. *J Midwifery Womens Health*, 58(6), 643-653. doi:10.1111/jmwh.12104

Gutzeit, O., Levy, G., & Lowenstein, L. (2020). Postpartum female sexual function: risk factors for postpartum sexual dysfunction. *Sex Med*, 8(1), 8-13. doi:10.1016/j.esxm.2019.10.005

Güleç, Ş., Kavlak, O., & Sevil, Ü. (2014). Ebeveynlerin doğum sonu yaşadıkları duygusal sorunlar ve hemşirelik bakımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma*, 11(1), 54-59. Erişim adresi: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRjMk5URXpNdz09/ebeveynlerin-dogum-sonu-yasadiklari-duygusal-sorunlar-ve-hemshirelik-bakimi->

Gürcüoğlu, E., & Vural, G. (2017). Annelerin doğum sonu dönemde hastanede verilen ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyetleri. *Gazi Medical Journal*, 29(1): 34-40. Erişim adresi: <https://medicaljournal.gazi.edu.tr/index.php/GMJ/article/view/1506>

Hadizadeh-Talasaz, Z., Sadeghi, R., & Khadivzadeh, T. (2019). Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwan J Obstet Gynecol*, 58(6), 737-747. doi:10.1016/j.tjog.2019.09.003

Hamlacı, Y., Bekmezci, H., & Özerdoğan, N. (2017). Postpartum kanamalarda kanıta dayalı uygulamalar. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 38-44. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/343559>

Handelzalts, J. E., Levy, S., Peled, Y., Yadid, L., & Goldzweig, G. (2018). Mode of delivery, childbirth experience and postpartum sexuality. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(4), 927-932. doi:10.1007/s00404-018-4693-9

Hofmeyr, G. J., Abdel-Aleem, H., & Abdel-Aleem, M. A. (2013). Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*(7), Cd006431. doi:10.1002/14651858.CD006431.pub3

Hofmeyr, G. J., Mshweshwe, N. T., & Gülmezoglu, A. M. (2015). Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*, 1(1), Cd008020. doi:10.1002/14651858.CD008020.pub2

Karabulutlu, Ö., & Yavuz, C. (2019). Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 6(2), 182-199. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/905263#:~:text=Tabloda%20g%C3%B6sterilmemekle%20beraber%20Page%209,alarak%20bak%C4%B1mdan%20memnun%20olduklar%C4%B1%20saptanm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1r.>

Koçak, DY., & Büyükkayacı, DN. (2016). Postpartum depresyon ve hemşirelik yaklaşımı. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi Sempozyum*, 9: 21-26. Erişim adresi: http://www.literaturesempozyum.com/pdf/m_1458135075.pdf

Leeman, L. M., & Rogers, R. G. (2012). Sex after childbirth: postpartum sexual function. *Obstet Gynecol*, 119(3), 647-655. doi:10.1097/AOG.0b013e3182479611

Menard, M. K., Main, E. K., & Currigan, S. M. (2014). Executive summary of the reVITALize initiative: standardizing obstetric data definitions. *Obstet Gynecol*, 124(1), 150-153. doi:10.1097/aog.0000000000000322

Meran, H. E. P., & Şahin, N. H. (2014). Kadın sağlığı alanında uzman hemşirelik eğitimi ve uzman hemşirelik rolleri: Amerika Birleşik Devletleri örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 1-14. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/22284/239023>

Newsome, J., Martin, J. G., Bercu, Z., Shah, J., Shekhani, H., & Peters, G. (2017). Postpartum hemorrhage. *Tech Vasc Interv Radiol*, 20(4), 266-273. doi:10.1053/j.tvir.2017.10.007

O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*, 9, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612

Oskay, Ü., & Avcı, N. (2019). Riskli postpartum dönem ve hemşirelik yaklaşımı. In N. Beji (Ed.), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Hemşire ve Ebelere Yönelik, Nobel Tıp Kitabevi*.

Oyelese, Y., & Ananth, C. V. (2010). Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. *Clin Obstet Gynecol*, 53(1), 147-156. doi:10.1097/GRF.0b013e3181cc406d

Paladine, H. L., Blenning, C. E., & Strangas, Y. (2019). Postpartum care: An approach to the fourth trimester. *Am Fam Physician*, 100(8), 485-491. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/afp/2019/1015/p485.html>

Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol*, 52, 165-180. doi:10.1016/j.yfrne.2018.12.001

Pileggi-Castro, C., Nogueira-Pileggi, V., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Vogel, J. P., & Souza, J. P. (2015). Non-pneumatic anti-shock garment for improving maternal survival following severe postpartum haemorrhage: a systematic review. *Reprod Health*, 12, 28. doi:10.1186/s12978-015-0012-0

Poyatos-León, R., García-Hermoso, A., Sanabria-Martínez, G., Álvarez-Bueno, C., Cavero-Redondo, I., & Martínez-Vizcaíno, V. (2017). Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth*, 44(3), 200-208. doi:10.1111/birt.12294

Rwabizi, D., Rulisa, S., Findlater, A., & Small, M. (2016). Maternal near miss and mortality due to postpartum infection: a cross-sectional analysis from Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16(1), 177. doi:10.1186/s12884-016-0951-7

Simpson, K. R. (2018). Update on evaluation, prevention, and management of postpartum hemorrhage. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 43(2), 120. doi:10.1097/nmc.0000000000000406

Sobhgol, S. S., Priddis, H., Smith, C. A., & Dahlen, H. G. (2019). The effect of pelvic floor muscle exercise on female sexual function during pregnancy and postpartum: a systematic review. *Sex Med Rev*, 7(1), 13-28. doi:10.1016/j.sxmr.2018.08.002

Suarez, S., Conde-Agudelo, A., Borovac-Pinheiro, A., Suarez-Rebling, D., Eckardt, M., Theron, G., & Burke, T. F. (2020). Uterine balloon tamponade for the treatment of postpartum hemorrhage: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*, 222(4), 293.e1-293.e52. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1287

Şimşek, Ç., & Esencan, T. (2017). Doğum sonu dönemde hemşirelik bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 48(4), 183-189. <https://doi.org/10.16948/zktipb.267263>

Taşkın, L., & Akan, N. (2020). Doğum sonu dönem, doğum sonu bakım. In L. Taşkın (Ed.), *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 16. Baskı, Akademisyen Yayınevi.

Toprak, F. Ü., Turan, Z., & Erebel, A. Ş. (2017). Doğum sonu erken dönem hemşirelik uygulamalarında güncel yaklaşımlar. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 96-103. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32272/359566>

UNICEF. (2020). From the first hour of life making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Available at: <https://data.unicef.org/wp.../From-the-first-hour-of-life.pdf>

Watkins, E. J., & Stem, K. (2020). Postpartum hemorrhage. *Jaapa*, 33(4), 29-33. doi:10.1097/01.Jaa.0000657164.11635.93

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Arch Womens Ment Health*, 18(1), 41-60. doi:10.1007/s00737-014-0475-y

Wetta, L. A., Szychowski, J. M., Seals, S., Mancuso, M. S., Biggio, J. R., & Tita, A. T. (2013). Risk factors for uterine atony/postpartum hemorrhage requiring treatment after vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 209(1), e51-56. doi:10.1016/j.ajog.2013.03.011

WHO. (2016). Breastfeeding. Available at: www.who.int/topics/breastfeeding/en

Yazıcı, S., Kaya, L., & Kaya, Z. (2020). Yenidoğan yoğun bakımda bebekleri olan annelerin meme problemleri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 2(3), 121-127. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/jhpr/issue/57194/790043>