



# Doğum Eyleminin Üçüncü ve Dördüncü Evresindeki Uygulamalarda Güncel Durum

## Current Situation in Practices at the Third and Fourth Stages of Labor

 Tuba KIZILKAYA<sup>a</sup>,  
 Tülay YILMAZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ebelik Bölümü,  
İstanbul Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
İstanbul, TÜRKİYE

Received: 30.03.2018  
Received in revised form: 24.04.2018  
Accepted: 25.04.2018  
Available online: 11.07.2019

Correspondence:  
Tuba KIZILKAYA  
İstanbul Üniversitesi,  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
kizilkaya.tb@gmail.com

Bu çalışma, I. Uluslararası ve II. Ulusal  
Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi  
(23-24 Mart 2018, İstanbul)'nde  
sözlü olarak sunulmuştur.

**ÖZET** Doğum eyleminin üçüncü evresi bebeğin doğumu ile başlamakta ve plasentanın doğumu ile sonlanmaktadır. Plasentanın doğması ile başlayan ve kadının stabil olmasına kadar süren evre ise doğum eyleminin dördüncü evresidir. Bu evrelerde ebelik bakımı kanamanın kontrol altına alınmasına yönelik girişimlerin uygulanmasının yanı sıra yenidoğan ile anne arasında iletişimin başlatılması açısından önem taşımaktadır. Kadına verilen bakımın kalitesini artırmak, riskli durumları en aza indirmek, komplikasyonları uygun şekilde yönetebilmek ve gerekli olmayan girişimleri azaltmak için kanıta dayalı uygulamaların ve rehberlerin takip edilmesi önemlidir. Bu çalışmada, kanamanın önlenmesi ve tedavisi, plasentanın doğumu, kontrollü kord traksiyonu, uterotonik ajanlar (oksitosin, ergometrin ve prostaglandin), meme stimülasyonu, geç kord klemleme, ten tene temas, uterus masajı, uterus tonusunun kontrolü ve kanama izlemi gibi doğum eylemlerinin üçüncü ve dördüncü evresindeki uygulamalar yer almaktadır. Bu uygulamalar, Cochrane veri tabanındaki sistematik derlemelerin sonuçları ve rehber önerileri doğrultusunda gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum eylemi; doğum sonu kanama; ebelik; kanıta dayalı uygulamalar

**ABSTRACT** The third stage of labor begins with the expulsion of the baby and ends with the birth of the placenta. The fourth stage of labor starts with the birth of the placenta and continues until the woman is stabilized. In these stages, midwifery care is important for control the hemorrhage, as well as initiating connection between newborn and mother. It is important to follow evidence-based practices and guidelines in order to increase the quality of the maternity care, minimize the risk situations, manage the complications appropriately, and reduce unnecessary interventions. This review focuses on third and fourth stages of labor practices such as the prevention and treatment of hemorrhage, birth of placenta, controlled cord traction, uterotonics agents (oxytocin, ergometrine and prostaglandin), nipple stimulation, delayed cord clamping, skin-to-skin contact, uterine massage, control of uterine tone. These practices were reviewed in context of the Cochrane systematic review and guidelines recommendations.

**Keywords:** Labor; postpartum hemorrhage; midwifery; evidence-based practices

**D**oğum eylemi doğal ve fizyolojik bir süreçtir. Bu süreçte komplikasyon gelişmemesi açısından risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve gerekli durumlarda müdahale edilmesi hayati önem taşımaktadır.<sup>1</sup> Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresinde kanama riskinin en aza indirilmesi, komplikasyonların erken dönemde tanınması ve ten tene temasın başlatılması sürece yönelik ebelik bakımının temel unsurlarını oluşturmaktadır. Ebeler, anne-bebek sağlığının en üst düzeye çıkarılması için güncel kanıta dayalı uygulamaları takip etmelidir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu (International Confederation of Midwives) ebelerin, temel

yetkinlik alanlarından biri olan “doğum ve doğum eylemi sırasında bakım sağlama” çerçevesinde, doğum eylemini fizyolojik açıdan destekleme ve güncel kanıta dayalı uygulamaları takip ederek yönetme yeteneğine sahip olması gerektiğini vurgulamaktadır.<sup>2</sup> Ebelerin doğum eylemi sürecinde güncel bilgileri kullanması; anne-bebek sağlığının geliştirilmesini sağlamakta ve gerekli olmayan rutin uygulamaları önlemektedir. Bu çalışmada, doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki uygulamaların güncel bilgiler doğrultusunda gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

## DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ EVRESİ

Bu evre bebeğin doğumu ile başlayıp plasentanın doğmasıyla sonlanmaktadır. Bu evrede ilk olarak anne ile bebek bir araya getirilerek erken ten tene temas sağlanmalı, anne-bebek iletişimi başlatılmalı ve emzirme desteklenmelidir. Sürecin fizyolojik olarak desteklenmesinin yanı sıra, kanama yönünden risk faktörleri değerlendirilmeli ve aşırı kanama önlenmelidir.<sup>3</sup> Doğumun üçüncü evresinde kanamanın yönetimine ilişkin iki yaklaşım söz konusudur.<sup>4</sup> Bunlardan biri fizyolojik yönetim (pasif yönetim, bekle-gör yönetimi), diğeri ise aktif yönetimdir (Tablo 1).

### DOĞUM EYLEMİNİN ÜÇÜNCÜ EVRESİ VE GÜNCEL DURUM

Aşağıda doğum eyleminin üçüncü evresinde yer alan uygulamalar ile ilgili güncel bilgilere yer verilmiştir.

#### KANAMANIN ÖNLENMESİ

Doğumun üçüncü evresinde en sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri kanamadır. Kanama, dünyada anne ölüm nedenlerinin %27'sini oluşturmaktadır.<sup>5</sup> Türkiye’de ise 2014 yılında anne ölümlerinin %19,2’si bu nedenle gerçekleşmiştir.<sup>6</sup> Doğum sonu kanama, bebeğin doğumundan sonraki ilk 24 saat içinde 500 mL ya da daha fazla kan kaybedilmesi olarak tanımlanır iken, şiddetli doğum sonu kanama ise 1.000 mL’den fazla kan kaybını ifade etmektedir.<sup>7</sup>

Doğum sonu kanamanın önlenmesi ile ilgili Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği [American College of Obstetricians and Gynecologists

**TABLO 1:** Fizyolojik ve aktif yönetimin temel unsurları.

Fizyolojik yönetim*	
	Uterotonik ilaç kullanılmaz
	Plasentanın ekspulsiyonundan önce herhangi bir müdahale uygulanmaz
	Anne dikey pozisyonda (çömelme, diz-göğüs vb.) kalabilir
	Plasentanın ayrılması sırasında müdahale edilmez
	Plasentanın yer çekiminin etkisi veya ekspulsiyon ile kendiliğinden ayrılmasına izin verilir
	Çevrenin korunması (sessizlik, mahremiyet, ısı) sağlanır
	Umbilikal kord geç klemplenir (Doğumdan ortalama 1-3 dakika sonra)
	Erken ve sürekli (en az bir saat) ten tene temas sağlanır
	Emzirme erken dönemde başlatılır
	Bu süreçte anne ve bebeğin birlikte kalması sağlanır
Aktif yönetim	
	Uterotonik ilaç kullanılır
	Kontrollü kord traksiyonu uygulanır
	Uterus masajı yapılır

\*Kaynak: Schorn MN. Management of the third stage of labor: implementing best practices. Best Practices in Midwifery: Using the Evidence to Implement Change. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 2016. p. 466.

(ACOG)], İngiliz Kraliyet Obstetrisyen ve Jinekologlar Koleji [Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)], Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu [International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)], Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu önerilerinin özeti Tablo 2’de görülmektedir.<sup>7-13</sup>

#### PLASENTANIN DOĞUMU

Doğum eyleminin üçüncü evresinin fizyolojik yönetimine göre; plasentanın doğma sürecine müdahale edilmez. Cochrane sistematik derlemesinde, doğumun üçüncü evresinde uygulanan aktif ve fizyolojik yönetim kıyaslanmıştır. Yüksek kaliteli kanıt olmasa da aktif yönetimin aşırı kanama riski olan kadın popülasyonunda kanama miktarının 1.000 mL’den fazla olma riskini azalttığı saptanmıştır. Fizyolojik yönetimde ise hemoglobinin düzeyinin 9 g/dL’nin altında olma riskinin arttığı bulunmuştur (düşük kanıt düzeyi).<sup>14</sup> FIGO, doğum sonu kanama insidansını, kan kaybı mik-

TABLO 2: Doğum sonu kanamanın önlenmesi ile ilgili önerilerin özeti.

	ACOG (2017)	RCOG (2016)	FIGO (2012)	WHO (2018)	Sağlık Bakanlığı (2014)
<b>Uterotonik ajan kullanımı</b>	Tüm obstetrik bakım birimlerinin rutin uterotonik kullanımı ile ilgili rehberleri olmalıdır <b>Kanıt düzeyi:</b> A <b>Öneri düzeyi:</b> İyi Uterotonik ajanlar uterus atoni kaynaklı doğum sonrası kanama için birinci basamak tedavi olmalıdır <b>Kanıt düzeyi:</b> A <b>Öneri düzeyi:</b> İyi	Üçüncü evrenin yönetiminde profilaktik olarak rutin uygulanmalıdır <b>Kanıt düzeyi:</b> A Vajinal doğum yapan ve risk faktörü olmayan kadınlara 10 IU'den fazla oksitosin yapılmasının faydası yoktur <b>Kanıt düzeyi:</b> A Kanama riski fazla olan kadınlarda kanamayı önleme kombinasyonu sadece Oksitosine göre daha üstündür. Sezaryende kanama riski yüksek olan kadınlarda oksitosine ek olarak traneksamik asit IV (0.5-1.0 g) yeterlidir <b>Kanıt düzeyi:</b> A veya	Tüm kadınlar için 10 IU IM oksitosin önerilir Oksitosin mevcut değilse 0.2 mg IM ergometrin; sintometrin (5 IU oksitosin ve 0.5 mg Ergometrin kombinasyonu) 600 µg oral misoprostol kullanılması önerilir	Tüm doğumlar için profilaktik 10 IU IV/IM oksitosin önerilir <b>Kanıt düzeyi:</b> Orta <b>Öneri düzeyi:</b> Güçlü Tek başına intravenöz oksitosin kanama tedavisinde önerilen uterotonik ilaçtır <b>Kanıt düzeyi:</b> Orta <b>Öneri düzeyi:</b> Güçlü	Sintometrin kullanımı hariç FIGO önerileri ile aynıdır
<b>Kontrollü kord traksiyonu</b>	Öneri mevcut değildir	Doğumun 3. evresinde aktif yönetim önerilmektedir <b>Kanıt düzeyi:</b> A	Uterotonik ilaçların yokluğunda veya plasentanın ayrılma belirtileri öncesinde önerilmez, çünkü plasentanın kısmen ayrılma, kord rüptürü, aşırı kanama ve/veya uterus inversiyonuna neden olabilir	Uzman hekimin/ebenin bulunmadığı ortamlarda KKT önerilmez Sezaryende plasentanın çıkarılması için önerilir <b>Kanıt düzeyi:</b> Orta <b>Öneri düzeyi:</b> Güçlü	Öneri mevcut değildir Uterus kontrakte değilse fundus masajı yapılmasını önerir
<b>Uterus masajı</b>	Uterus atonisini önlemede önerilir faydası yoktur <b>Kanıt düzeyi:</b> A	Profilaktik olarak uygulanmasının faydası yoktur <b>Kanıt düzeyi:</b> A	Plasentanın doğumundan sonra uterus masajı önerilir	Profilaktik oksitosin alan gebelerde sürekli uterus masajı önermez, ancak kanamanın tedavisinde uterus masajı önerilir <b>Kanıt düzeyi:</b> Düşük <b>Öneri düzeyi:</b> Güçlü	

ACOG: Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği, RCOG: İngiliz Kraliyet Obstetrisyen ve Jinekologlar Koleji, IV: İntravenöz, FIGO: Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu, IM: İntramusküler, WHO: Dünya Sağlık Örgütü, KKT: Kontrollü kord traksiyonu.

tarını ve kan nakli ihtiyacını azaltmak için üçüncü evrenin aktif yönetiminin uygulanmasını desteklemektedir.<sup>11</sup>

### KONTROLLÜ KORD TRAKSİYONU

Kontrollü kord traksiyonu (KKT), plasentanın ayrılması sırasında aşırı kanamanın önlenmesi için uygulanmaktadır. Uzman hekimin veya ebenin bulunduğu ortamlarda, KKT vajinal doğumlar için önerilmektedir (zayıf tavsiye, yüksek kaliteli kanıt). Uzman hekimin veya ebenin bulunmadığı ortamlarda ise kord traksiyonu önerilmemektedir (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt). KKT'nin uygulanmasındaki temel koşul ebenin veya uzman hekimin bu yetkinliğe sahip olmasıdır. Doğum öncesi kanama kaybında minimal bir azalma göz önüne alındığında, KKT vajinal doğumlar için önerilmektedir. KKT, sezaryen doğumda da plasentanın çıkarılması için önerilen bir yöntemdir (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt) (Tablo 2).<sup>7,12</sup>

Cochrane sistematik derlemesinde KKT'nin etkileri incelenmiştir. Bu sistematik derlemenin sonucuna göre, KKT'nin bazı durumlarda plasentanın elle çıkarılma riskini azaltabilmesi söz konusudur.<sup>15</sup>

### UTEROTONİK AJANLAR

DSÖ doğumun üçüncü evresinde doğum sonu kanamayı önlemek için uterotonik kullanımını tüm doğumlar için önermektedir (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt).<sup>7</sup>

#### Oksitosin

Oksitosin [10 ünite, intravenöz (IV)/intramusküler (IM)] normal veya sezaryen doğumlarda kanamanın önlenmesinde en sık önerilen uterotonik ilaçtır (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt). Kanama tedavisinde de tek başına IV oksitosin uygulaması önerilmektedir (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt).<sup>7</sup> Aktif yönetiminin bir parçası olarak profilaktik oksitosin 10 IU IV bolus şeklinde verilebilmektedir. Oksitosin IV olarak verilemiyor ise, kanamanın 500 mL'den daha fazla olmasını önlediği için IM olarak da kullanılabilir. Westhoff ve ark.nın yaptıkları sistematik derlemede, profilaktik oksitosinin doğum sonu kanamayı önlemedeki etkisi incelenmiştir. Bu sistematik derlemenin sonucuna göre,

herhangi bir dozda profilaktik oksitosin, 500 mL'den fazla olan kanamayı ve tek başına plaseboya kıyasla terapötik uterotonik ihtiyacını azaltmaktadır. Profilaktik oksitosin uygulaması 500 mL'den fazla kanamayı önlemede ergot alkaloidlerden daha üstün olduğundan, aktif yönetimde rutin kullanım için daha uygun bir seçenektir. Özellikle bulantı ve kusma gibi daha az yan etki ile ilişkilendirilmiştir. Profilaktik oksitosinin plasebo veya ergot alkaloidlere kıyasla plasebo retansiyonu riskini artırdığını gösteren bir kanıt yoktur. Profilaktik oksitosinin etkin doz, zamanlama ve uygulama yolunu değerlendirmek için plasebo kontrollü, randomize ve çift-kör çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.<sup>16</sup> Mousa ve ark.nın yaptığı sistematik derlemede ise doğum sonu kanamanın tedavisinde kullanılan primer girişimler kıyaslanmıştır. Bu sistematik derlemeye göre, kanamanın tedavisinde oksitosin infüzyonu mizoprostole göre daha etkili bulunmuştur. Profilaktik uterotonik kullanımından sonra uygulanan mizoprostol ve oksitosin infüzyonunun benzer şekilde etki gösterdiği saptanmıştır. Kanama tedavisinde oksitosin kullanılan kadınlarda, ek olarak mizoprostol kullanımının ek yarar sağlamadığı öne sürülmüştür. Ayrıca, uterotonik tedaviye yanıt vermeyen kadınları tedavi etmeye yönelik en iyi yolun araştırılması önerilmiştir.<sup>17</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı, 10 ünite oksitosinin IM veya IV yolla 3-5 dk'da verilmesini önermektedir. Ayrıca, 10 ünite oksitosinin IV olarak 500 cc %0,9'lük NaCl veya 500 cc Ringer Laktat solüsyonu içinde 10 cc/dk gidecek şekilde uterus kontrakte olana kadar 10-15 dk, daha sonra da 2 cc/dk gidecek şekilde infüzyon verilebileceğini belirtmektedir.<sup>13</sup>

#### Ergometrin ve Prostaglandin

Kanamamanın önlenmesi için oksitosin bulunamıyorsa diğer enjekte edilebilir uterotoniklerin (eğer uygunsa ergometrin/metilergometrin veya oksitosin ve ergometrinin sabit ilaç kombinasyonu) veya oral mizoprostolün (600 µg) kullanılması önerilmektedir (güçlü öneri, orta dereceli kanıt). Ayrıca, kanama oksitosin kullanımına rağmen azalmazsa IV ergometrin, oksitosin-ergometrin veya prostaglandin (dil altı mizoprostol dâhil olmak üzere 800

µg dâhil) önerilmektedir (güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt). Uzman hekimin veya ebenin bulunmadığı ve oksitosin bulunmadığı ortamlarda, kanamayı önlemek için toplum sağlığı çalışanlarının ve sağlık görevlilerinin mizoprostol (600 µg PO) vermesi önerilmektedir (güçlü öneri, orta dereceli kanıt).<sup>7</sup> Oral mizoprostol (600 µg), doğum sonu kanamanın önlenmesi için etkili bir ilaç olarak kabul edilmiştir. Oksitosin ile karşılaştırıldığında mizoprostolün artmış yan etkileri bulunmaktadır. 600 µg'lık bir mizoprostol dozunun, 400 µg'lık bir dozun üzerinde daha fazla etkinlik sağladığını gösteren hiçbir kanıt olmadığı kabul edilmiştir. Düşük dozlar daha düşük bir yan etki profiline sahiptir, ancak düşük dozlarda mizoprostolün etkinliği yeterince değerlendirilmemiştir.<sup>12</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı, kan basıncını yükselttiği için yüksek kan basıncı ve preeklampsi gibi durumlarda ergotmetrin kullanımını önermemektedir. Kontrendikasyon yoksa 0,2 mg IM ergometrin kullanılabilirliğini belirtmektedir. Eğer oksitosin yoksa veya güvenli kullanıma uygun değilse 600 µg oral mizoprostol kullanımını da önermektedir.<sup>13</sup>

Tuncalp ve ark.nın yaptıkları sistematik derlemede, profilaktik prostaglandin uygulanmasının doğumun üçüncü evresindeki etkileri incelenmiştir. Oral veya dil altı mizoprostol kullanımının, doğumdan sonra kan kaybının azaltılmasında plaseboya kıyasla umut verici sonuçlar verdiği saptanmıştır. Mizoprostolün etkisinin, aktif yönetimdeki diğer bileşenlerin kullanılıp kullanılmamasından etkilenebileceği belirtilmiştir. Ortaya çıkan yan etkiler kullanılan doza bağlı olduğundan, rutin kullanım için en düşük etkili dozun oluşturulması ve en uygun yolun seçilmesi açısından araştırma yapılması önerilmektedir. Üçüncü evre yönetiminin bir parçası olarak IM prostaglandinler ve mizoprostol kullanımı geleneksel enjekte edilebilir uterotoniklere tercih edilmemektedir (özellikle düşük riskli kadınlar için). Oral mizoprostolün etkili ve güvenilir olarak kullanılabilirliği açısından araştırmalar yapılması önerilmektedir.<sup>18</sup>

### Meme Stimülasyonu

Doğum sonu kanamanın önlenmesinde oksitosin salınımına yardımcı olan emzirme veya meme sti-

mülasyonu ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Abedi ve ark.nın bu konuda yaptıkları sistematik derlemede, emzirme ile meme stimülasyonunun etkileri incelenmiştir. Sistematik derlemenin sonucunda, meme stimülasyonu yapılmayan grupta 500 mL'den fazla kanama daha fazla olarak belirlenmiştir (orta düzey kanıt).<sup>19</sup>

### GEÇ KORD KEMPLEME

Temel yenidoğan bakımını başlatırken, geç kord klempleme (doğumdan sonra 1-3 dk sonra yapılır) tüm doğumlar için önerilmektedir. Erken kord klempleme ise (doğumdan sonra 1 dk içinde), yenidoğanda asfiksi yoksa ve resüsitasyon gerekmiyorsa önerilmemektedir (güçlü öneri, orta kaliteli kanıt).<sup>12</sup>

ACOG Komite Raporu'na göre; umbilikal kordun 30-60 saniye sonra klemplenmesinin term yenidoğanlarda hemoglobin düzeyini ve yaşamın ilk aylarında demir depolarını iyileştirdiği ve gelişimsel sonuçlara olumlu etki ettiği belirtilmektedir. Preterm yenidoğanlarda ise bu uygulama sonrasında kırmızı kan hücrelerinin arttığı, daha az nekrotizan enterokolit ve intraventriküler kanama görüldüğü vurgulanmıştır. Bu nedenle, term ve pretermelerde umbilikal kordun 30-60 saniye sonra klemplenmesi önerilmektedir. Ayrıca, umbilikal kordun 30-60 saniye sonra klemplenmesinin doğum sonu kanama riskini artırmadığı belirtilmiştir. Doğumdan sonra 30-60 saniyeden önce yapılan kord klemplenmesi yenidoğanda asfiksi yoksa ve resüsitasyon gerekmiyorsa önerilmemektedir (güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt).<sup>9</sup> McDonald ve ark.nın yaptığı sistematik derlemede, erken kord klempleme ile geç kord klemplemenin anne ve bebek üzerindeki etkileri karşılaştırılmıştır. Anneler üzerinde ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; doğum sonu kanama riski, uterotonik ilaç kullanımını, ortalama kan kaybı ve hemoglobin düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bebek üzerinde ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında; erken kord klempleme grubunda 24 ve 48. saatte bakılan hemoglobin konsantrasyonu geç kord klempleme grubundan anlamlı olarak daha az bulunmuştur. Ayrıca, erken kord klempleme grubunun üç ve altı ay arasında demir ek-

sikliği olma ihtimali geç kord klempleme grubundan iki kat daha fazla saptanmıştır. Fakat erken kord klempleme grubunda da sarılık için fototerapiye gereksinim daha az olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında neonatal ölüm, Apgar puanının 5. dk'da 7'nin altında olması ya da yoğun bakıma kabul edilme açısından anlamlı bir fark belirlenmemiştir.<sup>20</sup>

### TEN TENE TEMAS

Ten tene temas yenidoğanlar için önemli bir yere sahiptir. Bu uygulama; yenidoğanın ekstrauterin hayata uyumunu kolaylaştırmakta, anne-bebek bağlanmasını başlatmakta ve temel biyolojik bir ihtiyaç olarak kabul edilmektedir. DSÖ, komplikasyonu olmayan yenidoğanın doğumdan sonraki ilk saatte annesiyle ten tene temas hâlinde olmasını önermektedir (güçlü öneri, düşük kaliteli kanıt).<sup>21</sup> İdeal ten tene temas doğumdan hemen sonra başlamakta ve ilk emzirmenin sonuna kadar devam etmektedir.<sup>22</sup> Moore ve ark.nın yaptığı sistematik derlemede, sağlıklı term yenidoğana uygulanan erken ten tene temas ile standart temasın, emzirme ve yenidoğan fizyolojisine etkisi incelenmiştir. Sistematik derlemenin sonucuna göre, erken ten tene temasın ilk 1-4 ay içinde emzirme üzerine pozitif etki ettiği (orta kanıt düzeyi); emzirme süresini artırdığı (düşük kanıt düzeyi) ve kardiyovasküler sistemde stabilitenin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (düşük kanıt düzeyi). Kan glukoz düzeyinin 75 ve 180. dk'da daha yüksek olduğu bulunmuştur (düşük kanıt düzeyi). İlk 90 dk'da vücut ısısına olan etkisi 0,3 °C'dir ve klinik açıdan önemsizdir (düşük kanıt düzeyi). Doğumdan sonra 1. aya kadar sadece anne sütü ile beslenme daha fazladır (orta kanıt düzeyi). Kanıtlar, sağlıklı yenidoğan için sezaryen doğum ve gestasyonel haftanın 35'ten küçük olması dâhil erken ten tene temasın standart bir uygulama olması gerektiğini göstermektedir. Emzirmeyi teşvik etmek için ten tene temasın derhâl veya erken dönemde başlatılması önerilmektedir. Komplikasyonu olmayan yenidoğanlar, hipotermiyi önlemek ve emzirmeyi teşvik etmek için doğumdan sonraki ilk saatte anneleriyle ten tene temas hâlinde olmalıdır. Ten tene temasın sadece bebek açısından değil, anne için de olumlu etkileri bulunmaktadır.<sup>23</sup> Örneğin;

erken ten tene temasın plasentanın çıkma süresini kısalttığı ve bu uygulamanın yapıldığı grupta subinvolüsyonun daha az görüldüğü bildirilmektedir.<sup>24,25</sup>

## DOĞUM EYLEMİNİN DÖRDÜNCÜ EVRESİ

Plasentanın doğumuyla başlayan bu evre doğum sonrası ilk dört saati kapsamaktadır. Kanama-kontrol evresi olarak da adlandırılmaktadır. Bu evrede annenin vital bulguları ve doğum sonu kanama belirtileri takip edilmektedir.<sup>1</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, doğum sonu erken dönemde kadının ilk 2 saat 15 dk'da bir, 2-4 saatler arasında 30 dk'da bir vital bulgularının değerlendirilmesini önermektedir.<sup>13</sup>

### DOĞUM EYLEMİNİN DÖRDÜNCÜ EVRESİ VE GÜNCEL DURUM

Aşağıda, doğumun dördüncü evresinde yapılan uygulamalar ile ilgili güncel bilgilere yer verilmiştir.

#### UTERUS MASAJI

Profilaktik oksitosin alan kadınlarda, kanamayı önlemeye yönelik müdahale olarak sürekli uterus masajı yapılması önerilmemektedir (zayıf tavsiye, düşük kaliteli kanıt) (Tablo 2). Uterus masajı doğum sonu kanamanın önlenmesinde fayda sağlayamamaktadır. Fakat kanama tedavisinde uterus masajı yapılması önerilmektedir (güçlü öneri, çok düşük kaliteli kanıt). Uterotonik ilaçlar kullanılmadığında veya oksitosin dışında bir uterotonik ilaç kullanıldığında, doğum sonu kanamanın önlenmesi için uterus masajının rolüne dair kanıt yoktur.<sup>12</sup>

Hofmeyr ve ark.nın yaptığı sistematik derlemede, uterus masajının kanamayı azaltmaya ve plasentanın doğumuna etkileri incelenmiştir. Bu derlemenin sonucuna göre, plasenta retansiyonu vakası görülmemiştir. Ortalama kan kaybı masaj grubunda 30 ve 60. dk'da daha az saptanmıştır. Ek uterotoniklere ihtiyaç anlamlı şekilde daha az olarak belirlenmiştir. Bu derlemede karşılaştırılan tüm kadınlar aktif yönetimin bir parçası olarak oksitosin almıştır.<sup>26</sup>

T.C. Sağlık Bakanlığı, uterus kontrakte değilse fundus masajı yapılmasını önermektedir.<sup>13</sup> Vajinal doğumdan sonra uterus atonisi nedeni ile kanama-

nın tedavisi için uygun bakım sağlanıncaya kadar, bimanual uterus masajı da geçici bir önlem olarak önerilmektedir (zayıf tavsiye, çok düşük kaliteli kanıt).<sup>7</sup>

### UTERUS TONUSUNUN KONTROLÜ

Uterus atonisinin erken tanılanabilmesi için tüm kadınlarda doğum sonu abdominal olarak uterusun tonusunun değerlendirilmesi önerilmektedir (güçlü öneri, çok düşük kaliteli kanıt).<sup>7</sup>

Doğum sonrası ilk bir saat içinde uterusun fundusu genellikle umbilikus seviyesinde veya hemen üzerindedir ve serttir. Uterusun tonus kontrolü; doğum sonu ilk yarım saat 5-10 dk'da bir, sonraki yarım saat 15 dk'da bir, iki saat dolana kadar da yarım saatte bir yapılmalıdır.<sup>13</sup>

### KANAMA TAKİBİ

Kan kaybının tahmininin "görsel tahmini kan kaybı" ve "niceliksel kan kaybı ölçümü" olmak üzere iki şekilde gerçekleştiği bilinmektedir. RCOG rehberinde, klinisyenlerin peripartum kan kaybını görsel olarak tahmin etmelerinin yanlış olduğu ve doğum sonu kanamanın değerlendirilmesinde klinik belirtilerin ve semptomların dâhil edilmesi gerektiği yer almaktadır.<sup>10</sup> Kan kaybının niceliksel olarak ölçülmesinin doğru bir yöntem olduğu ve görsel değerlendirmenin pratikten kaldırılması gerektiği öne sürülmektedir.<sup>27</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı ise doğum sonrası 20-30 dk içerisinde 2-3'ten fazla pedi kirletecek kanamanın olması, sürekli kan gelişi, pıhtı gelmesi veya kanama renginin açık/parlak kırmızıya dönmesi-

nin normal olmayan fazla miktardaki kanamaya işaret ettiğini belirtmiştir.<sup>13</sup>

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum eyleminin üçüncü ve dördüncü evresindeki güncel ve kanıta dayalı uygulamalar, anne ve bebek sağlığının korunmasında ve yükseltilmesinde önemli katkılar sağlamaktadır. Ebelerin kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi sahibi olması, doğum eylem sürecinde güncel bilgiler ışığında bakım vermesini sağlayacaktır. Kanıta dayalı uygulamalara bakıldığında aktif yönetimin desteklediği görülmektedir. Doğumun fizyolojik yönetimi ile ilgili çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

### Finansal Kaynak

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru- dan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### Çıkar Çatışması

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### Yazar Katkıları

**Fikir/Kavram:** Tuba Kızılkaya, Tülay Yılmaz; **Tasarım:** Tuba Kızılkaya, Tülay Yılmaz; **Denetleme/Danışmanlık:** Tülay Yılmaz; **Kaynak Taraması:** Tuba Kızılkaya, Tülay Yılmaz; **Makalenin Yazımı:** Tuba Kızılkaya, Tülay Yılmaz.

## KAYNAKLAR

1. Aydemir H, Uyar Hazar H. [Low risk, risk, and high risk pregnancies and the role of midwives]. Gümüşhane University Journal of Health Sciences. 2014;3(2).
2. Fullerton JT, Thompson JB, Severino R. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice: an update study: 2009-2010. Midwifery. 2011;27(4):399-408. [Crossref] [PubMed]
3. Dereli Yılmaz S. [Second and third stage of labor and postpartum period]. Demirgöz Bal M, Dereli Yılmaz S, editörler. Ebelere Yönelik Kapsamlı Doğum. 1. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2017. p.134.
4. Schorn MN. Management of the third stage of labor: implementing best practices. In: Anderson BA, ed. Best Practices in Midwifery: Using the Evidence to Implement Change. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer Publishing Company; 2016. p.459. [Crossref]
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014;2(6)e:323-33. [Crossref]
6. Şencan İ, Engin Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, et al. [Demographic characteristics of Turkish national maternal deaths in 2014]. The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology. 2016;13(2):45-7.

7. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations for the Prevention and Treatment of Postpartum Haemorrhage. Italy: WHO Press; 2012. p.41. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf;jsessionid=690F02B76248A010B6DD2E08BC27BEEA?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=690F02B76248A010B6DD2E08BC27BEEA?sequence=1) Erişim: 23.04.2018.
8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. Practice bulletin no. 183: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol.* 2017;130(4):e168-e86. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
9. Committee Opinion No. 684 summary: delayed umbilical cord clamping after birth. *Obstet Gynecol.* 2017;129(1):232-3. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
10. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG). Prevention and management of postpartum haemorrhage. *BJOG.* 2016;124:106-49.
11. Lalonde A. Prevention and treatment of postpartum hemorrhage in low-resource settings. *Int J Gynecol Obstet.* 2012;117(2):108-18. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
12. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization; 2018. p.195. Erişim: 23.04.2018. [\[Link\]](#)
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2014. p.44. Erişim: 23.04.2018. [\[Link\]](#)
14. Begley CM, Gyte GM, Devane D, McGuire W, Weeks A. Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;9(11):CD007412. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
15. Hofmeyr GJ, Mshweshwe NT, Gülmezoglu AM. Controlled cord traction for the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;29(1):CD008020. [\[Crossref\]](#) [\[PMC\]](#)
16. Westhoff G, Cotter AM, Tolosa JE. Prophylactic oxytocin for the third stage of labour to prevent postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;30(10):CD001808. [\[Crossref\]](#)
17. Mousa HA, Blum J, Abou El Senoun G, Shakur H, Alfirevic Z. Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;13(2):CD003249. [\[Crossref\]](#) [\[PMC\]](#)
18. Tunçalp Ö, Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;15(8):CD000494. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
19. Abedi P, Jahanfar S, Namvar F, Lee J. Breast-feeding or nipple stimulation for reducing postpartum haemorrhage in the third stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;27(1):CD010845. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
20. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;11(7):CD004074. [\[Crossref\]](#) [\[PMC\]](#)
21. World Health Organization (WHO). WHO Recommendations on Newborn Health Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee Updated May 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. p.18. Erişim: 23.04.2018. [\[Link\]](#)
22. Crenshaw JT. Healthy birth practice #6: keep mother and baby together-it's best for mother, baby, and breastfeeding. *J Perinat Educ.* 2014;23(4):211-7. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
23. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;11:CD003519. [\[Crossref\]](#) [\[PMC\]](#)
24. Marín Gabriel M, Llana Martín I, López Escobar A, Fernández Villalba E, Romero Blanco I, Touza Pol P. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr.* 2010;99(11):1630-4. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. Dordević G, Jovanović B, Dordević M. [An early contact with the baby--benefit for the mother]. *Med Pregl.* 2008;61(11-12):576-9. [\[Crossref\]](#)
26. Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA. Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;1(7):CD006431. [\[Crossref\]](#)
27. Jones R. Quantitative measurement of blood loss during delivery. *JOGNN.* 2015;44:1. [\[Crossref\]](#)