

Normal Doğum Eyleminin İkinci ve Üçüncü Evresinde Kanıta Dayalı Uygulamalar

İlkay GÜNGÖR*

Gülay YILDIRIM-RATHFISCH**

* Msc., İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim
Dalı, İstanbul

** Yrd. Doç. Dr., İstanbul
Üniversitesi Florence Nightingale
Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve
Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı, İstanbul
e-mail: gulumyil@yahoo.com

Özet

Normal doğum sürecinde müdahalelerin gerekliliğini doğrulayabilmek için kullanılacak uygulamaların etkinliklerine ilişkin iyi kanıtların olması gerekmektedir. Bu derlemenin amacı, doğumun ikinci ve üçüncü evresinin yönetimi ve bakımına ilişkin kararlar konusunda kanıta dayalı öneriler sunmaktır.

İkinmeye erken başlanması, doğumda perinenin elle korunması, profilaktik oksijen ve tokoliz uygulanması, fundal basınç ve rutin epizyotomi yapılması gibi uygulamalarda yaşanan komplikasyonlar, beklenen yararlardan fazla olabilmektedir. İkinci evre uzadığında gereksiz operatif girişimleri önleyebilmek için anne veya fetal sağlık etkilenmemiş ise ikinci evrenin uzamasına izin verilebileceği belirtilmektedir. Doğumun ikinci evresinde valsava tipi ikinme ile postpartum kanamanın önlenmesinde oksitosin-ergometrine kullanımının faydaları kadar bazı riskleri de olduğu bildirilmektedir. Postpartum kanamanın önlenmesinde misoprostol kullanımı ile ilgili daha fazla kanıta gereksinim duyulmaktadır. Kanıta dayalı veriler doğumun ikinci evresinde dik pozisyon alma, perine masajı, doğum sonrası uterus masajının yapılmasını ve kontrollü olarak kordonun çekilmesi yoluyla plasentanın doğurtulmasını desteklemektedir.

Sonuç olarak, rutin uygulamaların yerine, sınırlı epizyotominin uygulanması, geç ikinmanın desteklenmesi ve doğum sonrası uterus masajının yapılması gibi kanıt temelli uygulamaların kullanılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğumun ikinci evresi, kanıta dayalı uygulamalar, doğumun yönetimi, bakım

Evidence Based Practices in the Second and Third Stage of Normal Labor

Abstract

Good evidence of effectiveness is necessary to justify interventions in the normal process of labor. The objective of this literature review was to provide evidence-based recommendations for management of care and decisions during the second and third stage of labor and delivery.

Early pushing, "hands-on" method, prophylactic oxygen and tocolysis administration, fundal pressure, and routine episiotomy can be associated with complications without sufficient benefits. It is suggested that, second stage of labor can be allowed to continue if maternal or fetal health is not affected, to avoid unnecessary operative interventions for prolonged second stage. Both benefits and risks are associated with valsalva type pushing technique in the second stage of labor and oxytocin-ergometrine use to prevent postpartum haemorrhage. More evidence is needed regarding misoprostol for primary prevention of postpartum haemorrhage. Evidence-based data favor upright position in the second stage, perineal massage, postpartum uterine massage and delivery of placenta with controlled cord traction.

In conclusion, instead of routine interventions, using evidence based practices such as restrictive use of episiotomy, supporting delayed pushing and postpartum uterine massage etc., are recommended in the management of second stage of labor.

Keywords: *Second stage of labor, evidence based practices, management of labor, care*

Giriş

Doğum eyleminin yönetimi, obstetrik uygulamaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Obstetrik bakım, son birkaç yıldır kanıta dayalı uygulamalar ile değerlendirilmekte ve uygulan-

maktadır. Yüksek derecede güvenli ve etkili olan uygulamaların doğru seçimi, doğum eyleminde hem anne ve hem de bebekle ilgili mortalite ve morbidite oranlarını azaltacaktır. Doğum eyleminin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar ile enfeksiyonu azaltacak, en az doku travmasına neden olacak uygulamaların benimsenmesi, iskemi ve inflamasyona neden olacak uygulamalardan ise kaçınılması amaçlanmaktadır (Berghella ve diğ. 2008).

Doğum eylemi doğal bir süreçtir ve yapılan tıbbi müdahaleler doğumun bu doğallığını bozabilmekte ve sorunlara neden olabilmektedir. Doğum eyleminde rutin tıbbi uygulamalardan hangilerinin uygun olduğu konusu ise hala tartışılmaktadır. Son yıllarda doğum eyleminde kanıta dayalı uygulamaların yaygın bir şekilde desteklenmesi gerektiği savunulmakta, ancak gerçekte yürütülen obstetrik uygulamalar sıklıkla kanıta dayalı olmamaktadır. Çin, Güney Afrika ve İngiltere gibi bazı ülkelerde yürütülen geniş örneklemler çalışmalarda normal doğum sırasında gereksiz obstetrik uygulamaların yaygın olduğu görülmüştür. Doğum eyleminde gereksiz yere yapılan bu uygulamaların bazı ülkelerde çok daha yüksek olabileceği tahmin edilmektedir (Qian ve diğ. 2006). Yıldırım ve Beji (2008) yaptıkları çalışmada doğum eyleminin ikinci evresinde fundal basınç, uzun süreli valsalva tipi ıkınma ve buna benzer obstetrik uygulamaların yaygın olarak uygulanmakta olduğunu göstermiştir.

Bu derlemenin amacı, doğum eyleminin yönetimiyle ilgili kanıtları incelemek ve randomize çalışmalara dayanan önerilerde bulunmaktır. Bu nedenle çalışma, doğum eylemi sırasında uygulanan bakımın alternatif şekillerini karşılaştıran randomize çalışmalardaki kanıtlar üzerine odaklanmaktadır. Kanıta dayalı uygulamalarda öneri düzeyi, kanıtların kalitesi (Tablo 1) ve doğumun ikinci evresindeki girişimler ile ilgili öneriler ve kalite düzeyleri (Tablo 2) aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 1: Kanıta Dayalı Uygulamalarda Öneri Düzeyi ve Kanıtların Kalitesi

ÖNERİ DÜZEYİ:
A: Uygun olan tüm hastalara uygulanması kesinlikle tavsiye edilir. Olumlu sonuçları gösteren iyi düzeyde yeterli kanıt bulunmaktadır. Yararları zararlarından oldukça fazladır.
B: Uygun olan tüm hastalara uygulanması tavsiye edilir. Olumlu sonuçları gösteren en az orta düzeyli kanıtlar bulunmaktadır. Yararları zararlarından fazladır.
C: Rutin uygulamayı destekleyen ya da sınırlayan herhangi bir öneri yoktur. Olumlu sonuçları gösteren en az orta düzey kanıtlar bulunmaktadır. Girişimin yararları ve zararları herhangi bir öneri getirilemeyecek şekilde çok yakındır.
D: Asemptomatik hastalarda girişimin rutin uygulanması önerilmemektedir. Girişimin etkisiz olduğunu veya zararının yararından fazla olduğunu gösteren en az orta düzeyli kanıtlar bulunmaktadır.
I: Rutin uygulamayı destekleyen ya da sınırlayan yönde yeterli kanıt bulunmamaktadır. Kanıtlar yetersiz, kötü kalitede, tartışmalı olabilir. Yarar - zarar dengesi belirlenmemiştir.
KANITLARIN KALİTESİ:
İyi: Popülasyonu temsil eden yeterli bir örneklem üzerinde iyi bir yöntemle yapılan ve yürütülen, girişimin sağlık sonuçları üzerine etkisini doğrudan değerlendiren çalışmalardan gelen tutarlı bulguları içeren kanıtlardır.
Orta: Girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmaktadır. Ancak çalışmaların sayısı, kalitesi, tutarlılığı, rutin uygulamaya genelleştirilebilmesi ve etkinin doğrudan değerlendirilmemiş olması nedeniyle kanıtların gücü sınırlıdır.
Zayıf: Çalışmaların sayısının veya gücünün sınırlı olması, yöntemlerinde önemli kusurlar olması, kanıt zincirinde önemli eksiklikler olması ve önemli sağlık sonuçları konusunda yetersiz bilgi vermeleri nedeniyle, girişimin sağlık sonuçlarına etkisini belirlemede yeterli kanıtlar bulunmamaktadır.

Kaynak: Berghalla. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol 2008.

Doğum Eyleminin İkinci Evresinde Müdahale ve Bakım

İkinci evrenin tanımına yönelik yapılan fizyolojik yaklaşım, genelde fetüsün doğum kanalı içindeki inişine dayanır. Bu yaklaşım, servikal dilatasyonun tamamlanmasını ve annede spontan olarak gelişen ıkınma isteğinin oluşmasını temel alır (Yıldırım ve Beji 2008). Bu başlık altında ikinci evrenin süresi, ıkınma zamanı, ıkınma teknikleri, fundal basınç, perineal masaj, doğum pozisyonları, epizyotomi, doğuma yardım ve müdahaleli doğumlar ele alınacaktır.

İkinci evreye yönelik geliştirilen bakım sürecinde özellikle ikinci evrenin süresiyle ilgili bir fikir birliği yoktur. İkinci evrenin süresinin ne kadar olması gerektiğiyle ilgili yapılan çalışmaların sayıca az olması ve yeterince veri bulunmamasın-

dan dolayı, ikinci evrenin süresinin objektif olarak belirlenmesi güçtür. İkinci evrenin süresinin sınırlandırılmasında ısrarlı davranılması, doğuma yardımcı olan kişiyi müdahalede bulunma ve istenen zaman sınırı aşıldığında derhal doğumu sonlandırma konusunda mecbur bırakmaktadır (Yıldırım ve Beji 2008). İkinci evrenin süresinin sınırlandırılması (örn. primiparlarda 1 saate kadar sürmesi) yenidoğan pH değerlerini artırmakta fakat bu durum daha fazla müdahaleli doğumlara neden olabilmekte ve maliyeti de etkilemektedir (Hofmeyr 2005).

Kadının nasıl ıkınması gerektiği, doğum eyleminin ikinci evresinde verilecek bakımın önemli konularından biridir. Robert ve diğ. (2004) tarafından incelenen ve 2953 kadını içeren dokuz çalışmada, termde, verteks pozisyonunda tek fetüse

Tablo 2: Doğumun İkinci Evresindeki Girişimler ile ilgili Öneriler ve Kalite Düzeyleri

İkinci Evrede Yapılan Girişimler	Öneri	Kanıtların Kalite Düzeyi	Yorum
Geç ıkınma	B	İyi	Vaginal doğum insidansı artar Müdahaleli vaginal doğum, sezaryen insidansı ve neonatal sonuçlar benzerdir.
Kapalı glottis tekniği ile ıkınma (Valsalva tipi)	C	İyi	İkinci evrenin süresi kısalır. Fetüste asit baz dengesi bozulabilir.
Fundal basınç	D	İyi	Kadınların doğumdan memnuniyeti azalır. Maternal ve neonatal sonuçlar benzerdir.
Perine masajı (doğumun ikinci evresinde)	B	İyi	Üçüncü derece yırtık olasılığı azalır
Perineye sıcak ped uygulaması	B	İyi	Üçüncü ve dördüncü derece yırtık olasılığı azalır
Dik pozisyon	A	İyi	Oturma, yarı rekümbent, diz çökme; ve çöelmeyi içerir. Fetal distres ve operatif vaginal doğum insidansı azalır.
Epizyotomi	D	İyi	Rutin epizyotomiden kaçınılmalıdır. Sınırlı epizyotomi yapılmalı. Perineal travma önlenir.
Perinenin elle korunması	D	İyi	Üçüncü derece yırtık ve epizyotomi insidansı artar
Uzamış ikinci evrede doğuma müdahale (operatif doğum)	I	Zayıf	Yeterli çalışma yok
Profilaktik oksijen tedavisi	D	Orta	Umbilikal kordon pH'ı daha düşük
Profilaktik tokoliz (fetal distresin önlenmesinde)	D	Orta	Uzamış ikinci evre ile ilişkilidir. Müdahaleli doğum insidansı artar.

Kaynak: Berghalla. *Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol* 2008.

sahip olan ve epidural anestezi uygulanan kadınlarda geç ıkınmaya başlamanın (acil ıkınma isteği gelene kadar bekleme), ikinci evrede uzama ve spontan vaginal doğum insidansında anlamlı yükselmeye ilişkili olduğu bulunmuştur. Geç ve erken ıkınan gruplarda yenidoğan sağlık durumu, müdahaleli vaginal doğum ve seksiyon sezaryen yönünden ise farklılık görülmemiştir (Roberts ve diğ. 2004). Hofmeyr (2005)'in bildirdiğine göre, epidural analjezinin uygulandığı kadınları içeren randomize çalışmalarda, geç ıkınmaya başlamanın fetal distres olmaksızın müdahaleli doğum yöntemlerinin kullanımını azalttığı bulunmuştur. Epidural analjezinin kullanılmadığı durumlarda,

servikal dilatasyon tamamlandığı zaman kadınlar ıkınma konusunda cesaretlendirilmeli mi? ya da güçlü ıkınma dürtüsü gelene kadar beklenilmeli mi? konusu ise açık değildir (Hofmeyr 2005).

Doğum eyleminin ikinci evresinde genelde Spontan (açık glotis-nefes vererek) ıkınma veya Valsalva tipi (kapalı glotis-nefes tutarak) ıkınma teknikleri kullanılmaktadır. Toplam 670 kadını içeren iki çalışmada Valsalva tipi ıkınma, spontan ıkınma ile karşılaştırıldığında, Valsalva tipi ıkınan grupta doğum eyleminin ikinci evresinin süresinin anlamlı bir şekilde daha kısa sürdüğü (13 ila 18 dakika) ve neonatal sonuçlarda ise iki grup arasında benzerlikler olduğu görülmüştür (Par-

nell ve diğ.1993, Bloom ve diğ. 2006). Yüz yirmi sekiz kadını içeren bir çalışmada, valsalva tipi ıkınan grupta doğumdan üç ay sonra ürogenital fonksiyonlarda hafif bir kötüleşme gözlenmiştir (Schaffer ve diğ 2005). Çoğu kadın spontan olarak doğum eyleminin ikinci evresinde valsalva tipi ıkınmayı seçmektedir Doğum eyleminde kadınları valsalva tipi ıkınma konusunda yönlendirmek ikinci evrenin süresini kısaltmaktadır. Ancak, bu ıkınma tipinde, uzun süreli nefes tutarak ıkınmadan dolayı fetüs sağlığı olumsuz yönde etkilenebileceğinden kısa süreli spontan ıkınma tekniği önerilmektedir. Spontan ıkınmaya karşın, valsalva tip ıkınmanın devamlılığı yönünde cesaretlendirme, doğum eyleminin ikinci evresini biraz kısaltmakta ancak, fetüsün asit-baz dengesini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Berghella ve diğ. 2008, Hofmeyr 2005).

Vaginal doğumlarda ikinci evrede doğuma yardımcı olmak için uygulanan fundal basınçla ilgili olarak çok az çalışma yapılmıştır. Doğum eyleminin ikinci evresinde fundal basınç, uterusun fundus yüzeyinin üstüne elle ya da kemerle basınç yapılarak uygulanmaktadır. Toplam 500 kadını içeren bir çalışmada, şişirilebilir obstetrik kemer kullanılarak oluşturulan fundal basınç, fundal basınç uygulanmayan grupla karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da spontan vaginal doğum yapma oranlarında farklılık olmadığı görülmüştür. Ayrıca, diğer tüm maternal ve neonatal sonuçlarda farklılık görülmemiştir. Ancak, fundal basınç uygulanmayan grupta kadınların doğumlarıyla ilgili memnuniyet düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Cox ve diğ. 1999).

Doğum eyleminin ikinci evresinde uygulanan perineal masaj, perinenin elastikiyetini artırarak doğum sonrası perineal travma insidansını azaltmaktadır. Toplam 1340 kadını içeren bir çalışmada, suda çözülebilir lubrikantlarla doğum eyleminin ikinci evresinde yapılan perineal masaj ve perinenin gerdirilmesi uygulamalarında, korunmuş perine oranlarında farklılık görülmezken, üçüncü

derece perine yırtığı insidansında azalma olduğu bulunmuştur (Stamp ve diğ. 1999). Ebelerin yardımcı olduğu ve 807 kadını içeren başka bir çalışmada, ikinci evrede perineal masaj uygulanan grup ile perineal masajın uygulanmadığı grup arasında üçüncü ve dördüncü derece perineal yırtık insidansında farklılık bulunmamıştır (Albers ve diğ. 2005). Toplam 1525 kadını içeren iki çalışmada doğum eyleminin ikinci evresinde perineye sıcak pet uygulaması üçüncü ve dördüncü derece yırtık insidansında azalmayla ilişkili bulunmuştur (Albers ve diğ. 2005, Dahlen ve diğ. 2007).

Doğum eyleminin ikinci evresinde dik pozisyonda kalma, yer çekiminden daha çok yararlanılmasını, daha az aortovegal basıncın oluşmasına, fetüsün daha kolay doğum pozisyonunu almasına ve pelvisin anterior-posterior ve transfer çıkışlarında daha fazla genişlemeye neden olmaktadır. Dik ya da yerçekiminden yararlanılan doğal pozisyonlar, ıkınma sırasında güvenlidir ve sırt üstü pozisyona göre daha konforludur (Joyce ve diğ. 2007). Toplam 6135 kadını içeren 20 çalışmada ikinci evrede dik pozisyonda olma, diğer pozisyonlar ile karşılaştırıldığında epidural anestesinin kullanılmadığı kadınlarda doğum aralığında dört dakikalık kısılma, daha az ağrı, fetal distres insidansı ve buna bağlı operatif vaginal doğum insidansında düşme ve bununla beraber 500 ml'nin üstünde yüksek kan kaybı oranlarıyla ilişkili bulunmuştur (Gupta ve diğ. 2003). Sırt üstü pozisyon, çoğunlukla plasental kan akışında ve uterin kontraksiyonların etkinliğinde azalmaya neden olmasına rağmen, sağlık bakımı verenlere kolaylık sağladığı için yaygın bir şekilde kullanılmıştır. Doğum eyleminin ikinci evresindeki alternatif pozisyonlarla ilgili randomize çalışmalar çoğunlukla iyi kalitede değildir (Hofmeyr 2005).

Epizyotominin perineal travmaları azalttığı ve perineal tamir ve iyileşmeyi kolaylaştırdığına inanılmaktadır. Carroli ve Mignini (2009) tarafından incelenen ve 5000 kadını içeren sekiz çalışmada sınırlı epizyotomi uygulamasının rutin epizyoto-

miye göre daha yararlı olduğu görülmüştür. Bu sekiz çalışmada %73 oranında rutin epizyotomi, %28 oranında ise sınırlı epizyotomi uygulandığı görülmüştür. Kadınlar, doğum sonrası yedinci günde, daha az şiddetli perineal travma, posterior perineal travma, dikiş ve daha az iyileşme komplikasyonu deneyimlemişlerdir. Bunun yanında ağrı durumu, üriner inkontinans, ağırlı cinsel ilişki, şiddetli vaginal ya da perineal travma yönünden fark bulunmamıştır. Sonuç olarak, eldeki kanıtlar sınırlı epizyotomi yapılmasını onaylamaktadır (Berghella ve diğ. 2008, Carroli & Mignini 2009, Hofmeyr 2005).

Ritgen tarafından 1855 yılında tanımlanan "hand-on" (Perinenin elle korunması) yöntemi, taçlanma anında yenidoğanın başı üzerindeki basıncı ve yırtıkları önlemek içinde diğer elle perinenin desteklenmesini içermektedir. "Hands poised" (Perinenin elle korunmaması) yöntemi ise fetal baş ve perineye doğuma yardımcı ekip tarafından dokunulmaz ya da desteklenmez. Toplam 5471 kadını içeren bir çalışmada, bu iki yöntem arasında perine ve vajinadaki yırtıklar yönünden bir farklılık görülmemiştir. Ama "hand on" yöntemi daha şiddetli üçüncü derece perineal yırtık ve epizyotomi insidansı ile ilişkili bulunmuştur. "Hands-poised" uygulaması, randomize çalışmalar tarafından da desteklenmekte ve "hands-on" metotla karşılaştırıldığında daha az üçüncü derece perineal yırtığa neden olduğu rapor edilmektedir. Yapılan bu büyük kapsamlı çalışmada doğum eylemi sırasında perinenin elle desteklenmesi, daha fazla epizyotomi yapılmış olmasına rağmen doğumdan sonraki 10 gün içinde daha az perineal ağrı yaşanmasıyla ilişkili bulunmuştur (McCandlish ve diğ. 1998).

Şimdiye kadar yapılan çalışmalarda, doğum eyleminin ikinci evresinin uzamasıyla doğum eylemine müdahale yapılması arasındaki ilişki değerlendirilememiştir. Bu nedenle uzamış ikinci evrenin aktif yönetimi açık değildir. İkinci evrenin birkaç saat uzamış olması müdahaleli doğum-

lar için koşul değildir. İkinci evrenin süresi, fetal testler güvenilir olduğu sürece neonatal sonuçlarda kötüleşme ile ilişkili bulunmamıştır. Eğer kontraksiyonlar yeterli ise ikinci evrede 3-5 saatlik ıkmama sürecinden sonra vaginal doğum şansı gittikçe azalmaktadır. Bu nedenle çalışmalarda, epidural uygulanan nullipar kadınlarda üç saat ve üstü, epidural uygulanmayan nullipar kadınlarda iki saat ve üstü, multipar kadınlarda epidural uygulananlarda iki saat ve üstü ve epidural uygulanmayanlarda bir saat ve üstü minimal sınır değerleri olarak önerilmektedir. Enfeksiyon ve maternal yorgunluk belirtisi yoksa ve fetal kalp hızı normal ise doğum eyleminin bu sınırların ötesine kadar devam etmesine izin verilebilir. Bu koşullarda uzamış ikinci evrede müdahalede bulunulmamasını değerlendiren ve toplam 149279 kadını içeren geniş grupta randomize bir çalışmada, müdahale yapılmayan doğumlarda sezeryan oranının her 1000 doğumda 22 azaldığı ve bu durumun maternal ya da perinatal sonuçları olumsuz yönde etkilemediği bulunmuştur (Althabe ve diğ. 2004). Doğum eyleminin ikinci evresinde 245 kadını içeren iki çalışmada, fetal distressi önlemek için düzenli olarak anneye profilaktik oksijen verilmesi, 7,20'den daha düşük umbilikal arter kan pH insidansında %350'lik artış ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada doğum eylemiyle ilgili diğer sonuçlar arasında bir farklılık bulunmamıştır. Fetal distressin tedavisinde kısa süreli (%50-60 oksijen konsantrasyonunda 10-15 dakika) oksijen uygulaması potansiyel olarak yararlı bulunmuştur (Fawole ve Hofmeyr 2003).

Doğum eylemi sırasında betamimetik tokolitik ilacın bebeğin stresini azaltmada yararlı olduğu yönde bir kanıt yoktur. Tokolitikler, kontraksiyonları azaltan ve doğumu geciktiren ilaçlardır. Betamimetik tokolitik ilaçlar, uterustaki düz kasları etkilerler ve bu ilaçlar doğum eylemi sırasında eğer fetüste stres belirtisi (anormal kalp atımı) görülürse önerilebilirler. Bu konuyla ilgili yapılmış çalışmaların incelenmesinde, doğum eylemi

sırasında fetal distresin yaşanmadığı durumlarda betamimetik ilaçların alınmasının yararlı olacağı yönünde bir kanıt bulunmamıştır. Bu ilaçların forsepsle doğumlarda alınması daha fazla olası görülmektedir (Hofmeyr ve Kulier 1996).

Doğum Eyleminin Üçüncü Evresinde Müdahale ve Bakım

Bu başlık altında umbilikal kordonun klemplenme zamanı ve bakımı, plasenta çıkarma teknikleri, tedaviler, uterus masajı ve anne bebek iletişiminin başlatılması konuları ele alınacaktır.

Doğum eyleminin üçüncü evresi bebeğin doğumundan plasantanın doğumuna kadar ki geçen zamanı tanımlamaktadır. Bebek doğar doğmaz, uterus kontraksiyonu anne ve bebek arasındaki dolaşımın devam etmesi için durur. Umbilikal kordon klemplenmediği sürece plasenta ve yenidoğan arasında kan akımı devam edebilir. Hemen ya da erkenden kordonun klemplenmesi plasentadan kalan kanın yenidoğana transferini sınırlandırabilir. Yenidoğan, kordonun klemplenmesiyle genellikle plasentadan ayrılır. Erkenden göbek kordonunun klemplenmesinin, doğumdan sonraki kanama (postpartum hemoraji) riskinde azalmaya neden olduğuna inanılmaktadır. McDonald ve Middleton (2008) tarafından incelenen ve on bir çalışmayı içeren bir çalışmada, kordonun erken ya da geç klemplenmesiyle postpartum hemoroji yönünden anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

Umbilikal kordon doğumdan sonraki beş ila on beş gün içinde kurur, buruşur ve bebeğin göbek deliğinden düşmeden önce siyahlaşır. İyi bir bakım sağlanmaz ise bebeğin göbek kordonu bölgesinde enfeksiyon gelişebilir. Genellikle, göbek kordonu, gevşek sıkı olmayan temiz kıyafetlerle temiz ve kuru tutulur. Göbek kordonuna uygulanan sprey, krem ya da pudraların, doğum eyleminde göbek kordonunun temiz ve kuru tutulmasından daha iyi olduğunu gösteren bir kanıt yoktur. El yıkama çok önemlidir. Enfeksiyonlardan korumada antiseptiklerin mi ya da antibiyotiklerin mi

daha iyi olduğunu gösteren yeterli çalışma bulunmamıştır. Bu konuda daha fazla randomize çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır (Zupan ve diğ. 2004).

Üçüncü evrenin aktif yönetiminin bir parçası olarak plasantanın doğmasına yardımcı olmak için iki basit girişim uygulanmaktadır. Fundal basınç ya da kontrollü olarak kordonun çekilmesidir. Fundal basınç (Crede manevrası), bir elin uterusun fundusuna yerleştirilmesini ve plasantanın ayrılmasına ve doğmasına yardımcı olmak için fundusun başparmak ve diğer parmaklar ile sıkıştırılmasını içermektedir. Kordonun kontrollü olarak çekilmesi ise, bir el alt abdomene yerleştirilerek umbilikal kordonun yukarıya doğru karşıt basınç sürdürülerek çekilmesini içermektedir. Ayrıca, kordonun kontrollü olarak çekilmesi, yalnızca plasantanın ayrılma belirtilerini takip etmelidir. Bu girişimlerin ikisi de eğer doğru uygulanmaz ise ağrı, hemoraji ve uterus inversiyonunu içeren olumsuz sonuçlara neden olabilirler. Peña-Martí ve Comunián-Carrasco (2007) araştırmalarında, üçüncü evrenin aktif yönetiminin bir parçası olan fundal basınç kullanımını değerlendiren randomize kontrollü çalışmaların bulunmadığını bildirmişlerdir. Bu yüzden, kontrollü olarak kordonun çekilmesinin, üçüncü evrenin aktif yönetiminde plasantanın doğumunu kolaylaştıran bir yöntem olarak uygulanmasına devam edilmesi gerektiğini açıklamışlardır.

Prostaglandin, oksitosin ve ergometrin uterusun kontraksiyonuna neden olan ilaçlardır. Toplam 42621 kadını içeren 46 çalışmanın incelemesinde, enjekte edilen uterotoniklerin bulunmadığı yerlerde oral ya da sublingual prostaglandin (misoprostol) faydalı olabilmektedir ancak, prostaglandin oksitosin kadar efektif değildir ve daha fazla yan etkiye neden olmaktadır. Temel yan etkiler titreme ve yüksek ateştir. Enjekte edilen prostaglandinler kan kaybını azaltmada etkili olabilir ancak, yan etkileri vardır ve fiyatı ise daha yüksektir (Gülmezoglu ve diğ. 2007). Benzer bir çalışmada üçüncü evrede kan kaybını azaltmada,

prostoglandin uygulaması oksitosin ve diğer uterotonik ilaçlara göre daha az etkili bulunmuştur (Joy ve diğ. 2003). Ergometrine-oxytocin (Syntometrine), plasentanın doğumu sırasında kan kaybını azaltmada oksitosine (syntocinon) karşı daha fazla etkilidir ancak, bununda daha fazla yan etkileri vardır. McDonald ve diğ. (2004) tarafından yapılan 9332 kadını içeren altı çalışmanın incelenmesinde, ergometrine-oxytocin, oksitosine göre daha az kan kaybıyla ilişkili bulunmuştur. Ancak, ergometrine-oxytocin, daha fazla mide bulantısı, kusma ve yüksek kan basıncı gibi yan etkilerle ilişkili bulunmuştur. Oksitosin agonistleri oksitosini taklit eden ilaçlar grubundandır. Su ve diğ.(2007) inceledikleri dokuz yüz altmış altı katılımcıyı içeren dört çalışmada, çoğunluğu intramüsküler uygulanan oksitosin ile carbotoksini (oksitosin agonisti) uygulamaları karşılaştırılmıştır Bu ilaçlar vaginal doğum yapmış yüksek riskli kadınlara ya da elektif sekiyo 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 (Su ve diğ. 2007). Doğum eyleminden sonra rutin olarak oksitosin kullanılması kan kaybını azaltabilmektedir ancak, rutin oksitosin kullanımının olası yan etkilerinin belirlenmesi için daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmaların incelemesinde, oksitosinin rutin olarak kullanılmasının kan kaybı miktarını azalttığı görülmüştür ancak, yan etkileriyle ilgili yeterince kanıt yoktur (Cotter ve diğ. 2001).

Postpartum hemoraji maternal mortalitenin en önemli nedenidir. Uluslararası Ebelik Konfederasyonu ve Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Federasyonu (2004), kontraksiyonları artırmak için plasentanın doğumundan sonra rutin olarak uterus masajının yapılmasını önermektedir. İki yüz kadını içeren randomize bir çalışmada, doğumdan sonra

60 dakika süresince her 10 dakikada uterus masajının yapılmasının kan kaybını ve ilave uterotoniklerin kullanımına duyulan gereksinimi azalttığı bulunmuştur. Ayrıca, 500ml'den daha fazla kan kaybeden kadınların sayısının %50 azaldığı görülmüştür. Uterin masajı yapılan kadınlardan hiç birinin kan transfüzyonuna ihtiyacı olmazken, kontrol grubundan iki kadının kan transfüzyonuna ihtiyacı olmuştur. Uterin masajın dezavantajları, personelin zamanının kullanılması ve kadının bu masajdan rahatsızlık duymasıdır (Hofmeyr ve diğ. 2008).

Anneler ve bebekler doğumdan sonra yakın olmak için doğal bir duyguyu paylaşırlar. Ten tene teması sağlayacak şekilde bebeği tutmanın birçok yararları vardır. Örneğin: ten tene temas emzirmeyi kolaylaştırır, bağlanmayı artırır ve ayrıca bebeğin sıcak kalmasına ve daha az ağlamasına yardımcı olur. Doğumdan sonra anneden ayrılarak yenidoğan ünitesine götürülen bebekler, odada annesiyle birlikte kalan bebeklere göre daha fazla ağlamakta ve emzirmeye ilgili daha fazla sıkıntıları olmaktadır. Lamaze ve birçok organizasyon doğumdan sonra anne ve bebeğin birlikte tutulmasını önermektedir. Lamaza, herhangi bir sorun yaşanmadıkça doğumdan sonra annenin ve bebeğin birlikte kalabileceği bir doğum hastanesinin seçilmesini önermektedir (Crenshaw 2007).

Sonuç

Bu makalede, geç ıkmaya başlamanın müdahaleli doğum yöntemlerinin kullanımını azalttığı, valsalva tip ıkmmanın fetüsün asit-baz dengesini olumsuz yönde etkileyebileceği, fundal basınç uygulamasının annenin memnuniyetini azalttığı, sınırlı epizyotomi yapılmasının perineal bütünlüğü daha iyi koruduğu, ikinci evrenin birkaç saat uzamış olmasının fetal distres görülmedikçe müdahaleli doğumlar için bir koşul olmadığı ve doğum sonrası her 10 dakikada uterus masajının yapılmasının kan kaybını ve ilave uterotoniklerin kullanımına duyulan gereksinimi azalttığı görülmüştür. Kanıta dayalı veriler doğrultusunda normal do-

ğum eyleminin ikinci evresinin aktif yönetiminde dik pozisyonların tercih edilmesi, perine masajının yapılması, perineye sıcak ped uygulanması, erken ıkınma yerine geç ıkınmanın desteklenmesi ve doğum sonrası uterus masajının yapılması gibi randomize çalışmalarda yer almış kanıt temelli uygulamalara yer verilmesini önermekteyiz. Ayrıca fundal basınç yapılması, perinenin elle korunması ve rutin epizyomi yapılması gibi uygulamalardan kaçınılmasını destekliyoruz.

Doğum eyleminde kadına verecekleri bakım ve yaptıkları uygulamalarda, geleneksel uygulamaların yerine kanıt temelli bilimsel uygulamaların benimsenmesi konusunda ebe ve hemşirelerin bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, doğumhanede çalışan ebe ve hemşirelerin kanıta dayalı uygulamaları içeren hizmet içi eğitim programları ile bilgilendirilmesi ve güncel gelişmeleri takip etmeleri desteklenmelidir.

Kaynaklar

- Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P** (2005) Midwifery care in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health* **50**:365-72.
- Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, Romero M, Donner A, Lindmark G, Langer A, Farnot U, Cecatti JG, Carroli G, Kestler E** (2004) Latin American Caesarean Section Study Group. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomized controlled trial. *Lancet* **12**;363(9425):1934-40.
- Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP** (2008) Evidence-based labor and delivery management. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* **199**(5): 445-454.
- Bloom SL, Casey BM, Schaffer JI, McIntire DD, Leveno KJ** (2006) A randomized trial of coached versus uncoached maternal pushing during the second stage of labor. *Am J Obstet Gynecol* **194**:10-3.
- Carroli G, Mignini L** (2009) Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **1**. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
- Cotter AM, Ness A, Tolosa JE** (2001) Prophylactic oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **4**. Art. No.: CD001808. DOI: 10.1002/14651858.CD001808.
- Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FL, Holmes EP, Paterson-Brown S** (1999) Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia? *BJOG* **106**:1280-6.
- Crenshaw J** (2007) Care Practice #6: No Separation of Mother and Baby, With Unlimited Opportunities for Breastfeeding. *Journal of Perinatal Education* **16**(3), 39-43.
- Dahlen HG, Homer CSE, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B** (2007) Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth* **34**:282-90.
- Fawole B, Hofmeyr GJ** (2003) Maternal oxygen administration for fetal distress. *Cochrane Database Syst Rev*. **4** : CD000136.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R** (2003) Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev* **2** : CD002006.
- Gülmezoglu AM, Forna F, Villar J, Hofmeyr GJ** (2007) Prostaglandins for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **3**. Art. No.: CD000494. DOI: 10.1002/14651858.CD000494.pub3.
- Hofmeyr GJ** (2005) Evidence-based intrapartum care. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* **19**(1): 103-115.
- Hofmeyr GJ, Abdel-Aleem H, Abdel-Aleem MA** (2008) Uterine massage for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **3**. Art.No.:CD006431.DOI: 10.1002/14651858.CD006431.pub2.
- Hofmeyr GJ, Kulier R** (1996) Tocolysis for preventing fetal distress in second stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **1**. Art. No.: CD000037. DOI: 10.1002/14651858.CD000037.
- Joy SD, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM** (2003) Misoprostol use during the third stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* **82**(2): 143-152.
- Joyce T, Di Franco AM, Romano RK** (2007) Care practice #5: spontaneous pushing in upright or gravity-neutral positions. *Journal of Perinatal Education* **16**(3): 35-38.
- McCandlish R, Bowler U, Van Asten H, Berridge G, Winter C, Sames L, Garcia J, Renfrew M, Elbourne D** (1998) A randomised controlled trial of care of the

perineum during second stage of normal labour. *Br J Obstet Gynaecol* **105**(12):1262-72.

McDonald SJ, Abbott JM, Higgins SP (2004) Prophylactic ergometrine-oxytocin versus oxytocin for the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **1**. Art. No.: CD000201. DOI: 10.1002/14651858.CD000201.pub2.

McDonald SJ, Middleton P (2008) Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **2**. Art. No.: CD004074. DOI: 10.1002/14651858.CD004074.pub2.

Parnell C, Langhoff-Roos J, Iversen R, Damgaard P (1993). Pushing method in the expulsive phase of labor: a randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* **72**:31-5.

Peña-Martí GE, Comunián-Carrasco G (2007) Fundal pressure versus controlled cord traction as part of the active management of the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **4**. Art. No.: CD005462. DOI: 10.1002/14651858.CD005462.pub2.

Qian Xu, Simit H, Liang H, Garner P (2006) Evidence-informed obstetric practice during normal birth in China: trends and influences in four hospital. *BMC Health Services Research* **6**(29): 1-9.

Roberts CL, Torvaldsen S, Cameron CA, Olive E (2004) Delayed versus early pushing in women with epidural analgesia: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* **111**:1333-40.

Schaffer JI, Bloom SL, Casey BM, McIntire DD, Nihita MA, Leveno KJ (2005) A randomized trial of the effects of coached vs uncoached maternal pushing during the second stage of labor on postpartum pelvic floor structure and function. *Am J Obstet Gynecol* **192**:1692-6.

Stamp G, Kruzins G, Crowther C (2001) Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomized controlled trial. *BMJ* **322**:1277-80.

Su LL, Chong YS, Samuel M (2007) Oxytocin agonists for preventing postpartum haemorrhage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **3**. Art. No.: CD005457. DOI: 10.1002/14651858.CD005457.pub2.

Yıldırım G, Beji NK (2008) Effects of pushing techniques in birth on mother and fetus: A randomized study. *Birth* **35**(1): 25-30.

Zupan J, Garner P, Omari AA (2004) Topical umbilical cord care at birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue **3**. Art. No.: CD001057. DOI: 10.1002/14651858.CD001057.pub2