

DOĞUM SONU ERKEN DÖNEM HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

CURRENT APPROACHES IN EARLY POSTPARTUM PERIOD NURSING PRACTICES

Filiz ÜNAL TOPRAK¹, Zekiye TURAN², Ayten ŞENTÜRK ERENEL³

ÖZET

Doğum sonu (DS) dönemde kadında fizyolojik, sosyal ve duygusal birçok değişiklik meydana gelmektedir. Bu dönemde verilen bakımın duruma ve ihtiyaca yönelik olmaması anne-bebek sağlığını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir. DS erken dönemde sıklıkla yaşanan sorunlar arasında; kanamalar, epizyotomi bölgesinde ağrı ve kramplar, yorgunluk, enfeksiyon, meme sorunları, annenin öz bakımında ve/veya yenidoğan bakımında yetersizlik duygusu yaşanması bulunmaktadır.

Kadın sağlığı hemşireleri, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerin güncel bilgilere sahip olması bakımın kalitesini artırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak bakımından önemlidir. Derlemede, DS erken dönem hemşirelik uygulamalarına yönelik yapılmış randomize çalışmalar, meta-analiz ve sistematik derlemeler ile güncel literatür bilgileri incelenerek konu hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu dönem, Kanıt dayalı uygulamalar, Hemşirelik.

ABSTRACT

Many changes in physiological, social and emotional aspects occur in women during the postnatal period. The lack of care for the condition and need of the woman in this period may negatively affect the mother-infant health and cause the reduction in the quality of life. Among the problems often experienced in the early postnatal period; Bleeding, pain and cramps in the episiotomy area, fatigue, infection, breast problems, feeling of inadequacy in mothers about maternal self-care and/or neonatal care are exist.

Women's health nurses are health professionals who responsible for the protection and development of maternal and infant health. Therefore, nurses should have up-to-date information in order to increase the quality of the care, improve the clinical practices and caring results, standardize care and increase patient satisfaction. In this review, the aim is to give information about the subject by examining the current literature conducted on early postnatal period, the randomized studies, meta-analyses and systematic reviews.

Keywords: Postpartum period, Evidence based practice, Nursing.

*Bu çalışma 15 Nisan 2016 tarihinde "1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş.Gör., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

²Öğr.Gör.Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya

³Doç.Dr., Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

İletişim/ Corresponding Author : Filiz ÜNAL TOPRAK
e-posta : filizore1@gmail.com

Geliş Tarihi / Received : 04.01.2017
Kabul Tarihi / Accepted : 14.03.2017

GİRİŞ VE AMAÇ

Doğum sonu (DS) dönemde kadında fizyolojik, sosyal ve duygusal birçok değişiklik meydana gelmektedir. Bu dönemde verilen bakımın duruma ve ihtiyaca yönelik olmaması anne-bebek sağlığını olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine neden olabilmektedir. DS erken dönemde sıklıkla yaşanan sorunlar arasında; kanamalar, epizyotomi bölgesinde ağrı ve kramplar, yorgunluk, enfeksiyon, meme sorunları, annenin; öz bakımında ve/veya yenidoğan bakımında yetersizlik duygusu yaşaması bulunmaktadır.¹⁻⁴ Doğum sonu dönemde en sık karşılaşılan sorunlara yönelik hemşirelik bakımı; doğum sonu kanamalarda kanıt temelli yaklaşımlar, doğum sonu enfeksiyonlarda kanıt temelli yaklaşımlar, epizyotomi bakımı ve perineal ağrıyı azaltmada kanıt temelli yaklaşımlar, ten tene temas ve emzirmeye ilişkin kanıt temelli yaklaşımlar ve doğum sonu erken taburculuğa yönelik kanıt temelli yaklaşımlar başlıkları altında ele alınmıştır.

Kadın sağlığı hemşireleri, anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinden sorumlu sağlık profesyonelleridir. Bu nedenle hemşirelerin güncel bilgilere sahip olması bakımın kalitesini artırmak; klinik uygulamalar ve bakım sonuçlarını iyileştirmek; bakımı standardize etmek ve hasta memnuniyetini artırmak bakımından önemlidir. Bu derlemede, DS erken dönem hemşirelik uygulamalarına yönelik yapılmış randomize çalışmalar, meta-analiz ve sistematik derlemeler ile güncel literatür bilgileri incelenerek konu hakkında bilgi vermek amaçlanmıştır.

Doğum Sonu Kanama (DSK)'da Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum sonu kanama anne ölümlerinden birinci derecede sorumlu olan durumdur. Dünyada her yıl yaklaşık 140,000 anne ölümünün DSK nedeniyle olduğu bildirilmektedir.⁵⁻⁷ DSÖ'ye göre DSK doğum sonu 24 saatte vajinal doğumlardan sonra 500 ml, sezaryenlerden sonra 1000 ml'den fazla kan kaybı olmasıdır.⁸ DSK meydana

geliş zamanına göre erken dönem (ilk 24 saatte) ve geç dönem kanamalar (24 saatten sonra) olarak ikiye ayrılır. DSK nedenleri arasında uterus atonisi (%90) ilk sırada yer almaktadır. Ayrıca genital kanal travması (%7), plasenta retansiyonu (%3) ve pıhtılaşma sistemi anormallikleri (%3) atoni nedenleri arasında bulunmaktadır.⁹ Aşağıda DSK yönetimi için uterotonik ilaçlar ve uterus masajı hakkında bilgilere yer verilmiştir.

Doğum Sonu Kanamanın Yönetiminde Uterotonik İlaçların Kullanımı

Literatürde atoni ön tanısı ile karşılaşıldığı durumlarda prostaglandin, oksitosin veya ergometrin uygulanmasının, oral ya da sublingual misoprostol uygulanmasından faydalı olabileceği belirtilmektedir.^{10,11} Toplam 1671 kadını içeren Cochrane sistematik incelemesinde profilaktik uterotoniklerin doğumun üçüncü evresindeki uygulama zamanı (plasenta çıkarılmasından önce ve sonra) değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, plasenta çıkarılmasından önce ve sonra uygulanan oksitosinin, postpartum kanama, plasental retansiyon ve üçüncü evre uzunluğu gibi sonuçlar açısından anlamlı olmadığı bulunmuştur. Konu ile ilgili klinik çalışmaların sayısının yetersiz olduğu ve sadece oksitosin uygulamasının değerlendirildiği belirlenmiştir. Bu nedenle de, maternal ve neonatal sonuçların genellenebilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.¹²

Mousa ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları cochrane sistematik incelemesinde, doğum eyleminden sonra uterin atoniye bağlı postpartum kanamaların önlenmesinde uterotonik ajan olarak intravenöz oksitosinin kullanılması gerektiği bildirilmiştir.¹³ Uterusta yeterli kontraksiyonu sağlamak amacıyla IV/IM sentetik oksitosin bolüs ya da kombine şekilde yapılabilen ve sonrasında infüzyon şeklinde hastanın mayi almasına devam edilmektedir.¹⁴ Ancak, oksitosinin ven içerisine doğrudan uygulanması kadında hipotansiyon ve

kardiyak kollapsa neden olabileceği için oksitosinin ven içerisine doğrudan uygulanmasından kaçınılmalıdır. Belirgin bir zaman süresince yüksek dozlarda oksitosin uygulamak gerekiyor ise infüzyon hızını arttırmak yerine solüsyonun konsantrasyonunu arttırmak dikkat edilmesi gereken hususlardandır.^{15,16} Ayrıca oksitosinin antidiüretik etkisi de bulunmaktadır. Bu özelliğinden dolayı oksitosinin su intoksikasyonuna neden olabileceği bildirilmektedir. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların incelemesinde, oksitosinin rutin olarak kullanılmasının kan kaybı miktarını azalttığı görülmüştür ancak yan etkileriyle ilgili yeterince kanıt yoktur.¹⁷ Oksitosin agonistleri oksitosini taklit eden ilaçlar grubundandır. Su ve arkadaşlarının inceledikleri dört çalışmada toplam 966 kadına ulaşılmıştır. Çalışmada intramüsküler uygulanan oksitosin ile carbotoksini (oksitosin agonisti) uygulamaları karşılaştırılmıştır. Bu ilaçlar vaginal doğum yapmış yüksek riskli kadınlara ya da elektif seziyeye sezeryan olan kadınlara uygulanmıştır. Sınırlı sayıda kanıtlar, carbotoksin ve oksitosinin etkinliği açısından küçük farklılıklar olduğunu ancak baş ağrısı, mide bulantısı ve kusma gibi yan etkiler yönünden ise farklılık olmadığını göstermiştir. Bu ilaçların yenidoğan bebek üzerindeki etkileri ise tanımlanmamıştır.¹⁸

DSK'nin yönetiminde sentetik oksitosinin yanı sıra prostaglandin ve alternatif olarak misoprostol de kullanılmaktadır.¹⁹ Oksitosinin etkinliğinin sadece uterin kaslarla sınırlı olduğu, prostaglandinlerin ise myometrium ve serviks üzerinde etkili olduğu kanıt temelli çalışmalarla gösterilmiştir. Bununla birlikte prostaglandinler değişik yollarla (IV, oral, sublingual, vajinal veya intraservikal gibi) uygulanabildiği için avantajlıdır.²⁰ Misoprostolün yan etkileri arasında vücut ısısında yükselme yer almakla birlikte, 2009 yılında Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (U.S. Food and Drug Administration: FDA) ve Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (American College of Obstetricians and Gynecologists: ACOG)

tarafından yayımlanmış detaylı uyarılarla (doz, yan etkiler, kullanım yolu gibi) misoprostolün obstetrik amaca yönelik kullanılabilmesi belirtilmektedir.^{21,22} Misoprostolün kullanımı için özel depolama koşullarına gerek duyulmaması, hipertansif hastalarda güvenle kullanılabilmesi, uzun yıllar saklanabilmesi, yüksek sıcaklıklara dayanıklı olması ve özellikle rektal olarak kullanıldığında bulantı ve kusmanın daha az görülmesi gibi avantajları bulunmaktadır.²³ Ancak cochrane kanıtlarda misoprostolün oksitosinden daha az etkin olduğu, oral yolla alındığında bulantı, titreme ve yüksek ateş gibi daha fazla yan etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.^{13,24} İnamüsküler oksitosin ve rektal misoprostol uygulamasının DSK'de etkinliğinin kıyaslandığı randomize kontrollü çalışmada, inamüsküler oksitosin uygulamasının kanamanın durdurulmasında daha etkin olduğu bulunmuştur.²⁵ Hofmeyr ve arkadaşlarının 59.216 kadının katılımı ile yaptıkları çalışmada; 600 ug ya da daha düşük dozlarda uygulanan misoprostolün bile vücut ısısında artışa neden olduğu, ancak DSK'yi önlemek ve tedavi etmek için düşük dozda misoprostol kullanımının desteklediği belirlenmiştir.²⁶

Doğum Sonu Kanamanın Uterus Masajı İle Yönetimi

Plasental ayrılma, doğumların %50'sinde ilk 5, %90'ında ise 15 dakika içinde gerçekleşir. Plasentalın ayrılmasında gecikme olması DSK riskini artıran bir durumdur. DSK'yi önlemek için plasentalın doğumundan sonra uterus masajı yapılması önerilmektedir.²⁷ Cochrane sistematik derlemesinde, uterotonik ilaç verilmeyen kadınlarda masajın etkinliğini değerlendiren çalışmaların olmaması ve mevcut çalışma sonuçlarının da yetersiz olduğu saptanmıştır.²⁸ Uluslararası örgütler, DSK'yi önlemek için plasentalın doğumunu takip eden ilk iki saat içerisinde, 15 dakikada bir uterusun kontrakte olduğundan emin oluncaya kadar uterus masajını önermektedir.²⁹ Farmakolojik ve tıbbi müdahalelerin dışında emzirmenin bir an önce başlatılması, meme ucu uyarısı, aromaterapi, refleksoloji gibi

nonfarmakolojik yöntemlerin uygulanması DSK yönetiminde önerilmektedir.¹⁴

Doğum Sonu Enfeksiyonlarda Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum sonrası altı hafta içinde üreme organlarında meydana gelen enfeksiyonlar doğum sonu enfeksiyon olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonu enfeksiyon, doğumu takiben ilk 24 saatten sonra postpartum 10 gün boyunca 38 derece ve üzerindeki ateşin görülmesi ve en az iki gün sürmesi olarak tanımlanmaktadır.³⁰ Doğum sonunda en fazla görülen enfeksiyonlar; endometritis, üriner sistem enfeksiyonları ve mastitidir. Doğum sonu enfeksiyonlara yönelik olarak riskli gruplara profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmektedir. Profilaktik antibiyotik uygulaması hem planlı hem de acil sezaryen doğumlarda enfeksiyöz morbidite sıklığını %75 oranında azaltabilmektedir.^{31,32} Profilaksiden maksimum fayda sağlanabilmesi için antibiyotik operasyondan hemen önce uygulanması gerekmektedir. Birçok rehber göre bu konudaki ideal süre, operasyonun 30-60 dakika öncesidir.³³ Sezaryen operasyonu öncesi postoperatif enfeksiyon riskini azaltmak için, dar spektrumlu bir antibiyotik tek doz olarak uygulanması önerilmektedir. Sezaryen yolla gerçekleşen doğumlarda antimikrobiyal profilaksi yapılmadığı durumlarda, enfeksiyon riskinin 20 kat fazla olacağı belirlenmiştir.³⁴

Bir meta analizde yirmi beş randomize klinik çalışmaya dayanarak sezaryen sırasında uygulanan tek veya üç doz antibiyotik ile enfeksiyon gelişmesinin azaldığı gösterilmiştir.³⁵ Sezaryen sonrası endometrit riskini azaltmak için preoperatif dönemde yapılabilecek farklı uygulamaların incelendiği randomize kontrollü çalışmalarda povidon iyot ile preoperatif vajinal hazırlığın kullanımı araştırılmıştır.^{36,37} Reid ve arkadaşları vajinal hazırlığın post operatif ateş, endometrit ve yara yeri enfeksiyonuna etkisi olmadığını bildirmiştir.³⁶ Starr ve arkadaşları ise preoperatif vajinal temizliğin post sezaryen endometrit riskini azalttığını fakat postoperatif febril morbidite riskine etkisi olmadığını bildirmiştir.³⁷ Memon ve

arkadaşlarının 200 kadınla yaptığı çalışmada ise povidon iyot ile preoperatif vajinal temizliğin enfeksiyon belirti ve bulgularını istatistiksel olarak anlamlı şekilde azalttığı bulunmuştur.³⁸ Cochrane veri tabanında bu konuda yapılmış 5 çalışmanın gözden geçirmesinde vajinal temizliğin post sezaryen endometrit riskini %50 oranında azalttığı saptanmış, ancak vajinal temizliğin post-operatif ateş, yara yeri enfeksiyonu ve endometrit riskini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaltmadığı belirtilmiştir.³⁹

Epizyotomi Bakımı ve Perineal Ağrısı Azaltmada Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum eylemi sırasında meydana gelen perineal travma ya da epizyotomi uygulaması nedeniyle pek çok kadın DS dönemde perineal ağrı yaşamaktadır. Perineal ağrının giderilmesine yönelik soğuk oturma banyoları, buz ya da soğuk uygulama paketleri kullanılmaktadır. Lokal soğuk uygulamanın etkinliğini değerlendirmek amacıyla yedi randomize kontrollü çalışmanın incelendiği derleme sonucunda, lokal soğuk uygulama yapılan gruplarla hiçbir müdahale yapılmayan gruplar karşılaştırılmıştır. Yapılan çalışma sonucunda gruplar arasında önemli fark olduğu; soğuk uygulama yapılan grupta 24-72 saat içindeki ağrı düzeyinin yapılmayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır.⁴⁰

Epizyotomi bakımında serum fizyolojik veya normal su kullanılmasının rivanol, betadin gibi solüsyonlara kıyasla daha ucuz ve etkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.⁴¹⁻⁴³ Tuna'nın çalışmasında; epizyotomi bakımında iki farklı yöntemin yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek amacıyla povidone iyodine ve şebeke suyu karşılaştırılmıştır. Doğum sonu 1. günde; şebeke suyu ile epizyo bakımını yapan grubun, povidone iyodine ile bakım yapan gruba göre yara iyileşmesinin daha hızlı olduğu belirlenmiştir. Araştırma sonuçları doğrultusunda epizyotomi bakımında suyun kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.⁴³ Epizyotomi bakımında normal su ve betadin ile bakım yapmanın yara iyileşme sürecine etkisini belirlemek

amacıyla yapılan başka bir çalışmada; doku onarımı, kızarıklık, ekimoz, ödem, akıntı, dikişlerde açılma, ağrı yaşama ve yara iyileşmesinin yeterliliği incelenmiştir. Değerlendirilen kriterler açısından gruplar arasında doğum sonu 1. gün, 15. gün ve 20. günlerde farkın istatistiksel olarak önemsiz ($p > 0,05$) olduğu, bununla birlikte 5. günde su kullanan grupta yer alan kadınlarda daha az kızarıklık olduğu ve gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Araştırmada bu sonuçlar doğrultusunda, suyun maliyetinin düşük olması ve zarar verici bir madde olmaması nedeniyle epizyotomi bakımında kullanımının yaygınlaştırılması önerilmiştir.⁴¹ East ve arkadaşların perine ağrısını gidermeye yönelik on randomize kontrollü çalışmayı inceledikleri çalışmada, lokal soğuk uygulama yapılanlar (buz paketi, soğuk jel pedleri ve soğuk oturma banyosu) ve tedavi almayan grup karşılaştırılmıştır. Çalışma sonucunda kadınların, ağrıyı gidermede soğuk jel pedleri kullanmayı tercih ettikleri belirlenmiştir. Soğuk jel pedleri kullanan kadınlarda doğumu takiben 24-72 saat içerisinde ağrı azalma sağlandığı görülmüştür.⁴⁰

Ten Tene Temas ve Emzirmeye İlişkin Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Doğum, bebeğin anne rahmindeki karanlığı, sıcaklığı ve ritmi terk ederek yepyeni bir ortama uyum sağlamasını gerektiren bir durum olması nedeniyle yenidoğan için bir travma olarak nitelendirilebilir. Ayrıca yenidoğanın sistemleri intrauterin dönemde oluşmakla birlikte, çoğunun gelişimi doğum sonrası dönemde devam etmektedir. Bu nedenle doğum sonrası ilk saatler yenidoğanın hem fizyolojik hem de psikolojik olarak dış ortama uyumu bakımından kritik zamanlardır.⁴⁴ Bu dönem bağlanmanın ve etkileşimin en yoğun yaşandığı dönem olması nedeniyle ebeveyn-bebek ilişkisinin başlatılması; yenidoğanın uterus dışı ortama uyumunu ve ebeveynlerin yeni rollerine alışmalarını kolaylaştırmak bakımından önemli olduğuna dikkat çekilmektedir. Yenidoğanın dış ortama uyumu anne/baba ve bebek arasındaki ten

tene temasla gerçekleşebilmektedir.^{45,46} Ten tene temas, özellikle bakım kaynakları sınırlı olan ülkelerde düşük doğum ağırlıklı bebeklerin geleneksel bakımına ek olarak öne sürülen etkili ve güvenli alternatif bir yöntemdir. Tense temas, bebekte mortalite hızını azaltmakta, bebeğin emme başarısını arttırarak hipoglisemiye önleyip, büyüme ve gelişme hızında iyileşme sağlamaktadır. Ayrıca tense temas uygulaması ile bebeğin kalp, solunum hızı ve vücut ısısında stabilite sağlanıp, metabolik adaptasyon sürecinin hızlandığı belirtilmektedir.^{46,48} Erken ten tene temasın anne ve yenidoğan açısından etkilerini değerlendirmek amacıyla 2177 kadının dahil olduğu 34 çalışmanın incelendiği Cochrane sistematik derlemesinde, erken tense temasın doğum sonu dört ay emzirme süresi üzerine olumlu etkileri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca anne-bebek bağlanması sağladığı bebeğin ağlama süresini kısalttığı yenidoğan kalp-solunum sisteminin düzenlenmesinde olumlu etkisi olduğu, buna karşın kısa veya uzun vadede belirgin olumsuz bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.⁴⁸ Lamaze ve UNICEF, doğumdan sonra anne ve bebeğin erken dönemde tense temasla buluşturulmasını ve doğum ortamlarının buna yönelik hazırlanmasını önermektedir.^{49,50} 1553 kadını, 11 çalışmayı içeren Cochrane sistematik derlemesinde, emzirmeye teşvik programlarının emzirmeye başlama oranlarına etkisi incelenmiştir. Çalışmalarda eğitim şekli ne olursa olsun (bire-bir eğitim, ihtiyaç tabanlı eğitim, genel oturma, örgün doğum öncesi eğitimi, akran eğitimi) emzirme eğitimi alan kadınlarda postpartum dönemde emzirmeye başlama oranları daha yüksek bulunmuştur.⁵¹ Emziren annelerde eş/aile/çevre desteği ile profesyonel desteğin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılan derlemede; 14 ülkeden 29.385 anne-bebek çiftini kapsayan 34 çalışma incelenmiştir. Emzirmeye yönelik veriler analiz edildiğinde; hangi şekilde olunursa olursun anneye verilen desteğin emzirme süresini uzattığı belirlenmiştir. Emzirmenin desteklenmesinin anne sütü ile beslenme süresini de arttırdığı gösterilmiştir. Yapılan çalışmaya göre; emzirmeye destek olma anne

sütü ile besleme süresini uzatmada yararlıdır, ancak sadece anne sütü ile besleme üzerine etkileri açık değildir.⁵² Kadınlar başarılı emzirme konusunda desteklendikten sonra kadınlara emzirme ile ilgili yaşayabileceği sorunlar ve çözüm önerileri konusunda da bilgi verilmelidir. Walker'ın yaptığı çalışmada her üç anneden biri veya daha fazlasının emzirmeyle ilgili bir veya daha çok sorun yaşadıkları görülmüştür. Bu sorunların başında; ağırlı ve çatlak meme başı (%34), meme apsisi ve mastit (%33), memelerde aşırı dolgunluk, meme başlarının içe çökük ya da düz olması gelmektedir.⁵³

Doğum Sonu Erken Taburculuğa Yönelik Kanıt Temelli Yaklaşımlar

Normal vajinal doğumdan 6-24 saat içinde, sezaryen doğumdan sonra ise 48-72 saat içinde olan taburculuklar erken taburculuk olarak nitelendirilmektedir.^{2,54,55} Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anne ve yenidoğanın hastane enfeksiyonlarından korunabilmesi için en erken dönemde taburcu edilmeleri gerektiğini bildirmiştir.⁵⁶ Bununla birlikte doğum sonu erken taburcu olmanın yararlı veya zararlı olması yönünde tartışmalar devam etmektedir. Bazı

çalışmalarda DS erken taburculuğun neonatal mortalite ve morbidite riskini artırdığı ifade edilmektedir.⁵⁷ Literatürde DS 48 saatten önce taburcu edilen annelerde yeniden hastaneye başvurma oranının, 48 saatten geç taburcu edilenlere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle anne ve yenidoğanın fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halinin taburculuk planı yapılırken değerlendirilmesinin önemli olduğuna dikkat çekilmektedir.⁵⁸ Brown ve arkadaşları tarafından anne ve bebeklerin sağlık ve refahını, doğum sonrası bakım memnuniyetini, genel sağlık maliyetlerini değerlendirmek amacıyla yapılan derlemede; sağlıklı anneler ve termde bebekler için doğum sonrası erken taburculuğun emzirme ya da doğum sonu depresyon üzerinde etkili olmadığı saptanmıştır.⁵⁸ Taburculuk zamanı annenin ve ailenin duygusal hazır olmaları ve hastane politikaları ile ilgili bir konudur. Taburculuk zamanının belirlenmesinde hasta, aile üyeleri ve sağlık personeli tarafından değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle postnatal dönemde annenin ve bebeğin taburculuğu yapılmadan önce hemşireler tarafından ailelere gereksinim duydukları konularda bilgi verilmesi önemlidir.^{2,59}

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kadın sağlığı hemşireliği, kadının fiziksel ve psikososyal sağlığının korunup geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın bozulduğu durumlarda bakım gereksinimlerinin karşılanmasını içeren hemşirelik disiplindir.⁶⁰ Bu nedenle DS döneminde verilen hemşirelik bakımı, anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik olmalıdır. Bu amaca yönelik olarak hemşirelik bakımının kanıt temelli güncel

uygulamalarla yapılması önemlidir. Buna karşın DS bakım uygulamalarının birçoğuna yönelik kanıt temelli yeterli ve güncel çalışma olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte DS dönem hemşirelik bakımının kalitesini artırmak için bu alana yönelik kanıt düzeyi yüksek, iyi kalitede araştırmalar yapılması ve hemşirelik uygulamalarının kanıtlar doğrultusunda yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Barrett, G., Pendry, E., Peacock, J., Victor, C., Thakar, R., Manyonda, I. (1999). "Women's sexuality after childbirth: A pilot study". *Arch Sex Behav*, 28 (2): 179-191.
2. Gölbaşı, Z. (2003). "Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik". *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(2): 15-22.
3. Akridge, K.M. (2004). "Postpartum ve Lactation". Editör (Ed.). In: Youngkin, E.Q., Davis, M.S. *Women's Health*. Pearson Printice Hall (614). New Jersey.
4. Shaw, E., Kaczorowski, J. (2007). "Postpartum care- What's new?". *Curr Opin Obstet Gynecol*, (19): 561-567.
5. WHO, UNICEF, & UNFPA. (2004). *Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva, Switzerland. (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/68382/1/a81531.pdf>). Erişim Tarihi: 02.01.2017
6. Sheikh, L., Najmi, N., Khalid, U., Saleem, T. (2011). "Evaluation of compliance and outcomes of a management protocol for massive postpartum hemorrhage at a tertiary care hospital in Pakistan". *BMC Pregnancy Childb*, 13: 11-28.
7. Cengiz, H., Yasar, L., Ekin, M., Kaya, C. and Karakaş, S. (2012). "Management of intrac-table postpartum haemorrhage

- in a tertiary center: A 5-year experience". *Niger Med J*, 53: 85-88.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO); 2012. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 9. Kominiarek, M.A., Kilpatrick, S.J. (2007). "Postpartum hemorrhage: a recurring pregnancy complication". *Semin Perinatol.*, 31 (3): 159-166.
 10. Gülmezoglu, A.M., Fornal, F., Villar, J., Hofmeyr, G.J. (2007). "Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), Art. No: CD000494.
 11. NICE (2014). "Intrapartum care for healthy women and babies". (<https://www.nice.org.uk/researchrecommendaion/what-is-the-most-effective-treatment-for-primary-postpartum-haemorrhage>). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 12. Soltani, H., Hutcheon, D.R., Poulou, T.A. (2010). "Timing of prophylactic uterotonics for the third stage of labour after vaginal birth". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8): CD006173.
 13. Mousa, H.A., Blum, J., Abou El Senoun, G., Shakur, H., Alfirevic, Z. (2014). "Treatment for primary postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2): CD003249.
 14. United States Agency for International Development. (2011). "Prevention and treatment of postpartum hemorrhage at the community level: A guide for policy makers, health care providers, donors, community leaders, and program managers". (<http://www.mchip.net/sites/default/files/DSK%20Prevention%20and%20Treatment%20at%20the%20Community%20Level%20Second%20Edition%202011.pdf>). Erişim tarihi: 04.01.2016.
 15. DeCherney, A.H., Nathan, L., Laufer, N., Roman, A.S. (2010). "Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology". Eleventh Edition. Current Diagnosis & Treatment Series., Lange. McGraw Hill, USA.
 16. Toğrul, C., Başer, E., Özdal, B., Güngör, T. (2012). "Postpartum Kanamanın Yönetimi". *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 9 (36): 1502- 1508.
 17. Cotter, A.M., Ness, A., Tolosa, J.E. (2001). "Prophylactic oxytocin for the third stage of labour". *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4*. Art. No: CD001808.
 18. Su, L.L., Chong, Y.S., Samuel, M. (2007). "Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, Art. No: CD005457.
 19. Kemik-Gül, Ö., Somunkıran, A., Özdemir, İ., Yücel, O., Demirci, F. (2006). "Doğum sonu kanamayı önlemede rektal misoprostol ve intravenöz oksitosinin etkinliklerinin karşılaştırılması". *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 3(3): 162-166.
 20. B-Lynch, C., Keith, L.G., Lalonde, A.B., Karoshi, M. (2010). Doğum sonu kanama; değerlendirme, yönetim ve cerrahi girişimler için kaynak kitabı. Editör (Ed.) Demir, C.S. (11-15). Matus Basımevi Reklam ve Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara.
 21. ACOG Practice Bulletin. Clinical Management Guidelines for Obstetricians and Gynecologists, Committee Opinion Number 107, 2009, FDA. ([accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf) - 2009-03-31). Erişim tarihi: 10.01.2016.
 22. FDA (U.S. Food and Drug Administration). Cytotec (misoprostol). (http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2002/19268s1r037.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
 23. Oladapo, O.T., Fawole, B., Blum, J., Abalos, E. (2012). "Advance misoprostol distribution for preventing and treating postpartum haemorrhage". *The Cochrane Library*, (2): CD009336.
 24. Hofmeyr, G.J., Walraven, G., Gulmezoglu, A.M., Maholwana, B., Alfirevic, Z., Villar, J. (2005). "Misoprostol to treat postpartum haemorrhage: a systematic review". *BJOG*, 112: 547-553.
 25. Fararjeh, C. (2003). "Postpartum kanama tedavisinde rektal misoprostol uygulamasının etkinliğinin intramusküler oksitosin ve metilergonoville karşılaştırılması". *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.*
 26. Hofmeyr, G.J., Gülmezoglu, A.M., Novikova, N., Lawrie, T.A. (2013). "Postpartum misoprostol for preventing maternal mortality and morbidity". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), Art. No: CD008982.
 27. Hofmeyr, G.J., Abdel-Aleem, H., Abdel-Aleem, M.A. (2008). "Uterine Massage for Preventing Postpartum Haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art. No.: CD006431.
 28. Hofmeyr, G.J., Abdel-Aleem, H., Abdel-Aleem, M.A. (2013). "Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7): CD006431.
 29. ICM and FIGO. (2003). International joint policy statement management of the third stage of labour to prevent postpartum hemorrhage. *J Obstet Gynaecol Can*, 25(11): 952-3.
 30. Lowdermilk, D.L. (2004). "Postpartum Complications". (In) Lowdermilk DL, Perry S.E. (Eds). *Maternity & Women's Health Care*. 8th Edition, Mosby, USA, 1044-48.
 31. Antibiotic Prophylaxis in Surgery. A National Clinical Guideline. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (<http://sign.ac.uk/guidelines/fulltext/104/index.html>). Erişim tarihi: 10.10.2016.
 32. Hidron, A., Edwards, J.R., Patel, J., Horan T.C., Sievert, D.M., Pollock, D.A., Fridkin, S.K. (2008). "NHSSN annual update: antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: annual summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2006-2007". *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 29 (11): 996-1011.
 33. Anderson, D.J., Podgorny, K., Berrios-Torres, S.I., Bratzler, D.W., Dellinger, E.P., Greene, L., Nyquist, C., Saiman, L., Yokoe, D.S., Maragakis, L.L. and Kaye, K.S. (2014). "Strategies to prevent surgical site infections in acute care hospitals: 2014 update". *Infect Control Hosp Epidemiol.*, 35(6): 605-27.
 34. Smaill, F.M., Grivell, R.M. (2014). "Antibiotic prophylaxis versus no prophylaxis for preventing infection after cesarean section". *Cochrane Database Syst Rev*, 10: CD007482.
 35. Giuliani, B., Periti, E., Mecacci, F. (1999). "Antimicrobial prophylaxis in obstetrics and gynecological surgery". *J Chemother Dec*, 11: 577-580.
 36. Reid, V.C., Hartmann, K.E., MCMahon, M., Fry, E.P. (2001). "Vaginal preparation with povidone iodine and postcesarean infectious morbidity: a randomized controlled trial". *Obstet Gynecol*, 97 (1): 147- 152.
 37. Starr, R.V., Zurawski, J., Ismail, M. (2005). "Preoperative vaginal preparation with povidone-iodine and the risk of postcesarean endometritis". *Obstet Gynecol*, 105: 1024-1029.
 38. Memon, S., Qazi, R.A., Bibi, S., Parveen, N. (2011). "Effect of preoperative vaginal cleansing with an antiseptic solution to reduce post cesarean infectious morbidity". *J Pak Med Assoc*, 61(12): 1179-1183.
 39. Haas, D.M., Morgan, S., Contreras, K. (2013). "Vaginal preparation with antiseptic solution before cesarean section for preventing postoperative infections". *Cochrane Database Syst Rev*; 1: CD007892.
 40. East, C.E., Begg, L., Henshall, N.E., Marchant, P.R., Wallace, K. (2012). "Local Cooling for Relieving Pain from Perineal Trauma Sustained During Childbirth". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4). Art. No: CD006304.
 41. Toker, Z., Eroğlu, K. (2005). "Epizyotomi Bakımında Kullanılan İki Farklı Yöntemin Yara İyileşme Sürecine Etkisi". *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 49-61.
 42. Yılmaz, S.D., Vural, G., Bodur, S. (2010). "The Effect of Serum Physiological and Rivanol on the Process of Recovery During Episiotomy Care". *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 27 (2): 172-177.
 43. Tuna, C.R. (2013). "Epizyotomi bakımında kullanılan iki farklı yöntemin yara iyileşmesi sürecine etkisi". *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.*
 44. Verklan, M.T. (2009). "So, he's a little premature. What's the big deal?". *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 21 (2): 149-161.

45. Tessier, R., Cristo, M., Velez, S., Giron, M., de Calume, Z.F., Ruiz-Palaez, J.G., Charpak, Y and Charpak, N. (1998). "Kangaroo mother care and the bonding hypothesis". *Pediatrics*, 102 (2): 1-8.
46. Chwo, M.J., Anderson, G.C., Good, M., Dowling, D.A., Shiau, S.H. and Chu, D.M. (2007). "A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity". *Journal of Nursing Research*, 10(2): 129-142.
47. Conde-Agudelo, A., Belizán, J.M. and Diaz-Rossello, J. (2011). "Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birth weight infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No: CD002771.
48. Moore, E.R., Anderson, G.C., Bergman, N. and Dowswell, T. (2012). "Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5): CD003519.
49. 60 Tips for Healthy Birth: Part 6 - Keep Mother and Baby Together - It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. (<http://www.lamaze.org/p/bl/et/blogid=16&blogaid=1075>). Erişim tarihi: 04.01.2016.
50. Anne Sütüyle İlgili Temel Gerçekler. (http://www.unicef.org/turkey/ir/_mc29.html). Erişim tarihi: 10.01.2016.
51. Dyson, L., McCormick, F. and Renfrew, M.J. (2005). "Interventions for Promoting the Initiation of Breastfeeding". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). Art. No: CD001688.
52. Britton, C., McCormick, F.M., Renfrew, M.J., Wade, A., King, S.E. (2007). "Support for Breastfeeding Mothers". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). Art. No: CD001141.
53. Walker, M. (2008). "Conquering common breast-feeding problems". *J Perinat Neonatal Nurs*, 22 (4): 267-274.
54. Bossert, R., Rayburn, W.F. (2001). "Early postpartum at a university hospital: outcome analysis". *The Journal of Reproductive Medicine*, 46 (1): 39-43.
55. Eaton, A.P. (2001). "Early postpartum discharge: recommendation from a preliminary report to congress". *Pediatrics*, 107 (2): 400-404.
56. World Health Organization (WHO). *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. WHO/RHT/MSM, Geneva 1998; 98/3: 8-58. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf). Erişim Tarihi: 02.01.2017
57. Cargill, Y., Martel, M. (2007). "Postpartum maternal and newborn discharge". *J Obstet Gynaecol Can*, 29 (4): 357-359.
58. Brown, S., Small, R., Faber, B., Krastev, A. and Davis, P. (2002). "Early Postnatal Discharge from Hospital for Healthy Mothers and Term Infants". *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3). Art. No: CD002958.
59. Bowman, K.G., Ruchala, P.L. (2006). "A comparison of the postpartum learning needs of adolescent mothers and their mothers". *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35 (2): 250-256.
60. Eroğlu, K. (2012). "Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı". Editör (Ed.) A.M., Coşkun (s:32). Koç Üniversitesi Yayınları, 1. Baskı, İstanbul.