

DOĞUM SONRASI KANAMANIN ÖNLENMESİ VE YÖNETİMİNDE EBELERİN SORUMLULUKLARI

THE RESPONSIBILITIES OF MIDWIVES IN PREVENTION AND MANAGEMENT OF POSTPARTUM HEMORRHAGE

Funda Çitil Canbay¹, Sibel Şeker¹, Elif Tuğçe Çitil²

¹Adnan Menderes Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü

ORCID ID: 0000-0001-7520-4735

ORCID ID: 0000-0001-8730-1786

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü

ORCID ID: 0000-0003-2815-7010

Yazışma Adresi:

Funda Çitil Canbay
Adnan Menderes Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, Efeler,
AYDIN/ TÜRKİYE
E-posta: midwifefunda23@gmail.com

Gönderim tarihi: 23 Kasım 2018

Kabul Tarihi: 21 Nisan 2019

Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

ÖZ

Anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri doğum sonu kanamadır. Doğum sonu kanamanın erken tespiti ve doğum sonu kanamaya zamanında ve uygun müdahale edilmesi ebelerin sorumlulukları arasındadır. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (ICM) ve Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (FIGO), maternal ölüm ve sakatlığın azaltılmasının yanı sıra anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri olan doğum sonu kanamanın önlenmesi için ortak bir çaba içerisindeyler. Ebeler, doğum sonu meydana gelen kanamalarda, annede oluşabilecek bilinç kaybı ve genel durum bozukluğu için gerekli yaşamsal destek tekniklerini bilmek zorundadır. Ebeler, acil bir durumda tek başına müdahale edemeyeceğinin farkında olmalı ve yardım çağırdıktan sonra acil müdahaleye başlamalıdır. Ayrıca ebelerin gerekli durumlarda tıbbi bir işlemin ne zaman yapılacağını, hangi ilacın kullanılacağını, ilaçların verilmiş yolunu ve dozunu bilmesi gerekir. Doğum sonu kanamanın tespit edilemez ve durdurulamaz ise, vücudun kanamaya toleransı hızla azalacak, şok hatta anne ölümüne bile neden olacaktır. Doğum Sonu Kanama, önlenebilir bir sorundur. Kanıt temelli ebelik bakımında, ebelerin doğum sonu kanamayı önleme konusunda oldukça önemli görevleri bulunmaktadır. Ebeler bu nedenle, doğum sonu kanamanın tespiti, önlenmesi ve yönetimi konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Bu makale, doğum sonu kanama kanamanın yönetimi ve önlenmesinde ebelerin sorumluluklarının önemini vurgulamak amacıyla literatür bilgileri paylaşılarak hazırlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELEER: Doğum sonu, ebelik, kanama.

ABSTRACT

One of the main reasons of maternal death is postpartum hemorrhage. Early detection of postpartum hemorrhage and timely intervention are among the responsibilities of midwives. In addition to decreasing maternal death and disability in the world, The International Confederation of Midwives and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) are in a struggle for prevention of postpartum hemorrhage which is one of the main reasons of maternal death. The midwives have to know the life-sustaining techniques necessary for the blackouts and disorders which can emerge in postpartum hemorrhages. They should be aware of the fact that they cannot intervene alone in an emergency and should begin immediate treatment after calling for help. They also should know when a medical treatment will be performed, which medicine will be used and the way of medication and potion when necessary. If the postpartum hemorrhage is undetectable and unstoppable, the tolerance of body towards hemorrhage will decrease quickly and the shock will even cause to maternal death. Postpartum hemorrhage is a preventable problem. Midwives have highly important duties about preventing postpartum hemorrhage in evidence-based midwifery care. Therefore, they must have knowledge and skill about detection, prevention and management of postpartum hemorrhage. This article was prepared with the purpose of emphasizing the importance of responsibilities which midwives have in the management and prevention of postpartum hemorrhage by sharing the literature data.

KEY WORDS: Postpartum, midwifery, bleeding.

GİRİŞ

Koruyucu sağlık hizmetlerinin gelişiminde toplumsal refahı yükseltmek, daha sağlıklı ve barış içinde yaşamak için 1977 yılında 30. Dünya Sağlık Asemblası yapılmış, "Herkes İçin Sağlık" başlığı ile yola çıkılarak, 38 adet 2000 yılı hedefleri belirlenmiştir. Bu hedeflerden sekizincisi anne ölümlerini azaltmak ile ilgilidir¹⁻³. Anne ölümlerini azaltmak, anne sağlığını korumak, geliştirmek ve iyileştirmekle başarılabılır. Anne ölümlerini azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2000 yılında ülkemizin de dâhil olduğu 191 ülke tarafından imzalanan "Yeni Binyılın Kalkınma Hedefleri"ni tanımlamıştır. Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin beşincisi anne sağlığının iyileşmesini amaçlamaktadır¹. Anne sağlığının iyileşmesini sağlamak ve anne ölümlerini azaltmak da ancak sağlık profesyonellerinin anne ölüm nedenlerini tespit etmeleri ve önlemleri ile sağlanabilir. Tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. DSÖ'ne göre, anne ölümlerinin başlıca nedeni doğum sonu kanamadır⁴. DSÖ'nün 2016 yılı raporuna göre; her gün yaklaşık 830 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden ölmektedir. Nitelikli doğum öncesi bakım ile anne ve bebek ölümleri azaltılabilir. DSÖ'ne göre; 2016 ve 2030 yılları arasındaki "Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" kapsamında, anne ölümlerini 100.000 canlı doğumda 70 oranının altına düşürmek küresel bir hedefdir⁵. Dünya çapında her yıl 287.000 anne ölmekte olup bu ölümlerin çoğu önlenebilir nitelikteki anne ölüm nedenleridir⁶. Ülkemizde, 2015 yılı anne ölüm oranı yüz binde 16 olarak rapor edilmiştir⁵. Nitelikli yapılan doğum öncesi bakım ile 1990 ve 2015 yılları arasında, anne ölümleri dünya çapında yaklaşık %44 oranında düşmüştür⁷. Ülkemizde 2003 yılından bu yana uygulanmakta olan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile anne ve çocuklara özel önem verilmesi öncelikli konular arasında yer almıştır⁸. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. Anne ölüm oranı 2002 yılında yüz bin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan "Ulusal Anne Ölümleri Çalışması"na göre 28.5'e düşmüştür⁹. Bu sonuçların alınmasında ülkemizdeki genel gelişmenin yanı sıra, doğum öncesinde, doğumda ve doğum sonunda bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde, anne ve bebek ölümlerinin azaltılmasında; doğumların hastanede yapılmasının sağlanmasının, kalkınmada öncelikli bölgelerden olan Doğu Anadolu ve Güneydoğu Anadolu bölgeleri başta olmak üzere ülke genelinde sağlık personeli sayısının artırılmasının, hastanelerdeki erişkin

ve yenidoğan yoğun bakım hizmetlerindeki gelişmelerin ve 112 acil yardım ve kurtarma hizmetlerindeki gelişmelerin büyük katkısı olmuştur¹⁰. Anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri doğum sonu kanama olmakla birlikte, doğum sonu kanamanın kabul edilmiş evrensel bir tanımı bulunmamaktadır. DSÖ'ne göre, doğumdan sonra ilk 24 saat içerisinde oluşan 500 ml'den fazla kanama, hemodinamide bozukluğa yol açan ve anne hayatını tehdit eden obstetrik kanamalar doğum sonu kanama olarak adlandırılır^{4,11}. Vajinal bir doğum sonu normalde 24 saat içinde ortalama 500 ml kan kaybedilebilir. Ancak şiddetli doğum sonu kanama, 1000 ml'den fazla kan kaybı olarak tanımlanmaktadır. Sezaryen doğumlarda ise 1000 ml'den fazla kanamanın olması doğum sonu kanamayı düşündürür. Doğumdan sonra ilk 24 saat içinde gerçekleşen kanamalara erken, 24 saatten sonra 12. haftaya kadar olan kanamalara ise geç doğum sonu kanama denir⁴. Doğum sonu kanamanın erkenden tespit edilmesi ve doğum sonu kanamanın zamanında müdahale edilmesi ebelerin sorumlulukları arasındadır¹². Bu nedenle ebeler doğum sonu kanamaların tespiti, önlenmesi ve yönetimi konusunda bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Ebeler, şiddetli kanama olduğunu tespit ettiği anda vakit kaybetmeden hekime haber vermelidir. Kanamanın tespit edilemediği ya da hekime geç haber verildiği zaman vücudun kanamaya toleransının hızla azalması sonucu şok hatta ölüm görülebilir¹³. Uluslararası Ebelik Konfederasyon (ICM) ve Uluslararası Kadın Hastalıkları ve Doğum Birliği (FIGO), maternal ölüm ve sakatlığın azaltılmasının yanı sıra anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri olan doğum sonu kanamanın önlenmesi için ortak bir çaba içerisindeyler¹⁴. Bu doğrultuda bu makale, anne ölümlerinin başlıca nedenlerinden biri olan doğum sonu kanamanın önlenmesi ve yönetiminde ebelerin sorumluluklarının önemini vurgulamak amacıyla yapıldı.

Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi

İyi bir doğum sonu kanama yönetimi uygulaması kanamayı önlemekle başlar. Doğum sonu kanamayı önlemek için doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi önemlidir. Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi; kan kaybını önlemek ve azaltmak amacıyla plasentanın beklemeden çıkarılmasına yardımcı olmak için yapılan uygulamaları içerir. Bu uygulamalar; uterotoniklerin kullanılması, umbilikal kordun klempenmesi, kordun kontrollü traksiyonunun yanında perine, vajina ve serviks laserasyonlarının tamiridir^{15,16}.

Kordklemlenme Zamanı

Umblikal kordun erken ya da geç klemleneceği konusu yıllarca bilim adamlarını ikiye bölen bir tartışma konusu olmuştur. Erken umblikalkord klemlenmesi, kordun klemlenme ve kesilmesi işleminin bebeğin doğumundan sonra 1 dakika içinde gerçekleştirilmesi olarak tanımlanırken, geç umblikal kordklemlenmesi ise, 1 dakikadan sonra kordpulsasyonu duruncaya kadar kordun klemlenmesi ve kesilmesi olarak tanımlanır^{17,18}. Geç umblikalkord klemlenmesi ve kesilmesi uygulamalarının, özellikle prematüre yenidoğanların sağlığı üzerinde olumlu etkileri bulunur¹⁸. Ayrıca, literatürde umblikal kordun geç klemlenmesinin doğum sonu kanamayı arttırdığına yönelik bir araştırmaya rastlanmamıştır ve bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar kısıtlıdır¹⁹. Yapılan araştırmaların bulguları incelendiğinde; geciktirilmiş göbek kordonu klemlenmesinin doğum sonu kanama insidansında etkisinin olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte bu konu, bir teorik endişe kaynağı olmaya devam etmektedir. Çünkü bu dönemde uterustaki spiral arterler ve damarlardan kan akışı yaklaşık 600 ml/dk olmaktadır. Bu yüzden erken göbek kord klemlenmesinin, doğum sonu kanama riskinde azalmaya neden olduğuna inanılmaktadır. Ancak kanıtlar geciktirilmiş klemlenmenin doğum sonu kanamayı arttırmadığını göstermektedir^{19,20}.

McDonald ve arkadaşlarının (2013), 3911 kadını değerlendirdiği sistematik derlemede, kordonun erken ya da geç klemlenmesiyle doğum sonu hemoraji yönünden anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Ayrıca literatürde maternal morbitideyle ilişkili bir veri yoktur¹⁹. Bu konuyla ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Plasentanın Doğurtulmasının Zamanlaması

Doğumun üçüncü evresinde, plasenta 5-30 dakika içinde doğmalıdır. Plasentanın doğumu için plasenta ayrılma belirtileri (uterusun küre halini alması, ani vajinal kanama, uterusun fundusunun umblikus seviyesine yükselmesi, kordun boyunda uzama) gözlenmeli ve hoyratça müdahalelerden kaçınılmalıdır²¹. Plasental ayrılma, doğumların %50.0'ında ilk 5, %90.0'ında ise ilk 15 dakika içinde gerçekleşir. Bu süreçte gecikme, doğum sonu kanama için önemli bir risk faktörüdür.²² Üçüncü evrenin aktif yönetimi için plasentanın doğurtulmasında kontrollü bir şekilde kordonun çekilmesi önerilmiştir^{23,24}. Kontrollü bir şekilde kordonun çekilmesi işleminin üçüncü evreyi kısalttığı ve kanama riskini azalttığı görülmüştür^{24,25}.

Tablo 1. Doğumun 3. Evresindeki Beceriler İçin Seçenekler

Aktif yönetim	Beklenen yönetim
Ön omuzu doğurturken oksitosik ilaç vermek	Oksitosik ilaç vermemek
Kordonu hemen klemlenip, kesmek	Atım sona erene kadar kordonu klemlenmeyi ertelemek. Sonra da sadece fetal tarafı klemlenmek
Uterus merkezde ve iyice kasılıyken kordonu kontrollü olarak çekmek	Kordon çekilmez, Plasenta ayrılma bulguları beklenir. Bu bulgular; <ul style="list-style-type: none"> Ani vajinal kanama, Kordun boyunda uzama, Uterusun fundusunun umblikus seviyesine yükselmesi, Uterusun küre halini almasıdır.
Ebenin plasenta ve membranları doğurtması ve ebenin plasentanın parçalarını ve kotiledonlarını kontrol etmesi	Annenin çabasıyla plasenta ve membranların doğması

Kaynak: Ward AM, Durmaz EA. Doğum sonu Kanamalarda Ebelik Girişimleri, Doğum sonu Kanama: Değerlendirme, Yönetim ve Cerrahi Girişimler İçin Kaynak Kitabı, Çev: Demir C, Eds: B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M, Matus Basımevi Reklam ve Yay. Tic. Ltd. Şti. ISBN: 978-605-61365-0-4, 2010, s 371.

Perine, Vajina ve Servix Laserasyonlarının Tamiri

Vajinal doğum sürecinde oluşan perine, vajina ve serviks ağzındaki laserasyonlar kontrol altına alınmazsa kanama devam edecektir. Epizyotomi ile insize edilmiş ya da kendiliğinden oluşmuş doku laserasyonları arasındaki ölü boşluklar güvenli biçimde kapatılmalı ve bu boşluklara vajinal tampon yerleştirilmelidir.

Perine ve vajina laserasyonlarının tamirinde, vücut sıvısını emici steril malzemeler kullanılmalı ve bu laserasyonlara, devam eden kesintisiz dikişler atılmalı ve sağlam bir şekilde kilitlenmelidir. Başlangıç ve bitiş süturları laserasyonların uçlarının ötesine kadar (1-1.5 cm) uzanmalı ve daha sonra hematoma oluşma riskini azaltmak için laserasyon tam kat kapatılmalıdır^{16,27}. Kanayan serviks laserasyonları 2 cm. nin üzerinde ise, laserasyon yuvarlak iğneli, bir sütür ile onarılmalıdır. Serviks laserasyonu en uzak kısımdaki her iki kenarından bir over forsepsi ile sabitlenir ve laserasyon aralıklı süturlarla dikilir. Dikiş bölgesindeki kanama kontrolü birkaç dakikada bir izlenmelidir. Servikste kanama durmazsa bu bölge bir over forsepsiyle sabitlenip, forseps bir süre orada bekletilebilir^{16,27}.

Doğum Sonu Kanamanın Yönetimi

Normal doğum sonu oluşan hafif kanamada, temiz pedin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürmektedir. Oluşan şiddetli kanamalarda ise, temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer. Yönetimde ilk basamak doğum sonu kanama riskini belirleyip doğum eylemi boyunca annenin izlenmesi ve anne ölüm ihtimalini en aza düşürmektir. Bu doğrultuda anneye en az iki adet damaryolu açılmalı ve intravenöz infüzyona (IV) doğum öncesi başlanmalıdır. Zaman kaybetmeden ebe yardım çağırılmalıdır. Uygun cross-match için laboratuvara kan gönderilmelidir. Maske ile oksijen verilmeli ve mesaneyeye kateter uygulanmalıdır^{4,10}.

Uterus Masajı

Anne sırt üstü pozisyonda iken uterus masajı yoluyla uterusu kompresyon uygulanabilir. Uterus masajı sık uygulanan bir yöntemdir²⁸. Hofmeyr ve ark. (2008)'in 200 kadın ile yaptıkları randomize kontrollü çalışmada doğum sonu dönemin ilk 1 saatinde 10 dakikada bir uterusu masaj yapılmasının kan kaybını ve uterotonik kullanımını %80 oranında azalttığı görülmüştür²⁹. Uterin atoniden şüphelenilirse hemen başlatılan noninvaziv ve kolay bir yöntemdir. Fundal basınç ile uterusun kontraksiyonunu sağlayarak kanamanın durdurulması amaçlanır. Tedaviden çok uygulanacak bakımın planlanması ve hazırlanması sırasında sağlık profesyonellerine zaman kazandırmakta rol oynar. Aşırı ve uzun süreli fundal basınç ise myometrial yorgunluğa ve kanamaya neden olabilir³⁰.

Uterus Tamponandı

Uterus yüzeyine baskı sağlayan uterin tamponlama güvenli, basit ve etkili bir yöntemdir. Tampon uzun, devamlı bir sterilgazlı bezden yapılmalıdır. Bu kompresyon, diğer önlemler sağlanıncaya ve yardım gelinceye kadar geçecek sürede miyometriuma doğrudan basınç uygulamak ve böylece kan kaybını azaltmak için uygulanmaktadır¹⁰. Üriner retansiyon ve enfeksiyondan korunmak için sırasıyla transüretal foley katater yerleştirilmelidir⁴. Tamponlamaya alternatif olarak tampon-balon (SOS Bakri Tamponlama Balonu, Cook OB/GYN) ürünleri geliştirilmiştir. Bu katater balon uterus içine yerleştirilir ve 500 ml serum fizyolojik ile şişirilir. Katater uterus kavitesinden kanın drenajına izin verirken balon uterus yüzeyine tamponlama sağlamaktadır³⁰.

Farmakolojik Tedavi

Doğum sonu kanamanın kontrol altına alınmasında ilk tercih edilen farmakolojik yöntem oksitosindir. Tedavide IV yol öncelikli tercih yolu olsa da vajinal doğumlarda fetusun ön omzunun doğumundan sonra 10 IU oksitosininin intravenöz (IV) yolla uygulanması da önerilmektedir. Oksitosin, IV yolla 1000 ml içinde 20-40 IU olmak üzere 150 ml/saat hızla uygulanır³¹. Oksitosin yeterli uterus tonusunu oluşturmada başarısız olursa ergometrin (metergin) tercih edilir. Ergometrin (0.2 mg IM) uygulaması doğum sonu kanamanın önlenmesinde kullanılabilir. Ancak hipertansif hastada tansiyonu daha da kötüleştirme potansiyeline sahiptir³². Bu nedenle ergometrin uygulanacak annelerin güvenliği açısından doğum sonu kan basıncının ölçülmesinin hayati önem taşıdığı görülmektedir. Misoprostol ise, hipertansif hastalarda güvenle kullanılabilmesi, uzun yıllar saklanabilmesi, yüksek sıcaklıklara dayanıklı olması ve özellikle rektal olarak kullanıldığında bulantı ve kusmanın daha az görülmesi gibi avantajları nedeniyle uygulanabilmektedir³³. Yapılan bir sistematik incelemede, uterus atonisine bağlı doğum sonu kanamanın önlenmesinde IV oksitosin kullanılması gerektiği belirtilmiştir. Kanıtlarda, misoprostolün oksitosinden daha az etkin olduğu ve bulantı, titreme, yüksek ateş gibi daha fazla yan etkiye sahip olduğu bildirilmiştir³⁴. DSÖ, doğum sonu kanamaların önlenmesinde 10 IU (IV/IM) oksitosin kullanımını, eğer oksitosin mevcut değilse; enjekte ergometrin, methylergometrine, oksitosin-ergometrin ilaç kombinasyonu ya da oral misoprostol 600 mcg kullanımını önermektedir²⁴.

Ebelerin Sorumlulukları

Ebeler doğum sonu dönemde kanamayı önleyerek, izleyerek ve kanama esnasında doğru kararlar alarak bir ekip çalışması ile doğum eylemini yönetebilir^{35,36}. Doğum sonu kanamanın yönetimi zor olduğu gibi bu yönetim, multidisipliner ekip çalışması ve bilgi gerektiren bir görevdir. Ebeler doğum sonu kanama yönetiminin merkezinde olmalıdır. Doğum sonu kanamanın önlenmesi için gerekli önlemler doğumdan önce alınmalıdır¹². Ebeler, gebeleri doğum öncesi izlemlerde ve doğum sonu dönemde risk faktörleri açısından incelemelidir. Ayrıca, gebelerle beraber aileleri de ele alınmalı ve sağlık profesyonelleri tarafından bakım planları hazırlanarak uygulanmalıdır.¹² Ülkemizde, T.C. Sağlık Bakanlığı gebeler için özel doğum öncesi bakım kılavuzları hazırlamıştır⁸. Bu kılavuzlar kaynakların etkin kullanımı için gereklidir ve ebeler de doğum öncesi bakımın etkinliğinin sağlanması için bu kılavuzları kullanmalıdır. Ebeler hem doğum öncesi dönem, hem de doğum eylemi esnasındaki kanamaya ilişkin riskleri ve kanama miktarını iyi bilmelidirler^{37,38}. Ayrıca ebeler doğum sonu meydana gelen kanamalarda oluşabilecek bilinç kaybı ve genel durum bozukluğu için basit, ama yaşamsal destek yöntemlerini bilmelidirler^{13,36,39}. Bir ebe, acil bir durumda tek başına müdahale edemeyeceğinin farkında olmalı ve yardım çağırdıktan sonra acil müdahaleye başlamalıdır¹³. Eğer anne ile iletişim kurulamıyorsa ve solunumunu kendi kendine kontrol edemiyorsa bu konuda yardıma ihtiyacı vardır. Bu yardıma, soluk alıp vermeyi yeterli bir şekilde kontrol altına alana kadar devam edilmelidir³⁹. Sıvı tedavisini hızlandırmak için en az 2 damar yolu açılmalı ve gönderilecek sıvıya uygun çapta kateterler kullanılmalıdır³⁹. Kanama acil bir durumdur ve sıvı tedavisi uygulanmasında ebeler karar verici rol oynarlar. Ebeler ilaç istemi yapılmasını beklemeden sıvı tedavisine başlayabilmelidirler. Bununla beraber ebeler, kadınlarda hipovolemik şok sonucu oluşabilecek hipotermiden korunmak için annenin vücut ısısını korumalıdır^{36,39}. Ebeler verilecek sıvı miktarını belirleyebilirler. Her 1 ml. likkan kaybının tekrar yerine gelebilmesi için 3 ml maiye ihtiyaç vardır^{36,39}. Kanama kontrolünün devamında böbrek işlevleri değerlendirilir. Bunun için, gebede enfeksiyon gelişmesini önlemek amacıyla, aseptik ilkeler doğrultusunda idrar sondası takılabilir³⁹. Kanama belirtilerini gösteren kadınların; aldığı çıkardığı, yaşamsal bulguları, devam eden kanama takibi ve kaydı yapılmalıdır. İyi tutulan kayıtlar her durumda yapılan bakımın kalitesini gösterir. Doğru tutulan ve iyi korunan kayıtlar olası bir yasal riski atlatmak için de hayati önem taşır. Tedaviye cevap vermeyen kadın için anestezi ve doğum uzmanlarını çağırıp, yoğun bakıma almadan önce

tutulan kayıtlar iyice incelenmelidir^{40,41}. Bu dönemde kadınların bebekleriyle iletişim halinde olması sağlanmalıdır. Bu bağlamda ebeler aldıkları kararlarda bebeklerin bakımını ihmal etmemelidirler⁴². Ten tene temas hem bebeğin bakımı hem de kadının iyileşmesi için basit bir yoldur. Bu şekilde annede oksitosin ve prolaktin salgılanarak bebek için yeterli düzeyde anne sütü sağlanır ve emzirme etkin şekilde kolaylaştırılır³³. Görülüyor ki, ebeler yenidoğanın da ihmal edilmemesi ve iyi durumda olmasının bilincinde olmalıdır. Gerekirse ebe bu konuda ekip arkadaşlarından destek almalıdır. Böylece bebeğin ısınması ve beslenmesi sağlanacaktır. Doğum sonu kanamayla karşılaşan tüm sağlık ekibi üyeleri gibi ebeler de acil bir durum söz konusu olduğunda sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapmaları konusunda bilgilendirilmelidir^{43,44}.

Tablo 2. Doğum sonu kanamanın önlenmesi, izlem ve yönetiminde ebelerin görev ve sorumlulukları

Kanamamanın önlenmesi ve izlemesinde	Atoni kanaması geliştiği zaman
Gebelikte anemiyi önlemek, gebede anemi varsa tanılamak ve tedavi etmek,	Uterusa daha az kan akmasını sağlamak için kadının sırt üstü yatmasını sağlamak,
Gebelik, doğum ve sonu dönemlere yönelik kanıta dayalı bilgileri takip ederek gereksiz uygulamalardan kaçınmak,	Gevşek olan uterusu masaj yaparak kontrakte olmasını sağlamak,
Doğumun aktif fazında (4 cm ve üzeri dilatasyon olduğundan itibaren) partograf kullanmak,	Damar yolunu açık tutmak (mümkünse iki adet),
Kanama yatkınlığı olan anneleri yakından takip etmek,	Ekibin diğer üyelerine haber vermek,
Doğum sırasında gereksiz müdahalelerden ve plasentanın erken çıkarılmasından kaçınmak,	Ekip üyeleri gelene kadar söylenmesini beklemeden gerekli müdahaleyi yapmak
Doğum esnasında hoyratça müdahaleler uygulamaktan kaçınmak,	Doğum sonu kanamada ebe acil obstetrik bakımda gereken her müdahaleyi yapmaya yetkilidir,
Mesanenin boş olmasını sağlamak,	Uterotonik ve kan volümünü yükselten ilaçları zamanında uygulamak ve izlemek,
Perine, vajen ve serviks laserasyonlarını tamir etmek,	Annenin kan grubuna uygun kanı hazır bulundurmak,
Doğum esnasında tampon olarak sterilped kullanılmışsa anneyi servise göndermeden önce tamponların çıkarılmış olmasından emin olmak,	Yaşam bulgularını sık izlemek,
Uygun uterus masajı yapmak ve kanamayı miktar ve renk yönünden takip etmek,	Sakin kalarak anneyi sakinleştirmek,
İstetlenen uterotonik ilaçları zamanında yapmak ve doğru kayıt yapmak.	Tüm işlemleri yaparken anne ile sözel iletişimde bulunularak ona cesaret vermek.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum sonu kanamanın yönetiminde kullanılan koruyucu, farmakolojik ve cerrahi tedavi uygulamalarında multidisipliner ekip çalışmasına gereksinim bulunmaktadır⁴⁴. Bu doğrultuda ebelere, sağlık kurumlarındaki yöneticilere, ebe ve hemşire akademisyenlere ve politika yapıcılara önemli görevler düşmektedir. Sağlık çalışanları doğum sonu kanamaya ilişkin kadınları izlemeli, kanamayı mümkün olan en erken sürede tespit etmeli ve gerekli girişimleri uygulamalıdır. Ebelerin doğum sonu kanamanın erken tanı ve yönetiminde önemli görevleri bulunmaktadır. Ebeler kanamanın önlenmesi için risk faktörlerini bilmeli ve uygun önlemleri almalıdırlar. Ayrıca etkili iletişim, etkin ekip liderliği ve doğru kayıt doğum sonu kanamanın yönetiminde gereklidir. Ebe kanama durumunda vakit kaybetmeden durumu kayıt altına almalı ve hekime bilgi vermelidir^{19,44}. Bu doğrultuda ebelere, sağlık kurumlarındaki yöneticilere, ebe ve hemşire akademisyenlere ve politika yapıcılara yönelik bazı önerilerde bulunulabilir. Bu öneriler aşağıdaki gibi sıralandı;

- Politika yapıcıların, ülkemiz bazında doğum sonu kanamanın önlenmesini amaçlayan hizmet ve politikaların geliştirilmesi için güncel ve kaliteli çalışmaların yapılmasını desteklemeleri gerekir. Ayrıca T.C Sağlık Bakanlığı Anne Dostu Hastane ve Güvenli Annelik Modeli kapsamında doğum ve doğum sonu dönemde kanıt temelli yaklaşımları kurumlarda yaygınlaştırmalıdır.

- Ebe ve hemşire akademisyenler, doğum sonu kanama ile ilgili güncel bilgilere ulaşmaları için ebeleri desteklemelidirler. Yine ebe ve hemşire akademisyenler doğum sonu kanama ile ilgili risk oluşturabilecek güncel bilgilerin yetersiz olduğunu düşündükleri konularda araştırmalar yapmalıdırlar.

- Ebelerin, doğum sonu kanamanın yönetiminde doğru karar vermeleri gerekir. Bununla beraber ebelerin doğum sonu kanamaya neden olabilecek durumlar konusunda bilgi sahibi olmaları gerekir. Bu nedenle doğum sonu kanamanın yönetiminde kanıta dayalı verileri içeren doğum sonu bakım rehberlerinin geliştirilmesinde ebelerin aktif olarak rol almaları gerekmektedir.

- Ebeler, doğum sonu kanama ile ilgili yenilikleri yakından takip etmelidir. Bunun yanı sıra ebeler doğum sonu kanamayı önlemek için gerekli hazırlıkları yapmalı, kadına bilgi vererek yapılacak işlemleri açıklamalı ve ekip ile iş birliği içerisinde oluşabilecek komplikasyonları önlemek üzere müdahalede bulunabilme yetkinliğine sahip olmalıdırlar.

- Ebelik eğitimi verilen kurumlardaki eğitimciler, doğum sonu kanamaların önlenmesi için lisans ve lisansüstü eğitimi süresince güncel bilgiler ile ebelik bölümü öğrencilerini bilgilendirmelidirler. Ebelik eğitimcileri, lisans ve lisansüstü eğitimler sırasında doğum sonu kanama yönetimi ile ilgili uluslararası kuruluşların belirlediği rehberler doğrultusunda eğitim programlarını yeniden düzenlemeli ve ebelerin psikomotor becerilerini arttırmaya yönelik teknoloji ile uyumlu (simülasyon, gösteri, gösterip yaptırma gibi) eğitim tekniklerini kullanmalıdırlar. Sağlık kurumlarındaki yöneticiler, hizmet içi eğitimlerde doğum sonu kanamanın yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar konusunda ebelerin bilgilendirilmesini sağlamalıdırlar. Ayrıca doğum sonu kanama ile ilgili kanıta dayalı uygulamaları sağlayacak araştırma sonuçlarına ulaşabilmede yöneticilerin sağlık çalışanlarını desteklemeleri önemlidir. Hastane yöneticilerinin, ebelerin doğum sonu kanama ve hemorajik şok tablolarında acil müdahale yapabilmelerine ilişkin kanıta dayalı bilgi birikimi ile hazırlanmış rehberler oluşturmaları ve ebelerin bu konudaki deneyimlerini arttırabilmeleri için uygulamalı özel eğitim programları hazırlamaları yararlı olabilir.

KAYNAKLAR

1. Törüner EK ve Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, Göktuğ Yayıncılık, Ankara, (2012).
2. Conk Z, Başbakkal Z, Yardımcı F. Çocuk Sağlığına Genel Bakış. Pediatri Hemşireliği, Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz BH, Bolşık B. (Ed.) Akademisyen Tıp Kitapevi, s.10-11, Ankara (2013).
3. World Health Organization. Chronicle, Volume 31. No. 12. p.479. Cenevre (1977).
4. World Health Organization. WHO Press; 2012. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Italy: [Updated: 2012; Access date 01.01.2017, Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf.
5. World Health Organization. World Bank. Tracking Universal Health Coverage: Global monitoring report. Geneva: World Health Organization; (2016) (<http://www.who.int/gho/publications/en/>, Access Date: 01.01.2017, s 44.
6. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. WHO, UNICEF, UNFPA, and The World Bank Estimates, (2012).
7. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Fat DM, Boerma T, Temmerman M, Mathers C, Say L. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group. Lancet, 2016, 387 (10017), 462–74.

8. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, (2014).
9. Koç İ, Hacettepe Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz AS., Ergöçmen B, Yüksel İ. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Elma Teknik Basım Matbaacılık, ISBN 975-491-236-X, Ankara (2005).
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara. (2014).
11. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoğlu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): 323–33.
12. NationalInstitute for Health and Care Excellence. Antenatal Care. Routine Care for the Healthy PregnantWoman. London: NICE, (2003).
13. Resuscitation Council (UK). ResuscitationGuidelines, (2015), Access: <https://www.resus.org.uk/resuscitation-guidelines/introduction>, Access Date: 31.12.2016.
14. International Confederation of Midwives (ICM) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Jointstatement: Management of the Third Stage of Labour to Prevent Postpartum Haemorrhage. London: FIGO; (2003). Access: <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/136E-JPS-November2003.pdf>, Access Date: 01.01.2017.
15. Güngördük K, Asicioglu O, Besimoglu B, Güngördük OC, Yıldırım G, Ark C, Tekirdağ AI. Using intraumbilicalveininjection of oxytocin in routine practice with active management of the thirdstage of labor: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 2010; 116(3): 619-24.
16. Groom KM and Jacobson TZ. The management of secondary postpartum hemorrhage. Erişim Adresi: https://www.glowm.com/pdf/PPH_2nd_edn_Chap56.pdf, Erşim Tarihi: 29.06.2018.
17. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T, Effect of timing of umbilicalcordclamping and otherstrategies to influenceplacentaltransfusion at preterm birth on maternal and infantoutcomes. *Cochrane Database Syst. Rev. Issue 8, 2012. No.:CD003248,1–88*, <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003248.pub3>. Access: <http://summaries.Cochrane.Org/CD003248/early-cord-clamping-versus-delayed-cord-clamping-or-cord-milking-for-preterm-babies#sthash.YR35pSEw.dpuf>, Access Date: 25.12.17.
18. Carbonell M. Timing of umbilicalcordocclusion in premature babies<33 weeks, A service of the U.S. NationalInstitutes of Health, (2014) Access: <https://clinicaltrials.gov/show/NCT01819532>, Access Date: 25.12.16.
19. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilicalcordclamping of terminfants on maternal and neonataloutcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7) doi: 10.1002/14651858.CD004074.pub3.
20. Hutton EK, Stoll K, Taha N. An observational study of umbilicalcordclamping practices of maternity care providers in a tertiary care center, *Birth* 2013; 40(1), 39–45.
34. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartumhaemorrhage. *Cochrane*
21. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı, Akademisyen Tıp Kitapevi, ISBN: 975-94661-0-4, s. 523-27. Ankara (2016).
22. Magann EF, Doherty DA Briery CM, Niederhauser A, Morrison JC. Timing of plasental delivery to prevent postpartum haemorrhage: lessonslearned from an abandoned randomised clinical trial. *Aust NZ, Journal of Obstetrics Gynaecology* 2006; 46(6):549-51.
23. Peña-Martí GE, Comunián-Carrasco G. Fundal pressureversus controlled cordtraction as part of the active management of the thirdstage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2007; (4): doi: 10.1002/14651858.CD005462.pub2. Assessed as up-to-date: 16 SEP 2010.
24. Başgöl Ş, Beji NK. Doğum eyleminin ikinci ve üçüncü evresinde sık yapılan uygulamalar ve kanıta dayalı yaklaşım. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2015; 5(3):66-71.
25. Sheldon WR, Winikoff B. Controlled cordtraction in active management of the thirdstage of labour. *Lancet.* 2012; 380 (9848): 1146. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61664-X.
26. Ward AM, Durmaz EA. Doğum sonrası Kanamalarda Ebelik Girişimleri, Doğum sonrası Kanama: Değerlendirme, Yönetim ve Cerrahi Girişimler İçin Kaynak Kitabı, Çev: Demir C, Eds: B-Lynch C, Keith LG, Lalonde AB, Karoshi M. Matus Basımevi Reklam ve Yay. Tic. Ltd. Şti.ISBN: 978-605-61365-0-4, s. 371, (2010).
27. Duncan A., vonWidekind C. Evrüke İC., Özbakır Dülger B. ALT GENİTAL SİSTEM KANAMALARI, Bölüm 23, Çeviri Ed. Demir C. Çeviri Ed. Yard. Büyükyurt S. DOĞUM SONU KANAMA Değerlendirme, Yönetim ve Cerrahi Girişimler İçin Kaynak Kitabı, 2010, Erişim: http://www.tjod.org/wp-content/uploads/2013/05/dogum_sonu_basim.pdf. Erişim Tarihi: 29.06.2018, s. 186.
28. Yaju Y, Kataoka Y, Eto H, Horiuchi S, Mori R. Prophylactic Interventions After Delivery of Placenta For Reducing Bleeding During The Postnatal Period (Review), *The Cochrane Collaboration.* Published by JohnWiley & Sons, Ltd, 2013.
29. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library.* 2013; (7). doi: 10.1002/14651858.CD006431.pub3.
30. Ferrazzani S, Guariglia L, Caruso A. Therapy and prevention of obstetrichaemorrhage by tamponade using a ballooncatheter. *Minerva Ginecol* 2004; 56: 481–4.
31. Boucher M, Nimrod CA, Tawagi GF, Meeker TA, Rennicks WRE, Varin J. Comparison of carbetocin and oxytocin for the prevention of postpartum hemorrhage following vaginal delivery: a double-blindrandomized trial. *Journal of Obstetrics Gynaecology, Canada* 2004; 26(5): 481–8.
32. Kemik GÖ, Somunkıran A, Özdemir İ, Yücel O, Demirci F. Doğum sonrası kanamayı önlemede rektal misoprostol ve intravenöz oksitosinin etkinliklerinin karşılaştırılması. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2006; 3(3): 162
33. Oladapo OT, Fawole B, Blum J, Abalos E. Advancemisoprostoldistribution for preventing and treating postpartum haemorrhage. *The Cochrane Library.* 2012; (2): CD009336. doi: 10.1002/14651858.CD009336.pub2. *Database of Systematic Reviews.* 2014; (2): CD003249. doi: 10.1002/14651858.CD003249.pub3.

35. Abdul-Kadir R, McLintock C, Ducloy AS, El-Refaey H, England A, Federici AB, et al. Evaluation and management of postpartum hemorrhage: consensus from an international expert panel. *Transfusion*. 2014; 54(7): 1756-68.
36. Clarke J, Butt M. Maternal collapse. *Current opinion in obstetrics and gynecology*. 2005; 17 (2):157-60.
37. Simpson KR. Failure to rescue: implications for evaluating quality of care during labour and birth. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing* 2005; 19(1), 24-34.
38. Parayre, I., Rivière, O., Debost-Legrand, A., Lémery, D., Vendittelli, F. Reliability of student midwives' visual estimate of blood loss in the immediate postpartum period: a cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 2015; 52: 1798-1803.
39. Hofmeyr GJ, Mohlala BKF. Hypovolaemic shock. *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001; 15 (4): 645-62.
40. The Nursing and Midwifery Council. Guidelines for Records and Record Keeping. London: NMC, 2012, Access: <http://www.nipec.nhs.uk/Image/SitePDFS/nmcGuidanceRecordKeepingGuidanceforNursesandMidwives.pdf>, Access Date: 31.12.2016.
41. Bouwmeester FW, Bolte AC, vanGeijn HP. Pharmacological and surgical therapy for primary postpartum hemorrhage. *Current Pharmaceutical Design* 2005;11(6):759-73.
42. Hazra S, Chilaka VN, Rajendran S, Konje JC. Massive postpartum haemorrhage as a cause of maternal morbidity in a large tertiary hospital, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2004; 24 (5): 519-20.
43. Mathai M, Gülmezoglu AM, Hill S. Saving women's lives: evidence-based recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage. *Bulletin of The World Health Organization* 2007; 85(4): 322-3.
44. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Systematic Reviews*. 2012; 6(5):CD003519. doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub3.