


DOI: 10.38136/jgon.1017916

Dünya Sağlık Örgütü Partograf: Doğum Bakım Rehberi**World Health Organization Partograph: Labour Care Guide**GONCA KARATAŞ BARAN ¹ Orcid ID:0000-0002-7996-6144¹ Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi**ÖZ**

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2020 yılında "Doğum Bakım Rehberi", her gebe kadının doğum deneyimini iyileştirmek ve DSÖ intrapartum bakım önerilerinin etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırarak gebe kadınların ve bebeklerinin sağlık ve iyilik halini sağlamaya yardımcı olmak için geliştirilmiştir. DSÖ, tavsiyelerinin etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırmak için, önceki partografin tasarımını gözden geçirmiş ve revize etmiştir. Doğum Bakım Rehberi adı verilen revize edilmiş olan bu partograf, sağlık personelinin normallikten herhangi bir sapmayı tespit etmek için düzenli değerlendirmeler yoluyla doğum sırasında gebe kadınların ve bebeklerinin refahını izlemesi için tasarlanmıştır. Araç, sağlık hizmeti sunucuları ve gebe kadınlar tarafından ortak karar alma sürecini teşvik etmeyi ve kadın merkezli bakımı teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Doğum Bakım Rehberi, güvenliği sağlamaya, gereksiz müdahalelerden kaçınmaya ve destekleyici bakım sağlamaya özel bir vurgu yaparak, kaliteli kanıta dayalı bakım sağlamak için bir kaynak olarak tasarlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Dünya Sağlık Örgütü, Kadın sağlığı hizmetleri, Perinatal bakım

ABSTRACT

The "Labour Care Guide" was developed by the World Health Organization (WHO) in 2020 to improve the birth experience of every pregnant woman and help ensure the health and well-being of pregnant women and their babies by facilitating the effective implementation of WHO intrapartum care recommendations. WHO has reviewed and revised the design of the previous partograph to facilitate the effective implementation of its recommendations. This revised partograph, called the Birth Care Guide, is designed for healthcare professionals to monitor the well-being of pregnant women and babies during childbirth through regular assessments to detect any deviations from normality. The tool aims to encourage joint decision-making by healthcare providers and pregnant women, and to promote female-centred care. The Labour Care Guide is designed as a resource to provide quality evidence-based care, with a particular emphasis on ensuring safety, avoiding unnecessary interventions, and providing supportive care.

Key Words: World Health Organization, Woman's health services, perinatal care

Sorumlu Yazar/ Corresponding Author: Gonca KARATAŞ BARAN**Adres:**Yeni Etlik Caddesi caddesi No.55 Keçiören/ANKARA**E-mail:** goncabaran@gmail.com

Başvuru tarihi : 02/11/2021

Kabul tarihi :14/03/2022

GİRİŞ

DSÖ'nün intrapartum bakımla ilgili tavsiyeleri ile, doğum eylemi boyunca ve doğumdan hemen sonraki dönemlerde uygulanması gereken kanıta dayalı uygulamaları belirtilmekte ve kaçınılması gereken etkisiz uygulamalardan vazgeçirme amaçlanmaktadır (1). DSÖ, tavsiyelerinin etkili bir şekilde uygulanmasını kolaylaştırmak için, önceki partografın tasarımını gözden geçirmiş ve revize etmiştir. Doğum Bakım Rehberi adı verilen bu partograf, sağlık personelinin normallikten herhangi bir sapmayı tespit etmek için düzenli değerlendirmeler yoluyla doğum sırasında gebe kadınların ve bebeklerin refahını izlemesi için tasarlanmıştır (2).

Bu rehberin amacı; Gebe kadınların ve bebeklerin iyilik haline, eylemin ilerlemesinin izlenmesine ve belgelenmesine rehberlik etmek, gebelere olumlu bir doğum deneyimi sağlamak için sağlık personelinin doğum eylemi boyunca destekleyici bakım sunmaları için yönlendirmek, anormal bir gözlem tespit edilirse, doğum gözlemleri için referans eşikler ve spesifik eylem(ler) sağlayarak sağlık personelinin ortaya çıkan doğum komplikasyonlarını derhal tanımlamasına ve ele almasına yardımcı olmak, eylemde gereksiz müdahalelerin kullanılmasını önlemek, eylem yönetiminin denetimini ve kalite iyileştirmesini desteklemektir (2).

Doğum Bakım Rehberi, doğum ve doğum sırasında gebe kadınların ve bebeklerinin bakımı için tasarlanmıştır. Risk durumlarına bakılmaksızın tüm gebe kadınların bakımı için gerekli olan değerlendirmeleri ve gözlemleri içerir. Ancak, Doğum Bakım Rehberi öncelikle görünüşte sağlıklı gebe kadınların ve bebeklerinin (yani düşük riskli gebe kadınların) bakımı için kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Yüksek riskli gebe kadınların çoğu, özel izlem ve bakıma ihtiyaç duyar (2).

Doğum Bakım Rehberi Kullanımı

Gebe kadın aktif faza girdiğinde (5 cm veya daha fazla servikal dilatasyon) parite ve membran durumuna bakılmaksızın Doğum Bakım Rehberi başlatılmalıdır. Doğum Bakım Rehberi doğumun latent evresinde başlatılmasa da, latent evrede gebelerin ve bebeklerinin izlenmesi, doğum bakımı ve desteği almaları beklenir. Doğum Bakım Rehberi bir kez başlatıldığında, birinci ve ikinci evrede aktif doğum boyunca sürekli izlemeyi destekleyecektir (2).

Eylem planı bakım düzeyine bağlı olarak değişse de, Doğum Bakım Rehberi sağlık tesislerinde tüm bakım düzeylerinde kullanılmak üzere tasarlanmıştır. Doğum Bakım Rehberinin kullanılması, olası komplikasyonların erken tanımlanmasını kolaylaştırabilir. Bu nedenle, gerektiğinde ve zamanında yönlendirmelere katkıda bulunmalıdır. Doğum Bakım Rehberinin sistematik ve tutarlı bir şekilde uygulanmasını sağlamak için sağlık sunucularının "değerlendir", "kaydet", "kontrol et", "planla" yaklaşımını kullanmalarını gerektirir (3).

Doğum Bakım Rehberi, önceki partograf tasarımından uyarlanmış 7 bölüme sahiptir (3):

Bölüm 1: Kabulde kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin belirlenmesi

Bölüm 2: Destekleyici bakım

Bölüm 3: Bebeğin bakımı

Bölüm 4: Gebe kadının bakımı

Bölüm 5: Eylem ilerlemesi

Bölüm 6: İlaç

Bölüm 7: Ortak karar verme

Bu bölümler, eylem gözlemlerinin bir listesini içerir (Şekil 1.)

DOĞUM BAKIM REHBERİ

Ad, Soyad:..... Parite: Doğum Başlangıç Şekli:..... Aktif Faz Tarihi:...../...../.....

Membranların Ruptüre olma tarih ve saati:/...../..... Risk Faktörleri:.....

		Zaman	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	
		Saat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3		
		UYARI	Birinci Evre												İkinci Evre				
Destekleyici Bakım	Refakat	H																	
	Ağrıya Müdahale	H																	
	Oral Sıvı	H																	
	Pozisyon	SP																	
Fetus	Bazal FKH	<110; ≥160																	
	FKH	G																	
	Deselerasyon																		
	Amniy. Mayi	M+++; K																	
	Fetal Pozis.	P,T																	
	Sefal Hematom	+++																	
Moulding	+++																		
Gebe	Nabız	<60; ≥120																	
	Sistolik KB	<80; ≥140																	
	Diastolik KB	≥90																	
	Vücut Isısı	<35; ≥37,5																	
	İdrar	P++; A++																	
Doğum İlerlemesi	Kontraksiyon sayısı/10 dak.	≤2; >5																	
	Kontraksiyon süresi (sn)	<20; >60																	
	Servikal Dilatasyon (cm) (işaretleme: X)	10																	
		9	≥2 saat																
		8	≥2.5 saat																
		7	≥3 saat																
		6	≥5 saat																
	Fetal Baş İniş Seviyesi (işaretleme: O)	5																	
		4																	
		3																	
2																			
1																			
İlaç Tedavisi	Oksitosin (U/L; damla/dak.)																		
	İlaç																		
	IV Sıvı																		
Paylaşılacak Kararlar	Değerlendirme																		
	Planlama																		
Kontrol Eden (Ad, soyad Başharfler)																			

Refakat, Ağrı Giderme; Oral sıvı: E: Evet; H: Hayır; R.:Red

FKH Deselesayon: Y: Yok E: Erken; G: Geç; D:Değişken

Sefal Hematom (Kapat Suksadenum): 0: yok; +; ++; +++

İdrar:Protein (0; eser;+; ++; +++; ++++); Aseton (0; eser;+; ++; +++; ++++)

Pozisyon: SP: Supine Pozisyon; MO: Mobil/Hareketli

Fetal Pozisyon: A: Oksiput Anterior; P: Oksiput Posterior; T: Oksiput Transvers

Moulding: 0: yok;+; ++; +++

Amniyotik Mayi: S:Sağlam; B:Berrak; M:Mekonyumlu (+;++;+++); K:Kanlı

Şekil 1. Doğum Bakım Rehberi, (3.WHO labour care guide: user's manual. Erişim tarihi: 16 Temmuz 2021. Erişim adresi: ["https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566"](https://www.who.int/publications/i/item/9789240017566) kaynağından çeviris yapılmıştır).

Sağlık hizmeti sunucusu, gebe kadın doğum servisine kabul edildikten hemen sonra tüm bölümler için gözlemleri kaydetmelidir. Doğum Bakım Rehberinin geri kalanı, doğum boyunca sonraki değerlendirmelerin ardından tamamlanır. Tüm gözlemler için, ilgili gözlem süresinin belgelenmesi için yatay bir zaman eksenini ve normal gözlemlerden herhangi bir sapmanın belirlenmesi için dikey bir referans değerler eksenini vardır. Doğum Bakım Rehberi ayrıca doğumun ilk evresinde yapılan gözlemlere devam etmek için ikinci evrenin izlenmesini sağlar.

Bölüm 1: Kabulde kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin belirlenmesi

Bölüm 1, gebe kadının adının ve doğum eylemi yönetimi için önemli olan doğum eylemi kabul özelliklerinin (parite, doğumun başlama şekli, aktif doğum teşhisi tarihi, membran rüptürü tarihi ve saati ve risk faktörleri) belgelenmesi içindir (2).

Gebenin tam adını kaydedilir ve tıbbi kaydındaki ad ile eşleştiği doğrulanır (3). Tıbbi kayıtlardan, kadının yaşayabilir yaştan sonra (yerel yönergelere göre belirlenmiş sınırlar) bebek doğurma sayısı sorgulanır ve sayısı yazılır (3).

Doğum eylemi kendiliğinden mi başladı yoksa (herhangi bir yapay araç kullanılarak) indüklendi mi değerlendirilir. Gebe kadın, doğumun herhangi bir yapay uyarımı olmaksızın (farmakolojik veya farmakolojik olmayan yollarla) aktif doğum aşamasını gerçekleştirmişse, "Spontan" olarak kaydedilir. Doğumun başlaması, gebe kadına oksitosin veya prostaglandin verilmesi, amniyotik membranların yapay olarak yırtılması, serviks balon kateter uygulanması veya başka herhangi bir yolla suni olarak uyarılması durumunda, "İndüklendi" olarak kaydedilir (3).

Doğumun aktif fazının hangi tarihte tanımlandığı ve membranların açılma saat ve tarihi kayıt edilir. Bu veriler membranlar önceden açılmışsa gebe kadın veya refakatçisi tarafından rapor edilebilir veya kabulden sonra, Doğum Bakım Rehberi başlatılmadan önce membranlar açılmışsa tıbbi kayıtlardan çıkarılabilir. Membran rüptürü doğrulanırsa ve kadın tarihi bildiremiyorsa "bilinmiyor" olarak kayıt edilir (3).

Risk faktörleri, bakım sağlanması ve doğum eylemi yönetiminin potansiyel sonuçları için etkileri olan ve bilinen obstetrik, tıbbi ve sosyal risk faktörleridir. Örneğin, önceden var olan tıbbi durum (ör. kronik hipertansiyon), obstetrik durumlar (ör. preeklampsi), kadının ileri yaşı, adolesan gebeliği, erken doğum ve grup B Streptococcus kolonizasyonudur (3).

Bu bölüm, aktif doğum eylemi teşhisi doğrulandığında elde edilen bilgilerle tamamlanmalıdır (2).

Doğum Bakım Rehberi herhangi bir sapmayı ele almak için

paylaşılan kararları belgeleyen bir bölüm (uyarı) içerir. Doğumun seyrine müdahale etme kararı, öncelikle beklenen gözlemlerden bir sapmanın gözlemlenmesine dayanır (3).

Bölüm 2: Destekleyici Bakım ve Saygılı Annelik Bakımı

"Destekleyici bakım ve saygılı annelik bakımı" gebe kadınların temel bir insan hakkıdır ve DSÖ'nün intrapartum bakım tavsiyelerinin temel bir bileşenidir. Bu bölüm, destekleyici bakımın sürekli sağlanması ve izlenmesi yoluyla, destekleyici bakım ve saygılı annelik bakımının tutarlı uygulamasını teşvik etmeyi amaçlar (2).

Destekleyici bakım bölümü, doğumda refakatçilik, farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı giderici yöntemlere erişim, kadınlara ağızdan sıvı verilmesini sağlama ve kadınların rahatını iyileştirme tekniklerini (gebeleri doğum sırasında hareketli olmaya teşvik etme gibi) içerir (3).

Kadının, değerlendirme sırasında hazır bulunan ve destek sağlayan kendi seçtiği bir refakatçisi varlığı sorgulanır. "E = Evet, H = Hayır ve R = Reddedildi" olarak işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" kaydı yapılmışsa, gebe kadının tercih ettiği bir refakatçi alınması teklif edilir. "Evet" veya "Reddedildi" kaydedilmişse, doğum ve doğumun ilerlemesi sırasında gebenin tercihi tekrar değerlendirilir (3).

Gebe kadına herhangi bir ağrıya müdahale durumu değerlendirilir. "E = Evet, H = Hayır, R = Reddedildi" seçenekleri işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" olarak kaydedilmişse, gebe kadının tercihlerine ve bakım sağlayıcının deneyimine göre ağrı giderici yöntemler önerilir. Komplikasyonları veya fentanil, diamorfin ve petidin gibi opioidlerin kullanım ihtiyacını azaltmak için en düşük etkili lokal anestezi konsantrasyonunda bir epidural ajan kullanılabilir. Gebe kadının tercihinin göre kas gevşetme, nefes alma, müzik, farkındalık ve manuel teknikler gibi gevşeme teknikleri de kullanılabilir (3).

Gebe kadının, son değerlendirmesinden bu yana talep üzerine oral sıvı alma durumu sorgulanır. "E = Evet, H = Hayır, R = Reddedildi" seçenekleri işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" notu alınmışsa, gebe kadın doğum sırasında hafif bir diyet ve istediği gibi içmeye teşvik edilir (3).

Gebenin pozisyonu değerlendirilir. "SP=Sırtüstü, MO= Mobil" olarak ilgili alana işaretlenir. Mobil; yürüme, sallanma, sol yan, çömelme, diz çökme, ayakta durma veya sırtüstü olmayan herhangi bir pozisyonu içerir. Uyarı: "SP=Sırtüstü pozisyon"dur. "SP" kaydedilmişse, doğumun ilk evresinde, gebe kadın serbestçe dolaşması için cesaretlendirilir. Doğumun her aşaması için gebe kadının pozisyon seçimi (sol yan, çömelme, diz çök-

me, refakatçi tarafından desteklenerek pozisyon..gibi) desteklenir (3).

- Önceki partografya servikal dilatasyon uyarı ve eylem çizgileri dışında herhangi bir doğum parametresinin beklenen gözlemlerinden sapmalara yanıt vermek için açık bir gereklilik yoktur. Doğum Bakım Rehberi sapmaların vurgulanmasını ve karşılık gelen yanıtın doğum bakım sağlayıcı tarafından kaydedilmesini gerektirir.

Sağlık hizmeti sunucusu, gebe kadın doğum servisine kabul edildikten hemen sonra tüm bölümler için gözlemleri kaydetmelidir. Doğum Bakım Rehberinin geri kalanı, doğum boyunca sonraki değerlendirmelerin ardından tamamlanır. Tüm gözlemler için, ilgili gözlem süresinin belgelenmesi için yatay bir zaman eksenini ve normal gözlemlerden herhangi bir sapmanın belirlenmesi için dikey bir referans değerler eksenini vardır. Doğum Bakım Rehberi ayrıca doğumun ilk evresinde yapılan gözlemlere devam etmek için ikinci evrenin izlenmesini sağlar.

Bölüm 1: Kabulde kimlik bilgilerinin ve eylem özelliklerinin belirlenmesi

Bölüm 1, gebe kadının adının ve doğum eylemi yönetimi için önemli olan doğum eylemi kabul özelliklerinin (parite, doğumun başlama şekli, aktif doğum teşhisi tarihi, membran rüptürü tarihi ve saati ve risk faktörleri) belgelenmesi içindir (2).

Gebenin tam adını kaydedilir ve tıbbi kaydındaki ad ile eşleştirilir (3). Tıbbi kayıtlardan, kadının yaşayabilir yaştan sonra (yerel yönergelere göre belirlenmiş sınırlar) bebek doğurma sayısı sorgulanır ve sayısı yazılır (3).

Doğum eylemi kendiliğinden mi başladı yoksa (herhangi bir yapay araç kullanılarak) indüklendi mi değerlendirilir. Gebe kadın, doğumun herhangi bir yapay uyarımı olmaksızın (farmakolojik veya farmakolojik olmayan yollarla) aktif doğum aşamasını gerçekleştirmişse, "Spontan" olarak kaydedilir. Doğumun başlaması, gebe kadına oksitosin veya prostaglandin verilmesi, amniyotik membranların yapay olarak yırtılması, serviks balon kateter uygulanması veya başka herhangi bir yolla suni olarak uyarılması durumunda, "İndüklendi" olarak kaydedilir (3).

Doğumun aktif fazının hangi tarihte tanımlandığı ve membranların açılma saat ve tarihi kayıt edilir. Bu veriler membranlar önceden açılmışsa gebe kadın veya refakatçisi tarafından rapor edilebilir veya kabulden sonra, Doğum Bakım Rehberi başlatılmadan önce membranlar açılmışsa tıbbi kayıtlardan çıkarılabilir. Membran rüptürü doğrulanırsa ve kadın tarihi bildiremiyorsa "bilinmiyor" olarak kayıt edilir (3).

Risk faktörleri, bakım sağlanması ve doğum eylemi yönetiminin

potansiyel sonuçları için etkileri olan ve bilinen obstetrik, tıbbi ve sosyal risk faktörleridir. Örneğin, önceden var olan tıbbi durum (ör. kronik hipertansiyon), obstetrik durumlar (ör. preeklampsi), kadının ileri yaşı, adolesan gebeliği, erken doğum ve grup B Streptococcus kolonizasyonudur (3).

Bu bölüm, aktif doğum eylemi teşhisi doğrulandığında elde edilen bilgilerle tamamlanmalıdır (2).

Doğum Bakım Rehberi herhangi bir sapmayı ele almak için paylaşılan kararları belgeleyen bir bölüm (uyarı) içerir. Doğumun seyrine müdahale etme kararı, öncelikle beklenen gözlemlerden bir sapmanın gözlemlenmesine dayanır (3).

Bölüm 2: Destekleyici Bakım ve Saygılı Annelik Bakımı

"Destekleyici bakım ve saygılı annelik bakımı" gebe kadınların temel bir insan hakkıdır ve DSÖ'nün intrapartum bakım tavsiyelerinin temel bir bileşenidir. Bu bölüm, destekleyici bakımın sürekli sağlanması ve izlenmesi yoluyla, destekleyici bakım ve saygılı annelik bakımının tutarlı uygulamasını teşvik etmeyi amaçlar (2).

Destekleyici bakım bölümü, doğumda refakatçilik, farmakolojik ve farmakolojik olmayan ağrı giderici yöntemlere erişim, kadınlara ağızdan sıvı verilmesini sağlama ve kadınların rahatını iyileştirme tekniklerini (gebeleri doğum sırasında hareketli olmaya teşvik etme gibi) içerir (3).

Kadının, değerlendirme sırasında hazır bulunan ve destek sağlayan kendi seçtiği bir refakatçisi varlığı sorgulanır. "E = Evet, H = Hayır ve R = Reddedildi" olarak işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" kaydı yapılmışsa, gebe kadının tercih ettiği bir refakatçi alınması teklif edilir. "Evet" veya "Reddedildi" kaydedilmişse, doğum ve doğumun ilerlemesi sırasında gebenin tercihi tekrar değerlendirilir (3).

Gebe kadına herhangi bir ağrıya müdahale durumu değerlendirilir. "E = Evet, H = Hayır, R = Reddedildi" seçenekleri işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" olarak kaydedilmişse, gebe kadının tercihlerine ve bakım sağlayıcının deneyimine göre ağrı giderici yöntemler önerilir. Komplikasyonları veya fentanil, diamorfin ve petidin gibi opioidlerin kullanım ihtiyacını azaltmak için en düşük etkili lokal anestezi konsantrasyonunda bir epidural ajan kullanılabilir. Gebe kadının tercihinin göre kas gevşetme, nefes alma, müzik, farkındalık ve manuel teknikler gibi gevşeme teknikleri de kullanılabilir (3).

Gebe kadının, son değerlendirmesinden bu yana talep üzerine oral sıvı alma durumu sorgulanır. "E = Evet, H = Hayır, R = Red-

dedildi" seçenekleri işaretlenir. Uyarı: "H = Hayır" seçeneğidir. "Hayır" notu alınmışsa, gebe kadın doğum sırasında hafif bir diyete ve istediği gibi içmeye teşvik edilir (3).

Gebenin pozisyonu değerlendirilir. "SP=Sirtüstü, MO= Mobil" olarak ilgili alana işaretlenir. Mobil; yürüme, sallanma, sol yan, çömelme, diz çökme, ayakta durma veya sirtüstü olmayan herhangi bir pozisyonu içerir. Uyarı: "SP=Sirtüstü pozisyon"dur. "SP" kaydedilmişse, doğumun ilk evresinde, gebe kadın serbestçe dolaşması için cesaretlendirilir. Doğumun her aşaması için gebe kadının pozisyon seçimi (sol yan, çömelme, diz çökme, refakatçi tarafından desteklenerek pozisyon..gibi) desteklenir (3).

Bölüm 3: Fetüs bakımı

Bölüm 3, fetüsün iyiliğini izlerken karar vermeyi kolaylaştırmak için tasarlanmıştır. Fetüsün iyilik hali, bazal fetal kalp hızının (FKH) ve FKH'ndaki yavaşlamaların çeşidinin, amniyotik sıvının, fetal pozisyonun, fetal başın mouldinginin ve kaput suksadenum (sefal hematoma-kafa derisinin yaygın şişmesi) gelişiminin düzenli olarak gözlemlenmesiyle izlenir (2).

FKH en az 1 dakika uterus kontraksiyonları sırasında ve kontraksiyondan sonra en az 30 saniye devam ederek oskültasyon ile dinlenir. Gebe kadının kalp atışı ile fetüsün kalp atışı arasında ayırım yapmak için gebe kadının nabızı değerlendirilir. Bazal FKH kaydedilir (1 dakikada tek seferde sayılan atım sayısı olarak). İkinci evre için, 15 dakikalık zaman dilimi içinde klinik olarak en önemli değeri kaydedilir. FKH için uyarı: <110, ≥160 atım/dakikadır (3). Doppler ultrason cihazı veya Pinard fetal stetoskop ile FKH'nın aralıklı oskültasyonu, doğumdaki sağlıklı gebe kadınlar için önerilir (1). Kontraksiyonların yokluğunda çok yavaş FKH veya yavaşlamanın kontraksiyondan sonra da devam etmesi fetal distresi düşündürür. Maternal kalp hızının hızlı olmadığı durumlarda, hızlı FKH da fetal distres belirtisi olarak düşünülmelidir (6). FKH <110 veya ≥160 ise, gebeye sol yan pozisyon verilir, ardından hekim uyarılır ve klinik yönergeler izlenir. FKH, 110 ile 159 arasında değişiyorsa, ilk evrede her 30 dakikada bir ve doğumun ikinci evresinde her 5 dakikada bir FKH değerlendirilmeye devam edilir (3,4). Belirtilen tanımlamalar (H = Hayır, E = Erken, G = Geç, D = Değişken) kullanarak yavaşlamaların varlığı kaydedilir. Deselerasyon için uyarı geç yavaşlama (G)'dir (3). Kontraksiyonların yokluğunda çok yavaş FKH veya yavaşlamanın kontraksiyonlardan sonra devam etmesi fetal distres düşündürür (5). Geç yavaşlamalar veya uzun süreli tek bir yavaşlama varsa, gebe kadına sol yan pozisyon verilir, ardından uzun bir oskültasyon yapılır, hekim uyarılır ve klinik yönergeler izlenir (3). Yavaşlama yoksa, FKH ilk evrede

30 dakika, ikinci evrede 5 dakika ara ile her seferinde izlenmeye devam edilir (4).

Membranların durumu, amniyotik sızıntı durumu, varsa amniyotik sıvının rengi değerlendirilir. "S = Sağlam zarlar, B = Zarlar yırtılmış, berrak sıvı, M = Zarlar yırtılmış, mekonyum lekeli sıvı (önemsiz, orta ve kalın mekonyumu temsil etmek için +, ++ ve +++ kullanılır), K = Zarlar yırtılmış, kanlı sıvı" ifadeleri ile ilgili alan işaretlenir. Membranların durumu için uyarı "M+++ (kalın mekonyum) ve K = Kanlı sıvıdır" (3). Kalın mekonyum varlığı, yakın izlem ve fetüsün yönetimi için olası müdahale ihtiyacını gösterir (5). Plasenta dekolmanı, plasenta previa, vasa previa veya uterus rüptüründe kanlı amniyotik sıvı sık görülür. Kanlı sıvı veya kalın mekonyum varsa, hekim uyarılır ve klinik yönergeler izlenir. Membranlar, sağlam veya yırtılmışsa ve amniyotik sıvı berrak ise, aksi belirtilmedikçe bir sonraki vajinal muayenede amniyotik sıvı 4 saat içinde değerlendirilir (3).

Gebe kadının rızasını aldıktan ve mahremiyeti sağladıktan sonra, fetüsün pozisyonunu değerlendirmek için aseptik teknik kullanılarak nazik vajinal muayene yapılır (kontraksiyon sırasında muayeneye başlanmaz). Aynı anda vajinal muayene gerektiren tüm parametreler değerlendirilir. Fetüsün pozisyonu "A = Oksiput anterior konum, P = Oksiput posterior konum, T = Oksiput transvers konum" olarak işaretlenir. Fetal pozisyonda uyarı: "P = Oksiput posterior ve T = Oksiput transvers konumdur" (3). İnişte, fetal kafa rotasyon yapar, böylece fetal oksiput anne pelvisinde öne gelir. Fetal oksiput transvers veya posterior pozisyonunun oksiput anterior pozisyona dönmemesi anormal fetal pozisyon olarak yönetilmelidir (5). Oksiput posterior veya Oksiput transvers pozisyonu tespit edilirse, hekim uyarılır ve klinik yönergeler izlenir. Oksiput anterior pozisyonu teşhis edilirse, aksi belirtilmedikçe 4 saat sonra bir sonraki vajinal muayene sırasında fetal pozisyon yeniden değerlendirilir (3).

Diğer klinik parametreleri değerlendirmek için vajinal muayene yapılırken kaput suksadenum varlığı değerlendirilir. "0 (yok) ile +, ++ veya +++" işaretleri ile derecelendirilir. Kaput suksadenum için uyarı "Kaput = +++" olmasıdır (3). Gebenin ve fetüsün sağlığını izlemek ve olumsuz doğum sonuçları için riskleri belirlemek amacıyla diğer anne ve fetal gözlemlerle birlikte kaput suksadenum da değerlendirilir (1). Eğer sunulan kısım büyük kaput suksadenuma sahipse, bu (diğer anormal gözlemlerle birlikte) bir tıkanıklık işareti olabilir (5). Kaput = +++ ise, hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Kaput = 0 ile ++ ise, aksi belirtilmedikçe 4 saat sonra bir sonraki vajinal muayene sırasında değerlendirme tekrarlanır (3).

Diğer klinik parametreleri değerlendirmek için vajinal mu-

yene yapılırken, fetal kafatasının şekli ve doğum sırasında üst üste binen fetal kafa kemiklerinin derecesi (moulding) değerlendirilir. "0 (yok) ile +++" arasında derecelendirilir ("+" (süturlar birleşik), ++ (süturlar üst üste bindi ancak azaltılabilir), +++ (süturlar örtüşür ve indirgenemez"). Moulding için uyarı: +++'dir (3). Gebe kadının ve fetüsün sağlığını izlemek ve olumsuz doğum sonuçlarına neden olabilecek riskleri belirlemek için diğer maternal-fetal gözlemler ile birlikte moulding değerlendirilir (1). Üçüncü derece moulding (diğer anormal gözlemler ile birlikte) engellenmiş eylemi gösterebilir (5). Moulding= +++ ise, hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Moulding = 0 ila ++ ise, genellikle normallik belirtileridir (esas olarak ++ doğumun sonraki aşamalarında gelişirse) ve aksi belirtilmedikçe bir sonraki vajinal muayenede 4 saat sonra yeniden değerlendirilir.

Bölüm 4: Gebe kadının bakımı

4. Bölüm, gebe kadının iyilik halinin tutarlı ve aralıklı olarak izlenmesi ile karar vermeyi kolaylaştırmak içindir. Gebe kadının sağlığı ve iyilik hali; nabız, kan basıncı, sıcaklık ve idrarın düzenli olarak gözlemlenmesiyle Doğum Bakım Rehberinde izlenir (2).

Gebe kadının nabızı en az 1 tam dakika boyunca sayılır ve kaydedilir. Nabız sayısı için uyarı "<60, ≥120 atım/dakikadır" (3). Gebe kadının nabızı yükseliyorsa; dehidratasyon varlığı, ağrı, vücut ısısı artışı, kanama veya şok belirtisi olabilir (5). Maternal bradikardi, spesifik ilaçların kullanımı, sırtüstü pozisyon, ağrı, kanama veya kalp hastalığı dahil olmak üzere olası nedeni belirlemek için bir dizi maternal (ve fetal) değerlendirmeyi tetiklemelidir. Nabız <60 veya ≥120 atım/dakika ise, hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Nabız ≥60 veya <120atım/dakika ise, nabız hızı her 4 saatte bir değerlendirilir (3).

Gebe kadının oturur pozisyonda kan basıncı ölçülür ve kaydedilir. Sistolik kan basıncında uyarı: "<80, ≥140 mmHg"dir (3). Gebe kadının sağlığını izlemek ve olumsuz doğum sonuçları için riskleri belirlemek için kan basıncı değerlendirilmelidir (1). Düşük kan basıncı, hemorajik şok, septik şok, gizli veya açık kanama belirtisi olabilir. 140 mmHg'lik sistolik kan basıncı hipertansiyon belirtisi olabilir (tanıya ulaşmak için daha fazla değerlendirme yapılması gerekir) (3,4). Sistolik kan basıncı <80 veya ≥140 ise hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Sistolik kan basıncı ≥80 veya <140 ise, 4 sat ara ile değerlendirilir (3).

Diastolik kan basıncında uyarı "≥90mmHg"dir (3). Diastolik kan basıncının ≥90 olması, hipertansiyon belirtisi olabilir (tanıya ulaşmak için daha ileri değerlendirmeler gereklidir) (4). Diastolik kan basıncı ≥90 ise, hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Diastolik kan basıncı <90 ise, her 4 saatte bir değerlendirilir (3).

Gebe kadının aksiller vücut ısısı ölçülüp, santigrat derece olarak kaydedilir. Vücut ısısında uyarı: "<35,0, ≥ 37,5" santigrat derecedir (3). Gebe kadının sağlığını izlemek ve olumsuz doğum sonuçları için riskleri belirlemek için, doğum eylemi boyunca vücut ısısı izlenmelidir (1). Vücut ısısı "<35.0 veya ≥37.5" ise, hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. Vücut ısısı 35.0 ile 37.4 arasındaysa, her 4 saatte bir değerlendirilir (3).

Bir reaktif şeridi ile gebe kadının idrarda protein ve asetonu kontrol edilir. Protein (P) ve aseton (A) okumaları şu şekilde kaydedilir: "Negatif, Eser element, +, ++, +++, ++++". Uyarı: "P++, A++" olmasıdır. A ++ ve P++ daha sonraki tedaviyi yönlendirebilir, ancak bir sonraki idrar çıkışında ikinci bir ++ değerinin, seviye çubuğu ile doğrulama yapılması uygun olur (3). Proteinüri, preeklampsi, idrar yolu enfeksiyonu, şiddetli anemi veya daha önce teşhis edilmemiş böbrek veya kalp hastalığının bir belirtisi olabilir. Ketonüri, sıvı alımının azalmasına veya aşırı kayıplara (kusma veya ishal), uzun süreli doğuma veya daha önce teşhis edilmemiş diyabete bağlı dehidratasyon belirtisi olabilir. P++, A++ veya daha fazlaysa, ölçümler, tam bir klinik muayene bağlamında yorumlanır ve hekim uyarılır ve yerel yönergeler izlenir. P ve A= Negatif, eser element veya + ise, her 4 saatte bir veya doğum eylemi sırasında her idrar çıkışında değerlendirilir (3).

Bölüm 5: Eylem ilerlemesi

Bölüm 5, doğumun ilerleme parametrelerinin aralıklı olarak izlenmesine ilişkin sistematik uygulamayı teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Doğumdaki ilerleme, kontraksiyonların sıklığı ve süresinin, servikal dilatasyonun ve fetüsün başının aşağı inişinin düzenli olarak gözlemlenmesiyle Doğum Bakım Rehberine kaydedilir (2).

On (10) dakikalık bir süre boyunca uterus kontraksiyonlarının sayısı sayılıp kaydedilir. Kontraksiyon sayısında uyarı sınırı "≤2, >5adet/on dakika" kontraksiyondur (3). Kontraksiyonlar etkisiz ise, yetersiz uterus aktivitesinden şüphelenilmelidir (5). Sürekli kontraksiyonlar, engellenmiş eylemin bir işaretidir (4). Kontraksiyonlar, 10 dakikada ≤2 veya >5 ise, başka bir 10 dakika boyunca kontraksiyonların sayılması ile doğrulanır. Sıklık doğrulanırsa, hekim uyarılır ve klinik yönergeler izlenir. Kontraksiyonlar 10 dakikada 3-5 ise, doğumun ilk evresinde her 30 dakikada bir ve ikinci evresinde en az 15 dakikada bir uterus kontraksiyonları değerlendirilir (3).

Kontraksiyonların süresi saniye cinsinden değerlendirilip kayıt edilir. Kontraksiyon süresinde uyarı sınırı <20, >60 /sn kontraksiyondur (3). Kısa kontraksiyonlar yetersiz uterus aktivitesini gösterebilir. 10 dakika içinde beşten fazla kontraksiyon veya

sürekli kontraksiyonlar, tıkanmış doğum veya hiperstimülasyon belirtileridir (5). Kontraksiyonlar <20 veya >60 saniye sürerse, başka bir 10 dakika boyunca kontraksiyonların süresi doğrulanır. Süre doğrulanırsa, hekim uyarılır ve yerel klinik yönergeler izlenir. Kontraksiyonlar ≥ 20 veya ≤ 60 saniye sürerse, doğumun ilk evresinde her 30 dakikada bir ve ikinci evresinde en az 15 dakikada bir kontraksiyon süreleri değerlendirilir (3).

Gebe kadının rızasını aldıktan ve mahremiyetini sağladıktan sonra nazikçe, aseptik tekniğe uygun vajinal muayene yapılır. Kontraksiyonlar sırasında muayeneye başlanmaz. Aynı anda vajinal muayene gerektiren tüm parametreler değerlendirilir. Doğumun birinci evresinde, her vajinal muayene yapıldığında, zamana ve servikal dilatasyona uyan hücrede "X" işaretlenir. İkinci evrede, itmenin (ıkınmanın) ne zaman başladığını belirtmek için "I" işaretlenir. Birinci evre için uyarı değerleri (3):

5 cm = ≥ 6 saat (servikal dilatasyon 6 saat veya daha uzun süre 5 cm'de kalır)

6 cm = ≥ 5 saat (servikal dilatasyon 5 saat veya daha uzun süre 6 cm'de kalır)

7 cm = ≥ 3 saat (servikal dilatasyon 3 saat veya daha uzun süre 7 cm'de kalır)

8 cm = $\geq 2,5$ saat (servikal dilatasyon 2,5 saat veya daha uzun süre 8 cm'de kalır)

9 cm = ≥ 2 saat (servikal dilatasyon 2 saat veya daha uzun süre 9 cm'de kalır)

İkinci evre için uyarı değeri: İkinci evrenin nullipar kadınlarda ≥ 3 , multipar kadınlarda ≥ 2 saat sürmesidir (3). Kanıtlar, komplikasyonlar için risk faktörleri olmayan gebe kadınlar arasında servikal dilatasyon paternlerinin dağılımında önemli farklılıklar olduğunu göstermektedir; bir çok gebe kadının doğumlarının büyük bir bölümünde serviks 1 cm/saatten daha yavaş ilerleyebilmekte ve yine de vajinal doğum gerçekleşmektedir (1, 6). Mevcut servikal dilatasyon için gecikme süresi veya ikinci evrede ilerleme olmadan sürenin aşıldığı durumlarda uyarı tetiklenir. İlk evrede, doğum beklendiği gibi ilerlerse, aksi belirtilmedikçe her 4 saatte bir servikal genişleme değerlendirilir. Bir önceki değerlendirmeden 4 saatten daha kısa bir süre sonra vajinal muayene yaparken, muayenenin karar verme sürecine önemli bilgiler katacağından emin olunması gerekir (3).

Abdominal palpasyonla fetüsün inişi değerlendirilir. Simfizis pubisin üzerinde hissedilen başın kısmına bakılır. Zaman ve iniş seviyesiyle eşleşen hücreye "O" işaretlenir. Her vajinal muayenede bir "O" işaretlenir (3). Abdominal palpasyonla fetal istasyonu tanımlamak için "5/5, 4/5, 3/5, 2/5, 1/5 ve 0/5" tanımla-

maları kullanılmalıdır (3,5). Bu gözlem için her bir duruma göre değişen referans eşikleri yoktur. Birinci evrede, aksi belirtilmedikçe, vajinal muayene yapmadan önce her 4 saatte bir iniş değerlendirilir. İkinci evrede, iniş değerlendirmesinin zamanlamasına karar verirken gebe kadının davranışı, itmenin (ıkınmanın) etkinliği, fetüsün pozisyonu ve sağlığı dikkate alınır (3).

Bölüm 6: İlaçlar

Bölüm 6, gebe kadının oksitosin alıp almadığını, alıyorsa dozu ve diğer ilaçların veya IV sıvılarının uygulanıp uygulanmadığını açıklayarak doğum sırasında kullanılan her tür ilacın tutarlı bir şekilde kaydedilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (2).

Gebe kadına oksitosin uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilir. Oksitosin uygulanmıyorsa, "H = Hayır" olarak kaydedilir. Oksitosin uygulanıyorsa, oksitosin dozu kaydedilir (birim/litre (U/L) ve damla/dakika (damla/dk)). Oksitosin kullanıldığında, her 60 dakikada bir uygulanan miktarı kaydedilir (3).

Gebe kadının herhangi başka bir ilaç alıp almadığı değerlendirilir. Başka bir ilaç uygulanmıyorsa, "H = Hayır" olarak kaydedilir. Doğumun aktif birinci veya ikinci evresi sırasında gebe kadına uygulanan herhangi bir ek ilacın adı, dozu ve uygulama yolu kaydedilir (örn. 50 mg petidin, IM) (3).

IV sıvı uygulanma durumu değerlendirilir. Uygulanıyorsa "E = Evet, uygulanmıyorsa H = Hayır" işaretlenir (3). Doğum yapan tüm kadınlara rutin IV sıvı verilmesi, gebe kadınların hareketliliğini azalttığı ve gereksiz yere maliyetleri artırdığı için önerilmez. Düşük riskli gebe kadınlar oral sıvıları içmeye teşvik edilmeli ve IV sıvıları sadece endike ise almalıdır (1).

Bölüm 7: Ortak karar verme

Bölüm 7, gebe kadın ve refakatçisi ile sürekli iletişimi kolaylaştırmayı ve üzerinde anlaşılan tüm değerlendirmelerin ve planların tutarlı bir şekilde kaydedilmesini amaçlar (2).

DSÖ, maternal bakım sağlayıcıları ile doğum yapan kadınlar arasında basit ve kültürel olarak uygun bir dilin kullanılması da dahil olmak üzere etkili bir iletişimi önermektedir. Prosedürlerin ve amaçlarının net açıklamaları her gebe kadına, her zaman sağlanmalıdır. Fizik muayene bulguları gebe kadına ve refakatçisine açıklanmalı ve sonraki hareket tarzı, ortak karar vermeyi mümkün kılmak için netleştirilmelidir (3).

Değerlendirme bölümünde, genel değerlendirmeyi ve daha önce belgelenmemiş ve doğum eylemi izlemi için önemli olan ek bulgular kaydedilir (3).

Planlama bölümünde, değerlendirmeyi takiben plan kaydedilir. Örneğin: "Rutin izlemenin devamı", "teşhis testlerinin sonucu", "Oksitosin infüzyonu ile doğumun hızlandırılması", "membran-

ların yapay yırtılması”, “vakum veya forseps ile destekli doğum”, “sezaryen” gibi planlamalar kayıt edilir (3).

Gebe kadınların tartışmalara katılması ve bilinçli kararlar vermesine izin verilmesi gerektiği göz önünde bulundurulur. Gebe kadının ve bebeğinin iyiliğinin klinik değerlendirmesi her tamamlandığında, paylaşılan karara dayalı olarak plan kaydedilir (3).

En alt kısımda yer alan kutucuklara partografı dolduran kişi bilgisi (isim soy isim baş harfleri) yazılır.

Güncel Partografıta Yapılan Değişiklikler

DSÖ'nün önceki partograf tasarımlarıyla karşılaştırıldığında, revize edilmiş partograf olan Doğum Bakım Rehberi aşağıdaki değişiklikleri içerir (7).

- Önceki partograf 4 cm servikal dilatasyondan itibaren başlayan aktif fazı tanımlar. Doğum Bakım Rehberinde aktif faz 5 cm servikal dilatasyondan başlayarak tanımlanır. Aktif doğum eyleminin ilk aşamasının başlangıç noktası, 5 cm'lik bir servikal dilatasyondur.
- 1 cm/saat 'uyarı' satırı ve buna karşılık gelen 'eylem' satırı, doğumun aktif ilk evresi sırasında servikal dilatasyonun her santimetresinde kanıta dayalı zaman sınırları ile değiştirilmiştir.
- Önceki partografıta ikinci evre izlemi ile ilgili bir bölüm yokken, Doğum Bakım Rehberinde ikinci evrenin de izlemi mevcuttur.
- Önceki partografıta destekleyici bakım müdahalelerinin kaydı yokken, Doğum Bakım Rehberinde doğum refakatçiliği, ağrıya müdahale, ağızdan sıvı alımı ve pozisyonun açık kaydı mevcuttur.
- Önceki partografıta uterus kontraksiyonlarının gücü, süresi ve sıklığı kaydedilirken, Doğum Bakım Rehberinde uterus kontraksiyonlarının süresi ve sıklığı kaydedilir. Klinik olarak ölçülmesi ve standardize edilmesi zor olan uterus kontraksiyonlarının gücü kaydedilmez.
- Önceki partografıta servikal dilatasyon uyarı ve eylem çizgileri dışında herhangi bir doğum parametresinin beklenen gözlemlerinden sapmalara yanıt vermek için açık bir gereklilik yoktur. Doğum Bakım Rehberi sapmaların vurgulanmasını ve karşılık gelen yanıtın doğum bakım sağlayıcı tarafından kaydedilmesini gerektirir.

SONUÇ

Bu araç, tüm ortamlarda temel olarak kaliteli ve kanıta dayalı

klirik bakım sağlar ve doğum eyleminin izlenmesinin odağını, her gebe kadın ve bebek için olumlu bir doğum deneyimi sağlayan klinik olmayan uygulamaları da içine alarak genişletir. Doğum Bakım Rehberi ile, sağlık personelinin referanslara göre gözlemlerini kaydedip gözden geçirerek eleştirel düşünmesi, gereksiz müdahalelerden kaçınması ve uyarı işaretleri üzerinde hareket etmesi teşvik edilir. Yerel yönergeleri/uygulamaları yansıtmak için bazı uyarlamalara ihtiyaç duyulabilir. Doğum Bakım Rehberinin uygulanması ve doğum bakımı ve sonuçları üzerindeki etkisi hakkında, gebe kadınların bakım deneyimleri de dahil olmak üzere, gelecekte yapılacak araştırmalara ihtiyaç vardır. Sağlık personelinin zamanını optimize etme adına Doğum Bakım Rehberi ve tıbbi kayıt arasında kayıt tekrarı azaltılmalıdır. Doğum Bakım Rehberi kullanıcılarına kullanım becerisi kazandırmak amacıyla eğitim verilmesi sağlanabilir.

REFERANSLAR

1. WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization; 2018. Erişim tarihi: 5 Haziran 2021. Available from: <http://www.who.int/reproductiv>.
2. Introduction to the WHO labour care guide. Erişim tarihi: 16 Temmuz 2021. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/maternal-health/lcg---disseminations-slidedoc-for-web-20201214-v1.1-.pdf?sfvrsn=3d8af5f7_9.
3. WHO labour care guide: user's manual. Erişim tarihi: 16 Temmuz 2021. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240017566>.
4. WHO, UNFPA, UNICEF. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: World Health Organization; 2015. Erişim tarihi: 11 Eylül 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>.
5. Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva: World Health Organization; 2017. Erişim tarihi: 11 Eylül 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>.
6. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281–1287.
7. Hofmeyr GJ, Bernitz S, Bonet M, Bucagu M, Dao B, Downe S, Galadanci H, Homer CSE, Hundley V, Lavender T,

Levy B, Lissauer D, Lumbiganon P, McConville FE, Pattinson R, Qureshi Z, Souza JP, Stanton ME, ten Hoop-Bender P, Vannevel V, Vogel JP, Oladapo OT. WHO next-generation partograph: revolutionary steps towards individualised labour care. *BJOG* 2021;128:1658-1662.