



DERLEME MAKALE

## Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler

 Hilal KARADENİZ<sup>1</sup>,  Hatice YILDIZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MSc, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Doktora Öğrencisi, İstanbul, Türkiye.

<sup>2</sup>Prof. Dr, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

### Öz

Klinik uygulama rehberleri, mevcut en iyi kanıtların sistematik olarak düzenlenmiş ve bilimsel olarak geliştirilmiş özetleridir. Böylece kanıt dayalı uygulamaların klinik ortama aktarılması ile hasta güvenliğinin ve sunulan sağlık bakım hizmet kalitesinin yükseltilmesi mümkün olmaktadır. Bir toplumun sağlık bakım kalitesini gösteren en önemli unsurlardan biri, o toplumun anne ve bebek sağlığına ilişkin göstergelerinin en üst düzeyde olması ile ölçülmektedir. Buna karşın günümüzde halen yadsınamayacak oranlarda görülen önlenebilir anne ve bebek ölümlerinin büyük çoğunluğu doğum sonu dönemde meydana gelmektedir. Dolayısıyla bu dönemde sunulan bakım hizmetinin en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine olan gereksinim açıktır. Derleme niteliğindeki bu makalede, klinik rehberin önemi, rehber geliştirme süreci hakkında güncel literatür bilgilerin verilmesi ve kadın sağlığı alanında otorite olarak kabul edilen ulusal-uluslararası kuruluşlar tarafından doğum sonu döneme ilişkin yayımlanmış klinik rehberlerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Sunulacak bilgilerle hemşirelik bakım uygulamalarında rehber geliştirme ve klinik alanda kullanımına ilişkin duyarlılığın artırılması ve anne-bebek sağlığına katkı verilmesi hedeflenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Rehber, Klinik Uygulama Rehberi, Doğum Sonu Dönem, Hemşirelik.

### Abstract

#### Guidelines in Clinical Practice: Examples of the Postpartum Period

Clinical practice guidelines are systematically organized and scientifically developed summaries of the best evidence present. Thus, by transferring evidence-based practices to the clinical environment, it is possible to increase the patient safety and health care service quality. One of the most important factors that show the health care quality of a society is measured with the highest level of the maternal and infant health indicators of that society. However, the majority of preventable maternal and infant deaths, which are still undeniable, occur in the postpartum period. Therefore, the need to substantiate nursing care provided in the postpartum period on the best evidence is obvious. In this review article, it is aimed to give current literature information about the importance of clinical guidelines, the guideline development process and to examine the clinical practice guidelines published by the national and international organizations accepted as an authority in the field of women's health. With the information to be presented, it is aimed to increase the awareness regarding the development of guidelines and use in the clinical field in nursing care practices and to contribute to the health of mother and newborn.

**Key Words:** Guideline, Clinical Practice Guideline, Postpartum Period, Nursing.

**Geliş Tarihi / Received:** 18.09.2020 **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.06.2021

**Correspondence Author:** Prof. Dr, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. Telefon: +90 (216) 7775700/5735 E-posta: heryilmaz@marmara.edu.tr

**Cite This Article:** Karadeniz H, Yıldız H. Klinik Uygulamada Rehberler: Doğum Sonu Döneme Ait Örnekler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021; 14(3): 296- 307



Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2021 Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License

**B**ilimsel yayınların ve verilerin zaman içerisindeki artışı klinik uygulamalardaki bilgi kullanımını gittikçe güçleştirmiş ve kanıta dayalı uygulamaları önemli hale getirmiştir (1). Hasta bakımı konusunda mevcut olan en iyi, en güncel ve en güvenilir kanıtların dikkatli ve akılcı bir biçimde kullanımı ancak kanıta dayalı uygulamalar ile mümkün olmaktadır (2). Sağlık bakım hizmetlerinde maliyetin fazla olması, bakımın yalnızca %20'sinin kanıta dayandırılması, hastaların hatalı uygulamalara maruz kalma kaygısı, sağlık profesyonellerine olan güvenin azalması ve hastaların bilgi taleplerinin artması gibi nedenler de verilecek olan sağlık bakım hizmetindeki uygulamaların kanıta dayandırılmasını gerekli kılmaktadır (3). Bu nedenlerle sağlık bakım profesyonellerinin klinikte çeşitli araçlar kullandığı görülmektedir (4). Son yıllarda kullanımı gittikçe artan bu araçlardan birinin de kanıta dayalı uygulamaların somutlaştırılmış hali olarak kabul edilen "Klinik Uygulama Rehberleri" olduğu bildirilmektedir (1,5).

Klinik uygulama rehberleri, temel olarak sağlık bakım profesyonellerinin uygulamalarında yol gösterici sistematik kanıtlar sunan nitelikte açıklamalardır (6). Günümüzde İskoçya, Birleşik Krallık, Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Avustralya gibi gelişmiş ülkelerde bulunan National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), The Australian National Health and Medical Research Council (NHMRC), World Health Organization (WHO) gibi birçok kuruluşun klinik uygulama rehberi oluşturulmasına ve yayımlanmasına öncülük ettiği bilinmektedir (7-11). Kadın doğum alanına özgü otorite kuruluşların başında ise; American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), American Academy of Family Physicians (AAFP), The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN), National Perinatal Information Center (NPIC) gelmektedir. Bu kuruluşlar jinekoloji, jinekoonkoloji, perinatoloji, ürojinekoloji, obstetri ve infertilite gibi kadın doğum uzmanlık alanlarından birçoğunun pratikteki uygulamalarında kullanılmak üzere klinik uygulama rehberleri geliştirmiş ve yayımlamıştır (12-16).

Klinik rehber kullanımının temelde hasta ve bakımını sağlayan sağlık profesyonelleri açısından birçok yararı olduğu kabul edilmesine karşın, rehber yayımlanması ve klinik alanda uygulanmasının istenilen düzeyde olmadığı bilinmektedir. Hemşirelerin hasta bakımında kullanabileceği rehber niceliğinin ve niteliğinin ise yetersiz olduğu görülmektedir (17). Özellikle doğrudan anne ve yenidoğan sağlığını ve dolayısıyla da aile ve toplum sağlığını etkileyen önemli dönemlerden biri olan doğum sonu dönemde klinik uygulama rehberlerinin kullanımı, kanıta dayalı, kaliteli, bütüncül ve kapsamlı hemşirelik bakımının verilmesinde oldukça önemlidir (18). Doğum sonu dönemde hemşireler, aile bireyleri ile daha çok iletişime geçen ve bağımsız hemşirelik bakım rollerini daha çok yerine getirebilen primer sağlık profesyonelleridir (19). Ancak son derece önemli olan bu süreçte verilen bakımın niteliği ve kalitesinde görülen farklılıkların ve de bakım verici tarafından uygulamadaki bireysel farklılıkların önlenmesi gerekmektedir (17,20). Tüm bunların sağlanmasında, doğum sonu dönemde sunulan bakım girişimlerinde ve hizmet sunumunda, bilimsel kanıtlara temellendirilmiş yenilikçi klinik uygulama rehberleri önemli bir araçtır. Derleme niteliğindeki bu makalede, klinik rehberin önemi ve rehber geliştirme süreci hakkında güncel literatür bilgilerin verilmesi ve ulusal-uluslararası kuruluşlar tarafından doğum sonu döneme ilişkin yayımlanmış olan klinik rehberlerin irdelenmesi amaçlanmıştır. Sunulacak bilgilerle hemşirelik bakım uygulamalarında rehber geliştirmeye ve kullanmaya ilişkin duyarlılığın artırılması, hasta güvenliği ve bakım kalitesinin artırılmasına katkı verilmesi hedeflenmiştir.

## Gelişme

### ***Klinik Uygulama Rehberleri Tanımı ve Önemi***

Klinik uygulama rehberleri, sağlık hizmeti sunan profesyonellerin özel klinik durumlar veya sağlığa ilişkin sorunlar karşısında hasta bakımını en kaliteli hale getirmek için uygun karar alabilmelerini sağlayan, alternatif bakım seçenekleri ve yarar zarar değerlendirilmelerinden oluşan sistematik olarak düzenlenmiş ve bilimsel olarak geliştirilmiş açıklamalardır (6,18). Bu rehberler klinik uygulamaları sınırlamamakla birlikte, uygulamaları geliştirmeyi ve güncellemeyi hedefleyerek mevcut olan en iyi kanıtların sentezlenmesini ve yayımlanmasını sağlamaktadır (5,21).

Klinik uygulama rehberlerinin kullanımı ile; hasta güvenliğinin artırılması, sağlık profesyonellerine göre değişebilen uygulama farklılıklarının azaltılarak hastaların standart kanıta dayalı bakım almasının sağlanması ve sağlık hizmeti sunumunda meydana gelebilecek hataların engellenmesi mümkün olmaktadır (17). Klinik uygulama rehberlerinin sunduğu doğru ve güncel veriler; tedavi ve bakıma yönelik olarak alınması gereken kararlarda sağlık çalışanlarına yol göstermekte ve sağlık çalışanlarının hastalarına doğru önerilerde bulunmasını kolaylaştırmaktadır (18,21). Bununla birlikte kaynakların hasta yararına en uygun ve en etkili olacak biçimde kullanılmasını ve uygun olmayan bakım yöntemlerinin kullanımını engelleyerek tıbbi hataların önlenmesiyle ilişkili mortalite-morbidite oranlarının azaltılmasını da mümkün kılmaktadır (7). Görüldüğü gibi klinik uygulama rehberleri hasta yaklaşımında bir temel oluşturmaktadır (3). Sağlık bakım profesyonelleri/kurumlar kendi geliştirmiş oldukları klinik uygulama rehberlerini kullanabilecekleri gibi ulusal ya da uluslararası farklı kuruluşlar tarafından geliştirilmiş olan kanıta dayalı uygulama rehberlerini de kullanabilmektedir (22-24).

### ***Klinik Uygulama Rehberi Geliştirme Süreci***

Klinik uygulama rehberi oluşturulmasında temel amaç; sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesi, gereksiz, etkinliği kanıtlanmamış veya zararlı olabilecek klinik uygulamaların önüne geçilmesi, hastaların tedavi ve bakımının en yararlı, en az riskli, en kabul edilebilir ve en ekonomik olarak sağlanmasıdır (3,17).

### ***Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemleri***

Klinik uygulama rehberlerinin birçok kuruluş tarafından temel olarak üç yöntem ile geliştirildiği görülmektedir. Bunlar; de novo yöntemi, rehberin aynen benimsenmesi (doğrudan tercüme) yöntemi ve rehber adaptasyonu yöntemidir (25).

De novo

De novo rehber geliştirme, bir rehberin konu ile ilgili uzmanların deneyimlerinden veya başka kaynaklardaki kanıtlardan yararlanılarak en baştan oluşturulması işlemidir. Bu yöntem genellikle ilgili alanda daha önce herhangi bir rehber bulunmaması ya da rehberin güncelliğini yitirerek yetersiz kalması durumunda kullanılmaktadır (25).

Doğrudan tercüme (rehberin aynen benimsenmesi)

Bir konuya ilişkin rehber ihtiyacı duyulması halinde, aynı konuda daha önceden farklı ülkelerde geliştirilmiş olan rehberlerden yararlanılabilmektedir. Bu yöntemde ilgili rehberin geçerli ve güvenilir olduğu kabul edilerek ya da tercüme edilmesi sonrasında kullanımı söz konusu olmaktadır. Zaman, iş gücü ve maliyet olarak en avantajlı yöntemlerden biri olduğu için kullanımı yaygındır (25).

#### **Adaptasyon**

Rehber adaptasyonu, önceden geliştirilmiş olan bir rehberin farklı kültürel yapı içerisinde kullanımına olanak sağlayan modifikasyon sürecidir. Rehber adaptasyonu sürecinde dünyada kabul görmüş üç aşama uygulanmaktadır. Bunlar; kurulum fazı, adaptasyon fazı ve sonlandırma fazıdır. Adaptasyon yönteminde ilk adım konuya ilişkin rehberin varlığı ve adaptasyonunun sağlanıp sağlanamayacağına kontrolüdür. Daha sonra oluşturulan organizasyon komitesi ile konu netleştirilerek rehberin adaptasyonuna yönelik gerekli diğer adımlar atılmaktadır (25).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından belirtilen klinik rehber ise toplumun dönemsel ve sürekli ihtiyaç durumu göz önünde bulundurularak temel tip (primary type of guidelines) ve diğer tip rehberler (other types of guidelines) olmak üzere iki farklı sınıflama şeklinde geliştirilmekte ve kullanıma sunulmaktadır. DSÖ temel tip rehberlerini; standart rehberler (standard guidelines), birleştirilmiş rehberler (consolidated guidelines), geçici rehberler (interim guidelines) ve acil veya zorunlu ihtiyaçlara cevap veren acil durum rehberi (emergency guidelines) ile hızlı tavsiyeler rehberi (rapid advice guidelines) olarak gruplamaktadır. Ayrıca DSÖ diğer tip rehberleri ise; dış kuruluş(lar) ile işbirliği içinde geliştirilen rehberler (developed in collaboration with external organizations), dış kuruluşların geliştirdiği rehberler (developed by external organizations) ve DSÖ rehberleri haricinde uyarlanan rehberler (adaptation of existing WHO guidelines) olarak gruplandırmaktadır (7).

#### **DSÖ temel tip rehberleri**

##### *Standart rehberler*

Bu rehberler özel bir klinik alanı veya politikayı kapsamaktadır. Genellikle klinik uygulamalara, sağlık sistemlerine, politika yaklaşımlarına, halk sağlığı uygulamalarına, tanı testleri ya da izlem gibi durumlardan birine veya daha fazlasına odaklanmaktadır. Bu rehberler; doğum sonu kanama yönetimi, HIV enfeksiyonu olan kişilerde bakım, gebelerde folat kullanımı, ilaçlar ve ücretlendirme politikaları gibi spesifik konularda geliştirilmektedir (7).

##### *Birleştirilmiş rehberler*

Birden fazla konu ile ilgili rehberin derlenmesi olarak da tanımlanmaktadır. Bu rehberler, mevcut DSÖ yönergelerinden veya DSÖ'ne hizmet edebilecek nitelikte ve diğer kuruluşlar tarafından geliştirilmiş olan farklı yönergelerden öneriler içermektedir. Birleştirilmiş rehber geliştirme süreci oldukça karmaşıktır. Çünkü mevcut rehberlerin güncellenmesi ve önemli boşlukların giderilmesi için yeni eklemelerin yapılması gerekebilmektedir (7).

##### *Geçici rehberler*

Geçici rehberler belli bir alana ilişkin mevcut verilerin ve bilgilerin eksik olduğu ve DSÖ'den bu konularda rehberlik edilmesinin istendiği durumlarda kullanılmak üzere oluşturulmaktadır. Geçici rehberler genellikle çok odaklı kapsama ve kısa süre geçerliliğe sahiptir. Yeni bir hastalık veya durum ortaya çıktığında kullanıma sunulmak üzere oluşturulabilmektedir. Örneğin bir ilaç, tıbbi cihaz veya bir sağlık uygulaması bu konuda rehber ihtiyacı duyulmasına sebep olabilmektedir (7).

##### *Acil veya zorunlu ihtiyaçlara cevap veren rehberler*

Bu rehberler DSÖ'nün özellikle toplum sağlığına ilişkin acil ihtiyaç duyulan durumlara yanıt olarak yol göstermesi gerektiğinde geliştirilen rehberlerdir. Toplum sağlığını tehdit eden hastalık gibi durumlar karşısında bu rehberlerin saatler, günler, haftalar ya da aylar içerisinde oluşturulması gerekmektedir. Bu tür rehberler acil durum rehberi veya hızlı tavsiyeler rehberi olarak iki şekilde geliştirilebilmektedir (7).

#### **DSÖ diğer tip rehberler**

##### *Dış kuruluş(lar) ile işbirliği içinde geliştirilen rehberler*

Bu tür rehberler; DSÖ'nün ortak bir rehber oluşturma gereksinimi olduğunda farklı ulusal ajanslar, uluslararası kuruluşlar ve ilgili alanda uzman dernekler ile işbirliği içerisinde hazırlanmaktadır. Rehberler hazırlanırken çıkar çatışmasının bulunmaması, fon desteği alınmaması, genellenebilirlik, önerilerde açıklık ve şeffaflık gibi DSÖ rehber hazırlama ilkelerine uyulması esas alınmaktadır (7).

##### *Dış kuruluşların geliştirdiği rehberler*

DSÖ dışında başka kuruluşların ya da derneklerin geliştirmiş olduğu ve DSÖ'nün geliştirmeyi planladığı rehber amacına hizmet eden rehberlerin bir kısmının ya da tamamının benimsenmesi ile oluşturulan rehberlerdir. Bu rehberler oluşturulurken kalite, ihtiyaçlara yönelik uygulanabilirlik, öneri standartlarını karşılama gibi kriterler dikkatle incelenmektedir (7).

##### *DSÖ rehberleri haricinde uyarlanan rehberler*

Bu rehberler, başlangıçta bir alan için hazırlanmış olan ancak gereksinim halinde bir başka alanda da kullanılmak üzere uyarlanabilen rehberlerdir. Örneğin, rutin obstetrik bakımla ilgili geliştirilmiş olan rehber ihtiyaca göre acil durumlar için de uyarlanarak kullanılabilir (7).

#### **Klinik uygulama rehberi geliştirme basamakları**

Klinik uygulama rehberleri; zaman, emek ve ekip çalışması gerektiren sistematik bir dizi aşama sonrasında oluşturulmaktadır. Literatür incelemelerinde genel olarak rehber geliştirme konusunda öncü olan kuruluşların aşağıdaki basamakları kullandığı görülmektedir (7,8,26,27).

- Konunun ve çalışma grubunun belirlenmesi
- Hedef kitleye yönelik amaç ve kapsamın belirlenmesi
- Kanıtların belirlenmesi ve önerilerin oluşturulması
- Rehber taslağının oluşturulması
- Konsültasyon ve değerlendirme
- Yayın ve yaygınlaştırma
- Uygulama

- Değerlendirme ve tekrar gözden geçirme/güncelleme

DSÖ Rehber Geliştirme El Kitabı (2014)'na göre rehber geliştirme sürecinde izlenmesi gereken aşamalar da benzerlik göstermekte olup; planlama, geliştirme, yayınlama ve güncelleme şeklindedir (7).

#### **Planlama**

Klinik rehber oluşturulmasında planlama aşaması “oluşturulacak olan klinik rehber gerçekten gerekli mi?, hangi amaca ve kitleye hizmet ediyor?, rehberdeki öneriler uygulanabilir mi?, kimler rehber geliştirme sürecine dahil edilmeli?, dikkat edilecek noktalar neler?” gibi soruların yanıtlandığı aşamadır. Bu aşamada genel olarak rehberin kapsamı belirlenmektedir (7).

#### **Geliştirme**

Bu aşamada “rehberde yer alan önerilerin yönünü ve gücünü belirleyen faktörler nelerdir?, kanıtlardan öneriler sunarken dikkat edilmesi gereken ayrıntılı kriterler, kanıt-öneri tabloları, önerinin gücü, önerileri formüle etme, hangi durumlarda öneride bulunmamalı?” gibi soruların yanıtlandığı aşamadır (7).

#### **Yayınlama ve güncelleme**

Bu aşamada rehber yayımlanması planlanan son hali verilmiştir. Rehberin son değerlendirmeleri yapıldıktan sonra üretim sürecini yayın ve güncelleme yönergeleri takip etmektedir (7).

#### **Klinik uygulama rehberi oluşturulması ve kullanımında yaşanan güçlükler**

Klinik uygulama rehberlerinin oluşturulmasında birçok sınırlılık bulunmaktadır. Bunlardan bazıları; geliştirilen rehber önerileri için kullanılacak olan kaynakların sayıca yetersizliği veya tutarsızlığı, kişiler ya da kurumlar arası çıkar çatışması, geliştirilecek olan rehberin kesin klinik fayda sağlayacağı öngörülememesi olabilirken, bazıları da; ulaşılan çalışma bulgularının tüm hasta popülasyonu için uygulanabilirliğinin veya genellenebilirliğinin net olmaması ya da yüksek kanıt düzeyine sahip olmayan önerilerin rehberde dahil edilme tehlikesi ile karşı karşıya kalınması olabilmektedir. Ayrıca çalışmaların yetersiz ve sınırlı uygulamaları kapsayacak şekilde tasarlanmış olması da rehber önerilerini sınırlandırmaktadır. Dolayısıyla bu faktörler rehberlerin kanıta dayalı olarak hazırlanması ve güncel bilimsel gelişmeler doğrultusunda güncellenmesi gerekliliğini zorunlu kılmaktadır (3,28).

Klinik uygulama rehberlerinin oluşturulması kadar yayımlanması ve kullanımı da zor bir süreçtir. Klinik rehber kullanımında yaşanan engellerin başında bireysel olarak ekibin olumsuz tutuma ve inanca sahip olması, hastanın direnci gibi faktörler yer alırken, kurumsal olarak ise yasal düzenlemelerin yetersiz olması, fazla iş yükü, personel yetersizliği, sınırlı kaynaklar, uygun olmayan sağlık sistemi modelleri ile çalışılması, çakışan protokoller ve sağlık personelinin sık ünite değişimi gibi faktörler yer almaktadır (28,29). Hemşirelik açısından Demir ve arkadaşları (2012) çalışmasında, araştırma sonuçlarının klinik kullanımı önündeki engelleri; zaman yetersizliği, işbirliği ve destek yokluğu ve otorite eksikliği olarak belirtirken kolaylaştırıcı faktörleri ise; yeterli kurum ve yönetim desteğinin sağlanması, araştırmaya ilişkin bilimsel eğitimlerin verilmesi ve bilimsel etkinliklere yönelik daha fazla kurumsal destek sağlanması olarak belirtmiştir (30).

#### **Doğum Sonu Dönemde Klinik Uygulama Rehberi Kullanımı ve Önemi**

##### **Doğum sonu dönem ve önemi**

Doğum sonu dönem, plasentanın doğumu ile başlayarak en az altı veya bu dönemde yaşanabilecek sorunlar nedeni ile bir yıla kadar uzayabilen bir süreçtir. Bu dönem kadın, yenidoğan ve ailesi için fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişikliklerin olduğu önemli bir geçiş dönemidir (31). DSÖ, birçok annenin ve yenidoğanın doğum sonu bakım hizmetinden yararlanmadığını, bu nedenle mortalite ve morbidite oranlarının bu süreçte istenenden daha yüksek oranda yaşandığını bildirmiştir. DSÖ 2019 yılı verilerine göre, her gün yaklaşık olarak 810 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Dünya genelinde 2000-2017 yılları arasındaki anne ölüm oranı ise %38 olup tüm anne ölümlerinin %94'ü gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (32). Türkiye Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 verilerine göre anne ölüm oranı son 5 yılda en düşük seviyeye ulaşarak 100.000 canlı doğumda 13.1 olarak bildirilmiştir (33). Son Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre ise her 100.000 canlı doğumda 13.6 oranındadır. Kadınların %96'sının doğum sonrası bakım almış olduğu rapor edilmiştir. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakımın anne ve yenidoğan açısından niteliksel değerine ve etkisine ilişkin herhangi bir bilgi ise yer almamaktadır (34). 2016-2030 yılları Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin bir parçası olarak küresel anne ölümlerinin her 100.000 canlı doğumda 70'den daha az olması hedeflenmiştir (35). Bu hedefin başarılabilmesi için 2016 ile 2030 yılları arasında, anne ölüm hızında her yıl en az %7.5 oranında azalma olması ve ülkelerin anne ölüm hızının 100.000 canlı doğumda 140'ı geçmemesi gerektiği ifade edilmektedir (36). Ayrıca 2017 yılında gebelik, doğum ve doğum sonrasında yaklaşık 295.000 kadının öldüğü ve bu ölümlerin büyük çoğunluğunun (%94) ise önlenebilir olduğu rapor edilmiştir (37).

DSÖ ve NICE her annenin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde kişiselleştirilmiş bakım almasını önermiştir. Bununla ilgili olarak 2013 yılında “Anne ve Yenidoğan İçin Dünya Sağlık Örgütü Postpartum Bakım Önerileri” rehberi geliştirilmiş ve 2017 yılında güncellenmiştir. Rehberin düşük ve orta gelire sahip ülkelerde yaşayan anne ve yenidoğanın doğum sonu bakımı için sağlık personeline yol gösterici olması hedeflenmiştir. Ayrıca rehber sağlık program yapımcılarının ve yöneticilerinin de yararlanmasına olanak sağlamaktadır. Rehberde klinikteki doğum sonu bakımın yanı sıra anne ve yenidoğanın taburcu olma zamanı, doğum sonu izlem sayıları ve evde bakım önerilerine de yer verilmiştir (37).

Önlenebilir anne ölümlerinde doğum sonrası döneme ait özellikler ilk sırada yer almaktadır (38) ve doğum sonu dönemde özellikle anne ve yenidoğana yönelik fiziksel bakımın sağlanmasından aile üyelerinin yeni duruma adaptasyonuna, sosyal ve çevresel özelliklere kadar geniş yelpazede, çok boyutlu, bütüncül ve kapsamlı bir hemşirelik bakımının uygulanması esastır (19). Dolayısıyla doğum sonu dönemde sunulan bakım hizmetinin en iyi kanıt üzerine temellendirilmesine olan gereksiniminin açıktır (39).

##### **Doğum sonu döneme ilişkin rehberler**

Doğum sonu döneme ilişkin rehberler hakkında bilgi verebilmek için doğum ve kadın hastalıkları alanı ile ilgili ulusal ve uluslararası kuruluşların yayınlamış olduğu klinik rehberler araştırıldı. Bu amaçla ACOG, RCOG, NICE, AAFP, AWHONN, NPIC ve T.C. Sağlık Bakanlığının web siteleri incelendi. Sitelerde yer alan “Clinical Guidance”, “Clinical Guidelines”, “Practice

Guidelines”, “Practice Management”, “Good Practice”, “Clinical Governance Advice” gibi bölümler içerisindeki tüm rehberler tarandı. Taramada ilk etapta kadın doğumun obstetri ve jinekoloji uzmanlık alanlarını kapsayan toplam 975 rehberle ulaşıldı. Bunların içerisinde sadece gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonuna özgü olanlar ile içeriğinde hem doğum sonu dönem hem de diğer perinatal süreçlerin yer aldığı rehberlerin sayısının toplamda 249 olduğu görüldü. Bu rehberlerden tamamına erişim sağlananların sayısı ise 192 olarak belirlendi. Sadece doğum sonu ile ilgili ve içeriğinde doğum sonu dönem ile birlikte diğer perinatal süreçlerin de yer aldığı rehber sayısı ise 49’dur. Rehberler içerisinde sadece doğum sonu döneme özgü olan 15’i detaylı olarak irdelendi (22,23,40-52). Web sayfalarına girilerek taramaların yapıldığı ulusal ve uluslararası kuruluşlardan sadece gebelik öncesi, gebelik, doğum, doğum sonu ve doğum sonu dönem ile birlikte diğer perinatal süreçlerin de yer aldığı ve tamamına erişim sağlanabilen rehber sayılarının dağılımı Tablo 1’de verilmiştir.

**Tablo 1. Gebelik Öncesi, Gebelik, Doğum ve Doğum Sonuna İlişkin Tamamına Ulaşılabilen Ulusal ve Uluslararası Kuruluşlardaki Rehber Sayıları**

Kuruluşlar	Döneme özgü rehber sayıları					TOPLAM
	Sadece Gebelik öncesi	Sadece Gebelik	Sadece Doğum	Sadece Doğum sonrası	Doğum sonu ve diğer perinatal süreçler	
ACOG	4	12	25	5	14	60
RCOG	0	9	36	3	7	55
NICE	0	2	7	1	4	14
AAFP	3	14	27	5	7	56
AWHONN	-	-	-	-	-	-
NPIC	-	-	-	-	-	-
T.C. Sağlık Bakanlığı	1	1	2	1	2	7
TOPLAM	8	38	97	15	34	192

Erişilen tüm rehberlerin yayımlanma tarihleri 2003-2020 yılları arasındaydı. İnceleme sonucunda ACOG, RCOG, NICE ve T.C. Sağlık Bakanlığı gibi kuruluşların kendi rehberlerini geliştirdiği ve kullanımını önerdiği, AAFP kuruluşunun ise büyük çoğunlukta ACOG, CDC (*Centers for Disease Control and Prevention-Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi*) ve AAP (*The American Academy of Pediatrics-Amerikan Pediatri Akademisi*) kuruluşunun yayımlamış olduğu rehberlerden yararlandığı görüldü (22,23,40-52). Taranan rehberlerde ağırlıklı olarak anne ve yenidoğan sağlığına ve bakımına ilişkin konular yer almaktaydı. Bu konular; fiziksel aktivite ve egzersiz, emzirmeyi başlatma ve destekleme, postpartum akut başlangıçlı hipertansiyon ve yönetimi, laktasyonda immün modülasyonlu tedaviler, postpartum sepsis, doğum sonu ağrı yönetimi, gebelik ve doğum sonu işsizlik/istihdam, gebelik ve doğum sonu dönemde bulaşıcı hastalıklar ve yönetimi, perinatal bakım, doğum sonu kanama ve yönetimi, emzirme döneminde tanınal görüntüleme yöntemleri, gebelik ve emzirme döneminde madde bağımlılığı, kurşun taraması, ruhsal sorunlar ve psikiyatrik ilaç kullanımı, perinatal araştırmalarda onam alınması, kan transfüzyonu, venöz tromboemboli riski ve yönetimi, aile planlaması, ölü doğum ve yönetimi, obstetrik komplikasyonlarda bakım, doğum sonu diyabet, süt bankaları, doğum sonu izlem, perinatal palyatif bakım alanlarını kapsamaktaydı. Ulusal ve uluslararası kuruluşların web sayfalarına girilerek yapılan taramada ulaşılan ve sadece doğum sonuna özgü olan rehberlerin özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 2A-D’de verilmiştir.

Optimum doğum sonu bakımın sağlanmasına ilişkin rehberler; doğum sonu bakımın tanımlanması ve iyi uygulama önerilerinden, konuya ilişkin ihtiyaç duyulan ve geliştirilmesi gereken politikalara kadar geniş yelpazede öneriler sunmaktaydı (40). Doğum sonu emzirme konusunu ele alan rehberlerde ise sayıca daha fazla olduğu ve emzirmenin başlatılması/sürdürülmesi, annenin bu konuda bilişsel/psikolojik olarak desteklenmesi, emzirmenin önündeki engellerin aşılması, özel durumlarda emzirmenin sürdürülmesi ve ihtiyaç duyulan yeni düzenlemeler ile politikaların geliştirilmesi konularına yer verdiği görüldü (23,41,43,47,50,51). Doğum sonu dönem ağrı yönetiminde doğum şekline göre analjezik ilaç kullanımı ve nonopioid ilaçlardan başlayarak kademeli multimodal yaklaşıma geçilmesi noktasına değinilmişti (42). Sayıca fazla olan bir diğer rehber grubu ise doğum sonu kanamalar ile ilgiliydi. Doğum sonu kanamada risk faktörlerinin belirlenmesi, birincil ve ikincil kanamalarda yaklaşım, kanama bozukluğu, terapötik antikoagülan kullanımında yönetim ve profilaktik girişimsel radyolojinin doğum sonu kanama yönetimindeki yeri temel değindikleri konulardı (22,45,49,52). Doğum sonu aile planlamasını ele alan rehberler; doğum sonu kontraseptif yöntem kullanımına ve önemine vurgu yaparak hizmet sunan sağlık profesyonelleri için önerilerde bulunmaktaydı (44,48). Daha az sıklıkla değinilen konulardan biri anne sütü bankacılığıydı. Bu konudaki rehber, çeşitli nedenler ile bebeğini besleyemeyen annelerin yönlendirilmesi için önemli öneriler içermekteydi (46). Ülkemizde T.C. Sağlık Bakanlığı’nın önerdiği “Doğum Sonu Bakım Rehberi”nde ise; genel olarak bu döneme ilişkin olası sorunlara ve yönetimine, doğum sonu dönemde izlem ve izlemlerde uygulanması gereken konulara ilişkin sağlık personeline yol gösterici bilgiler yer almaktaydı (52).

Doğum sonu dönem yenidoğan için olduğu kadar anne ve diğer aile fertleri için de önemli olup kapsamlı bir hemşirelik bakımı gerektirmektedir. İncelenen rehberlerde bu dönemin hekim ve hemşire işbirliği başta olmak üzere multidisipliner yaklaşım ile yönetiminin gerektiği belirtilmiştir (22,23,40-52). Ancak çoğu rehberde sadece tedavi sürecine yönelik bilgi ve önerilerin yer aldığı görülmüştür. Hemşirelik bakımının ise bu süreçte daha arka planda tutulduğu ve hemşirelik girişimlerinin belirsiz olduğu söylenebilmektedir. Bu durum doğum sonu dönemde hemşirelik girişimlerine özgü klinik uygulama rehberlerinin eksik/çok yetersiz olduğunu ve geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

### Sonuç

Klinik uygulama rehberleri sağlık profesyoneline, hastaya ve kuruma birçok fayda sağlamaktadır. Günümüzde bu rehberlerin daha çok hekimlere yönelik olduğu, hemşirelik bakımına özgü olanların ise sayıca çok daha az oldukları görülmektedir. Hemşirelerin klinik uygulama rehberlerinin önemi hakkındaki farkındalıklarının yetersiz olduğu ve bu rehberlerin kullanımı konusunda zorluklar ve yetersizlikler yaşadığı bildirilmiştir. Oysa rehberlerin klinik uygulamalara entegre edilmesinde, klinik rehber kullanımının önemi, yararları ve rehber geliştirme süreci konusunda başta hemşireler olmak üzere tüm sağlık disiplinlerinin farkındalık sahibi olmaları ve bu süreci uygulamalarına yansıtmaları oldukça önemlidir. Böylece kanıta dayalı uygulamalar doğrultusunda sunulan bakım yaklaşımı ile hasta güvenliğinin ve sağlık bakım kalitesinin yükseltilmesine önemli katkı sağlanmış olacaktır. Hemşirelik açısından rehberler yol göstericidir ve mesleki gelişime, profesyonelleşmeye, yaratıcı ve inovatif düşünme becerisinin gelişmesine, eksikliklerin, ihmallerin vb. belirlenmesi ve uygun müdahalenin sağlanmasına, hemşirelerin sorumluluk alanlarının belirlenmesine, hemşirenin yaptığı işin görünür olmasına, mesleki doyuma, bakım bilimine, yapılacak araştırmalara vb. katkı sağlayacaktır.

Ulusal ve uluslararası otorite olarak kabul edilen kuruluşların doğum sonu döneme ilişkin yayımladıkları klinik uygulama rehberlerinde anne ve yenidoğan odaklı tedavi ve bakımın temel alındığı görülmektedir. Rehberlerin kullanımına yönelik disiplinler içerisinde ise en fazla kadın doğum uzmanlarının olduğu ve hastalara primer bakım sağlayan hemşirelerin ise uygulamalarına ilişkin önerilere net olarak yer verilmediği görülmektedir. Dolayısıyla hemşirelerin doğum sonu bakıma yönelik kendi klinik uygulama rehberlerini geliştirmesi ve bu rehberleri kullanmaya yönelik olumlu tutum ve inanca sahip olması gerekmektedir. Bu alanda geliştirilecek rehberlerin tıbbi ve hemşirelik bakımı bilimine, bu alanda yapılan kaliteli ve kanıt düzeyi yüksek çalışma sonuçlarına temellendirilmiş, gereksinimlere yanıt verecek düzeyde olması gerekmektedir. Bu kapsamda geliştirilecek rehberlerin kullanımı; doğum sonu bakım uygulamalarının sistematize edilmesine, malpraktislerin azalmasına, hasta güvenliğinin sağlanmasına, bakım uygulamalarının kalite ve etkinliğinin artmasına, maliyetin azalmasına, anne ve yenidoğan ölümlerindeki insidanda azalmaya, sağlık politikalarına vb. katkı sağlayacaktır.

Klinik uygulama rehberi geliştirme ve kullanımında yaşanan engellerin aşılmasında; hemşirelik eğitiminde üzerinde önemle durulması, grup eğitimlerinin düzenlenmesi, yöneticiler tarafından kurumsal destek sağlanması ve uzman hemşirelerin sayıca artması gibi adımlar etkili olacaktır.

### Bilgilendirme

Yazarların Katkı Beyanı: Fikir/Kavram: HK, HY Tasarım: HY Denetleme/Danışmanlık: HY Kaynak Taraması: HK Makalenin Yazımı: HK, HY Eleştirel Düşünme: HK, HY şeklindedir. Yazarlar ya da herhangi bir kurum arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır ve araştırma için fon desteği sağlanmamıştır.

**Tablo 2A. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları**

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Collage of Obstetrician and Gynecologists (ACOG)	2018	<b>Optimizing Postpartum Care</b> (Doğum Sonu Bakım Optimizasyonu)	Doğum sonrasındaki 3 aylık sürenin önemini pekiştirmek ve doğum sonrası bakım için yeni bir paradigma önermek	-Doğum sonrası bakımın yeniden tanımlanması -İnatpartumdan postpartum bakıma geçilme süreci ve hazırlık -Kapsamlı postpartum ziyaret ve iyi kadın bakımına geçiş -Yeni kapsamlı politikalara olan ihtiyaç	-Kadın doğum uzmanı -Diğer doğum uzmanları -Kadınlar	40
	2018	<b>Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice</b> (Obstetrik Uygulamanın Bir Parçası Olarak Emzirme Desteğinin Optimizasyonu)	Farklı koşullardaki kadınların emzirme hedeflerine ulaşmalarını daha iyi hale getirmeleri için ek rehberlik bilgisi vermek	-Emzirme konusunda eğitim -Kadının emzirmeye yönelik cesaretlendirilmesi -Erken doğum gibi durumlarda emzirme -Emzirmeye ilişkin politika önerileri	-Kadın doğum uzmanı -Diğer kadın doğum uzmanları -Doğum sonu dönem anneler	41
	2018	<b>Postpartum Pain Management</b> (Doğum Sonu Ağrı Yönetimi)	Doğum sonu dönemde farmakolojik olmayan ve farmakolojik tedavilerin kullanımı hakkında bilgi vermek	-Doğum şekline yönelik analjezik ilaç ihtiyacı -Doğum sonu dönem taburculuk planlamasında analjezik ajanın belirlenmesi -Reçete edilen ilaçların anne-bebek sağlığına etkileri -Emzirme döneminde analjezik kullanımı -Nonopioid analjezi temelinde kademeli multimodal yaklaşım	-Kadın doğum uzmanı -Diğer kadın doğum uzmanları	42
	2018	<b>Breastfeeding in Correctional Settings</b> (İslah Ortamlarında Emzirme)	İslah ortamlarında emzirmenin sağlanmasına ilişkin bilgi vermek, ilgili sistemlerin geliştirilmesine öncülük etmek	-Doğum sonrası dönemde ceza evlerinde bulunan mahkumların emzirme sürecine ilişkin gerekli düzenlemeler -Yenidoğan ve anne birlikteliğine izin veren ve doğrudan emzirmeyi sağlayan konaklama ortamlarının, kreş ve alternatif programların oluşturulması -Yasal prosedürler	-Kadın doğum uzmanı -Hemşire -Doğum sonu dönem kadın mahkumlar	23
	2013	<b>Breastfeeding in Underserved Women Increasing Initiation and Continuation of Breastfeeding</b> (Yetersiz Hizmet Alan Kadınlarda Emzirmenin Başlatılması ve Sürdürülmesi)	Emzirmenin önündeki engellerin açıklanması ve emzirmenin anne bebek sağlığına yararlarının öğretilerek emzirmeye başlama ve sürdürme oranlarının artırılması	-Emzirmenin önündeki engeller, yetersiz beslenen kadınlar, -Çocuklar ve toplum için emzirmenin önemi -Emzirme başlangıcı ve devamının geliştirilmesi yaklaşımları -Emzirmeyi teşvik etmek ve desteklemek için on hastane uygulaması	-Kadın doğum uzmanları -Hemşireler -Aile üyeleri -Çocuk bakım sağlayıcıları -Sağlık hizmeti sağlayıcıları -Devlet yardım kurumları	43

**Tablo 2B. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)**

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)	2016	<b>Postpartum Haemorrhage, Prevention and Management</b> (Doğum Sonu Kanamanın Önlenmesi ve Yönetimi)	Doğum sonu kanamanın önlenmesi ve yönetimi hakkında bilgi vermek	-Doğum sonu kanamada risk faktörlerinin tanımlama ve risk yönetimi -Birincil ve ikincil kanamaların yönetimi -Kanama bozukluğu olan, terapötik antikoagülan kullanan ve ayrıca kan transfüzyonunu reddeden kadınlarda spesifik yönetim -Gelecekteki araştırmalar için öneriler	-Obstetrik birimlerde çalışan klinisyenler	22
	2015	<b>Best practice in Postpartum Family Planning</b> (Doğum Sonu Aile Planlamasında En İyi Uygulamalar)	Doğum sonrası aile planlaması ve yöntemler hakkında bilgi vermek, plansız ve yakın aralıklı gebelikleri önlemek, kadınların bilinçli yöntem kullanımını sağlamak	-Doğum sonu dönemde aile planlamasının gerekliliği ve önemi -Doğum sonu kullanılabilecek kontraseptif yöntemler ve başlanma zamanı -Doğum sonu zamanında kontraseptif yöntem kullanımı ile plansız gebeliklerin önüne geçilmesinde dikkat edilmesi gerekenler -Yöntem kullanımında destek sağlama -Hizmet sunanlar için öneriler	-Kadın doğum uzmanları -Hemşire -Diğer sağlık çalışanları -Doğum sonu dönem kadınlar -Adelösan gebeler	44
	2007	<b>The Role of Emergency and Elective Interventional Radiology in Postpartum Haemorrhage</b> (Doğum Sonu Kanamada Acil ve Elektif Girişimsel Radyolojinin Rolü)	Doğum sonu kanamanın önlenmesinde ve tedavisinde erken veya profilaktik girişimsel radyolojinin obstetrik birimler tarafından önemli bir araç olarak görülmesini teşvik etmek, bilgi vermek ve yoğun bakım ihtiyacını azaltarak maternal morbidite ve mortaliteyi azaltmak	-Doğum sonu kanama etyolojisi -Girişimsel radyolojide acil müdahale -Girişimsel radyolojide elektif ve profilaktik müdahale -Doğum sonu dönemde girişimsel radyolojinin kullanımına ilişkin algoritmaların düzenlenmesi -Girişimsel radyoloji hizmetine sahip olmayan sağlık kurumları için yakınındaki kurumlardan hizmet alımına yönelik kabul gören yasal düzenlemelerin geliştirilmesi	-Radyoloji uzmanı -Kadın doğum uzmanı -Doğum sonu dönem kadınlar	45
The National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	2010	<b>Donor milk banks service</b> (Donör süt bankaları hizmeti)	Anne sütü bankalarının anne sütü bağışında bulunmak isteyen kadınları tarama ve destekleme sürecine ilişkin rehberlik etmek, donörlerden alınan anne sütünün işlenmesi, depolanması ve süt güvenliğinin sağlanmasını açıklamak, ilgili tesisleri öneriler doğrultusunda geliştirmek	-Bağışçıları tarama ve seçme (Serolojik testler, onam, uygunluk kriterleri gibi). -Sütün izlenmesi ve takibi -Kalite güvenliği -Bağışçıların eğitimi ve desteklenmesi	-Sağlık profesyonelleri -Donör süt bankacılığı alanında çalışan ilgili personel -Anne süt bağışçıları -Donör süt alan bebeklerin bakıcılarını destekleyen toplum sağlığı personeli -Donör süt alan bebeklerin anneleri ve bakıcıları	46



Tablo 2C. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Academy of Family Physicians (AAFP)	2015	<b>Releases Position Paper on Breastfeeding</b> (Emzirme Üzerine Yayımlanan Görüş Raporu)	Emzirmenin önemini açıklamak ve aile hekimlerinin konuya dikkat çekmesini sağlayarak emzirmeyi desteklemelerinde ve emzirmenin önündeki engellerin ortadan kaldırılmasında yol göstermek	-Emzirmenin önemi -Emzirmeye başlama zamanı ve süresi -Emzirmenin kontrendike olduğu durumlar -Öneriler -Başarılı emzirmede on adım	-Aile hekimi -Laktasyon danışmanı	47
	2015	<b>Updates Recommendations for Contraceptive Use in the Postpartum Period</b> (Doğum Sonu Dönemde Kontraseptif Kullanımı için Güncel Öneriler)	Doğum sonrası dönemde kontraseptif kullanımı için öneriler sunmak ve bu dönemdeki kontraseptif kullanım güvenliğini güncellemek	-Doğum sonu dönemde kontraseptif kullanımının önemi -Doğum sonu ilk 42 gün boyunca özellikle venöz tromboembolizm için kontraseptif kullanımının planlanması -Emzirmeyen ve emziren anneler için ayrı önerilerin sunulması (kombine oral kontraseptifler, sadece progesteron içeren haplar, metroksiprogesteron asetat enjeksiyonu, implant, levonorgestral salgılayan rahim içi araç, bakır içeren rahim içi araç)	-Sağlık personeli -Doğum sonu dönem kadınlar	48
	2007	<b>ACOG Releases Guideline for Management of Postpartum Bleeding</b> (Doğum Sonu Kanama Yönetimi için Yayımlanan ACOG Yönergeleri)	Doğum sonu kanamaların yönetimini açıklamak	-Doğum sonu kanama yönetiminin önemi -Kanama nedenleri -Doğum sonu kanamanın yönetimi	-Kadın doğum uzmanı -Doğum sonu dönem kadınlar	49
	2006	<b>CDC Reports on Racial and Socioeconomic Disparities in Breastfeeding</b> (Emzirmede Irksal ve Sosyoekonomik Eşitsizliklere İlişkin CDC Raporları)	Emzirme dönemindeki irksal ve sosyoekonomik farklılıkları açıklamak, önerilerde bulunmak	-Emzirmenin önemi ve emzirme oranları -Emzirmeye başlama ve devam ettirmenin önündeki engeller -Emzirmede eşitsizliği azaltmak -Emzirmeyi teşvik edici halk sağlığı önlemleri -Emzirmede sürekliliğin korunması ve desteklenmesine ilişkin öneriler	-Sağlık politikacıları -Doğum sonu dönem kadınlar	50

**Tablo 2D. Doğum sonu döneme ilişkin klinik uygulama rehberleri içerik detayları (devamı)**

Geliştiren/Öneren Kuruluş	Yıl	Rehberin Adı	Geliştirilme Amacı	Ele Alınan Konular/İçerik	Kullanımı ile İlişkili Disiplinler/Profesyoneller	Kaynak No
American Academy of Family Physicians (AAFP)	2005	<b>AAP Releases Updated Breastfeeding Recommendations</b> (Güncellenmiş Emzirme Önerileri AAP Yayınları)	Emzirmenin önemi ve yararlarını anlatmak ve emzirme önerileri sunmak	-Emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi -Anne bebek birlikteliğinin devamlılığının sağlanması -Annenin kendin kendine meme muayenesi yapması konusunda teşviki -Evlat edinme sürecinde laktasyonun sağlanması -Emzirmede kültürel farklılığın benimseme -Bebegın klinik açıdan büyüme gelişmesinin değerlendirme	-Pediatri uzmanları -Diğer sağlık bakım uzmanları -Doğum sonu dönem anneler	51
T.C. Sağlık Bakanlığı	2018	<b>Doğum Sonu Bakım Rehberi</b>	-Anne ve bebek ölümlerini azaltılmak -Her gebenin en az 4 kez ve her lohusanın doğum sonrası hastanede 3 ve evde 3 olmak üzere 6 kez izlemine sağlamak -Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli doğum sonu bakım hizmeti sunmak ve uygulamada birlikteliği sağlamak	-Doğum sonu izlem zamanları ve her izleme özel uygulanması önerilen parametreler (iletişim, lohusanın değerlendirilmesi, muayene/müdahale, laboratuvar testleri, bakım ve danışmanlık, risk değerlendirme) -Sevk kriterleri -Doğum sonu depresyon ölçeği ve kullanım kılavuzu -Genel venöz tromboemboli risk faktörleri -D vitamini desteği akış şeması -Demir desteği akış şeması -Kanama yönetim algoritması	-Sağlık personeli -Kadın doğum uzmanı -Ebe -Hemşire -Anestezi uzmanı -Doğum sonu dönem anneler	52

### Kaynaklar

1. Fervers B, Carretier J, Bataillard A. Clinical practice guidelines. *J Visc Surg* 2010; 147(6): 341-349.
2. Kahveci R, Tokaç M. Kanıta dayalı sağlık politikası ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences* 2010; 30(6): 2020-2024.
3. Yakışan RŞ, Set T. Klinik uygulama rehberleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2013; 7(2): 26-28.
4. Kahveci R, Özyiğit F. Kanıta dayalı tıp beceri edindirme yöntemleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010; 9(3): 245-254.
5. Weijden T, Boivin A, Burgers J, Schünemann HJ, Elwyn G. Clinical practice guidelines and patient aids. An inevitable relationship. *Journal of Clinical Epidemiology* 2012; 65(6): 584-589.
6. Graham R, Mancher M, Wolman DM, Greenfield S, Steinberg E, editors. *Clinical practice guidelines we can trust*. Washington (DC): The National Academies Press; 2011: 4.
7. World Health Organization. WHO handbook for guideline development. 2nd edition; 2014: 1-167. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145714>
8. National Institute for Health and Care Excellence. *Developing NICE guidelines: the manual*. 2014. [Cited: 22.07.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/media/default/about/what-we-do/our-programmes/developing-nice-guidelines-the-manual.pdf>
9. The Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *A guideline developer's handbook*. 2015. [Cited: 20.07.2020]. Available from: [https://www.sign.ac.uk/assets/sign50\\_2015.pdf](https://www.sign.ac.uk/assets/sign50_2015.pdf)
10. The Agency for Healthcare Research and Quality. *AHRQ publishing and communications guidelines*. 2020. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.ahrq.gov/research/publications/pubcomguide/index.html>
11. The Australian National Health and Medical Research Council. 2020. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.clinicalguidelines.gov.au/register>
12. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical>
13. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/>
14. American Academy of Family Physicians. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/home.html>
15. The Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses. No date. [Homepage on the Internet]. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://awhonn.org/>
16. National Perinatal Information Center. [Homepage on the Internet]. No date. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <http://www.npic.org/>
17. Kurtcu AN, Kızılkaya Beji N. Klinik uygulama rehberleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2015; 23(1): 76-82.
18. Attia A. Adaptation of international evidence based clinical practice guidelines: The ADAPTE process. *Middle East Fertil Soc J* 2013; 18(2): 123-126.
19. Taşkın L, Akan N. Doğum sonu dönem. İçinde Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Baskı. Ankara: Özyurt Matbaacılık; 2016: 534-571.
20. Doğan Merih Y, Coşkun Potur D, Yılmaz Esencan T. Doğum Sonu Kliniklerinde Çalışan Ebe ve Hemşireler Kanıta Dayalı Uygulamaların Neresinde?. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017; 4(1): 8-14.
21. Hollon SD, Arean PA, Craske MG, Crawford KA, Kivlahan DR. Development of clinical practice guidelines. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 213-241.
22. Royal Collage of Obstetrician and Gynecologists. *Postpartum haemorrhage, prevention and management*. 2016. [Cited: 13.06.2020]. Available from: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14178>
23. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. *Breastfeeding in correctional settings*. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.ncchc.org/breastfeeding-in-correctional-settings>
24. National Institute for Health and Clinical Excellence. No date. [Homepage on the Internet]. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/>
25. Ayhan Başer D, Kahveci R, Aksoy H. Klinik uygulama rehberi geliştirme yöntemlerine bakış. *Yeni Tıp Dergisi* 2015; 32: 186-190.
26. ADAPTE collaboration. *Guideline Adaptation: A resource toolkit*. 2009. [Cited: 21.07.2020]. Available from: <https://g-i-n.net/document-store/working-groups-documents/adaptation/resources/adapte-resource-toolkit-guideline-adaptation-2-0.pdf>
27. Tetreault L, Nater A, Garwood P, Badhiwala JH, Wilson JR, Fehlings MG. Development and implementation of clinical practice guidelines: An update and synthesis of the literature with a focus in application to spinal conditions. *Global Spine J* 2019; 9(1): 53-64.
28. Garcia, D. Challenges in creating and promoting clinical practice guidelines. 2014. [Cited: 20.07.2020]. Available from: <https://www.ascopost.com/issues/may-15-2014/challenges-in-creating-and-promoting-clinical-practice-guidelines/>
29. Hategeka C, Mwai L, Tuyisenge L. Implementing the emergency triage, assessment and treatment plus admission care (ETAT+) clinical practice guidelines to improve quality of hospital care in Rwandan district hospitals: healthcare workers' perspectives on relevance and challenges. *BMC Health Serv Res* 2017; 17(1): 256-267.
30. Demir Y, Ak B, Bilgin NÇ, Efe H, Albayrak E, Çelikpençe Z ve ark. Hemşirelik uygulamalarında araştırma sonuçlarının kullanımındaki engeller ve kolaylaştırıcı faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi* 2012; 2(2): 94-101.
31. Coşkun A, Aslan E. Doğum sonu dönem. İçinde Tankuter K, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 2. Baskı. İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları; 2016: 239-293.

32. World Health Organization. Maternal mortality. 2019. [Cited: 21.07.2020]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
33. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık istatistikleri 2019 haber bülteni. [Cited: 10.01.2021]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/39024,haber-bulteni-2019pdf.pdf?0>
34. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ana rapor toplantısı 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara. [Cited: 21.07.2020]. Available from: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar\\_sunum.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf)
35. United Nations General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for sustainable development. 2016. [Cited: 23.07.2020]. Available from: [http://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/11125/unep\\_swio\\_sml\\_inf7\\_sdg.pdf?sequence=1](http://wedocs.unep.org/bitstream/handle/20.500.11822/11125/unep_swio_sml_inf7_sdg.pdf?sequence=1)
36. World Health Organization. Strategies towards ending preventable maternal mortality. 2015. [Cited: 23.07.2020]. Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/)
37. World Health Organization. Recommendations on maternal health guidelines approved by the who guidelines review committee updated. 2017. [Cited: 23.07.2020]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259268/1/WHOMCA-17.10-eng.pdf>
38. Aygar H, Metintaş S. Bir Kalkınma Göstergesi Olarak Anne Ölümleri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi 2018; 3(3): 63-70.
39. Bilgin NÇ, Potur DC. Doğum sonu dönem kanıt temelli yaklaşımlar ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(3): 80-87.
40. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Optimizing postpartum care. 2018. [Cited: 13.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/05/optimizing-postpartum-care>
41. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Optimizing support for breastfeeding as part of obstetric practice. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/10/optimizing-support-for-breastfeeding-as-part-of-obstetric-practice>
42. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Postpartum pain management. 2018. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/07/postpartum-pain-management>
43. American Collage of Obstetrician and Gynecologists. Breastfeeding in underserved women increasing initiation and continuation of breastfeeding. 2013. [Cited: 20.06.2020]. Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2013/08/breastfeeding-in-underserved-women-increasing-initiation-and-continuation-of-breastfeeding>
44. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. Best practice in postpartum family planning. 2015. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/best-practice-papers/best-practice-paper-1---postpartum-family-planning.pdf>
45. Royal Collage of Obstetricians and Gynecolojists. The role of emergency and elective interventional radiology in postpartum haemorrhage. 2007. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/good-practice-6/>
46. The National Institute for Health and Care Excellence. Donor milk banks service. 2010. [Cited: 26.06.2020]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg93>
47. American Academy and Family Phsicians. Releases position paper on breastfeeding. 2015. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2015/0101/p56.html>
48. American Academy and Family Phsicians. CDC Updates recommendations for contraceptive use in the postpartum period. 2015. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2011/1215/p1422.html#:~:text=In%20general%2C%20combined%20hormonal%20contraceptives,restriction%20after%2042%20days%20postpartum.>
49. American Academy and Family Phsicians. ACOG releases guideline for management of postpartum bleeding. 2007. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2007/0401/p1101.html>
50. American Academy and Family Phsicians. CDC reports on racial and socioeconomic disparities in breastfeeding. 2006. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2006/1001/p1230.html>
51. American Academy and Family Phsicians. AAP releases updated breastfeeding recommendations. 2005. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://www.aafp.org/afp/2005/0501/p1819.html>
52. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum sonu bakım yönetim rehberi. 2018. [Cited: 15.07.2020]. Available from: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28086.dogumsonubakimyonetimrehberipdf.pdf?0>