

Doğumun 3. Evresinin Yönetimi

The Management of Third Stage of Labor

Ayla KANBUR¹, Rumeysa TAŞKIN²

ÖZ

Doğum eylemi ve doğumun evrelerinde uygulanan çeşitli uygulamalar geçmişten günümüze kadar tartışılmaktadır ve bu konu halen popülerliğini korumaktadır. Anne ve bebeğin iyilik halinin sağlanması ve sürdürülebilmesi için doğumda yapılan her uygulamanın kanıt temelli olması gerekmektedir. Bu çerçevede doğum eyleminin üçüncü evresinde uygulanan umbilikal kordun klemplenme zamanı, uterotonik ajan kullanımı, umbilikal kordun traksiyonu, uterin masaj gibi uygulamalar literatür çalışmalarıyla incelenmektedir. Bu uygulamaların etkinliğini bilmek, doğumda birincil rol oynayan ebelerin gereksiz uygulamalardan kaçınmasını sağlayacak ve var olan bilgilerini yeni bilgilerle bütünleştirecektir. Bu derlemede, doğum eyleminin üçüncü evresinin yönetiminde kullanılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşımlar literatür bilgisiyle sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Aktif yönetim, Bekle-gör yaklaşımı, Doğum, Doğumun üçüncü evresi, Kombine yönetim

ABSTRACT

Various applications during labor and labor stage have been discussed for a long time and this subject maintains its popularity. To ensure and maintain the well-being of the mother and the infant, every practice performed during labor should be evidence-based. Within this framework, practices such as umbilical cord clamping time, the use of uterotonic agents, umbilical cord traction, and uterine massage applied in the third stage of labor are examined through literature studies. Knowing the effectiveness of these practices ensures that midwives, who play a primary role in childbirth, both will avoid unnecessary practices and will integrate new information to their existing knowledge. In this review, practices and evidence-based approaches used in the management of the third stage of labor are presented with literature information.

Keywords: Active management, Combined management, Labor, Third stage of labor, Wait-see approach

¹ Doç. Dr. Ayla KANBUR, Ebelik, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, aylakanbur28@hotmail.com, ORCID:0000-0003-4086-4244

² Öğr. Gör. Rumeysa TAŞKIN, Ebelik, Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, rtaskin@agri.edu.tr, ORCID:0000-0001-5176-157X

İletişim / Corresponding Author: Rumeysa TAŞKIN

Geliş Tarihi / Received: 27.12.2021

e-posta/e-mail: rtaskin@agri.edu.tr

Kabul Tarihi/Accepted: 20.03.2023

GİRİŞ

Doğum, insanlığın var olduğu günden itibaren sağlık alanında üzerine düşünülen bir konudur. Doğum eyleminde yapılan her uygulama anne ve bebek sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu noktada doğumun riskli periyotlarından biri olan üçüncü evre, kanıt temelli uygulamalarla sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmelidir.¹

Doğumun üçüncü evresi bebeğin doğumundan plasenta ve membranlarının doğumuna kadar geçen süreyi kapsamaktadır. Bebeğin doğumuyla başlayan üçüncü evrede uterus kasılmaları devam eder ve plasenta uterin duvardan ayrılarak doğum kanalından atılır. Üçüncü evrenin süresi bu evreyle alakalı komplikasyonlara, plasentanın ayrılış süresine ve uterusun kasılmasına bağlıdır. Bebeğin doğumundan sonra plasentanın ayrılması bir miktar kan kaybını beraberinde getirir. Doğumdan sonra uterus çok iyi kontrakte olamayabilir ve şiddetli kanamalar annenin hayatını tehlikeye sokabilir. Riskli bir periyot olan bu aşamada verilen bakım anne açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle çeşitli yaklaşımlar (umblikal kordun traksiyonu, uterotonik ajan kullanımı vb.) doğum eyleminin üçüncü evresinin yönetiminde yer almaktadır.^{1, 2}

Doğumun üçüncü evresinin koruyucu klinik yönetiminde herhangi bir girişim yapılmadan bekle-gör olarak da adlandırılan bekleme tedavisi, kordun erken klemplenmesi, uterotonik ilaçların uygulanması ve kontrollü kord traksiyonunu içeren aktif yönetim ve her iki yönetimin bir arada kullanıldığı kombine yönetim olmak üzere üç belirli yaklaşım üzerinde durulur.²

Bekleme Tedavisi

Bekleme tedavisi, umblikal kordun pulsasyonu durana kadar klemplenmemesini ve kesilmemesini, plasentanın spontan doğumunu, uterotonik ilaçlar yerine meme ucu stimülasyonunu kullanmayı içerir.³ Bekleme tedavisinde erken ten-tene temasın sağlanması ve gerekirse plasenta doğduktan sonra uterotonik ajan kullanımı desteklenmektedir.⁴

İsviçre’de yapılan bir çalışmada bekleme tedavisi için üç önemli faktör belirlenmiştir⁵:

1. Sürecin kontrol altına alınması
2. Sürecin normallliğini ve annenin doğum deneyiminin korunması
3. Mesleki otonominin korunması.

Bekleme tedavisi ebelerin bakımı yönetmesine göre değişiklik gösterebilir. Begley ve ark.’nın (2012) Bulloughden aktardığına göre bakım veren kişilerin bir kısmı plasenta doğduktan sonra kordu klemplerken bazıları da kord pulsasyonu durduktan sonra kordu klemlemektedir.⁶ Alanında uzman ebelerin plasentayı vajinada gördüğünde umblikal korda nazıkçe uygulayacağı traksiyonunun iyi sonuçlar vereceği düşünülmektedir.⁶

Aktif yönetimin ve bekleme tedavisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada doğum sonu kanaması 1000 ml’den fazla olan kadınların bekleme tedavisi uygulanan grupta daha fazla olduğu bulunmuştur. Kan transfüzyonuna olan ihtiyaçta iki grup arasında fark görülmezken, doğum sonu hemoglobin değerlerinin ise benzer olduğu ortaya konulmuştur.⁵ İrlanda ve Yeni Zelanda’da doğumun üçüncü evresinin yönetiminde bekleme tedavisini uygulayan ebeler üzerinde yapılan bir çalışmada; ten-tene temasın, emzirmenin, kordun klemplenmemesinin, dik pozisyonların, anne çabasının ve ebeler tarafından tanımlanmış bekleme tedavisine yönelik komponentlerin yararları kanıtlarla desteklenmiştir. Çalışmaya göre bekleme tedavisinin öğrenilmesi ve uygulanması uterotonik ajanlara erişimi olmayan ebeler için ve kadınların bakımının sağlanması amacıyla önemlidir.⁶

Bekleme tedavisinde uygulanan geç kord klemplinin yenidoğanların oksijen saturasyonunu artırdığı, APGAR skorunu olumlu yönde etkilediği⁷, altı aydan sonra demir eksikliği ve anemi insidansını azalttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır.⁸ Umblikal kordu geç kesilen düşük doğum

ağırlıklı bebeklerin daha iyi kilo aldığı⁹, preterm bebeklerin ise altıncı ve onuncu haftalar arasında serum ferritin ve hemotokrit değerlerinin arttığı bildirilmiştir.⁸

Bekleme tedavisinin önemli noktalarından biri olan ten tene temas, emzirmenin başlatılması ve devam ettirilmesi açısından en etkin yoldur.¹⁰ Yapılan bir çalışmaya göre umbilikal kordu geç klemplenen ve ten tene temasın sağlandığı yenidoğanlarda oksijen saturasyonu yüksek bulunmuştur.¹¹ Sharma'nın (2016) yaptığı çalışmada yenidoğanın ilk altı haftada sadece anne sütüyle beslenme oranının umbilikal kord kesildikten sonra ten tene temas sağlanan yenidoğanlarda daha fazla olduğu bulunmuştur.¹²

Literatürde bildirilen ve 18. yüzyıldan beri var olan meme ucu stimülasyonu son yirmi yılı aşkın süredir postpartum hemorajiyi kontrol altına almada kullanılan sentetik ilaçlardan dolayı geri plana atılmıştır. Yapılan Cochrane araştırmasında meme ucu stimülasyonunun doğumun üçüncü evresinde postpartum hemorajiyi azalttığına yönelik yeterli kanıt bulunamamıştır.¹³

Aktif Yönetim

Doğum eyleminin üçüncü evresinin aktif yönetiminde üç anahtar ögenin üzerinde durulur.^{1, 14}

- ✓ Uterotonik ajanların kullanılması
- ✓ Kordun erken klempleneşmesi
- ✓ Kontrollü kord traksiyonu

Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne (2018) göre uterin masaj da sıklıkla aktif yönetimin bir parçası olarak kabul edilir.¹⁵

Aktif yönetim her sağlık profesyoneli için aynı anlamı taşımamaktadır. Doğumun üçüncü evresinin yönetimi ile ilgili olarak 14 Avrupa ülkesini içeren bir çalışma sonucunda, doğumun aktif yönetimine ilişkin değişiklikler ortaya konmuştur. Kordun klempleneşme zamanı ülkelere göre değişiklik göstermekte olup araştırma kapsamındaki çoğu ülkede doğumdan hemen sonra kesilmektedir. Avusturya, Danimarka,

Finlandiya, Macaristan, Norveç'te ise umbilikal kordda pulsasyon durana kadar klempleneşmesi bekletilmektedir. Denetim altında kordon çekilmesi İrlanda ve Birleşik Krallık'ta genel bir uygulama iken, diğer 12 ülkedeki sağlık merkezlerinin yarısından azında uygulanmaktadır. Uterotonik ajan kullanımı ise Avusturya ve Danimarka'da seyrek görülmektedir.¹⁶

Uterotonik Ajanların Kullanılması

Postpartum kanama 1000 ml veya daha fazla kümülatif kan kaybı ya da hipovolemi belirtisi ve semptomlarıyla ilişkili kan kaybı olarak tanımlanmaktadır.¹⁷ Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde oluşan postpartum hemoraji anne ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir. Doğumun üçüncü evresinde, zamanında, uygun yönetimle ve uterotonik ajan kullanımı ile postpartum hemoraji önlenebilir. Postpartum hemorajinin önlenmesinde birkaç farklı uterotonik ajan kullanılmaktadır. Bu ajanlar, ergometrin, misoprostol (Cytotec), karbetosin, oksitosin, enjekte edilen prostaglandinler ve kombine edilen ajanlar (misoprostol-oksitosin ve ergometrin- oksitosin) dir. Postpartum hemorajinin tedavisinde uterotonik ajan kullanımı (ilk tercih olarak sadece oksitosin) önemli rol oynamaktadır.^{15, 18}

Dünya Sağlık Örgütü (2018) uterotonik ilaçların kullanılması aşamasında¹⁵;

- ✓ Tüm doğumlarda IV ya da IM olarak 10 IU oksitosin kullanılması önerir.
- ✓ Karbetosin (100 µg, IM/IV)
- ✓ Misoprostol (ya 400 µg ya da 600 µg, PO)
- ✓ Hipertansif bozuklukların ekarte edildiği doğumlarda ergot preparatları (200 µg, IM/IV)
- ✓ Hipertansif bozuklukların ekarte edildiği doğumlarda sabit doz oksitosin ve ergot preparatları (5 IU/500 µg, IM)
- ✓ Enjekte edilebilen prostaglandinler (carboprost ya da sulprostone) ise tavsiye edilmeyen grupta yer alır.

Uterotonik ilaçlar postpartum hemorajiyi azaltması yönüyle klinik yarar sağlamaktadır.¹⁵ Uterotonik ilaçlar ve postpartum kanama arasındaki ilişkinin incelendiği bir meta analiz çalışmasında, 500 ml ya da daha fazla kanamayı önlemek için ergotmetrin ve oksitosin, karbetosin, oksitosin ile kombine misoprostol önerilmektedir.¹⁸ Profilaktik oksitosinin postpartum kanamaya etkisinin incelendiği bir çalışmada, oksitosin ve ergot preparatları karşılaştırıldığında kan kaybı, ek uterotonik ihtiyacı ve kan transfüzyonu ile ilgili durumların belirsiz olduğu belirtilmiştir. Ayrıca oksitosin-ergometrin, ergot

alkaloidleriyle kıyaslandığında ise kan kaybını azaltabileceği bulunmuş ancak kesinliğinin düşük olduğu ifade edilmiştir.¹⁹

Liabsuetrakul ve ark.nın (2018) yaptığı bir cochrane çalışmasında profilaktik IM veya IV ergot preparatlarının kan kaybının azaltılmasında ve maternal hemoglobinin artmasında etkili olabileceği ifade edilmektedir. Ancak ergot alkaloidlerinin, terapötik uterotonik ajan kullanımını azaltabileceği ama yüksek kan basıncı ve doğumdan sonra analjezi gerektiren ağrı gibi yan etkilere neden olabileceği ortaya konmuştur.²⁰

Tablo 1. Çeşitli Kuruluşların Uterotonik Ajan Kullanımına Yönelik Önerileri

DSÖ (2018)	<p>Tüm doğumlarda(vajinal/sezaryen) uterotonik ajan kullanımı, postpartum kanamayı önlemesi açısından önerilir.(Öneri: A / Kanıt Düzeyi: Orta)</p> <ul style="list-style-type: none">• Oksitosin(10 IU- IM/IV) postpartum kanamanın önlenmesinde önerilen uterotonik ilaçtır. (Öneri: A / Kanıt Düzeyi: Orta)• Oksitosinin mevcut olmadığı durumlarda enjekte edilen uterotonikler (eğer uygunsa ergometrine/methylergometrine ya da oksitosin ve ergometrin ilaç kombinasyonu) veya oral misoprostol 600 mcg kullanılabilir. (Öneri: A / Kanıt Düzeyi: Orta)
Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) (2004)	<ul style="list-style-type: none">• Bebeğin doğumundan sonra bir dakika içinde 10 IU IM oksitosin verilmesi önerilir. Çünkü enjekte edildikten sonra 2-3 dakika içinde etkin olur ve minimal yan etkiye sahiptir.• Oksitosin olmadığı durumlarda ergometrin 0.2 mg IM, oksitosin ve ergometrin kombinasyonu IM, misoprostol 400-600 mcg kullanılması önerilir.
Ulusal Klinik Uygulamaları Geliştirme Enstitüsü (NICE) (2014)	<ul style="list-style-type: none">• Doğumdan sonra 10 IU oksitosin IM olarak önermektedir.

Kaynak^{15,21,22}

Kordun Erken Klemplenmesi

Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminde kordun erken klemplenmesi tartışmaları da beraberinde getiren bir konudur. Kordun erken klemplenmesiyle kan, plasenta içinde birikir. Bu da kasların kasılmasını azaltarak kanamaya neden olur, hematoma oluşturarak plasantanın ayrılması hızlanır. Bu çerçeveden bakıldığında ilk başta kanamaya neden olurken daha sonra

kan kaybı azaltmaktadır. Literatürde erken kord klemp ve geç kord klemp arasında postpartum hemoraji açısından bir farkın görülmediği çalışmalarda mevcuttur.^{23,24}

Ulusal Klinik Uygulamaları Geliştirme Enstitüsü (NICE) (2014)²⁵, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Koleji (ACOG) (2017)²⁶, Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM)/ Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO) (2007)²⁷ gibi sağlık kuruluşları da geç kord

klembinin yenidoğana yönelik faydalarını ele alarak erken kord klempini önermemektedir.

Tablo 2. Çeşitli Kuruluşların Umblikal Kordu Klempleme Zamanına Yönelik Önerileri

DSÖ	<ul style="list-style-type: none">Erken kord klempini (doğumdan sonra 1 dakikadan az) asfiksi ve resusitasyon ihtiyacı olmadıkça önermemektedir.
ICM/FIGO	<ul style="list-style-type: none">DSÖ'nün orta kalitede olan umblikal kordunun 3 dakika sonra klempenmesi önerisine faydaları yönünden atıfta bulunmuştur.
ACOG	<ul style="list-style-type: none">Term yenidoğanlarda yaşamın ilk birkaç ayında demir seviyesini ve hemoglobini yükseltmesi, preterm bebeklerde nekrotizan enterekolit ve intraventriküler hemoraji insidansında azalma sağlaması ve kan transfüzyon ihtiyacını azaltması dolayısıyla geç kord klempini önermektedir.
NICE	<ul style="list-style-type: none">İlk 60 saniye kordun klempenmesini önermemektedir.

Kaynak²⁵⁻²⁸

Erken kord klempinde resüsitasyon ihtiyacı ele alındığında, Katheria ve ark. (2017) yaptığı çalışmada resüsitasyon riski olan term yenidoğanlarda geç kord klembini 1. ve 5. dakikalarda uygulamışlardır. Umblikal kordu 5. dakika klempenen yenidoğanlarda serebral oksijenizasyon ve kan basıncı daha yüksek bulunmuştur.

Resüsitasyon riski olan term yenidoğanlarda geç umblikal kord klembi açısından 5 dakikalık bir aralığın güvenilir olduğunu ifade etmişlerdir.²⁹ Erken ve geç kord klempinin postpartum kanama üzerinde etkinliğini inceleyen çalışmada erken kord klempisi ve geç kord klempisi arasında doğum sonu kanama ve şiddetli kanamalarda gruplar arası bir fark olmadığı görülmüştür.^{23,24}

Tablo 3. Erken ve Geç Kord Klempisi Arasındaki Farklar

	Erken Kord Klempisi	Geç Kord Klempisi
Oksijen saturasyonu	Daha düşük	Daha yüksek
APGAR değeri		Daha yüksek
Kilo alma		Daha fazla (düşük doğum ağırlıklı bebeklerde)
Hiperbilirunemi tedavisi	Fark yok	Fark yok
Anemi riski	Daha fazla	Daha düşük
Şiddetli postpartum hemoraji	Fark yok	Fark yok

Kaynak^{7,9,28}

Kontrollü Kord Traksiyonu

Kontrollü kord traksiyonunda ebe bir eliyle fundusu yukarı doğru iterken bir eliyle de umblikal korda sürekli bir traksiyon uygular. Bu yöntem uterus inversiyonu gibi olumsuz sonuçlara yol açacağı için yöntemi uygulayacak olan kişinin eğitilmiş ve bu konuda yeterli beceriye sahip olması gerekmektedir.¹ FIGO (2012), uterotonik

ajan yokluğunda veya plasentanın ayrılma belirtilerinden önce umblikal kord traksiyonunu plasentanın kısmi ayrılmasına, uterusun inversiyonuna, kord rüptürüne ve aşırı kanamaya neden olabileceği için önermemektedir.³⁰ Yapılan çalışmalarda 1000 ml olan kanama riskinde bir sonuç bulunamaz iken, 500 ml olan kanama riskinde azalma görülmüştür.^{1, 31} Kontrollü kord çekiminin uterotonik ilaç kullanımını

azalttığı, hem masajın hem de kontrollü kord çekme yönteminin uterotonik ilaçlar kadar etkili olduğu bulunmuştur.^{1,31}

Kontrollü kord traksiyonu ve bekleme tedavisinin karşılaştırıldığı bir çalışmada gruplar arasında şiddetli postpartum

hemoraji, kan transfüzyon ihtiyacı ve terapötik uterotonik ihtiyacında önemli bir fark bulunmamıştır. Ancak kontrollü kord traksiyonunun doğum sonu kanamayı, plasentanın elle çıkarılmasını ve üçüncü evrenin süresini azalttığı ortaya konulmuştur.³²

Tablo 4. Kontrollü Kord Traksiyonunun Etkileri

Yararları	Etkisiz Oldukları
≤500 ml olan postpartum kanamalarda etkilidir.	Şiddetli postpartum kanamada etkili değildir. (≥1000 ml)
Ergometrin ile birlikte kullanıldığında plasentanın elle çıkarılma ihtiyacını azaltır.	Kan transfüzyonu, anne ölümleri, şiddetli morbidite, ek uterotonik ajan kullanımı açısından etkisi yoktur.
Maternal ağrıyı azaltır.	Umbilikal kordda rüptür riski vardır.
Üçüncü evrenin süresini azaltır.	Doğumdan sonra ilk 24 ila 48 saatlerde 9 g/dl den az maternal hemoglobin, organ yetmezliği, enfeksiyon, maliyet etkinliği, geriye kalan parçaların tahliyesi gibi ikincil sonuçlar rapor edilmemiştir.

Kaynak^{1,32}

Uterus Masajı

Uterin masaj abdomenin alt kısmına uterusu uyarmak için yapılan tekrarlayan masaj ve sıkma hareketlerini içerir. Bu masajla uterus kontraksiyonları stimüle edilir. Bu stimülasyon sayesinde lokal prostaglandinlerin uyarıldığı ve hemorajiyi azalttığı düşünülmektedir. Kolay ve maliyetsiz bir yöntem olan uterin masaj rutinde sistematik bir şekilde kullanılmamaktadır.^{33,34}

DSÖ (2018) oksitosin alan kadınlarda hem anneyi rahatsız edeceği için hem de kanamayı azaltmada başarının sağlanmaması dolayısıyla tekrarlayan uterus masajı önermemektedir. Bununla birlikte, postpartum uterin atoninin erken teşhisi için tüm kadınlarda abdominal palpasyonla uterus atoninin gözetimi önerilmektedir.¹⁵ ICM/FIGO (2004), uterin masajı plasenta doğduktan sonra önermektedir.³⁵

Yapılan bir çalışmada postpartum ilk bir saat içinde her 10 dakikada bir yapılan uterin masajın uterotonik ajan kullanımını ve kan kaybını %80 azalttığı bulunmuştur.³³ Konu ile ilgili yapılan farklı bir çalışmada

postpartum ilk 24 saatte loşia rubra miktarını azaltmak için uterin masajın yapılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır.³⁶ Sistematik bir incelemede uterin masajın, uterotonik kullanımında, plasentanın manuel çıkarılma insidansında, ≥300, ≤400, ≤1000 ml kan kaybında, bebek doğduktan sonra plasentanın ≤60 dakikada doğması yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.³⁴

Karışık/Kombine Yönetim

Doğumun üçüncü evresinin karışık/kombine yönetimi; hem aktif yönetim hem de bekleme tedavisinin bazı bileşimlerinden oluşan ancak tüm komponentleri içermeyen yönetimdir. Genellikle üçüncü evrenin yönetiminde aktif yönetim önerilirken klinikte karışık/kombine yönetim kullanılabilir.²

Karışık/kombine yönetim şunları içerebilir²:

- ✓ Erken uterotonik ajan kullanımı, umbilikal kordda pulsasyon bitiminden sonra kordun kesilmesi ve denetimli olarak umbilikal kordun çekilmesi
- ✓ Umbilikal kordda pulsasyon bitene kadar geç uterotonik ajan kullanımı, sonra

kordun klemlenmesi ve denetimli olarak umblikal kordun çekilmesi

Umblikal kordun geç kesilmesinin bebek sağlığı açısından yararlı kanıtları üçüncü evrede karışık/kombine yönetimi etkin kılmaktadır.^{2, 23}

Yapılan bir çalışmada aktif ve kombine tedavi karşılaştırıldığında, aktif tedavinin az da olsa üçüncü evreyi kısaltabileceği ve doğum ağırlığını arttırabileceğini ortaya koymuştur. Aktif yönetimde (çok düşük kanıt düzeyi) maternal kan transfüzyonunun, ilk 24 saate terapötik uterotonik kullanımının, plasentanın manuel veya cerrahi olarak çıkarılmasının fark yaratıp yaratmadığı ise belirsizdir.³⁷

Doğumun 3. Evre Yönetiminde Ebelin Rolü

Geçmişten günümüze kadar obstetrik bakımı yöneten ebeler kanıta dayalı uygulamalarla birlikte doğumda anneye yardımcı olmaktadır. Ebelik mesleği kanıt temelli uygulamaları, bakımın temel noktası yapması itibariyle anne ve bebekle alakalı morbidite ve mortaliteyi minimal düzeye indirgemeyi amaçlamaktadır.^{38,39} Doğumun 3. evresi anne ve bebek bakımı açısından önemli bir evre olup kanıt temelli uygulamaların kilit rol oynadığı önemli bir aşamadır. Doğumda birincil rol oynayan ebeler, önemli kuruluşların 3. evrenin yönetimine yönelik rehberlerini takip etmeli, bilgilerini literatürle desteklemelidirler. Bu evrede anneden iyi bir öykü alınmalı ve anne postpartum kanamayı arttıracak faktörler açısından değerlendirilmelidir. Klinik, laboratuvar bilgileri de öykü kadar önemli parametrelerdir. Anneye durumu ile ilgili bilgi verilmeli ve yapılacaklar ile ilgili onay alınmalıdır. Kan kaybının değerlendirilmesi

bu aşamada önemlidir. Annenin genel durumu, vital bulguları, kanama durumu takip edilmeli, kayıt altına alınmalıdır.⁴⁰

3. evrenin yönetiminde⁴⁰;

- ✓ Uterotonik ajanlar zamanında ve doğru kullanılmalı
- ✓ Umblikal kord geç klemlenmeli
- ✓ Vital bulgular sık izlenmeli ve kayıt edilmeli
- ✓ Uterusun kontrakte olduğundan emin olunmalı
- ✓ Kan kaybını doğru değerlendirilmeli
- ✓ Olağan dışı durumlar hızlı ve doğru değerlendirilmelidir.

Ebeler umblikal kordun klemlenmesi aşamasında kanıt temelli uygulamalarla birlikte ebelik bakımını gerçekleştirmelidir. Geç umblikal kord klempinin term, preterm ve anne sağlığı üzerindeki olumlu etkileri DSÖ tarafından ortaya konmuş ve doğumun 3. evresinde geç umblikal kord uygulamasını tüm doğumlarda önermiştir.²⁸ Umblikal kordu klemlenmeden önce verilen yenidoğan pozisyonunun plasental transfüzyon hacmi için bir etkisi olmadığı görülmüş ve anne bebek bağlanmasını arttırması, obstetrik uyumun sağlanması ve demir eksikliğini azaltması yönünden yenidoğanın anne karnına veya göğsüne konulması önerilmiştir.⁴¹ Bu süreç içinde emzirmenin başlatılması yenidoğan sağlığı ve anne bebek bağlanması açısından önemlidir. Ebelin bir diğer sorumluluğu ise emzirmenin erken başlatılmasını sağlamaktır. Erken temasın başlatılması ilk emzirme başarısını arttırmaktadır.⁴² Ebeler bu aşamada özellikle tecrübesiz annelere emzirmede yardımcı olmalı ve gerekli danışmanlık hizmetlerini vermelidir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak üçüncü evrenin yönetimi anne ve bebek için önemli parametreleri içermektedir. Kanıtlar doğrultusunda doğumun 3. evresinin yönetimi uterotonik ajanların kullanılması, kontrollü kord traksiyonu ve geç kord klembi uygulaması

şeklinde olmalıdır. Bu uygulamalar karışık/kombine yönetimi işaret etmektedir. Özellikle aktif yönetimde yer alan kordun erken klemlenme işlemi günümüzde geç kord klempiyile alakalı yapılan çalışmalarla geri plana alınmıştır. Geç kord klempinin

yenidoğan sağlığı üzerinde olumlu etkileri literatür bilgisiyle kanıtlanmıştır. Bu yönüyle her geçen gün doğumun evrelerinin anne ve bebek sağlığını geliştirmek için ele alınması doğumda aktif rol oynayan ebeler için önemli bir gelişmedir. Ebelerin eğitim programlarına

bekleme tedavisinin, aktif ve karışık yönetimin komponentlerinin eklenmesi ve ebelerin bu yöntemleri uygulamaya koymasının sağlanması yapılan literatür taraması ele alınarak önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Hofmeyr, G.J, Mshweshwe, N.T. and Gülmezoglu, A.M. (2015). "Controlled Cord Traction for the Third Stage of Labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 (1), 1-31.
- Begley, C.M, Gyte, G.M, Devane, D, McGuire, W, Weeks, A. and Biesty, L.M. (2019). Active Versus Expectant Management for Women in the Third Stage Of Labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, 1-136.
- Burke, C. (2010). "Active Versus Expectant Management of the Third Stage of Labor And Implementation of A Protocol". *The Journal of Perinatal&Neonatal Nursing*, 24 (3), 215-228.
- Fahy, K.M. (2009). "Third Stage of Labour Care for Women at Low Risk of Postpartum Haemorrhage". *Journal Midwifery&Women's Health*, 54 (5), 380-386.
- Jangsten, E, Mattsson, L.Å, Lyckestam, I, Hellström A.L. and Berg, M.A. (2011). "Comparison of Active Management and Expectant Management of The Third Stage of Labour: A Swedish Randomised Controlled Trial". *BJOG: an International Journal of Obstetrics& Gynaecology*, 118 (3), 362-369.
- Begley, C.M, Guilliland, K, Dixon, L, Reilly, M. and Keegan, C. (2012). "Irish and New Zealand Midwives' Expertise in Expectant Management of the Third Stage of Labour:the 'MEET'study". *Midwifery*, 28 (6), 733-739.
- Ashish, K.C, Singhal, N, Gautam, J, Rana, N. and Andersson, O. (2019). "Effect of Early versus Delayed Cord Clamping in Neonate on Heart Rate, Breathing and Oxygen Saturation During First 10 Minutes of Birth - Randomized Clinical Trial". *Maternal Health Neonatology and Perinatology*, 5, 1-7.
- Zhao,Y, Hou, R, Zhu, X, Ren, L. and Lu H. (2019). "Effects of Delayed Cord Clamping on Infants After Neonatal Period:A Systematic Review and Meta-Analysis". *International Journal of Nursing Studies*, 92, 97-108.
- Tiemersma, S, Heistein, J, Ruijne, R, Lopez, G, van Lobenstein, J. and van Rheeën, P. (2015). "Delayed Cord Clamping in South African Neonates with Expected Low Birthweight: a Randomised Controlled Trial". *Tropical Medicine & International Health*, 20 (2), 177-183.
- Aghdas, K, Talat, K. and Sepideh, B. (2014). "Effect of Immediate and Continuous Mother-Infant Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Self-efficacy of Primiparous women:A Randomised Control Trial". *Women and Birth*, 27 (1), 37-40.
- Smit, M, Dawson, J.A, Ganzeboom, A, Hooper, S.B, van Roosmalen, J. and Te Pas A.B. (2014). "Pulse Oximetry in Newborns with Delayed Cord Clamping and Immediate Skin-to-Skin Contact". *Archives Disease Childhood. Fetal and Neonatal Education*, 99 (4), 309-314.
- Sharma, A. (2016). "Efficacy of Early Skin-to-Skin Contact on the Rate of Exclusive Breastfeeding in term Neonates:a Randomized Controlled Trial". *African Health Sciences*, 16 (3), 790-797.
- Abedi, P, Jahanfar, S, Namvar, F. and Lee, J. (2016). "Breastfeeding or Nipple Stimulation for Reducing Rostpartum Haemorrhage in the Third Stage of Labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-34.
- Breathnach, F. and Geary, M. (2009). "Uterine Atony: Definition, Prevention, Nonsurgical Management, and Uterine Tamponade". *Seminars Perinatology*, 33 (2), 82-87.
- World Health Organization. (2018). "WHO Recommendations: Uterotonics for the Prevention of Postpartum Haemorrhage". Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277276/9789241550420-eng.pdf>. (Erişim tarihi: 12 Mart 2021)
- Winter, C, Macfarlane, A, Deneux-Tharoux, C, Zhang W.H, Alexander, S, Brocklehurst, P, Bouvier-Colle, M.H, Prendiville, W, Cararach, V, van Roosmalen, J, Berbig, I, Klein, M, Ayres-de-Campos, D, Erkkola, R, Chiechi, L.M, Langhoff-Roos, J, Stray-Pedersen, B. and Troeger, C. (2007). "Variations in Policies for Management of the Third Stage of Labour and the Immediate Management of Postpartum Haemorrhage in Europe". *BJOG: an International Journal of Obstetrics& Gynaecology*, 114 (7), 845-854.
- Bienstock, J.L, Eke, A.C and Hueppchen, N.A. (2021). "Postpartum Hemorrhage". *New England Journal of Medicine*, 384 (17), 1635-1645.
- Gallos, I.D, Papadopoulou, A, Man, R, Athanasopoulos, N, Tobias, A, Price, M.J, Williams, M.J, Diaz, V, Pasquale, J, Chamillard, M, Widmer, M, Tunçalp, Ö, Hofmeyr, G.J, Althabe, F, Gülmezoglu, A.M, Vogel, J.P, Oladapo, O.T. and Coomarasamy, A. (2018). "Uterotonic Agents for Preventing Postpartum Haemorrhage: a Network Meta-Analysis". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (12), 1-925.
- Salati, J.A, Leathersich, S.J, Williams, M.J, Cuthbert, A. and Tolosa J.E. (2019). "Prophylactic Oxytocin for the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4 (4), 1-91.
- Liabsuetrakul, T, Choobun, T, Peeyanjanarassri, K. and Islam Q.M. (2018). "Prophylactic Use of Ergot Alkaloids in the Third Stage of Labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6 (6), 1-60.
- International Federation of Obstetrics and Gynaecology; International Confederation of Midwives. (2004). International Joint Policy Statement. FIGO/ICM Global Initiative to Prevent Post-partum Hemorrhage. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 26 (12), 1108-1111.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2014). "Intrapartum Care for Healthy Women and Babies". Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>. (Erişim tarihi: 22.03.2021)
- McDonald, S.J, Middleton, P, Dowswell, T. and Morris, P.S. (2014). "Effect of Timing of Umbilical Cord Clamping of Term Infants on Maternal and Neonatal Outcomes". *Evidence-Based Child Health*, 9 (2), 303-397.

24. Ruangkit, C, Leon, M, Hassen, K, Baker, K, Poeltler, D. and Katheria, A. (2018). "Maternal Bleeding Complications Following Early Versus Delayed Umbilical Cord Clamping in Multiple Pregnancies". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-6.
25. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). (2014). "Intrapartum Care: Care of Healthy Women and Their Babies During Childbirth". London: National Institute for Health and Care Excellence.
26. The American Academy of Pediatrics. (2017). "Delayed umbilical cord clamping after birth". *Pediatrics*, 139.
27. International Confederation of Midwives (ICM). and International Federation Gynaecology and Obstetrics (FIGO). (2007). "Prevention and Treatment of Post-partum Haemorrhage: New Advances for Low Resource Settings". *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 97 (2), 160-163.
28. World Health Organization. (2014). "Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes". Erişim adresi: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf. (Erişim tarihi: 08.04.2021)
29. Katheria, A.C, Brown, M.K, Faksh, A, Hassen, K.O, Rich, W, Lazarus, D, Steen, J, Daneshmand, S.S. and Finer, N.N. (2017). "Delayed Cord Clamping in Newborns Born at Term at Risk for Resuscitation: A Feasibility Randomized Clinical Trial". *The Journal of Pediatrics*, 187, 313-317.
30. Taylor U, Delorme P. and Miller S. (2012). "FIGO Guidelines: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage in Low-Resource Settings." *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 117 (2), 108-118.
31. Sheldon, W.R, Durocher, J, Winikoff, B, Blum, J. and Trussell, J. (2013). "How Effective are the Components of Active Management of the Third Stage of Labor?". *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 1-8.
32. Du, Y, Ye, M. and Zheng, F. (2014). "Active Management of the Third Stage of Labor with and without Controlled Cord Traction: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials". *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93 (7), 626-633.
33. Hofmeyr, G.J, Abdel-Aleem, H. and Abdel-Aleem, M.A. (2013). "Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1 (7), 1-27.
34. Saccone, G, Caissutti, C, Ciardulli, A, Abdel-Aleem, H, Hofmeyr, G.J. and Berghella, V. (2018). "Uterine Massage as Part of Active Management of the Third Stage of Labour for Preventing Postpartum Haemorrhage during Vaginal Delivery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Trials". *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125 (7), 778-781.
35. International Confederation of Midwives; International Federation of Gynaecologists and Obstetricians. (2004). "Joint Statement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Post-partum Haemorrhage". *Journal Midwifery & Women's Health*, 49 (1), 76-77.
36. Çalım, S.İ. ve Kavlak, O. (2014). "The Effect of Uterine Massage during Early Postpartum Period on Uterus Involution and Amount of Lochia Rubra". *Journal of Health Sciences*, 3 (4), 1005-1018.
37. Yıldırım, D, Özyürek, S.E, Ekiz, A, Eren, E.C, Hendem, D.U, Bafalı, O. and Seçkin K.D. (2016). "Comparison of Active vs. Expectant Management of the Third Stage of Labor in Women with Low Risk of postpartum hemorrhage: a Randomized Controlled Trial". *Ginekologia Polska*, 87 (5), 399-404.
38. Batman, D. ve Çoban, A. (2019). "Term Yenidoğanlarda Doğumun Üçüncü Evresinde Umbilikal Kordun Klemleme ve Kesilme Uygulamaları". *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28 (3), 237-241.
39. Güngör İ. ve Rathfisch G.Y. (2009). "Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar". *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 11 (2), 56-65.
40. Soysal S. (2013). "Doğumun 3. Evresinin Aktif Yönetimi". In: L.S. DEMİR. (Ed.). *T.C Sağlık Bakanlığı Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü-Anne Ölümünü Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım Sempozyum Kitabı* (41-44). Konya: Adabalı Ofset Matbaacılık.
41. Vain, N.E, Satragno, D.S, Gorenstein, A.N, Gordillo, J.E, Berazategui, J.P, Alda, M.G. and Prudent, L.M. (2014). "Effect of Gravity on Volume of Placental Transfusion: a Multicentre, Randomised, Non-inferiority Trial". *The Lancet*, 384 (9939), 235-240.
42. Mahmood, I, Jamal, M. and Khan, N. (2011). "Effect of Mother-infant Early Skin-to-Skin Contact on Breastfeeding Status: A Randomized Controlled Trial". *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 21 (10), 601-605.